



看護師が在宅でできることとは何か

かわしま こういちろう*
川島孝一郎

昨今の、在宅ケアにおける看護師の立場ほどあやふやなものはない、といえるのではないのでしょうか。医療と介護のはざまで揺れる看護のあるべき姿とは何か。本論は、医療依存度の高い在宅療養者のケアをとおして、このあやふやなものに焦点を当て原因を解き明かしてゆくものです。

医師も、看護師も、42年に及ぶ国民皆保険による病院医療の隆盛が果たしてきた光と影をひきずったままで、在宅医療と在宅看護に突入したのです。その影の部分が特に顕著になったのは、やはり介護保険導入以降でしょう。まずはこの影の部分に着目しましょう。

長い間、医療のほとんどは、病院という医療と看護を授ける側が自由に行動できる場のなかで行われてきました。医療と看護の供給側に常に主導権があったのです。このような「場」の形成とともに、これを形作ってきた体制の根拠にも大きな特徴がありました。それは医学知識や看護理論を形成するために不可欠な基本、すなわち近代的認識論¹⁾あるいは近代的合理主義に基づいた思考、知識、そして行動による医療一般の常識だったのです。

相手を「対象として把握」すること、問題点を一つ一つ「アセスメント」により解決してゆくこと、相手により良い「看護を提供」するこ

となど、これらの言葉のどれもが看護の世界ではごく当たり前で使用されているものです。ところが、このいずれもがもつ落とし穴にすでに気づいているのか、それとも気づかないのかによって、行われる看護の様相はまるで異なるものになってしまうのです。

近代的認識論を基本とした科学としての看護学は、看護師が主観として、患者を客観的对象としてとらえることを第一とします。様々な科学的看護学の理論とスキルを利用して対象を観察し、そして操作することにより、「より良い看護を提供」することができ、そして患者は幸せになるのです。

しかし、このような従来の看護理論や看護技術のみがはたして在宅看護においても主要な位置を占めるのでしょうか。この素朴な疑問が湧く背景には、在宅看護それ自体のあり方があるのです。つまり、病気それ自体や病人のみを扱うのではないところに、あるべき在宅看護の照準が合っているからなのです。科学的に類推したり処理する能力が個々の看護師に十分あるにしても、本来看護の根底にあり続け、そして求められるものは、「対象の把握」ではなく「他者経験を自分の経験とする」²⁾という、患者の苦悩を切実に感じることでできる感受性なのです。

第1に必要なことは、家族の家族性を示す

* 仙台往診クリニック・院長

「きずな」の本質と、これに対して医療と看護が長らく主要な根拠としてきた「近代的認識論」とを対比してゆくことです。そして、在宅という家族のきずなのなかで行われる看護が、その本質に根ざしたときにはどのように変貌するのでしょうか。それがわかったときに、初めて在宅における看護のあるべき姿とその任務が理解されるのです。

第2に上記を踏まえて、本来、最高意思決定機関として機能すべきものとしてある「サービス担当者会議」を基本とした、在宅ケアに集う様々な職種間の連携とそれぞれの役割を考えなくてはなりません。

第3に、家族のなかで行われる看護の位置づけと具体的な行動をとおして、看護が担うべき本来の機能をもう一度考え直してみましょう。そして、家庭のなかで行われる様々な行為の本来の意味を、「吸引行為」を例にして問い直すことが必要になるのです。

患者ではない生活者

「人工呼吸器を装着した56歳女性の筋萎縮性側索硬化症の患者」と病院では呼ばれていた人も、家に帰れば「おかあさん」です。在宅生活で「患者」と命名される人はおりません。看護の世界では「療養者」と呼ばれたり、介護では「利用者」という言葉が使われます。これらの言葉はみな対象となるその人個人に使用されるものですが、これらのほかに「生活者」という言葉もあります。病院では分離されてしまう患者と家族も、家に帰れば分け隔てのない全員が「生活者」です。実は看護師も生活者のひとりとして、自身の家庭を支えながら生きている生活の担い手なのです。

生活世界の構造

生活者の生活（物理的・心理的あるいは環境、

経済などのすべて）の全体を生活世界といえます。生活者はその世界のなかで一人一人がただ単純に集合した総和ではありません。家族の各々は「あなたがいるから今の私がある」というような一つの全体³⁾としての両者の同時存在があるのです。この全体特性は、部分すなわち家族の各々の総和には還元され得ません。つまり家族の家族性とは「全体は部分の総和とは異なる」全体性のことを意味し、これが「きずな」の本質なのです。このような共同存在⁴⁾の全体的な形態をゲシュタルト⁵⁾と言います。きずなのなかにいるそれぞれは、見かけ上は各々独立存在しているように見えても、互いに相補関係にあるのでその家族性のなかでは分離し得ない状態にあるのです⁶⁾。

