

特別講演

第6回看護実践学会学術集会

看護を語る・看護の可能性を開く

西村 ユミ

首都大学東京

日時 2012年9月22日(土) 場所 石川県立看護大学

1. はじめに

このような素敵な学会にお招きいただき、ありがとうございました。朝から参加をしていろいろなご発表を伺い、とても多くの刺激を頂きました。ここでは、その幾つかを紹介しながら、本題に入って行きたいと思います。

まずは、強く惹かれた言葉から紹介をしましょう。それは、大会講演の川島先生がお話された「一人ひとりが大切にされる看護実践」という言葉です。この表現は、川島先生が何を大切にされて看護を考えたり実践、教育されてきたのかを示していると思います。また、私たち看護職や臨床の場を支えてくれる言葉のようにも感じました。そう感じながら同時に浮かんできたのは、この「一人ひとり」が誰を指しているのか、という疑問です。看護実践のことをお話されているわけですので、まずは患者さんお一人おひとりのことを大切にするという意味とあっていいでしょう。けれども、もう一つ忘れてはいけない方向性があるように思います。それは、私たち看護師一人ひとりが大切にされること、積み重ねてきた経験などが、大切にされるということです。その意味で、少し表現を変えますと、一人ひとりの経験、特に一人ひとりが関心を持っていること、そのつど感じていることが大切にされて、看護実践がそのつど生まれているということに、もう少し関心に向けてみたらどうか、と問いかけられていると解釈してもいいでしょう。

ここでは、この後半の方向性を中心にお話をしていきたいと思います。

2. 看護実践へのアプローチ

では、私たち看護職の一人ひとりが経験したり関心を持ったりしていることが、どのような意味を持っているのかを考えてみたいと思います。先ほどのシンポジウムで、3名のシンポジストの方々——清水さん、多田さん、桑野さんがおっしゃっていたことが参考になります。発表された内容に、ご紹介したいことが含まれておりましたので、それを挙げてみます。例えば清水さんは、患者さんの「お母さんの、家に連れて帰りたいというすごく強い気持ちに引かれて」それを叶えるための実践をされておりました。もちろん、その前に師長さんがそのような気持ちを引き出されたという経過もありましたけれども、その気持ちに関心を強く引き寄せられるという経験をしています。お二人目の多田さんも、すごくいい表現だったと思うのですが、そういう清水さんたちの実践を「つなげていく」「引き継いでいく」という強い意志を語られました。「引き継いでいく」ということ。私たちは、申し送りなどで情報を伝達し合っておりますが、それだけではなく「つないでいく」「引き継いでいく」という実践そのものを編成していくことがここでは語られておりました。3人目の桑野さんのご発表も、「食事を楽しんでいただきたい」という気持ちがよく表れていました。つまり、患者さんの状態に、促されて桑野さんのその気持ちが出てきているのです。

大会講演の際に川島先生も、Bさんという患者さんのことがすごく気になったとお話しされましたが、気になったり、引っ掛かったり、その患者さんに強く関心を引き寄せられる、そういう

感覚的経験が私たち看護師にはあると思います。その引っ掛かりや関心がどのように生まれてきているのかということに、もう少し私たちも関心を向けてみていいのではないかと思います。それは、こうした感覚的経験こそが看護実践を支える根源的な営みではないか、と思うからです。

看護実践は、(科学的な)根拠、エビデンスに基づいて行われている、とされております。私は、この表現は少しゆがんでいるのではないかと思います。もちろん、根拠に基づいた実践は大切ですが、事実をよく見直してみると、根拠に基づく実践は、むしろ私たちの経験、先ほどの引っ掛かりや気がかりや関心に促される行為の中に埋め込まれている、あるいは行為に支えられて成り立っていると言ってもいいでしょう。そのことを、今回幾つかの事例を取り上げながら考えていければと思っています。

3. 看護実践を語る会

先ほどのシンポジウムで、3名のシンポジストの方が具体的な看護実践を語って下さり、司会の牧野先生が「そのときの関心や引っ掛かりの根っこはどこにあったのか」という質問を投げかけておりました。シンポジストの皆さんの語りの中に、関心や引っ掛かりが透かし見えたからではないでしょうか。このように自分たちの実践を振り返ることそれ自体、特に語ったり文章にしたりして振り返ることを通して、ある形で実践を支える感覚的経験が生み出されてくることがあります。

既に皆さまのお手元に資料が配布されていると思いますけれども、これは私が数年前にある地域で開催した「看護実践を語る会」で、そこに参加をされた看護師さん方がお話しして下さったことです。既に論文として発表をしております。その論文のタイトルは、「看護実践はいかに語られるのか」(西村、2010)です。この会は、私が看護の実践知を探求するために、ある病院に研究協力を依頼して開催したものです。500床余りの病床数をもつ病院に勤務する、経験年数が10年前後の看護師さん方に協力を依頼しました。該当する120人ぐらいにチラシを配り、自主的に参加して下さいました6名の看護師さん(A、B、C、D、E、Fさん)と一緒に2年間、不定期に「看護実践を語る会」を開催しました。既に、病棟の中で指導的な立場に立っておられる方々でしたので、全員が集まれる日をつくるのがすごく難しかったです。が、参加者の皆さんが「看護実践を語る会」の日

