第16回日本看護科学学会学術集会会長講演

看護の叡智

—ヒューマンケアリングの実践に向けて—

稲岡 文昭*¹

Wisdom in Nursing

Fumiaki Inaoka*¹

*¹ Japanese Red Cross of College of Nursing

はじめに

看護は、真空の中では存在しえず、また、発展もありえない。看護は、医学的要因のみならず、常に、政治的・社会的・経済的・歴史的・文化的要因などによって影響を受け現在にいたっている。看護に携わっている者は、特に、リーダーシップをとることが期待されている看護理論家、看護研究者、看護教育者、看護管理者は、現状を的確に見極め、将来の可能性を模索し、そしてその実現に向け確固たる行動をとっていく必要がある。

本講演では、国民の健康と関連して、現在の社会や医療がどのような状況におかれているのか概観し、そしてその状況を克服して21世紀の社会に向けて、国民が少しでも人間らしく生活でき、そして不幸にして健康障害に陥ったときには、一人ひとりが貴ばれ敬くしまれ、少しでも質の高いケアが提供できるように看護者はどのように貢献できるのか論じてみたいと思う。

21世紀に向けての葛藤

NHKチーフディレクターの吉田¹⁾は、その著、「21世紀は警告する」のなかで、20世紀は“もっと速く、もっと効率よく、もっと豊かな

生活”を求めてきた「世紀の欲望」と称している。このような経済優先政策を取り続けてきた結果、世界の資源は枯渇してきており、二酸化炭素や放射性廃棄物などによる環境汚染、地球の温暖化や熱帯雨林の減少などによる自然破壊、さらには海洋生態系の破壊など人間の生存を脅かしている。にもかかわらず日本人は、“もっと、もっと”と欲望を満たし続けているのである。

地球物理学者の松井によれば²⁾、もし現在のような生き方をすれば、地球に人間が住めるのは短くて150年、長くて1500年と予言している。国際日本文化研究センター前所長の梅原³⁾は、日本人の飽くことなき欲望について、“私には、多くの人たちが法華經の火宅の比喻のように、延々と燃え盛る火の中で火事とも知らずに遊びほうけている子供のように思われる”と述べている。

では私たちは、二昔、三昔前の窮乏生活に戻ることができるだろうか。テレビ、クーラー、クルマのない生活が考えられるだろうか。着のみのまま、ひもじい思いをして暮らしていけるだろうか。吉田は、この点をとらえ「悪魔の二者択一」と呼んでいる。つまり、いずれのカードを選んでも破局が待ち受けているのである。

*¹ 日本赤十字看護大学

以上のような観点からみれば、医療も同様な葛藤に直面していないだろうか。20世紀後半における医学知識、医療技術、医療機器の進歩は驚異的である。なお、とどまる所を知らず加速度的に進歩を続けている。にもかかわらず有病率は上昇し続け、平成7年度の国民医療費も26兆円を越え、国民所得に対する割合も7%と年々増え続けている。

このような飽くなき医療の高度化の影には、一つには脳死・臓器移植、末期医療、急激な人口の高齢化など、未曾有の社会問題を生みだし、二つには先端医療技術によって死をまぬがれ一種の「障害者」となって生きながらえている患者を増やし、三つには医師の治療では治療できない慢性疾患患者を激増させ、四つには人工呼吸器やモニター、IVHや各種カテーテル、ドレインなどが装着され、しかも抑制帯で拘束され非人間化された患者を大勢生みだしてきている。高度医療で「人間の生命」は救えたとしても、「人の命」や「人の心」まで救えないのである。人間の脳や心臓が生理学的に機能していても、人間として生きていることにはならないのである。

だからといって、コンピューターで完全制御されたオートクレーブに代わりシンメルブッシュで消毒できるだろうか。IVHに代わり大量皮下注射で栄養補給をすることができるだろうか。抗生物質抜きに観血的・非観血的治療が考えられるだろうか。これが吉田の指摘している「悪魔の二者択一」なのである。

葛藤解決に向けての看護の叡智 —ヒューマンケアリング—

吉田は、21世紀に向けて「悪魔の二者択一」を越えた選択肢を創造する必要性を力説している。梅原⁴⁾は、“法華経では、菩薩がこの火の中で遊んでいる子供たちに、鹿の車や羊の車や牛の車を示して火の中から救い出したとあるが、現代における鹿の車は、いったい何なのであろうか。私は毎日、そんなことばかり考えている”と語っている。

