



Title	<関係への関係>としての看護：基礎看護学における実習構築のために
Author(s)	寺山, 範子; 堀江, 剛
Citation	臨床哲学. 2000, 2, p. 3-19
Version Type	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/5950">https://hdl.handle.net/11094/5950</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# 関係への関係 としての看護

——基礎看護学における実習構築のために

寺山範子・堀江 剛

本稿は、基礎看護学における臨床実習の経験から、それをさらに改良し、よりよい実習を構築してゆくための理論的な予備作業として構想されている。その狙いは、看護学原論を単なる教義として教えるのではなく、原論のコンセプトを臨床の場での教育に生かすこと、そのような道筋をつけることである。またそれは、看護における知識・技能を単に臨床の場で適用することに終始してしまう実習の現状に一定の反省を促し、それとは異なる実習の在り方を模索することである。

そのためにまず私たちは、看護活動というものを臨床の場に出来るだけ即したかたちで概念化することを試みる。その後、基礎看護学における実習事例を見た上で、上に述べた狙いに戻ってくることにする。これらの考察の中には、特に「関係」概念をめぐる理論上の工夫が織り込まれている。最後の章では、本稿での理論的考察全体を要約するとともに、実習構築において残された課題に言及することになるだろう。

## 1. 臨床の場における看護活動

看護活動は、生きた患者とのリアルな関係の中で展開されている。患者は変化する存在であり、その一瞬先は基本的に誰にも予測がつかない。また患者を取り巻く状況も、患者の変化に伴って展開される医療・看護の状況も変化する。そこでは、必ずしも予測や準備というものが意味をなさず、臨機応変の対応が要請される。

そうした中で、看護は患者の健康を求めて働きかける。患者の人体組織ないし特定の疾患部分に狙いを定めて働きかけるのが治療（キュア）であるとすれば、看護は患者という生命＝生活<sup>(1)</sup>の全体に気を配り、働きかける活動（ケア）である。このキュア／ケアという区別によって、なるほどおおかまかに看護の営みを特徴づけることはできる。しかし「生命＝生活の全体に気を配り、働きかける」とは、しかも刻々と「変化する」患者や臨床の場でそれを営むとは、実際どういうことなのだろうか。

[ 1.1. 関係 としての人間 ] 通常「生命 = 生活の全体」という表現は、人間の心と身体の両側面を合わせた「全体的 total」な事柄という程度の意味で使われる。しかし人間は、まるで単純な足し算の結果ででもあるかのように、心と身体から成り立っているわけではない。それらは複雑に絡まり合っている。また心身は、それぞれ異なった仕方で外に向かって開かれてもいる。このことを少し詳しく考えてみよう。

まず身体は、均質な延長空間の中で孤立して存在しているのではない。むしろ環境との代謝・配置関係(及びその変化)と捉える方が、生命体 = 生活体としての身体を考えるのにふさわしい。呼吸し、食べ、排泄し、汗をかくといった代謝関係。身体諸器官の配置関係、頭や手足の位置関係、姿勢、周りのものを見たり触ったりしながら姿勢を保つこと・崩すこと・動くこと、ものを掴んで移動させること、室内にあるもの(椅子やベッドなど)と自分との配置関係、他人との位置関係、その時の視線の向け方等々。厳密に言えば、身体はこのような関係(及びその変化)そのものであり、そうした諸関係の集まりである。

同様に心は、他の心と別に孤立して存在しているのではなく、常に何かへ向かいつつある志向性である。しかしそれは、自分の内から発して外へと向かうのでは必ずしもない。むしろ内 / 外、自 / 他といった区別を通して、自己(内)への志向性や、他者や他の物(外)への志向性が生じると言える。内から外へ向かう志向性は、こうした区別を前提にしたバリエーションの一つでしかない。従って、その逆もありうるし(外から内にやってくる「他者の視線」のように) その他に例えば、上 / 下、前 / 後、あれ / これ、原因 / 結果、目的 / 手段、真 / 偽、愛 / 憎、快 / 苦、善 / 悪など、様々な区別を通して志向性は働いている。この意味で、心は一定の区別を通した志向的関係そのもの、あるいはそれらの集まり・継起である。そしてこの諸関係の変化もしくは変容として、感情や思考・判断、意志など心の動き、あるいは心の働きの様々な在り方を考えることができる。

以上のような心身の代謝・配置・志向的諸関係、及びそこに社会的諸関係<sup>(2)</sup>を加えたものの総体を、ここでは 関係 と表示することにしよう。またこれは、特にことわりのない限り「変化」を含むものとする。注意してほしいのは、これが主体としての人間が持っている関係のことではなく、むしろ人間が 関係 そのものであるということ、あるいは人間は 関係 の集まりに過ぎないということである。<sup>(3)</sup>

[ 1.2. 関係への関係 としての看護 ] 患者に関する身体機能の連関や変化、生理的な変化、患者の姿勢・清潔さ、患者を取り巻く様々な医療器具と患者との配置関係、病

室・病院内での快適さ・動き易さ、患者が気にしている・いない（意識している・いない）事柄、患者の痛み、痛みからの解放・喜び・悲しみ・気持ちの高揚・落ち込み・不安など、あるいは医師・看護者・家族などとの関係、その関係の取り方・態度、患者の経験 etc, etc...。このような患者という関係に気を配り、働きかけるのが看護である。

