

身体性と看護実践の編成

Embodiment and Organization of Nursing Practice

西村 ユミ Yumi Nishimura (首都大学東京)

キーワード：看護実践、現象学、身体性

key words : nursing practice, phenomenology, embodiment

I. はじめに

「看護技術の再構築」を手掛けるには、どのような問いをもってこの課題に向かうのかについても再考しなければならないだろう。本稿では「身体性」を切り口としてこれを論じるが、なぜこの切り口が求められるのかについても併せて検討したい。

そもそも看護技術は、それを提供する相手（患者やクライアントと呼ばれる者）との間で生起してくる。そのため、その相手がいかなる状態にあるのかを理解することが、第一義的に問われる。患者の全体像を捉えるためのアセスメントの枠組みや看護の視点が、看護諸理論 (Tomey & Alligood, 2004) として開発されてきたのもそれ故である。ヘンダーソンの視点やゴードンのアセスメントの枠組みは、看護教育や臨床の現場においても広く活用されている。これらの視点や枠組みに基づき“情報”として得られた患者の諸状態は、既存の看護学や医学、人間諸科学の知識を根拠として分析・解釈され、それらを統合することによって理解される。そして、その理解をもとに具体的な看護介入が計画され、実践（行為）につなげられる。看護技術はこのプロセスにおいて、“行為”として組み込まれている事柄、例えば清拭や褥創ケアなどとして紹介されることが多い。

しかし、敢えて技術の再構築が問われる現状を考慮すると、この流れで実践される技術自体の問い直しが求められていると言っていいたいだろう。例えば、相手を理解するための枠組みを作成し、それをもとに理解すること。この枠組みで問われるのは患者の側であり、理解しようとする看護師の側はひとまず脇に置かれる。

他方で、行為としての看護技術が問われる際には、予め患者の状態が設定され、その状態に対して為されるべき行為やその手順、個々の看護師においてそれが実施できるか否かという、行為する側の能力が問われる。

このように確認すると、既存の枠組みや問いが内包する課題は、患者の状態と看護師の能力とを分離して検討している点にあると思われる。患者と看護師との関係を問題にする際にも、看護師のかかわり方やその能力、あるいは患者の応答の状態が、区別して議論されている。さらに、アセスメントという思考と実践という行為とを分けて、言い換えると、思考の後に行為が生じるという順序を前提にしていることも検討し直す必要があるだろう。ここに共通してみられるのは、既存の枠組みに事実を当てはめて説明しようとする私たちの思考である。自己と他者をまずは分離して議論を始めるという枠組み、思考と行為を分けること、そ



して精神と身体を分けること。これらはいずれも同様の問題を孕んだ枠組みである。言い換えると、このような二元論が、患者に関与しようとする看護師の実践、そこで生起する看護技術の理解を難しくしていると言っている。

この課題を克服する試みとして、こうした二元論の枠組みをいったん棚上げして、看護実践という事象そのものの成り立ちを捉え直してみたい。

II. 事象そのものへ

我々が知らぬ間に陥っている思考の枠組みや前提を自覚して、棚上げすること。あるいはそれ自体を問い直すことは、いかなる意味において求められるのであろうか。先に確認したとおり、看護師が患者を理解しようとする際には、患者を対象化して、つまり理解しようとする自分と患者とを切り離して、患者について思考するという枠組みに基づいていた。この枠組みが難しいのは、患者を理解するという出来事そのものを捉えていないという点である。具体的に言われている看護師による患者理解を捉え直してみると、まずはその患者へのある種の関心が理解という行為を促し、つまり患者の方が理解の生成の契機を作り出しており、その志向性に導かれて患者へと向かっていく行為の中で理解が生起する（西村，2007）。このように考えてもいだろう。そうであるなら、患者を看護師にとっての対象として、看護師たちの経験の文脈から切り離すことは、理解するという営みを歪めてしまっていることになるだろう。患者の状況から切り離して看護師の能力を問うことも、同様の問題を含み持つ。

さらに、知覚と思考、行為を分離して、この順に私たちの営みが生じているという前提も、理解や技術を歪めて捉えることを強いている可能性がある。そもそも実践の成り立ちは、実践やその経験の外部の知識に基づいて、予め設定した枠組みに押し込んだのでは把握できないと思われる。実践や経験の外側の知識に、知らぬ間に実践を押し込もうとする私たちの思考のスタイルを反省し、事実そのものからその成り立ちを捉え直すことによってこそ、看護技術を再構築するための視点が与えられるのではないだろうか。

