

看護を基盤とする社会形成への展望

第一部 関係性における看護

柴 田 恵 子

目 次

問題提起

はじめに

第一章 患者が主体となるための看護の役割

第二章 看護の対称的な二つの側面

第一節 看護の科学的側面

第二節 看護の人間学的側面

第三節 二つの対称的な側面と看護

第三章 関係性における看護

第一節 自己観をめぐる患者・看護者

(1) 患者の自己観

(2) 看護者の人称の変化と看護

(3) 看護者の自己観

第二節 関係性と看護

(1) 患者・看護者の相互の関係性

(2) 自己と他者の関係性

第四章 関係性をつなぐ看護

おわりに -今後の課題-

問題提起

癒しの方法、癒しの音楽、癒し系タレントといった「癒し」という言葉がブームになっている。この言葉は、現代の我々の心象を映し出すと共に、21世紀の幕開けを象徴するかのようである。高齢社会に突入し医療費の問題、介護の問題が取り上げられ、人が人の世話するといったケア従事者の確保、ケアに関連した職種・仕事内容の増加がみられる。その一方で、人が人を傷つけるといったいじめ、集団暴行、ドメスティック・バイオレンスなどの暴力・殺人といった犯罪が身近なところで多発している。このような状況を招いた様々な要因の一つに、人と人との関わり方及び人と社会とのあり方の変化を見逃すわけにはいかないだろう。我々は、人としての存在そのものを尊重し、尊重されるとする時代——「個人の尊重」（日本国憲法13条）——に生きており、それ故に、個人の自律、自己決定といった個人の意思のあり様、その意思形成に関わる価値観、価値意識の持ち方を自ずと形成し育むこと、そして他者はそれを尊重することに重きをおいている。その結果、社会における様々な価値観が混在する「多様化」、Identityの確立というような「個別性」、他方、異なる価値・文化の融合といった「統合化」、自己とは異なる人とのコミュニケーション・相互理解のために必要な「他者との共感」といった相反する様相が見られるようになったと思われる。

個々人の意識の変革を必要とされる混沌とした社会、人と人との関係作りが困難な中で他者の世話をする・他者から世話をされるといった状況、めまぐるしく変化する多難な生活、このような状況においては常に何らかの判断を行い解決することの連続でストレスが積み重なるような毎日である。その結果、人びとが「癒しが必要だ」とする思いを持つのも当然であろう。「癒し」そのものは自然治癒力という言葉があるように、そもそも個々人が持つ力の一つでもある。我々は大なり小なりの適応不可能な事柄、ストレスを感じる事柄に遭遇すればそれなりに対応し、時には傷つき、ショックを受けた自己を「癒し」つつ、本来の自己を保とうとする。だが、ストレスに押しつぶされ、適応できな

いほどに傷つき、自己再生が困難になった場合は、自己が自己を「癒す」ということができなくなるだろう。そのため、自然治癒力を充足し発揮できるように、その力を引き出したり、高めたりしなくてはならない。このような関わりの一つに看護がある。また、教育、介護、ケアといった活動の中にもそのような働きが見られる。¹⁾

“看護”は我々の最も密接で身近なところに存在するがゆえに、個人の感情、生き方といった[その人]という存在、そのあり様についての根本問題を概念・哲学として内包していかなければならない。^(注1)だが、人びとが一般的に目にする看護は「白衣の天使」であり、注射や点滴をする人であり、忙しくとも優しく微笑を浮かべている看護婦（女性）といった姿で、私が指摘したいとする“看護”を明らかにしていくにはほんの一部分の事実でしかない（当然のことながら、一般的に目にする看護の中にも“看護”は含まれている）。そこで、今回、本論文のテーマである「看護を基盤とする社会形成への展望」において、なぜ“看護”と社会形成が関係するのか、さらに、20世紀という長い年月を経た現代であるからこそ“看護”が基盤になり得るということを明らかにし、さらには、その重要性を論じることとした。看護は実践を重んじ、患者への対応、看護の知識・技術、看護者としてのあり方、看護を提供することの意義といった様々な知恵、概念、哲学を備えている。それは、病んだ人びとを対象として実践してきた看護という実学が生み出した財産である。これまで看護を必要とした多くの人びとが適時に適切な援助を受けられたことで、生命が救われたり、安寧を得たり、時には安らかな死を迎えられたのである。しかしながら、看護活動の重要性が認知され、それぞれの看護者の働きに対しては高い評価を得たとしても、残念なことに「看護」そのものに対する理解及び人びとに与える影響の深さ・大きさについては未だ明文化には至っていないように思われる。実学であるがために、その時、その場のあり方が問われ、また個々のケースでの一回きりの看護実践をいかに評価すればよいのかという困難さもあり、学問体系として成り立ちにくいという面もある。近年、看護研究が盛んになり、看護者による多数の研究発表が行われるようになったが、その多くは看護実践についての検証やスケールの開発といった帰納法的研究が主流である。

もちろん、これらの研究によって看護が発展し、その質が高まっていくことは確かである。だが、その一方で、看護の社会学的位置づけはどのようなものであるか、看護が担うべき学問的役割は何なのかといった看護学を支えるための理論も不可欠なのである。それは、看護者が自己の知識・技術を活用して実践を行う上での因るべき原理であり、活動の基軸ともいえる。また、看護という活動及び看護学が方向性を見定めて進展し、社会的な責任を果たすためにも重要なことなのである。看護においてはその概念、理念、あり様についての模索をし、追求し続けるような“看護”——看護哲学ともいえるような看護の根本原理の探求——も不可欠ではないかと考えられるのである。この看護哲学という考え自体がどのようなものであるかを明らかにすることも目的とし、それを論じていくにあたり本論文は三部から構成することとした。

まず、第一部では「関係性における看護」というテーマで論じる。ここでのキーワードは、関係性、自己と他者、自己実現である。内容としては、患者—看護者の関係性を基軸に、その関係性のあり方はどのように社会へ通用させていけるのかである。看護は対人関係を重視する活動で、看護者はその専門職者である。看護者が重視する患者—看護者の関係性を自己と他者の関係性という側面から考察を行うことで、看護における個人及びその個人の関係性への視点を明確にしていく。そして、この視点の背景にある理念である患者（他者）の尊重から自己実現——患者の自己実現を援助する看護、援助することで自己実現に至る看護者——への関係について述べる。ここでは、一般的に目にする看護活動から抽出される“看護”を明らかにしていくことに心がけることとする。

次に、第二部では、“Care/Justice Debate”（ケア対正義論争）に目を向ける。ケアもしくはケアリングは看護と同意語ではなく、また本論文においても区別をして使用したが（注記1参照）、この論争は社会的な側面から看護の位置づけを考える上で恰好の題材だと思われる。ケア対正義論争においては、1980年代以降の Carol Gilligan（キャロル・ギリガン）が中心となった活動が有名ではあるが、ギリガンよりも看護に隣接した内容を発表した著者である Nel Noddings（ネル・ノッディングズ）、Helga Kuhse（ヘルガ・クーゼ）らに焦点をあてることにした。そして、正義論については有名な Jhon Rawls

（ジョン・ロールズ）の“A Theory of Justice”（正義論）を参照しつつ、正義の解釈及びその位置づけからケアとの対照性を明らかにする。正義論、ケア論については、それらを専門とする多くの研究者によって論じられており、その重要性も無視できないが、この度は正義論・ケア論そのものを論及するのではなく、できうる限りそれらの論じられ方に注目することで“看護”がどのように社会形成へ関与し、関係するのか論じる。また、ケア論でも問題となる倫理性について、近年、注目を集めている看護倫理の現状を報告し、それと重ね合わせながら論及する。ここでは、単なる職業倫理としてではなく、インフォームド・コンセント等にみられる患者の自律、医療情報の開示といった側面から看護倫理の必要性の高さを示し、新たな諸問題に対処しうるための“看護”について述べることにする。

最後に、第三部では、私が指摘したいと考える“看護”について、看護の対象を題材として論考を試みる。看護の対象は患者という個から児童・生徒、住民といった集団まで幅広い。さらに、健康の状態を考えても誕生する人から死にゆく人まで、さまざまかつあらゆる健康の段階にある人びとを対象とする。看護は対象を不可欠とするが、それは看護者その人自身も含まれているのかどうか。そして、患者の個別性を重視し、その個の全体性に着目した捉え方は、複数の患者といった集団になった時には矛盾を生じることもあり、果たして“看護”の対象の捉え方としては妥当なあり方であるのか。また、解決策としては、優先順位をつけるといった功利主義の考えを採用するのか、それとも無作為か、それら以外の適切な決定があり結論を導いているのかといった看護における決定のあり様も含めて論考を試みる。さらに、看護専門職者としての対象の捉え方を教授する看護基礎教育に焦点をあて、これまでの看護教育の経過を辿り考察を行うことで、これまでの社会における看護の位置づけと今後の方向性について論及する。その上で、看護はその専門性をどのように保持しているのかを考える。これは、看護職者と看護職ではない者が同じ看護活動（例えば熱を計る、食事を介助する）を行った場合、前者は看護で後者は看護とはならないのかどうかということである。単に厳密な線引きを行うのではなく、看護の専門性を明らかにすることで、“看護”とはどのようなものであるかを探

ることとする。以上のことに加え、この第三部では人間の思想の流れ（思想史）にも注目し、それが歴史と共にどのような変化を遂げて社会へ影響したかを考えることで、これからの社会における“看護”についての推考を試みたいと考える。

そして、最終的には、第一部から第三部までをまとめ、総括することによって、これからの社会形成における基盤ともなる“看護”のあり方を明らかにしていくこととする。

注記

（注1）“看護”は本論文のタイトルの看護につながるもので、概念、理念、あり様といった看護の捉え方で、看護の一般的な概念とは異なり、看護哲学と置き換えられるものである。「看護」は強調もしくは一般的な概念を指す。看護活動は、看護が行われる場面での内容・状況を表す。看護行為、看護の実践もほぼ同様である。また、看護とケアの違いについては未だ統一的な見解がない。本論文ではケアは教育、介護、配慮性といった内容を含むものとして考え、看護の概念と重複する部分があることを踏まえた上で、敢えて概念を表す場合には用いていない。また、看護の内容を含むが一般的にケアという言い方が馴染まれている場合は、ケアという言葉で表現をしたところもある。

引用文献

1) ミルトン・メイヤロフは「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。」と述べており、この働きは看護、教育、介護においてもみられる。ミルトン・メイヤロフ（田村真・向野宣之訳）『ケアの本質 生きることの意味』（ゆみる出版、1993年）13頁

はじめに

この世に生まれて一度も〈看護＝nursing もしくは caring〉を「されたことがない」、「したことがない」という人はいないであろう。看護は、文明以前の太古の昔から家族や仲間といった間柄で行われていたであろうし、現在、我々の日常生活の中でも営まれている。驚田清一氏は「だれにも、全身をくま

なく慈しみ、抱きしめ、撫でまわされた体験はあるだろう。（略）そこには他人になにかを「してもらおう」という経験のコアのようなものがある。大げさではなく、〈存在の世話〉を「してもらおう」という経験のコアのようなものがある。」と述べているが、この〈存在の世話〉という表現をそのまま「看護」と置き換えても差し支えないだろう。¹⁾看護は「手当て」ともいわれるように、熱がある時に額に手を当てる、痛い時に手でさするといった行動における「手」は、その「手」によって、手を差し出す人は相手を慮り、心配しつつその状態を知ろうとし、手で触れられる人は相手の配慮を感じ、その温もりによって安堵感を得る。「手」を通しての相互の皮膚感覚、感情の交流、それぞれの存在感、これらが看護の原点ともいえる体験なのである。

看護は、看護職という専門職——「保健婦助産婦看護婦法」第一章・総則の第二条から第六条に保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦の定義がなされている——で免許（同法第二章に「免許」が位置づけられている）を必要とする仕事でありながら、例えば、熱を測る、食事の介助をするといった日常生活に密接な内容の専門職ではない素人でも可能な活動を併せ持っている。最も看護の活動を目にしやすいのは医療機関においてで、看護は健康に障害を持つ人を対象とし、その対象を主体とする。それは、具体的には、対象を取り巻く全ての事象——疾患を始めとする身体に起こった変化を把握する身体的な側面、疾患に対する認識や家族・周囲の人々との関係を含めた精神・心理的な側面、治療・入院による変化が及ぼす社会的な側面——を考察し査定することで、その対象の全体性のあり方（身体的、精神・心理的、社会的といった側面を統合したあり方）を模索し、そのあり様の維持・改善・発展へ向けての看護方法を考え、実践する。さらに、この実践においては、対象の全体性のあり方から考え出された「個別性」を重視する。このような方法は、対象が「主体」としてのあり方を損なわずにするためである。要するに、看護は、疾患という健康障害を持つことによって、自尊の感情・自らの存在意義・生き続けることの意味といった自己に対する価値感情が低下・喪失している患者を認め、尊重するということを、看護者自身の人間性を伴う技術によって支え、励ますのである。それゆえ、無神経さや温かみのない看護者の態度・対応・言動は、患者を傷つけてし

