

身体に関する論考 ——看護学における身体像の広がりや深みへ分け入るために——

阿保順子¹⁾

【要旨】 本稿は、看護学における身体概念の明確化に向け、日常生活や精神病、認知症や看護技術における人間の身体経験をを通して、これまでの解剖生理学的な身体像からの捕らわれから抜け出し、身体性について考察した論考である。

日常生活では残像などの視覚体験、聴覚や触覚のリアル性から入り、既視感という総体的感覚をとりあげる。精神病では統合失調症急性期で彼らが体験する身体経験、つまり、自分と周囲を分ける境界線が破綻寸前の状態に陥ることを、著者が提唱している保護膜モデルを使って考察する。看護技術という身体経験は、患者さんと看護師の間から押し出され、相互嵌入するということ、そこには言葉が及ばない身体領域が存在することについて言及する。最後は、2人の重度認知症の人の出会いの場面分析から、原初的身体の存在を想定せざるを得ないことを述べる。これらから、身体は多層的なものであることを考察した。

【キーワード】 看護学, 身体, 統合失調症, 認知症高齢者, 看護技術

はじめに

身体への関心のはじめは、患者さんから滲み出ていた「儚さ」を思わせる表情であった。昭和45年、新卒の看護婦として配属された結核病棟での出来事である。中原中也に似た文学青年ふうの男性患者Mさんは、血痰が続いていたため、症状安静で過ごしていた。ベッドの右わきには床頭台、左わきには吸引器が置かれた。まさかの喀血に備えてのことであった。新卒看護婦としての私は、その日、先輩看護婦からMさんの状態が落ち着いているから吸引器を片づけるように指示された。Mさんは、いつものように静かな物腰で、「お願いします」と言った。夕方、時間ははっきりとは覚えていないが、ナースコールがあり、トイレに駆け付けた。血まみれになったMさんがそこに倒れていた。私は泣きながら、口の中で固まっている血液を手

でかき出していた。

Mさんが亡くなったあとしばらくして、私の頭にはMさんの表情が自ずと浮かぶようになった。その時には意識していなかった彼の表情が、なぜ後で私の頭の中に思い起こされたのだろうか。彼のあの時の表情は、その直後に起こる事態の予感とか予兆ではなかったのか。では、その予感とか予兆というのは、認識できるのか、いやできない、なぜならばそれらは認識の外にあることだから。だから、感じ取るしかない。だとすれば、どこで、どうやって感じ取ることができるのだろうか。問いは、言語や意識から「身体」へと网状組織のように広がっていった。

その後、臨床経験と教育経験を通して私は精神看護にのめり込んでいくのだが、身体という問題はの間もずっと私の心を惹きつけて離さなかった。看護技術、統合失調症急性期看護、認知症の人々の生活世界など、

¹⁾長野県看護大学
2013年12月20日受付
2014年3月18日受理

これまでの研究テーマにおいても、基底には身体問題が横たわっている。そして、それらの中での身体の考察は、総説（阿保，2006）としてまとめてきた。しかし、それは、まだ狭い。

看護学はまだ日が浅い学問である。なによりも基礎学が弱い学問でもある。「身体」は、看護学の基礎として問われ続けていかななくてはならない。本稿では、私がこれまでの研究において抱いた疑問と思考過程、そしてその時点で得た結論をまとめた。ある意味、果てのない課題である「身体」を考える糸口ないしは手がかりになればと思う。なお、記述の一部は、これまで雑誌等へ書き散らしてきた稿（一覧は稿末）を改変しつつ入れ込んであることをお断りしておく。

1. 日々の暮らしの中での身体経験

最初に、一人の生活者としての身近な身体経験から記述しよう。

1) 感覚の謎

「もう寝よう」と思って蛍光灯を消す。目をつむる。なにかが眼の中に残っている。蛍光灯の残像である。目を閉じて網膜に残像は映っている。でも不思議には感じない。実際目の前にないものが見えていても、それは残像として科学的に明らかにされているからという理由だけで納得しているのである。その一方で、幻覚、いわば目の前にないものが見えているのは幻であり、その理由は科学的には説明されていない。だから幻覚は異常な事態として認識されることになる。アルコール依存症の患者さんが、実際には存在しない虫が体を這い上がってくるとおびえる。レビー小体型認知症の患者さんが、あそこに子どもがいるからと手まねきする。それらは病気の症状として私たち看護職は捉えているはずである。そして脳内の異常として説明されているが、なぜ実際には存在しないものが見えるのかは科学的に説明されていない。

同じことは、聴覚についてもいえる。気になることがあり、携帯電話での知らせを今か今かと待っている。実際には鳴っていない着信音が聞こえたような気がして何度も携帯電話を開いてみる。都会の喧騒から離れて、静かな田舎のバス停に降り立つ。一瞬、音が消え

