

◆研究報告

生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する
仮説看護モデルの作成

－ 課題分析による実践知からのモデル化－

Creating a hypothetical nursing model to support patients with lifestyle-related disease to
understand their lives narratively

－ Modeling from practical knowledge by task analysis －

馬場 敦子

Atsuko Baba

抄 録

課題分析の手法を用いて、生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する仮説の看護モデルを作成した。課題分析は、研究者の実践家としての経験を仮説として明示するとともに、研究者としてそれを客観的に分析していく研究方法である。本研究では、筆者の実践仮説のモデル化を行った。作成した看護モデルは、医療者の視点から疾患の要因として生活にアプローチするだけでなく、患者の体験としての生活にもアプローチするものである。実際の看護支援の流れにそったプロセスモデルであり、患者の変化段階とその変化をもたらす看護支援内容とで構成されている。事前研究で作成した看護モデル原案をもとに看護を実践し、筆者が考える3つの変化到達指標がみられた実践事例データをもとにモデルを修正することとした。しかし、研究期間内に3つの到達指標をみだす事例がなかったため、2つの指標をみだす2事例を用いて分析した。その結果、3つの患者の変化段階と2つの看護支援を追加したが、最終地点のプロセスを明確にすることはできなかった。今後は本研究で作成した看護モデルを客観的に分析し、モデルとしての精度を高めていく必要がある。

キーワード：看護モデル 生活習慣病 物語 実践知 課題分析

Key words : nursing model, lifestyle-related disease, narrative, practical knowledge, task analysis

I. 研究の背景

生活習慣病という疾病概念は、増大し続ける医療費抑制施策の中で誕生した。この疾病概念における生活は、疾病の要因、そして客観的に観察や測定が可能な行動という視点で扱われている。しかし人は日頃、自身の生活を疾病の要因や行動という視点で理解していない。このような専門家と患者の視点の違いについて医療人類学者である Kleinman (1988 / 1996) は、“治療者の視点からみた問題” (p.6) としての“疾患 (disease)”と、“人間に本質的な経験である症状や患うこと (suffering) の経験” (p.4) である“病い (illness)”とを区別している。そして“疾患の診断は、病歴にもとづいて行なわれ、専門家でない人の話を専門的なカテゴリーに変換する記号論的な行為” (p.169) であるとしている。行動という

視点で生活にアプローチした場合、医療者は患者の行動はなかなか変わらないという課題に頻繁に直面する。例えば、全世界で行われた糖尿病に関する横断研究である DAWN study (Martha, 2006) では、医療者に指示された self-management 行動を行っていると回答した2型糖尿病患者はわずか 16.2%であった。更に、生活習慣病という概念のもと国をあげてアプローチしているが、平成 29 年国民健康・栄養調査結果の概要 (厚生労働省, 2018) によると、この 10 年に血圧は有意に低下しているものの、肥満者 (BMI \geq 25kg/m²) や「糖尿病が強く疑われる者」の割合、血清総コレステロール値などは、男女とも有意な増減はみられていない。このことは、生活習慣病という医療者の専門知識に変換された手法で生活にアプローチしても、経験という視点で理解している患者とはすれ違い、患者の行動は変わらず疾患の改善にもつながらないという見方ができるのではないかと考えられた。

では、どのようにすれば患者の視点である経験というものにアプローチできるのでしょうか。経験とともに体験という言葉がよく使用されるが、早坂（1999）は辞書や語源、語基から、“体験とは身を浸し、感じ取るままのできごとであり、経験とは思考や知性によって多かれ少なかれ整理された体験”（p.105）と述べている。そして体験とは、“一人ひとりの身体に密着したなまの、独自の出来事で、本来他人の介在を許さない”（p.111）ものであり、その体験を理解し、また探究の対象とする際には、“言葉の組み立て（構成）によって構成的に表現することが欠かせない”（p.113）としている。更に言葉による体験の構成について早坂は、自然科学の方法では既知の知識や理論にとらえ込むように言葉が構成されていく“構成的了解”であり、この構成的了解では、“未知への問い”ではなく、“既知への問い”からはじまることになる。これに対し“了解的構成”は、“了解を言語化や知識の出発点として、既知の問い直し”をする方法であり、頭や論理でわかる、納得するのではなく、情意、身体や感じてわかる、納得するものであるとしている（p.113-116）。また野口（2002）は、理解には“科学的理解”と、それに対比する“物語的理解”または“物語的説明”という2通りの方法があると述べている。科学的説明とは、いわば自然科学の法則にそって事態を説明するものであり、客観的、因果論的な説明によって現実を把握していく方法である。一方物語的理解または物語的説明とは、物語の形式によって把握していく方法であり、“物語としての一貫性が見出されたとき、わたしたちは、事態を理解したとを感じる”（p.25）というものである。

以上のことより、人の生活は体験の連続であるといえ、その体験自体を理解することは困難であり、言葉によって構成すること、経験となることで他者とともに扱うことができると理解された。さらに経験の視点からの生活習慣病患者の生活へのアプローチとして、言葉による構成、物語りという手法が必要だと考えられた。このような物語的な理解の仕方は医学においても取り入れられており、科学的根拠に基づく医療（Evidence-Based Medicine：EBM）にかわり、Narrative-based Medicine：NBM^{ナラティブ}が提唱され、物語りの観点から医療、医学を見直そうという動きがみられている（Greenhalgh, Hurwitz, 1998 / 2001）。

生活習慣病の要因に生活習慣が関係している以上、生活習慣を健康的なものへ変えていくことは重要である。

科学的根拠にもとづいて疾患の状態をアセスメントし、看護を実践することも重要である。疾患と病いへのアプローチをバランスよく実践することが求められていると考えられるが、両者へのアプローチを実践レベルで示した看護モデルは少ない。更に生活習慣病への看護は、特定保健指導や外来療養指導など1回約20～30分という短時間での実践が多い。短時間で疾患と病いの両者を支援することは、熟練を要する技だと考える。

