

## 「ケアの倫理」と臨床看護

三原 利江子\*

### 序

1980年代のはじめに、倫理学の領域で「ケアの倫理」という新しい倫理観が登場した。この動向は、「ケア」を実践し続けてきた医療の領域、とりわけ看護の領域に大きな影響を及ぼした。それ以前は、臨床看護における倫理的諸問題を言語化し、何らかの解決策を見出そうとするときは、生命倫理 bioethics や医療倫理 medical ethics の理論を援用してきた。しかしそれらは主に治療上の、つまり医師の意志決定の際の倫理的諸問題に対応することが念頭に置かれたもので、普遍的な原理( beneficence, non-maleficence, respect for autonomy, justice and/or equality ) をその内容とするものである。看護学者のサラ・T・フライは、看護倫理にこのような倫理規範を該当させることに異議を唱える。そして、看護倫理は患者・医療者関係に焦点をあてたものが適当であること、そ

のためにはケアリングが看護倫理の中心概念に位置付けられるべきことを主張する<sup>1</sup>。社会学者のダニエル・F・チャンプリスは約15年間にわたる臨床での調査研究の結果、ナースが遭遇する倫理的問題は医師のそれとは異なるという結論に至った<sup>2</sup>。看護倫理は、生命倫理や医療倫理とは異なるものでなければならないのだ<sup>3</sup>。

ところで、「ケアの倫理」が看護倫理の構築にとつて有用だと主張する論がいくつかあるが、いずれも抽象的な表現に留まっている。たとえば、「ケアの倫理」が患者・ナースの「関係性の本質」を明らかにする、「人間のケアリングという実存的現象」が表されている、などというものである<sup>4</sup>。これらを見ると、「ケアの倫理」は臨床場面にとっては依然として不明瞭で、現実を超越した概念の域を脱していないのではないか、倫理的葛藤が生じるケアの場で、それに対する適切な答えを導き出すためのものとして機能しているとは言い難いのではないか、という印象が残

\* 東北公済病院看護師

<sup>1</sup> Fry, Sara T. The Role of Caring in a Theory of Nursing Ethics. *Hypatia*, 1989; 4(2): 88-102.

<sup>2</sup> Chambliss, Daniel F. *Beyond Caring: Hospitals, Nurses, and the Social Organization of Ethics*. The University of Chicago Press, 1996. (= 浅野祐子訳『ケアの向こう側——看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』、日本看護協会出版会、2002)

<sup>3</sup> 2003年に日本看護協会が改訂発表した「看護者の倫理綱領」の第3条は、「看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する」となっている。患者・看護師関係の重要性への言及は国際看護師協会(ICN)が定める「看護師の倫理綱領」(2000年)にはないものである。わたしたちはこの考え方を、臨床場面に即しながらさらに詳細に追求していくことが必要だと考える。

<sup>4</sup> Fry, Sara T. op. cit., 1989, 88.

<sup>5</sup> たとえば、看護学者のシスター・シモーヌ・ローチは次のように述べる。「ケア、あるいはケアリングに関する追究の困難な一側面として、私たちはどうしても、理想——心を動かすような思想や考え方——と、私たちが自分や他人や神に対して持っている関係の質との間のずれに気づかざるをえない。この時、私たちは詭弁を弄しているという感覚を覚え、居心地の悪い思いをする」(Roach, M. Simone. *The Human Act of Caring*. Canadian Hospital Association Press, 1992. (= 鈴木智之・操華子・森岡崇訳『アク

る。加えて、理想論的な言い回しが、現場の人々にはかえって居心地の悪さや非現実的な印象を与えかねない<sup>5</sup>。そこで本論では、倫理的問題を内包する特定の状況において、「ケアの倫理」はどのように導いてくれるのかを考える。そのためにまず「共感」とはいかなることかということに改めて吟味する作業をすすめ、次に、ケアする側に内的葛藤が引き起こされやすい患者、言わば「共感」することが困難な患者との関わり方を、「ケアの倫理」に則しながら考えてみたい。ここで「共感」に着目する理由は、次の2つにある。1つは、患者に対して「共感」することは臨床看護において重視されてきたにもかかわらず、その概念や、実践に即した詳細な検討はなされないままであること<sup>6</sup>。2つは、関係性の維持を重視する立場には、「関係に埋没する主体」となる危険性や、一方的な「管理」に陥る危険性が内包されるという指摘があるが<sup>7</sup>、「共感」を吟味する作業を通して関係性の可能性と問題点を見つめ直すことができると考えるためである。

以上のことを考えるための議論を、ここでは次のように進めていく。はじめに、近代看護の登場によって感情的要素ではない方向に関心の焦点が移ったことを確認したうえで、その後、感情的要素が再評価されるようになってきた経緯をみる(第1節)。次に、人と人との関係性に倫理の源泉を求める「ケアの倫理」について概観し、そこにおいて「共感」がいかなるものとして描写されているかをみる(第2節)。次に、対人関係派看護論をジョイス・トラベルビーの看護論を通して概観し、そこにおける「共感」をみる(第3節)。次に、感情を単なる道具として捉える「感情労働」という視点と、そこにおける「共

感」をみる(第4節)。これらの作業を踏まえて、臨床における患者との関わり方を考察する。結論としては、「共感」をある目的を達成するためのプロセスであると捉えること。そしてこれら3つの立場における「共感」の捉え方を相互に流動的に融合させながら活用し、状況に応じた「共感」をすることが、少なくとも臨床看護場面には有効であることを述べる。同様に看護倫理としても、3つの立場を柔軟に援用しながら適切な対応策を模索することが有効であることを述べる。臨床の現場から看護倫理の基軸となりうるケアリング論を紡ぎ出していくことが今後の課題となる。

## 1 看護実践における感情的要素

臨床看護においてはしばしば、患者の苦悩に共感することが求められる。こういったことは、看護することが職業として成立したときから重視されていたのだろうか。ここでは共感を感情的要素と捉えて、看護の領域において感情的要素がいかに捉えられてきたのかを、近代看護成立の時期にさかのぼって概観してみる。

### 1.1 「近代看護」と感情的要素

看護に関する系統的な教育や理論の開発は、1850年代、近代看護の創始者と称されるフロレンス・ナイチンゲールによってはじめられた。ナイチンゲールは、善意や博愛だけに基づいて実践されていた、看護に関する知識をもたない人々による当時の看護実践の在りかたを問題視して、その見直しを徹底的に

ト・オブ・ケアリング——ケアする存在としての人間<sup>a</sup>、ゆみる出版、1996、25頁))

<sup>6</sup> J・M・モースは、看護の教科書には患者に対して共感といった応答をすることを促す内容が含まれているが、それは調査をベースにしたものではないことを問題視している(Morse, Janice M. Toward a Praxis Theory of Suffering. *Advances in Nursing Science* 2001; 24(1): 47-59.) R・E・マローネは、看護の分野の論文で共感に言及したものは、過剰に情緒的、あるいは同情的なものに偏ってしまっていることを指摘している(Malone, Ruth E. Dimensions of Vulnerability in Emergency Nurses' Narratives. *Advances in Nursing Science* 2000; 23(1): 1-11.)

<sup>7</sup> 西田英一「新たな主体性の可能性——コールバーグ/ギリガン論争を出発点に(一)(二)・完」、『法学叢書』、1995; 137(1): 74-98、139(1): 65-88。

<sup>8</sup> ここで言われる環境とは、清浄な空気や陽光、清潔、物音、食事といった、言わば自然の環境のことである。ナイチンゲールは環境を自然的、社会的、心理的といったように明確に分類しているわけではないが、自然の環境が彼女の関心のメインであり、それを適切に保つことがナースの仕事だと考えていた。これは、当時の病人が置かれていた環境(特に、クリミア戦争の戦地での病室

行った。そして、看護がなすべきことは病気の回復過程を促進させるための環境を整えることと捉え<sup>8</sup>、その役割を適切に果たすための知識 (science) と、経験や観察から得た職人的な技 (art) を看護実践に関わる人々に伝えることを目指した。その後、近代看護のシステムが普及して科学も発展してくると、看護は系統的であることに加えて、科学的で効率的なものに変化していった。

