九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

看護における患者への教育方法に関する研究 : ナラティブ・アプローチの視点から

大池, 美也子
九州大学大学院 : 博士後期課程3年

https://doi.org/10.15017/1015

出版情報：飛梅論集. 2, pp.1-15, 2002-03-27. 九州大学大学院人間環境学府発達・社会システム専攻教育学コース
バージョン：
権利関係：

KYUSHU UNIVERSITY

九州大学大学院教育学コース院生論文集，2002，第2号，1－15頁
Bull. Education Cource, kyushu U , 2002, Vol 2, pp 1－15

看護における患者への教育方法に関する研究

—ナラティブ・アプローチの視点から—

大　池　美也子*

1．はじめに

糖尿病を含む慢性疾患の増加、あるいはがんなどの疾病に対する治療方法の進歩により、患者は病気と共存しながら生活する人々に変わりつつある。患者の日常生活は医療と深い関わりをもつようになり、健康と病気にかかわる全ての専門職者が実施している健康教育・患者教育の重要性がより高まってきている。患者に最も近い立場にある看護者にとって、患者への教育は日常の看護活動の大部分を占めており、特に重大な課題ともなっている。

病気と共存しながら生活する人々への教育を実施するには、健康教育・患者教育の中でこれまで実施されていた生物医学的知識の情報のみならず、病気によって影響を受けた患者の生活に対する深い理解を必要とする。また、生活者である患者を対象とした教育を展開するには、看護者を中心とした一方的な教育ではなく患者を主体とした教育方法が求められている。

しかし、患者への教育を実践するにおいて、その基盤となる患者の病気の経験や生活に対する看護者の理解は困難を極めている。例えば、臨床の患者教育場面では、看護者側を中心とした一方通行的な情報や提案などであり（淘江1997)、看護者のよかれと思う教育実践の可能性がある。また、患者教育や手術療法に対する両者の認識のずれ（Tilley 1987, 山口　1998）や病むという経験に対する解釈の相違などがあり（Kleiman　訳書1988、Cassel　訳書1975)、さらに、医療を受けた立場から、看護者が特定の枠組みで患者の病気の経験過程を捉えようとしている指摘もある（得永1990)。これらの状況は、職業や家庭など患者の日常生活の営みと離れた強制的な教育活動ともなりかねず、患者が自己の生活と折り合いをつけながら病気や治療の自己管理に方向付けていく教育とはかけ離れている。患者の生活や病気の経験は、看護者の立場から捉えた理解や解釈となり、患者が必要とする情報は、病気の治癒過程や治療方法から看護者・医療関係者にとって必要な情報に姿を変えていく。看護における患者への教育を実践する上で、ありのままの患者あるいは患者の経験を捉えていく方向性は極めて少ないと思われる。

本研究では、ナラティブ・アプローチの視点を通して、外科的治療法を受けるがん患者の経験から解釈学的記述を試みるとともに、それによって、人々の病い(1)の経験から生活者としての患者の立場にたった患者への教育方法の構築に向けた示唆を得ることを目的とする。

*九州大学大学院博士後期課程３年

2．看護における患者への教育方法

看護者は患者・家族に対してさまざまな教育活動を実践しているが、ここでは、患者への教育についての看護における位置を確認し、その課題について検討しておきたい。

近代看護の創始者であるナイチンゲールFlorence Nightingale（訳書1974 p.128）は、看護の役割が病む人の「その生命全体に働きかけてその人のもてる力（自然治癒力）がさらに高まるよう、あるいはその治癒過程を妨害しないように援助する」こととし、人々が病気の予防や回復に向けた衛生面の知識や技術を習得する必要性を提唱していた。それ以降も、多くの看護理論家が看護が本質的に教育を含む活動であることを主張している。トラベルビーJoyce Travelbee（訳書1971 p.3）は、「看護とは対人関係のプロセスであり、それによって専門実務看護婦は、病気や苦難の体験を予防したり、あるいはそれに立ち向かうように、そして、必要な時にはいつでもそれらの経験の中に意味を見出すように、個人や家族、あるいは地域社会を援助するのである」とし、パターソンJosephine G.Paterson（訳書1983 p.6）は、「ある人が一般的な診断名をつけられ、入院させられ、退院し、そしてその人が自分の世界内で判断するとおりに自分の状態を背負っていきていかなければならないとすると、看護婦は、この独特な生活史をもつ人が、こうしたそれぞれのできごとをいかに体験するかということに関心をいだく」としている。看護における患者への教育は、単なる知識や技術の伝達ではなく、患者が病気や治療の経験を通して学習を促進するよう方向付ける支援的な援助といえる。

このような理念に加えて患者への教育活動は、第二次世界大戦後より、負傷した軍人の社会復帰をめぐるリハビリテーションのプログラムから徐々に組織化され、慢性疾患患者を中心とした教育プログラムへと発展してきている。このような教育プログラムは、どのような疾患であるかなどの病態生理や治療に伴う身体的変化に関する知識や技術の伝達であり、医療者側の立場を中心とした教育プログラムでもある。

一方、教育方法においては、教育学の領域からタイラーモデルを導入し、目標の設定に重点を置いていた。タイラーモデルは、学習目標の設定に、観察可能な行動による目標を提唱している。このモデルでは、学習者のニードや社会環境などを反映しようという努力はあるが、最終的な教育内容は学習者ではなく、教育者によって決定される。また明らかな行動変容が無ければ、学習が起きなかったとして教育者側によって評価される。その方法によると、患者が考えたことや自己の生活とどのように折合いをつけていったかという生活上での患者の努力は見出されない。糖尿病をもつ患者がどれほど間食を減らそうと努力しても評価対象とはならず、客観的かつ視覚的に表示される血糖値や体重の変化が学習の評価対象となる。

