

講 演

テーマ「症状マネジメント」

— 今、改めて患者の立場にたって症状の意味を考える —

講 師

東日本学園大学

池 川 清 子 …………… 6

大阪府立看護大学準備室

高 野 順 子 …………… 33

池川清子先生 略歴

- 1960年 高知女子大学家政学部衛生看護学科卒業
臨床看護婦、保健婦として勤務
- 1978年 立教大学大学院修士課程修了
- 1980年 静岡県立大学短期大学部教授
- 1989年 米国 St.Louis University 留学
- 1991年 東日本学園大学新学部開設準備室教授
- 1993年 東日本学園大学看護福祉学部教授 看護学科長兼看護福祉学部教務部長

テーマに関連した主要著書

「看護 — 生きられる世界の実践知」 ゆみる出版

「病院の中の生と死 — ターミナルケアを考える視点」 ゆみる出版

テーマに関連した主要論文

「看護体験の構造化 — 看護上の問題点とは何か」 看護教育（1979）

「看護における実践知 — 看護学におけるパラダイム転換へのアプローチ」
看護研究（1993）

患者の世界へのかかわり ～症状の意味するもの～

はじめに

近代医療技術の現場のみならず、地域保健医療全般にわたって、人間の本質にかかわる問題が続出しています。それらの難題を解決するためには、医師や看護婦に代表される医療従事者が技術的医学や科学的看護のみを実践するように訓練されたり、疾患や症状の管理が彼らの唯一の関心事であるような教育から脱して、医療の新しいありかたを探求するための医学、看護教育の新しい方法的基盤を確立する必要に迫られているのではないのでしょうか。

こういった観点から、私は従来からの医学モデルに代表される自然科学的思考並びに研究方法に依拠した看護理論をもう一つのオルターナティブ（選択肢）即ち実践や日常性の観点（実践知）から捉え直す仕事に多くの時間を費やしてまいりました。

いうまでもなく、今回の講演の論点である〈患者の世界へのかかわり～症状の意味するもの～〉は単に患者を観察するための方法を提示することではありません。患者を単に観る対象として捉えるのではなく、看護者が観ると同時に観られる存在として患者の世界へかかわることを意味しています。言い換えると、患者の症状を医学的知識の閉鎖系についてのみ理解するのではなく、症状の意味とその意味の起源を人間存在のありよう、歴史・文化およびわれわれを取り巻く世界の中に求めることを意味しています。

実践的パラダイム

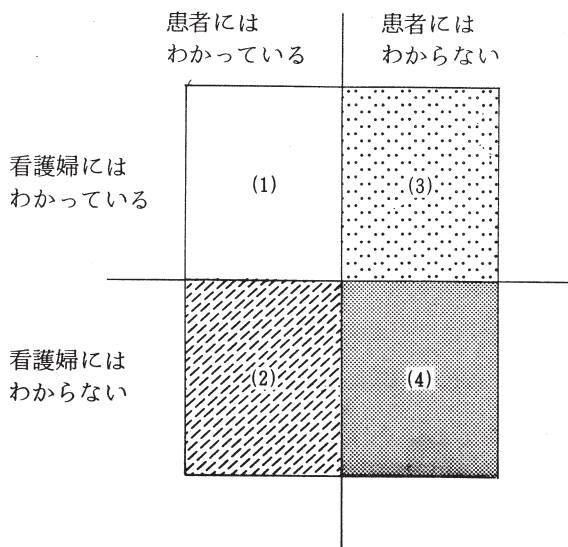


図1 体験的世界の関係図式

表1 知の3つの構成原理

	科学的知	実践知（臨床の知）	
三つの構成原理	普遍主義	宇宙論的立場（コスモロジー）	場所や空間を、一つ一つが有機的な秩序をもち、意味をもった領界と見なす立場である。個人的立場をも含む状況的把握が必要。
	論理主義	象徴表現の立場（シンボリズム）	物事をさまざまな側面から、一義的にではなく多義的に捉え、表現する立場である。
	客観主義	身体的行為の重視（パフォーマンス）	行為する当人とそこに立ち会う相手との間に相互作用、インターアクションが成立していなければならない。

— 参考文献 —

1. レミC・クワント，滝浦静雄 他訳：メルロー＝ポンティの現象学哲学，国文社，1981.
2. アルフレッド・シュッツ著作集，第1巻，M. ナタンソン編，渡部光 他訳：社会的現実の問題〔1〕，マルジュ社，1990.
3. エリック・J・キャッセル，土居健郎 他訳：癒し人のわざ，新曜社，1992.
4. 池川清子：看護 — 生きられる世界の実践知 — ，ゆみる出版，1991.

患者の世界へのかかわり ～ 症状の意味するもの ～

はじめに

1. 人が病むということ

- 1) 患者の世界
- 2) 病気と疾患

2. 人間存在へのアプローチ

- 1) 科学と実践のちがい
- 2) 看護婦の知覚と判断

3. 患者その人の理解

- 1) 関係の理解
- 2) 患者の体験的世界

4. 症状の意味するもの

- 1) 体験の表現と了解
- 2) 体験の構造化

おわりに ～ 看護の実践知を求めて

講 演

は じ め に

今回症状マネジメントという言葉を初めて聞きました時には、私は日頃からあまりアメリカの看護に神経を使わない方ですから、ちょっと何か一瞬戸惑いがありましたけれども、サブテーマに「今、患者の立場にたって症状の意味というものを考える」とありましたので、それならば私が少しお話をさせていただける余地があるのではないかと自分なりに解釈しまして、今日皆さんの前でお話することになりました。

私の場合、看護実践というときに、私たちが経験しているものがたくさんあるけれども、それがどうも積み重なっていかないという苛立ちがずっとありました。私どもの領域は実践の領域が非常に膨大ですから、そこでの蓄積ができていかなければ看護学がいつになっても構築されないのではないかという不安がずっとありました。どんなに科学的に組み立てても、どうしても実践の部分が抜け落ちてくるような感じがして、その違和感と言いましょか、それが付きまとっていました。それは多分、私が高知という文化の中で育ち、教育的にも看護実践という意味がそれほど臨床だけに偏るという事もなく、地域の中での看護という事も考えなければいけないという素地があり、そこから自分の看護ということを考える習慣がついておりましたから、自分は今このようになったのかなと改めて感じています。

現在の医療は、私たちが改めて患者の世界、患者の立場にたって考えていくという事を声高らかに言わなければいけないという状況が確かに存在していると思います。そのような背景を考えてみると、非常に高度に医療が発展しているということを皆さんもご承知かと思えます。一頃ですとまだその発展の中身がおぼろげながらも看護実践をやっている者に全体像がわかりました。だから何となく安心がありました。しかし、今の医学的というか、もう医学というよりも医学工学というものの発達で、私たち現場で働いている者にも全体像が掴めないという不安があるのではないのでしょうか。人間は大体先が見えていると不安にはなりません、先が見えないところで実践という立場に立たされている方々は、きっと毎日ジレンマの連続ではないかと想像できます。そうかと思うと、片方では在宅ケアや介護という事が膨大な量で私たちの前に広がり、この二つの両極端を何とか自分の中で一つにしていかなければ、看護実践というのは全体像は見えないような切迫した気持ちに襲われるわけです。

そういうことを考えていくと、私たちが近代医学のものすごさというか、一体何が今の看護にとって意味があるんだろうと考えさせられます。私は現在学生に看護学原論を教えています。そこで看護はこういうものではないだろうかと提示して、学生もその気にさせられていると思いますが、だんだん学年が進んで、実習に出ると、最近の医科大学の中で患者さんの置かれている状況とか看護の置かれている状況を見るわけです。そこで「先生、どうもこの現代の医療の中で、自分が今看護婦

であるということの意味がわかりません」と言って帰って来ます。「もう一回そこを考えたい」「では、卒業研究のテーマにしましょう」というような体験をしばしばします。学生ならずとも、現代の医療の場で、私たちが今、看護婦である意味というのは本当に難しいのではないかと改めて思います。近代医療がここまできたことの意味を少し私なりに考えてみたいと思います。確かに現代の私どもの生活は、過去のたくさんの感染症からもですが、多くの場合救われているし、乳幼児や小児の死亡率も激減しています。そこで健康を享受できるような社会なのかと一面で考えられます。でも少し反転して考えてみると、決してそうでもない、新種の感染症がどんどん出てくる。もっと恐ろしい、人類がもしかしたら破滅するところまでいくのではないかと不安にも襲われたりして、疾病も変わったとよく言われます。

疾病構造の変化という言葉はいまや決まり文句みたいに言われますが、その疾病構造の変化とは一体何だろうと突き詰めていくと、要するに我々の生活様式が変わったからそうになっているような気がします。と言いますのは、もし私が今、心臓発作か何かに襲われて救急車で運ばれて、近代医療の先端的な治療を受けたとして、それで恐らく回復するでしょうが、果たして病気になって自分が回復したから、だから健康なんだと言えるのでしょうか。考えてみるとそうとも言えない。なぜかと言うと、私たちが心臓発作を起こすには、その前の冠状動脈性の疾患にかかってないといけないわけですから、我々の生活が、食生活も含めて衣・食・住全てが、病気に駆り立てるように仕組みられてきているのです。ですから必然として病気にかかっていく。それでは、そのかかった人を手術したりして治していくことが健康を取り戻すということなのかと言うと、少し違うのではないかと思います。どういうことかと言うと病気にならないのが一番いいのです。だから病気にならないようにするという意味も私たちはずっと追求してきたはずですが、非常にそれが弱いのではないのでしょうか。それが弱いとか予防できないような生活環境の変化とか、私たちの生活様式がどんどんどんどん変わって、いくら健康食品を食べるとしても、限度があります。やってみても本当に続かない。また、一カ月も続けたくもないですね。健康にいいと言って買ってきたものも、そればかり食べていられない、時間に追われている。即席のもので間に合わせないではいられないような生活に追われているという現状があります。だからこういう事を考えていきますと、医学教育もそうでしょうが看護教育も、我々が近代医療に対応していける人を作っていくという視点だけではどうもおかしいのではないかという感じがずっとしています。それに対抗することではないですが、「私たちがどのように看護を考えていけばいいのだろう」ということが私の研究や教育実践の原点にあるような感じがしています。従って今日のテーマ、〈患者の世界へのかかわり — 症状の意味するもの — 〉は、単に患者を観察するための方法を提示することではありません。患者を単に観る対象として捉えるのではなく、看護者が観ると同時に観られる存在として患者の世界へかかわることを意味しています。

1. 人が病むということ

1) 患者の世界

まず患者の世界へのかかわりということですが、人が病むということはどういうことなのでしょう。「人」、人って言いますが自分自身も含まれているわけで、私たちが皆自分が病んだ時にどうなるかということも考えられる年代になってきているのではないのでしょうか。病んでいる人の世界はいろんな局面がありますが、ごく一般的に考えられることからお話ししてみたいと思います。確かに病むということと病気というのは違います。病気がなくて病むということは無いかもしれません。病むということの次元というのは、病気だけの次元ではない何かがあると考えられます。今回私は世界のつながりの喪失と言いましょか、人間が世界へのつながりを失っていく時にどういう事態に陥るのだろうかという観点を主に、話を進めたいと思います。

私どもは健康な時には、意識しなくても世界とのかかわりの中で生きています。かかわりが失われてしまいますと、完全に失われたときはやはり死ということだろうと思います。ですから私たちは自分の身体で、生きていく実感を目で見たり聞いたり、五感を使って世界とつながっています。それがどうかかわり方をしているかという説明をハイデガー世界の概念に基づいて話を進めたいと思います。それによりますと、世界というものは環境世界、共同世界と自己世界とこの三つぐらいに大体分けられているようです。環境世界というのはもちろん単なる物理的環境ではなくてあらゆる空間です。〈場〉、そういったものも含めた環境世界だろうと思います。共同世界というのは人と人とのかかわりです。環境がどちらかと言うと物と人との関係で、共同世界になると、人と、自分と人との関係で、もっと狭められた関係の世界です。それから自己世界というのはもちろん自分が瞑想に浸って、全くの孤立した状態で自分を見つめていくという感じではないのですが、自分の世界というものがあり、その世界の在り方も共同世界、環境世界と全然ばらばらのものではないのです。完全にこの三つの世界は一つになっていて、私たちはその中で無意識に行動しています。病気になったときに、患者さんは一つのベッドの世界に、ベッドだけの空間の中に放り出された患者さんはいません。患者さんにも環境的な世界があり、共同世界があり、またその自己の世界があります。この三つが本当に一つになって人間の世界を形成していると考えられるわけです。何故そんなことを、哲学的なことを考えなければいけないかと言うと、看護者の私がそういう世界へのかかわりが全然わかっていなければ、自分の世界として自覚ができていなければ、患者さんもその世界が理解できないからです。そのようにみれば、患者さんがそこで病んでいるときに病気だけがみえるわけがないのです。今のお医者さんは病気だけをみるとよく言いますね、病気しかみないとか。現実には病気だけをみることはありえないのです。病気をみるということが、もう即ちその人の世

界をみているはずですが、あまりに極端になってきた高度医療の中では、どうしても分化していく、細分化していくから、極端な話になってきます。極端なことでは病名と臓器の変化、そういうことしか関心を持たない医者や看護婦がいるということをよく言われたりして戸惑いますが、もう少し平常心に戻ってみてみれば、決してそんなことはないのです。患者さんは、決してベッドの上に放り出された物体ではありません。どんなご老人でも人です。でもそういうことを私たちが感じ取れるか感じ取れないかという問題はあります。看護師が物としてしか考えられないようになっていく状況は、たくさんあります。その中で自分が、自分の世界が、世界とのかかわりがどうなのかという視点でみていけば、おのずと患者さんの世界が私たちに理解できてくると考えています。

私たち人間は、本当に事物、物、それから他者への関心、人々への感情なしにはほとんど生活はできないのです。どういう社会、地域社会においても、つながりの中に生きています。私は生まれてからずっと高知という文化の中で育ちましたから、遠くにいたら忘れていますが、こうやってこの文化の中に帰って来ると、もう過去のことがバァーッと思い出されます。私の場合は、幸せとばかりは言えない思い出もありますが、否応無しに過去のことがワァーッと自分の中に帰ってくる。「あ、これがやっぱり私の世界なんだな」というのが実感できたりします。そのためには、遠くへちょっと飛んでみたりするのもいいかもしれません。確かに、外国へ行って日本の良さに気がついて帰ってくる人はたくさんいますから、そういう意味で一度外に転じてみて内側を見てみるのは、私たちにとって感覚的には非常にいい訓練になるかもしれません。それほど私たちの世界というのは自分が意識するしないにかかわらず、そういうものに必ずしも拘束されているわけではありません。しかし拘束される場合もあり、自由な関係ですが、それに規定されているという存在ではないかと思います。それが病気ということになると、ましてや健康な時には、生理的な機能が充実していると皆やる気も起こるし、何を見ても関心を持てます。私たちが風邪をひいただけでもわかります。今、ちょっと私、喉がやられています。まだこの程度だとあまり世界が変わらず、正常に反応できます。しかし、これが何かインフルエンザみたいになって熱が出てくると全然世界が変わってきて、何にもできなくなって普通の世界ではなくなります。そういう時にそれぞれの人の生い立ちとかいろいろなもので違うでしょうが、私の場合は病気をしたり風邪をひいたりすると、遠くの人でも電話をしてよく怒られます。「あなたねえ、私今遠くにいるからあなたが言っても助けに行けないよ」と言われます。「いや、助けに来なくてもいいのよ。私が病気であることをあなたが知っていてくれたらいいのよ」とそんな感じです。そう言ったら、私の友達は「いや、私なんか病気になったら誰にも会いたくない」と言います。会いたいわけではないのです。どこかにかかわりが失われてないという確証を得たいような気がするのです。だから病院に入院すると患者さんが

よく廊下で電話を入れたりしていますね。自分の農作物のできを聞いたりしています。自分の世界と自分がつながっているという安心感が、病気になったら特にそれが必要ではないでしょうか。だから「あの人はいつもいつも電話ばかりしている」というように怒らないほうがいいかもしれないし、そのことが患者さんにとってどんなに大切なのかということです。私の父も長いこと病気をしていた時、新しく葉が変わる度に私に電話してきて、「今日は葉の色がピンクから白に変わった」とか、「これは何じゃ」と言ってきます。「でもそんなこと言われても、私もわからないから看護婦さんに聞いてくれる」と言っても、看護婦に聞かないで私に聞いてくるのです。葉のことが知りたいと同時に、病気である自分とその肉親とのかかわりを人間は本当に求めるのでしょうか。だからどんなに遠くにいる娘でも娘に知らせたい。人間の世界は、特に病気になってつながりが薄くなっていく、そして全く消えていく場合もある。そういうことに対する不安というのは患者さんにとって一番大きいことではないでしょうか。病気になった以上のことかもしれません。病気そのものよりももっと大きい世界を占めているかもしれません。ですからそういう理解は非常に大切ではないでしょうか。

自分自身が病気になったときのことを考えてもそうですね。衝撃的な病気の宣告を受けたときに、多くの方が言っているのは世界の遠のき現象だと言います。世界がその瞬間に遠のいていく、騒めいてる日曜市を歩いている、そういう人にとってはきっと騒めきが遠のくのでしょう。乳癌の人たちの集まりに行くと、そのほとんどの人が乳癌だと言われた途端に平静は保っているけれども、ものすごい世界の遠のき現象と同時に頭の中が真っ白になって、どうやって家へ運転して帰ってきたかわからないと言いますね。「よくまあ事故を起こさなかったこと」ということですね。その人たちがいつも要求するのはそういう時に、もうワンクッション、病院の中で自分がその気持ちを沈めたり、それを共感してくれたり、何か話を聞いてくれる人がいたらいいと言います。そしたら危険な状態を脱して車で自宅へ帰れるのではないかと言いますね。切々と訴えています。我々は「看護の概念が広がり高度な教育になりました」と言っていますが、「一番大事なところでまだ患者さんの共感を得てない、それをするのは誰でしょうか」とよく聞かれます。そしたら「臨床心理士なんていうのがこれから出てきますから、そういう人がいたらいいですね」と言う人がいます。しかし、それは違うのではないかと、それは看護の仕事ではないかと思えます。あまりに忙しすぎてそこができないのか、そういう必要性を感じないのか、多分前者だろうと思えます。患者さんの世界がどういうものなのかが想像、推測できなければ、「平静を保っているからいいだろう」、「あ、この人、案外平気だわ」という軽い感じ方をして、患者さんを送り出しているのではないのでしょうか。でもそうじゃない、患者さんの世界はもう完全に世界は遠のいて、何にもわからなくなっている。頭の中は真っ白になっている。どの道を走ってきたかわからないというような状況ですね。どのテキストを開いて

も私たちはそのことまで看護と言ってます。そう言うのであれば、実践していかなければ、どこがおかしい。どこかを修正しなければいけないということになるのではないのでしょうか。

そのようにみていくと、患者さんの世界を私たちが理解することは、非常に大きいことです。そして病気・病によるつながりの喪失ということは、フランクやトラベルビーたちは、いろんな極限的な体験をもとにそのことを言っています。フランクはアウシュビッツでの自分の体験から人間ということをもう一度考え直した方ですが、その方はアウシュビッツのような極限状態の中でも、窓の木の本の枝を見て自分の人間性を保ったという手記が出ています。人間というのはそういうものではないのでしょうか。どんな状態に置かれても窓から見える一本の枝、それに葉がつく、そういうものの中に、生きることの希望とか、そういうものを見いだしていける、人間はそういう力も持っているわけです。病むことでつながりを失っていくことは最終的には生きる希望が失われていくことだと思います。生きる希望を持たなければ、治療効果というのはものすごく薄いですね。本当にその人が病気を治したいとか、もう一度治らなければ、社会復帰しなければいけないという強固な希望を持っている場合には薬も効果を発揮するけれども、本当にもうどうでもいいと捨ててしまった人には看護をしても、なかなかそううまくいきません。そういう意味で最終的にはつながりの喪失というのは希望の喪失というか、一気に希望を失っていくという状況なんだということです。希望が抱けていることは、まだいまなお世界へのかかわりを失わない、だから極限状態にあっても、一枚の葉っぱに自分の希望を託すことができる、それがまた人間です。だからどんな癌の末期の患者さんであっても、その一枚の葉っぱなりのつながりを失わせないことがターミナルの援助についても非常に大切です。世界とのかかわりを私たちが損なわさないようにしないと、援助なんていうことはできないかもしれませんが、少なくとも世界がその人にとってつながりが持ちやすい配慮をすることは非常に重要なことではないかと思います。それはちょっとした看護婦の配慮、死を間近にした人たちの家族への配慮とかですね。大概最近の病院での死に様というのは管につながれて宇宙人みたいになっています。そういう人の周りを家族が取り巻いて、家族も恐ろしいのです。あんなに管がいっぱいだからそういうのを見たら普通のお父さんじゃないと思います。だから恐ろしく眺めている。自分の父親でも父親ではないみたいに眺めているのです。私は臨床指導に出ますから、自分が直接的な看護をすることは非常に少ないのですが、管につながれた人に触れたり触ったりさすったりというようなことをやります。肩だって硬くなっているそういうところに手を当ててみたりします。すると、どういう効果があるかと言うと、家族がびっくりしますね。「看護婦さん触っていいんですか」と言うのです。「よろしいですよ。辛いでしょうから、できるだけ触ってあげてください、さすってあげてください」と言ったら、ものすごく家族が喜びます。もう我こそはと、男の子も女の子もお父さんに触ります。すると、