まいやすく、またその傷は深いものとなる。それは、「看護婦としてわれわれが日常的に直面している患者の多くは、人間であることの欲求をぎりぎりのところでしか満たすことのできない人々である。」と、池川清子女史が患者を位置づけていることから明らかとなる。²⁾ 看護は、学習・訓練を要する活動であり専門性も高い。しかし、必ずしも、そのような経験がなくとも自然に目の前の見知らぬ人に「看護」をしていることもあるのではないかと思われる。それは、アーネスティン・ウィーデンバック女史が、「看護の哲学の基礎となるものは、次の3つの概念であろう。1. 生命の賜物に対する尊敬。2. 人間存在の尊厳・価値・自立心および個性の尊重。3. 自分の信ずるところに従って力強く行為するための決断力」と提示していることから示唆される。³⁾ 看護は「生きること」に直結し、疾患の有無に関わらず人と人との間に存在する配慮・尊重・愛といった他者に対する思いを重視し、そして疾患・障害がある人を疾患・障害にのみ目を向けず、それらを持つことで苦悩し自らの身体・運命と闘う(闘病)「人」としてとらえ、これらを原理として行動するということを基底としているためだと考える。そのため、看護を基盤とする相互関係ひいては社会形成を実現していくことは、人々の生活・社会をよりよい状態に変えていくものである。これらのことを明らかにするために、本稿では、手始めに患者-看護者のあり方を考え、自己と他者、自己-他者の関係性を主軸にしつつ展開する。医療においては、患者・看護者の他に、患者の家族、医療スタッフ、その他患者を取り巻く人びとが様々な関係で存在するが、患者-看護者という二者間を中心にすることで看護における関係性について論考を試みることにした。今回、この関係性に注目した理由としては以下のことが上げられる。まず、インフォームド・コンセントが医療に導入されるようになり、患者の自律、主体性に目を向けなくてはならなくなった。⁴⁾ 次に、医療が「善行モデル」という“患者の自律性の尊重よりも医学的な利益の提供を重視する”あり方から「自律モデル」という“医学的な利益の提供よりも患者の自律性の尊重を重視する”あり方へと変化してきたことである。⁵⁾ この「自律する」「主体的になる」ということは、成人で健康な状態にある人でもなかなか難しいものである。それは、その個人がそれまでどのように自律をしてきたか、自律に対

しての欲求はどの程度かといった生き方を反映するものだからである。そのため、患者という疾患の影響を受けやすい状態にある人びとが自律し主体的になるということは、一般的に、なおさら困難なことだと考えられる。疾患に罹れば、身体的な活動の制限、活動不能な状態になるため「自立」ができなくなる。我々が何気なく行っている活動が不可能になる、制限を受けるという状態では「自律」の意識も低くなりやすい。そして、このような患者の自己決定は、最善の決定とはなりにくいという恐れもある。自己決定そのものは患者が行なうべきものだが、その決定に至るまでを支えるための看護が必要になると考えられるのである。看護者が患者に医療情報を開示し（Informed）、患者が納得をする（Consent）ための看護を実践するためには、患者と看護者の双方が信頼し合い、忌憚なく意見の交換が行なえるような関係が望ましい。だが、患者は、専門職である医療者と対等な関係になるということを困難だと感じやすい。それは、患者と医療者の立場の違いでもあり、これまでの長い間の医療環境において形成されてきた患者と医療者との関係も影響しているのである。⁶⁾ このような関係性にある医療にインフォームド・コンセントの理念を持ち込んでも、それは形骸化してしまい、これまでも見られた治療・検査といった診療及び看護に対する同意書と何ら異ならないことになる。そこで、第一章では「患者が主体となる看護の役割」として、どのように患者の自律を捉えればよいか、そのあり方はどうであればよいかについて考察し、看護の関わりを論考する。ここでは、インフォームド・コンセントを題材とした自己決定のあり方を考える上で、いくつかの聞きなれない term（語）を紹介する。それらは「よきパターンリズム」「あしきパターンリズム」「周辺的自己」「中核的自己」といったもので、これらの概念は患者の自律と看護者の関わり方を考え図式化する上では欠かせない語である。⁷⁾ 次に、第二章においては、「看護の対称的な二つの側面」として看護における科学的側面と人間学的側面について明らかにする。ここでは、相反する二つの側面は看護活動においてどのように見受けられるかを明らかにし、個人（患者）に対する看護の特徴的な視点について論及する。そして、第三章では、「関係性における看護」として患者－看護者の関係性を自己－他者の関係性という側面から考察を行い、関係性を重視した看護の重要

性を明らかにする。個人に対する視点を第一とすれば、第二の看護の特徴的な視点として個人（患者）の関係性に対するあり方について論及することになる。第二章、第三章で明らかにされた看護における特徴的な視点である個人及びその個人の関係性を踏まえた上で、第四章では看護は関係性をどのようにしてつないでいるのかについて考える。ここでは、看護者の五感に焦点をあて、どのように五感を使って活動を行い、患者・看護者の関係性に結びつけているのかを明らかにする。関係性は、五感という感覚器のみの活用によって成立するものではない。しかし、手当て、タッチ（按手）という言葉があるように看護者は自らの身体を使って技術を提供することで看護を成立させている。そのため、五感という感覚器を、看護という専門職としての学習・訓練によってその機能を専門的に活用できるように変化させていかなければならない。これらの感覚器からいかに情報を受け取り、情報を発信するかは、意図的・意識的な働きによって左右されるため、そこには、看護の基底にあるものが反映されていると思われる。

第二章から第四章で述べる看護のあり方は、通常の看護活動からは明白にそれと感じ取れないこともあると思われるが、根本的・基本的な看護のあり方から考えるならば、単に個人的・倫理的な活動ではないと思われる。

本稿においては、望ましい看護のあり方を示すのではなく、そもそもの看護の基底にあるあり方を患者－看護者にあてはめ自己について、自己と他者のあり方についての考察を試みることで、患者－看護者の関係性がいかに社会へ一般的に通用させていけるのか、その可能性について明らかにすることを指すものである。

引用文献

- 1) 鷲田清一『「聴く」ことの手 - 臨床哲学試論』(TBSブリタニカ, 1999年) 177頁.
- 2) 池川清子『看護 生きられる世界の実践知』(ゆみる出版, 1991年) 30頁.
- 3) アーネスティン・ウィーデンバック (外口玉子・池田明子訳)『臨床看護の本質 患者援助の技術』(現代社, 1989年) 31頁.
- 4) インフォームド・コンセントという表現は1957年の「サルゴ判決」において初めてみられた。Ruth R. Faden, Tom L. Beauchamp: A History and Theory of Informed

cosent, 1986（酒井忠昭・秦洋一共訳『インフォームド・コンセント 患者の選択』、
（みすず書房、1995年）10頁

⁵⁾ 「善行モデル」に関連する言葉を上げてみる。医の倫理においては、医学倫理法典の
金言「まず害をあたえるな（primum non nocere）」、ヒポクラテスの「助けよ、さも
なくば少なくとも危害をあたえるな」、そして、善行の原則は以下の4点である。

- (1) 人は悪事や危害を加えてはならない
- (2) 人は悪事や危害を予防しなければならない
- (3) 人は悪事や危害を取り除かねばならない
- (4) 人は善を行ない、これを助長しなければならない

前掲・注4) 10頁。

⁶⁾ このような考え方は、砂原氏の『医者と患者と病院と』の中にも見られる。ここでは、
社会学者パーソンズの「患者の役割」(the sick role) とサスとホランダーによる「医
者－患者関係」があげられている。

サスとホランダーによる「医者－患者関係」によると、三つのモデルにおいては、医
師は常に親か成人の役割だが、患者が成人の役割と考えられているのは慢性病の場合の
みである。医療における患者は「成人」という位置づけを与えられにくい存在だといえ
る。

医者－患者関係（サスら）

| モデル | 医者の役割 | 患者の役割 | 臨床の場面 | 原 型 |
|---------|------------|---------------------|-----------------|-------|
| 1 能動－受動 | 患者のためにしてやる | 対応不能 | 昏睡・麻酔・ 急性外傷等 | 親－幼児 |
| 2 指導－協力 | 患者に指令 | 協力者 | 急性病 | 親－年長児 |
| 3 協同作業 | 患者の自立を助ける | 医師に助けられた 協同作業の一員 | 慢性病 | 成人－成人 |

砂原茂一『医者と患者と病院と』（岩波新書、1995年）46頁より転載

社会学者パーソンズの「患者の役割」(the sick role) についての説明を、砂原氏は
次のように要約している。

- 一、患者は自ら好んで病気になったものではないし、自分の意志で治すわけにもいか
ないものである。
- 二、患者はできるだけ早く治りたいと思っているものである。
- 三、患者は適切な助け、ことに医者の助けを求め、かつ常に医者に協力しようとして
いるものである。
- 四、患者は多かれ少なかれ、正常な責任を解除されるものである。

同上書、40頁。

⁷⁾ これらの語について詳しく知りたい場合は中村直美氏の「第3章 ケア、正義、自律
とパターナリズム」を参照していただきたい。中村直美「第3章 ケア、正義、自律と

パターンリズム」中山将・高橋隆雄編『熊本大学生命倫理研究会論集2 ケア論の射程』（九州大学出版会，2001年）91-116頁

第一章 患者が主体となるための看護の役割

医療の高度化・専門化は多くの人びとの生命を救い、医学はあらゆる疾患に対していつの日か勝利を納めるかのようであった。しかし、新たな感染症（EID: emergency infectious disease, 新興感染症）、一時は終息したかにもえた感染症の再度の流行（RID: reemergency infectious disease, 再興感染症）といった問題が起こり、厚生省（現・厚生労働省）は1999年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（感染症新法）」を出している。¹⁾

また、生活および産業形態の変化が人びとの健康に与える影響は、生活習慣病、アトピー、花粉症といった従来は見られなかった疾患として現れ、その症状に苦しむ人が増加している。そして、身近な生活環境の問題は地球規模での広がりを見せ、自然界の汚染は我々のみならず子孫へも影響を与えることとなる。²⁾ さらに高齢化社会の到来により、非可逆的な変化である老化及びそれに伴う諸変化に対しては個人や家族のみの問題ではなく、地域社会ひいては国としての早急な対応も望まれている。³⁾

健康障害の種類が多様かつ複雑になり、健康の段階の幅も広がり、医療が生活の中へ、生活が医療の中へとそれぞれの領域が曖昧になり、また人びとの健康観、健康に対する価値観も一様ではなくなっている。そのため、医療情報の開示、インフォームド・コンセントの必要性、検査・治療の選択肢の増加とそれに伴うセカンドオピニオン（second opinion：2件以上の医療機関の診断や治療方針を比較検討することを勧める考え方、保健医療行動科学事典より抜粋）の必要性といったこれまでの医療のあり方では解決できないような事柄に、医療者はもちろん患者の対応も迫られている。このような変化は、人権意識の高まりといった社会全体の傾向との関係も深く、医療における患者の権

利の確立とも考えられるであろう。また、前述したように健康障害が一様でなく、個々の価値観の違いを考えれば、自分に合った医療を要求するためには、患者が主体的に自らの疾患に向き合わなければならない。時代といった背景はもちろん無視できないが、我々の意識の中にも医療における人間性の重視といった観点が大きくなってきているのである。

しかしながら「患者」という状況においては、主体性を自らが求める、または周囲から求められても、なかなかその能力を発揮しづらい状況にあると考えられる。⁴⁾ だが、この「主体性」は状況において左右されるという面がありつつ、主体的でいられない状況にあるからこそ“主体的でありたい”という欲求、さらには欲求実現への希望やそれに向かった意欲、そして主体的であった時の充実感・達成感といった人間的で内面性の豊かさを示すような生き方を可能にするような側面をも併せ持つ要因である。ゆえに、このような患者の主体性を高めたり、維持できたりするような周囲の何かしらの援助が必要だと思われる。それは、具体的には患者同士の励まし合い、家族の一言や看病、最も身近な存在の医療者といった他者との関わり合いの中にある。以前、私は「自律とパターナリズムからみた自己決定の構造」について考えた（図1参照）。⁵⁾ こ

