

語りへの注目

患者の日記に誰も注目しなかった

野口 まずは闘病記を看護教育に取り入れたり、患者の語りのデータベース(DIPEx^{*1})づくりに取り組んでいる和田先生から、そもそもなぜ患者の語りに注目するようになったのか話していただけませんか？

和田 私は、学生時代も含めて、患者さんやご家族が、自分の病いの体験を日記などの形で書いているというのを見ていたんです。逆に他の人の闘病記を患者さんに見せたりもしていました。すると、それまでは話さなかったのに、医者に対する怒りとかどうしようもない気持ちとかを話してくれた。闘病記はその本の著者の語りなのに、読んだ人の語りに

なっていくみたいなことがあって不思議に感じていました。それは他の人にも言わず、隠れてやってたんですが(笑)。

実は学生するとき、恥ずかしい話になるんですけど、倫理的に言ってもまずいことだと思いますけど……、私、60歳代の患者さんと交換日記をしてたんですよ。

一同 へ～。

和田 やっばりまずいですよね(笑)。

野口 どちらが言い出したんですか？

和田 最初に私が、他の人の闘病記を読みましかって言ったんですよ。そしたらその人が読んで、感動して涙を流して、僕もこんな書きたいって言い出して。それを読んだ感想を私が書いて……ということをやっていたんです。私とその病院を離れたあとも亡くなるまでずっと書き続けられていたって、お線香上げにいったときに聞かされたんですよ。これは何だったんだろうというのが私の原点なんです。

*1 DIPEx(ディベックス)

Database of Individual Patient Experiencesの頭文字を組み合わせた名前。「患者の語りデータベース」と呼ばれ、ネット上で患者が自分の病気について語るビデオクリップを見ることができる。イギリスで始まり、日本でもデータベースを作る活動が始まっている。

そのことをいつも明らかにしたいって言うけれども答えが見つからない。どこに行ったらいいんだろう、何を勉強したらいいんだろうって思いながら、99年に修士課程に入ったところに『看護学雑誌』でナラティブという言葉を見つけて「これだ！」って思ったんです。

野口 苦境を救ったわけですね(笑)。

和田 そうです。なんだかフィットする気がしました。大学院では闘病記を研究することになって、どうやら人は過去を想起しながら、それを綴ることで満足する人生を送るとか、最期を迎えるということになるんだなということを知りました。

野口 患者さんたちの日記が、看護であまり取り上げられたことがなかったのは、なぜなのでしょう。

和田 そのころは「闘病記なんて」とよく言わ

れました。「患者の語るエビデンスのない話」という感じで、研究対象とする価値がないというふうな。「看護の独自性を出すためにどうやってエビデンスを出すか」といわれていた時代でしたね。私は真逆の方向に行っていたわけで、つらかったですけど。

野口 看護でエビデンスがすごく強調されるようになったのは、そのころですか？

和田 そうですね。ガイドラインができて、医学のほうでもどうやってEBMをしていくかって話の真っ最中だったので。

主観的情報の価値は上がった……か？

大久保 たしかに実際に臨床に出てみても、主観というのはどうでもよくて、「誰にでもマッチした普遍的なケアをすべき」みたいになっていったのかなって思うんです。でも人の前に立つとそうじゃないんですよ。(私のような)実は出来の悪い学生ほどそこで悩んだりするんです。誰にでも当てはまることじゃなくて、その個人個人にどう向き合ったらいいのかって。

患者さんの主観を書いて、観察したことを書いて、アセスメントをして、プランニングをするというSOAPの枠組みのなかでものを考えることを教えられていたのですが、私は「なぜ患者の主観の部分を見守る私が書くんだ？」と思っていました。そのSubjectiveとは誰なのかというところすごく悩んだんですよ。

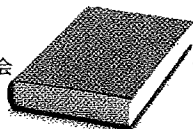
野口 患者さんの主観的な世界とか思いに寄



野口裕二(のぐち・ゆうじ)

