

第6章 ポストパンデミックとケア共創看護学

村瀬 智子（日本赤十字豊田看護大学）、小林 洋子（日本赤十字豊田看護大学）

生命あるものとしての人間を扱う科学としては、医学をはじめ看護学、家政学、保育学などがあるが、医学においては、近代科学が目覚ましい発展をしたために、「生命あるものとしての人間」が対象であることが、時に忘れられそうになる。…〈中略〉…。看護学、家政学、保育学などが大学内のアカデミズムに「学」として認められるとき、あまりにも近代科学の方法論に従おうとしたため、確かにそこにある種の「学」は成立したものの、「看護」、「家政」、「保育」などの実態と離れたものになりがちとなって、「学者」と「現場」とが解離していないだろうか。

河合俊雄編：河合隼雄著『心理療法序説』，岩波書店，2020，81頁）

1. はじめに — 「未知」と「既知」に関する4パターン—

冒頭に掲げた河合隼雄氏の『心理療法序説』からの引用は、現代における看護学の在り方を捉え直す上で示唆に富んでいる。看護学は人間科学であり、実践科学である。しかし、看護学の創成期においては、学的基盤を急ぎ確立するために、「科学」イコール「自然科学」という考えを基に、普遍性、再現性、客観性を重視する量的研究や実験研究を積み重ね、他学問に追いつく努力を重ねてきたのである。看護学が、その創成期に基盤として考えた自然科学には、次に述べる3つの仮定が暗黙のうちに存在している（村瀬&村瀬，2022，27-29頁）。

第一の仮定は、「条件が同じであれば、同じ現象が繰り返し起こること、すなわち“再現性”をあらかじめ前提としている」ことである。再現性を前提としなければ、観測を繰り返すことによって全体的な傾向をつかもうとする統計的方法が使えないからである。しかし、看護現象は人間現象を対象としているが故に、同じ現象は二度と起こらない。すなわち、“非再現性”という特徴をもっているのである。

第二の仮定は、「分析によって得られた部分の本質は、全体の本質と同一である」ということである。そうでなければ、分析の結果である部分の性質を総合によって重ね合わせるができないからである。しかし、看護の対象である人間は部分に分けることのできない統一体であり、部分の総和以上の唯一無二の個別性を持った存在である。そのために全体の一部分の分析結果を総合によって重ね合わせても、全体と同一にはならないのである。

第三の仮定は、「観測者は観測対象の外にあって、いわゆる外面的な観測をしている」ことである。そのため、観測者が観測対象そのものになるという内面的な観測の可能性が入り込む余地がない。しかし、看護は対人援助であるため、看護ケアを実践するには、看護の対象者である相手の感情のただなかに自己を投入することが必要不可欠である（ナイチンゲール，2001，227頁）。そうでなければ、相手の思考や感情を理解し、ニーズを把握すること

ができず、看護者の‘独りよがりな援助’になってしまうからである。相手のニーズを理解しようとする技も、看護者の主観的な認識力や直観力であり、このことから、主観性を無視することはできないと言える。外面的な観察と内面的な観察の両者が必要なのである。

上記の3つの仮定を疑問視する観点から、1970年代以降、人間科学、実践科学としての看護学への道を探り、新たな考えを基に看護実践における現象そのものを外面的にも内面的にも記述し、説明することを意図した質的研究や事例研究を行う方向へと転換を図った。そして、現在では、研究目的に応じた多様な研究方法が用いられるようになった。

しかし、未だ目には見えにくい看護の技や未病段階での看護ケア等の実態は明らかにされているとは言えない。実は、この目には見えにくい看護の技や未病段階での看護ケアが行われているからこそ、私たちは地域社会において、‘健康的な日常生活’を過ごすことができている。ところが、普段の生活においては、そのことになかなか気づかない。そして、痛みや体調不良に悩んだ末に医療機関で診断を受け、はじめて慌てることになる。このように、残念ながら、私たちは、病気として顕在化し、苦痛に直面しなければ生活習慣を見直すことにはならないのである。また、病気の治癒過程において、治療効果が認められているように見える医療は、実は、治療の効果に加えて、多くの多職種による病者の自然治癒力を最大限に活かそうとする、目には見えない細やかなケアが集積した賜物なのである。

2020年5月12日、現代看護学の基盤を築いたフローレンス・ナイチンゲール（1820～1910）の生誕200年を迎えた。ナイチンゲールは、人間には自然治癒力があることを信じ、「すべての病気は、その経過のどの時期をとっても、程度の差こそあれ、その性質は回復過程であって、必ずしも苦痛をとまなうものではないのである」（ナイチンゲール、湯植他訳『看護覚え書』第6版、2001、13頁）と述べた。すなわち、病気は、心身に影響を与える環境と生体の自然治癒力とのバランスの結果としての現象にすぎず、病気は実は何年も前から私たちが、それとは気づかぬうちに始まっていることを指摘した。そして、看護者は、心身に影響を与える環境と生体の自然治癒力とのバランスの結果に過ぎない‘病気’という現象に対処するよりも、病気の治癒過程に影響を与える病者の自然治癒力を高めることに注力し、病者の周囲の環境や日常生活を整える必要性を説いたのである。

ナイチンゲールの示唆をもとに、現代の看護ケアについて考えてみよう。顕在化した‘病気’である疾患の治療への医療処置・技術に重心が置かれていないだろうか。このような現代の状況だからこそ、気づかれずに始まっている心身の‘病気’をイメージしながら、未病段階において、空気、水、食物などの日常の生活環境を整える看護ケアに力を入れる必要があるのではないだろうか。私たちの心身に影響を与える生活環境は、必ずしも目に見える環境だけとは限らない。目には見えない化学物質や電磁波など、日常生活に潜む様々な環境要因が影響を与え、新たな病が発症していることを忘れてはならない（村瀬雅俊&村瀬智子、2013；村瀬智子&村瀬雅俊、2013）。近年のCOVID-19感染症のパンデミックが発生した原因の一つには、私たちの免疫力を低下させる多様な環境要因の影響があるのではないだろうか。

私たちは、普段の生活において、心身の健康に大きな関心を持ち、健康で生きる人生を望みながら食生活をセルフマネジメントしているつもりである。また、家族や保健医療に関わる人々も、周囲の人々に対し、未病段階の医療やケアを行っていることを知識として知っているつもりである。しかし、実際は、それらの実態を深く知ることなく、日々の生活を送っているのではないだろうか。その結果、自然環境が破壊され、地球温暖化が加速することになり、それらの影響によって自然災害が多発する事態に直面しているとも考えられる。

一般に、知識に関する既知と未知の関係性を考えてみると、「既知の既知」、「未知の既知」、「既知の未知」、「未知の未知」の4パターンが考えられる。これらを図示してみると図1のようになる。

既知の既知	既知の未知
未知の既知	未知の未知

図1 未知と既知の関係性

「既知の既知」は、すでに既存の知識として現象や概念を知っていることを言う。たとえば、看護においては、「対人関係がストレスとなり、その反応としてうつ病が発症することが多い」ということを知識として既に学習し、知っていると考えていることである。しかし、「どのような対人関係がストレスとなり、うつ病が発症するのかについて理解していないこと」を自覚しているならば「未知の既知」の状態である。また、「対人関係がストレスとなり、その反応としてうつ病が発症すること」を知識として既に学習し理解しているにも関わらず、自分にその反応としての症状が現れていることに気づかずにいる場合は、「既知の未知」の状態である。そして、「対人関係がストレスとなり、その反応としてうつ病が発症すること」も知らず、自分にその反応としての症状が現れていることにも気づかずにいる場合は、「未知の未知」の状態であると言える。