お父さんの顔が和らいでくるのです。苦しい中でも子供に触られている。そういう関係を看護婦が遮断していたらまずいですね。何にもできなくていいからそういう関係をできるだけつなげてやるのが、私たちの任務というか、そういう今消えていこうとしている命の前で、自分が看護婦として何ができるかと思うときに、せめてその家族との関係をちょっとでもつなげてあげられたら、それ以上の幸せはないと感じて行きます。それが家族へのものすごい慰めになります。死ぬまで一度もお父さんの身体に触らずに死なれてしまうと、後が、家族の気持ちが大変です。だけどちょっとでも触れた、お父さんがにっこり笑ったという経験をすると、家族というのは死んだ後が楽です。家族に死なれるというのはこの頃はものすごい罪悪感を伴う場合が多いですね。自分が十分に世話が出来なかった場合は、もう本当に辛い思いをすでしょう。それが和らぐというか、そういう効果もあると感じて、そういうところからもう一回見直して、せめて邪魔をしないようにしたほうがいいと思います。いろんな器械が関係を寸断していますから、せめて看護婦がその中でその関係をそとと結んであげることが、大変重要ではないかと感じます。

2) 病気と疾患

次に、病気と疾患ということに触れたいと思います。こんな堅苦しいことを言う必要はないですが、ちょっと言わせていただきたいと思います。前にも述べましたように身体の器官の疾患と全体としての人間の病気はやはり違うだろうと、何が違うかははっきり言うことは難しいですが、どうも疾患は我々の臓器にかかわっているようなそれに関する何かだろうという気がします。だけど病気は人間の全体にかかわっていることではないかと思ひます。疾患というのは英語では“disease”と言ひますね。それは多分“dis-ease”なのです。だから“ease”ではない状況、我々がくつろぎ“ease”というくつろいだ状況でしょう、くつろぎを剥ぎ取られた状況を病気というので“disease”と言ひていますが、なかなかそういう風には現実には受け取られていません。疾患が本当にくつろぎを奪われた状態として捉えられれば、病気と違うなんていうようなことは言わなくてもいいですが、大部分の場合が疾患という何らかの生理的な変化とか、生化学的な変化とか器質的な変化が起こっていることを病気、その証拠がないと病気と言わないことがずっとありました。

アメリカでも、アル中の人たちが増加して大変な社会問題だと思ひますが、それが一時期、アル中の人というのは病気となかなか捉えられなかったそうです。だからアル中の人監獄へ入れられる。そして監獄へ入れられた人を、この人は病気だから治療するために病院へ移したということがなかなかできなかった時期があるそうです。アル中というのは病気でしょう。病を病んでいるわけですから、臓器の変化はないかもしれないけど治療の必要な人だから病院で治療をさせなければいけない。けれども、病気というか疾患と病んでいる病気との違いが確

かに判然としないままに来ているのではないのでしょうか。私たちが注目するのは、くつろぎをとられたという感じの捉え方の方がいいのですが、我々の世界で人間性が尊ばれないあまりに、そういう反省から人間を捉えなければいけない、看護というのは人間を対象にするんだということがものすごく言われています。私も少しそういうことをやっていますが、反対に病気のことを全然無視してもいいみたいな感じがあるということではないですね。私たちが人間の病むことを看護は対象にすると、もし考えるとしても、病むことの中に病気は抜きにされない。だから現在の看護というのは何となく、病気のことも曖昧、そして人間性の面も中途半端だから両方とも中途半端になっているのではないのでしょうか。だから患者さんが看護婦さんに質問するのが悪いと言うのです。忙しくて、病気のことを説明してもらったり、自分がこれからの病気をもった人としてどう生きたらいいかということを相談する人として看護婦さんを見ていません。忙しすぎてそんなこと言えない、そういう感じですね。期待もしていないかもしれない。つい最近、私の同僚が短期間治療のために入院しましたが、彼女は自分の治療の全体の中で今受けているこの注射がどういう位置づけの注射なのかということが知りたかったのです。それで、自分の社会復帰の計画を立てなければいけないから。しかし、どの看護婦に聞いても、「戸惑って、詰問するみたいで、かわいそうで聞けない」と言います。何を聞いても「あっ、ちょっと待って下さい。聞いてきます」と言って、走っていくとか。だから誰に聞いてもいいけれども、どうも看護婦に聞いたら恥をかかすみたいだから聞けないようです。患者さんに注射をするときでもこの注射はこの患者さんの治療全体のどういう位置づけにあって、「これは何本目ですね、もうちょっとですね」とかそういう全体像がないから、まして地域看護の場合はなおさらですね。地域看護なんて言っても、私たちが病院にいる時から地域を睨むというか、その人がどこへ帰っていくか睨んで看護することが、広い意味での地域看護だと思いますが、その時限りの技術だけで終わったら、そういうことにもならないでしょう。

人間は、身体とそういうもの全体が私なんだからそのどれが病んでも、どっちが病んでも、私たちはその全体像をきちんと把握しなければいけないし、基本的なことは患者さんに聞かれて答えられるくらいの知識や見識がないと、「これは高度な看護教育でございます」と言っても市民の人はどうかと、そんな看護婦さんよりもっとこんな看護婦さんがいいと言われるかもしれません。私はその問題を単に一人の看護婦のレベルで考えるのではなくて、やはり学としての看護学が、そのような構成になっていなくてはいけないというのが私の看護論の出発点です。そういう日常の私たちの感覚をまさに学問的にしていく方法がないかと考えていかないと、いきなり非常にきれいな絵に書けたものを直輸入してきて教育しても、全然そぐわないというか日本の文化とも馴染まないものもたくさんあります。第一、翻訳しているものを読むと言葉をまず誤解しますね。症状マネージメントもそうだと思います。皆さん百人いたら百人違

うイメージを抱くと思いますよ。私たちの言葉でしゃべれないから難しさがありません。もうちょっと私たちのわかる言葉で、もっと砕かれて、教育の中で使われるようになってくると違う、もう少し違ったものが生まれるように思うのですが、いかがでしょうか。

医学は病気をみるんだと、看護は人間をみるんだというようなことを言いますが、本当にそう言えるかということがありますね。川喜多先生という有名な医学史の先生がいらっしゃいます。その先生の本を読むと、医学そのものが“テクネーイアトリケ”と言います。ギリシャ語で、“テクネーイアトリケ”というのは、まさに今私たちが看護と表現しているものです。この身体とそれを取り巻く世界とを合体させたようなそれが医学であると言っていますね。一体いつ頃まで医学がそう言っていたかということに興味を持ちましたので、ちょっと見たところ、ヒポクラテスのところまでさかのぼっていきます。その時代は自然でない状況というのが病気でした。自然というのは何かと言いますと、この宇宙のこの自然です。その宇宙の小宇宙が人間ですから自然にならってそのミニチュアが人間だと考えられていました。そういうことを医学はずっと追求してきたのです。だから癒しの術でした。“テクネーイアトリケ”というのはまさに癒しの術だから、近代医療の治療というよりもっと非常に広い、医者自身がかかわって治す部分、癒しの部分が非常に強調されていました。それが近代科学が目覚ましく発達してきた時に医学教育はいち早く大学になって、ヨーロッパでも大学教育化が早かったようです。そこで完全に自然科学的な方法に医学は乗り換えています。今までの“テクネーイアトリケ”ではなくなっているのです。それらはもう科学ではないものとして切り捨てられています。完全に臓器主義の機械論的な、生物機械論的な医学になっていきます。それがちょうどナイチンゲールの出てくる前後ではないかと思います。そうすると、新鮮な空気、食べ物と飲み物、運動と休息、摂取と排泄という項目はナイチンゲールの看護論の中で彼女が実践の中から培ってきたそのものですね。私はこれを見たとき、ナイチンゲールは非常に博学な人でしたから、あの時代にしては最高レベルの教育を身につけていたわけですから、恐らくは医学の勉強もしていたでしょうし、ヒポクラテス以来の哲学的な勉強をしていたでしょう。だからまさにこの6つの自然でないもの、そのものの反対がこのケアなのです。要するにその反対をやればケアになるわけですから、そのことがナイチンゲールに受け継がれたのでしょう。だからその時惜しくも医学はそのことを捨ててしまったのです。機械論的な医学に乗り移っていった、方法論的な転換をしたと言えますが、その時にやはりナイチンゲールがしっかりとそのことを受け継いだのです。川喜多先生が言う“テクネーイアトリケ”というのはむしろナイチンゲールに引き継がれていった。だからこれが看護の原点だと思います。しかし、今ナイチンゲールの自然の治癒力を促進させるような看護と言ってもほとんどできません。自然の治癒力ということであれば、風邪をひいた場合、安静にして寝ていたら一番いいわけです。それがどうでしょう。「明日の

何とかに遅れる」と、薬をバンバン飲んで自分の自然の治癒力を全部壊して、食べ物からあらゆるものが全く自然に反した生活をしているわけです。現代人がそこに帰っていくことの難しさがありますが、看護はそこが原点です。できることとできないことがあるとは思いますが、そこを大切にすると看護がなくては、近代医療がドンドン進んでいくその対応だけに振り回されることになってしまいますね。ナイチンゲールに引き継がれたことから、私たちの看護が歴史を貫いて流れてこれたと思うのです。私たちは医学がめざましい進歩をとげた、科学的な自然科学的な手法を用いてやったことをそのまま看護に当てはめてもこれは駄目だと思います。そうすることは医学がハードになったと同じように、看護からソフトな部分が失われていきます。ナイチンゲールが受け取ったもの、すなわち歴史からそのことを継承していく何かが続いていかなないと医学になってしまうでしょうね。でも医学にもなり得ませんから中途半端なものになると思うのです。ですからその部分というのはしっかりと私たちが学問的にも位置づけていかなければならないと感じています。要するに、人間が病んでいるのは本当に自分の生きている基盤が根底から揺るがされている体験でしょうから、そのあたりを支えていくシステムを作らないと私たちは本当に病むことをこの日本という文化の中でどうやって支えられるかという考え方が生まれてこないのではないかと問題提起をしたいと思います。

2. 人間存在へのアプローチ

1) 科学と実践のちがひ

次に、そういう人間の世界へ学問的にも実践的にも近づいていくためにはどういう方法があるかを考えてみたいと思います。人間といてもいろんな側面があるから、人間存在そのものがどういった構造になっているかというアプローチが必要ではないかと考えます。そのために私は看護の実践と科学的な思考との違いを考えます。私どもは看護を科学的にするということはずっと言ってきました。それこそ大切なことだと思いますが、では実践と科学が一緒かという決めてそうではないですね。科学は実践とは明らかに違います。科学は全く自分の研究対象を世界の関係で見たいはいけないのです。一つの空間で限定された状況の下で、場と状況の中での時間的経過もない、そういう中で〈物〉としてそれを分析し、普遍的な法則性を見出していく方法です。それに当てはまらないものは全部切捨てていかなないとはいけないのです。しかし看護は最近のアメリカを見ても看護実践は非常に複雑だということをしきりに言っています。どのように考えても単純ではありません。科学的に思考できるほど、看護の実践構造というのは単純ではないのです。私たちはその科学と実践と言う時に科学的知識を人という対象に向かって適用していけばいいと考えるのです。科学的知識の適用が実践なんだと思うのですね。でもそうではないと思います。明らかに看護実践は人間がかかわるところだから単に知識そのま

までは実践とは言えません。知識は私という看護婦、あるいは私という教師に一旦取り込まれます。取り込まれて出ていく、頭の中に入ったものが手から出ていくというのは抽象的な言い方ですが、そうでないと実践は成り立っていかないのです。頭の中で分析した事柄をそのままその人に当てはめて、終わってみたらそれがそのまま実践であるかという決してそうではありません。むしろ自分の持っている科学的知識が私という人間の身体を通して出ていくところに実践は意味があるのです。それは全く科学的思考とは違う何かなのです。そこのところがキチッと位置づけられないと科学と実践が同じという感じで、この知識、このモデルをそのまま患者に当てはめていこうという発想が現在の看護の中でも強いですね。でも私は決してそうではないと思っています。むしろある時には自分の持っている知識は否定されなければいけない。患者さんの状況の前で、何を優先するかです。私たちは看護の知識を持っていることが前提ではない。私たちはむしろ患者さんが、そこに援助の必要な患者さんがいるから存在できるのであって、今は何か逆転しているようです。決して私がいるから患者に看護ができるということではありませんね。「私が知識を持っている専門看護婦でございますから、あなたは患者ね、私の看護を受けなさい」そういう構造ではないですね。患者さんが、病む人がいてその病む人のニーズがあるからこそ私がここにいられるのであり、私が持っている科学的な知識はこの人には合わないかもしれないということが前提です。だから一旦それは否定して、まずは患者さんとかかわって親しみなさいという、これはウィーデンバックの言葉です。患者さんとよくかかわりなさいと言っているでしょう。かかわっていたらおのずとその問題がわかってきます。だから問題点が先にあるわけではないですね。

看護をする時に、学生がよく間違えるのは問題点を先に見つけて、それから患者さんに何かしないといけないと錯覚を起こしますがそうじゃないですね。患者さんが私たちの力を引き出してくれるわけですから、知識を持って、患者さんが引き出してくれるままになっていけば自然にいくわけです。それを専門看護という立場で何か専門的なものを与えなければという発想が強いのではないのでしょうか。そうではなく、私はその患者さんの状況に引き出されていく自分の力、そしてその相手に、状況に添って行って相手の状況が了解できるというか、「ああこの人はそうだ、こうじゃないのかなあ」というような駆け引きをしながら相手の状況を了解できると、それが専門職の専門職たるころだと思っています。だから何も知識をこんなに持っていて、それを的確にテキパキ相手に当てはめていくことが専門職ではない。それができるのは高度なテクネーですから単なる技術ではないと言えます。一人の人間、歴史的にも私たちよりずっと経験も深い患者さんにとって、私がどう生かされていくかというぐらい熟練した技術はないですね。最近出ているベナーの看護論はそういう視点で書かれていますね。エキスパートになるということはそういった意味だと思います。単に知識を当てはめるということであれば、

そんなに高度な人間的な教育はいらないですね。しかしなぜ教育を高度にしなければいけないかと言えば、やはりそういった人間を認識していく力の幅が非常に広まっていけないといけないから、今患者さんたちは多様なニーズを持ってきていますから、それに対応するためには紋切型の教育で知識だけ当てはめるといったアプローチでは、社会の全体の流れの中からおいてきぼりになると私は感じています。

2) 看護婦の知覚と判断

看護が患者さんのニーズなり必要性にどうかかわりを果たしているかと言うと、前にも述べたように現実には私たちの行為が看護行為と呼ばれたり、意味ある行為が何か私にできたとしたら、それは患者さんの必要性が引き出しているのです。先に述べた例ですが、その今まさに死んでいく人に対して私がそこにいる意味があるということは、その患者さんの人間の生命力というものが私からその力を出させようとしているのです。そういった観点で見えていくと、その時の私の患者さんへの知覚の仕方は、私自身の人間の本質に対する洞察力であるとか、生や死に対する考え方もろに働きます。その洞察ができるようになるには、自分が何のために看護婦をしているか、要するに目的だとか philosophy とかがそこに働いている、実践というのはそういう構造なのです。知識が実践しているわけではなくてその知識を持った私という人間が人間全体、人間に対して様々な洞察力を持ってそれを引き出させてもらう。だから私自身が病気とか危機的な状況に陥った時に自分がどういう風にして対処するかなんていうことを自覚的に常に考えていかないと患者さんに苦悩に意味を見出しなさいと言っても、とてもじゃないけれどできません。私自身が病むことの意味を自覚しているから、初めて患者さんに接した時に患者さんが病気とか苦難の中にいる意味を見出ししていくことを助けることができる。これはトラベルビーが言っていることですね。それが実践の本当の構造ではないかと私は考えています。そのことを私たちが前提としてないと、ただ症状を症状として見えているものだけを見るということでは看護実践は決して成立しないということです。

そこで、今一番問題になってきているのが知覚ということ。相手をどう知覚するかということ。これもウィーデンバックの看護論の中で出てきますが、あの方は看護婦の思考と感情そういったものを看護婦の責務と同列に並べたのです。同じほど大事だと言っているのです。今までどちらかというと看護論は責務ばかり言っていました。要するに看護を機能的に見てきました。ウィーデンバックはそのことと看護婦個人の思考とか感情とかを同じくらい看護の実践において働くと言っています。そこが非常に大切なことだと思います。やはり人間の行動なりその人間が表現しているものを理解したり了解したりする力はその人の知覚体験が一番ものをいいます。老いた老人を見たときに、「何だこの老いぼれ」と見るのと、「なんとまあこんな状態になっているのはどんなに苦勞が多かったのかしら」と知覚するのとでは

全然違います。私の知覚によって次なる行動が決定されるのです。そこで人間が走り寄って手を出せるのか、何だって冷たく一瞥できるのかという、その境界線が自分の知覚の仕方ですね。それが先ほどから言っている人間の洞察力に支えられていることだと思います。看護婦の自分自身の思考とか感情とかが看護の実践には関係ないと思ったら大間違いです。私たちはランブが何回も何回も忙しいときに呼び鈴が鳴ったりしたら、頭にくるから頭にきている自分を知覚してないと患者さんに次なる行動、「あなただけが患者だと思っているんですか」と言いたくなるのもそこです。「あなただけが患者だと思っているんですか」「忙しいんですよ」ということになるでしょう。しかし、そうではなくて「この忙しいのに行ってみたら用事もない、大したことを言わない、何だ」と思うのではなくて、その知覚の仕方が「この人はさっきから何回も用事もないのに呼んでいる。だけどこの人だって患者は自分一人だとは思っていないでしょうから、これは現実的じゃない感覚ですから、だから何かあるのではないか」とこう見ないといけないのです。そのように知覚しないといけないのです。そしてそのように知覚をした看護婦が近づいて行くと患者さんは訴えるのではないですか。「実はねえ……」と言って。水を飲みたいわけでも何でもなし、看護婦さんが来たら水ちょうだいとか、毛布かけてとか、「何この忙しいのに」ではなくて、そういうことできつと相手を観察しているのです。この人だったら言えるかなとか。「どうしたの、さっきから何回も呼んでいるけど何かあるの」と聞くと相手が出てくるのです。「実は明日の手術のことが気になって、もう嫌で飛び出して死んでやろうかと思っている」とか患者さんは言うのです。そこの決定をするのが看護婦の知覚と知覚体験というものです。どうやって知覚するかというのは訓練もできないかもしれませんが、自分自身の人間に対する学び、洞察力というようなものを高めていかなければなりません。そういった部分では訓練できると思います。ウィーデンバックがプロセスレコードで繰り返し繰り返し学生を訓練していくでしょう。そういうことを取り入れることもできますが、本質的にはやはり自分の体験を吟味していくということでしょうね。自分に与えられた状況において自分がどう判断していくかということを知覚的に時々分析したりする習慣をつけていないと感情的になっていないと言って感情的になっているのです。今、学生が一番問題にするのは臨床実習に行った時に、患者さんが亡くなって泣いたら看護婦さんに叱られたとか、「看護婦はそんな感情に流されていたら仕事なんかできないですよ」と言われたとかですね。看護婦は感情を無くすることが大事なのではなくて、その感情を用いながら自分の感情をきちんと自分で理解できるように成長していかなければいけないのではないかと思います。