ところで、アンジェラ・ウィリアムズによれば、患者に対して「情緒的に関与することなかれ」という方針が立てられたのは、職業的サービスとしての看護の在りかたを奨励したナイチンゲールに由来するとされている<sup>9</sup>。しかしこれを、ナイチンゲールが看護実践における感情的要素の重要性を認めなかったと理解するのは早計であろう。なぜなら、その著書『看護覚え書き』(Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not) には、看護の仕事は「他人の感情のただなかへ自己を投入する能力を、これほど必要とする仕事はほかに存在しない」<sup>10</sup>と捉えるくだりがあるからだ。それにもかかわらず、あたかも「情緒的要素を切り捨てた」かのようにみなされてしまう理由は次のことにあるのではないだろうか。すなわち、はじめに言わば気遣いとしてのケアがあるのだが、実践的なケアの段階へ移行すると、疾病に関する知的関心に根ざした非常に客観的なケアが語られることになる。そのようなナイチンゲールの語り口が、あたかも看護は客観的な要素のみで構成されているかのような印象を与えてしまう、ということではないだろうか。じっさいナイチンゲール自身が『看護覚え

書き』の補章で、自分の著書が看護の仕事に「無味乾燥でつまらないものにしてしまった」<sup>11</sup>という誤解を受ける可能性に言及している。

以上から、ナイチンゲールが臨床看護から感情的要素を排除したと解釈するのは適当ではないとしても、看護実践に関わる人々の関心が、感情的要素から専門的な知識に裏付けられた系統的なケアへと移行したとみることは的外れな見方ではないと考える。その後、ナースが専門職としての歩みを進めていくなかで次第に、感情的な要素が入り込むのは未熟さの現れであるとか、感情は専門的な医療実践を妨害する、といった考え方がなされるようになった<sup>12</sup>。すなわち、患者の欲求 (needs) を把握するための感情的要素は肯定されるものの、看護の実践過程における感情的要素は否定的にみなされ、排除されてきた、と見ることもできる。

## 1.2 「対人関係派看護論」の登場とその後

近代看護成立以来、ナースは関心の焦点をケアの系統的科学的側面に移行させてきた。しかしその後、自分自身の感情の動きに配慮しないナースのあり方を問題視する論も登場するようになった<sup>13</sup>。ここでは、看護理論研究の動向を近代看護創設の時期に遡って概観することを通して、看護実践において感情的要素が見直されてきた経緯をみる。

看護理論の構築<sup>14</sup>は、看護の定義づけに焦点を当てたテーマの分析や論理的証明からはじめられた。その際、主眼点は患者の欲求 (needs) に向けられていた。1960年代になると対人関係派看護論が登場し、

の環境や、当時のイギリスの社会問題の一つであった貧困層の人々が置かれている不衛生な環境) が劣悪であったことを考えるなら、当然のこととも言える。

<sup>9</sup> Williams, Angela. A Literature Review on the Concept of Intimacy in Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(5): 660-667.

<sup>10</sup> Nightingale, Florence. *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not*. 1980, 131.

<sup>11</sup> Nightingale, *op. cit.*, 131.

<sup>12</sup> Vacek, Edward Collins. The Emotions of Care in Health Care. Cates, Diana Fritz and Lauritzen, Paul ed., *Medicine and the Ethics of Care*. Washington, D.C. Georgetown University Press, 2001, 105-140.

<sup>13</sup> たとえば、Doona, Mary Ellen. *Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing*. F.A. Davis Company, 1969. (= 長谷川浩訳『対人関係に学ぶ看護——トラベルビー看護論の展開』、医学書院、1984、170頁)

<sup>14</sup> 看護史上はじめての看護理論は、ナイチンゲールの著作である。しかしその後しばらくは理論研究は積極的にはなされず、相変わらず徒弟制度的な教育形態や、経験知を頼りにした看護が実践された。理論研究が積極的に展開されるきっかけになったのは、1948年にアメリカで発表された看護教育とその実態に関する調査報告書「ブラウン・レポート」である。そして1950年代以後、アメリカにおける看護教育は大学や大学院で行われるようになり、日本においても近年その傾向にある。

患者とナースの相互的な関係性に関心が向けられた。これは1960～70年代にかけて脚光を浴びたものの、1980年代以後、研究者の関心は臨床における看護ケアの実践方法や新しい看護技術の開発に結びつく理論の開発へと移行していった。すなわち、看護の科学的側面に関心の比重が移ったわけである。「看護診断」<sup>15</sup>や「EBN」<sup>16</sup>の発展、普及は、その動向の一つである。その一方で、「ニューナースング」という看護モデルが1980年代後半から注目を集めてもいる。これは、「プライマリー・ナースング」あるいは「患者中心の看護」などとも呼ばれるもので、患者に対してヒューマニズムに基づいた「共感的」態度で接することを重要視するものである。つまり、看護過程における感情的な要素が見直されてきているのである。その結果、患者・ナース間の関係性や親密性の重要性を主張する論が数多く出てきた。しかし、それらは概念的に不明確であり、実践における調査研究も未だ不十分なままという問題が残されている<sup>17</sup>。

対人関係派看護論への関心は一時的なものであったが、「ケアの倫理」が注目を集めている今、対人関係派看護論は改めて注目に値すると言えるだろう。そこで、次節以後でまず「ケアの倫理」を概観し、その後改めて対人関係派看護論に戻ることにする。

## 2 ケアの倫理における感情的要素

心理学者キャロル・ギリガンによる『もうひとつの声——心理学理論と女性の発達』(*In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*)が1982年に出版されたことを契機に、「ケアの倫理」という新しい倫理観に関する議論が展開しはじめた。ギリガンは、抽象的な原理を適用させてそこから論理的に倫理的答えを導き出すことを主な関心事とする従来の倫理観を「正義の倫理」とし、それに対して、個別のケースが抱える具体的な問題状況を細部にわたって考察し、その文脈のなかでジレンマを捉えて応答していこうとする倫理観を「ケアの倫理」とした。「ケアの倫理」では、個人に独立的に付与されている権利の擁護よりも、関係性を維持しようとすることから生じる義務や相手の求めに応答すること(responsibility)のほうが重視される。また倫理的判断をする際、感情に基づく相手への配慮が排除されることなく、むしろ尊重される。

ギリガンの研究を受けて、教育学者ネル・ノディングズは「女性的見解 feminine view」<sup>18</sup>と見なされているケアリングの行為や性向を、実践的な倫理学を支えるものへと仕上げることに取り組んだ。ところでここで言われる「女性的見解」とは、受容力、係わり合い、敏感に反応することなどに根ざした道徳

<sup>15</sup> 「看護診断」とは、看護上の問題を明らかにして命名することを目的とするもので、この動きは1973年に開催された第1回全米看護診断分類会議に端を発している。「看護診断」の定義は複数存在するが、北アメリカ看護診断協会(North American Nursing Diagnosis Association, NANDA)によれば、「看護診断とは実在する、または潜在する健康上の問題/生活過程に対する患者個人・家族・地域社会の反応についての臨床判断である。看護診断は看護師が責任を負っている目的を達成するための看護介入の選択の基礎を提供する」となされている。

<sup>16</sup> 「EBN evidence based nursing」は「根拠に基づく看護」などと訳される。これは、直感やあやふやな経験に頼らず、科学的な根拠に基づいて看護を実践するための方法論のことである。同様の流れに、「EBM evidence based medicine」がある。これらの背景には、医療資源の適正配分や、医療費抑制、患者との情報の共有(患者の権利意識の高揚、および医療訴訟への対応の意味合いも含む)、医療の質の向上・高度化・専門化などが求められているということがある。

<sup>17</sup> Williams, A. op. cit., 2001.