筆者は、慢性疾患看護専門看護師としてなかなか行動変容ができず他の医療スタッフが困る患者の看護に多く従事し、病いとして、体験としての患者の生活を理解しようとしてつとめてきた。その実践経験のなかで、患者の体験としての生活が理解できたと思う瞬間があり、患者がその後、生活習慣病の治療、その多くは行動変容に積極的になるということも繰り返し経験した。更に、1回30分という看護外来での実践経験が大半であったが、初回面接からこの患者の変化にたどりつくまでに、ある一定の看護プロセスがあると気づいた。“実践家は、意識せず暗黙のうちに持論を活用して”（金井・谷口, 2012, p.66）おり、この持論は、このようにすれはうまくいったというような実践家個人の実践の省察の繰り返しで得られるとされている。また Benner（2001 / 2014）も、看護師が実践で経験を積むことで得られる実践知があるとしている。これらの持論や実践知は、言語化することを試みなければ単なる個人の実践として埋もれてしまうという（金井・谷口, 2012; Benner, 2001 / 2014）。そこで、疾患と病いの両者への看護支援として、筆者が自身の経験のなかで得た持論、実践知を言語化し、他者への伝達やその効果の検証につなげたいと考えた。

II. 研究方法の選択

本研究は、専門看護師として筆者が自身の実践経験のなかで得た持論、実践知をモデル化し、将来的に他者との共有化や効果検証につなげていくことを目指している。そこで“臨床家の直感や経験則を活かす研究法”（岩壁, 2008, p.171）である課題分析の方法を用いることとした。この課題分析のユニークな点は、研究者が実践家としての直感や経験、意図的な思考過程を仮説として明示すること、そしてそれを研究者として客観的に厳密に分析すること、この両者を繰り返す研究手法にある。また、実際の支援者と患者との相互作用や実践の文脈を保ったモデルを作成するために、理論的、臨床的に意義ある患者の変化が生じるまでの介入プロセスにそったブ

ロセスモデルの作成を目指すことも特徴である。意義ある変化が生じるまでに患者は一定の段階をたどるとし、各段階に患者が到達していることを特定の指標により確認しながら次の介入を実施する。各段階は、その患者の変化を生じさせるために必ず通らなければならない関所と考えられている。そのため課題分析の質的データ分析では、現象学的研究やグランデッドセオリー法にあるような深い抽象的な概念ではなく、実際に観察できる患者の言動レベルを指標として抽出することが求められる。

課題分析は、発見段階と検証段階の大きく2段階からなる。発見段階はさらに大きく3段階からなる。発見段階ではまず、どういった患者の変化をもたらす支援であるのかを明らかにした上で、研究者の経験や文献をもとに実践家・研究者のもつ仮説や理論的枠組みを表した論理モデルを作成する段階。次に実践家が最も理想的だと思うプロセスをたどった実際の実践事例（純金サンプリングという）と変化が起きなかった事例とを客観的に分析することで論理モデルを修正した実証モデルを作成する段階。最後に新たな修正が不要となる飽和状態まで実践データを収集、分析した論理・実証モデルを作成する段階からなる。そしてその後、検証段階として量的な効果研究にうつっていく。課題分析は、研究者である実践家の経験や直感を活用するため、純金サンプリングとして研究者である実践家が最も理想的だと思う支援プロセスからその本質的な要素を抜き出す方法を用いる。

本研究では、事前研究として筆者が実践家として意義ある患者の変化をもたらしたと考えた1事例の看護実践データをもとに論理モデル原案を作成し、その後さらにデータを収集、分析し、論理モデルとして完成させることを目的とした。

Ⅲ. 論理モデル原案の作成

事前研究として、筆者が実践家として意義ある患者の変化をもたらしたと考えた1事例の看護支援場面の逐語録データを用いて、筆者の実践意図とそれによる患者の変化過程を示した論理モデル原案を作成した。分析はその1事例に対し筆者が意図した思考過程を軸とし、意図する看護支援を実際に行なっているか、また、具体的に患者のどのような言動を反応として捉えたのか、どのような患者の変化段階があるのかを逐語録データから読み取り記述した。そしてそれらを看護支援と患者の変化段階の図（図1）および患者の変化段階の指標（表1）、さらに具体的な看護の流れとして示した。また、これらの

看護の基盤となる筆者の看護の前提を作成した。

支援の開始は、医師から生活習慣の変容が必要とされ看護外来で療養指導を受けることになった地点である。支援終了である患者の意義ある変化の到達点は、患者が自身の生活を物語的に理解することとし、モデル名を『患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデル』とした。

1. 『患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデル』における看護の前提

筆者は、Bennerらの現象学的人間観（Benner・Wrubel, 1989 / 1999）を自身の実践理論として用いてきた。そこで、この現象学的人間観を看護モデルの前提とした。Bennerらは、看護師は“疾患の経過と、患者が病気という体験に持ち込む意味を両方理解できるという特異な立場”（p.450）にあり、“看護とは人の生き抜く体験としての健康と病気に関心を持って関わり合い、疾患をあくまで患者の体験との関わりの中で研究していく営み”（p.10）であるとしている。“疾患（disease）”とは“細胞・組織・器官レベルでの失調の現われ”であり、“病気（illness）”とは、“能力の喪失や機能不全をめぐる人間独自の体験”（p.10）である。看護師は、疾患の経過を理解すると同時に、患者の体験としての病気を理解・解釈する。そして患者が理解できるようなたちで、疾患状態の改善に必要な知識や技術を助言、指導し、患者にとって馴染みのない疾患とその人固有の病気体験との橋渡しを行い、患者が疾患を抱えながら生きていくことを支援していくと捉えた。

具体的な看護としては、野口（2002）の考えをもとに、理解には“科学的理解”と“物語的理解”があると捉えた。疾患（disease）の視点からの看護支援は“科学的理解”にもとづくものであり、医学モデル、疾病モデルを枠組みとして患者をアセスメントしていくとした。具体的には、各疾患の診療ガイドラインをもとに、生活習慣病の要因とされている食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣または生活行動の視点で患者の生活を捉えることとした。そして検査データともあわせ、疾患のコントロールに影響を及ぼす生活行動、習慣を看護師として特定する。

病気（illness）の視点での看護支援は“物語的理解”にもとづくものであり、ナラティブの形式で捉えることとした。患者の体験としての生活は本来捉えることのできないものであるが、それを看護師へ語ることによってストーリーのかたち構成され、患者、看護師の双方が

