

患者教育の実践研究事例 「看護の教育的関わりモデル」

河口 てる子 Kawaguchi Teruko

日本慢性看護学会副理事長(日本赤十字看護大学教授)

慢性看護学における患者教育

患者教育は、慢性看護学の中で研究・実践の柱となる分野の1つである。日本慢性看護学会では、2008年6月の第2回日本慢性看護学会学術集会において、研究交流推進委員会(木下幸代委員長)主催によるワークショップ「慢性看護ケアの方略に関する研究と課題」を持ち、「患者教育」を主テーマとした。このワークショップでは、河口らが開発した患者教育の実践モデルである「看護の教育的関わりモデル」を素材として討議し、慢性看護の実践の知について体系化を試みた。

一般的な患者教育方法

看護師による患者教育は長い間、その方法論を検討することもなく、個々の看護師に任せられ実施されてきた。そのため実施された教育方法は通常、看護師自身が学校教育で受けてきた「患者に必要な疾患・治療の情報を患者に提供する」という方法であった。これは、患者教育の領域では「KABモデル」と呼ばれるもので、対象者に疾患や治療、自己管理などの知識(Knowledge)を与えると、対象者の健康に対する考え方・態度(Attitude)が変わり、行動(Behavior)が変わるという理論に基づく。

もちろん看護師自身は、これが教育方法の1つであると自覚して使っていたわけではない。看護教育での教授方法は、ほとんど看護学生に系統的に医学的な情報・技

術を与えるものであったから、この手法で多くの看護師は、患者教育を実施していた。その中で看護師は、無意識に「患者に対して疾患・治療に関する知識を与えれば、患者の行動は健康的な方向に変わる」ということを信じて実施していたのである。

しかし実際には、患者に自己管理に必要な情報を与え、患者に十分な知識があっても、行動に結び付かないことが高頻度で見受けられた。ほとんどの患者は、慢性疾患の治療のために食事療法や運動療法が必要で、「やらなければいけないもの」と認識してはいるが、社会生活を営む中で実施できずにいた。にもかかわらず、ほとんどの看護師を始め医療従事者は、患者は病気と診断されたのだから疾患の自己管理をすべきだし、必要な情報を与えれば、当然実行するだろうと思いついでいたのである。

看護師や医師らは何度もカンファレンスを行い、指導する看護師を変えてみたりするなど、いろいろと試してみるが、患者の行動に変化は見られず、そのため看護師や医師は、堂々めぐりの末に「やる気のない患者」という「レッテル」を貼り、問題を患者のせいにしていた。

熟練看護師の高度な教育実践を実践知に

このように患者教育方法がまだ混沌としている中、患者教育方法の改善を目指す看護研究者と実践家が共同で、16年前に患者教育研究会(河口てる子代表)を結成し、「効果的な患者教育」を模索し始めた。

研究の糸口となったのは、「熟練看護師が行っている教育では、しばしば患者が自己管理に向かって(自主的に)行動変容している」「しかも、患者はその看護師に絶対の信頼を置くようになる」という気づきであった。つまり、行動変容のきっかけとなった熟練看護師の患者教育を記述・分析すれば、効果的な患者教育の方法を明らかにできるのではないかと考えたのである。そのため、まずはこれら熟練看護師の「技」を記述・分析し、その要素を抽出することになった^{1,4)}。

実践知の抽出からモデルの形成までのプロセス

看護師による患者教育事例を158例収集し、看護研究者・臨床看護師集団が一つひとつ事例分析した。

分析に用いられた事例は、プロセスレコードのようなフォーマットで記述され、用紙は薄井坦子氏(1997年3月まで会員)の事例用紙を修正し使用した。用紙のフォーマットは、「患者の反応」をA、「看護師の判断およびその根拠となったデータ・情報」をB、「看護師の行動・ケア(教育)」をCとし、患者の反応を中心に患者行動・心理、および看護師との関わりをトピック・場面単位で記載した。患者の反応では言動・表情・状況他を記入し、看護師の判断では看護師が感じたこと、考えたこと、その意図、およびその根拠となったデータ・情報を記載、看護師の行動・ケアは実際に行った教育内容を記載するように用紙設定した。

分析を行った会員は延べ54名であり、現在の会員数は24名である。1回の分析に集まる会員数は、最少5名最多20名、平均すると15名であった。看護研究者(教育分野)が6割、臨床看護師が4割程度であるが、会員の身分は16年の間に移り変わり、臨床看護師が大学院や教育分野に移動するなど、かなりの入れ替えがあった。