<sup>18</sup> 「女性的見解」とは、性差に基づく思考や行動様式の違いということではなく、「深い古典的な意味で女性的なのである」と、ノディングズは慎重にことわっている。すなわち、何らかの原理に基づいて論理的に導出される倫理観を「父の言葉」と表現している箇所があるのだが、それとは反対に、具体的な状況のなかで責任を引き受けようとするもう一つの見解を「女性的」と表現したと捉えるのが適当であろう。

<sup>19</sup> ノディングズのケアリング論は看護学領域の論文でも取り上げられている。Kuhse, H. (1995)、Fry, S.T. (1989)、Crigger, N. (2001) などである。このうちCrigger, N. (2001)は、看護学生を対象にした調査研究を基に、学生が患者と関係性を発展させる過程を支えるものとしてノディングズの理論に注目し、ケアリング論の具体的な応用についての考察を展開している。

的なものの方の見方のことである。そこでは「情感のこもった反応 (affective response)」や、ケアしたり、されたりした記憶、人間が持ち合わせている道徳的な態度や「よさへの切望」に人間の倫理的行動の基盤が置かれている<sup>19</sup>。

次に、ノディングズのケアリング論において「共感」がどのように捉えられているかをみる。

## 2.1 ノディングズのケアリング論にみる “feeling with”

ノディングズのケアリング論において「共感」がどのように捉えられているのかをみる前に、まずは道徳的な関わり合いについての見解をみる。

ノディングズは、人と人との係わり合いを人間存在の核心と捉え、倫理的行動の源泉に位置付ける。そのあり方には「自然なケアリング」と「倫理的ケアリング」の2つがある。1つめの「自然なケアリング」とは、典型的な例として母親の自分の子どもに対する態度が示されるように、わたしたちのこころの自然な傾向から、意識的に、あるいは無意識的に、他者に対してケアするひととして応答するあり方や関係のことを指す。「わたしたちには、ケアリングの記憶、優しさの記憶があり、これらは、なにかがよいかについてのひとつの洞察 (a vision of what is good) にわたしたちを導く<sup>20</sup>。2つめの「倫理的ケアリング」とは、わたしたちが他のひとと実際に道徳的に接している関係性や在りかたのことである。これは「自然なケアリング」を思い起こすことに伴って生じる<sup>21</sup>。ひとは、ケアに参与 (commitment) することによって「倫理的な理想 ethical ideal」<sup>22</sup>へと導かれる。もちろんわたしたちは、優しくケアされた記憶だけではなく、否定的な記憶も持ち合わせている。ノディングズはこのことに触れながら、互い

に配慮しあうことは容易なことではないとも述べて、ケアリングへの努力の必要性を説く。そして、ケアリングを維持するために必要な要件として、「受け容れ receiving」と「よさへの熱望」があげられている。

さて、「共感」である。ノディングズは、ケアリングにおいてケアする相手を感じるままを感じとることの重要性を繰り返し説いている。しかし、これを表現する際に「共感 empathy」という言葉を用いることを慎重に避け、「feeling with」という表現を用いている。というのは、「共感 empathy」という言葉には「自分の人格を何ものかに投げ入れる (projection)」という意味合いがあるからである。先にみたように、ノディングズはケアリングにおいて「投げ入れ」ではなく、「受け容れ」を重視している。それは、受容的な様態をとっているときに、そのひとの実相を理解し、またそのひとを感じるままを感じることが可能になり、自然なケアリングが生じやすいと考えるからである。つまり、ノディングズの言う「feeling with」とは、他者を評価したり、問題を定式化したり、そのひとの立場に自分を置いて問題を再構築したりすることなく、可能なかぎりそのまま受け容れる行為なのである。そして、この受容的な状態は操作的な努力をやめたときに偶然生じる場合があるとされている。

ノディングズのケアリング論における「feeling with」をふまえて、次にケアリング論の可能性、とりわけ臨床看護場面に「ケアの倫理」を適応させたときの可能性をみよ。

## 2.2 ノディングズのケアリング論の可能性

ケアリング論における「共感」をみる過程で、受容の重要性を確認した。ケアリング論の主要な構成要素として、受容性の他に、関係性、応答性があげ

<sup>20</sup> Noddings, op. cit., 1984, 99. = 1997, 154. (訳を一部改訂)

<sup>21</sup> 「倫理的ケアリング」を実践するためには、「自然なケアリング」よりも努力を要するが、2者間に優劣の差はない。「倫理的ケアリング」はあくまでも「自然なケアリング」に依存しているものであり、それを越えているわけではないからである。また、2者は明確に区別されるものでもなく、「倫理的な行動の源泉は、2つの心情のうちにある」(Noddings, op. cit., 1984, 80. = 1997, 126.)

<sup>22</sup> Noddings, op. cit., 1984, 42. = 1997, 66. これは「ひとびとが互いに感じ合う自然な共感」と「ケアリングや思い遣りの機会を維持し、回復し、強めようとする切なる望み」を源泉として生じるもので、ケアするひととしての自分と、ケアされるひととしての自分の両方を見定めている概念である。

られる。ここでは、関係性、応答性について、ケアリング論の可能性という観点でみる。

ノディングズのケアリング論においてケアされるひとは、「独自の寄与」をする存在と捉えられている。そして、「倫理的な自己」<sup>23</sup>の完成は他者の応答に依存しているとされる。すなわち、ケアするということは、ケアするひとの意識がケアされるひとに向けられることはもちろん、加えて、ケアされるひとがケアするひとのケアリングを受け容れ、承認し、提供されたケアに対して適切な応答をすることが重要視されるのである。ノディングズはケアされるひとの応答を、そうすることによってケアに「参与してくる」と表現する。ケアするひとは、ケアされるひとのケアへの「参与」に応じるよう、支持され、励まされる。ケアされるひとの応答があってはじめてケアという営みは完結するのである。

看護学の研究分野では、ケアをいかに系統的・科学的なものとして提示することができるかということが主なテーマの一つとされてきた。しかし、理論化・体系化とケアの実践の間にはギャップが存在する。理学療法士で老人介護の現状に詳しい三好春樹は、体系的理論が実際の場面で生じている事柄よりも重視される傾向に関して次のように述べている。「現実にはちっとも合っていないでも体系化されているということによって人々にたいへん大きな影響を与えて、それが老人には悪い影響を与えているということがある」<sup>24</sup>。また、看護学者の池川清子は、系統的で科学的な看護理論を作り上げた結果「患者は一方的に眺められる存在として対象化(客体化)してとらえられ、主体であるナースとは切り離されたも

のとして対置され、その関係の仕方はきわめて操作的なもの」<sup>25</sup>となってしまうことを問題視している。

看護理論のなかには看護過程における患者・ナース間の相互作用に言及したものもあるが、池川が指摘するように、それはどうしても技術的なことや、管理の様相を帯びたものになりがちであった。それに対してノディングズは、他者へのケアが他者のための行為であると同時に、「倫理的自己」であるための自分自身のケアにつながるという考え方を示したこと、そのケアリングとは、ケアされるひとの「独自の寄与」によってはじめて完結することを示したこと、このような、ケアの相互的な在りかたとその重要性を明瞭に浮かび上がらせている点で、この論は看護倫理にとって重要な要素となりうると考える。

以上、ノディングズのケアリング論のメリットみてきた。次に、臨床看護場面に状況を限定してその限界をみる。

### 2.3 ノディングズのケアリング論の限界

受容性、関係性、応答性は、他者をケアする営みのなかで非常に重要な役割を果たす。しかし、人と人との関係の構築や保持には、種々の困難な側面も内包されている。ここでは、関係性に焦点をあててケアリング論の限界をみる<sup>26</sup>。

第一の問題は、ノディングズが「目の前の他人のために行為したいという衝動が、それ自体生得的だ」<sup>27</sup>としている点にある。では、ケアするひとに他者を受け容れ、他者の苦しみを共に感じる能力が不十分である場合、どうすればよいのだろうか。アン・

<sup>23</sup> これは、「現実の自己と、ケアし、ケアされるひととしての理想的な自己の全体像との間の能動的な関係」(Noddings, op. cit., 1984, 50. = 1997, 79.) のことである。ノディングズは人と人との係わり合いを人間存在の核心に据えているが、このような在りかたがわたしを他のひとに結びつけ、他のひとを通じて再びわたしを自分自身に結びつける。他のひとをケアすると同時に、他のひとたちにケアされるとき、わたしは自分自身をケアすることができる。倫理的な自己に対するケアリングが、「わたしはしなければならぬ」という声を引き起こすのである。

<sup>24</sup> 三好春樹「“生活リハビリ”を語る 上」『プリコラージュ』、1992; 16(11・12月): 23-30。

<sup>25</sup> 池川清子『看護——生きられる世界の実践知』、ゆみる出版、1991、26頁。

<sup>26</sup> 他にもケアリング論の限界を指摘する論はある。たとえば倫理学者のヘルガ・クーゼは、「ケアの倫理」の必要性を認めつつも、しかし「ケアの倫理」だけでは不十分であると主張する。「ケアの倫理」が「正義の倫理」を不当におとしめるなら、「ケアの倫理」に依拠する人びとは他者と自己を守るための論理的な道具を失うことになるからである(Kuhse, Helga, Clinical Ethics and Nursing: “Yes” to Caring, but “No” to a Female Ethics of Care. *Bioethics* 1995; 9(3,4): 207-219.)

<sup>27</sup> Noddings, op. cit., 1984, 83. = 1997, 130.