行動目標による教育方法に加え、今日では、看護の対象となる人々の発達段階あるいは慢性や急性の症状に応じた教育方法が展開されつつある。糖尿病などの慢性疾患に関する患者教育関連の研究では、伝統的な生物医学的枠組みに基づく研究から患者の潜在力に注目したエンパワメントなどに関する研究に変わりつつあり（河口2000）、成人教育や社会学習理論に基づく教育方法も見られ

ている。このような変化があるものの、患者の生活あるいは病いの体験に関する理解に基づいた教育方法が展開されているとはいいがたい。

さらに、患者の生活を理解する上で、看護においては、生活の概念の明確な討議がなされていない。岩井（1987）は、「『生活』・『日常生活』ということばが看護の独自性を示す一つの鍵となっているにもかかわらず、あまりにも身近なせいか、それを明確に概念化することや、またどのように具体的に展開すべきかを十分に検討することも少ないまま現在に至っている」とし、また、薄井（1987）は、「生活現象を健康な生活にとって意味付ける判断基準を持たないために結果としてその人の個別な生活の特徴が浮き彫りになってこない」という。さらに、小板橋（1991）は、「病気が身体を起点として出発しているため、身体面の病巣部分に医療者は注目する傾向にあり、病者の生活へのアプローチはまだ未熟な段階にある」と指摘している。

本稿では、生活者としての患者を理解する上において、山岸が提唱する以下のような生活の概念がその手がかりになると思われる。山岸（2000）によると、生活とは世界を構築する作業であり、生活を営むことは、社会的世界における位置確認の活動でもある。また、日常生活は、自己実現をはかるためのフィールドであり、生活者である人々は、経験と知識を行動や行為に連結させ、目的や目標に行動を方向付けながら生活を設計する（山岸2000pp.165-167）。

このような生活の概念は、患者を、意識する人間、能動的な人間として捉えることであり、自己実現に向けて自ら方向づけようとする積極的な立場に位置づける。病気や治療は、生活を営む上でのひとつの出来事であり、それを通して自己の生活を方向付けていくことが患者への教育方法の本質につながるものと考える。

3．病いの経験とナラティブ・アプローチ

生活者である患者を理解するために、病いの経験に注目し、その視点となるナラティブ・アプローチについて検討し整理しておきたい。

1）病いの経験と物語

看護者を含め医療に関わる人々にとって、病気ではなく患者の病気の経験を理解することがいかに重要であり、また治療経過にも影響するかが指摘されている。しかし、患者の病いの経験を患者の立場から捉えるにあたって、トーヴスS.Kay Toombsはその困難さを以下のように取り上げている。第一に医療者には、自分が慣れ親しんだ治療体系と方法を通して、人と接する「職業的気質」(Toombs 訳書2001　p.59）がある。治療に必要な診断は、「職業的気質」に則って厳密に定義づけられており、患者の病歴、検査などが一定の基準を満たすことによって確定される。医学的診断の過程のみならず、看護者も看護診断によるいくつかの基準となる枠組みから患者の情報を収集し、特定のラベルを選択していく傾向にある。第二に、病気は、他者とともに共有できない個人的な主観的体験である。患者の痛いという同じ経験を他の人々と共有することは困難であり、看護者は客

観的指標を手がかりにその程度を推測するにすぎない。第三に、病むことには、さまざまな意味が付与される。例えば、病いによって、今までの生活に対して異なる感覚が生じてくる。昇っていた階段の一段一段が高く感じられ、これまで気にとめなかった階段の手すりに安堵する。周囲から聞こえてくる何気な日常の会話が、急に不快な耳障りな騒音になる。病いによる患者の個別的な経験は、病気や治療の過程における身体的変化の一部としてみなされる。医療者が判断する臨床上の症状は、患者にとってのそれと同じではなく、それぞれの立場から捉えた「状況の定義」(Blumer 訳書1969) により意味付けられることになる。

患者理解の困難さを踏まえ、病いの経験について共通理解を得るには、医療者自身が患者の体験そのものをありのままに捉え、洞察することが不可欠である。医療人類学者であるクラインマン Arthur Kleiman (訳書1996) は、病いの中に意味が作り出されていく過程を探求し、病いの語りや物語化の役割を説明している。それによると、病いには①症状、②文化、③個人的経験、④病いの説明 (説明モデル)、に基づく意味があるという (Kleimann　訳書1996　pp.3-69)。病いは、これまでと異なる解釈が必要な状況を作り出し、それへの説明づけが要求される。説明づけとなる語りは、さまざまな出来事や経験の意味を整理し、ひとつのまとまりを構成していく。患者が語る臨床物語 (Kleimann　訳書1996　p.178) には、病いの経験を理解するための豊富な資源が含まれており、患者の生活の再構築に向けた手がかりがあると思われる。

2) ナラティブ・アプローチ

ナラティブは、物語あるいは物語論として、文学、人類学、社会学、哲学など幅広い学問領域で用いられ、ここ数十年の間に家族療法を中心とした治療的方法へと広がりつつある。また、健康と病気を対象とする保健・医療の領域においてもナラティブへの関心が高まっている。

社会的問題についてのナラティブ的探求を行っている瀬戸によると、このようなナラティブには以下のような3つの研究スタイルがある (瀬戸1999)。①ナラティブそれ自体の成立やその論理や意味を探求するナラトロジー、②説明のツールあるいはナラティブの分析を使用するナラティブ研究、③ナラトロジーとナラティブ研究を総称するナラティブ・アプローチである。本稿では、③の立場をとるとともに、看護における患者への教育方法を探る手続きとして、ナラティブの視点について考察しておきたい。