看護ケアにおいては、これらの4パターンがあることを意識下におくことが必要である。特に、対応困難な状況に直面した場合は、自らの知識や理解において「未知」が存在することを前提に、細やかな観察による現象の捉え直しが求められる。ところが、問題解決過程としての看護過程においては、客観的な観察を志向する結果、目に見える現象にのみ焦点があたり、看護師の経験知に基づく主観的な観察が見落とされがちである。しかし、実は、この主観的観察こそ、看護ケア実践において重要なのである。このことについて、以下に、災害看護学を例に挙げて考えてみたい。

2. 災害看護学 ―災害時の被災者支援と看護ケア―

2-1 災害対策

災害は、暴風雨などの自然現象や大規模な爆発などによって引き起こされる被害である（災害対策基本法, 2007 年改正）。災害から人命や財産・生活を守る防災への取り組みは、世界的な喫緊の課題である。そこで、これらの課題への取り組みとして、1987 年に国際連合が、1990 年を「国際防災 10 年」と定めたことをはじめとして、国際連合防災世界会議（World Conference on Disaster Risk Reduction）の開催や、国際連合防災機関（UN office for Disaster Risk Reduction）の設置など、世界的な規模で推進している。

日本においても、1995 年の阪神・淡路大震災以降、災害対策基本法の見直しが始められ、緊急時の災害医療、避難所対策やボランティア受け入れなどの整備が進められた（内閣府, 2017）。阪神・淡路大震災以降も大規模な地震はいくつか発生したが、特に、未曾有の災害であった 2011 年 3 月 11 日の東日本大震災の被害は、原子力発電所の事故も加わり、今もその傷跡は残されたまま復興に向けて取り組みが進んでいる。

緊急時の災害医療においては、災害時に活動する人材の育成が重要である。災害時に活動する多職種は、地元の医療機関のみでなく、消防隊員、自衛隊員、赤十字社の職員など多様であり、災害時に備えて事前に養成研修や訓練が行われている。

災害時の支援者となる看護人材育成のための教育については、2009 年に看護基礎教育課程に科目として「災害看護」が置かれ、2014 年に大学院に災害看護学の 5 年一貫制博士課程コースも設置された。国内外における教育プログラムの検討も進んでいる。災害が発生した際に、災害支援や災害看護を専門的に実践できる人がその場にいることで多くの人々が救われる。世界的な規模で防災体制が整えられる中であって、特に、災害看護学には、対象を集団として、個として支援する学問領域として、専門職者の教育・研究が期待されている。それでは、災害看護学が目指す対象を集団として、あるいは個として支援するとはどういうことなのか。次に、災害時の支援とは何かについて考えてみたい。

2-2 支援に対する予期しない被災者からの反応 ―支援とは何か―

災害看護学を専門としている著者の一人は、災害看護学の授業の際に、毎年、必ず行っていることがある。それは、学生たちに以下の出来事を伝え、問いかけをすることである。

「東日本大震災で被災した人々を支援するために、〈心のケア〉と称して支援者が避難所を訪問した時のことである。被災地を訪問した目的は、被災した人々の話を傾聴する支援を行うことであった。支援者は、事前に話を傾聴するためのトレーニングを受けて準備をし、意欲的に支援しようとした被災地に向かったのである。しかし、避難所に入ろうとした支援者が、その場にくぎ付けになったように動けなくなった。避難所の入り口に貼られていた貼り紙を読んだからである。その貼り紙には、『心のケアお断り』と書かれていた（鷲田, 赤坂, 2012）。なぜ、被災者は、このような貼り紙をしたのだろうか。一人ひとり

考えてみてほしい」と。

この問いを受けた多くの学生は困惑する。なぜなら、受講生には、人を救いたい、災害救護をしたい、救護班で活動したいという将来の希望に満ちあふれる学生が多いからである。被災者を癒したい、人の役に立ちたいと望む〈心のケア〉という善行に対し、被災者から拒否されるという現実と直面し、戸惑う学生たち。なぜ、支援を拒否するのだろうか。〈心のケア〉は被災者にとって支援にはならないのか。被災者の話を傾聴することによってどのような状況が引き起こされるのか。悲惨な出来事を逆に思い出させ、助長させてしまうことになるのか。では、被災者を支援するとはいったいどういうことなのか。静まり返った教室の中で、まずは、一人ひとりの学生が〈心のケア〉を拒否された理由を考える。そして、一人ひとりが考えた理由を発表してもらおう。それらを集約しながら全体にフィードバックし、授業を展開する。

実は、この問いには、学生に専門職の在り方やケアにおける専門職の価値観を再度考えてほしいというねらいがある。学生が、被災地の状況や被災者が置かれている立場を想像し、〈心のケア〉を断った理由を考えることから、自分がわかったつもりでいた被災者像とは別の、様々な意思やニーズをもつ被災者像が見えてくる。被災者をわかっているつもりになっていた自分は、実際には被災者のことについて何もわかっていなかったという「未知の未知」に気づくのである。被災者にはさまざまな状況におかれた人々がいる。震災で愛する家族や大切な人々を失った人、大切な人を助けようとして力及ばず繋いだ手を離してしまった自分を責める人、家や車を流されたたった一人生き残った自分の明日からの生活への不安に苦悩する人…。さまざまな思いや不安を抱えた人々が、避難所という狭い空間で共に生活しているのである。このような被災者一人ひとりを支援することの難しさ。そのことを知る事がまずは前提となる。そのうえで、専門職者としての心構えや援助技術を学ぶことへと学習を進めるのである。

鷲田氏（2007）の『「待つ」ということ』という題名の著書には、「カウンセリングや傾聴もまた〈待つ〉を事とする。言葉を迎えにゆくのではない。言葉が、不意に滴り落ちるのを、ひたすら待つのである。…〈中略〉…言葉を迎えにゆくのは、〈聴く〉のおそらく最悪のかたちである」（68頁）と述べている。そして、例として、震災時の傾聴ボランティアである〈心のケア〉の場面での対話を示したうえで次のように述べる。

「なぜ言葉を迎えにゆくのが〈聴く〉ことの最悪の形になるのかといえば、語るということがみずから距離をとることだからである。苦しいときに、ひとはだれかに語ることでもその苦しみを分かち持つてほしいと願うが、しかしその苦しみはもっとも語りにくいものである。苦しければ苦しいほど語りはむずかしい。理由は何重にもなっている。まず、苦しいときにはそもそもそれを他人には語らないものである。苦しいことはなによりも忘れたいことであり、語ることでそれをわざわざ思い出すことはない。苦しいことはまた、

本人以外にはなかなか判りづらいものである。だからそれを言葉にしようとしても、一言口にするたびに、こんな言葉ではきっと伝わるまい、こんな軽い言葉ではどうてい言い尽くせない・・・というふうに、言葉の感触を一つ一つ確かめながらでなければ口にできない。断片的にでなければ、どもりながらでなければ、語りだせないのである」と（前掲書、70頁）。