マリー・プラーはこの問題を次のように指摘している。すなわち、ノディングズはケアする関係の継続は誰のなかにも潜在的に存在する生来的なものだと主張するが、ノディングズは特別な人々との個人的な関係を好むために、その本質は不明瞭で、他者への道徳的責任の説明が不可能である、と<sup>28</sup>。臨床看護は、特別で親密な相手に対してのみケアを提供する場ではなく、むしろ特別でも親密でもない他者にケアを提供する場である。したがって、職業的なケアリングを説明する際に「生得的な素質」という考え方に依拠していたのではケア行為が成立しない場合も少なくない。先に触れた「倫理的ケアリング」は意思に基づいたものとされているが、「倫理的ケアリング」は「自然なケアリング」に依存するものであり、両者は明確に区別されるものではないとされていた以上、「倫理的ケアリング」をもってしても職業的ケアリングを説明し尽くすことはできない。しかし、この問題点に関しては解決の糸口も示されている。それは、「生得的」要素はケアする関係の継続のなかで漸次的に発達するものとされていることである。臨床において、病む人と共にケア関係を積み上げていくなかで「生得的」要素が次第に育まれていき、徐々に顕在化することを期待する可能性は残されている。

第二の問題は、関係性の保持重視を強調する点である。ノディングズは、たとえ嫌悪の感情をもってしまふような相手に対しても、「ケアリングそれ自体が、わたしの行くことによって危険にさらされないかぎり、ケアするひととして、この他人——この悪い他人にさえ——接しなければならない」<sup>29</sup>としている。これに関連してリンダ・ハンフォードは、ケアする義務におけるナースの限界の問題を提起している。ハンフォードは、ノディングズが「自然なケ

アリング」と「倫理的ケアリング」の区別をしている点をひきながら、臨床看護の場面でも自然にケアしたいと思うことができる患者がいる一方で、それが困難な患者もいる事実を紹介し、ケアすることが困難な患者からは撤退することを肯定する。なぜなら、撤退することを拒否して無理にケアに関わるなら、そのナースは自分の感情との関与を拒否することになり、それは真の癒しの可能性に悪く作用すると考えるからである<sup>30</sup>。このような、「ケアの倫理」における関係性重視への眼差しが、逆に関係性に拘束されてしまう、あるいは関係性に埋没してしまう危険性と背中合わせであるという指摘は複数みられる批判点である<sup>31</sup>。

第三の問題は、ノディングズがケアリングに具わっている要素として重要視している相互性、「助け合い reciprocity」ということである。ハンフォードはこの考え方も臨床看護場面にはそぐわないとして否定的な見方をする。なぜなら、臨床における出会いはそもそも対等等などではない。患者はケアされるために医療機関にやってくるのであって、その逆ではないとみるからである<sup>32</sup>。そしてハンフォードは、ノディングズのケアリング論を、看護にとって重要なケアへの洞察を提示していると評価しているものの、看護の倫理的状況にとっては「狭く、厳密すぎる」という評価を下している。

以上、臨床看護場面に限定してノディングズのケアリング論の限界をみた。しかしノディングズは、自身の教育実践の経験などをもとに、「女性的見解」を実践的な倫理学を支える論として構築することを主な関心事としているのであって、臨床看護や医療現場におけるケアリングを想定して、そこで生じる諸問題に対処するための論を展開しているのではないことを考えれば、そこに限界が生じるのは当然の

<sup>28</sup> Pooler, Ann Marie, *De-Romanticizing Care: A Critique of Care Ethics*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy at the University of Wisconsin-Madison, 5-6.

<sup>29</sup> Noddings, op. cit., 1984, 101. = 1997, 157.

<sup>30</sup> Hanford, Linda. Nursing and the concept of care: An appraisal of Noddings' theory. Hunt, Geoffrey ed., *Ethical Issues in Nursing*. London: Routledge, 1994, 181-197.

<sup>31</sup> 西田英一 (1995)、Kuhse, Helga, (1995, 1997)、服部高宏 (2000) などがある。

<sup>32</sup> Hanford, op. cit., 1994, 189.

ことである。では、看護理論において共感や感情的要素はどのように取り扱われているだろうか。それを次にみる。

### 3 対人関係派看護論における感情的要素

看護理論構築の動きのなかで、1970年代に特に注目を集めたのが「対人関係派看護論」に類別される人々の論である。ジョイス・トラベルビーはここに分類される看護学者の一人であり、主著『人間対人間の看護』(*Interpersonal Aspects of Nursing*)は1971年に出版された。患者とナースとの人間対人間としての関係を重視するこの立場は、人と人との関係性のなかに倫理の源泉をみる「ケアの倫理」の見方と重なる。

ここではトラベルビーが「共感」をいかに捉えているのかということを中心にみることによって、対人関係派看護論における感情的要素の捉え方の一端に触れたい。

#### 3.1 ジョイス・トラベルビーの対人関係看護論と「共感」

『人間対人間の看護』(*Interpersonal Aspects of Nursing*)でトラベルビーは、看護に次のような定義を与えている。「看護とは、対人関係のプロセスであり、それによって専門実務看護師 (professional nurse practitioner) は、病気や苦難の体験を予防したりあるいはそれに立ち向かうように、そして必要なときはいつでも、それらの体験のなかに意味を見つ

けだすように、個人や家族、あるいは地域社会を援助するのである」<sup>33</sup>。「対人関係のプロセス」とあるのは、トラベルビーが「人間対人間の関係」に到達するまでに4つの段階を踏むと捉えていることを示しているのだが、このように、「人間対人間の関係」という言葉には独特の意味が付与されている。まずは、それを見る。

トラベルビーは「人間対人間の関係」を「ラポール rapport」とも表現し、2つの特徴をもたせている。1つは「看護の目的遂行のためにもちいられるプロセスまたは手段」<sup>34</sup>としている点、2つは「先行する4つの相互関連的な位相を通り過ぎてから、確立される」<sup>35</sup>としている点である。4つの位相とは、(1)最初の出会い (original encounter) の位相、(2)同一性の出現 (emerging identities) の位相、(3)共感 (empathy) の位相、(4)同感 (sympathy) の位相<sup>36</sup>である。この位相間には相互性があり、ときに後退もしながら患者・ナースの両者が「ラポール」の位相を目指していく。「人間対人間の関係」の位相に達してはじめて、患者とナースの人格の真価がお互いに認識、尊重され、そのうえでナースの専門知識や具体的な技術が患者の痛みや苦悩を軽減するように、あるいはそれに立ち向かうことができるように提供され、看護の目的を達成することが可能となる。もちろん、「人間対人間の関係」の位相に到達する以前にも、患者とナースは係わり合い、看護は展開されるのだが、しかしそこでは最終的な看護目的を達成するまでには至らない。関係の積み重ねを通して、関係性は最終的な位相に到達し、そこで看護の目的が達成されるとみなされる。

次にトラベルビーの「共感」をみる。トラベルビー

<sup>33</sup> Travelbee, Joyce, *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis company, 1971, 7. (= 長谷川浩・藤枝知子訳『人間対人間の看護』、医学書院、1974、3頁。)

<sup>34</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 16. = 1974, 19.

<sup>35</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 119. = 1974, 174.

<sup>36</sup> 「最初の出会いの位相」では、患者・ナースが相互に「ステレオタイプで典型的」な認識をしている。それが、他人に興味をもつことによって次の位相へと移行していく。「同一性の出現の位相」では、相手をカテゴリーではなく独自の人間として見、両者の間にはきずなが構築される。「共感 (empathy) の位相」は「個人が、他の人の心理状態を理解できるようになる過程」であり、これは「ほとんど瞬間のプロセス」とされている。この理解は他人の行動を予測する際に役立つ。「同感 (sympathy) の位相」では「苦悩をやわらげたいという基礎的な衝動や願望」がある。これは、共感には欠けているもので、同感の特徴とされている。この「同感」がなければ、表面的な関わりしかできない。



によれば、「共感 (empathy)」とは「共感の対象にあずかる (share) ということだが、それから離れて立つこと」である。ここには一定の心理的距離が見て取れるが、これは冷淡さを意味するものではなく、「離れていながらともにある (sense of sharing)」という関係性を示すものである。そして「共感」の目指すところは、「相手の行動を予測する能力」の獲得である<sup>37</sup>。「共感」を発展させるための必要条件としては、1「関与 (involved) したふたりのあいだの類似体験」、2「他人を理解したいという願望」が示されている。共感が類似体験のうえに成立するという考えについてトラベルビーは、「看護師にすべての病人との共感を期待するのは、実情にそぐわない」と述べて、個人の共感能力の限界を示している<sup>38</sup>。そして、限界の克服に寄与するものとして看護教育を位置づけ、教育課程における教養科目の重要性を主張している。

