

看護教育へのナラティブ看護実践モデルの導入に関する研究(1) — ナラティブ看護実践モデルの構築 —

Examining the Introduction of a Narrative Practice Model into Nursing Education(1): Construction of a Narrative Nursing Practice Model

東 サトエ¹⁾・柳川 育美²⁾・白石 裕子³⁾・児玉みゆき⁴⁾

Satoe Higashi・Ikumi Yanagawa・Yuko Shiraishi・Miyuki Kodama

要 旨

本研究は、大学院の看護教育に導入するナラティブ看護実践モデルを構築することを目的とする。看護実践におけるナラティブ(語り)・アプローチの概念枠組みから理論的枠組みを構築し、理論的枠組みを再検討することでナラティブ看護実践モデルを構築した。また、ナラティブ看護実践モデルの教材事例を作成し、本モデルに反映・検証し精緻化した。

その結果、ナラティブ看護実践モデルは、ナラティブとナラティブ・アプローチの概念を主たる構成要素とする看護における実践方法として有用であり、ナラティブ・アプローチは、「患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」と「ナラティブ・アプローチの実践方法の構造」で構成され、語り手と聴き手の関係性及び看護実践の展開過程が明らかとなった。

本モデルに内包する定義・概念・認知的スキルを教育内容に、作成教材事例を教育方法として用いることで、看護教育への導入の可能性が示唆された。

キーワード：ナラティブ、ナラティブ・アプローチ、看護実践モデル、教材

narrative, narrative approach, nursing practice model, teaching materials

I. はじめに

近年、客観性を重視してきた医療のパラダイムが閉塞状況を呈するにつれ、関係性が注目されるようになり、看護の場にもナラティブ(語り)という言葉が浸透してきている。Greenhalgh & Hurwitz (1998) は、ナラティブは医療の面接や対話は診断し治療するための手段ではなく、医療・看護におけるもっとも本質的なものと位置づ

けている。これは、有効なエビデンスが得られない対象や状況においても、それを前提としたままナラティブを継続することにより、実践そのものを破綻させることなく、医療や看護を継続可能とする考え方に繋がる(斎藤, 2011)。また、ナラティブ・アプローチは2000年初頭より注目されてきた概念であり、「言葉が世界をつくるという社会構成主義の考え方と同じように、“病”や“ケア”も物

-
- 1) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki
 - 2) 有限会社ケアサービス研究所
Institute of Care-service Elderly
 - 3) 国際医療福祉大学福岡看護学部
Faculty of Nursing, International University of Health and Welfare
 - 4) 潤和会記念病院
Junwakai kinen Hospital

語として存在する」ことを前提としたアプローチである(野口, 2002a)。従って, 看護にナラティヴ・アプローチを適用するならば語り手(患者)と聴き手(看護者)が, それぞれの世界観(説明モデル)を有していることを尊重し(野口, 2002b), ナラティヴを通して相互作用する中から方向性を見出すことができ, 患者が自らの闘病体験の中に意味を見出し, 自己を再構成(新たな物語の書きなおし)することにより, 前向きに生きていくことを支援できると考えた。

そこで, 「ナラティヴ」と「ナラティヴ・アプローチ」を看護教育に体系的に導入し, 看護実践能力を高めることを目的に, これら2つの概念を主たる構成要素とする実践方法を『ナラティヴ看護実践モデル』と称して構築したので報告する。

II. 研究方法

1. 方法

1) ナラティヴ・アプローチの概念枠組みからの理論的枠組みの構築

「ナラティヴ(語り)・アプローチの理論的枠組み(柳川・東, 2006)」(以後, 「理論的枠組み」とする)は, 文献検討により概念枠組みを構想し, 検証課題, 課題1: 「患者=看護者間におけるナラティヴ・アプローチの構造」, 課題2: 「ナラティヴ・アプローチの展開方法」及び課題3: 「ナラティヴ・アプローチに必要な態度」を設定し, 入院中のがん患者4名(男女各2名, 年齢: 40, 50, 60, 70歳代)に実践適用し構築した。患者と看護者の対話データを叙述録に整理し, 概念枠組みの構成要素である「語り手(患者)の物語」, 「聴き手(看護者)の物語」, 「語り手(患者)と聴き手(看護者)の関係」, 「ナラティヴ・アプローチの展開方法」, 「聴き手(看護者)の態度」を分析した。「語り手(患者)の物語」では, ナラティヴ・アプローチで引き出された「物語の内容」, 「物語の書き換え」と「自己の変容」の有無, 及び自己の再構成の状況を分析した。他はプロセスレコードで, 「語り手(患者)と聴き手(看護者)の関係性」の特徴, 及び語り手(患者)に変化をもたらした看護者(聴き手)の働きかけと態度を分析し