に休みや半日の勤務希望を出して下さい、集まってくださいました。

この会は、グループ・インタビューというスタイルで行いました。なぜあえて複数の方とグループで議論をしたかということ、その理由の一つは、私たちは関心を持ったり、気掛かりに思ってしまった、あるいは日常的に実践しているけれども、それをはっきり自覚していない場合が多いからです。なぜそうしてしまったのかということが、あまりはっきり自覚されない。それはそのはずで、皆さんの日常的なカンファレンスや朝の申し送り、同僚との会話を思い出していただくと、大学では大学の教育活動を思い出していただくと、その多くが患者さんについて、あるいは学生さんについての相談や報告になっていると思います。つまり、そのつどの私たちの関心は、自分の動きや感覚にというよりも、患者さんや学生の方、他者の方にあるわけです(サーサス、1995)。そのように習慣化されてしまっている、自分がどのように振る舞ったり、何かに応じて思わず動いたり、感じたり、視線を向けたりしているのかには関心を向けていないのです。振り返って考え込む場合などは、自分の方に関心が向きますが。

一つ例を紹介しましょう。私はそのような自覚が難しい看護実践を調査してきました。その実践を見たり記録に留めたりするために、看護師さんに同伴し、彼らの動きに従ったり、彼らの関心に関心を向けたり、彼らの視線の先に同じように視線を向けたりして、その動きや関心に私のそれを重ねながら実践を記録しています(西村、2012)。何日間も一緒に動いていると、看護師さんが何を見たり、何を気にしたり、どういう判断をしているのかがわかるようになります。しかしある日、急いで廊下を歩く看護師さんの後ろを同じように急いで歩いていると、看護師さんが不意に止まり、目の前の部屋に入って行きました。その動きが予測できなかった、つまり、看護師さんの関心が動きに沿って動いていたにもかかわらず、それをフォローできなかったために、振り切られたような状況になりました。その時の私には、なぜ看護師さんが急いでいたにもかかわらずこの病室に入ってしまったのかがわかりませんでした。何か音がしたのかな、何か聞こえたのかな、あるいは何か動いたのが見えたのかなと思って振り返ってもみたのですが、私には何も見えたり聞こえたりしなかったのです。

この事象をととても不思議に思ったため、その日

の翌日にインタビューをお願いして、「なぜあの時、急にあの病室に入って行ったのですか？」と聞いてみました。するとその看護師は、「ナースコールの音が聞こえていなかったのですよね」「鳴っていなかったのですか」「はい、鳴らなかったから気になったのです」「普通、鳴ったから気になるのではないですか」と言ったら、「この患者さんは転倒の危険性があるので、いつもトイレでベッドを降りるときや何か動くときには『ナースコールしてくださいね』とお願いしていたので、通常、動く前にナースコールをしてくださっていた。それも毎回そうしてくださったので、押してくれからベッドサイドに行っていました。でも、私が通りかかったとき、カーテンが揺れたのだけでも、その前にその患者さんがナースコールをしていた音の響きが聞こえなかった」と言うのです。音が聞こえないということが、不在がわかってしまうということがあるのです（西村、in press）。

そういう実践は、本人にとってはあまりにも当たり前なので、特別なこととして記憶されていたわけではないようでしたが、問われたことによって思い出し、その時の状況を話してくれました。音が鳴って聞こえた、何らかの対象が見えた、それらに応じたということはしばしば議論されます。が同時に、聞こえないということも大事です。見える、聞こえるだけではなくて、見えなかった、聞こえなかったということに意味があるのです。しかし、実際にそれがどのように見えなかったり聞こえなかったりするのとは、本人もあまり自覚していませんし、私たちも調査をするときに見落としがちなことです。見えていればそれを録音すればいいし、映像にも落とせるし、記録にも書けます。見えないことが見えていないとわかる、聞こえないということが聞こえていないとわかるということの説明はすごく難しいのですが、看護師たちは日常的にそれができてしまっている。できてしまっているけれども、はっきり自覚してはいないようなのです。ただし、全く言語化できないわけではないのです。

そのようにはっきり自覚できていない経験を、グループ・インタビューで語ることで言語化できる可能性があるかもしれない。個別のインタビューだと、気づいていないことは語り出せませんが、複数人で語るというスタイルを取ることで、ほかの看護師が「もしかしたらこういうことだったかもしれない」と発言し、それが手掛かりになって、他の看護師たちの実践も言語化されてくる可能性

があると思ったのです。その可能性に賭けて、グループ・インタビューを2年くらい行いました。

この試みはとても充実しておりました。幾つもの言葉はこのインタビューの中で生まれてきましたし、インタビューで語られたことを実践している最中にも思い出して下さり、それが実践を作り、そこから言葉も生まれてくるということが起こったのです。しかも、私はほとんどコーディネーターせずに、6人の方が自分たちで実践を語り合っていたのです。

