



# 腎不全看護

## Seminar Report

第1回DLN認定試験  
・受験対策サポート研修  
(講座8~10)

2009年9月19日(土)・20日(日)

日本腎不全看護学会  
第8回  
ステップアップ研修

2009年10月3日(土)・4日(日)

援助(1),セルフマネジメント(1)

セルフマネジメント(2)

セルフマネジメント(3)

聴く力・語る力を磨く —ナラティブの手法を理解する—

…看護を聴く・語りを聴く…

看護におけるナラティブとは

患者の語りを聴く —ナラティブ・アプローチ—

家族へのナラティブ・アプローチ

看護におけるナラティブの活用

家庭透析とインフォームドコンセント

# 腎不全看護

# Seminar Report

DLN 認定試験・受験対策サポート研修

2009年9月19日(土)・20日(日)

名古屋:中外東京海上ビル

## 講座 8 援助(1)・セルフマネジメント(1) 1

関西看護医療大学学長／京都大学名誉教授 江川隆子

## 講座 9 セルフマネジメント(2) 4

昭和大学保健医療学部看護学科准教授 三村洋美

## 講座 10 セルフマネジメント(3) 7

関西看護医療大学学長／京都大学名誉教授 江川隆子

2009年10月3日(土)・4日(日)

第8回ステップアップ研修

横浜:関内新井ホール

## 聴く力・語る力を磨く ―ナラティブの手法を理解する― …看護を聴く・語りを聴く… 10

看護におけるナラティブとは 10

患者の語りを聴く ―ナラティブ・アプローチ― 12

家族へのナラティブ・アプローチ 14

看護におけるナラティブの活用 17

グループワーク 19

NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表 下山節子

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学准教授 中村光江

日本赤十字九州国際看護大学講師 桐明あゆみ

## 家庭透析とインフォームドコンセント 20

福岡腎臓内科クリニック院長 藤見 惺

日本腎不全看護学会教育委員長／葉山ハートセンター副看護部長 大坪みはる

第8回のステップアップ研修によろこばらしゃいました。本学会も、会員が3,000名を超す大きな学会に成長しましたし、透析療法指導看護師の資格を取得された方も800名を超えております。2009年の秋には認定試験を受験される方のための受験対策サポート研修も開催し、おかげさまで非常に好評をいただきました。

今回の研修は、「聴く力・語る力を磨く―ナラティブの手法を理解する―」のテーマのもと、下山節子先生、中村光江先生、桐明あゆみ先生にナラティブについてご講義いただきます。看護理論の1つではありますが、臨床の現場の人でも理解しやすい内容にさせていただいており、また、ステップアップ研修恒例の参加型のセッションも設けております。この学習をぜひ今後臨床で活用していただきたいと思います。それでは、2日間どうぞよろしくお願いたします。



## 講座 8

## 援助(1)・セルフマネジメント(1)



関西看護医療大学学長／京都大学名誉教授  
江川隆子

## はじめに

ここでは、セルフマネジメントの考え方や、その領域の看護診断の基礎理論、それらの看護援助（看護治療）の支援へ活用できる理論でもある自己効力感理論と保健信念モデルについて概説する。

## 看護診断、看護の範疇

セルフマネジメントを理解するうえで、まず透析看護の考え方、透析における看護の領域について考えてみたい。

看護というものの範疇は、医療問題（共同問題）と看護上の問題である看護診断、看護ケア問題（ADLの介助）の3つに区分することができる。医療問題とは、穿刺など、医師の責任範疇のもと医療技術を用い看護師が免許で許されている範囲についておこなうもので、看護ケア（看護師がおこなう行為の総称としての）の中心になると思われる。透析中や透析後に生じる患者の身体的変化は、すべて医療、治療そのものが原因で起こってくるものと考えられることから、その対処も医療問題となるであろう。

看護診断は、看護治療技術を用いて看護師が責任をもって解決、治療していくべき領域である。現在当学会では透析の領域でよくみられる看護診断として17の診断名を抽出している。また、今後は移植や保存期で頻出する診断を抽出するのが課題である。

看護診断以外の看護上の問題は、主として日常行動（ADL）に関することになるであろう。治療による制限や、安全・安静により患者自身がおこなえないときに看護師がADLに関してケアをおこなうという考えが基本となる。床上移動、移乗、歩行、食、排泄・入浴・更衣・整容のセルフケアなどに対するもので、外来の透析の領域で見ると、患者は家から通うため、院外に関すること、院外でのADLは患者本人や家族が対処するという観点から、透析看護ではこれはすべてほとんどの場合が看護ケア問題に入るものと考えられる。そこで、看護師自身でおこなうものと、あるいは他の職種に任せてもよいものに、看護師が区別することが

できる。

そこで、看護を実践するにあたっては、その看護援助（あるいは介入）が、医療問題、看護診断、看護ケア問題のいずれに属するものかを意識することは重要となる。

## セルフマネジメントとは

## セルフケアの考え方

セルフマネジメントのセルフ（self）は、「自分」「自身」と訳される。セルフケア（selfcare）は、「自分のことは自分でする」ということで、従来から一般的に使われていた。

看護のなかにセルフケアの概念が用いられるようになったのは、Oremが自らの理論にセルフケアの考えを取り入れたことによると考えられている。Oremのいうセルフケアには3つあり、1つは、水分の補給や食事の摂取など生きていくうえでの普遍的なセルフケア、もう1つは発達過程で必要となるセルフケア、そして3つ目が、病気や障害などにおいて医学的治療に対して実施する健康逸脱に対するセルフケアである。

## 看護実践におけるセルフケアとセルフマネジメントの考え方

一方、医学モデルにおける患者のセルフケアは、病気の進行や合併症、後遺症を最小限にするために処方された自己管理（self management：セルフマネジメント）や、リハビリテーションへの参加に焦点が当てられている。

看護の領域では、Oremのいうセルフケアをはじめ、種々の健康モデルにおいてセルフケアが語られていたが、次第に、誰しもが健康のために一般的におこなうセルフケアと、病気の治療のためにおこなう医療的なセルフケアに分けようとする動きが出てきた。

現在「セルフケア」とよばれ、看護でも用いられているのは、どちらかというとなら食や排泄などの日常行動のことを指すことが多いと考えられる。もう一方のセルフケア、すなわち医療者の指示にもとづいて治療のために患者がおこなうセルフケアは、「セルフマネジメント」「自己管理」と称されるようになっている。

先ほど看護の範疇について述べたが、それを透析看

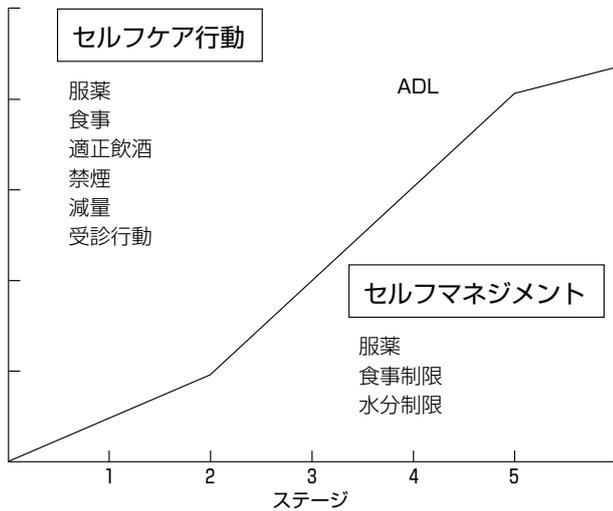


図1 CKDにおけるセルフケアの範囲

(日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版, 2009, p130 より引用)

護にあてはめると、医療（あるいは共同問題、CP）とは、医師の指示のもとで看護師が実施する透析治療で、また、看護診断の中心は、患者がセルフマネジメントに関して怯んだり、そのことでストレスになる状態である。したがって、看護師は、患者がセルフマネジメントに関してどのような問題があるのか、その問題にどのような要因がかかわっているかなど、十分にアセスメントして診断をしたうえで適切な看護援助（看護治療）を導く必要がある。

### CKDにおけるセルフケアの範囲

CKDにおけるセルフケアの範囲を図1に示す。図1では左側のセルフケア行動と右側のセルフマネジメントで同種の項目が入っている。ではなぜ呼び方が違い、とらえ方が異なってくるのであろうか。それは、右側のセルフマネジメントは医療者からの指示のもとおこなっていくものであるが、CKDステージの低い左側では、医療者の指示が出ていないか、出ていたとしても絶対的な指示ではないと考えられる。すなわち、まだ症候や症状が出ていない初期の段階では、受診行動も含めすべてがまだ患者の自主的なセルフケアの段階であると考えられるからである。

一方、CKDのステージが進んでいくと、守るべき内容が類似のことであっても、セルフマネジメント、すなわち医療者からの指示が中心になる。そして右側のセルフマネジメントの段階になると看護師が看護診断し、援助(看護治療)をする領域に入っていくと考えられる。

### セルフマネジメント領域における看護診断の基礎理論

#### 自己効力感(self-efficacy)

自己効力感の概念は、Banduraが社会的学習理論において示したもので、ある目的を達成するために行動を選択する人の自信、またその行動をとることでもたらされる結果への期待に対する能力について説明する1つの理論である。自己効力感の概念は、認知領域と行動領域から構成される(図2)。認知領域とは患者の意

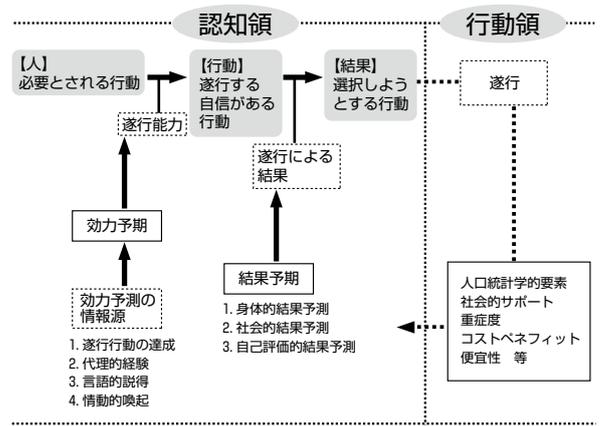


図2 自己効力感の理論的枠組み

(日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版, 2009, p325 より引用)

識のなかにあるもので、行動領域は実際に遂行される行動である。ここでわれわれは、自己効力感の理論を用いようとするとき、患者の行動領域からみていくことになる。透析看護で最も重要な行動領域とは、患者の自己管理に関する、言動を含めた実際の行動である。そこで私たちはまず患者の自己管理行動から観察する。それらの行動とは、患者が透析に来ること、そして、水分、体重管理を守る／守らない、また、「水分を守ることがむずかしい」などの訴えを含むものが行動である。

そこで看護師はまず患者の状態や変化を察知し、行動として現れている患者の認知領域に何かが生じているか、たとえば、おこなうべきセルフマネジメントを実践できているか、難しそうにしているかどうか、「難しい」と口にしてしているかどうか、そういった点に注目していくことが大切である。

#### 効力予期と結果予期

自己効力感理論は、必要とされる行動に対する効力予期と、その行動の結果に対する結果予期で構成されている。効力予期とは、必要とされる行動をどの程度実行することができるかという本人の自信である。結果予期とは、その行動をおこなうことで導かれる結果への期待を指す。たとえば、水を飲み過ぎたときに治療はどうなるかと考えるのが結果予期で、体重増加が多いと透析時間が長くなってしまふなど、結果を考えるからこそ、体重増加を抑えようとするものである。一方、自分ならどれくらい達成できるかと考えるのが効力予期である。

