

急性期看護の理解を深めるための ナラティブ教材を用いた教授法の検討

Study of teaching methods using the narrative material for a better
understanding of the acute stage nursing

岩月 すみ江*¹ 小野 善昭*¹ 相馬 幸恵*¹

Sumie Iwatsuki, Yoshiaki Ono, Yukie Soma

キーワード：急性期看護、ナラティブ教材、テキストマイニング

Key words : acute stage nursing, narrative material, text mining

要旨

目的：急性期にある患者および家族の理解・認知について体験記をナラティブ教材として活用した教育の効果を明らかにし、今後の急性期看護の教授方略への手がかりを得る。

方法：研究協力に同意したA大学看護学部2年生96名の急性期看護の講義課題レポートを生成データとして、「対象理解の捉え」と「急性期看護の捉え」に関する文脈を拾い、テキストマイニング手法で分析した。

結果：「対象理解の捉え」は、1回目のレポートは【家族】【危機的状況】などの7カテゴリ、2回目のレポートは【患者の思い】【家族】などの7カテゴリが生成され、1回目のレポートにはない記述を認めた。「急性期看護の捉え」は、1回目のレポートで【患者心理の理解とケア】などの8カテゴリ、2回目のレポートで【急性期看護】などの6カテゴリが生成された。中でも【急性期看護】【観察・判断】はレコード数やサブカテゴリ数が増えていた。

結論：体験記の活用は、患者・家族の思い、体験だけでなく、医療者の関わりが患者・家族にどのように受け止められ、意味づけされているのかについて俯瞰的に考えることができ、また、ケアリングの感性を育むことに寄与するという点で、教材としての可能性があることが示唆された。

*1札幌保健医療大学 Sapporo University of Health Sciences

1. はじめに

井上¹⁾は、急性期にある患者と家族の特徴を、①生命の危機に対する激しい不安、②苦痛症状とその恐怖、③見通しの立たない不確かさ、④医療者に委ねるしかない無力感、⑤起こった事態に対する罪悪感や後悔、⑥家族員は互いに気遣うがすれ違う、⑦支援を求めることに不慣れで抱え込む、の7つにまとめている。それに加え、看護の対象である人の理解のためには、発達段階に応じた視点も重要になる。成人看護の対象は青年期から向老期までの幅広い年代が対象であるが、それぞれに特徴的な発達課題を抱えており、成人期にある患者とその家族に対して身体的側面のみならず、心理、社会的側面への援助を行うことが重要である。しかし、学生は患者や家族がどのような状況に置かれているのかの想像が難しい現状がある。

例えば、急性期の患者を受け持った学生は、患者の変化を総合的にとらえて、看護過程を展開することが難しいと報告されている²⁻⁴⁾。展開の速さについていけるよう、クリニカルパスを導入した成人看護実習では、受持ち患者の回復過程を把握することに強い効果を発揮したが、患者を統合して捉え看護実践に結び付けるといふ点では十分でない結果も報告されている^{5,6)}。関連図 (Sequence of events) によって統合的理解を促すための方法も、看護基礎教育でしばしば行われるが、展開が速い急性期看護の分野では、関連図作成に時間がかかり、対象理解に有用である反面、学生にとって負担であることが報告されている⁷⁾。急性期看護実習での困難さは他の報告にも見てとれる。医療機器に囲まれ、治療優先度の高い急性期患者の受け持ちは、多くの不安と緊張を感じる場である⁸⁾。治療優先度の高い急性期患者を受け持たず、見学実習の形をとっても、複合的要因が絡む臨床判断を看護学生が理解することは困難で、学習の場としての適切性を考えなくてはならないという否定的な

報告もされている^{9,10)}。このような現状の中でも、昨今の在院日数の短期化、患者の重症化、高度専門分化などを鑑みると、成人看護実習で急性期患者を受持ち、看護実践能力を養うことは重要性が増しているといえる¹¹⁻¹⁵⁾。しかし、患者や家族の置かれている状況を考えると実習させることは容易ではなく、これまで述べてきた研究報告の多くは、見学実習といった短期間の経験にとどまっているのが現状である。

対象理解という点では、急性期に置かれている患者は身体的苦痛はもちろん、自分自身の状況をコントロールすることができないという心理的苦痛や、不確かな先行き、見通しのなさ、社会的役割、家族役割の変調など、様々な苦痛、思いを抱えている。しかし学生は、身体的側面の理解に追われ、患者や家族の置かれている状況を心理、社会的側面から理解する余裕がないことが多い。患者と家族の背景を理解し、個別的な援助に結び付けるために、講義や演習でどのように教授方法を工夫することができるのか検討する必要がある。先行研究では、患者の苦痛への理解的態度を身につけることをねらいとし、模擬患者を用いて教授している報告がある¹⁶⁾。結果、重症患者に対する学生のイメージがより具体的になり、対象理解への助けになること、共感的姿勢を養うための助けになることなどが報告されていた。また、急性期看護ではないが、臨地実習での患者理解のために闘病記を活用した報告では、学生は患者の体験記を通じて追体験しながら人間の心の動きを知り、援助に反映させることができていたという報告がなされている¹⁷⁾。患者および家族のナラティブな体験記は、物語の筆者がその時の感情や状況を振り返り、編みなおしたのとして、テキストにはない間接的経験が期待できる^{18,19)}。

そこで、研究者らの担当する成人急性期看護の教授にあたり、体験記をナラティブ教材として対象理解の手がかりとし、共感的理解

を促すことができないかと考えた。認知的共感は、学習や教育で変わりうるといわれ、様々な社会経験や体験によって状況判断や他者の立場を理解する能力は向上する²⁰⁾本研究で、急性期にある患者および家族の共感的理解を促すことをねらいに、体験記を活用しナラティブ教材としての可能性を検討したいと考えた。

II. 目的

急性期にある患者および家族の理解・認知について体験記をナラティブ教材として活用した教育の効果を明らかにし、今後の急性期看護の教授方略への手がかりを得る。

III. 用語の定義

急性期看護とは、なんらかの原因で健康レベルが著しく低下し生命の危機状態にあり、高度かつ集中的な医療を必要とする患者ならびに家族に対し行われる看護を包含する。したがって、疾病の経過で区分されるところの「急性期」にある患者のみならず、慢性疾患の急性増悪なども含まれる。

