

看護婦からみた臨死患者

—『死の看護事例集』にみる臨死患者の看護の理想と現実—

黒 田 浩一郎

Summary

Nursing Dying Patients : How and why is it so stressful for nurses ?

Koichiro Kuroda

Recently, it has been observed by nurses, sociologists, psychologists, and so on that nursing terminal patients is so stressful that it often leads to nurses' unfavorable reactions, including what is called 'a burn-out syndrome'. In extreme cases, such reactions disable nurses to continue their job.

In this paper, I will try to explore how and why nursing dying patients is so stressful through document analysis of *Shi-no-Kango-Jirei-Shū*, a collection of case reports by 52 nurses of their experiences of caring for dying patients.

1. はじめに ―問題意識―

医療を提供する側にとっても、医療を受ける側にとっても、およそ医療の理想的パターンとは次のようなものであろう。すなわち、比較的急激に発病するが、その病気に対して有効な治療法があって、病者は比較的早期に回復して、発病以前と全く同じ健康な状態にもどるというものである。たとえば、それに対して特効薬のある感染症の治療や術後に生活機能の障害を残さないような外科手術による治療の場合には、この理想的パターンに従った治療経過をたどることが多いであろう。

しかし、今日の医療の特徴のひとつは、この理想的パターンからはずれるケースが多いということである。今日、我国の死因の上位を占めるがん、心疾患、脳・血管疾患などにあっては、治療経過がこの理想的パターンに従うことは少ない。

わけでも、病院における患者の死は、こうした医療の理想から最もはずれるケースである。そして、臨死患者への告知の是非やケアのあり方をめぐる問題や、臨死患者の看護にたずさわる看護婦のバーンアウトの問題などは、この理想と現実のギャップから生まれる問題のひとつであろう。また、ホスピスに代表されるターミナル・ケアの試みは、こうしたギャップを何とか埋めようとするものといえよう。

2. 研究テーマ、資料、および分析手順

(1) 研究テーマ

以上のような問題認識に基づいて、看護婦を研究対象に、彼女らが臨死患者の看護において、どのようなことを「問題」と感じるのか、そして、なぜ、そうしたことが彼女らに「問題」と感じられるのかを分析することが本稿のテーマである。資料としては、『死の看護事例集』¹⁾に集められた、看護婦の臨死患者の看護についての体験レポートを用いることとした²⁾。

ここで看護婦を研究対象としたのは、次の理由からである。すなわち、医療一般について、そしてとくに臨死患者への医療について考える場合、医療提供者の視点からだけではなく、医療を受ける側の視点からも考察することが必要だと考えられる。ところで、看護婦は、単に医師の診療の補助者であるにとどまらず、看護という独自の職務も持ち、その中には患者やその家族の援助者・代弁者という役割を含んでいる。言い換えれば、看護という職業は、医師、看護婦、患者、家族という、臨死患者の医療にかかわる主要な人々の期待の交錯する場であり、それ故、医療を提供する側とそれを受ける側からの両方向的な考察を加える上で、研究の戦略上、恰好の位置にあると考えたからである。

次に、看護婦が臨死患者の看護の中で感じる「問題」とその原因に注目するのは、看護、とくに臨死患者の看護が看護婦にとって非常にストレスに満ちたものであり、それゆえバーンアウトなどの好ましくないストレス反応を引き起こしているということが近年の調査研究から明らかになっているからである³⁾。ところで、これらの看護婦のストレスに関する調査は、そのほ

とんどが質問紙調査の手法を用い、ストレスナーについての質問項目としては、「仕事が精神的に負担である」、「仕事に働く意義を感じない」など、看護業務全般についての総合的評価を問う類のものがほとんどで、臨死患者の看護が看護婦にとって大きなストレスナーとなっているといったことは、事後的に類推されているにすぎない。それゆえ、当の看護婦自身が臨死患者の看護の中で、どのようなことを「問題」と感じているのかを看護婦の視点から明らかにするとともに、それが問題と感ぜられるようになる背景を解明することが必要であると考えられる。

さらに、看護婦の体験レポート集の分析という、事例調査の手法を用いることにしたのは、次の理由からである。我国において今までに行なわれてきた病院における患者の死についての実証的な研究は、大きく次の2つに分けられよう。ひとつは、医師、看護婦、一般の人々に対する、告知の是非などについての質問紙調査による研究である⁴⁾。もうひとつは、ターミナルケアの新しい試みについての事例を中心とした実践報告ともいうべきものである⁵⁾。

前者の研究は、質問紙調査である故に、客観的に測定可能なこと（たとえば、看護婦が今までに告知された患者を看護した経験をもっているか否か）や、ごく一般的意見（たとえば、がん告知に賛成するか否か）を調査することには有効かもしれないが、死の現場の臨場観はそのような調査からはくみ取ることができない。病院死の問題を考える場合、たとえば、患者は今にも死にそうだが、家族はまだ到着していない、どうしようかという看護婦の切羽詰まった気持ちの生々しさを捉えることが必要であり、そのためにはむしろ、事例調査の方がいいというのが我々の立場である。

これに対して後者の研究は、事例調査という点では好ましい。だがしかし、後者は新しい試みについての実践報告である故に、我国全体の病院死を代表するものとはいいがたいし、同じく実践報告である故に、分析がどうしても特定の価値観に色づけされたものになりがちである。総じて、ターミナルケアの新しい試みを実践する人たちは、現代の一般的な病院死のあり方には批判的であり、それを否定的に描きがちである。それに対して我々はむしろ、一般的な病院における死のどういう側面が、そしてなぜ、それにかかわるさまざまな人々によって「問題」と感ぜられるのかを究明することが必要であると考え。それゆえ、一般的な病院の看護婦が「今看護（医療）の現場で、実際に、死にゆく人々への援助はどのように行われているのか、そこにどんな問題が介在するのか、看護上のどんな悩みや苦しみが内在するのか」⁶⁾をレポートした『死の看護事例集』はすぐれて資料的価値の高いものであり、その事例分析を試みる次第である。

（2）資料

この事例集は、日本看護協会卒後教育部が毎年種々のテーマで行う卒後教育コースの内、昭和56年度の、実務経験2年以上の（正）看護婦を対象とする「看護と死」のコースに参加した看護婦が提出したレポート集である。このコースは昭和56年度、9月と2月の2回開催されており、どちらかに参加した看護婦全員からコース受講前にレポートを提出してもらい、そのうち、臨死患者または予期せず死亡した患者の看護の中で看護婦が体験したいろいろな問題につ

いて述べているレポートを選んで、それらをそのままの形でまとめたものである⁷⁾。

なお、このコースに参加しレポートを提出した看護婦が、統計的な意味で全国の看護婦をよく代表するものかどうかはわからない。むしろ、臨死患者の看護に積極的に取り組んでいこうと考えている看護婦に偏っていると思われる。しかしながら、ホスピスその他のターミナルケアに組織的に取り組んではいない我国の一般的な病院における臨死患者の看護における「問題」状況を考察する場合に考慮しなければならない要因がよく現われているという点では、すぐれて代表性のあるものであろう⁸⁾。

(3) 分析手順

分析にあたっては、以下のような手順にしたがった。

まず、人がある状況を「問題」とみなすのは、理論的には、次の3つのうちのいずれかを背景としてであると仮定した。

① 状況が、なんらかの観点から、こうあるべきであるという期待または理想からはずれる場合。

② 状況に適切な行動が、人が占める2つまたはそれ以上の役割に依じて、2つまたはそれ以上あり、それらが矛盾して、同時には遂行することができない場合。

③ 状況に適切な行動が明確に規定されていない場合。

このような仮定にしたがい、資料の中に以下のような記述があった場合に、それを看護婦にとっての「問題」状況として拾いだすという作業を行った。

① 看護婦がある状況を「問題」と感じていることが直接的に記述されている場合。

(たとえば、「…、果たしてこれでよいのかと考えさせられることもしばしばである。」(p. 16) といった記述)

② ①のような直接的な記述はないが、看護婦がある状況を「問題」と感じていることが前後の文脈から判断できる場合。(たとえば、「…、これも看護のうちと慣れない自分自身を力づけながら、…」(p. 13) といった記述)

③ 看護婦の処置や依頼が、患者、その家族、または医師から拒否されている場合。(たとえば、「(患者の呼吸停止との知らせを受けて、看護婦が…筆者) 走り救急トレーをもっていく。『何もしないで下さい』と手を合わせ妻を見守っている夫、…」(p. 14) といった記述)

④ 看護婦の葛藤状態が表現されている場合。(たとえば、「(母親を看護することになった看護婦が…筆者) もう私も看護婦という名を捨て、『今やりたいことは』『言いたいことは』という言葉をおみこみ、最後までガンではないと言いきった。」(p. 15) といった記述)

⑤ 看護婦がある状況でどう対処していいのかわからないということが記述されている場合。(たとえば、「(死を悟った様子の患者に対して…筆者) 死という言葉がKさんの口から出たとき、どのように答えていいのか、どのように言いつくろえばいいのか、考えることができなかった…」(p. 20) といった記述)

ここで、①、②は直接または間接に看護婦が「問題」を感じていることが表明されている場合であり、③、④、⑤は、そのような表明はないが、先の仮定から、当該の状況を看護婦が「問

題」と感じていることが予想される場合である。

さらに、こうして拾い出した「問題」状況の背景を、先の仮定にしたがって分析することで、「問題」状況の背景を探っていく。

3. 分析結果

分析の結果、拾い出された「問題」状況を、その内容に従って分類すると以下ようになる。

A. 看護婦が内面化している看護婦の役割や看護の理想のとおり現実が運ばないこと、あるいは、その場で看護婦として適切な行動が明確に規定されていないことからくる「問題」状況

(A-1) 患者から「ガンではないのか」「よくなるのか」「死ぬのではないかと訴えられはしないかと不安になること／患者から実際にそう訴えられてどう答えていいのかわからず、その場を逃げ出したい気持ちになること／こうしたことから、患者との接触をついっ避けようになってしまうこと

(A-2) 患者の苦しみから逃げていると感じること／患者を直視できないと感じること／患者とともに苦しむことを避けていると感じること

(A-3) 患者に何もしてあげられない（なかった）という無力感を感じる／ほかに何かもとしてあげることがある（あった）のではないかと患者に対してすまない気持ちになること

(A-4) いたずらな延命に疑問を感じる

(A-5) 患者に最後まで告知しない（しなかった）ことに疑問を感じる

(A-6) 業務が多忙で患者と接する十分な時間がないこと、自分に手落ちがあって患者の死期を早めたのではないかと後までよく考えることなど、看護業務の特徴に関するものと、患者の個室への転室の際に患者やその他の患者にどうすれば動揺を与えないですむかといった、病院組織の特徴に関するもの

