

〈巻頭論文〉

当事者性を大切にしたセルフマネジメント支援

安酸史子*

*関西医科大学看護学部基盤看護分野看護学教育領域教授

Self Management Support that Values the Perspective of “Tojisha”

Fumiko Yasukata *

* Faculty of Nursing, Kansai Medical University

キーワード

セルフマネジメント支援

当事者性

self management support

the perspective of “tojisha”

I. セルフマネジメント支援とは

セルフマネジメントとは、クライアントが自分の病気の療養に関するテラーメイドの（その人用にあつらえた）知識・技術を持ち、生活と折り合いをつけながら、固有の症状や兆候に自分自身で何とかうまく対処していくことをいう¹⁾。

私は慢性病を持つ患者さんに対して、慢性病とともに「健康的」に生きることを目的としたセルフマネジメントを推奨し、患者さんのセルフマネジメントを支援することが看護師の役割だと提唱してきた²⁾。患者さんが自分の症状と折り合いをつけて生活していく方法を身に付ける「症状マネジメント」、客観的に測定・観察できるデータや兆候の意味をアセスメントし、対処する方法を身に付ける「データマネジメント」、ストレスが何かを自覚し、ストレスとうまく付き合っていく方法を身に付ける「ストレスマネジメント」に分けて具体的な支援の在り方についての研修も多くしてきた。患者というレッテルが付いた途端に、患者役割行動を実行するのが当然の患者の義務だと医療者や家族などから突き付けられ、病気そのものによるストレスに加え、“医原性”ともいえるストレスがさらに加わるという状況に患者さんは陥ってきたのではないかと思ってきた。今までと違う生活習慣が当たり前になるのは、とても困難なことで、関連する知識や技術に加え意

志力、時間も必要である。最初はできないのが当たり前、それをできるのが当たり前にとっていくための行動変容スキルを探し、自己効力理論、ヘルスビリーフモデル、ヘルス・ローカス・オブ・コントロール、変化ステージモデルなどを学び、さらにエンパワメント・エデュケーションやケアリングの理論、成人学習理論にもたどり着いた。そしてそうした理論を背景として、セルフマネジメントモデルを提唱するに至っている。

私は、常勤看護師としての経験が6年しかないため、臨床経験が決して長くはないが、自分自身の経験で確からしいと感じたことを後付けで整理して理論で説明するタイプの看護教育者である。本講演では、前学術集会長の梓川先生から継続してこだわってきたテーマである「当事者性」について私の経験をもとに検討し、私が提唱しているセルフマネジメントモデルとの関係について考察する。

II. 当事者について

当事者とは、「起きている問題を現場で直に体験し、影響を受けている個人のことをいう。対義語は第三者。」とあり、もともと民事裁判等で使用されてきた法律用語である。「障害者に対するパターンリズム、管理主義、専門家主導主義」に抗するための主体としての意味が含まれている³⁾。

“私たちのことは私たち抜きで決めないで Nothing about us without us” は国連における障害者権利条約のスローガンである。この言葉は、1960年代にアメリカで始まった自立生活運動の中から出てきた言葉であり、障害者権利条約の制定過程においても、障害当事者の間で口々に叫ばれてきたと言われている。私は日本で1970年代後半に看護基礎教育を受けているが、当時の日本の看護基礎教育の中ではまだ意思決定に当事者を参加させるという概念は定着しておらず、患者には辛い事実は伝えないのが通例だった。当事者抜きで、専門家が最も良いと判断したことを決定して実施することが常態化していたように思う。当事者は蚊帳の外であったが、そのことに大きな疑問を持たずに私は看護師になった。同時に、専門家は患者さんに巻き込まれてはいけない、患者さんに同情するのではなく専門家であれば毅然とした態度を保つべきだと強調されて教育されてきた。そのため、私は看護師の役割の中に当事者を参加させて意思決定を行うというイメージは植えつけられてはいなかった。私が看護師資格を取得した当時は、患者さんにはがん告知をしないことは一般的なことだったし、看護計画を立てるときにも患者さんの意向を聞くことなく、医療者が一番良いだろうと判断した計画を立案し、それを実施することが普通のことであった。専門家とは、「当事者に替わって、当事者よりも本人の状態や利益について、より適切な判断を下すことができると考えられている第三者」と考えられていたのである。