「鬱いでいるひとの口は重い。迎え入れられるという確信のないところでは、ひとは他者に言葉をあずけない。苦しみをわざわざ二重にすることはないからだ。そのひとはだから、口を開く前に、まず聴くひとのその姿勢をこそ聴こうとする。野球の捕手がたとえどんな球が来ようともそれを受けとめるのと同じで、反論するわけでも励ますわけでもなく、ただ言葉を受け止めようというその姿勢を確認したところで、はじめて口を開く」（前掲書、72頁）。

これらの鷺田氏の記述からも、専門職として〈聴く〉ことの難しさ、〈聴く〉ことこそが共創的なケアの技であることがよくわかる。このことは精神疾患をもつ人への関わりにおいても同様である。精神疾患をもつ仲間たちの体験をまとめた『心が病むとき ころろが癒えるとき』（古川奈都子編集、2005）に、以下のような記述がある。

「僕のくどい話をじっと聞いてくれて、『何々してみたらどうですか』などと言ってくる。決して押しつけることはしない。たまに僕が前向きなことを言うと『そうですよ！』と。新しい友だちができたことを話すと『良かったですね！』と。それらの、ごく平凡な言葉がどんなにありがたいことか、そして、その言葉を聞くことがどんなに希なことか、よく知っている。社会の中で孤立しているのではなく、つながっていること。そして、社会の中には『SOS』を受け止めてくれる人がいることを教えてくれた」（123頁）と。

精神疾患をもつ人との関わりにおいても、〈聴く〉ことは、ケアであり、キュアでもあることがわかる語りである。精神科の看護師は、この〈聴く〉力を治療的コミュニケーション技法として用いながら、静かに傍らに寄り添うのである。

実は、上記のように〈心のケア〉が拒否される一方で、避難所で眠れない日々を過ごす被災者に温かい足浴というケアを提供することや、避難生活をするうえでの食事や排泄などの困りごとを少しでも解決できるようにと被災者の傍らにあって共に考える支援を行い、その過程で、被災者と心を交わすことも多い。派遣期間を終えて被災地から派遣元に帰還する時に挨拶に行った際、一日分として配給される貴重な食糧の中から、これまでのケアのお礼にと小さなヤクルトを差し出す高齢の被災者に出会ったという経験を語った被災地に派遣された看護師もいたという。その被災者にとっての精一杯の感謝の表現に誰もが心打たれる。

拒否されるケアと受け入れられるケア。これらの相違はいったいどこにあるのだろうか。専門職として被災者から試されていることは何なのだろうか。

ケアの本質について、哲学者であるミルトン・メイヤロフは次のように述べている。

「相手が成長し、自己実現することをたすけることとしてのケアは、ひとつの過程であり、展開を内にはらみつつ人に関与するあり方であり、それはちょうど、相互信頼と、深まり質的に変わっていく関係とをとおして、時とともに友情が成熟していくのと同様に成長するものなのである」(メイヤロフ, M. 『ケアの本質』, 1988)。

すなわち、ケアは、相手に何かをしてあげるという行為ではなく、相手が成長し、自己実現することをたすけることなのである。学生は、看護学実習という場で、他者と関わる経験を繰り返し、その過程でケアとは何かと問い続け、生活過程を援助する。関わりがうまくいくこともあれば、うまくいかずに悩むこともある。しかし、それでもなお、距離をとりながら関わり続ける。その過程で自己も他者も成長し、互いに自己実現する関わり方という看護の技を理解し習得するのである。

災害時の医療・看護活動は、一般的に発災直後がイメージされやすい。発災直後は、災害の急性期として人命救助が最優先であり、生命を護る活動が中心である。発災直後は、本人の意思確認が不可能な場合もあり、そのような場合は、消極的なパターンリズムによる医療・看護活動を行わざるを得ないこともある。災害現場では、当然のことながら日常の医療・看護に比して医療・看護への需要が非常に高い状況にある。それにも関わらず、医療供給は、医師・看護師など医療提供者だけでなく、ライフラインの途絶や医療機関の損壊など設備や資機材も制限されている。災害現場においては、普通の病院における医療のように、高度な検査ができる設備や資機材もなく、支援者としてのマンパワーも少ない。そのような限られた人員・設備資機材の中で、24時間、昼夜の別なく、途切れない生命を護る活動を余儀なくされるのである。もちろん、そのような制限下においても、被災者を意思ある人として人格を尊重して関わることは理解して活動しているはずである。しかし、そのことを充分、分かっているてもできない状況もある。一人のニーズを満たそうとすると、他の人のニーズの充足にまで手が回らないこともある。だからこそ、支援者はまず、被災者の人格を尊重し、様々な意思ある人として捉え、被災者や家族のニーズは何か、支援者である自分のニーズは何かということを考えながら優先順位を考え、支援する必要がある。すなわち、支援者は常に、自分の経験の中にある「未知の未知」を考えることである。そのことが、どのような支援が最適であるのかを考えることにつながるのである。

災害看護は、発災直後の時期における活動のみならず、中長期の活動も重要である。被災者のニーズは、発災直後から時間を経る過程で多様に変化する。段ボールの衝立で仕切られた空間だけのプライバシーを守ることすら困難な避難所生活。制限された生活を送る

過程で、非日常が日常になり、将来の生活への不安が日々、増大していく。他者に遠慮してトイレに行くことを我慢する人も多く、水分摂取を控えがちになる。そのために、いわゆるエコノミークラス症候群の発症リスクが増加する。さらに、食事や就寝など一カ所となる避難所の生活環境から、行動が限られ廃用症候群（*disuse syndrome*, 生活不活発病）のリスクも増大する。高齢者の災害関連死や孤独死の発生も予防しなければならない。子どもたちの心身の成長にも気を配る必要がある。支援者には、これらの刻々と変化する多様なニーズに応じて支援することが求められているのである。

次に、被災者の傍らに関心を持って在ることについて、その看護ケアとしての意味を考えてみたい。

2-3 災害支援における支援者への癒し

豊富な災害救護活動の経験を有する全国の赤十字病院の看護師を対象に、救護活動の経験について調査を行った報告がある（小林他, 2017）。その調査報告では、支援者である看護師は、「被災者が自分自身の体調管理に気を配れないほど精一杯であることを考えた」と言う。被災者の支援に赴いたはずの看護師は、頭の中では被災者の疲労の程度を理解しているつもりであった。しかし、実際には、被災者への支援をとおして、現場に来るまで看護師が想像もできなかったほど被災者が疲労困憊していると捉えていたことが明らかになったのである。また、「他の被災者を気遣える被災者から、どんな状況下でも人間としての命の尊さと尊厳を教わった」、「相手がいて、自分は看護の場を提供されているという考えに軌道修正できた」と語っていたという。このように、被災者の支援に赴いたはずの看護師は、支援者として一方的に支援をするだけでなく、被災者の反応や姿をメッセージとして受け取っていた。すなわち、災害救護活動をとおして、支援者が被災者に育てられ、動機づけられ、癒されているのである。そして、この経験で得られた学びが、支援者を一段階ステップアップさせ、次の活動準備へと向かうことが示された。このことは、まさに、前述したメイヤロフのケアの本質と重なる語りである。

