

《総 説》

## 看護に求められる人間性

神 郡 博<sup>1)</sup>

キーワード：看護，人間性，対人技術，臨床知識

### はじめに

本稿では、看護に求められる人間性とは何かについて、筆者がこれまで、看護教育、精神看護学の中で、体験した事柄を中心に、諸家の考えを交え考察したい。

これらの論証には、内外の文献探索による方法や広く看護の領域にわたるレビューなどいろいろな方法が試みられている。しかし、これらの方法は、ともすると課題の点描に終わり、本質的な要素を掘り下げるまでに至らないきらいがある。この弊害を避け、本課題の本質的な問題に迫る意味から、本稿では筆者がこれまでに従事してきた看護教育、精神看護学のなかでの体験に中心をおき、検討を進めることにした。

看護を厳密に定義することは簡単ではない。これらの本質論についてはこれまでにいろいろな角度から論議され、検討されている（Henderson 1991, 1969, 湯 楨, 小玉 2002, 2004）。しかし、簡潔に言えば、看護とは何らかの援助を必要としている人に対して、専門的な立場からの確な援助を与える行為とすることができる。何らかの援助を必要としている対象者の範囲には、看護概念の拡大に伴って最近では健康に何らかの不安をもつ人からその怖れのある人まで含まれる（井上, 金子 2004）が、ここでは分かりやすく対象者の多くを占める病気の人すなわち患者を指し、援助を行う人は看護師を指すこととする。

### 看護に求められる必須要件

看護の過程では、従来から看護師の知識、技術、態度の3側面が重要な要素として注目されてきた。そし

て、この中では病気による痛み、苦しみ、心身の障害、不安、不眠、あるいは対人関係、生活上の問題、経済上の問題など患者のもつ問題を理解するための病気、健康、発達、行動、論理、習慣などについての知識、必要な援助を行う各種の技術、コミュニケーションを円滑に進める技術、看護の姿勢や倫理観、考え方や人柄などが強調されてきた（Alfaro-LeFevre 1994）。

看護の過程で最も重要なことは、患者と看護師の間を通して如何に患者に満足を与える援助を行うかにある。しかし、これがそれほど簡単でない。以下にそれを実証してみよう。

患者の求めるよく聞く—コミュニケーション能力—とは何か

患者は一般に、看護師に「よく聞いてくれる人、よく分かる人、優しい人」を求めている（神郡 1987）。この端的な言葉の中には、傾聴、受け入れ、相槌などの技法を活用してその場の状況を全体的に理解し満足を与えられるコミュニケーション能力、患者の立場に深い理解を示せる能力、病気、心理、行動についての知識をその場に合わせて統合できる力、相手を攻めたり、叱ったりしないで包み込める性格など看護に必要な重要な要素が全て含まれている（K. M. Fortinash, P.A. Holoday-Worret 1996）。しかし、実際にこの要求に応えることは簡単ではない。以下に例を示しながら検討してみよう。

コミュニケーションとは何かが本当に分かっていない例

よく廊下を歩いている患者に  
「そんなに歩いて疲れませんか？」  
「何でもありません」

1) 弘前学院大学看護学部 〒036-8231 弘前市稔町20-7  
TEL: 0172-31-7102, FAX: 0172-31-7102, E-mail: hkamigori@hirogaku-u.ac.jp

「ただなんとなく歩いているんですか？」  
「いいえ、運動になるからです」  
「オセロをしませんか？」  
「いいです。やりません」  
「どうしてですか？」  
「やりたくないんです」  
「どうしてやりたくないんですか？」  
「やりたくないんです」  
「お願いだから私の相手をしてくださいよ」  
「やりたくないんです」  
「どうしてやりたくないのか訳を教えてくださいよ」  
「やりたくないんです」  
「だから、訳を教えてくださいよ。訳はないんですか？ ただなんとなくですか？」  
「ええ、そうなんです、やりたくないんです」  
図書室に入ろうとしたので  
「レコードでも聞くんですか？」  
「〇〇さん、私ここに一人で入りたいので来ないでください」  
「どうしてですか？」  
「私一人になりたいんです」  
「どうして一人になりたいんですか？その訳を教えてください」  
「私一人になりたいんです。お願いします」  
「気が休まるからですか？」  
「ええ、そうなんです」  
「そんなに一人になりたいんなら、自分の部屋で少し眠ったらどうですか？」  
「いいえ、眠くはないんです。〇〇さん少ししつこいですね」