しかし効力予期と結果予期は定量化することが難しいものである。測定するスコアなども提唱されているが、実際に測定するのは容易ではないであろう。口頭で「やります」「できます」と言うだけという人が大勢いる。そして、実践しようとしたが出来なかったということも多いものである。したがって、効力感の強さまでは測定するのが難しいという状況である。

しかし、これら効力予期、結果予期も行動からみるこ

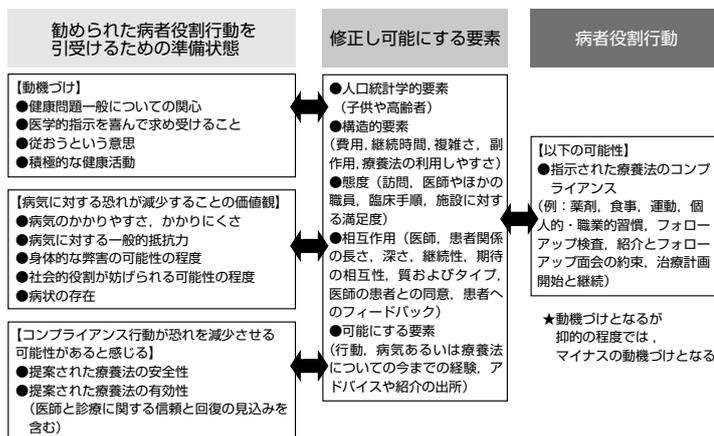


図3 保健信念モデル

(石川穂ほか: クリニカルナースィング I 看護診断, 医学書院, 1991より改変引用)

とが重要で、患者にそれほど効力予期、結果予期がないとみえるときでも、実際にセルフマネジメントがおこなえていればこのことについて考える必要はないであろう。

### 自己効力感に影響する要因

自己効力の認識に影響する情報として、①達成経験、代理的経験、③言語的説得、④情動的状态がある。また影響する因子としては、a. 社会的サポートと、b. 便宜性など、がある。

①達成経験は、たとえば水分摂取 1,000cc の制限が守れば、褒めるなどしてフィードバックすることである。実臨床でも、1,000cc ならできると患者が言うときにはまず 1,000cc を目標とする、といった指導はよくおこなわれていると思われる。あまり高い目標を設定せず、達成したら褒めるということがどのような患者にも重要なことである。また、目標は高過ぎてもよくないが、低過ぎてもよくないと思われる。その人の効力感に適した目標にすることが大切である。

②代理経験は、他の人の成功や失敗の経験を見本にするもので、モデリングに似た概念である。他の人を見て自分もできると思うようになって考えるものである。そこで、あの人ができるならば私もできるのではないかと患者が思えるように設定していくことが適切であろう。

③言語的説得は、言葉による説得で効力感を高めようとするものである。

④情動的状态は、リラクゼーションなどといったものである。

a 社会的サポートは、活用できる社会資源をしっかりと提供することで、それにより患者が自己管理を達成できるようになる可能性もある。b 便宜性は、その人の生活設計を考慮し、たとえば仕事をしている患者は夜のクールにしてあげるといった便宜を図ってあげれば、患者は自己管理を守れるようになって考えられる。

## 保健信念モデル

保健信念モデルは、公衆衛生の大きな課題であった予防接種や、疾病、感染予防のための人々の受診行動を分析しようとした理論である。

保健信念モデルと自己効力感理論の大きな違いが一つある。自己効力感は一般的な事項においても測定することができる理論である。たとえば、朝、ご飯を食べる、勉強をしようといった、一般的なことから測定するツールが開発されている。一方、保健信念モデルにはそういった一般的なものではなく、健康に関するもののみをみていく理論である。

保健信念モデルの概念は、「勧められた病者役割行動を引き受けるための準備状態」「修正し可能にする要素」「患者役割行動」の3つの概念で構成されている(図3)。

「勧められた病者役割行動を引き受けるための準備状態」は「動機づけ」、「病気に対する恐れが減少することの価値観」、「コンプライアンス行動が恐れを減少させる可能性があると感じる」という3つの認知に大別されている。また、「修正し可能にする要素」は、①人口統計学的要素(子供や高齢者)、②構造的要素(費用、継続時間、複雑さ、副作用、療法上の利用しやすさなど)、③態度(訪問、医師や他の職員、臨床手順、施設に対する満足度)、④相互作用(医師-患者関係の長さ、深さ、継続性、期待の相互性など)、⑤可能にする要素(行動、病気あるいは療養法についての今までの経験、アドバイスや紹介の出所)などがあげられており、「勧められた病者役割行動を引き受けるための準備状態」に「修正し可能にする要素」が影響した結果、患者役割行動(保健行動をとる可能性)が表出するとするのが保健信念モデルの理論の考え方である。

この理論も先ほどの自己効力感と同じように、行動からしかみることはできないものである。したがって、患者自身に、自分が病気になることに対し恐れていることがなかったとしても、動機づけがなかったとしても、指示されたことをしっかり守れている人には、守れている間は、患者の保健信念について考える必要はないであろう。

## おわりに

セルフマネジメントの考え方と自己効力感、保健信念モデルについて概説した。2つの理論については、理論自体やそこで用いられる用語などをしっかりと理解することと、臨床でどのように考え、用いられるものかも知っておいていただきたい。

## 文献

1) 日本腎不全看護学会編: 腎不全看護 第3版, 医学書院, 2009

## 講座 9

## セルフマネジメント(2)



昭和大学保健医療学部看護学科准教授  
三村洋美

## はじめに

セルフマネジメント(2)「各期におけるセルフマネジメント」として、保存期、血液透析、腹膜透析のセルフマネジメントをみていきたい。

## 保存期におけるセルフマネジメント(表1)

CKD ステージ分類ごとにセルフマネジメントの課題をみていく。まずステージ1・2では、治療目的は、腎障害の原因精査、腎障害を治癒させるための積極的治療とされ、食事制限、服薬、血圧管理、血糖管理を、腎専門医の協力のもとかかりつけ医で受ける。セルフマネジメントの項目としては、受診行動の継続を重視している。また、腎機能低下を防ぐため生活習慣を改善することが必要となる。腎機能評価を継続し、食事・飲酒については、食事時間、食事量、嗜好品、外食の頻度、制限による負担はないかなどをみていく。血圧が130/80mmHg以上であれば塩分は1日6g未滿にする。飲酒は1日に1合以下、禁煙が推奨される。体重はBMI 25未滿を目標に減量する。血圧は、130/80mmHg未滿に管理する。蛋白尿1g/日以上の場合はさらに厳しく125/75mmHg未滿を目標とする。

ステージ3は、専門医によって腎機能の低下の原因の精査や腎機能低下を抑制する集学的な治療を受ける段階で、この時期は、まずステージ1・2と同様に受診を継続していくマネジメントが必要となる。食事療法は、この時点では塩分が6g/日未滿に制限されるとともに蛋白も0.6~0.8g/kg/日に制限される。また高K血症がある場合はKも1,500mg/日に制限される。節酒、禁煙、減量、血圧管理も継続する。また、ステージ3では薬物療法が必要になってくる。私たちは患者が薬物療法を適切におこなえるよう支援していく。さらに、身体変化の特徴や症状が出てきており、CKD ステージが進むほど心血管疾患のリスクが高くなることから、患者がこのリスクを理解して異常を早期発見できるように指導する。

ステージ4・5は、腎臓の専門医による腎機能の低下の原因精査、また治療を受ける時期とされる。セルフマネジメントの項目はステージ3に準じるが、腎代替療法の導入が迫ってくることから、治療選択が加わる。身体症

状については、患者が変化に対応することが必要であるが、それまでのような生活、食事療法、薬物療法だけではコントロールができなくなってくる。代替療法についての説明を受ける時期であるが、患者は代替療法を避けたいという気持ちで自己管理をしてきたことから、不安や悲嘆などが表出される。私たちは、患者にこれからの生活を考えてもらえるようにかかわっていくという役割を担う。

## 血液透析のセルフマネジメント

## 導入直前のセルフマネジメント

導入直前のセルフマネジメントとしては、まず、セルフケア行動として、尿毒症症状など腎不全の状態によってADLの低下が起こってきていると予想され、それに対処する必要がある。この時期の患者は尿毒症症状があったり不安が大きいため、最小限の知識・技術の教育にとどめ、セルフマネジメントの動機づけが中心となる。

水分制限は、尿量+200~300mL。食事療法は減塩・低蛋白食となる。薬物療法は、保存期から多数の薬を服用していると予測できるため、薬の必要性を理解して服用できていることを確認していく。また、薬の管理が不十分な場合は、看護師は患者や家族から情報を聴取し、その理由について明らかにしていく。

また、バスキュラーアクセスの術後の日常管理も必要となる。計画導入される患者では、CKD ステージ3~4のころにシャントを作製していると予測されるため、患者にはシャント音を確認するなど自己管理の方法を教える必要がある。

ストレス・社会的問題のセルフマネジメントとしては、不安、喪失、生活パターンの変更があげられる。これらには、治療を選択したこと、血液透析の実施、透析導入後の生活、社会生活の変化に伴う経済的な問題が大きな影響を及ぼす。生活パターンの変更では、透析のある生活パターンをイメージして、調整をしていかなければならない時期である。

## 導入期におけるセルフマネジメント

導入期は、透析治療を受けなければいけない状況、日常生活の調整をしなければならない状況にあり、セルフケア行動としてこれらの行動をとる必要がある。

表1 CKD保存期におけるセルフマネジメントの課題

	CKD ステージ		
	1, 2	3	4, 5
医療的問題	尿蛋白の持続, GFR 低下	GFR の低下 (体液過剰, 電解質バランスの異常, 貧血), 心血管系疾患の合併	GFR の低下 (体液過剰, 電解質バランスの異常, 貧血) 心血管系疾患の合併
看護診断	非効果的治療計画管理, または〈非効果的治療計画管理 (リスク状態)〉	非効果的治療計画管理, または〈非効果的治療計画管理 (リスク状態)〉	非効果的治療計画管理, または〈非効果的治療計画管理 (リスク状態)〉・不安・悲観
セルフマネジメントの項目	1. 受診行動の継続 2. 生活習慣の改善 (食事・禁煙・減量など)	1. 受診行動の継続 2. 食事療法 3. 薬物療法 4. 身体症状の変化に対応	1. 受診行動の継続 2. 食事療法 3. 薬物療法 4. 身体症状の変化に対応 5. 今後の治療選択

注:〈 〉は NANDA からの提案ではない

(日本腎不全看護学会編:腎不全看護 第3版, 医学書院, 2009, p.133 より引用)

この時期の患者は、透析が開始され、尿毒症症状が改善し自分の置かれている状況を認識できるようになっている。透析を受容していく時期でもあるが、すぐに受容できるものではなく、気持ちが行ったり来たりしている時期と考えるとよい。

治療に対するセルフマネジメントとして、透析治療が継続されなければならない。水分制限、体重管理をおこなう。透析間の体重増加は2日空き5%以内、1日空き3%以内とされる。食事療法は、透析治療の開始によって蛋白質制限がやや緩和されるが、蛋白質はリンを含むため、リンの状態をみながら摂取することが必要になる。またカリウムの適切な摂取方法も知っていかなければならない。

