

医療者のためのナラティブ・アプローチ

中川 晶

京都看護大学

Conversation Inviting Change for Health Care Staff

Akira Nakagawa

Kyoto College of Nursing

キーワード	
変化をもたらす会話	conversation inviting change
七つのC	seven c's
ナラティブ・アプローチ	narrative approach

I. はじめに

本来、動物は病気や怪我を思った場合自分で治そうとする。自然の状態では骨折や怪我をした野生動物はじっと動かず自然治癒を待つ。もちろんそれしか方法がないからだとも言えるが、現代人は自分の病気であるにも関わらず、安易に専門家に頼ろうとしすぎなのではないだろうか。本来、病気に対しては養生という言葉があるように自分で自分を癒すことが治療の中心であった。そして自身ではどうすることも出来ない身体機能の不調や苦痛に対して医療専門職が存在していた。つまりは最後の手段として医療が存在していた。

ところが現代人は不調や苦痛に対していとも簡単に医療にかかる。自分の不調であるのに、まるでテレビやパソコンの故障のように修理を医療に任そうとする。そして思うように治らなければ治療者の能力不足のせいにしてしまう傾向はないだろうか。

今回の大会のテーマはセルフマネジメントである。患者本人が自分を治そうために自己観察し自己管理をしなければ治る病気も治らないのは自明なのだが、ともすれば薬や手術など外的なコントロールにばかり目が向いているのではないだろうか。これは患者ばかりでなく医療専門家にも言えることで、本来患者の内部で起こっている現象である病気に対

して外部にいる専門家のほうがよく知っていると考えるのは本末転倒ではないだろうか。もちろん一般論としてなら専門家の方が圧倒的に知識量も多いし、経験も豊富かも知れない。しかし、本人の病気なのに本人抜きにして治療が成功することはあり得ない。

セルフマネジメントを成功させるために必要なことは、患者が自分の病気を自分の物語（ナラティブ）の中にきちんと取り込めるかどうかにかかっている。

II. 医療者にできること

Ofri, D¹⁾ というニューヨーク在住の内科医によれば、医師側は診察の最初の三十秒の間に患者の話に介入して「方向転換」してしまうことが多いと書いている。患者のナラティブは最初の三十秒で遮られてしまうのである。医師側の言い分としては、もし医師が患者の話の中から医学的に意味のある話に注目して舵取りをしなければ、患者の話は際限なくあちこちに広がり診察を終えられないだろうという恐怖があるのかもしれない。

スイスの W.Langewitz ら²⁾ は「医師がひと言も中断しなければどのくらいの時間を患者は話し続けるか」という調査をおこなった結果、患者の独白は平

均九十二秒だった。1分半ほど。

我慢できないほどの長さではない。もちろん個人差はある。しかし医師側の舵取り的介入が早すぎて患者の物語が聴き取られていないという証左にはなりそうである。筆者もナラティブ・アプローチを提唱しているにも関わらず、ついつい舵取り的介入が早すぎて、失敗することも多い。どうも早過ぎる医療者の舵取り的介入がかえって患者の「話せねば」という感情を刺激して診療時間が無為に長びかせてしまう可能性があるように思う。オーフリも興味深い実験をしている。診療時間が長引くことの多いある不定愁訴の患者に対して一切の舵取り的介入をしない場合どうなるかを調べてみた。オーフリはストップウォッチで時間を計ってみた。無限に時間が延びていくように感じたが、実際は四分七秒しか経過してなかった。どうも早期舵取り介入をしない方がその後のコミュニケーションもスムーズにいくことが多い。しかし、ただただ中断しないという消極的な方法よりも、きちんと聴くほうが治療的だと考えられる。この点に関してカナダのJ.B.Bavelasら³⁾の興味深い研究(2000)がある。彼らは学生ボランティアを聴き手と話し手に分けて、話し手の方にはこれまでで一番ハラハラした体験談を話すように指示した。一方聴き手には、わざと注意が集中できないような課題が与えられた。例えば相手の発話のなかの「t」で始まる単語が出る度にスイッチを押すように指示した。この場合一見相手の話に集中しているように見えるが実は「t」の単語が出るか出ないかに意識が向いているために全く内容に意識が向いていない。この実験で顕著だったのは、話し手は混乱して全くドラマチックな話しが出来ずしどろもどろになることが多かった。