支援者が被災者から学んだ命の尊さと尊厳は、レベッカ・ソルニットによる次の記述と重なる。

「地震、爆撃、大嵐などの直後には緊迫した状況の中で誰もが利他的になり、自身や身内のみならず隣人や見も知らぬ人々に対してさえ、まず思いやりを示す。大惨事に直面すると利己的になり、パニックに陥り、退行現象が起きて野蛮になるという一般的なイメージがあるが、それは真実とは程遠い。災害現場では不思議なことが起こる」（レベッカ・ソルニット『災害ユートピア』, 2010, 10-11 頁）。

レベッカによれば、20世紀のいくつかの災害では、停電の結果、夜空を覆い隠していた人工的な光が消滅したという。2003年8月15日のアメリカ北東部の大停電発生時には、

ニューヨーク市で天の川が見られ、長く失われていた夢のような世界だったという（前掲書, 23 頁）。人工的な光が失われる状況の中であって、人々は、気づくと僻地で見られるような満点の星空の下にいたということである。

大きな災害が起こった際は、停電、断水、流通などのすべてが寸断され不幸のどん底にある。それにも関わらず、このような現場では、必ずといっていい程、水や食料、おむつなどの支給の手伝い、逃げ遅れた人々の保護、ボートによる隣人の救出など、見も知らぬ人々の利他的な行為が自然と行われるというのである。遠方から何時間もかけて手伝いに駆けつける人がいる。世界中から支援のメッセージが届く。そして、その場にいる人々は、国籍や身分などを問わず、限られた資源を分け合い、助け合い、協力し合い、その場で即席の地域社会が出現する。レベッカは、この社会を「災害ユートピア」と呼んでいる。災害現場は、もちろん、決してユートピアではない。しかしながら、前述した停電の夜空に見られる満点の星空のように、普段の人工物に囲まれた社会では見えなかった人々の互助、共助の精神、すなわち他者を思いやる優しい心がユートピアのように存在していることが、災害現場で見出すことができるということである。人を人としてリスペクトすることの大切さが伝わるエピソードである。

災害時の支援活動は、前述したように、緊急時の人命救助に関わる場面だけでなく、避難先の不自由な生活の中の支援など実に多様である。これまで、緊急時の人命救助に関わる災害支援活動のトレーニングにおいては、災害時医療対応の基本として CSCATTT¹

(Command and Control, Safety, Communication, Assessment, Triage, Treatment, Transport; Advanced Life Support Group, 2011, 11 頁) を学ぶなど、活動する環境におけ

¹: CSCATTT は、Command and Control (指揮・統制)、Safety (安全)、Communication (情報伝達)、Assessment (評価)、Triage (リアージ)、Treatment (治療)、Transport (搬送) の英語の頭文字の略である。英国において救急医らの著作である「Major Incident Medical Management and Support; The Practical Approach at Scene」(以下 MIMMS) に示されている大事故災害に対する体系的なアプローチの原則(災害時医療対応の「ABC(基本)」)で、大事故災害時の医療管理(マネジメント) CSCA と、医療支援(サポート) TTT から構成され、大事故災害の場では、まず CSCA が先行し、続いて TTT が機能しトリアージ、傷病者の治療、搬送が実践される(Advanced Life Support Group, 2011/MIMMS 日本委員会, 2013, 11 頁)。

MIMMS は、大事故災害の運営と実践の原則を教育する研修コーステキストとして作成された。わが国において、大事故災害への医療対応として防ぎ得た死をゼロにする対応として高く評価されており、日本には 2003 年 2 月に MIMMS のコースが紹介された。続いて、2005 年 4 月に第 2 版が和訳出版されている。また、日本集団災害医学会「DMAT 標準テキスト」にも取り入れられている(Advanced Life Support Group, 2011/MIMMS 日本委員会, 2013, まえがき)。

る安全を優先すること、限られた資機材を有効に活用すること、緊張の中で指示内容を確実に実践すること、情報を共有することが重要であることが繰り返し述べられ、強調されてきた。しかし、緊急時の人命救助を含む多様な状況の中でも支援者は、被災者との関わりの中で相互に交流し、支援者自身も恩恵を受け成長していくことも伝える必要がある。なぜなら、災害看護においても、ケアは支援者から被災者に向けた一方的なものではなく、まさに共にケアを創り合う過程、すなわち、ケア共創過程であると言えるからである。

2-4 災害支援にかかわる看護教育上の課題

まずは、被災者が置かれている状況と被災者の経験世界を理解することである。前述したように、被災した人々の心情を理解しなければ、支援者が「支援したい」という一方的な思いだけでは支援にならないからである。災害の急性期から慢性期のいずれの時期においても、個別で多様なニーズがあり、それらは常に変化している。そのことを前提に、被災者にとってケアとは何かと常に考えながら支援する技術を教育することが重要である。そして、被災者の持てる力や強みを活かしながら、看護師が想像もできないほどの被災者の疲労困憊している状況を、被災者の負担をかけずに軽減することを目指し、その過程で共にケアを創造しながら一人の人間として尊重し、相互に成長することを経験できる教育プログラムを準備することが求められているのではないだろうか。

看護に正解はない。しかし、学生は、学習過程において正解を求めたがる傾向がある。一方、教員も最終的には正解を教えたがる傾向がある。答えのない問題、応答が予測できない人との関係に挑むことは確かに難しく、苦しい経験である。しかし、大切なことは、問題を解決することよりも、問題に挑む過程であり、人と関わる過程である。このような答え（応え）のない事態に耐える力を、ネガティブ・ケイパビリティ（負の力, **Negative Capability**) という。この能力については、本著の松木邦裕氏の論考や帚木蓬生氏の著書（2017）を参照されたいが、精神科医療においては、近年、着目されている非常に重要な概念であり、教育においても然りである。教育において、これまで「待つ力」の重要性が示唆されてきた。ネガティブ・ケイパビリティは、「待つ力」でもある。なぜなら、鷺田氏（2007）も述べているように、〈待つ〉ことは、「応え」の保証がないところで、起こるかもしれない関係をいつか受け入れられるよう、身を開いたままにしておくことだからである（前掲書, 33 頁）。

実は、災害看護においては、被災者だけでなく、支援者自身が災害現場で悲惨な状況を経験することが多い。助けたくても助けることができなかつた人々への申し訳なさや無念さから、もう少し自分に力があつたなら、もう少し早く気づいていたらと悩むこともある。サバイバーギルトという生存者が苦悩するところの傷をケアすることができなかつた無力感など、身体の疲労のみでなく、支援者自身のところが病むこともある。このような心身の状態に置かれると、派遣元に帰還してすぐにこれまでの仕事につくことが難しい場

合もある。

被災地外から派遣された看護師がここに傷を負う一方、自ら被災したまま被災者の支援にあたる支援者もいる。彼らは被災者であり、かつ支援者であるという二重の役割を負っている。阪神淡路大震災の際、被災地の大学病院に勤務する看護師は「話は淡々として手ごたえや、とっかかりというものが感じられない。地震の話題になっても全くひとごとのようにになってしまう」と「解離」や「否認」しようとする心の働きがみられた(安, 2001, 83 頁)。看護師に限らず、災害時に支援にあたる行政職員、消防士、自衛隊員、教員など、被災しながら支援活動を行っている(加藤, 最相, 2011, 171 頁)。

