

St. Luke's International University Repository

看護における物語り性の追究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 井部, 俊子, Ibe, Toshiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014904

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



看護における物語り性の追究

第7回聖路加看護学会学術大会会長

井部 俊子¹⁾

本日は、第7回聖路加看護学会学術大会にご出席いただきまして、ありがとうございます。

私は1969年に聖路加看護大学を卒業した後、いわゆる看護の世界に入りました。以来、今日まで33年間、私の人生の多くは看護をすることと、看護を語ることに費やされてきたわけであります。そこで長い間考え続けてきたことの一つに、「看護はいかに語られるべきか」というテーマがあります。あるいは、「いかに記述されるべきか」と言い換えてもいいかと思えます。このこだわりを追究していった結果が、本学会のテーマである「文学性」に行き着いたわけです。本日は、研究発表、特別講演、シンポジウムを通じて、「看護はいかに語られるべきなのか」ということを、ご一緒に考えていただければと思っています。

* * *

まず、クマのプーさんの話から入りたいと思います。

《ある日、クマのプーはなにもすることがなかったの、なにかしようと思いました。そこで、コブタは、どんなことをしてるか、見てこようと思って、コブタの家へ出かけました。

プーが、白い山道をパタンパタンとふんで出かけたころは、まだ雪がふっていましたから、きっとコブタは、炉ばたで足のさきをあぶっていることだろう、と、プーはかんがえたのです。ところが、どうでしょう、コブタの家の玄関は、あけっぱなしになっていて、のぞいても、のぞいても、コブタはいませんでした。》

これはA・A・ミルンの著作『プー横丁にたった家』のなかの「プー横丁にイーヨーの家がたつお話」の冒頭です。石井桃子さんが翻訳して、岩波書店から1962年に第一刷が出ている、皆さんもよくご存知のお話です。私はせっかく本を買ったので、もう少しこの続きをご紹介したいと思います。

《出かけてるんだ。》プーは、がっかりしていいました。「そうなんだ。いないんだよ。すると、ぼく、かんがえごとの散歩、ひとりでやらなくちゃならないんだな。

いやんなっちゃう！」

それでも、まず、プーは、念のために、ドンドン、戸をたたいてみることにして……そうやって、コブタの返事のないのをまつあいだ、からだがあたたくくなるように、とんだりはねたりしました。すると、きゅうに、歌がひとつ、頭にうかんだのです。「元気にひとにきかす歌」とでもいいたいような、いい歌が。》

じつは、このクマのプーさんを引用することは私が思いついたのではなくて、『ナラティブ・ベイスト・メディスン』(原題“Narrative Based Medicine”¹⁾)という本の書き出しです。この『ナラティブ・ベイスト・メディスン』では、物語つまり‘narrative’とは何かということこのクマのプーさんで説明しています。私もいろいろな本を読んだり書いたりする立場ですが、このような書き出しは私にとっては「目から鱗」でした。

この『ナラティブ・ベイスト・メディスン』では、言語の形成としての物語の5つの特徴を説明しています。

第1には、物語は限定されたある期間にわたる時間の流れという構造をもっている、ということです。皆さんも、今、クマのプーさんの時間の流れを感じたことと思います。

第2には、物語は語り手と聞き手の存在を前提としており、この両者のものの見方によってお話がどう語られるかは変わってくる。つまり、聞き手と語り手の相互作用がある、ということです。

第3には、物語は個人を大切にする、ということです。個人が単に何をするかということよりも、その個人がどう感じているかということさらに大切にすることを特徴があるとされています。

第4には、物語は連続して起こる出来事には直接には付随していないさまざまな情報を伝えてくれる、ということです。これは重要なポイントです。何を話し何を省略するかは完全に語り手次第である、ということです。その上、聞き手からの熱心な質問などがあれば、話は自由に変えられたりもします。すぐれた講演は、すぐれた質問によってさらに深められる、ということ私自身も感じています。もちろん語り手次第ではありますが、質問が語りの質において重要であるということがわかります。

