

“生活者”という視点を重視した看護の実現 — 仏教の教えを手掛かりとして —

蔵本文乃

本論文は看護の思考過程を通して「科学的思考」ということの特徴や限界を宗教、特に仏教の視点から考察し、宗教が看護にどのように取り入れられているのか、患者を全人的に理解することや“生活者”という視点を重視した看護の実現とはどのようなことなのか試論を展開した。

仏教では人間の避けられない苦しみに「生・老・病・死」の「四苦」をあげている。看護は人びとの「生・老・病・死」という命の営みの全過程に関わる。「老」「病」「死」があることによって、人の命を見つめ、毎日の生活に対してのものの見方や考え方がいかに重要であるかを考えていくことができる。すなわち宗教、特に仏教は看護者や人びとに生きるための価値判断を示し、心の拠り所となり、看護者も含めた人びとに力を与え、“生活者”という視点を重視した看護が実現できるのである。

キーワード：霊的ケア、仏教、“生活者”、看護診断、生老病死

I. 緒言

池川は看護の方法論について「看護婦は『患者の全人的把握』という言葉を使いなれてきている。しかし多くの場合、全人的という言葉は『生物的存在のみでない存在、すなわち心理的・社会的存在である人間』という意味で捉えられてきたように思う」¹⁾と述べている。このことは健康障害で苦しみ、不安にさいなまれているのは患者自身であり、患者本人からしてみたら苦しみは自分のものでしかない。そのため、生物学的であるとか心理的・社会的であるとか区別はできないものである。しかし、看護師は看護を行ううえで、客観的に患者の身体反応を観察することは、正確なデータを得て看護過程を展開していくうえで重要なことであるために、生物学的、心理的・社会的といった様々な情報を集めようとする。このときの患者と看護師の関係は、患者と同じ位置にいる看護師ではなく、患者を対象化し患者を観察する看護師となっている。そのため、「患者を全人的に“生活者”として把握する」という本来の意味を捉えられないまま言葉だけが先行しているのではないかと考えた。

わが国では高齢社会という現状から健康障害と共に生活する人びとが増加し、健康に対する価値観も

多様化し、医療に対する欲求の変化、多様化が予測され、患者が望む医療の状況も変化している。そのため患者を“生活者”という視点を重視して看護をすることが重要になってきている。また、人は誰しも年をとりたくない、病気にかかることは避けて過ごしたい、一生健康で過ごしたい、といった願いを持つものである。しかし、人が生きていくうえで「老い」や「病い」という問題はだれしも避けては通れないものである。

そこで、人間の避けられない四つの苦しみに「生・老・病・死」をあげ、生きることは苦であると説いている仏教の教えは、人びとの命の営みに深く関わる看護や健康障害によって悩み苦しんでいる人びとに対して何らかの方向性を示してくれるものと考えられる。

なお本稿における“生活者”という用語は自然や、文化的背景の影響を受けて育まれ活動している者のことをさす。看護者も生活者である。

II. 看護における“生活者”という捉え方 — 看護の思考過程 —

看護の中での宗教的なケアについてS. フィッシュは「宗教的・霊的ニーズの重要性は看護教育に

あたる多くの人に認められてきたにもかかわらず、宗教的ケアは患者を看護する現場ではしばしば避けて通られている。(中略) 患者の宗教的必要性に応えようとする看護婦をまずたじろがせるのは、患者と神との関係は個人的な事柄で、看護婦が立ち入るべきではない、という思いである」²⁾と述べている。しかし、看護は患者と接するときに病気だけではなくその人の全体に関わらなければならない。さらに宗教は個人的な事柄であるからこそ、その人の生きる事や病む事に対しての価値観が反映されると考える。そのため、看護の思考過程を手掛かりに、患者の宗教的・霊的な事柄は避けて通っていくものではなく、「生活者」として捉えるために重要なものであることを明らかにする。

1 看護過程とは・看護診断とは

実践科学とされている看護のあり方を河合は、「看護するという実践方法にある。看護の目的を達成するために看護独自の知識体系に基づき、系統的・組織的に行う道筋によって行われるということである」³⁾と述べている。患者は健康障害のために身体的・精神的・社会的な援助を必要としている。そのために看護師は対象の健康の維持・あるいは回復、という看護の目的を達成するための計画的な一連の行為を行う。その行為は対象から得た情報を基に全人的にアセスメントし看護診断を導き出す。そして患者のゴールを明確にし、プランを立て、科学的知識に基づきケアの実践・評価をしていく看護過程(nursing process)である。このプロセスは階段式に進むものではなく、連続して関連しながら動いている。

また、「看護診断は現実的、または潜在的な健康問題／生活過程に対する個人、家族、地域の反応についての臨床判断である。看護診断は、看護婦が責務を有する目標を達成する看護介入を選択するための根拠を提供する」⁴⁾と定義されている。看護診断は患者、家族、地域の情報を収集し、人間と環境の総合的な相互作用をアセスメントした結果であり、看護師が行う看護独自の介入が必要な臨床判断で、その判断にはクリティカルシンキングが必要になってくる。

さらに、看護診断は「1. 計画のすべてが正確かつ適切なものになるかどうかは、問題とその原因を明確かつ厳密に特定する能力にかかっている。2.

