

質的研究の構築と発展—理論から実践へ—

京都大学名誉教授 鯨岡 峻

1. はじめに

みなさんは質的研究と言われているものがどんなものか、明確なイメージを持っておられるでしょうか？データを数字で示し、統計的手法を用いる一般的な数量的研究に該当しない研究、つまり数量的なエヴィデンスを明示しない研究のこと、あるいは、近年ナラティブ研究といわれるようになった、インタビューや聞き取りによる一次資料（プロトコル）を用いてそれに分析を加えた研究（KJ法やグラウンデッド・セオリーなどを用いた研究）、さらには対人場面で得られたエピソードを資料として用いる研究などを思い浮かべるかもしれません。

私は「関与観察とエピソード記述」を研究の方法論として提唱して来た人間なので、それも質的研究の一種だとみなされることが多いのですが、数量的エヴィデンスを示さない研究だから質的研究なのだと括られてしまうことには強い違和感があります。いま「質的研究」を標榜する研究は数々ありますが、私は以下で述べる最低限の基準を満たさない研究は質的研究とは呼べないのではないかと考えています。

私が提唱する関与観察とエピソード記述の方法論は、従来のエヴィデンスを中心にした数量的アプローチでは扱えない領域に踏み込もうとしたからこそ、必要になったものです。客観科学では扱えない領域とは、人が人に接するときには両者のあいだに生まれる心の動きの領域です。確かに、人の心の動きは目に見える行動ではなく、測定することもできません。客観主義パラダイムに沿って研究を進めてきた行動科学は、目に見えない、測定不可能な、したがってエヴィデンスに繋がらない、この心の動きの領域には踏み込もうとしてこなかったし、実際に踏み込めませんでした。行動科学が「心の科学」を標榜する場合でも、それは行動から推論する限りでの心にとどまっていて、人が人に接する中で感じられる心の動きには全く踏み込めなかつただけでなく、行動科学研究としてはそこに踏み込むことをむしろ禁じる動きさえ見せてきたのでした。

しかし、この感じられるものとしての心の動きの領域は、人と人が関わり合うところで営まれる対人実践には欠かせない領域です。それは証拠が出せないから（数量的エヴィデンスとして示すことができないから）扱わなくてよい、と言えるような領域ではあません。というのも、対人実践の最も重要な局面は、相手の心の動きと自分の心の動きが繋がったり途切れたりしながら、そこにさまざまな感情が双方に生まれ、それが相互に変容していくところにあるからです。それに目を塞ぐということは、対人実践の最も重要な部分を失うに等しいのではないのでしょうか。

この、目に見えない、したがって証拠をだせない、しかし、対人実践には欠かせない心と心の繋がりや途切れが生まれる心の動きの領域は、実践の中身をよりよいものにしたと思う実践の当事者には踏み込まずには済ませられない領域です。だからこそ、これまでの数量的研究のパラダイムとは異なる新しい研究パラダイムが求められるのです。

私が問題にしたい対人実践の領域には、もちろん看護の領域が含まれます。そして保育や教育の領域、介護、福祉、支援の領域など、対人実践という範疇に含まれるすべての領域が、そこに含まれると考えています。これらの領域はみな、人が人に関わる中で、相手

の心の動きやその時の自分の心の動きが問題になる領域です。いま質的研究を標榜する人たちは大勢いますが、この領域に踏み込む覚悟と、そのための方法論と、そのためのパラダイムを考えないような研究、つまり従来 of 客観主義パラダイムと真っ向から対峙する姿勢を持たない研究が、真に質的研究と呼べるのかどうか、そこをまず考える必要があると思っています。

前置きが長くなりましたが、私が考える研究が何を指し、どういう考えの下に構築されてきたのかをお話して、みなさん看護職の方々が、自分の看護実践をよりよいものにして欲しいと思って研究に取り組む際に、何が欠かせない大事なことを改めて考えるきっかけにしていいただければと思っています。

2. 客観主義の立場との相違点を明確にする

2018 年に出版した『関係の中で人は生きる』の中で、私は客観主義の枠組みと真正面からぶつかる覚悟で、私の考えが生かされる対人実践領域を広く「接面の人間学」と名付けました。この私の立場は、研究の中に登場する人物について、①人は両義的欲求（自己充実欲求と繋合希求欲求）をもち、その充足を目指して正負の心を動かす存在である、②人は対人関係の中で時間軸に沿って変容していく存在である、という 2 点をまず出発点に据えます。その上で、客観科学との対立点を明確にするために、次の 4 項目を掲げます。（1）研究者（実践者）と研究対象（実践対象）を分断して研究をするか、分断しないで研究するか、（2）研究者（実践者）である自分と研究対象（実践対象）との間に生まれる「接面」を重視するか、しないか、（3）研究者（実践者）と研究対象（実践対象）の心の動きを取り上げるか、取り上げないか、（4）研究者（実践者）の当事者性を認めるか、認めないか、の 4 つの対立軸です。分かりやすいように 4 つの項を掲げましたが、この 4 つ項は互いに繋がっていることが以下の議論から分かると思います。

（1）について

「看護する」という営みは、看護師と患者とのあいだの「看護する—看護される」という関係性のもとで、双方にさまざまな心の動きが生まれながら展開していく営みです。ところが、これまでの客観主義の枠組みに立つ看護研究の多くは、研究主体である看護師と、研究対象である患者や看護師との関係性を分断して、例えば多くの患者にアンケート用紙を配って回答を求め、また多くの看護師にアンケート用紙を配って回答を求めるといのように、研究主体である自分との関係性を安易に分断したまま、得られた結果からあれこれの言説を導くという研究の進め方をしてきました。

しかしながら、研究主体としての看護師と、研究対象としての患者や看護師との関係性を分断してしまえば、その瞬間に「看護する—される」という動態としての営みは消えてしまいます。そして動態としての営みが消える瞬間に、両者のあいだに生まれる双方の心の動きは消失してしまいます。客観主義を遵守する立場からは、研究者（実践者）は研究対象（実践対象）の外側にいるという前提ですから、分断するのが当然なのですが、しかしそれをすると動態としての実践の営みが消えてしまいます。ここに大きな岐路があることにまず注意を喚起しておきたいと思います。

（2）と（3）について

「接面」については後段で詳しく説明するので、ここでは関係性を分断すれば、接面は

生まれないこと、接面は一方が他方の心の動きを感じ取ることができる必要条件の一つなので、これが生まれなければ（これを問題にすることができなければ）、心の動きを論じる基盤が失われてしまうことを確認するだけで十分です。客観主義の枠組みは、関係性を分断する見方に立つので、「接面」を問題にすることができず、それゆえ、心の動きという対人実践の要の部分に踏み込むことができないのです。