世界的環境という観点からみても、保健医療福祉という観点からみて、私は、「悪魔の二者択一」を越えた選択肢は、対象の異物を客観的

に見つけ分析し、そして診断を下し異物を除去し治癒を目指す「自然科学の知・医学の知」ではなく、人間の苦痛や苦悩といった主観的問題をホリスティックにとらえ人間全体を癒すことを目指す「看護科学の智・看護の叡智」であると考え、看護者は叡智を出し合い、叡智を生かし、叡智を働かせ、人間が人間らしく生き、健康障害に直面したときには個々人間が尊ばれ厳くしまれ治療・ケアが受けられる社会の実現に向けて歩み出さなければならない。

国際看護婦協会の「看護婦の規律、看護に適用される倫理的概念」及び日本看護協会の「看護婦の倫理規定」によっても、「人間の生命を尊重し、また人間としての尊厳及び権利を尊重する」と謳われている。しかし実際には患者一人ひとりの尊厳が保障されているどころか、患者の多くが悲惨な状況におかれている。薬害エイズや末期患者の医師による安楽死が大きな社会問題となっているが、看護者は問題が起きるまでどのようなケアを行っていたのだろうか。

国際看護婦協会及び日本看護協会の倫理規定に謳われているのみならず、多くの看護関係書にも、看護の対象者に心から関心を示し、対等な立場で積極的に傾聴し、共感的に理解し、対象者の苦痛や苦悩を和らげ、そして安らぎや希望を与えるのが看護者の役割であると記述されている。しかしながら、看護の対象個々を貴び厳くしみ、もっとも深い意味で、その人が成長することに手を貸し、その過程で看護者も成長するという、いわゆるメイヤロフ⁵⁾が「ケアの本質」で描写している意味のヒューマンケアリングを“なぜ”行うことができないのだろうか。お互いにケアする心を持ち、お互いを「ささえあう」心を大切にするという真の意味のヒューマンケアリングを“なぜ”実践することができないのだろうか。前述したように、わが国ではなによりも効率性や経済性、合理性や即効性が最優先されている。これらの価値観にのっとって政治や経済、医療制度が仕組みられ、そのように人的資源も配置され、医療従事者の倫理感にも多大に影響を与えている。残念ながらヒューマンケアリングはこれらと対局にある概念である。この点に目を留めただけでも、真の意味の

ヒューマンケアリングの実践がいかに困難であるか理解できよう。

ヒューマンケアリングの実践には、これら数多くの要因が複雑微妙に関与していると考えられるが、私は、なにより看護者自身が人間を尊び心より厳くしむというヒューマンケアリングのもつ真の意味とその価値について十分に理解していないからではないかと考える。たとえ理解が得られていたとしても、それは知的・概念的であって決して行動的・実践的レベルではないように思う。

ヒューマンケアリングの真の意味と価値の認識

国際日本文化センターの森岡⁶⁾は、“今までは、自分のことは自分で決定し対処できるような理性と良識を供えた「近代的個人」が社会秩序を形成することで近代市民社会は成立するものだと考えられてきたが、医療技術が限りなく発展しつづける日本では、自分のことは自分で決定し処理できない患者や障害者、痴呆や寝たきり老人は増えつづけ、21世紀に入ると、「近代的個人」の数をうわまわって、他人からの支えをうけてはじめて生きてゆけるような人たちが社会のマジョリティになる可能性がある”と述べている。つまり、自分のことは自分で決定し対処できるという考え方では21世紀の市民社会は成立せず、お互いに貴び厳くしみ、お互いに「ささえ」、「ささえあい」ながら、お互いに成長を図っていくという真のヒューマンケアリングが重大な意味と価値をもってくるのである。

医療機関や医療施設であっても、主観的・個人的条件をできるだけ排除し、客観的、分析的、科学的、心身二元論でとらえようする超近代医学がすべてではなく、苦痛や苦悩、不安や無力感など患者の主観的な問題をホリスティックにとらえ、そして病理学的データと統合し、柔軟的・創造的にアプローチするというヒューマンケアリングの大切さが少しづつではあるが認識されはじめてきている。柳田^{7,8)}は、“現代医療の進歩は、命を臓器とか遺伝子とかに小さく区切り、細分化してしまい、人間全体を見なくしてしまうマイナスがある。大事なものは人間性を見直しと復権である”と主張している。実際、

