

講 演

看護教育にいかすナラティブ・アプローチ

—第4回臨地実習協働運営交流会講演会記録—

中川 晶*

I. はじめに

皆さんこんにちは。小一時間ほどではありませんけれども、臨地実習・協働運営交流会議でお世話になっている皆様にナラティブ・アプローチについて話させていただきます。豊田先生の方からご紹介いただきましたように、ナラティブという言葉は看護の中でよく出ますが、どう使っているのかがもひとつ判然としないということをよく聞きます。人の語りを聞く、そしてある方向に導くというより、共同で作っていくというような方向性を目指すときにナラティブってすごく役に立つんですね。

II. ナラティブとの関わり

図1の写真をごらんください。これロンドンにあるケンジントンパークと言う公園にある小さな銅像なんです。ピーターパンの銅像ですね。これは後ろにティンカーベルがいます。物語の話をするのに表紙には合うかなと思って持ってきました。ぼくが描いた作品です。

さてナラティブがここらの臨床の世界に入ってきたのは、1992年頃にオーストラリアのマイケル・ホワイト、デビット・エピスタンが『物語としての家族』を書いたのが始まりでしょうか。そんな人たちが臨床心理学のほうでナラティブ・セラピーを完成させたのですが、当時は医

療にナラティブという発想はほとんどなかったですね。ところが大体2000年くらいからイギリスのGP（一般開業医）たちの間で自然発生的にナラティブを医療に取り入れるという試みがはじまりました。

2007年にロンドンに行って半年ほどこのムーブメントを勉強させてもらいました。帰国後、ロンドン流がなかなか面白かったので、これはイギリス人だけにやらせとくのはもったいないと思ひまして、日本でもやってみようかなと思うようになりました。そしてあちこちで講演の時にロンドン流を話しておりました。「ロンドンではナラティブをこんな風に使ってる」「ロンドンの方でこんな実践やってるよ」という話をしましたらそのうちにもう少し系統的に勉強したいという人もだんだん増えてきました。でも元来怠け者のぼくはなかなか腰が上がりませんでした。ところが、阪大の医学部の学生数人を年間で教えるというプログラムのなかで個人的に教えたりしてるうちに、一人ずつ教えるのが面倒くさくなって、全員集めてある大学でロンドン流のワークショップやろうかということで勉強会が始まりました。そのうちにその大学の先生方、まあ看護の先生が多かったんですけども、「先生何やってんの?」と「ナラティブやってるの」ということで「私もやりたい」とどんどん参加者が増えて、看護の先生ばかりでなく、医師、保健師、臨床心理士、鍼灸師、大学の経営学の先生まで参加されるようになりました。

*京都看護大学大学院・特任教授

経営学ってあんまり関係ないみたいですけど、学生とのコミュニケーションですごく役に立つと言っていて。そのうちに40人くらいの会になり、もっと系統的なナラティブの勉強広めたいという意見が増えてきました。

お手元にオレンジ色のハンドアウトがあるとと思うんですけど、ナラティブインストラクター協会という組織を作って、通信教育で基礎的なことを系統的に勉強していただいて、それからナラティブ・トレーニングの研究会に参加してもらおうというようなプランを作りました。

今日来ておられる皆様はもう、基礎はしっかり入っている専門家の皆様なので基礎はすっ飛ばして、次の段階、つまりコミュニケーションに大事なナラティブ・コミュニケーションのコツのようなことをお話ししてみたいと思っています。これが京都看護大学のお家芸になってくれると嬉しいのですが。(笑)

まず、図2ですが、太った男性の写真。これはジョンローナー先生とって、僕がイギリスに行ってた時の指導教授というか師匠です。この人が僕のやっている今の方法の輪郭を作られた先生なんですね。この人はもともと精神科、心理臨床をやってきた医師で、現在の主な仕事は国の医師・看護師の生涯教育プログラムの担当で、医療専門職相手にナラティブ・アプローチのワークショップを15年以上教えてきました。イギリスでは医師免許だけではもう通用せず、何かの専門分野の生涯教育プログラムに属している必要があります。

ローナー先生の後ろにうつっているのはケンブリッジ大学・トリニティー・カレッジです。去年僕がイギリス行った時に自分の母校を見せたいとのことで、連れていかれました。トリニティー・カレッジは1546年創設のあまりにも有名なカレッジです。万有引力のアイザック・ニュートンもこの出身です。

Ⅲ. ナラティブ・アプローチとは

さて、話がそれました。今から紹介するナラティブアプローチの方法の原型はローナー先生らがおつくりになったのですが、どうもそのままの形では日本人に使いにくかったんで、だんだん改善、改良というか、いわば文化的翻訳を続けてきました。ローナー先生にも「先生顧問になってね」と了解を得ています。