近代的認識論による看護

一方、近代的認識論の観点から看護を語ってみましょう。そこではそれぞれが独立存在していることを基本としています。つまり看護師である私は独立した主観として、これまた独立した客観としての利用者を「対象」としてみることから始まるのです。これがいわゆる「対象の把握」であり、把握するためのメディアとして、看護理論、看護技術、アセスメントなどが駆使されます。対象はそのもの自身として把握されるので、単体として数値化することができ、数学的計算が成り立ちます。ここでは「全体は部分の総和である」集合論が成り立ち、そして人は統計処理され、データとして蓄積されることとなります。

アセスメントもこのような基準に則っていませんから、アセスメントを行う側の影響は考慮されず、問題点が客観的対象として抽出され、そしてその総和が利用者の全体像として（主観に）認識されるのです。

生活世界内部での看護

生活者のそれぞれは実際には独立存在しているものではなく、「全体は部分の総和とは異なる」全体性、すなわちきずなをもって生活しているのです。

しかし、看護が近代的認識論に則り「全体は部分の総和」として生活者を把握してゆくとしたら、この両者の間に軋轢は起こらないのでしょうか。

看護師が在宅において看護を行うときには、必ず生活世界の内部に居合わせて行動するので、生活者の24時間に含まれることとなります。つまり、生活者側から見れば必ず看護師が生活者に対して影響を与えている、言葉を変えれば「看護師の影響をも含んだ全体としての生活世界がある」ことになるのです。にもかかわらず、看護が影響を与えていることを考慮に入れずに「看護の影響抜きに純粋な対象としての生活者」として客観的に把握していると思っているなら、それははなはだしい「思い違い」であるといえるでしょう。しばしば起こる生活者と看護師の軋轢は、往々にしてこのようなものなのです。

本来看護は生活世界の外側から操作したり把握したりしているのではなく、生活世界の内部構造として内側からその全体構造を支えている⁷⁾のです。看護の視点は従来型の客観的に対象を把握するというような「サイエンスとしての看護」としてではなく、看護師自身も含まれた生活世界の全体をその内側から実感する仕方、すなわち「他者経験を自分の経験とする」現象学的素養が強く求められるのです。

「理想の看護を生活者に提供して彼らを幸せに変えてゆく」という言葉よりも、生活者と切り離せない看護師として「生活者と共に在り続けながら看護師みずからが変容してゆく」、つまり「私が変わる」ことが重要となります。そ

して、生活者に対して極力看護の標準化を押しつけないことなのです。

サービス担当者会議

生活世界に上意下達はありません。あなたあつての私であり、かつ私があなたのためにあるのです。したがって、生活世界に集う医療・介護のスタッフ間の関係も、それぞれが生活世界の内部でその職能を発揮し、生活世界の内部構造として機能しているかぎりにおいては、やはり上意下達はありえないのです。

それぞれのサービス担当者の職能とは、生活者との関係において両者の全体性のなかで発揮できうる能力を意味します。同時に、様々な職業の人がかかわるごとにその全体性は異なり、この多様な違いこそが生活者の自由度を表すものとなるのです。たとえば【看護師と生活者】との全体性【 】において行われる作業があります。そしてまたあるときには（ケアマネジャーと生活者）との関係における全体性（ ）があり、はたまた『ヘルパーと生活者』との全体性『 』があるのです。これら各々の全体性【 】, (), 『 』はその時々々の生活者の表現形であり、この種類が多いほど（生活世界への窓口が多いほど）情報量が多様化し、生活者の自由度の広がりや真意を多角的に知ることができるのです。

仮に情報の窓口を看護師のみにしてしまうと、看護師と生活者の全体性【 】の情報だけが生活者そのものの情報であるかのように伝達されてしまい、この両者の関係性のみが十全のごとく幅を利かせてしまう危険性があるのです。そこで、サービス担当者ごとのその時々々の全体性を披露することにより、互いの職能を確認しあうと同時に、互いに補佐し合う関係性が構築される場が必要となってきます。

それはサービス担当者会議です。そこで披露

されるすべての職種との関係性が生活者の自由度の表現であり、この自由度を最大限保障することが、そこに集うすべての職種に与えられた任務なのです。

在宅看護の職能

- ①看護はもちろんのこと、生活世界に集うすべての職種の基本姿勢は「対象の把握ではない、他者経験を自分の経験とする」実感を伴うものでなければなりません（一般的には全人的把握）。
- ②①に立脚しながら、ある場面においては科学的根拠による看護理論や看護技術を駆使することによって、【看護と生活者】の関係性をより良いものにしつつ、それが生活世界全体から突出したものとならないように細心の注意を払ってゆくのです。
- ③看護は、生活世界で行われるすべての事柄を看護において補佐することが必要です。それ