扱っていきけるものになるとした。具体的には、ライフストーリーのインタビューの手法を用いることとした。患者は看護支援を受けているという現在において過去、現在、未来の出来事を解釈しながら語り、その解釈を聞き手である看護師がさらに解釈し患者に伝えていく(中野・桜井(編), 1995)。このような相互作用を通して次第に患者は自身の生活を何らかのまとまりをもったストーリーの形に構成し、そして看護師にも患者が理解した生活が理解できるようになるものとした。

2) 患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデルの具体的な流れ

1事例への看護支援場面を分析した結果、看護モデルは、患者の11の変化段階とそれに対する看護支援で構成された。また、患者の意義ある変化到達である患者が自身の生活を物語的に理解したことを示す指標として、次の3つを設定した。①今、現在求められている生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事を語る。②その出来事を体験していた時の自身の感情や身体で感じたことを語る。③今、現在求められている生活習慣の変容と対比させ、その生活上の出来事に対する新たな解釈や評価を語る。

看護モデル図を図1に示し、次に具体的なプロセスを示す。患者の変化段階を【 】、それぞれの段階を促進する看護支援を<< >>で示す。

看護師は、<<脈略の理解、疾患状態の分析>>として、カルテを見たり患者にこれまでの治療の経過を確認したりしながら患者をアセスメントしていく。この段階では看護師は患者の全体を把握し改善ポイントを絞り込むことを優先し、指導は行なわず事実把握につとめる。患者はそれに答えることを通して、自身の【疾患、治療の経過と生活行動の概観】をする。看護師は患者の状態がアセスメントできたところで、<<要改善行動の提示と疾患状態の説明>>を行なう。これを受けて患者は、【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】をする。患者はこれまでも生活行動の変更を試みたことはあるが、現実の生活の中では実行や継続が困難であったという経験をもっている。そのため、わかっていてもできないという思いをどこかに持っている。しかし、看護師に正面からそれを伝える患者は少なく、遠まわしに穏やかにそれを伝えてくる。

看護師も現実の生活での実行は困難であることを理解しており、患者がどのようなことに困難を感じているのか、それは別の角度からみると、患者はどのようなこと

に関心を持ちながら日々生活しているのかを理解しようとする。これまでの療養体験を理解し、同時に、どのようなことならできそうなのかという現実目標の探索を行なう(<<療養体験の理解、現実目標の探索>>)。

看護師にこれまでの療養体験をきかれることにより、患者は自身のこれまでの取り組みについて【看護師への説明】を行なう。その過程において【失敗体験の試し表出】を行なう場合もある。この段階では患者-看護師の信頼関係は未構築であり、患者は感情を交えず事実を淡々と話すことが多い。中にはこの看護師には本音を出してもよいだろうか?と、行動変容がうまくいかなかった失敗体験をそれとなく話し、看護師の反応を探る場合もある。

看護師は患者の【看護師への説明】をきくことにより、患者が現実的に実行できそうなことが理解できてくる。そこで看護師は、その患者に可能と思われる<<現実目標の提示>>を行なう。自分にできそうな現実目標の提示を受け、患者には【新たな理解、改善期待の芽生え】が生じる。患者のこの反応がみられれば、看護師は更に具体的に患者の生活をきき、それにあわせて具体的な提案をしていく。ある療養行動ができそうかどうかだけでなく、できそうにないのはなぜなのか?どのような生活をしているか?と、食事や運動ということに限定せず、患者の生活全体を理解する姿勢できいていく(<<生活体験の語りの促進、改善行動の絞りこみ>>)。

看護師の問いかけに応答しながら、患者はどのようなことならできそうなのか?と、【新たな取り組み行動の探索】をはじめめる。看護師は患者とともに取り組みそうな行動を探索しつつ、生活習慣病の管理から離れた患者の生活を理解しようと問いかける。これは患者に対し、日々どのようなことに関心をもち、あるいは大切にしながら生活しているのか振り返ることを促している(<<患者の自己解釈支援>>)。患者は看護師の問いへの返答を考えるなかで自身を振り返り、これまでの生活習慣変容への取り組みで上手くいかなかったことを【看護師に打ち明ける】。看護師は、なぜ上手くいかなかったのか、それは何に関心があったからなのかと<<患者の自己解釈支援>>をする問いかけを続ける。そうすることで患者は【失敗理由の自己探索】を行なう。ここでは、【失敗体験の理由づけ】をしたり、自身の体験を素直に探索したりと揺れながら患者は自身と向き合う。このプロセスで、看護師には患者の失敗理由がみえてくることもある。その場合、こういうことなのだろうか?と<<看護師の解釈>>を提示することもある。そして患者は、【失敗理由の