客観主義の立場からすれば、心の動きにしても、接面にしても、目には見えないものであり、証拠をだせないものであるので、それを論じても無意味だとしますが、それは客観主義パラダイムに立つところから導かれる主張です。私は対人実践の機微を明らかにするには、この客観主義パラダイムとは異なる接面パラダイムに立つ必要があると考え、「接面の人間学」を提唱することになったのです。

（４）について

客観科学では、研究の当事者である研究者は研究対象から分断されるばかりでなく、自らの当事者性を排除して、無色透明のまま研究対象を誰が見ても同じように見るという姿勢で臨むことが前提になっています。それが研究者の位置に誰が来ても得られる結果は同じという客観主義の公準を満たすためには欠かせない条件です。

これに対して、「接面の人間学」の立場では研究者（実践者）は研究の（実践の）当事者なので、それを消すことはできません。そして研究者（実践者）は、研究対象との関係性の一方であり、そこに生まれた接面の当事者でもあります。そしてそこに生まれる心の動きは、研究者（実践者）であれば誰もが同じように感じ取るものとは限りません。そこには自分（研究する人）の当事者性（経験、学んだ理論、人間性）が込み込んでいるので、他の人と同じようにはなるとは限りません。

看護の立場の研究者が自分と患者とのあいだの「看護する営み」を研究するというとき、まず患者の前に自分がどのような人間として立つかが問われるでしょう。同じように患者の目に立つとは言っても、そこにその人らしさ（主体性）や人柄が表れてきます。それがその看護するという営みの中で大きな意味合いを持っています。そこに踏み込まないような質的研究があり得るでしょうか？

そこに、研究主体（実践主体である看護師）がどのような当事者性を抱えているかを明らかにしつつ、研究対象（患者）と自分との関わりの営みを描く必要が生まれます。そこにこの種の研究ではその接面を研究者（実践者）が生きたときの体験を描き出したものが何よりも重要な資料となることが示唆されますが、これはまた後段で取り上げましょう。

３．エピソード記述の方法論は、単に自分の経験したある場面の記録ではない

いま各方面の実践領域で私のエピソード記述の方法論に関心が広がってきています。それは私にとっては確かに嬉しいことではあるのですが、しかし、私の提唱するエピソード記述を単なる記録の取り方と理解してその書き方を学ぼうとする人たちが多数いるというのは、提唱者としては困りものです。というのも、エピソード記述は、今まで見てきた従来の学問、特に客観科学を目指す学問の枠組み（パラダイム）とは全く相容れない新しい枠組み（パラダイム）の上に成り立つものだからです。その根本の姿勢を理解しないまま、ただ書き方を学んでもまず意味がありません。

また私の主張する「接面の人間学」はもともと、私が主張する関係発達論を下敷きに生

まれたものでした。この関係発達論という私の立場は、単なる発達の理論ではありません。先に述べた①と②を踏まえ、(1)～(4)を軸にした一つの人間の見方、人間の理解の仕方が関係発達論だと考えていただければよいと思います。そこには、保育、教育、療育、看護、介護、障害者支援、臨床など、人に関わる実践領域のすべてが包摂されると思われたので、「接面の人間学」と述べたにすぎません。

この①と②、(1)～(4)は関係発達論の哲学と呼んでも構わないでしょう。このことを前掲書では下の図1によって説明しています。

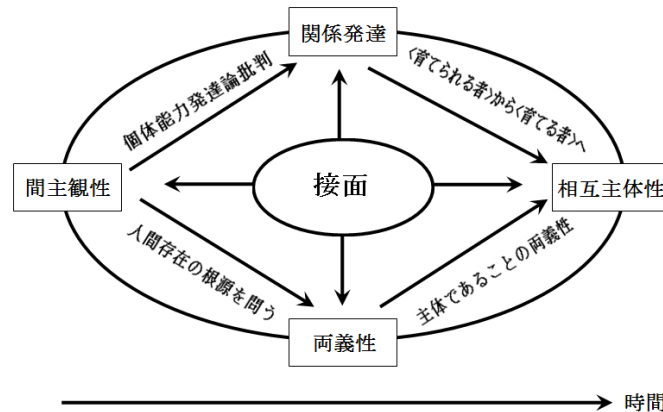


図1. 関係発達論の4つの軸となる概念と接面

この図1は私が京都大学を退官する年に書いた『ひとがひとをわかるということ』(2006年、ミネルヴァ書房)で紹介した図を、今ようやくたどり着いた「接面」という概念を含めて書き直したものです。これは関係発達論を構成する4つの軸になる概念とその関係を示した理論に関わる図です。これにさらに方法論と、人が生きる現場との関係を示したのが次の図2です。

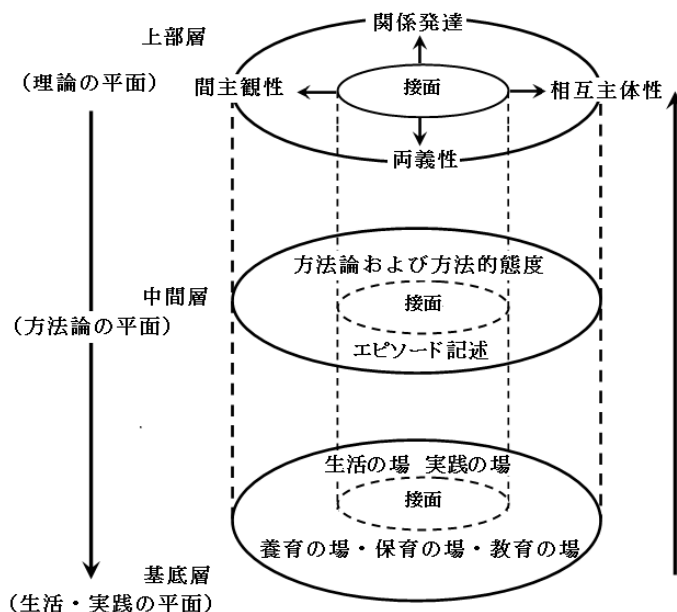


図2. 関係発達論の全体像

この図2が関係発達論の全体像を示すものです。つまり、最上層には理論の構図が示され、中間層にはエピソード記述の方法論が示され、最下層には生活の場や実践の場が示されて、そこに保育、教育、療育、看護、支援、等々、「接面の人間学」に包摂される全ての領域が含まれていることとなります。