図3はローナー先生の著書です。左のはエッセイ集なんですけど、タイトルがすごく面白い。『ハウ・ノット・ツー・ビー・ア・ドクター』とあります。ハウツー本というのがよくあります。『ハウツービーアドクター』ならまあ、「ドクターになる方法」とか、ドクターは博士だから医師だけではありませんので、まあ先生と訳すと「先生になる方法」くらいですか。ところがローナー先生の本のタイトルはノットが入ってます。さてこれをどう訳すか「先生にならない方法」？意味不明ですね。ちょっと考えてみて、ローナー先生の言わんとすること加味してぼく流に訳してみました。『先生様になり下がらない方法』いかがでしょうか？実は出版社に、いい本があるから翻訳本だそうと打診してみました。もうタイトルも決めてあると言ったのですが、即、却下されました。(笑)

でもぼくが伝えたかったのは、先生といわれる商売はついつい相手の話をあまり聞かない。教える、教える、ってなってしまうんですね。それでドクターを医者だけではなくて、先生様と訳しました。先生様にならない方法じゃなく「なり下がらない方法」というふうに訳してみたんですけど、出版社から「先生、それはちょっと題名として過激すぎるからやめて」と言われました。でもローナー先生が言いたいのはそんなこと。つまりは先生といわれる医療専門家ほど相手の物語をきちんと聞かねばなりません。

右側の本は医療や福祉系の人たちのためのナ

ラティブ・アプローチのテキストです。この本もいずれ翻訳する必要のある本だと思います。

図4「治療的関わり方」をごらんください。まず1. 相手の話を分析するのでは無く物語として聴くとはどういうことでしょうか？

分析的な聴き方というのは相手の語りが論理的に正しいかどうか、真か偽かについて慎重に聴くことではないでしょうか。この聴き方は大事ですが医療専門職の皆さんはすでに十分に身につけている聴き方です。聴き方にはもう一つあって、「物語として聴く」というのがあります。例えば昔物語を聞く子供達の場合を考えてみましょう。例えば、「おばあさんが川で洗濯をしていると大きな桃がどんぶりこ、どんぶりこ流れてきました。その桃を持って帰ると、桃から赤ちゃんが生まれてきたので桃太郎と名付けました」とやると、「それで、それで」と子どもたちは目を輝かせ始めます。子どもたちは物語の筋を一生懸命追います。「植物の桃から人間の赤ちゃんが生まれるってあり得ない」「間違ってるよ」と言う無粋な子どもはあまりいません。つまりは子供たちは、現実の話ではなく今は物語を聴いてると言う風に頭のスイッチを切り替えています。相手を分析しながら批判的に聞くのも大事なことです。いつもこのモードでやると、相手は心を閉ざしたままですし常識的な返事しか返ってきません。批判的、分析的な聞き方をすると相手の物語はプチプチ切られてしまいます。だからといって、いつでも物語的な聴き方をしてくださいと言ってるわけではありません。今、自分はどちらのモードで聴こうとしているのかをはっきり切り替えて聴くことが大事だと言いたいのです。

IV. 質問の質

次に「上手な質問で物語を促進していく。ここでいう「質問」というのが今日の講演のキー

ワードです。物語を聞いていく、それを促進していくためには上手な質問を、合いの手みたいに挟んでいく。質問することによって、会話の舵取りも出来ます

図5をごらんください。臨地実習における様々な問題場面。これは臨地実習の時に「どんな問題場面がありますか」という質問を今回あらかじめさせて頂きました。一番下に書いてあるのから先に読みますと、「学生の消極性に対してどのようにコミュニケーションを取るかわからない」困惑状態になっておられる方が多いようです。具体的にはこんな質問があります。指導しているときに学生に納得いかない態度が見えるので、「何か質問は？」と促しても黙り込んでしまう。「質問ありますか？」と言っても質問しない。この状況、実は学生は質問がしたいと思っているのですが、質問できる状況じゃない、そんな質問したら笑われるんじゃないとか、この場には適切ではないのではないとか、勝手に判断してるんですね。先生の方は「何でも言っていいよ」って言ってるんですよ。現場の看護師さんも、「分からないときは聞いて」と言われているのに無言なんです。学生の消極性、こんなのが結構多いですね。黙り込んでしまう。するとこっちも黙り込んでしまう。決まりの悪い沈黙が続いたりして、この学生あかんわ、というようなことが評価にもつながっていくんですね。この学生の頭の中、心の中ではいろんなことが渦巻いてはいるんです。それがアウトプットとして出てこない。それは「何か質問は？」っていうこの質問のやり方がそうしているっていう可能性がありますね。その次「実習記録への教員側のコメントに反応がない」教える側はコメントちゃんとしてるのに、それに対して反応してこない。これも困惑する。ちょっと怒りも入ってるかもしれません。こっちがコメントしてるのに何で反応せえへん（笑）これも学生側の困惑が入ってるんですね。向こうは向こうで