これは、廊下を目的もなく歩いている患者にその理由をしつこく尋ねたために患者から嫌がられた場面である。患者の不安を沈め、平穏な気分へ導く看護の本来の役割からすれば、これは全く逆のことをやっているのだから、看護の目的に合っていないことは誰でも分かるであろう。

では、どうしてこうなってしまったのだろうか。問題は、患者からも指摘されているようにしつこく聞いて行為の意図や意味を分かろうとしているところにある。この情景は「オセロをしませんか」「いいです。やりません」「どうしてですか？」「やりたくないんです」「どうしてやりたくないんですか？」などの場面によく現れている。おそらくこの看護師は、コミュニ

ケーションを言葉のやり取りと単純に考え、行為の意図や意味は何でも聞けば分かるものと考えているのであろう。

行為や考えの意図の意味が言葉によって上手く表現できないことや、よほど安心できる相手でなければ自分の心の内奥にある気持ちを打ち明けないことは日常よく経験されることである(河合 1998)。また「嫌い」といいながら「好き」な感情を表現しているように、言葉の表現と気持ちとが一致していない場合も日常よく経験される。したがって、コミュニケーション場面では、言葉によるコミュニケーションばかりにとらわれず、相手の話に耳を傾け、言葉以外のコミュニケーション(言外の意味)によく注意して、聞きださずに、相手が何を訴え、その状況が何を意味しているのかを理解することが重要とされる(武藤 1998)。患者がやたらに聞きたがる看護師よりも何も聞かずに分かってくれる人を好むのは、いわばこうした本質的なコミュニケーション能力を看護師に求めているためと考えることができる。

#### 患者の求める分かるとは何か—そのⅠ

今度は落ち着いた患者の対応場面を例に、分かるとは何かを考えてみよう。

##### 心の病気がよく分かっていない例

「少し落ち着いてられないの？」

「私は落ち着けないから入院しているんじゃないの」

「でも、今日は、特に落ち着かないわよ」

「でも、これ看護師さんの仕事でしょう」

これは、頻繁に外に出たがる落ち着いた患者に、業を煮やした看護師が「少し落ち着いてられないの？」と嗜めたところ「私は落ち着けないから入院しているんじゃないの」とまともに反応され、それに触発されてつい「でも今日は特に落ち着かないわよ」と対応したのだから「でも、これ(患者の世話をすることは)看護師さんの仕事でしょう」と言われ、頭を叩かれてしまった場面である。

心の統一や自制を欠き、自分ではどうすることもできない、落ち着きのなさは心を病む患者によく見られる状態である。こういう患者では、看護師から、どんなに言われても、それにしたがって、行動を改め、自制することはできない。このため、何回でも同じ行動や要求をする。いわばこれが心を病む患者によく見ら

れる状態であり、患者の言葉を借りるまでもなく、そのために入院を余儀なくされている。看護師はこの病気の本質をよく分かった上でケアに当たるのが仕事である。上の例は、こうした看護の本質的な対応をわきまえないために患者からラフな指摘を受けた好例と言える。おそらくこの看護師は、心の病気の性質も病態も分かっていると反論するかもしれない。しかし、それは頭で分かっている知識であって、臨床でよく見られる状態に結びついた生きた知識（臨床知）(Benner, Hooper-Krriakidis, Stannard, 井上 2005) とはかけ離れているものである。この患者が求めているのは、「自分ではどうにもできない状態のために入院を余儀なくされている状況を理解し、その上で、それに合う対応をしてほしい」という後者の知識なのである。

