

終末期患者の心のケアに関する一考察 — 終末期患者の対話分析と事例検討から見えるもの —

藤 土 圭 三¹

A Study on the Mental Care of Terminal Patients — From the Dialog Analysis with Patients and the Case Examination —

Keiso FUJITO

目的

終末期にある患者の心のケアを目的とした心理面接に注目し、事例を通して、より目的的な心のケアのための面接方略について検討する。検討のための背景としては、患者（時として家族を含む）の心を癒し、支える方略として、「narrativeの視点」に注目する。ここでの基本的な考え方は、社会構成主義の考え方であり、患者の訴えを患者自身の（現時点での）物語と考え、それに対応する面接担当者（医療者・心理職を含む）も自己の専門的知見を踏まえた物語と考える。すなわち、患者と医療者の両者が持つ物語は、社会における構成要素であり、共に在る物語であり、どちらがよくて、どちらがよくないなどと言えるものではない。現社会においては平等であり、両者は共に社会を構成する要素であると考え。関係のない患者と面接担当者とは、関係の出来ていない社会の構成員であつたが、患者の病を治療し、ケアするという契約ができて、患者と面接担当者との交流関係を形成する。ここにnarrativeの視点にたつ関係が構成される。具体的には、二つの物語が噛み合う関係となる。二つの物語が噛み合う関係が上手く行かないと軋み、火花が飛ぶかもしれない。上手く噛み合い、スムーズに回転し、二人の物語に一体化が起きると、新しい物語として、二人の関係は交流豊かなものとなる。

具体的には、患者の物語と面接担当者の物語とが噛み合うことで、患者の心を癒すには、患者の訴える物語とそれに対応する面接担当者の物語とを、しっかりと組み合わせ、両者の納得いく物語を「創生」することであり、それが患者の心を癒し、安寧に導くと考える。

物語（narrative）の視点（特徴）について

齊藤ら（2003）はGreenhalgh, T.の考えを参考に次のように言う。

- (1) 患者の病と、それに対する患者の対処行動を、患者の人生と生活におけるより大きな文脈の中で展開する物語とみる。患者の対処行動に焦点をあて、傾聴し、傾聴していることを患者に伝

¹ 広島文教女子大学大学院人間科学研究科教授

- えること。そして患者自身の対処行動を尊重し、それと交流関係を形成し、その交流関係の中で患者自身が病から脱却するために患者自身をエンパワーすることで、効果的な支援とする。
- (2) 患者が自身の病をどのように理解し、それにどのように対処しようとしているかに注目し、それをどのように形作（具現化）ろうとしているかに注目する。患者が自身の病を定義し、形作っていくことが、まさに患者が自分自身の物語の執筆者となり、主人公となる。医療者の役割は、患者自身の執筆活動（実際には物語を作ること）に付き添っていくことにあり、決して医療者の物語（専門的な知見を含んだ）を患者に押し付けることではない。
- (3) 一つの病や症状が複数の物語（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役立つことを認める。ここでは、語り手と聞き手の相互関係の有様によって、幾つかの物語が語られる可能性があるが、その幾つかの物語は省略されたり、語られないままに終わることがある。したがって、意見や考えは複数であるし、事実（真実とされたもの）もまた多様である。これは芥川龍之介の「藪の中」であり、「羅生門事実」である。患者の物語は、自分の病気や自分の置かれている状態に対する説明であり、説明モデル（Kleinman A）である。従って患者の説明モデル（explanatory model）は、必ずしも一つではないし対話の中で刻々と変化する。これに対して、医療者も医療者の立場からの説明モデルを持っていて、この両者の説明モデルを摺り合わせる（negotiation）ことがnarrative視点に立つ対話（会話・面接）のプロセスである。〈ここは心理臨床におけるカウンセリング過程と類似する。注；筆者〉
- (4) narrativeの視点は本質的に非線形的なapproachである。全ての事象を予測可能な原因に基づくものとは考えず、むしろ、複数の行動や文脈の複雑多様な相互交流の中から浮かび上がってくるものとみなす。医療において生起するできごとを、原因—結果という直線的な因果関係という観点からのみでは考えない。因果論的な思考が、実際の医療に役立つことは認めながらも、臨床的対応においては複雑にして、流動的な相互交流の中に、患者特有の事情があることに注目し、その対応策を工夫することの大切さに注目する。〈心理臨床活動においても、複雑な心理面接過程の中で、患者の課題の解決のための特有の対応策を創造する。注；筆者〉
- (5) 患者と治療者の間で交わされる（創生される）対話を治療（患者の心を癒すことも含めて）の重要な一部であるとみなす。医療における面接や対話は、診断・治療のための一つの手段であったが、ここではこの考え方は逆転する。患者との対話こそが最も本質的な行為と考える。以上の理論的な背景に依拠して、見本事例による対話分析と事例研究による検討を試みる。