いろんなことを考えてですね、このコメントにこう反応したら怒られるん違うかなとかね、いろんなことを思ってるんですね。

あと図6ですが、学生は習ってることを「習ってません」と平然と言い切ったり、実習計画の記されている行動の根拠を聴いても応えがなかったり、傍観者のようになってたり、果ては「私は看護師になりたかったわけではない」などこちらの怒りを誘っているとしたか思えない態度や言葉があったりするとき、指導する側は困惑するわけです。

僕は昔、中学の教師をしていたのですが教卓から「わかる人？手を挙げて」といったら全然手を挙げません

こちらも困って「君どう？」って当てますよね、ちゃんと答えます。こんなことが多いですね。なんとなく分かるでしょ。手を挙げるのは生徒の間では目立ちたがっていると思われることから恥ずかしい。もっと言えば浮いてしまう。仲間はずれにされる可能性まであります。うちのクリニックに時々帰国子女が患者としてくることがあります。よく聞いてみると、仲間はずれにされているようです。どうしてなのか自分でも分からないといいます。でも、状況を聴いていくうちに分かりました。欧米に住んでいた彼らは大抵、学校では教師が質問するとどんどん手を挙げて、答えます。欧米では自分を主張することはとても大事な事で、出さない子は消極的と評価され、逆に仲間はずれにされます。そういうトレーニング受けてきた子が日本に帰ってきて日本の学校で同じことをやるわけです。そしたら周りから白い目で見られて、なんか浮いてしまって、うつ状態になったり不安状態になったりするわけです。つまり、欧米と日本の文化の差がうちに来る帰国子女たちの問題の原因だったわけです。先ほどの問題に戻りますが実習中の学生と教える側のすれ違いというのは要するに学生の文化と先生側の文化の違い

が原因になっている可能性もあります。解決はじつは簡単なんです。

ちょっと視点を変えてみる。相手側の文化ってどうなってるんだらう？そういう興味をもって見ると、解けてくる可能性があります。

ぼくからみていると最近の女の子って見分けがつかないくらい同じ髪型、同じ服装に見えます。ぼくからは瓜二つに見えてまうんですけども、彼女らは彼女らで、その中に自分の個性出してるようです。もし一人が全然他とは違う服装とか、髪型したらかなりバッシング受けたりとかするんです。ある範囲があって、その中でいろんな工夫するというのは、「おしゃれ」と言われますが、全く違う異質な服装をしたらいけないようです。例えば水玉族という、水玉模様の服の部族があったとしましょう。その水玉の大きさとか、水玉の状態が違う、これは水玉族のなかでは個性的なおしゃれなんです。でもそこにストライプ柄の服装の子が出てきたら、どうなるでしょう？異質なんです。逆にストライプ族の中に水玉族が一人混じり込んでも同じく異質。異質なものは排除の対象になりやすいのです。さて、そんな文化が違う相手に対してはどう接すればいいのでしょうか？

ぼくは、コミュニケーションを学びに来る学生によく、「探検隊のような気持ちになりなさい」とよくいいます。探検隊が大事にしなければいけないのは、「そういうものか」と理解しようという態度です。ともすれば自分の定規で相手を判断してしまいがちな我々ですが、探検隊がこれをやると致命的です。探検隊に必要な資質は相手に興味を持って、知ろうといろいろ質問することです。

V. ナラティブ・クエッションング

図7ナラティブ・クエッションをごらんください。いよいよ今回の本題です。質の良い質問

が出来るようになったら、コミュニケーションの達人になれるのですが、どうも専門家ほど質の良い質問が出来ていません。もちろん情報を引き出すという意味では的確なのかもしれませんが、相手のナラティブつまり物語を引っ張り出すような質問、これをナラティブ・クエッションと名付けたのですが、これがうまく出来てない。

ナラティブ・クエショニングが上手く出来るとどうなるかについてまとめてみました。医療のコミュニケーションの特徴は質問です。問診という言葉があるくらいですから。しかし医療者の質問の良し悪しが治療効果にも大きな影響を及ぼすとはあまり思われておりません。多くの慢性病では患者さんの行動変容が必要です。そして行動変容のきっかけというのは、医療者からの上手な問いかけ、つまり質問なんです。糖尿病、高脂血症、骨粗鬆症しかりです。そう言う意味では多くの慢性病は実は心身症なのです。

質問が病者のナラティブを促す。これは上手な質問をすることで、患者さんが自分のナラティブを形成することを促します。そして最終的にはナラティブが治療に対する満足度を上げます。