多くの看護者は、患者が分断され、分断された部分のみが各専門医によって治療されているのを目のあたりにし、誰が患者全体の治療に責任をもつか危惧の念をもっている。

看護の対象である患者の多くは、食事や排泄、保清など身のまわりについて自己管理することができない状態におかれ、生活感覚も含め「生活から疎外」されている。また対象の喪失や限られた対人接触、感覚剝奪や社会的役割の喪失などに見舞われ、現実の「人間関係から疎外」されている。さらに死の恐怖や怯え、苦痛・苦悩を伴う治療や処置、ボディーイメージを損傷する手術などにより、「生から疎外」されている。このような状況は人間に堪え難い苦痛や苦悩、激しい不安や恐怖、さらには死ぬほどの孤独感など人間の否定的といえる感情を喚起させる。これらは患者からみれば主観的な問題であり、看護者からみれば全人的な問題と言える。土屋⁹⁾はこのような状態におかれた患者のことについて、“たまらない不安や孤独に苛まれ、掻き乱され、忍びよってくる死の恐怖に怯え、独りでベッドに横たわっていることと、自分に寄り添ってくれ、自分のことを思ってくれ、共感してくれ、信頼してくれる人と心おきなく分かち合えることとは天国と地獄ほどの差が存在する”と描写している。彼らによりそい、日常生活を助け、人間の深い内的世界を洞察し、不安や恐怖、苦痛や苦悩を共有し、そして少しでも安らかに過ごすことができるようケアすること、これはまさに看護の心である。さらに潜在的治癒力を喚起し、彼ら自身が自分の置かれている厳しい状態を受け入れ、乗り越え、そして自己成長が図れるように「ささえる」ということ、これはまさに真の意味のヒューマンケアリングである。

個々患者が心から貴ばれ厳くしまれ治療やケアが受けられるためには、患者自身が医療の場に参加し、決定に参加することが重要である。これには、憲法で保障された基本的人権を守るためにも不可欠と言われるインフォームド・コンセントが前提となる。看護者にとって重要なことは、医師の行ったインフォームド・コンセントを患者や家族に理解しやすいように説明し

なおすことではなく、患者が心おきなく自己決定ができるよう配慮することである。斎藤¹⁰⁾は、普通、心身ともに弱った患者は一人っきりで自己決定をするのではない。周囲の状況を慮り、自分の立場を諮りながら、しかも決定の結果、周囲の人たちが自分をどのように思うかを考慮し、周りとの関係を慮って態度を決定すると述べている。つまり、患者が安心して自己決定できるには、患者が心やすらかでいられるような、自分らしさが尊重されるような日頃からの看護者の患者への温かく配慮する心が前提となる。

21世紀の社会は、このように看護の力が期待され、問われている。看護者は、まず、真のヒューマンケアリングの意味と価値について、あらためて十分に認識する必要がある。

真の意味のヒューマンケアリングの概念

ケア/ケアリングの基本的概念はなにも目新しいものではなく、古来から、健全な親子の関係にみられる。ローレンツツの発見した“刷り込み現象”のように¹¹⁾、母親は子どもにお乳をふくませることによって一生消えぬ母性本能に火をともし山本は母乳の必要性を主張している¹²⁾。母親はこの母性本能をもとに、子どもに慈しみの心をもって授乳、排泄、清潔など、日常生活のお世話をし、そして子どもをはぐくみ育てる。同時に、母親は子どもよりはぐくまれ育てられる。ここには「ささえ」「ささえられる」、すなわち「ささえあう」という相互関係が存在する。この関係をとおして、母親は子どもの痛みをわが痛みとして感じ、その痛みを和らげるために自己投入する。やがて母親は個々子どもの個性をみだし、その個性を大切に育てる。

この健全な親子の関係でみられる「ささえあう」という概念は、私は、看護者と看護の対象との関係にも基本的に適応できるのではないかと考える。看護者は対象に「ものや情報」、
「技術や技能」、さらには「心の糧や存在」を与え、「ささええる」というヒューマンケアリングは、一見、一方交通のように思われるが、実は、看護者は、対象との相互作用のなかで生き

ている。看護という役割をもった人と健康障害をきたした人との間には意味ある関係が存在している。病院においては、手術直後の患者や重症患者、重度の心身障害者や未熟児、痴呆老人や植物様状態にある患者は、多くの人々の「ささえ」を必要とし、「ささえ」は一方向的のように思われる。しかし、実は、両者が必ず「ささえ」「ささえあって」いるのである。看護者はこれらの患者のケアを介して自分を知ることがあり、また患者にちょっと頭をさげてみたい気持ちにさせられることがある。患者から「ささえ」られているよい証拠である。真の意味のヒューマンケアリングには、このような学習の機会や患者への感謝の気持ちを大切にすることが必要不可欠である。