看護学部に1年から入りなおし、1980年代後半に修士課程を修了し再度病棟看護師として働いていた私は、看護する自分に改めて向き合っていたように思う。あるとき、退院することが決まった急性心筋梗塞の患者さんから、「俺は細く長く生きるつもりはないんだ。短くてもいい。太く生きたい。ただもう少ししたいことがあるから5年間だけでいいから生きる方法を教えてくれ。ストレスの多い仕事だから、禁煙はできないと思う。」と笑いながら言われた。私はケアリングとかエンパワメントなどと頭の中でぐるぐる考えながら、「そんなに都合の良い方法はないですよ」と笑いながら対応したのだが、1か月もたたないうちに、その方は再梗塞で緊急入

院しそのままお亡くなりになった。退院後、喫煙されていたかどうかは不明だったが、患者さんの意向を尊重することと、専門家としての意見をきちんと伝えることの両立の難しさに打ちひしがれた経験であった。

この時代では、日本においても Informed Consent の概念が定着し、患者さんには正確な情報をお伝えして患者さんの自己決定を尊重する体制になっていた。この患者さんに対しても、医師からは心筋梗塞の状態を3枝病変（3つの冠動脈すべてに狭窄がある状態）であり、再梗塞の危険性が高いため、特にたばこは吸わないようにと厳重に注意されていた。しかし、経験上、医師や看護師から注意を受けていても行動が伴わない患者さんは多い。この心筋梗塞の患者さんのように、死にそうな思いを味わった後の患者さんにしてしかりである。ましてや自覚症状のない慢性疾患の患者さんの場合は、看護師の指導はどこ吹く風といった患者さんは多い。患者さんの立場に立った（正確には立ったつもり）関りでもうまくいかず、看護師としての正義感からの熱意を持った指導でもうまくいかない。私のようにどうしたらいいだろうとジレンマや葛藤に悩んだことのある医療者は多くいるのではないかと思う。当事者のことを専門家として一生懸命に考えているつもりが、当事者である患者さんを抜きにして一人相撲していたような状態だったのだと思う。

III. 専門性と当事者性を教える難しさ

その後、看護教師になった私は、情動的な反応に乏しいと申し送られた学生を受け持った。その学生の受け持ち患者さんは血液透析のためのシャント手術をかたくなに拒んできたカルテに記載のあった50代の女性であった。シャント目的での入院であったので、ご挨拶の日に、よく決心されましたねと私が話すと、「透析になると送り迎えで家族に迷惑をかけるから、よっぽど死にたいと思ったけど、夫が中華料理店をしているのだけど、自殺者が出た中華料理店に人は来てくれないと思うと、死ぬこともできないし、思いとどまったのよ」と吹っ切れたように色々と言ってくれた。話を聴いて患者さんの明るい声の裏の辛い心情に思いを巡らし、込みあげてく

るものを感じながら、さすがにこういう話を聞かせてもらおうと学生は患者さんの気持ちを感じ取るだろうと思ひ、廊下に出てから、学生に「今の患者さんの話をお聞きしてどう思った?」と聞いたところ、学生は「あの患者さんは多弁でしたが、“不安がある”とアセスメントしてよいですか?」と表情も変えず真面目に質問してきた。患者さんの話の内容に情動的に反応するのではなく、その状況を「多弁」という概念で捉え、「不安の徴候」と解釈したのである。患者さんの辛い心情に接すると情動が動くのが当たり前とされていて、そうした情動の動きの自覚は学生の看護へのモチベーションにもつながるため、とても良い教育のチャンスだと思っていた私は拍子が抜けてしまった。いづもの手が通じないこの学生に対して、どうしたら学生から自然な情動的な反応を引き出し、患者さんへの共感性を育てられるだろうか悩んだ。その後も繰り返し、患者さんの気持ちを感じ取ってほしいと思ひながら意図的に指導を続けたが、その学生は専門的な知識と技術に関しては、指導を受け入れて患者さんに関わることができるようになったが、相変わらず機械のように患者さんに対しては硬い表情のまま淡々とした関りを持っていた。記録はびっしりと書いてくるが、出来事の羅列だけだった。私は、その学生を専門的な知識と技術に関しては受け入れるが、当事者性を尊重した関りに関しては全く考えていないように感じていた。その学生が実習最後の評価面接の際に、自分は患者さんの気持ちに巻き込まれると辛くなって自分の感情がコントロールできなくなるんじゃないかと思って怖くて、これまでの実習でも出来る限り感情的に巻き込まれないで看護をしたいとずっと努力してきた。だけど、先生はずっと患者さんの気持ちを見るように見るように関わってこられたので、正直辛かった。と泣きながら語った。情動的な反応が乏しいと評価を受けていた学生が、実は自覚的には情動的になることが怖くて情動的にならないように努力していたことが分かったことは衝撃だった。また、学生自身が私の意図的な関りをしっかりと感じていたのだということが分かったことも驚きであった。教育の場における当事者である学生の当事者性を見ることなく、教えたことばかりに目が向いてい