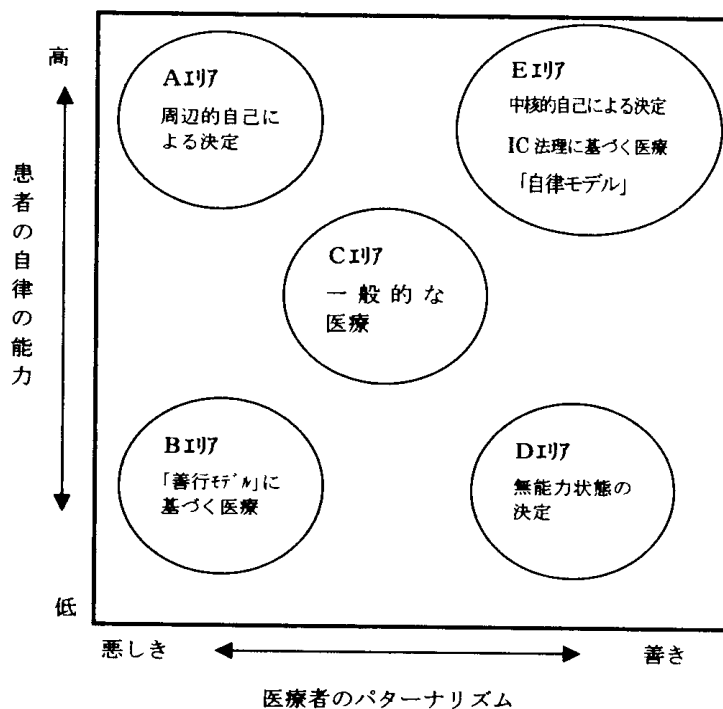


図1 自律とパターナリズムからみた自己決定の構造

れは、自己決定そのものは当事者である個人がその決定した事柄を引き受け、「決定した」という事実を自らの生き方として認め納得できるために必要であり、一方で他者が決定に至るまでの経緯を支え、そして結果を認める——医療における自己決定は必ずしも個人にとって益になることばかりではなく、好ましくない結果であっても引き受けざるを得ないという事柄も多い——という一連のことが、自己決定をした個人への尊重になり、これらを実現する医療こそ人間性を尊重した医療ではないかと考えたためである。

疾患は症状を伴い、その症状は患者の心身の変化であり、その変化を最も感じているのは患者自身である。そして、その変化による苦痛、不安、悲しみといった感情や辛さを引き受けなければならないのも患者であり、それらと向き合い闘わなければならない。しかし、常に同じ状況・状態が続くわけではなく、疾患から派生するあらゆる変化に患者自身も対応していかなければならない。ここでは、自己が自己であるがゆえに、疾患による変化に対峙し対応を迫られることになるので、自律の能力の高まりがとりわけ必要になるのである。そのため、患者が5つのエリア（図1）を行ったり来たりして揺れ動く状況を、看護者を始めとする医療者の善きパターンリズムに基づく援助によって支えていかなければならないと考えられる。5つのエリアの中ではEエリアを最も理想的な自己決定のあり方だと位置づけたが、これは患者の意思決定を考えた場合、患者が自らの生き方について考えたり家族と相談したりするような環境が必要であり、それを整えるのは医療者である、また、医療者が医療情報を開示し説明を行うことで患者が状況を正しく理解できるようになる。このような関わりは患者が自己決定を行う上で不可欠である。それに、療養生活が安楽になれるような援助、病状が安定できるような治療によって、患者は自分を見つめ考える時間と余裕を持てるようになるので、その結果が自己の最善の決定を下すことにつながると思われる。要するに、自己決定を一つの結果であるとすれば、それに至るまでの過程を重視する必要性が高く、そして、その援助方法の確立が不可欠かつ急務なのである。特に、Bエリアの「善行モデル」に基づくような医療とEエリアの「自律モデル」に基づくような医療は、表裏一体で患者の自律の能力も関係するが、医療者の関わりによって左右されるものである。そ

のため、医療者は患者の自律の意義を十分に理解した上で、さまざまな患者の自律のあり方・能力の度合いを判断し、意識的な関わり方をしなくてはならない。医療者が自己の援助のあり方を常に振り返り、悪しきパターンリズムに偏らず、善きパターンリズムで患者に関わることが必要になるのだ。このような医療のあり方は、インフォームド・コンセントが医療へ導入される以前から、実践における患者への配慮、尊重という面において見受けられていた。だが、それは医療者側からみでの配慮、尊重（善行モデル）である場合が多く、患者側——より明確に言えば患者自身（自己）——の視点が医療の中へ入り込んだ上での医療者・家族（他者）の配慮、尊重（自律モデル）とは異なる。そこには大きな相違があり、同様に扱うことはできない。しかし、患者が主体となる医療は全く新たな医療のあり方だと考える必要もないと思われる。なぜなら、これまでに培われてきた看護における「人に対する配慮」「人としての尊重」という対応のあり方を、看護の基底にある概念として理論化することで可能になると考えるからである。

引用文献

¹⁾ 新興感染症は、世界で少なくとも30以上ありエボラ出血熱、エイズ、C型肝炎などである。再興感染症には結核、マラリアなどがある。従前の感染症対策の中心的法規であった伝染病予防法（1897年制定）から感染症新法に改められた。厚生省保健医療局結核感染症課監修『消毒と滅菌のガイドライン』（へるす出版、1999年）2頁。

²⁾ 健康日本21（21世紀の国民健康づくり運動）は、平成12年度より2010年を目指した健康づくり運動である。生活習慣や生活習慣病を9つの分野（①食生活・栄養、②身体活動・運動、③休養・こころの健康、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯科、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がん）で選定し、それぞれの課題についての取り組みの方向性と目標を示している。厚生統計協会『国民衛生の動向・厚生指標』（臨時増刊・第47巻第9号・通巻736号、2000年）86頁。また、生活環境衛生関係には、食品保健（腸管出血性大腸菌O-157、サルモネラ等による食中毒、食品添加物、食品への残留農薬等の安全性）や廃棄物処理対策（平成12年度に「容器包装に係る分別収集及び再商品化の促進等に関する法律」が施行、また発がん性等健康への影響が懸念されているダイオキシン類についても平成12年1月に「ダイオキシン類対策特別措置法」が施行された）、居住環境衛生（室内空気中の化学物質等による健康影響—シックハウス症候群—が増加し、平成12年

度から関係省庁による総合対策が行われている)等に対策を必要とされている。同上書・275～278頁。

³⁾ 中里は「例えば、現今におけるホスピスケアやターミナルケアならびに老人介護といった言葉が成り立つ背景には、われわれの平均余命が飛躍的に伸びているという事態が存在するわけだが、こうした事態は、とりわけ先進諸国においておおよそ1950年代後半以降から顕著になったのであって、こうした先進諸国の社会全般にみられる平均余命飛躍的伸びは、それまでの人間の歴史において、想像を絶する事柄だといってよい。」と述べており、特に先進諸国の中でも日本における高齢化のスピードは早い。中里巧「第8章 美しく老いる—老いの福祉人間学構築のために—」棚橋實編著『いのちの哲学 いま生命倫理に問われているもの』(北樹出版, 1998年) 145頁。

⁴⁾ 患者が医療者に「おまかせ」をするという行動, 社会学者パーソンズが述べている「患者としての立場」は医師の方が優位であるとする「患者の役割」(the sick role), サスとホランダーによる「医者—患者関係」の三つのモデルにおいて患者は「成人」としての位置づけを与えられにくいといったことがある。柴田恵子「インフォームド・コンセントに関する一考察—医療における患者の自律実現に向けて—」『熊本大学大学院法学研究科法律学専攻平成8年度修士論文』(1996年) 15頁。

⁵⁾ 図1「自律とパターナリズムからみた自己決定の構造」のエリア毎について説明を行う。Aエリアは、患者の周縁的自己によるレベルでの決定。例えば、患者が自暴自棄的になっていたり、医療者の情報提供が不足している場合の自己決定である。Bエリアは、今までの医療にみられたような患者と医療者の関係で、医療者は患者のためを思い決定を行う。Cエリアは、治療を行うことが患者の利益になる場合は、患者と医療者の目的が一致する。疾患が軽度であったり、予後に心配のない場合は、患者、医療者双方の良い関係の上の自己決定となる。Dエリアは、患者が無能力状態の場合は、意思決定自体が困難となる。例えば、患者が酩酊状態、精神的な障害がみられる状態や精神疾患、精神遅滞、未成年者の場合である。この表においては、医療者としているが、必ずしも医療者には限らず、代理人や後見人の場合もあり、主として家族である場合が多い。最後に、Eエリアは、患者の自律の度合も高く、医療者の「善きパターナリズム」によって支えられ、最も患者らしい自己決定が行われる場合。インフォームド・コンセントはこのような状況を目指す患者と医療者の関係である。柴田・前掲論文106頁。

第二章 看護の対称的な二つの側面

看護は「人間学である」といわれ、「実践科学である」ともいわれている。看護学は、この対称的な二つの学問の、それぞれの側面を併せ持っているとい

うことだろうか。また、この両極端とも思われる側面を併せ持つということはどのような意味をもつのか。本章では、これらについて実際の看護場面をあてはめつつ科学的側面及び人間学的側面について考察を行うこととする。現代医療において科学的側面は無視できないが、人を対象とする看護においては人間学的側面も不可欠である。¹⁾ そのため、この二つの対称的な側面の特徴を合わせ見ることで、看護学とはどのような特徴をもつと考えられるかが表れてくると思われる。また、その結果をもって、“看護”の目指すべき方向性を明らかにすることを試みる。

第一節 看護の科学的側面

看護学が「実践科学」と称され、また、「科学的思考に基づいた実践」「行った看護の根拠は何か」ということを重要視するのは、それまでに積み重ねてきた看護の経験及び勘といった経験主義のみに頼った実践をするというよりも意識的な活動であることを明らかにし、単なる作業や割り当てられた仕事としての看護ではなく看護者の意図的な目的意識を持った行動であることを示すためだと思われる。そして、科学的看護といった表現には、やはり20世紀に顕著にみられた近代科学の進歩・発展といった社会状況の影響も無視できないだろう。確かに、医療も近代科学の恩恵を受けており、多種多様な医薬品が開発され、精密で正確な機械が発達し、細分化され緻密化した器械も充足した。これらがあったために多数の人々の生命を救うことができるようになり、かつては困難だった検査・治療も可能になった。²⁾ そのため、医療の一端を担う看護がこのような変化に対応し、看護学が一つの学問領域として確立していくためにも「科学的」であることは不可欠だったと思われる。また、実際の看護場面においても、科学的な観点は必要である。ここで、科学的という表現で表されていることは、「対象化」「分析」「客観的」といった言葉に置き換えられるだろう。例えば、「観察をする」場合、生物体としての生理学的な人としての反応と患者の反応を比較し(対象化)、健康障害によって変化した身体の検査・計測の結果といった様々なデータが正常か・異常か、何を意味するかを判断(分析)するといったことである。また、「看護過程」という問題解決型の思考過程を

訓練し、実際の看護場面に適応することで実践した看護の評価・考察を行う。³⁾ 看護実践の妥当性が客観的に明確になれば、自己評価及び第三者評価が可能となり、ひいては「看護の質」を高めることにもつながる。近年、介護保険の導入といった動きがある中で、看護という測定をすることが困難な物事・内容に対しての評価や点数化は、看護の平等性や一般性を確保するには必要なことだといえよう。⁴⁾ 加えて、科学的な側面の持つ「合理性」とそれに伴う序列化、「論理性」、「普遍性」といった要素も、「合理性」は限られた時間・人員の中で看護を提供する上では必要な考え方であり、⁵⁾ 「論理性」は看護理論を活用した実践を行っており、⁶⁾ 「普遍性」は看護が一般に広く普及していくためにも必要な要素となる。⁷⁾

以上のことから、看護は、実際の看護場面において科学的な側面を活用しつつ活動を展開し、そうすることで看護学としてのあり方を模索しているのである。このような科学的であろうとする意識及び態度は専門職として、学問の一領域として重要である。だが、科学的側面ばかりを強調し重視する看護者であればミニドクターでしかありえない。また、科学万能主義であれば看護としては成立しないであろう。なぜなら、これらは看護の一側面であり、看護そのものではないからである。また、科学及び科学的本質を正しく捉えておらず、その重要さに気づいていないためだと考えられる。⁸⁾

第二節 看護の人間学的側面

「どのような看護を希望するか?」「あなたの思い描く看護婦(士)像は?」と問われれば、多くの人々は一般的に「優しさ」「温かさ」「思いやり」といった人間味のある看護、看護婦(士)像を思い描くであろう。⁹⁾ 「看護は人間学である」という時に、それは看護の対象が患者という人であるということを始めとして、人としての反応やあり方といったことをも含め、日常生活、生き方といった様々なレベルでの「人」を対象とした学問であることを示していると思われる。¹⁰⁾

