

「意思決定とは何か」から考える

医師から看護師に望むこと

川島孝一郎

仙台往診クリニック

はじめに

意思があるとは、それが志向する対象をその内に含む¹⁾、あるいは意味において対象を所有する²⁾ことになります。そしてそのような意思が繰り返されるには、人それぞれの歴史性がありその深部には過去いくつもの体験が、いわば沈殿した意味の歴史として宿されている³⁾のです。だからこそ意思決定が(彼に関与した全てを含みつつ本人の所有するものとして在りながら)成されることにおいては、ただ単に個人の権利などという巧みな語句であたかもその意思を尊重しているように見せかけたり、単純に権利の名の下にその意思を軽々しく実行させたりするようなものではないのです。

そして、彼の意思を私が納得(理解)するという作業においては、観察者がその意思を対象として把握するなどというような、近代的認識論による主-客分離型の捉えかたでは表層的な妥協しかなされないし、むしろ理解すらなされていないのです。彼の意思を私が本当に納得するためには、私と彼との間に生まれる共同主観性⁴⁾の奥底にある自他未分⁵⁾の深部にまで入り込む必要があるでしょう。なぜなら、彼の意思決定が彼自身の存亡をかけておこなわれるのであれば、その志向的对象こそは彼が含んでいる全ての経験の全体であるからなのです。人が人に対しておこなう作業はそれが重いものであればあるほど、だからこそ、「対

象の把握」ではなく「他者経験を自分の経験とする」⁶⁾ものでなければならないのです。

本論では、療養者本人が感じる世界の広がり、本人のみならず家族をも含めた生活者全体の世界を示し、看護がその世界に立ち入ることの実際を挙げてみましょう。さらに療養者の受容について考えてゆきながら、具体的なコミュニケーションエイドを紹介し、そして現在の諸制度を利用した場合の生活援助はどのようなものなのかを提示してゆきます。

療養者の世界

科学的医学や看護学では、観察者の眼前に見える皮膚を境界とした物理的身体こそが対象者そのものであると思い、医学知識や看護技術を駆使して対処しています。ところが、彼の意思は彼の身体感覚を通して体験される全ての事柄に裏打ちされますから、彼が知覚し得る限りの範囲こそが彼の意思を形成するそのものとなるわけです。図1はそれを端的に示しています。在宅医療を主としておこなっている医師たちの共通認識の1つに、「白衣を着用しない」ということがあります。白衣が言いたいことも言えない環境を作ってしまう、両者の緊密性を妨げてしまうからなのです。このように、私と療養者の出会いの場において、彼の意思の中にはすでに私が含まれて(私が影響して)

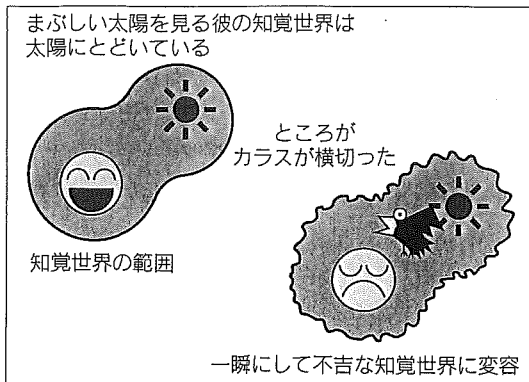


図1 知覚世界によって意思は形成される

自然科学的知覚の範囲でさえそれが私の意思を構成するものだからこそ、そこに私の知覚を揺るがすものが入ればそれをも含んで意思の全体が変容してしまうのです。

しまっているにもかかわらず、私にとってはただ単に眼前の物体こそが(私は何も影響を与えていない)彼そのものだと(私の意識の上だけに勝手に構築してしまっ)て見ている限り、両者の溝は埋まりません。私がすでに彼に対して多大な影響を与えていることに気づくことによって、両者は決して互いに客観的対象とはなりえない、彼の身体と私の身体は1つの全体⁷⁾となり1つの現象の表裏となっていること(相互反転性)⁸⁾を体験することにつながるのです。

ALS(筋萎縮性側索硬化症)の療養者が次第にADLの低下を来してくると彼の物理的行動範囲は制限されてきます。しかしそれは彼の世界の縮小を意味しているとは限りません。ますます彼の知覚世界は鮮明となり、むしろ拡大していることさえあるのです。あるALSの方のお宅にお邪魔すると、彼はこう言います。「先生が来ると自動車の音だけでわかるんだ。顔も見ないうちから構えちゃうんだなあ」。私は彼と対面もしないうちに彼の知覚世界に侵入し、彼の世界に影響をすでに与えていたのです。まずは彼の世界を激しく揺さぶることは慎みましょう。そのためには、彼の世界の広がりやを彼と共に体験しなくてはなりません。(コミュニケーションひとつをとっても)50音の文字盤による会話は根気がいらいます。慣れないうちにはどうしても最後の語句をはしょったり先取りし