ところでトラベルビーは、「感情 (emotions) や情緒 (feelings) は、知性によって抑制されるのではなく、導かれる」<sup>39</sup>と捉え、情緒的関与を促している。ただしそれは、相手の苦悩をやわらげるために利用しうる知識や援助技術を併せ持った、「成熟した水準」のものでなければならない。ここでは、知的側面と情緒的側面の両者が同程度に重要視されている。トラベルビーは「ラポール」を、「たとえ必ずしも情緒 (emotion) を体験していなくとも、ラポールを確立することは大いに可能」として、「情緒 (emotion) よりもいっそう意志 (will) に依存している」<sup>40</sup>と述べているが、ここにはナースの情緒的関与が感傷的な態度とは異なることが示されている。

「共感」や「情緒的関与」など、感情的な要素を重視するトラベルビーの論をみたが、それとは反対の見方をする立場もある。次にそれを見る。

### 3.2 感情的要素に関する議論

共感的関わりに対して否定的な見方をする論もある。ここではトラベルビーの論から一旦離れて、J・M・モースの論をみる。そして、ケアに感情的要素が入り込むことのどのような点が非難の対象となるのか、そしてその非難は適切かどうかを検討する。

モースは、苦難のなかにある患者に対して共感 (empathy) という応じ方をすべきではないと主張する。なぜならそれは、苦難のなかにあっても「強く」あらねばならない、他者の支えなしでいなければならない、と懸命に耐えている患者に妨害を及ぼすことになるからである<sup>41</sup>。しかし、モースがここで患者に有害なものとして捉えている共感 (empathy) と、トラベルビーの共感 (empathy) の概念とは明らかに異なる。もちろん、モースはトラベルビーの共感概念を批判対象にしているのではない。そのことを断ったうえで、両者の共感の捉え方の違いをみる。トラベルビーは、共感的関与を看護行為を促進するものと位置づけるにあたり、「共感」と混乱を来たしやすいものとして「未成熟な情緒的関与 (emotional involvement)」と「憐れみの客体化 (objectifying pity)」をあげて注意を促している。そして苦難にある人びとが必要としているものは、「思慮分別のある現実志向性の同感の態度であり、憐れみではない」<sup>42</sup>とことわっている。これを踏まえてもう一度モースから提起された問題をもてみると、モースは「共感 (empathy)」をトラベルビーがそれと区別した「憐れみ」に近いものと捉えているとみることが適当である。

しかし、ナースが示した共感 (empathy) を患者のほうに憐れみや同情 (compassion) として受け止めることは十分に起こりうることである。したがって、

<sup>37</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 136. = 1974, 200 ~ 201.

<sup>38</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 138. = 1974, 203.

<sup>39</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 19. = 1974, 23.

<sup>40</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 155. = 1974, 231.

<sup>41</sup> Morse, J.M. op. cit., 2001.

<sup>42</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 147. = 1974, 219.

感情的要素をやりとりする二者間に認識のズレが生じる場合を予め見定めておくことは必要だと考える。

またモースは他に、これまでなされてきた苦難に関する多数の研究と、患者の行動的応答 (behavioral responses) との間の関連性について、次のような問題を指摘している。すなわち、これまでの研究において苦難に関する描写は詳細になされてきたものの、その「物語と患者の行動的応答間の関連性がない」こと、そしてさらに深刻なこととして、苦難の物語とそれの世話をするナースの応答の間にも関連性がないことを指摘している。そして、臨床的文脈内での苦難の研究調査と、苦難にまつわる患者・ナース間の相互作用の評価が差し迫って求められる研究テーマである、としている。

患者とナースとの相互的な作用、感情的側面と理性的側面を併せ持つことの必要性、患者が求めているのは現実的な対応を可能にすることだとするトラベルビーの看護論は、モースによって示された問題に対する解決のための有効な理論的バックボーンになりうるのではないだろうか。しかし、これはわたしたちの問題関心を越えるものである。これに関する考察は別の機会に譲り、次にトラベルビーによる対人関係看護論の可能性と限界をみることにする。

### 3.3 対人関係看護論の可能性と限界

知性と情緒の両者を用いて展開する「人間対人間」としての関係性に大きな可能性をみるトラベルビーの論は、近代看護成立以来、情緒的な要素が軽視されたり、障害物とさえ見なされてきたことを考えると、画期的な提案だったと思われる。トラベルビーに強い影響を受けた、M・E・ドーナは、1969年に発表した精神科看護論のなかで、「治療的な関係を確立し、その関係を維持して看護の目的を達成するためには、情緒的関与がどうしても必要なのである」とし、「共感によってナースは、患者のもつ問題の情緒

的な本質を確かめることができる」<sup>43</sup>と述べている。

ところでトラベルビーは、関係性に多くの可能性をみると同時に、いくつかの困難が含まれていることも認めている。一つは、ナースが患者と「人間対人間の関係」を構築していく際に障害となるものがあること。二つは、関係性のなかでナースは傷つきやすくなる側面があることである。

まず関係構築の際の障害となるものとしてトラベルビーは、「自分自身を超越する能力や、別個の人間として他人に興味をもつことが困難であること」<sup>44</sup>をあげている。つまり、自分自身の枠を超えて出て行くことができるとか、自分自身を肯定的に評価し、受け入れているとか、自己を他者の前にさらけ出すだけの開放性と自由をもっていることなどである。この点の不足のためにナースは、カテゴリーによるつながりを断ち切って「患者」のなかに人間を知覚することが困難だと感じたり、「他人の独自性によっておびやかされるがゆえに、差異を否定せざるをえない」という事態に至る。反対に、ラポールを確立できるのは、「病人を援助するのに必要な知識と技能を有しているからであり、病人の独自性を知覚しそれに反応し、その真価を認めることができるから」<sup>45</sup>である。このように、患者と人間対人間の関係を構築するためには、ナースはある程度成熟した人間性を持ち合わせている必要がある。ただしこれは、患者と接する前にナースの人間性が成熟していなければならないということではなく、そのような対人関係を経て、患者もナースも人間として成長するということである。その意味で、可能性を含む困難であると言える。

二つ目の、関係のなかでナースは傷つきやすくなっているという点についてであるが、この傷つきやすさは、強さや幸福感を味わうことができる可能性を持ち合わせているものでもあり付け加えられている。他者と関わることと傷つきやすさの問題に関しては、R・E・マローネも次のように述べている。他

<sup>43</sup> Doona, op. cit., 1969. = 1984, 79.

<sup>44</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 194. = 1974, 132.

<sup>45</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 155. = 1974, 231.

者に対して「共感したい」という思いが喚起される状態は、ある程度相手に自己が開かれてある状態であり、それは傷つきやすくなっていることでもある。そして、苦難においてケアする者とケアされる者相互の傷つきやすさを適切に認めることは、ケアを実存的に意味のあるものとして認めさせることを促進し、また、他者をケアすることの価値を社会的レベルで保護するために必要なことである、と<sup>46</sup>。

70年代の一時期に注目を集めた人間関係論ではあるが、その後の関連研究は非常に少ない<sup>47</sup>。しかし、人間対人間として向き合っただけで他者をケアし、ケアされることに含まれる可能性と共に、限界や危険性にも言及しているトラベルビーの看護論は、ケアに関わるものを精神的にサポートするのにも有効な論と言える。

#### 4 「感情労働」における感情的要素

社会学者のアーリー・R・ホックシールドは、感情移入 (empathy) や温かみといった私的な能力が、じつは社会的・文化的に構築されるものであり、商業的に利用されるものであること、つまり、道具としての感情、システムとしての感情という側面に光を当て、「感情労働 emotional labor」<sup>48</sup>という概念を提示した。この視点は、目に見えない感情面の労働を社会的に承認される形に浮かび上がらせ、それに関連する諸問題を提示する可能性をひらいたという

点で意義深い。ここでは、「感情労働」という視点から臨床看護の現場をみた場合、それがどのようなものとして浮かび上がってくるのかをみる。

##### 4.1 「感情労働」と看護

これまで看護の領域の研究においては、患者の感情的側面がテーマになることはあっても、看護をする側の感情に光を当てる研究はほとんどなされてこなかった。しかし、ホックシールドの研究を受けて、ナースの感情的側面をテーマにした研究がなされるようになってきた<sup>49</sup>。

看護学者の武井麻子によれば臨床の現場は、怒りや恐怖、孤独、悲嘆、絶望など、「存在の痛み」ともいべき痛切な感情が渦巻いている場であり、そういった場に身を置きながらナースは「患者には優しく親切に」とか「患者に接するときにはにこやかに目を見て話す」といった感情規則に従って感情労働をしている。また、「患者の気持ちに共感せよ」という感情規則に従うなかで、ナース自身も少なからぬダメージを受け、このダメージによって「共感疲労 compassion fatigue」を感じ、さらには「燃え尽き症候群」に進展する場合もあることに言及している<sup>50</sup>。

「共感せよ」という感情規則に触れたが、武井は「共感」について次のような問題提起をしている。すなわち、「共感」という営みが、その関心は他者の心境という、言わば自分の外に向かってはいるものの、どのような共感を抱くかはいたって個人的な行為で

<sup>46</sup> Malone, Ruth E. Dimensions of Vulnerability in Emergency Nurses' Narratives. *Advances in Nursing Science*. 2000; 23(1): 1-11.