最後に、物語とはワクワクするほどおもしろいもので

1) 聖路加国際病院

ある。それは聞き手をひきつけ、聞き手は今聞いたばかりの話のどうしても解釈したくなる、ということです。

要するに、このクマのプーさんからの抜粋が私たちにもたらしてくれるものは、お話の登場人物を通して生きる体験であり、単なる登場人物についての知識ではないのです。クマのプーさんの話の要約をすると、たいくつなクマのプーさんがコブタの家に出かけたが、そこにはコブタがいなかった、ということになるわけですが、皆さんがこの物語から感じたりイメージしたり、あるいは解釈したことは、もっと豊かなものであると思います。

人生の体験とは、実演された物語であり、実行に移されたその人特有の個人的なストーリーであると考えられます。『ナラティブ・ベイスト・メディスン』では、このことこそが、医療従事者が物語の分析を通じて得る洞察の中心的な焦点であると結論づけています。

* * *

医療の世界では、昨今、看護実践は根拠に基づくものでなければならないという‘evidence based medicine’ (EBM) が主流となっています。サイエンティフィック或いは科学性が問われています。タイトルにEBMの入った魅力的な本もたくさん出ており、医師の間でも看護師の間でも、EBMが非常に注目されているわけです。

しかし、その一方で、‘narrative based medicine’ つまりNBМが医療の人間化には重要であるという考えも提示されており、EBMとNBМとのバランスが、非常に重要ではないかと思っています。

『ペイシェンツ・アイズ』(原題“Patient's Eyes”)²⁾では、現代の医療の質には2つの側面があるということを紹介しています。1つは、技術的な優秀性ということです。もう1つの側面は、主観的体験、特に患者の主観的体験であると考えられています。この本では、患者と家族のインタビュー、ならびに文献調査、医療者のヒヤリングなどを通して、主観的な体験の質を高めるには、つまり、患者中心の医療のためには、以下の7つの要素について十分に配慮しなければならないと述べています。

- ① 個人として扱ってほしい。
- ② 誰かが責任をもって見続けてほしい。
- ③ 何が起きているのか、あるいは起きるのがわかるようにしてほしい。
- ④ 病気にとまなう苦痛を和らげてほしい。
- ⑤ さらに不安や恐怖も和らげてほしい。
- ⑥ 私を気にしてくれる人たちへも気をつけてほしい。
- ⑦ 退院したあとの不安も気にしてほしい。

こうした7つの要素は、患者中心の医療、あるいは患者の主観的体験の質に影響を及ぼすということでもあります。

この『ペイシェンツ・アイズ』のなかでさらに言及し

ていることは、患者中心の医療のあらゆる側面に特にかかわりをもっているのが看護職の仕事である、ということです。ナースは、患者の個人的な事情に配慮しながら、一見非人間的に見える医療施設と患者とを人間的につなぐ仕事をしている、というふう結論づけています。たぶん無機質な医療のなかに入って、そこで医療を人間化していくのが看護職の重要な役割であると、私自身も思っております。

人間はそれぞれ自分の物語を生きており、病気もまた、その物語の一部であります。治療を受ける側が自ら語り出す‘narrative’を重視し、対話を臨床実践に生かす、ということは、人間の全体性へのアプローチであり、これが看護の最大の特徴であります。この人間の全体性へのアプローチに価値を置く看護実践において、‘narrative’に関する行為は、きわめて中心的な営みといえるのではないかと思います。

さらに、このことが医学モデルではない看護モデルとしてのユニークな表現方法に通じるものと考えられます。看護モデルに基づく記述は、日常の看護記録に関連していますし、事例検討やあるいは看護研究の文体、つまり、どのように文章を書くかということにも通じると思います。ただ文字を並べればよいというわけではなく、文章全体の構成や採用する言語などを吟味しなければなりません。いずれにしても、医学モデルではない文体を看護はもっと獲得していくべきではないかと思っています。