Narrative視点からの対話分析～物語と物語の噛み合わせの方略(1)～

終末期患者の心のケアに参加する心理臨床活動においては、対話が最も基本的な技法である。心理臨床家は患者との対話を通して、心理的交流関係を形成し、豊かな交流関係を武器として、患者の情報を蒐集し、それを分析・統合して、患者の課題解決のための有効な方法を交流関係を通して患者に伝え、患者の課題解決を支援することである。この意味でも患者と面接担当者間に構成さ

れる対話をどのように組み立てるかは面接担当者の力量となる。ここでは語り（対話）と関係性について斎藤ら（2003）の见解を参考に次のように考える。

対話とは生の言葉・語りを尊重すると言う。何故か、在来の科学的思考では、客観性が尊重されるが、科学的医療においても客観性を尊重してきた。ここでは観察者と対象の分離を前提としている。観察者が対象に影響を及ぼすようでは、客観性を失うことになる。しかし医療実践においては客観的に関わろうとしても客観的な関わりなどありえない。客観的に関わろうとして、対象からなるべく距離を取ろうとすると、その姿勢が、「この人は冷たい人だ」と言う印象を与え、その後の治療関係に影響する。治療者の姿勢は、患者に少なからぬ影響を与えるので、その関係性を無視することはできない。必要なことは『関与しながらの観察』と言う関係である。しかし『関与しながらの観察』と言う機能は二律背反の機能を求めるものであり、言うに安く実行に困難と言える。これに対して『対話；narrativeの視点』では対話を通して『両者間に橋をかける・く歯車関係 注；筆者』機能を強調する。対話「narrative視点」とはそれを語るものとそれを聴くものとを前提とする。「語り」は語り手と聴き手をつなぐ機能となる。誰に向かって、どんな状態の人に向かって話すかで、語り方も語られる内容も異なってくる。その場合、唯一の正しい語り、というのがあるわけではない。誰に向かってどんな状況で、どういう聴き方をしていると時にどんな話が語られたか、と言う観点から見るのが大切であると言う。語りというとその内容の分析に注意が向くかもしれないが、その前に、その語りが可能となるような語り手と聴き手の関係のあり方が重要である。換言すれば、語りとは“たった一回きりのことであり、この場をのがすことも再び聴くこともできないものであり、再現不可能なもので、ある一定の関係の元で生み出される一つの”一回きりの“作品のようなものである”と言う。以下に見本事例による対話分析を試みる。

見本事例1^(注)；B氏，60歳代。左肺がんを原発とし、胃がん，甲状腺がん，脳と腰椎に転移。家族には長女夫婦，長男は他都市に住む，夫は他界。

X年4月に症状が軽快したことで、一時退院した。しかし翌日、右上半身に“まひ”が発生し、脳腫瘍の周りに出血を認め、急遽入院となる。以下にNarrative視点からの対話分析例を示す。