ナラティブ教材とは、患者の病いの体験を患者や家族などが自らのことばで語った物語が表現された作品であり、学習者にとってその体験の理解を促進したり、助けになる目的で看護教育などに利用されうる形に教材化されたものである¹⁹⁾。教材の形式としては、手記・闘病記、漫画、エッセイ、TV番組、DVD、映画、ブログ、ウェブサイトなどが含まれる。本研究では、以下の複数の理由により手記・闘病記を用いた。それは、手元に置くことができ反復して読み返すことができるため持続性・反復性という点で他の教材より優位であること、時系列に沿ってまとめられていること、心理や背景も言語化され状況をつかみやすいこと、入手が簡便である、という点である。

IV. 方法

1. 研究協力者

A 大学看護学部 2 年生 105 名のうち、研究の趣旨、倫理的配慮等を説明し、研究協力に同意した 96 名。

2. 研究期間

平成 26 年 7 月～平成 27 年 3 月

3. 介入およびデータ収集方法

1) A 大学看護学部 2 年生に対し、急性期看護の講義前である夏季休業期間に、授業の一環として『逝かない身体』²¹⁾を課題図書としたレポート課題（1 回目）を提示した。レポートする際には「急性期看護の概念を踏まえたうえで、課題図書を読み、気になった点・印象に残った点を 3 つとり上げ、その 3 点に対し自分の考えを述べる」と指示した。また、急性期看護に関する講義によって、考えの広がりや深まりの程度を明らかにするために、最終回の講義で再度同じ課題図書を読み、レポートする課題を提示した（2 回目）。レポートする際には、1 回目のレポートを振り返り、自らが取り上げた 3 点について再度考察するように指示した。

『逝かない身体』を選定した理由は、急性期看護においてしばしば遭遇する出来事として、人工呼吸器や吸引などの医療的依存度が高い、意識はあるのに何らかの理由で意思を表出することができない、治療を選択・決断する家族の苦悩、心理的描写がわかりやすく経過を追って描かれている点である。

2) 1 回目と 2 回目のレポートを生データとした。

4. 分析方法

分析は、IBM SPSS Text Analytics for Surveys 4.0.1J (以下、TAFS) を用いて、テキストマイニ

ング手法で行った。手順は以下の通りである。

- 1) 1回目、2回目とも、生データの①急性期の患者・家族の対象理解に結び付く文脈（以下、対象理解の捉え）、②急性期看護に対する捉えや認識が述べられている文脈（以下、急性期看護の捉え）を分析の視点とし、分析対象データとして文脈の意味を損なわない程度に前後の文章をかたまりとして拾い上げた。
- 2) 文脈を拾い上げる際には、研究者ら全員で検討し、同意を確認しながら作業を進めた。
- 3) TAFSを使用して分析する最初のステップとして、研究者らが拾い上げた文脈（以下、レコード）に対し機械的に語句を抽出した。次に、最初の抽出の後データを概観し、不要語や専門用語等のライブラリ登録後、再度抽出し直すということを繰り返した。
- 4) 最後に、ソフトウェアに内包された言語学的手法に基づくカテゴリ化を行った。TAFSが自動的にカテゴリおよびサブカテゴリを作成した後、それを基に各カテゴリおよびサブカテゴリに対応した語句・文脈の類似性をみながら、研究者らがカテゴリおよびサブカテゴリを編集した。

5. 倫理的配慮

札幌保健医療大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（審査番号014003）。

対象者には、研究の趣旨、目的、内容について口頭および文書で説明した。また、研究協力は自由意思に基づき、協力の有無で成績には一切影響しないことを保障すること、データは機械的に分析されるため、個人が特定されることのないこと、結果の公表等についても、口頭および文書にて説明した。さらに、研究協力依頼時期は、レポート課題の評価が終了し成績が確定した後に行い、課題と研究協力は別に考え成績に影響することは一切ないことを重ねて説明した。研究協力依頼

後、諾否を考慮する期間を2週間設定した。また、学生個々の研究協力の諾否は、レポートと連結不可能な形に加工し、研究者らが知ることの無いように配慮した。

V. 結果

研究協力の同意の得られたレポート96件のうち、研究者らが拾い上げた「対象理解の捉え」は1回目で217レコードであり、それらから24のサブカテゴリと7のカテゴリが生成された。2回目は、322レコードで、28のサブカテゴリと7のカテゴリが生成された。

「急性期看護の捉え」では、1回目で242レコード、22のサブカテゴリと8つのカテゴリとなり、2回目は450レコード、27のサブカテゴリと6つのカテゴリが生成された。表1～表4にTAFSで分析したカテゴリとサブカテゴリの一覧を示す。カテゴリでカウントされているレコード数と、カテゴリに所属するサブカテゴリのレコード数の和は一致していないが、レコードに含まれる意味を文脈の係り受け分析や、動詞の関係からTAFSが1つのレコードを複数のサブカテゴリに投入しているため、1つのレコードは複数のサブカテゴリにカウントされている。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >、生データを“ ”で示す。

1. 対象理解の捉え

1回目のレポートは、【急性期】において患者や家族は病いが<突然>に訪れ、<日々変化>し、<限られた時間>の中、<心理的影響>があると対象理解を捉えていた。例えば、“何も準備していない状態でいきなり発症してしまうのが急性期（中略）それがどんなに大変なことかは、想像を超えるもの”と表現されていた。