倫理学者の土屋¹³⁾は、患者との「ささえあう」関係の根底にある原則について次の3つを挙げ説明している。第1には、相手の心を理解し、尊重してかかわっていきこうとする気持である。時間を惜しまずに、共にそばにいるということこそがかかわりの本質である。実際には、自分の時間をさいて側にいてくれるという信頼感・安心感が、かたくなな患者の心を融かしてコミュニケーションを可能にするのである。第2には、患者の能力を信じるということである。患者が危機状態から脱したり、悲嘆のどんどこから立ち直ったり回復したりする能力、判断や同意ができるようになるという潜在的能力、さらには成熟した人間になって成長するという可能性である。第3には、事実と直面しそれを受け容れなければならないのは患者であって、誰でもないということである。看護者は患者の苦しみや死の恐怖を自分自身の経験に照らし合わせ共感することができるが、看護者が決して代わってやることのできないものである。事実を直面し、そして受け止めなければならないのは患者本人なのである。このためには、前述したように、患者に情報の公開と説明、そして患者の自己決定が重要なのである。

親が子どもの個性を見だし、その個性を尊重しはぐくみ育てていくのと同様に、ヒューマンケアリングにかかわる看護者は、可能なかぎり患者の個性を尊重することが大切である。な

ぜなら患者が安心して自己決定を下すことができるには、先ず、一人ひとりの患者の「その人らしさ」が尊重される必要があるからである。その患者によって生き方や考え方、価値観や信条などがそれぞれ異なっている。具体的にどのようなケアすればよいか、何をすれば患者の癒しにつながるのかなどという点も、きわめて多元的である。とすると望ましい基準は患者自身にあり、医療従事者ではないことは明白である。その人のありのままの姿を見つめ、認め、そして価値観を尊重することなしに、患者を「ささえる」ことはできないのである。

このように、看護者と患者の間の「ささえあう」関係とは、患者の重荷を代わりに背負うことではなく、食事介助、清拭、排泄介助などの身体的なケアを行いながらも、心を「ささえる」ということ、つまり、重荷を背負っている患者を精神的に独りぼっちにしないということである。ここに看護者が行う真の意味のヒューマンケアリングの精神が生きてくるのである。

真の意味のヒューマンケアリングの 実践に向けて看護学教育

看護の現場において、一人ひとりの患者を貴び厳しみの心をもってケアするという真の意味のヒューマンケアリングを浸透させていくには、ヒューマンケアリングの意味と価値の認識、概念の理解だけでは不十分である。看護教育や臨床看護現場において、「刷り込み現象」のように、あるいは「母乳を介しての母性本能の喚起」のように、看護学生が一生ヒューマンケアリングの実践を可能にする、ヒューマンケアリングの「面白さ」や「楽しさ」、「手応え」、さらにはヒューマンケアリングの「神髄」を身をもって体験するすることが必要不可欠である。

看護学を教授・研究する4年制大学のなかには、医師によって看護学が教授されているという現状がある。また看護領域の研究でありながら、医師の教授によって指導されているという現状もある。さらに看護短期大学のなかには、看護の免許をもった教授よりも医師の免許をもった教授が多いという現状もある。確かに、現在は看護婦教育から看護学教育の移行期である。

また看護学は医学と最も隣接領域の学問である。このような前提を受け入れたとしても、看護学教育は他の学問領域に比べ余りにも医学志向に偏っている。長年、学問的基盤を客観的、分析的、心身二元的な考え方に依拠してきた教授からの指導は、ヒューマンケアリングという概念から対局にある自然科学的な発想を基盤とするであろう。21世紀の保健・医療・福祉社会は、前述したように、キュアよりもケアリングでの癒しを必要とする人々が激増することが予想される。看護学が実践の学問とするなら、看護学は一人ひとりの患者が貴ばれ心より厳くしまれる真の意味のヒューマンケアリングに生かすことができるような学問でなければ無意味である。

ヒューマンケアリングの実践という観点からみると、現在の看護学教育の第2の問題点は、看護学教育に携わっている看護教員自身の問題である。ヒューマンケアリングの実践には、「主体性」や「判断力」、「創造的な発想」や「柔軟的なアプローチ」が必要とされる。看護教員は、確かに、これらの重要性については言及しているが、実際には、知識を詰め込み記憶させるという教育に偏重しているきらいがある。また、「チームナシング」や「看護過程」、「プリマリーナースング」や「看護診断」に象徴されるように、外国の理論や概念について十分に論議が尽くされないまま教育や臨床で用いられている。問題の所在を明らかにしたり、問題を解決したりするときの手がかりにメリットはあるが、そこにかかわる人間の微妙な心情や生活習慣、矛盾を抱えた人間像が見えにくくなるというデメリットが存在する。さらに、看護専門学校の中川園長は朝日新聞で次のように語っている¹⁴⁾。

“6年生の夏休み、生まれて初めて上野動物園に行き、あこがれの動物が生きているのを見て、本当にびっくりした。しかも、後ろの方に、その動物を飼育しているやつがいる。日本にこんなところがあるのか、オレはここに来たい、と強く思いました。それから園長に手紙を何度