4. 事例紹介（1）

そういうはっきり自覚されない事柄を、グループ・インタビューでどのように言語化していったかを、ご紹介したいと思います。

インタビューの最初に、ここに「参加して下さった理由をお話しくださいますか？」と問いかけたとき、Aさんが最近気になった事例について、口火を切って話をしてくださいました。参加理由を聞いたのですが、Aさんはそれを直接語らずに事例を語り始めたのです。

「その患者さんは間質性肺炎の末期状態の方でした。今にも呼吸が止まりそうな状態で、苦しそうな表情を見てもらえない家族が、何度も『苦しそうなのですけれども』とナースコールをしています。そのたびに病室に行くのですけれども、苦しそうなのはもう看護の力では取ることができない。それで何もすることができなかった」とAさんは話してくださいました。

医師もセデーションをかけてしまうと呼吸が止まる可能性があるのも、どちらを選択するかということを考えて、今すぐに何かをするというよりもむしろ、「最期を看取っていきましょう」という状況でした。ですが、患者さんは非常に苦しそうな表情をされるので、家族も見ているのが苦しくなってコールをしてくるという状況でした。Aさんがしていたことは、体の位置を少し直したり、吸引をしたりすることでした。「そのくらいしか自分たちにはできない。でも、それでも良かったのではないかと、一方では思っていたらしいです。

こういう状態はたびたびありますけれども、Aさんがこの事例に引き寄せられたのは、患者が亡くなって死亡退院をされる時、ご家族がわざわざAさんのところに歩み寄ってきて「看護婦さんありがとう」とおっしゃった、その一言があったからです。Aさんは何もできなかったとってい

たにもかかわらず、わざわざご家族が「看護婦さんありがとう」と言ってAさんのところまでやってきた。その一言がAさんに、私は何をしたことになるのだろうと考えさせたいのです。この疑問について、Aさんは次のように語ってくださいました。

「私は何もしていないのに、そのとき私でもきっとその家族は良かったのだろうけど、自分の存在って何だったのかなっていうのをすごく考えたのが、もうちょっと半年くらい前になっちゃうんですけど、そういう事例っていうか、そういう経験があって、自分のあり方っていうか、看護するって何なのかなってすごく考えた一件でした。」

このAさんの言葉の中で私が気になったのは、「できない」という表現が使われていることです。何かをしようと思わなければ「できない」という言葉をあえて使う必要はなかったと思います。何かをしようとする、何とかこの苦しみを取ってあげたい、あるいは、苦しそうだと家族が訴えてくる、それに何とか応答したい。苦しみを取り除く具体的な術がないけれども、何かができるわけではないけれども、応じようと引き寄せられてしまっている。そういう応答性が働いているからこそ、それを裏返して「できない」という言葉が発せられている可能性があると思います。そして、この「できない」という経験と、家族に名指しで「ありがとう」と言ってもらったその経験が対になって、Aさんに「看護をすることとは一体何だったのか」ということを振り返らせているのです。

さらに、先ほどお伝えした気掛かりや引っ掛かりなどの言葉にならない看護実践、あるいは意識する手前で営まれている経験が、ここでは経験されて語られているように思います。患者さんの苦しみやご家族の訴えに強く引き寄せられることがなければ、何かをしようとしたり、何も「できない」という経験が浮かび上がることもなかったでしょうし、お母さんにありがとうと言われる、その言葉に看護することとは何であるのか、と考えさせられることもなかったように思います。

このAさんの実践に対して、私が「よくよく考え直してみると、何もしていないわけじゃないし、かといって何か特別なことをしているわけでもないと思うんですけど、具体的にどんなことしておられたんでしょうか」と質問をしました。私は、この間質性肺炎の患者さんについて、もう少し聞いてみようと思って質問したのです。ところがA

さんは、「昨日の夜勤のことなんですけど」と、別の出来事を話し始めました。

患者さんは90歳代の女性で、肺がんの末期状態だったらしいのです。次第に顔色が悪くなって呼吸も乱れ、家族がそれを泣きながら見守っているという状況でした。その家族に寄り添っていたのは、何もできずにその場に家族と一緒に佇んでいる新人さんです。その時の状況を、Aさんは「やっぱり亡くなる人を目の当たりにしている怖さっていうか、そのときにたとえ新人さんであっても、そばに同じ部屋にいてくれればそれが安心というか、何か大きい存在なのかなって。その子も何をするわけでもなく、ただ一緒に立ってただけなんです」と話してくれました。ただ一緒に立っていた。何もしていない。これが、先ほどのAさんの「何もしていない」と重なっているようです。それだから、この事例を思い出して語ってくれたのでしょうか。そして、「何をしているわけでもなく、ただ一緒に立っていただけなんですけど、それはそれで私たちはすぐさっと帰ったんですけど。でもそういうことだったのかなと思って」と語り続けます。