* * *

看護における物語は、ナースと患者との関係性の記述にも適応されます。聖路加国際病院の看護部では、臨床実践能力評価の手法として「キャリア開発ラダー」を用いた評価をしています。この評価を受ける者は、物語ふうに記述された事例を準備することになっており、そこからすべての評価のプロセスが始まります。その事例を手がかりとして——手がかりなので事例検討ではないのですが——、肯定的なフィードバックをすること、そして上司が勝手に評価するのではなく、同僚たちも参加して行うことを原則としています。

1995年から導入された「キャリア開発ラダー」による評価、あるいはレビューには、私も都合のつく限り参加しています。今回は、制度の詳細な説明³⁾は省き、事例そのものの紹介をしたいと思います。

専門教育を受けて医療現場に入り、同じスタートラインに立った医師と看護師の1年後の成長の度合いを比べますと、残念ながら医師の知の蓄積が勝っていると思わざるを得ないことがあります。彼らは経験を症例として語るができることと、それを知識として活用できるすべを知っています。私は、看護師は医師と同じような症例をもつべきだと言っているのではありません。私が「キャリア開発ラダー」に事例を書くことを課した理由

の1つは、次のような点にあります。つまり、年に1回は、自らの経験を意識化して記述し、経験知としてたくわえる作業を若いナースにもしてもらいたい、ということです。

「キャリア開発ラダー」の基本理念は、臨床状況の記述には文脈を削ぎ落としてはならないというベナーの主張にも影響を受けています。ベナーは次のように述べています⁴⁾。

《ナースはたいていの極端な状況で、家族や患者から反応や意味、対象選択の範囲を学ぶ。こういった共通意味は、常に進化し、ナースたちの間で分かち合う。そうしたことで伝統が形作られていく。》

聖路加国際病院は「聖路加の看護」としての伝統がありますが、こうしたナースたちの分かち合いを通して伝統が形作られていくと考えることができます。

《これらの意味を文脈、コンテクスを切り落とした分析によって意味のないものにするのではなく理解することが系統的な調査のための苗床となり、さらに実践と理論の開発をもたらすものである。共通意味が明白になるのは、さまざまな臨床状況において、内容や文脈、そして意味をすべて盛り込んで物語ふうに報告されるときである。》

このようにベナーは言っております。

こうしたさまざまな先達の影響を受けて、聖路加国際病院でやっております「キャリア開発ラダー」における「事例を使う」ということについてお話をしたいと思えます。本人の了解を得まして、丸田慶子さんのすぐれた物語を紹介します。

* * *

丸田さんは、内科病棟に勤務するナースです。新卒として聖路加国際病院に就職してちょうど1年が終わるころの2002年3月にレビューをしています。

「キャリア開発ラダー」による評価は、司会者は病棟のナースマネージャー（元「婦長」と言われていた職位です）が行い、当該病棟の経験4年目と5年目のナース2名が同僚として参加し、さらに看護管理室から私が参加しました。通常のセッションはだいたいこのようなメンバーで行われます。時間は、午後3時から始めて、3時45分には終了しています。

丸田さんの事例はワープロで書かれています。手書きでもワープロでも、原則はA4判1枚の事例を書く、ということです。できるだけ自分がうまくできたと思うような状況を描写してほしいということが条件になっています。A4判を何枚も書く人は差し戻しになり、簡潔にまとめるということも求められるわけです。

丸田さんは1年目のナースですので、先輩たちの前で自分の事例を読むということでかなり上気し緊張していました。丸田さんの事例はまず最初に患者の状況を説明

することで始まっています。

まず患者さんの状況ですが、この方は肺線維症、狭心症で入院された66歳の女性です。救急を受診され、ICUを通過して一般病棟に来たということです。CO₂ナルコーシスがあって多少意識レベルの低下があり、それに対して人工呼吸器（NPPV）による呼吸管理が行われ、CO₂ナルコーシスが改善したのですが、NPPVから離脱できずにいました。