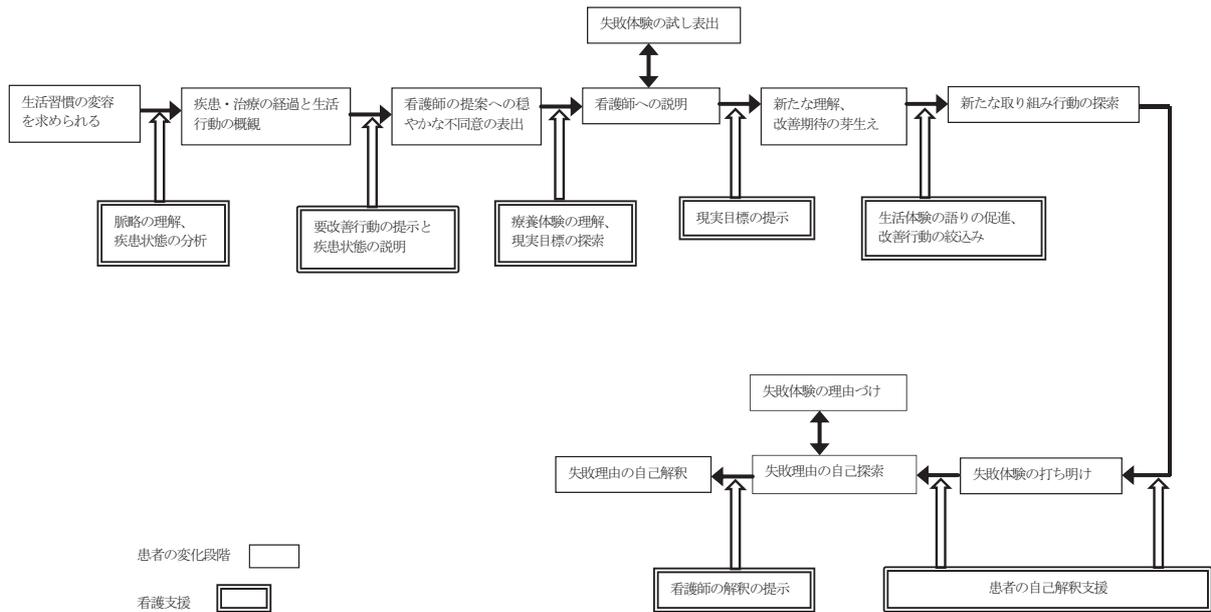


図1 生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデルの論理モデル原案

表1 患者の変化段階の指標

患者の変化段階	各変化段階を表す指標
疾患、治療の経過と生活行動の概観	<ul style="list-style-type: none"> これまでに医療者から受けた説明とそれに対して自身が行ったことの語り。 生活の客観的な描写（感情や気持ちはあまり語られない）。 「そうですね」「はい。」で終わらずに、その後話を続ける。 「え〜と」「〜かな?」「〜と思う」など、自身の生活を思い出そうとしたり、思い浮かべたりしながら語る。
看護師の提案への穏やかな不同意の表出	<ul style="list-style-type: none"> うなずきや簡単なあいづちのみの応答。 沈黙。 やや不満そうな表情、無表情、一点を見つめるような視線、看護師と視線を合わさない、などの態度。 やや強い口調、感情を抑えたような淡々とした口調。 その考えには納得できないというような口調での質問。
看護師への説明	<ul style="list-style-type: none"> ある特定の時期の生活状況や疾患、治療の経過の語り。 看護師の質問に答えるというよりも、患者が会話をリード。 看護師に対し、自身への理解を促すような口調での語り。
失敗体験の試し表出	<ul style="list-style-type: none"> 自身が目標にしていたこと、取り組んでいたことともに、それが「できなかった」「続かない」などの、上手くいかなかったという発言。 上手くいかなかった生活状況の客観的描写。 感情は交えずに、過去の出来事としての語り。
新たな理解、改善期待の芽生え	<ul style="list-style-type: none"> 「〜のようにならぬ」「〜したい」という希望の表出。 「そういうことか」というような、理解したという内容の語り。 何か考えるような表情でのうなずきや質問。 検査結果などをのぞきこんだり、前のめりの仕草や姿勢。
新たな取り組み行動の探索	<ul style="list-style-type: none"> 「〜の方法はどうだろう」となど、患者自らが改善行動の具体案を提案する。 看護師の提案した行動について、できそうかどうか考える。できそうにない場合は、実行が難しい理由とともにできないことを看護師に伝える。 生活の実情や過去の取り組みが新たに追加されて語られる。 過去にできたこと、できなかったことが語られる。 会話の主体が患者になる
失敗体験の打ち明け	<ul style="list-style-type: none"> うまくいかなかった取り組み、あるいは現在うまくいっていない取り組みの語り。 （そこが問題だということが）合点がいったというような語り。 声が大きくなったり、姿勢を変えるなどの行動。
失敗理由の自己探索	<ul style="list-style-type: none"> 特定の生活行動に焦点をあてた探索的な語り。 ゆっくりした口調、自分に問いかけるような口調での語り。 「〜かもしれない」「〜なのかな」というような、仮説を立てた語りや探索するような語り。 「〜でないと落ち着かない」「〜でないとしっくりこない」というような、身体感覚や感情の語り。 自分の傾向についての語り。
失敗体験の理由づけ	<ul style="list-style-type: none"> 生活上の出来事、現状を理由にした「できない」という語り。 出来事や現状の客観的な描写。
失敗理由の自己解釈	<ul style="list-style-type: none"> ストーリーの形式をとった自身の人生の語りとともに、失敗の理由に対する仮説が語られる。 （看護師に話すというよりも）自分自身の問いかけるような、納得させるような、実感しているような、しみじみとした・しみじみとした語り方。 静かに落ちついた感じでの語り方 「〜です」「〜だ」というように、ある一つの理由や仮説が特定されたり、強調される。

自己解釈】として、自分なりに理解できる説明にたどり着く。この段階が、自身の生活を物語的に理解するということである。

これらの各段階は一方向に進んでいくプロセスであり、それぞれの段階を得ることで最終的な【失敗理由の自己解釈】に到達すると仮定した。また、このプロセスは、患者が自身の生活を物語的に理解していくプロセスであり、同時に看護師も患者の生活を物語的に理解していくプロセスであると捉えた。

患者がそれぞれの段階にあることを示す指標を表1に示す。

IV. 研究目的

看護外来の限定的な時間において、生活習慣の変容が必要とされた生活習慣病あるいはその予備群と診断を受けた患者に対し、患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデルの論理モデルを作成する。

V. 研究方法

1. 研究対象者

肥満、脂肪肝、高血圧、高血糖、脂質異常のため筆者が看護実践を行う病院の外来で通院加療を受けている人であり、医師が生活習慣変容のために外来療養指導実施の指示を出し、看護外来での支援を受けることになった人とする。また、論理モデル原案にある変化過程をたどり、意義ある変化到達指標として設定した3つの指標がみられた最低3例の変化到達データが収集できるまで対象者を募った（純金サンプリング）。

2. データ収集方法

筆者自身の実践知からモデルを構築するため、データ収集は筆者が看護実践を行う病院で行った。さらに対象者への倫理的配慮を行った上で、実際の実践場面をデータとした。データは、次の3点である。

- 1) 患者の性別、年齢、療養指導を受けることとなった基礎疾患に関する検査結果と治療経過。これらは筆者の疾患のアセスメントの根拠として分析に用いた。
- 2) 看護外来での療養指導における筆者と患者の会話の逐語録。

事前研究から作成した『生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデル』にそって看護を実践した。ただし筆者の実践知の可視化が目的であるため、看護モデルを意識しつ