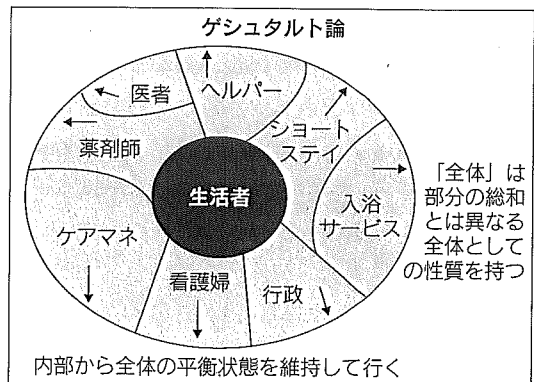


図2 ゲシュタルト論における生活者の構造

ケアに携わるすべての事柄は生活者の世界の構成部分になっており、それらが全体として集まりその内部から全体のバランスをとっているのです。

たりしてしまいそうになりますが、自分の速度に彼を標準化してはなりません。ゆっくりとした彼の時間の速さを共有するのです。最初は彼に合わせることに専念するでしょうが、いつまでも合わせる態度のままでは片手落ちです。なぜなら合わせるということはすなわち「彼と私が一致したかのように見せかける」ことに他ならないからです。種々の作業の中で、単に適応させるのではないところの、相互反転性を自然な態度で体感してゆくことができるように私が変わることが求められます⁹⁾。

生活者の構造

さらに、在宅生活では療養者と家族がそれぞれ分離するものではなく、両者が融合し合った生活者としての全体構造を呈しています。この構造の核心はいわゆる「絆」という言葉で表される、1つの全体としてのゲシュタルト¹⁰⁾の構造といえます。生活者はその構成要素としての個人(父、母、祖母、長男など)がただ加算され、寄せ集められた集合体ではありません。生活者とは個人の総和とは異なる、それ自身が1つの全体であるような全体特性をもっているのです。これがいわゆる家風といわれるものであり、各家庭の全体特性の違いが、各家庭の多様性という言葉で表されてくるので

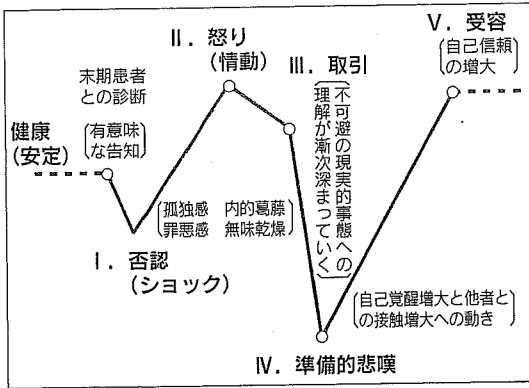


図3 E. キューブラー・ロスが末期癌患者とのインタビューから導き出した5段階の心の葛藤 (E. キューブラー・ロス, 鈴木晶訳: 続・死ぬ瞬間, 読売新聞社, 1999, より抜粋引用) 必ず引用される有名な図です。

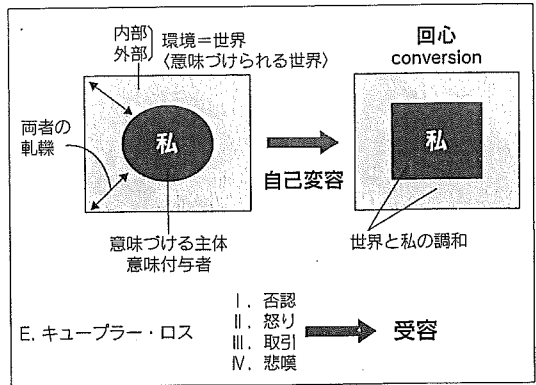


図4 「回心」とは何か

否認, 怒り, 取引, 悲嘆はいずれも言葉を変えてはいますが, 要するに思うようにならない状況を表しているのです。しかし変えられない状況との葛藤が, あるときもはや葛藤ではなくなる(葛藤が消える)ときにこれを受容というのでしょうか。回心 (conversion) とはある動機から精神的変化をおこし, 今までとはまったく異なる精神世界に入ることを意味します。