たのだと分かり、看護教師として大いに反省した経験であった。教育における当事者である学生を理解するには、先入観をできるだけ外して、学生と関わらなければ、見えてこないのだと自覚した経験である。

IV. 当事者性へのこだわり

私が、自らの看護師としてまた看護教師としての経験を自問自答しながら導き出したキーワードが、「当事者性」である。上記の私の対応のいずれでも、看護師としてあるいは看護教師としての傲慢性が見え隠れしていると今では感じている。

私は本学術集会の概要として、「当事者性に関するテーマを第34回学術集会から引き継ぐ。さらに本大会では専門家として巻き込まれる勇氣、巻き込まれながらも戻ってくる力、巻き込まれることを推奨しすぎることの弊害などの切り口からアカデミックな視点からも当事者性を問うていく大会としていきたい。」と述べた。

「当事者性」とは、他者と関わる実践と対話を通じて、つまり関係性において育まれる、「生きにくさ」を生み出している世界のあり方に自覚的になる態度や志向である。「当事者性」は関係性、相互性において生成、変容する概念である。問題と出会い、その問題を自分の問題として捉え、その問題解決のために考え、行為するという一連の過程は、当事者性が深まっていく過程である。

当事者性を生み出す条件として、平野は「学習者が、学習や活動の客体ではなく、言説の担い手として主体的になっているかである。換言すれば、学習や実践の場が、援助者-非援助者、教育者-学習者という関係の抑圧性、権力性、啓蒙性の転換を促すものになりえているかである。その転換を促すものとして教育者-学習者という関係が対話的であることが条件となる。」と述べている。また、「その実践のあらゆる場面で「対話」が継続されていることが重要である。主体的になるまでの教育者-学習者という関係の対話性のみならず、他の当事者との「対話」が継続されることで、学習者自身が自省的な問いを持ち、自らの認識や実践が誰かの存在や権利を否定することがないかを問い直すことが出来る。そ

の作業はさらに、自己の「生きにくさ」に気づきやそれをもたらす世界の境界線を超えることを促すだろう。他者との関係で変容し続ける主体であること、つまり、主体の不断の再構成につながる場を持つことが「関係性としての当事者性」が成立する要件である。」と述べている。

私は、看護師としてまた看護教師としての様々な経験から、先入観に縛られず、当事者としての患者さんや学生との対話を通して、当事者性を大切にしたい患者教育や学生指導にこだわっていきたくて考えられるようになった。

V. 当事者性と専門性

当事者性を意識した関りが必要だとはいえ、専門家としては、専門性を極めることが第一義的に重要なのは言うまでもない。専門性があつたうえで、当事者性を大切にする視点を持つことが必要とされる。

当事者性は専門家のパターンリズムのアンチテーゼとして提唱された概念であるが、専門性が乏しく当事者性の意識だけ強い専門家を当事者は望むのであろうか。

学術集会直前の2021年6月21日の医学会新聞での青木省三氏と小林桜児氏は、対談において、「症状を理解すること」と「患者さんの内面を理解すること」は臨床における車の両輪であり、どちらかが欠けてもうまく機能しない。また、医療者は現在という「点」ではなく、人生という厚みのある「面」で患者さんをとらえる必要がある。と語られていた。

「症状を理解すること」ためには高度な専門性が必要である。また「患者さんの内面を知ること」のためには当事者性への意識が必要である。専門性と当事者性を臨床における車の両輪とし、「面」で患者さんをとらえることこそが専門性の高い医療者なのだという主張だと解釈し、まさに私の基調講演の内容と合致していると意を強くした。