(1) 自己を語る道具としての物語

人間はストーリーを作りたいという欲望を根強くもち、それについて語ることを必要とし (土居1995)、この物語を語るというナラティブは経験を意味づける本質的な方法である (Michael 1986)。

物語を語るナラティブは「事実・虚構にかかわりなく、出来事や経験などの話、物語ストーリー、あらゆる種類の話にもちいられる一般語」(ランダムハウス英和大辞典　1976) であり、小説、童話、個人や社会の歴史の中で、あるいは日常生活の身近な出来事の中で営まれている。

物語を語ることは、人間の経験に帰せられた意味を類推し決定する。そして、物語にそぐわない

あるいはそれに包み込まれない出来事を選択し除外する。経験を語る、あるいは物語を組み立てることは、その人らしさの表現であり、自己を語ることでもある。

(2) ナラティブの思考様式と二つのストーリー

物語へのアプローチを考察している心理学者のブルーナーJerome Bruner（訳書1998　pp.16-72）によると、人間の思考様式には、「パラディグマティック」（論理―科学的）モードと「ナラティブ」モードがある。前者は、記述や説明に関する形式的な数学的体系に基づく理念の実現化や普遍的な真理の探究である。一方、後者は人間の意図と行為さらにそれらの成り行きを示す変転や帰結を課題とし、出来事の間を特定化する関連性の探求にある。

ナラティブ・セラピーの実践者であるホワイトMichael Whiteら（訳書1999　pp.100-107）は、この両者の思考様式の相違について検討し、それによると、「パラディグマティック」（論理―科学的）モードによる人間の経験は、特定の枠組みの中に認識され、個人的経験の特殊性は排除される。一方、「ナラティブ」モードでは、生きられた経験の特殊性を重視し、出来事の断片をつないでいくことによって意味が生成される。

医療の臨床場面に目を向けると、患者の語る内容は、医療者による客観的データに基づき、生物学的に判断された疾患の形式に翻訳される。そして患者は病気に必要な処置や治療を受ける。医学モデルは、「パラディグマティック」（論理―科学的）モードによる患者の理解であり、患者が語る病いは、患者独自の経験世界にある「ナラティブ」モードとして解釈される。

また、人々が語るストーリーには、ドミナント（優勢な）ストーリーdominant story とオルタナティブ（代わりの）ストーリーalternative storyがある（Michael 1999訳書　pp.59-63）。前者は、ある状況を解釈する「正常な」やり方、ないしはある問題についての仮説のうち、文化のなかに深く浸透していたり、広くゆきわたっているために、「現実」として呈示される観のあるもの（Michael 2000訳書　p.22）であり、後者は、これまでの人生と関わりながら矛盾なく生成され構築される物語である。

医療専門職の医学モデルによる病いの物語は、患者の症状や検査、診断の確定や治療方法の過程であり、医療者側によって構成されたドミナント・ストーリーである。病いの経験に基づく患者のオルタナティブ・ストーリーは、生物医学的領域と生命の危機状態と離れているため、耳を傾けられることは少ない。しかし、慢性疾患をはじめとする病気との共存生活は、患者自身が自己の生活を方向付けるためのオルタナティブ・ストーリーを必要とする。このようなストーリーの生成と構築への支援は、患者への教育方法の構築に役立つものと考える。

(3) 物語の局面

物語には、筋書き（プロット）と物語（ストーリー）があり、プロットは出来事を意味付けていくことであり、ストーリーは、「始まり」、「展開」、「終わり」（予想される）の時間的な順序である。プロットとストーリーによって物語が成立し、一貫して物語に流れる主題が見出される。

病いの経験は過去のさまざまな出来事を患者に想起させる。想起された内容が、単なる出来事の羅列では物語にはならず、また経験としても定着しない。それらの出来事は、将来の生活を方向付

ける物語の生成に向けて、時間的順序を通して再配列され、意味付けられたプロットとなる。

(4) 物語の解釈

物語には「語り手」と「聞き手」があり、両者による解釈や理解によって、物語がどう語られるかが変わる。また、「語り手」による物語は「聞き手」の影響によって流動的な内容となる。それぞれの立場にとって、重要な個所が選択され、自由に汲み取られながら「語り手」と「聞き手」による物語が生成される。生成された物語も、また語られるたびに変化する可能性をもっている。

病いの物語を聞くことは、看護者の特定の枠組みで聞くことではない。語る内容を可能な限りに詳細にわたって豊かに解釈することであり、新たな物語の生成と構築に向けた解釈者としての看護者が必要と思われる。

(5) 無知の姿勢

臨床心理学者の河合隼雄（1998）は、「ふしぎ」と「あたりまえ」という平易な言葉を用いて、物語とはわくわくするほど面白いものであり、「あたりまえ」と思わずに、日常生活の中で「ふしぎ」がることの大切さを説明している。

「ふしぎ」がることは、ナラティブとどのように関連しているだろうか。家族療法におけるナラティブによる実践では、「無知の姿勢」が重要なキーワードとして取り上げられている。この「無知の姿勢」は、患者と関わるなかで何も知らないという姿勢を示すことではない。むしろ、患者との関係において、患者へ関心を示すことであり、看護者が自分の枠組みにとらわれないことへの警告に他ならない。「ふしぎ」がることはありのままの対象者を理解しようとする積極的な態度ともいえる。

また、「無知の姿勢」は、「相手とともに語る」という会話のスタイル、「理解の途上に止まること」あるいは「ローカルな言葉の使用」というスタンスをとることであり、無知を基軸に置くことは、絶えず変化していく理解に備えるための専門技術であるという（小森康永他編　1999 pp.167-188）