災害看護学教育においては、こうした支援者へのこころのケアについて学ぶことも忘れてはならない。ケア提供者である支援者へのケアである。

このようなケア共創過程は、災害看護のみならず、どのような領域のどのような看護ケアにおいても存在する。次に、精神看護領域の看護を例に、ケア共創過程における目には見えにくい経験知・技について考えてみたい。

3. 目には見えにくい経験知・技の共創

3-1 精神看護における熟練看護師の目に見えない看護の技

フロイトは、人間の心的構造における無意識を発見し、自由連想法を用いて、神経症の患者が抑圧していた無意識を意識化することで治療を行った。冰山モデルで表すことができるように、言語化可能な意識に上る現象は、広大な無意識の海に浮かぶほんの小さな氷片にすぎない。そのため、看護師は、患者の言動の小さな変化に気づく能力が必要である。ナイチンゲールは次のように述べている。

「看護婦のまさに基本は、患者が何を感じているかを、患者がたいへんな思いをして言わせることなく、患者の表情に現れるあらゆる変化から読みとることができることなのである。」(ナイチンゲール, 湯楨他訳『看護覚え書』第6版, 2001, 227 頁)。

新人看護師と熟練看護師の看護実践の相違は、看護師自身の無意識を含む認識の幅や深さが異なることである。例えば、統合失調症による幻聴と闘いながら苦悩の日々を過ごす患者に対して、熟練看護師は、幻聴に左右されて生きる患者のつらさを受け止めたうえで患者の頑張りを静かに見守る。この見守りは遠くから見守る時もあれば、患者のすぐ近くで見守る場合もある。そして、熟練看護師は、心の中では、今、この時を何とか乗り越え、患者が明日を生きられるようにつなぐ援助をしようと考え、心身や生活面について、具体的にアセスメントを行い、治療環境を整える援助を行っている。治療環境には、施設や病室などの物理的環境だけでなく、その病棟のルールや医療スタッフ、共に過ごす入院患者等の人的環境などが含まれる。そして、それらの環境刺激を患者の状態に合わせて制限することや拡大す

ることで整える援助を行っている。これらは目には見えにくい援助が多い。

実際に、目に見える看護ケアの言動として表現できるのは、患者の傍らに在って、そっと手を握ることや、「頑張っていますね」の一言の声かけである。そして、精神症状が落ち着いてきた時には、「頑張りましたね」と笑顔で語りかける。声をかけるタイミングも大切である。目に見える表現としての看護ケアは、日常の中に埋もれるような小さな援助にすぎないこともある。しかし、熟練看護師は、自らの経験知に基づく直観を用いて、患者の心身の状態をアセスメントしながら、幻聴に左右されずに日常生活が何とか過ごせるように患者を支え、患者の言動に違和感を抱いた時は、タイミングを外すことなく、その意味を探る努力を重ねる。ナイチンゲールのいう「三重の関心」を常に持ち続けるのである（ナイチンゲール, 1893）。

このように、臨床においてアセスメントや判断を行う際は、客観的観察に加えて、直観的観察やナラティブをとおした観察など主観的観察が必要不可欠である。なぜなら、看護は観察から始まるからである。微細な変化に気づくことができる観察力と治療的関わりは、共に看護の技でありアートでもある。

3-2 看護ケアにおけるサイエンスとアートの融合

『13歳からのアート』（末永幸歩, 2021）という著書がある。著者である末永氏は、美術教育の研究者であり、中学・高校の美術教師でもある。著書の冒頭で、印象派の画家として知られるモネの「睡蓮」を鑑賞することを勧められる。モネの「睡蓮」は鑑賞したことがあると安心してページをめくった直後に、「この絵の中にかえるを発見できましたか」と問われる。慌ててページを戻して絵を見直してみるが、かえるを発見することはできない。自分だけが発見できないのだろうかと不安になる。

しかし、発見できないのは当然である。モネの「睡蓮」には、最初からかえるは描かれていないからである。しかし、この絵を観た子どもは、この絵の中にかえるを発見し、「今、水の中にもぐっている」と答えると言う。何と自由な発想なのだろう。著者自身も子育ての際、枠組みを持たない自由な遊び方をする子どもたちに同じ感動を抱いたことを思い出す。私たちは、いつの間にか、大人になる過程で、豊かな発想で物事を観ようとする感覚を失い、枠組みの中で窮屈な生き方をしているのではないかとしきりに反省する。末永氏によれば、その分岐点が13歳だというのである。教育の弊害かと考えさせられる。

実は、看護ケアにおいても同様のことが言える。看護の知は、科学としてのサイエンスと技としてのアートが融合したものであり、分けることはできない。しかし、冒頭で掲げた河合隼雄氏の言葉のように、看護も、看護学という学的基盤を確立するために、エビデンスを基盤にした自然科学であるサイエンスを優先し、その結果、これまで蓄積してきた先人の経験知としての目には見えない看護の技を軽視しているように思えてならない。

近年、ストレス社会の中で、うつ病などの気分障害を抱える人が増加している。読者の皆さんは、「うつ病」をもつ人に対してどのようなイメージをお持ちだろうか。暗い表情で部

屋の片隅で、膝を抱えてうずくまっている人を想像する人が多いのではないだろうか。しかし、「うつ病」も一括りにできない程、軽症なものから激越うつ病まで多様な症状を呈する。いずれの精神疾患であれ、こころの病をもつ人を援助するうえで大切なことは、こころの病をもつ人の体験世界を自分の考える枠組みにとらわれることなく理解することである。

看護者は、看護過程を展開するために多くの情報を収集する。情報は多ければ多いほどよいと考えているのではないだろうか。学生は看護学実習において、まずは受け持ち患者の情報を収集しなければ先に進めないと考える傾向にある。そのために、患者のベッドサイドに行くよりも、電子カルテを眺めている時間が多くなる。

しかし、本当に必要な情報はそれほど多くはないのではないだろうか。年齢、性別、家族構成、診断名と治療方針、そして簡単なライフイベントがあれば、とりあえずは患者の全体像の輪郭が見える。電子カルテからの細かな情報収集よりも、実際に患者と関わってみることの方が実像に近づきやすい。表情や体形、言動の特徴等、実際に関わらなければわからないことが多くある。そして、目の前にいる人が、どのような国や地域で生まれ、育ち、どのような家族に囲まれ、どのような生活をしてきた人であるのかを豊かに想像してみることで、心の病にならざるを得なかった状況が見えてくる。心の病は、ある意味で患者自身の対処の表現とも言えるのではないだろうか。また、患者の強みや弱みにも気づく機会となる。すると、自然と支援の優先順位がわかり、早速、ケアが始まるのである。その過程で、「おや？」といういつもと異なる患者の言動への違和感から、こころの病をもつ人が抑圧してきた思いに気づき、それらを言語や絵画などの作品で表現することを支援することもある。そして、こころの病をもつ人をケアしケアされる過程で、看護師－患者双方が、お互いに成長し合うのである。

美術の世界においても、アート思考を育てることが重要であると言う。末永氏は、そのアート思考の構成を植物に例えて説明している（前掲書, 30~33 頁）。地表には「表現の花」が咲く。その根元には大きな「興味のタネ」がある。このタネの中には、興味や好奇心や疑問が詰まっており、これらがアート活動の源となる。