それはまた、第一節で述べた科学的側面とはまるで正反対の「個別性」「統合(全体性)」「主観的」といったあり方である。患者が一人ひとり異なり、全

く同じ人はいないということを考えれば「個」としての存在の重視は当然のこととて、その「人となり」の反応を無視して看護効果の期待はできない。また、健康障害や症状といった身体的な変化のみに目を向けず、必ず身体的変化が及ぼす精神的及び社会的な変化をも含めた統合した全体性を考慮し、そして、患者の訴え——必ずしも検査・計測データといった客観的数値では表されない内容、例えば痛み・苦痛の度合い、精神的なダメージ、PTSD (post-traumatic stress disorder : 心的外傷後ストレス障害) ——といった主観的な情報がいかにその人にとって重要か理解する、といったことである。中村雄二郎氏が「近代科学は対象化（遮断）と分析（分離）を本質としているので、それ自体としては生の原理ではなく死の原理に近い。」と述べており、科学をこのような位置づけにするならば人間学にはやはり「生の原理」があてはまるといえるであろう。¹¹⁾ また、終末期看護が重視され、その専門性の高さや教育の必要性がいわれている。¹²⁾ 終末期の患者に必要なになってくるのは「安らかな死」「死の受容」で、医学上の治療が望めない状況は敗北感に結びつく。キアよりもケアが重要になりつつあるのは、近年、緩和ケアといった考え方が広まってきていることから裏付けられよう。¹³⁾ さらに、人と関わるということ自体、「合理性」「論理性」を度外視した方法、考え方、関係性が必要になる場合がある。それは、現に今、患者の生命が危機的状態で、苦痛・不安・恐怖——中村氏の言葉を借りれば受動・受苦・情念の意味を合わせてもつ「パトス」——にさらされ誰かの援助を必要としている時には、「合理性」「論理性」がいくら優れていても、「今、何かをしてくれる」ことが最も優先されなければならない。また、このような状況において、「合理性」「論理性」といったことを主張すればするほど医療者の人間性を問われることにもなるだろう。さらに、「普遍性」よりも患者の反応に対する柔軟な対応、状況判断といった「その場限り、一度きりのあり方」がより適切で専門性の高さ、経験の豊富さを伺わせることにもなる。必ずしも人間学的な側面によってあらゆる問題が解決するというわけではない。しかし、人と人とが看護という援助を仲立ちとする関係においては、看護者が患者の存在を「対象化」して、その情報を「分析」し「客観的」に捉えたとしても、それは患者を理解するための一方法に過

ぎない。そして、その理解の目的は、患者の「個別性」に適した「統合（全体性）」した看護を実践するためである。さらに、その実践のあり方については、看護者が患者の「主観的」に表現していることに対して共感的な態度で理解を繰り返し示しつつ、看護方法を変化させながら確認することで、ようやく患者に合った看護として成立するのである。

第三節 二つの対称的な側面と看護

二つの対称的な側面の特徴を整理すると以下のとおりである。

| | | | |
|--------|-----|---------|-----|
| 科学的側面 | 対象化 | 分析 | 客観的 |
| 人間学的側面 | 個別性 | 統合（全体性） | 主観的 |

看護においては両側面とも重要であり、看護者はそれぞれの側面を使い分けられていると考えられる。例えば、患者に対応する場合、看護者は「人間学的側面」を重視した対応を行うだろうが、その反応が患者から返ってくると、その内容を考えたり言動の様子を観察したりし「科学的側面」を活用して患者の状態を把握しようとする。それは、看護者が人間学的な判断や対応に心がければ、客観性を失い、分析も曖昧になるため、科学的側面の見方・考え方をを用いて補正を行い認識・行動の修正をする。また、科学的な判断や対応に傾けば患者の思いや個別性を無視してしまうので、人間学的側面の見方・考え方で補正を行い認識・行動の修正をする。そのため、看護においては、看護者がどのような対応をしたのか——「患者と看護者（という自己）の対応」を見つめるもう一人の自己——を第三者的に見つめ直し（科学的）、その対応が妥当であったか（人間学的）について再度判断するという過程が重要になる。¹⁴⁾ ここでも科学的側面と人間学的側面が循環するようにして表れてくる。だが、二つの側面はそれぞれの対照であり、かつ基準となる看護の対照であり、それゆえ指標にはならない。それでは、この基準である看護とはどのようなもので、何ををもって指標とするのかが問題になってくる。ただし、これまでで明らかにいえることは、第一に患者という立場・状況にある人びと（パトス）への対応は「人間学的」でなければならず、そうすることで看護に成る（「看護」が具現化する

る)ということ。そして、第二に科学という学問の特徴——合理的な方法の活用, 原理・体系を明らかにする——を認識し, 科学的であることが看護及び人びとを豊かにするということ, である。¹⁵⁾ 以上のことから, 看護においては科学・人間学双方の限界をわきまえなければならず, そこに看護学としての学問体系のあり様が示唆されてくるとも思われる。

看護においては「科学的側面」「人間学的側面」を併せ持つことでその両極端ともいえる側面の領域間を往復しながら, 看護者が患者に関わることによって得られた反応によって, 看護者自身が変化(認識・考え方)をすることで看護を成立させようと試みる, といえるようである。そこで, 次章では, 看護を成立させるために必要な患者-看護者の関係性に目を向けて考察を行う。

引用文献

¹⁾ 「今日医学や医療を考える場合に, 慢性病については東洋医学の効用も十分認めるべきであるとはいえ, 全般的には科学的な知を無視して医療に従事することは到底できない。」中村雄二郎「Ⅲ 脳死問題新考」『中村雄二郎著作集 第二期Ⅱ臨床の知・各論』(岩波書店, 2000年) 264頁。

²⁾ 医療法は昭和23年に定められ, それ以後37年間改正が行われていなかったが, 昭和60年に第一次医療法改正, 平成4年に第二次医療法改正案が成立され平成5年4月より全面施行, そして平成10年に第三次医療法改正が施行された。ここ10年間の相次ぐ改正は, 高齢化, 疾病構造の変化, 医学医術の進歩等に対応する必要性が高まったためである。また, 医療関係従事者の法改正も近年行われており, さらに今までになかった「臨床工学技師法(昭和62年)」「義肢装具士法(昭和62年)」「救急救命士法(平成3年)」「言語聴覚士法(平成9年)」が新たに加えられた。看護行政研究会監修『平成12年版看護六法』(新日本法規, 2000年)。

³⁾ 「看護過程は効果的な看護の展開を方向づけるための道すじであり看護実践の1つの方法論である。」看護過程のとらえ方には2つあり「人間関係論に立脚した考え方(オーランド, ペプロウ)」「問題解決技法を基礎理論とする考え方」である。1973年にANA(米国看護婦協会)が看護過程の要素(アセスメント, 看護計画立案, 実施, 評価)を示し, 専門職業人としての看護婦には問題解決能力が必須であることを明示して以来, 看護過程を看護の問題解決過程であるとする考え方が一般的である。『看護学学習辞典』(学習研究社, 1998年) 168頁。

⁴⁾ 医療の質, 看護の質に関する議論, 研究は活発化している。1995年には第三者による公益法人(財団法人)「日本医療機能評価機構」が設立された。高橋美智「看護の質・量」の潮流をめぐって『「看護」を考える選集1 看護の「質評価」をめぐる基礎知

識』(日本看護協会出版会, 1996年) 7頁. また, 基準看護制度(この制度は戦後日本の看護の質的向上, 看護体制(マンパワー)の確保に役立った)が平成6年の「診療報酬改定」(「中央社会保険医療協議会」の役割は, 健康保険法第43条114で位置づけられ, ほぼ2年毎の「診療報酬改定」については厚生大臣の諮問を受けて答申を出している)に伴い見直されている. 杉谷藤子「1. 基準看護制度が変わる」『ナーシング・マネジメント・ブックス3 変革する基準看護制度』(日本看護協会出版会, 1994年) 9頁.

⁵⁾ アメリカでも新しい概念である Managed Care (マネジド・ケア) は, 患者ニーズに応じるための看護システムの1つであり, 看護の質の評価としてのクオリティ・アシュアランス (Quality Assurance: 消費者に対して提供するサービスを評価, モニター, 規制するもの) を兼ねたコスト・コントロールとしても機能している. Zander (ザンダー, 1988) はケース・マネジメントについて4つの構成要素をあげ, その中の1つには「規定された時間内で臨床的結果を達成すること」というのがある. 阿部俊子「質保証のためのさまざまな概念とその手法」『「看護」を考える選集1 看護の「質評価」をめぐる基礎知識』(日本看護協会出版会, 1996年) 76頁.

⁶⁾ 「多くの理論が紹介され, 実践への活用が試みられるが, 人間の見方, 看護の目標をニードの側面からみていこうとする, Virginia Henderson (ヘンダーソン, 1897-1996) の14の視点, Sister Callista Roy (ロイ, 1939-) の適応モデル, Dorothea E. Orem (オレム) のセルフケアモデル」などがある. 前掲注3)・169頁.

⁷⁾ 「(略), 全般的には科学的な知を無視して医療に従事することは到底できない. しかし, 事態がそうであって見れば, 医療に携わる者たちは, いっそう科学的な知の〈普遍性〉と〈論理性〉と〈客観性〉が持つ陥穽に陥らないようにすることが必要になるだろう。」中村・前掲書264頁.

⁸⁾ 「～、近代科学の分化・組織化の進行は、資本主義的な社会体制の機能的・合理的な組織化の進行を背景とも基盤ともするものであった～。」とされており, 体制や社会構造の影響を受けながら科学は今日に至っていると考えられる. 中村雄二郎・田島節夫・生松敬三・古田光著「第十二章 十九世紀末から二十世紀へ」『思想史——歴史的社会を貫くもの [第二版]』(東京大学出版会, 1977年) 208頁.

⁹⁾ これについては, 以下の「患者満足度」についての報告からも明らかになるであろう. 患者満足度(患者による医療評価の主たる方法)について, 外来においては医師に関する要因が患者満足度の高低に強く影響しているが(長谷川万希子, 他1993), 入院患者の満足度では, 看護の要因が外来よりも強く影響することがわかっている(池上直己, 他1987). 以上のことから, 療養上の世話における看護もしくは看護者の影響は大きいと思われる. 日本保健医療行動科学会監修『保健医療行動科学事典』(メヂカルフレンド社, 1999年) 69頁.

¹⁰⁾ 看護の概念としては「健康・不健康を問わず, いろいろな健康水準にある人々, すなわち, 身体的・心理的側面をもつ1個の統一体としての人間に対して, その人々が自

らの力で、健康水準を維持し、増進し、回復できるように、あるいは平和な死を迎えられるように、ニードを満たすための援助を行う過程」である。また、この看護の概念は、国や社会、医学の発達、医療の変化などにより変化している。前掲注3）・161頁。また、ICN（International Council of Nurses, 国際看護婦協会）のCode for Nurses（看護婦の規律、——看護に適用される倫理的概念、1973年）には、「看護婦の基本的責任は4つある。すなわち、健康の増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和である。」とされている。国際看護婦協会『ICN基本文書 看護の理念と指針』（日本看護婦協会出版会、1988年）9頁。

¹¹⁾ 中村氏は、「人間の知の二つの極たる〈科学〉と〈宗教〉をあげ、「科学と宗教ほど、〈生の原理〉と〈死の原理〉とが深くかかわりながら明瞭に対照的な様相を取っているものはない」としており、「科学も宗教も当然ながら、ともに、生の原理と死の原理との複合あるいはむしろアマルガムをなしている。」と述べている。中村・前掲書「生の原理と死の原理」・219頁。

¹²⁾ 医療対策の動向として、21世紀へ向けた医療政策に「1）医療の質の向上」があり、その1つに「末期医療」があげられており、がんなどの末期状態における適切な医療を確保することを目的とした体制の整備が打ち出されている。厚生統計協会『国民衛生の動向・厚生指標』（臨時増刊号・第47巻第9号・通巻736号、2000年）170頁。

¹³⁾ WHOが1990年に出した緩和ケア（palliative care）の定義は以下のようなものである。「緩和ケアとは、病気が治癒的処置に反応しない患者に対する積極的なトータルケアである。疼痛やその他の症状のコントロールのほか、心理的、社会的、霊的な問題のコントロールが優先される。緩和ケアの目標は、患者と家族のために可能な限り最良のQOLを達成することである。」『がん看護シリーズ がん患者のQOLと緩和ケア』（小学館、1998年）4頁。

¹⁴⁾ 例えば、このような過程の学習として、プロセス・レコード（process record; 経過記録）を用いた記録の方法がある。「看護において、ある場面の患者の言動と看護婦の言動・考察したことなどをありのままに経時的に記録したもので、1つの客観的資料として、看護評価や看護研究に利用される」『看護学学習辞典』（学習研究社、1998年）834頁。

¹⁵⁾ 中村雄二郎氏は科学について「積極的にも消極的にも、また肯定的な意味にしる否定的な意味にしる、なにかの特定な意味や価値と結びつくことなしには、現実には存在しえない」と位置づけられている（73頁）。「科学の根底にあるもの」という節の中では「人間として「科学」を使いこなす」という表現をされており、「——「科学」は使いこなされることによって人間的な意味をもつ——」と述べられている。中村雄二郎『哲学入門 生き方の確実な基礎』（中央公論社、1967年）81頁。

