

## POS からナラティブまで ～自分史のナラティブ～

第19回日本保健医療行動科学会学術大会は「ナラティブと保健医療」をテーマに開催されました。本年報の巻頭言にあたって、もともと医師であったわたしが、なぜ看護にのめり込み、なぜいまナラティブ・セラピーに象徴される世界に惹かれたのかについて、自分史を通したセルフ・ナラティブをお話ししようと思います。

### 1. 要素還元主義での取り組み

1948年（昭和23年）、医師の両親のもとに京都で生まれました。すなわち、団塊の世代ということです。ご多分にもれず、大学闘争という文化運動を経験しました。

1973年（昭和48年）に京都府立医科大学を卒業し、消化器内科の医局に入りました。医師となって4年目の1976年に、新設国立医科大学である滋賀医科大学に赴任し、大学と附属病院の創設にかかわりました。

滋賀医科大学での、最初の大きな仕事は、附属病院の診療記録システムとその管理システムの構築です。わたしが医師になった年に、当時聖路加看護大学々長であった日野原重明先生が、米国のLawrence L. Weedが開発した医療行動システムとその記録方式を本格的に紹介しました（日野原重明、1973）。滋賀医大では、この方法を全病院をあげて採用し、その統一様式のまとめ役をつとめました。

POSではさまざまな工夫をこらしていますが、毎日の記録を記載する経過記録用紙の取り扱いも独特で、医師と看護師が同一紙面にそれぞれの作業を記載する「統合患者記録 Integrated Patient Records」という方法をとります。従って、そこをプラットフォームとして看護師たちと対話が始まるようになりました。

同じプラットフォームの上を立てるようになったので、「何がそうで何がそうでないか」（ナイチンゲールの言葉）、つまり何が看護であるのかということに興味を持つようになりました。ところが、奇妙なことに看護師たちは何が看護なのかという疑問に答えてくれませんでした。

その頃に出会ったのが、米国看護師協会が出した『看護：社会政策声明』です。この声明は看護や医師-看護師関係を考える上での基本文献です。このなかで看護は以下

のように定義されています (American Nurses' Association, 1980 / 1984, 1998)。  
[Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems.] (American Nurses' Association (1980) : Nursing, A Social Policy Statement.)

「看護とは実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」

この定義は青天の霹靂で、医師としてのありようを変えるものでした。この定義は、看護を定義していながら、医師の仕事 (医業?) をも定義しているのです。

[Medicine is the diagnosis and treatment of actual or potential health problems themselves.] (by 中木)

「医業とは実在または潜在する健康問題そのものを診断し治療することである」

よく「病いを診て人を診ず」と言われますが、医師は病いしか診ることができないのではないのでしょうか。なぜなら、人の部分を診るだけの教育も研修も受けていないからです。

そこで、この看護の定義は、人の部分はわたしたちにまかせなさいと言ってきているのです。とすると、医師と看護師が2つ合わさって、ひとつの医療の宇宙を構成するといえるでしょう。ここでの医師と看護師の関係は《相補性》や《補完性》という言葉で表現できます。

となると、健康問題に対する人間の反応、すなわち人の部分を診る能力が看護師にあるのかということが、次に問題となります。

実は、POSに取り組みはじめた当初、看護師は「わかっているけれど表現できない (ネーミングできない)」と言っていたのですが、実はわかっていないということが次第にわかってきました。

この問題を解決するものとして注目したのが《看護診断》です。看護診断は、看護を必要としている現象を表現する看護専門用語で、その開発は1973年に米国で始まりました。看護を必要としている現象を、医学や心理学、社会学などの学問を応用して表現しています。わが国の看護界では、学者のあいだでは賛否両論がありますが、肯定的意見の代表としては看護の不可視性を打破するものというものです。電子カルテの普及により、臨床現場ではなくてはならないものとなりつつあります。

さて、この看護診断の開発は《看護用語の分類 classification of nursing languages》の開発に発展しました。多くの研究者により、独自の看護診断、看護成果 nursing

outcomes, 看護介入 nursing interventionsの分類の研究および開発が現在も継続して行われています。

## 2. 要素還元主義からホーリズムまで

ここまで、わたしが看護師に話してきたのは、看護過程に徹すること、そしてPOSに徹することこそ看護を良くする道であるということでした。それは、すなわち、要素還元主義に徹することです。

その背景には、大学を卒業した頃の医学界が機械論の世界観全盛の時代であったということがあろうでしょう。ベンチレーター（機械的換気装置）や中心静脈栄養法がどの病棟でも行なわれるようになっていった時代です。その結果、こうした急性期患者を対象とする技術の誤った適用が蔓延していました（故中川米造先生がよく話されていたガン末期患者の『マカロニスバゲティ症候群』などは典型です）。