東京学芸大学教育学部社会科学講座教授。1955年、千葉県生まれ。東京都精神医学総合研究所、東京都老人総合研究所などを経て現職。専門は臨床社会学、医療社会学。

座談会



ナラティブの10年



和田恵美子(わだ・えみこ)

大阪府立大学看護学部講師。1970年、大阪府生まれ。聖路加看護大学大学院看護学研究科博士前期課程修了。成人看護領域の助手を経て、現在基礎看護学の研究、教育に従事。

り添うみたいなことはよく言われるけれど、それは客観的な手法で情報を集めてこないとだめという話になっているんでしょうかね。だから個人が勝手に綴っている日記などはそういうフォーマットになってないから無視して、あらためて構造化したインタビューなりアンケートなりをする。そうやって取ってきた主観じゃないと使っちゃいけないって話になってたんじゃないですか。

大久保 研究なんかもそうですよね。研究者が構造化したインタビューでデータを持ってきたのを「ナラティブ」っていわれるのはすごく腹が立つ(笑)。相手が主導して語ってくれて、こっちが引きずられていくのがナラティブだと思うんです。

野口 今にして思えば、患者さんが綴ってる日記ってまさに患者さん主導のナラティブで、その患者さんを理解するのに大切なものと思

えるんだけど、当時はそう思えなくて、それとは別に客観的なデータで患者さんの世界を切り取って、それに基づいて医療なりケアの計画を立てなさいと——そういう話だったと考えていいですか。

和田 はい。

野口 でも今だったら、患者さんの書いている日記とか自由な語りとかっていうものをもう少しは尊重する雰囲気も出てきている……。

和田 それはないと思います。

大久保 ないと思います。

野口 え！ じゃ、全然変わってないんだ(笑)。10年経って変わってないんだ。

和田 公的に発してる言葉と、医療者にも言いたくなくてちょちょ書いてるような一人語りでは違うわけですが、そのあたりの区別をどう考えたらいかがが難しい。

野口 やっぱり患者さんのオフレコみたいな話っていうところに寄り添わないといけな気がするんだけど、実践面でそういう了解するのはありますか？ それともそういうところはあんまり深入りしないほうがいいよって感じですか？

和田 あると信じていたんですけど、時間がなくて忙しくて苦しいので、私は今の医療者に「もっと患者の話を聞きなさい」とか「患者のこと理解しなさい」とか絶対言いたくないです。私はDIPExを、その“できていなさ”に苦しんでいるあなたたちの語りを引き出すための活動だと思っているので。人の語りが患者の語りを引き出すように、この語りがナースや医者語りを引き出すと思っているんですが。

野口 時間的に無理ということは当然あると思いますが、そうしたなかでも、ナラティブというものの地位が10年で少しは上がったのか、それともあまり変わっていないのか。宮坂先生、いかがですか？



標準化 vs. 個別化

いかに切り分けるか

宮坂 看護におけるナラティブの話をうかがっていて、社会科学の分野において言われる「ナラティブターン」と逆向きのかなって感じました。

というのは、社会科学の領域でナラティブが注目されたのは、国とか政治というようなフォーマルなものを中心に語られてきた社会事象の捉え方を、個に注目して捉え直しましょうという文脈でのことですよ。いわば「大きな物語」から「小さな物語」への転回、個々の人の物語、生きられた経験に注目すべきだという流れがありました。生命倫理学においても、1990年前後くらいからそれがはっきりしてきたんです。

でも看護のほうはどちらかというと、もともと「厚い記録」を業務にされていて、それを公なところで出してもいいんだという“正当性”をナラティブアプローチが与えたという役割があるのかなと思います。

野口 研究という切り口ではいかがでしょう。

宮坂 いま看護では質的研究がすごく用いら



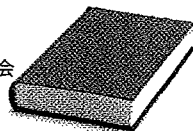
大久保功子(おおくぼ・のりこ)

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科教授。1960年、長野県生まれ。神戸大学、信州大学などを経て現職。リプロダクティブヘルス看護学分野の研究、教育に従事。