たような感覚に襲われる。しばらく、その静寂の中にたたずむと、やはり頭の中で車が通り過ぎる音が鳴り響いているように感じる。田舎生活に慣れ親しみ、車の音から解放されてくる。しばらくすると今度は眠る前のし〜んとした暗闇の中で、何かしら、宇宙の音かと空想してしまうような音が聞こえてくる。それは、静寂音とでも命名できそうな不思議と静かな音である。さらに言えば、誰とも会話することなく日がな一日を一人で過ごしてしまったその夜に、「でもね・・・」と独り言をつぶやいている自分にはとすることがある。頭の中で誰かと会話しているのである。その時、相手の声は頭の中にあり、それに対して自分は声を出して答えているのである。こういった状態は精神医学用語で「対話性幻聴」と呼ばれる。もちろん、精神医学的には、ある文脈の中に置かれた際にこう呼ばれるのではあるが。こういった体験は決して私だけのものではない。日常的すぎて、当たり前すぎて、ことさらに取り上げられないだけである。

2) 総体としての感覚

こうした体験はときにミステリアスな感覚として私たちは経験的に知っている。人がなにかを思い出するとき、それは記憶にあるからだという。そして、記憶は記銘、保持、想起からなると科学的には説明されている。しかし、何かをきっかけにしなければ、思い起こされない、つまり想起できない。それでは、その何かのきっかけとはなにか。それは、具体的な出来事であったり、人間の五感、特に、聞いたことがある音や声、見たことがある風景などである。時には五感が総合的に合体され、タイムスリップしたような懐かしさで彩られるデジャ・ヴ、いわゆる既視感として体験される。デジャ・ヴは、風景を構成している一つ一つのパーツを過去と照合しても、また、一つのパーツにまつわる過去の具体的な出来事の記憶を動員してみても、それだけでは起こり得ない。意識的に想起できるのではなく、その下にある情動的な記憶に張り付いている当時の気分の総体であると言えるだろう。ノスタルジックな懐かしい記憶、セピア色の甘やかな記憶、そして忘れていたかっただおぞましいほどの記憶だったりするのは、そのせいだ。ここでも、身体は意識の上で

けで語るができないのがわかる。五感も記憶も切り離すことのできない「身体」なのである。

視覚の記憶の多くは、時間がたつほど鮮明さは薄れていく。そして、リアルだった人間の表情やしぐさは、次第に写真の中でほほ笑んでいる顔に取って代わっていく。写真の中の顔こそが亡くなった人の顔になっていく。しかし、今はいないその人の、手の柔らかさや滑らかさといった一言では表せない、えも言われぬその肌ざわりは、なぜか残っている。視覚の記憶よりは、触覚のそれの方にリアリティがあるように思う。語られることが少ないのが触覚の記憶である。しかし、触覚の記憶は、いま記したように、えも言われぬという表現しかできない、肌ざわりの総体である。しいて言葉を当てるとすれば、たとえばフワリとかスベスベ、反対ではザラザラ、ゴツゴツである。亡くなった私の母の手に関する記憶を言い当てるとすれば、サラサラとヒンヤリとプニョプニョを合体させたような感触である。こういった擬態語または擬声語、オノマトペは、言葉の一步手前にある表現である。さらにその感触の奥を探っていけば、そこにはその人がもつ体温や手が放つ表情、そしてその人自身の来し方までを感じとれるように思う。

こういった身近なことにおいても、身体に起こっている現象には、科学では説明できない多くの不思議が実際にはある。そして、多かれ少なかれまた意識しているいないにかかわらず、指摘されればそれぞれに体験されている場合が多いはずである。当たり前前かが当たり前にできなくなる、身体のだこかが変だ、どこそこが痛い、苦しい、などいつもと違うことを訴えかけられた時、私たち看護職は、その患者さんの当たり前前前を知らないことに気づく。というよりは、看護職は、どれだけ当たり前前を形成している身体の現象というものに通じているのだろうか。

2. 統合失調症の人々の身体

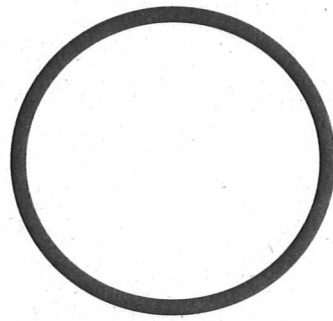
統合失調症に罹患した初期、つまり急性期の人々は、絶対的な恐怖や身体感覚の喪失とでも言い得るような状態に置かれる。自分の周囲が全くの漠とした宇宙空間だったり、あるいは他者は自分へ差し向けられた殺人者だったりする。また、熱湯で平気で手を洗ったり、

尿意を全く感じなかったりするのである。彼らは、何ゆえにそんな状態に置かれるのかという問題は、精神医学の領域で議論されてきた。しかし、その恐怖体験や身体感覚の喪失はどれほど彼らを苦しめているのか、どうしたらそれらの苦痛を軽くしていけるのかについて、多くは語られてこなかった。語られても観念的すぎて理解できない代物であった。そんな動機から編み出された理解のための一つの方法が、精神構造を元にした保護膜モデルである。

1) 自分と周囲を分ける境界線

統合失調症に罹患した人々の場合、解剖生理学的な表層的な身体だけに注目したのでは到底理解しえない。このことについて、私は人間の精神構造を想定しながら述べてきた（詳しくは成書を参照。阿保ら、2009）。私は長年、統合失調症の急性期に生じてくるさまざまな身体現象をみてきた。その過程で、彼らはころころだけでなく、ころころを孕みながら存在する身体そのものが、通常に生活している我々の身体とありようと大きく異なって体験していることに気づいた。その異なった身体とありようを説明する際に、模式図にした精神構造という概念を用いた。詳細は前述の書物に譲るとして概略は以下である。