患者1；退院して直ぐに右半身にまひが発生した。薬はまじめに飲んでいるのに、このようなことになってしまった！

入院中は、早く良くならなくてはならないと思い、一生懸命にリハビリに努めてきたのに、こんなことになってしまった！

何でこんなことになったのか、いらいらする。どうしようもない。自分で食事もできなくなった。こんな状態が続くのなら、死んでしまいたい。

「入院後も、だんだんと足に力が入らなくなり、“右半身まひ”がよりはげしくなった。同時に患者は激しいストレスを感じるようになっていく。→筆者の状況理解」

看護師1；そうですね。本当に苦しいですね。見るに見かねる感じですよ。苦しい気持ちをしっかりと

(注) 見本事例1・2・3は、事例検討会での話し合いの結果を元に筆者が創作した。

語ってください。お聞きします。在宅を楽しみにされていたのに、急に“まひ”が見られるようになり、もう最悪の感じですね。貴方が死にたいといわれる気持ち、そのまま感じています。

〈看護師1のこの対応は患者の気持ちや感じに対応して、私は貴方のことをこんな風に感じてますと伝えている。看護師が患者の訴えから感じたことを上手に伝え返している。注；筆者〉

患者2；そう言われると、困ります。どうにかありませんか。でもこの気持ちを少しでも分かろうとしてくれる気持ちは嬉しいよ。

〈患者はそう言われると、困りますと言いながらも、内心嬉しいと伝えている。まさに患者の語りと担当看護師の語りの歯車がピタとあっている。ここに新しく合成された語りが芽吹いてくる。注；筆者〉

看護師2；そうですか。うれしいです。

〈看護師も自分の気持ちを素直に表現する。気持ちの交流が可能となり、交流が促進される。注；筆者〉

「数日後“まひ”がひどくなり、座位が困難になり、筋力低下や嚥下困難などが、たて続けに起こり、食事摂取も困難となり、表情も暗くなり、話もできない状況となった。筆者の状況理解」

看護師3；しんどそうですね。

患者3；うなずく。

看護師4；体に手をふれて、さすると、小さい声で、足をと言う。言われるままに足をさすったり揉んだりしていたら、患者の目じりから涙が流れた。ティッシュでそっと拭き取る。

「静かな、沈黙が続く、緊迫したひと時が経過する」

〈ここでは看護師の行った密接関係が大きな意味を持ち、大きな効果を示している。足をさすること、患者は涙で、快さを現し、感謝の気持ちもあらわにしている。注；筆者〉

見本事例1では破局的状況にある患者が“うらみ、つらみ”を精一杯訴える。これに対し、担当看護師は上手に対応する。患者の苦しさ、せつなさをしっかりと受け止めていることを患者に伝えている。看護師は看護師の技法の一つである「密接関係」により、手・足を擦る。看護師の気持ちが自然に伝わり、患者の目に涙をみる。両者間には深い交流関係を形成することが出来ている。このような関係が10分でも20分でも経験されることで、患者の心のケアが進行する。

Narrative視点からの対話分析～物語と物語の噛み合わせの方略(2)～

見本事例2^(註)；C氏、50歳代。家族；妻に子供。仕事；管理的業務。

病歴；胃がんで全摘手術。その後、化学療法、外来通院中だったが、血小板が急激減少のため、緊急入院。

現状；胃がん手術後、上行結腸に狭窄部位がある。直腸も細くなっている。全身衰弱傾向。今後の状況を見て、人工肛門造設の必要を説明されている。

看護師1；Cさん、如何ですか？

患者1；〈無言〉

看護師2；先日から熱が高いと聞いて、心配して来ました。

患者2；むしろ熱の高くなった原因が分かったので、安心です。管から菌が入ったと聞きましたが、それが原因だと思います。抵抗力も弱っていますし、あせらないで、ゆっくりとやってゆくことにしました。熱がさがって、落ち着くまで、手術も日延べです。今はお腹もこんなにペッチャンコになりました。