患者教育研究会の結成は1994年7月であり、事例収

集の後、翌年1995年から分析を開始し、現在16年を経過している。分析を行う患者教育研究会は毎月1回、東京で開かれ、年に1回は東京以外で開催している。また、2泊3日の合宿研究会で、集中的な分析も毎年実施している。

分析は教育事例から帰納的に行われたが、準備された事例用紙に記載されたものだけでなく、分析討議の中で研究者・臨床看護師自身の臨床経験、教育事例も同時に出され、一緒に分析された。また研究者による文献検討が同時に行われ、分析時には患者教育に関する先行研究や学習理論なども紹介され検討されたため、帰納的分析と演繹的分析の両方を行き来しながら分析が行われる結果となった。討議は不思議と常に活発で、看護師による患者教育の現状への嘆きや憤りなども表出されながら続けられた。

看護研究者と実践家と一緒にあって、いくつもの教育事例を分析・討議した結果、患者を行動変容に導いた「とっかかり/手がかり言動」とその「直感的解釈」、看護師が着目している「生活」と「生活者」の視点、患者教育の理論と技法、医学・療養上の専門的知識・技術、看護師が面接時(患者教育時)に漂わせる雰囲気「Professional Learning Climate」などが、効果的な患者教育の要素として見いだされた。

これらの要素は、要素間の関係性の検討から「患者教育のための『看護実践モデル』」として生成され、現在は名称を「看護の教育的関わりモデル」と変更して分析が続けられている。