ここで次のことが分かる。つまり看護もまた関係として、患者という関係に関係するということである。看護者の気配りや働きかけは、それ自体患者に対する一定の配置関係や志向的・社会的関係として、患者の関係の一部を形成しつつある。そしてその限りで、看護は患者に変化を与えることができる。患者という関係にとって、看護の気配り・働きかけは環境の一部分に過ぎないが、自らの関係に大きな変化をもたらしうるような一部分である。また看護という関係にあっても、患者は一つの環境である。しかしそれは、自らの配置関係や志向的・社会的関係を活用し、それに変化を与えるべき特別な環境である。

こうした事態を、関係とは少し別の角度から言い直せば、看護者と患者との間に言語的・非言語的なコミュニケーション<sup>(4)</sup>が産み出されている、ということになるかも知れない。それは、例えば簡単な「声かけ」や、看護者が患者の身体に「触れる」ことのうちにすでに生じている。また、しばしば不可避だと思われるような深い感情を形成することにもなる。看護はこのような関係形成の場面を大切にしようとする。患者への「巻き込まれ involvement」あるいは「共感 sympathy」といった看護の概念は、このことをよく示している。

看護の「生命=生活の全体に気を配り、働きかける活動」とは、こうした関係への関係であると要約できよう。しかしこのような関係において、その全てを見渡すことは不可能である。しかもそれは常に変化している。この意味で「全体」という言葉には十分注意する必要がある。

看護は患者という関係の「全て」に気を配り、働きかけることはできない。もしそうした諸関係を分解し、その一つ一つに対処していくとするならば、患者の関係や変化の多様さに追いつくことができないないだろう。従って看護は、その都度何らかのかたちで患者という関係の何処かに焦点を絞り、それを手がかりにして働きかけているはずである（この点に関しては第3章で主題的に論じる）。しかしそれは、患者という有機的な関係そのもののへの働きかけとして、その「全て」ではないにせよ、やはり一つの「全体的なもの」に関わっている。

[ 1.3. 変化に対応する看護 ] それでは、いったいこの「全体的なもの」とは何なのだろうか。ある意味でそれは、患者における「回復過程」や「健康」<sup>(5)</sup>という全体的なイメージ、あるいは患者の「全体像」であると考えられる。看護者がこうしたイメージを持つことは、自らの活動の統一性を見失わないという意味で、なるほど大切な要素の一つではある。しかしそれはあくまでイメージであり、曖昧なものである。むしろ、この「全体的なもの」としてのイメージよりも、患者という 関係 の「全てを見渡すことが不可能」であり常に「変化する」という事実の方が、看護活動を明瞭に記述するという意味では重要であるように思われる。この事実こそが、臨床の場における看護活動を具体的なかたちで規定している、決定的な要因だからである。

この事実のために、看護者は患者という 関係 について完全な見通しがつかないままでも、それに関係し、変化を与えようと働きかけなければならない。差し当たって目の前に生じている患者の変化に対して、自分に何ができるか・できないかを判断し、できることの中から自分の行動を選択し、実行しなければならない。働きかけを一旦止めて、それが完全に正しいかどうか、より効果的な働きかけがないかどうかをじっくり考える時間はない(いつもあるとは限らない)。患者の変化は待ってくれない。

またこの事実のために、看護は「何故・今・これをしているのか」ということを明確にするように迫られる。つまり見通しや予測がつきにくいが故に、看護する場合の目標や理由をしっかりと定めておかなければ、患者や状況の変化に流され、振り回される危険がある。また一定の目標や理由を明確にしておけば、予想とは異なった変化が生じた時に、それを変更することが、より迅速かつ容易にできる。

看護は、患者という 関係 をより完全に把握する活動ではない。そうではなく、常に不透明な 関係 に対して、その変化に遅れることなく判断・選択・実行、そして目標設定・理由づけを繰り返す活動である。もちろん、患者という 関係 に十分気を配ること、こうした関係をよく観察することによって、この活動はより有効になる。それは言うまでもない。しかしいずれにしても、それは今挙げた諸活動のただ中で営まれている。要するに「行動する中で考えること Thinking-in-Action 」<sup>(6)</sup> が、臨床の場における看護活動の実際なのである。

## 2. 基礎看護学における臨床実習

今日、医療技術の高度化等により、看護学で習得されるべき知識・技能の項目はますます増大しつつある。それに伴って、上に述べた 関係への関係 あるいは「行動

の中で考えること」としての看護の営みは、膨大な知識・技能の患者への形式的な適用の問題に置き換えられる傾向にある。しかし、それは明らかに「適用」に解消されるものではない。看護教育は、こうした臨床の場における看護の営みをどのようにして教えうるのだろうか。また学生は、これをどのようにして学びうるのだろうか。

[ 2.1. 看護学実習 ] 看護学の実習は、基礎看護学実習と専門的各領域実習（母子・小児・成人・老人・精神・地域）とから構成される。看護学を学び始めた学生が最初に行うのが基礎看護学実習である。それまで文字の上でしか登場してこなかった患者が、そこで「本物の患者さん」となって目の前に現れる。学生は、患者と直接会えることへの期待を示すことが多いが、同時に、自分の言動が患者にどう映るか、そこからどんな反応が起こるか、それは患者の病状に影響を及ぼさないだろうか、といった不安も持ち合わせている。こうした期待と不安は、看護における患者の 関係への関係に対する期待と不安を、ある意味でストレートに表現している。