看護師3；パジャマの上からお腹に手をやりながら、確かにお腹が柔らかくなりましたね。お腹が楽になられて良かったですね。嬉しいです。お言葉通り、あせらないで、ゆっくりと体調を整えましょう。

患者3；今日、会社から上司がきた。これからのことを色々と話した。ゆっくりと治療することにした。外国への研修も別の方に行ってもらおうようにした。若い人に外国に言ってもらって、若い人がどンドン育った方がいいと思う。こんな状態ではもうどうにもならん。これまでの経過を記録している。

〈患者の心理社会的判断（対処行動）が示される。注；筆者〉

看護師4；そうですか。貴重な資料ですね。良かったら私にも見せてください。

患者4；色々聞いてくれて、ありがとう。何か気持ち楽になった感じ。すーとした感じ。話を聞いてもらえることはうれしい。ありがとう。

看護師5；時間が取れたらまた来ますから、お話聞かせてください。

患者5；お願いします。

〈患者は大きな課題を背負っているが、彼はそれと共に生きていこうと心に決めつつあることを看護師に表明する。確固たる決断となることを期待したい。筆者注〉

見本事例2では、管理職であり、発病前は業務遂行のために責任ある仕事をしていた。病におかされなければ、今後も重要な仕事を遂行する立場にあった人である。残念ながら、病におかされて、患者は人生の大きな曲がり角にある。病が人生を変える、変えざるを得ない状況の中で患者は生きている。患者は既に元気なスタッフに職責を譲ろうとしている。やるせない、せつない、口惜しい、何で私かと言語に絶するものであろう。この重い気持ちを看護師はしっかりと引き受けなくてはならない（ここでいう“引き受ける”ということは、患者の苦しみ、しんどさを共感し、感じることであり、代わりをすることではない）。それが看護師の責務である。重要な仕事である。

熱が下がった、落ち着いてきた、お腹も普通となった。看護師は患者に手を置いて、密接関係に入る。患者はここで、今日、上司が来て、仕事を変えるようにと伝えてきた。病のため致し方ないとは言え、やりきれない心情をせせせと訴える。看護師はこれを静かに支え、共感する。

Narrative視点からの対話分析に見えてくるもの

終末期にある患者の心のケアの一つとして、ベッドサイドで行われる患者と担当医療者との対話をする。ここで言う対話とは患者と担当者との話し合いであり、気持ちの交流である。すなわち豊かな交流関係を形成して、患者の心を癒そうとする。ここではより豊かな交流関係を形成するための具体的技法として対話が注目され、より豊かな交流を具現化するために対話分析がある。ここで対話分析の理論的背景としてnarrativeの視点から検討する。より豊かな対話が行われることで患者の「心のケア」について検討する。

在来の医療では、患者と主治医との関係は上下関係であり、患者は主治医の指示には従うものという前提がある。ここでの上下関係には、緊張関係が潜在化しがちな状況となるので、ちょっとした不具合があっても、患者とその家族は激しい不安や自己防衛のための攻撃性などが見られる場合もある。見本事例1では、患者と担当者との対話（相互交流関係）がしっかりと形成され、交わす言葉も的確で、豊かな噛み合わせを見せている。更に担当者の行った密接関係（身体接触）も上手に導入され、それが大きく機能して、両者の交流関係もより一層豊かなものとなっている。このような両者間の相互交流と対話の噛み合わせが一日の内で、何度か実現すると、患者（時として、家族も含めて）の心のケアは豊かなものとなる。

見本事例2では、患者が現職者であり、働き盛りの方であったが、病に倒れて、人生を大きく変更せざるをえない状況にある。患者の気持ちには、口惜しく、せつない思いには計り知れないものがある。特に患者が健康であれば、外国出張が予定されていたが、病のために中止せざるをえない状況となり、上司からは計画変更について知らされ、若い社員が自分に代わって出張することになったとのこと。将に言語に絶する人生の曲がり角である。