図2 氷山モデル

そして、地下には、空間的にも時間的にも植物の大部分を占める「探究の根」が広がって

いる。この「興味のタネ」と「探究の根」がアート思考であるという。この表現は、看護における冰山モデル（図2）と同様である。

冰山モデルでは、目に見える現象と目に見えない現象は、相互に対立しあっていて、一方に着目すると他方が見えなくなり、それらを統合することの難しさを示している。冰山モデルは、意識と無意識の関係や、依存症発症の深層心理などを説明する際にも用いられる（村瀬智子&村瀬雅俊『未来から描くケア共創看護学』, 2021, 31頁）。

表現として自殺企図やアルコール等への依存を繰り返す精神疾患をもつ人の心の深層には、「生への希求」があり、「孤独感」、「孤立無援感」にさいなまれ、自分はこの世に生きる価値がないという「無価値感」等の多様な思いがある。このような目には見えないこころの深層、すなわち、無意識へのケアを実践することこそが、精神疾患をもつ人に対する看護ケアである。目に見える表現としての言動は、患者自身による不安や葛藤を何とか自分なりに克服しようとする対処機制である。看護者は、生命の危機を避けながら、それらの表現に振り回されることなく、表現された言動の意味を考えることが必要である。その際には、いわゆる表現された言動に対する捉え方の枠組みを変え、自分なりに対処しようとしている姿勢を評価し、患者自身の強みを見出すリフレーミングによる視点の転換が必要不可欠である（村瀬&村瀬, 2021）。

美術の世界においても既存の枠組みにとらわれないために、表現としてさまざまな工夫をしていると末永氏は分析する。特に、カメラが発明されて写実的な表現では、絵画がカメラに力及ばなくなった時、絵画だけができることは何かを模索してきたという。そして、「目に映るとおりに世界を描く」という目的からアートを解放した作品が、アンリ・マティス（1969～1954）の「緑のすじのあるマティス夫人の肖像」（前掲書, 63頁）であると考察している。また、アートの考えを体現した知の巨人であるレオナルド・ダヴィンチ（1452～1519）は、700頁にも及ぶスケッチや研究があるにも関わらず、完全に仕上げた絵画作品は生涯でたったの9点ほどとも言われているという（前掲書, 42頁）。表現される作品は数えるほどであっても、表現の根底にある探究の根や認識は限りなく広がっている。このことは、表現として示される看護ケアは、ほんのわずかな言動であっても、認識においては多くを考え、思い描いている熟練看護師の看護ケア実践と類似している。

アート・コミュニケーションという言葉が聞かれたことがあるだろうか。これは、絵画等のアート作品を皆で鑑賞し合うことで、アートとの対話や鑑賞したグループ間でのコミュニケーションを図る意図で行われる取り組みの一つである。著者の一人も、特に、はじめて精神看護学を学ぶ学生に、さまざまなアート作品や書物、実際の人物や患者の体験談など、表現された作品や言動を理解する体験授業を行っている。この授業には、同じ作品を鑑賞し、同じ体験談に触れても、それぞれの捉え方が異なることを理解することで、看護の対象者に対して豊かな世界が広がることを体験的に学んでもらう意図がある。

しかしながら、授業開始前には、同じ作品や言動に対して、当然、皆、同じ感想を抱くと考えている学生が多い。授業後には、「一人ひとり感じ方や見え方が全く異なることを知っ

てびっくりした」という感想が聞かれ、この反応に、逆に教員として驚くことになるのである。同じ環境に置かれても、ストレスと捉え、ストレス反応を抱く人もあれば、何も感じないという人もある。どのような刺激に対しても同じ反応をすることを前提として考えている限り、ストレス反応としてのこころの病の発症を理解することはできない。

そこで、さまざまなワークをとおして、静止している画像や語られた体験談を手掛かりに、看護の対象者である生活者としての人の観察においても、多面的な理解へのアプローチの大切さを学ぶのである。そして、同じ人を観察するにしても、人によって異なる捉え方があり限界があること、しかし、異なる中にも共通していることがあることを体験的に学習し、看護の専門職としての人の捉え方はどうしたらよいか、特に目には見えない心のアセスメント方法はどうしたらよいかについて学習を進める。医療において患者を捉える際は一人の捉え方では限界がある。だからこそ多職種によるチーム医療が必要であり、その意義もここにある。

4. 草間彌生氏の生き方に見る病からの治癒過程

草間彌生氏（1929～）は、日本を代表する前衛芸術家であり、小説家でもある。自伝（草間彌生『無限の網 草間彌生自伝』，新潮文庫，2021，66頁）によれば、生家が広大な土地で種苗業及び採種場を営んでおり、スマレ畑が広がっていたという。10歳の頃から水玉模様と網目模様をモチーフに絵を描き始めたきっかけは、スマレの一つ一つの花や飼い犬が人間のように自分に話しかけてくるという幻覚の世界を体験しており、他者にはわからないそれらの体験を残しておきたいと考えたことだったという。なぜなら、その描く過程が、その時に感じた驚きや恐怖を静めたからであり、それが草間氏の絵の原点であったと記されている。「思春期における救いようのない暗黒との心の傷跡よりおびきよせられた、精神と神経の病巣からくるもの——それこそが私が芸術を作りつづける根本的な原因なのである」（前掲書，90頁）と言う。すなわち、絵を描くことをとおして、こころをセルフマネジメントしていたと考えられる。

その後、23歳で初めての個展を開く。第2回目の個展を開いた時、草間氏の支援者が現れる。草間氏を治療する精神科医師でもあった西丸四方氏である。西丸氏は、彼女の才能を天才として高く評価し、作品を日本精神神経学会で発表し、広く紹介した。西丸氏は、こころの病を抱える草間氏の強みを見出し、治療者として強みを強化する支援をしたのである。このような支援者の存在の有無が、こころの病をもつ人の人生を大きく変えることになる。絵を描くことを反対する家族から距離をとるために28歳で単身渡米。無名時代の苦難の中でも自分の生きる道を模索し続けた。

もし、草間氏が西丸氏の治療を受けていなかったら、もし、西丸氏によって草間氏の強みが見出されなかったら、あるいは、こころの病だからと渡米することがなかったら、その才能は埋もれたままになっていたかもしれない。いくつかの偶然の重なりが、草間氏の人生に

影響を与えたと言えるだろう。画家に限らず、アーティストの中には、その繊細な感性ゆえにこころを病む人が多い。自傷行為で片耳を切り落としたゴッホもその一人である。医療においては、こころの病に限らず、疾患そのものや症状を問題視しがちである。しかし、問題に着目するよりも、その描かれた作品のすばらしさなど強みに着目することが、その人自身の人生を光あるものとする。そして、ひいては世界の財産となるのではないだろうか。

草間氏は、死に至る反復強迫の中で、日本に帰国後も入院を余儀なくされたことが何度かある。現在も病院の前にスタジオを構え、病院とスタジオを毎日往復しながら作品の制作を精力的に続けている。著者も草間氏の制作風景をテレビ画面で視聴したことがある。描く絵筆の動きに驚くほど迷いが見られない。大きなキャンパスを自在に動きながら、「赤、青、黄色、・・・」と、次々と助手に絵の具の準備を指示する草間氏は、描くキャンパスから目を離さない。おそらく頭の中には描く作品の構図がすでにあり、それらをキャンパスに体現して示しているに過ぎないのであろう。だからこそ、草間氏にとって、作品の表現は求道なのである。草間氏は次のように述べている。