か書いたりして、1952年、上野動物園の見習いになりました。最初に師事したのが「鶴の師匠」とも言われた高橋峰吉さんでした。高橋さんが掃除すると、鶴が自分でよけていく。掃除の跡の模様の波間に、鶴が浮かんでいるように見える。名人芸でした。1カ月くらいたって「やってみろ」と言われ、私がゲージに入った。とたんに鶴がばたついた。静めようとすればするほど細かな毛が散乱し、掃除どころじゃない。「今まで何を見てたんだ。オレの手順をみるんじゃない。鶴を見るんだ」と言われ、もう一度見ていたら、鶴がよけていたんじゃないくて、高橋さんが鶴のリズムで歩いていた。そのとき、仕事を覚えるとは、手順を覚えマニュアル通り過不足なくやるということではない。特に飼育は、百パーセント相手に合わせることができなければ成り立たないのだと知りました。”

中川園長のこの言葉は、看護者の患者へのケアに際しても同様のことが言えるのではないだろうか。既習の理論や知識、マニュアルにそって患者をケアするのではなく、一人ひとりの患者を見て、その人らしさのリズムに合わせ既習の理論や知識を生かしていくのが、ヒューマンケアリングである。Reed¹⁵⁾は、米国の最近の看護界の動向をとらえ、臨床における看護ケアの実践そのものは、知識や概念の構築そのものであるという認識の高まりについて述べている。

法隆寺や薬師寺の金堂の復興をはかった、最後の宮大工といわれる西岡¹⁶⁾は、“技術というのは、腕だけ、手先だけの器用さだけでなく、あとのことを考える心遣い、そして培われてきた勘や感覚に支えられているでしやろな。技は技だけで身につくもんやない。技は心と一緒に進歩していくんです。一体ですなあ”と。ヒューマンケアリングの実践に向け、一考も二考も要する味わいある言葉を残している。

現在の看護学教育の第3の問題点は、歴史の浅い看護学は他の学問領域に追いつかざるを得ない状況にあるためか、余りにも概念や理論を重視し、臨地・臨床実習という実学を軽視する傾向にある。厚生省の保健婦助産婦看護婦養成指定規則以上の時間数、臨地・臨床実習を行っている学校は皆無に近いという事実からも推し

量ることができる。最終学年の臨地・臨床実習であっても、一人の受持患者のアセスメントや看護診断にこだわり、あるいは膨大な実習記録のため情報収集に終始し、ベッドサイドで患者に寄り添い、共に過ごし、「ささえあう」時間が少ない。後述するように、個々患者は、同じ診断名であっても千差万別な状況におかれている。臨床における実習は、あらかじめアセスメントして患者にかかわるのではなく、患者とかわりながらアセスメントし、アセスメントしながらかわり支えるということが重要になってくる。なにより患者は一刻でも早く、激しい苦痛や苦悩、不安や怯えを癒してもらうことを望んでいるのである。患者に寄り添い、患者と共にいて、共に苦しみ、共に笑い、共に喜ぶことを通して、真のヒューマンケアリングの神髄にふれることができるのである。

西岡¹⁷⁾は、“職人がいて建物を建て、それを学者が研究しているんですから、先に私らがあるんです。学者が先におったんやないんです。職人が先におったんです。”“学者にしてもどれだけ深い学問をしているかということですか。学者という人たちは本はようけ読みますやろけど、なかなか実際のことは知りませんやろ。それでいて自分の学説にとらわれてますな。これがいかなのですよ。”と述べ、実学の重要性を暗示している。

私が、看護学生の実習を重んじる第3の理由は、ヒューマンケアリングにはなにより実践的判断能力が関係するからである。たとえ学生であっても受持患者にケアしているかぎり、ケアに関する実践的判断を絶え間なく行っていかなければならない。現在の患者の状態について判断するには、単に、学習してきた専門的知識や技術のみでなく、感覚や知覚による判断が必要である。この感覚や知覚による判断にはそれまでの経験がものをいう。さらに患者は刻々と微妙に、しかも多様に反応するため、患者の変化を的確にとらえ瞬時に判断する能力が問われる。最終的には、これら一連の判断を統合する能力が問われる。このような実践的判断は、ペーパーペイシャントの分析や偽装患者とのロールプレイでは限界がある。さまざまな状況下でさまざま

