

日本の医療現場における《患者 - 看護師》関係の特性

- ケアリングの視点から -

白鳥孝子

日本大学大学院総合社会情報研究科

An Analysis of Features of Patient-Nurse Relations

in Medical Practices of Japan

- In special reference to a road to desirable Caring -

SHIRATORI Takako

Nihon University, Graduate School of Social and Cultural Studies

In this essay the author analyses several features of nurse-patient relations in medical practices of today, especially those features that may be regarded as peculiar to the Japanese scene. The analysis reveals the following. Those human relations in which enough attention is hardly paid to personal individualities of patients are prevalent in medical facilities. The whole situation comes first, and is always more important than the people that are put in it. These relations are those which may be regarded as hindrances to desirable "caring." In a patient-oriented kind of medical care, patients' independent decisions and aspirations must be respected more than anything else, and services, both medical and mental, are to be offered in order to meet their own needs.

何故、医療現場においてケアリングなのか

人が疾病や障害を抱えた時、あるいは死を迎える時、健康な時以上に家族をはじめとする他者からの心身への援助を必要とする。そして、その他者からどのような援助を受けるかということが、患者の健康回復及び安らかな死に大きな影響を与える。患者を支える他者として、家族以外で密接な関係をもつのが医療者である。疾病や障害は患者の神経を研ぎ澄まされた状態にし、患者は医療者の言動の一つひとつに敏感になる。

医療は、患者の健康回復あるいは安らかな死を迎えるための支援を行う。医療の中心は患者であり、そこでは患者の意志が尊重され、患者の意向に添った援助がなされなければならない。疾病や障害から回復するのは患者であるから、医療者は患者が自分の持つ回復への力を最大限に発揮できるように援助する必要がある。

西欧においては、人権や自由、正義などの歴史から、また医療技術の進歩から医療がパターンリズム⁽¹⁾では立ち行かなくなり、訴訟社会の成立も手伝って、患者の人権、自己決定が尊重されるようになった。1970年代に入ってケアリングという概念が生まれ、患者を尊重し、患者の意志を尊重した医療が定着しつつある。マデリン・M・レイニンガーは、「看護における知的、実践的な焦点の中で最も統合的で支配的で中心的なものとなるのはケアリングである。」⁽²⁾と述べ、看護の中核にケアリングの概念を置いている。さらに、「caring」を「人間としての条件もしくは生活様式を改善したり高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ他の個人（あるいは集団）を援助したり、支援したり、あるいは能力を与えたりすることを目指す行為（actions）」⁽³⁾と定義づけている。この「caring」の定義自体は看護とほぼ同義である。では、ケアリングとは、何であろうか。「care」は、心配、気苦労、

気がかり、世話、介護などと訳される。ミルトン・メイヤロフは、『ケアの本質』において、「ケアリングはその人が成長すること、自己実現することを助けること」⁽⁴⁾と述べ、さらに、ケアリングの行為を通して、ケアされる人はもちろんケアする人も成長すると述べている。ケアリングの根底には、人間を、どんな状態におかれても、いついかなる時も成長しつづける存在とみなす思想がある。そこには個人の人權や個人の尊重が基盤としていきづいている。

日本の医療現場でも、医学の進歩や情報化社会の登場、また、医療事故の表面化による医療への不信感などから、長い間の医療者中心の医療から患者中心の医療への転換を求める動きが活発化し、患者が自分で生き方を選択する自己決定が求められてきている。こうした状況の中、ケアリングの概念が導入され、看護におけるケアリング、また看護基礎教育におけるケアリングカリキュラムが叫ばれてきている。

日本の医療現場において、ケアリングの概念はどのように理解され、そして、いきづいているであろうか。そもそも、日本の医療現場に患者個人の尊重という慣習が根づいているのであろうか。日本人は、個人の人権や個性より場や人間関係を重視し、その場における役割で行動するといわれる。このような状況においては、患者の個性の尊重が困難なのはもちろん、患者の当然の権利を守ることも難しくなってくる。既存の知識のみで患者の状態を判断し、患者に必要な援助、患者が望んでいる援助でさえも医療者が恣意的に判断してはいないであろうか。

日本の医療現場には、旧来、医師を頂点としたヒエラルキーが存在する。医師は自らの医療行為に看護師をはじめとするコ・メディカル⁽⁵⁾や患者が口を出すことを嫌い、看護師や患者もまた、医師に黙って従ってきた。医療のリーダーシップ、責任は医師のみに委ねられ、看護師は医師に委ねることによって、専門職である医療者としての責任を放棄し、患者は医療を受ける患者としての主体性を担うことを避けてきた。医師、看護師、患者が同等の立場で患者の個性を尊重した医療を行うことが困難な状況が長い間続いてきたのである。昨今、表面化してきている医療事故への医療者の対応を見ても、医療者は自らの過失あるいは怠慢によって患者に不利益が生

じて、当然のこのように隠蔽し、患者の個性の尊重はもとより患者の当然の権利を守ることも不可能な状況を露呈している。患者の健康回復のために存在する医療者が、患者の個性を尊重するどころか権利を守ることもさえもできなくなる背景には何が存在するのか。そこには、日本の医療や看護の歴史も関係しているが、私の知見によれば、それ以上に日本人の人間関係のあり方が大きく影響している。

そこで、日本の医療現場における《患者 - 看護師》関係の特性を明確にし、ケアリングに及ぼす影響を検証する。その上で、日本の医療現場におけるケアリングの確立に向けて、医療者が行うべきことを明らかにする。

[注]