はより生活者の自由度が高くなる方向に導くことであり、規制することではありません。むしろ他職種を啓蒙したり教育することによって、自らが看護のすべてを行わなくとも、看護の責任において見守ってゆくことができますのです。

- ④狭義の職能においては、より医療依存度の高い療養者の生活にかかわることが求められます。複数高度医療（人工呼吸器、中心静脈栄養、在宅人工透析、がん末期看護など）を必要とする場には看護は欠かせません。
- ⑤広義の職能においては、その医療と介護の知識と技術を地域に広めてゆくことによって、在宅療養者だけではなく地域一般の生活者に対しても適切な助言の場を提供してゆくことができるでしょう（看護外来）。

医療依存度の高い療養者の援助

仙台往診クリニックでは、人工呼吸器装着者

表1 週間サービス計画(K氏)

		介護・医療保険															
		月		火		水		木		金		土		日			
8:00																	
9:00																	
10:00																	
11:00		身体介護2		身体介護2		身体介護2		身体介護2		宮城県 ALS在宅療養患者 指名制介助人							
12:00		身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2	身体介護2			身体介護2	身体介護2				
13:00				身体介護4								宮城県 ALS在宅療養患者 ホットいぎぬぎ					
14:00		身体介護8 身障特別措置				身体介護8 身障特別措置		身体介護8 身障特別措置									
15:00				身体介護6		身体介護6				身体介護6							
16:00																	
17:00		身体介護2		身体介護2		身体介護2		身体介護2				身体介護2		身体介護2			
18:00		仙台市 全身性指名制		仙台市 全身性指名制		仙台市 全身性指名制		仙台市 全身性指名制				仙台市 全身性指名制					
19:00																	
20:00																	
		訪問看護 14:30-16:00				訪問診療30分				訪問看護 15:30-17:00				訪問看護 10:30-12:00			

表2 サービス記録(K氏)

時 間	サービス内容(月・水・木・土)	
10:30	あいさつ(文字盤を使用し本人の意志を確認しながら。以下)	吸引1~2回
45	Bed upして水分摂取(コーヒー1/2カップ, 水1カップ程度)	
11:00	顔・首回り・胸部等清拭, カニューレ部Yガーゼ交換	吸引1~2回
10	吸引瓶の痰, 排尿の処理, 吸引カテーテルの洗浄液と消毒液の交換	
30	リハビリ	吸引3~5回
50	昼食のBed upのため, 2人制になる	
12:00	リハビリ, 食事準備	吸引1~2回
50	Bed up	
12:30	食事介助	吸引5~10回
13:30	食事後後片づけ	
14:45	新聞のセッティング, 頭ブラッシング, ひげそり	吸引3~5回
15:15	顔, 頭部清拭	
16:15	体位変換, 仰臥位に戻り, 更衣を整える	吸引1~2回
16:30	カニューレ部, 胃ろう部, 陰部の消毒とガーゼ交換	
16:50	リハビリ	吸引1~2回
17:00	ネブライザー	
17:30	夕食のBed upのため, 2人制になる	吸引3~5回
18:00	リハビリ, 食事準備	
18:15	Bed up	吸引1~2回
18:30	食事介助	
18:45	歯みがき, 顔清拭	吸引5~10回
19:00	終了	

(NPPVを除く) 32名が在宅療養を行っています。そのうち22名が筋萎縮性側索硬化症(ALS)の人々です。すべての人々のところに各事業所の訪問看護師が外向いています。医療職である医師と看護師には24時間緊急訪問が可能である体制が要求され、実行されています。

このような医療供給体制に立脚しつつ、同時に充実した介護体制が構築されなければなりません。ALSの人々の介護は24時間介護を意味するのであり、常に本人の傍らに、突発的な事態にも対応できる人材がいなければならないのです。病院の病室を思い起こしてみても、必ず

医療職が突発的な事態にも対応できるように備えています。医療職が行うのと同様の対応を、在宅環境のなかに構築してゆかなければなりません。つまり、このような場に集うあらゆる職種が対応できることが望ましいということになるのです。規制するのではなく、むしろ啓蒙し知識と技術を授けてゆく方向に進み、かつ適切な対応がなされるかを、医療職がしっかりと見守っているほうが実際に適っているのです。

単に医療知識や技術だけでは評価しえない、刻々と変化する生活世界のありさまはその家庭ごとに大きく異なります。それは家風といわれ

表2 (つづき)