### よくみられる与薬場面の食い違いと コミュニケーションの基本

こうした場面は与薬場面などにもよくみられる。一般に心の病の患者は薬を飲みたがらない傾向が強い。こういう患者は薬をすすめると先ず拒否し「…話をきいて？そしたら飲みます」という。これに対して看護師は「先ず、薬を飲んで？そしたら聞きます」といって、薬を飲ませることに主眼をおく。このため両者の間にコミュニケーションのギャップが生じ、押し問答になる。話をしたい、伝えたいことのある人がいてそれを聞く、聞く役割を取る人がいる。これがコミュニケーションの基本であるが、これはそれとは全く矛盾した構図である。何故こうなるのであろうか。この背景には「話を聞いても解決しない」「話を聞いていたらきりが無い」「仕事にならない」などの思いが看護師の中にあって、この傾向を強めていることもある。

しかし、コミュニケーションの基本に従って患者の要求を受け入れ、先ず話を聞くことは重要である。話を聞いているうちに、予期しないいい展開を見ることがあるからである（木田 1998）。

#### 脳が溶けて四瘦になるという拒薬患者の場合

一つの好例を示そう（神郡 1994）。この患者は薬を飲むと脳が溶けて四瘦になる（これ自体は妄想といわれる病的体験である）とあって頑固に服薬を拒む。このため病棟の医師も看護師も最早注射によるしか方法がないと考えていた。患者は例のごとく話を聞いてほしいと訴える。筆者がそれに応えると、患者は病気で

ないのに病気にさせられ、家族と医師がぐるになって入院させて薬を飲まそうとしている。この薬は脳が溶けて四瘦になる恐ろしい薬なのだと思ふにまくし立てる。その間手のひらで薬を転がしながらこの赤い錠剤が特にそうだという。十分に話した後少しトーンが落ちたところで、「こっちの白い薬はどうか」と聞くと「それ程でもない」という。「じゃ飲んでみる？」と勧めると、意外に頷く。お水を与えて飲み込んだところで、「どう脳が溶ける？」と確認すると、2、3度首を振って「溶けない」という。「じゃこの黄色いのはどう？」という今度は先刻よりスムーズに飲んで「大丈夫だ（脳は溶けない）」という。いよいよ赤い薬だけが残ったところで「これは止めておきましょうね」というと「…（少し間をおいて）飲んでみる」という。「脳が溶けるかどうか」を確認すると、首を振りながら「…溶けない」「今日の（薬）は違う薬みたい」だという。

これは前述のコミュニケーションの基本に従って患者の話聞いた結果いい展開をみた例であるが、なぜこうなったのかについてはコミュニケーションの次のような働きを理解している必要がある。人が不満や理解できないことに悩まされている時には、それを先ず誰か（信頼のできるよく分かってくれると考える人）に話そうとする。そして、抵抗なく打ち明けられられる程、それに満足し、やがて話しながら反芻し、自己矛盾に気づいたり、解決策を見つけたりするものである。そのためには、聞き手は、ひたすら話し手の言葉に耳を傾け、適切な相槌をうち、話し易い雰囲気を与え、その立場に共感する役割（role of mirror）を取るのがよいとされる。上の例でも、聞き手の上手な対応に助けられて、心の中の不満を十分に打ち明けられ、それに満足した患者が、聞き手の勧めに従って、不安の少ない薬から飲み始め、最後に最も心配な薬まで口にして、当初の拒絶とは裏腹に「これはいつもと違う（無害な）薬だ」と思い込むようになる様子がよく表現されている。

#### 患者の求める分かるとは何か—そのⅡ

今度は、患者に求められる、分かるとは何かについて、ある統合失調症患者の場合を例に考えてみよう（神郡 1987）。この患者は、感情の高揚する発揚状態と、逆に低下する抑うつ状態を繰り返す統合失調症患者