つも実践家としての直感や判断を優先して看護を行った。この療養指導場面における筆者と患者との会話を録音し、それを逐語録に書き起こしデータとした。看護外来での療養指導回数は人によって様々であるが、最大でも3回目までを研究データとして用いた。その理由としては、筆者の実践経験から、3回程度の外来療養指導で患者の変化が生じると考えられたからである。

- 3) 各外来療養指導実施後、その際の筆者自身の看護を“一人称の報告スタイルのストーリー”（Benner, 2011 / 2012, p.903）としてICレコーダーに語り録音し、その逐語録をデータとした。これは筆者の思考過程の分析に用いた。

3. 分析方法

本研究の次段階である実証モデルの作成では、研究者の実践家としての意図や仮説を括弧に入れて純金サンプリングを客観的に分析する。その括弧入れを行いやすくするために、あえて純金サンプリングデータを用いて実践家としての意図や仮説を明示化した論理モデルを作成することとした。そのため、筆者の実践家としての経験から理想的な変化プロセスをたどったと考える事例、つまり論理モデル原案にある変化過程をたどり、意義ある変化到達指標として設定した3つの指標がみられた事例を純金サンプリングとし、その純金サンプリングについて分析を行った。筆者の仮説を示すことが目的であるため、研究者としての客観的な視点ではなく、実践家としての思考過程を示した論理モデル原案にある看護支援や患者の反応が得られているかどうかという視点で分析した。論理モデル原案のもとになる1事例と本研究における純金サンプリング事例に共通する実践意図や仮説をモデル化しておくことで、より次の客観的分析につなげることができると考えた。具体的には次の手順で行った。

- 1) 1事例毎に純金サンプリングの逐語録を何度も読み、論理モデル原案の患者の指標がみられている部分を抜き出す。論理モデル原案には示されていないが、新たに必要と思われた患者の変化段階があれば追加する。
- 2) 逐語録と筆者自身の看護のストーリーを読み、論理モデル原案の看護支援を実践しているか確認し、新たな支援内容があれば追加する。
- 3) 純金サンプリングの各事例と論理モデル原案を比較、修正し、論理モデルとする。

4. 研究期間

平成 26 年 11 月～ 29 年 3 月

5. 倫理的配慮

本研究および事前研究ともに兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会およびデータ収集病院の倫理委員会の承認を得た。特に、研究者が実践する病院施設において研究を実施するため、研究への同意にあたり強制力をできる限り排除できるよう配慮した。具体的には、筆者が研究依頼者であることは伏せた状態で医師より研究協力への説明を受ける意思確認を行なってもらい、同意が得られた場合のみ筆者から詳細な説明を行なった。更に実際の業務内容が研究となるため、「研究実施伺い」をもとに病院長、事務長、看護部長に説明し、「研究実施許可書」をもって病院長から許可を得た。

V. 結果

6 名の患者から協力が得られたが、研究期間中には純金サンプリング 3 例のデータは得られなかった。課題分析は研究者の仮説の明示化と客観的分析を繰り返す手法をとる。そこで、本来の純金サンプリングではないが、まずは仮説の明示化を行なうために変化到達指標の 2 つ以上がみられた 2 事例を本研究における純金サンプリングとして扱い分析を行った。

2 事例の各看護プロセスを次に示す。患者の変化段階を【 】, 看護支援を<< >>, 患者の発言は [] で示す。

1. 事例 1

60 歳代の男性。糖尿病、脂質異常症、高血圧で通院中。約 3 年前に心筋梗塞を発症。糖尿病については内服加療下にて HbA1c 8% 代と高値で経過。喫煙量が多く検査データも高値が続いているが、生活習慣を変えられない患者であると医師より紹介があった。事例 1 は到達指標③について、看護支援を受けて新たな解釈や評価が生じたというよりも、既に患者のなかにあった解釈や評価を看護師に伝えた状態と理解されたため、純金サンプリングデータとは捉えなかった。

まず患者は看護師の質問に促されながら自身の【疾患・治療の経過と生活行動の概観】を行った後、自身の血糖値が高い理由は 3 つあるとわかっているが、それを改善するつもりはないと【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】を行った。[だから、減らそうと思うときは、努力しとるときは絶えずおなが減ったんです。今は絶えず満タンの状態。]と現状について【看護師への説明】を行い、[だからね、自分でしよう思うたらね、

いっぺんやったことあるんです、自分でね、先生があんまり言うもんやから、よして、2 カ月ぐらい食べなんで辛抱して、そしたら 7 代になったんです。(HbA1c)7.8 ぐらいまで減ったんです。ほで、先生が、ええ結果ですな言うたら、あ、いけるなって、いつでもいけるな。] [安心してもたんですね。]と【失敗体験の試し表出】を行った。その後、HbA1c の値や看護師が提案する目標体重値に関心を示すなど【新たな理解、改善期待の芽生え】を示し、[宴会があるとダメですね。] など、【新たな取り組み行動の探索】をはじめた。

しかし事例 1 は、変化のプロセスをたどってはいるものの深いレベルでの変化は起きていないように筆者は感じ、ここであえて妻や子ども達との日常をきくことという<<生活習慣に限定しない生活の語りの促進>>という看護支援を行った。それにより [たまた、寒いとこで荷物持ったらあかんとかそんなんは言うてくれるんです。あんまりそんなんされると病人になってしまうから俺させたくないです。] [させたくないじゃない、してほしいねんけどもね。] [してほしいねんけど、あんまり過敏に、あんたも病人やからいうてそういう扱いはしてほしくない。今まで、はやから、病気になる前は、重いから持ってたとか、任せとき言うてずっと持ちよったんが、病気になった途端に、私持つ言うてやるからね。]と、【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】として家族との出来事を語った。その後、[だんだん私の存在価値が薄れていく。]と語り、看護師のちょっと寂しい? という問いかけに [そうですね。]と応え、【生活上の出来事に対する感情の語り】を行った。そして、娘との関係や孫ができるまで元気だろうかという話をした後、[お荷物や言われるのが嫌やねんね。だから、ある程度自分自身の体調とかそんなんを考えると、ちょっとここまでしたらあかんかないうぐらいの線です。] [いうたら、自分の健康に一生懸命気使って自分を大事に大事にして、体が動かんに自分自身は元気だとかというよりも、どう言うんかな、自分の体負担掛けとるからポッキリいけへんかなと思って。] [ポッキリを狙っとるんです。] [そやから、自分で無茶はしてないんです。これ以上したらあかんいう線で押さえとるんです、いつも。]と【失敗体験の自己解釈】を述べた。その後、[だから、自分で今しんどい目して我慢してたばこを止めて食事減らしていう気はさらさらないんです。そうしたら、絶対健康的になるやろうしこの数値も下がってくるやろ思うんですけどね。自