<sup>47</sup> Med Line でトラベルビーを検索してみた結果、8件の登録が見つかっただけであった。そのうち4件は邦文で、その内容はトラベルビー看護観の概要や、訳者とトラベルビーの著書との出会いなどがエッセイ風に書かれたものであった。「日外アソシエーツ」では、2件の論文の登録が見つかった(合田富美子「トラベルビーの看護論に関する一考察——「体験の意味」及び「人間対人間の関係」について」、『岡山県立短期大学研究紀要』、1983; 27: 65-70、城ヶ端初子・樋口京子・豊嶋三枝子他「効果的な患者—看護者関係の構築に関する検討——トラベルビーの看護理論を通して」、『岐阜大学医療技術短期大学部紀要』、2001; 7(2): 95-102.)。その他、トラベルビー看護論に言及している著書としては、大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』、有斐閣、2000、長谷川浩・石垣靖子・川野雅資編『共感的看護——いまここでの出会いと気づき』、医学書院、1993などがある。

<sup>48</sup> 「感情労働」の特徴は次の3つである。1「対面あるいは声による顧客との接触が不可欠である」こと。2「他人の中に何らかの感情変化 感謝の念や恐怖心等 を起こさなければならない」こと。3「そのような職種における雇用者は、研修や管理体制を通じて労働者の感情活動がある程度支配する」こと、である (Hochschild, Arlie Russell, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. California: University of California Press, 1983, 147. (= 石川准・室伏亜希訳『管理される心——感情が商品になるとき』、世界思想社、2000、170頁))。

<sup>49</sup> たとえば、Smith, P. *The Emotional Labour of Nursing* (= 『感情労働としての看護』、ゆみる出版、2000)。武井麻子『感情と看護——ひととのかかわりを職業とすることの意味』、医学書院、2001がある。

<sup>50</sup> 同書、124頁。

あるため、一步間違えば大変な勘違いを生じさせること、「知らず知らずのうちに、相手を自分の思い込みの世界に巻き込んで」しまう可能性があることを示唆すると共に、「共感」に関して検証する必要性を述べている<sup>51</sup>。

ノディングズが言うように、患者への思い遣りや気遣いはケアするものの内側から自然に湧き出てくる欲求であると言える一方で、親身になって患者に寄り添いケアすることがケアする者の負担になる場合や、ケアしたいという思い自体がくじかれる場合もある。またホックシールドは、女性は従属的な立場に置かれがちであるため、相手からの感情表出に対して無防備となる傾向があることを指摘している。医療の現場でも、医師よりもナースのほうが圧倒的に患者の怒りや不満が向けられやすい傾向がある。このような状況にあって、しかしいかなる場合も「患者とナース」というケア関係は固持され、患者との「よい関係」の構築・維持に努めることが職業的義務の一つとされるナースのケア行為は、「感情労働」に該当する<sup>52</sup>。

次に、「感情労働」という視点からみた「共感」をみる。

## 4.2 「感情労働」における「共感」

ホックシールドによれば、「感情労働」がベースになっている関係においては、相手との感情面における相互的な交流は重視されない。むしろ研修などでそこに「互酬性 (reciprocity) は含まれない」こと、そして自分の感情は統制し管理しうる対象物とみなすことなどを教え込まれる<sup>53</sup>。したがって、思い遣りや気遣いなどの倫理的な要素はなくても「共感」し、「ケア」を実践することは可能ということになる。本当だろうか。

感情労働の目的は、「相手のなかに適切な精神状態を作り出す」ことである。となると、何が相手にとって「適切な精神状態」なのかを知るためには、ある程度相手の心情に寄り添い、共感することも必要になってくると言えるかもしれない。だが、「感情労働」の3つの特徴によれば、労働者の感情活動は、雇用者が研修や管理体制を通じて支配することになっている。このことを考えると、相手にとって何が「適切な精神状態」なのかを決める基準は雇用者が設定しているものに従えばよいことになるため、やはり共感をする必要性は生じてこないことになる。したがって、共感が相手の気持ちを思い遣る倫理的な要素が発端となって生じてくるものだとすれば、「感情労働」においては、倫理的な要素を一切もち合わせていなくても「共感」し、「ケア」することは可能ということになる。

以上から「感情労働」にあるのは、真摯な交流ではなく演技された交流であり、心からの共感ではなく擬装された「共感」であるとみることができる。これは、ケアに携わる者にとって非難されるべき態度なのだろうか。次節でこの点を考えてみる。

## 4.3 「感情労働」の可能性と限界

「感情労働」としてのケアは、感情までもがシステムによって統制されたものである。わたしたちはまずこの点をもつ問題点を押え、そのうえでケアに携わる者にとって有効となる側面もある点を見ることにする。

問題の一つとして、「感情労働」としての「ケア」が、「ケアの倫理」が措定する「ケア」と同種のものとみなすことはできるのか、ということがある。この答えは否である。なぜなら、ノディングズは「規則に従って徹頭徹尾、そして機械的に行動するので

<sup>51</sup> 同書、134頁。

<sup>52</sup> 社会学者の立岩真也はこの見方とは全く逆の視点を提示して、ケアする側やケアに対する社会的認識が内包する問題を示している。すなわち、ひとを世話することに「よいこと」という付加的な意味がもたされている文化のなかでは、介助を得る側は介助する側のひとがそれによって充足感を得ることができるようなサービスをしなければならぬ。「人の心を満たすような存在でなければならぬ」(立岩真也「遠離・遭遇——介助について1」、『現代思想』、2000; 28(4): 155-179、170頁)という問題である。

<sup>53</sup> Hochschild, op. cit., 1983, 110. = 2000, 126.

<sup>54</sup> Noddings, op. cit., 1984, 51. = 1997, 82.

あれば、ケアしているといえない<sup>54</sup>と述べていること。そしてトラベルビーによれば、システムによって統制されたケアは患者とナースが互いに独自の存在として出会う前、つまり「初期の出会いの位相」におけるケアに該当すると見なすのが適当であるため、それは看護の目的を達成することを可能にする「ラポール」の位相への途中の段階ということになる。「初期の出会いの位相」でケアをシステム通りに遂行したとしても、看護の目的を達成することはできないということになり、ケアとは見なさないと捉えることが適当であると考えられるからである。

もう一つの問題として、对人的な職業のすべてをサービス業と分類して論じることは適当かどうか、ということがある。これに関して社会学者の石川准は、医療や福祉、教育の現場で働く人々に「感情労働」の論理を適用させる見方に異議をとらえている。すなわち医療、福祉、教育に携わる人々は、相手に対して「質の高い感情移入、生身の関わり、人間的な交流」が求められる「カウンセリング文化」に属する。そして「カウンセリング文化」にとって「感情労働」がとっている「疎外論的レトリックはセイフティネットにはならない」。なぜなら、「感情の商品化批判が、じつは私的感情領域までも根こそぎ空虚化してしまいかねない論理を含む」からであると主張する<sup>55</sup>。

以上にみるように、「感情労働」論にはいくつかの問題が内包されている。それでも、臨床においていかなる状況下においても、あらゆる人々にケアを提供していかなければならない立場にあるナースにとっては有効な見方を示してくれる側面もある。たとえば、ノディングズがケア不可能としているところの、ケアの相手からの応答が期待できない状況において、あるいは否定的な応答ばかりをしてくる患者に対して、それでも相手にケアをし続けることを説明する言葉を与え、その手法も示唆してくれる。加えて、ケアする側を精神的なダメージから守ってくれる側面ももっている。トラベルビーは、「病人を