れていますが、いくつか明確にしきれていない点があると思います。自然科学モデルとナラティブモデル、もっとわかりやすく数学モデルと文学モデルと言ってもよいかもかもしれませんが、標準化を目指すものと、個別化を目指すものの違いが十分に区別されていないという問題があるんじゃないかなと思っています。

要は、ある現象を他の人にわかってもらうための仕組みの違いなんです。実験や調査などをもとに数学とか統計学を使って再現性を言うってことが片方であって、もう片方には先ほど和田さんがお話しされていたような、患者さんが他の方の語りを聞いてすごく自分の状況がわかるとか理解できるっていうようなことがある。これは、たとえば僕たちが小説を読んで人間の恋愛とはどういうことかわかるっていうことと同じですね。その両者を

座談会



ナラティブの10年

区別することが必要じゃないかなと思っています。

野口 恋愛についての統計をいくら集めてもわからないことが、恋愛小説を読むと一発でわかるということですよ。ナラティブということにみんなの関心が集まるのは、やはり、そのあたりと関係している。

宮坂 「標準化モデル」の背景にある価値観は、平等あるいは公正、フェアネスってことなんです。同じようなケアは誰にでも受ける権利があるから、同じ状況の人には同じことをやってあげられなきゃいけないという価値観です。

でもその一方で、個の尊厳とか個人を尊重するという価値観のもとで「個別化モデル」が成り立つ。患者さんの語りをデータ化するDIPExの目的は、そういうところにあるんじゃないかなという気がします。

野口 標準化と個別化の切り分けは、患者さんの病気の種類にもよるだろうし、段階にもよるでしょうが、そういうところが切り分けられればずいぶん違うんじゃないですか。そういう簡単な話ではないですか？

さじ加減の語り方

和田 切り分けられれば……。

たぶんそのさじ加減が臨床では一番重要になってくる気がしますね。個によりすぎてもだめだし、淡々とスタンダードだけやっていけばいいってもんでもない。その使い分けが自分の判断でできるっていうところが、たぶん臨床で培われる能力の部分であり、醍醐

味であるという気がします。

野口 それはわかるんですが、たとえば精神科領域は個別的なナラティブの部分を大事にする比重がわりと高い領域だと思うんですよ。それから急性期か慢性期かという、慢性の場面ではより比重が高まるだろうし……。

「標準的な援助」と「個別的な援助」との比重をもう少し明確化することはできないのですか。それがないと、標準化すればいいところを妙に個別化してとんでもないことになったり、とか。

大久保 教育としては、標準ができれば卒業なんで。個別化したケアができれば素晴らしいのですが、最低限、標準ができればってなっちゃうんですよ。

和田 私は学生に「てにをは」を教えるんですね。注射はこうするんだよ、点滴はこうするんだよと。身体ケアは標準化していかないと



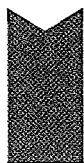
宮坂道夫(みやさか・みちお)

新潟大学医学部保健学科准教授。1965年、長野県生まれ。東京大学大学院医学系研究科博士課程単位取得、博士(医学、東大)。医療倫理・生命倫理に関する研究、教育に従事。

むしろ危険なんですけど、そこだけに収まらないところがある。そのときにその人がどんなふう思ったか、どんな反応をしたかというところが個なのかなと。

これが野口先生のおっしゃった切り分けの話につながればいいと思うんですけどね。でも一方で、そうすると、体と心を切り分けちゃうような気がして心配になるんです。

野口 つまり現状ではそう簡単に切り分けられないってことですね。私が勝手に思ったのは、ナラティブの重要性というものをもう少し明快にしないと、結局、職人技とか名人芸のようになって神秘化されてしまう。かといって、マニュアル化されるのも困るわけで、その中間ぐらいのところにナラティブのよさがありそうな気がするんですけど。



ナラティブの困難

守秘義務の壁

大久保 ナラティブですごく難しいと思うのは、守秘義務違反になるんじゃないかというところですね。それで表に出せずにいる。そんな葛藤をみんな抱えてるんじゃないですかね。