初回の実習の印象は鮮烈である。それだけに、ここで上手くいかなければ学生は看護そのものを嫌いになってしまい可能性が大きい。実習の指導者は、このことに常に気を配っている。しかしながらそれは、学生が臨床の場での看護活動における本質的な何かに触れ、それを自分なりに切実なかたちで問い合わせ、自分なりに理解することができるかどうか、そうしたこと自発的に考え始める絶好の機会でもある。

こうした学生の生きた経験を重視する実習として、看護学では「経験型」と呼ばれる方法が取り入れられつつある。<sup>(7)</sup> それは「講義・演習で学んだ看護学の知識や技能を一旦忘れて、患者やその家族、医療従事者とどっぷりつかる直接的経験をし、しかる後に学生が反省的経験を繰り返しながら学ぶ」<sup>(8)</sup> 方法である。

筆者の一人（寺山）は、基礎看護学実習においてこの方法を意識的に採用し、指導を行った。そこで最も工夫されていることは、学生が自分の経験や関心から看護に入りていけるように、受け持ち患者の選定を時間をかけて学生自身が行うようにしたことである。学生は、受け持ちたいと思ったそれぞれの動機から出発し、様々な困惑の中でそれに頼ったりそれを訂正したりしながら、臨床の場における看護の在り方を学んで行く。また、こうしたプロセスを学生は自分の問題として反省することができる。（末尾の資料「基礎看護学実習の概要」を参照）

[ 2.2. 実習事例 ] ここで実習レポートの一部を事例として紹介する。事例は概要の第段階に当たる。 は患者を受け持つことになった学生の動機、 は実習中の患者の

様子や学生の気づき（平カッコ [...] で、学生の見えていない事柄や教師の学生への指示などを捕捉した）は実習後の学生の感想、をそれぞれ示している。地の文は原則として学生自身の言葉であり、説明が必要と思われる事柄は丸カッコ（...）で補った。

### 事例 1

テキストでしか知らなかった病名のTさん。その疾病に関する知識と、現実（その疾病を体験している人）とを結び付けていけるのではないかと思い受け持つたいが、退院に向けて自立しつつあるので、自分に何ができるのか分からなくなって考え中（受け持つことに決定）

71歳、男性、糖尿病、閉塞性黄疸、PTCDチューブを挿入中。腹壁から出ているチューブは、このままで退院するので自宅で管理しなければならない。創部の感染予防処置、インスリンの自己注射の練習を始めたところ。ナースの指導のものとに処置をしながら「健康ってありがたいね」としみじみおっしゃる。何も言えなかった。しかし患者がそう思っていることを忘れないようにしよう。[朝の血糖118、低血糖症状なし、PTCD自己管理の指導を継続中。昨日入浴時に、自分では位置が見えない、体勢が「つらい」と言っているが、学生はそれに気づいていない。]

（翌日）自己管理するときの「姿勢がつらい」というため、今日はその場面を確かめた。身体が堅くなっている、上体がかがめず、腹壁上の創部を確かめることや処置をするのが困難であることが分かった。何とか工夫できないか。かがまなくてもできるように、鏡を患者の正面に立てて創部を映し、上体を伸ばしたまま処置してみることを勧めた。最初は反対に映っているため手元がやりにくそうだったが、患者は「できそうだ」と。午後の入浴時には創部の保護にも鏡を使ってやってみた。

「健康が一番だよね」という患者の思いがよく分かった。退院後は妻ともども娘夫婦と同居する予定で、家族内で（誰がチューブの管理をするのかという）相談が進まず、患者が行うことになった。退院後の患者を受け入れる家族の気持ちの複雑さ、患者は今まで何をしてきた人なのか、どんな人だったのか、病気とその治療を知ることなどなど、患者を知る上で大切だ。最初は自分がどんなコミュニケーションをとれるのか不安だったが、自信がついたような気がする。

### 事例 2

高齢患者で、術後、痴呆様症状が出現し、いつも大声で何かを訴えているHさんを見て気になる。ナースは「本当はゆっくり話をしてあげたいんだけどね」と言うが、患者の部屋を忙しく出入りするだけで、一人にしていることが多い。自分が話を聴いてあげたら少しはいいかなと思って。患者は留置カテーテルのことが気になるようで、「ペン、ペン」

としおりう手をもっていき訴えるが、ナースは尿のチューブなのに、それを正しく訂正しないで、患者の言葉をそのままに「ああペンね、気になるのね」と軽い返事をしている。他の場面でも似たような対応をしているが、それは患者に対してウソをついているのではないか、自分はもっと素直に患者をみたい。

89歳、男性、胃ガン、食事は禁止、IVH、留置カテーテル、仰臥位でほとんど寝たきり。起き上がる体力はなさそう。しかし身体についていろいろなラインが気になるらしく、引っ張ろうとするので要注意。ナースからは、痴呆症状があり発言がおかしいとか、攻撃的な発言をする患者と紹介されたが、自分には言葉がはっきりしているように感じる。患者ははっきりと「さびしい」「妻に電話をしてほしい」と何度もナースに訴えていた。今日はじぶんは患者のそばについていて、昔話を中心に話して過ごした。会話はつじつまがあうが、どうして今病院にいるのか分からぬ様子なので、分かるくらいに患者が自分を取り戻した状態でいてくれたらと思う。[急激な環境変化と高齢者の適応能力を考えているか(いわゆるICU症候群のハイリスク状態) 医師は低Na血症傾向を気にしているが(電解質アンバランスが意識状態の変調をきたすこと) その意味は理解しているか、学生に問い合わせる。]