こうした取り組みを、私は現象学という現代思想から学んできた。とくに私たちの身体の営みである「知覚」の分析をもとに現象学的記述を推し進めたフランスの哲学者、メルロ＝ポンティ（1967；1974）の仕事に負うところは大きい。本稿で紹介するいくつかの仕事も、この思想を手がかりに行われた実践の記述である。

III. 具体的な研究例

ここでは、3つの研究を例に挙げて、看護実践の成り立ち方を確認していきたい。1つ目は、私がこのようなスタイルの研究に取り組み始めたきっかけとなる、遷延性植物状態患者をケアする看護師の経験を探求した研究である（西村，2001）。2つ目は、音が鳴らなかったという不在に気づき応答する看護実践（西村，2012）、3つ目は、急変が起こる前からある変化に関心を向け続けていた看護実践に関する研究である（西村，2012）。いずれも看護師たちにインタビューをしたり、フィールドワークによってその実践を記述したりすることを通して浮かび上がってきた実践の記述である。

A. 植物状態患者の看護ケア

遷延性植物状態は、意識の徴候が見られず他者と交流を持つことができない状態の総称である。しかし、直にこの状態の患者たちに関わり続けている看護師たちには、患者が何かをわかってくれているのではないか、と思う瞬間が経験されており、その経験が確かであるとも感じられている。ところが患者は意識障害とされているため、そのような経験は看護師の側の思い込みや主観的とされ積極的に取り上げられてこなかった。私は、こうした看護師たちの経験の確かさが、いかに成り立っているのかに関心をもった。また同時に、その経験が看護実践といかに関係しているのかについても、検討する必要があると考えた。

看護師たちの経験の探求においてまず問い直し求められたのは、看護師の側が見たりかかわったりする主体となり、患者の側がそれを受ける対象（客体）として位置づけられる、二項対立の図式である。さらに、患者が意識障害であるという医学的な診断に基づいた見方も棚上げする必要があった。看護師を見る側に位置づけ、患者を意識障害とすると、植物状態患者の状態を見極める看護師の見方が思い込みであるという指摘を乗り越えることができない。患者の側は他者とのコミュニケーションのためにあらゆる手段を失っているのだから、彼らの状態を見極める者の側にその判断が委ねられるのである。同様に、意識障害を前提としたのであれば、そもそも患者とのかかわり自体が成り立たない。それ故、こうした科学的な見方と見る側と見られる側とを分けて考える図式をもっていることを自覚し、その手前から経験していることを検討をする必要があった。

そこで手引きとしたのが、事象そのものへ立ち寄り、そこから出来事の成り立ちを記述し直すことを推奨した現象学であった。

実際にインタビューとフィールドワークを行うと、幾つもの興味深い事象に出会うことができた。ここでは、ある経験を語ってくれた看護師自身が、語り

ながら気づいていった出来事を紹介する。その看護師はAさんと言ひ、植物状態患者の住田さん（仮名）のプライマリーナースであった。住田さんは植物状態であるだけでなく、多くの疾患を患っていた。そのため、コミュニケーション手段を確立するためのかわりというよりも、全身状態の管理が積極的になされていた。食事も経管栄養で摂取していたが、ある日、胃管を入れ替えようとすると、何かが引っ掛かって再挿入ができない。検査をすると、住田さんには食道がんができており、その狭窄のために胃管が入らなかったのだ。

食事だけではなく幾つかの投薬もこの胃管から行っていたため、早々に、胃瘻を作ることが提案されたが、そのためには手術をする必要があった。住田さんの家族は、彼にはがんであることを告知して欲しくないと言う。しかし、何も伝えないうまま手術をすることは躊躇われる。それでは住田さんが納得しないのではないかとAさんは思うのだ。手術自体は数十分で終わるかもしれないが、その処置について、住田さんに何とかかわかってもらおうと、説明の仕方を検討した。ところが、実際に住田さんを前にすると、自ずと彼の状態に合った言葉が生み出されてきたというのだ。その時、Aさんは、ふと我に返って、自分が住田さんに話した言葉やその話し方を聞きながら、自分自身が住田さんがどの程度の理解度であると思っていたのかを知ったという。予め患者さんの情報を収集してアセスメントし、それをもとに説明をしたというよりも、住田さんに説明をしようとして彼の前に身を置いたときに、そのように話さざるを得ず言葉が生まれてきたのである。もちろん事前の検討も影響していたと思われるが、Aさんにはその場で生み出された自分の言葉が大きな意味を伴って響いてきた。