B. 看護婦と医師との関係に関する「問題」状況

(B-1) A. に挙げられている「問題」状況を何とか解決しようとして、医師に治療方針などについて再考を依頼するが、応じてもらえないこと

(B-2) 医師がムンテラの内容や患者に告知したことを看護スタッフには告げないことなど、医師と看護婦の関係に関するもの

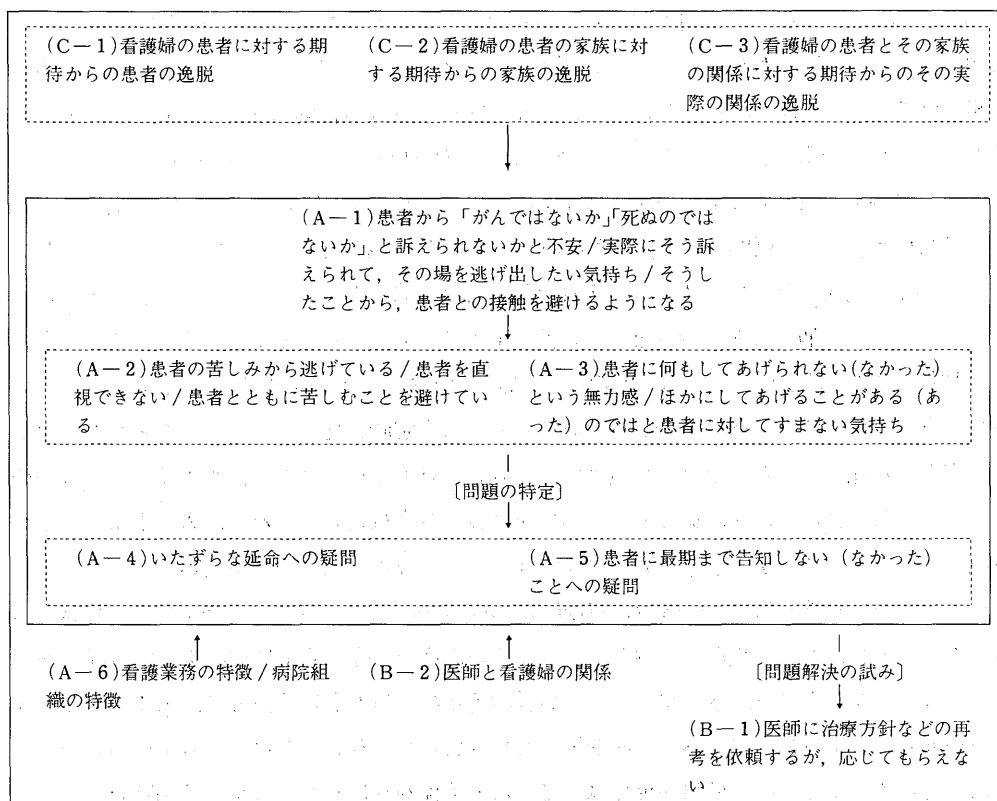
C. 患者およびその家族の態度や行動に関する「問題」状況

(C-1) 患者の引きこもりや患者が頻回にナースコールをすることなど、看護婦の患者に対する期待から患者が逸脱すること

(C-2) 家族が患者の死を受容できないことや、付き添う家族が患者の面前で不安や疲労を訴えることなど、看護婦の患者の家族に対する期待から家族が逸脱すること

(C-3) 家族の面会・付添いが少ないことや、家族に患者のことを案じ、患者をいたわる気持ちがないことなど、看護婦が、患者の死を前にして、患者とその家族との間の関係はこう

図1 問題群間のつながり



あってほしいという期待や理想から、実際の患者とその家族との関係が逸脱すること

また、これらの問題群間のつながりを示すと、図1のようになる。

これらの「問題」状況のうち⁹⁾、以下では、A. とB. の「問題」状況とその背景に関する分析結果について報告する¹⁰⁾。

(A-1) 我国では、患者ががんで予後が不良と判断される場合、医師は病名を含めてそのことを患者に告げないのが一般的である。「1. はじめに」で述べたような医療の理想のとおりにことが運ばないことが明らかであるにもかかわらず、患者にはあくまで、少なびくかもしれないが、最終的にはこの理想に近い形で治療が進行するであろうと信じ込ませる。そして、患者は最期まで闘病意欲を失わず生への希望を持続けることを期待される。それに応じて医療者側は、たとえわずかの可能性でも積極的な治療を施し、たとえ1分1秒でも患者の延命をはかることが理想とされる。ここには、死の恐怖におびえることなく平静のうちに、しかも、そうはやばやと残された生への意欲を失うことなく死ぬという死の理想がみられる。たとえば、あるケースでは、医師の説明とは逆に徐々に悪化する症状のために一時は抑うつ状態におちいていた患者が、両上肢の麻痺のためにナースコールが押せなくなっていたのを、左右の体動で感知板を押せば、看護婦室に通ずる装置を自分で考案し、知人に作ってもらうまでになる。そのことを看護婦は「なにより、患者が生きようとする意欲を見せていたから」(p. 102)と、非常に喜ぶ。

患者に告知しない理由としてはまた、きわめて精神力の強い人でなければ、がんで予後不良と知らされると、動揺し、自分を見失い、自殺にいたるかもしれないという人間観があるように思われる。¹⁴⁾たとえばあるケースでは、患者が主治医よりあと1月ともたないと「宣告」された後、看護スタッフはただちにカンファレンスを持ち、「本人の言動に注意…自殺行為などの危険もあるため、厳重に見回しする」(p. 148) ことを看護目標のひとつにする。

しかしながら、現実には患者の症状は徐々に悪化し、患者は「がんではないか」「助からないのではないか」という疑問を持ち、当然ながら、医療者にそれを問いたげとする。一般に、うそがうそと見破られないためには、それが現実と整合的であること、以前の発言内容との一貫性があること、他者の発言内容との一貫性があることの3つが必要であろう。そのため、まず、現実との整合性という点では、患者から病気への不安を訴えられたある看護婦は、「患者の体型、食事の摂取状態、痛みの苦痛等どれをとっても入院時に比べ一つもよくなったものはなく、患者自身知っていることだけに見えすいた励ましはマイナスになる面が多く、また本当のことを言うわけにはいかず、結局」、「この病気は長いし今はえらいけれど、きっとよくなるから気長にがんばりましょう」(p. 23) と答えるしかない。また、以前の発言内容との一貫性という点では、別の看護婦は、「ガン患者の看護は、初めからうそで始まっている。病名、症状、治療、そしてそれにあった説得と、納得させるうその言葉や態度に非常に神経を」(p. 138) 使わなければならないと言う。さらに、他者の発言内容との一貫性という点では、医療者間で説明が食い違わないように、患者への説明を統一しなければならない。これは「ムンテラ統一」と呼ばれている。たとえば、外科病棟では「ほとんど手術例を伴うが、なかには開腹術だけで終わってしまう例も少なくない。…覚醒すると、どのくらいの時間がかかり、どのような手術をしたか、こと細かに聞き入る患者もいるため、ムンテラ統一から私たち看護の始まりとなる」(p. 13) ということになる。

この点では、看護婦は医師に比べてうそをつきとおすことがむずかしいように思われる。というのは、まず、医師の場合、入院患者の一部を主治医として受持ち、それぞれの患者と医師との関係は1体1の関係である。それに対して看護婦の場合、すべての看護婦がすべての患者の看護をするというのが一般的である。すなわち、1人の看護婦が患者全員を看護し、1人の患者がすべての看護婦から看護される。したがって、1人の看護婦がすべての患者のそれぞれに対する発言内容を記憶しておくことがむずかしく、かつ、1人の患者に対するすべての看護婦の発言内容をすべての看護婦に通知することがむずかしい。そのため、ある看護婦は、「これから回復に向かうことはないであろうこの患者に、今こう答えておいたら後でどうしよう、他の人の説明と違っていたらどうしよう」(p. 63) と思う。さらに、医師とは違って、看護婦には、その場で独自の判断で方針変更をする裁量権が与えられていない。最後に、看護婦の方が患者との接触も多く、患者と接触する時間を自分でコントロールすることが医師に比べてむずかしい。

こうしたことから、看護婦は患者からいつ「がんではないか」「助からないのではないか」と訴えられないかと思うと不安になる。たとえばある看護婦は、口数の少なく、患者と看護婦と

の会話は症状についての応答だけという患者に対して、「こんな人に、私ほんとはガンなんですよ！と突然聞かれたら、いや、私ほんとはガンなんじゃありませんか？と悟ったように言われたら、どうしよう」(p. 238)と思う。

また、実際に患者からしつこく追求され、その場をうまくとりつくろうことができないと、看護婦は何も言うことができず、かといって、その場を逃げ出す訳にもいかないといった状況に置かれることになる。たとえばある看護婦は、患者からほんとうは白血病ではないかと追求され、「内心ハラハラしながら、『先生に聞いてください』とやっと答え、その場を逃げ出したい思いであった」(p. 34)と言う。

さらに、こうしたことから、患者との接触を恐れ、訪床がいやになることがある。たとえばあるケースでは、患者は、「ちっともよくならない」「ここからいつ出られるのか。3回も手術したのに、どこが悪いのか」「おれは囚人じゃない。いつまでここに居るのだ」という訴えを繰り返す、さらには、「死を前にしてマーゲンゾンデ抜去、バルンカテーテル抜去、点滴抜去など異常行動がみられ、両手を抑制してもなお抑制をほどこし上記のことをくり返す行動がしばしば見られた」(p. 46)ほどの「むずかしい患者」「こわい患者」であった。そのこともあって、「看護婦間では、…、Aさん(患者…筆者)を積極的には訪問しなかった。また訪問してもできるだけ短時間で切り上げ、呼びとめられたくない、何を質問されるかわからないし返答にも困ってしまうなどと、まったく逃げごしの看護しかできなかった。」(p. 52)

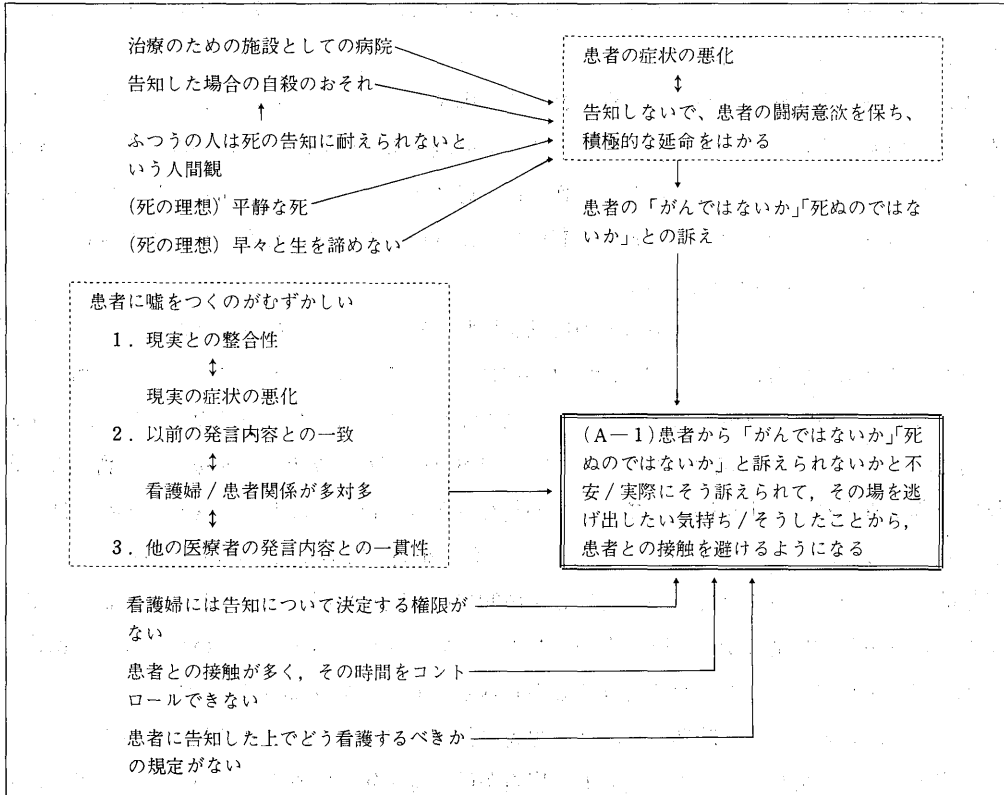
それでは、このような「問題」状況は、患者に告知してしまえばそれで解決するのかというと、必ずしもそうではない。というのも、患者が近い将来死ぬであろうということを患者と医療者がともに認め合った上で、看護婦は患者にどう対応するべきかが明確には規定されていないからである。先の、医師より後1月ともたないと告げられた患者の場合(本稿、前頁)、その場にいわせれた看護婦は「医師が死を宣告したという事実の上で、患者に単になぐさめの言葉をかけるのではいけないと思い、どう声をかけてよいのか困難」(p. 147)する。このことがまた、患者から「がんではないか」「助からないのではないかと訴えられたらどうしようかという不安を強める。ある看護婦の言うように、「もし話を始めて、つい本当のことにふれたらそれに対応していく自信がない、困ってしまう」(p. 34)という訳である。