(翌日)留置カテーテルを抜く動作は今日も頻繁に続いているので目が離せない。今日の自分の計画は患者に合わないのかな…。どうしたのかな。今日は、留置カテーテルで問題が起こらないように、ナースにはこのことを中心に患者に関わっていきたいと伝えた。[昨夜、意識レベルが低下、心電図も変化、瞳孔の左右差も出現したという。この状態を学生はどのように受けとめたか質問。そのときの医師の判断を知っているか質問。]夜間、動作に不穏状態があったという。相変わらず留置カテーテルを引っ張る動作があり、血尿がみられる。やはり痴呆なのか。

素直に患者をみようとすることの難しさがあらためて分かった。患者さんといつても、そのなかのたった一人のHさんという人、一人一人が違うんだということを感じた。患者を見なくてはいけないということを勘違いしていたと気づいた(病状や医学的なデータとの関係をぬきにして患者を見ることが勘違いだと気づいた)。

### 事例 3

以前、実習生に受け持たれてシャンプーをして、気持ち悪い体験をしたという患者。自分が受け持つて実習生のイメージが改善できるくらいにしたい。

Iさん、76歳、女性、胃ガン、人工肛門、PTCDドレーン、IVH、留置カテーテル。白血球が減少しているので、易感染状態にあり、毎日身体の清潔ケアが必要。処置が多い。ナースと一緒に清拭をした。「気持ちいいね」と言ってくれた。[嘔吐少量。ナースより教員に申し出。患者から「(学生がいろいろ話すので、悪いと思って)吐き気をこらえて話している」と訴えがあったので、学生に「話し方を考えて」みるよう伝えたことを連絡して

くる。患者の嘔吐の様子を学生に問い合わせ、今日のやりとりの様子をプロセスレコードに展開してみるよう言う。]

(翌日)今日はナースに見てもらい、自分が中心になって身体の清潔ケアを行えた。「今日は気負わざできました」と笑顔。[留置カテーテル詰まる。尿中の浮遊物が多い。朝、鎮痛緩和のための麻薬を内服済み。]

(翌日)自分が中心になって行うが、今日は教員と一緒に。[鎮痛剤、抗腫瘍剤、その他身体に様々な処置を行っているIさんだが、学生はそのことをどの程度、どう理解しているのか、確認のため学生とともにIさんのケアを行う。身体の清潔ケア時、皮膚の剥離を伴う変化を発見、使用薬剤の性質から見て単なるかぶれとしては処理できないため、学生にはリーダーナースを呼びに行かせ、ナースにも確認してもらう。ケア終了後、皮膚の変化という事実からIさんの身体に関して一連の判断(抗腫瘍剤 副作用としての白血球減少 易感染状態 二次的感染としての皮膚、尿路の感染)がなされるできであることを学生に伝えるとともに、経験者にも確認してもらうという問題処理の方法とその必要性を説明する。病床でつらい状態にあるIさんと、支えている娘さんのつながりについて気づいているか、学生に聞いてみる。]

確認と観察の大切さが分かった。具体的に見える明らかなニードだけでなく、見えない気持ちや思いがあることが分かった。なぜこのケアをしなければならないのか、根拠がないと意味がないことも分かった。患者は気丈な人だと思ったが、娘への思いに気づいた。人工肛門を初めて見たときは怖かったが、今は便は汚いとは思わないで、大事なものだと思って見れるようになった。

[2.3. 事例の考察] 以上の事例を三つの点に整理して考察する。第一点目は、学生が患者に関わる場合の動機の多様性あるいは恣意性である。事例1の学生は「病名」という知的な関心を動機にして患者に関わろうとしている。事例2では「もっと素直に患者をみたい」といった患者への同情、また既存の看護活動に対する何かしらの反発が動機となっている。事例3の「実習のイメージを改善したい」という動機は、具体的な援助行為への関心に基づいている。実習ではその他にも、患者の「人柄がよい」「年齢が近い」「解熱の過程に参加できる」など様々な動機があった。

こうした動機の中には、看護活動とは全く無関係なものがよく含まれており、その意味で学生の恣意的な関心に依存している。しかしそれらは、どのようなものであれ関係への関係の一端であり、同時にそれを学生自身が自らの動機として引き受けていることを示している。実習の指導者や、すでに患者に関わっている現場の看護者の文脈からすれば、それらは妥当だとは思われないものであるかも知れない。しかし学

生にとっては、それを手がかりにして、そこから患者に近づき、自分の全存在をかけて看護を始めようとするための、極めて重要な関係点なのである。

第二点目は、患者のニードの同定とその困難に関係する。看護は患者の「援助へのニード」を見出し、そこに働きかけるものであると考えられる（この点に関しては次章で踏み込んで考察する）。しかしそれは、必ずしも単純に見分けがつくわけではなく、患者との具体的な関わりの中で見えてくる。学生は、現場の人々や患者と関わりゆく過程の中で、援助へのニードを見出すこと・見出せないこと、またそれが訂正されることを経験している。