宮坂 患者さんの話を外で話せないということですか？

大久保 そうですね。

宮坂 個人が特定できない形であれば、特に承諾を得ずに症例報告をしてよってということに一応なっていますね。それでも個人が特

定されるおそれがある場合には、ご本人などから承諾を得て報告を行いたいという指針を、いろいろな学会がつくっていますね。

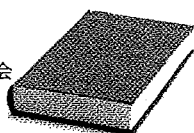
でも、看護実践で個別のケースを報告しようというときには、医師の症例報告以上に葛藤があるはずですね。すごく詳しい個人のヒストリーとか、感情的な要素とか、人間関係が情報として含まれるからです。個別の人間関係を伏せたとしても、関係者がみればわかってしまいますから。かといって、当事者全部に承諾を得ることが、ちょっと難しい場合もあると思うんですね。

和田 昔は申し送りをしながら、あの人がこうだよとか、あの人のときはこうだったよとかいう話ができていたのですが、電子カルテになってからそれができなくなった。夜勤同士で話すような話をできなくなった、先輩の話を新人が聞けなくなった、新人もまたそこで話して怒られるみたいなことがなくなった。つまり「みんな独立独歩で電子カルテを見てケアをこなさい」ってなったんですね。でも私は3つくらいの病院の看護部長さんから、「患者さんの情報を共有できないのよ、だから和田先生、話をしてください」って言われています。

ナラティブの喪失

野口 おもしろいですね。一般企業でも同じです。経営学の人たちが言うには、昔は職場にいろんなナラティブがうっとうしいくらいあふれていた。それが今は見えない、と。みんな個別にパソコンに向かっているからです。

座談会



ナラティブの10年

その話ともすごく近い気がしますね。物語的に伝え、物語的に理解するってごく当たり前の大事な方法だったんだけど、それが今危機に瀕している。

和田 伝承されないみたいな？

野口 そう。電子カルテだと、物語的にはなかなか読めないような情報になっちゃうんでしょうね。同じ情報でも、直接語れば言い回しとかで伝わるある種の物語性みたいなところがありますが、単なるバイタルサインの束みたいなそういう患者像になってしまう。

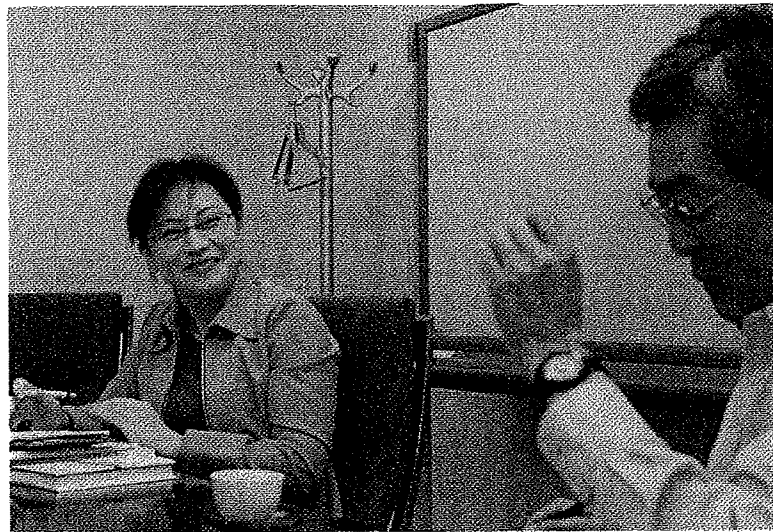
大久保 私は、「情報」と「ナラティヴ」は全然違うものだと思うんですよ。情報から何をとってくるのって、こっちの意図が入ってないといけなくて、先輩から後輩に伝わる

ナラティヴって失敗談からの教訓であったり、先輩から後輩に伝えたいものとか、あるいは夜勤から日勤に伝えたいものっていう、語る側の意図があった気がするんですよ。その意図が大事だった気がするんですよ。

野口 その意図が見えないのね、電子カルテだと。

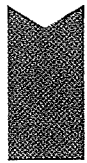
大久保 見えないですよ。というか自分の意図じゃないものを別の人が受け取る可能性は大いにありますよね。

野口 要するにフォーマット化されたものの空欄を埋めてくような形になるわけですよ。だから、口頭だったら大事なポイントだけ話して、大事じゃないことは話さないとか濃淡がつくわけじゃないですか。それがつかな



「みんな独立独歩で電子カルテをみてケアをしなさい」ってなった。
でも、私は3つくらいの病院の看護部長さんから、
「患者さんの情報を共有できてないのよ」って言われています(和田)

いってことですよ。つまり全部ベターとした情報で、どこがポイントかが伝わらない。だからそういう状況のなかで余計にナラティブのすごさとか、ありがたみに気づかされている時代だという気がするんですよ。



真実のナラティブ?