以上を図示すると、図2. のようになる。

(A-2およびA-3) A-1に挙げたような「問題」状況は、一方では、看護婦に、患者の苦しみから逃げている、患者を直視できないでいる、そのため、患者とともに苦しむことができない、という「問題」状況をつくり出す。また一方では、何もしてあげられない(なかった)という無力感や、ほかに何かしてあげることがある(あった)のではないかと患者に対してすまないという気持ちになるという「問題」状況をつくり出す。

まず、前者のA-2について。これはつぎのように表現されている。「死と対面している人間を相手にしながら、患者の対面している死を避けようとしているのではないだろうか。病気や死を受容することはできない。できないが患者と一緒に苦しむことはできると思う。Kさん(患者…筆者)の場合、病名をかくすことでKさんと一緒に苦しむことを避けていたのだと思

図2 A-1



う。」(p. 20) 別の看護婦はこれを「逃げの看護」(p. 176) と呼ぶ。

こうしたことを「問題」と感じる背景には、つぎのような看護婦があるように思われる。すなわち、看護の本質は、患者の苦しみを自分の苦しみとし、患者の痛いところを手でさするなどの素朴な援助と心のふれあいを通した、一人の人間としての看護にある、という看護観である。専門技術を駆使する冷たい看護ではなく、他者の痛みを自分の痛みのごとくに感じ、単純素朴な援助行為の中で実現される受苦共同体といったところであろうか¹²⁾。そして、このような看護が十分に発揮され、また必要となるのは現在の医学では救いようのない、死を前にした患者に対する看護においてということになる。たとえばある看護婦は、意識がなくなっていく患者に対して、「自分の無力さを感じ、…、でもこれしか今の私にはできないと思いながら、手を握り続けた。…後になってから、手をさしのべるだけでも、たとえ気休めでも、心をこめてすることが看護である」と思う。そして、「種々な患者の死への看護を経験して、…その場に居合わせた私は何ができるのだろうと迷ったとき、原点に返って、日常的な、手を使った、言葉を使った、働きかけから始めればよい」(p. 18) と考える。

このような看護観からすれば、A-1 に挙げたような状況では、十分な看護ができないということになる。看護婦がこうしたことをとりわけ感じるのは、看護婦が観察、検査、処置に追われているときである。とくに、鎮痛剤の投与のときには、そうである。ある看護婦は、「末期になればなるほど、ただ観察をし、治療・処置を優先させ、本当の患者のニーズは二の次にな

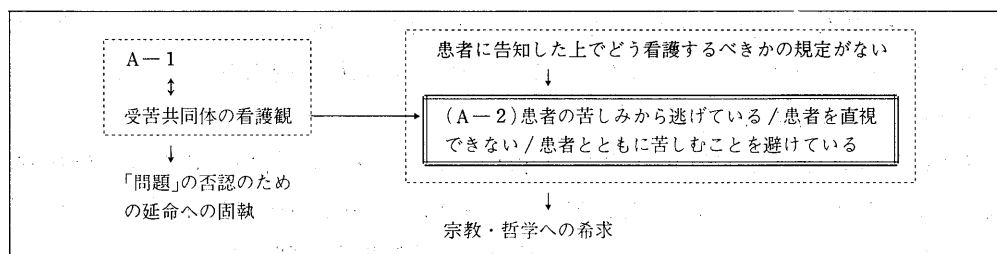
っているのではないかと。それを一番感じるのは、苦痛を訴える患者に鎮痛剤を使用するときである。…苦しむ患者に、他にできることはないか？苦しむ患者の姿を直視できないでいることがあるように思える。それは、逃げではないか？」(p. 28) と言う。

しかし、逆に、こうした観察・検査・処置に看護婦が固執する場合もある。それは、こうした「問題」状況の存在そのものを否認するためである。たとえばある看護婦は、点滴を中止してほしいという患者およびその家族の再三の要求に対して、「一番困ったのは…私たち看護者だったのではなかろうか。最後まで意識があり、全身の苦痛に顔をゆがませている S さんを眼の前にして、その場に踏みとどまる勇気もなく、注射という行為しか考えていなかった私たちの不安から逃れるためにも点滴は必須のものであったのである。点滴さえしていたらケアをしているのだという思いが、心の片隅にあったはずである。」(pp. 175-176) と言う。

ところで、A-1 の場合と同じように、ここでもまた、看護婦は真実を告知しさえすればすべてうまくいくと考えている訳ではない。というのも、A-1 で述べたように、患者と看護婦の双方が患者がターミナルであることを認め合った上でどう行動すればいいのか、そして、ここで述べたような受苦共同体という看護の本質をどう実現していけばいいのかが規定されていないからである。たとえばある看護婦は、「それ(がんの告知…筆者)を言った後、自分がその患者を支えきれものか責任がもてないといった不安がある。」と言う。さらに彼女は、「自分自身の死生観、哲学といったものまで看護婦には必要なのか」(p. 68) と感じる。ここには、人間の生と死に意味を与えてくれるような宗教、哲学への希求がみられる。

以上を図示すると、図 3 のようになる。

図 3 A-3



つぎに後者の A-3 であるが、こうした、何もできない(なかった)、ほかにもっとしてあげることがある(あった)のではないかという気持ちには、つぎの 3 つが区別できる。ひとつは、患者が治療へと至らない(なかった)ことに対してである。もうひとつは、患者の苦痛をうまく取り除くことができない(なかった)ことに対して、そして最後は、A-2 で述べたような、受苦共同体の看護ができない(なかった)ことに対して。

前二者は、看護婦が医師の診療の補助者であり、かつ、看護婦として患者の心身の安静、安楽をはかることがその仕事の中心である以上、さらには、患者には真実を告げず、最期までよくなると信じ込ませる以上、看護婦がこうした気持ちを抱くことは当然かもしれない。たとえばある看護婦は、「どの治療を行っても効果がなく、苦痛の緩和の手段を考えることに追われると、医療者の無力さを痛感させられる。」(p. 55) と言う。また別の看護婦は、「ネブライザー、

体位交換、タッピングなどの処置はやっても、苦しみはとりのぞいてあげられない。心苦しいまま、いたたまれない気持ちで看護婦室にもどった。」(p. 159)

ここで、人の日常生活上の必要にサービスの提供という直接的な形で応じることを第1とする職業を「人を扱う職業」と呼べば、いかなる「人を扱う職業」であれ、客やクライアントの要求に応じられないことがある。客やクライアントはこうしてほしいと言うが、技術的、経済的、法律的、あるいは倫理的な理由から応じられないという場合である。こうした場合に最も単純な解決策は、サービスの与え手と受け手という関係を取り結ばないことである。すなわち、客やクライアントの要求には応じられないとして、依頼を拒否する訳である。たとえば、古代ギリシアのヒポクラテスには「不治の病人は取り扱ってはならないという訓令」¹³⁾があり、こうした「回復不能の患者に対する医師の診療拒否」はヨーロッパでは「18世紀の後半に至るまで合法的でかつ道徳的とされた」¹⁴⁾。ところが、今日の医療の場合はそうではない。病気を治して欲しいという患者の依頼にそえない場合でも、患者として受け入れ、患者には、あたかも、患者の依頼どおりに治療が進行すると信じ込ませる。ここに、看護婦が、患者が治らないこと、患者の苦痛を軽減できないことに無力感をあじわい、患者にすまないという気持ちになる根本的な背景がある。

つぎに、後者の、受苦共同体の看護ができないということについてだが、たとえばある看護婦は、「何かしてあげられないかとか、なんとか心を開いた話ができないものかと思ううちに亡くなってしまい、今まで以上に自分の無力さを知った気が」(p. 76) すると言い、さらに「患者はたった一人で何を考え、何をがんばっていたのだろうかと、心にすまない気持ちでいっぱいです」(p. 80) と言う。

こうした「問題」状況は、まずもって、A-1、A-2の「問題」状況およびそれらの背景に由来することはいうまでもない。また、こうした無力感を看護婦が感じる背景には、さらに以下のような看護業務の特性がある。

第1に、つぎのような技能の習得過程の特徴がある。すなわち、看護を含めて、「人を扱う職業」では一般的に、職業についた当初のほとんど素人に近い状態から実際に経験を積んでいく中で技能を習得していく。ものではなく人を相手にする職業では言葉の真の意味での実習がむずかしいからである。そのため、こうした職業では必ずといっていいほど、最良の教師は客やクライアントである（たとえば、「患者さんに教わる」）ということが強調される。

第2に、「人を扱う職業」のうち、看護を含めて、子どもを相手にする職業や病者などの生活上のなんらかの障害を抱いている人々を援助する職業では一般的に、直接にせよ間接にせよ、クライアントを非難することはよくないこととされている。そして、職業上のトラブルはどちらかといえばサービスの与え手にその原因が帰属される傾向がある。サービスの受け手も合理的な判断が可能で、かつ、サービスへの報酬としてそれにみあったものを提供でき、しかも、多くのサービスの与え手の中から適当な者を選ぶだけの知識と余裕がある場合には、成人同士の互酬的なギヴ・アンド・テイクの契約関係が成立するが、子供と親の関係や、なんらかの障害を抱えた者とそれを援助する者との関係の場合はそうではない。子供は、現代社会の通念で