《症状が安定した12月3日、一般床に転床してこられた。長期にわたるNPPVマスクの圧迫固定により、鼻背に潰瘍を形成していた。こちらの病棟に来られてから頻回のナースコールで、胸部の不快感、「鼻が痛い」、「ブーブーうるさい」など訴えられていた。また、喀痰が困難なため、ご本人の希望時に吸引を行っていた。》

《私が初めてこの患者さんを受け持たせていただいたのは12月7日でしたが、以前にナースコールに出た時、痰をとってよいジェスチャア（第一指と第二指を丸める）をされたが、私ははじめその意味がすぐには理解できず、少し時間がかかった。また、口鼻マスクをはずす時、潰瘍部に触れてしまい、苦痛様表情をされた。吸引はしたものの、喉元が痛くなったと訴えられてしまった。また、ベッドパンをあてる時、トイレットペーパーを陰部にあてるなど、個別に合わせたケアに欠けていた。私自身、その患者がどういう人で、どのようにケアしていいか分からず、情報を得ていなかった。その日、受け持ちであり、頻回に吸引の要求をされるものの、他の人を呼んできてというジェスチャアをされ、私に吸引させてもらえなかった。屈辱だった。》

しかし、バイタルサインや状況は落ち着いているものの、まだ呼吸器に慣れておらず、ICUとは違い24時間看護婦がそばにいて見守っているわけではない病棟や看護婦に、ご本人の不安も強くなったのではないかと思う。無理矢理吸引をしても苦痛や不安をよけいに増強させてしまうと考えると、先輩ナースを呼び、その吸引を傍らで見ていた。その後も何度となくトライしてみようとするものの、首を横にふられ、先輩ナースを呼んだ。どうしてよいか分からず苦しかった。なんとかしようと思い、先輩ナースを呼んで、その旨を伝え、今度は私が吸引をし、そばで見えていただいた。また、状況やバイタルサインが落ち着いていても苦しいと訴えられた時には、できるだけそばにいて、「大丈夫ですよ」と話をするように心がけた。また、同じ神戸出身であることで同じ体験をしたこともあり、その話をし、自分のことも話した。それから、何度か先輩にも見ていただき、12月26日の夜勤の時には自分ひとりでさせてもらえるようになった。

これは決して成功例ではありませんが、私にとって一番印象深く、患者さんのこと、自分のことについて、一生懸命考えさせられた期間でした。本当につらかったです。ですが、患者さんにはもっと苦しい思いをさせていたかもしれません。これからもさらに一層、対象のニー

ドが満たされ、臨機応変に問題解決できる努力をしていきたい。》

これがA 4判1枚にまとめられた語りです。

事例の説明の後、参加したメンバーは、丸田さんの努力をたたえ、「そんなに大変だったのね」と言っていました。このように、病棟のナースマネージャーにも見えない、新人ナースと「ベテランの患者さん」の相互作用が評されるわけです。私は、新人ナースである自分がケアをさせてもらえなくて「屈辱だった」と書ける丸田さんの思いに大変感動しました。ナースコールに応えるときの気持ち、あるいはケアのコツをどのように習得していったのかなどについても尋ねました。同僚からは、丸田さんの率直さや逃げずに向かい合える能力を評価していると、いわゆる肯定的なフィードバックがありました。非常にチームのサポートがあることを感じる事ができました。

丸田さんは、患者が満たされていると喜びを感じるとも話していましたし、自分の対応やケアの結果がナースコールという結果になって現れることを経験したということも、後のやりとりのなかで話されました。

* * *

そうしたやりとりがあったあと、「キャリア開発ラダー」における臨床実践能力評価の4段階のどの段階にいるのかということが話し合われるわけです⁵⁾。「キャリア開発ラダー」は、「知識」「判断」「行為」「行為の結果」という4つの側面から見ます。