ナラティブにはこのような多様な視点があるが、看護学においても、研究や教育の方法として徐々に活用されつつある（Diekelmann 2001, Frid 2000）。その中で、マッキャンスTanya V. McCanceら（2001）による次のような定義をこれまでのまとめとして取り上げておきたい。「ナラティブは、語り手とその聞き手にとって意義のある一連の出来事を語る物語（ストーリー）である。物語としてのナラティブには、プロットがあり、始まり、展開、終わりをもつ。それは語り手にとって意味をなす内面の論理をもつ。ナラティブは、時間的、偶発的に連続する出来事に関連する。どのナラティブも生じている一連の出来事を描いている。」

4。事例検討

1）本研究の対象

病いの体験を理解する上において、以下のような理由から、外科的治療法を初めて受けるがん患

者を対象とした。外科的治療法は人間の身体に侵襲を加えることを特徴とした治療方法である。しかし、病巣部位を手術によって切除し、社会復帰が即可能ということではない。手術によって生じた身体像の変化を受け止め、これまで身に付けていた生活行動への新たな取り組みなど、患者の自己管理や退院後の療養生活を必要としている場合も多い。またがんという病名によって、患者は複雑な心理的負担を伴い、外科的治療法を受けた後も転移や再発の可能性に取り組まなければならない。がんの診断・告知や手術による治療法は、患者にとって生活の再構築に向けた複雑な課題をもたらし、生活の転機とも思われる。

2）研究方法

(1) 面接方法：面接過程を、物語を語る機会と位置付け、個人的な経験を引き出すことを目的とした。本研究者は、被面接者との対話的な相互作用を通じて、人間の思考、感情、行動に関する情報を集めるとともに、面接内容の出来事の断片をつなぎあわせていく立場として関わった。面接内容は、外科的治療の時間的経過にそった半構成的質問用紙を用いた。面接の録音内容を転記し逐語録とするとともに、面接以外で患者と関わった場面やそれに対する日々の所感などの記録もデータとした。

(2) 分析の視点

前述の山岸による生活の概念を意識するとともに、生活者としての「患者が歩んできた生活史的状況が志向対象の主題化を決定していることに気付くこと」、また「ある事柄に対する個人の注意の投げかけは、社会世界における自分の状況に依存し、また、生活設計を決めてきた」こと(Toombs　訳書2001 pp.86) を踏まえて、患者が語る出来事の断片をエピソードとした。また、ナラティブの視点（無知の態度）からデータを繰り返し読み、物語のプロットとしての可能性をエピソードに探求した。

さらに、看護者としての本研究者を物語の聞き手である共同作業者として位置付け、物語のプロットにつながるエピソードをつなぎ合わせながら解釈学的に記述し[(2)]、生活者としての方向性について検討した。

3）倫理的配慮

口頭及び書面により、面接及び研究の目的と方法、面接による診療上の不利益がないこと、研究以外に使用しないこと、プライバシーを保護すること、いつでも面接を拒否できること、などを患者に説明し了承を得た。また、テープ録音については本人の了承を得た。

4）結果

事例1）何よりも自分のために生きることを追い続ける

Ａさんは、９人兄弟の末っ子として生まれ、わがままをいいつつも大家族の中で育ってきた。人の世話をすることも多く、夫の妹が乳ガンの時に、その妹の子供を預かったり、姪や甥の世話をし