者で、学生が受け持った時はたまたま感情の高揚した時期にあった。患者は、お水を飲みたい、果物を食べたいといった、学生に援助を要求し、それに応えようとする頃には、廊下に出て歌を歌う、だれかれの別なく話しかけるといった状態で取りつく島がなかった。それでも、学生は患者の後を追いかけて何とかその要求に必死に応えようとした。そんなある日、疲れ果ててしまった学生が筆者に「もう学校に来るのは嫌だ」ともらすようになった。よく聞いてみると、「あの患者は自分の手には負えない」「どうしていいかわからない」「疲れた」というのであった。そこで、足の悪い患者の場合に喩えて、患者が本当に援助を求めている時には援助し、そうでない時にはそれ程本気で援助をしなくてもよい。それを見極めて患者の援助にあたるのが心の病気の患者の看護では重要であることを話すと、学生は納得した様子で患者のもとに戻っていった。その後しばらくして患者の要求には本当に援助を求めている時と、それ程でもない時があることが分かり、無事実習を終えることができた。ところで筆者が当の患者に「学生がついてよかったじゃない」というと、予期に反して患者の反応は否定的であった。どうしてなのかを更に聞いてみると、「学生は付き切りだから嫌だ、疲れる」というのであった。これは、患者の要求は、必ずしも、自分に付き切りでケアしてほしいというのではなく、「必要な時にケアをして、それ程でもない時には適度に距離をおく」という、よく分かった人の対応を求めていることに他ならない。

### 患者の求める分かるとは何か—そのⅢ

心の病気には目に見えない心の深層が影響して様々な形をとって表現されていることがある。患者に求められる、分かるには、こうした病気の成因をよく理解した上で適切な対応ができる能力も含まれている。この辺の事情を、ある転換性障害患者の場合を例に、考えてみよう（神郡 1998）。

患者は70歳になる女性で、口の粘つき、舌先の痛み、悪夢に悩まされ、近くの病院で治療をうけたがよくなる。自分では、もしかして、シェーグレン症候群か膠原病ではないかと疑い、別の病院で詳しく調べてもらった。その結果20%位その疑いがあるといわれ、これは大変なことになったと思い、深刻に受け止め、将来を悲観して、今度は神経衰弱状態になってし

まった。そして、自分から精神科の病院を受診し、ここでもらった薬をいっぺんに飲んで自殺を図った。幸い発見が早く、一命を取りとめたが、相変わらず口の粘つき、悪夢による不眠は続いている。そして、患者が訴える症状をよく聞くとその中に次のような深い悩みが隠されていることが明らかになってきた。

患者は、夫が手広く営む商家に嫁ぎ、結婚するとすぐから、厳しい姑に仕え、夫を助け、家事や畑仕事を一手に引き受け、子供を立派に育ててきた。そして今それに誇りを持ち、夫の死後もその生活態度を続けている。しかし、内心では、畑仕事や家の庭木の手入れは年齢的には負担だと思いながら、同居している息子夫婦に頼むこともせずに、一人で頑張っている。むしろそれしかないと思っている。これには勝気で負けず嫌いの性格の他、次のような事情が影響しているようであった。「家が旧家で、庭も広く町の指定建造物になっている。時々見に来る人々もいる。だから草など生やしているとみっともない。町のボランティアの人たちに頼めばいいのだが、今は忙しくてすぐには来て貰えない。もう草が伸びてしまっているかと思うと、気が気でない。かといってこの状態では自分ではできないし、弱っている。息子夫婦に頼めばいいけど、嫁は都会から来てくれたので、草むしりなどしたことがない。そういうことを頼んだら条件が違ふといわれ実家にでも帰られたら大事だという心配から、それはできないと思っている」。そこで面会の折に息子夫婦にその事情を話し、協力を求めたところ、患者の気がかりな心配がなくなり、症状も軽減するようになった。

この例のように、患者に求められる、分かるには、患者の心理的葛藤と症状との間の深い関係をよく理解し、その上で適切な援助をすることが含まれていることも知らなければならない。

### 患者の求める分かるとは何か—そのⅣ

心の病気が、もっと普通の人間的な悩みから起こり、それに対する深い理解を求められることもある。今度はそういう好例を示してみよう（神郡 2000）。

患者はお花見も終わりこれからという時に落ち込み入院するようになった。入院時生気がなく、不眠や食欲不振を訴え、何もやる気が起こらない、憂いに沈んだ様子からは明らかにうつ状態と考えられる徴候があった。したがって、治療も看護もそういうアプロ