事例1では、患者の姿勢がつらいことが「翌日」に見出されている。事例3で、患者は「学生がいろいろ話すので、悪いと思って」吐き気を隠した。後で学生は、これとは他の件も含めて患者の「見えない気持ちや思いがあること」に気づいている。この場合興味深いのは、良い援助をしたいという学生の動機が、かえって患者のニードを見えなくさせてしまっているということである。事例2の学生は「大声で何かを訴えている」患者を受けとめようしながら、その過程の中で「自分の計画は患者には合わないのか」と考え、患者を「素直に」見ることの「勘違い」に思い至っている。

第三点目として、ニードの同定の仕方、あるいは同定の在り方の問題に触れてたい。学生は、患者のニードの同定という問題を経験することによって、患者という関係に十分注意すること、その「確認と観察の大切さ」を学ぶ。それはしかし、患者の中にあらかじめ存在しているものを目敏く探し出すことでもなければ、看護学で学んだ患者のニードに関する様々な種類を個々のケースに正確に適用する作業でもない。

むしろ「援助へのニード」を明確にしたり不明確にしたりするのは、看護者と患者との相互の関わりであり、そのニードは両者によっていわば産み出されるものである。それは、患者という関係及び看護という関係への関係における、一種の構造的な転換のようなものを伴っている。学生は、患者との関わりの過程の中で「援助へのニード」の輪郭が変形したり、内容そのものが塗り変わったりする体験をしている。

それ故、人や状況が入れ替われば、異なったニードが見出されとしても不思議ではない。学生の見出したニードが、ナースが同定した、もしくは病棟の統一見解としてのニードと異なっているとしても、それが間違っているとは決して言えない。援助へのニードは「別様にもありうる」という性質を常に持っている。例えば事例2の学生が、痴呆症状と思われている患者と「素直に」関わることによって、現場のナースには気づかれなかった何か新しい「援助へのニード」を発見していたかも知れない。

### 3. 看護学原論のコンセプト

基礎看護学では「看護学原論」を教える。それは看護の本質（看護とは何か）に関する理論であり、多くの看護論が看護を患者の「ニード」という概念に関連させて定義する。例えば、アメリカの古典的な看護学者ウィーデンバックは、看護を「ある個人が 援助へのニード need-for-help として体験しているニードを満たすこと」<sup>(9)</sup> であると定義する。さらに彼女は、「患者が体験している 援助へのニード を「同定」すること identification、必要とされている援助を「実施」すること ministration、実施された援助がはたして必要とされていた援助であったかどうかを「評価・確認」すること validation」、この三つを看護の構成要素であると規定する。<sup>(10)</sup>

以下では、この原論のコンセプトを、これまで述べてきた 関係への関係 や実習事例に関連させて敷衍することを試みる。それによって、臨床の場で経験を積んだ看護者も実習学生も、同じように直面しつつある「看護とは何か」の構造を浮き彫りにしてみたい。

[ 3.1. 看護の用いる「区別」] 上の定義の場合、まず人間が、自己維持のために様々なものを必要(ニード)とする生命体＝生活体と見なされている(それを私たちは 関係 という概念によって表現した)。そしてその上で、看護は「自分自身の努力だけではそのニードを満たすことができない」<sup>(11)</sup> 場合に生じる援助の必要性、つまり「援助へのニード」に関わると考えられている。言い換えれば、看護の活動はまずもって「患者」というニード」と患者の「援助へのニード」との差異に着目するのである。

この差異は、極めて複雑で「全体を見渡すことが不可能である」ような事柄に関わるための単純な線引きであり、看護活動に固有な「区別」である。<sup>(12)(13)</sup> これよって看護は、為す必要のない事柄（患者が自分で自分のニードを満たすこと）と為す必要のある事柄（患者の援助へのニードを満たすこと）とを振り分ける。この区別を手がかりにして、たとえその全てが見渡せないにしても、看護は患者という 関係 に関係する。その具体的な関係点は、例えば「何かを訴えている」患者の声であっても、また「病名」からの援助へのニードの推察であってもよい。

ところがこの区別によって、看護は援助へのニードをすぐさま「同定」できるわけではない。むしろ次のように言うべきである。すなわち、この区別によって看護は、援助へのニードの同定と隠蔽あるいは理解と誤解、その両方の可能性を同時に開く。例えば事例 3 に典型的に示されているように、看護者の患者への関わり（それはもちろ

ん患者の援助へのニードを満たそうとするものである)そのものが、その患者における援助へのニードを隠してしまうことがありうる。また、ある援助へのニードの理解は、誤解である可能性を常に伴っている。これは理屈としては、実習学生の未熟な看護行為に限らず、全ての個々の看護行為に当てはまる。

さらに次のようにも言うことができる。患者の援助へのニードは客観的なものとして存在するのではなく、またその同定や理解を看護者が主観的に行うのでもない。そして患者もまた、自らの援助へのニードを常に明確に同定しているわけではない。むしろすでに述べたように、援助へのニードは看護者と患者との関わりの中から産み出されている。看護が「患者というニード／援助へのニード」という区別を用いることは、その隠蔽や誤解の可能性も含めて、こうした「産み出す」関係を開くことなのである。