通常の人々の精神構造を太い厚みのある実線の円とした。この実線の円は、他者と自分を分ける境界線を示している。私たちは通常、自分と他者とを別々の精神構造をもつ人間として捉えているし、確かに皮膚を外側面として身体的にも両者はくっきりと区別されている。私から見れば他者は他者であり、他者から見ればその他者は自分であり、私は他者である。これが、人間一般を捉える大前提である。つまり自分あるいは自己というのは他者とは明らかに一線を画す存在であり、明確な境界線をもっている（図1）。そして、両者を区別する境界線はゆるぎないものであり、いわば判別可能な厚みをもって、それぞれが個として存在している。



自他の境界線はしっかりとした厚みをもつ

図1 人間の精神構造

2) 統合失調症急性期の人々の精神構造について

しかし、統合失調症という病に罹患しやすい人々は、その太さ、つまり厚みがない境界線しかもっていない。理由は、生得的なものもあるだろうし、育ったプロセス、いわゆる生育環境にもある。したがって、線が細いゆえ、さまざまなストレスに対して脆弱であり、簡単に破れやすい境界線である。そして、罹患した初期には、その細い境界線に亀裂が生じ、破線状態になる。いわば自分と他者の境界が曖昧なものになっていく。模式図的には、細い破線の円の状態になるというものである。つまり、破線と破線の隙間から「自」が出ていき、「他」が入ってくることになる。そういう意味をもつ現象が、幻聴や妄想、思考漏洩や思考奪取などである(図2)。自分と他者が入り交じり、確たる自分という存在を実感できなくなる。ひどい場合には、自分という存在がすっかり境界線の隙間から抜け出てしまい、自分の内部には他者が侵入し、他者に支配されるようになる。自分は空っぽの状態となる。身体的には、熱い冷たいという感覚や尿意も感じ取れなくなる。さらに空腹だとか、眠いという生物としての基本的なニーズも消えてしまう。

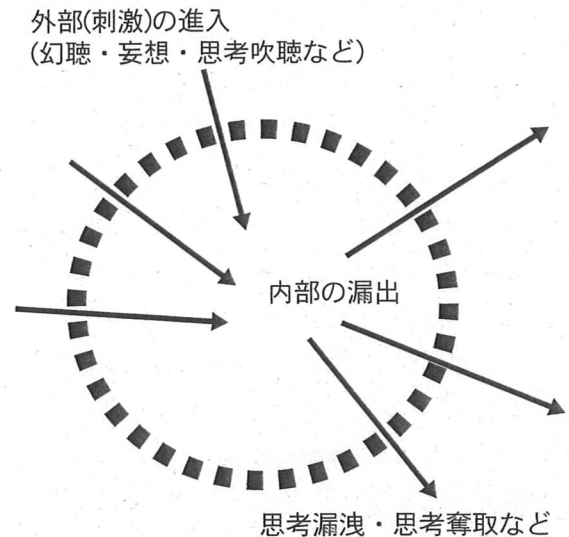


図2 急性状態の患者の精神構造

解剖生理学的身体は、ホメオスターシスという概念でもってこれらを説明する。しかし、統合失調症急性期では、このホメオスターシスが完全に壊れる。また表層的身体では、こういった自他の境界は明瞭なものであり、一人の人間の身体はその個人に属している。だからその境界が曖昧になるというなどという現象は起こりえない。しかし、そういった理解では、統合失調症に罹患した人が体験する身体現象は説明できないのである。

3) どんな看護が導かれてくるか

急性期は、外の見知らぬ世界が自分の中に侵入してくる事態であると先に述べた。自分が失われていくということは、実線の円が破れて破線になり、線と線の間から内部が漏れ出ていくということである。すなわち、自と他の境界が曖昧になってしまうことを意味する。破線状態になることによって、自分の内部は漏出していき、外部の世界の侵入が始まる。内部と外部がないまぜになっていく。混乱は必至である。

こういった状態が起こっていると理論的に想定すると、その場合の看護として考えられるのは3つである。1つは、破線状態にある円の外側に保護膜を張ることである。2つめは、当の本人が自ずと張っている保護膜をはぎ取らないこと、3つめは円の内側から何らかの保護膜が張られていくことを妨げないことである。

る。人間には自然治癒力が備わっている。精神病といえども回復していく。自然治癒力が働くのである。それを内側から張られてくる保護膜として捉えている。

1つめの外側に保護膜を張るという看護の具体的な方法は、人による保護膜と物理的な保護膜を張ることに大別できる。人による保護膜は、かかわる看護師をできるだけ限定することによって、患者にとっての味方が存在し、しっかりと護られていることが実感されるようにすることである。物理的保護膜も必要である。外部の音は、殺人者の足音として捉えられるかもしれない。だから、外部音が可能な限り遮られる部屋に入室してもらうのも外側に保護膜を張る一つの方法となる。