真実の「発見」から「構成」へ

野口 「真実のナラティブを聞き出すために傾聴と共感が大切だ」というのはもう昔から聞かされてきた話ですね。ただナラティブ・アプローチの革新性というのは、真実を「発見」することにあるのではなくて、いまだ語られていない物語を語り、聴くというところ



にあると思うんですよ。真実は一つじゃない。だから唯一の真実を見つけるって発想ではなくて、新しい物語が語られることで現実が変わっていくというところに着目する。

この点を大久保先生に、『ナラティブ・アプローチ』（勁草書房）という本の中で「ナラティブの発掘」と「ともに現実を作るナラティブ」という形で整理していただいたのですが、そこはまだまだ伝わってない。

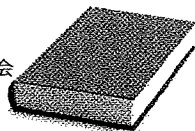
大久保 まだまだですね。

野口 やっぱ真実の語りをいかに引き出すかみたいなのところに、どうしてもポイントが行ってしまう。

大久保 たぶん共に創ることの価値にまだ気づいてないんだと思いますね。だからリアリティと一緒に築いていけるものだってことに気づいて、その面白さに目覚めれば、みんなきっと燃えてくれると思うんですよ。そこはまだ始まったばかりだと思いますね。慢性疾患とかであれば、それこそアプローチしやすい。時間がたくさんあるので話も聞きやすい。

野口 先ほど、電子カルテ化して物語が絶対量として不足してきて、医療現場のなかでそれがあまり飛び交わなくなったという話がありましたね。かつてそこで語られていた物語というのは、それが真実かどうかじゃなくて、現実を理解するための一つの手がかりとして語られ、語り直されていたと思うんですよ。そういうプロセスが電子カルテで消えてしまった。だから問題は、「真実の語りがかちゃんと伝達されなくなった」という話ではなくて、いろいろな語りが行き交うなかで、より

座談会



ナラティブの10年

厚みのある現実を作るってプロセスが消えつつあるということだと思います。

大久保 その手法として、ライフヒストリーを聞くってというようなことを取り入れて、その人の人生を中心にもっていくようなアプローチというのはありかと思っています。

「羅生門的現実」をどう扱うか

宮坂 ただ、僕はライフヒストリー的な方法はもうある程度できてるのかなって思ってるんですよ。どちらかと言えば、ないのは社会構成性^{*2}といいますか、複数の人が同じ事例を経験しても、立場が違えば全然違う経験になり得るんだっていう視点のほうです。その視点を具体的に採り入れていく工夫を考えることが必要なんじゃないかなと個人的には思っています。

ナースはナースで、ドクターはドクターでいろいろな考えを持っている。立場が違えば見方が違うっていうことをもう少し具体的に提示できるような「場」なり、記録や報告書のフォーマットなりをつくるほうがいいんじゃないかなと思います。

野口 その通りだと思うんだけど、医療のなかへの社会構成性の導入って一番難しいんですよ。

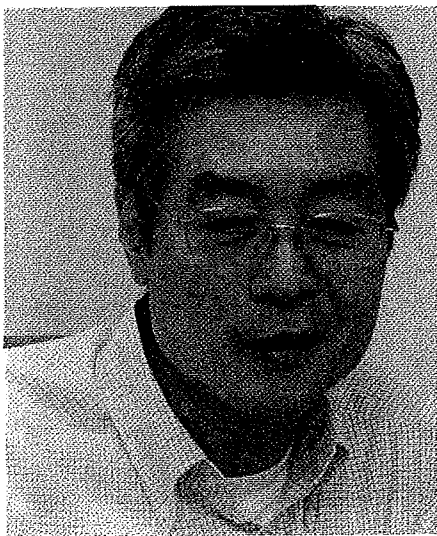
宮坂 レフリーみたいな人が入らないと難しいかもしれませんね。そういう人が入らないと、結局ドクターが仕切っちゃったりするから(笑)。