援助へのニードの「同定」をめぐる問題に関して、多くの看護論は「患者をよく観察し理解すること」や「患者が陥っている原因を知ること」の大切さを強調している。しかし、こうしたことによって「同定」が最終的に達成されるかのように考えるならば、それは根本的な誤りであろう。むしろ看護は自らに固有な「区別」を用い、そこから患者をよく観察し理解し原因を知ることによって、援助へのニードの同定・隠蔽、理解・誤解という両義的な可能性を展開させてゆく。このような展開を続けていけることが、看護の本質なのである。

[ 3.2. 関係への関係 の再生産 ] それでは、この看護の展開はどのようにして続けられうるのだろうか。

冒頭に述べたように、患者は変化する存在であり、それを取り巻く状況もまた変化する。多様な変化は、上に述べた区別やニードの同定を困難にもしているが、逆にその中に区別の手がかりや同定・理解の契機を豊富に見出すこともできる。そこから、これも最初の章で述べた判断・選択・実行・目標設定・理由づけなどの契機を引き出すことができる。また患者の経歴や医学的なデータ、医師・看護者・家族との関係を知り、それらを有効に活用することも可能である。要するに、患者という 関係 の複雑で微妙な変化こそが、看護の豊かな展開の下地になっているのである。

また、先に示したウィーデンバックの看護を規定する三つの構成要素に従えば、看護は患者に働きかけることによって生じた変化の「評価・確認」を通じて、それをさらなる区別や「同定」および「実施」のために活用することができる。そこでは、最初の区別を手がかりにして患者に働きかけることが、新たな区別を産み出すことにな

る。それは看護者と患者との間で生じている「関係への関係」の、いわば再生産である。これによって、患者の「援助へのニード」の同定を修正したり、誤解を解いたりする作業が可能になる。しかしある、それが新たな隠蔽・誤解を産み出してもいることを忘れてはならない。

このようにして、患者という「関係」に対して絶えず判断・選択・実行が繰り返される。あるいは、患者の変化に流されずこうした活動を安定的に行えるように、一定の目標設定や理由づけが繰り返される。そしてその中で、再び「区別」が生じてくるのである。その限りにおいて看護は続けられる。臨床の場における看護活動は、こうした「関係への関係」の再生産として成り立っている。

またその限りにおいて、援助へのニードに対する最終的・決定的な同定・実施・確認というものもありえない。あるとすれば「援助へのニード」という手がかりがなくなった時、つまり患者が健康になって「患者というニード」と患者の「援助へのニード」との区別を看護者や患者が見出せなくなった時である。あるいは、患者が変化することを完全に止めてしまった時、つまり患者が死んでしまった時である。いずれにしても「患者の体験している「援助へのニード」を満たす」という看護の営みは、ここで終わる。

[ 3.3. 看護学原論と実習学生 ] ところでこの「再生産」の過程は、看護者（あるいは看護者のチーム）と患者との間で生じる一般的な事態であるとともに、一人の看護者が様々な臨床経験を経る中で産み出しつつある大きな看護のプロセスであると考えることもできる。臨床経験を積んだ看護者は、異なる患者や状況に対して自分なりの観点と方法をもって、この過程を産み出すことができる。あるいは、こうした過程を具体的なものから一定限度抽象したかたちで想定することができる。つまり、普通よく使われる言葉で言えば、一定の「看護観」を持っているのである。

臨床実習を行っている学生は、こうした大きな看護のプロセスの入口に身を置いていると言えるだろう。しかしそれは、看護に固有な「区別」を用いて患者に関わるという意味で、経験を積んだ看護者の活動と全く同じである。また「援助へのニード」をめぐる同定と隠蔽、理解と誤解を含んでいるという意味でも、はやり同じである。ただ学生は、様々な理由によって関係の再生産への過程に入れない場合が多い。つまり、初めての実習の緊張で患者や周囲の状況が見えない場合、知識や技能の未熟さ、目標設定や理由づけの仕方に慣れていない等々の理由によって。あるいは、その過程への入口を見つけたとしても、気づくのが遅い（患者の重要な「変化」が過ぎ去った後、も

しくは実習が終わった後で気づくとも言える。とはいえ、その気づきを糧に、学生は次の実習や実際の仕事の中で、看護活動を展開していくのである。

このような学生の未熟さは、もちろん看護の本質を見逃していることから生じるのではない。むしろ学生は、そこでまさしく「看護とは何か」という原理的な問題に、単なる知識やその「適用」としてではなく、いわば肌身で晒されている。そしてその経験から、何かを自発的に学び始めるのである。看護学、とりわけ基礎看護学における臨床実習は、こうした場面を学生に首尾よく提供できるものでなければならない。

#### 4. 残された課題

臨床の場における看護活動を記述するにあたって、本稿が導入した理論的な工夫は次の点である。

患者を、代謝・配置・志向・社会的な 関係 そのもの及びその集まりとして捉えること。その全体は見渡せないことを強調すること。

看護活動を、患者という 関係への関係 として捉えること。その具体的な展開は 関係 が複雑に変化することから導かれると考えること。

看護の原理的な営みを「患者のニード / 援助へのニード」という区別、及びその再生産として捉えること。それをニードの同定・隠蔽、理解・誤解の絶えざる開示と見ること。