時 間	サービス内容(火曜日)	
10:30	(月・水・木・土と同じ)	
}	14:30~17:30入浴と夕食のBed upのため2人制となる。	
14:45	入浴準備	吸引1~2回
}		
15:00	訪問入浴サービスによる入浴 脱・着衣補助, 移動補助, 入浴補助 (呼吸器を付けているため)	} 吸引1~2回
	シーツ交換	
16:30	カニューレ部・胃ろう部・陰部の消毒とガーゼ交換	} 吸引1~2回
}	ネブライザー	
50	夕食のためBed up	
}	以下(月・水・木・土と同じ)	
18:30	終了	
時 間	サービス内容(金曜日)	
10:30	(月・水・木・土と同じ)	
}	14:30~17:30全身清拭と夕食のBed upのため2人制となる。	
14:45	清拭準備	吸引1~2回
}	洗髪, 全身清拭, 陰部洗浄	吸引3~5回
16:00	更衣交換, カニューレ部・胃ろう部・陰部の消毒とガーゼ交換	吸引1~2回
}	手・足浴	
30	ネブライザー	
50	夕食のためのBed up	吸引1~2回
}	以下(月・水・木・土と同じ)	吸引1~2回
18:30	終了	

たり, きずなどいわれたりするのです。その家庭に溶け込み, 生活世界の一員となっている人々には, その家庭の流儀が通用するのです。それならば, その人々にはその家庭において必要な知識と技術を, その家庭にだけ通用するものとして授けようではありませんか。

表1, 2⁸⁾は仙台往診クリニックが担当しているALSの人の家を訪問しているホームヘルパーの日常の支援です。この家庭の自由度が低下することのない, いまできる最善の支援を考え, 行き着いた結果がこの表であることを思うと, その支援の維持がいかに難しいものであるかがわかるでしょう。

レスパイト

宮城県神経難病医療連絡協議会⁹⁾では, 家族の疲労軽減を目的とした一時的な療養者の入院を推進しています。14日を上限として県内有数の医療機関の協力を得てこの事業が行われ, 生活者の長期的な在宅生活維持の大きな助けとなっているのです。医療と在宅の密な連携が今後ともよりいっそう求められることでしょう。

最後に

在宅療養の支援とは, 生活世界の外から批評したり操作したりすることではありません。生活世界の内部構造になれない人は, 生活者と共

に世界を作り上げることはできないのです。看護はもともと療養者の気持ちに根ざし、かつ客観的に行動することができるという両義性を兼ね備えているのです。この良さを最大限に生かしてゆくことそれ自体が、実は生活者と同じ方向を向いて進むことであり、彼らと世界を一つにすることなのです。

文献と注釈

- 1) 近代的認識論：近代的合理主義とも呼ばれる。認識と実践において理性を原理とする態度（下中弘編：哲学辞典，平凡社，1992，p.357）。
- 2) 他者経験を自分の経験とする（高崎絹子：看護援助の現象学，医学書院，1997，p.3）。
- 3) 一つの全体：分離不能なそれ自身で全体性をもつもの。全体は部分の総和とは異なるというゲシュタルト心理学の用語（コフカ，K.，鈴木正彌訳編：ゲシュタルト心理学の原理，福村出版，1990）。
- 4) 共同存在：世界はいつもすでに、私がほかの人びとと共わかっている世界なのである（ハイデガー，細谷貞雄，他訳：存在と時間，理想社，1977，p.119）。

個人のことがまた皆のことでもあるような事柄であるとなれば……おせっかいな社会の方が，他人行儀な社会より居心地がいいのではないだろうか（清水哲郎：医療現場に臨む哲学Ⅱ，勁草書房，2000，p.182-183）。

- 5) 木田元，他編：現象学事典，弘文堂，1994，p.110-111。
- 6) それらが全体的に集まり，相互に関係し合うことによって持続的全体を生み出すのでなくてはならない。各場所の状態と出来事は原則上，系のあらゆる他の領域の諸条件に依存する（M.メルロ＝ポンティ，滝浦静雄，他訳：行動の構造，みすず書房，1989，p.82）。
- 7) 川高孝一郎：「意思決定とは何か」から考える，訪問看護と介護，8(4)：300-305，2003。
- 8) 厚生労働省：看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会；第4回資料 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0310-1d.html] (2003年11月)。
- 9) 正式には「ネットワーク調整入院促進事業」（宮城県神経難病医療連絡協議会 [http://www.kohnan-sendai.or.jp/renraku/] 2003年11月)。

看護に重点を置いた最新のケア・マニュアル

臨床看護事典 [第二版]

監修／高久 史磨 自治医科大学学長
森岡 恭彦 東京大学名誉教授
大國 真彦 日本大学名誉教授
坂元 正一 母子愛育会総合母子保健センター所長

A5判／2,160頁
定価13,650円
(本体13,000円)
1998

ISBN4-8392-0477-2

臨床の全領域から346の主要疾患・症状を選び、各疾患・症候の概要、臨床症状、診断、治療、そして看護について最新の指針を網羅。臨床便覧、自己学習書として役立つケア・マニュアルの決定版。

株式会社メヂカルフレンド社