まな患者との相互作用を経験しないかぎり、「いま、ここで私は何をすべきか」という主体的かつ確かな実践的判断能力を身につけることができない。私は、理論と実践との統合を目的とする臨床・臨地実習を看護学教育のなかでもっと重視しないかぎり、ローレンツの発見した「刷り込み現象」や「母乳をとおしての母性本能の喚起」のように、学生に真の意味のヒューマンケアリングの本質について“インプリンティング”することができないと考える。

最後にもう一つ看護学生の臨地・臨床実習に私がこだわる理由は、実習をとおして学生の個性が明確になり、指導教員は個々学生の個性を生かす機会となるからである。自分の個性が生かされた体験をもつ者が、他者の個性やその人らしさを慮ったケアを行うことができると考えるからである。西岡¹⁸⁾は、“個性を大事にする時代になったといいますが、みんな規格品にはまった同じもののなかで暮らしているようにしかみえません。人を育てる育て方も、みんなが同じになっているんじゃないかと思っています。私らが相手にする松は人間と同じで、一本ずつが全部ちがうんです。たった一本の木でも、それがどんな風にして種が蒔かれ、時期が来て、仲間と競争して大きくなったんやろか。そこはどんな山やったんやろ、風が強かったんやろか、お日さんはどっちから当たったんやろ、私らはそんなことを考えながら、見たり、触ったり、匂いをかいで、それぞれの木の癖を見抜いて、それにあった使い方をします。そうすれば千年の樹齢の松であれば、千年以上もつ建造物ができるんです。法隆寺がそれを証明しています。”と、手間ひまをかけ、そして個性を生かす教育の重要性を指摘している。

わが国では、明治初期より欧米諸国に追いつき、追い越すことを目指し、がむしゃらに西洋文明や自然科学を取り入れてきた歴史がある。現在、多くの学者はそのつけがまわってきた事実を認めている。看護学教育も同様に、他の学問領域に追いつき、追い越すことを目指し、余りにも知識や技術、概念や理論を強調するきらいがある。ここであらためて人間の尊厳を優先するヒューマンケアリングの実践に向けて、看

護学実習を含めた看護学教育について問い直す必要がある。

真の意味のヒューマンケアリングの 実践に向けての臨床看護現場

臨床で看護の対象を貴び心から厳くしむヒューマンケアリングの実現には、先ず、どのような職場環境で働いているか、それが患者にとってどのような意味があるか十分に認識することである。臨床では、医師の権限は絶対的であり、患者の生命を救うことに絶対的な価値がおかれている。このため看護師・患者とも医師の指示を遵守し、医師の診療・処置を何よりも優先しなければならない。医学モデルが優先されている環境は、患者の個性やその人らしさを慮ばかったケアよりも、てきぱきと医師の診療・処置の介助を行い、かつ看護業務を効率よくこなすことに価値がおかれる。また患者の心理社会的要因よりも、病理学的知識や薬理学的知識が求められる。しかしながら医学モデルは重症患者や救命救急患者であれ、慢性疾患患者であれ、中川^{19,20)}は、次のように鋭く現代医学の限界を指摘している。人間はさまざまな環境のなかで生活しているが、一旦、病気と診断され入院生活を余儀なくされると、疾患以外のものはすべて排除され、身体の一部の異常のみが治療の対象となる。特に重症患者や救急患者の場合には顕著である。そこには、患者一人ひとりの個性やその人らしさが考慮されたり、人間の尊厳について論じられたりすることはない。自然科学の目をとおしてみつめた「生命」であり、「いのち」の大きさやその意味の重大性について問われることはない。そのよい例が医師が下す診断名である。例えば胃癌と診断がつけられると、生物学的にいても多くの種類があり、経過もさまざまであり、まして疾患に影響を与える心理社会的要因もさまざまである。医学的診断名はそれらを一切放棄させ画一化させてしまう働きをもっていると。

医学モデルが優先されている職場では、たとえ患者自身の自己管理が問われる慢性疾患患者のケアに際しても同様な問題がみられる。慢性病患者の病気のプロセスをみると、素因という

生物学的因子のほかに、生活習慣やライフスタイル、さらにストレスや社会的サポートという要因が関与している。これらの要因間のバランスが崩れると、「頭痛」や「肩凝り」、「腰痛」や「風邪」、その他「下痢」など、いわゆる「身体の調子が悪い」という病的体験をする。休養したり、気のせいにしたり、否定したり、あるいは民間療法を取り入れてみたりして、なんとかして元の状態に復しようとする。しかし何をしても良くなりえず段々と悪くなってくると病院を訪れることになる。そして前述したように診断名がつけられる。生活習慣病と称せられていることを承知しながらも、診断名がつけられると患者のケアや指導に際しても病名や病理が重視される。これは、臨床の看護者が看護学生のことについて、“受持患者の心理社会的な背景はよく把握しているが、病気のことは勉強していない”という指摘に象徴される。