しかしながら、徐々にではあっても、こうした生物医学モデルに対するアンチテーゼも見聞きするようになりました。例えば、カルロス・カスタネダの『ドンファン』シリーズ（二見書房）やフリッツォフ・カブラの『タオ自然科学』『ターニング・ポイント』（工作舎）は、正統科学者からはあまりうけがよくないようですが、門外漢であるわたしのような者から見るとすごく刺激的でした。

現代科学はますます精密化してきています。医学もその例にもれず専門分化し、その専門分化した領域のなかにもさらに細分化されています。病態も細部にわたって明らかにされてきています。この細部まで明らかになったことをもって全体を想像することが要素還元主義で、医学の大部分はこの立場でつらぬかれているといえるでしょう。しかし、精緻になれば精緻になるほど実態から離れていくという実感が生まれてきます。

「全体は部分の総和以上である A whole is more than the sum of its parts」(Smuts, 1926) はホーリズム（全包括主義）のひとつの定義ですが、確かに細部が明らかになっても、患者さんの全体験を表現しえていないという臨床家の実感をよく表わしています。

このように、《部分》と《全体》も重要な問題です。しかし、《部分》と《全体》を対立項として取り扱うカブラの態度には、どこか釈然とさせませんでした。

医学書院が発行している「医学界新聞」が、アーサー・ケストラーを特集したのはいつのことだったのでしょうか。ケストラーが自殺したのが1983年のことですから、

その直後だったかもしれませんが。アーサー・ケストラーは《ホロン》という概念を創出したことで有名ですが、これはフォン・ベルタランフィの《一般システム理論》の延長線上にあるといえるでしょう。

ホロンは、ギリシャ語で「全体」を意味する「ホロス」と、「部分」や「粒子」を意味する「オン」とを合成して作られた言葉です。ホロンは「下位の部分に対しては自己充足した全体としてふるまい、同時に上位からの制御に対しては従属した部分としてふるまう」と規定されています (Koestler, 1978 / 1983)。つまり、上から見れば部分であり、下から見れば全体であるものです。このような、《部分》と《全体》を対立項としない概念のほうが、要素還元主義的でありながら、それだけでは説明できないという臨床的実感に近いものがあると感じました。

### 3. 看護至上主義 (看護師でなければ…) と汎看護主義 (看護は誰にでも…)

さて、病院のなかの情報システムの開発にかかわったり、看護学の教員としての経験 (名古屋大学医療技術短期大学部と名古屋大学医学部保健学科) を深めるにつれて、看護界には奇妙な風潮があることに気づきました。それをわたしは《看護至上主義》と《汎看護主義》と名づけました。

《看護至上主義》、言い換えると《看護中華思想》とは、「医師だから看護を理解できない」というものであったり、看護師免許を有していなければ学会の正会員になれないという態度を指します。これは、近代日本において看護師が置かれてきた社会的地位に思いを寄せると理解できます。

《汎看護主義》、これを言い換えると、素朴といえば素朴ですが「看護は誰だってできる」という考え方です。これはちょっと理解に苦しみます。なぜなら、看護師免許は、法で定められた基準 (設置基準) をクリアした施設で3年以上の教育を受けた者だけが受験資格のある国家試験に合格するという要件があるものです。そして、その免許を保有している人たちが行なうのが看護なのですから、「看護は誰だってできる」と考えるのはおかしいのではないのでしょうか。

汎看護主義は、たとえば《看護は愛である》という言葉にも表れています。《愛》はキリスト教の重要な概念です。最後の晩餐の席で、イエスは次のように語っています。

「あなたがたに新しい掟を与える。互いに愛し合いなさい。わたしがあなたがたを愛したように、あなたがたも互いに愛し合いなさい」(新共同訳聖書・ヨハネによる福音書)

これは看護師だけに対して語った言葉ではありません。人類すべてに対して語った言葉です。従って、「看護が愛である」以前に「人は愛である」といえます。

「看護は愛である」という言葉は、看護は誰だってできるという幻想を抱かせる一方で、《愛》が看護に特異的なものであるかのような錯覚を抱かせることになり、《看護至上主義》につながるのではないのでしょうか。

同じようなことが、最近の大看護理論についてもいえます。《ケアリング》という言葉が看護界で使用されるようになったのはジーン・ワトソンの看護論が紹介されたときからではなかったのでしょうか。それまでは《ケア》だったはずですが。このワトソンの近著では《Post-Modern Nursing》や《トランスパーソナル看護》という言葉が頻用されています。ということは、ワトソンの看護論のプロト・セオリーは、ケン・ウィルバーのトランスパーソナル心理学といえるでしょう。