この語り聞いているときは気がつかなかったのですが、読み返してみると、Aさんはなぜわざわざ「それはそれで私たちはさっと帰った」と言っているのだろうと考えました。この語りの構造を詳細に見ていきましょう。「その子（新人）も」ということは、Aさんもということです。その子もAさんも、同じように何をするわけでもなく、何もできなくても、ただ一緒にそこに立っていた。Aさんは自分がそうしていたときには何もしてなくて、何もできなくて思っていたようですが、ご家族にお礼を言われて「私は何をしたのかしら、看護って何なのかしら」と考えはじめ、新人さんがただ一緒に立っているのを話しているときには、何か腑に落ちたような話しぶりをしているのです。「やっぱり」「そういうことだったのか」と。

これらのことをもとに考えてみましょう。新人さんは、出入りはしつつも、病室にずっと、多分、何時間もとどまり続けていたと思われます。しかし、おびえてただそこにいたわけではない。もしそうであれば、Aさんたちが連れて帰ったと思います。「もう交代の時間だから来なさいよ。次の担当が付きますから」と言って。しかし、Aさんはそうしなかったのです。その子もそこにただ一緒に何もできなくても立っていた、と言ってはいますが、「やっぱり」とも語られていることから、

立っているその居方にある種の共通性を見透かしていたのではないのでしょうか。つまり、病室を離れることができないという新人さんの状態が、Aさんがかつて経験したことに導かれて語られていることから、やはり同じようにそうしてしまう、つまり、患者さんの状態に促されてそうせざるを得ないということが見えてしまっていた。それが「やっぱり」という言葉にも表れているのではないのでしょうか。新人さんを置いて帰ったのは、患者さんが苦しそうな状況で、家族も泣きながら誰かがそばにいてほしいと思っている、新人は何もできないけれどもそこに、その状況に引き寄せられるようにして一緒にいる。そのこと自体が、看護の一つの実践としてAさんには見て取れた。新人さんがそういう経験をする事自体に意味を与えているのと同時に、経験を積んだ看護師たちも、そのように相手の状態に引き寄せられて、そこから離れられなくなってしまうことがあるのではないのか。もしそうであれば、そこにいるべき人、引き寄せられている人がそこにいるわけで、そこからむやみに離れるよりも、むしろ今日はもう少しそこにいること、いてもらうことの方をAさんは選択し、新人さんも自覚的ではないかもしれないけれどもそれを選択してそこにいるということをしている。それが家族にとってある種の支えになっているのではないかということ、Aさんは「そういうことだったのかな」と言っているのだと思います。そしてそれが、Aさんが、先の事例の患者さんと家族にしていたことであって、家族はその姿勢を見て取ってAさんにお礼を言ったのではないのでしょうか。

5. 身体論の実演

否応なくそこにいてしまうというその居方。教科書などでも、「ただそばにいる」ことは大切なこととして記されております。しかしそれは、何もせずただそばに立っていることを推奨しているわけではないと思います。ただいるというだけの居方は、その場にそぐわず、周りの者に違和感を覚えさせると思います。Aさんの言う「そばにいる」は、ある状況に促されてそばにいるということです。そばにいるという事実が、周りの人から見ても自然な形で受け止められるような態度として映る。そのような否応なく引き寄せられるという応答性を孕んだ居方、ただ立っているわけではなく、そこにある動的な意味を持っているということが、ある種の看護実践を映し出しているのだ

と思います。

私がそういう事柄に関心を持つようになったのは、遷延性植物状態の患者さんとの出会いと、彼らとかかわる看護師さん方の経験から生まれた言葉や姿勢を契機として（西村、2001）。植物状態の患者さん方と彼らにかかわる看護師さん。この“一対”が何を教えてくれたのかを、演技を交えながら紹介いたします。川島先生にお力をお借りしてもいいですか。

少しだけ、遷延性植物状態について説明します。現在、遷延性意識障害と呼ばれることの多いこの状態を、あえて「植物状態」と言うのには理由があります。「植物状態」という言葉は1970年代に使われ始めました。交通事故後の後遺症で意識障害になられる方が急増し、彼らは植物人間や植物状態と呼ばれていました。人間のある状態を植物と呼ぶことに、患者さんのご家族が抵抗し、現在は遷延性意識障害と呼ばれるようになりました。しかし、患者を「意識障害」と名指してしまうことで、意識障害として扱ってしまうことがあります。実際にそういう例を私自身も経験しました。意識の徴候の可能性を持っている患者さんを、意識障害者にしてしまった。それに気づいたときに、深く反省しました。私が調査をしていた病院も、遷延性意識障害とされていた何人かが、あることをきっかけにコミュニケーション手段が発見され、意識障害から脱却したという例を経験しており、意識障害ではなく植物状態と呼ぶことを推奨しておりました。

では今から川島先生に、この植物状態の患者さんになっていただきます。念のために、遷延性植物状態は、意識の徴候が見られず、他者を交流を図ることができない状態です。その状態になって3ヶ月以上経っているという条件もあります。座ったままでこの状態になるのはとても難しいですが、体は後ろで支えられている状態だと思ってください。患者さんは目を開けることはできませんけれども、視線を合わせることや、呼びかけに対する応答ができない状態にあります。