薬物療法は、導入前からおこなわれていると考えられるが、薬の量や種類が変わることがあるので、それを理解し服薬できることが大切である。抗凝固剤やEPO製剤についても理解しておく必要がある。バスキュラーアクセスの管理では、シャントの保護法や透析終了後の止血の状態、感染防止のための皮膚の確認、シャント音の確認、異常時の報告についての知識、技術を身につける必要がある。

ストレス (心理的)・社会的問題のセルフマネジメントとしては、不安、否認・抑うつ、透析を組み込んだ社会生活の負担感に対処していく。この時期は自己管理を継続できるか不安をもっている時期で、また、透析を受け入れようと努力をしている時期でもある。受容する過程で、否認したり怒りを表したり抑うつになる場合があるといわれる。

一方で、社会復帰をめざす時期であるが、透析の組み込まれた生活では役割の変化が起こる。その調整をしながら、社会生活と透析生活の調和を図ったり、各種社会資源の活用のおこなうことが必要となる。

### 維持期におけるセルフマネジメント

維持期のマネジメントでは、透析治療を受けること、

長期使用による血管の荒廃によってバスキュラーアクセスの問題が起こってくること、徐々に身体活動が低下し通院困難をきたすことの3つのセルフケア行動に問題が起こってくるのが予測される。

維持期というのは安定した透析を継続している時期になるが、多くの問題を抱えながら生活をおこなう患者も出てくる時期である。治療に対するセルフマネジメントとして、治療の継続、水分、体重、食事、薬物管理が引きつづき必要で、徐々に尿量が減少する分、水分制限が厳しくなってくる。

一方で、透析に慣れ、ルーズな管理をおこなう危険性も高くなる。患者自らが気を引き締めてマネジメントするのは難しいことから、私たちがサポートしていく必要がある。

バスキュラーアクセスの管理は導入期と同様で、フットケアについては、次第に合併症を併発してくることと、糖尿病性腎症を原疾患とする患者が多くなっていることから、足病変のリスクが高くなっている。患者が自ら足病変が起こる危険性が高いことを理解してマネジメントをしていかなければならない。また、合併症を併発した場合には他科の治療を受けてもらわなければならない。スムーズに他科受診ができるように準備をしていく。

ストレス (心理的)・社会的問題のセルフマネジメントについては、抑うつ、不安がある。この時期は透析に慣れてきているが、新たな欲望や欲求を現実調整していく際にさまざまなストレスを加えられることで不安や抑うつが出てくることもある。また、社会的役割や家庭内での立場の変化をセルフマネジメントしていく。社会や家庭での新たな役割を遂行している時期であり、透析や合併症の状態、社会の変化によって役割を変化させていくことが必要になる。

## 腹膜透析とセルフマネジメント

### 導入前のセルフマネジメント

導入前のマネジメントとしては、セルフケア行動としてADLの低下がある。この時期は、腎機能低下、尿毒症などの症状によって活動の低下が起こっていると考えられ、また、腎機能低下に関する知識不足により症状が起こる原因を把握できなかつたり、あるいは透析療法に関する知識不足も加わったりして、症状コントロールができていないということが考えられる。このような点をセルフマネジメントしていく必要がある。

食事療法は減塩・低蛋白食となるが、腹膜透析導入後は、腹膜透析の機序も含め蛋白制限が緩和されることを理解する必要がある。この時期、尿毒症症状などもありなかなか理解するのは難しいが、検査結果をみながら蛋白の量などを決めるということを説明していきたい。服薬の必要性も理解してもらう。

ストレス（心理的）・社会的問題のセルフマネジメントとしては、病気と今後の生活への不安に対処する必要がある。患者は、日常生活に腹膜透析のある暮らしを考えなければいけないが、知識不足や身体の状態により、病気自体や今後の生活に不安をもつことがある。また、自己管理のイメージができず、今後の生活への不安を助長することもある。この点を私たちが支援をしていく必要があり、療法選択を自己決定できているか、腹膜透析により症状が緩和されることを理解できているかなどをみていく。

### 導入期のセルフマネジメント

腹膜透析の導入期には、活動性が低下していたり、日常生活の時間の配分が変わっていたり、透析に伴う時間的な拘束や活動制限が加わるために、セルフケアの問題としてADLの低下、日常生活リズムのリフレーミング困難といった問題が起こってくる。

腎機能低下の症状コントロールをセルフマネジメントしなければならない。腎機能低下や透析療法に関する知識不足によって、水分や体重管理、食事療法、薬物療法の重要性が理解できない場合がある。また、バッグ交換やバッグの種類を遵守できず透析不足を生じる危険性がある。

セルフマネジメントとして体重管理を主として水分管理をおこなう。食事療法は、減塩は引きつづきおこなうが、蛋白質・カリウム制限については、血液検査の結果にもとづいた食事内容にする。また、薬物療法の意味を知り、適切な服薬を実施する。透析を処方どおりにおこない、腹膜透析液のIN-OUTで体液バランスを保ち、血液検査の結果により透析効率を患者、医療者で確かめながら、適切な透析をおこなう。

腹膜炎に対するセルフケアも必要であり、清潔操作によるバッグ交換の知識と清潔な操作手技を身につけてもらうこと、腹膜炎の徴候を知り異常を発見できることが必要である。出口部感染の予防についても、適切な出口

部管理のセルフマネジメントを身につけなければならない。在宅でおこなう腹膜透析では患者が異常を発見しなければならないため、その点もセルフマネジメントできるように指導する。

ストレス（心理的）・社会的問題のセルフマネジメントは、まず、日常生活継続への不安がある。腹膜透析によって日常生活における休息と活動の時間配分が変化するため、そのマネジメントが必要となる。また、時間的な拘束と活動制限という、腹膜透析に対する負担感も生じてくる。

### 維持期におけるセルフマネジメント

維持期では、導入期に習得した知識・技術を自分の体の状態に連動して考えることができ、透析導入以前の日常生活と融合した新たな日常生活をリフレーミングして生活をしていくことが、セルフマネジメントとして求められる。

症状コントロールは、これまでと同様のセルフマネジメントをおこなっていくが、この時期には、コントロールがうまくいけなくなったり、食事療法の不良やバッグ交換が遵守できないといった状況が複合的に関連してくる。さらに、腹膜機能の低下が生じてくることもある。

水分・体重管理、食事管理、処方どおりの腹膜透析の継続とともに、腹膜機能（透過性）の評価をおこない、透析方法を検討していくこともこの時期には必要となってくる。

腹膜炎と出口部感染については、それまでは知識不足や手技が未熟であることが原因となりやすいが、操作に慣れるこの時期では、自己流でのルーズな操作や管理が原因で感染を起こしてしまうことがある。その点をしっかりと引き締め、セルフマネジメントしていかなければならない。私たち看護師も、自己流の手技になっていないかなどの点を確認するようにしたい。

ストレス（社会的）・社会的問題のセルフマネジメントとしては、透析継続への不安、自己コントロール感の低下、透析に対する負担感に対処していく。この時期は、腹膜機能低下やEPSなど、自分の努力ではどうにもならないものが出てくることで、自己効力感が低下し自らをコントロールできない感覚をもつことがある。

また、新たな生活をつくりあげても、腹膜透析による時間の拘束、活動性の制限はずっと継続される。それに対する負担感、長く継続するに従って軽減されるというものではなく、ずっと感じられるものである。そのような負担を感じながらも、自らマネジメントしていくことがこの時期では重要である。

## おわりに

保存期、血液透析、腹膜透析に必要なセルフマネジメントを、各時期にわけて概説した。

### 文献

1) 日本腎不全看護学会編・腎不全看護 第3版、医学書院、2009

## 講座 10

## セルフマネジメント(3)



関西看護医療大学学長／京都大学名誉教授  
江川隆子

## はじめに

ここでは、透析患者のセルフマネジメントのうち、高齢者、合併症、糖尿病のセルフマネジメントについて概説する。また、透析患者のセルフケアやセルフマネジメントにどのような要因が影響して問題を起しているのかに注目し、理論なども用いて考えていくためのポイントも述べる。

## 高齢者とセルフマネジメント

高齢になると、セルフケア行動に影響する要因として、ADL 低下が大きな課題となると考えられる。このADLの低下は、加齢に起因するもの、あるいは透析治療に起因するもの、さらには生活のさまざまな調整能力が低下して生じるものであると思われる。また、高齢者の治療に対するセルフマネジメント（食事療法、薬物療法）などは、加齢に伴うものと治療による負荷に影響されるものがある。

ストレス（心理的）・社会的問題には、不安や抑うつがある。中年やそれ以前の年代では、仕事や学校などの社会的な関係・人間関係などによるストレスが考えられる。しかし、高齢者の場合は、そうしたストレスに加えて、加齢による生理的・機能的・器質的な脳の変化によって生じる抑うつが少なくない。また、高齢であるがゆえに新しい環境の変化に適応できないという適応障害からストレスになるとも考えられる。

そして高齢者の特徴として、セルフマネジメントに問題が起こると、その介護者や周りの人にも影響が起きることがあげられる。ADLに関する調整も治療に対するセルフマネジメントも家族に頼らなければならないことが高齢者の大きな特徴であり、そのため介護者に大きな負担がかかるようになるからである。

テキスト『腎不全看護』第3版の171～172ページには、目標に向けての看護支援のポイントがあげられている。そのなかで高齢者に対しておこなう支援として4つあげられている。そのなかで治療の選択の意思決定という点は、高齢者ではとくに大きな問題になると思われる。同時に、医療者側は、患者の意志に従って

どのように決定するかという点も非常に難しい課題である。また、「患者自身がもつ能力を把握する」とあるのは、患者が高齢者であったとしても何ができるか、それを変革して生きていける力を有しているかを判断しておくことの必要性を示している。また、高齢者に対する援助の特色の1つは、家族や社会資源の活用である。

テキスト172ページに示されている事例では、「最近衣服の乱れや（後略）」といったところがポイントになると考えられる。

高齢になると自尊心に問題が起こってくる可能性がある。これはADLによく表れてくるものであるが、この例でも衣服の乱れがみられてきていることから、自尊心に問題が起こってきていると考えられる。誰かがケアをしないために起こったという考え方もあるが、自尊心が傷ついた人は、次第に整容が悪くなってくるのがよくある。透析をおこなうさまざまな変化のなかで身体的・社会的に制限がかかってくると、自尊心に変化がみられてくることもあるということも、高齢者の1つの特徴と考え、注目していきたい点である。

自尊心が傷ついた患者への援助では、患者が考えていることを引き出すことが重要になる。また、テキストの「アプローチのポイント」にあるように、「その人らしさを尊重している」という点は重要であろう。その人に残っている良いものを見極め、その良いところを引き出して活用していく。このような点が高齢者への援助として考えるべきものであろう。

## 透析合併症とセルフマネジメント

透析では、長期に治療をつづけるに従って多くの合併症が現れてくることが知られている。透析合併症は、透析療法で生体腎のはたらきを完全に代替できないことによって生じる身体的な障害のことで、これらの透析合併症を有する患者のセルフケアとしては、ADL低下による日常生活の調整が必要となる。合併症による機能障害に伴って生活調整能力がさらに低下すると考えられる。

治療に対するセルフマネジメントとしては、食事療

法、薬物療法、排泄コントロールなどが考えられる。しかし、これらを困難にする要因、影響する要因としては、動脈硬化、自律神経障害、消化管機能低下、水分制限、大腸憩室、腸管の血流障害などもある。

また、ストレス（心理的）・社会的問題は、不安、悲嘆や抑うつなどがある。これらは、合併症の出現による苦痛や疼痛、運動障害などのADLの低下やQOL、自己効力感の低下に起因すると考えられる。