「美術による表現も文字による表現も、根本的には同じものである。新しい精神の領域を開拓していく方法として、どちらも存在しているのである」(前掲書, 236 頁)。

「科学や機械万能の進歩による人間の思い上がりは、生命の輝きを失わせ、イメージの貧困をもたらしている。暴力化した情報化社会、画一化した文化、自然の汚染、この地獄絵図の中で、生の神秘はすでに息づくことをやめている。私たちを迎え入れる死は、その荘厳である静かさを放棄し、私たちは静謐な死を見失いつつある」(前掲書, 265 頁)。

「死の意味するもの、その色彩や空間の美、その死の足跡の静かさ、死の後の「無」、それらを含めた我が鎮魂のために芸術を作ることが、私の使命である」(前掲書, 266 頁)。

草間氏が最近感動した話として述べているのは、「身体障害者が施設で一日、一生懸命努力して、たった三個の小さなネジをはめる仕事によって、神に自分が生かされているということの証を自己自身で感じとって、目を輝かした」という話である(前掲書, 242)。このような話に感動する繊細な感性があるからこそ、私たちには感じ取ることができない声を聞き、感動を呼ぶアート作品を創り続けるのだと思う。だからこそ、描かれたアート作品には、限りなく力がある。

このようなアートを創る過程を治癒過程に適用したのが、ナタリー・ロジャーズによる「パーソン・センタード表現アートセラピー」である(ロジャーズ『表現アートセラピー』, 2006)。このセラピーは、ナタリーの父親で、来談者中心療法の考え方を提示した心理学者であるカール・ロジャーズの哲学に基づいている。心理療法は伝統的に言語形式によるセラピーであった。このことに対し、ナタリーは、「創造的なことは往々にして治癒的で、治癒的なことは多くの場合、創造的なプロセスをたどる」(前掲書, 3 頁)と述べており、多様なアート、すなわち、ムーブメント、描画、絵画、彫塑、音楽、書くこと、音、即興などを用

いて自己表現することを促したのである。そして、その過程が、成長と癒しをもたらすと主張した。このようなセラピーが表現アートセラピーである。

この場合、支持的な環境が重要である。なぜなら、作品の出来具合の評価や医学的診断をするのが目的ではなく、「外界に形を創造することによって、内的環境を表現する」ことでこのころの状態が変わり、気づかなかった自分を発見することが目的だからである。色や形、象徴は、無意識が語る言葉であり、クライアントとセラピスト双方に語りかける新しい言語となると言う。

パーソン・センタード表現アートセラピーで、どのようなアートを用いても内的環境を表現できる理由は、アートにはクリエイティブ・コネクションがあり、各アートに相互高揚作用があるからだと言う。クリエイティブ・コネクションにより、「一つのアート形態が別のアート形態を刺激し、養い、生命力である私たちの内奥の中核や、本質に私たちを導いていく」(前掲書, 14 頁) ことになるからだと言う。たとえば、絵を描く前に散歩をすることによって、木漏れ日の美しさや温かさ、さまざまな色調の緑葉の重なりに深い感情が湧き、それを色や線、形で表すことでいきいきとした絵が生まれる。私たちの日常においても、集中していることを一旦、手放し、音楽を聴き、リラックスして好きな遊びに興じる過程でふとアイデアが浮かぶことが多い。

実は、精神科医療においても、作業をとおして患者自身の深層に存在する認識の外在化を助けることや、回復過程を自己理解する過程を支援することが行われている。いわゆる作業療法である。この作業療法を担当する多職種は作業療法士であることが多いが、医師や看護師も、その場で患者と一緒に作業を行いながら、患者の変化を観察する役割をとる。さまざまなころの病や健康段階にある患者が入院しているため、作業療法のメニューも豊富である。

例えば、塗り絵、絵画、カレンダー作りやビーズ細工・革細工・陶芸、さおり織などの工芸品の創作、音楽や映画鑑賞、カラオケ、読書や簡単な計算や漢字ドリル、アロマを楽しむことや体操、卓球などの運動など。化粧、調理、農作業、ハイキングなどもある。大切なのは、単純な作業を組み合わせ、何度も繰り返すこと、参加は自由とすること、支持的な環境などである。そうすることで、先週と比べて作業への集中力が高まったこと、他者と関わることができるようになったこと、絵画作品の色調や好む音楽の変化などについて、患者自身が回復過程を自覚することができる。また、共に参加する医療者にとっては、表現された作品や活動をとおして、言語化されない患者の深層に存在する葛藤や精神状態を理解することが可能となる。作業療法後には、多職種で振り返りのミーティングを開き、一人ひとりの患者の変化を共有し、患者が参加しやすく、適度な刺激となる作業の工夫などの検討を重ねることを繰り返す。

精神科医であり、精神分析家・心理学者として知られるカール・グスタフ・ユングも、実は、精神科医としての診療の合間に、河原の石を拾ってきては家や城や教会のある村を造るという「石積み遊び」という遊びを行ったという。そして、自分が籠る塔として結実させ、

6年間に及ぶころの病（おそらく軽症の統合失調症）を自ら治療したことが知られている（湯浅他『ユング心理学と現代の危機』, 2008, 111頁）。ユングにとって、「石積み遊び」は混乱した感情を落ち着かせる効果があり、無意識の中に渦巻く一連の空想の流れを外に誘い出すきっかけになったという。今日でいうところのいわゆる「芸術療法」である。ユングが、1913年の人生半ばで危機を迎えた原因の一つは、師弟関係であったフロイトとの最終的な決別とされる。ここで、ユングは「自我殺し」という象徴的死を体験し、フロイディアンという偽りの自己に基づいた自我を放棄し、自我を超えた力であるセルフ（あるいはタオ）が、彼の真の自己の導者となったという（ローゼン『ユングの生涯とタオ』, 2002）。

その後、1916年から、ユングは「マンダラ」と呼ぶ図形を描き始めた。「マンダラ」は、古代サンスクリット語 *Mandala* の音写で、マンダ (*Manda* : 本質、真髄などの意味) とラ (*la* : 本体を変化させながら成就する、所有する意味の接続語尾) の複合語である（今泉, 1993）。立川（2006）によれば、インドで生まれたマンダラは、1500年以上にわたる歴史を有しており、ネパール、チベット、中国、日本などに伝えられ、その形態や機能は大きく変化してきたという。そのため各地に現存するマンダラ図形には、平面図から立体図形までさまざまなものがあり、解釈も多様である。今日、我が国で有名なマンダラは、金剛界曼荼羅と胎藏界曼荼羅という両界曼荼羅で、両者を東西の壁に掛け、修行をすることで悟りを得る道具である。また、対立物を統合するシンボルとしての意味もある。マンダラに共通しているのは、中心があることと四方という方位があることとされる。

ユングは、第一次世界大戦中の兵役でイギリス人の抑留者収容所の所長を務めていた。その時の日課は、毎朝、ノートにマンダラを描くことであった。描かれたマンダラの図形としてのバランスの良し悪しから、自分自身の心の変化を日々観察することができたという。その後、治療中の患者が方向喪失や精神的混乱の直後にマンダラを描くことを発見し、このことからマンダラには、その精神的混乱を鎮めようとする作用があることに気づいたのである。そして、この混乱を鎮めようとする働きこそが、自我の混乱を補償しようとする、より大きな人格の総体であると考え、その人格の総体を「自己」と名付けた。そして、マンダラを「自己」のシンボルとして考えるようになり、自らの生きる目標を見定めることができた時、ユングは、長い「心の闇」から脱することができたのである（前掲書, 湯浅他, 124頁）。ユングは、これ以降、自身ではマンダラを描くことを止めたという。