す。生活者相互には私あつてのあなたであり, 同時にあなたあつての私であるような, 互いの差異性¹¹⁾を認め合う全体性があるのです。そうしますと, 看護の対象は療養者本人のみとは必ずしも規定されなくなります。その家庭の絆の中に入り, 全体特性を損なわないように, しかも看護師自身も含まれた新たな全体としてのバランスをその内部から取り続けてゆく¹²⁾ことが求められるのです(図2)。

生活者との全体性をより身近に感じるようになることは喜ばしいことであり, お茶を頂いたり雑談する中で, そのような行為自体が, 私を生活者の絆や療養者本人の意思の核心へと迫らせてゆくのです。これは, 療養者, 生活者が自分の環境や, 運命や, 身体に対して明確な意味づけをする以前の(体験が志向的でない状態の)おぼろげな前客観的世界においてさえ, つまりよもやま話のような言葉の隅や態度の曖昧さ, 雰囲気の中に, すでに療養者が進む方向性が準備されるのです。客観化される以前の会話が始まっているともいえるのであり, このとき, 療養者が次第に望んでいくであろうことは, 私の関与をも含んだ全体性の中でのなにげなさ, 曖昧さから, 次第に意味そのものとして成長してゆくことになるのです。ですから, 私

が関与する一切の事柄は生活世界全体の契機¹³⁾であり, そこから逃れることなどできるはずもない, 彼の意思を構成する部分になっているのです。

療養者の意思とは, それゆえ, そもそも「彼自身の権利」という単純なものとして表明されるものではなく, 実は家族も, 看護師も, 医師も, 介護人もその他大勢をも含んだ生活世界¹⁴⁾全体の代弁を, 彼の口を借りて吐き出させていることなのです。

受容とは

「(病気になったのは)仕方がないからがんばるよ」という一見受容したかのような言葉さえ, 実は「決して病気を許してはいないのだが, 表面上許したかのように見せかけよう」というものであったりするのです。心の葛藤はキューブラー・ロスの5段階の状態に示されています(図3)。ここで注意して欲しいのは, 段階の1から4までのいわゆる, 否認, 怒り, 取引, 悲嘆と, 最終段階の5すなわち受容との決定的な違いを理解することなのです。受容とはなんでしょう。

この理解のために共同存在¹⁵⁾の概念や「自然的われ¹⁶⁾」について述べておきましょう。私たちはも

のごころついたときには、はや自他を分離して対象として観察する術を身に付けていますので、世界に起こるあらゆる事が最初から分離されたそれぞれを基本としているのだという先入観(近代的認識論)¹⁷⁾の基に理解しようとしてしまいます(自他の分離を前提とした関係論)。しかし小児心理学などでも生後2~3か月の乳児は、自分の身体と母親の身体、あるいは周囲の世界との未分離の状態を経過して後に、その身体感覚が次第に分離を促してゆくと考えられています。そうしてみると、初めに自我を他我からまったく切り離された個人としてしまったうえでその断絶をどう乗り越えるのか、という他我問題の立て方がそもそも間違っていて、むしろ初めにあるのは「我と汝に関して無差別の体験の流れ」¹⁸⁾であると考えのほうがすなおなのです。ですから、共同存在が感情移入を可能にするのであってその逆ではない¹⁵⁾のです。

受容とは、そうしてみると「私の身体は、私が自分の責任で自分の在り方を決定する以前に、自然な営みを世界と応答しながらおこなっているような生命活動の主体、知覚世界の構成者」であったころの私すなわち自然的われ¹⁶⁾が、一度分離した世界を体験した後に、もう一度世界との共同存在を体験することなのでしょう。それはもはやかつての自他未分離の世界に立ち戻るのではなく、しかしあらたな共同存在となることであり、あらたな自然的われを形成することなのです。

療養者のひとりが、「病院でALSと告知されたときには啞然として憤りでいっぱい、食べるものも砂を嘔むよう晴れわたった空もどんより土色に見えた。ところがある日ねえ、病院の窓からきれいな朝焼けを見たんだよ。ALSのこの身体が俺にこの美しい世界を見せてくれているとわかったとたんに、今まで全部に腹立てて恨んでいたことが情けなくなってねえ、この身体と皆に感謝しなくちゃなあ。と本当に思っているんだ。今じゃきっぱり覚悟はついたよ」と言ったのです。自他未分離の乳児のころのおぼろげな感覚のままではない、明確に構成された彼の客観世界を見つめながら、