た。分析内容を概念枠組と照合し, 追加・修正を加え理論的枠組みとして構築した。データ収集期間: 平成16年9月7日~12月30日。

2) ナラティヴ看護実践モデルの構築

(1)臨床実践適用と教育への導入を目的に, これまでの臨床実践と教育実践を踏まえて「理論的枠組み」を再検討した。ナラティヴ看護実践モデルの概念と構造を明らかにし, 文献検討を基にモデルに固有な専門用語の概念とスキルを抽出した。研究期間: 平成24年7月1日~平成27年12月7日。
(2)ナラティヴ看護実践モデルの検証: ナラティヴ看護実践モデルの精緻化を図るために, 主な構成要素であるナラティヴとナラティヴ・アプローチについて, 抽出した固有の専門用語の概念とスキルを含んだフィクション教材事例を作成した。モデルの性質上, 事前に説明と同意を要する生データを得ることが困難なために, 3名の研究者が匿名化した経験事例を合成する方法で作成した。作成過程では, 教材事例とモデルを整合性がみられるまで突き合せ吟味・検証した。教材研究期間: 平成27年11月10日~12月7日。

2. 用語の定義

①ナラティヴ: 患者・家族をはじめとする様々な人々の語りを中心とした他者との相互作用によって, たえず構成されつつある体験世界のことであり, 参加した人々を行為へと導くものである。
②ナラティヴ・アプローチ: 対話という形式の中で, 語り手が聴き手に自己の体験を語り, 聴き手は語られるという共同作用を通して, 語られた体験が語り手にとってどのような意味があるのかを認識し, 語り手が過去の生活体験の中から自身の潜在能力を見つけ, 新しい自己を再び見出して今後の原動力を引き出すことを可能にする接近法である。
③ナラティヴ看護実践モデル: ナラティヴとナラティヴ・アプローチの概念を主たる構成要素とした看護における実践方法のことである。

3. 倫理的配慮

研究方法1): 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院臨床研究倫理委員会(受付番号: 16-47), 研究

方法2) : 宮崎大学医学部医の倫理委員会(承認番号: 2015-136)の承認を得て行った。

Ⅲ. 結果

1. ナラティブ・アプローチの概念枠組みからの理論的枠組みの構築

文献検討により、主に社会学の分野で提唱されている前提条件や理論モデルを援用し、「ナラティブ・アプローチの概念枠組み」を構想した。構想に当たっては、アメリカの臨床心理学領域における臨床家のAnderson & Goolishian (1992)が提唱した「治療的会話モデルと無知の姿勢」をベースに据え、教育学者の藤原(2004)と医学者の斎藤ら(2003)の考えを援用し、語り手を患者、聴き手を看護者と捉え図式化し概念枠組みとした。入院患者4名に、説明文書を渡し、目的・方法、研究参加への自由意思・撤回できる権利を保障し、口頭と文書で説明し同意を得た。また、体調悪化時にはすみやかに対応できる体制を整え実施した。ナラティブ・アプローチの概念枠組みを用いて個室または面接室にて時間を設定し実践した。データ分析の結果は、B氏(60歳代、男性、肺がん)を例に説明する。課題1:「患者=看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」では、B氏の「物語世界」は、①[複雑な心境での身辺整理に関するナラティブ]→②[一日でも多く生きるための治療方法の探索に関するナラティブ]→③[言いたいことが言えなかった病前の自分に関するナラティブ]→④[医療者と一緒がんと闘う姿勢に関するナラティブ]→⑤[がんと共榮し、上手く付き合っていく方法に関するナラティブ]→⑥[自分の病気と自分自身が闘っていく意思をもつことに関するナラティブ]が語られていた。B氏は③の自身の内面について詳しく語り始めた時点から、今後の生き方を具体的に語るようになり、④では肯定的な治療参加への感情を語り、⑤と⑥では新しい自分を再び見出す方向に変化がみられた。聴き手(看護者)は文脈を読み取りながら無知の姿勢に徹して傾聴し、病いによってもたらされた体験を分かち合うことでB氏は自己の強みを意識し、将来の自分を主役とした肯定的な