トランスパーソナル心理学を象徴する概念に《無境界 no-boundary》があります。人と人が境界がないかのように融合しあっているという感覚のことです。それをワトソンはケアリングと呼んでいるのだと思います。わが国には《あ・うんの呼吸》というものがあると一般に信じられていますが、それに一脈通じるところがあります。しかし、このトランスパーソナルな感覚は、看護に限ったものではありません。看護でも見られるというだけのことです。とすると《汎看護主義》から《看護至上主義》の構図がここでも見られることになります。

同じく《ケアリング》が使用されているのがベナー／ルーベルの『Primacy of Caring』です。邦訳名は『現象学的人間論と看護』（難波卓志訳、医学書院）です。この本の原著が出版されたときも《ケアリング》という言葉をよく耳にしました。難波卓志さんは哲学プロパーな人なので、caring が、その元になったハイデッガーのSorge の英語への訳語であることに気づき、ハイデッガー学で一般的な《気遣い》と訳されています。こう訳すことによって、《看護至上主義》に毒されるのが回避されたと思います。

では、《汎看護主義》は回避されたのでしょうか。

「人は《気を遣う》ことによって《現存在》たりえている」というとあまりに乱暴な表現ですが、《気遣い》は人（現存在）の本質的部分といえます。つまり、「人（現存在）は《気遣い》である」ということです。なのに、看護は《気遣い》だというと、また《汎看護主義》ということになります。看護は《気遣い》である以前に、ここでも、人は《気遣い》なのだからです。

愛やケアリングを看護固有のものであると考える《看護至上主義》、そしてその延長線上にある《汎看護主義》の矛盾を解決する1つのアイデアは《素人のケアリング》と《専門職のケアリング》をどう考えるかということではないでしょうか。

ケアリングそのものは人間が保有する本質的な性質です。従って、誰だって（素人だって）ケアをします。一方、専門家のケアリングは誰にでもできるものではありません。専門家のケアの大部分は、専門的ケアが提供できることを保証する免許によって裏づけられています。というより、免許を有する限り、それに見合った最新の専門的ケアが提供できなければ専門職とはいえません。医学ケアは医師免許を有する者だけ、看護ケアは看護師免許を有する者だけが提供できるのです。

看護の世界で《愛》や《トランスパーソナル心理学》《ハイデッガー》などをとり込んで《ケアリング》というものを強調するようになったのは、《専門家のケアリング》に対してなんとなく胡散臭いものを感じていたからだと思います。それは、《専門家のケアリング》を医師の仕事ぶりに代表させていたからです。医師はもちろん患者さんのことを思って医療を行なっているのですが（これを温情主義 paternalism という）、その対応は権威的であり（これを家父長主義 paternalism という）、患者さんは服従せざるを得ない状況に立たされます。ここに権力構造が生まれます。このような状況を見ているから、看護師たちは自分たちはそうではないと（勝手に、根拠なく）考え、《専門家のケアリング》から遠ざかるような考えに親密さを感じるようになったのでしょう。

看護師が専門職であることには疑問の余地はありません。看護師は、患者さんに対して、専門職として《診療の補助と療養の世話》（保健師助産師看護師法）を行なっています。このとき、ケアを受けている患者さんは、看護師を専門家であるとしています。そこに権力の構造が生まれます。

看護師は、どうあがいても、この権力の構造から逃れることはできません。

では、どうすればこの権力構造という陥穽を、少しでも避けることができるのでしょうか。Susan Jo Robertsは、この権力構造を打破するために、植民地支配下のアフリカ人・ラテンアメリカ人、アフリカ系米国人、ユダヤ人、女性などの被抑圧者にモデルを求めています。こうした被抑圧者たちは、植民地解放闘争や公民権運動、フェミニズムなどを通して、抑圧者（支配者）と闘ってきたからです。

被抑圧者は抑圧者（支配者）の行動を先取りするということから、医師-看護師-患者構造の中の位置づけを反映して、看護師は患者さんに対して抑圧者として振舞う傾

向があるといえます。そのことに気づけば、植民地解放闘争や公民権運動、フェミニズムをモデルに、自らを解放することが可能になるというのです。

#### 4. ナラティブ・セラピーとの出会い

ナラティブ・セラピーとの出会いは、医学書院発行の「医学界新聞」第2391号(2000年6月12日)の「聴くこと・語ること」という企画でした。

ここで、野口裕二さん(東京学芸大学)が、今まで絶対的な真実だと思っていたことがそうではなくて、実は真実だとも誰もが思っていることが真実としてまかり通っているのだと教えてくれました。つまり、真実は社会的に構成されているということです。これは、要素還元主義のまっただ中にいながら、ホーリズムにも秋波を送るという、これまで自分の依って立つところが崩れ、大ショックでした。