VI. 当事者性と他者性

藤岡は、臨床的教育学という概念を打ち出した中で、キーコンセプトの中のひとつに「他者性」をあげている。「経験は全く独自の創造的なものである。

つまり他者によって代替不可能なものである。まして外部の誰かが操作して替わることができないものである。」とし、「他者性」の概念の根幹であるとする。そして「相手は自分にとって未知の、そしてこれからも決して知り尽くすことのできない他者である。これが絶対的他者の自覚である。」とし、相手を分かったつもりになってしまうことを厳しく諫めるとともに、だからこそ教師には関わることへの意志が必要なのだと説いた。

メイヤロフは、「ケアの本質」の中で、「信頼は、ケアする相手の存在の独立性を、他者は他者なのであるとして、尊重する。」と述べている。当事者性を持つことは決して相手を自分と同一視することではない。当事者性の意識が高すぎて、分かったつもりになってしまうことは決して当事者性の尊重にはならない。あくまでも他者性の概念を持ち、患者さんの気持ちを分かったつもりになりすぎずに、判断を保留にしながら関わることへの意志を持ち続けることが、専門家に求められている専門性なのではないだろうか。

VII. 当事者性を大切にしたいセルフマネジメント支援とは

以上を統括すると、当事者性を大切にしたいセルフマネジメント支援をするためには、専門職としての知識や技術を持ち合わせたうえで、当事者性を尊重し、その時その場の患者さんの状況に応じて、覚悟と勇気をもって関わりつづけることではないかと考えている。

確かに当事者にならないと気付かないことは多い。では、医療者が病気を持った当事者であれば、当事者性を大切にしたいセルフマネジメント支援ができるのであろうか。私は、医療者が何らかの病気を持った当事者あるいは当事者の家族であれば、病気を持った当事者の気持ちを推測しやすいだろうと思う。そうだとすると、目の前の患者さんの病気の当事者ではない。あくまでも当事者は本人だけだという他者性の認識が重要だと私は考えている。

セルフマネジメント支援のポイントとして、研修等で何時も話していることを以下に示す。

-
- ・まずは患者さんの現在に至る個別のストーリーを否定しないでじっくりと聴くことに徹する。
 - ・患者さんの困りごと・気になっていることを知る。
 - ・やる気が落ちているように見えるときには、必ず患者さんなりの理由があるので、きちんと聴く。
 - ・患者さんがやる気がなさそうであっても、無理をせず焦らないが、諦めないで患者さんのやる気が出てくることを信じて、患者さんと向き合う。
 - ・患者さんの気持ちに添いながら、何か一つでも状況改善のためにできることがないかを一緒に探す。
 - ・主人公はあくまでも患者さん本人であることを自覚し、支援者の役割に徹する。
 - ・患者さんからの質問には専門的知識できちんと応答する。
-

患者さんは医療者との対話を通して、当事者の「生きにくさ」を語ってくれる。医療者は当事者との対話を維持することによって当事者性を高めていくことができる。その過程の中で、専門性を高める必要性にも気づいていく。当事者の困りごとにつづく感性をもって、専門家としてその困りごとの解決策と一緒に考え支えることが専門家が当事者性を持つということであり、当事者性を大切にセルフマネジメント支援と言えるのではないかと今は考えている。

当事者性を持つことはセルフマネジメント支援のために必須である。時には患者さんに巻き込まれる勇気を持ち、巻き込まれても戻ってくる毅然とした力も専門家には求められる。専門性を高める努力と、他者性を意識しながら当事者性を維持する努力をしつづけることによって、専門家としてのセルフマネジメント支援の力をつけていくのだと考えている。

引用文献

- 1) 安酸史子：ナーシング・グラフィカ成人看護学 ③セルフマネジメント 第3版, メディカ出版, 2021.
- 2) 安酸史子：糖尿病患者のセルフマネジメント教育 エンパワメントと自己効力 改訂3版, メ

ディカ出版, 2021.

- 3) 志賀文哉：支援と当事者性, とやま発達福祉学年報, 4, 2013
- 4) 平野 智之：「関係性としての当事者性」試論：対話的学習モデルの検討から, 人間社会学研究集録, 99-119, 2012 URL <http://doi.org/10.24729/00002944>
- 5) 2021年6月21日週刊医学界新聞 青木省三氏・小林桜児氏の対談 日常臨床でトラウマに気づく 成育歴からひも解く, 患者が抱える「生きづらさ」より
- 6) 藤岡完治：関わることへの意志, 国土社, 2000.