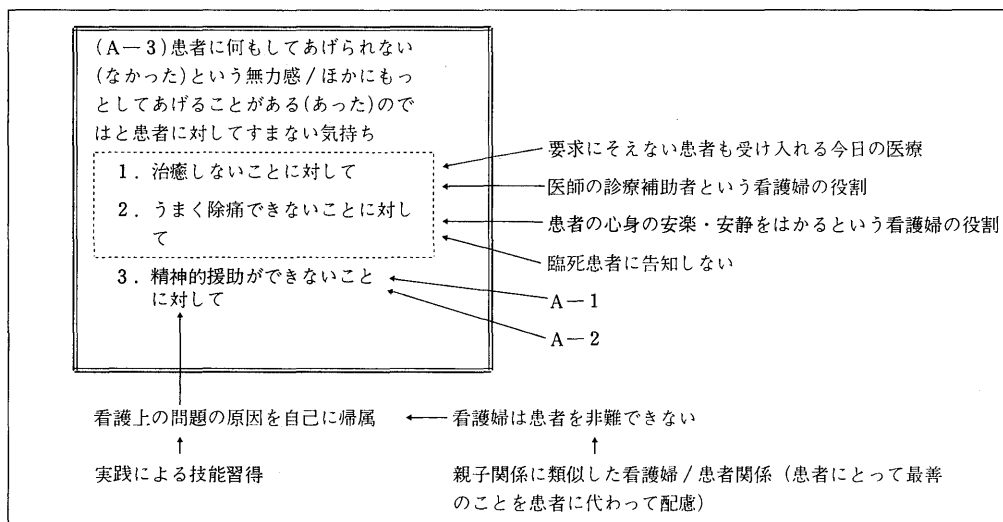
は、通常合理的な判断が完全にはできない者とされる。また、障害を抱える人にはサービスにみあった報酬を用意できない場合があり、また、相手を選ぶだけの知識と余裕、そして選択の幅がない場合が多い。さらに、こうした人を援助する職業では一般に、利潤動機が露骨になることを極端に嫌悪する。商人なら私の唯一の生きがいは金儲けであると公言できようが、医師や看護婦にはできない。こうした職業の第1の動機は、困っている人を助けることそのものになければならない。

こうした、なんらかの点で障害を持つ人とそれを援助する人、そして、援助される側に、援助する人を選ぶだけの知識や時間的な余裕がなく、さらに、その援助に対してそれにみあうだけの報酬を用意できないような関係が典型的に成立するのは、放っておけば死につながる病者と医療者の関係であろう。はたして生命の見返りがあるのか。また、こうした関係の原型ともいべきものは乳幼児とその母親との関係であろう¹⁵⁾。こうした関係の中では、サービスの与え手はその受け手を直接に非難することは許されない。ここで、非難とは、成人同士のギブ・アンド・テイクの契約関係の中で、お互いに了解した契約事項を相手が守らないことを、最悪の場合には関係の解消もありうることを覚悟した上で、指摘し、契約事項を守るよう要請することを指す。このような意味で、親が子供を非難したり、医師や看護婦が患者を面と向かって非難することは許されない¹⁶⁾。

さて、以上2つの看護業務の特徴から、看護婦は自分の理想とするような臨死患者の看護ができなかった場合、それを自分の未熟さのせいにしやすい。たとえばある看護婦は、不眠のため睡眠剤を投与された患者が「これで眠れなかったら死んだほうがましだよ。」と、死という言葉初めて口にしたことに対して、『炎症がおさまるまでよ、それまでがんばりましょう』と、こんな言葉しかかけられなかった。こんな自分の未熟さに情けなさを感じることも」(p. 208) と言う。

以上を図示すると、図4. のようになる。

図4 A-3



(A-4およびA-5) A-1からA-3に挙げた「問題」状況は、患者には最期まで治ると信じ込ませ、そうした偽の現実にしたがって、1分1秒の延命をはかって積極的な治療を施しながら、他方では、患者の苦しみを自分の苦しみとして、心のふれあいをおして患者の精神的安楽をはかっていこうとすることから生じる。こうした「問題」状況を現状を維持したまままで解決しようとしても、ある看護婦の言うように、「考えれば考えるほど、この問題がわからなく」(p.211)なるであろう。そこで、看護婦は、A-4のように、あくまで1分1秒の延命をはかる(はかった)ことに、あるいは、A-5のように、告知しない(しなかった)ことに、疑問を抱くようになる。

まずA-4だが、第1に、一方で看護婦は「少しでも延命できることは、生命を与えられたものとして期待しなくてはならないことだと思う」(pp.15-16)と言う。それでは何が「問題」なのか。それは、ひとつには、1分1秒の延命をはかるための処置が患者に与える苦痛である。患者は最初はこうした処置に従うが、いっこうに症状の改善がみられないと、それに耐えることがむずかしくなる。そして、そうした処置をいやがったり、拒否するといった行動にでる。患者のこうした行動に接すると、看護婦は、死が目前に迫っている患者にとって苦痛にしかない処置に何の意味があるのかと疑問を抱きやすい。たとえばある看護婦は、「治療や処置が苦痛にしかないとわかっていても、なおかつ出された指示を施行することが患者のためなのなのか、また患者がその苦痛に耐えなければならないものなのか、非常に疑問である。」(p.169)と言う。こうした疑問の背景には、できるだけ苦しめないで死ぬという、死の理想がある。

またひとつには、すでに危篤状態に陥っている患者に対する、気管内挿管、強心剤、レスピレータといった救急延命処置がある。たとえばあるケースでは、大学附属病院の新入医局員が危篤状態で死が時間の問題となった患者に「GI療法を行なうといって、50% グルコースとインシュリンを静注した。看護婦は何も口をはさまなかった。しかし、患者は意識がないので問題はないと思うが、…一時間、二時間の延命ができたとしてどうなるのか。長い間、患者と一緒に病気に苦しんできた家族のことを考えると、一時間、二時間の延命は、家族を精神的に苦しませるだけのものではないかと思えた。このとき看護婦は、家族のことを考えるとともに、患者を家族に手渡すときのことを考えているのである。できるだけ傷つけないよう、褥創などつくらないように、なるべく健康なときに近い身体を保つよう努力している。」(p.171)ここにはまた、健康なときと同じような身体の状態のままで死ぬという死の理想がみられる。また、医師があくまでも1分1秒の延命に固執するのなら看護婦は患者や家族の側に立って、患者と家族が満足 of いくようにとりはからうという看護観がある。

ところで、この疑問はあくまで疑問のままであって、1分1秒の延命か、それとも多少は死期を早めることになっても患者になるだけ苦痛を与えないようにするべきか、この2つの間で、どちらにするべきか決めかねている状態にある場合が多い。たとえばある看護婦は、「残された期間が短いと知ったときには、若い人ならともかく、老人につらい思いをさせてまで検査を強要しなくてはいけないのだろうか。無理な検査はしないで、安らかな死を迎えるようにできないものか。医療技術の発達で、かえって苦しませることもあるのではないかと」との思いと、

一方、少しでも延命できるように援助することが看護婦の役割であるという考えが、相反し迷っている状態である。」(p. 160) と言う。ここにはまた、患者の年令を考慮して、延命を優先させるべきか安楽を優先させるべきかを決めようとする態度がうかがわれる。さらに、こうした決定を、患者に直接に尋ね、患者の決定に委ねるのではなく、看護婦自身がどちらにするべきかを、患者に代わって、かつ、患者にとって最も望ましいように決定しようとしている。こうした関係は、いうまでもなく、子どもを相手にする職業や、生活上のなんらかの障害を抱えている人々を援助する職業において現われやすい。そして、このように、患者の年令などの要因を考慮しつつ、ケース・バイ・ケースで、どうするのが患者にとって最も望ましいかを、医療者側が患者に代わって決定しようとする態度は、A-4の「問題」状況をつくりだす背景のひとつとなっている。

また、患者や家族から、患者に苦痛を与えるような処置を中止してほしいという強い要望があれば、看護婦がそれに従うかという点必ずしもそうではない。というのは、ひとつには、告知していない患者やその家族からそうした要望があった場合、その要望を受け入れると、患者は実は助かる見込みがほとんどないのだということを間接的な形で認めることになってしまうことになるからである。

つぎにA-5について。たとえばある看護婦は、「よく（告知しないで…筆者）最後まで患者に生きる希望をもたせるというけれども、それは、ほんとうに正しいことなのだろうか。」(p. 169) と言う。では、看護婦が告知すべきではないか（なかったか）と考えるのはどういう場合であろうか。それはまず、いうまでもなく、A-2で述べたような受苦共同体という看護の本質を、このままでは実現できないと考えるときである。たとえばある看護婦は、「私たち看護婦は、患者に最後まで病気に対し希望をもたせるということで病名を告げず患者と接し援助しており、患者も早く治りたいと希望をもち患者なりに努力するのだがその努力にも限界があり、もしかしたら死ぬのではないかという心境に変化する中で、看護婦は、積極的に援助しているのではなく、患者自ら悟り、自分が自分を諦められるまで一人で死への葛藤をしてゆかなければならない。現在の援助方法でよいのだろうか？」(p. 24) と言う。

第2に、これも当然ながら、告知しないことがかえって患者を精神的苦痛におとし入れ、またそれが医療者への不信となって現れる場合である。たとえば、先のA-1で引用した、「むずかしい患者」の場合（本稿、p. 135）、「身体的苦痛に加え、病気のことを納得のいくように説明してもらえないことからくる精神的苦痛が加わっていた」患者について、看護婦は「真実を話してもらえないことに対し、Aさん（患者…筆者）は『オレは人間だ』と訴えている。真実を知らないで死を受容することができるのだろうか。」(p. 51) と言う。

第3に、告知することで、残された時間を患者が有意義に過ごすことができるのではと思われる場合もそうである。たとえばある看護婦は、患者に最期まで告知しなかったことに対して、「39歳という年令、ローン返済中、理容師、子ども2人、妻のことなど考えると、残された期間をもっと有効に使ってもらうことはできなかったものかと心残りである。」(pp. 74-75) と言う。残される妻子が経済的に困窮することがないようにきちんと身辺整理をすることができた

のでは、またその必要があったのではないかということがここで考慮されている。

いうまでもなく、看護婦は、告知した場合、どういう結果が予想されるかを患者に直接尋ねることができない。そこで看護婦は、患者の言動の観察や家族からの情報収集に基づいて、予想される結果を推測しなければならない。たとえばあるケースでは、患者の妻が、患者の死亡後、看護婦に「よくしていただいて思い残すことはただ一つをのぞいて何もない。そのただ一つとは、最初の手術を終えたとき、（夫に…筆者）ガンだと言ってほしかった」（p. 66）と述懐し、そのことに看護婦はなんともいえないショックを受ける。そして「ガンの宣告」について彼女なりに考え、以下の点を、告知するべきか否かを判断する際に考慮しなければならない点として挙げている。

- ① 患者本人の知りたいという希望の有無
- ② 患者の受容能力
- ③ 性格
- ④ 身辺整理の必要、年令、遺族、社会への影響
- ⑤ 遺族の賛否

（pp. 66 - 67）

ここからわかることは、まず、①～③は、告知することのマイナス面として、患者が闘病意欲を失ったり、精神的に動揺し、死の恐怖におびえ、絶望したり、極端な場合には自殺に至るといったことがないかどうかに関するものである。④は、患者がその年令、ライフサイクル、社会的地位に応じて、彼が占める役割を最期まで十分に果たし、残される人々の思い出の中に残り、残される人々に迷惑をかけないで死ぬという、告知のプラス面がどれほど必要かつ実現可能かに関するものである。⑤は、患者本人の希望より、その家族の希望が優先されるべきだという考えを示している。ここには、患者の性格、年令、社会における地位、家族の意向などを考慮しつつ、ケース・バイ・ケースで告知のプラス面とマイナス面を比較考量しながら、告知するべきか否かを考えようとする態度、そして、そうするのが看護婦の仕事の一部であるとする考えが示されている。そして、A-4と同じく、この態度がA-5の「問題」状況をつくり出す背景のひとつとなる。

ここで看護婦は、告知するべきか否かについて、積極的に告知するべきであったとするのではなく、告知することのプラス面とマイナス面をあれこれ考え合わせて、はたしてどうすべきなのか（だったのか）と迷っている状態である場合が多い。先の、患者に告知すれば患者は残された時間をもっと有効に使えたのではないかと考えている看護婦も、他方では、「最後まで肝炎と信じ、疑うことをせず、苦しまずに亡くなっていき、それで幸せだったのかなあ、という思いが交互に頭をかすめる。」（p. 75）とも言う。