物語を語れるようになっていった。また、B氏が過去にかかわった医師や看護師等との関係(「物語り内他者」)を振り返ることで(②)、「物語り内自己」を意識するようになり(③)、「現在の自分」と「過去の自分」とを対比することで、重要な体験や人物が自分にとってどのような意味をもたらしてくれたかを意識するようになっていた(④⑤)。更に、「語り手(B氏)と聴き手(看護者)の関係」からは、「上下関係のない語り手と聴き手の関係」、「互いのストーリーを生み出す関係」、「病気や治療だけでなく、日常について語る関係」などが生成されていた。概念枠組みに追加された内容には、「聴き手(看護者)の物語世界」における「看護の体験」と「看護以外の体験」があった。これは、「聴き手である現在の自分」との関係性を持ちながら、「語り手(B氏)」との語りを展開していることを意味する。課題2:「ナラティブ・アプローチの展開方法」では、導入部分の前に、「聴き手(B氏)」の緊張緩和のために自己紹介と本題に関係のない対話が必要と考えられた。課題3:「ナラティブ・アプローチで必要な態度」では、対話の領域を拡げ促す役割として、「無知の姿勢」が重要であることが明確となった。また、検証の結果、「ナラティブ・アプローチで必要な態度」は、「ナラティブ・アプローチの展開方法」を促進する関係にあり、「ナラティブ・アプローチの実践方法」としてまとめて構造化することが適切と考えられた。結果を基に、概念枠組みに追加・修正を行い「ナラティブ(語り)・アプローチの理論的枠組み」を構築するに至った。

2. ナラティブ看護実践モデルの構築

「理論的枠組み」は時間と場所を事前に設定して行うために看護実践適用に課題があった。そこで、臨床場に浸透している「看護過程」をベースに、問題解決が困難な患者に適用する方法に位置付け、臨床実践と看護専門職者や大学院生への講義・演習を通して改善点の検討を重ねてきた。更に「ナラティブ」と「ナラティブ・アプローチ」に関する文献検討を加えて「ナラティブ看護実践モデル」として再構築した。

1) ナラティブについて

ナラティブは、言葉がわれわれの生きる世界を形づくるという「社会構成主義」の考えに基づいて生まれたものであり、今日では治療やケアの中でも注目されている。また、ナラティブは、単に語られたものという意味合いで用いられるものではなく、「あるできごとについての記述を、何らかの意味のある連関によりつなぎ合わせたもの（ストーリー）であり、ナラティブによって導き出されるストーリーは、語る人の中にあらかじめ存在しているわけではなく、語る人（語り手）と語られる人（聴き手）との間の相互作用により導き出され、語るたびに書き換えられていくものである（斎藤ら、2003）。つまり、ストーリーは、「世界を見るための媒体」及び「アイデンティティや行為の導き役」として活用でき、家族をはじめとするさまざまな人々との「相互作用」によって絶えず構成されつつあるものであり、「人はストーリーによって行為し、さらに行為によってストーリーの正当性が再度確認される」という円環性を利用して「人々のもつストーリーの書き換え」にセラピーとしてのねらいを持たせることができると考えられる（小森ら、1999）。

ナラティブ看護実践モデルの本来の目的は、患者にナラティブ・アプローチを展開できることにあるが、変化する臨床で、実践展開するには、適用のタイミングの見極めが難しい。そこで、本モデルでは、ナラティブをナラティブ・アプローチの基礎的能力を育成する概念と認知的スキルとして位置づけた。その方法として、看護者同士のナラティブが効果的と判断した。語り手の看護者が印象に残っている看護実践の経験を1人称で記述し、聞き手の看護者との対話を通して経験を意味付けし、それを実践知として獲得していくことを体験する方法である。落ち着いた雰囲気の中でナラティブを行うことで、聞き手は、外在化技法（White & Epston, 1990）を用いて、語り手に内在しているドミナント・ストーリー（枠にはまり束縛している事）に焦点を当て、問題を外在化し、語り手が問題を客観視することで、オルタナティブ・ストーリー（新しいストーリー）へと変化さ

せることが可能となる。この蓄積によって看護者は、ナラティブ・アプローチの基礎的能力を育み、臨床実践に発展させていくことができる。

2) ナラティブ・アプローチについて

「患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」と「ナラティブ・アプローチの実践方法の構造」から成り、「理論的枠組み」で構築した構造を用いることができた。