やるせない、なぜ私に、どうして私にと言う状況である。このような状況の中での患者の心のケアはどうあるべきか。担当者の患者へのかかわり方はその具体化であり、適切な対応が工夫されなくてはならない。

斉藤ら（2003）は対話分析について、(1)病体験の物語を聴取するプロセス（Listening）がある。ここでは患者の体験の物語を傾聴する過程で、この間に、医師側には「患者の物語についての物語」が形成される。(2)患者の物語についての物語を共有するプロセス（emplotting）である。(3)医師の物語進展のプロセス（abduction）である。鑑別診断、臨床判断などの過程に近いものである。その本質は、医師の仮説（医師の物語）と患者から得られる情報（医師から見た患者の物語）との連続的比較の過程である。(4)物語をすり合わせと、新しい物語の浮上のプロセス（negotiation）である。ここでは、医師の物語が、全面開示され、患者の物語との慎重なすり合わせが“今ここで”の関係で対話が行われる。ここで新しい物語が浮上する場合もあるが、上手く浮上しない場合には、ささやかな物語の変容に注目し、それを共有できるようにする。(5)ここまでの医療の評価のプロセス（assessment）の4つの側面があると言う。ここでは医療の4段階のプロセスを患者と共有した結果、どのような物語が治療関係に生じたか、またそれは患者にとって望ましいものであったか

どうかを評価することである。

以上は物語分析からの診療の4側面である。ほぼ同じことが心理面接でも必要不可欠なプロセスと考える。例示した見本事例はいずれもがnegotiation過程を特徴的に示されている。

検討会に困難事例として提案された事例提案に対し、Narrativeの視点からの事例対応のあり方から検討し、参加した同業者の意見を取り入れ対応の仕方を変えたところ患者との関係に変化をみた事例

事例研究は心理臨床活動においては不可欠な事項である。具体的には面接担当者自身が担当中の事例対応がスムーズに進まなくなったり、面接過程によどみが出来たり、行き詰まりを感じた時に、事例研究会に自己の対応中の事例を提案し、事例対応の転換を図ることが必須事項となる。事例研究会には同職の専門家が参加し、提案事例の経過を共感・体験的に傾聴し、自己の中に生起する類似体験と提案者のそれとを比較検討することで、事例提案者には気づかない側面を見抜いたり、体感したりする。ここでの気づきや内的過程を提案者に提示して、事例対応策について、より効果的な方略を検討し、そこでの方略を事例提案者は担当事例に活用する。事例自身の病理や心的メカニズムの解析もさることながら、注目したいことは事例担当者の事例への対応の仕方の工夫や方略が検討されることが大切なことであり、それは、患者と担当者との間の対話のあり方に大きく影響するものとなる。換言すれば事例研究と対話分析は車の両輪の関係にあると言ってもよい。

更に担当している事例を、職場の同職者に提案することで、事例の公共性を支えるものとなり、同職者の共同責任となり、支えあつての事例対応となる。したがって事例研究会は、院内の同職者と関係者を参加者とし、15名から20名程度が適当である。当然のことながら、関係者は知りえて患者のプライバシーは守らなくてはならないし、参加者の誰かの見解に全員が同感するのではなく、そういう見解もあるが、こう言う見解もあると言う複数の見解が対等に検討されると言う雰囲気求められる。以下に事例研究会に提案され、検討された見本事例を示そう。

見本事例3^(注)；A氏 70歳代

症 状；泌尿器系のがん，下肢に麻痺がる。消化器系に転移ある。

家 族；妻と生活

入院までの経過；X年9月，前立腺腫瘍と診断，公立病院で内分泌療法を受けながら，入退院を繰り返してきたが，翌年12月，発熱，尿閉鎖，下肢麻痺のため当院入院となる。

入院経過；連日，多彩な症状の訴えがあり，それに対応し，処置がなされてきた。にもかかわらず，度重なる訴えが続いた。「がん」であることが受け入れられず，不安であるという。