先を見越した計画を立てることで、健康を増進し、問題が発生する前に予防することができる。それができるかどうかは、危険因子(問題の原因であることがわかっているもの)を発見する能力にかかっている。3. 資源と強みを特定することが、費用を節減して効果を最大にする鍵である」⁵⁾という3つの理由から看護過程の中心であると考えられている。「看護診断を導き出し、期待される結果を達成するための介入計画を立案したら介入するための優先順位を決定しなければならない。その優先順位について一般的に、優先順位を決定するためには優先順位の決定法を一つ選び常にそれを使うことが望ましい」⁶⁾とされている。ここではマズローの基本的欲求の階層を例にあげ優先順位の決定について説明する。

「マズローのニーズの階層

- 優先順位 1 生理的ニーズ：生命危険のある問題やリスク因子、また、生理的欲求を損なう問題
- 優先順位 2 安全のニーズ：安全、安心を損なう問題やリスク因子
- 優先順位 3 愛情と所属のニーズ：愛情、所属を損なう問題やリスク因子
- 優先順位 4 尊重のニーズ：自己尊重を損なう問題やリスク因子
- 優先順位 5 自己実現のニーズ：自己実現の能力を損なう問題やリスク因子」⁷⁾とある。

マズローの「欲求の階層」は「下位の欲求(生理的欲求、安全欲求、愛情・所属性の欲求、自尊の欲求)が順次充足されてこそ、自己実現の欲求が発現可能になるのである」⁸⁾と言われている。特に看護が必要な人は何らかの健康障害により生命の危機あるいは身体的な苦痛がある場合が多い。そのため看護者は、生命を維持する上で必要となるバイタルサインや、一時的欲求といった観察や計測で判断することに視点がいきがちである。しかし看護は生命を維持する事だけではなく、人と人との関係であるため、人を尊重するということも重要になってくる。患者の自己実現のニーズが重視されることによってその人の尊厳を守ることができ、患者が尊重され、「生活者」という視点を重視した看護を行うことができる。と考える。

表1 機能的健康パターンの分類 (functional health pattern)

健康知覚－健康管理パターン	クライアントが認識している健康と安寧のパターン、健康管理の方法を表す
栄養－代謝パターン	代謝に必要な飲食物の摂取についてのパターンと身体各部への栄養補給状態がわかるパターン指標を表す
排泄パターン	排泄機能（腸、膀胱、皮膚）のパターンを表す
活動－運動パターン	運動、活動、余暇、レクリエーションのパターンを表す
睡眠－休憩パターン	睡眠、休憩、リラクゼーションのパターンを表す
認知－知覚パターン	感覚－知覚と認知のパターンを表す
自己知覚－自己概念パターン	クライアントの自己概念パターンと、自己に関する理解（たとえば、自己観や価値、ボディイメージ、感情状態）を表す
役割－関係パターン	役割関与と人間関係についてのクライアントのパターンを表す
セクシュアリティ－生殖パターン	セクシュアリティパターンに関する満足と不満足についてのクライアントのパターン、および生殖パターンを表す
コーピング－ストレス耐性パターン	クライアントの全般的なコーピングパターンと、そのパターンの有効性をストレス耐性との関連で表す
価値－信念パターン	クライアントの選択や意思決定を導く価値観、目標、信念（信仰を含む）についてのパターンを表す

Gordon M. Nursing Diagnosis : Process and Application, 3 rd edition, St. Louis, Mosby-Year Book, 70, 1994.

2 霊的ケアの必要性と看護過程

1) 人を全人的に捉えるための看護過程

看護診断を導くためには患者、家族、地域的情報を収集し、人間と環境の総合的な相互作用をアセスメントしなければならないが、その総合的なアセスメントを行うために、マージョリー・ゴードンは、個人としての人、家族、地域社会を理解するひとつの方法として機能的健康パターン (functional health pattern) を提唱した (表1)。

「この機能的健康パターンはアセスメントに使用する基本的な看護データベース (基礎情報) についてコンセンサスがはかれ、いかなる看護理論とも併用できる『情報の収集と体系化のフォーマット』と呼ばれている」⁹⁾。この機能的健康パターンは、「患者、家族、地域社会とその環境との相互作用にみられる看護データを入手する際に、ナースの指針となること、また、情報の組織的な収集と質問および観察の論理的な順序だてを行い体系化することができる。それぞれのパターンは、生物心理社会的統合を表している。どのパターンも、他のパターンを知らなければ理解できない。機能的パターンは生物的、発達の、文化的、社会的、そして精神／霊的要因の影響を受けている」¹⁰⁾ とある。このことは「人」の捉え方として、11の機能的健康パターンそ

れぞれが絡み合っているものが「人」であり、看護の対象となる人を全人的に理解するためには、生物的、発達の、文化的、社会的、そして精神／霊的要因に関する情報を得ておかなければならないということである。言いかえると、この項目が一つでも欠けたならば看護の対象となる人を全人的に捉えることができないということである。