野口 社会構成性の導入を実践面でどう生かすかと、研究面でどう生かすかを二つ分けて



*2 社会構成性

ある現実が客観的に存在すると考えるのではなく、そこに関わる人々の相互作用によって構成されているという考え方。したがって、人々がある現実をめぐってどのような言葉を使い、どうかかわり合うかによって現実は変化していくことになる。



考えなきゃいけないんだけど、実践面では少なくとも闘病記を読むとか、多様な声に接するってところで、正解探しモードから離れていくことが徐々に起こっているのかなって気がしますけど、それをうまく研究として論文化するのが大変なんですよ。

編集部 バイオロジカルに正解を探してたんでは見つからなかったけど、語りによって正解が見つかりましたって論文は多いですよ。

野口 そうですね。「真実のナラティブを聞く」というところが、看護という実践のとても大切な何かと触れているから、すごくみんなを引きつけるんだと思うんですね。でも、次に、立場によってナラティブが多様であるという羅生門的現実^{*3}が見えてくる。しかし、見えてはいるんだけど、なかなかそこに踏み込めない。

編集部 そのあたりが理解しにくいですね。

野口 混乱のポイントとしては、「真実の語り」ということと「新しい語り」ということの区別がなかなかつきにくい。で、つつい真実の語りという方向に引っ張られてしまう。やっぱりバイオロジーに対抗するための、それとは違う何かを指す言葉として使われている。それはそれで間違いじゃないんだけど、バイオロジーが強烈的な真実の語りだから、それに対抗する形で「もう一つの真実の語り」というほうにどうしても行ってしまふ。

「和解」「調停」のクリエイティビティ

和田 そのことと、「和解」とか「調停」っていうのはどうつながりますか？

*3 羅生門的現実

黒澤明の映画「羅生門」(原作は芥川龍之介の小説「藪の中」)からきた言葉で、事件に居合わせた人の証言がすべて異なっていて真相がわからない状態を指し、人によって見えている現実とは異なるという意味で用いられる。

座談会



ナラティブの10年

野口 多様な物語が対立関係にあって次の出口を見いだせないことがよくあるわけですよね。それは紛争状態だけじゃなくて患者さんと家族の間でも、患者さんと医療者の間にもあることです。そこで——たぶん宮坂先生が医療倫理のなかで言ってることが最も近いと思うんですけど——どっちが正解か決めるという発想とは違うところに行くのが「和解」とか「調停」だと思うんですよね。

宮坂 「現実を作るナラティブ」というアプローチは、クリエイティブな性格があるということを理解したほうがいいですよ。

野口 そこがあまり伝わっていないんでしょうね。

編集部 「和解」や「調停」って、「正解」と逆の意味なんですね。正解だったら“話はわかった”と、そこで終わっちゃうんですけど、和解や調停はそのあとに新しい物語ができる糸口なんですね。