「知識」に関しては、丸田さんはレベル1とされました。レベル1とは、「理論的知識」については、バイタルサイン、検査値などの正常値を活用する、解剖生理を理解することができる、一般論を頼りにする、身体的側面の知識を多く活用するなどです。「経験的知識」については、ノウハウは直面した状況から学習されていく、流れや関連性への結びつきは乏しい、収集したデータが対象の何を意味しているかという理解に結びつけることが難しく、活用がまだされにくい。これがレベル1ということになります。皆さん、丸田さんの事例をお聞きになって、レベル1かなと思われたでしょうか、これは再現性の問題があるので検証していかなければならないわけですが。

次は「判断」です。これもレベル1という結果になりました。レベル1の「判断」の内容は、状況把握が断片的である、状況を変化するものとしてとらえていない、ガイドラインがあれば対応できる、状況に応じた優先順位の決定が難しい、対象の身体的な部分に注目しており、対象の反応を見逃しがちである、対象の言動に影響され、過度に巻き込まれ、冷静さを失うことがある、状況に振り回されることが多い、というものです。

3番目の「行為」も、レベル1という結果になりました

た。レベル1の「行為」の内容は、対象のニーズに関心をもとうとする、行為の数が少ない、ガイドラインを用いて行動するので、対象のニーズに合わないことがある、判断にも行動にも時間がかかる、対象の反応に関係なく近づこうとする、行為が対象中心ではなく業務中心になりやすい、というものです。

最後の「行為の結果」については、本人の意見や同僚からの意見も考えて、最終的な結果はレベル2としました。レベル2の「行為の結果」は、対象のニーズの充足に努力しているが、充足するときとしないときがある、自分の行為に対して確信がもてないこともあるが、対象の反応から喜びを感じるときもある、問題解決するときと自分の行為を一方向的に進め失敗するときがある、という内容になります。

総合的に臨床能力評価は、丸田さんはレベル1です。その後、レベル2に行くにはどのようなチャレンジを必要とするのかということが話し合われて、本人が記録をとり、来年の参考にするとということになります。

ここには、前に述べた物語の特徴が表れていると思います。まず1番目は、限定されたある期間の時間の流れがあります。丸田さんの事例は、明らかに12月7日から12月26日のおよそ20日間の時間の流れが明瞭に書かれています。

2番目は、語り手と聞き手のものの見方ですが、丸田さんの事例を通して共通の価値、私たちは何を大切にしているのかという価値や意味を認識することができ、丸田さんを認め、勇気づけている、ということがいえます。

3番目は、物語は個人を大切にしているということですが、丸田さんが単にどのようなケアをしたかという事例検討ではなくて、ケアをさせてもらえなかった屈辱をどのように乗り越え、回復し、喜びを得るに至ったかというそのプロセスを共感し理解することができたということです。

4番目は、物語は連続して起きる出来事には直接付随していない情報を伝えてくれるという特徴がありますが、新人ナースが患者から拒否されたとか、新人ナースは何もできないなどといったステレオタイプな見方は適切でないことがわかります。聞き手は適切な質問によって、物語の方向性や意味を深めなければならないということになります。とかく、経験者はある程度できる段階になりますと、「新人は何もできないのよね」と言いますが、実は新人ナースも患者との相互作用のなかでさまざまな意味を見出し、努力をしているということが、こうした物語によって理解できるわけです。

5番目は、皆さんも丸田さんの体験にワクワクし、あるいはドキドキし、丸田さんに拍手を送りたいと思われたのではないのでしょうか。まさに丸田さんという新人ナースの体験を通して、患者と対峙しているナースのありようを考えるということになったわけです。

* * *

このような事例を手がかりとした評価というものについて、雑誌『看護展望』の編集者からいくつかの質問を受けたことがあります⁶⁾。

まず、こうした事例を手がかりとしながらレベルをつけていくということは、はたして大丈夫なのか、判断に迷うことはないのか、という質問でした。私はこう考えています。事例を手がかりとして被評価者、つまり評価を受ける者のレベルを議論していくわけですが、これはアナログ情報をデジタル情報に転換する作業です。したがって、デジタル情報しか取り扱えない人、5点4点3点というような情報しか扱えない人には受け入れられないかもしれません。けれども、看護情報は基本的にはアナログ情報ですので、こうした作業には親和性があると考えています。