看護過程を展開するために、患者を全人的に理解する必要がある。全人的看護とは「患者の身体的、精神的、社会的、霊的な側面を考慮し、患者の健康状態に影響を及ぼす多面的な問題を解決に導くようなケアを提供する」¹¹⁾ ということである。「看護婦側の強すぎる信念や信条はしばしば、現実の患者や、患者が必要としているニーズを認識しようとする際に、看護婦の先入観や枠組みとなって実践そのものを歪めてしまう危険性すら孕んでいる。個々の看護婦がもっている信念や価値観といったものは、おそらく看護婦自身が患者との関係のなかで、相手における現象を、一度自分自身の自覚に映して反転させる瞬間に、看護婦自身の知覚や思考を決定づけるものとして作用するものではないかと考える」¹²⁾ とあるように、看護師の先入観や価値観が患者を全人的に理解することを阻んでしまう可能性も示唆されている。しかし、「機能的健康パターンを使ったアセ

メント用紙があちこちの病院や看護学校で使われるようになりました。しかし、1枚のアセスメント用紙として普及してしまったようで、その具体的内容はあまり知られていないようです¹³⁾との指摘もあるように、この機能的健康パターンの意義を理解して使用している看護師は多くない。だが、この項目が一つでも欠けたならば看護の対象となる人を全人的に捉えることはできず、専門職として看護独自の臨床判断は的確でないものになってしまうといえる。

生物学的、発達的な身体の状態はフィジカルアセスメントから収集できる。しかし、その人の文化的、社会的、精神／霊的要因に関する情報は看護師の計測だけでは情報は収集できない。特に精神／霊的要因に関する情報は患者の価値観や信念と関係してくるため患者の生活背景や健康状態から判断することは難しい。

そのため、全人的な看護つまり“生活者”という視点を重視した看護をするために価値—信念パターンに焦点を当て看護のなかにどのように取り入れられているかを明らかにする。

2) 機能的健康パターン「11. 価値—信念パターン」

ゴードンの「価値—信念パターン」の定義は「選択や意思決定を導く価値観、目標、または信念（信仰を含む）のパターンを表す。人生において重要だと認識されているもののほか、健康に関連する価値観、信念あるいは期待において感じている葛藤も含まれる¹⁴⁾」となっている。つまり信念や価値には個々人の信仰心や今までの生活から培ったものが反映されるため、個人的な意見が含まれ、非常に抽象的である。「日々の普通の生活では、このようなレベルの思索や解釈は必要ないかもしれません¹⁵⁾」とあるが、患者は健康障害の程度にかかわらず、病気に罹患することにより治療上の意思決定を自分で行わなければならない。しかし治療上は優先順位の基本原則からいえるように生命維持や生理的欲求、安全・安楽に対しての援助を優先しなければならない。患者の価値や信念は精神性に近くその人らしくというあり方の追求であるため、自己実現のニーズと捉えることができ、優先順位の基本原則からだけで考えてみると優先度は低くなってしまう。しかし、治療を受けることやこれからの生活に対し

ての意思決定に影響を及ぼしているものは患者の信念や価値観であるためこの価値—信念パターンは患者にとって重要なものである。マズローの欲求の階層からいうと生命維持に関わることや生理的欲求に関するニーズが充足されたら次の安全に対するニーズに関する欲求が出てくるといわれているが、人は生きているからこそ、欲求の階層に単一的に線を引き出すことは難しく、生理的欲求を重視することは生命維持に不可欠なことであるが、一番高い欲求である自己実現のニーズが重視されることによってその人の尊厳が守られると考えるのである。

その「11. 価値—信念パターン」の分野で現在あがっている診断名は「『霊的苦悩（魂的苦悩）』『霊的苦悩（魂的苦悩）のリスク状態』『霊的安寧促進準備状態』¹⁶⁾〔訳語は『NANDA 看護診断—定義と分類 2003-2004』、医学書院による〕といった宗教的（霊的）側面に焦点を当てたものだけであり、価値観に対する診断名はまだあがっていない現状である。しかし、価値観に対することは個別的なことであるので標準言語で統一的に表現されるのは難しいと考える。そこで「霊的苦悩」という診断名に焦点をあて、看護における宗教的（霊的）な問題の捉え方を考察していく。

3) 看護診断：「霊的苦悩」

「NANDA 承認の看護診断：『霊的苦悩（Spiritual Distress）』

定義：個人の存在そのものを支配し、生物学的・心理社会的性質を統合して超越する生活信条に混乱が起きている状態

診断指標：生きること／死ぬことの意味や信念体系に懸念を表現する*。神に対する怒り。苦しみや受難の意味に疑問を抱く。信念について内的葛藤を言葉にする。自分自身が存在することの意味に疑問を抱く。霊（宗教）的援助を求める。治療方針の道徳的／倫理的な意味に疑問を抱く。ブラックユーモア。怒りを宗教的（霊的）指導者に向けて置き換えをする。悪夢や睡眠障害の説明。怒りや泣くこと、引きこもり、没頭、不安、敵意、アパシー（感情鈍麻）、そのほかの行為によって明らかにされる行動／気分の変調（*は決定的要因）¹⁷⁾「生きること／死ぬことの意味や信念体系に懸念を表現する」という指標は決定的要因としてあげられている。このことは自分の疾患に関する捉え方や向き合い方、生きていく

うえでの意思決定が行えず、個々人が持っている信念と価値観が統一されたものがゆらいでしまうということである。患者にとっての信念や価値観は患者の生活にとって「何が大切か」というところに焦点を当て、「何が大切か」という幅広い解釈には宗教的習慣も含まれるがそれだけではなく、そこには患者個人の信念や価値観が含まれると考える。そのため患者にとって宗教的な考え方と結びついている場合もあれば、結びついていない場合もある。しかし、定義からも分かるように「霊的苦悩」とは科学的なものと精神的なことがすべて一つになって、患者がそれぞれに持っている世の中で暮らしていくために、固く信じている事柄を左右するほどの影響力を持っているものである。