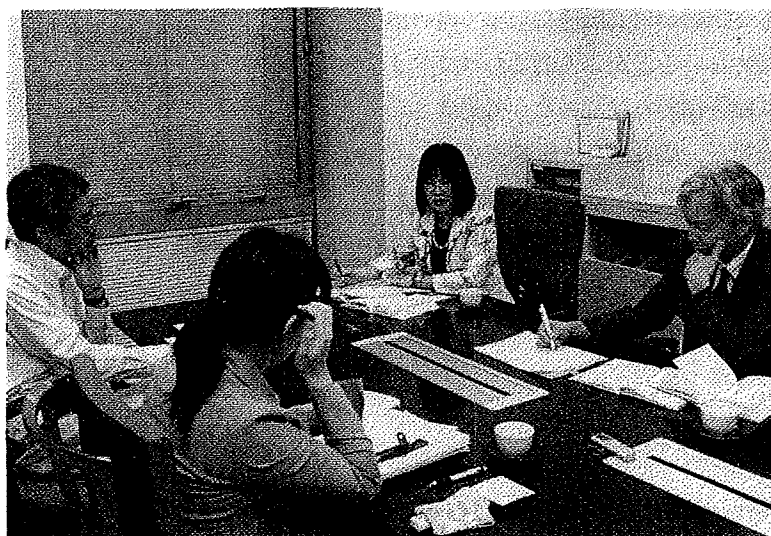
宮坂 対立したり調和しなかったりする物語Aと物語Bってあるわけです。社会学や倫理学だったらそこまでいいのですが、現場の実践の学としては「じゃあどうしていきましょう」っていう、そのあとが必要なわけです。そこがやっぱりクリエイティビティがあるところだと思うんですよね。いろいろな試みがあるので、悲観的にならなくてもいいと思うんですけど(笑)。

ナラティブの エビデンスを 積み上げる

宮坂 単純化して二つに分けるのはよくないかもしれませんが、どうしても医師の仕事は標準化モデルのなかでやらざるを得ないことが多い。看護師の仕事にも、もちろん標準化モデルで行うべき面もあるんですけど、個別化モデルでやりたいという性質の職務なんですよ。その方法論としてナラティブ・アプローチが理論的な基盤になっていくことを期待してるんです。

数量的に示される再現性とか有意差があるってことは誰でもわかるわけですよね。だけど物語を聞いて、「あ、わかった」というのは非常に複雑な心理的プロセス——あるいは脳の仕組みかもしれません——なので、そう簡単に伝えられなかったり、あるいは言語化できなかつたりすると思うんですよ。だから逆にいうと、ナラティブな理解とか納得というのはすごく研究する余地があるように思います。哲学的にはすごくチャレンジングです。

大久保 今の宮坂先生のお話を聞いていて、おそらく「前後」って取り方もあるのかなって思いました。「ナラティブ・アプローチを取り入れる前と後と、集団がどう変わったのか、個人がどう変わったのか」というように。あるいは質研究のなかでケーススタディってことを出していっていいのかなって。ケーススタディもたぶん自分たちだけでやるのではなくて、いろんな人たちがいろんな視点で捉



ナラティブ的なエビデンスに基づいて、
ナラティブ的なかわりのマニュアルができちゃうと間違いなんですよ。
それは自己否定になっちゃう。そこがナラティブの生命線かな(野口)

えたものがあるということを出していくのも面白いかなって。領域を超えるってこともあってもいいのかなと、ちょっと夢みたくなことを考えていました。

和田 今年 DIPEx は3年目ですが、評価研究では今後語った本人がその後どのような影響を受けたかとか、映像を見た群と見てない群で患者の意思決定がどう変わったかっていう形で出すしかないんですよ。やっぱりどこかでエビデンスを作っていかなきゃいけないということと、学生さんやナースに多様であれってことのダブルメッセージをますます伝えていくことになるんでしょうね。

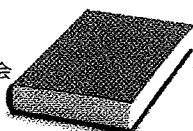
野口 まずはナラティブのエビデンスを出さ

ないと市民権を得られない。だから、それは必要だと思いますよ。でも、一方で、実際のかかわりというのは個別的なんですよ。この区別が大事なんだと思います。ナラティブ的なエビデンスに基づいて、ナラティブ的なかわりのマニュアルができちゃうと間違いなんです。それは自己否定になっちゃう。そこがナラティブの生命線かなって思います。

和田 闘病記読んでこんなふうに患者さんの話聞かなきゃいけないんですねっていうナースが多い(笑)。

野口 うーん、そこをどうやって乗り越えていくかですね。 ㊦

座談会



ナラティブの10年

ナラティブの10年 ——座談会を終えて

野口裕二
東京学芸大学教授

浸透したナラティブの問題点

ナラティブという言葉が看護の世界で語られるようになって10年が経過した。この10年の間に何が変わり、何が変わらなかったのかを明らかにすることが今回の座談会のひとつの目標だったが、その目標はおおむね達成された。