チで進められた。こうした彼女が入院2週間後訪室した看護師に産科の診察を希望したのである。その看護師が更に聞くと、年明けから付き合っている男性との間で妊娠した恐れがあり心配だという。早速産科の診察を依頼すると妊娠3ヶ月だという。それを聞くと彼女はただ愕然として泣くばかりであった。看護師が慰め将来を祝福すると、彼女は逆に悲観して、こんな病気だから産む自信がないと強く訴え、悲嘆にくれるばかりであった。このため、産科医とも相談し、彼女の希望通り掻爬手術を施行することになった。そして、いよいよ手術承諾書に同意する段になると、彼女は哀願するようにこういうのである。「この子は別の人の子なんです。……でもこのことは絶対内緒にしてくださいね」

これは、いわば誤った性の告白であった。しかし、誰もがそれを責める気にはならなかった。なぜなら、誰よりも彼女自身がそのことをよく知っていて悩みぬいてきたに違いないからである。そのためのうつ状態であり、「うつ病」はむしろ彼女が選んだ1つの解決への道とも考えられたからである。そして、この場合には広い意味で彼女の立場を理解し、誤った性の結果を寛容に受容してやるのがむしろ彼女のためになると考えたからである。

## 結 語

これまでいくつかの例を示しながら、看護に求められる人間性について述べてきた。これらを要約すれば、先ず重要なことは、患者から求められる「やさしい人」に象徴される優しさ、温かさ、思いやり、柔軟性、内省性などを備えた豊かな心（人間性）を持っていることである。そしてその上で、患者の立場や状況を「的確に理解」し、必要な援助を与えられる能力（専門性）を持っていることである。このためには、これまでの例で詳述したように、患者に求められる「よく聞いてくれる人」の要件を満たす的確なコミュニケー

ション能力と、患者の病気や置かれた状況に合わせて分かる臨床知を持った「よく分かる人」の要件を満たす必要がある。そして、この3者の関係で、更に重要なことは、先ず優しさや温かさなどの豊かな心が患者との間によい人間関係を築く基礎となり、その上で、はじめて後者のコミュニケーション能力や臨床知に代表される専門性が生かされると考えられることである。

## 引用文献

- 1) Alfaro-LeFevre, R., (1994), Applying Nursing process A Step By Step Guide 3rd Edition, 15-22, Lippincott, Philadelphia.
- 2) Benner, P., P.L.Hooper-Kyriakidis D.Stannard (1999) 井上智子(2005), ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること, 67, 医学書院, 東京.
- 3) Fortinash, K.M., P.A.Holiday-Worret (1996), Psychiatric Mental Health Nursing, 150-152, Mosby, St. Louis.
- 4) Henderson, V., (1969) 湯槇ます, 小玉香津子 (2004), 看護の基本となるもの, 9-15, 日本看護協会出版会, 東京.
- 5) Henderson, V., (1991) 湯槇ます, 小玉香津子 (2002), 看護論, 13-50, 日本看護協会出版会, 東京.
- 6) 井上幸子, 平山朝子, 金子道子(1995), 看護とは 看護の概念と看護の歴史, 第2版, 9-22, 日本看護協会出版会, 東京.
- 7) 木田孝太郎 (1998), 心を見守る人のために, 72-73, 学研, 東京.
- 8) 神郡博 (1987), 精神科看護の世界—その機能と原点一, 14-17, 看護の科学社, 東京.
- 9) 神郡博 (1994), 第3版 精神科臨床指導の実際, 93-99, 看護の科学社, 東京.
- 10) 神郡博(1998), 精神看護学シリーズ 実際に看護過程の展開 身体表現性障害患者の場合, ビデオ・パック・ニッポン, 東京.
- 11) 神郡博 (2000), 増補改定 看護のための精神保健, 157-158, 看護の科学社, 東京.
- 12) 河合隼雄 (1998): カウンセリング入門, 50-51, 創元社, 大阪.
- 13) 武藤清栄 (1998): こころの看護, 9-45, 医学書院, 東京.

## HUMANITY REQUIRED IN NURSING

Hiroshi KAMIGORI<sup>1)</sup>

**Key words** : nursing, humanity, interpersonal skills, clinical wisdom

---

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University, 20-7 Minorichou, Hirosaki, Aomori pref., 036-8231, Japan  
TEL: 0172-31-7102 (DIN), FAX: 0172-31-7102, E-mail: hkamigori@hirogaku-u.ac.jp