第三章 関係性における看護

第二章において、看護の成立には看護者自身の変化が必要で、その結果が患者の変化にも結びつくとした。要するに、患者－看護者間は相互の変化及びその影響により関係性自体も変化するため、看護においては「関係性」が重要だと考えられる。本章の第一節では、関係を成立させている要素ともいえる患者・看護者のそれぞれの立場における自己に対する考え方を「自己観」と表現し、考察を試みる。ここでいう立場とは役割の違いという意味ではなく、看護を仲立ちとした能動的立場と受動的立場の違いとして用いることとした。

受動的立場の自己 ⇔ 患者 = 看護を必要とする存在

能動的立場の自己 ⇔ 看護者 = 看護の実施者

看護者は能動的立場にあるが、看護は患者の立場を想起しつつ実践するので、働きかけ、促しといった能動的な活動を積極的に実践するときもあれば、患者が変化するのを待つ、受動的な立場にある患者という状況を考慮することも必要である。このような変化は、看護者が患者をどのように捉えているかによるものだと考えられるので、人称の変化を用いて説明をしていきたい。そして、第二節では、相互の関係性を、自己・他者の関係性の視点から考察を行う。

患者〈自己〉 = 看護を必要とする存在《他者》 ⇔ 受動的立場

看護者[[他者]] = 看護の実施者[自己] ⇔ 能動的立場

ここでは、受動的立場にある患者の主体性——治療について説明を求める、自己決定を行う、歩けるようになるため訓練に励む、嫌いな食べ物でも栄養学的な必要性を考え食べるといったあらゆるレベルでの、健康障害や自己に対するの取り組み・意欲——、能動的立場にありながら患者の主体性を支える看護者といったそれぞれの自己と他者の関係が、交互に錯綜するような関係性を論点とする。そして、患者・看護者のそれぞれの自己実現が可能であるためには関係性がいかに重要かを明らかにする。

第一節 自己観をめぐる看護

(1) 患者の自己観

患者という健康障害を抱えた状況において、疾患及びその症状は身体・精神の変化であり、患者はその変化を最も感じ取っている「自己」である。そして、患者がいかに大変な状態にあるかは次の言葉からも明らかである。「patient」の日本語訳は、形容詞では「1 しんぼう（忍耐，我慢）強い，気長な；耐えられる，忍耐できる」，名詞では「1 [特に医者にかかっている] 病人，患者 2 ((まれ)) 受動者 3 ((古)) 苦悩者；犠牲者」である。¹⁾ また，中村雄二郎氏が「患者が人間のパトス（受動，受苦，痛み，病い）という性質をもっともよく体現している」と述べているように，²⁾ 安楽・快適な状態では決してなく，できるならば避けて過ごしたい，一生健康でいたいといった願いを持つものである。患者は，誰しも好んで健康障害になるのではなく，死に至るということも含めて受け入れ難い事実でありながら，自分の人生であるが故に切り離せないのである。そのため，患者が自己に対して持つ思いは複雑なもので，自己に対する価値意識が低下しやすいということは容易に理解できよう。また，健康障害は自立の低下につながり，自由な活動を狭める。「寝たきり」「歩けない」「食事ができない」「排泄ができない」といった最も基本的な活動である日常生活を誰かの手に委ねなくてはならない。³⁾ このように，患者は「受動的立場の自己」としての存在で，自己の存在，自己の尊厳が喪失の危機にあり，悲観的な感情や苦悩を持ちやすいが，その一方で，何らかの希望・期待といった思い，精神の安らぎを求める，失われつつあるものを維持したいといった要求も強まっていく。それは，そもそも欲求というものは，何らかの妨げがあるがために高まりやすく，また，その欲求充足のために意欲的になり「生きている」という実感を得ることもあるからである。⁴⁾

そして，我々は一般的に健康障害があることを，「生産性が低い」「不便な生活」「競争社会の敗者」「人生における負の要因」と考えがちである。「健康である」ことには価値があり，“健康だったから可能になった”というような成功・目的達成のための不可欠な一要因であり，健康は社会にとっても課題である。⁵⁾ だが，健康障害の種類も多く，健康の段階の幅も広がれば，健康至上主

義の考え方も一様には認められにくい。患者が何に対して価値を持ち、どのような生き方を選択したいかという自己決定のあり方に対する尊重ということも重要視されなければならない。

患者の自己観は、健康障害によって影響され「受動的立場の自己」として認識されやすいと思われる。しかしながら、健康障害が自己観に与える影響、健康障害の変化に影響を受けた自己観の変化、これらについて、患者自身が変化を感じていることもあれば、患者は気づいていないこともある。患者が中核的自己によって本来の自己を取り戻し、保持し続けられれば、それは健康障害に左右されない自己だといえ、「受動的立場」から「能動的立場」（身体的な能動性は期待できない場合があろうとも）へ変換でき、健康障害からも自由になった時である。これは患者に限らずあらゆる人にとって、「自由な自己」というあり方は望ましいものだといえるのである。⁶⁾

(2) 看護者の人称の変化と看護

看護者（＝自己：I・私）が対象とする患者は自己以外の存在（＝他者：YOU・あなた）で、看護者は看護の実施者という主体者ではあるが、実施内容である「看護」は、患者という対象者の思いや欲求、必要としているもの（＝主体）でなければならない。これを、私は「看護」を仲立ちとした相互関係と位置づけてみた。看護者は自らの身体を使って看護技術を提供するという能動的活動を展開しながら、看護の受け手である患者の反応を確認し取り入れて調整を行う。このような一連の過程によって「看護」は成立しているのである。⁷⁾ 要するに、看護者の一方的な思い込み、情報不足、認識の誤りなどによって実施された看護は、患者の思い・欲求・必要性とは異なるために満足感のない不必要な看護になるわけである。そのため、看護者は意識的に自己の人称変化を行うことで、患者の思い・欲求・必要性を把握していると考えられる。死について「一人称の死（＝私の死）」「二人称の死（＝あなたの死）」「三人称の死（＝その死）」という考え方がある。⁸⁾ これは、死との距離感をどのように位置づけるかによってそれぞれの性質の違いを明らかにしやすいため、この考え方を準拠し、看護者が考える看護者という自己と患者という他者の距離感の違いによるそれぞれの看護の異なる点と必要性を明らかにしていくことと

する。

まず、看護者が「一人称の患者」(I・私)で考えるのは、「私は患者である」という場合で、患者Aの状態をそれまでの自らの経験(患者の経験、病気をしたときの経験)を想起し重ね合わせることで、「患者Aの状態になった自己」を思い描きつつ必要な看護を導こうとするものである。看護者の患者に対する距離間は密接で、重ね合わせたような見方である。これは、他者を理解しようとする場合に、最も容易に行える仮定である。しかし、自己の範囲内での仮定であるため独りよがり、自己満足になりやすい。このような傾向が強い場合、善行モデル(患者の自律性の尊重よりも医学的な利益の提供)、悪しきパターンリズム(正当化されない、個人の自律の実現・補完を妨げる)に基づく看護になると考えられる。⁹⁾

次に、看護者が「二人称の患者」(YOU・あなた)で考えるのは、「あなたは患者である」という場合で、患者Aに関する様々な情報に基づき、どのような人であるかイメージを描きつつ看護を導こうとするものである。看護者の患者に対する距離間は大変近く、身近な存在としているが、自己と他者の異なる点、一般的と個別性も認識しており「自己の中に存在する患者A」である。ここでは、対象の理解といった一般的な「人」としてのあり様、患者の話を傾聴し共感的な理解、他者の尊重といったことを踏まえ、患者への関心と理解したいという強い要望を必要とするものである。要するに、全ての人は自己以外の存在なのであるから、他者理解がいかに困難であるかを認識した上での理解ともいえ、他者に対する批判や評価をせずに、その時、その状況にある人として考えなくてはならない。当然のことながら、一人称と二人称の間を看護者である自己は行ったり来たりするが、自己が一人称であることには変わりがないため限界もある。そこで、看護を行いながら患者との「対話」を繰り返す、患者の反応を観察し確認するということを行い、自己の中に患者の視点を新たに取り入れていくことで、「二人称の患者」で捉えた患者と患者自身との距離を縮めていく。¹⁰⁾ 看護のあり方が受け持ち患者制の場合、患者・看護者は一対一の関係で、患者は看護者を「私の看護婦(士)」といった身近な存在として受け止め、看護者も「私の患者」という責任を持ちやすい。しかし、相互関係に

問題が生じた場合や一体化した時は、二者間のみで解決を行うのは難しいため第三者の介入を必要とするだろう。患者・看護者間に良好な関係が保たれている場合には、自律モデル（医学的な利益の提供よりも患者の自律を尊重）、善きパターンリズム（正当化される、個人の自律を実現・補完する）に基づく看護になると考えられる。

最後に、看護者が「三人称の患者」（He・彼は、She・彼女は）で患者を考えるのは、「彼・彼女は患者である」という場合で、誰という対象がはっきりせず一般的・基本的な看護を導こうとするものである。看護者の患者に対する距離間は遠く、「患者A」としての存在なので自己との関係は希薄かもしくは無関係に近いものである。これは、特定することが困難な場合、差し障りがある場合には有効であるが、患者の個別性が明確になりにくく、差し迫った問題として捉えにくい。しかし、看護者が患者の看護を考える際には第三者としての視点も必要であり、そうすることで現実的・具体的な事柄を客観的に捉え、抽象化することも可能になると思われる。

多くの場合、患者は、看護者がそれまでに会ったこともない見知らぬ人で、健康障害があったために出会った人である。だが、看護者が患者を目の前にした時から、看護は始まる。これは、Hospitalの同系語である「hospitable」が[1もてなしのよい、客扱いのよい 2 快く受け入れる]、「hospitality」が[1手厚くもてなすこと、歓待]という日本語訳があるように、医療は患者を受け入れるために存在するのである。¹¹⁾

ゆえに、看護者も患者を誰かとしてではなく「二人称の患者」として捉えなくてはならない。また、看護者が自己の人称を変化させることで患者についてイメージをし、患者の認識に近づこうとするのは、患者が他者という自己以外の存在で、それぞれが固有の価値観・考えをもつ「個」としての存在だからである。そして、その他者の主体性を高めていくことに看護は関わらなければならないからである。これについては、看護者の自己観で明らかにしていきたい。

(3) 看護者の自己観

看護者の自己観は様々であり、百人いれば百様であろう。ここで明らかにしていきたいのは、患者を主体とする看護を実現するために必要な自己観のあり

様である。前述してきたように、患者は健康障害のために身体的・精神的・社会的な援助を必要としており、そのために自己を「受動的立場」として認識しやすい。だが、患者に起きている健康障害という変化は、最も患者自身が感じやすい変化であり、それに取り組み、闘わなければならないのも患者なのである。患者の家族・看護者を始めとする医療者といった周囲の人々にできることは、患者を励まし、支え、専門的な技術で治療や看護を提供し、患者にとって最も良い環境を整えるといったことである。他者である人々が患者である自己に代われないのであるから、患者は主体者としての存在、能動的立場としての患者でなければならないのである。¹²⁾

それでは、患者が主体的であり続けるためにはどのような看護が必要なのだろうか。まず、第一章の図1「自律とパターンリズムからみた自己決定の構造」で明らかにしたように、看護者が「善きパターンリズム」に基づく援助、いわゆる患者の自律実現・補完である。看護者は、患者の自律の度合いを判断し、患者の自律が健康障害及びその影響によって変化が起きているかどうかを確認しなければならない。¹³⁾ そして、患者が自己について「主体的である」

「能動的立場である」と感じるためには、①周囲の人々の反応（患者の価値観・考えが認められる、賛同される）、②患者の存在を認める事柄（最後までやり遂げ責任を果たす、困難なことを乗り越える）が不可欠である。もちろん、患者は「誰かのために」「他者から認められるために」ではなく、自らのために考え、行動をするということもあるだろう。しかし、自己は他者の存在をとおして「自己」の存在に気づくものだと思われる。これは、例えば、自分の後ろ姿を見るためには鏡を使い、そこに投影された姿を見て後ろ姿を知るようなものだといえよう。これについては、鷲田清一氏が「補完性」の中で、「そうではなくて、わたしが「だれ」かであるという、その特異性を、そのかけがえのなさを、わたしがみずからにおいて感じることのできる、その条件にかかわるような他者の存在、それがここで問題なのである。」と述べている。¹⁴⁾ それでは、患者が「自己」に気づくための看護を実践するために必要な看護者の自己観はどのようなものであろうか。それは、「これまでどのような自己を形成してきたか」「自己はどのような傾向にあるのか」「価値観・考えを表現できる

か」という“自己を知る”ということではないかと考える。¹⁵⁾そして、自己と他者に共通する部分があったとしても、「異なる存在である」という最も基本的なことを踏まえれば、他者の自己のあり様を認められ、尊重できるようになれるだろう。看護者の自己観が百人百様であるように、患者も様々であり、そのような個々の患者に合った看護を実践するには、看護者が自己を知ることによって患者の理解に役立てていかなければならないのである。