- (1) 語源的には、親が、子供に対する親の権威によって、あるいは子供を保護するという理由で、子供に強制を加えることを意味する。転じて、国家や社会が同様の理由でその成員に強制を加えることを指す。英米における1950年代に始まる法による道徳の強制をめぐる論争においては、自由主義者は、保守主義者の<リーガル・モラリズム>に対抗して、個人が自分自身に危害を加えるのを防ぐためにその自由を制限することが許されると主張した。70年代以降の生命倫理の論議においては、医師の患者に対する過度のパターナリズムが批判され、患者の<自立>を助けるという方向でのそれが正当化されるという見方が有力になっている。(廣松渉他編『岩波哲学・思想事典』、岩波書店、1998、p. 1273.)
- (2) シスター・M・シモーヌ・ローチ著・鈴木智之他訳『アクト・オブ・ケアリング ケアする存在としての人間』、ゆみる出版、2000、p. 29 - 30。
- (3) マデリン・M・レイニンガー著・稲岡文昭監訳『レイニンガー看護論 文化ケアの多様性と普遍性』、医学書院、1995、p. 51。
- (4) ミルトン・メイヤロフ著・田村真・向野宣之訳『ケアの本質』、ゆみる出版、2001、p. 13 - 14。
- (5) 医療人のうち、医師及び歯科医師を除いた医療関係職種を総称した用語として「コ・メディカ

ル」を用いる。

日本における《患者 - 看護師》関係の分析

日本の医療現場における人間関係の中で、《患者 - 看護師》関係について、日本の人間関係の特性である 1)自他の同化,2)場の重視,3)自己主張の希薄性,の3点に焦点を当てて分析を行う。

尚、以下、いくつかの事例が述べられるが、これは、これまでに筆者が体験した事例を踏まえた上で問題の本質を浮き彫りにするために再構成したものである。

1) 自他の同化

事例 <患者Aは苦痛が強く、入院した日は夜間もあまり眠ることができなかった。発熱があり汗もかいていた。朝方からやっと苦痛が和らぎ眠れそうだととうとうとしていた時に、看護師Bが患者Aを訪れた。看護師Bは、患者Aをみて、汗をかいているし気持ち悪いだろうから、患者Aは体を拭いて着替えたいのではないかと考えた。汗をかいたままの状態にしておくことで体を冷やすことも心配された。そこで看護師Bは患者Aに体を拭いて着替えることを勧めた。患者Aは明確な返答をしなかった。看護師Bは患者Aもきっと体を拭きたいのだと思い、患者Aの体を拭いて着替えを手伝った。患者Aは看護師Bに対して、言葉による明確な反応は示さなかったが、疲労感が強い様子で体を拭き終わると横になり眠りについた。>

この場面で看護師Bは、患者Aは体を拭きたいのではないかと思った時に、患者A本人に、今どうしたいかということを探っていない。さらに、看護師Bがなぜ体を拭くことを勧めるのか、その理由も説明していない。看護師Bは、自分が思った「患者Aは体を拭いてもらいたいのではないか」ということを患者Aに確かめることなく、また、自分がなぜ体を拭いたほうがいいかと思っているのかということも伝えずに自分の思いのみで援助をしている。援助時に大切な、患者は今どのように感じどのような援助を受けたいと思っているのかということをお患者本人

に確かめることを怠っている。そこには日本人に特有の自他の同化が現れている！患者は今このような状態である、従って、このような援助をしてもらいたいのはずだ」という自己の思いが、そのまま「患者がこのような援助をしてもらいたいと要望している」という患者の思いに変化してしまうのである。

自他の同化に加え、日本人の「察する文化」がいつそう事態を悪化させている。看護師は、患者A本人から体を拭いてほしいと言われなくても、患者Aの要望を察しなければならない。察することができるのが良い看護師なのである。もちろん、言葉だけに頼らず相手の様子や状況から察するという能力は看護師にとっては必要である。しかし、大切なことは自分が察したことを必ず患者が望んでいるとは限らないということである。看護師と患者は別の人格であるから、同じ状況に置かれても感じ方も考え方も同じになるとは限らない。患者Aを尊重して援助をしたいのであれば、患者A本人への確認をしなければならない。しかし、自他が同化している看護師の場合、患者A本人への確認という一番大切な行為がすっぱりと抜け落ちてしまうのである。

では自他が同化していない場合はどうなるのであろうか。

事例 <看護師Cが患者Aを訪れた。看護師Cは、患者Aをみて、汗をかいているし気持ち悪いだろうから、患者Aは体を拭いて着替えたいのではないかと考えた。そこで看護師Cは患者Aに汗もかいているから体を拭いて着替えたほうが良いと思うが、患者Aはどのように思うかと尋ねた。患者Aは、確かに汗をかいているし体を拭いて着替えたほうが良いとは思いますが、今はとにかく眠りたいと答えた。そこで看護師Cは患者Aに、自分は患者Aの体が冷えてしまうことを心配しているということと、体を拭く際には短時間で疲労感を増さないような方法で行うということをお話した。患者Aは、汗で体が冷えることは自分も心配だと言い、短時間で行うことができるならと体を拭くことを了承した。看護師Cはできるだけ患者Aの疲労感を増さない方法で体を拭き、その後、患者Aは安堵した表情で眠りにつくことができた。>

この場面では、看護師Cは患者Aに対して、自分

が考えていることを伝え、その上で患者Aはどのように思っているのかを確かめている。そのやりとりの中から、患者Aが今どのように感じているのかということを理解し、患者Aの要望に添った援助を行っている。看護師Cは患者Aと自分が全く別の人間であることを自覚しており、自分の考えが患者Aの思いと必ずしも同じではないかもしれないから、自分の考えを患者A本人に伝え、患者Aはどのように思っているのか確かめるといふ行動を起こしている。一方的な押し付けではなく、患者と認識を共有した上で援助が展開されている。