テキストでは174~175ページにこれらに対する「看護支援のポイント」があげられている。そのなかでセルフマネジメント行動を習慣化できるように援助するとあるが、これは決して容易なことではなく、また、習慣化しやすい行動と習慣化しにくい（できない）行動があるとも考えられる。したがって、その点を考慮しなければ、患者が混乱してしまう可能性がある。

すなわち、長期間透析をつづけていくなかで、水分の管理や食事の管理が習慣化できなかつたり、継続して管理ができなかつたりする。たとえば、治療に対するセルフマネジメントである食事療法、薬物療法、排泄コントロールのうち、食事療法の習慣化は容易なものではない。食事療法が容易に習慣化できるのであれば、糖尿病の患者も含め食事制限においてなんの問題もなかったはずである。私たちはすぐに「習慣化」といってしまうが、習慣化しやすい行動としにくい行動がある。そういったすべてのセルフマネジメントが習慣化できれば問題はない。長期にわたり継続しておこなっていくためには、いくつもの山を越え、いくつもの援助が必要になってくる。

そして、テキスト175~177ページの「事例を用いたアプローチ」の事例をみると、この例は70歳代後半の女性とあり、状態をみるとかなりの合併症の集積がみられる。身体状態は良好でない点が多いが、周辺地域での役割をもっていたり、自己の存在価値の認識といった、ポジティブな面をもっている。こういった点をアセスメントすることは非常に重要なこととなるであろう。そしてそれを援助に生かしていく、つまり、その女性にその力を使ってもらえる状況を作るといったことが医療側の役割であると考えられる。

この例では、具体的な支援方法としては、介護ヘルパーなどと連携するという社会資源を用いるのは有効な手段であると思われる。そして、内服薬を一包化するなどの対応をしているが、内服薬の継続は上記で述べたセルフマネジメントの習慣化においては比較的習慣化しやすいものと考えられる。こういったことによって、まず何か1つを習慣化していくことは可能ではないだろうか。

また、血圧低下の防止策を検討しているようであるが、透析中の援助は、看護診断に対する看護治療ではなく、医師と共同でおこなう医療問題にあたるものであることはしっかりと認識しておくべきと考える。したがって問題をアセスメントするとき、それが医療問

題なのか看護上の問題なのかという点を意識してアセスメントを進めることが重要である。

## 糖尿病性腎症とセルフマネジメント

糖尿病は、腎症、網膜症、神経障害以外にも心・脳血管障害、閉塞性動脈硬化症などの大血管障害を合併しやすいという特徴を有する。臨床において、糖尿病のある患者は非常に対応が難しい患者とされている。腎不全に自己管理やセルフマネジメントが必要であるうえ、それに加えて糖尿病にもセルフマネジメントが求められるためである。

糖尿病性腎症の患者のセルフケアとしては、ADL低下による日常生活の調整が必要となる。これらは、糖尿病性網膜症、神経障害などによる生活調整能力の低下などが起こってくることによるものである。治療に対するセルフマネジメントとしては、高齢者・合併症でもあげられていた食事療法、薬物療法、排泄コントロールのほか、シャント管理、フットケアなども必要となってくる。これらには、蛋白尿に起因する低蛋白血症、低アルブミン血症、インスリン分泌能の低下、動脈硬化、自律神経障害、消化管機能低下や、知覚神経障害、免疫力低下などが大きく影響すると考えられる。

ストレス（心理的）・社会的問題のセルフマネジメントとしては、不安、抑うつへの対処がある。不安や抑うつ状態は、長い療養生活やくり返す喪失体験、自己効力感の低下により惹起されやすいとされる。

テキスト179ページには糖尿病性腎症例の事例を用いたアプローチが紹介されている。50歳代後半の男性の事例であるが、この人にはどのような問題が起こっていると考えられるであろうか。

筆者の私見としては、この例では、アイデンティティが大きな問題になっていると考えられる。アイデンティティとは、自分はどのような人間であるかということであるが、それが確立するのは20歳ぐらいから30歳とされている。

ところが、もう一度人が成長したときに、人によっては何度とアイデンティティを構築する必要が出てくることもある。この人では、糖尿病となり、視力が低下して仕事も失った自分というものを認めていく過程でアイデンティティを再構築しなければならぬが、そういったときにさまざまな問題が起こることが少なくない。

そこで、腎不全の治療における診断の補助のなかで、患者が、それまでしっかりとセルフケア・セルフマネジメントをおこなってきたのに途中から急にできなくなったとき、とくに注目をすべきである。それは、その患者はもしかするとアイデンティティの確立に困難をきたしている可能性があると考えられるからである。この患者の場合はそういった行動が現れているため、アイデンティティの問題を疑って、目を向

表1 透析療法における自己管理

看護ケアの範囲	自己管理
医療問題	アクセスの管理 ⇨患者・看護師 治療中の循環動態の異常変動 ⇨看護師 出血傾向 ⇨看護師 回路の故障 ⇨看護師 治療後の血圧の低下 ⇨看護師・患者 電解質の異常バランス ⇨看護師 掻痒感、不快感 ⇨看護師 疼痛（針の入部、アクセス部など）⇨看護師・患者 合併症の予防 ⇨看護師 など
看護診断	水分・食事制限、通院 ⇨患者 服薬（インスリンなどを含む）⇨患者 カロリー制限 ⇨患者 感染（アクセスなどからも含む）⇨患者 アクセスの管理 ⇨患者 フットケア ⇨患者 皮膚統合性の問題 ⇨患者 ストレス管理 ⇨患者 など
看護ケアを必要とする看護問題	腎透析療法中の ADL ⇨看護師 など

（日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版，2009，p 139より引用）

ける必要がある。

そして、テキスト180ページにあげられている「具体的な支援方法」のなかでは、3つ目のノートを活用した支援（ナラティブ法など）がアイデンティティの問題に直結した支援方法であろうと思われる。

### 透析療法におけるセルフケアマネジメントの考え方

透析療法におけるセルフマネジメントの考え方をみていきたい。表1に「透析療法における自己管理」を示している。まず上段のアクセス管理などの「医療問題」は、患者に課せるものがあるとしても看護師が中心におこなっていく範囲である。「看護診断」にある水分・食事制限、通院、服薬などといった点は、基本的には患者自身がおこなうもので、看護師はその患者の指導、援助をおこなうことが役割である。表1では、実施する主体として「患者」と記されている。

そして治療中の看護ケア、透析療法中のADLに関することから、たとえばトイレのケアや食事、体を洗う・拭くといったことは、看護師がおこなう看護上の問題（看護診断以外の）に対する看護ケア（看護ケア技術を用いた）である。外来透析では患者は自宅（など）から通ってきているため、日常の行動（ADL）は透析看護の主要な援助対象ではない。しかし、治療中のADLの介助は、治療中で患者が自由にできないため、看護師がおこなう看護ケアである。しかし、患者は、医療施設を出ればそれらを自分でおこなわなければならない。この関係はしっかり理解しておくべきである。

また、透析療法における「自己管理」、セルフマネジメントは一生涯つづくものであり、途切れることはないもので、慢性疾患の最も苦痛な点である。自己管理は増えても終わりはないものである。それに対して看護師は、患者に起こってくる変化をしっかりと受け止め、援助をつづける必要がある。

しかしながら、多くの患者は非常にしっかりしており、自分で一生涯自己管理を守っていくことができることも知られている。しかしそういった患者にも定期的にアセスメントすることが必要である。そこで、患者に看護上の問題があるか否かにかかわらず、6ヵ月あるいは1年に1回など、スクリーニングをして、患者がセルフマネジメントについて悩んでいないか継続的にみていくことが重要である。

### おわりに

試験を受ける方にはぜひ合格できるよう頑張っていたきたい。しかし、資格というものは取得すれば終わりなのではなく、それから長い道のりで、次から次へと学習していかなければならない。その点もしっかり理解して学習に励んでいただきたい。また、本セミナーは試験対策としての面はあるが、ぜひ臨床での看護ケアにも活かしていただいたい。

### 文献

- 1) 日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版，医学書院，2009

## 聴く力・語る力を磨く

— ナラティブの手法を理解する —  
…看護を聴く・語りを聴く

# 看護におけるナラティブとは

NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表  
前・日本赤十字九州国際看護大学大学院准教授 下山節子



### はじめに

今日は「聴く力・語る力を磨く」ことについて、現在注目されている「ナラティブ」という概念について述べる。この知識は透析にかかわっている看護師にとって必要と考える。

### ナラティブとは

ナラティブは「語られたこと」(物語)と「語っていること」(語り)という2つの意味を同時に含むため、日本語ではあえてカタカナ表記にされている。これは特定の人間関係と相互作用が織り込まれているということであり、語り手と聴き手が不可欠ということに大きな意味がある。「語り」と「物語」の違いとは、複数の出来事の連鎖を時間軸上に語っていくのが「語り」、出来事の連鎖に思いや感情を入れ込み、そこに意義をもたせたものが「物語」である<sup>1)</sup>。

野口によれば、日常の会話には3つの形式があるという。「昨日は飲みすぎて調子が悪い。」これは複数の出来事を時間軸上につないだナラティブの基本形式といわれている。つぎに「飲みすぎた日の翌日は調子が悪いことが多い」。これは経験的な判断を述べており、会話の中では「エビデンス」とよばれる。そして3番目に「飲みすぎた日の翌日は調子が悪い」。これは因果関係を断定的・法則的に述べている「セオリー」とされる(表1)。われわれが日常、「科学的」と言うときはエビデンスやセオリーの追求を考えており、ナラティブはこれらを生み出すためのデータに過ぎないと位置づけられている側面がある。

ナラティブに近い言葉として「ストーリー」がある。ナラティブとは純粋な時間軸上の説明であり、歴史年表に例えられる。これに対しストーリーとはナラティブに関係性を示すものを加えたもので、歴史書に例えられる。歴史年表には関係性を示すプロットは表に出ず、時間的順序のみであるが、相互の関係性を示すプロットを含めて成り立つのがストーリーである。ナラティブはストーリーなどを一特殊形として含む上位概念として位置づけることができる。幅と奥行きをも

つ概念である。

そしてナラティブには、そのものの中にさまざまな臨床のストーリーが展開する可能性が秘められている。患者がもつ貴重な資源というとらえ方が必要である。

### 語りにもとづく医療

1970～80年代には経験的な医療や治療法が「科学的根拠に基づく医療(EBM)」に変化していき、医療者が一人ひとりの患者にケアをおこなう際の決定に役立てるという動きがあったが、それと同時にEBMへの偏重に対しバランスが重要だという考えから「語りに基づく医療(NBM)」が注目を浴びるようになった。語りに基づく医療とは、統計的データのみで決定され、それが機械的に施行されるのではなく、あくまで目の前の病む人の個別的なニーズに沿った変化に富むプランが「総合的な会話」を通して形成される医療やケアのことであり、この際に中心になるのが患者や医療者の「語り」である<sup>2)</sup>。

そもそも病気とは、医療人類学の見地から分類すると「疾患」と「病い」の二通りある。「疾患」とはdisease、いわゆる医学モデルである。もう1つの「病い」は生物学的なものではなく、患者・家族の体験までも含み、ナラティブである。

### ナラティブが伝えるもの

ナラティブについて重要なのは、それがわれわれに何を伝えているのか、ナラティブという形式を用いてわれわれは何を表現しているのか、そこからわれわれは何を読み取っているのか、の3点である。