しかしそれに「とらわれない仕方」で、彼はあらたな共同存在を構築したのでしょう。

これを「許し」の観点でとらえると、病気としての身体やその境遇という世界を決して許していなかった私が、ある引き金(トリガー)を機にして、ひどい世界だと思っていたものを許すということなのです。それはまた同時に、世界に許されて生きていたことを知る(以前にも増して思い出す)ことでもあるのです(図4:回心)。全き許しは完全な自己責任でもあります。世界を許していなかった(世界に対して責任転嫁をしていた)私に気づいたときにそれは世界への謝罪となると同時に、いつも私から離れずに寄り添ってくれた世界を感謝することにもなるのです。感謝と謝罪とはそれゆえ表裏一体のものであって、受容した人の言葉にしばしば自らの身体や境遇への感謝が示されるのはこのためなのです。

看護はこのような受容に至る心理過程のいずれにも遭遇するのです。あるときには受容し切れない悩みに寄り添い、あるときには一見対立するかも知れません。しかし、療養者が彼の世界の一員としてすでに私を認めてくれているなら、たとえ彼の意見に対立する意見を言ったとしても、(私も含まれた彼の世界をより良い方向に変容させるものとして)彼は聞く耳を持ってくれるのです。

コミュニケーションエイドと制度活用

とは言ってみても、生身の身体を維持してゆかなければなりません。生活者に用意される制度のもっともすぐれたものは、「たった1人の呼吸器をつけた全介助のALSの方が、その家に居続けることができる環境がある」ことでしょう。これを整備することは並大抵ではありません(図5)。しかしこの環境が整わないことが、彼の生き続ける気力を萎えさせ、意志をくじく大きな要因なのです。種々のコミュニケーションエイド(図6)を駆使して意思疎通をより良くしてゆくとともに、今ある諸制度を活用しながら、さらに新たな形態を模索することが大切です。

	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			
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	
13:00		身体介護4			宮城県 ALS在宅療養患者 指名制介助人	宮城県 ALS在宅療養患者 ホツトいきぬき	
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							

図5 あるALS在宅療養者の生活支援の内容

介護保険の週間サービス計画表に、併用している介護保険外のサービス(灰色やイロの部分)も書き込んだものですが、これでもまだまだ足りません。

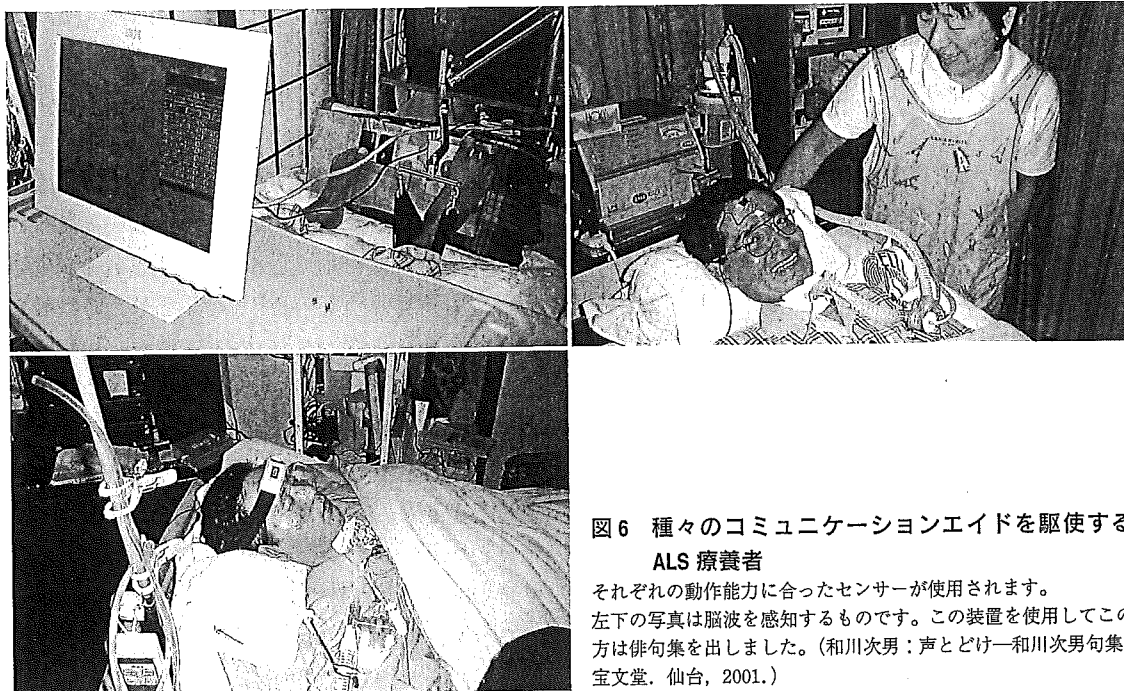


図6 種々のコミュニケーションエイドを駆使するALS療養者

それぞれの動作能力に合ったセンサーが使用されます。左下の写真は脳波を感知するものです。この装置を使用してこの方は俳句集を出しました。(和川次男：声とどけー和川次男句集、宝文堂、仙台、2001.)