(1) 患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造（図1）

対話という相互行為を通して、従来の看護の「受け手＝担い手」という関係とは別に、「語り手＝聴き手」の関係が成立する。両者の関係の特徴は、語り手である患者は聴き手である看護者の「共に在り、豊かに表現できるような促しと無知の姿勢によるアプローチ」により、「筋道の決まっていない自己の経験の物語を自由な表現で語る」ことにある（図中①）。従って、患者は、患者自身が語りたことである経験の物語を語る中で、過去の自分とその時に関わりをもった登場人物との関係を振り返りながら（図中②）、無意識に引き出されてきた自分にとっての重要な体験や人物について意識し、過去の自分と現在の自分との関係を見出すに至る（図中③）。加えて、「看護者（聴き手）の物語世界」も重要である。看護者はこれまで修得してきた専門知識や対象者を捉える枠組みを持っているが、それらを一旦、棚上げして、ただひたすらに患者の物語への関心を注ぐ必要がある（図中④）。看護者（聴き手）は、「患者（語り手）が体験していること」をもっとよく知りたいという姿勢、「語り手の世界については語り手自身が専門家である」という認識のもとで、「無知の姿勢」を取ることが重視される。

(2) ナラティブ・アプローチの実践方法の構造（図2）

「ナラティブ・アプローチの展開方法」と「ナラティブ・アプローチで必要とされる態度」で構成される。ナラティブ看護実践モデルでは、「ナラティブ・アプローチの展開方法」に修正を加え、「Step I」～「Step III」とした。Step IIの内容は、「理論的枠組み」の内容をそのまま適用できた

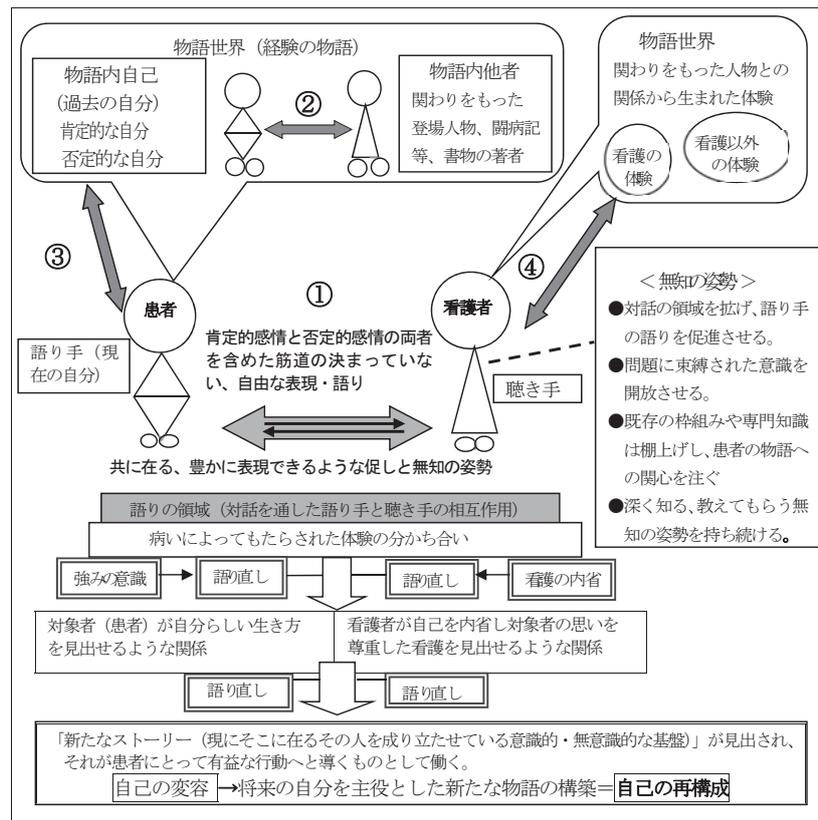


図1 患者=看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造 (東・柳川)

(図2参照)。まず、Step Iは、ナラティブ・アプローチの適用の判断・決定の過程である。看護師は、語り手である患者の全体像を把握し語りのニーズを覚知し、語りに応じる準備を整え忍耐強く待ち、関係性を深めることが重要である。Step IIは、ナラティブ・アプローチの展開であり、導入・展開・終了部分からなる。導入部分では、患者からの主体的な語りを待ち、語りたい内容を語りたい時に語れるようにする。展開部分では、肯定的感情と否定的感情を含めた自由な表現・語りによる共同作用を開始する。看護師は患者の語りの中にある問題に関心を寄せ、外在化の可能性を吟味する。患者が問題を客観視し自分らしく生きる上で大切な信念を意識できるようにする。患者自身を取り巻く社会に関心を向けてもらい、今の自分が関わってきた重要他者の存在を意識できるようにする。看護師は、拡がりを持たせた質問を投げかけ、体験の共有化を図り、患者を主役とした肯定的な物語に書き直されたかについて、患者の意識の状況を観察する。終了部分では、患者が