この出来事では、患者さんに何も説明をしないで手術を受けてもらうことに対するある種の抵抗、言い換えると、そのまま進められないというある種の身体感覚が生み出されていると言えるだろう。また、単にAさんが患者さんを理解する側であると位置づけていないことも分かる。Aさんが判断（思考）して、その思考によって行為（説明）が行われたわけでもない。どのように説明しようかと考えつつも、その思考がAさんに説明をさせたのではなく、かわりながら言葉を選ぶこと、それまでのかわりの歴史をも含めた住田さんの状態自体が、Aさんにそのように説明させたのであり、Aさんの行為には住田さんの状態が反映されていたのである。また、その自らの行為によって、自身がいかに住田さんを理解していたのかを知ったのであるから、行為が思考を促したと言ってもいいだろう。

一旦まとめたい。この例から言えることは、そもそも私たち看護師の、理論などの枠組みを用いて患者の情報を得て（知覚）、それをもとに判断し、その判断

に基づいて行為をするという文法、ないし出来事の順序は、具体的な実践において第一義的に成り立っていない。状況に応じるということ、この例では、患者さんを前にして説明を始めるという行為において、相手の状態の理解が示され、これまでの歴史性が活かされる。そうであれば、私たちの実践そのものの成り立ちをもとに看護技術を捉え直すことが、技術の再構築の第一歩となるのではないか。

B. 音が鳴った覚えがない

こうした出来事の成り立ちや身体性については、インタビューでの聞き取りだけではなく、フィールドワークを行った際にも遭遇した。看護場面における実践知の探究をテーマに掲げた調査をしたときである。ここでは2つの例を紹介する。

最初の例は、「ないこと」に気づくという看護場面である。その日私は、一人の中堅看護師Bさんに同伴して、実践を見せてもらっていた。Bさんは、ナースステーションで師長と入院患者について話をしていた。そこに、担当をしている患者から、点滴が無くなりそうであることがナースコールによって訴えられた。Bさんは「忘れてたよ」と言って、交換する点滴を持ち、早足でその患者がいる一番奥の病室へと向かった。私もBさんの後に従った。ところがBさんは、ある部屋の前を通り過ぎた後に突然足を止め、踵を返してその部屋に入っていった。4人部屋の奥2つのベッドのカーテンが閉まっており、Bさんはこの2人に何かを訪ねていた。一緒に歩いていた私には、何が彼女の足をとどめ、その病室に誘ったのかは全くわからなかった。何か聞こえたのだろうか、とも思ったが、一瞬フェイントをかけられたような経験をしたため、何に回答したのかをBさんに質問してみた。

「たぶんあの時は、患者さんが見えた、と思うんです、あの通った時に。それで、患者さんはおトイレの時にナースコールで呼んでくれて、戻ると時にナースコールでまた呼んでくれるんですけど、鳴った覚えがなかったんですね。…コールも鳴ってなくて、カーテンから顔の気配が出ていたので、で、それがたぶん目に入ったと思うんですけど。そんなに注意して（病室を見て）いるとは、言えー言えないんですけど」

この語りから、看護師は予め患者がナースコールを鳴らすか否かに注意を向けていたわけではなく、「患者さんが見えた」瞬間に、顔の気配それ自体に歩みを止めさせられ、その病室へと否応なく向かわされていることがわかる。そして、その応答自体が、ナースコールが鳴った覚えがないことに気づかせる。このことに気づくのは、それまでの患者とのかかわりという歴史性が関係しているようだ。

「その人が動く時に、…ナースコールをしてくれるようになって、あの、ずっと説明してて。それでそれを守ってくれて押してくれて移動していた人だったの

で、押してくれるって思って、いたんですけど」。

この患者は、いつも看護師から、ベッドから移動をする際にはナースコールを押すようにと依頼をされており、それを守っていたのだと言う。転倒の危険性を考えた対応であったと思うが、患者の側もそれに注意をしてくれていた。そのため、看護師たちはいつも、患者のナースコールに呼ばれて患者を移動させていた。言い換えると、患者のナースコールと移動は一つの対となっていたのである。ここではその一方である移動の気配に否応なく引き寄せられることが、対の他方であるナースコールが鳴った覚えがないことを浮かび上がらせたのである。