このように自他が同化しておらず、看護師が患者の意志を尊重し看護している場合、そこにはケアリングが行われているといえよう。しかし、前述したように、看護師が自他を同化させ、看護師の思いだけで看護が押し進められる場合、そこにケアリングはありえない。患者Aのように、自分の意志を表現できる人でさえこのようなことが起こってしまうのであるから、自分の意志を表出しない、あるいは表出できない患者の場合、尚一層ケアリングは難しくなる。患者の意志ではなく看護師の判断によって看護が提供されてしまう。そこにケアリングは存在しない。

2) 「場」の重視

日本型人間関係には個人の尊重よりも「場」を重視するという特徴がある。この特徴は患者個人を尊重し配慮するケアリングを一層難しくする。

事例 <患者Aが検査を受けることになった。その検査は空腹時に行う検査だったため、患者Aは検査が終了するまで食事を摂らずに待たなければならなかった。検査予定の時間を過ぎても検査は開始されなかった。患者Aは看護師Bに検査開始はまだなのかと訊ねた。看護師Bは、まだ検査部から開始の連絡がないため待つてほしいと伝えた。患者Aは朝から食事を摂らず検査開始を待っていた。看護師Bはこのことを知っていたが、検査部に状況を確認するという行動は起こさなかった。>

ここで看護師Bは、患者Aの不利益にならないように自ら検査部に問い合わせるといふ行動を起こすのではなく、患者Aを待たせることを選択している。

看護師Bが、検査部に問い合わせるといふ行動がややもすると検査部の担当者の気分を害し、自分自身と検査部の担当者、あるいは看護部と検査部の仲を険悪なムードにするのではないかという危惧から行動を起こさなかったとすると、この看護師Bの対応は、医療者の「調和」を最優先して医療の「場」を重視した行動といえる。そこに患者Aのケアリングのために看護師としての責務を果たそうとする姿勢はみられない。

「場」を重視した看護師の行動は、特に医師に対しては「従順に振る舞う」という形で現れる。

事例 <患者Aが看護師Bに担当医のことについて相談をした。その内容は担当医が患者Aに対して詳しい病状の説明を怠っているというものであった。患者Aは担当医の不十分な説明によって明らかにストレスを抱えていたし、早急に解決しなければならない問題であった。看護師Bは担当医にそのことを報告したが、担当医は一度説明しているのだから、再度説明する必要はないと答えた。看護師Bは、それ以上患者の要望を医師に伝えることも他の看護師に相談することもしなかった。>

看護師Bのこの行動の理由が、担当医の気分を損ねてしまうことを避けたかったのだとすると、そこには、患者を尊重し患者の不利益を避けるという看護師としての責務を果たそうとする姿勢はみられない。患者の尊重よりも「場」を重視し、医師に「従順に振る舞う」という無責任な自己保身の態度があるだけである。

「場」の重視は医師のみならず患者にも向けられる。医師に対しては、看護師が「従順に振る舞う」という形で現れるが、患者に対しては、看護師が「従順さを要求する」という形で現れる。例えば、前述の患者Aが担当医のことについて看護師Bに相談してもいっこうに状況が変わらないことに腹を立て、看護師Bに強く抗議したとする。この場合、患者Aの行動は、患者としての当然の権利を主張しただけである。しかし、日本の場合、医療者に対して強く要望したり抗議したりする患者はまだ少ない。従って、看護師が、患者Aの行動を当然の主張ととらえるよりも、医療の「場」の安定を壊した気難しい患者として受けとめる場合もある。「場」の重視の前では、

「場」の安定のために患者に我慢を強いる、「従順さを要求する」ことになり、患者の健康回復を支援するという看護の目的は二の次になってしまう。

「場」を重視する行動はケアリングの確立を困難にする。「場」を重視する場合、第一に優先されるのは「場」の保全であり、医療の本来の目的、つまり、患者の健康回復、患者の利益の確保が最優先されない危険性がある。看護師は専門職者であり、患者の健康回復のために自立した行動をとることによってその役割を果たす。医療者は専門家集団であるから、各専門家がそれぞれの見地から援助を行う。時としてそれぞれの意見が相反することは必然的に起こる。その場合、よく議論し、患者の健康回復のために最善の援助を選択し、各専門家が協力して医療を行う。これが医療者の専門職者としての自立である。しかし、この時に「場」を重視してしまえば、患者のために議論するより「場」の保全のために妥協することにもなりかねない。これは専門職者としての責務を放棄したということであり、そこに専門職者としての自立はない。「場」を重視し「場」の保全を第一とする集団の中では、ケアリングの実現は非常に難しい。

中根は、日本社会を「タテ社会」と呼ぶ。中根が「日本社会における根強い序列偏重は、年功序列などという近代社会に発達した制度を取りあげるまでもなく、私たちの日常生活 長い伝統をもつにおいても遺憾なく発揮されている。」⁽¹⁾と述べるように、日本社会ではあらゆるところに序列意識が存在する。日本の場合に特徴的なのは、この序列意識が社会生活におけるあらゆる人間関係を支配するという機能を果たすほどの力をもつということである。この極限の場面として、中根は、学者の間における学問的な討論を挙げている。日本の学者の間では序列意識が邪魔をして純粋な学問的な討論ができないという。⁽²⁾「タテ社会」においては個人の思考や意見の披露が序列意識によって制限されるため、個人が純粋に自由に思考し行動することを制限してしまうのである。従って専門職者であっても、自身の専門職者としての責務を果たすという意識の前に序列意識が立ち上がり、自分よりも高次の職位を有するものの意見に左右されやすい。たとえ、専門職者として最善の判断をしていると自覚していても、上