本日はこの関係発達論、あるいは「接面の人間学」の全体をお話することはもちろんできませんが、いま看護実践に関わる皆さんが関心を示しておられるかもしれないエピソード記述という方法論が、単なる記録の取り方ではなく、患者理解のあり方と深く繋がり、また自分の看護実践のありようと深く繋がり、さらには自分自身の生き方とも深く繋がることを理解しなければ、この方法論を真に活かすことができないということを理解していただきたくて、ひとまずこの関係発達論の全容を示すことにしました。

4. 客観から間主観へ：患者の心と自分の心を問題にするために

(1) 客観科学は人の心の動きを問題にしない（できない）

いま、患者に直接関わる皆さん方にとって、目の前の患者がどのように心を動かして生きているか、また患者に関わる看護師の自分がそこでどのように心を動かすかは、看護実践の中で大きな比重を占めているはずですが、ところが、心の動きの問題は客観科学が一貫して避けてきた問題でした。人の心の動きは目に見えないために、物差しを当ててそれを客観的に測定することができません。そのために、客観科学は心を真正面から扱ってきませんでした。その客観科学の影響を受けて、看護や介護に関わる実践はもちろん、保育も教育も、また心の動きが問題になるはずの心理臨床の領域においてさえ、目に見える行動だけを問題にして、患者や看護師の心の動きを議論してこなかったのだと思います。

しかし、看護の実践に携わっている人が「人の気持ちは客観的には分からない」という客観科学の言説をそのまま受け入れてしまっただけでよいのでしょうか。

(2) 客観科学の言説に加担して人の心の動きに目を塞ぐのか、人の心の動きを問題にできる新しい枠組み（パラダイム）を考えるのか

確かに、人の心の動きを、物を測定するように測定することはできませんし、目に見えるものではないのでそれを客観的に描き出すことも出来ません。だからそれは客観科学の枠組みで扱えないのはその通りですが、では実際の対人関係において、心の動きが問題にならないのかといえば決してそうではありません。というよりも、相手や自分の心の動きこそ、その対人関係を動かす原動力といってよいはずのものです。実際、人の気持ちが分かるか、分からないかは、対人関係の展開の鍵を握っています。私がこれまで「間主観的に分かる」という表現を用いて心の動きの領域に入り込もうとしてきたのも、それを抜きにしては、対人関係は考えられないと思ってきたからです。

ここに一つの岐路が現れます。つまり、客観科学の言い分に従って、人の心の動きに目を塞ぎ、患者の幸せのためにという善意の思い込みの下で、よかれと思うことを次々に働きかけて、患者の行動を変えることに向かうのか、それとも、患者や自分の心の動きを掴んで営まれる通常の対人関係に立ち還って、人の心の動きを問題にできる新しい枠組みを考え出すか、の岐路です。

私は学問の道に入って以来、終始一貫していまの問いを問い続けてきました。客観科学

の枠組みでは人の心の動きに触れる実践の中身に迫れないと考え、実践科学は客観科学をモデルにすべきではなく、心の動きを問題にできる新しい枠組みを用意し、その中で自分たちの実践の中身を議論しなければならないと考えてきました。エピソード記述という方法も、客観科学の枠組みとは異なる新しい枠組み（パラダイム）に立とうと思うからこそ必要になるものだったのです。

5. 心を問題にすることのできる新しい枠組み：界面

(1) 実践の場（看護の場）の「界面」ではいったい何が起きているか

「行動中心主義」は確かに実践に携わる人には分かり易いものです。特に自分は何をすればよいのか、関わる患者に何をすればよいのかというように、「なすべき行動」を明確に示すことを求める人、あるいは「なすべき行動のマニュアル」を求める人にとっては、この「行動中心主義」は課題解決の道筋を示すもののようにさえ思われるかもしれません。しかし、目に見える行動だけを取り上げるだけで、人と人の中で生じていることを真に掬い取っていることになるでしょうか。ここで、「**人と人の界面ではいったい何が起きているのか**」と問うてみるとよいと思います。その界面に自分が当事者として関わってみれば、その界面では単に相手がこう言った、こうしたという行動だけでなく、相手の心が動いていることがまず掴みとれ、また自分の内部でさまざまな心が動いていることが実感されるはずです。その界面でのお互いの心の動きこそ、人と人の関係の機微をなしているものはずです。それを取り上げずに実践の中身を語れるでしょうか。

ここにも大きな岐路がありますが、それは先に見た岐路と同じものです。つまり、界面で生じている目に見えない心の動きを当事者の立場で捉えて、その関わりに機微に入り込み、そこから人と人が共に生きることを意味を考えようとしていくのか、それとも、その界面に生じていることを無視して、あくまでも人と人の関わりを第三者の観点から行動的相互作用としてしか見ないのかの岐路です。

看護の場は、本来、患者と看護師の界面で生じている心と心の絡み合いの機微から次の展開が生まれていく場です。看護師は患者との**界面を構成する当事者として**、患者の心の動きを感じ取り、それに応える立場の人です。それなのに、その界面で生じていることを全て無視して、行動と行動の関係に還元する行動科学の影響を、これほどまでに安易に受け入れて行ってよいものでしょうか。

(1) 界面

「界面」とはこういうものだとして最初から定義することは難しいので、まずは界面が問題になる保育の場面を取り上げて、界面を大まかにスケッチしてみましょう。

午睡のエピソード

A 保育士

「3 歳児の午睡の部屋で、なかなか寝付けない B ちゃんを担任の私が背中をとんとんして寝かせていた。B ちゃんが眠れば全員入眠という状況で、少し離れたところで寝ていると思っていた A くんがむっくり上半身を起こし、私の方を見た。A くと目が合った私は、A くん「先生、きて、ぼくもとんとんして」という思いが掴めたので、「わかったよ、B ちゃんが寝たら行ってあげるからね、もうちょっと待っててね」という思いで無言のまま頷いてみせると、それが A くんにも分かったようだった。

この場面で、AくんもA保育士も、一言も言葉を発していません。しかし、A保育士はAくんの思いが掴めたので顔き、AくんもA保育士の思いが掴めたので上半身を起こしたままで先生が来るのを待つことができました。