「看護の教育的関わりモデル」

「看護の教育的関わりモデル(通称TKモデル)」^{註)}は、看護職者の教育実践力を高めることを目的に、熟練看護師の高度な教育実践を可視化したモデルである。このモ

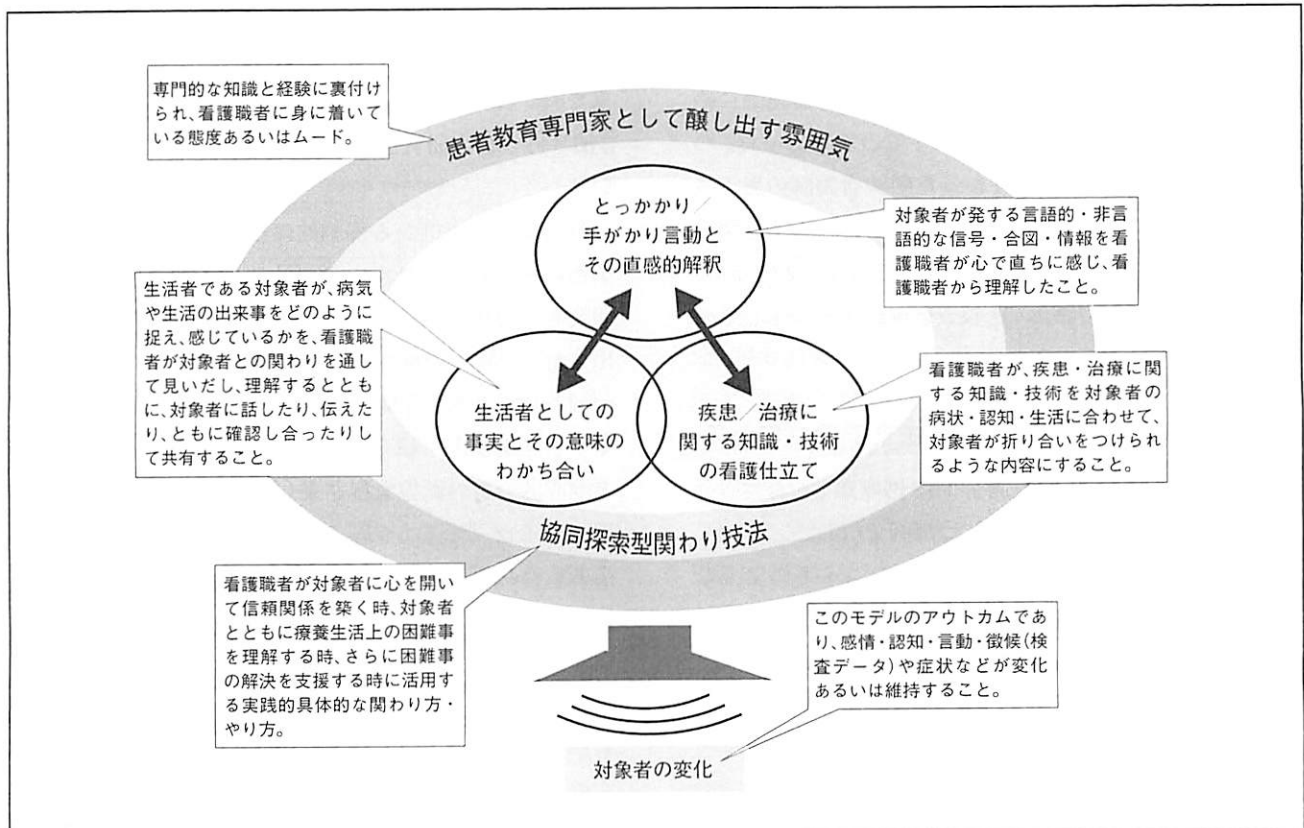


図1 看護の教育的関わりモデル Version 6.2 (通称: TKモデル)

デルにおいて看護職者は、患者と相互主体的に関わり合いながら、患者の生活者としての価値観を尊重し、看護の専門的能力を駆使して、生活と健康を支援する(図1)。

このモデルは、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「生活者としての事実とその意味のわかち合い」「疾患／治療に関する知識・技術の看護仕立て」「協同探索型関わり技法」「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」の5つの概念で構成される。

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」は、「生活者としての事実とその意味のわかち合い」「疾患・治

療に関する知識・技術の看護仕立て」を発展させる糸口である。「生活者としての事実とその意味のわかち合い」により浮き彫りになった生活者としての事実とその意味

注:「看護の教育的関わりモデル(TKモデル)」は、平成9～12年度文部科学省科学研究費補助金(基盤研究B課題番号09470533)、平成13～16年度(基盤研究B課題番号13470537)、平成17～20年度日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究A課題番号17209071)、および平成21～24年度(基盤研究A課題番号21249096)の助成を受けて行われた研究の一部であり、患者教育研究会により行われたものである。(研究代表者は、いずれも河口てる子)

が尊重されて、「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」につながる。「協同探索型関わり技法」は、これらの3つの概念の中で活用される具体的な技法であり、「患者教育専門家として醸し出す雰囲気」は、それぞれの機能を増幅させ促進する役割を果たす。

とっかかり／手がかり言動と直感的解釈

「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」は、「看護の教育的関わりモデル」の入り口となる概念であり、その後の対象者の変化へと発展するきっかけとなるものである。

「とっかかり／手がかり言動」とは、対象者が意図的あるいは無意図的に発する言語的・非言語的な信号・合図・情報であり、患者の療養を阻害しているであろうと看護師がとっさに捉えた言動や態度のことである。「とっかかり」とは「手がかり、手始め、とりつき」で、「手がかり」には「物事を始める、または解決する糸口」などの意味があり、看護師が瞬時に次のアプローチの方策を選択し得る、患者の言語的・非言語的サインである。

「とっかかり／手がかり言動」の例には、「わかっています」「知っているからもういいです」など看護師の関わりに抵抗を示す表現や、「私みたいなのはあまりいいでしょう」など探りを入れる表現、「その辺はあんまり」など問題の追及をかわす表現などの他、表情が硬く口数が少ない、あるいは逆に多弁である場合や、涙を流す、うつむくなどの感情を表す態度などがあり、看護師のそれまでの経験や知識と照らし合わせた時に、ずれがあると感じられたものが具体的に抽出されている。

ベナー⁵⁾が、直観(intuition)は熟練した人間の判断であると述べているように、患者が発した「とっかかり／手がかり言動」は、看護師の中で意味づけられ、蓄積された経験に共鳴したかのように、瞬間的に「アッ、何か

へんだ」「おやっ」「ここが重要だ」などの身体感覚を伴った解釈を呼ぶ。このように看護師が心で直ちに感じ、瞬間的に看護職者から理解したことを直感的解釈と言う。

生活者としての事実とその意味のわかち合い

この概念は、事例検討の中で事象としては何度も語られ検討されてきたが、命名することと定義することが困難であった。発展する可能性を含めつつ、「生活者である対象者が、病気や生活の出来事をどのように捉え、感じているかを、看護職者が対象者との関わりを通して見だし理解するとともに、対象者に話したり、伝えたり、ともに確認し合ったりして、共有すること」として概念化した。

「生活者とは、その人の生きてきた個の歴史の中で培われた生活習慣や生活信条を持ちながら生きている人」であり、「生活とは、人間の存在そのものであり、各個人の主体的営みである。生活には、①生命・生存、②生活習慣・社会的活動・生計・暮らし向き、③価値観・信条・生き方の側面がある」と定義した。