「看護診断」という言葉は看護学を学習しているものにとって馴染みの深い言葉になっている。しかし、ある公開講座では「看護診断用語の理解の困難さや、日本文化に馴染まない診断名の多さがある」¹⁸⁾といった受講者の意見も少なくなかったという事実がある。特に「霊的苦悩」という診断名は全面的に宗教を出さない日本人にとってはあまり馴染まない用語である。しかし、個人が持つ健康障害とともに生きていくうえで何に価値をおき生活しているのかを理解することにより、患者の葛藤や意思決定をいかに行うべきか悩んでいる患者に対して関与することができ、患者が主体となり“生活者”という視点を重視した看護を行うことが出来ると考える。

4) 霊的ケアの必要性

本来、看護のアプローチは、「疾病や臓器、身体機能や健康のある側面ではなく、全体（人間と健康）にかかわるという点で、他の保健医療専門職とは一線を画している。人間や人生を、健康一病、生一死の連続体としてとらえ、さらに患者と看護師の相互作用、生活の軌跡や人生の歴史など時間的要素を取り入れ、部分や全体、文脈の中で他者を理解し、その上でどのような支援が必要なのかを見極める。このようなケアを提供することは、看護の独自性であり特徴でもあるが、実際の看護ケアを導き出し、役割を構築していくまでには多くの困難が存在する」¹⁹⁾とある。

1996（平成8）年の看護教育カリキュラム改正の教育内容の骨子に「科学的思考の基盤」と「人間と人間生活の理解」があげられているが、「科学的思

考の基盤」とは、原理・原則に則った思考であり、科学的な知識や技術は看護学として看護の妥当性を評価し、平等性を保つために必要であること。また、「人間と人間生活の理解」は看護の対象となる人間、個人をよりよく理解し、価値観や思い、気持ち、感情といったその人らしさを取り込むことであり、個別性に適した看護を行えること。以上のことより看護には「科学的（例外がなく、いつ、どこにでも妥当する〈普遍性〉や、首尾一貫して言葉の曖昧さが全くない〈論理性〉や、誰でも認めざるをえない明白な事実としてそこに存在している〈客観性〉）」²⁰⁾な思考も必要であるし、一人一人違う患者の気持ちや個別性に沿って患者を理解するということが必要となってくる。

Ⅲ. “生活者”として捉えた看護の実現

一 仏教の教えを手がかりにして一

1 仏教における苦しみ

仏教は人間の存在を苦しみである、とみるところから出発した。そのことを釈尊は鹿野苑の初転法輪でこう説いている。

「比丘らよ。ここに出家が避けなければならぬ二つの偏った道がある^{註1)}。それは、卑しい欲にふける愚かな快樂の生活と、いたずらに自分を苛む愚かな苦行の生活とである。比丘らよ。この二つの偏った道を離れて心の眼をひらき、智慧を進め、寂・静と聖智と正覚と涅槃とに導く中道が如来によって証られた^{註2)}。比丘らよ。この中道とは何であるか。八正道がそれである。すなわち、正見・正思・正語・正業・正命・正精進・正念・正定である^{註3)}。比丘らよ。これは苦聖諦^{註4)}である。生も苦である。老いも病も死も苦である。怨みある者と会わなければならぬことも、愛するものと別れなければならぬことも、求めてえざることも皆苦である。つづめていえば、人として存えてあることすべてが苦である。比丘らよ。これは苦集聖諦^{註5)}である。新しい生を呼び起こし、欲びと貪とをとともない、此処彼処の境界に欲の樂を生む愛の渴きである。これに欲愛と有愛と非有愛^{註6)}との三つがある。比丘らよ。これは苦滅聖諦^{註7)}である。かの愛の渴きがのこりなく滅びすてられて、執着のなくなったことである。比

丘らよ。これは苦滅道聖諦^{くめつどうしょうたい}である。すなわち、八正道、正見・正思・正語・正業・正命・正精進・正念・正定である」²⁰⁾。

このように人間の苦しみには八つあり、最初の四つの苦しみは人が生きていくうえでは避けては通れない、生・老・病・死。あとの四つの苦しみは、人生の中で誰もが経験する心の苦しみに関するもので、愛する人と別れたり、離れなければならないという苦しみの「愛別離苦」。恨んだり、憎んだりする人と会わなければならないという苦しみの「怨憎会苦」。求めるものが得られないという苦しみの「求不得苦」。健康で心身が活発であるのにかなえられないものがたくさんあるという苦しみの「五蘊盛苦」であると説いた。これらの四苦と生・老・病・死の苦しみをまとめて「四苦八苦」という。