このような観点から看護を捉えることによって、私たちは看護学実習における「経験型」の意義をより明確にできたと考える。それを平たく言えば、学生と患者との、そして学生と臨床看護との「出会い」もしくは「関係の始まり」を重視することである。またその場面でこそ、看護学原論のコンセプトを生かすことができると考える。

看護学実習における指導の仕方は、こうした道筋と、さらなる実習の経験や事例の研究を積み上げることによって明らかにされるべきであろう。しかしながら、実習の具体的な構築作業のために残された別の課題もある。以下ではそれを二点に絞って示し、本稿を閉じることにしよう。

第一点は、実習における学生の評価に関する課題である。すでに見てきたように、看護の原理は「患者のニード / 援助へのニード」の区別を手がかりとして患者に関係することである。しかし看護の実質的な活動としては、そこから知識や技能を総合的に活用できるかどうかも問われる。そこで学生の能力を、：患者の訴えに注意が向い

ているか、そこから患者と一定の 関係への関係 を形成することができるかという「患者への接近能力」：専門的知識を使って患者という 関係 を解釈し、自らの看護活動に十分な目標や理由を与えることができるかという「知的統合能力」：患者の必要に見合った援助の技能や方法を選択し、それを実際に実施できるかという「技能実施能力」の三つの軸に分け、その組み合わせによって学生を評価する。この評価軸を使って学生の適性や能力のバランスを分節化し、指導に役立てることが課題となる。

第二点は、教師の役割をどのように位置づけるかという問題である。原則として「経験型」実習では、教師や現場の看護者が学生に知識・技能を直接教えない。こうしたことを出来る限り差し控え、自らの経験から学生自身が学び始めるような環境を作つてやることが教師の役割である。従って、教師が注意すべき最大のポイントは、実習の十分な環境整備をした上で、学生の現場からの学びを「待つ」ことにある。しかしどのような仕方で「待つ」のか。この点をさらに追求することが今後の課題となるであろう。また実習場面での重要な契機として、学生が現場の看護者や教師の振る舞いを観察し、それを真似ることから看護活動に近づくという現象がある。この契機は、それを単に学生からの「見習い」として捉えるのではなく、逆に看護者や教師が自らの看護観をどのようにして学生に示すことができるかという観点から考察することができる。それは知識や技能の伝達以上の何かとして、「経験型」実習において究明され・実践されるべき魅力的な課題であるといえる。

## \* [ 資料 ] 基礎看護学実習の概要

第 段階：1998年2月、1年生80名、期間：1週間

目的：臨床看護における患者の「援助へのニード」を、現場の看護者の行動を見学することを通して、並びにその体験を共有することを通して理解する。また、患者に関わることによって患者の生活場面を理解する。

手順：病棟オリエンテーション終了後から実習二日目までは、学生はスタッフ看護者の背後につき、看護者と患者との間に展開されている関わりの場面を直接見せる。そこから看護者の行動と患者の「援助へのニード」との関連を考えさせる。

この看護実践の共有を経た後、原則として学生の希望を優先して受け持ち患者を選定し、看護者もしくは担当教員の指導のもとで、受け持ち患者の日常生活の援助に部分的に参加させる。そこから再び「援助へのニード」について考えさせる。

第 段階：1998年9月、2年生78名、期間：2週間

目的：臨床看護における患者の「援助へのニード」を明確にし、既習の知識及び技術を動員・統合しながら、看護ケアのプロセスを踏み「看護とは何か」を学ぶ。患者と直接関わり、患者の経験している世界を共有することを通して「援助へのニード」を理解する。

手順：一週間目は、受け持ち患者の選定を視野に入れながら、スタッフ看護者と行動をともにし、患者の日常生活の援助場面を共有体験させる。その期間に、学生は患者との間に人間関係的な経験ができるような時間を確保する。学生が受け持ちたいと感じたり思ったりした事柄の中には、学生と患者との間で生じかけている人間関係の端緒があるはずなので、この動機を重要視する。そして選定に至った理由（動機）を教員に提示させる。

患者の選定が確定した学生から順に看護実践に参加させる。そこで「援助へのニード」を満たすことへの具体的な対応策を計画・実施するよう促す。

教員が学生に対して示唆し・問い合わせる事柄

- ・申し送りの聞き方、メモの取り方、ノート欄の作り方、記録の読み方、自分の場所のとり方
- ・聞いた情報をどうしたか、朝のうちに確認することは何か
- ・患者と対面して患者の反応をどのように受けとめたか
- ・申し送りで聞いた情報と患者とを関連させて、患者をどう受けとめたか
- ・スタッフ看護者とともにケアに参加して、自分ならどうしたいと考えたか
- ・疾病や治療状況の理解の程度を確認すること