物語全体を振り返り、今後の展望を意識できるように質問を補足する。Step IIIはナラティブ・アプローチの評価である。語り手自身の自己の再構成の状況を評価し、継続的なアプローチの必要性和フォローの有無を評価する。また、聞き手である看護師についても評価し、患者からの学びをフィードバックすることが重要である。更に、「ナラティブ・アプローチで必要な態度」は聞き手の役割と姿勢を具体化し、全ての展開過程を促進する構造とし、モデルの実践方法の構造に統合した。
3) ナラティブ看護実践モデルに固有の概念とスキル

ナラティブ看護実践モデルに内包する概念とスキルには、固有の専門用語とスキルがある(白石・東, 2014)。文献検討の結果、重要な用語として、「ナラティブ、ストーリー、プロット」「ドミナント・ストーリー、ユニークな結果、オルタナティブ・ストーリー」「共感的態度」「説明モデル」「無知の姿勢」「外在化技法」「リフレーミング技法(森岡, 2008)」「物語の書き直し(物語の書き換え)」

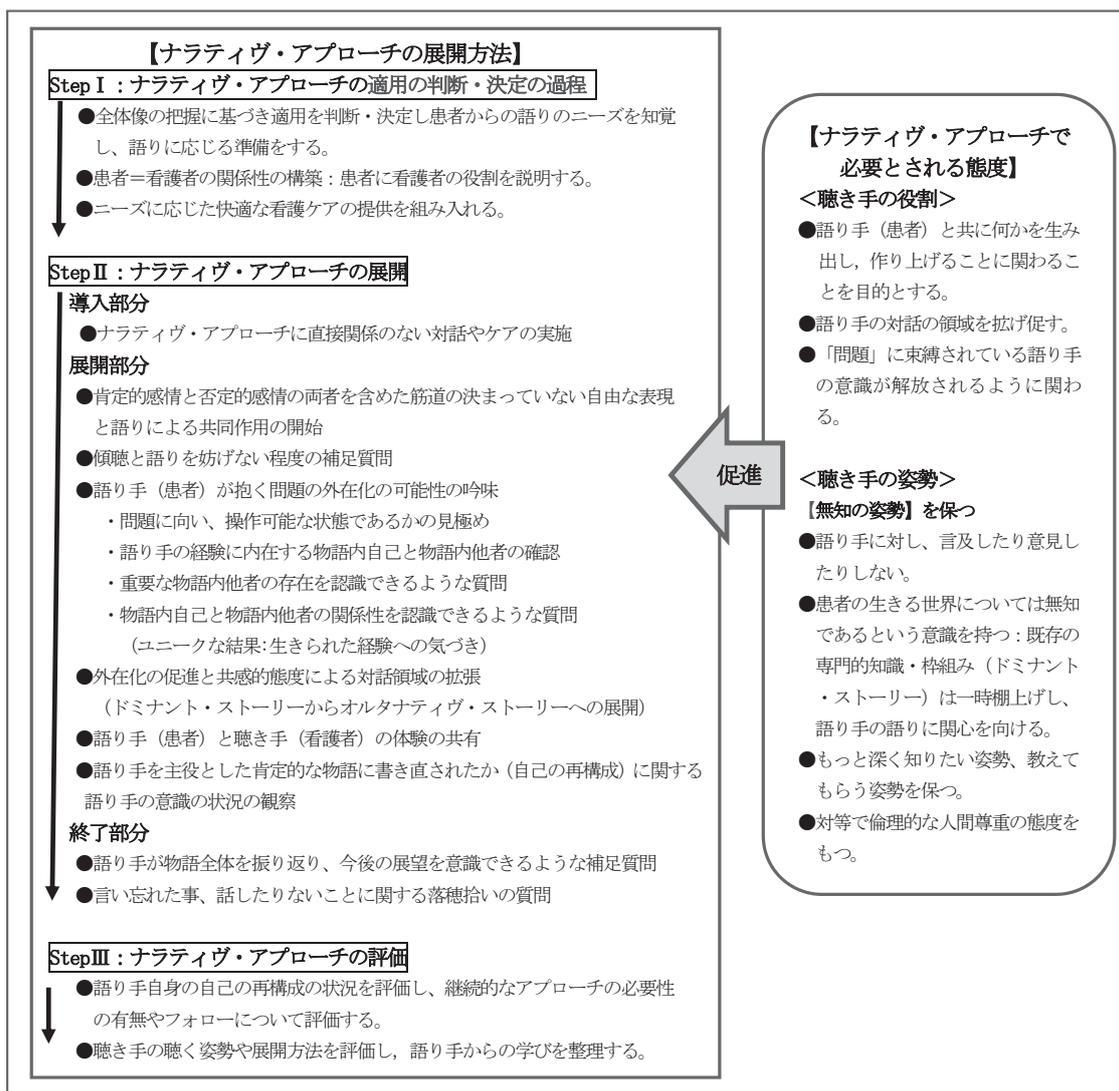


図2 ナラティブ看護実践モデルの実践方法の構造（東・柳川）

「自己の再構成」が挙げられた。用語の説明は本文中及び表1の教材事例中に簡潔に記述した。

4) 教材事例の作成によるナラティブ看護実践モデルの検証

モデルの精緻化を図り、理解を助けるために、「ナラティブ」及び「ナラティブ・アプローチ」のフィクション教材事例を作成した。作成過程では3名の研究者がモデルと綿密に突き合せ、繰り返し確認・修正し整合性をもたせながら検証を行った。

(1) ナラティブの教材事例：看護者Bが体験した印象に残っている看護場面（青年期にある終末期のがん患者Aさんの看護についての語り）の記述を素材として、語り手（看護者B）と聴き手（看護者Q）のナラティブの過程を対話形式で作成し、ナラティブの一連の過程を可視化できる構造図も作成した。教材事例のナラティブの概念・スキル・態度は7つあり、①語り手のドミナント・ストーリーに焦点をあてた語りを展開する。②語り手の言葉を使って（復唱、言い換え）次の言葉を発する。③語り手を否定せず、良いところを伝えて力を引き出す。④語り手と患者Aとの関係性の中に視野や話題を拓ける可能性を見出し対話する。⑤語り手が患者Aとの関係で、自己否定している部分に違った角度から提案をし、承認・受容・共感することで自尊心を高める。⑥聴き手は語り手の有益な物語を語り手と共同で執筆する気持ちで、対等な立場と尊敬の意をもち関心を寄せ傾聴