司が違う判断をすれば、その上司と自分の意見を比較検討し、より最適な意見を追求するという行動ではなく、上司の意見を優先させてしまう。ここに専門職者の自立はないといえる。

日本の医療には、医師を頂点としたヒエラルキーが存在する。このヒエラルキーにおける強烈な序列意識が、日本の医療現場における専門職者の自立、医療の専門家としての責任ある行動を制限している。患者の治療方針は、制度上、医師が決定する。しかし、看護師からみて、その治療方針が常に患者に最適というわけではない。医師が患者のために良かれと思って指示していることが、かえって患者を苦しめていることもある。そのような場合に、看護師が医師に患者の状態を説明したり異議を唱えることは当然である。専門職者として存在するのであれば、序列意識を払拭し、医師に自分の意見を述べて、共に患者の健康回復のための議論を行う、これが専門職者の自立である。

[注]

(1)中根千枝『タテ社会の人間関係』(講談社現代新書)、講談社、1967、p. 82.

(2)同上、p. 87.

3) 自己主張の希薄性

日本型人間関係において最もケアリングを阻害しているのは自己主張の希薄性である。

医療現場では患者の個性が尊重されないという現象がケアリングを難しくしている。くりかえしになるが、ミルトン・メイヤロフは、ケアの概念について、「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。」⁽¹⁾と述べている。看護界においてケアリング概念研究のパイオニアであるマデリン・M・レイニンガーは、ケア及びケアリングとは何かをめぐって、「ケアは、人間の条件もしくは生活様式を改善したり高めようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ個人に対して行われる援助的行動、支持的行動、あるいは能力を与えるような行動にかかわる抽象的・具体的現象を意味する。ケアリングは、人間の条件や生活様式を改善したり高め

ようとする、あるいは死に対処しようとする明白なニードあるいは予測されるニードをもつ個人あるいは集団を援助したり、支持したり、あるいは能力を与えたりすることを目ざす行為および活動を意味する。」⁽²⁾と述べている。メイヤロフとレイニンガーの定義をみてわかるように、ケア及びケアリングは、ケアの受益者である人の成長を助ける、あるいは、その人のもつニードに対して援助し、その人の人間としての条件や生活様式を高めることである。従って、ケアの受益者である患者の個性の尊重なしにケアリングはあり得ない。日本において患者の個性の尊重が難しい原因は、患者の自己主張の希薄性ととも、看護師が患者の個性を尊重できないことがあげられる。そこには看護師の人間観が大きく関与する。看護師は、医療者の中でも患者の側にいる時間が長く、日常生活面の援助という直接的な援助を行う。看護師は、心身機能が低下した、あるいは低下していく患者を目の当たりにする。自分で食事を摂れない、自分で排泄することができないといった患者を目の前に、患者を一人のかけがえのない成長する存在として受けとめることが困難になることはないだろうか。

患者が次第に機能を失っていく場合は、患者の元気な頃の様子を知っており、まだ患者を尊い存在としてみるができるのかもしれない。次のような場合は、もっと難しくなる。

事例 <看護師Bが出勤してみると、新たな入院患者として患者Dがいた。患者Dは脳梗塞を起こしており、意識はなく、人工呼吸器につながれ、何本ものチューブが体に挿入されていた。>

これが患者Dと看護師Bの初めての対面場面である。この時、看護師Bは患者Dを尊い存在として受けとめることができるのであろうか。このような場合に、何時いかなるときも人間は尊く成長する存在なのだという肯定的な人間観が確立していれば、どんな状況におかれた患者を目の前にしても、患者をかけがえのない存在として尊ぶことが可能となる。しかし、日本には確固たる人間観というものがない。個人を尊重するという風土もない。少なくとも長い歴史をもつ伝統としては存在しない。従って、心身機能が低下した患者を尊び、成長する存在として受けとめることが難しくなりはしないか。

そこに看護師の自他の同化が加わる。「患者はこのような状態なのだから、きつこうしてほしいはずだ」という看護師の一方的な思い込みで援助が行われれば、そこに患者の意志が反映される余地はまずない。患者は自分の意志を尋ねられることなく、自分に対してなされる援助を受動的に受け入れることになる。もちろん看護師は、それまでに学習した知識や自らの体験をもとに患者のために最善と思われる援助を提供しようとする。しかし、この世に一人として同じ人間は存在しないし、同じ人間であっても常に同じ状態ではない。従って、看護師が、患者を一人の人間として尊重し、患者は何を考えているのか、看護師に何を望んでいるのかということを確認し援助するという姿勢がなければ、患者のケアリングはありえないのである。

看護師が患者に向き合い、対話し、患者の意志を確認するという行為そのものが、患者の自己主張を促す行為であり患者の存在を認める行為である。患者は、罹患することによって、年を重ねることによって、それまでは容易にできていたことが、次第に、あるいは急激にできなくなる。この体験は、自己の存在基盤を揺るがすことであり、患者本人が自己の存在の尊さを認められなくなってしまう危険性がある。従って、このような状態に陥った時に、他者から尊い存在として認められ自らの意志を尊重した援助を受けることは、自己の存在意義を認められるということであり、自らが自らを尊い存在として受けとめることに繋がる。従って、患者がどのような状態であっても、尊い存在、かけがえのない存在として援助すること、患者の意志を尊重した援助をすることが非常に大切になってくる。

ケアリングはケアの受益者である人の成長を助ける、あるいは、その人のもつニードに対して援助し、その人の人間としての条件や生活様式を高めることにある。そのためには、その人、つまり患者に対して看護師が向き合い、患者を一人のかけがえのない存在として尊重し、患者の意志を尊ぶ看護を提供することである。医療の主役は患者である。看護師がこのことを自覚し、患者中心の看護を提供しないことには、真のケアリングは実現し得ない。

[注]

- (1)ミルトン・メイヤロフ著・田村真・向野宣之訳『ケアの本質』, ゆみる出版, 2001, p. 13 - 14 .
 (2)マデリン・M・レイニンガー著・稲岡文昭監訳『レイニンガー看護論 文化ケアの多様性と普遍性』, 医学書院, 1995, p. 51 .