私はこれまで数多くのレビューに参加してきましたが、書かれた事例はきわめて雄弁であります。非常にたくさん言いたいことがあるのにA4判の半分くらいまでしか書いていない人もいますし、書きながっている人もあれば、非常に細かい字でびっしり埋めている人もいます。そうした文字数や行数、その配列、記述する言語、さらに余白の取り方も、私には多くのメッセージを伝えるように思えます。事例は手がかりですから、ここから効果的な質問を発生し、被評価者、評価を受ける者の実践能力を浮き彫りにしていくプロセスはスリルに満ちており、多くの気づきや発見があります。このプロセスが豊かであればあるほど、おのずとそのレベルがどこなのかということの共通認識に至ることができます。できればこれを30分で行いたいと思うのですが、大半は30分で終わらず、1時間近くかかる場合もあります。

2つ目の質問は、評価を受ける者の同僚が同席するという意図は果たされているか、ということです。これについては、十分に果たされていると、私は考えています。同僚からのコメントは現実的で、思いやりに満ちており、被評価者を生き生きさせます。このことは、丸田さんの紹介において、皆さんにも少し感じていただけたのではないかと思います。

また、評価者の力が試される面も大きいと思うが、評価者の違いによって見方や厳しさの水準が異なるという問題はないか、という質問もありました。これは、当然だと思います。評価者の力量が試されることは確かだと思います。最も大切なことは、事例を読み込むということです。表面的な字面でやりとりをしているならば、よいセッションにはならず、参加者、特に評価を受けようとする事例を書いて意気込んできている人にとっては、大変不満なやりとりに終わるといった可能性があります。しかし、さまざまな評価者がいてもいいと思いますので、評価のセッションのダイナミクスは大切です。「そんなことを言ってはダメ」というような規制をせずに、自由にやりとりすることが、伝統をつくっていく上で共通の価値

や意味を認識していくことになると思います。

この方法を病院が導入するために必要な条件が何かあるか、という質問も受けましたが、私はこう考えています。「キャリア開発ラダー」を突然導入するのではなく、その目的、価値、運用、フィードバックのあり方など、十分なキャンペーンが必要です。さらに、スタッフの成熟度を判断すべきではないかと思いますが、いずれにしても、やり始めないと現状は変わらない、ということでもあります。

また、この制度は聖路加国際病院において十分成果を上げ定着したといえるか、という質問もありました。定着してはおりますが、この事例を書くという作業が、なかなかスタッフの多くの人が得意とすることではありません。この制度を使って「キャリア開発ラダー」を受けた人たちの成果は、一人ひとりの意識や行動のなかに埋もれていると考えられますし、病棟の暗黙知のなかにそれらが入っておりますので、今後、客観的な測定などを通して、その成果を明らかにする作業は必要ではないかと思えます。しかし、こうしたいわゆる客観的な測定によってどのくらい情緒的な側面を引き出すことができるのかというのは、測定の手法にもよっていると思います。

* * *

私は今、看護管理者として、実際の患者のケアにタッチしていない立場ですから、スタッフがどのような体験をし、その体験をどのように自分に生かしているのかということに最も関心があるわけです。もう1つは、こうしたスタッフの体験をその病棟のチームが共有することによって、チームの力、チームスピリットを形成していくということと、そのことが聖路加国際病院の看護の伝統、そして革新ということに結びついていくのではないかと考えているわけです。

2000年10月の『医学界新聞』に、「医療における物語と対話」ということで河合隼雄さんが述べている文章があります。

《近代科学は物語の対極です。逆に物語を取り入れないことで、急激に発達したともいえます。今度は、それら近代医学の成果を十分に取り入れつつ、その人間がもっている物語を大事にしなくてはなりません。これはとても難しいことですが、それを医療従事者の方々をお願いしたいのです。》