表1　事例

事例	A	B	C
年齢・性別	62・女性	46・女性	57・男性
病名 術式	胃がん 胃部分切除術	食道がん 食道切除及び胃管による胸腔内吻合術	癌性胸膜炎 右肺全摘術
面接場所	個　室	二人部屋	二人部屋
面接回数	4（2）	4（2）	3（1）
面接時間	4時間　（2時間30分）	4時間（3時間）	3時間（1時間30分）
主な エピソード	①夫の看病を振り返って 「わがままでワンマンな夫には、尽くす限りのことをしてきた。」、夫はノートを残し、「自分の葬式から・・庭の木の手入れのことまで書いてあった。」、「主人の病気をみてきたけど、おごり散らかしていたから。」「その時は、私のほうが病気になったほうがいいと思った・・でも私じゃなくて主人でよかった」、「主人は三回も手術をしたの・・私は1回だけどこんなに痛くて、きついとは思わなかった。それで主人は怒っていたのかと・・・主人はつらかったでしょうね。・・・人にあたる気持ちもわかる・・・主人のこともよくわかった。」 ②自分らしく生きること 「私は私らしくしなくちゃね。最後まで、ちゃらんぽらんだったと。」、「やっと自分の時間ができた、やっと遊べるようになった。もう自分のためだけに生きようと思った」 ③目標をもつこと 「歩くのを覚えたから、山歩きをしようと」、「自分のなかでの目標があるの、来年の7月頃にはモンブランの山の中にいる予定だったから・・・できるかどうかはわからないけれどそれに向かって努力しよう」、「小さいな事でいいから楽しいことを考えよう」 ④小さなことの大切さ 「体が自由にならず、痛いし、これがいつまで続くのかなと考えている。永遠に続くわけじゃないんだと・・・できなくてもできる範囲で、楽しみをみつけて、楽しいことしかしたくない」、「たんすの整理もできる、それがうれしい。・・あのセーターの上にあのコートも着れる。ほんと些細なことだけど」 ⑤健康と病気 「知ろうとする気持ちはある、ある程度まで隠されるのはいや、聞いたら、治療はそれから先はお願いします・・先生のおっしゃるとおり、先生はプロですから。」、「病気のためにも落ち込んだらいけない」、「自分の病気でいろんな人に迷惑をかけた」 ⑥これまで休む間がなかったこと 「（兄姉が）9人いたからね、姉が三人いて私は一番下・・・家族が多いと・・自宅にこどもをあずかるのはざらでした。」、「主人の妹が乳がんになって・・その時はこどもを預かって・・」、「やるだけのことをしてきました。・・自分ちゅうものはなかった。」	①病名を知ること 「ものを食べたらここで1回ひっかかるような感じがしてた」「たいしたことではない・・2年前くらいに受診したときは、胃が悪いからその時はどきどきしていた。今度の場合は、そんなことはないだろうと自分もたかをくくっている」、「いきなりいわれました。もうがんの疑いがありますっていうことで」、「で、頭の中真っ白になってから。・・もう帰る時の涙がでてくるけん、あらーと思って、本当になにも考えられん状態で帰ってきてですね」 ②家族関係と問題児 「うちにも問題児というのがおったもんやけんが」、「カウンセリングとかもいってますけど、その時はものすごく調子悪かったし・・・私にべったりだったからね」「（家事が）出来ない時はしない・・・自分のペースでね。例えば、○ちゃんが作ってくれたら後は後片付けは他の人がするとかね・・なんかそういう風になっています（家事の分担）。今のところ・・」「少しづつ変わってきています」、「でも最近では、流星をみるといって、夜中の3時に出て行くようになった」、「しっかり治してきてって（こどもから）いわれた」、「自立してね、自分のことはやってもらわないかんなって。私がこんな病気になって特に思いましたね・・・お母さん何時までおるかわからんばいって」 ③再発や転移 「がんっていうのもショノクだったですけどその次にいわれたのが転移はしていないから大丈夫ですねっていわれた」、「がんって転移があるんだって思ってですね。最初は自分の病気のことしか考えていなかったけど、あっそうだって思って・・・若ければ若いほどこりゃ率が上がるぞって」、「そのほうがショックたったですね。そこまで自分は考えてなかったですから」 ④生きることと死ぬこと 「やっぱりがんというのはやっぱり死っていうのが、自分で考えてた・・」	①会社経営者としての役割と責任 「この会社を一人前にせんといかんと思っていたから」、「競争相手がたくさんいる。誰にしようかという時に・・（相手の会社に）覚えてもらわんといかん。・・それが仕事かなと」「風邪と聞いただけでかーときていた。風邪で休むなら、こんでいい」、「会社が存続できるかなと思うしね・・てれんと寝とられるかって」、「これも一つのいい経験かな。考えを変えた。逆にこれを、大変な時期を、平行線の状態で維持できるのか、今までの蓄えをくっていっただけなのか、どっちかやろ」、「僕が戻った時にどうなっているか、それで会社のことも決めようと。」 ②医療情報提供への要望 「何のための検査なんですよとか、その結果こうでしたと。悪ければ悪いでもいいし、だから悪いからこうしなさいとかね。・・・知ってだめのほうがあきらめられる。本当はこわいけどね。だめもとたい」 ③病気と手術に向けて意味あることばとの出会い 「手術をしたこととかね、それとくさい飯を食ったら、人間一人前、・・・会社関係の会長さんか、社長さん、きてくれてね・・・K君もいっちょまえになれるったい、死ぬとは思ってなかったから、そんな風に思えばいいかなと思って。なんかな～といろいろ思いよったからね」 ④手術療法に関する認識と身体の変化 「手術をすれば二週間で帰れ、さあと帰って現役に戻れる。甘く物事を考えとった」、「リハビリというか介護というかそっちのほうの時間がどれほど大変かということが今回わかった」、「歩くとへたりこんでしまう」、「ほんの三分の一しか吸えない気がする。」 ⑤脇道に入ったこと 「1回目は自動車事故、2回目がこれ。1回目の時は凄かった。・・・車の後ろ半分は壊れていたけど、自分の体はどうもなかった。神様がまだ生きなさいということをいっているのか」、「レールの脇線にはいったような感じ。今までまっすぐに伸びていたレールがあって、その脇線にはいっていった」、「去年、胸の水を抜いたこと、それから決まっていたような気がする。」 ⑥生の生活から死を考える生活 「いろいろと考える。今度は3回目は、死ぬのはどうなるか。3度目の正直」、「自分の母親みたいに寝たきりになるのはいやだし」、「手術をせんでもう手遅れといって死んでいくのがよかった。」

1）（　）内の数字はテープ録音を行った面接回数と時間を示す。

2）二人部屋では、カーテンによる遮断や同室者の不在時などで面接を行った。

てきた。家族はいつも大人数だったという。夫は会社を経営し、わがままでワンマンだった。その夫は、胃がんのため三回の手術を受けたが、数年前に亡くなった。夫の看病では怒鳴られたり、いろいろあったが、Aさんは「尽くす限りのことを尽くしてきた」。夫は亡くなった時に葬式の仕方から庭の手入れまで書かれた一冊のノートを残し、それを見てAさんは、「その通りにすればいい、助かった。」と思った。夫の死後、「やっと自分の時間ができた、やっと遊べるようになった。もう自分のためだけに生きようと思った」。その後、年に２～３回の海外旅行や友達との交流が楽しみとなっていた。胃がんの診断を受けた後、「自分でも驚くと思っていたけれど、やっぱりと思った。」といい、比較的冷静に受け止めていた。手術の経験を通して、看護者から、「ほんの少し体を動かしてもらう、そんな些細なことがうれしい。」と感じ、また術前の自分の体を取り戻していく身体的な感覚を得ていた。夫のことを時々思い出しながら入院生活を過ごし、数回手術を受けていた夫の辛さやきつさがやっとわかった。Aさんは、部屋の掃除や衣服を変えるなど日常生活の小さなことができることがうれしい、また「楽しいことだけをしたい。」という。また、常に家族や身内のかたがたの面会があり、「周りの人に迷惑をかけた、これから健康に気をつけなくては。」と思った。できるかどうかは別だが、海外でのトレッキングが今の目標であり、その目標に向けていきたいと今後の生活に関する話題が取り上げられていた。