以上説明してきたように医学モデルが優先されている職場環境で、しかも多忙な業務に追われている看護者が、個々の患者の主体性や主観性を重んじる真の意味のヒューマンケアリングを実践することは、いかに困難なことであるか理解できる。

しかしながら医学モデルではなく、看護モデルによって患者を少しでも安楽に、少しでもよりよい状況に、少しでも自己成長が図れるようにとコツコツとベッドサイドでケアしている看護者もいる。医師が慢性疾患患者を治癒できない理由の一つは、身体の一部の器質的な異常ではなく、人間の身体的・心理的・社会的なトータルな機能の障害であることである。「症状」はその全体の機能障害を示す一つの赤信号なのである。そのためその「症状」のみを対象に治療しても、当然治癒にはいたらないのである。医師の役割と異なり、慢性疾患患者を全人的に捉ええる必要性を認識している看護者は、患者自身がそのことに気づき、それがどういう意味をもっているかを学習できるようにホリスティックにかかわっている。患者自身がそのメカニズムを理解しなければ根本的解決を図れないのである。慢性疾患患者にその理解を助けるのが真の意味のヒューマンケアリングである。そうす

ると看護者は医学的知識や薬学的知識以上に、人間学的・行動科学的知識と共にそれをケアに生かす技に巧めていなければならないのである。

エキスパートと言われる看護者は、たとえば、医学的データが相変わらず悪く、特に変化がみられない状態であっても、患者の死期を直観かのように予測したり、あるいは鼻腔栄養から口腔栄養に切り替える際の判断をあたかも直観かのように行っているが、いずれも的確な判断であったケースがよく報告されている。一見、直観的判断は「科学的判断」とは言われず、合理的・学問的ではないと軽視される傾向がある。しかしながら、的確な直観的判断ができる看護者は、日頃から患者一人ひとりに貴び厳くしむ心をもってケアし、患者の全身状態を注意深く観察している。そのため患者の少しの変化でも一瞬のうち捉ええることができるのである。このようにして患者の全身状態を一瞬のうちに的確に判断できる能力が培われるのである。実際、米国における直観的判断に関する研究^{21)~23)}では、的確な直観的判断に優れている看護者は、患者との直接的接触、患者に対する密接な関係感情、熟達した技術、患者との関係で生じたパターンや類似性の認知、概要の理解と柔軟的発想、卓越した感覚、自己確信などに優れていると報告されている。つまり、直観的判断に優れている看護者は、真の意味のヒューマンケアリングを確固たる看護観にすえ、専門職としての自立精神をもち、そして逞しい行動力を有し、そしてなによりクリニカル・センスないしクリニカル・スキルといわれる卓越した感覚に富んでいるのである。当事者はそれをあえてヒューマンケアリングと呼んでいないかもしれない。またそれをあえて言葉で明確に表現していないかもしれない。さらにその有効性をあえて数字で実証していないかもしれない。しかし今まで述べた真の意味のヒューマンケアリングの実践を行ってきているのである。

真の意味のヒューマンケアリングの 実践に向けての看護指導者の役割

21世紀の社会において、「悪魔の二者択一」を越えた選択肢がヒューマンケアリングであり、

看護学の本質であるとしたら、真の意味のヒューマンケアリングを実践していくには、看護管理者や看護実践者のみでなく、看護理論家や看護研究者、看護教育者の指導者は、叡智を出し合い、叡智を絞り、叡智を働かせなければならない。

確かに、米国ではワトソン²⁴⁾やレイニンガー²⁵⁾等の看護理論家が「ヒューマンケア」や「ヒューマンケアリング」について理論化している。しかしわが国の文化や生活習慣に密着した独自のヒューマンケアリングの概念や理論について構築していく必要があるように思う。私が述べてきた「真の意味のヒューマンケアリング」と彼らが論じているものとは同じではない。看護理論家や研究者は、看護実践者と協働し、「看護におけるヒューマンケアリングとは」、「ヒューマンケアリングの構成要素とは」、「ホリスティックとは」「全人的とは」「癒すとは」など、わが国独自の、かつ看護独自の言葉で論理的に説明する仕事に取り組んでいかなければならない。わが国において看護者が頻繁に用いている「治療的対人関係」や「看護過程」、「看護診断」や「看護治療学」などは、看護独自の用語ではなく、自然科学や医学の領域で用いられている専門用語である。看護学が医学や他の学問と異なり、独立した学問であるということをアピールするためにも、看護の現象を看護独自の言語を用いて、しかも他者が容易に理解できるよう説明する必要がある。ヒューマンケアリングの有効性についても、自然科学の方法論でなく、人間科学や行動科学の方法論を用いて実証していく必要がある。わが国における4年制看護系大学はあと数年で100校を越え、大学院も2桁になることは時間の問題とされている。看護と名のつく学会も30余を越え、年間1千件をはるかに凌ぐ研究論文が発表されている。看護学が実践の学問とするなら、一人ひとりの患者が貴ばれ心より敬くしまれ真の意味のヒューマンケアリングに生かすことができるような学問でなければならない。私は、基礎研究や基礎学問を否定するものではないが、看護の領域に関するかぎり、研究のための研究であったり、学問のための学問であってはならないと考える。