事例提案の理由；精神的に落ち着いた生活を送るには，今後どのような対応があるだろうか，ということが提案理由であった。

担当者は続けて報告する。相当の高齢者であり，元専門職者と言うこともあつて，若い担当者を軽蔑している感じがする。く何時，訪室しても，怒り，不安，心配の表情であり，軽蔑されている

感じがする〉

妻は日に一度は訪院して、患者（夫）の側で、あれこれと世話をして帰る。患者は妻に対して何時も不平不満をいっている。子どももいるが、それぞれ独立しているので、時折しか見舞いに来ない。

〈排便が苦しい、足がほてる（温かい感じ）、腹が痛む、何か体中が変だ、胃が痛む、腹が張る、息が苦しいなど、際限のない訴えが続く、そのたびにナースコールが続き、看護師を困らせる。

精神的に不安定なために、精神科医師にも受診した。受診の結果「患者は精神症状に逃避している」と言われ、抗うつ剤が処方された。年齢的に高齢で、妻と二人暮らしの生活であり、家族力動に若さを匂わすものがない。更に患者は元専門職者であったためか、若い看護師は自分が見下げられて、軽く見られていると感じている〉

患者と看護師とのある日の面接

—ナースコールがあったので、訪室する—

看護師1；はい、Aさん！どうされました？

患者1；体をなおしてや、これじゃ痛くて、痛くて、かなわん！

看護師2；特にズレは無いようですが、くと言いながら、痛みが無くなるようにと体位を調整する〉

患者2；何度、やっても、同じよ！ どうにもならん。何とかしろよ！ 何とかしろよ！

看護師3；すみません。色々やっているのですけど・・・

患者3；もういいよ！ あんたじゃダメよ。師長をよべ！

看護師4；はい、はい、そうします、師長さんに伝えます！

患者4；冷たい目で、看護師をにらみ付ける。

—直後にナースコールがある、再度、訪室する—

患者5；痛くて、かなわん、何とかしろよ。何かズレてる。確かにズレている。分からんのか！

看護師5；何かよく分からんけど、ズレてはいないです。

患者6；お前はダメだ、もっと腕のいい看護師を呼べ！

以上のような対話を添えて、筆者の参加した事例検討会に担当の看護師から困難事例として提案された。事例検討会では、事例検討のためにnarrativeの視点から検討した。

担当看護師が見下げられていると言う発言は、“患者への支援関係を持続するため”には大切なキーワードであり、患者対看護師との支援関係の影（影響）となる。特に支援者（看護師）が軽視されているのではないか、見下げられているのではないかと言う意識（気持ち）があると、時として、それが、患者に対して居丈高になったり、卑屈になったりする。既に看護師が患者に見下げられていると意識しているので、この問題は克服され安いと考えられるが、ここでは、判っているけど止められないという心的メカニズム（看護師の気持ち）のあることを、自覚しなくてはならない。この問題を解決する方法としては、支援者自身（看護師）が、自己の事例を、事例検討会に提案して、支援者自身の影（意識されにくい）の行動が起こっていることを確認する。事例検討会を継続的に運営し、それに参加し、他者の事例対応の仕方を傾聴し、自験例への対応のあり方や判断の

仕方を再検討することである。自験例を検討会に提案し、同業者の目を借りて、担当事例を再吟味しながら、事例対応を再吟味することは患者の心を癒すことになり、患者の心の再構成を勧める者にとっては必須のことである。上記事例についての事例検討会では次のようなことが検討された。事例提案者が患者に蔑視されていると感じた場合には、担当者自身の学校時代の教師との体験がその引きがねになっていたことが意識化された。報告者自身がこの話を検討会で開示することで、気持ちやすっきりし、患者との対応に勇気が出てきたという報告があった。〈ここで提案者の発言に“見下げられている”という発言はnarrativeの視点からすると社会構成主義の原則に反するものであり、患者と看護師の関係が「上下関係」となると上から下には意思や気持ちは伝わるかも知れないが、「下から上」には意思や気持ちは伝わらないし、伝わりにくい。一般に医療では強弱関係が出来やすい状況にあるので、臨床場面では、患者と医療者とが平等な関係が保てるような工夫と努力が必要であり、その具体的技法としてnarrative技法が目される。〉