今の例にみられるように、気持ちを向け合う人と人のあいだには独特の空間、雰囲気が生れます。例えば、母親が子どもを可愛いと思って関わる時にそこに生まれる独特の雰囲気、あるいは今の具体例のように、保育者が子どもの気持ちに寄り添った時にそこに生まれる二人の間の独特の空間、さらには看護師と患者のあいだに生まれる独特の雰囲気や、クライアントとセラピストのあいだに生まれる独特の空間がそれです。それこそが人が人を分かる（解釈によってではなく、間主観的に分かる）という出来事が生まれてくる基盤をなしています。

そのような人と人のあいだに成り立つ独特の空間や雰囲気をさしあたり「接面」と呼んでみましょう。そうするとそれは単なる二者間の物理的な空間という意味での「あいだ」とは異なるものだということが分かるはずです。

実際、今のエピソードと同じ場面で、B保育士はAくんと目が合った瞬間に「Aくん、起きちゃダメでしょ！寝なさい！」と一喝しました。このA保育士とB保育士の対応の違いを考えると、先のエピソードでA保育士とAくんのあいだ独特の空間や雰囲気が生まれたのは（つまりそこに「接面」が生まれたのは）、少なくともA保育士がAくんに気持ちを向けている（相手を思い遣る気持ちを向けている）からで、B保育士の場合はそのようにAくんに気持ちを向けていなかったために、そこに接面が生まれていなかったから、そのような自分の思いをぶつけるだけの対応になった、と考えることができます。

（２）接面では何が生じているか

接面ではさまざまなことが起こっています。例えば、母親の温かく優しい情の動きが幼児を包み込めば、その子の中に嬉しい気持ちが湧きたちます。関与観察している私には母の優しい情の動きも、子どもの嬉しい気持ちも、そのようなものとして伝わってきます。あるいは看護の場面では、苦しみに耐えようとする患者の思いが看護師である自分に伝わり、安易に「痛み止めを打ちましょうか」という言葉が紡げない気分になるということもあるでしょう。そのように、接面から何が感じられるかによって、その看護する営みの展開が大きく変わってきます。そして看護師の醸し出す雰囲気が、患者の前向きの姿勢に繋がるという場合もしばしばあるでしょう。

このように、接面では人の喜怒哀楽に関わる情動が行き交うことはもちろん、曰く言い難い独特の雰囲気を含む広義の情動（力動感）が行き交っています。そして一方の情動の動きは他方へと容易に浸透し、しかもそれが双方において交叉することによって、さらに複雑な情動の動きに転化していくこともあるはずです。

そうした情動の動きは、嬉しい、楽しい、悲しい、腹立たしいといった喜怒哀楽に関わる情動ばかりでなく、広義の情動、私が力動感とよぶ、ワクワク感、ドキドキ感、イライラ感、しっとり感、安心感、不安感など、実に多様な情動の動きもそこに含めて考えてよいと思います。そうした狭義、広義の情動の動きが、一方が他方の気持ちを「分かる」ということの基盤、つまりこれまで相手の気持ちが「間主観的に分かる」と述べてきたことの基盤をなしています。

こうした接面を通して感じ取られてくるもの基盤に、看護師の場合であれば患者の「こうしたい」「こうしたくない」「こうしてほしい」という思いを掴み、それをまずは受け止めて、その後の対応を紡ぎ出していっているはずですが、**接面では患者の言動だけでなく、その言動の基になった情動の動きがその接面を通して看護師に把握されてきます**。こうしたことは、子どもと保育者とのあいだでも、子どもと療育者の間でも、さらにはクライアントとセラピストとのあいだでも、要するにありとあらゆる人と人のあいだで起こっているはずですが。

そうしてみると、従来、「相手の気持ちが掴めた」「相手の気持ちが身に染みて分かった」「こちらの気持ちが相手に伝わった」というふうに素朴に語られてきことは、接面を通して力動感が相互に相手に浸透するという事情に基づいて、それが言葉になったものだということが分かります。ですからそれらはみな対人関係の展開を左右する大きな意味、というよりもむしろ対人関係を動かして行く原動力といってもよいものでしょう。

(3) これまで接面について述べてきたことを簡単に整理してみます。

時間の都合で、詳しい説明を省かざるをえませんが、これまでの私の一連の著書の中で「接面」に関して議論してきたことを箇条書きにして示しておきたいと思います。

- 1) 患者の心の動きは接面を通して初めて看護師に感じ取られる
- 2) 接面で生じている看護師の心の動きは必ず患者に跳ね返っている
- 3) 本来の看護する営みは、接面での患者心の動きに基づいて紡がれるものである
- 4) 接面で生じていることは当事者である看護師にしか把握できない
- 5) 接面から感じ取ったことは、エピソードに描かない限り第三者に伝えられない
- 6) 接面はそれを作ろうと意識すれば作れるものではない
- 7) 接面は看護師が患者に気持ちを向けたときに初めて生まれる
- 8) 接面は瞬時に生まれ、瞬時に消滅する
- 9) 接面の成り立ちには看護師の主体性（人柄、その人らしさ、主体性）が絡む

6. なぜこれまで接面で起こっていることが取り上げられてこなかったのか

対人実践の展開、とりわけ保育や看護や臨床における実践の展開は、「接面」での出来事その鍵を握っているといてもよいのに、なぜこれまで「接面」は問題にされてこなかったのでしょうか。

(1) 客観科学のパラダイム（枠組み）が実践に強い影響を及ぼしてきた

先の午睡の例について、客観科学の立場は、Aくんは「本当に来てほしかったのか、ただ起き上がっただけではなかったのか、Aくんが本当に来てほしかったという証拠は示せるのか」と問いを突き付けてきます。そしてその証拠を出せないとなると、それは単にその保育者の主観的解釈だと一蹴されてきたのです。

エヴィデンス（証拠）として示すことができなければ、それは科学的研究ではないという客観主義からの論難は、確かに客観主義パラダイムに依拠する限りでは突き崩すのが難しいといえます。しかし、学問はともかく、実践にとって証拠（エヴィデンス）を示さなければ、それは意味がないと言うのはどうでしょうか。証拠を示すのは難しいけれども、先の午睡の時の例のように、実践では接面で生じていることに基づいて対応が紡ぎ出されている事実を十分に了解することができるはずですが。同じことは看護の世界にも言え