3. 患者その人の理解

1) 関係の理解

ペプローは学生のパーソナリティを発達させ、成熟させることが看護教育の目的だと言っています。従って学生はある状況の中で自分がどのように振る舞わないといけないか、患者さんのどのような徴候に対して自分がどのように、極端に言うと自分がどのように身を置いたら患者の助けになるかということ学ぶことだと思います。自分がこうありたいのではなく、知識、技術があるのではなく、その知識は一旦こちらに置いて、患者さんに対して私がどのように身体を持っていき、私がそこでどのような身の置き方をしたら援助になるかを学ぶのです。私たちは援助、援助と言っていますが、全然援助ではないものを援助、援助と言って、実際は押しついたり脅迫したりしている場合が多いと思います。「安静守れなかったら退院させますよ」と婦長さんはいつも怒っているのではないのでしょうか。

私は患者さんその人を理解することが大前提だと考えます。知識一般は決してその人の理解にはつながらないから、先ほどから私が言っているように、知識は一旦置いて実践という行動では自分というものが、患者さんと面と向かっていないといけないということが大事ですね。そしてそこでの関係のとり方というのは、ただこちらの知識、技術を相手に押しつけていくことではないから、学生が一番初期の段階でつまずいていくのはそのことです。自分は看護計画を立ててきなさいと言われて立ててきた、そしてそこに自分の今できる技術を全部詰め込んだ。今日はシャンプー、明日は清拭、ただ行って「シャンプーいたしましょう」「洗髪いたします」「あなたはもう髪が不潔になって、それではいい療養生活が送れませんから今日は私が洗髪いたします」と言うと、患者さんが「いやいい」と言うのです。そしたら困るわけです。だってせっかく計画してきたのにさせてもらわないと先生に怒られる。次に学生はどう出るかというと、「ではせめてブラッシングいたしましょう、ブラッシングによって頭皮の刺激をして……」知識はものすごく持っています、あふれるほどの知識を。「それで、それによって新陳代謝を促進して健康を促進しましょう」「ええっ!」とまた患者さんが言うのです。とても困るわけです。すると今度は「アルコールシャンプーをいたしましょう」患者さんから「それ何」と言われて、ますます学生は混乱します。それでアルコールシャンプーはこういう効果があり……と言わないといけない、知識は見事に持っていますが患者さんとの関係がとれないから、次々と自分の持っている知識と技術をひけらかすけれども患者さんとの関係は成立していないのです。

2) 患者の体験的世界

私たちが問題とする患者さんの行動は、患者さんが断片的に表現している生そのものの表徴として捉えなければならないと思います。言い換えますと、ありとあらゆる患者の表徴、表情

や、言葉、行為、時には沈黙などから、患者の体験の全体（体験的世界）を知らなければならぬのです。その時その時に患者が表現しているものは、患者が本当に体験している世界との関連においてしか、その全容は明らかにならないからです。

ここでもう少し患者の表現するものと看護婦との関係をく「体験的世界の関係図式」（図1）を手がかりにして明らかにしてみたいと思います。患者自身の表現がすでに患者と看護婦の間で、その全体が認識されている段階(1)と、患者自身にはその全体が認識されていて、看護婦側には隠されている段階(2)や、(3)に示されているように、看護婦側にはその全体が洞察できるにもかかわらず、患者自身においてその全体が隠されている段階、さらには双方において、いまだ体験の全容が明らかにされず、断片的な表徴の間でやりとりが行われている段階(4)が考えられます。いずれの段階においても、患者の体験的世界の構造は、その世界にかかわっていく看護婦との共同体験によって、相互にその全容が明らかにされていくものだと考えられます。

ここで再び学生と受持ち患者さんの話に戻しましょう。安静度は「短時間離床してもよいが、だいたい終日横になっている」という指示にもかかわらず、学生の観察によりますと、「だいたい終日歩き回っているような感じだった」ということでした。看護婦の間でも、この患者さんについて、安静が守れないということが問題として、しきりに取り上げられていました。さらに、同じ日の学生の実習記録には、「入院してからは環境が変わったせいか、あまりよく眠れず、夜中に必ず1度は目が覚めるそうである」とあり、さらに「同室の患者から近くに遺体の霊安室があると聞いてからは、よく恐い夢を見るようになった」という患者さんの体験的世界の断片を思わせるような表現が記録されていたように思います。

その都度、学生の患者への対応は、なるべく昼寝をしないようにとか、昼間の安静時間にはラジオを聞きながらベッドに寝ているようになどで、再三にわたる看護婦による安静の重要性についての指導と同じで、一向に患者さんに受け入れられる様子はありませんでした。ただこの段階で私が気づいた点は、学生側の患者を一方的に知ろう、知らなくてはという態度と、看護婦側の一方的な指導的構えに見る両者の共通性でした。しかし学生と一緒に患者さんを見ている私自身にも、患者さんの体験しつつある世界はまだ遠く、見えていない状態だったと言えます。

4. 症状の意味するもの

1) 体験の表現と了解

受け持つ患者の拒否的態度に為すべき手だてを失った学生は、ある朝、申し継ぎが終わるや否や私に、「昨夜一晩考えてみたけれど、今朝はどうしても患者のベッドサイドに立てない」と申し出てきました。私は何のためらいもなく、患者が私たち看護婦に示す言動のひとつひとつ

つが、患者が体験しつつある世界とどのような関連を持っているかを考えてみてはどうかと提案してみました。学生の顔から緊張感も消え、私の提案に同意してくれたので、さっそく私たちは学生のプロセスレコードを手がかりに、その患者の体験的世界をその表現と考えられる知覚、言葉、行為を手がかりにして再構成してみました。その時々私たちに与えられている患者の個別的な体験の諸要素は〔資料5〕に示した通りです。このようにして捉えた患者の体験の個々の表徴や、看護婦が観察として体験する患者の行動が、個々別々に看護上の問題点として取り扱われることの危険性については、もっともっと注意を払っていただきたいと思います。

前にも述べましたように、安静が守れないというこの患者についての客観的情報は、看護上解決を迫られる問題として、再三看護婦の間でも取り上げられていました。その結果は機会あるごとに、安静の重要性が患者に指導されます。しかし、患者さんは後に「ベッドに寝ていると言われても、いても立ってもいられなかった」と言っていました。この方法では問題解決はおろか、何らの看護行為も成立しようがありませんね。霊安室の件については、少し神経質な患者であるというラベリングがなされるに留まっています。学生のその時の判断も、「たとえば、ドクターや看護婦の話でも、生検後の患者の訴えが普通よりオーバーで、少し痛がりではないか、と言われていた」と記録されていました。

しかし、もうおわかりのことと思いますが、患者をより本当に知るためには、患者の行動を、個々別々に看護上の問題点とするのではなく、患者の体験しつつある全体（体験の構造）を構成する要素として捉えて、それら相互間の意味の連関を見る必要がありますね。言い換ええますと、それらを了解可能な構造に置き換えてみる必要があるわけです。私たちは、この了解を求めて、プロセスレコードをさらに追いました。

学生がこの患者を受け持って5日目の記録にこうあります。「……そのことから、S氏が大学は4カ月で辞めてしまったことを知った。どうしてなのかと聞いていろいろ聞くと、大学はとても行きたかったし、やる気もあつたけれども、その時ぐらいから肝臓が悪くなり、病院を受診したりしたこと、昨年の暮れ、父親が肝臓癌で亡くなられたことを話して下さったので、『下に誰がいるのですか?』と私は尋ねたが、それ以上は話したくない様子であった。……」

患者（肝炎の19歳の青年）の父親が半年前に肝臓癌で亡くなったと、患者自身が表現しています。しかし学生はこの重大な事実をさらりと聞き流して、「下に誰がいるのですか?」と家族の構成調べに移ってしまっていることにお気づきでしょうか。父親の死という言葉で表現された患者の本当に体験している世界は、対応している学生に受け止められなかったために、患者自身の現在の状態への気づきとなる手がかりを失ってしまったのです。この父親の死という生々しい患者の体験を、私たちはこれまでの患者の言動に一つの意味連関を与えるものとして了解しました。

2) 体験の構造化

患者の症状（患者の表現するもの）の、一見不可解に見える行動の一つ一つは、実は変換可能な実存（世界に向かう態度）の一部分にすぎないのではないかと、私たち看護婦に与えられた体験をく再構成くしてみたわけです。この再構成されたものをく体験の構造くと呼ぶことにしましょう。言うまでもありませんが、この構造は固定された何かの枠組みや実態ではありません。あくまでも構成されたもの、すなわち構造化くであり、一つの可能性に向けての看護婦の態度決定なのです。

従来の実証主義的経験科学では、個別的な体験は一般化という一般的経験化を経て科学とされることをご承知の通りです。しかし患者の主観が一旦看護婦の主観として了解される看護婦の認識においては、個別的体験の一般化による法則性（科学的一般理論）をもって具体的個（患者）に向かうことはあり得ません。そうではなくて、その時々と与えられる個別的体験の間に関連を探っていくのです。

言い換えますと、私自身の経験した諸事実の関連、あるいはA看護婦、B看護婦、C看護婦の一人の患者における体験を思考の内に了解しうる構造として再構成していく、すなわち体験の構造化くをもって患者に向かうということに他なりません。

学生にとってつかみどころがなかった患者は、私たちに与えられた諸体験の関連づけによって患者の体験しつつある世界の軸が了解されたのです。この軸に沿った患者と学生とのその後の関係の進展は、私たちの了解をはるかに越えて、患者自身が肝臓癌で亡くなった父親の最後の状態を克明に話していくその過程で、学生にとって本当の意味の患者を知ろうとする過程で、患者自身が具体的に安静を守る方法を考え出すに至ったのです。

おわりに ～ 看護の実践知を求めて

く体験の構造化くということで今まで私が述べてきたことは、要するに患者さんが個々に表出している症状や、徴候を了解可能なところまで再構成しなければいけない、それが看護の実践、実践的知識に結びつくところだということです。了解可能なところへ再構成していくその過程、すなわち知的実践の過程がまさに看護実践と呼ばれるものです。決して私たちは身体だけ使っている訳でもない、知識だけが動いている訳でもない、そういうものを再構成する知的な実践の過程として看護を位置づけることができると私は考えています。まだ本当に未熟な考え方で、大きなことは言えませんが、私の看護実践ということを学問的に熟していく時の一つの糸口と考えています。

次に、実践知、すなわち実践的知識の最近の展望、クリニカルジャッジメントとの関連などについて述べたいと思います。この実践知は、最近になって非常に脚光を浴びているような部分も

出てきました。アメリカでも、私が最初に言ったように、看護がこれだけの実践領域を持ちながらその宝の山をそのまま腐らせていくのはいけないのではないかと、経験から獲得した看護婦の実践的知識を、どのように臨床能力として位置づけていくかが始まりのようです。クリニカルジャッジメントと言っていますから臨床判断でしょう。それを活用しようということが、最近の動向のようです。クリニカルジャッジメントが看護過程や看護診断と若干違うところは何かと言うと実践的知識をその過程の中に組み込んだと言っているのです。実践的知識は私が今までずっと述べてきた看護婦自身が治療的に働く部分です。知識をどのように自分の中で活用して、自分の中で一旦消化しながら患者さんに表出していけるかというその部分の過程を実践的知識と言っています。今まではどちらかというとなーシングプロセスも平面的で、極端な例は先ほどの学生のように項目だけ聞けばいい、聞いていかなければいけない。家族構成を聞かなければいけないというそれだけに注意を奪われる。そのことの裏にその患者さんにとっての家族構成の意味があるわけですね。私たちにあって家族というのは重たいものがありますね。そういったものを人間は背負っていますからね。そのことが背後にあるという認識なしに、ただその項目だけ聞いていくと直線的になるのではないのでしょうか。しかし、私はアメリカの事情には大変疎く、不勉強ですので、アメリカでの実績を十分に積まれた高野先生の午後からのお話を大変楽しみにしています。

最近では、あちこちで実践知のことが言われるようになってきて、仲間もだんだん増えてきました。そういう事を研究したいという人も現われてきています。本当にここ数年ですね。これは看護実践ということが前提にないと頭の中だけで組み立てるものではありませんので、実践のところ深くかかわっていかないとこの研究はできません。だから看護実践に携わる方たちの研究の一つの大きな拠り所になるのではないかなと考えられるし、もう少し整理されてくると看護の理論の層が非常に厚くなっていくのではないかと考えたりもして、大変勇気づけられているところですね。この臨床知とか実践知とか言われているものは、要するに看護実践というものは単なる理論の対象への適用ではなくて、どんなに対象化したり客観化しても分析をしていっても患者の全体の問題の了解ということにはならないのではないかとこの前提に立っています。そこに実践的に積み上げてきた知識そのものが重要ということです。先ほど紹介しましたベナーの看護論には、新人からエキスパートまでの実践的知識がどのように獲得されていくかが書かれていますから参考文献にあげてはいませんが、是非お読みになっていただきたいと思います。ベナーの言葉の一つがあります。「看護婦が深い意味で患者とかかわり看護を実践するという意味が、この実践的知識を本当に生かすことに他ならない」と述べています。「実践的知識の発展のために臨床家が持っている経験を記述して積み上げていくことが重要である」とも言っています。最近日本中いたるところで、病院ぐるみで研究、研究と言っています。しかし、その研究にどうも誤解があって、何が何でも数値を表さないといけないようで、本当にお粗末なアンケートをしたり

アンケートがアンケートになっていないようなものを統計学的に処理したようなものが出てきたり、仮説は立てているけれどもその仮説の検証をそっちのけて別のことが出てくるとか、そういう研究がものすごく多くなっていますね。自分たちの今までの積み上げてきた看護の実践の知識を何とか形にしようと努力する方がもっと多く出て下されると、聞いている人が安心するのですが、看護の人よりももっとジャーナリストとか他分野の人たちが、そのような研究を聞いてびっくりしていますね。「一体、看護婦さんでどうなっているんですか」という感じらしいですね。どこかがおかしいのではないのでしょうか。だから安易にそういうことだけが研究と思わないでいただきたい。そうかと思うと、自分たちがこれはいい看護をしたからまとめてみたいと言ってもそんなのは数的に表せないから駄目だと言われると言って悩んでいる人たちもいます。そうだとしたら看護というのは非常に中味がないものになってしまいますね。数に表されるものなんていうのはごく一部しかないですから、大部分が私たちの実践的知識として積み上げなければいけない事柄ですから、そういうものを何とか学問として研究として論じていくような努力をしていかないといけないとこれでは少し困ったなという状況があります。

私がめざしてきた実践知の研究につきましては、ここに資料をあげましたが時間がありませんので結論だけを言います。私は看護婦が実践において体験していることを科学的知識の適用以上の何ものかと位置づけています。科学、知的知識そのものではない、それ以上の何ものかである。ですからその従来のものを見方としてある自然科学的に見てきた観る人と、観られる人とが分離した方法、これを主客二分法と言います。主体と客体ですね。看護する私が主体であれば、患者さんは客体として、そういう関係の中で見ていく方法ですね。対象とこちら側の研究者をはっきりと区別していくやり方、そうやって出てきた知識というのは、古い記述を紐解いていきますと、アリストテレスは“エピステーメ”と言っています。“エピステーメ”とは科学的知識のことですね。この“エピステーメ”として普遍的なあらゆる状況に適應できる、普遍的な知識として集約されていくものと違った働き、それがアリストテレスの言葉で言うところの“テクネー”であったり、“フロネーシス”と言われる実践的知識のことです。以前は科学という知識と実践的な“テクネー”、技術の知識というのは別々のものだったのです。今のように科学技術という一つの単語になって、キーワードの出てくる時代ではありませんでした。昔は科学として出てくる知識と技術として出てくる知識とは別々のものでした。それが近代科学による量的な増産と絡んで、科学技術になっていきました。しかし能力としては違うものですから、私たちは看護というものを技術論的な立場から見ると“テクネー”であり“フロネーシス”になってくる。“フロネーシス”というのはまさに実践の先端で看護婦が判断していく臨床判断でしょうね。そういうものが別々にあるのではないかと思います。科学技術とひとからげに言わなくても、我々が実践しているものを臨床的に積み上げていったものを学問として位置づける方法はあるのではな

いかと考えてきました。従って、看護学というものは私にとっては技術学ですね。単なる技術学ではなくて、“テクネー”としての技術学です。だから実践を技術的に捉えていく、技術論的に捉えていく。そうするところに“エピステー”と言われる科学的知識としてある部分ではなくて、我々の実践的知識が積み重なっていく部分があるのではないかと考えているのです。そのように看護学を位置づけていかないと、周辺領域だけはいろいろ知識ができるけれども真ん中の核になる部分が抜けるというか、何かドーナツみたいな看護学になる。だから末だに看護原理そのものがどこの大学でもあまり重要視されていないように思えてなりません。その核になる部分をどう位置づけるかによって、周辺部分が決まってくるのではないかと思います。しかし今のところ、核がないものですから周辺部分だけが末端が肥大して、末端肥大型の看護学になっているのではないかと思います。そのためにもどうしても私たちがやらなければいけないことは、実践の中で私たちが経験的に積み上げてきたものをどうやって学問的に引き上げることができるか、そういう事が最大の課題ではないかと考えています。そのことを私は実践、看護というものを実践知として捉えたいという願いを込めているのです。看護実践は、自分の持っている科学的知識を前提としながらも、与えられた体験と体験との連携を探って行ってそれを再構成していくことです。そのためにはもっと私たちが人間に対する洞察とか、人間に対する本質とかを十分に鍛え上げなければいけない。そうしないと看護以上に周辺の諸科学の人たちはそういうことばかり勉強しているから、看護婦はそういう人たちと語れませんね。最も人間と近くにいる学問でありながら、看護婦は人間が語れない。口をついて出るものは何か紋切型の言葉しかない。周辺の諸科学の人たちの言葉を借りると、「僕たちは、本当に現実に病んでいる人はこうだということを看護婦さんたちに出してもらいたい。だけどそれが全然出てこない」「心理学や社会学の知識の切り貼りでそれが看護だと言われても、僕たちにはわからない」と言われます。本当だろうと思います。そういう人の声を聞くことも非常に客観的に看護の中身が見られるというか、それも大事ですね。あまり自分たちの中ばかりにしていると分からなくなります。「うんと立派なことをやっているみたいに思いがちですが、外から見ると僕たちが知りたいのは病気というまさにそういう中で第一線にいる看護婦さんたちに、僕たちが見なかった人間を浮き彫りにしてもらいたい。それが看護ではないの」と言われたら、おたおたしてしまい、すみませんという感じですね。それが積み重なっていくためには実践知としての看護が市民権を得て、実践が全面に出てこないといけないのではないのでしょうか。あまりいろんな知識に振り回されないことも大事だと思います。自分がきちんとそのことを理解して、できることを使っていかないといけないし、自分の分からない事はあまりやらないことにして、自分が分かること、分かるレベルのことをとり入れてなんとかしていきたいと思っています。そういう意味では本当に私は自分が今幸せですね。無理にやらされている訳でもないし、自分がやりたいことをやりたい時にやって、そして言いたいことを

言って、それで安心していただける自分でありたいと願っています。

近い将来、大学がもっともっと開かれて、実践の現場にいる方々ともっと交流ができて、お互いに刺激し合いながら、看護の実践知を考えていける日がくることを期待して、今日の話が終わらせていただきたいと思います。どうも長時間ありがとうございました。

【資料1】

交通の流れをサイレンで中断し、一時的に法規を停止して救急車は赤信号を通過する。救急車がその速度を緩めると、人びとはうつ伏せになった人が病院の中に — われわれの世界の中のもの一つの別の世界の中に、急ぎ運び込まれるのを振り返って見つめる。

入院患者にとって病いとは何か。彼の周りの世界はほとんど自分の身体ほどの小さな空間 — ベッド上のティッシュペーパーの箱、ベッド自体、そしておそらく病室に収縮する。誰かが傍にいてもそこにいないかのごとくであり、他者との繋がりはそれほどに稀薄である。落ち込むことが恐ろしく簡単であるかのように感じながら、患者は世界との繋がりを失う。

無力さがすべてを侵しているので、苦痛、痛み、衰弱が唯一の現実のように思えるかもしれない。理解力は失われ、思考を持続するのは困難に見える。世界のコントロールは一切失われる。看護婦を呼ぶボタンは、反応までの時間が折紙つきの長さなので、役に立たない王の笏のように見える。シーツ交換は患者がベッドに寝ながら、きながらおむつ交換の際の無力な赤子のごとく、左右にころがりながら行われる。