これは、私は大変貴重なメッセージだと思いました。これからも、私は‘evidence based medicine’と‘narrative based medicine’の両方の手法に関心をもち、看護がどのような表現方法をもつべきなのか、考えていきたいと思っています。

最後になりますが、患者が語る物語と看護師が語る物語に焦点を当て、物語と対話に基づく医療の実現が、今後の臨床看護の本流となるのではないかと考えておりま

す。

ご静聴、ありがとうございました。

* * *

質問1：自分の臨床体験を「書く」という作業と「語る」という作業は、どうも違う側面があるのではないかと思うのですが。「書く」という作業は一人の世界をつくっていく作業でもあります。「語る」という作業では二人称以上、要するに対話という形をとらざるを得ないわけで、物語が異なってくるということはないでしょうか。

井部：最近の若者のメールなどを見ますと、彼らは「語る」ように書いています。彼らにとっては、「語る」とこととメールで文字にするということには、あまり差がないようですね。若いナースに聞きますと、メールを打つのと事例を書くのとはまったく違うと言いますが、機械のおかげで、「書く」とことと「語る」とことは非常に近づいているようにも思います。

しかし、学生たちは膨大な実習記録を書いてきたのに、臨床に入ってくるとなぜA4判1枚に書くことすらも敬遠するのでしょうか。あるいはその短い表現の分量が問題なのかもしれないのですが。いずれにしても、「書く」とか「語る」ということは、日常の業務のなかにまったくないわけではなくて、むしろ豊富にあるわけですけれども、なかなか書けない、語れない、ということの根源は何なのでしょう。これはみなさんに教えていただきたいことでもあります。

質問2：学生も新人もそうですが、自分の過去の体験からしても、日常の記録には記載されなくても自分のなかにいっぱいあるものを「書く」ということは、自分ともう一度、時間をおいて対話することだと私は思います。「語る」とときには必ず他者がいますが、書くときの他者ももう一人の自分だと私は思うのです。実践しているときの私ではなくて、時間をおいてもう一人の私と対話しながら書いている。それから、語る場がなければ、そのことについて意味づけができない。意味づけをすることには他者がとても重要だと私も思っていましたので、先ほどのキャリア開発のシステムをうかがったときに感銘を受けました。

質問3：看護師が書く記録がもっと生き生きと、例えば体験した事実が他の人に伝わるように書けないものかと、常々私は思っています。ことに私は在宅ケアをしておりますと、ぜひその人の生き様、そしてそこに働きかけた自分の看護の力量、こういうものを記録のなかに表現したいという思いがあります。今日発表された若い方が自分の体験をできるだけ客観的にA4判1枚にまとめる、これは大変な作業だと思いますが、その際、オフィ

シャルに残される看護記録が参考になるのか、それともまったく別のものなのでしょうか。

井部：この事例をまとめるにあたって、まずどういう患者さんのことを書くかということを決めるまでに時間がかかります。書くにあたっては、患者の記録であるチャートを見ますが、ここに書かれているものはチャートにそのまま残されているものではありません。したがって、患者の記録として書かれているものは、こうした患者と看護師の相互作用、‘narrative’な部分というのはほとんど残されていないのが実際だと思います。日常の看護の記録にそこまで残すべきだとは、私は思いません。これは‘narrative’な部分を残そうと、意図的に書く作業をしなければならないということであって、日常の毎日の記録でこのように書いていると、ほとんど仕事できません。ベッドサイドに行けなくなりますので、そこはかなり合理化していいと思っています。