【危機的状況】の中には、“急速な悪化により家族や介護者の援助がないとトイレに行って排泄することができなくなるという現実を

n=96

全レコード数=217

表1 1回目：対象理解の捉えのカテゴリ、サブカテゴリ、対応する生データ一覧

カテゴリ(数)	サブカテゴリ(数)	生データ
急性期 (102)	日々変化(70)	昨日できたことが今はできないということが、急性期にはあり得る
	突然(43)	何も準備していない状態でいきなり発症してしまうのが急性期(中略)それがどんなに大変なことかは、想像を超えるもの
	心理的影響(12)	急性期において、刻々と病状が変化していく患者を目の当たりにする患者の心理状態は常に不安定である
	限られた時間(7)	病状の進行が速く、病気について十分に理解し、受け止める時間が非常に少ない
危機的状況 (112)	つらい現実(83)	急速な悪化により家族や介護者の援助がないとトイレに行つて排泄することができなくなるという現実を突きつけられるという状況
	自尊心への影響(48)	最近、まして昨日まで当たり前できていたことがいきなりできなくなることにより、自尊心が傷つき精神的にも侵されてしまう
	ボディイメージの変化(9)	自己のボディイメージが異なると、それとともに心理的な葛藤が生じる可能性がある
	障害(5)	急激な症状の進行によって受容することが出来なかった自身の障害を、今までとは違った見方をしていくことで、急性期における自立となる
患者の思い (82)	喪失感(4)	普段の何気ない日常生活の中で、できることが限られていくことは、疾患を抱えた患者にとって耐えがたい苦痛であり、喪失感となる
	申し訳なさ(36)	自分のことが自分でできずに、身の回りのことを全てやってもらおうというのは、申し訳ない気持ちでいっぱいになると思う
	恐怖(22)	日々、病態の急激な変化への恐怖や不安に脅かされて暮らしているため、少しのことが命取りとなることから、神経質になりやすい
	迷惑をかける(20)	自分の思い描いていたボディイメージと違い、困惑することや、自分の疾患のせいで家族に迷惑をかけたくないという思い
	ストレス(19)	現実を受け止め、限られた動作で生活することや痛みを耐えるということは、ストレスがかかる
身体機能 (46)	ケアへの不満(6)	感情を表現できなくなると精神状態は不安定に陥りやすくなり、理想通りにならない援助により、援助者にいらだちを覚える
	身体機能の低下(36)	急性期における疾患は、進行性に病状が悪化し、自分が把握できないうちにできないことが増えていき、日常生活活動が制限される
家族 (123)	身体機能の変化(28)	目に見える変化が身体でおこってしまうと、患者自身だけではなく家族にも大きな不安を与える
	負担・苦痛(80)	日々、病が進行し、生体恒常性が不安定で、今後の治療に関する書類作りや検査などが、患者の家族にとって精神的にダメージを与える
	先への不安(73)	この先いつどうなるのかわからない状態の不安
	関係の変化(50)	家族なら他人事ではなく、自分の生活にまで影響を及ぼすため、今まで何気なく過ごしていた日々が一瞬にして変化してしまう
	ストレス(6)	病気の進行は著しく、患者や家族に与える身体的・心理的ストレスは強い
決断(18)	疲労(3)	家族は患者の病気が進行していく過程を一番近くで見ているので、精神的ダメージは大きく、介護による身体の疲労もある
	難しい決断(18)	急性期という選択が短い時間の中で最善の選択を決めることは極めて難しい
日常生活 (19)	できなくなる(11)	できなくなるが増えていくことから患者自身は次第に無力感を感じ始める
	日常生活活動の低下(8)	患者本人は死を覚悟して、日常の些細な光景に再発見を繰り返し、日常的な物事への執着は日々強くなる

※未カテゴリレコード(3)

突きつけられるという状況”のように、<つらい現実>が最も多いレコード数であった。また、患者は、<障害>や<喪失感><ボディイメージの変化>があり、“最近、まして昨日まで当たり前できていたことがいきなりできなくなることにより、自尊心が傷つき精神的にも侵されてしまう”というように<自尊心への影響>も含まれていた。

【患者の思い】は、“自分のことが自分でできずに、身の回りのことを全てやってもらおうというのは、申し訳ない気持ちでいっぱいになると思う”のように、<申し訳なさ>や家族に<迷惑をかける>のほか、病状への<恐怖>、置かれた状況の<ストレス>、<ケアへの不満>で構成されていた。

【身体機能】では“急性期における疾患は、進行性に病状が悪化し、自分が把握できない

うちにできないことが増えていき、日常生活活動が制限される”ような<身体機能の低下>が含まれた。また、身体機能低下より幅広い考えを含む<身体機能の変化>の2つが含まれた。

最も多かったカテゴリは【家族】で、123レコードが該当した。例えば、“家族なら他人事ではなく、自分の生活にまで影響を及ぼすため、今まで何気なく過ごしていた日々が一瞬にして変化してしまう”という<関係の変化>、“日々、病が進行し、生体恒常性が不安定で、今後の治療に関する書類作りや検査などが、患者の家族にとって精神的にダメージを与える”のような<負担・苦痛>、<先への不安>、<ストレス>、<疲労>のサブカテゴリで構成されていた。