るでしょう。そしてそれが看護実践の質の議論とも重なるはずです。

私は、証拠としては示すことができないけれども、人が人の気持ちを分かる（掴む）ところに対人関係の営みの機微があること、しかもそれは同じ実践の立場に立つ者にとっては相互に了解可能だという認識に立ち、実践は客観科学のパラダイムとは異なるパラダイムに沿って物事を考えるべきではないかと考えるようになりました。そして「界面」という概念を思いついて以来、そのパラダイムを**界面パラダイム**と名付けてきました。そして両者を対比してみると、その考え方の相違がはっきりしてきます。それが以下の図3です。

(2) 二つのパラダイムの違い

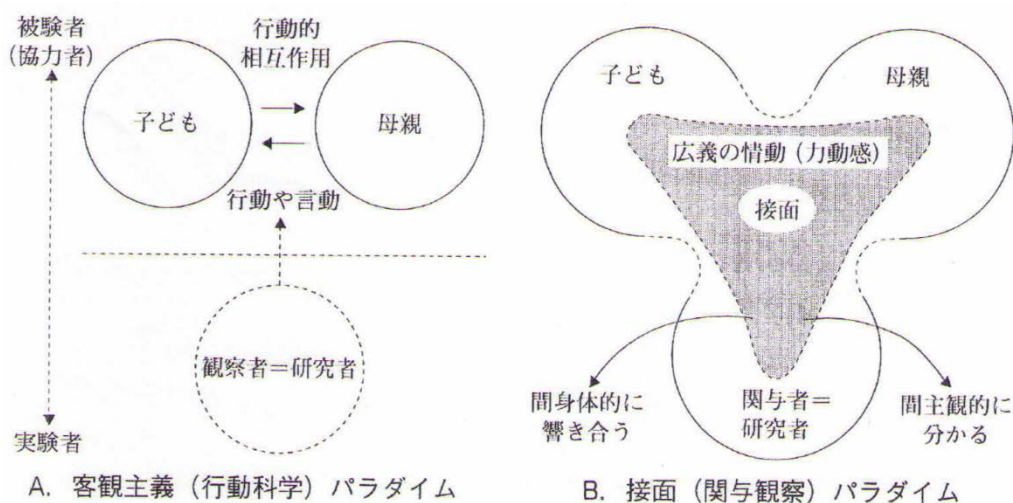


図3. 客観科学パラダイムと界面パラダイム

この二つの図A, Bを対照してみると、前者のAは**界面を消し去ることで客観主義の枠組みを遵守することが可能となり、観察者の代替可能性の条件を満たし、それによって、あくまで研究対象の行動や言動を客観的に明らかにすることができる枠組み（パラダイム）であることが分かります。**つまり観察者=研究者は黒衣で、研究者は研究対象の外側にいて、そこでは何も感じないということが前提されています。これは自然科学にとってはきわめて自然な枠組みですが、人が人について研究する際にふさわしい枠組みかどうかは大いに問題です。にもかかわらず、行動科学としての人間科学は客観主義の枠組みを遵守する道を選び、界面で起こっていることを無視ないし排除してきたのでした。

他方、後者Bの「界面パラダイム」は、界面の一方の当事者である研究者自身（実践者自身）がその界面で起こっていることを自らの身体を通して感じ取ることに重きを置く枠組みです。そして後者の界面パラダイムは、関与者=研究者の位置に実践者がくると考えれば、実践者と実践対象（看護師と患者）との関係にそのまま引き写すことのできる枠組みです。にもかかわらず、看護師の皆さんたちのあいだでも、多くの人は前者の客観主義パラダイムに準拠した行動科学の言説に振り回され、肝心の界面の重要性を見失いかけているように見えるのです。

二つのパラダイムの違いを「**界面を無視ないし消去する枠組み**」と「**界面で生じている**

ことを重視する枠組み」に区別してみると、この二つのパラダイムがいかに相容れないかが分かり、またそこからいろいろなことが見えてくるはずです。そして言うまでもなく、「エピソード記述」という私の方法論は、後者の枠組みに立って、目に見えない接面での心の動き（しかし実践者には確かに感じ取ることのできる心の動き）はエピソードに描き出すしか、それを第三者に伝えることができない、というところから導かれるものだということも分かると思います。

いま述べたように、看護実践はまさに図3Bのように「接面」で営まれています。そこで起こっていることを取り上げようと思うときに、初めて患者の心の動きが問題になるのです。これまで「患者の気持ちに寄り添う」という表現で語られてきたことが、ここでは図3Bの灰色の三角形部分を創り出すことを意味し、そこで実践者の心に届くものが、患者の心の動きなのです。そして、患者の目に見えない心の動き看護師に捉えられたとき、それを他の人に伝えるためにエピソードを書く必要が生まれるのだと考えることができます。

これに対して、患者を外側から見て、患者のしたこと、言ったことだけを取り上げるというように、心を問題にしない接し方が図5Aだと言ってよいでしょう。客観科学はもっぱら5Aで取り組まれてきました。その影響が看護の世界にも持ち込まれて、客観的な記録を取るようという指導に繋がってきたのですが、私の考えでは、その客観科学の姿勢は接面を消す姿勢なので、本来は看護実践とは相容れないものだと思います。

7. 接面で起こっていることはエピソードに描かない限り他者に伝えられない

これまで、さまざまな対人的場面に生まれる独特の空間や雰囲気や「接面」という用語で捉えるべきことについて述べてきましたが、注意を要するのは、接面は接面を語る人（当事者）にとっての接面だという点です。言い換えれば、**接面は「客観的にそこにある」という性質のものではなく、接面の一方の当事者である主体（看護師）にとってそれが接面といえるものだ**という点です。

このように、接面は客観的に「ある」といえるものではありません。それはAくんの「先生来て、トントンして」という思いが目に見えないものであり、客観的な証拠を出せないというのと同じです。ここに、接面で起こっていることを他者（第三者）に伝えるためには、そこでの出来事とその接面の当事者が丁寧にエピソードに描く必要があるという、エピソードを書く理由（書かなければならない理由）が浮上してきます。このところがしっかり理解されていることがエピソード記述を書くための前提条件として必要なのです。なぜ、エピソード記述は従来の経過記録や観察記録のような記録と違うのか、なぜエピソード記述に「私」という主語が必要なのか、それはみな、接面と接面の当事者がそこで得た体験を描くという問題に結びついているからです。

ここまでみてくれば、看護師が接面で体験した患者の心の動きを他者に伝えるためには、エピソード記述が必要になるということがはっきりするでしょう。そして他の看護師が描いたエピソードを読み手として読むということは、書き手が体験したその接面に読み手がその想像力の中で近づき、自分もその接面を体験したかのように思いなして読むということを意味します。それを踏まえれば、書き手は読み手がそのように読むことができるようにエピソード記述を書かなければならないということにもなります。