それでは具体的にナラティブ・クエショニングを説明してみましょう。質問とは分からないから聞くものと皆さん思っておられるのですが、実は答えがわかっている場合もあります。少し説明してみましょう。図8を見て下さい。例えば、探索的意図と戦略的意図。これは昔中学校の時に出てきた。慣れ親しんだx軸、y軸です。まずはx軸です。x軸のプラス側とマイナス側2つの方向ですね。最終的には4つにわけるとも、y軸を入れるつもりです。一つは皆さんもよく知ってるx軸マイナスの方向。これは探索的な方向「いったいどうなってるんだろう」つまりわからないから聞くという質問です。

たとえば。刑事が被疑者に質問するのは、犯

人かどうか知るための質問です。アリバイ有無の確認などは、その典型的なものでしょう。例えば被疑者が昨日の午後6時に京都に居て、6時半にはロンドンに居たと言えば、それは明らかに嘘であり、被疑者の弁は論理的に破綻しているのでアリバイは崩れたということになるわけです。このように論理的に相手を問い詰めていく質問は探索的です。しかし質問は必ずしも、分からないから発するばかりでなく、相手を誘導するときにも質問という形を取ることが多いようです。例えば、教師は生徒を教えるときによく質問をしますが、この時の質問の多くは生徒を正解に誘導するための質問です。例えば「2+3は？」とか聞いて相手が「4」と言ったら「いや、もう一度考えてごらん」と教師はいいます。あきらかに教師は答えをしっているのですが、あえて質問する。これは教育法みたいなものですね、つまり図8の戦略的意図の質問ということになります。生徒は論理的に考えることが要求され、教師は戦略的に質問します。

以上二つの質問は、質問の中身も答えも論理的であるという前提でなされます。例えば、先ほどの被疑者が30分で大阪からロンドンに行けたのは、トトロの猫バスに乗って疾風のごとく走ったからだと答えることは許されません。例えば、生徒が1たす1は時には3になったり5になることもあると答えることは許されない場なのです。

さて次はy軸つまり上下に移りましょう。図9をごらんください。この上下の上側は、先に説明した世界、つまり質問の中身も答えも論理的でなければならない世界です「理屈ではどうなる？」（閉じた構え）と書いてありますね。更に治療者の構えと赤字で書いてありますね。しかしいつも、この世界の質問だけで事足りるということはありません。つまりは医療者たる者は時として、医学的正しさから一歩距離を置き、論理的でない病者の世界をナラティブ（物語）

として理解しようという構えに立つことも必要であることもあります。探検家が密林の奥深くに住む原住民と初めて出会った時には、こちらの論理を押し付けるのではなく、彼らの世界観を理解しようとするのが最もだいじなことです。優れた探検家ならば、原住民が魔術が存在すると言えば「そんなバカな」と反応するのではなく「どんな魔術なのか？」と問うに違いありません。あなたの世界ではどうなってるの？という開いた構え。これが図9のy軸の下側の世界です。先ほどの例で、アリバイの崩れている被疑者の場合に戻って考えてみましょう。前日の夜6時に京都にいて、同じ夜、6時半にはロンドンに居たといいはる被疑者に対して、刑事ならば「お前のアリバイ崩れた、はい犯人」でいいのですが、どうしても7時にロンドンにいたと主張する被疑者に対して、カウンセラーは「どうやってロンドンまで半時間で行けたの？」と問うことになります。つまり、質問者がじぶんの構えをシフトさせて、相手の世界を探ろうとします。被疑者が

「はい、そんなの簡単です。どこでもドアを開けたらそこはロンドンなんです」

こんな答えって普通は犯則ですよ。でも質問者は相手の世界を探る構えにシフトして

「なるほど、それでは半時間もかかりませんか」と応じると被疑者は分かって貰えた、自分の物語を語りやすくなると思いませんか？探検家になった質問者がさらに質問します。

「ところで、あなたのどこでもドアで、昨日とか明日に行くことは出来ますか？」

被疑者は「そんなの無理に決まってるじゃないですか！タイムマシンではあるまいし」

つまり、質問者は相手の世界がどうなっているのかを質問して理解しようとし、相手の世界のルールはどうなっているのか、なにが信じられているのかなど。このように相手の世界を知ろうとする質問がナラティブ・クエシ

ョンの大事な部分です。妄想の世界につきあうようなお話をしてきましたが、勿論これは極端な場合であって、要するに相手の世界がどうなっているのかを探検家のように聴き取る態度が重要になることも医療の世界では多いのです。もちろん精神科以外の科でもです。

さて、これで上下左右の話をしてきたのですが、実は大事な最後の質問分野が抜けてます。図10をごらんください。ここでいうリニアは刑事の質問、ストラテジックは教師の質問、サーキュラーは探検隊の質問ということになるのですが、右下つまり戦略的意図でしかも開いた構え、つまり相手の世界のルールでの質問ということになります。これはリフレクシブという質問の分野で、ナラティブ・クエッションのなかでも最も難易度の高い質問ですが、非常に治療的でうまくいくと、リフレクシブな質問一つで病気が治ってしまうこともあります。そのことを説明するのに、ぼくの症例を一つご紹介したいと思います。