2回目のレポートでは、【患者の思い】の

表2 2回目：対象理解の捉えのカテゴリ、サブカテゴリ、対応する生データ一覧 全レコード数=322

カテゴリ(数)	サブカテゴリ(数)	生データ
急性期 (93)	日々変化 (43)	急性に病状が悪化するということ、その日々の変化に、患者さん自身すぐに適応するという事は困難なことである
	突然 (58)	今まで心身ともに問題のなかった人が突然に発症することで、急性期状態となってしまうということで、患者本人も家族も受け止めることができなかつたりする
	限られた時間 (14)	本人の意志と家族の意志のずれ違いもあり、意思決定をすることは容易なことではない。だからこそ、考える時間は必要であるが、病気の進行は待つてくれない
	苦痛 (8)	急激な身体機能の低下によって、呼吸困難や痛み・意識障害などといった身体的な苦痛のみならず、精神的な苦痛を伴う
危機的状況 (85)	つらい現実の受け止め (50)	受け止めきれないほど多くの症状が出現したり、進行したりする。その中ですべてを受容していくことは精神的なダメージが大きくなってしまふ
	障害 (19)	急性期看護では基本的に患者さんは退院をし、障害がある無しにせよ自宅や施設でその後の日常生活を送っていく
	ボディイメージの変化 (12)	変わり果てていく自分の姿を改めて見たことにより、自分の思い描くボディイメージとの違いに気づき、非常にショックを受ける
	喪失感 (12)	今まで当たり前だと思って行ってきたことが少しずつ着実にできなくなる。そのような状態に陥った際、誰もが一度は生きる意味を喪失してしまう
	自尊心の低下 (8)	患者は罪悪感・悔しさ・恥じなどを感じる事が多く、自尊心が傷つく出来事が重なる。時にそれは、怒りと変わる
患者の思い (94)	あきらめる (21)	すべての人が感情を表出できる訳ではない。急性期という急激なボディイメージの障害を受け、無気力に陥る恐れもあり、その場合には患者は自身の感情を表出しない
	生命危機への不安 (20)	患者本人は、突然病気を発症し、自身の状態をすぐには理解することが難しかったり、次々に現れる症状や実施される治療に対して不安を覚える
	家族が支え (18)	急性期にある患者にとって家族という存在は大きいものであり、障害を乗り越えていくにあたって必要不可欠な存在である
	迷惑をかける (13)	患者さんをみる家族はもちろんつらいが、逆に患者さん自身も、自分のせいで周囲に迷惑をかけていると感じ、互いにつらい思いをしている
	見通しのなさ (10)	誰もが予測できなく見通しのたない中で、毎日を通り過ぎていかなければならない。その困難は予測しきれない
	強い不安 (10)	患者の起こっている現実の状態が理解しがたく、強度の不安・焦燥感に支配されて興奮している
	戸惑い (2)	急性期疾患にかかった患者は激しい症状を呈することが多く、とっさの発症にどうすればよいのか分からなくなることもある
身体機能 (21)	身体機能の低下 (21)	短時間に身体機能が急激に低下するという事での身体の再認識が追いつかない
家族 (125)	負担・苦痛 (78)	患者本人の身体を蝕むだけでなく、精神的社会的なストレス、自分の身体が思うように動かないギャップや患者を支える家族の身体的心理的社会的経済的負担があまりにも大きい
	不安・衝撃 (20)	たとえ治る病気だとしても患者さんは衝撃を受けたり、家族も病気を受け入れられなかつたり、自宅で療養することを不安に思う
	思いのずれ違い (18)	患者は自分の気持ちを上手く伝えることができず、余裕のない家族は患者の示した言葉の意味を、家族の考えを含んだ推測を混ぜて読み取ることとなりお互いに気持ちがずれ違う
	ストレス (16)	家族それぞれ共にさまざまなストレスや拘束感を抱えながら、どのように新たな生活を再構築していくことができるのか対処方法を模索している状態
	疲労 (11)	家族はどうしたらよいか分からないまま、何もできない無力感と後悔が押し寄せ、それでもなお介護に明け暮れる日々は続くため精神も身体も擦り減っていく
	満足 (4)	家族が最期まで支えることが患者本人の安心につながる事と、家族の満足感につながる
決断 (52)	難しい決断 (22)	患者自身が「生きる」ということに対してどう向き合い、何を望むのかによって決定され、今後の患者とその家族の生活に大きく影響する
	情報不足 (31)	病状の説明や治療に関する情報提供は家族を中心になされ、患者本人より家族の意向が尊重される。これは高齢者にとって意思を表出できる機会の欠乏や、医療行為に関する情報があたえられなかつたりすることがある
	代理決定 (9)	呼吸困難や意識の低下した場合、患者の意思決定を尊重するということが難しくなるのではない
日常生活 (19)	できなくなる事 (17)	今日できたことが明日にはできなくなっているかもしれない。いつできなくなるのかわがらずに、毎日できなくなっていく自分をみながら生活をしなくてはならない
	日常生活活動の低下 (31)	排泄はその人自身にしか出来ない行為である。こうした基本的な日常行動が自分でできなくなるということは、患者にとって病気よりも辛いことである

※未カテゴリレコード (15)

バリエーションが増え、1回目のレポートにはない記述があり、対象理解に深まりがみられた。このカテゴリは「すべての人が感情を表出できる訳ではない。急性期という急激なボディイメージの障害を受け、無気力に陥る恐れもあり、その場合には患者は自身の感情を表出しない」というような<あきらめる>や、<生命危機への不安>、<家族が支え>、

<迷惑をかける>、<見通しのなさ>、<強い不安>、<戸惑い>で構成されていた。

【決断】もバリエーションが増え、「患者自信が「生きる」ということに対してどう向き合い、何を望むのかによって決定され、今後の患者とその家族の生活に大きく影響する」という<難しい決断>、<情報不足>では、「病状の説明や治療に関する情報提供は家族を中

n=96

表3 1回目：急性期看護の捉えのカテゴリ、サブカテゴリ、対応する生データ一覧

全レコード数=242

カテゴリ(数)	サブカテゴリ(数)	生データ
患者心理の理解とケア (103)	心の理解(77)	患者やその家族が置かれている立場や心理状況を理解する努力をして、決して傷つけてはいけない
	不安の軽減(37)	急性期の病気であるからこそ、進行の速さを伝え、患者が進行の速さに驚き不安を覚えるのを少しでも軽減することが大切である
急性期看護 (79)	状態の把握(52)	ずっと患者の側にいて観察することはできないが、患者の顔色や皮膚の状態を見て、患者の身体の状態を把握したり、心理を想像し、寄り添うことは看護師にもできる
	変化への対応(35)	変化に対応していくためにも、早い説明と、早い決断が必要である。また、決断には患者の考えを第一に考えることも重要
	苦痛の緩和(15)	患者の身体に起きる様々な症状の緩和を行う
	生命の安全(1)	自力で日常生活活動をすることを目指すのではなく、身の回りから危険や、危険の可能性までを取り除き、生命の安全を図ることが大切である
ケアの姿勢 (40)	共感(20)	患者の本心は何なのかを明確にし、本当に患者が共感してほしいものは何であるのかを理解することで患者の望むケアができる
	コミュニケーション(18)	細かいコミュニケーションで微調整を行っていく必要がある。痛い、苦しいなど些細な情報が重要である。急性期の看護を行っていくうえで、コミュニケーションが重要な役割を果たす
	信頼(5)	看護師である前に一人の人間として患者と関わりあい、信頼を得て、相手から心情などの心を開示してもらうことがなにより必要
日常生活支援 (13)	日常生活活動(5)	患者がどのように工夫して日常生活を行っているのかを観察したり、聞いたりすることが重要
	安心して生活(8)	不安を緩和し、心身の変化や生活の変化に対応することができるような援助
機能低下へのケア (9)	障害(5)	患者の障害に依じてのケアが大切である。患者ができることを保持していく援助は、患者の精神的な支えとなる
	残存機能(4)	患者が失ってしまった体の機能について触れないようにするのではなく、どのように工夫すればその機能の代わりを果たせるのか、患者が喪失感を感じないようにするのが役割
家族へのケア (55)	家族も同時に(22)	患者を少しでも癒すためには看護が必要であり、それに加えて患者の家族の力も必要である。このことから、見守る家族の不安を軽減することが、家族にとっても患者にとっても大切なことである
	介護負担に配慮(27)	患者家族ができること、看護師ができることを詳しく具体的に話し合うことで、患者家族への負担を最小限に減らすことが大切
	納得(6)	社会資源を活用し、その人にあったサポート体制を整え、患者、家族が納得して利用できるように働きかけることが必要
情動的サポート (80)	説明(33)	現在の状況と今後の見通し、そして何の目的で何をしようと思うか、ほかの選択肢はあるのかを患者が理解できる言葉で説明し、患者が納得できるまで説明することが大切
	情報提供(29)	専門的な知識と関連させて話をしたりし、情報を提供していく必要がある
	意思決定支援(34)	意思決定する場面では、患者や家族を惑わせるようなことはせず、患者家族の意見を尊重し、決定までの過程を主に支援していくべきである
	タイミング(9)	これからの治療方針を確認、現在の状態を伝えるなど内容によってしかるべきタイミングがあり、その時期を見極めることは医療者に託されており、重要な役割である
マネジメント(80)	周囲のサポート(58)	患者本人のケアをメインで考えつつも、その周りを取り巻く環境や家族のケアというのも視野に入れる
	調整(29)	各患者のタイムリミットがあり、そこを見極めながら医者や患者、家族間のパイプ役となることが大切であり、ソーシャルサポートの拡大をはかりながら、専門職種間の橋渡しや連絡調整を行う