生きていくうえで避けては通れない「生・老・病・死」を「苦」とし、生きることは「苦」であると説いた仏教を手がかりとすることは一人一人の生きることに対する価値観や欲求を重視することになると思われ、その結果には個々人の生活というものが関わってくる。特に、「生・老・病・死」の中の「老・病・死」は健康問題とも結びつきやすく、忌み嫌われるものである。しかし、看護は人びとの「生・老・病・死」という命の営みの全過程に関わる。これは、生きていくうえで避けられない自然の摂理である。「老・病・死」があることによって、人の命を見つめ、毎日の生活への視点がいかに重要であるかを考えていくことができる。「生・老・病・死」が人びとにとって避けられない苦しみであるならば、「生・老・病・死」は日常的な営みである「生活」と切り離して考えることはできない。また、「老・病・死」も含めて「生」つまり生きていくことにつながる。この「生・老・病・死」はひとつひとつを取り上げても、また一連の生命の流れとして全て取り上げても、人びとの生活や看護とは切り離すことができない。

2 看護と宗教のかかわり

看護の歴史を辿ると①原始社会・古代社会の家庭における看護、②宗教を信じるものによる慈善的・奉仕的看護、③職業としての看護の大きく3つの形態に分けられる。

キリスト教では教会が病人の収容施設であり、修

道院で尼僧による看護が行われ、看護の歴史は宗教と深い関わりがある。日本における看護の歴史も仏教と深く結びついている。以下に看護の歴史と看護教育の歴史における仏教とのかかわりを述べる。

飛鳥時代：日本に仏教が伝来した（538年）とき、仏教の熱心な信者であった聖徳太子が大阪に貧しい病人に薬物を施す施薬院・看護する人のない病人を収容して治療と看護を行う療病院・老人や孤児を保護する悲田院・仏教の説法により精神を救療する敬田院という四天王寺を建立した。

「四分律」「十誦律」「摩訶僧祇律」などの仏典には健康管理の方法や病人への思いやりや、看病について具体的に述べられている。

奈良時代：仏教は国家の振興のために利用され、僧のなかでも医療を行う医療僧と看護を主に行う看病僧に分かれた。

鎌倉時代：仏教・医療が上流階級から大衆へと広がり、僧侶による看護が行われた。わが国で最初の看護の本ではないかといわれている「看病用心鈔」が1287（弘安10）年に入寂した悟真寺上人良忠という僧侶の手によって著され、臨終の場における看病法についてまとめられた。

江戸時代：宗教的な看護は影をひそめ、教養としての儒教が普及し、看護や養生に関する書物が出版された。

看護教育においては明治に真宗法話会が仏教主義に基づいた「京華看病婦学校」を設立し、東西両本願寺や知恩院なども看護婦を養成していた。このようなことから日本の看護は仏教の精神を基盤として、出発していると考えられる。

歴史的に日本の看護は仏教と密接な関係があったが、明治維新後西欧の近代医学が取り入れられ、第二次世界大戦後、連合軍総司令部の占領下におかれ、戦後の占領政策とともに、アメリカの看護指導者によって新しい看護の考え方や施策が導入され、アメリカに遅れをとりながらも同じような専門職化の道をたどってきた。したがって、日本の看護研究や看護倫理はアメリカから入ってきた科学的看護論の影響を色濃く受けながら発展し、現在に至った現状にある。

3 科学と宗教と看護の整合性

岸本は宗教とは、「人間生活の究極的な意味をあきらかにし、人間の問題の究極的な解決にかかわりをもつと、人びとによって信じられているいとなみを中心とした文化現象である」²²⁾と定義し、また藤腹は「宗教というものは非科学的であるが人間が生きていくうえで大切な価値判断を示すものである。宗教はさまざまな事象に対し、人間が生きていくうえで大切な価値判断の基準を示してくれるものであり、倫理や道德の基礎をもなしている」²³⁾と述べているように宗教は、科学²⁴⁾と対照的な位置に存在していた。しかし、中村雄二郎は、「多数の人間文化の所産のなかで、科学と宗教ほどく生の原理>とく死の原理>とが深くかかわりながら明瞭に対照的な様相をとっているものはない（中略）人間の高度の文化あるいは営みとして、科学も宗教も当然ながら、ともに、生の原理と死の原理の複合あるいはむしろアマルガム²⁵⁾をなしている」²⁴⁾としている。このことは、科学も宗教も「命」の営みに深く関わっているということである。そのため、人びとの健康障害に深くかかわる看護は科学的でなければならないといわれているなかで、対照的な宗教という側面も看護を行っていくなかで必要である。科学的側面ばかりを重視しても看護としては成立し難い、なぜなら、看護というものは「すべての人びと」が対象であるからである。そのため科学的側面と同様に宗教的な側面も倫理や道德の基礎となっているため様々な生活している人を対象とするときに必要である。

科学と宗教には、生体の変化や数値と人の内面的なもの、というような質的な違いがあり主観的なものと客観的なものという対極に位置づけとしてはあるが、看護の対象は人であり、科学的な認識も宗教的な認識も共に重視する必要がある。宗教というものはその人の価値観や生きることや治療上の選択に関する方向性が、科学的な論理や根拠だけでは解決できない事柄に対する価値を決定していくものである。たとえば、「なぜこんな病気にかかってしまったの」とか「なぜ病気のためにこんなに辛い思いをしなければならないの」といった質問に対して、科学的に疾患や症状の原因や誘因、身体症状や検査結果から今後の成り行きについて説明することは可能である。しかし「なぜ私に」とか「なぜ今」というような自己の存在を問うような問いかけに対しては科