まず、ナラティブが伝えているのは時間性(出来事の連鎖)とされる。また、ナラティブが表現しているのは伝えるものの中にある意味である。先述のプロットや関係性は、そこから多くの意味を伝える可能性をもっている。そして、そこから読み取っているのは社会性といわれる。ナラティブは語る人と聴く人の共同作業で成立する社会的な行為である。時間の流れが出来事の意味を人に伝え、共有することによって社会生

表1 3つの会話形式

①昨日は飲みすぎて今日は調子が悪い
・ 複数の出来事を時間軸上につないだもの →ナラティブの基本形式
②飲みすぎた日の翌日は、調子が悪いことが多い
・ 出来事そのものではなく関連性について経験的判断を述べている →エビデンス
③飲みすぎた日の翌日は、調子が悪い
・ 出来事そのものではなく関連性について因果関係を断定的・法則的に述べている →セオリー

(野口裕二, 2007<sup>1)</sup>より引用)

活を可能とする道具となる。そしてナラティブは不完全なデータではなく、社会的現象、社会的な現実を考察するうえで非常に重要になる<sup>3)</sup>。

### ■ ナラティブ・アプローチとは

ナラティブという形式を用いて、何らかの現実に接近していく方法である。この方法は、何らかの現象を研究したり、何らかの対象に働きかける実践をする際にナラティブという形式を手がかりとすることで、ナラティブそのものが目的ではない。ナラティブ・アプローチは臨床研究の新しい形式を提案するものであるといわれ、患者の物語に着目するだけではなく、臨床実践をいかに語るかという臨床家の物語にも着目する点に特徴がある。NBM や NBN, 心理療法や医療人類学などはナラティブ・アプローチであり、EBM, EBN と対あるいは互いに補完する概念である。ナラティブによる臨床研究プログラムでは、語り手と聴き手の相互の関係の中でお互いが変容していく。通常の仮説検証型やデータを機能的に処理する研究とは異なり、ナラティブを生成し、ストーリーにしていく中で臨床的な効果をみていくものである。従来の医学モデルでは介入した医療者が主語、患者が目的語であったが、ナラティブ・アプローチにおける主語は医療者・患者の相互作用であり、目的語はナラティブである。

### ■ 看護とナラティブ

看護の専門性を初めて唱えた人は Nightingale といわれている。その後約 100 年、看護は科学的な医学を補助するという位置におかれていたが、徐々に看護の専門性が追求されるようになった。看護理論も最初は「治療的人間関係」を追求していたが、それから自然科学を土台とした応用科学として開発されてきた。

自然科学の特徴とは、客観的に確認、測定、再現、検証することであるが、看護も看護現象をあらかじめ予測してコントロールすることに価値を置いて理論を検証する研究を通し、新しい知識を蓄積してきた。しかし、自然科学、経験主義の限界や看護独自の知の未熟もあり、看護実践の中の現実からみて、経験主義に基づく科学だけでは不十分ではないかとされるようになった。こうし

た疑問から、1987 年、Leininger, Watson, Benner らは看護独自の理論「ケアリング」を提唱した。Leininger は文化人類学、Watson は哲学、Benner は実践知という観点からケアリングを問い、看護者たちの人間科学として位置づけようとした<sup>4)</sup>。

看護学は「実践の科学」「アート」などとよばれる。大久保<sup>4)</sup> は看護における科学とアートの融合、すなわち看護に対する社会的要請とは人間であるということがどうということなのかを理解するために必要な知の開発であり、これに対し論理的な実証主義の自然科学の知に補完する物語の知(ナラティブ・ナレッジ)を掘り起こすべきと強く訴えている。

ナラティブとは毎日の実践のなかに埋もれている倫理的、心理的、そして暗黙知である個人的な知などを浮き彫りにするアプローチの方法といわれる。それらが主観であるという批判もあるが、科学的思考と物語の様式は相互補完的な思考様式であり、双方とも重要と考えるべきである。

物語様式で思考するとは、何を考え、感じたのかを語る、聴くあるいは読むというプロセスに価値を置き、共感と感動を呼び覚まして深く理解するということであり、ステレオタイプあるいは認識の一致の強要ではない。

### ■ ナラティブ・ナレッジの発掘<sup>4)</sup>

ナラティブ・ナレッジの発掘とは埋もれている知、かき消されている声をナラティブからアプローチすることで浮かび上がらせることで、研究方法論としては解釈学的現象学といわれる。

Benner は実践知をエキスパートたちの語りから解釈学的現象学を用いて掘り起こしている。非科学的といわれてきた看護ケアは、看護師達のナラティブに着目することで語ることが可能になった。看護実践で暗黙のうちに受け継がれている個人の知を言葉にして伝えること、また、未知の経験を学ぶという観点で人々の語りから意味を見出すことなどが学問としての看護に求められている。

### ■ とともに現実をつくるナラティブ<sup>4)</sup>

子ども、高齢者の看護の現場においても、人間科学としての語りの中から研究できるものがある。子どもと看護者との関係性の中で語られた痛みを共有することで、その子にとって何が適切な手助けなのかを理解できるようにした研究、高齢者と一緒に作業することを学生の実習に取り入れ、人生の経験を共に描くことでケアの質の向上に有効であった例などである。

また、緩和ケアの現場では対象者たちの語りや死の否認や絶望、あきらめなどを幸福感、希望、自己決定への意欲へと変化させ、患者とのかかわりに戸惑い、避けていた看護師達がケアを具体的に提案し、患者と時間と空間を共有することを意味のあることとして受けとめるように変化した。教育の現場でもナラティブに価値を置い

表2 ナラティブ・アプローチの要素

- ・語り手は聞き手に語りたいと思っており、聞き手は語り手の話を聞きたいと思っている
- ・ナラティブをその語り手と聞き手が共有して何かにアプローチしている
- ・ナラティブを主導するのは語り手である
- ・語り手のナラティブの中に在るつながりを、価値あるものとして尊重している
- ・結末や目標はあらかじめ規定せず、むしろ様々でありうることや変わりうることに価値をおき、またそこに至る道も様々であるという可能性に開かれている
- ・語り手と聞き手が水平の関係で協働して取り組むことを前提としている
- ・語り手と聞き手（読み手）との対話のなかで新たに語りなおされ、書きなおされる可能性に開かれたものである

(大久保功子, 2009<sup>4)</sup>より引用)

たカリキュラムを探究している。

### ■ 看護におけるナラティブ・アプローチ<sup>4)</sup>

ナラティブ・アプローチとはその人の人生や語りと自分との対話であり、これは解釈学的現象学やナラティブのアナリシス、リフレクションなどをすべて含んだもの

である。

語り手は聴き手に語りたい、聴き手は語り手の話を聴きたい。両者がナラティブを共有し何かにアプローチするのは重要な要素だが、主導するのはあくまで語り手であり、インタビューになってはならない。そして、語りの中にある繋がりを尊重し、結末や目標はあらかじめ規定せず、水平の関係で協働して取り組むことを前提としている。語り手と聴き手との対話の中で新たに語りなおされ、書きなおされる可能性に開かれたものである(表2)。

### 文献

- 1) 野口裕二：ナラティブとは何か（特集：看護におけるナラティブの活動、臨床・研究・教育での活かし方）。INR 30：16-20, 2007
- 2) 江口重幸：医療・看護におけるナラティブの活用 その経緯と現状（看護におけるナラティブの活動、臨床・研究・教育での活かし方）。INR 30：21-26, 2007
- 3) 野口裕二：ナラティブ・アプローチの展開。ナラティブ・アプローチ、野口裕二編、勁草書房、2009、pp.1-25
- 4) 大久保功子：看護学とナラティブ。ナラティブ・アプローチ、野口裕二編、勁草書房、2009、pp.99-121
- 5) 広瀬寛子：臨床に活かすナラティブ 患者や家族のナラティブから背景を理解する（特集 看護におけるナラティブの活用 -- 臨床・研究・教育での活かし方）。INR 30：27-31, 2007

## ● ● 聴く力・語る力を磨く ● ●

—ナラティブの手法を理解する—  
…看護を聴く・語りを聴く

## 患者の語りを聴く—ナラティブ・アプローチ—

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻臨床看護学准教授  
前・日本赤十字九州国際看護大学講師 中村光江



### ■ はじめに

われわれは看護の対象者を理解しているだろうか。これは看護ならびに患者教育の実践的基盤であるといわれるが、現実には看護者と患者との間には、病気や治療に対する受け止め方についてさまざまな相違が存在しており、看護者特有の人を見る枠組みなどが時に対象者の理解を困難にしている。安易に「困った患者」というレッテルを貼ってしまうことはないだろうか。

### ■ 病い体験の理解の困難さ

困難にしている理由として、1つ目には医学的診断や看護診断という枠組みや、主観的情報を軽視する医

療者としての「職業的気質」があげられる。加えて、医療者の描く患者の理想像も原因と考えられる。2つ目は病気という個人的な経験の共有の難しである。3つ目は、「病い」という主観的な経験にはさまざまな意味が付与されるためである。

### ■ 看護に役立つナラティブの考え方

ナラティブとは語り手とその聴き手によって意義のある一連の出来事を語る物語である。それには時間性をもつプロットがあり、語り手にとって意味をなす内面の論理をもつ。また、ナラティブは経験を意味づける本質的方法であり、その過程では物語にそぐわない、または主観的な意味づけをもたない出来事を選択

表1 基礎看護教育におけるナラティブ・アプローチの効果

1. 対象者とのコミュニケーションを助け、関係性を深める
  - ・コミュニケーションのきっかけとなる
  - ・意図的に病いに関連した経験を聴くことができる
  - ・対象への深い関心を示すことになる
  - ・相手の価値観を知ることに対応に活かせる
2. 対象理解が深まる
  - ・対象理解が病態生理にとどまらず、背景・価値観・人生に広がる
  - ・病みの軌跡と人生とが分離しない
  - ・より適切に将来の予測ができる
3. ケアに活用できる
  - ・共通の目標を立てやすくなる
  - ・対象の価値観を重んじたケア
  - ・予測にもとづいたケア
  - ・個別性のあるニーズにより一致した看護展開
  - ・聴くことがケアとなる
4. 自分の課題に気づく
  - ・自分のコミュニケーションの傾向に気づく
  - ・自分の看護上の課題について考えることができる
  - ・看護観や人生観を見つめなおす契機となる

し除外するので、ナラティブは必ずしも事実とは一致しない。さらに、ナラティブは過去の生活を理解し、将来の活動を設計するための枠組みも提供する。経験を語ることの成功は人生に連続感と意味を与え、日常生活の秩序と更なる経験に向けた解釈の基盤になる。

### ■ 患者のナラティブを聴く

ストーリーの意味には既に出来上がったプロットのあるものと、今ここで語られているものの2種類がある。人は自分を語りながら自分を創っていく。自分をどのように語るか、どのような言葉を使って語るのか、そのこと自体が自己を形作り、「歴史的な事実」と「語りの真実」を分けて考える必要がある。

ナラティブには聴き手が必要であるが、聴き手の姿勢として常に冷静であることは要求されない。個別性の新鮮さに驚き、たえず目を見張り、耳をそば立てる技術、学習者として物語に参加すること、医療者としての「職業的気質」から離れ、「ケアリング」という看護の本質的役割に迫ることなどが重要である。

そのときに、専門職者が陥りやすい認識として「自分のほうが知識をもっている」という誤解がある。語り手の人生については語り手自身が専門家であって、このような認識ではその人の「生きる世界」を理解したことにはならない。一方、語り手が自分の人生について専門家であるという認識に立てば、われわれは無