※未カテゴリレコード(13)

心になされ、患者本人より家族の意向が尊重される。これは高齢者にとって意思を表出できる機会の欠乏や、医療行為に関する情報があたえられなかったりすることがある」と、記述されていた。さらに、家族の〈代理決定〉の3つのサブカテゴリで構成されていた。

【家族】についても、同様にバリエーションが増えていた。例えば、「患者は自分の気持ちを上手く伝えることができず、余裕のない家族は患者の示した言葉の意味を、家族の考えを含んだ推測を混ぜて読み取ることとなりお互いに気持ちがすれ違う」といった〈思いのすれ違い〉や、「家族それぞれ共にさま

ざまなストレスや拘束感を抱えながら、どのように新たな生活を再構築していくことができるのか対処方法を模索している状態」という家族が抱える〈ストレス〉等、記述がより具体的になっていた。

2. 急性期看護の捉え

1回目のレポートで最もレコード数が多かったカテゴリは【患者心理の理解とケア】であり、対象が置かれている危機的状況や心理的側面から〈心の理解〉が必要で〈不安を軽減〉することが必要だと捉えていた。

【急性期看護】は「ずっと患者の側にいて観

カテゴリ(数)	サブカテゴリ(数)	生データ
急性期看護 (201)	心身の苦痛の緩和 (40)	細かな観察を通して、患者が何を訴えているのかを知り、身体的・精神的な苦痛をどちらも取り除いていくことが求められる
	環境を整える (50)	緊迫した空気や環境であると患者やその家族は余計に不安が増してしまうことがあるため、リラックスして病気に向き合っていけるような環境を整えることも看護師として大切である。また段階に応じたケアが必要であり、混乱が生じている時は身体的な安全をはかりながら気持ち、感情を表に出し、発散させることができるような環境を整えることが大切である
	個別に合わせる (70)	基本となる手順は決まっているが、基本通りが必ずしも患者にとって良いわけではない。患者に合わせて手順や方法を合わせていくことで満足のいくケアが行える
	不安の軽減 (36)	辛いことや不安に思っていることなど感じていることを聞き、少しでも精神的サポートや疲労の緩和をすることが大切である
	適応への支援 (23)	急激に起こる生命の危機に対して早急に対処し、患者さんの安全・安楽を守っていくことを最優先するとともに、患者さんの意思を尊重し、患者さんの病状や身体的変化に対する受容・適応段階に応じて適切な援助をしていく必要がある
	ケアのタイミング (8)	準備期間が少ない(または全くない)急性期においては難しいことであるかもしれないが、そうであるからこそ、物理的な時間の長さではなく密度の濃い時間の中でしっかりと命と向き合い、大切に過ごす必要がある
	早期に対処 (9)	患者が何をしてほしいのか、何か身体に変化がないかどうか、正確に把握することで生命にかかわる危険な兆候の早期発見と早期対処、そして合併症予防につなげることも大切である
	回復を促進 (5)	対象者の身体の変化を細かく察知し早期に関わり、身体状況の悪化を防ぐことが回復を促進する
	生活の質を保つ (4)	患者さんの日常生活が健康問題にどのように影響を与えているのか見極めることが求められる。好ましくない影響を緩和していくとともに、生活の質を維持することが必要となってくる
	残存機能を活かす (2)	病気が進行するにつれて自力での動作が困難になるので、全てを援助するのではなくその都度で残っている残存機能を見つけて出し最大限に活用して生活できるように常に試行錯誤しながら援助していく
観察・判断 (98)	観察 (48)	日々の観察や次の看護を考え実行する力がより必要になるとも考える。観察する際は、患者の皮膚の状態など身体が訴えかけている些細なことも見逃さないよう観察力を高める必要がある
	適当な判断 (20)	急性期の重症患者の激しい体調の変化に対応するための迅速な判断も求められる
	察知する (23)	患者が心の奥底でなにももっているのか、患者が言葉で発したことは、心が伴っているのだろうかということを考えてくみ取る必要が私たち看護師の役割である
	予測と予防 (17)	次に患者がどのような状態になるのか予測し心身共にサポートしていくことが必要である
ケアの姿勢 (133)	患者・家族を尊重 (74)	看護師がすべてを決めるのではなく患者さんが物事を決める必要がある。看護師はその悩みを少しでも最小限にするために、患者と家族の双方の意見を聞き、両方が納得できる選択ができるように支援していくことも大切である
	十分なコミュニケーション (60)	患者さんの本当の意思を理解するためには、聞き取れない、理解できないとあきらめるのではなく、その場で分からないことがあれば根気強く聞き直すことが大切である。看護師が患者さんの意思を知りたい、コミュニケーションをとりたいと思ひ、患者さんと向き合えなければ、患者さんも看護師に心を閉めてはくれない
	信頼関係 (20)	看護師は家族との信頼関係、援助関係を築いていき、先を見通した看護を提供することが、急性期の患者やその介護者である家族のストレスや不安の軽減に繋がる
	変化する意思の確認 (4)	意思は変化することを念頭に置き、状況の変化に応じて確認していくべきである
	状況の把握 (8)	その人の置かれている状況を認め、受け入れて理解するよう努める
	「今」の対象理解 (5)	患者は今どんなことを考えているのか、今このような発言をしているがそこにはいったいどのような意味が存在しているのだろうか、など常に患者の立場に立ち、今の理解することが求められる
情動的サポート (148)	正しい情報提供 (76)	十分に正しい情報を提供すること、患者家族がその情報から納得して選択できるように支えることが、医療職者には求められる
	タイミングと範囲 (41)	情報をより多く入手することでかえって精神不安定が倍増してしまうこともある。そのため、疾患についてより多くの情報を伝えるのではなく、患者の疾患に対する受け止め方や混乱の程度の把握、共感的・受容的態度で関わるなどが必要である
	意思決定支援 (90)	意思決定の際の看護師の役割としては、患者と医師との対話を支え、患者の反応を見ながら情報の理解を助けたり、患者の気持ちの揺れや迷いに寄り添いながら意思決定ができるように支援をし、患者が下した決断を支えること
家族へのケア (30)	急性期の段階は生命の危機になるやすい段階でもあるため、患者・家族ともに辛く、苦しい段階であるため、患者だけでなく家族のケアも重要で、家族の悩み、葛藤を聞くのも役目である。何の悩みを抱えているのかを把握し援助していくことで家族の負担を軽減することも可能になる	
チーム医療 (37)	連携・協働 (12)	医療を受けることでどのように家族に影響するのか、家族を支援するさまざまなサービスについても説明を行い、チーム医療と連携することで役割を果たしていくことも急性期患者の意思を尊重することにつながっていく
	情報共有 (3)	不安や焦り、苛立ちを聞き、医師や看護師間で共有することでチーム医療として家族をケアできる
	マネジメント (31)	看護師が両者の間に入り、不安なことや要望などをその都度伝えていくことができるようなコミュニケーションの場や環境を作ることや、家族が社会の中で孤立しないよう看護師が家族と地域を繋いでいくことも重要な役割である