医師は、研修医のときにこのような作業として自分の患者のサマリーを書き、それをきちんとためて、専門医になるときに資料にします。そうした作業が看護では定着していないので、ケアはやりっぱなし、という状態で巣立っていってしまうわけです。仕事に就いた段階で、自分のキャリアをどのように蓄積していくかという方法論をもう少し臨床側でもきちんと指導し、そうした仕組みをつくる必要があると思います。口先だけでキャリア開発と言っても、個人がどういう体験をし、体験から何を学んだかということをも自分のなかで認識できないキャリア開発では片手落ちです。基礎教育の場だけでなく、臨床側も、キャリア開発に自分の経験が非常に重要で、それを蓄積し、記録として自分もっていなければならないのだということを説明し、かつそうした仕組みを看護部が考えていく必要があると思います。もちろん個々が自立した専門職業人としてやっていくことができれば、このような仕組みをつくらなくてもいいのですが。

看護の世界では特に相手との相互作用が重要ですから、そうした記述をキャリア開発のファイルとしてもつという認識がもっと広まるといいと思います。

質問4：アーサー・クライマンの『病の語り』や野口裕二さんの『物語としてのケア』などもありますが、最近、物語という言葉は医学のなかでも重要視されてきていると感じています。これからの医療、あるいは医学、ともに‘evidence based medicine’に対抗する形をとるということには私も賛成です。ただ、やはり医療・医学のなかで‘narrative’を位置づけるのに、医者領域ですと、診断というものに‘narrative based medicine’を生かすのか、あるいは治療ターゲットとして生かすのか、このへんにまだ非常に戸惑いがあると感じています。私も医師として、インターネットで医療相談をしているのですが、先ほどの話のように「ネット人格」というのがあるくらい「書く」ということに関する感じ

が最近変わってきていることを実感しているわけです。これまで我々が医療・医学で築いてきた暗黙知や経験知、あるいはそれを形式知にするということが現在は大事なのですが、そうしたときに、「語りの医学」というのがこれからどういうふうな位置づけになるのか。‘evidence based medicine’はいわゆるガイドライン化することができますが、「語りの医学」はなかなかガイドライン化しづらいのです。ですから、医学の実践において、みなさんの経験知を——患者さんからも知恵をいただくわけですが——、1つのパターンあるいはスタイル（これは認知科学ではよく言われておりますが）、そういういろいろなキーワードを、この‘narrative based medicine’は必要としていると思うのです。私は、これからの医療のなかにこの‘narrative’の概念を位置づけることは絶対に必要だと思っています。特に高齢社会になり、若い医療従事者がお年寄りに接することが非常に多くなりますので、‘narrative’抜きには治療ターゲットを選ぶこともできなくなります。しかし、もう少しこの学問が成熟するのには、いろいろな界、いわゆる社会医学者であるとか、あるいは心理士であるとか、いろいろな人の意見を十分このなかに取り入れて発展させていく、今は発展段階だと、私は感じております。

井部：私は今日、看護の記述をするために‘narrative’の手法を用いたらどうかという方向でお話ししましたが、今ご指摘にありましたように、語るということはある意味では治療の一手段になりうるのではないかと思っております。統合失調症の人たちが社会で生活していく上で、「語り」によって力を得ていくという報告もあります。語るということは、単に私たちのやっていることの記述ではなくて、もっと踏み込んで、もっときちんと語ることによって健康上の問題を解決し、生活に適應していくようなことが可能ではないかと思っております。只今のご指摘は私にとっても非常に貴重な示唆を得たと思っております。

<注>

- 1) トリシャ・グリーンハル／ブライアン・ハーウィッツ編，齊藤清二他監訳，ナラティブ・ベイスト・メディスン，金剛出版，2001年。
- 2) マーガレット・ガータイス他編，信友浩一訳，ベイシエンツ・アイズ，日経BP社，2001年。
- 3) 「キャリア開発ラダー」のこれまでの実績については，以下の論文参照。井部俊子，吉川久美子，佐藤エキ子，聖路加国際病院の「キャリア開発ラダー」，看護展望，26（7），17-27頁，2001年。
- 4) パトリシア・ベナー，井部俊子訳，ベナー看護論，医学書院，2001年。
- 5) 井部俊子他，前掲論文参照。
- 6) 同前。