事例の患者に対してはボランティア学生に参加してもらって、患者と日常会話の話相手をすることを提案し、それを実行に移したところ、効果があり、患者は自分の孫のような学生ボランティアに対して、自分の人生体験を語り、それはボランティア学生にも参考になるために、真摯に傾聴したことで、患者の心が安定し、ナースコールがすくなくなったとのこと。これはnarrative視点で言う無知の知恵（吉川悟，2003）の具現化したものである。

担当看護師が訪室した時にも対応が穏やかになり、病状について色々質問し、それに対する応答を素直に聴けるようになった。さらに、患者と担当看護師との交流関係が深くなり、穏やかな関係が保持できるようになった。

看護師6；こんにちは！

患者7；うん！

看護師7；今日はどんなお話しでしょうか？

患者8；あなたは〇〇の出身と言ったよね！

看護師8；そうです、〇〇の出です。

患者9；実は私の本籍も〇〇だよ。

看護師9；そうだったのですか。お生まれになったところが近かったのですね。

患者10；そうだね、ルーツが近い。ルーツの近い貴方に世話になるとは不思議だね。

看護師10；そうですね。不具合があったら、言ってください。

患者11；ありがとう、よろしく願いますね。今度、妻に依頼して、〇〇の古い写真を持って来るよ。

看護師11；うれしいです。ところで、体の不具合はどうですか。

患者12；うん！ 今日はこの間ほどは痛くないね。

看護師12；そうですね。うれしいです。

患者13；（無言）・・・・・・・・・・

本事例（見本事例3）で、検討されたことは、妻が定期的に患者の元に来室はするものの、長い

間の夫婦関係から、夫である患者は妻に対して、弱みを示されず、不安や苦痛が攻撃となって表出され、怒りや、不満となって表出されていた。しかもその不安や怒りは担当看護師の緊張感により刺激されて、激しさを増していたが、事例検討を経過する中で、担当看護師の患者への対応にゆとりが見られるようになり、患者の不安や心配も和らいで来た。患者は担当看護師やボランティアに日常生活の不安や苦衷を語ることで、患者自身の心の安定を導いた。特に担当看護師が、“見下げられ感”に捕らわれなくなり、患者を窓際に誘い、風景の話から日常会話ができるようになり、患者自身の博学な知識を聞くことで、看護師との会話も豊かになり、心と心の交流も豊かになった。更に会話の中で、たまたま患者の出身地と担当看護師の出身地が近いということが判明（意味ある偶然の繋がり）してからは、より豊かな心理的交流が可能となり、安定した患者・看護師関係が形成された。上記の対話は、その一例である。またボランティア学生は若く、患者の心に現職時代の充実していた生活を再体験できるチャンスを作り、患者の気持ちの安定を促進するものとなった。

見本事例の事例検討と対話分析とは、話し合いの基本である担当者と患者との間の相互交流関係の形成と事例対応の基本的あり方が検討され、それが効果のあった事例である。特に担当看護師と患者との間のわだかまりが取り除かれて、気持ちの交流が豊かになるにつれて、両者の（心の）歯車もかみ合って、対話がよりスムーズとなってきたと言えよう。

見本事例3ははじめ、緊張関係にある事例であったが、事例検討会に提案されることで、担当者の潜在的課題（忘れかけていたこと）が意識化されるにつれて、過剰防衛が少なくなった。また学生ボランティアが参加することで、患者自身の回想も促進され、患者の自尊感情が回復した。偶然にも、担当者と患者の出身地が近いという「意味ある偶然」もあって、相互交流が豊かになり、対話の歯車の軋みも少なくなり、患者のこころは癒される状況となった。事例研究では、ただ事例を克明に記載すれば研究になるものではない。事例を詳細に記載し分析することで、「何らかの新しさの発見」が必要であり、更に言えば「一般性」と「普遍性」の発見が条件となると述べている（山下、2000）。