私が一緒に働いていた先輩ナースは、そういう患者さんであっても普通に話をしておりました。少なくとも、そのように見えました。もちろん患者さんは頷くことができないのですが、当たり前のように話し掛け、ほかかのナースや家政婦さんと一緒に会話をしている。そして時折、これは年に1回か2回ですけれども、ある瞬間に視線が合ったような感覚を得たり、うなずいてくださった

ように感じる。感覚なので、事実かどうかわからないけれど、実感はありますとおっしゃっていました。そのときに彼女がどういう姿勢をしていたかを再現してみたいと思います。多分、皆さんも同じことをされるでしょう。

では、川島先生、よろしく願いいたします。まず、舞台の中央の椅子に座ってください。川島先生には植物状態の患者さんを演じていただきます。看護師役の西村が川島先生に話し掛けますけれども、先生は目を開けたまま私と視線を合わさないでいただいでいいですか。植物状態の患者さんは、眼球をうまく動かすことができませんので、視線を合わせる事が難しいです。その状況をつくるために、川島先生は、どこか遠くの一点を見てみてください。では、よろしく願いいたします。

川島さん、川島さん。(西村、肩に手を置いて、川島先生の顔を覗き込むようにして声をかける。)

多分、皆さんも私と同じように、患者さんの顔の近くに自分の顔を寄せていって、目をのぞき込みながら患者さんの視線を感じよう、患者さんの意思を読み取ろうとされるとと思います。この時、私は体の位置を低くして、患者さんを覗き込みつつ相手にのめり込んでいくような姿勢になっております。この姿勢はいかに成り立っているのでしょうか。いろいろな状況にもよりますが、こんなに相手の顔の近くで話をする事は、あまりないと思います。また、川島先生がここからいなくなると、この姿勢は宙に浮いてしまいます。そのように考えていくと、患者さんの状態があつてはじめて意味を成す姿勢があり、患者さんの状態こそが、私をそのような姿勢にさせている。もう少し別の表現を使うと、相手の状態が私をそうするよう強いている、と言ってもいいでしょう。患者さんは、視線を合わせることも返事をする事もできない、あるいは難しいかもしれません。それにもかかわらず、私たちは患者さんの調子が気になり、ケアをしながら声を掛けようとしてしまい、あるいは一緒にいることでかわりの手応えを感じてしまう。そのように気になったり感じたりすること自体が、私の関与を促し、知らず知らず、先のような姿勢で声をかけてしまっている。看護師が何かを感じるからこそ、可能になっていることかもしれませんが、それを感じさせるのも、患者さんの方です。

先ほどの新人さんやAさんの、何もできないけれどもそばに居続けるという姿勢を重ね合わせて

みますと、亡くなりそうな患者さんが苦しそうにしておられて、その脇でご家族が見守っておられる。その相手の状態や状況の方がAさんたちを患者やその家族のそばに引き寄せる、あるいは苦しみを何とかしようと促していると言い換えることができるかもしれません。そうであれば、新人さんやAさん、そして私の姿勢は、もはや「新人さんの」「Aさんの」「私の」姿勢ではなくて、患者さんやご家族の状態、川島先生の状態の方が私たちをその姿勢にせているわけですので、患者さん、ご家族、川島先生の状態を反映した私たち——新人さん、Aさん、私の姿勢と言うことができると思います。

今、目を閉じて考えた方がいたので、もう少し違う言葉で補います。皆さんが今座っているその姿勢も、今私がこうして話しているときの手の振り方やこの声の大きさ、例えばマイクをなくすと、私はこの場でかなり大きな声で話そうとします。マイクを通すと別の身体の使い方、別の声の出し方に変わります。ということは、このマイクを介している状態、それも一番後ろの方までに伝えようとする私のこの表現や声の大きさは、この会場や皆さんの状態を反映している、一緒に作っていると言うことができるわけです。

そうであれば、私たち一人ひとりの振る舞いや表現などは、一人で構成したり一人に帰属されたりしているわけではなくて、この環境やこの世界、かかわろうとしている他者との関係の中でつくられていると言うことができます。先に、引っ掛かり、気掛かり、関心という言葉で看護師の経験を紹介しましたが、いつも常に世界の全てに向かっかかっているのではなく、何かに関心が引き寄せられ、引っ掛かりを覚えさせられ、気掛かりを感じさせられる。その何かに向かうこと、何かに関心を引き寄せられることが、それを知覚すること、経験することです。その何かとともに、私たちの経験や姿勢が生起するのです。このような世界との関係を現象学では「志向性」という概念で表現します。

先ほどのAさんの事例に戻りますと、新人さんはただ一人でその場に立っていたわけではなくて、その状態が新人さんをそうさせている。そのあり方がAさんには見えてしまっていたのです。だからAさんは新人さんを無理にそこから引き離さずに、彼女を置いたまま、あえて帰ったという言葉を使うのです。また、それを語りながら、自分もそうであったことに、Aさんは気がついたようで