患者は彼の周囲の一切に依存している。見舞客または付添人が、不注意に、メガネや水差しを置いてある頭床台を患者の手の届かないところに押しやると、患者は何時間もの間口濁の憂き目に合ったり、はっきりと物を見ることもできなくなる。病者にとっては、われわれの行動様式を支配する単純な日常の諸規則が変化しているのである。彼らの世界とわれわれの世界は、同じように見え、同じように聞こえ、同一ではあるが、ちょうど空想科学小説の中で、他の惑星の宇宙人が地球人の身体の中に侵入し、それに取って替ったように、支配する諸規則が異なっている。誰もそれとわからない。なぜなら、外観はあらゆる点で地球人と同じであり、そしてそこに危険が迫っているのである。

エリック・J. キャッセル、土居健郎・大橋秀夫訳：癒し人のわざ、
新曜社、1981、P 14～15

【資料2】

- * ハイデッガー (Heidegger, M.) は、人間の世界を構成する三つのアスペクトを、「環境世界」(Umbelt)、「共同世界」(Mitwelt)、「自己世界」(Eigenwelt)として動的に構造化した。「環境世界」とは、人間を含めて、すべての生活体を取り囲むところの、自然的なあるいは人工的な事物(モノ)の世界である。実在する事物(モノ)を対象化しつつ、その道具的連関性のなかで、生活体が欲求を充足し、その緊張解消を試みてゆく世界のことである。「共同世界」とは、一言でいうならば、他者とともにある世界のことである。それは、本来主体を取りまく他の人々との直接的な相互関係(対人関係)を意味するが、さらに広くは、社会的・歴史的・文化的的制約と意味をになった人間の配慮の世界をすべて指すのである。「自己世界」とは、主体たる私が、自己自身の内面とかかわる内的世界のことである。そこにおいて、主体としての私は、自己に出会い、自己との対話を続け、ついに新しい自己を発見し、企て、形成したりしていくことができるのである。以上三つのアスペクトは、個々ばらばらに切りはなされて存するのではなく、つねに統合された一つの全体的な連関性として存するのである。

池川清子：看護 — 生きられる世界の実践知、ゆみ出版、1991、P 52 注より

【資料3】

- * 「制作されるものも行為されるものも他でありうるもの一つである。……建築術は技術の一つであり、かつ、分別の働きを伴う制作の性能であることを本質とするもの一種である(ニコマコス倫理学)。本論ではテクネーを、「いかになすか」を教え、行為を導く知的な能力として扱っている。たとえば、舵取りには、船を操るにあたって「いかになすか」の術があり、泳ぐには、「いかに泳ぐか」の術があり、政治家には、ボリスを治めるにあたって「いかになすか」の術がある、の例である。

- * * 「科学的に知ることはいまあるところと異なって他ではありえない」ということを認めている。……科学的な知は一つには帰納により、他の一つは推論による。ところで帰納はく推論)の始まりく原理)である一般命題にかかわり、推論は一般命題から始まる。」(ニコマコス倫理学)。具体的には、その知識をもっているとき、ひとが当の事柄を誤らずに行いうる知識である。この意味で、靴屋には、靴を作るための「エピステーメ」があり、医者には病気を治すための「エピステーメ」がある。

- * * * アリストテレスは、フロネーシスをテクネー同様、他でありうるものひとつであるとしながら、専門技術とは異なるものとして取り出している。すなわち、「良い生活のために一般的に言ってどのようなことが役に立つかということについてきびしい思索をめぐらしうることである」としている。イェーガー(W. Jäger, A.) は、「フロネーシス」について、アリストテレス倫理学の研究で特別な位置を与えている。すなわち、「プロトレプティコス」「エウデモス倫理学」「ニコマコス倫理学」へと、プラトンの観想知としてのフロネーシスからアリストテレス固有の実践知としてのフロネーシスへの発展が段階的に見られるものとする。

上掲書 P 69～70 注より

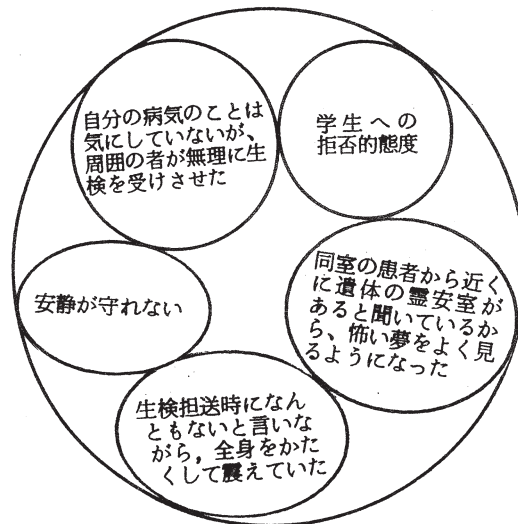
〔資料4〕

表1 病気像を構成する意味体験のカテゴリー

病気そのものの諸事実に関する主観的認識	1151
1. 症状	348 (痛み・苦しい 289, 気分がすぐれない 52, 他7)
2. 病気名	314 (かぜ 72, 結核 58, ガン 53, 法定伝染病 49, 心臓病 36, 外傷 25, ノイローゼ 17, 他4)
3. 治療	298 (入院 179, 手術 48, 薬 63, 他8)
4. 経過	104 (治る 35, 治るかどうかわからない 27, 死 42)
5. 病因	61 (生活の不節制・無理をする 31, バイキン 24, 他6)
6. 関心・敏感度	26 (わかりやすい 19, 他7)
病気そのものに対する感覚的, 象徴的イメージ	38
	(暗い 21, 汚ない 7, カビ 5, 白い 2, 他3)
病気, 病気の生活が人生にとってもつ意味や存在価値	875
1. 通常の社会生活の中断や放棄	311
2. 家族との別離	245
3. 経済的負担	147
4. 病院内の人間関係の問題	84
5. 病院生活への新しい適応の不安	69
6. 病気や病気の生活の積極的意味	19

ヴァン・デン・ベルク, 早坂泰次郎・上野豊訳: 病床の心理学, 1975, P 105

〔資料5〕



患者が表現しているもの

池川清子: 看護体験の構造化 - 看護上の問題点とは何か, 看護教育,

Vol. 20, No. 1, 1979, P 27

高野 順子 先生 略歴

- 1957年 大阪大学医学部附属高等看護学校卒業
臨床看護婦を日本で、保健婦、臨床看護婦をカナダで実践
- 1975年 Mc Gill 大学 (カナダ) 看護学部卒業
臨床看護婦、保健婦、看護教員としてカナダ、米国で勤務
- 1984年 California 大学 San Francisco 校看護科学部修士課程修了
臨床看護教員として米国で勤務
- 1989年 聖隷学園浜松衛生短期大学教授
- 1993年 大阪府立看護大学準備室教授

テーマに関連した主要論文

- 「北米の現状とその展望」 ざ・そーふちょう (1990)
- 「看護診断」 日本救急医学会誌 (1991)
- 「国際看護活動に生きた私の25年」 NURSE DATA (1989)
- 「なぜ今、看護診断なのか；看護診断への関心の高まりの背景」
クリニカルスタディ (1993) など

症状マネジメント

— 看護実践と研究に焦点をあてて —

今日社会が高齢化し科学技術が高度に進歩する中で、現在の医学で完全治癒は望めないが高度医療に支えられて生活している慢性病者は年々その数を増している。このような状況下で、豊かな医療情報を活用し、高度な教育を受け、人権意識にも目覚めつつある慢性病者はセルフ・ヘルプ・グループやそれに似た活動グループを作り、ウェルネスと福祉についての学習を進め治療にも積極的に参加する市民が増えている。このような医療状況の急変する中で、今日まで我々専門看護師が実践してきた症状マネジメントに対する看護を見直すことは意義深いと考える。

1. 看護実践における症状マネジメントの意味

- 1) 医療者による患者の症状マネジメント：医療者主体の管理主義
- 2) 患者自身による症状管理の意識と行動への看護援助：患者主体の自己管理
- 3) 症状マネジメントの実際 —
 - (1) 胃癌を病み手術治療を体験して生きる壮年期の女性の看護場面の記述を通して
 - (2) 様々なタイプの生命過程と生活を余儀なくされる慢性病を生きる人の仕事

2. 症状マネジメントへの看護援助に活用できると考えられる理論、研究等

- 1) 今までに発表された研究（2－3例）
参考文献 9、10、12
 - 2) 症状マネジメント理解に適用できる理論
 - ＊ 一般システム理論 ＊ 行動理論 ＊ 相互作用理論
 - ＊ ニーズ理論 ＊ 成長と発達理論 ＊ パーソナリティ理論
 - i) ゲイト・コントロール理論
 - ii) 知覚理論（コームズ他の知覚の場等）
 - iii) ストレス・コーピング理論
 - iv) 健康信念モデル
 - 3) 研究に用いられるアプローチと方法
 - i) 現象学的接近法
 - ii) グラウンデッド・セオリー接近法
 - iii) 社会学的記述接近法
 - iv) 文化人類学的接近法
- 研究方法 1. 参加観察法 2. 面接法 3. 想起的記述法
4. フィールド・ノート法 5. エスノグラフィー法

参考文献

1. 木田 元他編：講座・現象学（1. 現象学の成立と展開，2. 現象学の基本問題，3. 現象学と現代思想，4. 現象学と人間諸科学），弘文堂，1988.
2. 桑木 務訳（M. ハイデガー著）：存在と時間（上・下），岩波文庫，1992.
3. 丸山高司他訳（J. ハバーマス著）：コミュニケーション的行為の理論（上・中・下），未来社，1992.
4. 田口良弘他訳（M. ブーバー著）：我と汝・対話，みすず書房，1992.
5. 丸山高司他訳（R. J. バースタイン著）：科学・解釈学・実践：客観主義と相対主義を越えて，岩波書店，1992.
6. 波平恵美子：看護及び医療における文化人類学的研究の方法，看護研究，23(2)，医学書院，1990.
7. 看護研究：Grouunde Theory Approach，23(3)，医学書院，1990.
8. 看護研究：現象学的アプローチ，23(5)，医学書院，1990.
9. 南 裕子監訳（A. L. Strauss 著）：慢性疾患を生きる ケアとクォリティ・ライフの接点 医学書院，1987.
10. 辻 信一訳（R. F. マーフィー）：ボディー・サイレント，新宿書房，1992.
11. Glaser, B. G. & Strauss, A. L. : The Discovery of Grounded Theory : strategies for qualitative research, Aldine Publishing Company, 1967.
12. Corbin, J. M. & Strauss, A. L. : Unending Work and Care, Jossey-Bass Publishers, 1988.
13. Blumer, H. : Symbolic Interactionism : Perspective and Methode, Prentice Hall, Inc., 1969.
14. Orem, D. E. : Nursing : Concept of practice, 3rd Ed, McGraw-Hill, Inc., 1985.
15. 竹内芳郎他訳（M. メルロー・ポンティー著）：知覚の現象学1 & 2，みすず書房，1991.
16. 奥山次郎他訳（ユルゲン・ハバーマス著）：認識と関心，未来社，1992.
17. Carriere, V. K. , Lindsey, A. M. , & West, C. M. : Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human Responses to Illness, W. S. Saunders Comp., 1986.
18. Melzack, R. & Wall, P. D. : Pain Mechanisms : A New Theory. Science 150 : 971-979, 1988.
19. Melzack, R. & Wall, P. D. : The Challenge of Pain. Penguin Books, London, 2nd Ed., 1988.
20. 高野順子：看護科学：脅威 / 囑望，聖隷学園浜松衛生短期大学紀要第17号，10-21，1990.

講 演

私は今紹介を受けましたように、日本に帰りましてまだ4年足らずです。自分自身も文化の壁をひしひしと感じる毎日ですので、皆さんも今日の私のプレゼンテーションの中で、文化の壁に突き当たられることもあると思いますが、そのような見方もあるのか、あるいはそのような体験というものもある、と受けとめていただければよろしいかと思います。そのあたりで疑問がある場合は、後の質問のセクションで出していただければよろしいかと考えます。そこのところはご容赦願って一応お聞き願いたいと思います。

今日は、「症状マネージメント — 今改めて患者の立場にたって症状の意味を考える — 」ということでして、朝の総論的なところを受けまして、内容がそれに続くようになっておりましたのでとても良かったと思います。皆さんにも継続したものとして映るのではないかと考えています。

私は看護は何よりも外に表れる行動や、内面の思考や感情、そして症状を示す身体を抱えた一人の患者を全体としてみることにあると思います。そういう意味で、症状マネージメントを考えて、捉えていきたいと考えています。私が考える症状マネージメントとは、「日常生活あるいは生命過程を脅かす知覚に、ある意味を付与してこれを解釈し、ある体験をするとき、その人はそれを消除しようとしたり、あるいは緩和しようという行動を意識的に起こす。」これを私は症状マネージメントと呼びたいと思います。

私たちは人間を対象に援助する専門職者ですので、対象の体験する世界、特にその人独自の状況を生きるその意味を理解するのに高度に知的な知識が必要になります。ただし私は非常に抽象化された部分は、あまり得意ではありませんので、今日は看護の実際という場面を通して症状マネージメントを検討していこうと考えています。20世紀この激変する社会の中で爆発的な知識が開発されてきました。看護にとって症状マネージメントの意味がどのように変わり、それが非常に重要になってきた理由を最初に少し明らかにしていきたいと考えています。つまり、症状マネージメントの重要性、看護にとっての重要性というところを明らかにしていきたいと思います。それから第二に、対象が症状を体験して生きるその状況を私が臨床に出たときに記述したものがありますので、それを基にしてその患者がどのように自分の症状を解釈して意味付けをし、対処をしていたかを検討していきたいと考えます。第三に、症状マネージメント理解に活用できる理論について、少し話をしていきたいと考えます。最後に、この種の研究に、より適切と考えられる方法について、私の意見を述べてみたいと考えています。

皆さんが分からないところがありましたら、その都度少し私の話を中断していただいてもよろしいかと思います。私はいつも、対話をしながらお話を進めるというのが得意でして、一人で反応のないところで話すというのは慣れておりませんので、そのようにしていただいてもよろしいかと考えています。皆様の積極的なご参加をお願いして、私を補っていただいて、この貴重な時間が有意

義な時間になりますようにお願いしたいと思います。

症状マネジメントは20世紀半ばまでは、医療の側で責任を持って対処し、研究されてきました。というのは、症状は「病態生理的にこういう細胞があるいは組織が変わった状態を症状という」と定義をしたり、あるいはマネジメントも、医療者がどのようにマネジメントを科学的に進めていけばよろしいということになっていたと思います。しかし時代は変わって、以前に比べて、高度な科学技術とよりよい経済状況の中で生活が向上してきました。そして、高度な科学技術はより高度な医療サービスを提供し、人々は史上前例のない高齢期を生きるようになりました。しかし、一方では高度科学技術の発展は、今までみられなかった多くの医原病のような疾患を引き起こし、治療方法もみつからないままの病気と共に長く生きていくという人が多くなりました。通常複数の症状を体験している人が多いように見受けられます。そして、治療についても多くの治療は副作用が強くてそれらの治療を選択するのが難しく、その治療のメリット、デメリット等を考えた上で治療を受けるかどうか自分で判断しないといけないう状況が生まれてきています。すなわち、人工臓器やさまざまな器具を使う複雑な延命治療についての意志決定を自らの判断で下さなければならないという現実があります。このように自分の生きる道は、自分で決めることがより人間的な生き方と考えられるようになってきたのはよいのですが、非常に複雑な内容をあまり情報の豊かでない中で人々は治療の決断をしないといけなくなってきましたので、患者さんたちはそのジレンマといえますか、葛藤の中でより多くの、昔には体験しなかったような苦悩の中で生きているものと考えられます。WHOも、アルマ・アタ宣言で「自助自決の方針を、個人、地域、国家レベルで実行することがウェルネスの実現につながる」と決定しております。今日医療専門家は、昔の専門家のように個人の医療問題についてすべて責任ある判断ができるほど問題は簡単ではなくなりました。そういう意味で、心ある専門医療関係者は患者にさまざまな努力をする中で、特に患者教育と今は言われていますが、正確で豊かな情報を提供し、患者が積極的に自分の治療に参加できることが、ウェルネスにつながるという研究が多く出されてきました。そんな実社会が、“他者による”から“自分自身による”症状マネジメントの意味を変えてきたと考えられます。

一方、今までありました自然科学的なもの見方というものも、少しずつそういう社会の中で見方が変化してくるようになりました。通常臨床対人援助専門家と私たち看護専門者は呼ばれていまして、臨床心理学者や社会学者もその中に入るといいます。臨床対人援助専門家は、“患者の積極的な治療への参加はその治療効果を高めることになる”という研究を発表してくるようになりました。しかし、社会科学者あるいは心理学者の研究者の間で昔から引き継がれた自然科学のものの考え方、すなわち実験室の中で物質を見るような研究方法では真実はみえてこないという意見が多く出されるようになりました。そういう中で、この領域研究が進むとともに、この考え方では我々には探究できない真理があるということが分かり、特に対人関係、患者理解とその援助の領域では、

それが顕著だという意見が出されてきました。すなわち、今までの自然科学的なものの見方では、その現象の分析、説明や予測ができないことに気づいてきました。

(スライド1) 先ほど池川先生が言われましたように自然科学的なものの見方では、我々臨床対人関係専門家の限界は大きいということです。20世紀の科学は大きく変わりつつあり、それまでは19世紀に発達した自然科学の見方と、新しく発展しつつある人間が対象の科学での見方とは、それぞれいろいろな点で違っています。この表の左側が従来の自然科学の見方ということで、右側が新しい我々臨床対人援助専門家のものの見方ということです。そういう見方の違いから両者を少し整理をしてみたいと思います。自然科学の世界は、研究の対象が物質だったので、観察の客観性を重んじて、対象との距離を取り、対象を客体化させることを強調しました。観察する対象は実験室の中で、つまり閉鎖系の中で考えられてきました。しかし、人は実は開放系なのです。自然科学的なものの見方ではそのように考えられたために、そこにひとつの限界が生じたように考えられます。実は人は開放系で、環境を変え、ある時は環境に変えられて、その相互作用の中で絶え間なく流動的に新しい状況下で新しい生命あるいは生活を生成し、経時的に次第に複雑な魂の発達が可能な社会的存在です。それから自然科学は客観性を重んじるがために、中立的な立場を強調しました。これがその次の大きな限界なのです。新しい対人科学ではその実験心理社会的な中立を強調するものの中の見方の中で現象を説明するのに大きな限界を提示しました。すなわち対人臨床科学は中立ではなくて常にその人との関係の中で変わっていく、あるいは変えられていく存在ですから、ここにも大きな限界があったと考えられます。特に人は開放系のシステムで主体者としてこの世に存在すると考えます。対人臨床科学ではその人格として生きる人の理解のために、人の個別化された価値を認めます。共通する集団としてではなくて、個別化された価値を認め、相互作用を強調し、人の理解の方法として部分的ないろいろな事象を個々別々に見ていただけではわからないけれども、それが統合体として総合されて、ある文脈の中でひとつの意味をもつということだと考えられます。その相互作用を強調して、人の理解の方法として、部分的分析的な見方から全体的総合的な方向へと変わってきています。了解ということも池川先生も言われましたが、常にその人と共にあって了解することが大切なのです。共になければ了解という状況には至らないわけですから。その人と共にあるときに初めて了解という現象が成立し、共にあって了解や共感によって全体としての対象者や、自己あるいは事態の意味を理解できるという見方に変わってきました。私はそのように科学のものの見方が全体として変わってきたと考えます。それは20世紀に入ってからだと思います。臨床研究者は、不断に対象者との関わりの中で変容する人なのですから、対象の現実をよりよく理解し、対象のあるがままの生活、世界へ近づくためには、自己の体験と対象者の体験が大きくかかわってくることを理解し、人の個別的な体験を重視していくのが我々の科学であると考えます。それが、現在発展してきている新しい科学のものの見方だと考えられます。それを現象学者は、“臨

床から始まる対人関係の科学は、次の4つの特徴を備えている”と説明しています。私は、看護がこの種の科学ではないかと考えます。

第一に、ある状況あるいは事象そのものへということですね。池川先生が先ほど言われたものさしだとか見方だとか、そういった既成に作り上げられたものを通してみるのではなく、あるがままの姿を自分が自由になってみるということが大切で、それには相手と共にあるということが大切だと思います。相手と共にあり、他者、自己、それから事態を理解するということです。それもあつる文脈の中で全体として理解するということが大切になると考えます。部分部分を一つ一つみていても全体はわからないというわけです。そういう意味で、今までなされてきた中立、あるいは客観、傍観というものの見方は、看護においては適切でないということです。