2番目の患者本人が張っている保護膜をはぎ取らない看護は、衣服やかぶり物は無理にはぎ取らない、更衣や入浴は無理強いしないということになる。しかし、いずれは入浴してもらわなくてはならない。そのためには、看護師が保護膜の代わりになるような信頼関係を築き、彼ら自身が無意識的に保護膜を張らずにすむようにしなくてはならない。物理的保護膜を看護師という人的保護膜で代替してやるという意味である。看護師は日々、患者さんとの信頼関係の上にたった看護を展開している。だから、少し時間はかかるが、このことは可能である。最後の内側から保護膜が張られていくことを妨げない方法である。それは、自分が失われていってどこにも存在しないという感覚を何とか補完してやることである。換言すれば、自分が自分であることの実感を得られるような工夫をすることになる。たとえば、彼らの手を看護者の手に重ね合わせ、看護者の手を通して自分の手の冷たさや暖かさを実感してもらうなど、身体接触を通じての自己確認などもいいだろう。もちろんマッサージもいいだろう。彼らが自分の感覚や自分の存在を見出せるような方法を工夫することが要請されている。そのためにも患者と接する時間を増やし、支持的にかかわるという原則をきちんと実践することが必要なのである。

以上のように、起こっていることがわかるようになると、看護の方法も自ずと導き出されてくる。もちろん、モデルは万能ではない。患者に添う日々の看護実践の中にさらなる理解を生むヒントが隠されているこ

とを肝に銘じたい。

3. 看護技術の諸相

看護は、患者さんと看護師の間で押し出されてくる現象である。そこに介在する看護技術もまた、看護師の側からの一方的な働きかけではない。ここでは、看護師がある状況下で用いている看護技術を取り上げる。そして、その看護技術のもつ性質から身体について考えていく。

1) 相互嵌入する看護技術

俗称「日赤サウナ」という清拭の仕方がある。熱布で、背部全体を覆うように蒸すのである。私は新人時代、ベテラン看護師による目の醒めるようなバックケアを目撃した。明け方の寝ぼけ眼をさます夜明けのコーヒーに勝る光景であった。腹部手術後、一夜明けた患者さんのバックケアは、深夜勤務のK看護師によって行われた。時に力を入れているようだが、ゆっくりとしたストロークを描いてバックケアは何事もなく終了した。かに見えた。しかし、患者さんは「あ〜気持ち良かった」と大きく息を吐き、春のお日様を浴びたような表情をした。K看護師とは、その後何回か夜勤をともにしたことがあり、かの夜明けのバックケアについて尋ねたことがある。彼女は言った。「患者さんはね、手術した夜の苦しみを背中ではらせてくれるのよ」と。さらに「患者さんの背中に手を当てるとね“痛かったところをかばったので、そこが凝っているのよ”とか“そこが濡れている感じがして気持ち悪かったのよ”とか、患者さんの声が聞こえてくるような気がするのよ」と、ぼそっと続けた。世の中に対して斜に構えていた当時の私であれば、そんなセリフには嘘くささを感じたに違いない。しかし、目撃した患者さんの表情は嘘ではなかったし、K看護師の患者を聴く力なしにあのようなケアは生まれ得ないはずだと思った。

清拭という行為は、人間の境界面であるところの皮膚を通じて、拭くという看護師の能動性と患者の拭かれるという受動性が、一瞬のうちに反転するという相互性を内包している。つまり、看護師の拭くという能動的な行為は、患者の皮膚の内面にある筋肉の凝りを

感知するのだが、それは患者の拭かれる身体が看護師の手に能動的に働きかけているということでもある。したがって、この瞬間、看護師の拭く行為は、受動を孕む行為に反転しているのである。元来、個人として相対しているにもかかわらず、つまりお互いが外部として区切られていながらなおお互いの内部がふれあい、交わっていくところに対他的技術としての看護技術は成立してくる。この時、看護師の手は、患者の内部になり、患者の内部は看護師の手によっていったん外部に連れ去られ、再度心地良いものとして患者の内部に返されるのである（阿保，2004）。相互嵌入するのが看護技術である。

看護技術は、患者さんに安楽と安心をもたらす、痛みや苦痛を軽減させ得る、人間自身を媒体とする行為である。そしてそれは、上記のような相互性あるいは相互作用から生み出されてくる。

相互作用を取り上げた学位論文（伊藤，2008）では、患者との相互作用において、看護師は、患者さんの科学的な言葉で指し示される症状や体内指標といった意識に登ってくる事柄を「わかる」と同時に、見えない、うまくいかない、気になるという感覚をもたらす「わからなさ」に伴う不確かさを身体に宿しながらそれらと向き合い続けていることがわかっている。つまり、そのような相互作用によって看護師の看護行為は押し出され、先に述べたバックケアのような自他が融合する看護技術が成立していく。相互作用は、こういった言葉にならない前意識にある身体や、意識の基底にある原初的身體が稼働してはじめて成立する。押し出されてくる看護技術は、適用という言葉の背後に隠れている。看護技術はその意味で、患者自身の身体と看護師自身の身体が相互嵌入する場なのであり、看護という営みが身体的であることの証左でもある。

2) 言葉が及ばない領域と身体の階層性

これまで看護において捉えられてきた身体は、もっぱら解剖生理学的な、実証的で科学的な言葉で捉えられてきた身体である。しかし、それは一つの捉え方にすぎない。身体はより多層的である。