す。このように、具体的な語りの中から、その場で起こっていたことが一体どういう構造になっていたのかを見て取ることができます。

私が調査をしたのは植物状態の患者さんをケアする専門病院でした。開設して15年目くらいのときに伺いましたけれども、15年間ずっと一人の患者さんのプライマリーナースをし続けていた看護師が、「ちょっとした反応を数年に1回くらい感じられるんですよ」と言っていました。その「感じられる」ということ自体が、患者さんの状態に促されて生じている。それが、その看護師さんが患者さんに向かう姿勢を作り出し、ずっとケアをし続けることを可能にしているのでしょう。そして、そういう実践が、私たちがはつきり自覚する前に既に何かを感じ引掛かっていることに気づくきっかけを与えてくれるのだと思います。川島先生、患者さん役割を担って頂き、ありがとうございました。

6. 事例紹介（2）

このような相手の状態への反映としての姿勢や実践は、牧野先生が先ほどのシンポジウムでまとめて下さった応答（response）やresponsibilityという言葉ともつながっていると思います。意図的、意識的に何かをする手前で、ある種の応答がそのつど起こっている。その自覚しない間に応答してしまっている、その応答すること（志向性）自体が、説明されずにそのまま次（看護師Cさん）に語り継がれていきます。

先ほどの資料に戻っていただきたいと思います。CさんはAさんが紹介して下さった新人看護師さんの事例の後で、「今の話を聞いて、それとは別に」と話し始めます。私は最初、このグループ・インタビューに参加した看護師さん方は、なぜ前の方が語った事例について話さずに自分の経験した事例を次々に出していくのだろうと思ったのですが、応答性を語り継いでいることに気づき、そういうことだったのかと腑に落ちました。

Cさんが話してくれたのは、骨髄移植後に呼吸器合併症を患って、回復しないままに亡くなった患者さんの看取りの場面です。

「家族の人が、話し掛けてあげようと思ってもし話し掛けられないし、手を出そうと思って機械があつて（呼吸器などですね）、怖いという状態で、でも何かそばにいなきゃいけないっていうか、いてあげたいんだけど、何をしてなきゃいけないか分からないその家族を見たときに（Cさん

はこういうことが分かってしまうのですね、戸惑っているように家族が見えてしまう）、やっぱり何か手の出し方とか、機械につながれちゃって返事はしないけど、声は聞こえるんだよ。だから『声掛けてあげてね』とかそういうことを言ってあげたら、すごくほっとされたみたいです。そばに行つて手を握つて、答えはないけど話し掛けてということをやつて。最後亡くなったときに、『あのときにそう言ってくれたから良かった、ありがとう』ってお母さんから言われて」。これが最初の、Aさんがご家族に「看護婦さんありがとう」と言われたということとつながっています。「私は何をしてあげたっていうふうには思つてなかった」。これも最初のAさんと同じですね。Cさんも何をしてあげたとも思つていなかった。「けれども、何ていうのかな、分からない状況の中で少しでも支えになってくれる人っていうか、何となくいてくれるだけで何か心が安心っていうか、そういう存在を求めていたのかなってふうに思いました」と、お話ししてくださいました。

CさんもAさんと同様に、家族が「看護婦さんありがとう」と言ってくれた経験を取り上げておりますが、何もできなかったと語つたAさんと違うのは、自分が何をしたのかということを中心として語つてくれている点です。しかし、お母さんから「ありがとう」と言ってもらつたことに対しては、そのような特別なことをしたわけではないと言っております。そして、「でもこういうことをして、ご家族にとってみたら分からない状況の中で、少しでも支えになってくれる人っていうか、何となくいてくれるだけでも何か心が安心だったのではないかと、自らの行為の意味を見出していきます。

この語りが興味深いのは、最後の方で「ご家族にとってみたら…何か安心だったのでは」と気づき始めていることです。本日の会長講演やシンポジウムにおいて、「相手の立場に立つ、相手の視点に立つこと」の重要性が語られておりました。それはどのようにして実現するのでしょうか。このインタビューでCさんは、上述のようにAさんの事例を引き継ぐように自分が経験した例を話しながら、その中で相手の視点に立った語りを始めております。この場合は、Cさんがご家族の視点の方にむしろ自分の関心をスライドさせて行くことで実現します。最初「私たちは何をしているのだろう」と考えていたわけですがけれども、自分の事例の中で、家族の気持ちや視点を気づいて

いくということが起こっているわけです。このように相手の立場に立つことが実現することもあるのではないかと思います。

さらに興味深いのは、Cさんのこの語りを受けて、Aさんが一つの結論を自分なりに語り出される点です。Cさんの事例の語りについてAさんは次のようにお話をくださいました。

「家族の人が、反応がなくなりかけている患者さんをもうその人自身じゃないというふうに見ているとき、看護婦が入ってきて、いつもと変わらない、日常と変わらないような声掛けとか、ケアしているのを見て、『その人自身まだここにいるんだよ』ということを家族が感じるのかなっていう気がしますけど。例えば返事がなくても『お熱測りましょうね』とか『血圧測りましょうね』とか、あといつもと変わらない対応してくれる看護婦を見て安心するっていうか、そういうのもあるのかなっていう気はしますけど」。