分でそれをする気がないから.] と、【失敗体験の理由づけ】を行った。

以上のことから事例1では、【失敗体験の打ち明け】と【失敗理由の自己探索】の段階はみられず、【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】【生活上の出来事に対する感情の語り】およびそれを支援する「生活習慣に限定しない生活の語りの促進」を加えた。

2. 事例2

50歳代後半の男性。糖尿病と脂質異常症で通院中。以前に筆者以外の看護外来看護師から3年ほど看護支援を受けた経験をもっていた。血糖値の改善により支援終了となっていたが、再度血糖値が上昇し看護外来支援を受けることになった。事例2は会社の運動クラブに入っており、運動後の低血糖とその後の高血糖を繰り返していた。そのため、以前の看護外来支援時は、低血糖予防の指導を多く受けていた。

看護支援を受けることの意義を感じていない態度があり、【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】からスタートした。変化到達目標の②について、しみじみとした語りのみで感情の語りが見られなかったことから、純金サンプリングデータとは捉えなかった。

【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】からスタートしたため、「療養体験の理解、現実目標の探索」を行いながら、患者の理解を深めていった。患者は、これまでの【失敗体験の試し表出】を数多く行いながら、これまでの療養について【看護師への説明】を行った。看護師が「現実目標の提示」を行ったところ「下がるの?」と【新たな理解、改善期待の芽生え】を示したことから、「生活体験の語りの促進、改善行動の絞り込み」を行っていた。それを受け患者が【新たな取り組み行動の探索】を行う段階で1回目の指導は終了した。事例2では、特にクラブ活動時の補食がうまくとれず低血糖を生じることや夜の自宅での間食を中心に、【失敗体験の試し表出】【看護師への説明】について多くの語りがあったことが特徴であった。これらの語りを聞きながら、支援の最初に実施できなかった「脈絡の理解、疾患状態の分析」→「要改善行動の提示と疾患状態の説明」→「療養体験の理解、現実目標の探索」の看護支援を補うような形で進んでいた。

2回目の指導の最初は、「卵をやめて豆腐にしてみた」など、1回目から2回目指導の約1ヶ月間の【変えてみた行動の報告とその修正方法の相談】が中心となった。

それに対し看護師は、「変容行動の効果アセスメントと修正案の提案」を行った。患者は、【新たな取り組み行動の探索】と【変えてみた行動の報告とその修正方法の相談】の段階に長くとどまった。しかし、「体重が増えるのと寝不足が起こると血圧が一気に上がる。」という語りを機に、看護師は「生活習慣に限定しない生活の語りの促進」を行った。その結果、【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】として、「今ちょっとパソコン作ってるので、なんかそれで。」[組み立てとかというのが。][そういうの趣味でいろいろやってるので。][ええ、高度(笑)模型作りたいなことや。]と、「もう時間関係なしになっちゃいますね。」[朝の4時やんかとかね。][あんまり熱中しとるとやっぱりね、徹夜してしまうので。]というほど趣味に没頭することがある生活を語った。それは、寝不足の状態健康診断を受けることになり血圧が高値だったという【失敗体験の打ち明け】ともみることができた。患者は、行動レベルでの失敗体験は数多く語っていた。しかし、この寝不足ということは、「まあまあ、凝り性、飽き症ですよ。」[あるところまでいったら、もうばいとほうっちゃう。][いろんなのでもなんでもかんでも。][最初はつくりたいやつ作るんですけど、なんかびとこよう引張られるとそこにデッと行ってしまふので、なかなか普通まで戻すっていうのは難しいですよ。]という自己解釈につながっていった。そしてこれらの語りをきいた看護師は、運動と食べることのタイミングやバランスが調整できなかったこととあわせ、リズムを上手く合わせていくっていうのが課題なのかもしれないですねと、「看護師の解釈の提示」を行った。それに対し患者は、「あー、なるほどね。」[タイミングがあると、タイミングかぁ(笑い)。][本当タイミングね、ちょっと気がつかんかったな。]と、失敗体験を振り返った。そして、「(笑い)寝ることなあ、前回からずーっと課題なんだよな(笑)。][寝ること、タイミング(笑)それが一番難しい課題だった。]と、納得、実感した態度で語った。そのため、この時点を【失敗理由の自己解釈】と理解した。

以上のように事例2では、【変えてみた行動の報告とその修正方法の相談】とそれに対する「変容行動の効果アセスメントと修正案の提案」の看護支援が追加された。また事例1と同様に、【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】と、この変化を促す看護支援として「生活習慣に限定しない生