知である。この無知の姿勢(not-knowing)で、語り手のこと、話されたことに対してもっと深く知りたいという欲求が伝わるような態度が重要である。しかし、自分の枠組みを外し、人の話を聴き、解釈するのは難しい。常識的には矛盾するが、「無知」とは高度の専門性ともいえる。

また、聴き手は無知の姿勢をとるだけでなく、とり続けなければならない。専門家として会話をリードしたり、指導や助言、断定をすることなく、語り手と対等な立場で傾聴し、二者が共同して新しい物語を創り上げていくことが重要である。

### ■ ナラティブ・アプローチの効果

ナラティブは結論に達する必要はない。会話領域の拡大によって「いまだ語られなかった物語」が生まれる余地が生じ、語り手自身の内で新しい「物語としての自己」が構成されていく。筆者は基礎看護教育においてナラティブ・アプローチを取り入れている。聴き手となった学生への効果としては、①コミュニケーションを助け、関係性を深める、②対象理解が深まる、③ケアに活用できる、④自分の課題に気づく、などがあげられる(表1)。この他にも、患者(語り手)側にとっては、聴く相手を得ることとそれによって精神的サポートやセラピーを受ける効果、看護師(聴き手)側にとっては、対象者への理解を深め、聴く姿勢がもたらす関係性への影響や生きることへの深い学び、そして双方にとっては、新しい物語の創造と新しい関係性の構築、などの効果がある。

### 文献

- 1) 大池美也子：患者教育におけるナラティブ・アプローチの意義—手術を受けるがん患者の一事例から。九州医療技術短期大学紀要 29：1-8, 2002
- 2) S.Kay Toombs: The meaning of illness. 永見 勇訳：病いの意味—看護と患者理解のための現象学。日本看護協会出版会, 2001, pp.29-76
- 3) 野口裕二：物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ、医学書院, 2002, pp.89-106
- 4) 野口裕二：ナラティブ・アプローチの展開。ナラティブ・アプローチ。野口祐二編、勁草書房, 2009, pp.1-8
- 5) 大久保功子：看護学とナラティブ。ナラティブ・アプローチ。野口祐二編、勁草書房, 2009, pp.99-121
- 6) 中村光江：看護学生にどう患者教育を教授するか—ナラティブアプローチの活用—。臨牀透析 25：1573-1578, 2009

## 聴く力・語る力を磨く

— ナラティブの手法を理解する —

…看護を聴く・語りを聴く

# 家族へのナラティブ・アプローチ

日本赤十字九州国際看護大学講師 桐明あゆみ



### はじめに

ここでは、ナラティブを実際どのように家族への援助に生かしていくのかについて家族看護学という視点から述べる。

### 家族の定義と家族看護の目的

家族を定義するものには、血縁、婚姻のほかペットや居住形態なども含まれると考える。現在、家族は少子高齢化や一人住まい、核家族化などで非常に個人化してきており、家族自体としての繋がりが弱まり、社会において家族に代わるネットワークが形成されている。すなわち、今までの「家族」のくくりで家族をとらえるのは難しくなっているといえる。家族看護学において Wright ら<sup>1)</sup>は家族とは「強い感情的な絆、帰属意識、そしてお互いの生活にかかわろうとする情動によって結ばれている個人の集合体である」と定義している。

家族員の誰かが病を得るということは、モビールが強い風に吹かれるようなものである。1つのモビールが強く揺れば全体が共振するように、一人が病を得ると家族全員が病による影響を受けている状態となる。しかし、風が吹き去るとモビールは静かに揺れを収めるように、家族も自分自身の力を活用して元の状態に戻ると考える。家族看護の目的は、家族の問題を「家族がバランスを崩し、機能障害を起こした状態」であると考え、家族が本来もつ強みや長所、治癒力に焦点を当て、その自己調整能力を引き出す環境の調整をおこなうことで家族のエンパワメントをめざすことにある。

### 家族をみる視点

家族を1つのシステムとしてとらえると、①家族は大きな上位システムの一部であり、多くの下位システムから構成される、②全体としての家族は、その部分の総和よりも大きい、③家族員一人の変化は、家族全体に影響を与える、④家族は変化と安定の間にバランスを創造することができる、⑤家族員の行動は直接的な因果関係よりも円環的視点からのほうがより理解できる、などの重要概念が導き出される<sup>1)</sup>。このうち、①については、家族

とは社会の中に組み込まれたシステムであり、また家族の中にも夫婦や親子の繋がりとといったシステムがあるという意味である。また、⑥については、家族員の行動は原因-結果論ではとらえにくく、ぐうたらな生活→肥満→ぐうたらな生活…といったように、円環的に相互に影響しあっているということであり、家族員の関係性などを理解するときに非常に有効な考え方となる。これを介護をおこなう妻と夫を例として図1に示す。因果関係でとらえるよりも相互作用に注目し、注意深く理解していくことが重要である。

カルガリー家族看護モデルには多くの項目から家族をみる視点があるが、大きく分けて発達、構造、機能の3つの側面がある。家族をアセスメントするには、この3側面から家族に何が起きているのか、どこに機能障害を起こしているのかをみていく。アセスメントの際には、すべての項目から質問するのではなく、臨床経験のなかから仮説を立て、関連する領域から問題を明らかにする。家族を理解し、家族の問題を考えるには、家族とともに地図をみるような気持ちでアセスメントを重ねることが非常に有効である。

機能障害を起こした家族に対しては、認知・感情・行動領域からの「カルガリー家族介入モデル」が準備されている。認知領域に対する介入としては、家族や個人の強さを賞賛する、情報や意見の提供によって問題のリフレーミング（再枠組み化）をおこなう、などがあげられる。感情領域の介入としては、対象の感情反応をありのまま認め、病の体験を語れるようにすることがあげられる。病を得た体験を患者・家族がそれぞれの言葉で語っていくのは、家族の変化を促すうえで非常に重要である。行動領域の介入としては、新しい生活習慣をつくり出したり、休息を勧めることなどがあげられる。これら3つの領域は、1つだけおこなえばよいというものではなく、複数同時に介入することも可能であり、また介入例や対象によってどの領域に属するかも変化する。

### 病と苦悩、スピリチュアリティ、ビリーフ(トリニティモデルにもとづいて)

カルガリー家族看護理論は、外部観測者により構築された科学(構造主義)に対して脱構造主義の立場をとっ

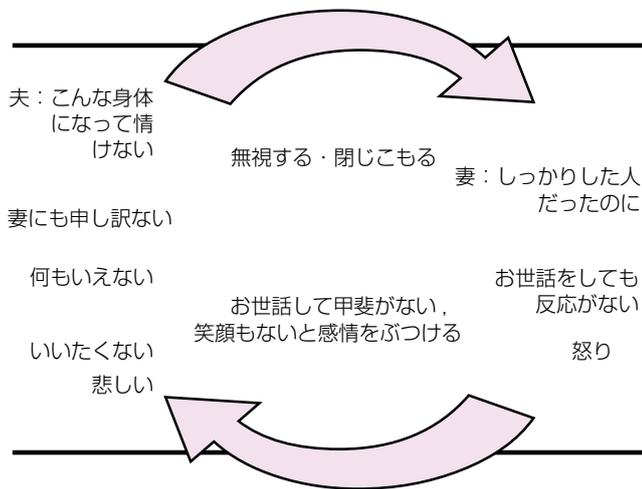


図1 介護をおこなう妻と夫とのコミュニケーション・悪循環パターン

ている。医学モデルによりあらかじめカテゴリー化された枠で診断される「疾病」ではなく、当事者や家族が内側から経験し、文化や社会、個人の価値観などに影響を受ける「病」に焦点を当てているのが特徴である。なぜ「病」の体験に注目するのかというと、家族看護の現場においては、看護師は外部観測者ではなく内部観測者となるためである。看護師、患者、家族はともに病の体験を分かち合う参加者であり、看護師は内部観測者として自らも変化させつつ、家族の変化を促す役割を担っている。

家族員の誰か一人が重い病にかかると、「苦悩」が起る。苦悩とは身体的・情緒的・スピリチュアルな苦悶・苦痛・悲嘆であると考えられる。苦悩を起こすのは病によって引き起こされる体験（他者との関係の遮断、日常からの強制的隔離など）であり、千差万別である。病の中から起る苦悩はパターンリズムではとらえられないさまざまな苦しみを引き起こし、当事者の体験の中でその人を苦しめる。苦悩の軽減は看護実践の中核・本質・真髄であるが、実際には苦悩そのものを臨床の現場で取り扱うことは少ない。しかし、看護師はつねに人と病の出会いの真っ只中において、会話のなかに病のナラティブを引き出すことができる特別の立場にいるのである。家族の苦悩の軽減を助けるためには、拘束的ビリーフ（後述）を問い直して修正し、相手の苦悩を認め、そのストーリーを引き出し、耳を傾けてその苦しんでいる体験に対する証人となり、病のナラティブを促すことが重要であるとされる。

スピリチュアルとは必ずしも宗教的なものではなく、人は皆スピリチュアルな面を持っているといわれる。文化・社会の中でスピリチュアルは多様な面を示し、わが国には自然の中や先祖との繋がりなど、さまざまなものの中に宿っているという考え方もある。スピリチュアルな領域とは、自分を超えた何か崇高なもの、力あるものと繋がるような面であり、スピリチュアリティとは人生の中で大きな病や解決できないような問題にぶつ

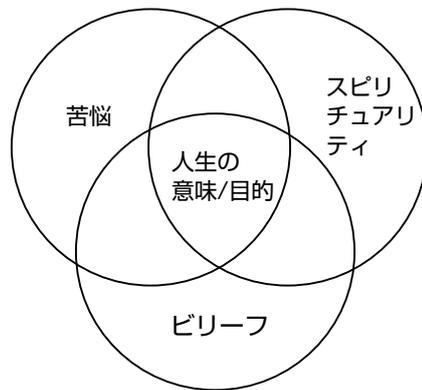


図2 トリニティモデル  
(Lorraine M.Wright, 2005<sup>3)</sup>より引用)

かり、苦悩が生じたときに強く浮かび上がってくる、自分自身が究極的に生きる意味や目的を見出せるような対象を求める願望である。そして、スピリチュアリティは関係性の中で語られる概念であり、スピリチュアルな関係性をもつ経験（死者を弔う儀式など）には家族が非常に強くかかわっているため、個人だけではなく家族のスピリチュアリティも理解する必要がある。

ビリーフは信念と訳され、スピリチュアリティに関係するが、家族や、より大きい社会によってつくられる。人は世界をビリーフというレンズを通して見ており、人の行動の根本を決定するときの基盤となる。ビリーフには有益で問題解決を促す助成的ビリーフと解決策を閉ざしてしまう拘束的ビリーフがある。

苦悩、スピリチュアリティ、ビリーフは家族看護の実践の中で重要な概念である。生きる意味や目的を問いただし、疑いを抱き、見出し、確認し、問い直すことがおこなわれるのは、この3つの概念が重なり合う部分においてである（図2）。苦悩そのものにも意味はあり、それを見出すには病の体験に耳を傾ける他者の存在が重要である。苦悩とスピリチュアリティを結びつけ、ビリーフを見直す作業は看護師と患者・家族との語りの中でしばしばおこなわれる。