VI. ナラティブ・クエショニングが奏功した症例

【症例】Aさんは80才の婦人。数ヶ月継続する乾性咳嗽（痰の絡まない咳）で内科より筆者の心療内科に紹介されて受診。内科では様々な内科的検査が行われたがすべてネガティブだった。

うららかな春のある日、物腰おだやかな和服姿の上品な老婦人が筆者の外来にやってきた。内科からの紹介状には、診断名：神経性咳嗽とある。神経性咳嗽とは呼吸器には何の異常もないが、精神的なことが原因で起こる長く継続する咳のことである。内科では、かなり詳しく検査したようだった。マイコプラズマ肺炎、結核、肺気腫、肺癌などなど非常に広範囲の、見方によっては内科医がムキになって検査しているような印象さえあった。筆者ならばもっと早めに

神経性咳嗽と診断出来たろうに、などと軽口を叩きながら、Aさんに初めて会ったのだが、ここからが大変だった。Aさんは常にニコヤカでこちらの聞いたことには何でも答えてくれるやしやすい患者さんだった。最初は何度か診察すれば咳嗽の原因になっているストレスの原因は簡単に分かるだろうとタカをくくっていたのだが、5回の診察を終えても全く原因は不明。さすがに筆者も少し焦り出して、家庭環境に問題があると決めつけて、夫や息子・娘との関係を根掘り葉掘り聞くのだが、ほとんど問題らしい問題は見つからない。夫はおおらかで優しい人柄だし、子供は三人居てみな親孝行。関係も良好である。孫たちもお婆ちゃんが好きで、問題らしい問題が見つからない。この頃、筆者の発する質問はほとんどがリニア・クエッションでありきたりの質問ばかりだった。時にストラテジック・クエッションで強引に咳嗽の原因を家族関係に求めようとしたが全く歯が立たずだった。初診から3ヶ月が経過し、全く進展はなし。相変わらず原因を特定できない筆者にAさんは相変わらず笑顔で来院してくれていたが、こちらが苦しくなりそうだった。

そして、夏の昼下がり突然の展開があった。この日は筆者は診察日ではなかったが大学病院に用事があって白衣ではなくGパンにポロシャツという軽装で書類も小脇に抱えて病院を走っていた（筆者はいつも走っていた記憶がある）ふと見ると、Aさんが広い待合室に座っておられた。筆者が気づいて声をかけたが、Aさんはケゲンな顔。どうも筆者が白衣を着てないので判別出来ないようだった。しばらくして「なんだ、先生じゃないの」と分かったようだが、どうもいつもと調子が違う。そういえばAさんも軽装で和服でないし言葉もザックバラだった。つまりは、いつも筆者が会うAさんはヨソイキで、普段のAさんではなかったということだった。（そんなことも見抜けない筆者であった）

一般に大学病院にくるときの患者さんはヨソイキであることが多い。

さて、筆者は夏の昼下がりの誰も居ない待合室でAさんに会ったのだが、Aさんはどうも友人がこの病院に入院しているらしく、お見舞いにきたとのこと。「こんなに暑いから、友達にジュースを持って行ってあげたのよ。でもね、友達は糖尿病なので飲めないって言うのよ、せっかく一緒に飲もうと思って買ってきたのに残念・・・そう、ジュース余ってるのよ。先生飲まない？」そう言うと、Aさんは嬉しそうに筆者にジュースの缶を差し出した。筆者ものが乾いていたので「喜んでいただく」とAさんの隣に座った。その時はひとしきりヨモヤマ話をしたのだが、そのあと突然「先生、実はね、咳の原因は知ってるの。」とAさんが言い出したので筆者はびっくり仰天「え！知ってるんなら何故言ってくれなかったんですか！」と返した。すると「いえね、原因なんだけど大学病院で話せるような原因じゃないのよ」と恥ずかしそうに続けた。

「私には子供がいると言ったでしょ、三人。でもね実はその前に二人いるのよ。あの頃は貧乏でね、私もお父さんも一生懸命働いたんだけど子供が養える状態じゃなかったのよ。それでね、ずいぶん悩んだんだけど、流しちゃった。水子よね。その後は暮らし向きもマシになって今の三人が生まれて、皆申し分なくいい子に育ったわ。でもね、私はそんなに幸せになっちゃいけないのよ。だって二人も闇から闇に葬っちゃったんだもの・・・咳はね、天罰なのよ」

筆者には初めて聞く内容だったし、内容が内容だったので答えようがなかった。でも、その時筆者のなかで医学的正しさが影をひそめて、ある転回があったのかもしれない。次に筆者が言った言葉は今だに本当に自分の口から出たのか怪しんでいる。まさにリフレクティブ・クエッションだったのである。