※未カテゴリレコード (10)

察することはできないが、患者の顔色や皮膚の状態を見て、患者の身体の状態を把握したり、心理を想像し、寄り添うことは看護師にもできる”と記述されているように、<状態を把握>し<変化に対応>することが大切であると捉えていた。さらに<苦痛の緩和>、<生命の安全>に配慮することが必要であると捉えていた。

【ケアの姿勢】では、“細かいコミュニケーションで微調整を行なっていく必要がある。痛い、苦しいなど些細な情報が重要である。急性期の看護を行っていくうえで、コミュニケーションが重要な役割を果たす”のように<コミュニケーション>、<共感>、<信頼>の3つのサブカテゴリで構成されていた。

2番目に多かった【情報的サポート】では、<情報提供>したり<説明>したりすることが大切で、それにより“意思決定する場面では、患者や家族を惑わせるようなことはせず、患者家族の意見を尊重し、決定までの過程を主に支援していくべきである”というように<意思決定支援>、<タイミング>が必要であると捉えていた。

2回目のレポートで最も記録数が多かったカテゴリは【急性期看護】であった。その中でも“基本となる手順は決まっているが、基本通りが必ずしも患者にとって良いわけではない。患者に合わせて手順や方法を合わせていくことで満足のいくケアが行える”のように<個別に合わせて>の記録数が多かった。また、<心身の苦痛の緩和>のように心理的側面だけではなく“細かな観察を通して、患者が何を訴えているのかを知り、身体的・精神的な苦痛をどちらも取り除いていくことが求められる”と記述されているように、心身の両方について苦痛を緩和することが大切だと捉えていた。<環境を整える>サブカテゴリも1回目のレポートで生成されなかった特徴であった。例えば“緊迫した空気や環境であると患者やその家族は余計に不安が増してしまうことがあるため、リラックスして

病気に向き合っていけるような環境と整えることも看護師として大切である。…(略)…気持ち、感情を表に表出し、発散させることができるような環境を整えることが大切である”のように、感情や悩みを吐露できる環境が大切であると捉えていた。

【観察・判断】は、<観察>、<適当な判断>、<察知する>、<予測と予防>の4つのサブカテゴリで構成されていた。このカテゴリも記述の幅が広がっていた。例えば、<観察>では“日々の観察や次の看護を考え実行する力がより必要になるとも考える。観察する際は、患者の皮膚の状態など身体が訴えかけている些細なことも見逃さないよう観察力を高める必要がある”と述べられていた。<察知する>では、“患者が心の奥底でなにを思っているのか、患者が言葉で発したことは、心が伴っているのだろうかということを考えてくみ取る必要が私たち看護師の役割である”と述べられていた。

【ケアの姿勢】もまた、レコード数やサブカテゴリ数が増えていた。<患者・家族を尊重>し、<十分なコミュニケーション>をとり<信頼関係>を築くことが重要であるという捉えであった。<患者・家族を尊重>することは、例えば、“看護師がすべてを決めるのではなく患者さんが物事を決める必要がある。看護師はその悩みを少しでも最小限にするために、患者と家族の双方の意見を聞き、両方が納得できる選択ができるように支援していくことも大切である”と記述されていた。さらに、急性期の決断の難しさや意思決定に関連して<状況を把握>し<「今」の対象理解>に努めながら“意思は変化することを念頭に置き、状況の変化に応じて確認していくべきである”というように、<変化する意思の確認>も新たなサブカテゴリとして生成された。

【チーム医療】は、“医療を受けることでどのように家族に影響するのか、家族を支援するさまざまなサービスについても説明を行い、チーム医療と連携することで役割を果た

していくことも急性期患者の意思を尊重することにつながっていく”ように、＜連携・協働＞や、＜マネジメント＞、＜情報の共有＞で構成されていた。

【情報的サポート】はサブカテゴリ数が減ったもののレコード数は増加した。“患者と医師との対話を支え、患者の反応を見ながら情報の理解を助けたり、患者の気持ちの揺れや迷いに寄り添ったりしながら意思決定ができるように支援をし、患者が下した決断を支えること”のように＜意思決定支援＞が大切であり、そのためには＜正しい情報提供＞や、その情報の＜タイミングと範囲＞が大切だと捉えていた。例えば、＜タイミングと範囲＞では、“情報をより多く入手することでかえって精神不安定が倍増してしまうこともある。そのため、…（略）…患者の疾患に対する受け止め方や混乱の程度の把握、共感的・受容的態度で関わるなどが必要である”と記述されていた。【家族へのケア】はレコード数、サブカテゴリ数とも減っていた。