おわりに

昨今の厚生省の医療政策の動きをみると、ますます効率化・合理化ということが最優先されている。患者一人ひとりを貴び敬くしむというヒューマンケアリングは、周囲のあらゆる要素が能率化・合理化が図られたあとでも、最後まで人間の手で目で行わなければならないものである。一方、今日の医療問題は、脳死や臓器移植、老人医療の問題に象徴されるように、近代科学社会における「人間の生き方」そのものが問われている。このような状況のなかで、看護者はどのような役割をとっていくか、21世紀の社会に向けて重要なことである。

平成7年元旦の朝日新聞の社説に、“近代文明あるいは近代の「知」は、親を山に捨てる悲劇は消えた。だが、生産に役立たないものを厄介視する思想は根強く残った。……健常者本位の考えが強まり、それ以外は排除しようとする精神的「うば捨て山現象」は消えていない。21世紀に向け、新しい「知」を育てる必要がある。”と提案している。私は、「看護の叡智」こそ待ち望まれた、新しい「知」であることを願っている。最後に、MASSACHUSETTUS GENERAL HOSPITALの看護部の理念を紹介する。

We believe that the essence of nursing
practice is caring
caring which is a science and an art
is deliverable
teachable
& researchable
is accompanied with wisdom
knowledge
compassion
& competence

文 献

- 1) 吉田直哉：21世紀は警告する、「悪魔の二者択一」を越えて、日本放送出版協会、pp.16-61, 1989
- 2) 松井孝典：地球・宇宙そして人間、徳間書店、1990

- 3) 梅原猛：共生と循環の哲学，永遠を生きる，小学館，pp.45-90，1996
- 4) 梅原猛：論点，地球環境守るには文明生活の転換を，朝日新聞，1991
- 5) M. メイヤロフ，田村真・向野宣之訳：ケアの本質，ゆみる出版，1987
- 6) 森岡正博：方法としての「ささえあい」（森岡正博編），「ささえあい」の人間学，法蔵館，pp.15-22，1994
- 7) 柳田邦男：ことば抄，朝日新聞，1995
- 8) 柳田邦男：犠牲，文藝春秋，pp.197-234，1995
- 9) 土屋貫志：分かちあいとしてのささえあい（森岡正博編集），「ささえあい」の人間学，法蔵館，pp.304-314，1994
- 10) 斎藤有紀子：自己決定をささえる（森岡正博編），「ささえあい」の人間学，法蔵館，pp.25-39，1994
- 11) K. ローレンツ，日高敏隆訳：ソロモンの指環，動物行動学入門，早川書房，1986
- 12) 山本高治郎：母乳，岩波新書，1983
- 13) 土屋貫志：「ささええ」とはどういうことか（森岡正博編），「ささえあい」の人間学，法蔵館，pp.47-63，1994
- 14) 中川一郎：私と先生，朝日新聞，1991
- 15) Reed, P.G.: Transforming Practice Knowledge into Nursing knowledge—A Revisionist Analysis of Peplau, IMAGE, 28 (1), 29-33, 1996
- 16) 西岡常一：木のいのち，木のころ，草思社，pp.18，1995
- 17) 西岡常一：木のいのち，木のころ，草思社，pp.73-75，1995
- 18) 西岡常一：木のいのち，木のころ，草思社，pp.68-69，1995
- 19) 中川米造・小林昌廣：「医の知」の対話，人文書院，1995
- 20) 中川米造：医療のクリニック，＜癒しの医療＞，新曜社，1994
- 21) Schraeder, B.D.: Using Intuitive Knowledge in the Neonatal Intensive Care Unit, Holistic Nurse Practice, 1 (3), 45-51, 1987
- 22) Young, C.E.: Intuition and Nursing Process, Holistic Nurse Practice, 1 (3), 52-67, 1987
- 23) Benner, P.D. & C.Tanner: Clinical Judgment: How Expert Nurse Use Intuition, American Journal of Nursing, January, pp.23-31, 1987
- 24) J. ワトソン，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
- 25) M. レイニンガー，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