第二は、現象学的環元という特徴ですが、これは臨床において、特に対人関係において対話的に身体のリアルティによってこれを解釈し、意味づけをしていくということが特徴であると言われています。これは身体、我々が非常に関心を持つ、この身体なくしてそれは成し得ないということです。現象学的環元は、一人で環元するのではなく、他者と共に対人関係の現実に身を投げてというのは「間相互的」ということですが、対人関係の現実に身を投げて、他者や状況にコミットメントをしていくことによってこれが可能になると言われています。だから、先ほど言いましたように、客観性あるいは中立を強調し、少し距離を置いてという視点では、我々の現象は見えてこないのです。

第三の特徴は、意味の世界を強調します。これは、フッサール、ハイデガー、フランクフルという方たちが述べています。例えば、フッサールはリアルティとしての生活世界、どちらかという自分が身体で知覚している生活世界です。先ほど池川先生も言われましたが、自分が身体で知覚しているリアルティとしての生活世界、それが事実その人にとっては事実であるというわけです。それは人間が体験する世界の現象とも、別の言葉で述べられています。ハイデガーはそれを、自己の存在を確認するという意味で、自分にはある世界というのがあり、自分の身体と環境との関係の中で、あるひとつの自分に作り上げられた世界があり、その世界内の存在が我々人間であると言います。フランクフルは、意味への意志と言いますが、人間存在として生きることとはどういうことなのか彼の言葉を借りますと、どれほど生きられる世界の意味へと近づくことができたかということがとても大切になるのです。人間存在というのは、池川先生のところで説明されましたが、それと同じように、人はある自分の身体が、ある環境と接触するときに、つまり、あるものを知覚するときに、自分の存在を確認できるというわけです。まず事象があり、その中で初めて自己の存在を確認できるのが、我々人間です。ですから生きることの意味というのがとても大切になってきます。この我々臨床対人援助科学、すなわち臨床から始まる対人援助専門家にとっては、生きることの意味を理解することがとても大切になってくるというわけです。一人一人の生きられる世界の意味へ、

どれほど近づくことができたかということがポイントです。池川先生が例を出して言われましたが、その人の持つ世界の意味へ近づく、近づけば近づくほど、その現象が正確に認知、あるいは認識できる、解釈できるということです。それから体験できるということにもなります。患者と共にあって、患者の意味を理解することがこういう方法で可能になると現象学者は言います。

第四の対人関係における科学の特徴は、試行性です。それはかかわるということ、世界がつながるということです。人とつながるということもあろうし、自然とつながることもあるのですが、いずれにしてもその人が捉えている世界と自分が常につながっている、切り離されていないという意識が非常に大切だということです。意識というのは、“意識一般”というのと、あるところに自分が焦点を置いて意識をするという“作用についての意識”という二つがありますが、その両方とも非常に大切です。特に我々は身体というところを重点にみていく時、特に間身体的何かについての自分が持っている意識を通して、相手にも影響を与えるでしょうし、相手からも自分が影響されます。これを相互主観性と呼びますが、そういう中で、あるものを凝視して、意識して生きていくというのが人間ではないかというのがこの第四の特徴です。

このような、対人関係における科学には四つの大きな特徴があります。これは今まで進められてきた、物質を研究の対象とした自然科学のものの見方とは大きく変わったところではないかと考えます。これが今、看護が大きく花を開くような時代になって、このような考え方を踏まえて、私たちは臨床をみることができ、研究を進めることができるようになりました。方法論も相当進歩して、そのようなことが可能になりました。そういう現場の中で、我々がどのように対象を理解するかというのは、この今日のテーマであります「症状マネジメント」において非常に大切なところだと考えます。

このように科学における世界観が変わるにつれ、我々看護研究の対象が人であることから方法も大きく変わってきています。自然科学的な見方を受け継いできた看護研究とこの新しい対人関係における科学というものの見方の中で、研究は大きく変わってきています。そのような新しい発想の中で、まったく違った新しい看護現象についての知識が開発されてきています。池川先生が例に出された一部もそうだろうと私は考えておりましたが、新しい現象がみえて、それが理解できるように、あるいは説明できるようになってきています。そのひとつが症状を客体化しないで、対象と深くかかわって、対象の知覚体験、すなわち、能動的に身体を通して生理学的な刺激を経験し、それに意味付けをする生活体としての反応を理解できるようになってきました。そこが症状マネジメントというところの理解にもつながると思います。それに貢献しているひとつの考え方が、メルロ＝ポンティの身体の捉え方ではないかと私は考えていますので、これについて少し説明をさせていただきます。

メルロ＝ポンティは身体についてこのように説明をしています。身体の捉え方は、患者の症状体

験を理解するときや、病気をする身体を考えると役に立ちます。諸事象は一切の分析や解釈に先だって、我々の分析、解釈よりも先に既にそこに存在している、我々以前に存在しているというわけです。しかし、それが身体によって知覚されて、知覚する主体はもちろん我々の身体ですが、それを前提にあらゆる思考活動も態度決定も行なわれると言います。だから、我々はその事象をこの身体によって体験をして、思考活動、あるいは態度決定を行なっていくと説明します。我々は身体によってのみ世界に内属しているということを確認することができます。それ以外には我々の存在はどこで確認するのかということとはとても難しいというわけですね。身体を持つとは、一定の環境に適合し、そこに絶えず自己を参加させていくことであります。皆さんもいつも患者さんと接していてそう思われると思いますが、患者さんはそのある症状を体験しながら、一定の環境、病院とか、集中ケア室とか、外来だとかそういうものに適応し、そこに絶えず自己を参加させていきます。毎日の生活が地域でできる方はいいですが、特に病院などに入ると、環境への適応は顕著な問題として現われてきます。身体は常に世界へと開かれて、常に世界の探索へと向かっています。常にある外的存在とかかわっていくことをめざしています。常に関係を持っていなければ正常に生活することは難しいというのが人間であるというわけですね。人の身体はそういうことをめざす運動能力、あるいは知覚能力の体系であると言います。ある時には運動能力、ある時には知覚能力、または両方です。皆さんもマーガレット＝ニューマンの著書を読んでくださったらわかると思いますが、運動と時間と意識というところをとっても強調しています。それが関係の中で健康を作り上げていくわけですが、その関係性もよく現象学の中に説明されていると考えます。もう一度言いますが、身体とは常に世界へと開かれていて、外的存在にかかわっていくことをめざし、運動能力、あるいは知覚能力の体系を作っているものであると言われます。運動と知覚というのは、特に最も身体に焦点をあてる科学において強調されていきます。身体は意識的活動にその根付きの地盤を提供していると言います。皆さんもわかると思いますが、患者さんはいろんな症状を体験しながら、それをどうにかして緩和しよう、どうにかしてよい方向に向けようと工夫をしながら、意識的な活動をしていきます。身体はその時にその根付きの地盤を提供しています。何回も頭の中で、こう繰り返しながら患者さんの様子を思い浮かべていただくといいかと思えます。このように患者さんは、身体でいろんなものを体験しているし、身体でいろんなものの解決へ向かって、その行動を起こしています。

また、体の諸感覚は互いに交流し合っており、互いの中に包み込まれて存在しているひとつの共同形であり、統合体であると言います。先ほど言いましたように、部分だけが見えていても、全体は見えないというのはこういうところにあると思えます。五感というのがありますが、触覚だけ、痛覚だけというように人は理解しないというわけです。こういう触覚、痛覚、いろいろな感覚が互いに関係して、その文脈の中であるひとつの意味を見いだして存在するのが人間です。身体を世界

との交流と捉えるのがよろしいというわけです。これも、看護界に適用できるかと思います。

諸事象は私たちの身体によって把握されると同時に、私たちの身体に対して、自らを表現します。だから、間相互作用、向こうも起こしてくるし、こっちも起こすというわけです。私たちは身体で自らを表現し、私たちの身体を揺り動かすという事実を示しています。だから、相手が自分に対して、どのように知覚しているか、自分が相手をどのように知覚しているかというのはお互いに影響し合って身体を揺り動かすという事実があります。皆さんも同じような体験をされたことがあるかとも思いますが、オリンピックに出られましたシンクロのつい最近までトップをいていた女王の方が「自分が応援を受けている時には、非常に苦しい、息ができない、“逆とんぼ”という頭を下にして足だけを出している状況の中でも、その人々の支援を感じ取ることができ自分の身体はとても軽く感じられる」と述べています。人間はそういうものではないかと私も考えます。相手に支えられているという知覚があれば、そういう体験を人はすることができるというわけです。実際に直接身体を支えるという必要はないということです。支援されているという事実があると、身体は知覚する主体ですから、統一したパターンとして知覚します。すなわち、五感がばらばらにいろいろな刺激を知覚したり、あるいは受容するのではないというわけです。感覚の受容器は受容する時点ではばらばらに受容するかもしれません。しかし、その文脈の中で、ある意味を見いだして解釈をし、ひとつの意味づけをして、人はそれを知覚します。知覚するとは、感覚的なものに意味を浸透させる働きのことであると言います。意味を浸透させるということは、私たちと交流している諸事象が、私たちの身体の内にも反響を呼び起こし、私たちの身体が諸事象に共感し、それを迎え入れ、その結果、諸事象が私たちの身体の内である意味を持つようになることです。私たちが、これを共感を持って迎え入れたときに初めてその諸事象が、意味を持つようになるのであって、これを迎え入れないときにはまったく意味をなさないというのが、池川先生が言われた、相互作用のところでは二人の出会いが完全にずれてしまう、ということだと思います。迎え入れない一人の身体があるときに、それは意味をなさないというわけです。知覚されたものとは、このようにしてある意味を持つようになった事象のことです。

余談ですが、看護では知覚逸脱として重要な概念がいくつか挙げられております。(スライド2)これはちょっと戻りますけれども、先ほど申し上げました知覚というメルロ＝ポンティの考え方ですが、人は事象との出会いの中で、あるものを共鳴して、共感して、迎え入れることによって、ある意識的な意味づけというものをして、それに対して反応するというわけです。これは知覚理論というところで、他の実験心理学の分野でも使われてきました。ただし、その意味づけが随分違って来るようになりました。

例えば、最初19世紀辺りの心理学では、理論のモデル化はできていたわけです。パブロフの犬を使って条件反射を起こさせるという実験がありましたし、それから、白鼠を使って、ある電気ショ

ックを与えてそれに正しく反応すると食物がもらえるというスキナーの実験ですが、それらによって条件反射という習慣づけをすることができるという検証をしたのも、理論モデルを使いながら証明をしたわけです。ある刺激を与えて、どのように反応を起こすかという操作をして、このモデルを説明したわけです。ただし、19世紀には、そういう機械論的還元論的な、そういう研究対象を客観化するというのが非常に尊ばれましたので、その中では感覚の意味づけというものはほとんど考えられませんでした。いずれにしても、客観化するための研究対象と距離を置くというところが随分あったのではないかと思います。今、私が申しましたように、現象学的に、距離を置かない、自分がそこの中にコミットメントしまして、能動的に関わるという中で、共にあって共感してこれを迎え入れるという過程ですが、これを刺激から反応への過程でとても重視されるということになりまして、このモデルが少し変わってまいりました。

(スライド3) 今言いました身体で我々がいかにして、その知覚をしていくかという説明をちょっとモデル化したようなものが見つかりましたので、ここで、そのモデルを出して、その意味を、あるいは現象を構造化してみたいと思います。これは、“The evolution of the gate control theory”といます。“gate control theory”と日本語では出ていますが、私がMc Gillにいましたときに、これをDr. Melzackが、“association theory”と名付けていました。頭の中で、どのように神経がコンピューターのように連絡をとりながらひとつのパターンを作り上げていくか、という知覚の過程を研究していました。そのときはまだまだ60年代でしたから、非常に初期的なものでしたが、去年、その先生に日本でお会いしまして、ほとんど完成に近づいているということを知りました。それが今言った、メルロ＝ポンティの言う、人は身体で、あるものをその人と共にあることによって、共感してそれを積極的に受け入れるときに初めて意味づけができる、というのがここでもわかると思います。例えば、疼痛は、どのように人によって解釈されていくかということが、この頃出版されている本では、全人的にとかそういう言葉がよく書いてあります。それでは全人的とは一体どういうことなのか、というとなかなか説明できません。これをこのゲイト・コントロール理論モデルでみていきますと、まずは刺激は神経細胞に伝わり、受容器ですね、要するに感覚の受容器を伝わりまして、外部の刺激が、あるいは内臓の刺激が、大きな神経あるいは小さな神経を得て大脳へと、中枢へと運ばれてきます。普通は、大きな神経は早いスピードで中枢神経へと向かうと言われていますが、小さい神経は比較的ゆっくりと、だから鈍痛というのか、癌のような痛みはどちらかというところいう小さい神経細胞によって大脳へと運ばれてくると言われています。いずれにしてもその感覚がまずは脊髄を通り、大脳、視床下部へ伝達されます。視床下部が非常にここで大きな働きをするわけです。そこから次に大脳皮質にこれが伝えられ、ある現象の中でその現象を迎え入れることは自分にとって非常に意味がある、後日、学習をしておけば役に立つとか、そういう意味づけがなされる場合には、大脳皮質から運動神経を刺激し、筋の緊張だとか、神経の

緊張を緩めさせて、これを大きな痛みとして感じないようにします。そういう痛みのメカニズムを説明しています。大脳皮質とはどういう解釈をするかと言いますと、痛みをいろいろな自分が今まで生きてきた過去の体験、現在置かれている状況、自分の発達レベル、いろいろな文化の中でこの痛みはよい痛み、この痛みは悪い痛みという文化が規定する社会的な規範だとか文化的な規範の中で解釈すると言われてしています。だから、あるものは刺激が大脳皮質を通るときに、「そうだ、痛いんだ、これはとても不快で、文化的にも受け入れられない、今までの体験でもそうだった」ということになると、それがものすごい勢いで末梢に伝わり、二倍も三倍もの痛みを感じるということです。ところが、特にアフリカなんかでいろんな儀式があるんですが、そういう儀式をDr. Melzack はよく例に出してきます。そういう儀式の中で、ものすごい出血をしても、「痛みは一切感じない」とその人たちは言うそうですが、それは自分が儀式の中で主体者となって、皆の注目を浴びて、誇り高い儀式であると解釈することで、“gate”が閉鎖されて、刺激を痛みに感じさせない、すなわち、刺激に対し自分を奮い立たせない、迎え入れない、積極的に迎え入れない、どちらかというところ、シャットアウトしてしまうという操作をするわけです。そういうことをモデル化したのが、この“gate control theory”です。だから、全て物理的に同じような圧力を皮膚にかければ、皆さんが同じ痛みの反応をするかというところではないわけです。この痛みの体験過程と、メルロ＝ポンティの言う知覚、身体知覚というところの意味は同じことなのです。だから人はその刺激に意味づけをすることによって知覚の大きさが、あるいは知覚の成り方と言いますか、成り立ちと言いますか、そういうものが違ってくるのが、この“gate control theory”でもよくわかると思います。そのように痛みは、同じ物理的な刺激があっても、刺激についての解釈が違うので、痛みの程度は異なってくるのです。それが、前にあった知覚の説明、自然科学的な説明から、新しい科学、特に臨床から始まる対人援助をする人たちの科学の見方の違いだとしていただければいいかと思います。

それでは、私が臨床で事例を記述しましたので、それを見ていただいて、この人の知覚の意味を考えていきたいと思っています。（スライド4）これは先ほど言いました、メルロ＝ポンティの知覚と身体ですが、全人的に症状を捉えるということは、次のような意味ではないかと考えます。「身体は知覚する主体である。身体は部分的に感覚を体験するのではなく、五感統合されて体験する。知覚とは、感性的なものに意味を浸透させることである。意味を浸透させるとは、諸事象が身体の中である意味を持つようになること。知覚されたものとは、ある意味を持つようになった事象を言う」ということです。先ほどの説明をここでまとめましたが、そのように患者さんの身体、それから患者さんの知覚を理解していただければよろしいかと思います。

（スライド5）それから看護の中で、よく知覚逸脱の概念というのが出てきますが、現在、大きく合意されている看護が捉える知覚逸脱の概念は、呼吸困難、それから疲労、疼痛、空腹感、これが主な四つと理解されています。

(スライド6) これは私が学生の受持ち患者の事例を学生と共に記述したものです。その人の健康を生きる状況への意味づけというところを学習するうえで記述した一つの文章です。一番上から、その時その場で症状の知覚とその解釈および主観的健康ということを記述しました。主観的健康というのは、私の場合、意味づけを意味します。健康障害を体験し、著しい変化の中、すなわち急性期を生きる人の事例と私は提示します。この言葉がとても大切なのですが、健康障害というのはその身体がどこか逸脱しているので、知覚が逸脱し、そういう意味づけをして人は生きています。それも、その状況が急激に変化するということですね。だから急性期とこれを言うわけですが、急性疾患ではなく、その体験が急激に変化するというわけですね。T氏は、46歳の女性で、今年の集団検診で胃癌の診断が決定し、手術治療を受けました。夫は48歳で商社に勤務、20歳で大学生の娘がいます。家族の相互理解はよく、二人でほとんど毎日、T氏に面会に来ています。状況としてはあまり悪くはなかったんですが、全然自覚症状なしに入ってきたものですから、前段階の準備、心の準備は全然できていませんでした。術前に、自覚症状は無いと言っていました。でも「少し疲れる。この頃疲れるんです。」と言っていました。「あなたは健康については、どのように、今思ってるっしょいますか。」と言うと、「まあまあ健康だと思う。」と本人は言っていたんですね。ただし、既に胃癌はあったんです。術後に「感覚が鈍い。」わかります？これは知覚なんですね。「感覚が鈍い」先ほど言いました運動機能、あるいは知覚機能から身体をみますと、これが低下していると考えられます。「鈍い」それから「しびれた感じがする」「傷が痛い」「背中が痛い」「何も自分でできない」と言っていました。これが術直後でした。だから非常にそのあたりの機能が低下している。でも、自分で言われたのは「手術が無事終わったんだ」という意味づけでした。その時に、この一番右側に出ている文章は私が後で聞いていった、患者さんのコメントですが、「今は臥床しているときと、その時には思っていた」というわけですね。それから「治療はとても負担」「こんなに大変だとは思わなかった。だから、ドクターは「胃癌だから、もう取っちゃえば終わり」と多分言ったのかなと私は思いますが、そのように自分では簡単に思っていたところが、手術をすると、感覚麻痺がきて、運動機能が最低に低下し、もう自分がどうにも動けなくなったというわけですね。だから、知覚の遮断に近い体験をされたんだと思います。術後10日目に、全てのチューブは抜去されて、経口摂取が開始になりましたが、嘔吐、嘔気が続いて下痢、腹痛、疲労、不眠、用便の歩行の困難、だるい、不安、怒り、熱発という症状が出ていました。自分ではこの時には、「何か起きています」といつも意識していたと患者さんは言っています。「私の回復は遅れる」とその時も感じたと言っています。それが自分の健康の査定ですね。「退院はいつになるのだろう」「不快な体験が多く、辛い」「どうして突然こんなことになったのだろう」「いつまで続くのだろうか」という意味づけをしてきています。これが術後10日目でした。術後11日目に状況は絶食で検査が再開されました。何か起きたということですね。点滴が開始され、他の症状は、持続していました。すな

わち嘔気、嘔吐、下痢、腹痛、こういうものは、全て持続していました。それから、臥床時間が増加して、ベッドに寝た時間が多くなりました。その時彼女が心の中で考えたり思ったりしたことは、「状態は悪化している」ということでした。その後で私が聞いたことですが、その時期には「何も食べられなく、力がなくて、寝ているだけ」「よくなるのだろうか」「もしかしたら、死」と、自分は考えていたそうです。初めてここで大きな死が自分の直前に迫っていると感じたと言いました。術後13日目の状況は絶食で、点滴続行、胃チューブ挿入、フォーリー挿入でした。症状としては嘔気、下痢、熱発はありませんが、その他の症状は持続し、眩暈、頭痛感があり、ほとんど寝たきり、検査は終了し、異常なしでした。検査終了で異常はありませんでした。異常はなかったのに、彼女は「状態さらに悪化」という解釈をしています。それは、どういうことかと後で、彼女の言葉として聞いたのは「私は家に帰れないかもしれない」「治る見込みはないのかもしれない」「私は死ぬに違いない」最初は「死ぬかもしれない」の状態から「死ぬに違いない」という、彼女の体験への意味づけは変わっていきました。それは多分、状況の悪化が長びいたということにあると思います。だから、その症状だけ一つ一つを見ている、例えば看護師が「嘔吐にはこれをしよう」、「嘔気にはこれをしよう」それから「眩暈にはこれをして」としていても、それはあまり効果はないということがここでも言えると思います。この「私は死ぬに違いない」というところが察知できなければ、我々は適切に対応できないということですね。全ての検査の結果は異常なく、術後15日目に患者さんの状況は全チューブが抜去されました。全粥が開始になり、午前に座位、午後に歩行、洗髪とシャワーを行いました。これは、私たちが計画をして介入したものです。患者さんがこういう状況になって、非常に依存的で、精神的なエネルギーも完全に落ちていましたので、それではいけない、とにかく正常に、少しでも正常な生活に戻れるよう援助するということで、午前に座位をとり、午後に歩行をして、洗髪とシャワー、これも彼女と話し合いをして納得のうえで行いました。そうすると「状態が好転した」と彼女はその状況の変化を捉えました。この時点で多分、正常な自分の元の生活に戻っているという知覚をしたのではないかと私は考えています。この時の彼女の状況についての意味づけは「帰れるかもしれない」「よくなるのかもしれない」「昨日よりはよい」という意味づけでした。