さて、こうした疑問が、後にB-1のところで述べるように、看護婦をして、医師に告知について検討を依頼するに至らしめることもある。しかし、そこまでいく前に、より頻繁に用いられる、この「問題」状況への対処方法は、患者が自分の死が近いことを知っていたらこうしたかったであろうと考えられることを、看護婦が患者の言動を観察することから読み取り、それ

を、患者にそれとなくさせるようにするというものである。たとえば、よく行われることに、外泊をそれとなく誘って、最期に家族水入らずのときを過ごすことができるようにする場合がある。ここには、死にゆく人は最期に自宅で家族と水入らずのときを過ごすという死の理想がある。しかし、これは非常にむずかしい。というのは、あまりに露骨に誘うと、暗に患者の死が近いことをほめかすことになるし、逆にあまりにそれとなさすぎると、患者は誘いに応じないからである。たとえばあるケースでは、看護婦が外泊を患者に勧めたが、「すっかり治ってから帰ります」(p. 74) と、全く誘いに乗ってこない。

この問題をさらに複雑にするものとして、そもそも患者がそうしたことを望むかがわからない場合が多いということがある。そこで、以下のケースのように、非常に手の込んだ「患者の本心の確認」が行われる。このケースでは、患者は6年前に離婚し、1人娘(小1)は本人が育てていたが、入院中は、勤め先の社長宅で預かってもらっている。

肝性昏睡に入ってしまう前に精神的援助をという観点から、今、この患者にとって幸せとは何か、とスタッフ間でカンファレンスをもった。その結果、やはり娘さんに会うことではないかということで意見が一致する。そこで患者の本心を確認するという意図のもとにアプローチした。アプローチの方法としては、何かケアをしながらのスキンシップを通してのほうがより効果があるのではないかと判断し、この患者の場合、足浴が好きであることから、足浴を介して話し合うことにした。

話の誘導方法としては、趣味が魚釣りであることから、ちょうど定期的にアユの季節であったため、アユつりの話から入っていった。しかし、「アユつりはあまりしない」と無表情でぶっきらぼうな言い方をされた。そこで場所的なものに話題をかえ、海づりか川づりかの話になると、ようやく患者の表情もなごみ、「子どもの頃、夜中までフナや鯉をつかまえて、父母によくしかられた」と子どものころのことが話題になってきた。そして、子どもの話にどうにか入ってゆくことができた。

「子どもさんに会いたいでしょ」と質問すると、「ああ、会いたい」と反応があった。看護婦側としては意識のある間にできるだけ一日でも多く子どもに会わせてあげたいなという思いがあり、社長の奥さんに連絡をとり、時間の許す限り、子どもとの面会を多くもってもらった。

(pp. 86-87)

しかし、なかには看護婦が患者の気持ちを「察する」のに失敗している場合もある。たとえばあるケースでは、21才で、同年代の見舞客もなく、話相手といえば母親だけの患者に対して、看護婦は、「同年代の人とも話がしたいだろうと思い、実習生の人を連れて下肢のアルコールマッサージを行なったことがあります。3度目のときに実習生と一緒にやらしてもらわなくてもよいと拒否され、母親にわけを聞くと、実習生は物珍しそうにジロジロ見るだけだから嫌だ」ということだった。「いつも決まった看護婦だけよりは新しい人と接するほうがよいと考えて

いたのに、さらし者になっているという患者の気持ちを思いやらずに悪いことをした」(p. 79)と思う。

あるいは、残されたときを有意義に過ごすにはこうするべきだと看護婦が考えることを患者にさせようとする場合もある。たとえばあるケースでは、胃がんの大腸転移で再入院してきた患者は、入院前、医師より退院できるかどうかかわからないと言われていた。しかし、再入院時には、「もうもどれないと思ったから、おうち全部きれいに片づけて、お通夜のときせまいと困るから、ソファなんかも弟にあげた…」(p. 213)と語り、案外と落ちついていた。手術(単に吻合のみに終わる)後も、症状は徐々に悪化しているにもかかわらず、精神的に落ちついた状態が続いていた。しかし、ある日、「子どものことを考えたら、絶対家に帰りたいの。家の中で寝ているだけでもいいから帰りたい…。」といつになく興奮し流涙してしゃくりあげながら看護婦に訴える。「死後のことまで整理してきたと話しているにもかかわらず、やはり退院を考えているところに、患者の葛藤があったのであろう。大切な時期と思う。スタッフの統一した新しい姿勢が必要であると思う。」(p. 214)ということで、さっそくカンファレンスを持ち、「子どものことを心配しているようであるため、彼女自身、子どものために何かしているんだということを感じられるように、状態のよいときに形になって残るもの(セーターを編むなど)をしてゆくように毎日の生活にとりいれることをアドバイスする。」(p. 215)ことを看護目標のひとつにする。ここには、死にゆく者は、自己の役割、とくにに家族内の役割を最期まで遂行し、その思い出を、残される人々に遺すという死の理想がみられる。

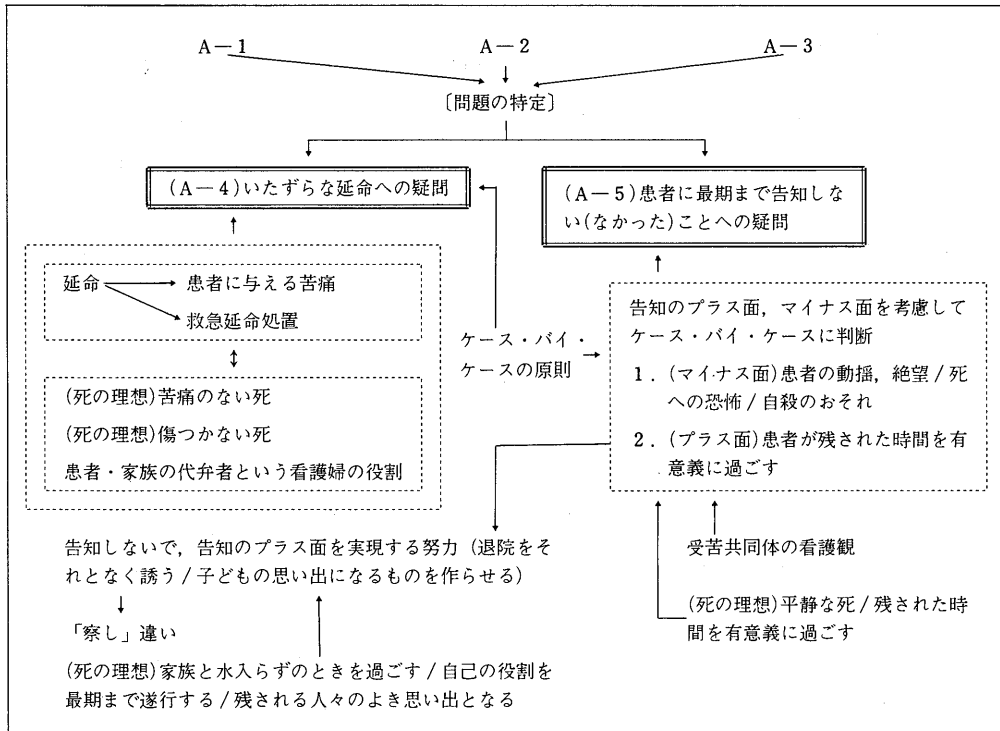
このように、患者がもし真実を知っていたら、こうしたいであろうこと、あるいは、こうするのが有意義であろうと看護婦が考えることを、患者の言動から読み取り、それを患者にそれとなくさせようとする。これは、患者が看護婦にストレートに要求を出し、看護婦が自分の持つ技術の限りを尽くしてそれに応えるという関係ではない。前者のような関係は、前にも述べたように、子どもを相手にする職業や、生活上の障害を持つ人々を援助する職業において現われやすい。この場合、相手は、冷静で合理的な判断ができないし、専門的知識もないので、サービスの与え手が、受け手にとって最善のことを代わって判断するということになる。サービスの受け手の要求はストレートに受け応えられるのではなく、与え手によってニードとして評価される。しかし、このことは非常にむずかしく、独善的になったり、あるいは、「察し」違うことがある。

以上を図示すると、図5のようになる。

(A-6) 以上述べたような「問題」状況をより問題たらしめる、看護業務あるいは病院組織の特徴に関連する「問題」状況がある。

まず第1に、先の受苦共同体の理想からいえば、看護婦/患者の関係は1対1であることが望ましい。しかし、看護婦が病院組織内の一職業である以上、そういう訳にはいかない。まず、医師の診療補助者という点では官僚制的な組織の一員として、タイム・スケジュールに従った機械的作業を強いられる。この点では、病棟の患者全員とインパーソナルな関係を持つことになる。また、同じく病院内の一職業である以上、1人の患者に付きっきりになることは許され

図5 A-4とA-5



ない。そして、この理想と現実のギャップから生じる「問題」として、まず、患者との十分なコミュニケーションが必要だと思うが、他の業務が多忙で、処置・検査に追われて、そのための時間が取れないという「問題」状況がある。たとえばある看護婦は、「私はこの（全身倦怠感が強く、苦痛もあり、両側尿管カテーテルが挿入され、行動範囲にも限度がある…筆者）ような末期患者についてはやさしく接し、少しでも安楽にと考え、体位の工夫、痛みが強ければ時間的に許す限り医師の指示にて鎮痛剤を使用し、毎日の体調の変化の中で少しでも食べられたとか顔色のよいときなど、患者とともに喜ぶようにしているが、しかし実際は他の業務の多忙もあり、処置・観察の時間に追われ、患者の訴えを聞くのではなく検温などの訪室時に必要事項を患者より収集し帰ってくるだけのこともある。」(p. 23) と言う。

こうした感情は、以下の、9才の女兒患者の母親に同一化している看護婦の場合のように、自己嫌悪にまで発展することがある。この患者の両親は家が遠く、弟が小さく、情緒障害もあって、毎日病院に来ることができず、祖父がほとんど毎日付き添っていた。患者は状態がどんなに悪くても、家の者と呼んでほしいとは言わず、看護婦が連絡する話をもちかけても、首を振るだけであった。この患者について看護婦は、「わずか9歳で自分の病気と必死に闘い、わがままを出すこともなく、自分の立場を子どもながらに理解している。それをベッドサイドで痛いほど感じながら、ただ吐物の始末をし、状態のおちつくのを待って『もう少し、そばにいてやりたい』と思いながら、次の決められた仕事に足を運んでいる自分に嫌悪感をいだくときが幾たびかあった。」(p. 246) と言う。

これほどでなくとも、患者が一人だけではないことは看護婦にとっては精神的負担となる。ある看護婦の表現を借りて言えば、「多くの重症患者をかかえて、たまる感情をどう処理し患者に接してゆくか、とてもむずかしい。」(p. 55) これはただ単に多くの重症患者に接し、多くの患者の死にたちあわなければならないからというだけではなく、そうした看護婦がなんらかの程度、患者との感情的インヴォルヴメントを持つからである。そこで看護婦は患者にあまり「のめり込まないよう」と心かけるようになる。看護婦に限らず、一般に、夫婦関係または親子関係の中で果たされる機能が職業化したような職業にあっては、この、客やクライアントとの感情的インヴォルヴメントをどの程度にするかという問題が常につきまとうであろう。それが少なすぎると、職業の理想に反するか、あるいは客やクライアントが集まらないということになるし、多すぎると、身体的、精神的な負担に耐えられないということになるからである。