学的思考をもって答えることはできないはずである。そのため宗教というさまざまな事象に対し、人間が生きていくうえで大切な価値判断の基準を示してくれるものは私たちの生活と人生を支える心の拠り所であるといえる。このことは生命倫理の問題が多い現代の医療現場において、人を対象としていくときに、科学的な知識や思考だけでは判断できない事柄に対して解決の糸口を見出していくものであるともいえ、宗教は看護を行っていく中で患者や看護者の支えになるものと考えられる。

4 医療の中にみる生老病死

1) 先端医療の中にみる生老病死

棚橋は「現代の医療技術の進歩により、ひとの生命はある程度、人工的にコントロールでき、操作が可能になり、自分の生命をみずから選び取ることができるようになったが、いくつもの疑問がそこに生まれはじめている」²⁵⁾と述べている。確かに、現代の医療は医療技術の高度化により次々と先端医療が開発されてきた。その先端医療の開発に伴って、人の「命」に対する多くの問題が出てきている現状にある。内山は「現代医療における倫理的、法的問題を現代の医療における倫理的、法的問題は、患者と医師の関係におけるインフォームド・コンセントの原則、異種間移植を含む脳死・臓器移植、末期医療における尊厳死・安楽死・生命の質、不妊治療における体外受精や着床前診断、出生前診断の進歩により先天異常のある胎児の中絶、臨床試験、遺伝子解析研究、遺伝子診断と治療、ヒト胚・クローン胚の研究などに関して多岐に亘っている」²⁶⁾と指摘している。このように現代の医療においては、本来、再生できない「命」というものが、生命科学と医療技術の高度化により科学技術や人の手によって操作でき、自然な「命」の営みを送ることが非常に難しい時代となっている。それでは、先端医療を選択する人びとへの看護のあり方とはどのように考えていったらよいのであろうか。井上は「先端医療に果たす、あるいは先端医療を選択する人びとへの看護のあり方について看護の対象を『全体としての人間』としてとらえ、『全体としての健康（total health）に全人的な看護支援（total care）』を提供する姿勢であろう。つまり治療法が先立つのではなく、療養プロセスの問題重視だけでない、医療の受け手が、意思決定の後に選択し、価値付け、意味付

ける、言うならば『患者による医療の全体の形成と支援』である」²⁷⁾と述べている。この看護のあり方は先端医療に限られたことではない。人びとの生活水準や社会の状況は時代とともに変化する。しかし、人びとの価値観や生き方は、いつの時代もその人独自の固有なものである。そして健康問題に対する人びとの反応に着目し、不適切、不都合を改善するよう支援するという看護の基本的役割、理念は、どのような状況においても変わることはない。したがって、身体的な正常異常だけでなく個々人生活の軌跡、意識下にある宗教や信仰に関すること、その時々、社会状況も考慮に入れた最良のケアを提供する必要がある。人びとが何を求め、また看護専門職として人びとに何が必要かを見定める、「命」や「生」「死」の問題を「科学技術」ではなく「人間」を中心に考えることが必要であるといえる。「科学技術」の発達により早期発見や早期治療、医療技術の高度化により救えた命も数多くある。しかし、先端医療における生命倫理に関する問題に対しては、患者の価値観や生き方を重視すること、すなわち患者の心の拠り所となっているものを重視し看護ケアを行うことが患者の尊厳を守ることにつながるといえる。さらに患者の尊厳を重視することは先端医療の中では特に人びとを“生活者”として捉えることになる。

2) 高齢化社会にみる生老病死

仏教の教えで「老」や「病」が人間の避けられない苦しみであるとするのであれば、「老いる」ことや「病む」ことは生命の自然な営みの過程としてとらえることが必要である。本来「老いる」という事は老けていく、老人になるということではなく、日々生きることを積み重ねていくことである。誕生日が来たから年をとったということではなく、毎日の生活が人としての年を重ねていくことなのである。

しかし、一般的に人間の生涯は年齢により乳児期、幼児初期、幼児期、学童期、青年期、成人初期、壮年期、老年期というように分けられている。老年期とは65歳以上の人びとのことを示す。「老い」というと、仙涯義梵という禅僧が「老人六歌仙」で「しわがよる。ホクロができる。腰まがる。頭がほける。ひげ白くなる。手はふるえ、足はよろめく。歯はぬける。耳は聞こえず、目はうすくなる。身にそうは、ずきん襟まき杖めがね。しびん孫の手。聞きたがる。死にともながる。淋しがる。出しゃばりたがる。世

話やきたがる。気短になる。グチになる。心がひがむ。欲深くなる。またしても同じ話に子をほめる。達者自慢に、人は嫌がる」²⁸⁾と表現したように、容姿や行動などの目に見える変化があり、その他に精神・身体機能の変化がある。精神的機能の変化は、想像力・統合能力・理解力などの知的な側面や情緒的な側面では、高い水準を保っているが、計算や記憶、新しいことをおぼえる記憶力、想起力などは低下する。多くの人が長生きをしたいとは思っているが、早く老いたいとは思っていない。また、「若い」という言葉は行動力の源となり、「元気」や「はつらつ」という明るいイメージを持ちやすいのに対し、「老い」という言葉は「年寄りだから」や「若さにはかなわない」というような消極的な概念で使われることがある。

人は生きている以上確実に歳をとっていくものである。だが、65歳を過ぎると全員が一斉に老人となることはない。言い換えると、精神年齢や肌年齢、肉体年齢という言葉があるように、「年をとる」ということが「老いる」ことに直結するものではない。