護者Q)のナラティブの過程を対話形式で作成し、ナラティブの一連の過程を可視化できる構造図も作成した。教材事例のナラティブの概念・スキル・態度は7つあり、①語り手のドミナント・ストーリーに焦点をあてた語りを展開する。②語り手の言葉を使って（復唱、言い換え）次の言葉を発する。③語り手を否定せず、良いところを伝えて力を引き出す。④語り手と患者Aとの関係性の中に視野や話題を拓ける可能性を見出し対話する。⑤語り手が患者Aとの関係で、自己否定している部分に違った角度から提案をし、承認・受容・共感することで自尊心を高める。⑥聴き手は語り手の有益な物語を語り手と共同で執筆する気持ちで、対等な立場と尊敬の意をもち関心を寄せ傾聴

表1 ナラティブ・アプローチにより自己を再構成したD氏（教材事例）のストーリー

【 】内はD氏の主要なナラティブ ()内は用語の説明

《Step I》D氏は、70歳代後半の女性で腹部膨満感を主訴として入院した方である。検査の結果、直腸がん末期（StageⅣ）で腹水貯留が認められた。ベッド上安静で移動は車椅子での生活。食欲がなく、経口食を3割程度摂取していた。家族の意向で病名は告知されていない。今後、腹水穿刺を施行の予定であるが、痛いことは嫌だからしたくないとのことである。治療に対して、「今後の治療についてちゃんと答えてくれない。」「お腹の張りが良くなる薬をもらえたら頑張れるの。」と訴えており、病気は何だろうという不安と治療がなされないことに対して、主治医への不満を抱いていた。看護師は、D氏が終末期であり、限界のある医療に大きな期待を抱いていることが気になっていた。そして、残り少ない日々を豊かなものにできるように関わりたいと考え、D氏が自発的に看護師に語る（ナラティブ）機会が訪れるのを待っていた。D氏は、きれい好きで毎日寝衣交換する習慣があった。数日後、D氏から看護ケア（寝衣交換）の希望があり、更衣しようとする、突然、「もうダメなのでしょうね」と病気のことに語り始めた。看護師は、D氏が自分の話を傾聴してほしいニーズがあると知覚し、ナラティブ・アプローチの必要性を判断し、介入を意思決定した。