「なあんだ、水子だったんだ。咳の原因。言ってくれば良かったのに。ところでAさん、水子地蔵建ててますか？え？建ててない。それはいけませんね。やっぱり二人の水子さんのためにお地蔵さんを建てて、毎日てを合わせてあげるといのはどうでしょうね？」

Aさんは、医者である筆者が水子地蔵を持ち出したので驚いたようでしたが、すぐに笑顔に戻り

「そうね、いい考えだと思う。水子地蔵か。なんで思いつかなかったのかしら？」

その後、Aさんは水子地蔵を建てて毎日、二人があの世界で元気に暮らすことをお祈りしてるとのことだった。そして、もちろんあれほどしつこかった咳はその後ピタリと止まり、まもなく筆者の外来を卒業していった。

いかがでしたか？うまくいくとリフレクシブな質問は効果的です。でもいつもうまくいくとは限らないので、普段からどんなリフレクシブ質問ができるだろうとトレーニングしておくことが大事です。

さて、次は図11をごらんください。四つのナラティブクエッションングの長所と短所をまとめてみました。まずリニア、刑事の質問ですが、長所はお互いの常識が通じ合う世界での質問なので「入るのに抵抗がありません」。しかし問題が解決することは少ないんですね、これは。誰が悪い、あんたが悪い、私が悪いで、おわりつまり犯人捜しに終始し問題には結びつきません。

次は三番目ストラテジックのほうを先に説明します。教師の質問と説明したものです。長所としては「解決の際には効果的」です。つまり、問題に直面化させて、そして問題に向かわすという意味ではストラテジックというのは解決の際に効果的なんですけど短所としては、押し付けになりやすい。ストラテジックな質問は生徒に

嫌われます「先生が言うのは見え見え」という声が聞こえてきそうですね。次は二番目サーキュラーな質問ですが、ナラティブクエッションングの中心的な質問です。自分の構えを変える。さきほどからの説明でいう探検隊の質問です。長所は「新しい見方を身に着けられる可能性があります」。しかし短所もありますサーキュラーな質問はターゲットがボンヤリして質問が拡散してしまう。リフレクシブという最後の部分ね、これは長所としては「新しい解決が見つかる」ですが、短所としては、うまくいかないと混乱を招いてしまいます。

VII. セブン・シーズ (7つのC)

さて、ほくの話もこれで終わりにしようと思うのですが、図12をごらんください。これは今回の一番最初にご紹介したジョン・ローナー先生がナラティブ・コミュニケーションやる時に大事な7つのCをまとめてくれたので、紹介してみます。1. コンバセーションのC、常に会話的、対話的であること、一方的であってはなりません。二番目のCはキュリオシティー。好奇心。普通、質問する相手に好奇心とかは抱いてはいけないと教えられますが、好奇心は大事だとローナ先生は言います。ただし相手を批判的、分析的に好奇心を出すのではなく、相手の物語に好奇心を持つ、物語に好奇心を持つのは大事なんです。物語に好奇心を持つと、相手も喜んで話します、物語が促進されます。本人も物語りたいという意欲がさらに出てきます。3. は円環性、これは難しい言葉ですね、サーキュラリティの訳語なのですが原因・結果、原因・結果で我々はものを考えすぎるんですね。その原因に固執すると、そこから離れられなくなります。例えば「母親の教育で私はこんなになってしまった」「原因は母親」という風になってしまい何の解決も見つけられず、たたずんでいる

だけの患者さんが何と多い居ことでしょうか。そうではなく、つながり。言葉のつながり、言葉同士のつながりに意識を向けてみると、この問題って誰が一番心配してるのだろう？とか父親はどう考えていたのだろう？と質問の方向を変えることによってこじれた問題に糸口が見えてくることもあります。4. はコンテスト文脈ですね。こちらの文脈じゃなく相手の文脈を聞く。ここでは患者って書きましたけど、病的なものを使うのではなく、物語の文脈にどう流れているのかに意識を向けること。それから5. はコ・クリエーション、共同創作というところでしょうか。ナラティブというのは一人語りではなく聴き手、質問者がいて始めてナラティブになるんです。ナラティブを織物に例えると縦糸が患者さんの物語とすれば、横糸は我々の質問なんですね。上手に質問していくことによって横糸と縦糸が絡んで良い織物になります。そ6. は用心、コーションが必要とローナー先生は言います。これは、患者さんのように、立場が治療者より弱いと感じている場合、ずけずけとやってしまうと傷つけることもあるという事なんです。そして最後のCはチャレンジのCです。これはとても大事なことで、用心ばかりしていると、問題は解決しない。ときには大胆なチャレンジも必要になる。つまり用心しながらも、チャレンジのときが来たら思いきること大事と結んでいます。という事で今日は御清聴どうもありがとうございました。

質疑応答

(豊田学長)

先生何か追加のお話とかございますか？

(中川講師)