最後に

在宅看護や在宅医療というある独立した領域があると思うのは間違いです。そしてまた、生活世界の外部から評価をおこなったり操作をしようとするのも間違いです。およそ人と人が関わりあうからには、そのすべての事柄について分かり合おうとすることから始まるのであり、療養者の固有の歴史、そこに集う人すべての思い、そして生きられる世界との真の対話から自然に生まれ出てくる方向性こそが、実は療養者の意思なのです。

看護の原点が触れること、いたわることにあるならば、呼吸器をつけることもつけないことも、彼が悔いることなく真に受容するその答えは、生活者と私たちとの全体存在の中にあるのです。

●文献と筆者注

- 1) プレンターノの記述心理学における心的現象の解釈。木田元・他編：現象学辞典。弘文堂，p.177，1994
- 2) フッサールの志向性についての部分。木田元・他編：現象学辞典。弘文堂，p.32，1994
- 3) 木田元・他編：現象学辞典。弘文堂，p.180，1994
- 4) 共同主観性：間主観性，相互主観性等の同義語があります。一般的には客観性のように自他が共有できるようなものは共同主観性に基づくのですが，身体知覚が皮膚の界面を越えて広がったり，他人の反応のなかで知覚されるものが身体自我として感知される自己であったりする（広松渉・他編：共同主観性の現象学。世界書院，p.212，1986）ような，他者のわれわれの内への，われわれの他者の内への相互内属（メルロ＝ポンティ：滝浦静雄・他訳：見えるものと見えないもの。みすず書房，p.254，1990）を起源とします。
- 5) 自他未分：あるいは自他癒合。メルロ＝ポンティは他人の体験を自分のように感じる「自己移入」は，もともと自他の区別を持たない匿名的な身体作用としておこなわれるものであって，「自己」の移入という観念や言葉自体に問題があるとみているのです。
- 6) 高崎絹子：看護援助の現象学。医学書院，pp.107-111，1997。
- 7) 1つの全体：分離不能なそれ自体で全体特性を持つもの，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。クルト・コフカ，鈴木正彌訳編：ゲシュタルト心理学の原理。福村出版，1990
- 8) 西村ユミ：語りかける身体。ゆみる出版，p.158，2001
- 9) 川島孝一郎：在宅ケアと往診医療。LiSA 6(6)：548-550，1999。
- 10) 7)または現象学辞典。pp.110-111を参照下さい。
- 11) 一般的に：他との関係性において異なること。それぞれが単独存在することがありえない状況下において現れるもの。
- 12) 川島孝一郎：在宅ケア原点を見つめる。月刊総合ケア，13(3)：pp.6-11，2003
- 13) 全体に浸透しており不可分となっている特長。
- 14) ここでは現象学における生活世界と，実際に機能し評価される世界とをまぜて話しています。
- 15) 世界はいつもすでに，私がほかの人びとと共に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，p.119，1977；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，pp.182-183，2000
- 16) 現象学辞典。p.193，1994
- 17) 認識と実践において理性を原理とする態度。
- 18) 現象学辞典。pp.96-97，1994

●川島孝一郎(かわしまこういちろう)

仙台往診クリニック
〒981-3213 宮城県仙台市泉区南中山3-30-2
E-mail: doctork@po.ijnet.or.jp

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

コミュニティ アズ パートナー

地域看護学の理論と実際

COMMUNITY AS PARTNER Theory and Practice in Nursing

編集 エリザベス T. アンダーソン
ジュディス マクファーレイン
監訳 金川克子・早川和生

●B5 頁288 2002年
定価(本体3,800円+税)
[ISBN4-260-33246-5]

定評ある地域看護学のテキストの翻訳。「クライアントとしてのコミュニティ」の考え方をさらに発展させ、「パートナーとしてのコミュニティ」の考え方を基本に、地域看護学の理論と実際をわかりやすくまとめた教科書・参考書。入門書として、また知識の整理にも役立つ。随所に演習の課題が示されており、楽しく学ぶことができる。