8. エピソードを読んで理解できるかどうか、接面パラダイムの認識論の要になる

これまで客観科学は厳密な学問をめざして、導かれた言説の一般性、信頼性、妥当性を問題にしてきました（実は信頼性の議論はなされても、妥当性の議論はほとんどなされていないのが実情でしょう）。いま私は接面パラダイムを主張していますが、この立場に立つ人がエピソード記述を中心に研究を展開するとして、その研究には意味があるのだろうかという質問がかならず出ます。これについてはもう少し時間をかけて議論する必要がありますが、時間の制約で、十分に展開する余裕がありません。そこで、『エピソード記述を読む』という著書の中で取り上げた、エピソードに対する読み手の了解可能性と言う問題を、接面パラダイムにとっての認識論の要であるという議論の一部を簡単に紹介しておきたいと思います。接面パラダイムの認識論については、今の議論に加えて、『なぜエピソード記述なのか』と『関係の中で人は生きる』の参考文献を参照して下さい。

そこからまず言えることは、読み手の了解可能性を認めることが、書き手と読み手のあいだでの了解内容の、あるいは読み手同士のあいだでの了解内容の、厳密な同一性を求めることでは必ずしもないということです。そのことについては、つぎのような比喻で理解できるのではないのでしょうか。

ある人にとって、出会われたある事象は、池に投げ込まれた一つの石のように、その人の「心の池」に波紋を広げます。それがその人のその事象から得た感動や素朴な体験の意味に他なりません。そこでその人は自分の「心の池」の波紋の様子（つまりその感動や意味）を他者に伝えたくなり、それをエピソードに書き表します。それがエピソード記述です。その書かれたエピソード記述は、今度は読み手の「心の池」に投げ入れられる「石」になり、読み手の「心の池」に投げ込まれたその「石」は、そこにその読み手ならではの波紋を広げます。というのも、「心の池」が書き手のそれと読み手のそれとでは形状も大きさも深さも異なっている可能性が多分にあり、また読み手同士のあいだでも相互に違っている可能性があるからです。年齢の違い、経験の違い、考え方の違い、価値観の違い、人格の違いなどの違い、つまり各自の固有性の違いが、その「心の池」の大きさや形状や深さの違いとしてイメージされもよいかもしれません。それがある程度似通った池なら、そこに広がる波紋も似てくるでしょうし、池の大きさや形状が大きく異なれば、その波紋も随分違ってくるでしょう。あるいは、読み手によっては少なくともそのエピソードに関して、その人の「心の池」が蓋をされたままということもあるかもしれません。

そのような比喻を用いれば、ある人の書いたエピソード記述が全く了解されない場合から、いろいろな水準で了解可能な場合まで、かなり広いスペクトラムを想定することができます。そして、その了解の幅を含めて、読み手の「心の池」に何らかの波紋が広がり、それによってその読み手に「何かしら分かる」と了解されれば、それが心理学的に意味あることではないかというのが差し当たりの私の認識論なのです。

8. なぜ関係発達看護論なのか

前掲の『関係の中で人は生きる』の中には「関係発達看護論」というスケッチが含まれています。それを以下に再掲しておきたいと思います。関係発達とう接頭辞がついている

のは、看護師も患者もみな周囲の人との関係の中でその生涯発達過程を進行中の人だからです。

関係発達看護論

看護と一口にいても、近隣の医院で感染症の治療を受けるときに会う看護師の、医師の指示に従っててきばきと処置する看護する営みと、病棟勤務の看護師のように、患者の枕元で患者に接する看護する営みとを同列に置いて議論することは難しいでしょう。関係発達看護論が目指そうとしているのは、言うまでもなく、後者のような患者と看護師との接面におけるケアの中身が問題になる看護する営みです。

ある意味で、「接面の人間学」を最も理解しやすい立場にあるのが患者との接面でケアのありようが問題になる看護職のみなさんだと言って良いはずですが、残念ながらそうはなっていません。医学が客観科学を基盤に築かれたものである分、医師側が看護師に求めるのは当然ながらエヴィデンスです。ですから、接面で感じ取ったもの、つまり証拠の出せないものは医師側からは論外とされることがこれまでは多かったと思います（しかし、それも最近は少し変わりつつあるように見えます）。

しかし、もしも看護する側が「エヴィデンスを示せ」という医師側の強い求めに屈することなく、接面で把握されるものこそが看護する営みのエッセンスに通じると自覚し、患者との接面で生じていることをエピソードで描いて、まずは同僚に、次に医師側に、さらには世の中にそれを提示することができれば、そこには看護する側とされる側の複雑な関係の機微が描き出されてくるはずですが、そしてそこに、病を抱えて生きる人の苦悩がはっきりと見えてくるでしょう。その苦悩は病そのものであるというより、病を抱えて生きることが、共に生きる人たちの生活に影を落とすからであったり、家族と再び共に暮らしたいという自分の願いが潰えるかもしれないという不安からだったり、まさに患者が個として生きるのではなく関係の中で生きるがゆえに持つ不安や困り感であるはずですが、それが患者のQOL（生活の質）に関わることなのですが、それを患者との接面から感じ取らない限り、それに応える看護は望むべくもありません。そして、患者一般が病院という場で持つと考えられるニーズ（アンケートなどの結果をまとめたもの）をその患者のQOLと思いなして対応することが、実際の看護では起こりがちです。

ですから、これまでの客観的な看護記録とは異なる、接面での動態としての看護のエッセンスを綴ったエピソードが必要になり、それを同僚と共に振り返ることによって、より良い看護する営みとは何かを考える契機になるのではないのでしょうか。

そこに描き出される数々のエピソードは、病に苦しむ患者の主体としての思いを、その接面の一方の当事者である看護師自身がその接面から感じ取って描き出す一方で、その患者の思いを我が身に引き受けようとする自分の姿勢の中から、自分の（自分らしい）ケアが生まれてくる事情をも併せて描き出すことになるでしょう。それによって、看護師—患者間の「ケアする—される」という関係の機微が明らかになるはずですが、自分自身が接面の当事者だからこそ、目に見えない患者の心の動きを接面から感じ取ることができ、またエピソードにそれを描くことができるのです。

残念ながら、いまのところ看護の側からのエピソード記述には出会っていません。しかし、講義や講演を通して、看護の世界でもエピソード記述が必要であることは徐々に認識されつつあります。それが看護改革への突破口になる可能性さえあるのではないかと