ひとりの独自のかけがえのない人間として知覚できるときには、どんな人に対しても強い嫌悪感を体験しないものである<sup>56</sup>と述べているが、まだ「独自のかけがえのない人間」として出会っていない段階においてもケアはなされることを考慮に入れるなら、精神的防御策をもつ「感情労働」論のほうが現実的な見方と言えるかもしれない。

わたしたちは、「感情労働」の欠点を見据えたうえで、同時に、臨床の場面において有効となりうる側面も認める視点をもつことが必要なのではないだろうか。

次に、臨床における事象に照らし合わせながら、これまでみてきた3つの論を見直す。

## 5 臨床場面における「共感」の試み

これまでみてきた共感や感情的要素に関する3つの視点の概要は、次のようになる。ノディングズは、倫理的な判断において感情的要素を非合理的なものとして排斥してきた従来の倫理理論に対して、人間の倫理性は原理に即した推論から生じるのではないと非難し、関係性を重視する倫理的判断とそこでの感情の果たす役割が重要であることを主張した。トラベルビーは、看護の目的が達成されるためには患者とナースの間に「人間対人間の関係」を構築することが肝要であることを主張し、そのためには「共感（empathy）の位相」、同感（sympathy）の位相」などのプロセスを経て「ラポール」の位相にたどり着くことが必要であると主張した。そして効果的なケアを実践するためには、感情的要素と意志的要素が同様に大切であるという見解を示した。ホックシールドは、サービス業の分野で働く人びとの精神生活が商業主義の論理によって搾取され、個人の感情が道具として利用されている状況を「感情労働」という言葉を用いて表現し、そこに潜む諸問題を暴き出した。

本論の最後に、問題を内包する臨床の看護過程に

<sup>55</sup> 石川准「感情管理社会の感情言説——作為的でも自然でもないもの」、『思想』、2000; No.907: 41-61、51頁。

<sup>56</sup> Travelbee, op. cit., 1971, 129. = 1974, 190.

においてこれまでみてきた3つの観点がいかなる指針を示してくれるのかを、具体的な事例に即しながらみる。

## 5.1 ケアへの思いがくじかれる患者との関わり

「ケアの倫理」が臨床看護における問題場面において、問題を克服するための行動指針としてどのように機能するかを、ここでは「共感」することが困難な患者Oさんとののかかわりを介して試みることにする。

Oさんは肝炎で入院してきた47歳の男性である。結婚し3人の子どもがいるが、妻とは既に死別していた。仕事をほとんどせずにアルコール浸りの生活をしてきたために、家族から見放された孤独な生活をしてきた。入院することになったのは、久しぶりに様子をみにきた親戚のひとが、体調をくずしているOさんを心配して病院に連絡したことによる。したがって、症状がかなり悪化してからの入院であった。また、Oさんは脊椎炎も併発しており、しばらくの間床上安静を必要とした。そのため、日常生活動作のほとんどに介助を要し、ナースがOさんに関わる機会も必然的に多くなった。加えてOさんは、昼夜を問わずにナースコールをひっきりなしに押しつけてはナースを呼んだ。そして、ケアをしているナースに大小様々な文句などを言い続けた。

ナースはOさんの言葉に内心では腹を立てたり、時にショックを受けたりしながらも、肝炎による顕著な倦怠感と脊椎炎による苦痛や不安、家族の関わりが少ないうえの孤独感や不満などの複数のマイナス要因がOさんの言動の背景にはあると考え、それを踏まえたうえで少しでも良好な関係を構築することを目指して対応した。しかし、Oさんの態度はまったく変わることがなく、ナースたちのフラストレーションは日毎に募っていった。

後日、数人のナースにOさんとの関わりをどう受け止めてケアにあたっていたのかを質問してみた。それに対してあるナースは、「こうなったら早く回復させて、できれば今月中に退院(あるいは転院)にもって行ってやる!

という、もう意地でしたね」と話してくれた。また、Oさんへの対応直後はとても立腹していた別のスタッフは、「わたしたちへの不満や様々な問題行動は、ドクターとか病院への不満の表れだから。わたしたちは患者の代弁者であるべきなのだから」と言って、Oさんの言動にはそれを裏打ちする理由があり、あくまでもナースはそれを解決すべく援助しなければならぬとの立場を示した。

このような臨床における問題に対して、たとえば「倫理の四原則」を適応させてみたとしても、患者が抱える問題、ナースが受ける精神的ダメージ、ケアされケアし続けていかなければならない者が抱え込む問題がいかに解決されるのか、イメージしにくい。そこで、わたしたちがこれまでみてきた3つの視点はいかなる方策へと導いてくれるのか、その可能性を以下でみる。

### 5.1.1 ケアリング論の視点

ノディングズのケアリング論に拠れば、目の前にケアの手を差し伸べるべき相手がいれば、しかしそのひとに対してケアをする動機が「自然なケアリング」からは生じてこない場合は、「倫理的ケアリング」の観点からケアを実践すべきだ、ということになる。すなわち、自身のケアされた記憶を手繰り寄せることによって、自分がそうされたように他者をケアする。そうすることによって、「より善くありたい」という倫理的理想が実現する。

しかしながら、ケアされるひとの応答に問題がある場合は、「倫理的自己」や「倫理的ケアリング」への切望はくじかれてしまう。じっさい、Oさんに関わる度にナースは何かしらの不満を強い口調で言われ、その瞬間に「倫理的自己」でありたいという思

いは容易にくじかれることがしばしばだった。あるスタッフは、「きょうこそは（Oさんに対して）優しくしようと思って（病棟に）来るんだけど、5分ともたない……」と内的葛藤を表現していた。

「自然なケアリング」は受容によって呼び起こされやすいとノディングズは述べているが、このようなOさんを一切の価値判断をせずにそのまま受け容れるとは、この場合どのようなことで、それはじっさい可能なのだろうか。ありのままを受け容れるとは、少なくとも何を言われても耐えるということではないと思う。

否定的な応じ方をするひとに対してはケアへの動機がくじかれてしまうことをノディングズは認めている。したがって、このようなOさんへの対処方法としては、このひとへのケアから撤退するしかないということになる。しかし、職業としての看護ケアは相手がいかなるひとでも、そこから撤退することは通常は許されない。したがって、ケアされるひとの応答に問題があって、それへの適切な対処方法が見出せないとき、ノディングズのケアリング論は問題解決のための指針としては不十分と言わざるをえない。

### 5.1.2 トラベルビー看護論の視点

トラベルビーは「共感」を相手の行動を予想する能力であると捉えている。ところでトラベルビーは、情緒的な要素と体系的知的要素のどちらも重視しており、相手への肯定的な感情なしでも「共感」して相手の行動を予想することは可能だとしている。したがって、Oさんにも「共感」することは可能と言える。しかし「共感」は「ラポール」に到達するまでに辿る一段階であり、次の位相の「同感」<sup>57</sup>に進むことが前提となっているために、次に移行しない可能性が高い「共感」は、看護本来の目的を達成することができないという意味で、不十分なケアと見なさざるをえない。

またトラベルビーは、患者との関係を、役割を抜

け出た「人間対人間の関係」へと開いていくことによってケアを提供するほうは傷つきやすい状態になること、しかしそれは強さを内包した傷つきやすさであると捉えていることを紹介した。しかし、いかなる時もほぼ否定的な応じ方をするOさんとの関わりのなかに、傷つきやすさから強さを見出す契機をつかむことは難しいと言えよう。

以上から、トラベルビーの看護論に依拠してOさんへのケアを展開するとすれば、表面的なケアをすることは可能であるが、それでは看護本来の目的達成には結びつかないという問題が突きつけられることになる。それがナースの不全感やストレスにつながり、肯定的な問題解決指針としては機能しにくいということになる。

### 5.1.3 「感情労働」の視点

「感情労働」の考え方にはそもそも相手との感情面における真摯な交流は想定されていない。したがって、提供したケアに対してOさんがいかなる応じ方をしようとも、それは自分自身に向けられた問題提起という意味合いはもたない。すべきことは、道具としての自分の感情を操作することに留意し、演技としてのケアをし続けることである。

## 5.2 「共感」とは

これまでみてきた3つの視点と、いまみた患者との実際の関わりを念頭におきながら、ここで再び「共感」について考えてみる。

ノディングズは「共に感じること feeling with」を、ケアするそのひとを在るがままに「受け容れ」ることや、そのひとに「専心没頭」することと捉えていることを第2節で述べた。このことから「共に感じること」とは、相手と全く同じ感情をもつことと捉えるのではなく、むしろそこに到達するまでのプロセスと捉えることが大切なのではないだろうか。すなわち、まず自分自身のなかに生じた（あるいは「倫理的自己」になることを求めて形成した）そのひとを