身体に関しては西村の輝かしい記述がある。西村（2001）が述べる身体論の要点は3つである。一つは

「見る－見られる」「触れる－触れられる」が区別できないような経験というものは、前意識的な層に注目しなければ押し出すことができないことである。二つ目は、「タイミングが合う」「雰囲気をつかむ」ことは、意識的な層を取り払い、患者と看護師という二者関係を支える対の現象が生成されることによって、患者から表出されることの意味をつかむことができるようになるからであるということ。三つ目は、そうした始源的な次元における交流の成立には、患者に「馴染む」「慣れる」ことが契機としてあり、それは看護者である「私」ではない他者、つまり患者さんとの関わりあいの中で押し出されてくる「私」であることに気づくことができるからであるというものであった。表層的な身体のみ注目してきた看護に反省を促すものであり、同時に人間の身体の意識的な層と前意識的な層という身体の深さについて言及している。

看護技術は、からだところを分けて考えるという心身二分法によって組み立てられているわけではない。それは、身体と心をつなぐ一つの実体として、あるいは心は身体の内部に存在するものとして、さらに言えば、ここは目に見えない分、からだという実体に浸透しているとして捉えることによって成立している。看護技術はまた、意識的な身体に直接侵入していくという暴力的なものではない。身体への直接的な侵入は人を脅かす。鷺田（2011）は服を着ていることの安心感について「服を着たとき、わたしの表面は服の表面に移行する。そして服と服のあいだ、つまりは肌着やそこに孕まれる空気が私の内・外の緩衝地帯となる。だからそこに他人の手が侵入するとぞっとする。そこには、わたしの内部感覚をじかに侵襲されるようなおぞましさがある。」と述べている。看護技術はそういった侵入的、侵襲的なものであってはならないし、現にそういうものではない。人と人にある境界を瀾漫的に、粒子のような形で溶け込んでいくようにして作用する。その瀾漫的な作用をしていくために看護技術は手順に従うという一つの作法あるいは型で貫かれている。手順に従うという作法あるいは型は、流れとして意味を持つものである。つまり、静止した一瞬一瞬ではなく、その流れが作法とか型と言われるものである。そして、この流れが、知らず知らずのうちに患者さんの身体へ

と分け入っていくことになる。だから、看護技術は非侵襲的であり非侵襲的なのである。知らず知らずのうちというものは、表層的で意識の上にある身体だけを想定しただけでは起こりえないことである。意識の下にある西村の言う前意識的身体を想定しなくては看護技術自体が成立しない。

一例として、患者さんがベッドに横たわったままで行うシーツ交換という看護技術をあげてみよう。残念なことに、現在この方法は、その手順ではなく順番のみが教育されている。順番は以下である。まず、横臥している患者さんの位置をベッドの端の方にずらす。患者さんを側臥位、つまり横になってもらう。次に新しいシーツを半分敷き、古いシーツを新しいシーツにくるんで横になっている患者さんの背中の下に押し込む。今度は患者さんを仰向けにし、さらに反対側の方に横になってもらう。そして古いシーツを取り除き新しいシーツの半分の半分を延ばす。といった具合に、看護師が患者さんとシーツをどのような順番で扱うかが、あたかも手順であると示されている。しかし、交換している際に払っておくべき看護師の注意や関心とは何かとか、患者さんとの関係とか、動かしている患者さんの身体内部の変化などは、シーツ交換という技術には含まれていない。シーツ交換という技術とは切り離された別仕立てで取り上げられることになる。そして最も気になるのは、人間である患者さんと、物であるシーツに対してとられている看護師の注意の向け方が、いわば看護師の視線の距離感覚が等間隔であることである。

比較の意味で昔の方法を取り上げてみよう。大関和という明治の派出看護婦が著した本『実地看護法』が、1974年に復刻版として出版された(大関, 1974)。そこに記載されてある寝衣交換の手順は、看護技術に貫かれている身体の捉えという意味で参考になる。自宅の寝室で仰臥している患者さんのもとに向かう。患者さんの寝室を分けている襖の外で声をかけるのである。身体の距離、あるいは心の距離の観点から解釈すると、この声かけは患者さんという一人の人間にとっての寝室というテリトリーへ入ることへの断りである。襖を開き、一歩足を踏み入れる。次に再度おじぎをする。その後、患者さんの枕元まで歩を進める。枕元で

患者さんと目を合わせる。つまり、アイコンタクトをとる。同時に掛け布団の上から患者さんの足をさする。患者さんの身体へ直接さわるのは、それまでの間接的なかわりによって、身体と心の距離が縮まったと感じられてから以後のことである。実際の交換の順番は現在の方法と変わっていない。しかし、ここでは患者さんに近づくまでの手順が流れや型として詳述されているということが出来る。アイコンタクトや間接的な接触によって安楽をはかり、同時に身体内部の声を聞き取ることが出来る。アイコンタクトと同時に交わされる患者さんとの言葉でのやりとりは、患者さんの心身の状況の把握に資することになる。痛みや気分などに関する患者さんの言葉による訴えや、その言葉の発せられ方やトーンや音の強弱などは、患者さんの心身の状態を如実にあらわす。いわんや、シーツと患者さんに対する看護者の視線は決して等間隔ではない。昔の看護技術は言葉として記述はされていないが、人と人の距離が自ずと測られていたことがわかる。