Aさんは、最初の事例から出てきた疑問である、家族が「看護婦さんありがとう」と言ったことを語ったときは何をしたわけでもないと言いながら、新人さんがただ一緒に立っているという状況を語り、そこに自分を重ね合わせていく。さらにCさんが何をしたわけでもないと言いながら、ある援助をしていることを話してくれる、そして家族の気持ちをここで語る。この流れに身を置きながらAさんは何をしていたのかに気づいたのです。

患者さんが亡くなりそうな状態にあっても、看護師たちは血圧を測ったり脈を取ったり声を掛けたりということを最後までしていると思います。その行為は、それ以前までと変わらないような声掛けやケアではありますが、それ自体がご家族を安心させているのではないかと思います。ここでAさんは、特別な何かをすることが患者さんにとって意味のあるケアであったり、特別な何かをしなければ看護にならないのではなくて、いつも当たり前前にしていること自体の中に、患者やその家族にとって、さらには看護師にとって、そして看護実践にとってとても重要なことが孕まれている。それは私たちが重要と行って行っているわけではなく、むしろ患者の状態に促されて行くことで、私たちにとっては当たり前だけれども、「こういう状況のときは、例えばご家族からするとこういう意味があるのではないかとAさんには思われた。

これらが「看護実践を語る会」の中で起こったことでした。今回ご紹介したのは、初回の最初

の10分くらいの語りです。Aさんたちはわずかな時間に、既に看護実践の基盤を支える営みを、それを自覚しないままに語り継いでいたのです。

資料にはありませんが、この後に、Eさんという看護師さんも事例を語ります。「私にもこういう例がありますけれども、いつもと変わらないケアがこんなじゃ駄目だと思います」と言うのです。「こんなじゃ駄目」というのは、ある終末期患者さんの病室に一人の看護師が入ってきたとき、家族が何かを話し掛けたいのです。そのとき「あ、はいはい分かりました」と言って、そのままさらっと対応して出ていってしまった。Eさんから見ても明らかにさらっとして、もう少しあそこできちんとその場に踏みとどまって対応していたら、家族の支えにもなったに違いないと言うのです。Eさんは、そのときの一言、ちょっとした振る舞いの違いが、患者や家族にとって全く別の意味に映るのではないかと言うのです。私たちが日常的にすべきなのは、そのときそのつどの状況にしっかりと応答していくことだと言っているのです。

先ほどシンポジストの方が成功に導かれた例をお話くださいましたけれども、ある事柄が気に掛かり、応答したその先で、その応答の一つひとつ丁寧に応えていくということをしておられていたと思います。何が正しいかということが前もってあるわけではなくて、かかわりの中で、今後どうしていくべきかということをご家族や患者さん方と一緒につくっていくということが起こっていたのです。呼吸器をつけて在宅に移行された患者さんの事例でも、最初から「呼吸器をつけて頑張る在宅をやれば何とかうまくいくのではないかと」思っていたわけではないと思います。師長さんが「こういう方法もある」と促してくれたことが、ご家族が「そういうケアができるのではないかと」考え始めたきっかけだったと思います。ということは、「家族の望み」と私たちが言ったとき、あるいは患者さんの意思や自己決定と言ったときに、最初から家族や患者さん方が「自分はこうしたい」ということを持っていて、私たちがかかわりながらそれを引き出すのではなくて、かかわりながらさまざまな事態に遭遇し、そのつどそれに応答しながらその場でご家族や患者さん方と一緒に将来の可能性を作り出していると言えます。そういう事柄が、日常と変わらないような声掛けやケアの中で生まれていると、Aさんには思われたのではないのでしょうか。

7. メルロ＝ポンティの身体論

最後に、これまでお話をしてきました看護実践について考えたり分析したりする際に、私が手がかりにしている思想、特に哲学についてお話しします。ここでお伝えしたい哲学をすることは、哲学者の思想を知識として持ったり、哲学の歴史を知ったりすることとは少し違います。もちろん、それも大切ですが、私は、ある哲学者が問いを見出してそれを思索した、その問いを同じように持ってその思索を辿ってみることの中に哲学が、そして私たちが関心をもっている事柄の意味が生まれてくると考えております。私はその哲学者として、フランスの現象学者であるメルロ＝ポンティ（1964）に関心を寄せ、彼の考え方に倣って事象を捉え直すことを試みてきました。

私が現象学やメルロ＝ポンティに関心を向けたきっかけは、先に紹介した、遷延性植物状態の患者さんの看護ケアに関する研究を行ったことにあります。植物状態の患者さんは、意識の兆候が見られない、応答もしていただけない、できない状態にあります。そのため、私たちが患者さんをケアの対象として、自分から患者さんを切り離して考えると、患者さんは物としての客体に陥れられてしまいます。私が見る者、かかわる人、ケアをする人であるとする、患者の側は見られる存在、かかわられる対象、ケアを受ける対象になってしまいます。つまり、ここには見る者と見られるものとの二項対立が生じます。