ここでの事例研究は、普遍性・一般性の探求に加えて、担当者の患者への対応技法の改善のための事例研究であり、研修的な意味合いのあるものと言える。この意味では事例検討と言う言い方がより正確な表現かも知れない。しかし担当者にとっては「何らかの新しさの発見」に繋がるものであり、この新しさの発見は、担当者の力量の向上に繋がり、引いては担当者を通して発信される一般性・普遍性を発見し同定する可能性がある。この意味からすれば、このような事例研究も広い意味の科学研究とは言えないだろうか。

考 察

対話分析と事例研究について

ここでの患者・担当者関係は社会構成主義の考え方であり、深い交流関係が形成され、患者の物語と担当者の物語とが上手に噛み合うようにする。事例検討と対話分析から患者と面接担当者との交流関係を通して明らかになった2、3の留意点について検討する。

- (1) 患者の語ること、訴えることは現時点においては、患者にとっては現実であり、事実である。専門的知識のある医療担当者から見れば、それは間違っている、現時点においては、患者とその家族にとっては、事実である。患者への心のケアにとって大切なことは、患者が語ることは心の事実でもある。患者の語る事実を観察し同時に参加するところに患者の心のケアの第一歩がある。患者の発言は病の治療のためには間違っている、現時点では、それを否定したり、拒否しないで、それが患者の語る（認知する）事実であると理解する。患者の現実の認知をどのようにして変更するか、その変更のための方略を検討する。このためには、患者の認知していることを正確に理解することがなすべき仕事の第一歩である。
- (2) 患者の現時点での認知を正確に理解するためには、患者と担当者の間に交流関形を形成することである。ここでは、患者が事実を物語る過程で、患者の潜在的で、非言語的な心的過程が表現できるような交流関係でなくてはならない。行間の豊かな交流関係と言ってもよい。具体的には、患者とその家族が何でも話せるような気持ちを抱くような交流関係である。“つい思わず言った、言ってしまった！ それがすごく満足と思える”というような感覚である。大切なことは、患者の物語との交流関係とは相乗的・相互的關係であり、啐啄同時の關係でなくてはならない。患者の物語るストーリーを担当者は深く理解し、患者が何を物語りたかを理解しなくてはならない。この理解が的確で、その理解の上に立って担当者が的確な言葉（専門的な知見を含んだ物語）を返さなくてはならない。そうすることで、両者の相互交流関係は更に深くなり、豊かなものとなる。
- (3) 大切なことは、患者と担当者がどのようなやり取りをするかが大きな要因である。ここで取り上げた見本事例を比較検討すると、対話と相互交流関係の有様を実態として見る事が可能となる。
- (4) 交流関係が形成されると、事例理解がより深くなり、事例の表現する潜在的な心情が理解可能となる。ここで担当者が深い交流関係の中から知りえた事例の訴えを纏めて見本事例として、事例研究会に提案し、同業者の目を借りて、より幅広く深く理解することができれば、担当者的事例理解がさらに深くなり、患者との治療的交流関係がより豊かとなり、患者の課題解決を促進することになる。この意味において、前述のごとく対話分析と事例研究とは車の両輪となる。

文献

広瀬 寛子 2003 看護カウンセリング 医学書院

斉藤清二・岸本寛史編著 2003 ナラティブ・ベイスド・メディスン 金剛出版, Pp.27-30, Pp.105-122, Pp.94-148.

下山 晴彦編 2000 臨床心理学研究の技法 「事例研究」 福村出版, Pp.86-92

吉川 悟 2003 ブリーフセラピー入門 -セラピーをスリムにする-, 臨床心理学, 3, 866-873.