どうも聴き手は集中して聞くことで、話し手のストーリーを「形造る」共同作業をしていることになりそうである。英国のナラティブ・アプローチの専門家Launer.Jも著書(2018)⁴⁾のなかで、相手の物語がどこへ向かっているのかという健全な好奇心が大切だと述べている。また彼はナラティブ・アプローチにおける聴き方のポイントを7C'sと名付けてまとめている。

Ⅲ. 7C's (セブンシーズ)

ナラティブ・アプローチは様々な状況で使われているが、医療や福祉といった領域ではLauner.Jの7C's⁵⁾が役立つと考えられる。7C'sの7つのCとは以下の7つである。

Conversation (会話), Curiosity (好奇心), Contexts (文脈), Complexity (複雑性), Challenge (挑戦), Caution (用心), Care (ケア)

Launer.Jらのナラティブ・アプローチの特徴は「変化を促す対話」(Conversation Inviting Change)という考えが基本にある。これは我々の学会の理念でもある「行動変容」に近い概念かもしれない。医療・福祉の分野における対象者といえば患者や利用者ということになるが、彼らの行動変容を促すことが専門職の役割といえよう。しかし強制的な押しつけが行動変容促進にはほとんど効果がないことは衆知のところである。だとすれば、どうすればいいのだろうか。

人間同士が様々なつながりを作る上で「会話」はかかせない。家族、友人、仕事など良きにつけ悪きにつけ人間関係が形成される上で会話は自然発生的に生じる。つまり我々は好む好まずに関わらず、様々な会話に囲まれて生活しているし、様々な会話から自分の考えを形成することが多い。またこれまでの考えが変容するのも会話がキッカケになることが多い。心理療法はまさに会話を通じて変化を促そうという試みと考えることが出来る。しかしLambert (1992)⁶⁾は心理療法の治療外要因は40%を占めていると述べている。つまり心理療法は患者側要因が圧倒的に大きく治療者の技法の効果をはるかに超えているということになる。それでは患者側の変化を促すにはどうすればいいのかということが、真剣に考えられるようになった。ナラティブ・アプローチもそのような文脈から生まれているとあって良い。ナラティブ・アプローチはナラティブ・セラピーと呼ばれる心理療法に限られるわけではない。Launer.Jらが提唱するのは医療や福祉というセッティングのなかの「変化を促す」会話である。

Launer.Jが7Cの最初に会話(Conversation)を挙げているのは専門職が陥りやすい盲点を指摘した

かったからのようである。専門職は問題解決や問題解消を第一にしてしまいがちで当事者が自ら考えたりアイデアを出すことを阻害してしまいやすい。Charon.R⁷⁾も「医者のように聞くのではなく、読者のように聞く」方向にシフトすることが大事だと述べている。

第2はCuriosity (好奇心)、この好奇心という言葉には注意が必要である。一般に好奇心というのは俗っぽいゴシップや噂話と結びつく可能性があるが、ここで述べられている好奇心というのは、当事者が会話の中で、どういう方向に向かおうとしているかに焦点化した好奇心である。ここで重要なのは中立性の姿勢である。Palazzori Selvini⁸⁾らも次のように述べている。すなわち「中立性というのは意見がないのという意味でも感情鈍磨でもない。中立性とは自分と異なった意見に対する耐性(トランス)を含んでいる」

Anderson Golishian¹⁾の「無知」のスタンスも中立性と関係が深い。自分と違う意見を持った人と会話すると、一般に情動的な拒否感が出現して、自分の意見を言いたくなる。このことは医療福祉専門職が気をつけねばならない点であろう。