とりわけ植物状態の患者さんにおいては、意識の兆候がほとんど見られないわけですので、二項対立図式を基盤にすると、まるで物体のような状態にさせられてしまいます。反応も返してこないのであれば、患者さんは意識障害、物体のような状態であるだけでなく、むしろ私たちとコミュニケーションを取ることももうできない状態と思われる方もいます。それは「私が見る主体で、相手が見られる客体」と分けて考えてしまっているからです。川島先生に患者さんになって頂いて確かめたように、植物状態の患者さんを私たちが思わずのぞき込んでしまうということが起こっていて、それが私だけの経験なのではなく患者側の状態に引き寄せられて共につくり上げた経験（関係）とするのであれば、私自身の経験が患者さんと分かれていないわけなので、主体と客体の分離は起こらない、むしろ起こること自体が特異な状態だと考えることができると思います。

この関係の中で私たちの経験が出来上がってい

る、特に私たちの知覚、感じたり、見たり、聞こえるという感覚的な経験が、世界との結び目として私たちに生まれ出てきていると考えられるのであれば、植物状態の患者さんを「意識のない人」「コミュニケーションが図れない人」として捨象してしまえないはずで、私たちの具体的な実践に立ち返って見ると、私たちの実践自体が相手の状態に促されているわけですので、そういう次元（主体と客体を分離しない次元）から実践を考えていくことで看護実践の成り立ちを開示できるのではないかと思います。メルロ＝ポンティの「身体論」「知覚の現象学」は、生きられた事象に立ち返ること、そこから経験の成り立ちを記述することで、極端な経験主義と極端な客観主義を乗り越えようとしています（メルロ＝ポンティ、1966）。それは同時に、「世界を見ることを学び直す」ことの試みでもあります。私はその思想に、多くの手がかりを得てきました。

このような思想を手がかりにすると、「私」という存在も別様に見えてくる可能性があります。今、「私」と言いましたが、皆さん一人ひとりも自分のことを「私」と思っていた方がいいでしょうか。そして、今から私が言うことをそのまま思考してみてください。「私は私自身にとっての他者（ご兄弟、ご家族、患者、職場の方など誰でもいいです）、その他者の他者としてある」。もしこれが患者さんの場合であれば、看護師の存在の在り方が規定されるような経験を作り出します。例えば以前の調査で伺ったことですが、1年くらい受け持っていた患者さんが亡くなってしまったとき、ある看護師は「私は流浪の看護婦です」と言っておられました。ということは、誰の看護婦でもなくなってしまった、なのである患者さんの看護師である実感が、その患者さんの存在がなくなったとき消失してしまっただけです。その看護師は「私にとっての他者が患者であり、その患者にとっての他者として私がある」という状態が、一方の死亡によって成り立たなくなってしまった。そのような状態を私たちは生きているということ、例えばこのメルロ＝ポンティの現象学の思想などは教えてくれると私は考えます。そのため私は、研究に取り組む際に、哲学の思想を手掛かりにしています。

ただし、哲学的思想から考え始めるのではありません。やはり具体的な私たちの経験、特に引掛かりや心に残っていること、関心を引き寄せられるという感覚的経験から実践が生み出されてお

ります。そうだとすれば、経験と思想（哲学）は、どちらか一方からのみではなく、両者の間を縦横無尽に往復し、それを通して事象をしっかりと見つめる態度が求められているのだと思います。メルロ＝ポンティも、そのように経験と絡み合う哲学を志向していたと書いていいでしょう。

8. おわりに

本日は、「一人ひとりが大切にされる看護実践」という言葉を手掛かりにして、看護師一人ひとりの経験や実践が大切にされることの方を焦点化して考えてみました。例に挙げたのは、私がかつて行った「看護を語る会」であり、看護実践が複数人の語りの中からいかに発見されたり、意味づけられたりするのかを紹介してきました。その語りの分析を通して、私たちの実践が、患者さんの状態を反映したものであり、患者さんと看護師とが、互いに促し合って一つのケアという実践をつくっている。またそのケアという営みは、そのつどの状態や状況によって組み替えられ、更新されていく。そしてその中で、看護実践はどのつど生まれてくるということを考えてきました。このように、看護を語る（語り合う）ことは、看護の可能性に気づかせてくれる機会となります。是非皆さんも、

ご自身の経験に立ち返って、その実践に問いかけてみてください。メルロ＝ポンティが言うように、世界や実践が別様に見えるかもしれません。

引用文献

- 西村ユミ：語りかける身体 ―看護ケアの現象学、ゆみる出版、2001
- 西村ユミ：看護実践はいかに語られるのか？―グループ・インタビューの語り注目して、質的心理学フォーラム 2, 18-26, 2010
- 西村ユミ・前田泰樹：事象に示される通りにフィールドワークという実践、看護研究, 45(4), 400-408, 2012
- 西村ユミ：音の経験と看護実践の編成, 現象学年報, 28, in press
- メルロ＝ポンティ, M: 竹内芳郎, 小木貞孝訳, 知覚の現象学, みすず書房, 1967
- メルロ＝ポンティ, M: 滝浦静雄, 木田元訳, 眼と精神, みすず書房, 1966
- サーサス,G, サックス,H, ガーフィンケル,H, etal: エスノメソドロジー ―社会科学における新たな展開, 北澤裕, 西坂仰訳, 日常性の解剖学 ―知と会話 (新版), 5-30, マルジュ社, 1995