ケアリングを困難にさせる要因

ディヴィッド・リースマンは、『孤独な群衆』において、ことなつた地域、時代、集団に属する人間の社会的性格の相違について述べている。「{社会的性格}とは、{性格}のなかのさまざまな社会諸集団に共通で、かつ、……それらの諸集団の経験からうまれた部分のことなのである。」⁽¹⁾リースマンは、人口成長の型と社会的性格の関連に着目する。17世紀以後の西欧社会にみられた人口成長を「高度成長潜在的」、「過渡的成長」、「初期的人口減退」に分け、それぞれの時期における社会的性格を次のように規定する。高度成長潜在的な社会の成員は、その同調性が伝統にしたがうことによって保証されるような社会的性格をもつ。こうした人びとを「伝統指向」と呼び、彼らの社会を「伝統指向に依存する社会」と名づける。過渡的人口成長期の社会の成員の社会的性格と同調性の様式は、幼児期に、目標のセットを内化する傾向によって保証される。こうした人びとを「内部指向」と呼び、彼らの社会を「内部指向に依存する社会」と呼ぶ。初期的人口減退の段階では、外部の他者たちの期待と好みに敏感である傾向によってその同調性を保証されるような社会的性格が、その社会の成員にゆきわたる。これらの人びとを「他人指向」と呼び、その社会を「他人指向に依存する社会」と呼ぶ。⁽²⁾このように、社会的性格を「伝統指向」、「内部指向」、「他人指向」の三つのタイプに分類し規定した上で、リースマンは次のようにことわっている。「個人や社会が完全にこの社会的性格に属するわけではなく、問題はつねに程度の問題である。あらゆる意味で人間は内部指向型であり、あらゆる意味で他人指向型ともいえる。」⁽³⁾、「あらゆる人間は自分をとりまく人びとの期待、あるいは{場の状況}(K・レヴィン)、あるいは{状況の定義}(W・I・

タマス)といったようなものに方向づけられているからである。」⁽⁴⁾社会的性格は三つに分類されるが、個人や社会は、その置かれている状況によってどのような社会的性格にもなりうるというのである。

現代社会は、資本主義社会が主権を握っている。生活は便利になり、街には物が溢れ、欲しい物は簡単に手に入るようになった。「教育、レジャー、サーヴィスなどの拡大とならんで、マス・メディアをつうじての、ことばやイメージの消費も拡大してきた。」⁽⁵⁾人権や自由が声高らかに叫ばれ、私たちは自由を手に入れたように見受けられる。しかし、私たちの心の中には何ともいえない不安が拡がり、世界情勢は深刻さを増している。現代の高度資本主義社会の中で成功を収めようとする、そこには自由を、自己を喪失するという危険性がある。フロムはこれを、「現代資本主義社会は、大人数で円滑に協力しあう人間、飽くことなく消費したがる人間、好みが標準化されていて、ほかからの影響を受けやすく、その行動を予測しやすい人間である。また、自分は自由で独立していると信じ、いかなる権威・主義・良心にも服従せず、それでいて命令にはすすんで従い、期待に沿うように行動し、摩擦を起こすことなく社会という機械に自分をすすんでめこむような人間である。」⁽⁶⁾という明確な言葉で表現している。また、「資本主義においては、経済的活動や成功や物質的獲得それ自体が目的となる。」⁽⁷⁾と述べている。利益追求を第一にすると、自分達の幸福や救済というのが第一の目的にはなりえない。気がつけば、利益追求のために自己の感情を押し殺し、自分には納得がいかない仕事をするために自己を喪失している人がいる。自己を喪失して生きることは自由に生きていることではない。それは資本主義社会という権威や大衆に同調して生きているだけである。つまり、現代の高度資本主義社会は「他人指向に依存する社会」といえる。

リースマンは、西欧の社会的性格を「伝統指向」から「内部指向」そして「他人指向」に移行してきていると述べているが、西欧は前述したように、個人の自由を獲得してきた歴史からも、その根本に「内部指向」がある。それに比べて、日本は「伝統指向」から「他人指向」へと変化してきており、「内部指向」

が希薄である。日本には、個人の自立や個人の尊重に重きを置かれなかった歴史がある。

ケアリングは、自己と他者の幸福を求めている。それは他者の幸福だけではなく、一方的な自己満足でもない。自己と他者の両者の幸福に対する配慮である。人は他者をケアすることによって自己もケアされる。それは、「与えることがすなわち与えられることだ」というのは、別に愛に限った話ではない。教師は生徒に教えられ、俳優は観客から刺激され、精神分析医は患者によって癒される。ただしそれは、たがいに相手をたんなる対象として扱うことなく、純粹かつ生産的に関わりあったときにしか起きない。」⁽⁸⁾というフロムの言葉からも伺える。

ケアリングは人間の存在様式である。ケアリングは自己と他者の水平な関係性の中で存在する。そこには自己と他者の尊重、自己と他者の自立した人格が必要である。「他人指向」的傾向があり、個人の自立や個人の尊重に重きが置けない日本の精神風土においては、ケアリングの実現は難しい。従って、私たち日本人は日本人の特質を理解し、その上で新しい人間関係を形成していく必要がある。

今、時代はケアリングを求めている。心身に疾病や障害を負った患者はもちろん、社会全体がケアリングを求めている。ケアリングが実現するために、医療者は何に取り組み、どのように行動すれば良いのであろうか。

[注]

- (1) ディヴィッド・リースマン著・加藤秀俊訳『孤独な群衆』、みすず書房、1964、p. 4.
- (2) 同上、p. 7.
- (3) 同上、p. 24.
- (4) 同上、p. 24.
- (5) 同上、p. 17.
- (6) エーリッヒ・フロム著・鈴木晶訳『愛すること』、紀伊国屋書店、2000、p. 131.
- (7) エーリッヒ・フロム著・日高六郎訳『自由からの逃走』、東京創元社、1951、p. 127.
- (8) エーリッヒ・フロム著・鈴木晶訳『愛すること』、紀伊国屋書店、2000、p. 47.