3) 身体で覚える技術と頭で覚える技術

一般に、看護教育をはじめ、多くの学問を伝えんとする際に用いられるのは言葉であり、文字である。それは人間の観念、いわば頭で覚えてもらおうとする方法である。しかし、これまで述べてきたように、看護は人間と人間の中に生じる現象であり、両者によって繰り広げられる協働作業である。実践の学問であるかぎり、こういった「間」に生じるものであることは免れない。しかし、それを伝えるのは非常に難しい。以前のような見よう見まねでの教育が、西欧の影響のもと、観念的に教えられるようになった。そこではどうしてもこれまでの身体概念同様「からだ」と「こころ」に分けるしかない。しかし、実践とか行為という事態は、実際にその実践者自身が自分の身に付けるしかその方法がない。看護教育において実習が大事にされる理由はそこにある。人間と人間が「からだ」も「こころ」も一体となったところで関わり合うことを、文字通り「身をもって知る」のである。頭で覚えた知識だけでは追いつかない。身体で覚えることが必要とされる。

だから、看護技術はくり返しであり、一つの慣習体

系として身に付いていなくてはならないのである。さらに言えば、言葉として伝えられる技術は氷山の一角であり、その裾野は広いのである。人間が、ここまで生き延びてきた理由の原点は火の発見とそれを人工的に熾すことであったろう。まだ意識的に何かを伝える言語を持たない人間は、すでに技術として火熾しをはじめとする生きるための技術を身につけていたはずである。言葉の前に技術はあったのだから、看護技術もまたしかりである。人間が他者と生活をともにしたはじめから、つまり他者との関係性があったはじめから看護技術はあったはずである。

看護の基礎教育において真っ先に教わるのが、たとえばベッドメイキングとか清拭や洗髪など療養生活のお世話や、血圧や脈拍などバイタルサインの取り方などである。技術試験の前に学生たちは何度もくり返して練習する。体で覚えるというのは、わざの基本であり、それはくり返しである。くり返しによる技術の習得は人間の生活の基本でもある。歯磨きや洗面といった習慣的行為は、くり返しによって人々の慣習体系として生活する人間を形成していく。くり返しに関する本質的な指摘がある。松本（2008）は、人間の生にとっての反復の意味を描写してくれる。くり返しに関する彼の指摘をまとめると次のようになる。つまり、人の生活の日常はくり返しであり、それは食事や通勤のくり返しだけではなく、育ててくれたゆりかごの揺れやブランコ遊びの往復運動もしかりである。学習もまた真似ることのくり返しであり、日記をつけることも追憶による一日のくり返しである。そしてこの追憶に含まれるくり返しの作業は過去と現在の自分を結びつけながら自己同一性を形作る機能を持つ。反復という人間の生活自体に潜む本質的な単純さを言い当てている。そして、そうしたくり返しが慣習体系として人間に定着するのは、意識の上ではなく、意識の下にであることに注目すべきである。身体記憶として定着するのである。重度認知症の患者さんの一例をあげれば、彼らは歯ブラシや歯磨きのチューブを渡してもそれが何にどのように使用する物なのか、あるいはそのモノ自体を認知できない。さらに歯ブラシに練り磨きをつけて渡しても、やはりどうしたらいいのか戸惑うばかりである。しかし、それを口の中に入れてあげる

と、彼らは手を動かして歯磨きを始める。慣習体系として身体が記憶しているのである。身体記憶は決して意識の上にあるわけではない。意識のすぐ下、西村の言う前意識、あるいは意識の最下層を想定しなくては説明できない。

4. 重度認知症の人にみる原初的身體

最後は認知症の人々の生活世界からである。

1) 言語と身体（ピュアな出会いとぬかる道の同行者）

節子さんは、79歳の重度認知症の患者さんである。彼女は精神病院の中の認知症専門病棟（2003年当時はこの名称であった）に入院していた。彼女は、食事に問題ないが、排泄、入浴、洗面などの生活行動においては全面的な介助を要し、時間、場所、人、すべての見当識障害も顕著である。語彙は極端に少ない、というよりは聞き取れる言葉は、「困って・・・」「あれ～・・・」「わ～何？」程度である。彼女の行動の特徴は、頻繁に他物、他者、自分にさわることである。特に日がな車いすにさわっている。この節子さんと運命的な出会いをするのが庄三さんである。彼は82歳になる元小学校の校長先生である。彼もまた重度の認知症である。彼は、食事、排泄をはじめとする生活行動は多少の介助は必要とするものの節子さんほどではない。ただ言葉は、「あ～・・・」「ほ～・・・」レベルの感嘆詞や接続詞、接尾語などのバレードで、意味ある言語は消えている。庄三さんは、いつもデイルームを徘徊し、疲れるとデイルームの中央に正座するという行動特性がある。

二人の出会いはこうであった。節子さんはいつものように、松太郎さんという我慢強い明治生まれの男性が乗っている車椅子をさわっている。スポークの1本1本を揺すりながらさわる。徐々に上に触っていく。今度は彼の指を1本1本揺すりながらさわっていく。顔まで触っていくと松太郎さんに「コラー！」と一喝される。節子さんは、びっくりしてその場を立ち退き、自分にさわりながらウロウロする。自分の衣服や顔などに自分の手で触る、いわゆる自己接触行動をとる。一方庄三さんは、そんなA子さんを目で追いつけている。節子さんはそんな庄三さんの視線をどこ