VI. 考察

1. 急性期にある患者と家族の理解の深まり

結果を踏まえ、急性期において突然の発症や障害は患者にとって危機的な状況をもたらし、家族への影響もあるということの深まりは、確認することができた。井上¹⁾が述べている急性期にある患者と家族の特徴のうち、「生命の危機に対する激しい不安」や「苦痛症状とその恐怖」については、1回目のレポートでは、【患者の思い】のなかに表現されていたが捉えは表面的で、視点としてはあるものの深まりという点では十分でなかった。しかし、2回目のレポートでは、バリエーションが増えるとともに、レコード数も増加した。例えば、急激な健康レベルの変化や、次々に訪れる治療などに対して、抗うことができず自己コントロール感を喪失した患者の思いとして＜あきらめる＞ということや、漠然と

した大きな強い不安から、生命の危機に対する恐怖ともいえる不安、現状への＜戸惑い＞などのように不安の焦点も広がり、患者が抱えている状況に入り込み想像することができていたのではないかと考える。そのような中に置かれている患者は、この先どうなるのかというような＜見通しのなさ＞から生じる不確実さに対する思いも存在するのだという、現状にとどまらない未来を考えることもできていたのではないかと推測できた。

また、そのような状況に置かれた患者や家族の決断の難しさについても、1回目のレポートの中でもレコードされ、2回目では具体的に複数の側面から考えることができていた。少ない時間の中で決断を迫られることの＜難しい決断＞に関連するのは、病状の突然さや重篤さだけではなく、＜情報不足＞によって患者や家族の思いを踏まえ決断することができないことや、重篤さによっては本人の意思が確認できないため＜代理決定＞せざるをえない家族の困難さという点でも深まっていた。

患者と家族の関係性についても深まりが確認できた。1回目のレポートでは【家族】は最もレコード数の多いカテゴリとなった。そこには、家族の構成員が病気になることの影響を中心に考えることができていた。2回目のレポートではバリエーションが増え、1回目のレコードに加え、＜思いのすれ違い＞にまで考えを広げることができていた。患者、家族と別々に考えるのではなく、病気を抱えることで家族の構成員同士が互いを気づかうが故にすれ違っていく様にまで思考を広げていたのは、物語を読むことの意味であると考えられる。

2. 急性期看護の視点の広がり

1回目のレポートでも、急性期という特性から、＜状態を把握し＞＜変化に対応＞するというような視点を持って読むことができていた。全講義の終了後である2回目のレポートでは、全レコード数やカテゴリに分類されるレコード数も増加し、特に【急性期看護】

の視点は大幅な伸びをみせた。特筆すべきは、2回目のレコード全般において、対象理解の捉えとの連動である。対象が置かれている状況から、具体的な看護の提案に広がりを見せていたことから、この研究の意義であるナラティブ教材から対象に思いを寄せ、看護を考えることに活かす目的は達成されたのではないかと考える。2回目の【急性期看護】のサブカテゴリを見ると、生命の危機に対する激しい不安や苦痛症状とその恐怖に対して〈心身の苦痛を緩和〉したり、〈環境を整える〉ことに着目できていた。【観察・判断】においては、ただ観察するという抽象的な事柄ではなく、〈観察〉から〈適当に判断〉したり、〈察知する〉ことが〈予測と予防〉につながっていくなど、急激に健康レベルが変化していき、即応していくことが求められる急性期看護において、観察することがどのような意味を持っているのかという点に広がりやつながりをみせた。

患者・家族が、決断の難しさを抱えているからこそ、〈正しい情報提供〉を〈タイミングと範囲〉を見極めながら提供し、〈意思決定支援〉につなげるなどという点でも、対象理解とケアが連動していた。これらの急性期看護のイメージの広がりや、講義の終了後に改めて体験記を読ませたことで生まれたと考える。

3. ナラティブ教材の可能性と課題

患者のケアを通して、看護の直接的な体験をすることができる臨地実習は、貴重な学びの場であり、実践知の形成のためには非常に重要である。しかし、臨床の場で営まれる様々な出来事の対象にとっての意味を理解することは容易ではない。時間的にも限られた臨地実習の中で、課題をこなしながらじっくりと現象の意味を深めることは極めて困難である。学内で余裕のある時に体験記を読み考えることは、患者・家族の思い、体験だけでなく、医療者の関わりが患者・家族にどのように受

け止められ、意味づけされているのかという点を、俯瞰的に考えることができるという点で、教材として可能性があると考え。物語の筆者がその時の感情や状況を振り返り、編みなおし意味づけした体験記は、背景や状況が理解しやすく臨地実習では得られにくい情報が豊富である。また、時間的にも体験記のような教材であれば、じっくりと自分のペースで読むことができる。また、多くの体験記は、時系列でまとめられており、患者・家族の状況が置かれた状況を追体験し、その時になぜそういう選択をしたのか、治療によってどのように心身が変化していったのか、生活にどのような影響が及んでいるのか、医療者の関わりで変化したことや傷ついたことなどの貴重な情報が含まれている。さらには、生きていくことの苦悩、ネガティブな事ばかりではなく病いによって患者・家族が得たものなど、当事者であるからこそ語れる情報に間接的にでも触れることは、意義がある。学生の生活とは全く異なる物語の世界の中で、患者・家族の生活を追体験し、感情的に巻き込まれながら、自らの価値観の中に編み込まれていくという成長の可能性があると考える。

また、ナラティブ教材を看護教育に活用するとき、分析的に読ませることはその特性を生かせないのではないかと考え、課題の提示には「何故」を問わず「気がかりな点」についての考えや思いを自由にレポートするように指示をした。「何故」を問うことは、学生の価値観に沿って対象の状況を判断してしまう恐れを危惧したためである。たとえ体験記という物語であっても、患者・家族への共感が必要である。それはまた、ケアリングの感性を育むことになると考える。ワトソン²²⁾のヒューマンケア理論で掲げられている、ケアリングの10の要因は、例えば、「人道的・利他的価値観を形成すること」「自己や他者に対する感受性を開発すること」「実存的・現象学的・精神的な力を容認すること」等であるが、ここに掲げた以外にも共通しているの