例えば、現在のコロナ禍においてワクチンをすることが正しいと考えている医療福祉専門職に対して患者やクライアントが、ワクチン接種に反対意見を述べる場合、専門職の心の中に、相手が間違っているので正してやろうという意識が芽生える。そして「あなたの考えは間違っている、ワクチンを打たないなんてとんでもない。」と言うことで相手は黙るだろう。何故なら専門職のほうが優位なセッティングだからである。しかし会話は中断され二度と相手は自分の会話を再開しないだろう。

第3は「文脈」。原語ではContextsと複数形になっていることが重要である。文脈とは対象者が囲まれている文脈のことである。人は真空の中で生きて居るわけではなく、友人、仕事仲間、家族など様々な人々との会話から出来てくる複数の文脈もしくは物語のなかで生きている。その中には過去の医療福祉専門職との文脈も含まれている。

医療福祉専門職がこれまで対象者との会話で陥りやすい方向として、相手が病者であったり生活困難

者であるためか、相手の脆弱性に注目しまいがちである。しかしナラティブ・アプローチで進めたい方向は、相手のレジリエンスに注目して物語を聴こうとする方向だという⁵⁾。

つまり聴く側が脆弱性に注目するか、レジリエンスに注目するかという2つの選択肢で会話の文脈は変わる。

第4は複雑性(Complexity)、我々の生きる世界は様々な要素が絡まり過ぎて予測不能だとみる視点である。我々が聴く物語は決して完結したものではない。それどころか、切り取られた一部であり全体を分かったと解釈してしまうやいなや、矛盾が生じて動けなくなる。解釈ではなく相手が自分の物語を新しい観点からみることが出来るよう促すことがナラティブ・アプローチといえる。

第5は挑戦(Challenge)という視点である。時としてこの言葉は、強い力で相手と戦うというニュアンスがあるが7C'sの挑戦とは、殻に閉じこもっている相手に対して、自ら殻から出てきて新しい見方が出来るように促すことである。

医療福祉専門職は対象者と会話するとき常に二重の役割(デュアル・ロール)を背負っている。二重とは、会話の相手という役割とその会話を観察して新しい見方をするようにアシストする役割という二重の役割である。会話に参加しながら、相手の物語を広げていくことは容易ではないが、適切な質問を繰り返していくことで達成出来る。このような質問のなかには挑戦の要素とともに創造性の要素が含まれる。

第6の視点は用心(Caution)の視点である。質問によっては相手は緊張が高くなって殻から出てこなくなる。質問者は相手の情動の状態を常にモニターしながら会話を進めていくのが良い。情動の状態は筋肉の緊張に現れることが多いので表情の変化に注意しながら会話する必要がある。緊張が強すぎると感じた時は会話を核心からそらすのも良い。そして丁寧に進めていく必要がある。

最後の視点はケア(Care)である。すべての援助職の基本はケアであり、ナラティブ・アプローチの最も忘れてならない視点として、7C'sの七番目に配置された。

IV. まとめ

要するにナラティブ・アプローチとは、当事者が自分の問題を他人任せにするのではなく、会話によって当事者の物語がセルフマネジメント可能な物語として見る事が出来るようにケアすることではないだろうか。

文献

- 1) Ofri D: It takes two, in "What Patients Say, What Doctors Hear", 23-24, Beacon Press Boston, 2017
- 2) Langewitz W: Spontaneous talking time at start of consultation, British Medical Journal 325: 682-83, 2002
- 3) Bavelas JB: Listener as Co-narrators, Journal of Personality and Social Psychology 79: 941-52, 2000
- 4) Launer J: "Narrative -Based Practice in Health and Social Care" Routledge, London and New York, 2018
- 5) Launer J: "Concepts: the seven C7s, 27-39 in "Narrative -Based Practice in Health and Social Care" Routledge, London and New York, 2018
- 6) Lambert MJ: Implication of outcome research for psychotherapy integration, In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), Hand book of psychotherapy integration, New York, 1992
- 7) Charon R: Close reading, in "The principles and practice of Narrative Medicine" Oxford University Press, 157-179, 2016
- 8) Palazzoli Servini: Hypothesizing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session, Family process 19: 3-12, 1980