第二節 関係性と看護

(1) 患者・看護者の相互の関係性

第一節では、患者・看護者のそれぞれがどのような自己観にあるのか考察を試みた。また、患者及び看護者のそれぞれの変化は互いに影響し合うものだとも述べた。¹⁶⁾このような関係性は、我々の日常生活におけるあらゆる場面で遭遇する事柄であり、人間関係の難しさを感じる人も多いことであろう。だが、看護者が患者に対応するという事は、いかに困難さが伴ったとしても専門職としての対応が必要であり、関係性の良否は治療や看護の効果にも直結する。また、医療における関係性は社会における関係性とは異なる点もあり、患者と医療者の関係が必ずしも対等ではなく上下関係であったり、おまかせの関係であったりすることもある。¹⁷⁾患者が最善の結果を望み、そのために関係性をより良いものにしようと思うのは当然で、関係性が一つの手段として用いられることもあるだろう。だが、関係性とは一方通行のものではなく相互の関係により成り立ち、双方の相手に対する思い、それぞれの責任が交差し、行き交うものである。また、日本においては、「相互独立的自己」観よりも「相互協調的自己」観が強く、¹⁸⁾「ウチの」「オタクの」という表現がなされるような集団認識のあり方であれば、¹⁹⁾なおさらのこと関係性が重視されなければならない。このようなことから、看護者は、「一人称の患者」「三人称の患者」ではなく「二人称の患者」という意識を持って看護技術を実践しなければならない。看護者は自己の身体を使い技術を提供し、患者は自己の身体を任せなければならない立場にある。患者と看護者は、皮膚と皮膚の触れ合いを通して「何か」を感じ取ったりするものである。それゆえ、患者にとっては、看護者の「私」

に対する見方，扱い方，触れ方どれ一つとっても気になることである。そのため，看護者の患者に対する思いを，あらゆる場面から患者なりに推測をし，判断しようとするであろう。看護者が「三人称の患者」として接すれば，患者は『物的な取り扱いだ』と感じるかもしれないし，「一人称の患者」として接すれば，患者は『自分の思いとは違う』と感じるかもしれない。このような感じ方は人それぞれであろうが，看護者が患者に与える影響は決して無視できないもので，配慮がなく，無神経な看護が積み重なることで拒否といった結果として表されてくる。それとは逆に，看護者の変化が，患者を変化させることも考えられよう。それは，看護者の善きパターンリズムに基づく看護によって，患者が能動的立場であったり，最も自分らしい自己でいられたり，健康障害から自由になれた時だと思われる。看護者が患者を二人称として捉え，「自己の中に存在する患者」として位置づけることは，患者を受け入れ，その存在を認識することである。他者へ開かれた自己，他者との交流が可能な自己でなければ，関係性は始まらず発展もあり得ない。看護者がまず患者に自己を示すことによって患者も安心して身を任せられ，それが信頼関係の始まりになると思われる。患者が「パトスの的」であることを考えれば，看護者は無力さを感じつつも傍に付き添い共に過ごす，その看護者の存在によって安らぎや温かさを感じられるといった，「何かをする」というよりも看護者の持つ「自己そのもの」による看護も必要であり，それこそ「人」でなければできないことなのである。このような時，患者・看護者は，それぞれの「能動性」「自分らしさ」による自由な相互の関係性によって双方とも支えられるのである。

(2) 自己と他者の関係性

看護が，患者の自己実現にも関わるということは，一般に我々が医療において目にする看護活動の場面からは想像しづらいことだろう。²⁰⁾ 自己実現というと，何かしら遠大で遥かな目標に向けた考えもしくは行動のように感じられるが，我々の日常生活の積み重ねなしにはあり得ない。患者が医療機関に入院する，通院するということは，日常の生活から離れる，日常生活のリズムが異なったものになるということの意味し，非日常生活へと変わることである。そ

のため、非日常生活から一日も早く日常生活に戻りたいと願うであろう。一方の看護者を含む医療関係者は、患者が非日常とする医療機関に勤務し、一日のほとんどの時間を過ごし、一生の仕事として取り組んでいる。患者の非日常は、看護者の日常で反転した関係ともいえよう。²¹⁾

看護者が日常として関係している患者の非日常的なできごとの多くは、生死に関わるようなこと、人生を変えるようなことであるため看護者にとっても精神的な負担は大きい。また、そのような状況にあり苦悩・悲嘆している患者を、いかに支え、励ますかは看護者の役割であっても安易に行えることではない。そのため、このような事柄の繰り返しが、看護者を「燃え尽き症候群」に陥らせてしまうとしてもおかしくはなかろう。人でなければ人を支えられないわけだが、人であるからこそ人を支えるのが辛くなる、苦しくなるものである。人（自己）は人（他者）によって成長・発達し「人」になるわけだが、この自己と他者の関係性の失敗、行き違いというような破綻は、双方に傷を負わせ、感情のもつれ、憎悪といったことにもなる。そのような結果は避けられるべきではあるが、関係の深さ・信頼の度合いに比例するものであろう。患者－看護者間の関係においても、素人と専門職、訪れる側と受け入れる側、受動的立場と能動的立場という関係なので、当初から看護者に対しての信用・信頼がなければ、患者は生命・身体を預けられない（「まな板の鯉」といった例えがあるように）。看護者にとって必要なのは、患者の期待を裏切らずに責任を果たし、患者の信用・信頼に応えることである。要するに、患者と看護者の関係性においては、「バイアスのかかった信頼感」があるため目的や利害といった双方の一致する点がある限り、関係を成立させやすいかもしくは良い関係として発展しやすい。そして、患者－看護者の自己と他者の関係性については、患者は、他者（看護者）を必要もしくは不可欠とする自己でありつつも「自己が自己であり続ける」ことで自己実現が可能となり、看護者は、他者（患者）の自己実現を可能にするような看護を実践することで、他者（患者）の自己実現をもって看護者（自己）としての自己実現につなげなければならないのである。²²⁾ このように、双方とも①互いの存在が不可欠である、②自己実現が可能となる、③自己らしさを発揮できる、といったことを可能にするような関係性を維持で

きる看護が必要となる。

患者の主体性は自己実現につながるもので、自己らしさの表れでもある。これらを可能にするための「自律」とは、本来、我々が持っているものであるといわれている。そのため、看護は、患者の本来持っている能力——自然治癒能力、社会復帰の能力、自己決定の能力などの健康を維持・発展できる、安らかな死を迎えられるための力——を、健康障害及びその影響に邪魔されることなく、最大に発揮できるように関わるのが重要になる。また、看護は、看護の対象の満足、欲求の充足をもって実践した看護の意義が明確になるのだから、看護者にとっての自己実現は、対象が自己実現に近づけたか、自己実現を果たせたかにもよる。以上のことから、看護には対象である患者《他者》が不可欠で、看護者〔自己〕は患者《他者》に関わることで患者〈自己〉の自己実現を支え、看護者〔自己〕の自己実現にもつながることとなる。そして、そのためには、看護を仲立ちとした相互関係の成立に自己と他者の「関係性」が重要になるのである。

¹⁾ COMPREHENSIVE English-Japanese Dictionary : 英和中辞典（旺文社、1977年）

²⁾ 中村雄二郎『臨床の知とは何か』（岩波書店、2000年）167頁。

³⁾ 看護の援助は大きく3つに分けられている。（1）教える、導く、育てる（2）見まもる、保護する（3）支える（代行を含む）、安楽を含む。『系統看護学講座 基礎看護学2』（医学書院、2000年）124頁。

⁴⁾ 「障害の受容」「正常な悲嘆のプロセス」の二つの例を取り上げ説明したい。障害（disablement）の受容は、「障害をもつ人が自分の障害を現実のものとして受け入れ、障害を負った後の人生に自分なりの意味を見つけて前向きに生きようとする主観的な体験のことである。」障害の受容を促すためのサポートとして以下の3つがある。「手段的サポート（instrumental support）：金銭、物品、情報などの提供」「評価的サポート（appraisal support）：努力に対する賞賛、激励など」「情緒的サポート（emotional support）：相談にのったり、共感するなど」日本保健医療行動科学会監修『保健医療行動科学事典』（メヂカルフレンド社、1999年）161頁。正常な悲嘆（Grieving）とは、「個人が重要な喪失に適応していくプロセス」とされ、「満足のいく解決がもたらされるには、ふつう1～3年の時間がかかる」といわれている。いくつかの有名な理論の中で扱われている。Freud（フロイト）、Lindemann（リンデマン）、Bowlby（ボウル

ビー), Engel (エンゲル) Glaser and Straus (グレーサーとストラウス) Kübler-Ross (キューブラー=ロス) などである。『クリニカルナーシング1 看護診断-診断分類の理論的背景と診断名一覧』(医学書院, 1997年) 299~300頁。また, 悲嘆はNANDA (北アメリカ看護診断協会) で公認された看護診断(看護過程の一要素。看護問題を特定する臨床判断として位置づけられ, 計画立案・実施などの看護実践を導くための重要なプロセス)には含まれていないが, 「ウェルネスを志向する看護診断」で, 「悲嘆が喪失に対する正常な人間の反応の一部であり, ナースは患者の悲嘆を援助をするため」に看護介入を使用する, としている。『看護診断ガイド』(照林社, 1998年) 358頁。「障害の受容」「正常な悲嘆のプロセス」からもわかるように, 病的でない場合には再生をしようとする, もしくは何らかの援助によって再生へ向かえるようになるのである。

⁵⁾ 平成10年の厚生省実施による「国民生活基礎調査」によると, 6歳以上の者(医療施設・老人保健施設への入院・入所者, 1か月以上の就床者を除く.)の「健康状態」は以下ようになっていた。

| | |
|-----------------------|-------|
| 「自覚症状・生活影響・通院いずれもなし」 | 57.6% |
| 「自覚症状・生活影響・通院いずれかがあり」 | 36.1% |
| 「自覚症状・生活影響・通院すべてあり」 | 6.3% |

また, 6歳以上の者(医療施設・老人保健施設への入院・入所者, 1か月以上の就床者を除く.)の「健康意識」については次のような結果であった。

| | |
|-------------------------------|-------|
| 「よいと思っている者(「よい」「まあよい」を合わせた者)」 | 44.5% |
| 「ふつう」 | 41.8% |
| 「よくない(「あまりよくない」「よくない」を合わせた者)」 | 10.8% |

厚生統計協会『国民衛生の動向・厚生指標』(臨時増刊号・第47巻第9号・通巻736号, 2000年) 77~78頁。

2010年を目指した健康づくり運動として, 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)が平成12年度より開始されている。基本理念としては「全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のため, 壮年死亡と, 健康に関連する生活の質の低下を軽減することを目指し, 一人一人が自己の選択に基づいて健康を実現させること, そして, この一人一人の取り組みを, 健康に関連する機能を持った社会の様々な主体が, それぞれの特徴ある機能を生かして支援する環境をつくり, 全体の健康づくりが総合的に推進されること」となっている。同上書・86頁。

⁶⁾ 中村直美氏は「中核的自己」「周的自己」という分け方をしており, 「自律とは, 結局, この中核的自己(主我)が外的な要因(外的な力, 権威その他の自己をとりまく環境要因)の支配, 統制から免れかつ周的自己(客我)の影響を被りつつ最終的にこれを支配, 統制していることだと言えるであろう。」と述べている。中村直美「シートベルトの強制とパターンリズム」熊本大学法学部創立十周年記念『法学と政治学の諸相』

（熊本法学，1989年）552頁。

⁷⁾ これについて、池川女史は「看護における〈手〉や〈まなざし〉は、看護婦から差し出したり、投げかけるばかりでなく、受け手である病人と相互に出したり引いたりしている手であり、見ると同時に見られる視線であるからである。」と表現されている。池川清子『看護 生きられる世界の実践知』（ゆみる出版，1991年）98頁。

⁸⁾ 平山正実氏は、「一人称としての死と二人称としての死あるいは三人称としての死とでは、各々その性質が全く異なっている」としており、「死を三人称、すなわち「それ」として扱うとき、死はたんなる“もの”にすぎない。この場合、死は客観的に分析すべき対象となる。」「二人称としての死とは、かかわりの中で死について学ぼうとする分野である。」「死を一人称としてあつかう立場がある。ここでは自分の死が問題になる。つまり、自分自身の死に対する考え方が問われてくる。」と述べている。平山正実『死生学とはなにか』（日本評論社，1994年）17～18頁。

⁹⁾ 中村直美氏は、「パターナリズムにはよき（正当化される）パターナリズムとあしき（正当化されない）パターナリズムとがあること、そして善きパターナリズムは個人の自律を実現・補完するものとしてとらえられるのではないか」と述べている。中村直美「エホバの証人の輸血拒否とパターナリズム—医療におけるパターナリズムの一考察—」『法の理論13』（成文堂，1993年）40頁。

¹⁰⁾ 表現は異なっているが、池川女史も「ギャップ（不一致）に気づく」ことの重要性を指摘している。「まず看護婦は相手とよく知り合わなければならないし、そのためには、自分が持っている相手に対する既存の枠組と現実の相手との間に横たわるギャップ（不一致）に気づくことからはじめなければならないのである。」前掲書・95頁。