思っています。

かつて看護学は早坂泰二郎の現象学の影響を受けていた時代がありました。接面での出来事を丁寧にエピソードに描く試みは、ある意味で現象学の試みに通じています。早坂の主張に見られるように、接面で起こっていることの「ありのまま」を描くことから看護の本質を目指すのが現象学的看護学の方向性だったはずですが。早坂はその著書『現象学を学ぶ』：川島書房、1986年)の中で、一人の患者を取り挙げて、病を治すべきものとして自分から排除しようという考えに囚われていた状態から、病をわが身に引き受け、病を抱えて生きることを目指そうとするようになったという患者の態度変容を明らかにし、それを看護学の中で問題にするべきだというような主旨のことを語っていました。つまり、病そのものと、病を抱えて生きる人とを区別して考えるべきだということですが、それはとりもなおさず、接面での患者の生き様を看護師がエピソードを通して明らかにするもことでもありました。

クラインマンをはじめとする医療人類学の研究もまた、患者の生の声を聞き届ける必要があると述べています。これらはみな、看護が患者との接面で生じていることを中心に展開されなければならないことを示唆するものです。実際、接面の当事者である看護師が、その接面での出来事をエピソードに描く以外に、そこでの営みを他者に伝えるすべはありません。逆に看護師の描くエピソードから、看護の問題を根本に立ち返って振り返る可能性が生まれてきます。患者自身が考える QOL と医療の立場が患者のために考える QOL とがずれるのも、後者が接面での患者の声を聞き届けないままに、医療側の「よかれ」という思い込みからその QOL を考えてしまうからです。

しかしながら、いま看護の世界では、一方で患者との接面で感じ取られるものに基づいた丁寧な看護が必要だという立場と（それが本来のケアの中身だと思います）、他方で、患者の表向きのニーズへの対処法を考えて、その対処マニュアルに沿って能率・効率のよい看護を目指そうという立場に二分されているように見えます。特に最近では後者の立場が強くなりつつあり、社会的スキルトレーニング（SST）や応用行動分析的な対処マニュアルに沿ったケアに流れていきがちになっています。この流れに楔を打ち込むためにも、接面で感じ取られた患者の心の動きとそれへの自分の対応をエピソードに描いて、それを吟味し、よりよい看護とはいかなるものかを考えることが本来の看護に立ち返るためにも必要なことではないでしょうか。

さらに看護という営みは、単に病を抱えた人への対処の仕方に則った対応に尽きるものではありません。患者と共に接面を生きることでもあるからこそ、患者の苦しみを我が身に引き受け、患者と共に悩み苦しむことを伴わずには済まないのが看護の営みです。しかし、他方で看護師は一個の主体として自らの関係発達を生きつつある人でもあります。それゆえ、一方では患者に寄り添い、患者に共感するがゆえに、いわゆる燃え尽き症候群に引き込まれる危険と、他方では困難な看護の営みを通して病める人を援助するという看護職のプライドとのあいだで引き裂かれる思いにも駆られます。それが看護師の描くエピソードを通して明らかにされ、それを同僚とのあいだで共有して振り返ることができれば、燃え尽きることのない「ほどよい」看護についても、明らかにして行けるのではないのでしょうか。

さらに看護師は、看護師自身が家庭を持ち、子どもを生み、保育の場に援助を求めて我

が子を育てる関係発達の当事者として生きながら、夜勤を含む三交代勤務の難しさを身に引き受け、看護の仕事に従事せざるを得ません。仕事と家庭の両立と言われていることが最も厳しく問われるのが看護の仕事だと言ってもよいかもしれません。しかも、高齢の患者や慢性疾患患者や不治の病に罹った患者の看護は、常に死と隣り合わせであり、死にゆく人を看取することも看護の重い仕事の一つでしょう。その中でいかにして自分の精神的健康を守りながら看護の仕事に従事するかは、並大抵のことではありません。このように看護職に従事しながら生きるとはどういうことかという問いも、関係発達看護論が取り組まなければならない課題でしょう。

いずれにしても、看護の世界はいままさに接面パラダイムを取るか、客観主義＝エビデンスパラダイムを取るかの岐路に立たされているように見えます。そのとき、前者のパラダイムに立って、看護とはなにか、看護師として生きるとはどういうことかを煮詰めていこうというのが関係発達看護論の目指すところです。

9. 医療が関係するエピソード記述から

最後に、医療が関係するエピソードを紹介して締めくくりに代えたいと思います（母親が腎疾患の息子に関わった体験を取り上げたエピソード）。

（1）思春期と容姿への自意識：怠薬

<背景>

先入院後、低身長を改善するために予定を早めて免疫抑制剤（シクロスポリン）を使用することになった。以前に比べて身長は少し伸び、ムーンフェイスや肥満は解消されたが、依然として背はとても低かった。Qが11歳（小6）になると、短期間に何度も再発を繰り返すようになった。明らかにおかしな再発だったので、主治医は怠薬を疑っていた。怠薬は思春期の子にはよくあることで、ネフローゼ症候群の場合は「再発するだけだからそれほど問題ない」と主治医は言っていた。薬の管理は既にQに任せていたが、当時、免疫抑制剤も併用しており、ステロイドの量はそれほど多くなかったため、私はQがそれほど薬の副作用について悩んでいるとは思っていなかった。11歳の秋、Qは再発時に腹痛を訴えたので、私は主治医に電話をした。

<エピソード>：「何も言わないで、ボクに任せてください」

「先生に電話したら、『たぶん、薬をきちんと飲んでいませんね。でも、お母さん、叱らないでくださいね。何も言わないで、ボクに任せてください』って言われた。でも、『そんなはずない』と思っていた。毎日薬飲むの見てたし。結局、そのときは入院になって・・・。」

「すぐに先生から電話があって、『やっぱりきちんと飲んでませんでしたね。怒らないから、薬飲まなかったことがあったら、うんってしてねって言ったら、頷いて・・・。泣かせちゃったけど・・・』と言われた。先生の前で泣いちゃったって聞いて、それほど辛い思いしてたのか・・・と、ジーンときた。でも、ちょっとショックだった。私には嘘はつかないだろうって思ってたから。偉そうに言っているけど、結局、他のお母さんたちといっしょじゃないかって、恥ずかしかった。そして、だんだん難しくなるなあと思った。だから、退院して帰ってきたとき、Qに何も言わなかった。Qも何も言わなかった。そのことがあってから、外来ではQに話をさせるようにしたの。私はついて行って、黙ってた。中学からは一人で行かせた。それからは、変な再発は1度もない。懲りたみたい。」