第2に、患者の死に対する看護婦の係わりに関することとして、自分のせいで患者の死期を早めたのではないかと、あれこれ後で考えるということがある。たとえばある看護婦は、「どうしても避けることのできない死であっても、これで患者さんは楽になれるという気持ちにはとてもなれない。私に手落ちがあったのではないか、そのことで死を早めたのではないかという不安が強い。」(p. 44) と言う。患者の死は不可避であり、看護婦の側にとりたてて手落ちがなくても、自分があのかうしていけば、もしかしたら患者の死期は延びたかもしれないという思いから看護婦は逃れられない。この思いは、当然ながら、自分の勤務、とくに夜勤のときに患者が死亡した場合には、とりわけ強くなる。あるケースでは、看護婦が深夜勤務のときに患者が死亡する。看護婦が3時に巡視したときには何の異常も発見できなかったにもかかわらず、4時にナースコールがあり、訪室すると、意識消失、呼吸停止しており、心拍聴取できなかった。これに対して看護婦は、「1時間ごとの巡視を義務づけられている中で、3時には異常が見られなかったこと、夫がそばにいたこと、死の直前までその徴候がなかったという夫の証言、『まったく苦しまなかった』という夫の言葉などあり、私自身が救われた思いがした。しかし、最後を把握できなかったことに看護婦としてのむなしさが残った。」(p. 233) と言う。

こうしたことから、看護婦は自分の勤務のときに患者に死なれたくないと思うが、一方では、このようなことを考えること自体が受苦共同体という看護の理想に反することだとも考える。ある看護婦の言葉を借りて言えば、「患者は未だ自分の死が間近であるということを知らないのです。それなのにナースステーションでは看護婦が自分の夜勤のときに当たらないことを祈り、今にもはりさけそうな風船を恐る恐る渡すように次の勤務者に引き継ぎをします。誰でも自分の受持ちのときに患者が亡くなることを恐れます。しかしこういう光景は、私も含まれていることですが、患者への冒とくであり、看護精神への冒とくです。」(p. 79) ということになる。

また、後で自分のせいで患者の死期を早めたのではないかという思いをしないですむように、それだけ看護婦は、とにかくミスがないようにと心かける。そのため、患者が末期になればなるほど、それだけで看護婦は精一杯ということになる。なぜなら、一般に、1分1秒の延命を心かけると、患者が末期になればなるほど、それだけ検査・処置が増えるからである。し

かし、これもまた、受苦共同体という看護の理想に反することである。ある看護婦の言うように、「危篤時、看護婦は、治療の介助や処置に追われのではなく、患者を静かにみとるということをもっと考えてもよいのではないだろうか。」(p. 169)ということになる。

次に、病院組織の特徴に関することとして、個室への転室にともなう「問題」状況がある。一般に、症状が悪化して、検査・処置が多くなると他の同室患者への影響や迷惑、大部屋では処置・検査のための器財に必要なスペースが十分ないことなどから、患者を個室に移すのが一般的である。そこで、あるケースのように、「この頃から、意識レベルの低下が始まった。個室対象への時期であった。大部屋にいる場合、個室へ移るタイミング、どのように説明すれば精神的打撃が少ないか、他の患者に及ぼす影響はと、問題は複雑である。大部屋入院中の多くの患者は、Kさん(患者…筆者)のみならず、個室への転室は死につながる部屋というイメージをもっている。そのためか拒む患者も多い。」(pp. 209-210)ということになる。ここには、個室/大部屋という、ゴッフマンの言う「病棟システム(ward system)」¹⁷⁾があって、医療者側がその存在を患者に知られないように気をつけていること、しかしながら、患者はそれを察知してしまいやすいこと、さらに、そうした中で患者を個室へ転室しなければならないとき、患者のみならず、他の患者にも精神的動揺を与えないですむにはどうすればよいかについて、看護婦が苦慮している様子がよく描かれている。とくに、患者に告知せず、最期までよくなると信じ込ませている場合には、この「問題」状況は先鋭化するであろう。

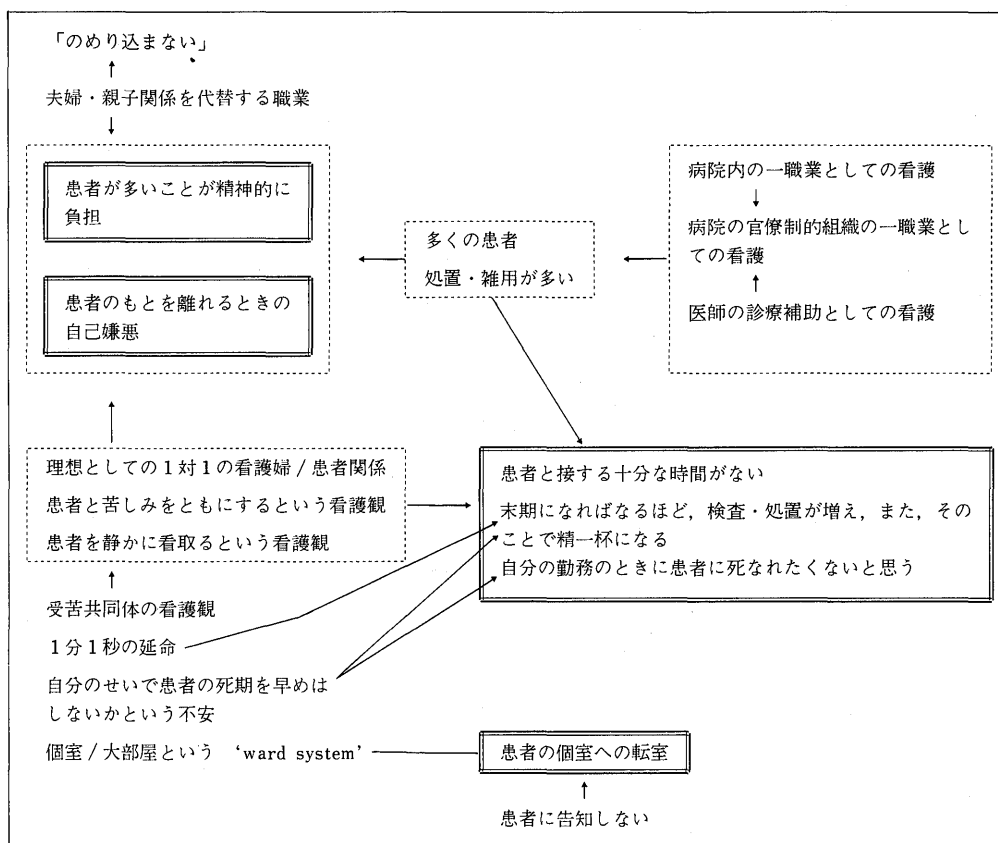
以上を図示すると、図6のようになる。

(B-1) さて、A. の「問題」状況を何とか解決しようと看護婦は努力するが、看護婦が自分の権限の範囲内でそれをやろうとしても限度がある。とくにA-4のような検査・処置については、看護スタッフはあくまで医師の補助者という位置にとどまる。また、A-5の告知については、医師が独自の判断で決定すべきことか、あるいは、主治医と看護スタッフが協同して決定すべきこととされるであろう。そこで、看護婦は、医師に医療方針などについての再考を依頼するが、それに応じてもらえないというのが、このB-1の「問題」状況である。

まず、医師に訪室やムンテラを求めるが応じてもらえないということがある。たとえばあるケースでは、患者が、1日でも主治医が顔をみせないと「先生に見離された」と寂しそうに言うので、「看護婦から『Aさんのところに行ってあげてください』と言うこともあった」が、「主治医は、尿の排出はよく浮腫は減ってきたが検査データが悪く、またAさんがいろいろ質問するため、Aさんのところにあまり行きたがらなかった。」(p. 112)ここでは、看護婦だけでなく、主治医も、症状についてあれこれ質問するような臨死患者の訪床をいやがる場合があることがわかる。

つぎに、A-4の「問題」状況の解決のめに、看護婦が医師に検査・処置の中止を依頼するが、それが医師によって拒絶されるということがある。たとえばあるケースでは、患者は入院時、「確定診断のため、入院時一般検査、腹部エコー、十二指腸ファイバー、50g糖負荷テスト、DICと」連日のように検査せめにあう。その後も、「腹部CT、注腸、静脈性腎盂造影、ガリウムシンチ、胃X-P」と検査が続く。患者は拒否はしないが、さすがに耐えている様子なので、

図 6 A-6



看護婦は中止できないかと医師に依頼するが、医師は、「予約してあるため、中止するわけにはいかない」と依頼を拒否する。このケースでも、看護婦は患者の要求を直接に取りついでいるのではなく、患者はいやがっているのではないかと「察し」て、それを患者のニーズとして評価し、その評価に基づいて、医師に検査の中止を依頼する。その意味では、看護婦は患者の代弁者として医師に相対する。しかし、決定する権限は医師の側にあり、看護婦の要求が必ず通るとは限らない。その場合に看護婦は、「医師、看護婦の資格の違いを痛切に感じさせられ」(p. 159) ることになる。

最後に、A-5の「問題」状況の解決のために、看護婦が医師に告知してはどうかと検討を依頼するが、それが医師から拒否されるということがある。たとえばあるケースでは、「一度、医師をまじえて、病名を告げたほうがよいのではと話し合いをもったが、うやむやにされ、そのままになって」しまう。後で看護婦は「そのとき、もっと私には、言い続けることが必要だったと思う。」(p. 75) と反省する。

(B-2) その他、医師と看護婦の関係に関する「問題」状況としては、まず、医師が看護婦をただ与えられた指示を忠実にこなす診療補助者としてしか考えていないことからくるものがある。たとえばあるケースでは、患者と家族は医師を信頼し、医師の方も、「よく患者を訪問し、看護婦はなかなか入っていけない雰囲気があった。患者は状態のよくないときは、すぐ先

生を呼んでくれるように言っていた。患者や家族のほうから、病気について（看護婦に…筆者）質問してくることはほとんどなかった。」（p. 155）看護婦と患者およびその家族との関係はおよそこのようなものであった。主治医の方も、入院当初、「この患者は入院時すでに白血病であることを聞いていて、それを打ち消したい、そう思いたくないために当科に入院したこと」（p. 157）、それに対して主治医は「前白血病状態」とモンテラしたことを看護スタッフに話していなかった。また、患者と家族が安楽死を求め、それができないなら退院させてほしいと訴えたとき、主治医は「隣の部屋で話し合しましょう。」と、看護婦を同室させず、また、話し合いの結果を看護スタッフには伝えなかった。こうしたことから、看護婦は、「患者の状態、病気について、どのようなモンテラがしてあるのか、今後予測される状態、今後の方針等について、主治医、看護婦間の話し合いがもたれなかったこと、家族、主治医、看護婦が、今後予測されることについて、心の準備について、十分話し合うことがあったら、最後になって（患者とその家族は…筆者）動揺せずにすんだのでは」（p. 157）と後悔する。主治医の方は、看護婦がそうしたことを考えているとは知らず、また看護婦をそうした面での協力者として考える気持ちはなかったであろう。