¹¹⁾ 参照、前掲・注1)

¹²⁾ これについては、まず桜井氏は「そのような人そのものの根源性から、「人間」が自らの権利とか自己主張として自覚するもっとも基本的なことは、自分が生きとし生ける存在であって、常に生き続けることを求めるということである。その上に、「人間」は可能な限り感性と知性の納得のいくような生き方を求める。そこに、自由とか幸福とか、また人格の実現といった問題が生まれるのである。」と述べており、人の持つ根源的な能動性を表していると思われる。桜井弘木「第2章 いのちの哲学②——医療と医学——」棚橋實編著『いのちの哲学 いま生命倫理にとわれているもの』（北樹出版，1998年）37頁。そして、少々長いが能動性についての意義が明確になっていると思われる中村氏の考えを紹介する。「われわれ一人ひとりの経験が真にその名に値するものになるのは、われわれがなにかの出来事に出会って、〈能動的に〉、〈身体をそなえた主体として〉、〈他者からの働きかけを受けとめながら〉、振舞うことだということになるだろう。この三つの条件こそ、経験がわれわれ一人ひとりの生の全体性と結びついた真の経験になるための不可欠な要因である。これらの条件について考えてみると、まず、われわれの振る舞いにまったく能動性がなければ、どんなに多くのことを見たり、聞いたり、し

たりしても、それだけではなんら経験にならない。」中村雄二郎・前掲書63頁。

¹³⁾ 自律の能力と自律のための条件という二つの要因が関係し、「自律の度合い」を決定していると思われる。例えば、患者は、健康障害が原因となり自律の能力が低下したり、医療という本来の生活から離れた環境によって自律が高まる条件も制限されやすいということである。柴田恵子「インフォームド・コンセントに関する一考察—医療における患者の自律実現に向けて—」『熊本大学大学院法学研究科法律学専攻平成8年度修士論文』(1996年)101頁。

¹⁴⁾ 鷺田清一『「聴く」ことの力—臨床哲学試論』(TBSブリタリカ, 1999年)95頁。

¹⁵⁾ 池川女史の「自分自身が主体的に自己を問い、自分自身として生きようとするにはほかならない」「看護婦が患者を一人の〈ひと〉として理解できるということの前提は、看護婦が真に自分自身を生きていることをおいてほかにはないという答が導かれてくるのである。そのことがまた、患者を生かしめる手だてとなるものである。」という考えは筆者と通じるものがあると思われる。池川・前掲書43頁。また、Laina M. Gerace, PhD, RN は“Comfortable Sense of Self”で“Before a nurse can communicate therapeutically, a comfortable sense of self such as being aware of his or her own personality, values, cultural background, and style of communication is necessary.”(「自己の快適感」看護者が看護介入のコミュニケーションができるようになる前に、自分自身のパーソナリティ、価値、文化の背景、コミュニケーションの様式に気づきがあると自己の快適感が必要である)と述べている。Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle (ed.) *Fundamentals of nursing human health and function*, 3rd ed. 2000, p.332

¹⁶⁾ これについて、水野治太郎氏は次のように述べている。「まことケアは、自己と他者の相互の関わりがダイナミックに変化してゆく過程を意味するのであるから、最初の動機が自分の感情に置かれても、それを相手との関わりの中で修正してゆく柔らかさが必要である。そうすれば、相互の関係性は発展していくのだといえる。そうだとすれば、ケアするということは、他者によって自己を変革する過程であるとも考えられる。」水野治太郎『ケアの人間学 成熟社会がひらく地平』(ゆみる出版, 1997年)21頁。

¹⁷⁾ 「患者が、医療者に“おまかせ”をするという態度で「患者自身の利益」(患者が自らの利益として認める医療行為：筆者加筆)を守ろうとしたのである。」柴田・前掲論文13頁。

¹⁸⁾ 大井は「自己認識(自己観)に2種類の文化モデルがあるのを示している(Markus and Kitayama, 1991).」としており、第1型は自己とは他から切り離れたものという認識に基づく「相互独立的自己」で、第2型は自己は他と根源的に結びついているという認識に立つ「相互協動的自己」である。大井玄「第9章 人と人間—自己観と医療倫理—」大井玄, 堀原一, 村上陽一郎編『医療原論—医の人間学』(弘文堂, 1996年)140頁。

¹⁹⁾ これについては、「コントラクト」精神の欠如とも指摘されている。中根千枝『タテ社会の人間関係』（講談社現代新書、1967年）169頁。

²⁰⁾ ここでの自己実現は、Maslow（マズロー）のニーズの階層性の最上層の「自己実現：人の潜在能力・成長・健康・自律性の認知と実現」を意味している。前掲注4）看護診断ガイド・438頁。

²¹⁾ 鷺田氏は「たがいの裏側」という中で次のように述べている。「病院では、入るひとと迎えるひとの関係がちょうど裏返しになっている。患者にとっての非日常が、医師や看護婦にとっての日常なのである（その点では警察官の日常と似ている）。この裏返しの場合、ケアするひととケアされるひととがちょうど反転するようにして接触する臨界面が、〈臨床〉という場所なのである。」鷺田・前掲書209頁。

²²⁾ ここでの看護者の自己実現のあり方についてはわかり辛い点があると思われるので補足する。看護は「対象が自らの力で、健康水準を維持し、増進し、回復できるように、あるいは平和な死を迎えられるように、ニードを満たす」ために行うもので、その理念を実践するのが看護者であれば、患者が自らの力でニードを満たすことは患者の自己実現であり、それを支援することで看護者の自己実現に通じることになるのである。

第四章 関係性をつなぐ看護

第三章では患者－看護者における「関係性」がいかに重要であるかを明らかにしたが、この章では、その関係性を看護はどのようにつないでいるのかについて考えてみる。前章で患者と看護者の関係は「看護を仲立ちとした相互関係」と述べたが、この仲立ちということについて具体的に「身体」に焦点をあてて患者・看護者の双方向から考察を試みたい。

患者にとっての身体とは、疾患に囚って病んでいる‘私の身体’であり、私のものでありながら自ら動けない・動かすことができないために他者に預けたり、世話になったりしなければならないものである。他方、看護者にとっての“私の身体”は看護技術の一部であったり五感という感覚の受容器および発信器を使い援助を提供したり、看護そのものでもある。患者の身体は看護者による看護——ベッドから車椅子への移動、身体を拭いてもらう、排泄の援助を受けるなど——を受けなければならないが、その繰り返しによって相互の関係にも変化が起きる。そのため、身体と関係性の結びつきを考えることで看護における

関係性のつなぎ方が自ずと明らかになると思われる。また、一般的な関係性と看護における関係性の違いにも触れ、看護における特徴をより明らかにしていく。

看護者の白衣や所属部署名・顔写真入りの名札は、一目で「専門職である」「病院の人である」ということがわかるシンボルであり、目印である。これらによって、患者や来院者は初めて接する看護者でもわからないことを尋ねたり、自分の状況を話したりする。そこでは、対応する看護者個人への信頼感ではなく「看護者である」との認識による信頼感によって、この人に聞けば『（親切に）教えてくれる』、この人に話しても『秘密は守ってくれる』となるのである。また、前述したような「患者の役割」「患者－医者関係」から考えても、患者は看護者との関係を良好に保ちたいであろうから、看護者は患者と関係を作っていくことが比較的たやすく行える立場にあるといえるだろう。こうした初期の段階からの良好な関係は、双方にとって好ましいものであるため関係性は発展しやすく、その結果、よりよい看護を看護者は提供し、患者は提供されることになる。このような関係はともすれば「おまかせ」の関係にもつながりやすい。患者は、看護者に身体のみを任せただけでなく、時には生命そのものを任せなければならない。¹⁾ そのため、患者が、看護者に対して不愉快だったり不安を持ったりしたとしても、それを示せば関係悪化も考えられるため、患者はあからさまな態度を示さず、患者が自らの利益として認める「患者自身の利益」につながるよう努めるのである。また、患者によってはひたすら看護者の専門性を尊重し、自らの身体を始めとした何もかもを預けて責任を背負わずにいることもある。²⁾ それは、治療・看護行為の多くは身体的侵襲を伴うもので、患者が治療者を信頼せずにその行為を受け入れれば葛藤を高めるだけで精神的な安定を望めず、しかも治療効果を上げにくいからである。また、「臭いものには蓋」といった現実を直視するのを避けるといった場合もあろう。患者が病気に関する全てを“おまかせ”し自らの不安を解消するようなあり方は、いわば適応行動の一つとも考えられる。患者にとっての身体は“まな板の鯉”という言葉の如く、自己のもの（所有）であっても自由がきかないもの（身体という自己）というわけである。だが、その身体は疾患による障害があったと

しても五感を備え、感情を伴い、生きている「生身の身体」（パトス）である。それゆえ、患者の望みが「おまかせ」であったとしても、看護者はそれが患者本来の望みであるかどうかを確認し、『なぜ、何を、まかせたいと思うのか』『患者の自律（自立）を高める方法はないか』といった看護を考えなければならぬ。特に、インフォームド・コンセントを実践するような医療では、患者が選択肢の中から「おまかせ」を選んだのかどうか、患者自身が決定したかどうか問題となるだろう。それは、看護が患者の欲求（ニーズ）を満たしたり、希望を叶えたりするためだけにあるのではなく、患者の欲求や希望から、身体面における生理学的な変化、精神的な安定や適応の有無を探り、そのような状態にある「人」に対して援助を行うためにあるからである。そして、看護者がそれらについて理解——疾患が人に与える影響、そもそも人はどのような欲求を持つのか——し、そのような状態にある患者に共感——どのような気持ち・思いを持つのか、ただ単に生きるのではなくよりよく生きるとはどういうことか——をすることで、看護が身体を扱う作業として行われたり、一般化し決められた技術の提供で終るのではなく、人に対する「生きる」ことへの支援としてのあり方が目指せるようになると思われる。

おまかせの関係、患者が看護者に合わせるような関係は、その場限り、一度きりの関係ならば双方とも問題なく表面的に対応できよう。だが、看護者が患者を人間のパトスを体現している「人」として捉え、その全体性を考慮して個別的に対応しようと考えれば、患者の本音を引き出そうとするだろうし、それができるような関係を築こうとするであろう。そして一方で患者も、自分に適した援助を提供してもらうためには、現在の自分の状態を正確に表現し伝達するし、実施された援助（身体で受け止め、感じたこと）がどうだったかを常に気にとめ看護および看護者を評価し、最もよい方法（誰に頼めばよいのか、どのような看護をして欲しいか）を選択し、いかに・誰に伝えれば最も良いかも考えているものである。³⁾

患者にとってはわが身に起こる事柄であるからこそ、『心配で仕方がない、不安だ』という気持ちと『誰かにまかせてしまいたい』という気持ちであり、それらは相反するために落ち着かず、忘れ去ることもできずに悶々としなくて

はならないのである。このような思いは患者が表現せずに心の内に秘めていようと、その表情、態度から感じ取れるため、看護者が看護を実施する際の観察（いつもと反応が異なる）、直観や推測（何か変だ！その原因は何かな？）といった患者に対する関心から推察ができるようになる。なぜなら、看護者は“私の身体”を使って患者の身体に触れ援助を提供するので、皮膚と皮膚との接触、患者の全身から発せられる音のない言葉、病室や患者の周囲の雰囲気をも最も敏感に感じ取りやすい立場にいるからである。看護者の身体が感覚の受容器であり発信器であると述べたように、このような看護の働きは、看護技術の実施と同時に患者の反応を確認するということの繰り返しによって看護が成立するからでもある。看護技術の目的は、患者のニーズの充足、代替的な役割の遂行、よりよい状態へ向けて変化を促すなどで、患者の反応をもってその目的が達成されていると考えられる。⁴⁾ そのため、看護者は五感を使って反応を確認しようとし、同時に、自らの技術の修正を加えながら実施を行う。看護者の「五感を使う」とは、視覚・聴覚・嗅覚における観察は正常か異常かを察知しようとする目的や知識と照らし合わせて判断を行うためであり、触覚はそれらの働きの他に、看護が「手あて」ともいわれるような手の役割および皮膚からの刺激という働きを駆使している。タッチ（按手）、マッサージといった手を使った援助で「痛みが和らいだ」「脈拍数が減った」「だんだん気持ちが落ち着いた」という変化がみられるのは、皮膚感覚への刺激、看護者の患者に対する思いの伝達、患者・看護者の関係性が影響しているものと思われる。1970年代後半から米国の看護婦はセラピューティック・タッチ（Therapeutic Touch：エネルギー場の相互作用と考えられている）を自分の手を使った看護介入（患者に安らぎを与え、治癒を促進する）として注目するようになった。⁵⁾ このような働きかけは常に同一の反応が現れるものではなく、逆効果となってしまう患者が拒否することもある。だが、医療機器、薬物といった専門の器具や道具を使わずとも身体のみで援助が行え、「触れ合う」という体験の重要性を裏づけ、看護独自の看護治療（看護療法、Nursing Treatment）の一つでもある。⁶⁾