かでとらえていたのだろう。節子さんは庄三さんの前に正座する。2人は対面し目を合わせ、手を取りあう。2人は、言葉にならない言葉を発する。庄三さんはうなずく。そして二人は手を取り合い互いにうなずきながら涙を流すのである。

たったこれだけの場面なのであるが、なぜか見る側に一種の感動を与えるのである。この涙の意味は何なのか、感動はどこからもたらされるのかと問うてみると、2人は悲しくもあり嬉しくもあるのだという思いに行き着く。節子さんは、「自分を探しても見つからない、そのつらさをこの人（庄三さん）はわかっている」と感覚している。庄三さんは、節子さんの言葉にならない言葉をひたすら聞きながらうなずき続ける。それは「この人はきっと何かに困っているに違いない。それはあるいは自分と同じなのではないのか」と感覚しているからに違いない。言葉がなくてはどのように思考することは不可能である。しかし、思考できなくても、つまり言葉がなくても彼らは通じ合っていると思わずにはいられない。それではどこでどのように通じ合っているのだろうか。それにはまず節子さんの車いすにさわる行動の意味から明らかにしておかなくてはならない。

2) 節子さんのさわる行動の意味

結論から言えば、節子さんのさわる行為は、世界の再分節化としてとらえることができる。分節化とは、たとえば赤ん坊がさまざまな身の回りの物を口にして、これはスリッパこれはザル、それらを収納している場所が台所といった具合に、分けながら全体としてまとめて識別していくことである。赤ん坊はこのような分節化を行いながら自分の住む世界を認知していき、同時に、それらを認知していく「自分という存在」をわかっていく。節子さんは、言葉の意味が失われ、周囲の物を正しく認知できなくなっている重度の認知症である。今いる場所がどこなのか、自分がいま何歳になるのか、あるいはこの人は誰なのか、家族の顔も自分の顔も認知できなくなっている。言葉の意味が失われるということは、思考が停滞する、ないしはあれこれ思いめぐらすことができないことでもある。私たちは言葉があるから考えるのである。自分を立証する言葉

や、自分という実体を包み込んでいる容器としての周囲環境が見知らぬものになっていく。すべてがよそよそしさの中で生起している。何かが抜け落ちている。自分を保証している何かがどんどん失われていく感じが節子さんにはある。喪失感である。その喪失を埋めるようにして節子さんは何かを必死で探している。世界の再分節化である。象徴的に言えば、それは、彼女の自分探しの旅なのである。他物にさわり、他者にさわり、自分自身にさわる行為の意味は、他ならぬ自分を再発見しようとする試みとして受け止めることができる。

そのぬかる道に庄三さんが同行してくれていることである。庄三さんは、節子さんの全く意味不明の、あるいは言葉にならない言葉に耳を傾けながらうなずき続ける。端から見れば了解不能である。しかし、何かに困っているに違いないという了解が庄三さんにはあり、節子さんも、自分を探してもみつからないというこの状態を庄三さんが理解してくれているという実感を得ているのであろう。さらに言えば、困っている節子さんに同情しているだけでなく、彼女の言葉にならない訴えは庄三さん自身のこころの琴線に触れている。そうでなければ、あれほど悲しそうでいてうれしそうな涙にはなり得ない。節子さんのさわる行動の意味は、失われていく世界とのつながり、失われていく自己を取り戻そうとする自分を探す旅と捉えることができる。

3) 原初的身体の存在（身体が多層性）

節子さんのさわる行動の意味を上記のように解釈したうえで、今度はこころの琴線に触れているとはいえず、いったいこころの琴線はどこにあるのかと問うて見なくてはならない。ここに身体の基底層を想定することができる。

私たちが通常使用しているからだという言葉はもっぱらに解剖生理学的な身体を指し示しているということは前述してきた。しかし、身体に関するこれまでの考察から言えば、身体は重層的なものである。一番の表層にあり意識で捉えることができる身体こそが、日常的に使用するところの解剖生理学的なからだである。しかし、意識にはのぼってくるが、言葉の一步手前にある「身体」というものがある。西村がいう前意識的

な身体の層である。川村（2004）は、ある終末期の患者を通して、「関心を向けて身体に触れるという行為は、言葉を超えて、身体を通して、その人の世界に「届く」のである」と述べる。これもまた意識の一步手前あるいは未分化な知覚という次元での人間の経験の仕方であると言えるだろう。

そして最も深層にあるのが、言葉としてのまとまりを持たない身体であり、予兆や直観が営まれている原初的、あるいは基底層にある身体領域である。この原初的な領域の身体を体現化している最たる人が、たとえば死者の言葉をご託宣として伝達する民間信仰の教祖であったり、俗にいう靈感の強い女性であったりする。もっと身近では、何か危険が迫っているとか、嫌な予感がするなどという第六感（Sixth Sense）と呼び習わされている人間の感覚がそれに当たるだろう。冒頭に述べた「身体」に関する私の原体験でもある。私たちは、彼女たち（民間信仰の教祖は女性が多い）や、Sixth Senseのことを論理的には否定しているし、現実的なこととしても考えてはいない。それは極端な例であったとしても、確かにそれに類似した身体が存在があるかもしれないことを、私たち看護職は実践的に、あるいは存在として知っている。どう表現しているのかわからない自ずと出てしまう奇妙な溜息であったり、後ろ髪引かれるようなせつなさのようなものであったり、あるいは身体の底の底で何かがかくすぶっている感覚であったりする。言葉としてのまとまりをもたない、さらに言えば、現象としての姿さえとっていないような感覚である。卑近な例でいえば、私たちは多かれ少なかれ、「寂しいわけでもない、わびしいわけでもない、悲しいわけでもない、だけどなんだか陽性のものでなくて陰性の感覚が自分の中に何かある」という感覚を経験する。それは言葉にすることができない。あるいは、その時点では言葉としてのまとまりがない。その感覚が段々せりあがってきて、発火した時に「あー、あれは怒りだった」と思う。われわれが今持っている言葉というのは、ほんとうに自分が感じたり感覚していることを十分に表せるほど多くはない。だから人間の感覚を言い表す言葉は、感じているものよりもはるかに少ない。