では、「老いる」ということはどのようなことなのか。中里は「老いは、朽ちることであり、非可逆的であって、無条件な喪失状態およびそれへの移行を、その本質とする」²⁹⁾。さらに、「非可逆的だということは、要するに、絶対に戻らないということである。(中略)さらにいいかえれば、もはや何ものも生み出すことができないということに他ならない。いまもっている何かしらを喪失して決してそれを取り戻すことができない状態に陥るということではないだろうか。非可逆性としてみられる限りでの老いの本質とは、こうした無条件な喪失状態およびそうした状態への移行ということに、存しているのではないだろうか」³⁰⁾と「老いる」ことに対して述べている。また新村は「人生のそれぞれの時期がそれぞれ独自の意味と価値をもっており、老年といえども固有の意味と価値が与えられていることである。生は死のためにあり、生き方が死の在りようを決定するという思考においては、生き方の決算期である老年期こそが、まさに生の充実を計るべき時と考えられていたのである」³¹⁾と述べている。慢性疾患の増加もあり疾患を抱えながら生活している高齢者が増加している現状ではあるが、「老人六歌仙」や中里は今ある状態は今しかないのだから、他人と自分を比較することなく事実を事実として見て受け止め

ることが必要だと言っているのである。また、仏教では他人と比較することはよくないことだとされている。それは正確な判断ではなく、自分が優れているとか、他人が劣っているとか思い、心が騒いでしまうためである。「老い」の状態はみんなが順当に生きれば必ずやってきて、誰もが通る道である。また、先にも述べたように「老い」とは老人になることではなく年を重ねていく事であり、それは私たちが生活しているうえで積み重なっていることである。それは誰もが通る道だからこそなおさら他人と比べることなく、事実を事実として受け止め、老いたら老いた時の楽しい生き方ができるよう、身体や精神にみられるさまざまな老化現象こそが健康的で自然な変化であり、命の営みであることを受け入れられるように援助していくことでより“生活者”という視点を重視した看護の実現ができるのである。

Ⅳ. 結 論

人間の避けられない四つの苦しみに「生・老・病・死」をあげ、生きることは苦であると説いている仏教の教えは、人びとの命の営みに深く関わる看護や健康障害によって悩み苦しんでいる人びとに対して何らかの方向性を示すことができる。「老・病・死」があることによって「生」となり、人の命を見つめ、毎日の生活への視点がいかに重要であるかを考えていく手がかりになる。看護は全ての人びとが対象であるからこそ、科学的側面と同様に倫理や道德の基盤となる宗教的な側面も必要となるのである。宗教や信仰に関することが人びとの意識下にあるものであり、無意識の中では気が付きにくく、意識下にあるからこそ、宗教に関する営みが生活の中に反映される。そして、健康障害により今までの生活を送れなくなったときに心の拠り所として宗教や信仰が表れてくる。

看護における宗教のもつ意味は看護者や人びとに生きるための価値判断を示し、心の拠り所となる。そのことは看護者も含めた人びとに力を与え、“生活者”という視点を重視した看護が実現できるのである。

V. 結 語

人は何らかの障害を持ったときや不安や恐怖、あるいは叶えてほしい望みがあるときに人は祈ったり、心の拠り所とするものを求めるものである。なぜならそれは患者にとって自分自身に直接起こる問題であり、患者本人が一番不安を感じているからである。その不安を感じている患者を支えられるのは、人しかりない。人であるからこそ人を支えられるのである。その患者の日常生活や個人史を捉えることは今までも看護ケアのあり方としていわれてきた。しかし、その患者の意識下、無意識の中にある価値観や信念は今までの日常生活や個人史の背景となっているものであるといえる。だからこそ、専門職としてそれを捉え看護を行うことがよりいっそう“生活者”という視点を重視することになるのである。

付 記

本論文は、平成16年度九州看護福祉大学大学院看護福祉学研究科基礎看護学専攻修士論文「“生活者”という視点を重視した看護の実現—仏教の教えを手掛かりとして—」の一部を加筆修正したものである。

註

- 1) 比丘ら：修行僧のこと。偏った道：極端な道。
- 2) 寂靜：心が安らかに静まった状態、聖智：真実を明らかに見ひらく智慧、正覺：正しい悟り、涅槃：悟りの境地、中道：自分の意思や感覚に対する固執を離れた道。真理にかなった道、如来：迷いの世界に現れた真実。この世に真理を説き示す人。
- 3) 八正道：さとりに至るまでの八種の正しい実践知。正見：心理にかなった正しい見方。正思：心の働きを正しくすること。正語：正しい言葉を語ること。正業：行いを正しくすること。正命：正しい生活。正精進：正しい努力。正念：つねに真理にかなった正しいあり方を心に念じ忘れないこと。正定：正念によって、精神と生活とが一枚になった状態。
- 4) 苦聖諦：人間であるかぎり、いかなるあり方をしようとも、ことごとく苦であるという真理。