このように、私たちは常に一つ一つの症状をばらばらに見ていきますが、その症状の裏にある全体の症状が一つになって、この人がどういう意味づけをしているのかということらが読めなければ、事例の示す本当の意味はわからないということです。助手がついていましたので、私はこの15日目に初めて患者さんに会ったわけですが、それまではあまり知りませんでした。学生の援助で効果が見られないという助手の報告を受け臨床に出ました。この人は46歳ですから、中年期の危機にも直面していたかなと思います。お子さんもご主人も度々面会にいらしてたので、そういうことをあまり本人自身は言われませんでした。ちょっと精神不安定なところがもともとあった方だとチャー

トに書かれていました。そういうことがあって、ドクターたちは検査で異常なしと結果が出た時に、それは何か精神的なものから来るのではないかというコメントがありました。そこで私は、この意味というのを聞いていきました。「第1日目はどのようでしたか。第2日目は……」とこういうように聞いていきますと、患者さんの症状体験への解釈は「だんだん体力が落ちてくるから死ぬかもしれない」「死ぬに違いない」「家にはもう再び帰れない」という風に、経時的に変わっていました。これはやはり経験の豊かな看護専門者にならないとなかなか分からないものですが、それが実践の大切なところだと思います。学生にそういうことを話しながら、「そうだね、もう死ぬに違いない」と思い込んでいたからね、もう身体もまったく動かなくなったし、いろんな正常な知覚もできなくなっていたんだね。我々は身体を重視しますので、少しでも身体を動かして、正常な動きに変えていくようにすれば、精神も少し変わるのではないだろうかという解釈をしました。それが一つの例ですね。これも、現象学で説明できるのではないかと思います。

(スライド7) その次は、慢性病の人の新しい各局面における、症状マネジメントの過程を、これはストラウスが“unending work and care”、“終わりのない仕事とケア”というところで示しています。慢性病を持つ人たちの状況、症状マネジメントの過程をどのようにその時するかしないかということではなくて、その過程、文脈、流れといいますか、そのものの重要性を強調して研究されたものです。やはり症状マネジメントに活かせるような研究をしていますので紹介しておきます。この方たちはいくつかの考えられる慢性病軌跡の局面と、症状マネジメントとの枠組で研究しています。

まずは、慢性病を体験する人も、急性期という最初の知覚があります。その次に、症状がやがておさまった時期、それは2日目になるか、3日目になるか、その人によって分からないのですが、そういう時期にはまた違った症状マネジメントの方法があります。一番最初の急性期というのは、多分、病院に入って入院したりとか、そういうマネジメントになると思いますが、とにかく早く手を打たないといけないという局面です。それから、症状がおさまったところで、次は自分の生活をどのように変えていかなければならないというところが出てくると思います。これは生活に入ります。それから症状の安定した時期は、均衡を維持していくために自分がどのように症状マネジメントを毎日の生活のリズムを壊さないでリズムカルにしていくかということですね。それから、症状の不安定な時期、慢性期は、非常にアップ・アンド・ダウン、すなわち起伏がありますので、均衡が壊れないように、あるいは壊れたときに、これは危機管理ともいいますが、どのようにもっていくかということです。すぐ病院に行くのか、それとも誰かにコンタクトをとるとすぐ来てくれるのか、どのように生活の中で調整をしていけばいいのかという症状マネジメントをしていきます。五番目に、生命、生活の衰退期、これは癌の終りなどを考えてくださればいいと思いますが、どうにもならない死へ向かう局面があります。その時に、人は症状の悪化に直面して、死の接近と

いうことを知覚します。その時の症状マネジメントは、その意味づけというのであれば、トラベルビーが言う死の意味というのが分かれば、充実した人生を終える、充実した生命過程、あるいは生活を終える、あるいは体験する、あるいは学習することができると言われていています。そういう過程を通して、慢性というのは長い時間の中で、いろいろな段階で症状マネジメントは変化していきます。このような知識は我々にとってはとても大切であると考えます。

それから、症状マネジメントとそれに伴う主体がする仕事を、症状の発症には病院で新しい生活の構築を始め、①診断が決まりその病院に入った時、また診断が決定する前、②診断の決定、③診断決定後という三つの局面に分け、説明しています。診断が決定する前は、不安ですね。とても不安でどうなるかしらと。診断が決定した後では、先ほど言われた真っ白になるという状況もあるでしょう。用意ができている方は、それなりに受け入れる状況もあるでしょう。それから、診断決定後ですね。しばらくしているんな反応が、生活をこういうように変えなければいけない、ああいうように変えなければいけないという意識が高まり、また、それに対する対応が始まるということです。診断決定後は、自分の未来の生命と生活の軌跡を予測し、体力の衰退と自己像の崩壊を体験する時期があります。それは多分、症状の安定した局面から、不安定な局面までであると考えられます。その後、新しい生活の再組織化、あるいは日常生活の課題、治療と個人的な調整とのバランスを図りながら、新しい生活を再組織化していきます。これが比較的安定していれば、症状マネジメントは上手くいくというわけですね。また、長期の治療にかかわる人々と、調和した共同作業を図るというのも、症状の不安定な時期、安定した時期、それから生命と生活の衰退期と全ての局面で関わってくると思います。特に長期の治療に携わる人々との関係、すなわちかわり方を調整して作業を図ることが、患者自身の症状マネジメントに大切であるということが示唆されています。

(スライド8)では次に、どのような理論を使って、この症状マネジメントの現象を説明することができるか、あるいは理解、分析することができるかというところで、この理論モデルを出してみました。これは、皆さんがご存知のラザルスのストレス＝コーピングというモデルですが、一番上に出来事というのがあります。これが現象学者が言う諸事象です。諸事象はある状況因子の影響を受けた中で、私たちの前に出現するというわけですね。その時に、人がどのように知覚するかと言いますと、これを一次評価というわけですが、これを脅威と受け取るのか、喪失と受け取るのか、自分への喪失と受け取るのか、あるいは挑戦と受け取るのかというわけですね。挑戦と受け取る場合は、発達、非常に発達する人がいますが、危害、喪失、あるいは脅威と受け取った場合は、その人の緊張が非常に高まります。その意味づけがネガティブな意味づけになりますと、症状マネジメントのうえで非常に困難が生じます。二次評価で、コーピングの資源を選択します。どのような資源が可能なのかというわけですね。それから自分の行動としては問題中心の行動をとるのか、

情緒中心の行動をとるのか、大きく2つに分類された行動が出現するわけですが、我々はこの両面で援助するというわけですね。情緒を十分安定させながら、問題解決へ向かえるように知的なかかわりもしていくというわけですね。そういう努力が続けられる中で、適応状態が維持されるのではないかというのがこのラザルスのモデルです。

(スライド9) その次に、どういう状況の中で、どのような知覚の意味づけというのが行なわれるかというところを説明させていただきます。ストレス対処モデルと同じことですが、ストレスフルな出来事がありますと、一次評価に至る前に、どういう事柄が関係してくるか、この人がある事象を理解するのに、意味づけをしていく過程で、どういう事柄が関係してくるかということが重要です。これを影響要因や出来事の不確実性と言います。この人のように予期もしなかったことが、突然起きる場合は、とても衝撃が強くなります。予期した出来事が出現してくる場合の衝撃は小さいと言えます。それから出来事の継続する時間の長さはその意味づけに影響します。また、ストレスフルな出来事のタイミング、個人の発達上のどんな段階で、あるいはいろいろな状況が出現する等の中で、どのような全体のタイミングの中で、それが起きたのかということは、その意味づけを決定するのに重要な要因です。また、その人の人生へのコミットメント、すなわち人生にどのようなコミットメントをしていたかということが影響要因として挙がってきます。それから、どういう信念を持って、毎日生きているかということが、このストレスフルな出来事を解釈するとき大きく影響してきます。

一次解釈がされて、無関係と解釈するのか、無害と解釈するのか、肯定的、あるいはストレスフルと解釈するのかというわけですね。ストレスフルと解釈する場合は、また3つの反応パターンに分かれるというのがこの図です。そのあいだあいだでいろいろな対処反応が起こされていくというわけです。その中で、より情緒型行動をとる人もいれば、より問題中心型行動をとる人も、だいたい両方を兼ね合わせて行動を起こします。その過程で我々は情緒も支えながら、対象が問題中心型行動を起こさせるようにという援助をしていきます。最後の対処、自分の対処ということですが、対処の原動力となるものは、健康とエネルギー、積極的な信念、問題解決の技能、すなわちその人が今まで持ってきた問題解決の力と言いますか、そういうものが影響してきます。その中で大切なものとして挙げられているのは、ソーシャル・スキルと言って、いろいろな社会資源を動かしたり、あるいはいろいろな人との交渉が上手くできたりする能力です。それから社会的な支援、これもソーシャル・スキルと非常に似ていますが、可能な資源を十分に活用することができる、あるいは資源があるということをまずは知覚して、それを受容して活用することができる能力が適応反応を導くのに重要です。物質的なものの効果、あるいは物質というものも動かさないといけませんので、その事象の中の物質的な面も、認知して理解することができて、動かすことができれば、適応していくことができます。ただし、これができなければ不適応と呼ぶ人もいますが、不適応という言葉

は対人援助専門家として適切でなく、適応障害と呼ぶのがよりの確だと思えます。人は適応できる能力は持っているのですが、なんらかの状況の中で適応が阻害されていると私は考えるからです。この因子としてはモラル、社会的機能、身体的健康、このようなものが挙げられています。対処の原動力の妨害因子としては本人自身の内にある非常にネガティブな、あるいは力の弱い状況の捉え方、あるいは環境、脅威の程度、その人がどの程度その状況を脅威と知覚しているかというものが影響して、適応、あるいは適応障害という事態に陥ります。この中に、今まで述べました影響要因はその人が事象とかかわるときに、あるいは意味づけをするときに、非常に大きな影響因子と言われていますので、これを我々は査定しながら、上手くその人へ対応しないとその人の知覚を比較的健康な、あるいはレベルの高い知覚へと導くことはできないということですね。

(スライド10) それからもうひとつ活用できます理論は、健康信念モデルです。どういう動機付けの中で、適応へ向かうかということを説明しています。これは指示された病者役割を実施する準備状態というのが一番左手にあります。それは動機付け、あるいは疾病の恐れ、重大性、医師の指示に従う行動が疾病への恐れを減少させる可能性とありますが、こういうところでは、動機付けがあればあるほどその人は病者役割行動が上手く出現してくるということです。それから、疾病の恐れ、重大性をその人が知覚していればしているほど、あるいは知覚して解釈していれば、すなわちこの病気は非常に重大という意味づけをしていけばしているほど、この人はそういう行動が出てくるといわけです。それから、医師の指示に従う行動が疾病の恐れを減少させる可能性があれば、「私はこのドクターの言うことを聞けば、看護婦さんの言うことを聞けば、病気の恐れが少しでも減少する」ということであれば、この人はそれに従う対処をするでしょう。また、患者がそういう意味づけをすれば、それは患者役割行動へとつながるといモデルが、もうひとつ使えるかと思えます。これもモデルと私は言いますが、池川先生が言われたように、あまりモデルばかりをそこに無理矢理にはめこみますと大変なことになります。だから理論を適用する場合は流動的に、柔軟に活用し、やはりこういうモデルを使っていくと、その人の知覚、あるいは知覚への反応というのが理解、あるいは分析できるのではないかと考えますので、少し提示しておきます。理論はだいたいそのようなものを使ってくだされば、よろしいかと思えます。

次に、どのような研究がなされているか、そういう範囲内での研究の中にはどのようなものがあるかということですが、研究に用いられるアプローチとしては、現象学的な接近法とさきほど申しましたが、とにかく現象をあるがままに、それに無限に近づいて、それをあるがままに観察するという方法ですね、それがひとつあります。それからもうひとつは、“grounded theory” と言い、今非常に活用されている研究方法があります。これはひとつの理論ですが、方法論とも言われています。方法論に重きを置く理論だから、そう言われるのかと思えます。これは相互作用というところを非常に強調した理論でして、相互作用の中で、その人が相互主観性というところを強調して、

ある人との関係性の中で、その事象がどのようになされていくかという過程を重視しながら、研究を進めていきます。どちらかという、象徴的作用論というのがありますが、あれを使って研究がなされています。アンセルム＝シュトラウスが、権威者として書いているセオリーです。それからもうひとつは社会学的記述接近法というのがあります。これはフィールド・ノートを用いて現象をまるごと捉える方法ですが、人類学、文化人類学のフィールド・ノートと似ています。あるひとつの枠組み、概念らしきものをもって、記述をしていく人もいますし、それを全然持たないで、本当にあるがままにある事象、あるいは諸事象を記述していくという方もあります。文化人類学的接近法というのは、概念や枠組みを持たないで、自然のあるがままの姿を生活の特徴の視点から記述します。これは文化というところに視点を置きますので、どのような文化の中ではということが常に入ってきます。文化人類学は特に医療の中では、臨床人類学とも呼ばれています。文化の中でも身体に関わり、病という現象を捉える研究を進めます。医療に関する領域を研究する人類学を臨床人類学と呼んでいます。この文化人類学的な接近法を使って、我々は症状コントロールをみることでできると思います。

医療は人間の存在に直接かかわる、重要な文化の一領域と考えられています。医療は文化の全体の繁栄、かつ文化の内容に大きな影響を与えるものと波平さんは指摘しています。文化とは一民族の生活様式の総体であって、個人がその集団から得る社会的な遺産とも彼女は理解しています。それから、集団の成員が共有している、ある考え方、感じ方、信じ方というものが、そこに必ず浮上してくると言われています。文化はあるひとつのシンボリックな現象であると言われています。身体的観念、疾病観、それから病気観、人生観、死生観、こういうようなものがここに入っています。これも全体的な見方で、人間の生き方を全体として、その枠の中で見るということですね。状況の異なる相手をこう理解していかないといけなところが我々の毎日の生活、仕事とよく似ていると考えられています。病気の原因や過程に意味を見いだして、例えば、「小さいとき怪我をしたから、私は今痛くなった。」とか、過去の行為との関係で、その原因を見つけてきたり、医学的な見方は人類学ではしません。そういうところに焦点を当てながら、研究を進めていくというわけです。看護現象の意味、それから看護現象の表現、それから構造、機能、特徴などを発見していくことも可能です。そういうことで、文化人類学的な接近法も非常に有効に症状コントロール、あるいは症状マネジメントというところでは使われるとよいのではなかろうかと思えます。

こういう4つの方法、“現象学的”“grounded theory”“社会学的”“文化人類学的”というのを見るとわかると思いますが、いろいろな現象をその人に、できるだけ近づいて、自分もその中にコミットメントしながら、相互主観的なものの中で、物事を理解しようというのが先ほど言いましたように、臨床対人関係科学の特性です。これは質的な研究とも言われていますが、質的な研究はすべてこういうところに価値を置くと考えられます。もう一度言いますが、4つあり

まして、研究に用いられるアプローチとしては、“現象的な接近法”、“grounded theoryの接近法”、“社会学的記述接近法”、それから、“文化人類学的な接近法”です。その方法として、どういう形をとるかと言いますと、観察法ということをやります。全く参与しないでというように、ほとんどそこに参与しないで行われる観察法もありますが、今の研究の中では、いくらか参与していくという研究の方がたくさん出ています。それと、積極的に、非常に大きな力で参加していくという研究も少し出ています。それ等は参加観察法、それから面接法です。いろいろな人と出会いながら、その話を聞きながら、あるがままの話を記述して行ってそれを分析していく。それから3番目に、想起的記述法と言いますが、その人にあるものを思い出していただいて、夢でもいいのですが、そういうものを思い出していただいて、記述をして、それを分析して、研究を続けるというものもあります。それからもうひとつはフィールド・ノートと言いますが、そのあるがままの状況を記述していきます。その中に著名に現れてきたテーマというものがあります。そのテーマの抽出というのはまた次の機会にしたいと思いますが、そういうテーマをその中から発掘しながら、主な概念を引き出して、それを構造化するというわけですね。それからエスノグラフィーが、文化人類学的に、文化に焦点をあてて、やはりこれも記述ですが、あるがままの姿を、自然や対人関係の相互作用、それからいろいろな生活様式そういうようなものすべてひっくるめて記述をしていくというのですが、そのようなものが研究方法として現在挙げられています。

最後に、今まで述べてきましたように、症状マネジメントの実際は、我々が人間関係に関わる中で、十分な情報、あるいはその人が意味しているところに焦点をあてた適切な情報を提供し、かつ人間関係的なコミットメントを深くして、援助をして、ある側面では行動の指導というところも含めながら、推し進められていくのではないかと私自身は考えています。研究上の注意ということもありましたが、私は直接研究をしていませんのでわかりませんが、いろいろな文献の中ではそのような研究をする方はよい聞き手であり、共感して常にその人の内発的なエネルギーを盛り上げるような聞き手であり、かつ、よい学習者であり観察者であるのが大切と書かれています。常に事象に対して純粋さを維持し、純粋さの中で記録を取っていく、ありのままに、あるがままの事象を受容して、それを観察し続け、記録を取っていくことが重要であると非常に短い言葉で結論をしましたが、そのように書かれておりました。

私はどういことが最後に申し上げたいかと言いますと、心理学者レ빈は次のようなことを言っています。「実践なき理論は空虚であり、理論なき実践は盲目である」私たち看護婦にとりましては特に痛い言葉ではないかと思えます。実践なき理論は空虚であり、我々の理論なき実践は盲目である、と彼が言いますように、我々実践科学を志す者は、これを銘記するのが大切ではないかと思えます。今まで実践はしても、理論の重要性に看護は気づいてこなかった。池川先生も言われましたが、それを構造化するという努力を我々は意識的にしてきませんでした。それは大切なことでは

ないかと思しますので、今少し事象を挙げながら、それを構造化するという手法を私も試みてみました。我々は実践はしていても理論の重要性に気づけなかったので我々の理論なき実践は盲目に近い状態で終わってきたと考えられます。今、そういう自分が現象の中で捉えた諸々のものを構造化するという努力が、問われているのではないかと思います。莫大な知識の開発がみられる中で、看護はニーズ理論、解剖学、生理学、病態生理、人間行動、罹患率、死亡率とその原因、人の成長と発達、パーソナリティーの発達、精神病理学、文化様式、信念、宗教と信仰の在り方、家族、地域、社会組織のタイプ、社会の経済状態等の知識を駆使して、なんと大きな知識でしょうか、それを駆使して私たちのケアする身体、心理、社会を統合して、その人を全体として、統合体として観察し、それからウェルネスの視点から適応が判断でき、その援助が適切に行なえるような努力をしていかなければならないと考えています。

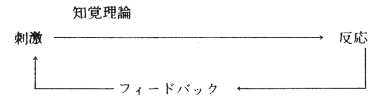
どうも長い間御清聴ありがとうございました。

(スライド 1)