人々には、食事・清潔・排泄・仕事・住まいなど「A：行動として行っている生活や生活そのものの事実」があり、これらは日々の生活のあり様により変化する。そしてそこには、日頃その人が意識しているか否かにかかわらず「B：大切にしていること・価値観・信条・その人らしい生き方・病気に対する思い・など」がある。

人々が病気によって療養が必要になった時、多くの場合AとBに「ずれ」が生じ、この「ずれ」が大きければ大きいくほど、人々はつらさや違和感、苦しさを感じることになる。看護職者は、日々の関わりや援助の中から、対象者のAとBの“ずれ”や“ずれ”によって生じるつらさやその人にとっての意味、感情などを“見いだし”たり“理解”したりする。このことが、対象者を「生活者」と

して捉えることになる。

看護職者は、日々の関わりや援助を通して、対象者の「生活そのものの事実」や、健康障害によって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」を浮き彫りし、そのことを、対象者との日々の関わりや援助を通して、話したり、伝えたり、対象者とともに確認し合ったりする。

対象者はこのことを通して、療養生活が必要になるまで意識化することも表面化することもなかったこと／元気な時は当たり前だったこと、病気になってその事実を突き付けられて初めて考えること／療養生活が必要になって変化したこと、病気になって呼び起こされるさまざまな思いなど、対象者自身も気がついていなかった「その人にとっての意味」に気づく／意識する。

これらの過程が、看護職者と対象者がAとBとの「ずれによって生じるつらさ」や「その人にとっての意味」を共有すること、すなわち「わかち合い」である。

協同探索型関わり技法

「協同探索型関わり技法」とは、「看護職者が心を開き、対象者の療養と生活における困難事の確認を繰り返しながら、(看護職者と対象者が)ともに困難事を見だしその解決を目指し、(対象者が)療養生活を継続する意欲と行動を(看護職者が)支えるために、看護職者が活用する具現化された関わり方、やり方などの手法」である。

また、「協同探索型関わり技法」は、「とっかかり／手がかり言動とその直感的解釈」「生活者としての事実とその意味のわかち合い」「疾患・治療に関する知識・技術の看護仕立て」を進めていく上での、具体化した「道具」としての技法である。

「協同探索型関わり技法」は、初期には【相互信頼関係を築く】【療養上の困難事の探索】【意欲と行動を維持・

習慣化するための支援】【療養上の困難事を解決するための支援】の4段階で構成していたが、現在は段階ではなく3つの局面としている。

【相互信頼関係を築く】は、患者教育アプローチを有効に進めるために、患者との心理的距離を近づけることを目的とする。「看護者が対象者へ心を開く技法」「対象者と心理的・物理的場を共有するための技法」「対象者に話してもらうための呼び水技法」「対象者が自己表現できる機会を保证するための技法」の5カテゴリーで構成される基盤づくりの局面である。

【療養上の困難事の探索】は、対象者が自己管理を自分の生活の中に取り入れられない理由を探るとともに、身体の変化や自己管理の問題に気づき、自己管理を生活に組み込むための効果的な教育的技法を探索することを目的とする。看護師は、これまで数多く出会ってきた対象者の経験と目の前の対象との相違点を瞬時に思考し、療養上の困難事解決法を探索し判断する段階である。「対象者に問いかける技法」「対象者の話を聴くための技法」「困難事を探るための技法」「困難事を確認するための技法」の4カテゴリーで構成した。

【療養上の困難事を解決するための支援】は、対象者が困難だと感じていることの解決に向けて、意見を聞きながら具体的な提案を行い、対象者が自分に合った方法を自己決定できるようにすることを目的とする。「対象者の気づきを高める技法」「療養方法の提案に関する技法」「自己決定を促す技法」の3カテゴリーで構成した。

患者教育・指導場面における看護師には、対象者の反応を敏感に察知し判断を行い、状況に応じた支援が求められる。これらの技法を活用することにより、対象者の主体性や自己決定を推進し、困難事の解決に向けた支援を行うことができると考える。現在、看護師と患者の信頼関係を縦系に、患者の準備状態を横系に技法を構成す

ることが試みられているが、まだ最終結論は出ず、検討中である。

患者教育専門家として醸し出す雰囲気 (Professional Learning Climate)

患者教育専門家として醸し出す雰囲気 (Professional Learning Climate : PLC) は、「専門的な知識と経験に裏付けられ、効果的な患者教育の成果を導く、専門家に身についている態度あるいは雰囲気」と定義されている。この概念は、「看護の教育的関わりモデル」において、他の要素がうまく機能するためのプロモーターの役割を果たす重要な要素である。