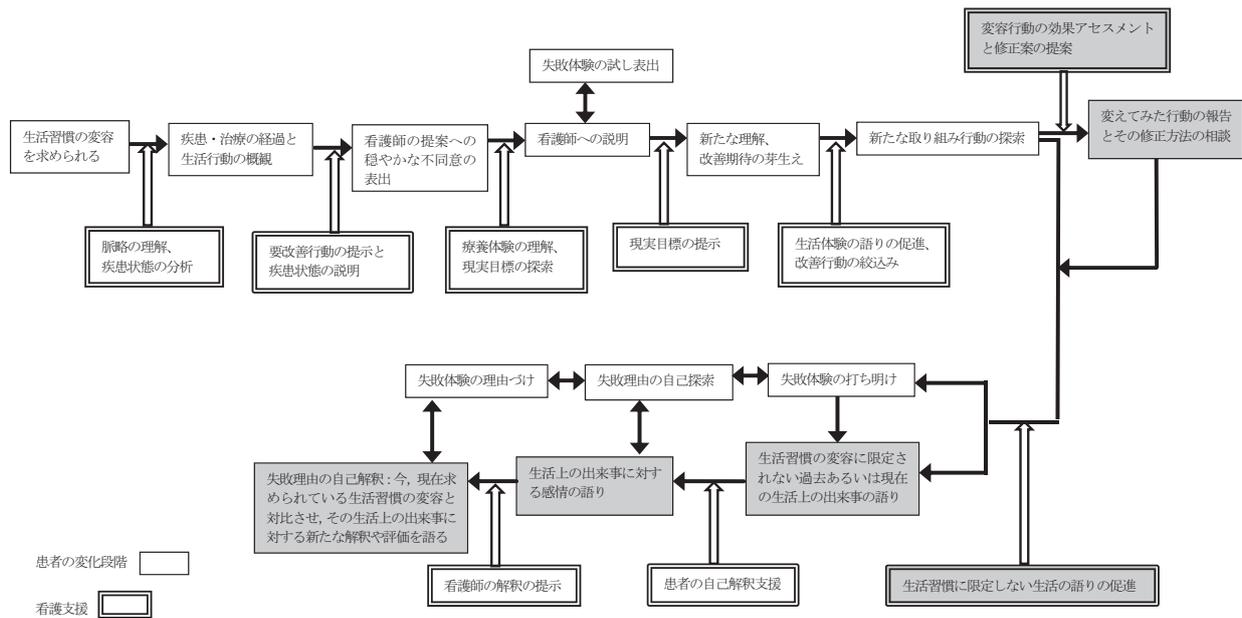


図2 生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデルの論理モデル

活の語りの促進」を加えた。

3. 論理モデル原案と2事例の統合

2事例を分析した結果、【新たな取り組み行動の探索】の次の段階として、論理モデル原案にある【失敗体験の打ち明け】の段階をたどる場合と、【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】の段階に進む場合があるとした。そして、【失敗体験の打ち明け】または【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】を促す看護支援として、「生活習慣に限定しない生活の語りの促進」を追加した。その後の【失敗理由の自己探索】【失敗体験の理由づけ】【生活上の出来事に対する感情の語り】の各段階の関係性については、共通する関係性や順序などを明確にすることはできなかった。これは、2事例が純金サンプリングではないことが影響していると考えた。

また、【新たな取り組み行動の探索】の次に【変えてみた行動の報告とその修正方法の相談】という段階と、それに対する「変容行動の効果アセスメントと修正案の提案」を加えた。これは、1回の看護外来支援でどの段階まで進んでいるかということと関係していると考えられた。看護外来は1カ月に1回の頻度が多く、その間に患者は生活習慣の変容を試みることが多い。その場合は、【変えてみた行動の報告とその修正方法の相談】として【新たな取り組み行動の探索】から一歩進みより具体的な相談をするようになる。したがって、この段階をたどる場合があるとした。

更に変化到達の指標としてあげていた3つの指標は、最後にすべてがそろうのではなく、①今、現在求められている生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事を語る、②その出来事を体験していた時の自身の感情や身体で感じたことを語るは、変化到達のために必要な段階であると修正した。そして到達地点の【失敗理由の自己解釈】では、上記①②の指標を合わせた一つのストーリーの形として語られ、変化到達指標③である、③今、現在求められている生活習慣の変容と対比させ、その生活上の出来事に対する新たな解釈や評価を語ると修正した。そしてこの変化到達指標③を、最終の変化段階として位置づけ、【失敗理由の自己解釈:今、現在求められている生活習慣の変容と対比させ、その生活上の出来事に対する新たな解釈や評価を語る】と示すこととした。

以上の結果から修正したモデル図を図2に示す。新たに加えた患者の変化段階と看護支援は、グレーで色づけして示す。

VI. 考察

本研究では、課題分析の手法を用いて研究者が自身の実践を分析することに取り組んだ。課題分析における論理モデル作成までの取り組みであり、客観的な分析はまだ行っていない。しかし、自身の実践をモデルという形で明示化することにより、これまで気づかなかった新たな発見がいくつかあった。この気づきは今後の客観的分

析の際に括弧入れが必要な仮説になると考えられたため、この点を中心に考察を行いたい。

まず筆者の看護は、最初に疾患の視点で介入を行い、次第に病気の視点での理解、解釈を深めようとするプロセスをとっていることがわかった。作成したモデルの【新たな取り組み行動の探索】までは、野口（2002）がいうところの“科学的理解”のプロセスであるといえる。これは、看護外来においては患者の疾患や身体状態を把握し、少なくとも次の看護外来まで患者が安全に療養を継続できるかどうか見極めることが優先課題となっているからだと考える。合併症の兆候が出ていないか、重症低血糖につながるような療養行動をとっていないかといったことを確認することは、看護外来看護師として重要である。また生活習慣病は、生活習慣の改善が薬物療法とならぶ治療である。したがって、食事や活動のどこにどのような課題があるかをアセスメントすることが看護外来看護に求められている。そのため、疾患状態のアセスメントプロセスが最初にあると改めて理解した。

また、【新たな取り組み行動の探索】までのプロセスは、知識提供型、行動科学的アプローチのプロセスともいえる。変容が必要な行動を明らかにし、なぜその生活行動がよくないのか、どのようにすればよいかという知識を提供する。筆者の経験上、ここまでの看護支援で改善する患者も多い。今後純金サンプリングとそうではない事例とを分析し検証する必要があるが、筆者の実践者としての経験としては、なかなか生活習慣が改善しない患者、行動変容が難しい患者に対し、自身の生活を物語的に理解することを支援している場合が多いと感じている。患者が医療者の提案するような療養行動がとれない、とれない背景には、そうすることで保つことのできる生活があると筆者は考えている。そのため、患者の生活を物語的に理解することにより患者が本当に困っていることはどのようなことなのかを理解し、それを解決、緩和できるような療養行動を患者とともに探索する。そしてその結果として疾患状態が改善していくと筆者は予測している。河口ら（2011）が糖尿病患者に変化をもたらした熟練看護師の患者教育を分析した結果においても、“生活者としての事実とその意味の分かち合い”（p.16）として、患者が看護師とともに自身の生活をどのように捉え感じているかを確認しあうプロセスが明らかになっている。この河口らの研究においても、“それまで意識していなかった「その人にとっての生活の大切さや意味、感情」を浮き彫り”（p.17）にすることが必要と述べられている。