そういった言葉が生まれてくる前の原初的な感覚が

身体の基底層にある。もちろん、それは、意識上にある言葉にも、言葉になる一步手前の現象として前意識にもあがってこない。そう考えれば、まとまりを持つ言葉でもなく言葉の一步手前の言葉でもなく、いまだ現象としても成立していないような感覚でも人間はかかわることができるのである。身体は多層的であり、重層的である

「手を取り合う」ことは、手という実体が、その人という個体から離れて他の個体に浸透していくことを意味するし、「見つめ合う」ことは、眼差しという視線の運動が互いに浸透していくということである。この視線を捉えるという感覚もまた原初的な身体層でなされている。そして、「頷く」ことは、頷くという所作がその眼差しの浸透を補完しているということである。だから、手を取る、見つめ合う、頷くという関わりが、原初的な身体動作を促し、その原初的な身体は言葉を凌いだということであろう。言葉が消えかからんとしている節子さんと庄三さんが手を取りあって涙する場面には、言葉を凌駕する原初的な身体でのかわりがそこに在ったと考えることができる。

おわりに

看護は相互的なものである。对患者さんとの間で繰り広げられていく。だから、言葉にはならない、測定できない多くのことが生起している。相互の、いわば「間」で生起する看護の営みにおいて、生物医学的身体の知識、科学的に説明される身体の知識はあまりにも不十分である。エビデンスがないといわれる事柄は、エビデンスにするための方法がないだけのことである。測定できないからそれはエビデンスにはならない、だから非科学的であるという論理は成り立たない。非科学的と言われる身体経験の排除は、罪悪ですらある。看護は、経験している、あるいは経験してきた身体を物語る必要がある。それは、これまで諦めてきた多くの事態に、新たな可能性を見出させてくれるかもしれない。そして、人と人の「間」に生起する看護の営みを、より豊かにすると思う。

文 献

- 阿保順子（2004）：看護の中の身体－対他的技術を成立させるもの, *Quality Nursing*, 10(12), 6-12.
- 阿保順子（2006）：看護学における身体論の位置, *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 2(1), 11-17.
- 阿保順子, 佐久間えりか（2009）：統合失調症急性期看護マニュアル（改訂版）, すびか書房, 埼玉.
- 伊藤祐紀子（2008）：患者－看護師間の相互作用に見出される看護師の身体のあり様, 平成20年度北海道医療大学学位論文.
- 川村三希子（2004）：終末期ケアの中の身体, *Quality Nursing*, 10(12), 33-38.
- 松本雅彦（2008）：言葉と沈黙－精神科の臨床から, 日本評論社, 東京.
- 西村ユミ（2001）：語りかける身体－看護ケアの現象学, ゆみる出版, 東京.
- 大関和（1974）：実地看護法（覆刻版）, 医学書院, 東京.
- 鷺田清一（2011）：「ぐずぐず」の理由, 45, 角川学芸出版, 東京.

【Special Contribution】

Reflections on body: to penetrate the width and depth of the body image on nursing science

Junko ABO¹⁾

¹⁾Nagano College of Nursing

【Abstract】 This paper aims to clarify the concept of ‘body’ in nursing science through examining bodily experiences in daily living, psychiatric disorders, dementia, and practice of nursing skills. To achieve this aim, the author considers the body as a multilayered structure, escaping from captivity of the traditional anatomical-physiological image of the body.

First, we touch upon the reality of peculiar experiences such as afterimages in vision, and similar phenomena in hearing and touch, and comprehend the total image of the phenomenon ‘déjà vu’ in daily living. Second, we examine the bodily experiences of patients with schizophrenia in its acute phases, i.e., a bodily state on the verge of collapse of boundary between the self and the surroundings by employing the ‘protective coat’ model proposed by the author. Third, we suggest that the bodily experiences in practice of nursing skills are produced between patients and nurses, and penetrate and intrude one into another (Ineinander), where there exists a bodily sphere that is beyond expression by words. Last, we suggest existence of ‘primitive body’ based on analysis of encounters of two persons with severe dementia. These findings correspond with the multilayered structure of the body as stated above.

【Keywords】 nursing science, human body, schizophrenia, elderly persons with dementia, nursing skills

阿保順子
〒399-4117
長野県看護大学
Tel: 0265-81-5100 Fax: 0265-81-1256
Junko ABO
NaganoPrefecture
Nagano College of Nursing
1694Akaho,Komagane,Nagano,399-4117JAPAN
TEL: +81-265-81-5100 FAX: +81-265-81-1256