この社会構成主義を背景とするナラティブ・セラピーは、専門家のストーリーから脱却して、いまだ語られていないクライアントのストーリーに注意を向けるものです。そこからは、自然と新しい専門家のあり方が見えてきました。

Lynn Hoffman は次のように述べています。少し長いのですが引用してみましょう。

「10年ほど前、私は、家族療法の伝統的な方法につきまとう権力のパラドクスに徐々に悩まされるようになっていた。(中略)これには歴史的な理由がある。そもそもの発端から、家族療法はワンウェイ・ミラーをその中心に据えてきた。専門家は観察する人であり、家族は観察される人だった。最も初期の家族療法家たちは、公然と行うか暗黙に行うかは別としても、治療者による支配という考え方を支持しているように見えた」(後略)

「その時、ノルウェーから、驚くべき、しかもシンプルなアイデアをもって、友人のトム・アンデルセンがやって来た。それが、リフレクティング・チームだった。治療チームが家族について話しているのを家族に聞いてもらい、その後で、家族にコメントをしてもらうという方法は、突然、すべてのことを変えてしまった。専門家はもはや『病理的』家族を隠れて観察したり、オフィスのなかで秘密の話をする権利を守られた立場ではなくなった。専門家は正確な評価のできる優越した地位にあるという通常の社会科学のもつ前提は崩壊した。少なくとも私にとって、治療の世界は一晩のうちですっかり変わってしまったのである」

「リフレクティング・チームをめぐる発展や、再帰的会話や再帰的質問の使用、そして、治療的会話を描写するときに《共 co》という接頭辞がよく用いられるように

なったこと（共著者 co-author, 共に進化する co-evolveなど）は、相談者と聞き手との間で相互に影響し合うプロセスが大切にされるようになったことを示している。それは、上下の関係や一方的な関係とは対局にある。とりわけ、専門家が高い地位を占めることに疑問が投げかけられているのである」

このナラティブ・セラピーにおける、素人と専門家との関係をどんでん返りする姿勢は、看護師のありようで悩んでいたわたしにとっては、大きな示唆でした。

こうした関係を医療の実践の場で構築するものとして、名古屋市にある「みなと医療生協共立総合病院」の原春久先生が考案した《配布型カルテ開示》が思い浮かんできました。この方法は、回診前の2、3時間、患者さんのベッドサイドにカルテを配布しておくというものです。このことによって、患者さんは、自分が医療専門職にどのように見られているかわかります。つまり、アンデルセンのいうリフレクティング・チームといえるでしょう。

## 5. まとめ

以上、自分史を通して、ナラティブを中心に第19回学術大会を組織させていただくに至った経緯をお話ししてきました。問題解決過程を基礎とした《POS》《看護過程》を医療や看護に定着させようとしてきたことは、要素還元主義、すなわち近代合理主義をよりうまく根づかせようとしてきたのだと思います。要素還元主義の限界が叫ばれて長い時間がたっています。それに対するものとしてホーリズムやポストモダンがありますが、二項対立ではなく第三の道の出現を期待しました。

社会構成主義の実践であるナラティブ・アプローチは、基礎としての要素還元主義と相補的に機能する第三の道として有効であると考え、学術大会のテーマとした次第です。

（本稿の一部は2003年1月11日に開催された日本医学哲学・倫理学会関東支部総合部会で報告した）



文献

- 1) American Nurses' Association (1980)／小玉香津子訳 (1984, 1998) : NURSING, A Social Policy Statement. Auther. /看護の社会的役割に関する方針声明書. いま改めて看護とは. 3-56. /看護 ANAの社会政策声明. 看護はいま : ANAの社会政策声明. 29-74.
- 2) 日野原重明 (1973) : POS, 医療と医学教育の革新のための新しいシステム. 医学書院.
- 3) Hoffman, Lynn (1992)／野口裕二・野村直樹訳 (1997) : 家族療法のための再帰的視点. シーラ・マクナミー, ケネス・G・ガーゲン編 : ナラティブ・セラピー—社会構成主義の実践. pp.23-57. 金剛出版.
- 4) Koestler, Arthur (1978)／田中三彦・吉岡佳子訳 (1983) : ホロン革命. 工作舎.
- 5) Roberts, Susan Jo (1983)／中木高夫訳 (2002) : 被抑圧者集団の行動 : 看護への示唆. Quality Nursing, 8 (12), 1016-1023.
- 6) Smuts, Jan Christiaan (1926) : Holism and Evolution. Macmillan /復刊 (1999) : Sierra Sunrise Publishing. ISBN 1 - 887263-14-4.

中木高夫 (日本赤十字看護大学)