<sup>57</sup> 註36参照。

ケアしたいという欲求がはじめにあり、次にそのひとの存在を一切の価値判断抜きで受け容れ、次にそのひとの立場や視点で物事を見ることが可能になる段階に移行していくというプロセスを「共に感じる」と捉えるのである。このような捉え方を前提にするなら、大切なはそのひとと同じ感情をもちうるか否かという結果のほうではなく、まずは、ケアする側に生じた「そのひとのために何かをしたい」という思いを大切にすることのほう、と考えるのが妥当と言えるだろう。ノディングズは、受容的な状態は「操作的な努力をやめたときに、偶然生じる場合がある」<sup>58</sup>と述べている。「操作的な努力をやめる」と、結果ではなくプロセスを大切にすること志向性との間に共通性があると見るなら、この捉え方は有効と考えてもよいのではないだろうか。

トラベルビーは「共感」を、看護の目的達成を可能にする「人間対人間の関係」に至るまでの段階の一つと位置づけていた。ところで、次の位相へと進展しない「共感」では看護本来の目的を達成することは不可能という問題が突きつけられる難点を先に示した。しかし、「共感」を「相手の行動を予測する能力」と捉え、たとえ相手に肯定的な感情をもちあわせていなくてもその人の行動を正確に予測することは可能であるとするトラベルビーの見方は、「共感」しながらケアをすることや、ケアとしての「共感」を提供することが求められるナースが、「共感」に関する何らかの問題に直面し、ケアが立ち行かなくなったようなときの一つの行動指針として活用しようと考える。また、「共感」を次の位相へ進むための一段階と捉えていることから、トラベルビーも「共感」を一つのプロセスと考えていたとみなすことができるのではないだろうか。

### 5.3 「ケアの倫理」と臨床看護

「共感」とはいかなることかという問いに対して、プロセスだとする見方が臨床看護場面においては適当であるという見方を示した。では、次に肝要とな

るのは何を指したプロセスなのかをおさえておくことであろう。ここでは、プロセスとしての「共感」が目指す目的をいかに設定することが適切かということ、及び、倫理的問題の解決のための「ケアの倫理」をどのように捉えることが有効か、この2点を考える。

はじめに「目的」について。ノディングズのケアリング論に依拠するなら、ケアするということは他者をケアすると同時に「倫理的自己」であるために自分をケアすることを目的とした営みでもあった。そしてケアは、ケアされるひとからの応答によって完結するのであり、ケアするひととされるひととの関係性が重要とされた。トラベルビーの看護論に依拠するなら、それはケアの相手との間に「人間対人間の関係」を構築し、そのことによって相手が病気を予防したり、病気に立ち向かったり、その体験のなかに意味を見つけだすように援助するという看護の目的を達成するための営みであった。ホックシールドの「感情労働」論に依拠するなら、それは相手のなかに状況や目的に応じた適切な精神状態を作り出すことを目的にした営みであった。ところで臨床の場は、ケアをするひと、されるひと、両者が置かれている状況も多種多様であり、流動的に変化する場でもある。先にみた患者との関わりには、わたしたちがこれまでみてきた3つの観点のすべてを必要とする要素がそろっていた。このことから、臨床にふさわしい「共感」の目的としてここでいずれか一つを取り上げるのではなく、「共感」への多角的な眼差しと、目的達成のためにとりうる複数のアプローチをもち合わせることのほうが適当と考える。

次に臨床場面における「ケアの倫理」について。わたしたちがこれまで、ノディングズ、トラベルビー、ホックシールドの3つの観点からケアおよび「共感」を見直してきた営みは、倫理的問題を内包する看護場面において「ケアの倫理」はいかに適切な方向へと導いてくれるのかを模索する営みでもあった。ここでもわたしたちは、この3つの論点をそれぞれが独

<sup>58</sup> Noddings, op. cit., 1984, 30. = 1997, 47.



立したものと捉えるよりも、相互に流動的で、融合可能なものと捉えて臨床に応用していくことがケアの柔軟性を高めることに役立つという考え方を提案したい。すなわち、ノディングズのケアリング論を理想論であり、臨床の現場に適用させるのには無理があるとして排除してしまうのではなく、また、ホックシールドの「感情労働」に対して表面的な演技でしかないと欺瞞の眼差しを向けるのではなく、3者をその都度の状況に合わせて統合させ、相互に補完させる目をもつことが必要であると考え。

もう少し具体的に述べる。臨床において看護ケアが提供される際には看護の目的が達成されることが目指される。看護の目的は、患者の行動変容を目指すものである性格上、ともすると管理的な色合いが見え隠れする。しかしここにケアリング論の視点が加わると、他者をケアすることは、同時に「倫理的な自己」に対するケアでもあることに気付かされる。ケアはケアされるひとの応答によってはじめて完結するものであるから、「倫理的な自己」の形成も他者に依存している。こういったケアリング論も見据えながら看護ケアを展開していくと、臨床看護というケアの営みは、一方的なものでも管理的なものでもない、確かに相互的なものとしてその姿を現してくる。加えてケアは、単なる援助行為としてのそれではなく、人間の存在様式に通じるものとしても認識されてくる。しかしながら現実の臨床場面には様々な問題がある。たとえばケアが求められる状況や、ケアするひとやケアされるひとの人格的な発達段階やパーソナリティなどに何らかの問題があって、トラベルビーの看護論やノディングズのケアリング論だけではケアが思うように展開しない場面も多々ある。そのような状況においてわたしたちは、「演技」としてのケアという方法を認めたい。ただしそこには次のような解釈が加わる。すなわち、ひとに「感情労働」を可能にさせるのは、ノディングズが言うところの「よさへの切望」がその根底にあるからだ。そして、「感情労働」としてのケアをしていくなかで、ケアするひととケアされるひととの間に真摯な相互交流が少しずつ生じたり、底流にあった倫理

的な要素が浮上してきたり、お互いの人間性が成長することも期待できる。そうになると、「感情労働」はいつしかケアリングになりうる、というように考えていくわけである。

このようにみえてくると、それぞれの論には限界が認められるが、3つを相互に流動的に捉えてみるとときには可能性が広がると言える。

## おわりに

「ケアの倫理」が看護の倫理にとって有効だという肯定的な評価がなされてはいるものの、肯定的評価を裏付ける理由のほとんどが抽象的な表現であることから、「ケアの倫理」は現場にとってはリアリティのない概念という位置に留まったままなのではないか、という問題意識から、その解決の方途を探ることを目的に本論をはじめた。解決の糸口としては、「ケアの倫理」の提唱者の一人であるノディングズのケアリング論、看護理論のなかで対人関係派看護論に分類されるトラベルビーの看護論、ホックシールドの感情労働論という3つの視点において、「共感」がいかなる営みとして表現されているのかに注目しながら、「ケアの倫理」を臨床看護場面に即して見直すことを試みた。そして、ノディングズは「共に感じる feeling with」という言葉に「受け容れ」や「専心没頭」という意味を含ませていること。トラベルビーは、看護の目的達成を可能にする「人間対人間の関係」に至るための通過地点として「共感」を位置づけ、それを「相手の行動を予測する能力」と捉えていること。「感情労働」においては、ケアを提供するほうの感情は目的達成のための道具とみなされ、その目的とは、状況に応じた精神状態を相手のなかに生じさせるものであることを確認した。

以上から、臨床看護場面にふさわしい「共感」の捉え方として、相手と同じ感情を持ち得るか否かという結果ではなく、相手と同じ感情を持とうとするプロセスであるとする見方を提案した。その際、何を目的とするかという点を押えておくことが重要で、ケアを展開する状況やケアを提供する相手、ケアを

実践するひとの人格的な発達段階やパーソナリティに応じて、本論で取り上げた3つの論の視点を参考にしながら目的を設定することが有効であると考えた。

また、「ケアの倫理」は医療現場や臨床看護のケア場面を想定して展開されたものではないために、それを実践しようとする際には当然ながら限界が生じ

る。しかし、ノディングズのケアリング論を軸に、トラベルビーの看護論やホックシールドの「感情労働」の視点も参考にしながら対応を工夫することによって、柔軟性が広がると考えた。今後の課題は、臨床看護場面により適応可能なケアリング論をケアの現場から作り出していくことである<sup>59</sup>。

---

<sup>59</sup> 本論は、平成14年度東北大学大学院文学研究科に提出した修士論文「ケアと臨床の哲学」を基にして改訂を加えたものである。