## ■ 家族への介入／治療的会話

ここでは、ナラティブ・アプローチを用いた実際の家族への介入として、治療的会話について述べる。

家族看護では会話を重視しており、病の会話の中で苦悩とスピリチュアリティを受け入れるようにしている。苦悩は病の集大成、生的一部分であり、そのストーリーは苦悩する人に所属する。看護師はまず苦悩する人の苦悩体験を認め、受け入れることが重要である。前述のように看護師はこうしたことができる特別な立場において、苦悩する他者を認めるという倫理的な仕事でもある。ストーリーを語ることで患者は自分の苦悩を理解できるようになり、ストーリーの証人となることで精神的な励ましを与えることができる。したがって、患者・家族の声は切り捨てず育てなければならない。話を聴いてくれた

表1 介護負担感の変化

項目 / 時期	教室前	教室後	教室 4ヵ月後
Zarit介護負担感尺度	43.45 (±17.0)	32.70 (±9.48) <sup>†</sup>	32.0 (±13.42) <sup>*</sup>

り、質問をしてくれたり、苦悩に立ち向かう勇気を認めてくれる人がいると、病と闘う力が湧いてきたり、意味を見出す力を取り戻せるという家族は多い。その結果、身体症状や家族間の葛藤、情緒・苦悩の改善などが得られる場合もある。

では、実際どのように病の体験を引き出すのかを示す。まず、「この病のためにあなたの生活が変わったことを教えて下さい」「この病のことで何を一番心配しておいでですか」など、病気が生活にどのような影響を及ぼしているのかを質問する。そして、批判的な視点をもたず家族とかかわっていくために、看護師自身の信念も常に吟味しなければならない。苦悩は個人のもので、人それぞれ異なるものであり、看護師の拘束的ビリーフ（「人生にはもっと悪いこともありますよ」など）は対象に悪影響を及ぼすこともある。さらに、苦悩を軽減できるような癒しの環境をつくっていくことも重要である。癒しとは「恐怖感無く、安らぎをもって生や死を全うできること」であり、病をもった人は自分の苦悩の意味を知るためにストーリーを語り、病気をストーリーに変えたとき、癒しを見つける。また、苦悩の考察を促すことも有効である。苦悩について思いを向けることは、ビリーフ、スピリチュアリティなどを見直し、また苦悩が生活に与えている影響を改めて考える機会にもなる。

病の語りを促すには、基本として対象に対して尊敬の念を抱かねばならない。変化が起こる文脈には看護師・患者・家族間の深い尊敬が存在するとされる。また、病をもつ人における苦悩の軽減を心から願う気持ちをもつことも重要である。

### 語りを活用した家族への介入の実際

ここでは、実践編として現在われわれが取り組んでいる家族教室について述べる。

対象となるのは、介護をおこなう家族の苦悩が深いといわれる認知症高齢者を介護する家族で、方法としては看護師と患者・家族のシングルセッションではなく、複数家族への教育的介入と家族員同士の問題解決を目的とした交流を組み合わせた。特徴としては、家族がもつ潜在的な強さや適応力を活用し、家族同士が語りの中で意味を見出して意味づけや振り返りを自発的にできるようにした。教育的介入のテーマとしては、介護と心身のストレス、認知症の症状と経過、家族内コミュニケーションの重要性、認知症高齢者のBPSDに対する検討などを盛り込んだ。プログラムは4回コースで、1回あたりが1時間半～2時間の構成とした。いずれも教育的介入は15～20分程度で、残りは小グループでテーマに沿って体験を話し合うというスタイルをとった。看護師はファシリテーターとして各グループに一人ずつ参加し、否定をしないこと、一人だけが話すような場にならないように留意しながら温かい雰囲気をつくるようにした。評価指標としては、家族の介護負担感、家族機能の変化、個人の対処行動のパターンなどで、さらに参加家族へのフォー

カスインタビューの内容も評価の対象とした。

結果としては、介護負担感は表1のとおり減少の傾向があった。家族機能については変化がみられなかったが、個人の対処行動については介入後に対決型または逃避型対処の減少がみられた。フォーカスインタビューでは家族教室に参加した体験を自由に語ってもらったところ、共通の問題をもつ連帯感、大変な思いの吐露、他の参加者に対する賞賛、他の家族の思いに対する気づきなどがみられ、現状を異なる角度から見るきっかけや、情報交換による新たな支援者の模索、さまざまなステージの介護経験をお互い交換・共有することによる今後の見通しなどが得られた。

これらの効果をまとめると、家族教室は時間を要したが主介護者の介護負担感を軽減する効果があった。そして、参加した家族は問題に対し対決型の対処を減少させる一方、逃避型の対処も減少させており、なんとかしようともがき苦しむより受け入れようとするプロセスに影響を与えた可能性がある。また、インタビューではときに温かいユーモアを交えるなど、状況の客観視などがみられ、参加家族の現状に対する認知の枠組みに変化があったのではないかと考える。これらのことが、変わらない介護状況でも介護負担感が減少したり、対処行動の変化が起こった理由ではないかと考える。

今後の展望としては、教室の効果をより厳密に評価する必要があるが、変化のもつプロセスについても、語りを中心により詳細に検討したい。また、この教室の効果を工夫して他の慢性の病にも対象を拡大していきたいと考えている。

### おわりに

家族へのナラティブ・アプローチでは、まず語りを促すことの重要性に気づき、その第一歩を看護師が踏み出すこと、そして、患者と家族の苦悩の体験に目を向け、受け入れることが重要である。それは病や苦悩の中に意味を見出し、その人独自のストーリーをつくっていくことに有効な役割を果たす看護の大きな支援の手段となる。しかし、苦悩の内容を明らかにするだけでなく、対象に応じた介入の工夫を考え、その効果を検証することが今後の課題である。

### 文献

- 1) 森山美知子：ファミリーナーシングプラクティス、医学書院、2001
- 2) Lorraine M.Wright ほか：ビリーフ、杉下知子監訳、日本看護協会出版会、2002
- 3) Lorraine M.Wright：癒しのための家族看護モデル、森山美知子監訳、長谷美智子訳、医学書院、2005

## 聴く力・語る力を磨く

— ナラティブの手法を理解する —  
…看護を聴く・語りを聴く

# 看護におけるナラティブの活用

NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表  
前・日本赤十字九州国際看護大学大学院准教授 下山節子



### はじめに

本日受講されている皆さんには指導的立場にある方も多と思われる。講義で体験したナラティブを各施設のスタッフの方と実践してみたいという考えをお持ちの方もいるであろう。近年ナラティブが人材育成に取り入れられてきている。ここではその現状と手法を簡単に概説して今回の最後の講義としたい。

### 人材育成におけるナラティブアプローチ

Benner は実践の知に非常に価値を置き、それが看護独自の科学ではないかと提唱した。そこで、おそらく多くの医療施設でキャリア開発ラダー、育成ラダーなど、実践、能力、開発という種々のプログラムを作成し、取り組んでいるのではないと思われる。

Benner は、ナラティブを「臨床状況の詳細な記述であり、関係者の意図や出来事の解釈、行動およびアウトカムの時系列的記述などから構成される」としており、臨床で看護師が経験したストーリーを記述するという位置づけでナラティブを用いている。これが看護師の看護実践の能力を開発するツールに使えるとされ、キャリア開発に採用されている。

Benner 看護論の根本的な考え方は、看護師は患者のケアをしていく中から多くのことを学ぶ、看護師の臨床判断で育成、スキルの熟練には時間がかかる、そして、看護とは判断力のよさと、人柄のよさに依存する実践業務であるとするところにある。

そこで、ナラティブがキャリア開発ラダーに伴う看護師の看護実践、経験の知を適正に評価できるツールとして位置づけられている。

### ナラティブをいかに書くか

ではナラティブをいかに書くか。まずはじめは、心にはっきりと認識できる臨床症状からはじめるとよい。それは、そこに重要性をはらんでいるからである。そして、詳しく調査したり理解したい臨床状況からはじめる。

ストーリーの選択と構成では、人材育成の場合は、

他者に語るために書いていることを忘れないようにする。あなたにとって特別な意味をもつ状況かどうか、あなたが大きな影響を受けた状況かどうか、あなたが何か新しいことを学んだ状況かどうか、これはすべて主語は「私」で書く。人材育成に用いる自分の臨床看護の体験を話すときの主語はすべて「私」である。そして、読み手（聴き手）のために必要な背景と文脈も書く。どのようなストーリーを選ぶかは、重要であるが、表1のような要素が参考になる。

そして、選択したストーリーを書くときには、読み手のために必要な背景と文脈も書き、「私は」という一人称のスタイルで気楽に会話しているように書く。主題となる出来事と、あなたがどう考え、どう感じ、どう行動したかを書き進めていく。そして、結果に関する情報を記す。この結果というのは、患者の結果だけでなく、看護師であるあなたにとっての結果も含むものである。そして、その状況がなぜあなたにとって意味があったのかを説明する。

ナラティブを書く際には、うまく書けなくても書く才能がないなどと思う必要はない。ナラティブでは、ものを書く能力は中心的な問題ではない。ナラティブは論文ではなく、リアルな経験を同僚に伝えるのに優れた書き手である必要はない。

また、失敗したことを書いてもよい。ナラティブでは実践内容の熟慮（reflection）を奨励しており、特定の状況が正確に認識されるのはうまく運ばなかった場合のほうが多いといえる。そのため、失敗した事例もナラティブとしては適しているといわれる。

表1 どんなストーリーを選ぶ？

- ・この1年、あなたにとって大切にしたい出来事は何ですか？
- ・この1年、あなたにとって満足感を感じた出来事は何ですか？
- ・この1年、何度も考え直すことのある出来事は何ですか？
- ・この1年、一役買った出来事は何ですか？
- ・この1年、あなたが何か新しいことを学んだ出来事は何ですか？

(日本赤十字社事業局看護部編, 2008<sup>9)</sup>, p160より引用)

## ■ ナラティブ事例から何を読み取るか

読み手は、この書かれたナラティブ事例から、知識、判断、実施、実施の結果といったものを読み取ることができる。しかし、ここで重要なのは、提出された事例を指導して書き直すことはしてはいけないということである。書かれた物に、「ここはもう少し書き直したほうが伝わるよ」といった指導をしてはいけないのである。ここでは事例がうまく書けることは目的ではない。事例がうまく書けなくても、面接で看護実践が見える語りを引き出すようにするのである。

ナラティブの事例を書いた後は面接の場に出る。その面接は評価するというよりは、その人のナラティブを聞かせてもらい、その人の埋もれている知、その知をさらに引き出してあげ、互いが学んでいくことを趣旨とする。

## ■ ナラティブをめぐる5つのポイント<sup>5)</sup>

ナラティブのポイントとして、次の5つを覚えておきたい。①臨床で出会う何の変哲もない出来事に潜んでいる些細な問題に着目する、②ナラティブを書いているいちばん恩恵を受けるのは書き手自身である、③ナラティブは経験的学習法であり、ストーリーに内在する出来事の関連づけだけではなく、エキスパート性を高めるのに役立つ関連づけを含んでおり、1つの状況下で学習された情報を得ると同時に別の状況下に活用できる。④優れた書き手だけが優れたナラティブを書くのではない、⑤ナラティブは長編である必要はない。

書き方が少し十分ではなくても、語りの場で同僚が引き出す、そして相互関係の中でしっかりとした意味を感じることが重要であり、ナラティブの内容や字数にこだわる必要はない。

## ■ 臨床知を伝える手法としてのナラティブ

ナラティブとはケアに関するストーリーを看護師自身が語り伝えることであり、この語り伝えの手法によって、普段看護師がおこなっている看護実践は他者に見えやすくなり、理解されやすくなる。ナラティブは、看護という仕事をもつ奥深さと知恵を同僚、他のスタッフ、患者、そして社会全体に伝えてくれる機能