まずは、この言葉を使う看護職や研究者が少なからず出てきたことは大きな変化と言ってよいだろう。「言葉は世界をつくる」。ナラティブという言葉を知らなかったときには、なんとなく空気のような存在に思っていたことが、この言葉を知ったことで、ナラティブという名前をもった独自の現象としてとらえられるようになった。それ自体、看護の臨床的現実には大きな変化をもたらしたといえる。

しかし、今回の座談会で明らかになったの

はその先の問題である。たとえば、「患者の語り」が独自の意味をもつものとして受け止められ、尊重されるようになったとする。それはそれで結構なことなのだが、尊重したうえでどうすればよいのか、尊重すると何がどう変わるのかまでを言わないと、患者の語りを受け止め尊重しましたというレベルで終わってしまう。それでは、「昔からみんながやってきたことと変わらないではないか、どこが新しいのか」と言われてしまうであろう。

あるいは、患者の語りを尊重するということが神聖化されて、特別な技法でもって聞きとらなければならないものとして扱われるのも問題であろう。座談会の最後にも出てきたが、患者の語りの「正しい聴き方」が規範的に語られたり、「正しい聴き方」のマニュアルができたりしたら、患者とのかかわりはとても窮屈でぎこちないものになってしまう。

極論をいえば、患者の語りの聴き方に唯一

の正解などない。それぞれの聴き方にはメリットとデメリットがある。ただ、ナラティブ・アプローチが教えてくれているのは、患者の語りというのは聴き手の聴き方によって変わるものだという事、(逆にいえば聴き方によってはいつもワンパターンの語りしか引き出せないこともありうる事)、そして、そのような語りの変化が、患者の回復と大きく関係するという事である。座談会のなかで、「社会構成性」という言葉で議論されていたのはこのことで、語り手と聴き手の共同作業のなかで、「いまだ語られていない物語」が語られる可能性があり、それが語られたときに、新しい臨床的現実が生まれる可能性がある。ナラティブ・アプローチを知るということは、こうした可能性やチャンスがありうることを認識することと言い換えることができるかもしれない。

しかし、あくまで認識する程度でよいのであって、看護職ならいつも実践すべきことであると考える必要はない。忙しい日常業務のなかで多くの患者さんの話をゆっくり聴くということはまさに夢物語であり、物理的に不可能な話である。また、いつも患者さんの話を受け止めなければならないと思っていたら、それこそパーンアウトしてしまうのが落ちであろう。患者の語りを尊重することを強調しすぎることにはこうした危険な落とし穴があることにも注意する必要がある。

「いまだ語られていない物語」が語られる可能性

どんなに忙しくてもある患者さんのことが

気になって仕方がないときには無理してでも話を聴こうとするであろう。そのようなときに、「いまだ語られていない物語」が語られる可能性がある。あるいは、そこでは語られなくとも、それがきっかけとなって患者さんと新たな関係が始まり、患者さんの回復や変化につながる可能性がある。ナラティブ・アプローチはこのような可能性を大切にしようとしている。

つまり、ナラティブ・アプローチは、徹頭徹尾、患者さんの生きる現実に関心をもつ。しかも、その現実には、語られることによって姿を現し、語られることによって姿を変えていく。これ以外になにか特別な技法があるわけではないし、細かなマニュアルがあるわけでもない。この考え方にどれだけ忠実になれるか、ナラティブ・アプローチの今後の可能性はこの一点にかかっている。

最後になったが、ほんとうに重要なポイントをそれぞれの立場から示してくださった3人の先生方にここから感謝したい。それぞれの立場から「いまだ語られていない物語」が語られて、ナラティブをめぐる新しい現実が構成されていくプロセスを実感し楽しむことができた。

そう、「いまだ語られていない物語」というと何だか深刻なものに聞こえるかもしれないが、その実際のプロセスは、本来楽しいものであり、わくわくするものなのだ。このこともナラティブ・アプローチの重要な発見のひとつであることを最後につけくわえておきたい。