この例でも、顔の気配が見えること自体が応答として働き出し、その働きとともにナースコールが鳴っていないことを生起させている。つまり、知覚→思考→行為という順番で実践は成り立っていない。また、ナースコールをして移動をすることを繰り返して習慣化することでこの両者の対が生成されるのであり、看護師と患者との行為は切り離されていない。言い換えると、いずれの営みも患者の状態への看護師の応答という、一つの行為として成り立っており、その両極の看護師及び患者という一人ひとりの存在やその状態は二次的な事柄である。そうであれば、患者の状態への応答という実践は、自己と他者という二元論の図式で説明することは難しい。むしろ、一つの行為の二つの現れとして、看護師や患者の状態が成り立っているのであり、まずは行為や経験が先行していると言えるだろう。

C. 急変の手前から注意を向け続ける

2つ目の例も、先に紹介した病院での調査で出会った出来事である。私が同伴をさせてもらった看護師Cさんは、その日、救急病棟から転棟してきたばかりの患者を含めた複数人を受け持っていた。救急病棟から来た患者は既に状態が安定しており、その日にフォーレカテーテルを抜いて、自分でトイレに行くことが計画されていた。Cさんは、心臓カテーテル検査が9時から予定されていたため、その前に状態を把握しようと、その患者のもとへ最初に向かった。

Cさんは、9時からの検査までに数分という状況で、他の患者さんのことも気かけつつ、「検温だけ済ませておきます」と言って、その患者の脇に体温計を挟み、血圧計のマンシュートを巻くために袖を捲るが、そのまま腕や手首に触れて何かを確認し始める。「ちょっと体がじめじめしてますね。息苦しいとかないですか」とCさん。後から振り返ると、この時既にCさんは、何らかの状態の変化を感じ始めていたようだが、患者は「大丈夫ですよ」と言う。それでもCさんは、「ちょっと指も見せてくださいね」と言って酸素飽和度を確認し、「胸の音も聞かせて下さいね」と言って、ベッドの周りにカーテンを引き、その中で胸から脇の後方にまで聴診器を当てて、呼吸音などを確認してい

た。しかし、この時は酸素飽和度が少し低かったのみで、他の状態には大きな変化は見られなかった。

Cさんは、その後に幾度もこの患者のもとに戻ってきてはこれを繰り返した。つまり、からだに触れて「じめじめ」を確認し、酸素飽和度を測り、胸の音を聞き、息苦しくないかを尋ねていた。その度ごとに患者も「大丈夫です」と応答していた。偶然、検査が午後に変更になったために、その患者の清拭を午前中に行うことにしたが、他の患者のケアは別の看護師の手を借りても、その患者のケアは自分で行おうとする。そのような状況を午前中ずっと繰り返して昼の休憩時間を迎えるが、やはりCさんはその患者のことを気にかけて続ける。リーダーへ報告をした後も、幾度か患者のもとへ確認に行き、その度ごとにリーダーに患者の状態を伝えていた。3回の報告を終えてようやく休憩に入るが、伝えられた側のリーダーは、Cさんの報告が気になるためか、10分と経たないうちに患者のモニターを確認し、患者のベッドサイドに足を運び、Cさんと同じように観察をする。この時、患者の顔色が少し変化し始めていた。酸素飽和度もやや低い状態が続いていたため酸素マスクに変え、それでも気になるために研修医に診察を依頼する。同時に、心電図も記録して変化を追う。そこに主治医も合流して、皆で患者の状態を確認する。明らかに、午前中よりも顔色が悪く、ぐったりしているように見えるが、原因がわからない。頻脈でなく血圧も問題ないのであれば、痰が溜まっているような音がするのでこれが原因ではないかと、ひとまずネブライザーを試してみる。そこに、昼の休憩から、わずか15分足らずでCさんが戻ってきて合流した。

ナースステーションでは、既に昼のカンファレンスが始まっていた。しかしCさんは、カンファレンスには参加せずに、患者のもとを行ったり来たりしてずっと見守り続けていた。もちろん、その状態は他の看護師たちの関心を引き寄せてもいた。その時である。それまで「大丈夫」だと言っていた患者が「胸が痛い」と訴えたのだ。Cさんは、いったん離れてしまっていた医師たちを呼び戻し、再び心電図を記録しつつ、狭心症の発作の可能性を考えた対処をしていく。その後、その患者は再発作が懸念されて、再び救急病棟に移動することになった。