医療現場におけるケアリングの確立に向けて

1) 主客分離の徹底

患者を尊重すること、患者の意志を尊重することがケアリングの第一歩である。では、医療者は患者の意志をどのようにして理解するのか。それはまず医療者が自己と他者は別の人格であることを自覚することである。その上で患者がどのように思っているのか確認を行う。西欧の場合は、個人の人格が尊重されているから、患者も要望を主張するし、医療者も患者の意志を尊重する。しかし、日本の場合は、述べたように自他の同化、主客未分になりやすいので、医療者は自分が考えた患者の要望をあたかも患者本人から出された要望のごとく考えてしまい、患者への確認なしに援助してしまう危険性がある。医療者は医療に関する知識や技術を学習しているから、患者の要望を察することは長けているかもしれない。しかし、患者と医療者は全く異なる役割における人間である。また、人は常に変化しているから、同じ患者が同じ状況下に置かれても全く同じことを考えるとは限らない。察することには限界があるのである。

主客未分を自覚しえない医療者は自分の感覚を患者に押しつけ、患者がどのように受けとめているか患者本人に確認することが難しい。また、主客未分の患者は、自分の要望をわかってもらえるだろうという思い込みから、医療者に自分の要望を伝えない。この双方の自立し得ない状況はケアリングを難しくする。医療者が自分の考えを患者に伝達せずに援助を行い、患者の反応が予想に反していた場合、何故そうなのか自らを省みることができる場合は良いが、主客未分の状態にある人は、そこに立ち止まって自らを省みることさえも難しい状況になる。危険なのは、患者の反応が予想に反している場合に、その原因を患者に押しつけてしまうことである。自分は一生涯懸命に援助した。従って、患者から望ましい反応が得られるはずである。しかし、患者の反応は自分の予想に反していた。従って、悪いのは患者である。という自分勝手な正当化の構図が完成してしまう。このような状況では、もうそこにケアリング

はありえない。

従って、医療者は自分が主客未分の状況に陥りやすいということを自覚して行動していく必要がある。自分と患者は立場が全く異なる人間であるから、まず患者に要望を尋ね、その要望を実現すべく行動する。医療者が患者と接して感じたこと、患者の状況を見て患者の健康回復を促進させるために必要だと考えたことを、患者に伝え、患者と認識を共有した上で医療を提供していく必要がある。

2) 看護師の専門職者としての自立意識

医療職種は多岐にわたっている。それぞれの専門職者は患者の利益のために、自分達の専門領域において最善の努力を行う。そこにはそれぞれの専門職者の自立が必要とされる。しかし、日本の場合、- 2), 3)で述べたように、個人の自立が難しい状況がある。自己主張の希薄性と場の論理、そして根強く存在する医のヒエラルキーである。

では、どのようにすれば専門職者としての自立がはかれるのか。

まず、専門職者一人ひとりが、自らの職務の目的を明確にすることである。自分が患者の健康回復のために存在する、患者の利益のために存在するという自覚をもつことである。

次に、専門職者の自立に向けて大切な試みとして、医療教育機関での教育があげられる。看護師の育成を例にあげる。看護学生は、教育機関施設内での学習とともに、病院や施設などでの臨地実習を行うことが課せられる。臨地実習は、患者を受け持ち、その患者とのかかわりの中から看護を学んでいく実践的学習である。学生は、看護師や教師の支援を受けながら、患者の健康回復に向けて援助を行う。学生といえども患者の利益のために専門職者として行動する。その実習において学生は、患者に行われている医療に対して疑問を感じることもある。しかし、全ての学生が、その疑問を看護師や医師に確認したり相談できるわけではない。むしろ相談できない学生の方が多い。その原因としては、知識や技術の自信のなさとともに、学生である自分が専門職者である看護師や医師に質問したり、ましてや意見を述べることはできないということがあげられる。そこには

「場」の論理が存在する。学生は自らを患者の健康回復の援助者である専門職者として自覚し看護師や医師に相談するよりも、その場の状況を壊さないことを優先する。こんなこと相談してもいいのだろうか、こんなこと言ったら自分の事をどう思われるのだろうか.....などという思いで身動きできなくなる。大切なのは、学生の意識がどこにあるかということである。看護者として患者の利益を優先させるのか、それとも自分の立場を安定した状態に置くことを根本的な関心事と考えるのか、そこを明確にし、学生が専門職者として患者の利益を第一義と考え行動することができるように教育していくことが大切である。学生が患者の利益を最優先して行動し、患者の入院環境を変革することができれば、学生は専門職者の責務を自覚する。患者のために行動できたという達成感から、専門職者の自立を自覚する。学生の時に患者を尊重し患者の利益のために行動するという体験ができれば、看護師として医療現場に出た時に、患者の利益のために行動できる看護師、つまり、専門職者として自立した存在になる可能性は高まるといえよう。