従来のサイエンスと人間科学との間の視座の相違点

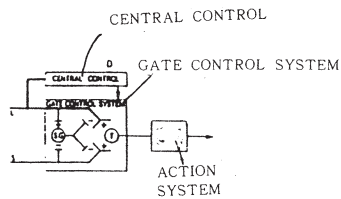
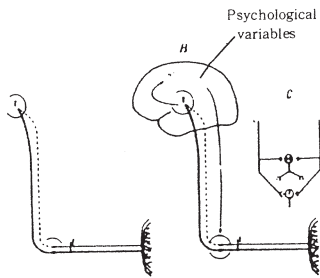
従来の自然科学 医学の対象との関係	それにかわるものとして登場してきた人間科学としての 看護(学) / ケアとの関係
規範的	個性的
還元的	トランスパーソナル
機械的	形而上学的、人間中心的・状況
方法中心	現象中心
価値中立的	価値負荷的、価値の存在を認める、明確化する
疾病中心	個人-経験中心
病理-生理、肉体	不健康に対しての人間の対応、 心身の状態に対する個人的な意味づけ
「サイエンス」の倫理	人間的 社会倫理 道徳
より数量的	より質的
抽象、所与の条件、法則	主体としての人間
客体的経験	主観的-間主観的経験
事実	経験、意味
法則定立的	個性記述的+法則定立的
具象的-観察可能	抽象的-可視/不可視
分析的	弁証法的、哲学的、形而上学的
成果としてのサイエンス	発見という創造的なプロセスとしてのサイエンス
人間=部分の総合(生物学 的-心理学的-社会的 文化的-精神的-存在)	人間=心/体/魂のゲシュタルトという全体的存在 (部分の総和以上のもので、その総和とは全く異なる存 在)
物理的、唯物論的	実存主義的・現象学的・精神的
「現実的である」とは、測 定 観測体験が可能な状態	「現実的である」とは、抽象的で、大体主観的かつ客観的 だが、測定-観測-体験が必ずしも十分にはできない状態 で、謎であり未だ発見されていない未知の状態

(スライド 2)



(スライド 3)

The evolution of the gate control theory



(スライド 4)

- 全人的に症状を捉える
- 体は知覚する主体である
- 体は部分的に感覚を体験するのではなく五感統合されて体験する
- 知覚と感性的なものに意味を浸透させる
- 意味を浸透させるとは諸事象が身体の内である意味を持つようになること
- 知覚されたものとはある意味を持つようになった事象

(スライド 5)

知覚逸脱の概念

1. 呼吸困難
2. 疲労
3. 疼痛
4. 空腹感

(スライド6)

その場その場での症状の知覚とその解釈（意味づけ）及び主観的健康

健康障害を体験し著しい変化の中を生きる（急性期）人の事例

T氏は46歳女性で今年の集団検診で胃癌（胃潰瘍と説明されている）の診断が決定し手術治療を受けた。夫は48歳で商社に勤務。20歳で大学生の娘がいる。家族の相互理解は良く2人で殆ど毎日T氏に面会に来ている。

術前：自覚症状なし	でも少し疲れるこの頃	“まあまあの健康”
術直後：感覚が鈍い	手術が無事終わったんだ	“今は臥床している時”
	しびれた感じ	“治療はとても負担、こんなに大変だとは思わなかった”
	傷が痛い	
	背中が痛い	
	何も自分で出来ない	
術後10日：全てのチューブは抜去	何かか起きている	“私の回復は遅れる”
	経口摂取開始	
	嘔吐、嘔気	“退院はいつになるのだろう”
	下痢、腹痛	“不快な体験が多くつらい”
	疲労、不眠	“どうして突然こんなことになったのだろう”
	用便の歩行が辛い	
	怠い、不安、怒り	“いつまで続くのだろう”
	熱発	
術後11日：絶食	検査開始 状態は悪化している	“何も食べられなく力がなく寝ているだけ”
	点滴開始	
	他の症状継続	“良くなるのだろうか”
	臥床時間の増加	“もしかしたら死？”
術後13日：絶食	状態更に悪化	“私は家に帰れないかも、治る見込みは無いのかも？
	点滴続行	私は死ぬに違いない”
	胃チューブ挿入	
	フェーリー挿入	
	嘔気、下痢、熱発なし	
	その他の症状は続行	
	眩暈、頭重感	
	殆ど寝たきり	
	検査終了－異常なし	
術後15日：全チューブ抜去	状態が好転	“帰れるかもしれない”
	全粥	“良くなるのかも”
	午前座位、午後歩行	“昨日よりは良い”
	洗髪とシャワー	

(スライド7)

慢性病の人の新しい各局面における症状マネジメントの過程

いくつかの考えられる慢性病軌跡の局面と症状マネジメント

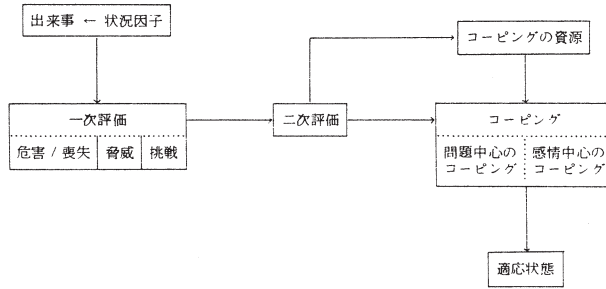
1. 急性期
2. 症状の治まった時期
3. 症状の安定した時期（均衡の維持）
4. 症状の不安定な時期（均衡が壊れる）
5. 生命・生活の衰退期（症状の悪化に直面する。死への接近）

症状マネジメントとそれに伴う仕事

1. 症状の発症 病院で新しい生活の構築を始める
 - 1) 診断が決定する前、 2) 診断の決定、 3) 診断決定後
2. 自分の未来の生命と生活の軌跡を予測し、体力の衰退と自己像の崩壊を体験する
3. 新しい生活の再組織化
日常生活の課題、治療、と個人的調整とのバランスを計りながら
4. 長期の治療に関わる人々と調和した共同作業を計る

J. M. Corbin & A. Strauss : Unending Work and Care

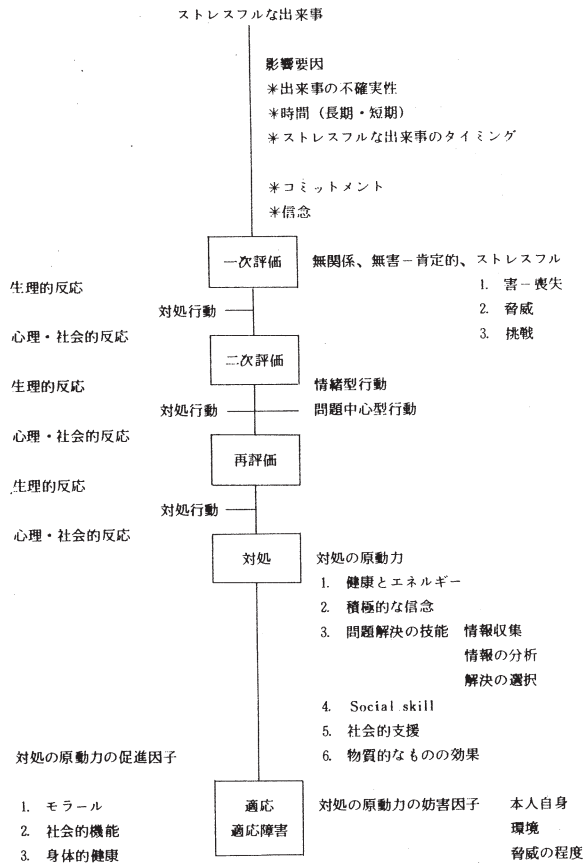
(スライド 8)



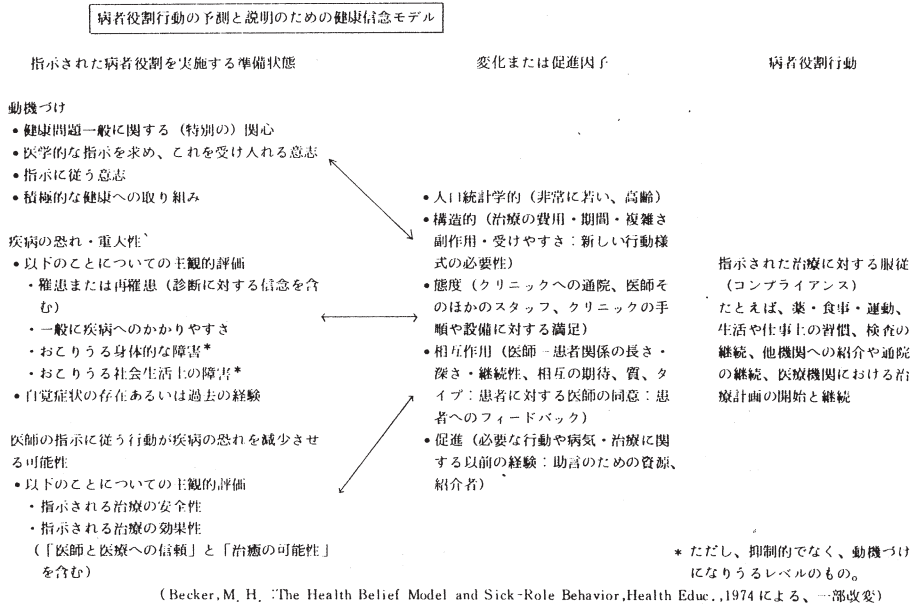
Lazarus の心理的ストレス理論の概念モデル

(スライド 9)

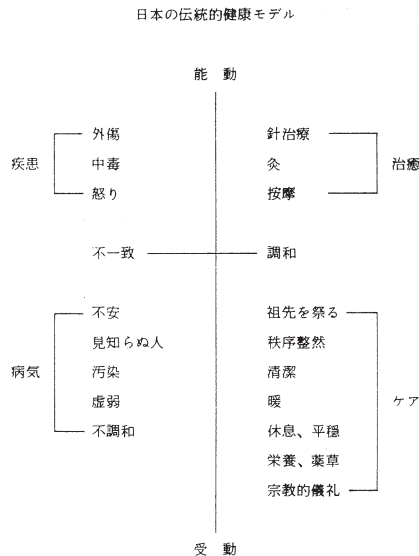
ストレス・対処モデル



(スライド 10)



(スライド 11)



質 疑 応 答

司会：それでは質疑応答の時間を取らせていただきたいと思います。「症状マネジメントー今、改めて患者の立場にたって症状の意味を考えるー」というテーマにそって、午前の部は池川先生に、患者さんの世界へのかかわりー症状の意味するものーという講演を、午後の部は、高野先生に、症状マネジメントの定義をしていただいた上で看護実践と研究に焦点をあてて講演をしていただきました。講演内容から、私は、患者さんが自分自身の症状をどのように知覚し、その症状の意味を解釈して自分にとっての意味づけをしているのか、そして、どのように考え、何を行っているのかを理解する。その上で、私たちは患者さんを見極めることの大切さを改めて具体的に学んだように感じています。会場の皆様から、お二人の先生に具体的な現象や、実践現場での事例をもとに、ご質問やご意見などをお願いいたします。

畦地：今、告知とか、インフォームド Consent、そういうことが話題になっていますが患者さんと接するたびに、患者さんが自分の病気に対して感じている感じ方というのは様々であると思います。この前、私事ですが母が糖尿病で入院して、その母の糖尿病に関する感じ方というのを聞いてびっくりさせられました。こちらから告知をするとか、病気のことを説明することで、患者さんの主観の世界を壊してしまうというか、患者さんが主観として感じていることを違う方向にもってってしまうような感じを時々受けないでもありませんが、そこら辺のことについて、わかりにくい質問ですけれども、答えていただければと思います。

司会：お二人の先生にでよろしいでしょうか。

畦地：よろしくをお願いします。

高野：私はこのように考えます。多分、自己同一性というのが壊れるのではないかと。喪失すると思います。というのは、今まで作り上げてきた、あるいは知覚してきた自己は、変わっていく。糖尿病のなかった自己から、糖尿病のある自己へと、あるいは糖尿という状況を知覚する自己へと変わっていくと私は考えます。壊されると言われましたが、それはある意味ではネガティブといえればネガティブな見方と私は思います。人は、新しい事象との深いかかわりの中で、新しいものを生成していく能力があると言われていています。これは人の見方だと思います。糖尿病になったときに、それに気づいて、それにある意味づけをされて、新しい自己というのを形成するのではないかと、あるいは身体像なども変わります。やはり、癌患者さんなんか特に、私の身体が腐っていくという表現をされます。それも、腐らなかった身体から、腐っていく身体という同一性の変化があるのかなと私は感じます。

池川：私は明解に答えられないのですが、多分、今までの理論は、アメリカから来ているものが非

常に多いですね。アメリカ人みたいに小さいときから自立するように育てられてきて、現実というものをきちんと認識できるように育てられた民族と日本人のように、何か曖昧に暗黙のうちに了解するという世界に住んでいる人とは、危機的な状態にあると非常に違うのではないかと思います。私と言えることは、そういう状況においては関係性がないと、いきなりこのように対処することになっているからこうだとは、日本人の場合にはいかないと思います。ですから、どうすることがいいか悪いかというのを決定するのは、その両者の関係の中で状況に応じてみていくことです。危機理論を見ても、非常にアメリカ的な発想の中ではこれはいいだろうと思うことを日本にそのまま当てはめることは、困難なような感じもあります。特に告知ということになると、かなり難しい状況が生じるのではないかと思います。しかし、原理は現実を患者さんがどう把握するかということから出発すると思います。その意味でやはり、今まで言ってきた症状マネジメントというもとなる考え方というのは共通性はあると思います。そこは文化的な違いや、様々なことが入ってこないと恐らく一律にはいかないのではないかと、特にアメリカで感じているのと、日本で感じているのが少し違い戸惑っているのかなという感じを受けました。

司会：その他にも、関連した質問とか、また新たな質問がありましたら、お受けしたいと思います。

小迫：今の質問と少し関連があるかもしれませんが、私は癌患者さんに、相当長い間臨床でかかわってきた経験があります。日本の癌患者さんは、今まではその診断名を自分が知らされていないという状況が多かったわけですが、最近は治療の意欲につながるという意味もあり、それからインフォームドコンセントという意味でも、本人に本当に診断名として、まだ途上ですが、癌であるということを説明することも多くなってきているように私は思います。先ほどの病気の段階があるというお話の中では、二番目の診断名がわかるというところまでがもう、わかってしまって、次に、それがわかりながら治療を続けていくという段階の患者さんに接した場合に、ご本人の認識というか、主観の中で医学的に癌であるということが事実はっきり認識されていたとしても、それでも尚かつ、その後自分に起こる治療、化学療法などの副作用の強い、いろいろな作用を体験しながら、身体からわかっていって、それに何か意味づけをしながら、頑張っていらっしゃる患者さんを多く見ました。その中で、何とか患者さん自身が、その症状なり、副作用をコントロールしようと、マネジメントしようという努力がいくつも見られました。病院内ではケアとして看護師が、例えば、吐き気に対してはこういう方法がありますよと、ルチーンではやっていると思いますが、ご本人、患者さんご自身のその症状マネジメントの努力としては、民間療法的なというか、まだ広く医学、医療的にはまだ認められていないとしても、非常に本人の努力として、民間療法的な、おまじないなものもありますが、ご本人にとっては非常に大きな意味づけをもった対処を多々取っておられたと思います。その辺の、ご本人の努力と、看護なり、医学なりでこれがいいとされている対処法との兼ね合いやバランスをどのように、特に医療施設の

中で認めていけばいいのかと臨床を体験して思いました。お二人の先生方にご本人の努力でのそのような対処について、看護者はどのようにかかわっていけばよいかということをご質問させていただきます。

司会：池川先生よろしくお願ひします。

池川：私の看護実践を考えていく大前提は、やはり現在の科学医療だけが医療じゃないという立場を取ります。その点で、人類学とか、医療人類学の人達と同じ立場に立つわけです。私たちがあまりにも、医療施設の中で行なわれている医療だけが正しいんだと、あまりに強い信念を持ち続けているために、患者さんの行動、例えば非合理的な行動というのでしょうか、そういうものに対する非常な拒否反応がある。患者さんの立場になって考えれば、自分の痛みや不安を、よりよく解消してくれるものに向いていくのは当然です。私も五十肩になったとき経験したのですが、ほとんど病院に通っても何の助けにもならなかった部分もあります。そうすると民間療法に頼らざるを得ない。その方がずっと私の痛みとか私の問題にきちんと対応してくれる。だから、そういう人達というのはものすごく多いわけですから、私たちがあまりにも、私たちがやっている医療や看護だけが、人々を救っているなどという錯覚を捨てなければいけない。それからでないで本当の意味での患者さんの立場に立って、どうするかなんて発想できないですね。おはらいでもその人が信じていたら非常に強い力になるわけで、希望につながるのですから、決して止めることはないと思います。私も本当に、五十肩で病院へ行ったら、大きな注射をされてますます痛くなって、夜も寝られなく体まで変形してしまったときに、最終的には針と灸で治ったというか、自然に治るのかも知れませんが、その痛みを緩和してもらったという経験があります。私あまり苦しんでいるので、臨床心理をやっている女性が私をみかねて、ものすごく痛みを効くという治療士さんがいるから、是非、行きませんかと言ってくれました。私はその人を信じたんですね。こんなすばらしい人がそう言ってくれるからきっとこの人を信じて行けば、きっとこの今の私の苦しみにから逃れられるかもしれないと、本当に信じ、ついて行きました。でもそれは宗教の一種で、診療室みたいなところがあり、ちょっと襖が開いていたから覗いたらものすごい祭壇があり、震えあがったような経験をしました。でも、その治療士さんはマッサージをしながら、悪いものを自分が吸い取って、それを吐き出すという療法をしました。7,000円位1回行って支払いをしました。私はその方の信じている信仰をもてませんでした。だから、効かなかった。やはり痛かったです。痛みは取れなかった。だけどその友達が、本当にそう言って勧めてくれたから感謝しましたね。その人に対しては、全然「変なとこに連れて来て」なんて思いませんでした。ひたすら自分は信仰が薄かったから、治らなかつたんだと理解して、恐らく別の方法なら私も信じたかも知れない。人間てそんな存在ではないでしょうか。そういうことが全然ナンセンスで、近代医療の合理性に適してないと排除していけば、本当の医療にはならないのではないかと思

います。私たちが思っている数の何十倍もの人が、現実にはそういう治療に頼っています。そこに目を向けないといけません。だから、伝統的な医療も、私たちは一応それに対する価値を排除していくのではなくて、位置付けていかないといけない。だけどそれがあまりにその絶対主義的な宗教に凝って、その患者さんが正しい治療から遠退いていくということであれば当然皆で相談して、患者さんが何か私たちの方を向いてくれるように努力もしないといけないと思いますが、それがそれほどのことがない、その人のある信念とかを貫いていける、そして生きる希望に結びつくようなものであれば、当然効果として大いに発揮していけると思います。私は非科学的人間ですので、そう思います。

高野：私が人類学的視点から、日本、東洋人、特に東洋人が、特に我々、Confucius と仏教を信じるものたちが抱くであろう病気観というものの中から、どのような病気観があるので対処をしていくかというのを構造化したものがありません。それ(スライド11)を見ていただくと、簡単に説明できるかと自分で思いました。例えば私たちは、症状を体験するときに、あったかいものがないと言いますね。夏の暑い日に、暖かいもの食べて温泉につかってね、皆さんの暖かい心をいただいて治るとかね。それから、いろいろな宗教的な儀式がありますね。お墓参りとかお寺に行くとか、いろいろなことがあります。そのような儀式に参加しますね。それも一つの我々の対応法、病気、症状に対する対応法だと思います。このように、我々の特徴ある対応法があると思います。そういうものはやはり、民間療法あるいは東洋的な伝統的な医学あるいは医療からきていると思います。それは、非常に内発的なエネルギーを盛りたてるので大切な方法ではないかと私は考えています。近代アメリカ、ヨーロッパで近代医学が発達してきたときに、そのような症状コントロールが非常に患者にとっては消極的な依存的な状態へと変化したのですが、その時代は19世紀です。日本は東洋的な伝統の中で東洋医学および民間医療を使いながら、患者は主体性をとても維持していたと思います。ところが19世紀の終わりから20世紀に入り、日本にもものすごい勢いで西洋医学が入ってきた後に、患者が主体性を失くして、症状コントロールが完全に専門者の手へ移っていったのではないかと考えます。今、患者に主体性を持たせるという意味においても、東洋思想的な医療や民間医療というものが見直されてもいい時期ではないかと、私は考えています。

司会：質問者の方よろしいでしょうか。

広末：興味深く聞かせていただいた話の中で、一つもう少しお話していただければと思うところを質問させていただきます。一つに、その症状マネジメントをするときに患者の世界を知っていく過程の中で、今までの教育の中では、対象理解というのは対象がどういう状況であるかを知識的に学びながらきたというところがあると思います。実際、実践の場に行ったときに、それがなぜ有効的に使えていないという状況が、看護の中で起こっているのではないかと思います。例えば、反応に対するその人の一部の一片の行動を理解というか知覚したうえで、それに看護婦が