以上のことから、看護における患者との関係性は、実践のための目的と手

段の両方を併せ持ち、また関係性の発展によって看護は変化していくものだと考えられる。看護者は相互関係の開始、関係性の維持・発展に“私の身体”を活かし患者との接触を頻繁に行い、観察・状態の把握、援助を実施するためだけでなく、安心感・癒しといった気持ちを伝達する手段としても用いる。そのため、患者・看護者の関係性は、一般的な関係性と比較しても看護（ケア）しようという配慮性ある目的が根底にあり、それは一方では看護者としての個人の対応に規制を与え、他方では患者への規制（つまり専門職者としての倫理性。看護者は患者に対して感情的に対応してはならない、痴呆・不安的な精神状態にある患者に本人もしくは家族の了承もなく抑制を行うなど）となる。看護者が関係性を重視するのは、効率的な看護実践、患者との相互の信頼関係から得る喜び、看護の成果といった様々な要因を含み、また、患者の変化（患者の回復・安寧、自己成長、疾患を受け入れて新たな生き方の発見）に直に接することができるためである。患者・看護者の関係性は、相互の関係によって成り立つものでありながら、看護者の価値観・倫理観というあり様を反映したものともいえる。ゆえに、関係性に焦点をあてて看護のあり様を丹念にみていくことは、その根底につながる“看護”の手掛かりを見出せると考えられるのである。

¹⁾ 胃管カテーテルに入れるべき鼻腔栄養を静脈注射として患者の体内に注入した。患者の確認を怠り取り違えて処置を行った。このような医療過誤による患者の死亡ケースが報告されニュースになっている。そこで、平成13年3月26日、厚生労働大臣は「患者の安全を守るための医療関係者の共同行動（P S A）」を提唱した。2001年を「患者安全推進年」と宣言し、同年から「医療安全推進週間」（本年は11月25日～12月1日）を定めた。医療安全対策検討会議では「ヒューマンエラー部会」「医薬品・医療用具等対策部会」で安全管理対策に関する事項の審議が行われている。

²⁾ 佐藤禮子女史が「特に『病気になったから自分の身は専門家にまかせた』とひとえに信頼することによってわが身の安全を図る日本人の体質から論じられるものである。」と述べているように、患者は医療者への信頼なしには医療行為自体を受け入れられないと思われる。（佐藤禮子「インフォームド・コンセントとは 医療は誰のものかという原点から考える」『特集 看護の中のインフォームド・コンセント』所収、日本看護協会出版会、1990年、看護42巻2号31頁）

³⁾ 池川女史の以下のような文章と類似していると思われる。「～、（看護婦は：筆者加筆）自分を試され続けながらいろいろな手だてを用いて、その人がその人なりの人間ら

しさを整えられるよう手助けする。つまりそこでの看護婦は、細分化された諸科学ではまだ説明されていないような、与えられた体験と体験の連関をまさぐり体験を再構築するという知的実践の過程を踏むことになるわけである。」(池川清子「看護 生きられる世界の実践知」ゆみる出版, 1991年, 30頁)

⁴⁾ 看護技術 (nursing art) とは「看護の目的を達成するために、個々の看護者がどのような援助をするのか具体的に方向づけるもので、看護実践活動を成立させる種々の技術のありようをいい、日常生活行動の援助技術、診療に伴う援助技術、看護を実践するための基本技術に大別される。」『看護学学習辞典』(学習研究社, 1998年) 167頁。

⁵⁾ テレーズ・コンネル・ミーハン「セラピューティック・タッチ」, Gloria M. Bulechek, Joanne C. McClosky (早川和生監訳)『ナーシング インターベンションー看護診断にもとづく看護治療』(医学書院, 1995年) 185頁。

⁶⁾ 看護学生を対象とした調査結果によると、「学生は「タッチ」に対し肯定的なイメージ持ち、患者にタッチすることに対してあまり抵抗感を持たない」というものであった。学生は受け持った患者と関係を築こう、励ましたい、何かの援助を行うといった自身の気持ち・行動の時に患者に「触れる」という動作で伝えようとしていたと思われた。(北原美華・柴田恵子「看護学生の患者への「タッチ」のイメージと実践傾向に関する研究」『第31回日本看護学会論文集ー看護教育ー』日本看護協会, 2001年, 59頁)

おわりに ー今後の課題ー

患者の健康障害は生命もしくは人生そのものを揺るがすできごとで、その影響は、患者はもちろんのこと家族、患者に関係する人々(学校・職場等所属している集団)に及ぶ。だが、健康障害と全く関係せず一生を終えることはあり得ない。そして、健康の概念が大変幅広いものであるように、何をもって健康とすべきかということは個人差もあり、個々の考え方・価値観とも関連しよう。¹⁾ 看護は、あらゆる「人」を対象とし、その人の「生きること」に関与するため、その関わり方も大変幅広い領域にわたり、様々な技術・方法を駆使して実践することとなる。このことは、看護の専門性の高さにもつながっているが、「生きる」という日常生活の援助を基本としているために身近な親しみやすさを持つ一因にもなっている。

本論文は、患者ー看護者間の関係性を中心に考察を行うことで「看護」を仲

立ちとする二者間の関係を明らかにし、それを基に第二部以降の社会形成に向けての模索を試みるための手掛かりと位置づけられる。高齢社会、医療の高度化、慢性疾患患者の増加、医療費削減といった医療状況の変化によって、看護の機能が注目され、看護職に対する期待も高まってきている。これまで看護が培ってきたことで役立つ部分もあれば、今までの考え方の応用、新たな概念形成が必要だと思われる部分もある。近年の医療のあり方は「善行モデル」から「自律モデル」へと変わり、インフォームド・コンセントの概念が重視され、患者の自己決定権が確立されつつある。²⁾ 患者の Quality of Life (QOL) が重視され、看護の質の充実が必要とされており、人びとの生活形態の変化（疾患を持ちながら生活を続ける、高齢社会の到来）によって個々人に合った医療が求められ、医療もそれに応じることになる。このような変化に対応するためには方策が練られ人材が確保されなければならない。³⁾ そして、それと同時に、そのような社会における根源的な問題を見極め、根本的に支えていくための「哲学」に値するような考えも必要となる。⁴⁾ これが、本論文のタイトルにも掲げている「看護を基盤とする」ということなのである。

本論文においては、患者と看護者間の二者間における「自己」を主軸にし、他者の存在、自己と他者の関係性について論考を進めたが、実際の医療では複雑な人間関係（患者家族・医師を始めとする医療関係者）が絡み合うため、患者－看護者の相互関係のみで関係性が成立しているわけではない。しかし、看護を仲立ちとした相互関係は最も基本的な二者間の関係で、この成立によって患者の主体性を尊重し患者・看護者双方の自己実現を可能とする看護を考えられるようになるのである。⁵⁾ 「看護を基盤とする」ということの一要素には人と人とのあり方、関係性があり、それは「他者尊重」と「自己実現」という一見相反するような自己のあり方についてどのような位置づけを与え、それぞれを活かしていくのかということ、ここでの自己とはエゴ (ego) ではなくセルフ (self) に近い概念だと考えている。⁶⁾ 今後は、「個人が社会へ」「社会が個人へ」及ぼす影響をそれぞれの視点を重視しつつ考察を行うことで、看護を必要とする人および看護を実践する人の双方が満足でき、かつ、それを支えていけるための社会形成に向けて論考を深めていきたい。

¹⁾ 健康の概念は、WHOによると「身体的、精神的ならびに、社会的に完全に快適な状態 (well-being)」をいう。『看護学学習辞典』(学習研究社、1998年) 303頁。

²⁾ “ヒポクラテスの誓い”にみられた「患者の自律性の尊重よりも医学的な利益の提供」を重視する「善行モデル」は、20世紀になると「医学的な利益の提供よりも患者の自律性の尊重」を重視する「自律モデル」に変わってきた。この「自律モデル」の医療のあり方を実現させる概念の一つにインフォームド・コンセントがあり、これは Paul によると「法律、倫理を起源とする」といわれている。

³⁾ 近年の看護関係法律の改定および関連する法律の公布等について付記しておく。

「地域保健法」 昭和22年公布 → 平成6年改定

「保健婦助産婦看護婦法」昭和23年公布 → 平成5年改定

「医療法」 昭和23年公布 → 平成8年改定

「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」平成4年に制定、平成5年に改定

「介護保険法」 平成11年公布

文部・厚生省令

「保健婦助産婦看護婦学校養成所指定規則」昭和26年公布 → 平成9年改定

文部・厚生・労働省告示

「看護婦等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」 平成4年

⁴⁾ 手島孝氏は「狭い視野で事足りると考えられ勝ちな、実用に直結した知識や技芸であっても、いや、そうであればあるほど、その全体的位置と価値的座標を指し示す哲学を欠いては、究極的にどんな不慮の結果をもたらすことがあるやも皆目見当がつかず、社会的責任は全うされない、ということです。」と述べられており、看護学における現状と今後のあり方にも共通していると思われるため深く感銘を受けた。手島孝「講演 私の哲学—五十二年間の大学生活から—」『アドミニストレーション』(第7巻2号、2000年) 92頁。

⁵⁾ これについては、永尾孝雄氏が「人間の自己実現は世界へのかかわりと、他人との共同生存のなかで行われうる。」と指摘されている。永尾孝雄『基礎法学概論』(法律文化社、2000年) 15頁。

⁶⁾ 中村雄二郎氏が「日本人の場合、その人格的主体は、フロイトのいうエゴ(自我)ではなくてユングのいうセルフ(自己)、つまり意識的なエゴだけではなくその周囲に広がる無意識を含んで成立するセルフであるからである。」と述べており、文中の“周囲に広がる無意識”という考えは「看護」のあり方を考える上で参考になり、重なるところがあると思われる。中村雄二郎『臨床の知とは何か』(岩波書店、2000年) 206頁。

参考文献

1. 中村雄二郎『臨床の知とは何か』（岩波書店、2000年）
2. 中村雄二郎『中村雄二郎著作集 第二期 II 臨床の知』（岩波書店、2000年）
3. 中村雄二郎『哲学の現在－生きることを考えること－』（岩波新書、2000年）
4. 池川清子『看護 生きられる世界の実践知』（ゆみる出版、1991年）
5. 鷺田清一『「聴く」ことの力－臨床哲学試論』（TBSブリタニカ、1999年）
6. 水野治太郎『ケアの人間学 成熟社会がひらく地平』（ゆみる出版、1997年）
7. 湯浅泰雄『身体論 東洋的心身論と現代』（講談社学術文庫、2000年）
8. ハンス・ヨナス（加藤尚武訳）『責任という原理－科学技術文明のための倫理学の試み』（東信堂、2000年）
9. ハンス・ヨナス（宇佐美公生／滝口清栄共訳）『主観性の復権 心身問題から『責任という原理』へ』（東信堂、2000年）
10. 大井玄『終末期医療 自分の死をとりもどすために』（弘文堂、1992年）
11. 大井玄，堀原一，村上陽一郎編『医療原論－医の人間学』（弘文堂、1996年）
12. 小原信・森下直貴編『日本社会と生命倫理』（以文社、1993年）
13. 棚橋實編著『いのちの哲学 いま生命倫理に問われているもの』（北樹出版、1998年）
14. エーリッヒ・フロム（佐野哲郎訳）『生きるということ』（紀伊國屋書店、1996年）
15. エーリッヒ・フロム（鈴木晶訳）『愛するということ』（紀伊國屋書店、1997年）
16. マルティン・ブーバー（植田重雄訳）『我と汝・対話』（岩波書店、1979年）
17. Ruth F.Craven, Constance J.Hirnle; Fundamentals of nursing: human health and function. 3rd ed, 2000.
18. 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 pp.21-29、1979年）
19. 池川清子『看護論の方法を問い直す』（看護展望Vol.3 No.1、pp.23-30、1978年）
20. 池川清子『看護実践の哲学－体験の構造化をめぐる－』（クリニカルスタディ Vol.2 No.11 pp.102-106、1981年）
21. 池川清子『看護実践の哲学－本来の自己にいきることをめぐって－』（クリニカルスタディ、Vol.2 No.12 pp.104-107、1981年）
22. 石本傳江『クルガ・クーゼの看護倫理論－ケアリングとアドボカシーとの架橋－〔1〕』（Quality Nursing、VOL.6 NO.3 pp.84-89、2000年）
23. 石本傳江『クルガ・クーゼの看護倫理論－ケアリングとアドボカシーとの架橋－〔2〕』（Quality Nursing、VOL.6 NO.4 pp.67-71、2000年）
24. 石本傳江『クルガ・クーゼの看護倫理論－ケアリングとアドボカシーとの架橋－〔3・最終回〕』（Quality Nursing、VOL.6 NO.5 pp.73-78、2000年）