これまで人のために生きてきたAさんにとって、夫の死後から「自分のために生きる」姿勢が生活の哲学ともなっていた。自分のために生きることは、楽しいことをしたいという思いでもあり、がんや手術の経験を通じてさらに確認され強化されたと思われる。

事例２）こどもの理解を深める手がかりとしての可能性

Ｂ氏の病いは、食道に何か「ひっかかるような感じ。」という身体症状に気づくことから始まり、がんという病名の告知は、「頭の中真っ白になってから。‥‥もう帰る時の涙がでてくるけん、本当になにも考えられん状態で帰ってきてですね。」と衝撃的な出来事であった。また、医師から転移はしていないという説明によって、がんという病気に再発や転移があることに初めて気づき、一層心配が増していた。

Ｂ氏の家族には、登校拒否の子供がおり、そのことを「問題児が我が家にいるから。」とB氏は表現した。常に子どもの話題に集中し、「去年が一番ひどかった」、「大声を出したり、自分で約束ごとを決めて何回も何回も同じことを繰り返しているこどもをみると、どうなるかと思った。」と子どもの状態を話し、また「あたりまえのように学校に行く子供がうらやましかった‥‥‥なぜ自分の子が‥‥なんで自分の家の子、いけんとかいなって、制服見ては涙が出るし。」と自分の気持ちを語った。家庭の中で動物を飼ったり、カウンセリングに相談するよう手続きをしたり、子どもに対して何とかしなければという生活が続いていた。現在は、掃除をしたり、料理を作ったり、少しづつ変わってきているという。「こうなるまでが、かかりましたね。やっぱ。親のほうも」とこれまでのことを振り返り、また「会社に出て行けない人もいるから、わりと早かったと思ってくださいといわれた」など今の子どもの状態を受け入れていく過程があった。

がんや転移に関する話を聞くことにより、「死っていうのが‥‥何歳まで生きようとか思ってたわけじゃないけどすごく近くになった気がするんですよ。」と思い、「自立して、自分のことはやってもらわないかんなって‥‥親やけんある程度責任もってね、一人前になるまではって思っていたけど、お母さんいつまでおるかわからんばいって。」と、時に冗談を交えて子どもに話をするという。

手術後はとにかく肩や腰が痛く、夫から体を揉んでもらい、「家族には感謝しとかないといかん‥‥日常生活がありがたい、こんな風景を眺められて‥‥これが幸せかな。」、また「子どもが生まれる時、五体満足を祈るのに、‥‥だんだん欲が出てきて‥‥そういうことといっしょかな。」と、術後の自分と子どものことが重なっていった。「転移ということもあるし、それも検診をうけていかないかん」と退院後の生活に関する行動が言語化された。

B氏は、子どもの登校拒否という辛い経験があり、現在もまだそのことが解決されているとはいえない。がんの転移や再発という不安はあるが、手術の経験を通して、日常生活を営むことができる大切さに気づいていった。また、それが登校拒否の子どもとの関わりにおいて新しい秩序を生み出す機会になりつつあった。

事例3）生から死について考える生活への転換

会社経営者であるC氏は、「若かったし、なんとしてもこの会社を一人前にせんといかんと思っていたから。」と、会社設立とその経営に努力してきた。C氏の会社での役割は自分の会社を取引先の人々に覚えてもらうことであり、営業上の社交が優先され家族と一緒に食事をすることはほとんど無かった。また社員に対しては、「風邪と聞いただけでかーときていた。風邪で休むなら、こんでいい。」というきびしい姿勢を貫いていた。がんと手術の経験は、「てれんと寝られるかって。」という社会復帰へのあせりとなったが、片肺全摘術後の身体的変化や「先生たちから話を聞いたり、状況をみて認識した時に最低1か月はかかる。」ことから、「僕が戻った時にどうなっているか、それで会社のことも決めよう。」と会社の存続を時の流れに任せることを決意した。手術をしなければ2か月、手術をしたら2年間の生存と説明を受けていたC氏にとって、「手術をしたこととかね、それとくさい飯を食ったら、そしたら一人前。」と知り合いの面会者の話は手術の決意に影響を与えていた。しかし、生存期間の呈示は、「家に帰って葬式の準備をしてくる。」、「自分は肺で死ぬんだ、人生は60年だ。」と精神的な動揺をもたらしていたことが伺えた。術後も「片方の肺しかないのに、息がしにくくなって、怖くて寝てる間に呼吸が止まりそうだ。」、「安定剤を飲みたくない。」と死と向き合う生活であった。C氏は、「1回目は自動車事故」で「神様がまだ生きろということかな。」と考え、2回目が「なんで咳が少し出ただけで病院にいったのかわからない。」、「去年胸の水を抜いた、それから決まっていたような気がする。」とこれまでの経験を振り返っていた。現在の状態を「レールの脇道に入ったような気がする。」と人生の転機として表現していた。「歩くとへたりこんでしまう。」、「ほんの三分の一しか吸えない気がする。」と思った以上の身体的苦痛も伴い、「手術をせんで、もう手遅れといって死んでいくのがよかった。そしたら惜しまれて死ねた。」とい