そうですね。僕が思っているのは、日本の医療っていうのはどうも硬すぎるのではないかと

思います。原因はどうも日本の医療の歴史にあるようです。漢方から急に大転換して西洋医学が唯一正統な医学と決めたんです。そして西洋医学が医学の主流になったのですが、模範になった国というのはドイツなんですね。ドイツというのはヨーロッパではフランスやイギリスより後進の国だったのですが、科学技術立国を目指したんです。医学でも細菌学・病理学で優秀な人材を多く生み出しているのですが、英仏に追いつけ追い越せとばかり、効率を重視しました。そしてドイツ自身が軍国主義中心に進んでいってましたね。医学でいうと軍医の医学がドイツ流だったので、日本もその範に習ったというわけです。そうすると、どうも最初から固いものをモデルにして今の医療というモデルができてる。イギリスとかフランスの医療はもうちょっとこなれているのですが。

でも、もう昔流の医療は通用しそうにありません。市民中心の医療というのは父がよく言っていましたけれども、だんだんと時代が医療者主導では動かなくなってきました。医療は変化しなければなりません。患者さんのナラティブをきちんと受け止めて、それを治療に結び付けていくというのがこれから大事になってきます。

(豊田学長)

一件ご質問があります。

(中川講師)

はい、どうぞ。よろしく申し上げます。

(豊田学長)

お願いします。

(質問者)

先生どうもありがとうございました。Aと申します。

最近というと自分の年がばれてしまいそうで

すけど、昔はお互いに職場でいろいろ自分の看護観だったりとかを話したりということで、どういう考えを持っているのか、後輩たちの考えてることがなんかわかりやすい、しかも自分の考えを伝えることで伝えやすかったっていう部分があったんですけど、最近なかなかそういう機会を持ちにくい。で、あまり自分の考えを語らない、さっき先生のお話の中でも「どう？」って聞いても「別に。」っていうと、そこで止まってしまって、そこからどう関わっていいのかっていうのが指導的な立場になって、非常にやっぱりなんか困るといふか、戸惑うといふか、先生が今最後におっしゃってたみたいに、やっぱりコミュニケーションのありようだったりとか、彼女たちの変化に自分がついていけないような気がして、私は「別に」といったことは一度もない世代なので、そういわれるとそういう人たちをどうしていいのかわからない、引き出してあげたいと思った時に、そう思って関わってるんだけどそれを迷惑そうにされたときにひるんでしまう自分がいて、そういうときにどう関わったらよいか、先生のお考えなりご経験なりをちょっと教えていただけたらと思います。

(中川講師)

ありがとうございます。これ皆さん代表するような質問だと思うんですね、聞いていると。学生たちは「別に。」とか、持っているけど言えない、つまり指導的な言い方をされると、自分の考えが出せなくなる、言いにくいようです。「なんでも聞いてごらん。聞いてあげるから」というスタンスを先生方はとられているのですが。これはあまり感心しません。興味を持ってるといふか、つまり「あんたらの世界ってどうなってるのかすごい興味ある」という気持ちが相手に伝わると話そうという気になると思います。探検隊の話ちょっとしたんですけど、「興味

があるので聞きたい」というのと「聞いてあげるから話してごらん」ではずいぶん結果が違ってしまいます。聞く側はワンダウンする必要があります。「聞いてあげる」ではワンダウンではなくワンアップなんです。ワンダウンってよくナラティブの方では言うんですけども、そうやって自分の方が相手に聞くというスタンスをとると、やっとなら自分の世界を教えるってことになってくるんです。前の大学で学生を先生にして、前で話させたことがありました。自分の興味あることとか、自分の今の住んでる世界のことを講義してくれと15分くらい、前でしゃべらせたことがあるんです。最初は学生達はとても躊躇してました。でも聴き手であるほうが、ちょっと非常識なことでも「それは面白い」とい興味を示すとどんどん語るようになるんですね。こんな豊かな世界にこの子ら住んでるのだからと感慨深い思いにさせられました。しゃべらないおとなしい学生だと思っての、結構アクティブに友達とか周りの中あるいはインターネットの中、ひょっとしたらゲームの中で大活躍してる、その中の人格というのはものすごくアクティブだったりするんですね。そっち側では生き生きしてる。学校では死んだような目をしているのですが……。僕らは負け組みたいな。でもゲームの世界では勇者だったりするわけです。そういう世界を引っ張り出せるかどうかは、こちらがちょっとワンダウンするだけで出来る場合があります。みんなの前で学生に自分の世界について講義させるのは面白い方法です。そんなところからだんだんこちらの世界にも巻き込んでいけたらすごいいいと思う。そんな方法いかがでしょうか。

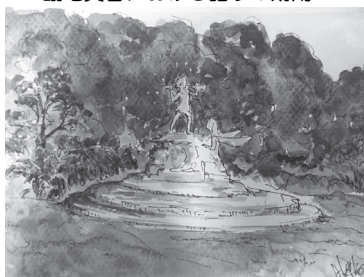
(豊田学長)