患者は自身の生活のなかで何かを大切にし、また何らかの思いをもちつつ過ごしているが、それを患者自身が理解していることは多くはないと感じている。それは、本研究で取り組んだ看護モデルの【失敗理由の自己探索】【失敗体験の理由づけ】にみられるように、なぜできないのだろう？なににこだわっているのだろう？と患者が自身に問いかけることでなんらかの説明が生じてくるのではないか。この説明は、ある意味では言い訳なのかもしれない。しかし例え言い訳であっても、その正否を問わず、早坂（1999）が述べるように情意、身体や感じてわかる、納得することで、患者は自身の生活をひとまず理解できるのではないかと筆者は予測している。今後の客観的分析を通してこの予測を検証するとともに、どのような患者にこの看護モデルが適応されるのか、また、患者の生活の物語的理解と疾患状態改善との関係性についても検討していきたいと考える。

一方、最初の科学的理解のプロセスにおいても、特に【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】や【看護師の説明】を否定することなくきき、患者が何をいおうとしているか理解しようとする看護師の態度が、その後の看護プロセスのポイントであると考えられる。この段階を看護師が否定することなくきくことで、患者は正直に自分の思いを話してよいという安心感をもつことができ、その後の自己解釈につながるのではないかと考えられる。しかしこの点についても筆者の仮説であるため、課題分析の方法論にそって今後客観的な分析を行い検証していきたい。

筆者の看護支援を受けることで改善につながる患者が多いということや、患者が自身の生活を物語的に理解することが重要であるということは、筆者やその周囲の医療者が経験的に感じていることであり、それを客観的に証明することはできていない。それを証明する試みの第一歩が本研究であるが、“課題分析を行うためには、臨床家・研究者が、その分析に適した面接場面を集めることが必要とされるが、現象によってはそれほど簡単に集まらない”と岩壁（2008, p.207）が述べているように、限られた研究期間に純金サンプリングを集めることは困難であった。同じく岩壁が提案しているように、複数の実践家でグループを作って同様の実践を行い、そのデータを集めるなどの研究方法（岩壁, 2008, p.209）も検討する必要があると考えられた。そのためには同じ実践ができるような看護モデルとその具体的な看護の流れを示すことが必要となる。まずは本研究の純金サンプリン

グを客観的に分析することで実証モデルへと修正し、続く研究段階でのデータ収集方法も検討していきたいと考える。

V. 結論

本研究では、課題分析の手法を用いて筆者が実践する生活習慣病患者が自身の生活を物語的に理解することを支援する看護モデルの論理モデルの作成を行った。論理モデルは課題分析の初期の分析段階であり、筆者の実践家としての思考過程や実践仮説をモデルとして明示化した。まず事前研究として1事例の看護実践データから論理モデル原案を作成し、その後さらにデータを追加し論理モデルとして完成させることにした。しかし論理モデル原案で設定した3つの意義ある変化の到達指標をみただすデータを得ることができず、2つの指標がみられた2事例のデータを分析した。その結果、9の看護支援と14の患者の変化段階からなる論理モデルが作成された。筆者は「脈絡の理解、疾患状態の分析」→「要改善行動の提示と疾患状態の説明」といった疾患の視点による患者理解から開始し、次第に「生活習慣に限定しない生活の語りの促進」→「患者の自己解釈支援」と患者が自身の生活を物語的に理解することを促す看護支援を実施していると考えられた。患者はそれらの看護支援を受け、【看護師の提案への穏やかな不同意の表出】【新たな取り組み行動の探索】と自身の生活を生活習慣病に関連した視点から振り返り、次第に【生活習慣の変容に限定されない過去あるいは現在の生活上の出来事の語り】【生活上の出来事に対する感情の語り】を行い、最終的な自身の生活を物語的に理解する【失敗理由の自己解釈：今、現在求められている生活習慣の変容と対比させ、その生活上の出来事に対する新たな解釈や評価を語る】段階に到達していると考えられた。しかし3つの変化到達指標をみただす事例でなかったことが関係し、この最終段階のプロセスを明確にすることはできなかった。

課題分析は実践家である研究者の仮説の明示化と客観的分析を繰り返すことに特徴があるが、本研究では筆者の仮説の明示化段階のみの報告となっている。まずは次の段階として本研究データを客観的に分析し、看護モデルとしての信頼性を高めていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力くださいました患者様、病院関係者の皆様に感謝申し上げます。また本研究の計画段階からご

指導いただきました神戸女子大学野並葉子先生、加治秀介先生、兵庫県立大学坂下玲子先生、お茶の水女子大学岩壁茂先生に感謝申し上げます。

本研究は、平成27年度行吉学園教育・研究助成金を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- Benner,P. & Wrubel,J. (1989) / 難波卓志訳 (1999), 現象学的人間論と看護, 医学書院
- Benner,P. (2001) / 井部俊子 (監訳) (2014). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 医学書院
- Benner,P.,Hooper,K.P.,&Stannard,D. (2011) / 井上智子 (監) (2012). ベナー 看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること. 第2版. 医学書院.
- 厚生労働省 (2018). 平成29年国民健康・栄養調査結果の概要. 2018年10月1日閲覧.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/000351576.pdf>
- Greenhalgh,T.・Hurwitz,B. (1998) / 斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史 (訳) (2001), ナラティブ・ベイスド・メディスン—臨床における物語りと対話, 金剛出版
- 早坂泰次郎 (編), 1999, 現場からの現象学-本質学から現実学へ, 川島書店
- 岩壁茂 (2008) : プロセス研究の方法. 新曜社.
- 金井壽宏, 谷口智彦 (2012), 第3章 実践知の組織的継承とリーダーシップ. 金井壽宏, 楠見孝編. 実践知・エキスパートの知性. 有斐閣.
- 河口てる子, 患者教育研究会 (2011), 患者教育の新しい風 看護の教育的関わりモデル Ver.6.4 とは, *Nusing today*, 26 (6), 12-18.
- Kleinman,A (1988) / 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳 (1996), 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学, 誠信書房
- Martha,M.F. (2006). The Diabetes Attitudes, Wishes,and Needs (DAWN) Study. *CLINICAL DIABETES*, 24 (4), 154-155.
- 中野卓, 桜井厚 (編) (1995). ライフヒストリーの社会学. 弘文堂.
- 野口祐二 (2002) : 物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ, 医学書院