Cさんの気がかりを振り返ってみよう。Cさんは、検査時間である9時前から、偶然触れて感じたこの患者の「じめじめ」を気かけ続け、3時間余りの間、幾度も確認を繰り返してきた。特別な変化も見られず、患者も「大丈夫」と応じるが、気にかけることを止めてしまわずに観察をし続けた。医師にも確認を求め、心電図などの検査も行った。これが結果的に、患者が胸の痛みを訴えた時に、即座に応答できるための素地を作っていることになっていたのだろう。

この例より、看護師の感覚が行為と結びついて生じていること、そして、その後の思考や行為の下支えとなっていることがわかる。つまり、血圧を測るという行為が感じることで、もっと感じようとする行為を生み出し、それが何であるのかを考えさせるのである。また、感じたことにこだわり続け、それを継続せざるを得ない状況を、その感じたことが促している。根拠に基づいた判断や実践という言葉があるが、根拠となる知識などをもとに実践が行われるというよりも、感覚などの経験の中で、根拠となる知識が求められ、その知識がその文脈の中でそれとして意味を持っていた。そのような順序で実践も営まれている可能性がある。

IV. 看護技術の再考

上述した例をもとに看護実践の成り立ち方を再検討すると、身体の応答——ある事柄を何かとして見たり感じたりすること自体が、既にその何かに応答していることになるが、——その応答性が実践を下支えしていることが見えてきた。また、応答という行為は、感じて判断してから達成されるのではなく、その手前で、感じることで、思考そのものを含んで営まれていた。これらの記述より、実践が生じる順序の再考も求められていることがわかる。既に述べたが、看護の実践には、看護過程やEBM (N) などの方法が導入されている。情報を得て、それを知識という根拠に基づいて判断し、行為を決めていく。確かにこのような計画的な実践は必要であり、思考過程としても意味を持つ。しかしここで重要なのは、実践を成り立たせる地盤となる経験でありその出来事の順序である。情報を得ることも、判断したり計画を立てたりすることも、何かの行為や看護介入と表現されることも、それが為される手前で、それを支えるように、あるいはそれへと私たちを促していることに、言い換えると、ずっと実践の低層で響きつつ生起し続けている経験に目を向ける必要があるだろう。加えて、その応答性は文脈を切断しては発動しない。音が鳴った覚えがないこ

とは、習慣によって対の現象が生み出され、その一方が見えたときに、他方の不在が浮かび上がってきたのである。

こうした事実に基づく、看護技術の再構築において求められるのは、私たちが経験していること、はっきり自覚していないけれども確かに感じていること、それ自体が実践をいかに支えているのかを再度確認する作業である。そこからいかに実践が生起しているのかを、丹念に記述してみることである。応答という身体性を自覚することは難しいが、経験に立ち返りそれを捉え直すことによって、これまで自覚してこなかった次元の経験が、少しずつでも浮かび上がってくる可能性があるだろう。それは、先の例からも期待できる。それが気づきを浮かび上がらせ、身体性を育み、そうした作業の内で技術の再構築が進められることを期待したい。

文献

- メルロ＝ポンティ, M. (1945) / 竹内芳郎・小木貞孝 (訳) (1967) 知覚の現象学1. 東京:みすず書房.
- メルロ＝ポンティ, M. (1945) / 竹内芳郎・木田元・宮本忠雄 (訳) (1974) 知覚の現象学2. 東京:みすず書房.
- 西村ユミ (2001). 語るかける身体－看護ケアの現象学. 東京:ゆみる出版.
- 西村ユミ (2007). 〈動くこと〉としての〈見ること〉－身体化された看護実践の知. 石川准, 身体をめぐるレッスン3－脈打つ身体 (pp.127-152). 東京岩波書店.
- 西村ユミ・前田泰樹 (2012). 時間経験と協働実践の編成. 看護研究, 45 (4), 388-399.
- 西村ユミ (2012). 音の経験と看護実践の編成. 現象学年報, 28, 1-11.
- Tomey, A. M. & Alligood, M.R. (2002) / 都留伸子 (監訳) (2004). 看護の理論家とその業績 (第3版). 東京:医学書院.