3) 医療の主体としての患者

医療の主体は患者である。たとえ患者がどのような状態にあっても患者の意志を尊重した医療を提供しなければならない。患者は自らの心身の状況をどのように受けとめているのか、患者は今どのような状態になりたいと願っているのか、患者は今後の人生をどのように生きていきたいと思っているのか、そして、患者は医療者に何を求めているのかといったことを患者自身の立場に立って理解し、援助していかなければならない。患者の心身が重篤で患者が意思表示できなくても、意識障害や痴呆などにより正常な判断ができなくても、高齢であっても、治癒する見込みがなくても、患者の意志を尊重した医療を提供する。患者は、どのような状況にあらうとも自分の病状がどうなっているのか、自分にどんな治療や検査が行われているのか気がかりなのであり、医療者からの説明がなければ、患者の精神的、内面的混乱は余計に深まり、患者の生命力を殺ぎ落とすことになりかねない。患者の理解力が低下しているのであれ

ば理解しやすい説明を行うことが必要であるし、患者が忘れてしまうのであれば何度も説明することが必要である。

患者を医療の主体とする、これは当然のことなのだが、容易ではない。しかし、医療の主体は患者なのである。患者の家族でもなければ医療者でもない。医療者は、このことを表面的な言葉だけでなく、深く自覚し医療を提供する必要がある。

4) 患者の無限の力を信じること 患者が自らの力を発揮できる援助

日本の医療は西洋医学が主流である。西洋医学の背景には支配原理がある。病を支配することによって克服しようとする発想にたった医療である。患者を冒している疾病を治療によって支配しようとする。肺炎になれば炎症の原因菌を死滅させるために抗生物質を投与する。がんに冒されているのであれば、がん細胞を切除するか抗がん剤を投与する、あるいは放射線の照射によってがん細胞を破壊しようとする。しかし、この支配原理は、病に冒されている患者自身をも支配する危険性がある。そこには、医療の歴史の中で長年びこってきたパターナリズムが影響する。しかし、西欧はパターナリズムからの脱却の歴史がある。従って、支配原理の中においてもその支配が患者自身にまで及ぶことは少ない。では、日本はどうだろうか。日本の医療の歴史にも長い間ヒエラルキーの頂点である医師によるパターナリズムが存在し、それは現在でも続いている。さらに、日本には個人の尊重や個人の自立という歴史が浅いため、西欧医学の支配原理のみが容易に導入され、患者の病のみならず患者自身をも支配しようとする。

ケアリングの概念は、ケアの受益者である人の成長を助ける、あるいは、その人のもつニードに対して援助し、その人の人間的条件や生活様式を高めることであるから、医療者による患者の支配があってはケアリングは成り立たない。医療者には、どんな状況におかれても常に成長し続ける患者をサポートするという姿勢が必要である。

では、どうすればよいのか。それは、まず患者の力を信じることである。アリストテレスは人間を、生を享けてからの環境や教育の作用を受けながら自

らが「ポリスの動物」になっていく可能性を秘めた存在とみなした。ヘーゲルは、すべての人間は自由な意志をもつ自由人になる可能性を持ち、いかなるときにも常に変化し、今の状態よりも、より高次の段階に達するために、「教養＝自己陶冶」の過程を歩んでいる存在とみなした。このように、患者の生物体としての力、生命力を信じるのが肝要である。フロムは「他人を{信じる}ことのもう一つの意味は、他人の可能性を{信じる}ことである。」⁽¹⁾と明言し、生まれただけの赤ん坊にたいして母親が抱く信念について述べる。子どもの発達には規則性があるから、信念など抱かなくてもよいかもしいが、それが、発達しないかもしれない潜在能力となると話は別だという。「人を愛するとか、幸福になるとか、理性を使うといったことにたいする可能性、あるいは芸術的才能のようなもっと特殊な可能性である。これらの可能性は、いわば種子であり、もしその発達を促すような条件が整えば成長するし、そうした条件がなければ枯れてしまう。」⁽²⁾この発達のための条件で重要なのは、子どもの人生において重要な役割を担う人が、子どもの可能性に対して信念をもっているかどうかである。⁽³⁾ここで述べられていることは、親の子どもに対する信念についてである。しかし、親を医療者に、子どもを患者に置き換えることは可能ではなからうか。患者は必ず回復できるというわけではない。状態が悪化し死に至ることもある。しかし、患者が健康を回復するための条件を整えれば回復あるいは軽快するし、死に至る場合でも安らかな死を迎えられる。その根底には、医療者が患者の力、患者の回復力を信じる必要がある。医療者が患者の力を信じ、患者の力をより発揮できるように支援すること、そこからケアリングがはじまる。

では、患者の力を発揮する医療とはどのようなものか。それは、患者の力の発揮を妨げないことである。患者は罹患しただけで相当の生命力を消耗する。患者は病を克服するために病院を訪れるが、実は、この受診や入院という行為自体が患者の生命力を消耗させている。入院した場合を想定してみる。患者は入院によって日常の生活から切り離される。慣れない環境、慣れないベッド、慣れない食事、慣れない

い生活習慣,くりかえされる検査,そして治療……. これら全ては患者の健康回復のために行われるが,同時に患者の生命力を消耗させることもありうる. 慣れない環境で落ち着かない,慣れないベッドで眠れない,慣れないあるいは制限のある食事で食べられない,慣れない生活習慣で生活のリズムが狂う,くり返される検査による苦痛,そして治療による苦痛……,ここに挙げたのは一部であるが,入院生活が患者の生命力を消耗させる危険性があることは明らかである.では,どうすればよいのか.

まず,入院生活自体が患者の生命力を消耗させる危険性があることを医療者が認識することである.その上で,何故そのような治療が必要なのか患者が納得するまで丁寧な説明を行う.患者の生命力の消耗をできる限り最小にするように働きかける.患者の苦痛を緩和することはもちろん,入院によって患者が不都合に感じていることを解決していく.