う思いであった。

Ｃ氏にとって、片肺全摘術は予想以上の体力の低下や痛みを伴うとともに、余命の告知から生と死を考えるきっかけともなった。治療法の選択に対する後悔や思うように進まない身体面の回復状態から、Ｃ氏の新しい物語に向けた方向性はまだ見出されていない。Ｃ氏の苦悩は、何とかしてほしいという要求であり、混沌とした状態にあるようにも思われる。

5．考察

1）生活者として能動的な患者

３事例が語る主要なエピソードには、夫の看病（事例１）、登校拒否の子ども（事例２）、会社役員としての役割や交通事故の経験（事例３）などがあった。これらのエピソードは、辛い経験にも関わらず、各事例の内省過程を通じて出現し、新たな物語を方向付けようとしていた。それぞれの内省過程は、医療者側が捉える身体面とはほとんど関わりがなく、日常の患者との関わりの中で注目されることも少ない。一方的な情報伝達としての教育・指導であれば、伝達された内容を理解したか、あるいは実行したかが重視され、患者は常に受動的な立場に置かれることになる。しかし、想起された個別的な経験は、患者がどのように生きようとしているのかに接近できるとともに、生活を再構築しようとする患者の主体的な努力として捉えことが出きる。

また、表現されたエピソードには、患者の生活を左右する重要な出来事が含まれている。ナラティブ・アプローチの視点から捉えると、物語のプロットへと方向付ける可能性もあり、生活者としての患者の方向性を見出す手がかりともなる。それらの内容をいかに組み立て、意味づけていくかが看護者である聞き手の課題といえる。聞き手である看護者が共同制作者として、患者の物語の生成に参加することは、患者の主体性を引き出すことでもあり、患者への教育方法としての可能性があるといえるのではないだろうか。

2）患者への教育における看護者の役割

患者への教育に関わる看護者の役割は、機能的側面が重視され、その本質については明確にされていない。知識や技術の情報提供がその大部分を占めているため、看護者は聞き手ではなく、話し手として患者に関わることになる。また、何かを伝えなければならないあるいは円滑に治療を進めなければならないという「職業的気質」から一方的な指導の傾向にある。一方、ナラティブ・アプローチは、患者を話し手に、看護者を聞き手に位置づけ、患者から学び教えてもらうという学習者の立場をとる。聞き手となる看護者は、患者の話をいかに聴くかが課題となる。各事例との面接では、本研究者が患者の話に耳を傾けることを意識化し、物語を聴くように患者の語る内容に関心を寄せた。３つの事例から取り上げられた複雑なエピソード内容からみると、学習者としての患者に関心を寄せるという立場をとることによって、患者が関心を抱いたエピソードに触れることができたのではないかと思われる。

ナラティブ・アプローチの視点は、「職業的気質」にある看護者に、無知の姿勢、学習者、聞き手、などさまざまな役割と機能があることを提唱する。それは、これまで身に付けた「職業的気質」から離れるとともに、語り手の内容を解釈するとともに、語り手から学ぶという、患者への教育方法の本質に関わる看護者の役割を明らかにするものと考える。

3）転移や再発というがん患者の課題

がん患者にとって、再発や転移は生活上の大きな課題である。事例１はがんについて強いショックを受けているとはいえないが、事例２はがんが転移あるいは再発の可能性があることに気づく。また、事例３では、余命の告知を受け、生死と向き合う生活があり、がんと手術療法などが今後の生活にもたらす影響の大きさを伺うことができる。

このようながん患者に対する教育には、アメリカにおける「I can copeプログラム」（季羽1993）や生活史を語る方法（遠藤2001）があるが、日本において定着しているとはいえない。季羽（1993）は「がん告知」から「ホスピスケア」において対処すべきことが抜けていると指摘しており、現在もその状態が改善されているとはいえない。

そのような現状に向けて、お互いに語りなおすというナラティブの「問題の外在化」（Michael White, David Epston、pp.59-99）が患者の内的側面に働きかける介入策として役立つものと思われる。「問題の外在化」は、これまで個人が取り組んできた問題を客観化あるいは人格化することであり、多角的に問題を捉えなおすことを通じて解決に向けた糸口を探ることでもある。事例３における患者は、自らの役割を会社経営者としての直接的関与から、会社員がこの時期をどう乗り越えているか見届ける役割に変換した。このような患者の変化に対して、なぜという因果関係を問うことではなく、患者がどのように解決したかに向けた注目が重要と思われる。病いや外科的治療法に伴う生活の再構築に向けた看護者の取り組みでは、ナラティブの治療的側面でもある「問題の外在化」に向けた関わりにその貢献の可能性があると思われる。

一般に外科的治療法を受ける患者への教育・指導を行うにあたって、その内容は身体面を中心とした変化過程が中心であり、がん患者の内面に向けた教育的関わりに対する取り組みは少ない。治療方法の進歩が、がん患者へのケアと同じ程度に進化しているとはいいがたく、がん患者の生活に向けた教育の整備が必要と思われる。

〈注〉

（１）『病いの語り』によれば、病い（illness）は人間に本質的な経験、疾患（disease）は治療者の視点からみた問題、病気（sickness）は社会的影響力との関係として区別される。本稿では、人間の経験を捉えるため、病いということばを使用する。

（２）看護者側による一方的な患者の物語化を避け、生活者としての患者を捉えるにはありのままの表現がもっとも適していると思われる。このため、本研究では、患者の言葉の要約やカテ

ゴリー化することを敢えて避けた。患者を研究の対象として単にデータ化するのではなく、患者と看護者の相互作用から、研究と実践を統合する研究方法への探究は今後の課題としたい。

〔引用・参考文献〕

Blumer H. 1969、『シンボリック相互作用論』後藤将之訳、剄草書房1997.