<メタ観察>

母親は少なからず皆そうかもしれないが、私も「うちの子に限って」と思っていた。私は、怠薬のことはよく知っていたし、思春期の子どもによく見られることも知っていた。しかし、薬を医師の指示通りに飲まないとかえって薬の量が増えることや急にステロイド剤をやめるとショック状態になることについては何度もQに伝えていた。だから、薬を自分の判断で操作することが危険であることについてQは十分理解していると思っていた。おそらくQは、知識としては怠薬の危険を理解していたのであろうが、危険を冒してでも「薬を止めたい」という強い思いがあったのであろう。しかし、そうした思いについて、Qは母親である私に言わなくなっていたので、当時の私にはQの気持ちが分からなかった。Qにとって私は、既に、「分かってもらえない」対象と捉えられていたのかもしれない。

怠薬をしたころは、既に免疫抑制剤を使用しており、肥満やムーンフェイスはほとんど解消していた。だから、私から見たら以前の方がずっと大変であったので、「なんで今さら？」という思いであった。

しかし、Qの身長は確かに低かった。小学校中学年ぐらいからクラスで一番低く、間もなく同学年の男子で一番低くなった。免疫抑制剤の使用を開始してステロイド剤の量は減っていたが、Qの場合、少量でもステロイド剤を飲んでいる時は身長がほとんど伸びなかった。しかし、これ以上改善する方法はなかったのだから、私は仕方がないと思っていた。しかしQにしてみれば「仕方がない」では済まされない。周囲の友だちは身長が急速に伸びる時期でどんどん背が高くなるのに、自分だけはぜんぜん伸びない。思春期であったこの時期、Qは自意識が高まり、外見について非常に敏感になっていたのであろう。

もし、私が思春期にQと同じ状態に置かれたら、ものすごく苦しんだであろうということは、今なら十分に想像できる。しかし、当時の私は、そのような思いをQと同じようには感じていなかった。おそらく私は、そのように想像することを避けて、ただひたすら前を向いて生活していたのだと思う。

(2) 私からのコメント

怠薬がすべて思春期の自意識問題から来ているとまでは言えないにしても、その動機が薬の副作用をどう受け止めるかから来ていることは明らかです。これに関してこのエピソードの書き手は次のようなエピソードを論文の中で紹介しています。

以下はある看護師が小児科病棟で経験したことをもとに書かれたものである。

S君(中学2年生)は小学5年生のとき、ネフローゼ症候群と診断されて入院した。それ以来、何度も再発して入退院を繰り返した。中学1年生のときに4回目の入院をした。6ヶ月間の闘病生活の後退院した。しかし6ヶ月後に病状が悪化して再度入院となった。S君はステロイド剤を長期にわたり服用しており、減量すると蛋白尿が出現した。ステロイド剤の副作用であるムーンフェイス(満月様顔貌)が著明で、それを非常に気にしていた。その苦しみに耐えられなくなったのであろう。ある日、毎日記入する食事表の裏に、「嘆き」と題して、次のようなメッセージを書いた。

「なに？退院したらこんな化粧みたいな顔で学校へいけとでもいうの？なんと残酷。この1年どんなに苦しんだことか……。通行人にふりむかれるのはいい。もっと悪くなると指をさされる。も

っともっと悪くなると笑って通りすぎられる。この悲劇。かわいそうな私。絶対やせたい。やせたい（顔が）。近頃、こんなわけで、ノイローゼ気味。誰もこの気持ちをわかってくれない。『食べなきゃだめよ』ただそれだけ。そうだ薬がいけないのだ。そうだ、そうだ。しかし、世の中そんなことで納得するとでも思う？あまい！醜いものは醜いのだ！！これだけ安静を守って、一生懸命に病気を治したって、退院をしたら地獄の生活が待っている。あー、やだやだ」。

翌日の食事表の裏にもメッセージが続いた。

「まあね。他人のことだから、なんとでも言えるよね。しかし、自分のことになったら誰だって、こういうことをすると思うよ。ご飯を食べなかったことだって、一種の慰めだった。やせたい。いや、やせなくてもいいからこれ以上太りたくない（顔が）という気持ちのあらわれだった。それなのに誰もかれもが食べる食べると僕の気持ちもしらんと！！結局、太って苦しむのはこの私。副作用の苦しみを皆に味あわせてやりたい！！もし退院する時点で今より太っていたら、皆のご飯にプレドニン（ステロイド剤）をまぜてやる！！みんなも下ぶくれ顔の醜い姿にしてやる」

おそらくQくんもこのSくんと似た心境だったのではないのでしょうか。命の危険と本来の自分が壊れる危険、この二つの危険はヤジロベエのようにあちら立てればこちら立たずの関係にあり、その微妙なバランスを図るのが本来の医療のはずなのに、医療側は命の危険を優先して、本来の自分が壊れる危険（それこそが患者のQOLなのに）を軽視しています。もちろん命が最優先ですが、患児の切実なニーズを受け止める姿勢が見られないとき、本人は自分が壊れる危険を優先して、怠薬に走る可能性が生まれます。確かにそこには思春期特有の問題も被さっていて、自分の容姿への自意識問題だけでなく、他にも思春期問題は山積している可能性があります（例えば性の問題や友人関係の問題など）。それら思春期特有の尽きない悩みが、まるでステロイド剤が諸悪の根源であるかのような思いに繋がって、怠薬に賭ける気持ちが生まれた可能性もあるかもしれません。

Qくんの場合、この怠薬がどのような意味をもったのか正確には分かりませんが、いずれにしてもQくんが何らかの心理的危機を抱えていて、怠薬に踏み切らざるを得なかったことは確かなように思います。思春期の子どもが通過する内面の危機はなかなか周りには見えませんが、慢性腎疾患の子どもの怠薬という試みに、その一端が現れているように思われ、このエピソードはとても貴重だと私には思われました。

参考文献

- 鯨岡峻（2005）『エピソード記述入門』（東京大学出版会）
- 鯨岡峻（2006）『ひとがひとをわかるということ』（ミネルヴァ書房）
- 鯨岡峻（2012）『エピソード記述を読む』（東京大学出版会）
- 鯨岡峻（2013）『なぜエピソード記述なのか』（東京大学出版会）
- 鯨岡峻（2016）『関係の中で人は生きる』（ミネルヴァ書房）