はい、中川先生、今日はナラティブ・アプローチについて理論的なことからそして具体的に落としていただけて私たちわかりやすくご説明をい

いただきました。まず、一歩が、あるいは二歩が始まっていくプロセスの中にあると思いますので、私達もぜひ勉強会を通じて学ばせていただきたいなと思います。ありがとうございます。私たちは教育や実習指導という役割をもってその役割を進めようとするわけですが、その役割意識が強すぎて、実のところ相手の学生にとって意味ある援助・支援ができていのかというのは私ども大学の方としても常に悩ましく思っているところですが、今日は相手の物語に興味をもってその世界に入りながら学生さん達の、

あるいは患者さん達の物語の中に一緒に入らせていただいで、手をつないで、ちょっと引っ張ったり、ちょっとご自身が変わろうとされているところにかかわらせていただくということなのかなと思った次第です。一生懸命やればやるほど私なんかでもとても空回りしていたなということで、是非ナラティブ・アプローチの最も中心となる精神を、マインドをまず肝に銘じてまたこれから進めていきたいものだなと学ばせていただきました。どうもありがとうございます。

看護教育にいかすナラティブ・アプローチ
～臨地実習における語りの効用～



京都看護大学大学院・特任教授
中川 晶

図 1



図 2



図 3

治療的関わり方

1 相手の話を分析するのではなく、物語として聴く。

2. 上手な質問で物語を促進していく。



図 4

臨地実習における様々は問題場面

- 指導をしているときに学生に納得のいかない態度がみえるので「何か質問は」と促しても黙り込んでしまう。
- 実習記録への教員側のコメントに反応がないとき
- カンファレンスで意見が出ない。
- * 要するに学生の消極性に対してどのようにコミュニケーションを取るか？(困惑)

図 5

続き

- 学校で習っているはずのことを「習ってません」と学生が答えるとき
- 実習計画に記されている行動の根拠を聞いても答えられないとき。
- 見学が傍観者の的になっている。
- 「私は看護師になりたかったわけではない」というとき。
- * 教員側のいかりを誘う言葉や態度。

図 6

ナラティブ・クエショニング

- 医療のコミュニケーションの特徴は『質問』
- 医療者の質問の善し悪しが治療効果に大きな影響を及ぼす。
- 質問が病者のナラティブ（物語）を促す。
- 医療者・患者関係が改善される。
- ナラティブが治療に対する満足度を上げる。


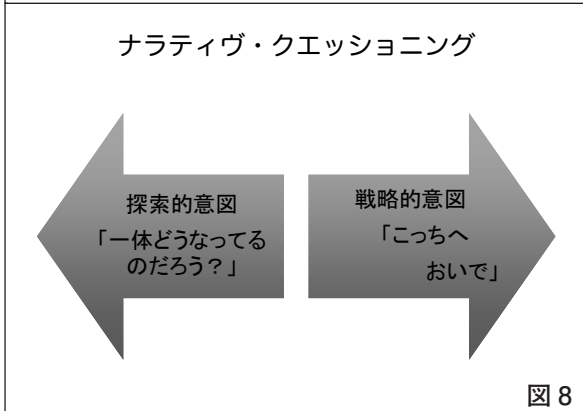


図 7

クエッションの種類		短 所
リニア	入るのに抵抗がない	原因探しに終止する
サーキュラー	新しい見方を身につけられる	質問が拡散してしまいやすい
ストラテジック	対決の際に効果的	押しつけになりやすい
リフレクシブ	新しい解決が見つかる	上手いかないと混乱

図 11



- ### 7つのC(セブンシーズ)
- 1.Conversation(会話)
治療者は説得的であってはならない。常に会話、対話に向かうこと。
 - 2.Curiosity(好奇心)
治療者は患者の物語に好奇心を持つことが大事。
(ナラティブ・セラピーでは「相手」ではなく「相手の物語」と取扱う)
 - 3.Circularity(円環性)
患者の語る物語の中の様々な事柄の原因・結果に縛られることなく、事柄どうしの繋がりに意識を向ける。
 - 4.Context(文脈)
患者の病的な部分を探るのではなく、患者の語る物語の文脈に意識を向ける。
 - 5.Co-creation(共同創作)
患者と治療者は相互に作用し合って、新しい物語(オルタナティブ・ストーリー)が創作されるものである。
 - 6.Caution(用心)
傷ついた患者に対して治療者は、用心深く気配りしながら近づくこと。
 - 7.Challenge(挑戦)
用心深くあらねばならないが、時には患者の物語に踏み込む勇気も必要である
踏み込んだ質問によって新しい物語(オルタナティブ・ストーリー)が始まる
きっかけになることがある。
- (John Launer:2002)
- 図 12