- 5) 苦集聖諦：苦であるのは、すべて愛着の心にもとづくという真理。
- 6) 欲愛：財物・性・飲食・名誉・睡眠の五欲にまとめられる欲。有愛：生命への愛着。いかにしても生きながらえようとする欲求心。非有愛：有愛が否定されるとき、生きながらえることを拒む心。死への欲望。
- 7) 苦滅聖諦：苦が全く滅しさられた境地。
- 8) 苦滅道聖諦：苦を滅する実践道。
- 9) 科学は「多数の実証された真理を関連づけた体系に関する学問、あるいは系統的に分類した観測事実に関する学問の一分野で、これは一般法則の下に何らかの形に総括する。また科学は信頼性のある方法論を発見させたり、それぞれの学問分野の領域内で新しい心理を発見する」と定義されている。ドロシー・ジョンソン、看護の本質、稲田八重子訳、現代社、p64, 1992。
- 10) アマルガム [amalgam] とは「冶金」《水銀と他の金属との合金》。合成物（種々な要素の）混合物。新英和中辞典 第6版（研究社）ここでは科学も宗教も生の原理と死の原理が混ざり合っていると捉えることができる。

引用文献

- 1) 池川清子：看護生きられる世界の実践知。ゆみる出版、p26, 2001.
- 2) シャロン・フィッシュ、ジュディス・シェリー：看護の中の宗教的ケア、窪寺俊之、福寫千恵子訳、すぐ書房、p69, 1999.
- 3) 河合千恵子：看護のこころ－医療科学入門その科学・アート・文化、南江堂、p88, 1997.
- 4) I. C. コーリア、K. E. マクキャシュ、J. M. パートラム：クリティカル・シンキングを基本にした看護診断プロセス、藤村龍子監訳、医学書院、p13, 1997.
- 5) R. アルファロールフィーヴァ：基本から学ぶ看護過程と看護診断、江本愛子監訳、医学書院、p75, 2004.
- 6) 同掲書（R. アルファロールフィーヴァ著）：p116.
- 7) 同掲書（R. アルファロールフィーヴァ著）：p116.
- 8) 服部祥子：人を育む人間関係論 援助専門職者として、個人として、医学書院、p119, 2003.
- 9) マージョリー・ゴードン：ゴードン博士のよくわかる機能的健康パターン 看護に役立つアセスメント指針、上鶴重美、照林社、p21, 2003.
- 10) 同掲書（マージョリー・ゴードン著）：p151.
- 11) 同掲書（マージョリー・ゴードン著）：p2.
- 12) 前掲書（池川清子）：p33.
- 13) 前掲書（マージョリー・ゴードン著）：p89.
- 14) 前掲書（マージョリー・ゴードン著）：p90.
- 15) 前掲書（マージョリー・ゴードン著）：p90.
- 16) 前掲書（R. アルファロールフィーヴァ著）：p201.
- 17) 前掲書（I. C. コーリア、K. E. マクキャシュ、J. M. パートラム）：p186.
- 18) 藤内美保：看護診断 今求められるもの、大分看護科学研究、52, 2002.
- 19) 井上智子：先端医療と看護研究の課題—何を課題に何を求めて—、Quality Nursing, 9（8）, 5, 2003.
- 20) 中村雄二郎：臨床の知とは何か、岩波新書、p167, 2003.
- 21) 教学研究所：釈尊讀本、東本願寺出版部、pp68-70, 1970.
- 22) 岸本英夫：宗教学、大明堂、p17, 1961.
- 23) 藤腹明子：仏教と看護、三輪書店、p5, 2000.
- 24) 中村雄二郎：Ⅱ生の原理と死の原理—脳死問題に触れて—中村雄二郎作品集 第二期Ⅱ臨床の知・各論、岩波書店、p219, 2000.
- 25) 棚橋實、杉田勇、中里巧他：いのちの哲学 いま生命倫理に問われているもの、北樹出版、p3, 2000.
- 26) 生命倫理と法編集委員会編：資料集 生命倫理と法、太陽出版、p3, 2003.
- 27) 前掲書（井上智子）：15.
- 28) <http://www11.ocn.ne.jp/~hozoki/houwa/houwa0409.html> 2004.12.07
- 29) 中里巧：第8章美しく老いる、いのちの哲学 いま生命倫理に問われているもの、棚橋實編、北樹出版、p136, 2000.
- 30) 同掲書：（中里巧）p137.
- 31) 新村拓：老いと看取りの社会史、法政大学出版局、p6, 1991.

（平成18年1月16日受理）

蔵本文乃

〒861-5598 熊本市和泉町325番地
熊本保健科学大学
保健科学部 看護学科

Towards Nursing Emphasizing the Viewpoint of People Living Ordinary Lives : With an Emphasis on Buddhist Teachings

Ayano KURAMOTO

Abstract

This paper is essay exploring the questions of how religion can be adapted to nursing in an attempt to understand the patient, and also how, seen from the stance of religion – in particular Buddhism-nursing that apprehends the patient holistically or emphasizes a stance in terms of people living ordinary lives can be approached, in light of the characteristics and limitations of scientific thought throughout the intellectual process of nursing.

Buddhism teaches four kinds of suffering that are the unavoidable characteristics of human life: birth, aging, sickness, and death. Nursing professionals participate in this full spectrum life : birth, aging, sickness, and death. Through aging, sickness, and death we are provided the opportunity to examine human life, and consider the importance of our viewpoints and perspectives on daily life. In other words, religion – particularly Buddhism – provides nursing professionals and others with useful value judgments, is a source of comfort, provides strength to all inclusive of nursing professionals, and permits a type of nursing that gives importance to people living ordinary lives.