事例 <肺炎で入院した患者Eがいる.担当医や看護師Fは,肺炎の症状や肺炎からくる苦痛の緩和に気を配る.しかし,患者Eが一番気になっていたのは寝具であった.患者Eは従来寒がりのでめの布団を使用していた.しかし,病院は空調管理されていることもあり,薄い毛布一枚である.患者Eは入院時にすぐにそのことに気づいたが,それを自分から担当医や看護師Fに言い出すことはできなかった.担当医や看護師Fが気にするのは肺炎の症状のことであり,寝具のことなど言っただけではいけないような印象を受けたからである.>

ここで医療者が患者に対して,患者が気になっていることを第一に尋ねたらどうなるであろうか.患者Eは寝具のことを医療者に伝え,安眠という肺炎を改善するために必要な休息をとることができる.患者にはそれまでの生活体験があり,その中から自分の健康回復のための対処方法を工夫している.もちろん,患者の生活上の工夫がすべて患者の健康回復を促進するというわけではない.かえって健康を阻害していることもある.しかし,罹患しているのは患者である.患者自身が感じている感覚,患者自身が気にしていること,患者自身の生活上の工夫を医療者は大切に,患者とともに話し合い,そこから援助をはじめめる必要がある.それが,医療の主体

である患者の力の発揮を妨げない医療である.

ナイチンゲール(1820 - 1910)は,「看護とは,新鮮な空気,陽光,暖かさ,清潔さ,静かさを適切に保ち,食事を適切に選択し管理すること.こういったことのすべてを,患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味すべきである.」⁽⁴⁾と述べている.ナイチンゲールが生きた時代は,施設や医療物資も充分ではなく,患者を衛生的な環境で治療することが難しい時代であったから,この言葉は,その言葉どおりを意味するのであろう.筆者は,ここで述べられている「患者の生命力を消耗させている因子」の中に「医療者の患者への対応」を加える.患者は入院すると医師や看護師をはじめとする医療者の中で生活する.心身状態が低下している中で,他者にどのように対応されるかということが自らの人間としての尊厳を保つことに大きく影響する.自らを尊い人間として認められない状況は,自然治癒力を妨げる.

事例 <患者Eの心身状況が悪化し,自力で排泄することが難しくなり,寝衣や寝具を汚染することが多くなった.>

この場合,患者Eにとっては,自力で排泄することもままならなくなった自分を体験しているのであり,それは耐えがたい苦痛である.このような時に,もし医療者に不用意な言葉を投げかけられたり,安易にオムツを着用させられることがあれば,患者の人間としての尊厳を傷つけ,回復への意欲を減退させる.また,セルフケア能力が低下し,自分の置かれている状況の認識ができなくなった患者に対して,子どもに接するように対応することがある.その場合,その行為が患者との親近感を増すであるとか,患者との信頼関係を築くなどという理由づけがなされる.しかし,患者にとって,子どものように対応されることがどのような意味をもつのか,そのような行為は患者の尊厳を傷つけることにはならないのであろうか.

医療者は,自らの言動が患者の尊厳を傷つけてはいないかということを常に意識して医療にあたり,患者の自然治癒力を妨げることなく,患者が自らの力を発揮できる援助をしなければならない.

[注]

- (1) エーリッヒ・フロム著・鈴木晶訳『愛するという
こと』, 紀伊国屋書店, 2000, p. 184.
- (2) 同上, p. 184.
- (3) 同上, p. 185.
- (4) フロレンス・ナイチンゲール著・薄井坦子・小玉
香津子他訳『看護覚え書』, 現代社, 1985, p. 3.

坂田三允編『日本人の生活と看護』, 中央法規, 1998.

[参考文献]

- 池川清子『看護 生きられる世界の実践知 』,
ゆみる出版, 1991.
- 広井良典『ケアを問いなおす <深層の時間> と
高齢化社会 』, 筑摩書房, 1997.
- 川本隆史『介護・世話・配慮 ケアを問題化する
ために 』, 現代思想 21 (12) 1993.
- 筒井真優美「ケア/ケアリングの概念」, 看護研究,
Vol. 26, No. 1, 1993.
- 久保成子『職業としての看護 ケアをとおして生
きるということ 』, 医学書院, 1995.
- ヘルガ・クーゼ著・竹内徹・村上弥生訳『ケアリン
グ 看護師・女性・倫理 』, メディカ出版, 2000.
- ネル・ノディングズ著・立山善康他訳『ケアリング
倫理と道徳の教育 』, 晃洋書房, 1997.
- キャロル・レツパネン・モンゴメリー著・神郡博・
濱畑章子訳『ケアリングの理論と実践 コミュニ
ケーションによる癒し 』, 医学書院, 2001.
- E・オリヴィア・ベヴィス, ジーン・ワトソン著・
安酸史子監訳『ケアリングカリキュラム』, 医学書
院, 1995.
- ジーン・ワトソン著・稲岡文昭・稲岡光子訳『ワト
ソン看護論 人間科学とヒューマンケア 』,
医学書院, 1992.
- マーレイン・C・スミス著・諸田ほか訳『ケアリン
グと統一体としての人間の科学』, 文光堂, Quality
Nursing, 2001.
- 和辻哲郎『風土』, 岩波文庫, 1979.
- 和辻哲郎『人間の学としての倫理学』, 岩波全書, 1971.
- 川島武宜『日本社会の家族的構成』, 岩波書店, 2000.
- 土居健郎『「甘え」の構造』, 弘文堂, 2001.
- 神島二郎『日本人の発想』(講談社現代新書), 講談
社, 1975.