は、対象の生活や心身の深い理解であり、対象の主観的な個人的世界の重要性を認識することである。ベナーもまた、「看護・医学の実践には、倫理的・臨床的な洞察力が深く関与している。尊重し合う関係の中で、患者が気にかけていること、患者が望む目標に十分な配慮が払われるとき、「よい臨床実践」が生まれる²³⁾と述べている。さらにベナーは、そのような関係の中で、「患者の苦痛について介入すべきなのかどうかや、何がケアで何がケアでないのか考え区別していく時に、区別ができるかどうかは、医療者と患者の感情を調和させることが必要なのであって、客観化や合理的計算は役に立たない」と結論付けている。看護基礎教育で教授されている、いわゆる看護過程の中において項目に沿って分析的に対象を理解することも、看護を提供するうえで重要な反面、それらを使って思考することに慣れていない学生にとっては、科学的側面の重視に偏り、ケアの対象を全体的に見ることの力が弱くなる。ナラティブ教材は、対象が、いつ、どのような背景の中で、今の状況に置かれているのかという文脈を理解しつつ、看護を考える能力を培うことのできる一つの方法として可能性が高いと考える。

VII. 結論

急性期にある患者・家族の対象理解を促すために、ナラティブ教材として体験記を活用することは、患者が置かれている状況の理解や、患者だけではなく家族を包括した生活の理解に寄与していた。また、急性期看護に必要な要素についても対象理解と結び付けて考えることができ、看護職をはじめとする医療者の関わりが患者・家族にどのように受け止められ、意味づけされているのかについて俯瞰的に考えることができる一つの方法として有効であるといえる。さらに、ケアリングの感性を育むことに寄与するという点で、教材としての可能性が高いことが示唆された。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究では、急性期看護の実習に赴く前の学生を対象とし、間接的経験が得られるようナラティブ教材を用い、その対象理解の認知の変化についてテキストマイニング手法で検証した。データの範囲は特定集団に限られており一般化には至らない。急性期看護の教授方略にナラティブ教材を用いた研究報告は少なく、また、本研究での対象理解の学びが、実習での急性期看護実践にどのような成果を生むのかの検証を継続することが今後の課題である。

引用文献

- 1) 井上智子. 急性期看護の専門性と能力開発. 看護. 2002, 54, 4, p.83-92.
- 2) 明石恵子. 急性期（周手術期）看護実習の“困難”をどう乗り越えるか. 看護展望. 2001, 26, 11, p.1201-1206.
- 3) 佐藤まゆみ. 成人看護学実習における現状と課題—周手術期患者の看護実習より— . Quality Nursing. 2001, 7, 3, p.243-246.
- 4) 山本加奈子, 佐久間美華. 急性期看護実習におけるICU実習の意義—ICU実習の経験の有無による実習目標達成度の比較検討— . 第43回日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ）. 2013, p.107-110.
- 5) 杉崎一美, 辻川真弓. 外科実習におけるクリティカル・パスの教育効果. 看護教育. 2000, 41, 1, p.47-52.
- 6) 杉崎一美, 辻川真弓. 周手術期の臨床看護実習におけるクリティカル・パスの教育効果—一般病院と大学病院との比較— . 三重県立看護大学紀要. 2001, 5, p.71-75.
- 7) 杉崎一美, 小河郁恵. 成人看護学実習（急性期）における関連図活用の学習効果. 奈医看護紀要. 2006, 2, p.1-6.
- 8) 蒲田真紀, 西本淳子, 齊藤博美他. ICU系実

- 習における学生の実習前後の不安. 第27回日本看護学会収録(看護教育). 1966, p.39-41.
- 9) 大池美也子, 末次典恵. 集中治療室の見学実習における看護学生の学び—看護学生によるレポートの分析から—. 九州大学医学部保健学科紀要. 2007, 3, p.77-84.
- 10) 原田秀子, 張替直美, 中谷信江他. 臨地実習における看護学生の達成感に影響する要因の検討(第2報). 山口県立大学看護学部紀要. 2005, 9, p.49-55.
- 11) 中山由美, 大町弥生, 伊藤良子他. ICU看護の事例を通して看護学生が捉えた患者・家族への看護. 日本救急看護学会雑誌. 2009, 10, 3, p.25-32.
- 12) 池松裕子. クリティカルケア看護実習. 看護教育. 2006, 41, 6, p.466-473.
- 13) 徳原多賀子, 井本恵美子, 戸井田充子. ICU見学実習における看護学生の学習効果—実習記録の分析より—. 第35回日本看護学会論文集(看護教育). 2004, p.250-252.
- 14) 橋田吉史. 成人看護実習(急性期)におけるICU見学実習での学生の学習内容—ICU見学実習後のレポートから学生が捉えた患者・家族・看護師の体験の分析—. 香川県立医療短期大学紀要. 2002, 4, p.175-182.
- 15) 片穂野邦子, 松本幸子, 高比良祥子他. 成人看護実習における集中治療部見学実習での学生の学び—実習記録内容の分析を通して—. 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要. 2005, 6, p.43-48.
- 16) 田中由香利, 小澤知子, 濱田麻由美. クリティカルケア学内実習における重症患者模擬体験からの学生の学び—イメージマップを用いた分析から—. 東京医療保健大学紀要. 2010, 1, p.57-64.
- 17) 福田正治. 看護における共感と感情コミュニケーション. 富山大学看護学雑誌. 2009, 9, 1, p.1-13.
- 18) 太田にわ, 古米照恵. 障害者の闘病記の読書を通じての看護学生の患者理解. 岡山大学医療技術短期大学部紀要. 1993, 4, p.89-97.
- 19) 小平朋江, 伊藤武彦. ナラティブ教材としての闘病記—多様なメディアにおける精神障害者の語りの教育の活用. マクロ・カウンセリング研究. 2009, 8, p.50-67.
- 20) 孫 波. 病気と向き合う体験者のウェブサイトJPOP-VOICEの語りの特徴と看護教育への活用. 和光大学学生研究助成金論文集. 2012, p.49-60.
- 21) 川口有美子. 逝かない身体—ALS的日常生活を生きる(シリーズケアをひらく)1版. 医学書院, 2009, 276p.
- 22) Watson J. ワトソン看護論—人間科学とヒューマンケア. 稲岡文昭, 稲岡光子訳. 医学書院, 1992, p.112-134. NURSING: Human Science and Human Care.
- 23) Benner PE. エキスパートナースとの対話 第1版. 早野真佐子訳. 照林社, 2004, p.174-177. A dialogue with excellence: narratives in nursing, nursing ethics.