Bruner Jerome 1986、『可能世界の心理』田中一彦訳1998みすず書房16-73頁.

Cassell Eric 1975、大橋秀夫訳『医者と患者』新曜社1980.

岩井郁子 1987、「臨床看護における生活概念の検討」『日本看護科学学会公講演集』vol. 5 no.2 p.22.

Diekelmann Nancy 2001, "Narrative Pedagogy: Heideggerian Hermeneutical analyses of lived experiences of students, teachers, and clinicians "Adv. Nurs. Sci., vol.23 no.3 pp.53-71.

遠藤恵美子 2001、『希望としてのがん看護』医学書院.

Frid Ingvar, Joakim Ohlen 2000, "On the Use of Narratives in Nursing Research" J. Advanced Nursing vol.32 no.3 pp.695-703.

河口てる子、西片久美子、高瀬早苗 2000、「糖尿病患者のケアに関する研究の動向と今後の課題」『看護研究』vol.33, No.3 pp.39-46。

小板橋喜久代 1991、『病者の生活行動と看護』メヂカルフレンド社 9-12頁.

河合隼雄 1998、『物語とふしぎ』岩波書店3-26頁.

季羽倭文子 1993、『がん告知以後』 岩波書店.

小森康永、野口裕二、野村直樹編 1999、『ナラティブ・セラピーの世界』日本評論社、167-188頁.

Kleiman Arthur 1988、江口重幸他訳『病いの語り』 誠信書房 1996.p.3-69 p.178

MishlerE.G. 1986, "Research Interviewing: context and narrative" Harvard University Press, Cambridge, MA.

Michael White 1995、『人生の再著述』 小森康永 土岐篤史訳ヘルスワーク協会2000 22頁.

Michael White and David Epston 1990、『物語としての家族』小森康永訳 金剛出版1999 pp.59-63。pp.59-99

Nightingale Florence 1860、湯槇ます監修薄井坦子他訳『ナイチンゲール著作集』、vol.2 p.128 現代社、1974.

Paterson G Josephine and Loretta T.Zderad 1976、『ヒューマニスティックナーシング』医学書院 1983 p.6.

ランダムハウス英和大辞典　1976、小学館.

瀬戸知也　1999、「少年犯罪問題へのナラティブ・アプローチの試み：「神戸の少年事件」を事例として」『宮崎大学教育学紀要』　vol.86　13-27頁.

淘江七海子　1997、「糖尿病患者教育場面における看護婦の発言内容の分類と対応の適切さの検討」『臨床看護の進歩』vol.9, 93-101頁.

得永幸子　1990、『「病い」の存在論』地湧社.

Travelbee Joyce　1971、長谷川浩訳『人間対人間の看護』医学書院、1993、p.3.

Tilley D.Janice and Frances M.Gregor　1987, "The Nurse's Role in Patient Education; Incongruent Perceptions among Nurses and Patients" J. Advanced Nursing, vol.2 pp.291-301.

土居健郎　1995、『方法としての面接』医学書院.

Toombs S.Kay　1996、『病いの意味－看護と患者理解のための現象学』永見勇訳　日本看護協会出版会p.59　2001.　p.86

Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz　1998、『ナラティブ・ベイスト・メディスン－臨床における物語りと対話』斎藤清二、山本和利、岸本寛史、監訳　金剛出版　2001.

Tanya V. McCance, Hugh P.McKenna, Jennifer R.P.Boore　2001, "Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach,"　J. Advance of Nursing　vol.33　no.3　pp.350-356.

薄井坦子　1987、「生活概念を教える立場から」『日本看護科学学会講演集』vol.5 no.2 p.27.

山口葉子　1998、「高齢者の手術体験」『臨床看護研究の進歩』vol.10　146-150頁.

山岸　健　2000、『日常生活の社会学』NHKブックス.　165-167頁

Study on the Educational Method to Patient in Nursing
-By a Narrative Approach-

OIKE Miyako

Due to an increase of chronic disease and advances in cancer treatment, patients are going to live with disease in their home or work. Their daily life will have a deep relationship with medicine. Patient education by medical practitioners is going to be more important than now. More specifically, it will require to patient education in nursing, not only to inform about biological knowledge and technology but also to promote experiential learning through the patient's illness.

The purpose of this study is to describe interpretatively the experiences of cancer patients with surgical treatment from the viewpoint of a narrative approach and to examine the methods of patient education from these descriptions. The narrative approach used in this study has the following characteristics: 1) use of self-reflection as an analytic tool, 2) two thought modes (narrative mode and paradigmatic mode, 3) plot has meaning, and story has tense such as "beginning", "development", "end", 4) existence of story-teller and listener, 5) listener's attitude based on the pure curiosity.

From the viewpoint of this approach three postoperative cancer patients (Case A: Gastric cancer, Case B: Esophageal cancer, Case C: Lung cancer) were interviewed, and some episodes were extracted from the interview content. In addition, the experience of the illness in each case was summarized as follows through interpretable descriptions. Case A had determined to live for herself after her husband's death by gastric cancer. Case B has come to understand deeply her child's refusal to go school, overlapping with the experience of her disease. Case C has examined his own mortality after information of his life expectancy and being in postoperative bad physical condition.

In conclusion, the method of patient education was examined as follows: 1) it is important to take as positive patients who are not passive, who wrestle with recollecting their own experience, 2) nurses' role is not only information giver, distributor of knowledge and skills, but listener to patients' narrative, 3) education of cancer patients with recurrence problem and transitions is not often carried out. It was suggested that the externalization of the problem on therapeutic side of the narrative would be useful for the education of such cancer patients.