《Step II》看護師は、今、ここに共に在る語り手としてD氏を捉え、人間尊重と倫理的な態度で聴き手として無知の姿勢で対話した。その後、D氏が語った内容は、【闘病生活を悲観的に感じ八方ふさがりの状態のナラティブ】であった。看護師は、D氏が自身の病いについてどのような説明モデルをもっているかを聴く姿勢で臨むと、D氏はこれまでの人生について振り返り、いかにつらいものであったか堰を切ったように語り始めた。夫との関係はドミナント・ストーリー（枠にはまり束縛している事）としてD氏の心を束縛しており、夫の死によりやっと解放された矢先に病気になったことを嘆き、【今までの自分の人生を振り返るナラティブ】であった。看護師はD氏の自己像は極めてつらく耐え難いものであり、外在化技法（問題の本質を客体化して取り出し、患者と看護師が協力して解決にあたる技法）を用いて解消していく必要を感じた。そこで、看護師はD氏と共に、過去のD氏と一緒にイメージ化することで、新たなD氏像を描けるように、共感的態度で対応した。D氏は「自分はつらい人生と生きていたけれど、家族や人様のお役にたてていたことがわかりました。」と語り、D氏が主体的に自己のユニークな結果（ドミナント・ストーリーの外側に汲み残された「生きられた体験」）に気づき、プロット（筋書）をつなぎ変えることにより、ドミナント・ストーリーからオルタナティブ・ストーリー（新しいストーリー）に変化しつつあることを感じた。更に、看護師は夫が大切にしていた信念について話題を拡げると、子供たちの教育に対する姿勢を語りはじめた。D氏は、物語内他者である夫と物語内自己との関係について、意識化し、夫との良い思い出に気づきみられた。

看護師は、リフレーミングの技法（対象者の認識を変化させる技法）を用いて、自身がイメージしたD氏の夫像をハンサムな俳優に例えて語ったところ、D氏は「ええ、背が高くてね。」と満足そうな笑顔となった。D氏の意識が開放され、これまでとは違った夫像へと見方の変化がみられ、【自身と夫の良さに気づき新たな像を描くナラティブ】が語られていた。その後、家族が毎日のように面会に来られていることを把握していた看護師は、家族が病になることと家族の絆の深まりについて話題にした。するとD氏は、「私も病気になって家族の絆が深まったことを強く感じています。息子は毎日のように立ち寄ってくれますし、嫁も良くしてくれます。」と自慢げに語り、【家族の絆の深まりに気づくナラティブ】へと思考を拡げ、自分を主役とした新たな物語の構築（自己の再構成）がみられていることが感じられた。

《Step III》D氏は、終末期にある為に、変化が予想される。今後、起こり得る出来事に向かいあっていけるように、看護者は対話を続け、D氏が語る物語を厚く豊かなものになるよう支援していく必要がある。看護師は、無知の姿勢の重要性を認識するとともに、D氏の説明モデルを傾聴する姿勢をもち、D氏の人生物語りを汲み取ることが、新たな物語の構築（自己の再構成）へと発展することを学ぶことができたと評価した。

する。⑦自然な対話の流れを通して、語り手の思考の変化と自尊心の回復を促すであった。

(2)「ナラティブ・アプローチ」の教材事例：ナラティブ・アプローチの展開方法と必要な態度を

念頭に討議し、複数の事例を合成したフィクション教材事例を作成した。①「ナラティブ・アプローチにより自己を再構成したD氏のストーリー」を表1に示す(表1)。【 】内はD氏の主要

なナラティブである。看護師の関わりを示すと共に、ナラティブ・アプローチに固有な用語については、()内に解説を加えている。そして、②図1の基本構造に基づき、D氏と看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造を作成した。また、③D氏のナラティブ・アプローチの展開と看護者の態度及びD氏の反応をプロセス・レコード (Wiedenbach, 1964) として、「私が知覚したこと」、「私が考えたり感じたりしたこと」、「私が言ったり行ったりしたこと」で表し、「ナラティブ・アプローチの過程」欄を設け、看護師が用いた概念・スキルと根拠を場面と対応させ記述した。これを基に、④ナラティブ・アプローチとD氏のナラティブの変化のプロセスの構造図(横軸に展開中の時間経過を、縦軸にD氏の主要なナラティブと思ふの拡がり)を作成した。

IV. 考察

治療法がなく複雑な心理・社会的問題を抱える患者・家族には「看護過程」の適用は困難な面がある。中木(2005)は、要素還元主義を基礎とする看護過程やPOS (Problem Oriented System) と相補的に機能するナラティブ・アプローチを第三の道として提唱してきた。わが国の看護界では、2000年頃から関係性を重視した「ナラティブ(語り)」への関心が高まり、「ナラティブ・アプローチ」が注目され研究されてきたが、教育プログラムの開発はなく、医学教育の研究報告にとどまっていた(宮田, 2011; Charon, 2006)。本研究では、文献検討を基にナラティブ・アプローチの概念枠組みを作成し、入院患者への検証結果をもとに理論的枠組みの構築へと研究を進めた。そして、理論的枠組みの再検討と文献検討により、臨床実践に適用可能な方法として「ナラティブ看護実践モデル」を構築するに至った。モデルの構築に伴い、主たる構成要素であるナラティブとナラティブ・アプローチの構造化、及び概念・スキルの抽出が可能となり、教育内容が明確となり教材作成に至った。教材事例作成過程では、幾度もモデルと突き合わせて吟味したことによりモデルは検証され精緻化された。その結果、作成された