## 注

- ( 1 ) 生物学的な意味での「生命」と社会的なものを含めた人間の「生活」とを一括して区別なく考えるために、ヨーロッパ語における "life", "das Leben" などを想定して、ここでは「生命=生活」ないし「生命体=生活体」という表現を使用する。
- ( 2 ) 本稿では論じないが、社会的関係として人間を捉えることも見逃せない点である。医療現場では医師・看護者・患者などの社会的関係が存在する。とりわけ医師・看護者と患者は、非対称的な関係にあることに注意すべきである。すなわち医師・看護者は、患者を治療・看護するにあたって、巨大な医学的情報・技術・実施能力を持っている。しかし他方、患者は患者として治療・看護されるべき存在であり、その意味で医師・看護者を拘束する社会的な力を持っている。
- ( 3 ) 通常、人間をめぐる様々な関係は、人間が意識したり（主觀）行為したり（主体）する関係として想定される。また、人間という実体が関係よりも先にあると考えて、その人間間の関係を想定する方が常識的である。すぐ後で見る 関係への関係 としての看護もまた、看護論の中では「相互行為 interaction」あるいは「対人関係」として捉えられている。しかしこれらは、常識的ではあるが絶対的な前提ではない。むしろ看護の微細な活動を記述するためには、この「人間」と「関係」との優先順位を逆転させ、人間が関係を持つ（所有する）のではなく「個々の細かな諸関係が人間というものを形づくっている」と考える方が都合がよいと私たちは考える。様々な関係を「人間」という所有主体に帰属させることは、先に述べた「区別」の観点からすれば、所有する / される・主体 / 客体・人間 / 人間でないもの（人格 / 物格）といった区別を前提にして関係を見ていることである。私たちの 関係 概念は、差し当たってこうした前提には乗らないことを意味する。
- ( 4 ) この観点に関しては、武田保江・本間直樹「失語症とその看護が問いかけるもの 他者理解とコミュニケーションについての臨床哲学的視角」（第50回日本倫理学会自由課題発表原稿）1999年10月、参照。
- ( 5 ) いずれもナイチンゲールが看護を定義するときの主要概念。F. Nightingale, "Introductory", in: *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*, London, 1860. (『看護覚え書』「序章」薄井担子他訳、現代社、1968年、1-8頁) 参照。
- ( 6 ) ベナーが最近の著作で強調しているコンセプト。P. Benner / P. Hooper-Kyriakidis / D. Stannard, *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*, W.B. Saunders Co., 1997., P. 8-12. 参照。
- ( 7 ) 看護学実習は、ほぼ次の四つのタイプに分類される。すなわち、：優れた看護者を見習い、その行為の型を反復することによって身体で看護を身につける「見習い実習型」、：実習を、教室内で学んだ理論・知識を適用する場と考える「知識適用型」、：実

習を、専門職としての看護知識・技能を総合的に評価する場と考える「技能訓練型」：実習を、自らの経験を意味づけていく場と考える「経験型」。藤岡完治・村島さい子・安酸史子『学生とともに創る臨床実習指導ワークブック』医学書院、1996年、2-9頁、参照。大まかに言えば、医療システムの複雑化に伴い、実習のタイプは・から・

に変遷してきていると考えられる。がと の混合であるのに対して、は看護学実習の新しい試みであると言えよう。因みに、1977年 ILO 第63回総会で採択された「看護婦の雇用、労働条件及び生活状態に関する条約並びに勧告」において初めて、看護学実習が「授業」として位置づけられるようになった。従って、この勧告以前には実習のほとんどが計画された授業の形態をなしていなかったと考えられ、実習の構築方法に関する研究も最近始まったばかりであると言える。

- (8) 藤岡完治他、同書、2-9頁。
- (9) A. Wiedenbach, *Clinical Nursing: A Helping Art*, New York, 1964. (『臨床看護の本質---患者援助の技術』外口玉子・池田明子訳、現代社、1984年、29頁、参照。)
- (10) ウィーデンバック、同書(邦訳) 48頁。
- (11) ウィーデンバック、同書(邦訳) 17頁。
- (12) 看護におけるこの「区別」は、すでに[1.1. 関係としての人間]で述べた「一定の区別を通した志向的関係」における一つ固有な在り方である。因みに本稿の「区別」概念は、ルーマンのシステム理論を念頭に置いている。それによれば、学問 Wissenschaft を含むコミュニケーション・システムの営み Operation は、様々な区別 Unterscheidungen を通して作動する operieren ものであり、複雑なコミュニケーション状況を単純な二つの側面に区切ること(複合性の縮減)を通じて、さらなるコミュニケーションを続けるものであるという。一般に学問システムは、知ること Wissen をめぐる日常的なコミュニケーションの複雑さに対して、真/真でない(偽) wahr/unwahr という区別の営みを通したコミュニケーション・システムである。N. Luhmann, *Die Wissenschaft der Gesellschaft*, Frankfurt, 1992.、とりわけ「区別」に関しては、79頁以下、及び374頁以下を参照。看護を一つの固有なコミュニケーション・システムと仮定し、そこで作動している主要な区別として「患者のニード/援助へのニード」があると見なすのが、本稿の立場である。
- (13) さらにこの区別は、患者を援助する必要があるか/ないかに関わる問題であって、患者の「ニード」という概念の妥当性や、その概念の看護への適用可能性に関わる問題ではないということに注意すべきである。「ニード」概念は、看護学が心理学から借りてきた概念であって、看護活動にとって本質的なものではない。看護は「ニード」概念を用いない別の仕方でも、ここで論じているのと同じ「区別」を保持しうる。例えば、オレム D. E. Orem の看護論における「セルフケア/セルフケア欠如」の区別のように。『セルフケア概念と看護実践』南裕子・稻岡文昭監修、へるす出版、1987年、19-29頁、参照。