反応してしまい、ずれていく現象というのがあるように思っていました。今日のお話を聞いていて、その対象理解という理解、あるいは了解というところで、二つの段階があると思いました。対象をまずは理解する。そして取り込んでいく段階で知識とそれから看護婦が呑み込んで解釈していく中での相手へ伝えていくメッセージ、アプローチ、ケアがあるという段階。その対象理解、対象了解というところに、対象自身という部分と、それから我々が対象の自覚と、自分、自己の知覚がどう違うかというところを理解して、そしてそのあたりからの理解、了解の過程があると私なりに理解しました。相手を理解して、自己の中に入って、アプローチしていくときの段階は、例えば、それが瞬間的に行えるのがエキスパートだと思いますが、その初歩の段階、教育の中で、それをどのように先生方は取り入れられているのかについてももう少し詳しくお話しして下さるようお願いいたします。

高野：私の体験を少しお話させていただきます。アメリカでは、特に1950年代から70年代までは人間関係がすなわち看護であるという前提のもとでやってきましたので、その辺はとても教育が濃厚になされます。ところが日本の場合は、私が帰ってびっくりするのは、そこが濃厚に教育されないという現実には直面しています。皆さんはどのように思われているかわかりませんが、私がアメリカで受けた教育と比べて、とても人間関係の過程を体験学習する時間も短かければ、内容も少ないと思います。例えば、プロセスレコードにしてもあるいはフィールドノートのような記述をするという教育の内容もとても少ないように思います。私が成人看護学で、研究で学生を指導する場合に、私はとてもよくそれを用いました。プロセスレコードは人間関係を分析するのにいいし、フィールドノート、もう本当にあるがまますを記述するのも結構です。どういう形でもいいから、自分が捉えた現象をそのまま記述してくださいという教育の時間を相当作りました。それをしないと、一旦体験してそのままおくと、次の体験がその上に覆いかぶさって消えていくんですね。ところがこれを記述することによって、もう一度客観的に見直す、あまり客観化というのはおかしいですが、でも意識をして、これを見直すことができるんですね。そうすると、自分の新しい見方が生まれるわけです。その現象を見直して、その中に出てくる浮き彫りにされている現象を、深く理解することができる。それも、強く意識して深く理解するという作業ができるんですね。私はこのような教育をよくしました。彼女たちは、先ほどもスライドに出ましたが、あれを私と学生が一緒になって読みながら、「この場合はどういうふうに患者さんが自分の生命を、生命過程をあるいは生活を生きたのでしょうか」と対話しながら、分析をして状況を把握していくかということをしました。それも、本当に突き詰めて理由を、こうこうこういう理由だから私はこのように考えますというところをはっきり出して対応しながら、その状況把握になるべくその人に近づいて、正確に掴めるように、私と合意できるような時点までします。私が間違っているときもあるので、学生の言うこともよく聞きながら「学生にはこのように映っ

たんだ」、「こうなんだな」と自分でも考え、それは確かかなと考えたりして、このようなやり方で私は教育してきたように思います。だから、日本でそこが抜けるのは、その部分の教育が余り強調されない。それから、対人援助の重要性というところが余り強調されないのではないかと、今までされてこなかったからそうになっていったのではないかと考えます。この頃、看護診断ということが言われ、関係性というより早く診断しなくてはという風潮が出てきて、どうなのかしらという感じですね。

池川：私どもの粗末なお話を非常に的確に捉えていただいたようで、嬉しく思います。やはりそのあたりの混乱があるような気がしますね。ですから、“grounded theory”にしても、いろいろな了解の捉え方をみても、先ほど高野先生が言われましたが、相互主観的というのは主、客を分けて、隔てていたものをつぶらった概念です。人間を対象とする学問では、主、客の分離した思考法では駄目だというのは、他の領域ではもうはっきりしているわけです。しかし、我々はその言葉は理解するけれども、“grounded theory”や了解の展開をみても、全然そこがつぶらわれないで、その言葉だけを使ってやっています。だから、そこが一番の問題点で、その関係性、相互に主観である、間の主観、主観と主観の間なんだというところそれが一つの私たちの人間実践の一つの方法の一つなんだという教育と、実践、そのところが抜けていたんだろうと感じます。私自身は、このような理論を自分が持つものですから講義とその理論とでまず考えるわけです。それから、実践の場で、現実の患者さんの前で教えることが百倍も効果があるわけです。基礎実習の最大の目標を構造化ということにします、それをやっておけば、あとで成人、母性、小児と学習が進むに連れその関係の中で、いろいろな知識が再構成されていく。だから一番、基礎実習のところでそこを教えなければならない。しかし、そんなに理論的にやれるわけではなくて、その場その場の状況に応じて、学生に見られている自分を感じさせたり、学生は最初は全然見られている自分なんて意識できないわけですから、一方的に自分が看護計画を実施して、こうやってやるんだという意識でいっぱいです。ところがある日、ふっと看護婦さんが通りかかった。そしたら、今まで自分と受け持ちの患者さんは非常にうまくいっていると思っていたのに、他の学生はつまづいてうんうん言ってるけど自分は大変うまくいっていると思っていた。そこへ受け持ちの看護婦さんが通りかかったら、今までの学生との対応とは全然違い、その看護婦さんとの関係においては、目つきから違うと言います。学生が言うのにね。本当に何か信頼しきった様子で、学生がいるからと遠慮して来ない、来てくれないことに対する患者さんの不安を看護婦さんに訴えた。それを見ていて、学生はびっくりしたわけですね。ぶん殴られたような感じを受けたわけです。そこで、その意味を考えただけです。見られている自分をはっきりと意識させる。自分と患者さんとは関係ができてなかったと、表面的な関係にすぎなかったというようなことを折々に気づかせていったり、その関係性、相手をどう理解していくか、それには自分が大きな壁になってい

るということを感じさせていく。それを基礎実習の目的にして、その都度その都度状況に応じて行います。自分がそこにいないと指導できないから、本当に大変です。もう少し画一的にやれる方法があったらいいと思いますが、非常に難しい。教師と学生の関係、それから、学生と患者さんの関係、この三者の関係性が非常にうまくいかないと、なかなか学生はその気づきに至らない。基礎の時に一生懸命やっておけば、後は、たくさんの膨大な知識を学生は吸収していかないといけませんから、余りそのことを意識化せずに、やっていけるようになるのではないかと考え、私は実際にはそのようにやっています。

司会：ありがとうございました。

高野：ちょっと、もう一つ、今池川先生が言われましたが、他者理解は自己理解から始まると言われていています。学生は特に発達段階の自己の同一性という課題を背負っているわけです。しかし、それすらなかなかやり遂げられない発達段階にいますので、ましてや自己理解というところは、限界が非常に大きいと思います。そういう限界も、教師は踏まえていて、この限界でよろしいというところを踏まえないといけないと思います。この段階でも他者理解が、少しみえればよろしいという考えはとても大切なことと考えます。

司会：ありがとうございました。他に何か、臨床で実際に看護実践の場で患者さんに毎日かかわっている看護婦さんや、地域で実践されている保健婦さん、また他にも基礎教育にかかわられている方、この会場にいる学生さん、質問がありましたら、お願いいたします。

安藤：今日のお話、臨床を毎日やっていて、本当にうなずける話が多くて、とても参考になりました。お二人の先生に、臨床をやっていてすごくいきづまりを感じてる部分について、アドバイスをいただけたらと思い、質問させていただきます。現在、小児病棟に勤務していますが呼吸器を着けた子どもたちが7人います。その子どもたちは慢性的で、意識もないような状態で2名は一応意識はありますが、ほとんど自分からは訴えができない子供たちです。普段そのような子どもたちをみる病棟の姿勢というのは、どうしてもドクターは症状でみてしまう、CRPが高いとか、消化器が悪いとかそういう視点でみがちで、そのような状態に置かれた子供たちに、看護婦側はどうしてもジレンマを感じます。自分たちは看護が十分できていないのではないかとすごく捉えています。その子供たちは自分から言葉では言わないけれども、いろいろな症状を現しています。こちらから見て本当に判断するのが非常に重要になってくるような、そのような反応のない子供たちの症状をマネジメントする方法が普段本当によくわかりません。どのような視点でみれば、その子供たちが置かれている状況を確認することができるのか。看護婦ができることは何だろうと普段すごく思っていますので、もし何かいいお考えがありましたら、是非アドバイスをいただきたいと思っています。

高野：今ね、反応のないと言われましたが、私はそのあたりがとても疑問に思うんですね。という

のは、看護者側の感受性の強さというのは、やはり求められる資質なのかと思うのです。ある人には反応がないと見えても、その次の援助者に対してはよく反応が見えるということがあると思います。だから、反応がないと見てしまうと、見えにくくなると思います。人間である以上は、先ほど言いましたように、ある事象の中で人というのは、自己の存在というのを体験しながら生きていくと言われていきますので、私は反応がどんな形かわからないけれどもあるのではないかと感じています。それからもう一つは、子供というのは、お母さんとの間で、アメリカの場合は両親にある一定のパターン化された反応をします。それを捉えることによって看護は手がかかりとして何らかのよい対応をできることがあります。ところが日本のお父さんが、時々いらっしやらない場合があるのでお母さんとのパターンというのをしっかりみていけば、お母さんというのは生まれたときから、その方と相互作用を起こしてきたわけですから、そういうのを手がかかりにするのも一つの方法です。その子どもさんだけの反応、それからそのお母さんとの反応です。そのような手がかかりを何か見たい、私はどうしても見たいと思えば見えてこないかなというのが一つの疑問です。今反応がないと言われたから、こちらが反応がないと言ってしまったら、見えなくなるのですね。それから、小さな反応ですが触ったときに、人間は感覚というものを体験すると言われていきます。そういう自分の肌のぬくもり、それからいろいろな筋肉とかの動きが、自分の手のひらに、あるいは触れなくても先ほど言ったように、何とかさんという人がね、皆さんが応援してくれている空気を感じると軽くなるというように、人は触れなくてもエネルギーの交換が行なわれています。そういうものは自分の感受性が高くないとできないのです。自分で意識して、努力をして、そのような能力を高めていけば、私は反応が見えてくるのではないかと思いますね。

池川：私はあまり小児のことについてはわからないのですが、子供との関係について少し何かに書いたことがありました。やはり子供も大人と同じように、いくつかの全然不合理な表現をしているのではないかと思います。病気のために意識レベルが非常に低くなっていることであれば、別の問題かもしれませんが、そうでなければ、一つ一つの表情とか行動の端々に、先ほど高野先生が言われたように、ひとりの看護婦には反応しなくても、何人もの看護婦が共通な考え方を持って接して、一貫してみれば、それらが意味連関するような、何かのきっかけが生まれるのではないかと思います。何気ない、私に対しては一つの表情でも、他の三つ四つの表現を表せれば、何かそこに何かがないかなということ。それは大人も子供も同じではないかと思います。子供が何かを表現する時、自分が言えないことを表現するときはいろいろな形で表現します。私の子供がチョコレートというのはココア色だと思っていた頃、ホワイトチョコレートをある日私があげて、それを冷蔵庫へ入れました。そしたらそれが欲しいために、もう、一日がかりで私にアプローチしてくるのです。冷蔵庫のところに「これなあに」と来ます。「冷蔵庫でしょ」と言

うのに、わかっているじゃない、親にすればこの子ばかりになったんじゃない、そんな感じですよ。だけど、二回、三回来て、今度は「開けてもいい」と言います。私の反応は、「開けてもいい？」と言ったって、冷蔵庫は用事もないのに開けていたら困るわよ」というような感じです。でもだんだんそれがたび重なってくると、何かあるんじゃないかな、なんか欲しいのかなと思って、別のものを、ジュースかなんかやっても、「ジュースじゃない、ジュースじゃない」と言うのです。それでだんだん、もうこっちが苛立ってきて、「そんな贅沢なこと言うんだったらおやつなし」と、取り上げてしまいましたが、夜になってもまだ言ってるんですね。それで、この子は何かを一日がかりで言っていると初めて気がついて、その時、形を言うんです「こんなんこんなん」と、だから形があるらしいと。次に何を聞いたらいいいかな？「あ、色」と思ったのです。構造化するためにです。いくつもの情報を得るために色は何色と言ったら、「卵色」。はっとしたんですよ、私。冷蔵庫→形→卵色→ホワイトチョコレート。子供の見えないところに入れていたのです。それで、「これっ？」と言ったら、子供は「そう」と言うわけですよ。一日がかりでアプローチしているのです。患者さんもきっとそうではないでしょうか。看護婦に何か言いたくても言えなくて、何か他のことを一生懸命表現している。私たちは、親も同じですが、反対に子供にアプローチしているつもりでいる。そうではないですね。子供がものすごいSOSを発してきている。現代の子供の問題はみんなそうではないですか。大人に信号送ってるのに大人が全然それに気づかないというか。そういうレベルの問題であれば、何人かの看護婦がチームを組んで見ていって、私にはこうだったわよ、私にはこうだったよ、というようにすることで、何をもう少しやれば、この子どもの何が必要かというのがわかるのだらうと。色がだめなら形とか、形がだめなら何とかね、あの手この手でいってみるといふ努力が子供への愛情につながるのではないのでしょうか。そしたら、ぱっとわかるというか、普段わからないことがわかってくるということです。それも体験の構造化です。私流のそのような試みもやってみられた方がいいのではないのでしょうか。

安藤：あと一つ、全くレベルが違う質問ですが、これを機会に聞かせていただいてもよろしいでしょうか。池川先生が患者と看護婦の関係を話されたときに、知識も曖昧だし、かといって患者の理解も曖昧な新人看護婦さんの話をされて、患者がしばしば看護婦を病気を相談する相手としてはみないというお話があり、思わずうなずいてしまいました。普段働いていて、病棟で優秀な看護婦とみられるのは、知識がすごくあって、バリバリ働く人が、優秀とわりとみられがちで、ゆっくり患者さんの話を聞けるとか、子供たちの相手をゆっくりできるとか、観察力の鋭い人とか、感受性の強い人はなかなかそれだけでは優秀とみられない状況が多いかなと思います。そういう状況に反発を感じながらも、知識も大切だとはすごく思います。ただ普段、勉強不足をすごく感じているので、疾患だとか、病態生理とか、そのような勉強もしなければと思います。突き詰めていけば、例えば疾患に関する勉強はドクターがすごく勉強していて、自分がしている勉強と

いうのはすごく薄っぺらいような気がしてきます。知識は必要だけれども、日常看護をして症状マネジメントするのに、どの程度の知識、非常に曖昧なのですが、どのレベルまで看護婦は医学的な知識とかが必要なのか教えていただきたいです。

池川：私たちの今までの勉強の仕方がどうだったでしょうね。お医者さんと同じパターンで勉強していると、とても太刀打ちできませんでしょう。向こうは普通でさえ6年も勉強して、だから解剖と言っても私たちはただ絵で見たりするだけですが、向こうは突っ込んで、血管の流れまでみるわけですから、到底太刀打ちできません。私たちが何を看護として、判断していかなければいけないかをきちんと段階を追って示し、再構成していけばいいと思います。そのうえで、何が必要なかが出てきているのではないかと思います。もう既に、新しいレベルでは、アメリカなんかではきっとそのようなものがね。非常に明確に看護に必要な医学的知識であるのが、かなり厳選して出てきているのではないかと思います。日本の場合には、教育の場合もまだそこまでいってないです。ですから、お医者さんが適当に教えてくださるものをなんとか看護に取り入れてという段階ですから、もう少しきちんと整理できて教育におろすことができれば、今あなたが経験してるような不安が若干薄れるのではないのでしょうか。今は皆さんがご自分で一生懸命整理していただくしかないと思います。

高野：私が考えるのはお医者さまと同じ知識を持っていれば、よいケアができるのかといえば、それはできないと思います。医者はこういう知識を持っているのに、私にはないから私はだめという意味づけはよくないかと思います。医者はその知識が必要で看護者、ケアをする人は、これとこれの知識がいるという区別がしっかりできなければ、無理かなと思います。だから、今まで、お医者さんが看護婦さんを育ててくださったのですからね。よい小間使いになるようにという教え方をしてくださったものですから、我々の時代は伝統を引きずってきていますが、私はそれではよいケアはできないと考えます。どういう内容のものが必要なのかともう一度、考え直さないといけないと思います。その内容をしっかり知っていれば、お医者さんの知識が別になくて結構ということです。それよりもこっちの方がより重大と私はいつも思うんです。若い方がいつも言われるのですが、私は生理、解剖とかなんとか……、なんとか……。あら、そう、でも私はそれの方がとても大事だからそれでいいのではないのと言いますが、そのあたりがもう少し自分たちでお考えになって、本当に医者の方の持っている知識を持つことが、よいケアへつなげるのかということをご自身で考えた方がいいのではないかと思います。

安藤：非常に曖昧な質問に、的確に答えてくださってどうもありがとうございました。

司会：あと一つ質問をお受けできると思います。今、小児領域の方からの質問がありましたが、その他の領域で働かれている方、ご質問がありましたらどうぞ。

岡崎：池川先生のお話で、実践知の構築のための有効な手段というところで、自分の経験などを記

述するということが話されたと思いますが、臨床で働いていますと、うちの医大なんかの場合は、比較的若い看護婦ばかりで、オブザーバーみたいになってくれる方がいません。大学にいた頃は、先生に聞いたりすることもできましたが、臨床では、だいたいどの病院でもそういう状況はかなり多いと思います。オブザーバーのない状態で、自分たちはどのようにその実践知を構築していけばいいのか、その方法、手がかりとなるようなものがありましたら、この機会に教えていただけないでしょうか。

池川：私自身が、一生懸命、うめきながら、呻吟しているような状況ですので、そんなに適切には言えません。今日の全体の流れで、私どもが今までの見方ではない、患者の立場に立ってということから、実践知に流れていきました。高野先生のお話になると、かなり現象学的なもの、多分構造学的なもの、それが一体になったようなモデルが作られているわけですね。アメリカの看護、それを先生が解釈された図式とか、そういうものを手がかりにして、一步一步やっていくしかないです。新前だからいけないとか、学校を出たばかりだからわからないというのではなくて、私が大学を出て、すぐに臨床へ出た頃に比べると山ほど文献もあります。文献を手がかりにして、自分が体験していることと、この文献の言っていることが、どこがどう違うかということだけでも考えていけば、随分と出てくると思います。あまり他力本願ではできないので、自分でやるしかないみたいな気持ちで、若い方々が頑張って、これから吸収していただいて、一つ、最初は真似事でもやったらいいと思います。今でも私なんか真似事ですが、人様が言っていることを自分なりにどう解釈して、どうやって自分の言葉にするかということです。そして近づいていくとかそういう努力を積み重ねていくしかないではありませんか。何も勉強しないで、どうやったら積み重なるかと言っても、それは積み重ならないですね。だから、今日なんかは、随分後半の部分で、最も先端をいくアメリカの看護を教えていただいたのですから、私はあれを逐一、文献もきちんとあたって、勉強したいと思います。知識があって、更にそれを突っ込んで、きちんと読んでみるという努力が、積み重なっていくのではないのでしょうか。原著にあたるというのは本当に大事なことで、人が言ってることだったら聞いたら、抜けていきますから、それをきちんと自分で確かめる、そういう一つ一つの努力がこれからの看護をつくっていくのではないのでしょうか。抽象的な言い方ですみません。

高野：一つ付け足しておきたいことは、私はアメリカで教育を受けましたので、日本の事情に疎いのですが、慢性の患者さんが増えた中で、私たちはその人たちの努力をまず見抜く、こちらが問題を助けるのではなく、まずその人の力を見抜くということが一番大切かと思います。そして、その力を見抜く能力を養うということですね。その力をどのように私が援助することによって、この人に発揮することができるかというあたりができれば、一番いい援助につながるのではないかと考えます。

司会：よろしいでしょうか。まだまだご質問があると思いますが、お時間になりました。私自身、今回の症状マネジメントというテーマを企画した一人ですが、お二人の先生の午前、午後のお話をお伺いして、何となく企画しながらもすっきりしていなかったところが明確になり、本当に今日は勉強になったと思っています。私自身が基礎教育の成人看護学にかかわっておりますので、「症状マネジメント」ということに関する膨大な課題が、お話の内容を一つ一つをかみしめながら、残されたのではないかと思います。患者さんは症状について独自の判断を下し、知恵を出し合い様々な工夫をされています。患者さんが症状マネジメントしていくには、自分自身の症状とその影響をできるだけ詳細に知ることも大切であり、その力を引き出していくことも看護として大切だと思います。これからも看護者として、更に学んでいくことの多さを感じました。今日は、本当にお忙しい中、私たちに多くの示唆とか、方向性を与えてくださるご講演を、池川先生、高野先生どうもありがとうございました。

これで本日の公開講演会を終わりたいと思います。会場の皆様、どうもありがとうございました。