教材事例はモデルを可視化し、「ナラティブ看護実践モデル」の理解を支援するツールとなった。長谷川(2010)は、教育内容の教材構成の原理を2つ挙げ、1つは「典型性の原理」であり、教育内容の一般的で本質的な内容構造を正確に担う性質を持つ事例を選ぶことと述べている。今回の教材事例はこの原理を満たしていると考えられる。もう1つは「具体性の原理」であり、学生が分析・総合・操作するなど具体的な活動ができる教材である。今回の教材事例は、学生自身が経験のナラティブを実践し、臨床事例へのナラティブ・アプローチによるロールプレイと討議への発展的な教材構成が可能と考えられた。今後、大学院生を対象に研究授業し、看護教育へのナラティブ看護実践モデルの導入の有効性を検証してゆきたいと考える。

V. おわりに

『ナラティブ看護実践モデル』は、ナラティブとナラティブ・アプローチの概念を主たる構成要素とする看護における実践方法として有用と考えられた。また、ナラティブ・アプローチは、「患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」と「ナラティブ・アプローチの実践方法の構造」で構成され、語り手と聴き手の関係性及び看護実践の展開過程が具体化された。モデルの精緻化の探究は今後も継続してゆきたいと考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様に心より感謝いたします。

本研究の一部はJSPS 科研費(基盤研究C) 24593202の助成を受けたものである。

文献

- Anderson, H., Goolishian, H. (1992) : The Client is the Expert ; A not-knowing approach to therapy, In : McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds) / 野口裕二, 野村直樹 (2014) : クライアントこそ専門家である : ナラティブ・セラピー-社会構成主義の実践, 43-64, 金剛出版, 東京
- Charon, R. (2006) : Narrative Medicine : Honoring

- the Stories of Illness, Oxford University Press Inc, New York
- 藤原顕(2004):教育方法としてのナラティブ・アプローチ, 日本看護学教育学会誌, 13(3), 60-64
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1998) / 齊藤清二, 山本和利, 岸本寛史 (2001): 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—, 3-28, 金剛出版, 東京
- 小森康永, 野口裕二, 野村直樹 (1999): ナラティブ・セラピーの世界, 3-32, 日本評論社, 東京
- 長谷川栄 (2010): 教育内容と教材, 大浦猛 (編), 教育学, 124-126, 医学書院, 東京
- 森岡正芳 (2008): ナラティブと心理療法, 121-131, 金剛出版, 東京
- 宮田靖志(2011): ナラティブのトピックス パラレル・チャート, 緩和ケア, 21(3), 290-291
- 野口裕二 (2002a): 臨床研究におけるナラティブ・アプローチ, 看護研究, 36(5), 413-422
- 野口裕二 (2002b): 物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ, 14-205, 医学書院, 東京
- 中木高夫(2005): 巻頭言, POSからナラティブまで—自分史のナラティブ, 日本保健医療行動科学学会年報, 20, i-ix
- 齊藤清二 (2011): ナラエビ緩和ケア学事始, 緩和ケア, 21(3), 255-260
- 斎藤清二, 岸元寛史 (2003): ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践, 13-89, 金剛出版, 東京
- 白石裕子, 東サトエ, 田上博喜, 他(2014): ナラティブ・アプローチのチの視点からとらえた浦河べてるの家における実践の意味, 精神科看護, 41(6), 64-69
- White, M., Epston, D. (1990): Narrative means to therapeutic ends, Dulwich Centre Publications, New York / 小森康永(1992): 物語としての家族, 59-99, 金剛出版, 東京
- Wiedenbach, E., (1964) / 外口玉子, 池田明子 (1969): 臨床看護の本質—患者援助の技術, 108-122, 現代社, 東京
- 柳川育美, 東サトエ (2006): 看護実践におけるナラティブ (語り)・アプローチの理論的枠組みの構築—がんという病いを体験している対象に焦点を当てて—, 第20回日本がん看護学会誌, 第20巻特別号, 163