を有する。またナラティブは、個々の看護師の仕事への習熟度をも明らかにし、適正に評価することを可能とするものである。

看護独自の理論の基本概念はケアリングであるといえる。これが十分理解されていない時代もあったが、現在看護学は人間科学として位置づけられており、ナラティブはその重要な手段となっている。

看護師がもっている知識の特徴として、それは「実践的知識」であることがあげられる。教科書で教授可能な知識（理論的知識）ではなく、臨床家が経験を通じてしか獲得することのできない知識である。ナラティブの手法はその臨床知を伝える手法であり、そこで、看護の領域において活用することができるのである。ぜひナラティブを奨励する文化をつくることが期待される。そのためには、ナラティブが生み出す価値をスタッフに教育し、ナラティブを作成して皆で共有することを促す適切な支援体制を築くことが重要である。看護師がお互いの体験談から学習できる環境を作るとは、看護分野の知識を増進させ、専門職者としての成長を促すことになると考えられる。

## ■ おわりに

Bennerは言う。「自分自身の声を真剣に受け止めて、自分の実践を刷新する勇気をもちなさい。ストーリー形式で、あなたの実践を語ってください。あなたの実践を黙ったままにしていはいけません」。この教えをぜひ皆さんに臨床の中で広げてもらいたい。

## 文献

- 1) 野口裕二：ナラティブ・アプローチの展開。ナラティブ・アプローチ、野口裕二編、勁草書房、2009
- 2) 加藤雅則：組織経営におけるナラティブ・アプローチ。ナラティブ・アプローチ、野口裕二編、勁草書房、2009
- 3) 川島みどり：看護を語ることの意味。ナラティブに生きて、看護の科学社、2007
- 4) 佐藤紀子：看護師の臨床の知、看護職生涯発達学の視点から、医学書院、2007
- 5) 照林社編集部編：エキスパートナースになるためのキャリア開発、P. ベナー博士のナラティブ法とエラー防止、照林社、2003
- 6) 日本赤十字社事業局看護部編：看護実践能力向上のためのキャリア開発ラダー導入の実際、指標・運用方法と施設導入のポイント、2008

# グループワーク

グループワークでは、グループに分かれ実際にナラティブを体験し、理解を深めた。

## ワークの進め方

1. 17ページ表1「どんなストーリーを選ぶ？」にある点も参考にして、自分の体験を400文字程度で記述する。
2. 4人で1グループをつくり、語り手と聴き手を決めて各人の体験を語り合って共有する。
3. ナラティブを体験した感想や感じたことを各グループごとに発表する。

# ナラティブを体験してみても

- ・話し手として話す内容を回想して思い起こすことができ、自分の中でフィードバックもできた。
- ・話すことで自分の思いを伝え、そのことを他者に共感されることで安心できる自分があった。
- ・話しているうちに自分の伝えたいことがはっきりしてきた。
- ・否定されてしまうとそれ以上話せない。
- ・肯定をして聴いてもらうことで、聴いてもらったという安心感を持った。
- ・自然に話す前に情報収集となったり指導するような話し方になってしまいそうになった。
- ・場面を振り返って話すことにより、もう一度冷静に見つめ直すことができ、自分の感情や患者さんの思いを深く考えることができた。
- ・相手の話を誘導してしまうのではないかと思い、かける言葉を選ぶのに困った。
- ・聴き手になり、話を聴くことの難しさがわかった。
- ・つい助言とか指導をしてしまいそうになった。
- ・患者さんに話をしてもらえそうな環境づくりをしていかなければいけないことに気づいた。

などの感想が寄せられた。

# 家庭透析とインフォームドコンセント

藤見 惺

福岡腎臓内科クリニック院長



プロフィール 藤見 惺(ふじみ さとる).....

1936年、福岡市生まれ。1960年、九州大学医学部卒業。1961～1979年、同大学第二内科。この間1967～1972年、アメリカにて臨床研修〔クックカウンティ病院(内科)、ニューオーリンズ退役軍人病院(内科・腎臓内科)、クリーブランドクリニック(透析、腎移植)], 1979～2001年、福岡赤十字病院。2001年より現職。専門は、腎臓内科学、透析医療、腎移植。研究テーマは、慢性透析患者管理、福岡地域における腎不全治療体系の確立。趣味は、観劇(オペラ、歌舞伎、文楽など)、読書(日本の近・現代史、重光葵『昭和の動乱』など)、夢は、視力が回復して磯釣りができること。

1970年から1972年の2年間、アメリカにおいて慢性腎不全医療の修練を受けた。当時、腎移植が最も優れた療法と思ったが、その経過は腎が生着するか廃絶するかで天国と地獄ほどの差があり、しかもそれが術前に予測できない点に問題があった。治療経過が予測できる点からは血液透析のほうが安心した療法といえた。人は、たとえ腎不全であっても基本にはその人の生活があり、それをサポートする食事摂取と運動があり、その際に生じる尿毒素の排除や水電解質の補正をおこなうのが理想的な透析療法であろうと思っていた。それに合致する透析療法は存在しなかった。せめて長時間の緩徐な透析を可能とする12時間の夜間家庭透析が最もそれに近い透析と思われた。他の療法にくらべて栄養状態、高血圧、貧血、神経障害、高リン酸血症などのコントロールははるかに優れていた。

クリーブランドクリニックで直接指導いただいた中元覚先生に、「もし先生が透析を受けなければならぬとしたら、どのような透析を選ばれますか」と聞いたことがある。先生は、「100マイル以上離れておれば別だが、近くに透析施設があればそれは病院透析を選ぶよ。何故なら、自分でいろいろやるより人に任せようが楽だから」と言われ驚いたことを覚えている。このような言葉はあったが、1972年日本に戻る時点では家庭透析がベストの透析療法と考えていた。しかし、日本の現状をみたとき家庭透析が日本に普及するのは無理ではないかと思った。その理由は、ウサギ小屋のような日本の家屋に透析のためのスペースをとり、電気、排水工事まで自己負担することは不可能に近いからであった。その後、37年の間に家庭透析へ導入したのは2例だけであった。1例目は整形外科

の開業医、他の一人も内科勤務医であった。ともに医療関係者という例外的な条件が整ったから家庭透析が可能であったのであり、アメリカ、カナダ、オーストラリアなどと違い1時間以内に整備された透析施設にアクセスできる日本では、家庭透析は必ずしも必要なのではないかと考えるに至った。しかし、最近、十分な透析時間を確保する目的で家庭透析が再び注目され、短時間連日家庭透析に長期合併症の管理や長期的QOLの向上に期待が寄せられている。

先日、日本赤十字九州国際看護大学の前准教授・下山節子先生とご一緒したとき、家庭透析に話が及んだ。看護学生実習の一環として家庭透析における患者家族の透析に対する受け止め方などの意識調査をおこなったところ、家庭透析を非常な負担と感じている家族が多いことがわかったとのことである。準備から、透析中の管理、あと片付けに至るまで気が抜けることはなかろうし、患者の身体的・精神的な動揺にも対応せねばならず、だからといって逃げ出すわけにもいかず、家族が受ける負担は想像以上のものがあるだろうことは容易に推察できた。中元先生から、家庭透析患者で離婚が多いという話も聞いたことを思い出し、それ故に、ご自身であれば家庭透析より病院透析を選ぶといわれたのだろうと思った。

ここに、改めて家庭透析導入時における家族に対するinformed consentの重みを再認識した。Informed consentは、十分かつ的確な情報が提供されることと、その情報を正確に理解したうえで周囲からの強制を受けずに同意するという2つのプロセスがあってはじめて成立するものである。医療に関係するinformed consentは患者に対してのみおこなう

ことで完了することが多いが、家庭透析においては透析を介助する家族から同意を得ることも必須と考える。生体腎移植における臓器提供者からの同意と非常に近いものがある。医療側からの説明では、受腎者や家庭透析患者の受けるメリットが強調され、臓器提供者や家庭透析介助者への配慮や説明が軽視される傾向がないだろうか。医療側が家族に十二分に説明したつもりであっても、その言葉が医学用語で理解できにくいものであったり、家族が自分の都合のよいようにしか受け止めていない場合もありうるかもしれない。inform はあくまでも説明（情報の伝達、告知）であって、説得や患者教育とは異なる。まったく質問がない場合は、全面的に了解しているというよりは、理解できてないか、または他からの強制力が働いている可能性を疑う必要がある。医療側が伝えようと意図したものが伝わっていない場合は、説明していないことと同じことである。さらに、家族は自分が腎不全患者をサポートしなければとの義務感や、患者や医療担当者を含めた周囲からの眼にみえない圧力により自分の気持ちが整理されないまま合意することもありうるのではないだろうか。したがって、家庭透析のような医療における informed consent には十分時間を費やす必要があると思う。とくに患者家族に対しては、患者とは別の場を設けて何回でも話し合いをもち、その話し合いを通して informed consent が適正におこなわれ、家族自身が自発的に同意を与えているかを確認すべきであろう。この確認は情報を提供した人（多くは医師）だけでは不十分で、他の職種の人からの説明や同意の確認もきわめて有用と思われる、とくに看護師や臨床工学技士にその役を期待するところが大きい。巨象と盲人の話のように、患者や患者家族が医師と看護師にみせる顔は違い、ともに彼ら自身の顔である。二人の医師が一人の患者に同じことを同じ言葉で伝えても、または医師と看護師が同じことを伝えてもその捉えられ方が違うことがある。これには、伝える人の職種や年齢の要因もあろうが、根本には患者からの信頼度に依るところが大きいように思う。どのようにす

れば患者の信頼が得られるか、誰もその近道は知らないだろう。一般の人との付き合いと同じように、謙虚に患者の話聞き、患者のことを思い、自分の能力の範囲で自分が知っていることを感情をまじえず素直に話せば自然と信頼関係は得られてくると思っている。信頼が得られない三大要因は、相手を無視すること、自分が無知であること、感情でものをいうことだと思っている。これだけは避けたいものである。

家庭透析導入後も患者およびその家族が自発的意思で透析を継続しているかどうかを確認しながら管理していくことになる。Informed consent には、たとえ同意していても途中でその同意を取り消す権利を有するという一条が入っている。同意 (consent) が契約 (contract) と違うところである。家庭透析の場合も、途中でこれを中止したいとの申し出があるかもしれない。このような申し出が自由にできる雰囲気を作り、それを早期に察知するのも医療スタッフの仕事である。これについては医師より、看護師、臨床工学技士やソーシャルワーカーなどのコメディカルのほうが察知する機会が多くその役割も大きいと思われるが、医療職種間でコミュニケーションをよくして患者および患者家族に関する情報を共有しておくことが長期家庭透析患者管理の大前提となる。

以上述べた家庭透析患者家族への対応は、すべての慢性疾患患者への対応と同じ軌道上にあると考える。私自身は内科医で慢性腎臓病を対象に外来管理をおこなっているが、その毎日は、現在進行中の治療への informed consent の確認と変更をおこなっているのに等しい。診断をして治療方針を定め、それを患者に説明して同意を得て治療を開始する。次回は、前回の判断が正しかったか否かを検証し、治療方針の継続ないしは変更を患者に伝え同意を得て次の治療に入っている。これらの流れが、的確かつ誠実におこなわれたかどうかは患者との信頼関係を築く基本であり、内科医に最低限要求される資質ではないかと考えている。私が最も大切にしているものでもある。