第2に、大学病院のように、医師が患者のことだけではなく、研究を考慮に入れたり、治療より研究を優先させることからくる「問題」状況がある。大学病院などの医師には、治療者としての役割だけではなく、研究者としての役割もある。大学病院のような研究病院では、どうしても後者が優先されがちである。そして、患者が珍しい病気にかかっているようなときにはとくに、医師は最期まで経過観察をし、さらに、できれば死後解剖もという考えにとらわれることがある。たとえばあるケースでは、看護婦は、「A氏（患者…筆者）は余命が短いと知ったとき『帰りたい』と言った。主治医としても、患者の希望どおりに最後を迎えさせてあげたい気持ちはあった。しかし一方、大学の医師の立場として、今後の膵ガンの患者の治療のためにも今までの治療の結果を最後まで見とどけたいという責任もあり、A氏に事実を話した。A氏はその医師の気持ちと立場を受け入れる形を選んだ。医師にとっても両者の間で葛藤があることと思う。」と言い、さらに、「しかし、私は医療従事者の一員として、医師の立場を理解する一方、看護婦として患者の人生を大切にしたい願いも強く、良否決めることのできない割り切れない思いをもった。」（p. 152-153）と言う。ここには、研究を優先させる医師の診療補助者として、それに協力しなければならないということと、看護婦として患者が理想的な死を迎えられるように援助しなければならないということとの間の葛藤がある。

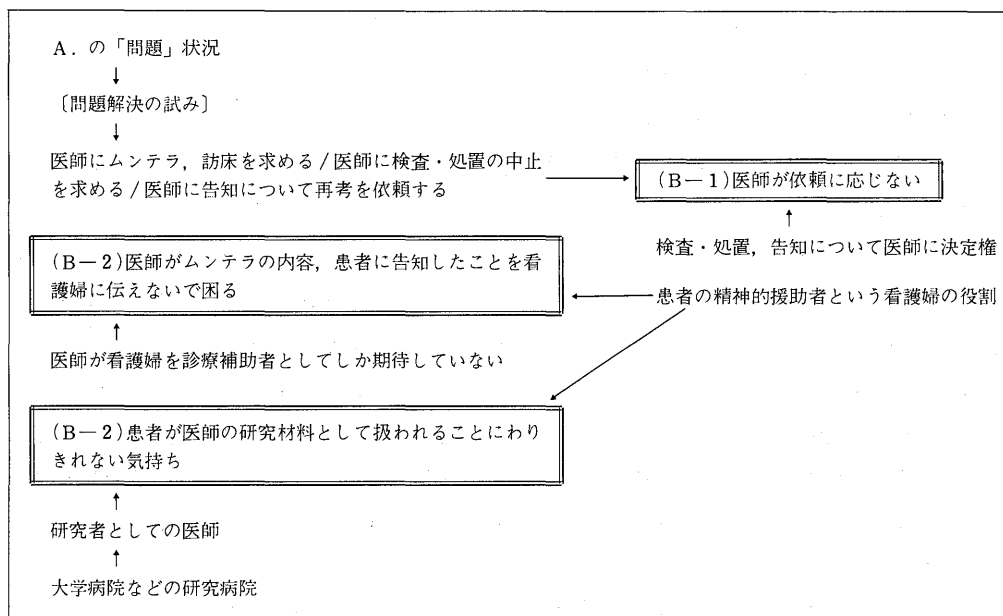
以上を図示すると、図7のようになる。

4. まとめと考察

以上の考察をもとに、まず、看護婦にとって臨死患者の看護がなぜ「問題」が多く、ストレスに満ちたものとなるのかをまとめておこう。

第1に、本来的には病気の治療のための施設である病院が、にもかかわらず、本来的ではない臨死患者を受け入れ、治療が無理ならば、患者を1分1秒でも延命させることを目標とする

図7 B-1とB-2



こと、そして、それに応じて、患者にはあくまで本来的な治療が可能であると最期まで信じ込ませること。ここに、A-1の「問題」状況が生じる根本的背景がある。

第2に、一方では、患者の1分1秒の延命をはかりながら、他方で、患者の苦しみを自分の苦しみとし、素朴な援助行為のなかで実現される受苦共同体という看護の理想を実現し、その上で、患者が理想的な死を迎えることができるように援助していこうとする。ここからA-2のような「問題」状況が生じることになる。しかも、患者に真実を告げた上でどのように看護してゆけばよいのかが明確には規定されていないことがこの「問題」状況を増強する。

第3に、以上のことから、A-3の「問題」状況として、看護婦は、患者が治癒しないこと、うまく徐痛できないこと、患者の精神的援助ができないことに対して、何もできないという無力感や、ほかにできることがあるのではないかと患者に対してすまない気持ちを抱くことになる。また、実践をとおして技能を習得するという看護業務の特徴、および、患者を直接非難できないという看護婦／患者関係の特徴との2つの故に、看護婦の考える看護の理想が実現しない場合に、看護婦はその原因を自己に帰属しやすいということが、この「問題」状況を増強させる一因となる。

第4に、こうしたことから、看護婦は、A-4のように1分1秒の延命に疑問を感じたり、A-5のように、あくまで告知しないことに疑問を抱くようになる。前者のA-4については、1分1秒の延命のための検査・処置が患者に与える多大の苦痛をまのあたりにしたり、気管内挿管、心臓マッサージなどの救急延命処置をまのあたりにするときとくにこの「問題」状況を感じやすい。このことにはまた、医師が1分1秒の延命に固執するなら、看護婦はむしろ患者とその家族の側に立って、患者の身体的、精神的安静・安楽をめざすという看護観が関連している。後者のA-5については、告知のプラス面とマイナス面をケース・バイ・ケースで考え

るという姿勢、しかも、何を望むかを患者に直接尋ね、その望みを可能なかぎりかなえさせるというのではなく、患者の言動を観察し、患者のニーズを読みとって、患者にとって最善のことを患者に代わって判断し実現しようとする姿勢が、この「問題」状況を増強させているといえよう。

第5に、以上と密接に関係する、看護業務および病院組織の特徴が指摘できる。看護が病院組織内の一職業であり、医師の診療補助者という点では、官僚制的組織の一員として組み込まれているので、多くの患者と接しなければならず、多くの処置、雑用をしなければならないこと。また、死と密接に関係する職業である以上、自分のせいで患者の死期をはやめたのではないかという思いから逃れられず、また、そういう思いをしないために、多大の注意を、検査や処置のミスがないようにすることに払わなければならないこと。さらに、病室が、個室/大部屋という「病棟システム」をなしていること。

第6に、こうした「問題」状況の解決のためには、どうしても医師の協力を必要とするが、検査・処置、告知については、必ずしも、医師が看護婦に同調するとは限らないし、資格の上では、これらについては、医師の側に決定権がある。ここからB-1の「問題」状況が生じることになる。最後に、医師は、看護婦をただ単に出された指示に忠実に従うだけの者としてしか期待していない場合がある。ここに、B-2の「問題」状況の生まれる背景がある。

つぎに、以上の考察からすれば、医師に比べて看護婦の方が臨死患者の医療・看護をより「問題」が多く、よりストレスの多いものと感じやすいと考えられる。なぜなら、まず第1に、看護婦が、臨死患者の看護において看護婦の役割として考えていることの範囲があまりに広いという点が挙げられる。それには、1分1秒の延命のみならず、患者の身体的、精神的安楽をはかること、さらに、患者が残された期間を有意義に過ごし、患者が理想的な死を迎えるように援助することなどが含まれるが、これらを同時に実現することは、不可能に近い仕事のように思われる。第2に、これらを実現するのに必要な、検査・処置、告知について、資格の上で、医師に決定権があるからである。第3に、医師と比べて、看護婦の方が患者との接触が多く、しかも、患者との接触の時間を自分でコントロールすることがよりむずかしいからである。そして最後に、上に挙げたような、看護婦の臨死患者の看護における役割は、あくまで看護婦が自己の役割と考えていることであって、医師や患者、その家族がそうした看護婦の役割を必ずしも承認するとは限らないからである。

最後に、先に述べたとおり、『死の看護事例集』にレポートを寄せた看護婦は、全国の看護婦を統計的、平均的な意味でよく代表するものではない。むしろ、臨死患者の看護に積極的に取り組んでいこうと考えている看護婦に偏っているものと思われる。しかしながら、少なくとも、看護婦にとって、臨死患者の看護が、回復して、あるいは、なんらかの障害を残しながらも、退院していく患者の看護に比べると、多くの「問題」とストレスをとまなっているということは確実である。そして、病院にとっては本来的でない臨死患者の医療・看護が看護婦に押しつけられ、看護婦の方も、その専門職化の動きや英米におけるホスピス・ムーブメントと連動して、臨死患者の看護こそ、医師をはじめとする他の医療従事者にはできない、看護婦独自の役

割であるとして、それを積極的に引き受けていこうとしているのではないだろうか。そして、臨死患者の看護が看護の看護たるゆえんとして理想化されると同時に、患者にとって母であり、教師であり、聖職者であるという困難で不可能に近い仕事を抱え込もうとしているようにも思われる。

なお、本稿で分析したような「問題」状況を看護婦が感じるのは、もちろん、ひとつには、患者、その家族、両者の関係について看護婦が抱く期待や理想からはずれるような、患者および家族の言動や両者の関係に接することを通してである。これらの、本稿でC. としてまとめている「問題」状況についての分析は、注 10) で述べたように、すでに行なっている。

— 付 記 —

最後に、以上の研究に対して研究助成下さった生命科学振興会と、『死の看護事例集』についていろいろと御教示を賜った日本看護協会出版会書籍編集部の方々にこの場を借りて感謝の意を表したい。

注

- 1) 日本看護協会（編），1984 年、『死の看護事例集』日本看護協会出版会。
- 2) ここに報告する研究は、筆者による「看護婦からみた臨死患者に関する研究」の成果の一部である。この研究に対して生命科学振興会より研究助成を頂いた（昭和 61 年度第 1 回）。
- 3) 宗像恒次，1987 年、『行動科学からみた健康と病気』メヂカルフレンド社，p. 23 ff。
- 4) たとえば，大原健士郎他，1982 年，「癌と死についての意識調査」『日本医事新報』No. 3050，pp. 43-50。
- 5) たとえば，柏木哲夫，1978 年、『死にゆく人々へのケア』医学書院。
- 6) 前掲書，p. 2。
- 7) レポートは全部で 52 あり，その内の 47 は 1 人の患者について述べてある。その他の 5 は 2 人またはそれ以上の患者について述べてある。分析において，1 人の看護婦が 1 人の患者について述べているレポートまたはその一部をケースとして設定している。レポートが 1 人の患者について述べている場合は，レポートをそのままケースとする。レポートが 2 人またはそれ以上の患者について述べている場合は，それぞれの患者について述べてある部分をそれぞれケースとする。こうして 62 のケースが得られる。そのうち，4 ケースは，臨死患者（看護婦が患者の近い将来の死を予想し，その定義に基づいて特別の配慮をしているという意味で）についてのレポートではないので分析対象から除外する。また，他の 2 ケースは，それぞれ直後のケースとは全く対象的に，看護婦からみて患者が理想的な死を迎えているものとして描かれているので，これも除外する。このようにして，最終的には 56 のケースを得た。ケースの性，年齢，病名，告知の有無についての分布を表 1 から表 4 に示す。