また、PLCはその根本原理として、①患者主体であること、②患者一人ひとりとは異なっていること、③人(看護師)は人(患者)を変えられない、を前提としており、これは患者教育に関する哲学と言ってよいものだと捉えている。

さらに研究者間で検討を重ねた結果、PLCの要素として、①心配を示す、②尊重する、③信じる、④謙虚な態度である、⑤リラックスできる空間を創造する、⑥聴く姿勢を示す、⑦個人的な気持ちを話す、⑧ともに歩む姿勢を見せる、⑨熱意を示す、⑩ユーモアとウィット、の10の要素があることを明らかにしてきた。

PLCは、上述した3つの根本原理に基づく専門家としての安定した雰囲気・態度であり、患者の反応に影響すると考えている。特に対象者が病気を受容できていない場合、治療・検査に不満がある場合、医師など病院関係者へ不信感のある場合には、PLCの程度により効果に顕著な差が現れるのではないかと考えている。

おわりに

このモデルは、看護師がどのような患者に、どのよう

な態度でどのように対応すれば、患者の行動変容とその維持がうまくいくのかを、看護師の認知や行動に焦点を当てて実践的に説明したものである。このモデルのユニークな点は、通常アプローチが患者の意識や行動に注目しているのとは異なり、看護師自身の価値観・態度(考え方)・行動に着目し、患者の反応・行動レベルごとに看護師の行動(対応策)が書かれている点である。

効果的な患者教育に患者状態のアセスメントは不可欠であるが、患者の行動変容には看護師の対応が大きな影響を与えている。そして、その対応には看護師の価値観や考え方が反映している。つまり、患者が行動変容しないのは、患者が悪いのではなくて、看護師が悪いのである。変容しなくてはならないのは看護師であり、看護師の変容なくして、患者の変容はないと考えるのである。

効果的な患者教育の方法を模索して16年が経過したが、なお「技法」や「疾患・看護に関する知識・技術の看護仕立て」は、要素の飽和には程遠い状態であり、これからも大胆に検討を続けていく予定である。

●引用・参考文献

- 1) 河口てる子：慢性疾患患者の主体性、自己決定とセルフケア推進のための患者教育方法の開発、平成9年度—平成12年度科学研究費補助金(基盤研究B2)研究成果報告書(河口てる子代表)、p.1-110, 2001.
- 2) 河口てる子：患者教育研究会、患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み、看護研究、36(3)、p.3-12, 2003.
- 3) 河口てる子：看護の教育的機能向上のための「看護実践モデル」の検証および患者教育の体系化、平成13年度—平成16年度科学研究費補助金(基盤研究B1)研究成果報告書(河口てる子代表)、p.1-105, 2005.
- 4) 河口てる子：糖尿病教育のための「看護の教育的関わりモデル Ver.4.2」—熟練看護師のアドバンスドケアを可視化する、プラクティス、23(5)、p.511-518, 2006.
- 5) バトリシア・ベナー：ベナー看護論—達人ナースの卓越性とパワー、井部俊子他訳、医学書院、p.25, 1992.
- 6) 小林貴子：小長谷百絵・小平京子他：「看護実践モデル」における「とっかかり」/手がかり言動とその直感的解釈」、看護研究、36(3)、p.13-23, 2003.
- 7) 下村裕子・林優子・井上智恵他：看護が生活者の視点でかわるといふこと—

3. 日本の看護系学会が推進する看護のイノベーション

糖尿病患者の理解と行動変容の「かぎ」, プラクティス, 23(5), p.525-531, 2006.

- 8) 安酸史子・大池美也子・東めぐみ他：患者教育に必要な看護職者のProfessional Learning Climate, 看護研究, 36(3), p.51-62, 2003.
- 9) 横山悦子・小林貴子・小平京子他：行動変容に困難をきたしている糖尿病患者への教育的かわりの入口とつかかり／手がかり目動とその直感的解釈, プラクティス, 23(5), p.519-524, 2006.

〈患者教育研究会〉

河口てる子（代表）、安酸史子、大池美也子、林優子、下村裕子、小林貴子、岡美智代、近藤ふさえ、小長谷百絵、横山悦子、井上智恵、東めぐみ、小平京子、太田英帆、道面千恵子、伊波早苗、山田栄実、恩幣宏美、滝口成美、伊藤ひろみ、小田和美、長谷川直人、丹下幸子、下田ゆかり