表 1 性

性	男	女	計
人数	32人 57.1%	24 42.8	56 100.0

表2 年令

年令	～34	35～44	45～54	55～64	65～	計
男	4人 13.3%	10 33.3	8 26.6	2 6.6	6 20.0	30 100.0
女	5 23.8	9 42.8	1 4.7	3 14.2	3 14.2	21 100.0
計	9 18.0	19 38.0	9 18.0	5 10.0	9 18.0	51 100.0

(不明5人)

表3 病名

病名	がん	その他	計
男	30人 93.7%	2 6.2	32 100.0
女	23 95.8	1 4.1	24 100.0
計	53 94.6	3 5.3	56 100.0

表4 告知(*)の有無

告知	あり	なし	計
男	6人 19.3	25 80.6	31 100.0
女	9 37.5	15 62.5	24 100.0
計	15 27.2	40 72.7	55 100.0

(不明1人)

(*) この場合告知とは、医療スタッフまたは家族から病名を告げられることを意味し、予後が不良であることまで告げていない場合も含む。医師より予後不良とまではっきり告げられているのは6ケース(男2, 女4)のみである。

- 8) この意味での事例調査の代表性を見田宗介は「要因のカバレッジ」と呼んでいる。見田宗介, 1984年, 『現代日本の精神構造』弘文堂, pp. 4-6。
- 9) 筆者は、これらの「問題」を看護婦がどの程度感じているかを調査した。調査対象となったのは、某県の国立大学医学部附属病院、県下第1の病床数を有する県立病院、国立がんセンター、ターミナルケアを試みているキリスト教系の病院、ターミナルケアを試みている私立の病院、私立の老人病院の6つの病院に勤務する看護婦である。病院の選定は、看護婦が比較的臨死患者と接する機会が多いと思われる病棟を有する病院で、考えられるすべてのタイプの病院を網羅するように、それぞれのタイプから1病院を選ぶという形で選定した(有意サンプル)。前3者の国立大学医学部附属病院、県立病院、国立がんセンターについては、比較的臨死患者と接する機会が多いと考えられる病棟に限って、そこに勤務する全看護婦を調査対象とした。その他の病院については、病棟勤務の看護婦全員を調査対象とした。6つの病院とも、それぞれの病院の看護部門の第1責任者を介して、配表・留置式で調査を行なった。調査期間は1988年5月12日～7月8日である。調査対象者は509人、有効回収票は488票、回収率95.9%であった。調査項目としては、本稿で拾い出された「問題」状況を網羅するように、「問題」状況を表現した単文56を選んで、それらを被調査者に呈示し、それぞれについて、臨死患者の看護においてどれほど感じるかを、1. よくある, 2. ときどきある, 3. たまにある, 4. ほとんどない, のいずれかに○を付けるという形式で回答してもらった。たとえば、A-1の「問題」状況として、「患者から『よくなるのか』『がんではないか』と訴えられ、その場を逃げ出したい思いがする」などを呈示した。調査の結果、看護婦を感じる「問題」のうち、その頻度が高かったのは、「苦痛に苦しむ患者を見ると、いたたまれない気持ちになる」、「何の精神的援助もできずに、患者にすまない気持ちになる」、「何かほかにしてやれることはないか(なかったか)と気持ちがあせる」「何もしてあげられない(なかった)と、自分の無力さを感じる」など、A-3としてまとめたものと、A-6のうち、「処置や雑用が多く、患者と十分に接する時間がないと感じる」である。これらはすべて、「よくある」あるいは「ときどきある」と答えた者が全体の75%を越えているものである。逆に低か

ったのは、「自分に手落ちがあって患者の死期を早めたのではないかと、後でくよくよ考える」「患者のためにと、思ってこちらが気を使ったつもりが、患者に誤解され、イヤな気持ちになる」「患者の死を自分の身内の死のように感じ、そのショックからなかなか立ち上がれない」といった A-6 に属するもの、「患者が自分の症状に疑問・不安を抱いているので、医師にムンテラを求めているが、応じてもらえない」「医師に、患者には無理な検査・処置を中止できないかと再考を依頼するが、応じてくれない」「告知した方がいいのではないかと、医師に相談するが、応じてくれない」といった B-1 に属するもの、「医師が告知したことが看護スタッフには知らされないで、こまる」「患者が、どうしても医師の研究・実験材料として扱われることに疑問を感じる」といった B-2 に属するもの、および、C-2 に属するもののうち、「家族が医療者の了解なく、患者に告知してしまったことに対して（『このままではいけない』とか『なんとかしなければ』と思う）」である。これらは、「たまにある」あるいは「ほとんどない」と答えた者が全体の 75% を越えている。全体的にみて、看護婦が最もしばしば感じる「問題」は A-3 であり、ついで、A-4 と C-1 と C-3 が多い。逆にそれほど感じることがない「問題」は、B-1、B-2 である。その他の、A-1、A-2、A-5、C-2 は両者の中間である。A-6 は、非常にしばしば感じるものもあれば、それほど感じることがないものもある。まとめれば、看護婦は、C の、患者およびその家族の態度や行動に関する「問題」状況、特に、C-1 の、看護婦の患者に対する期待から患者が逸脱するという「問題」状況と、C-3 の、看護婦が、患者の死を前にして、患者とその家族との間の関係はこうあってほしいという期待や理想から、実際の患者とその家族との関係が逸脱するという「問題」状況に接する中で、それを自分の職務に照らして、A-3 のように、患者に何もしてあげられない（なかった）という無力感を感じたり、ほかに何かもってあげることがある（あった）のではないかと患者に対してすまない気持ちになることが多く、そうした問題の解決を模索する中で、「問題」の原因を、A-4 のように、いたずらな延命ということに帰属させやすいが、「問題」解決のために医師に積極的に働きかけて、医師と衝突するまでにはあまりいたらない、という、ひとつの支配的なパターンが浮かびあがる。

- 10) C の「問題」状況の背景の分析は、以下において行なった。黒田浩一郎、1990 年、「看護婦からみた臨死患者—『死の看護事例集』にみる看護婦の臨死患者とその家族に対する期待と現実」神戸女学院大学研究所『神戸女学院大学論集』Vol. 37, No. 2, pp. 113 - 135。
- 11) 同じ指摘が、Long, S. O. and B. D. Long. 1982. "Curable cancers and fatal ulcers: Attitude toward cancer in Japan." Soc. Sci. & Med. 16: 2101-2108. にある。
- 12) このような看護観を明確に展開しているものとしては、寺本松野、1985 年、『看護のなかの死』日本看護協会出版会。医療について類似の考えを展開しているものとしては、日野原重明、1983 年、『死をどう生きたか—私の心に残る人びと』中公新書。
- 13) Ackerknecht, E. H. 1968. A Short History of Medicine. The Ronald Press. (井上・田中訳、1983 年、『世界医療史—魔法医学から科学的医学へ』内田老鶴圃, p. 70.)
- 14) 同書, p. 30。
- 15) このため、看護婦が臨死患者に対して母親にも似た感情を抱く場合がある。たとえばある看護婦は、入退院を繰り返しながら徐々に死へと近づいていく「患者さんと病棟で一緒に生活していく中で、臨終が近く意識がなくなった患者さんとともにいると、私一人の勝手な判断かもしれないが、『今まで、がんばって生きてきたんだもんね。よかったね、もうすぐ楽になるよ。ごめんね、痛い思いばかりさせて、やっと楽になったね』こんな思いでいっぱいである。」(p. 18) と言う。まるで、大人が子供に語りかけているような口吻であるが、驚くなかれ、このケースの患者は 56 才の女性なのである。
- 16) このことは、医師や看護婦は、患者が指示や要求に従おうとしない場合にも、まったく患者の行動をコントロールしようとするということではない。事例集によく現われる、患者のコントロールの方法としては、「叱る」あるいは「たしなめる」という方法と、「突き放す」という方法の 2 つがある。例をあげると、前者については、あるケースで、患者が「殺して」と言ったとき、

「看護婦側も『できないことを言って、人を困らせてはいけない』と軽く叱ったこともあった。」(p. 127) とある。また後者の例としては、あるケースで、患者が「私の気持ちを誰も理解してくれない」「日ごとに悪くなるばかりで、もう何もかもイヤ! 注射も頼まない! なんのための病院なの」といって再三にわたり投げやりに号泣するので、たまりかねて看護婦は、『あなたが治ると信じているから、一生懸命あなたのお手伝いをし、一緒に病氣と闘っているのに…そんなにここが不満で、あなたがそんな気持ちでいるのなら、他の病院に行って治療してもらってください』とあえて突き放す態度を見せも」(p. 199) したりする。

このような「叱り」「たしなめ」「突き放し」が奏効するのは、患者が医療者を療養上の指導者とみなし、かつ、今の病院にとどまるしかないという場合である。こうした指導する者/される者、優位者/劣位者の関係はしかし、それがあまりに露骨になることを医療者側は極端に嫌悪する。なぜなら、医療とは、人を支配する職業ではなく、人を援助する職業だとされているからである。「患者さんから学ぶ」ということが強調されるのは、ひとつにはこのためである。

ところで、看護婦はいつも患者を「突き放し」ている訳ではなく、むしろ「受けとめる」ことこそ看護婦の職務だと考えている。ここで「受けとめる」とは、怒ること、泣くこと、すねることなど、一般には成人がそう親しい関係にはない他者に対しては抑制するべきこととされている行動が、臨死患者にあっては理解でき、かつ必要なことであり、そうした行動を非難としてまともに受け取るのではなく、そうした行動の対象にあえてなり、一段高い次元で、そうした行動の背後にある患者の心理状態を読みとるということである。そして、患者がこうした行動を看護婦に向けることは「ぶつかる」といわれる。先の2ケースの看護婦の双方とも、一方では患者を叱ったり、突き放したりしながら、他方では、患者にぶつかってきてもいいと言っているのである。たとえば前者のケースでは、「最初の頃、『いつになったら手術してくれるのか』と怒ったような反応が多かったので、毎日のケアを通して、『〇〇さんの怒るのは理解できる。しんどいときは我慢しないで怒ったりしていいよ』と声をかけるように」(p. 127) している。そして、患者がこれを真に受け、ぶつかり過ぎたため、看護婦が目にあまると判断した場合に、叱られたり、突き放されたりしている訳である。

しかし、こうした「ぶつかられ」「受けとめる」関係、すなわち、患者に怒られ、泣かれ、すねられても、それを真に受けて応酬することは直接にできないという関係は、相手が大人の大人であるだけに、看護婦にとっては非常に耐えがたいものになる場合がある。そのため、こうした患者に対する看護婦の陰口はかえって辛らつなものとなりやすい。たとえばあるケースの患者が「腰が痛いよ、さすってよ」「痛いの、どうにかしてよ」とつつけんどんにあれこれ要求し、全く感謝の意を看護婦に示さないことに対して、看護婦間では「いささか手こずり、看護婦室で『本当にわがままな患者だ』『子どもよりたちが悪い』と愚痴を言うように」(p. 110) なる。こうした発言は部外者に漏れないように、部外者から完全に遮蔽されたところで行なわれる必要がある。看護婦控え室や看護婦室と呼ばれる部屋は、こうした陰口、愚痴の恰好の場所となりやすい。

- 17) Goffman, E. 1961. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Doubleday & Company. (石黒毅訳, 1984 年, 『アサイラム—施設収容者の日常世界』誠信書房, p. 156ff.)

(原稿受理 1990年10月23日)