ユングがこの自我解体という象徴的死の時期を克服し、再生することができたのは、ウォッシュバーンが述べる「超越のための退行」（創造的退行）のプロセスである無意識体験があったからと考えられる。こころの病からの治癒過程においては、アート力を借りることで、無意識体験を表現することが可能となる。それは、病という象徴的な死からの再生をするために必要な退行、創造的退行と捉えることができるのではないだろうか。

5. 個の学びと集団における学び

2020年3月11日からのCOVID-19による感染症のパンデミック。教育機関では、密集・密接・密閉という3つの密を避けるために、対面授業が難しい状況となり、遠隔授業を行う授業形態を導入することで、何とか教育を継続してきた。このような授業形態の変更を余儀なくされる中で、著者らが教育者として大切にしてきたことは、教育方法の変更による教育内容の質低下を避けることである。そのために遠隔授業用の教材準備の工夫に努めた。しかし、実際に遠隔授業を展開し、1クールが終わる毎に、本当に遠隔授業が対面授業と等質の授業となり得たのかという懸念を常に抱いたことも事実である。対面授業でなければできない授業内容は何か。逆に、遠隔授業でもできる授業内容は何かと、各授業内容を吟味しつつ、授業形態の特性を活かしながら、ポストパンデミック後の教育課程全般の見直しを行う必要性も認識した。そして、とりあえず、学生が自宅で遠隔授業を受講できるようなネット環境の準備への支援を行ったのである。

遠隔授業形態では、通学時間を有効活用できるというメリットがある一方で、対面での人との関わりを苦手とする学生が増えるのも実情である。特に、看護学教育においては、前述したように、看護の対象である人を観察し、対象者との関係性を構築するという技術を学ぶことが基本となる。そのため、座学の授業に加えて、シミュレーション教育や技術演習、臨地での実習などの多くの体験学習が教育課程として組み込まれている。これらの学習は、視聴覚教材を活用すれば遠隔授業でも可能と考える部分も多少はある。しかし、臨地という場でなければ学ぶことができない学習もある。

たとえば、対人関係構築技法は、その代表格である。一般に、コミュニケーション能力の育成と言われる関わり方の技法は、言葉のキャッチボールという意味で説明されることが多い。しかし、コミュニケーションは、言語のやりとりだけでない。送り手と受け手の間で展開される表情、行動、創作などの非言語であるシンボルのやりとりである。言語のやりとりよりも、非言語のやりとりの割合の方がはるかに多いのである。したがって、流動的で、マニュアル化することも、パターン化することも難しい学習なのである。前述したように、同じ作品を鑑賞し、同じ言動に触れても、それぞれの捉え方が異なるからである。特に、遠隔授業では、画像を媒介とした対話となるため、相手の非言語の反応が読み取りにくいという問題がある。言語や画像に依存するインターネット社会の影響も大きいと考えられる。

また、遠隔授業形態では、集団での学びにも困難感がある。看護援助においては、患者－看護師関係という個対個の関係が基本であるが、グループという集団を対象として援助することも多い。この場合は、グループダイナミックスを活用することが必要である。遠隔授業では、教員の話す内容を資料やテキストを見ながら理解できる。受講する学生にとっては、自分と教員との個対個の関係で終結するからである。

しかし、学生間で一つの課題を話し合い、学びを共有しようとするグループワークや討論は難しい。遠隔授業の機能としては、ブレイクアウトルームなどが準備されており、グループ学習に活用することもできる。ただし、グループ学習において、グループダイナミックスを活用するためには、グループメンバー間に支持的な雰囲気が必要である。人は誰でも、安

心して自由に発言する場でなければ口を開くことはないからである。自分の発言がグループの中で浮いてしまったら、後から仲間外れになるかもしれないと思うあまりに発言できない人がいるかもしれない。声の大きい人の意見に左右されてしまう人もいるかもしれない。グループダイナミクスを活用するためには、グループのディスカッション過程で生じる葛藤や抵抗を、グループメンバーが共創的に乗り越えることが必要だからである。

集団での学びにおいては、自分の認識と異なる認識を受け入れ、それらの対立的共存としての新たな考えを生み出すことができる共創過程がある。それが、メタ認知的学習過程の意義である(村瀬&村瀬, 2014)。そして、その過程で、個としての身体の外での学びをとおして、個としての内の学びを得、グループメンバーそれぞれが成長するのである。なぜなら、個としての身体の外での学びと内の学びは相同性があるからである。

6. おわりに

COVID-19による感染症のパンデミックが2年間続いている。それまでの日常生活が今では非日常となり、教育の在り方も見直され始めた。しかし、湯浅他が2001年の著書で指摘した若年層を中心として心理学的対応を必要とする状況の急増は現在も終息したとは言えない。その背景には、現代が「時代の病」とも言うべき、よく正体のつかめない不安、見通しのつかない気分にとらえられているという状況がある。加えて、その状況に災害の頻発や感染症の脅威が重なり、まさに、人類の危機に直面している。

ローゼン(2002)によれば、古代中国の象形文字で表記される「危機」は、「危険」と「好機」の組み合わせであり、「死」と「再生」の意味もあるという。そうであるならば、「危険」を「好機」と捉え、新たな世界観をもとに再生する道が残されていると言えないだろうか。人間にも、そして人間が構成する社会システムにもレジリエンス(回復力・復活力)がある(ゾッリ, 2013)。看護においても、その再生への道を共創していく努力が求められているのではないだろうか。

【文献】

- Advanced Life Support Group(2011)/MIMMS 日本委員会(2013)訳 MIMMS 大事故災害への医療対応 ―現場活動における実践的アプローチ 第3版―, 永井書店.
- 安 克昌(2001)心の傷を癒すということ, 角川文庫.
- 古川奈都子(2005)心が病むとき 心が癒えるとき ―仲間たちの体験から―, ぶどう社.
- 帯木蓬生(2017)ネガティブ・ケイパビリティ ―答えの出ない事態に耐える力―, 朝日選書.
- 今泉浩晃(1993)曼荼羅 智慧の構造 ―その秘められた謎を解く―, オーエス出版社.
- Jaffe, A. 編(1963)/河合隼雄他訳(1997)ユング自伝1 ―思い出・夢・思想―, みすず書房.

- Jaffe, A. 編 (1963) / 河合隼雄他訳 (1995) ユング自伝2 - 思い出・夢・思想 -, みすず書房.
- Jung, C. G. (1950) / 林道義訳 (1991) 個性化とマンダラ, みすず書房.
- 加藤寛・最相葉月(2011) 心のケア, 講談社現代新書.
- 河合隼雄・河合俊雄編 (2020) 心理療法序説, 岩波書店, 81.
- 見城道子 (2014) ナイチンゲールの著作における *Threefold Interest* (三重の関心) に関する文献検討, 聖路加看護学会誌, 18(1), 3-13.
- 小林洋子・前田久美子・小原真理子・大和田恭子・谷岸悦子 (2017) 東日本大震災における赤十字の災害看護の伝承, 日本赤十字看護学会誌, 17(1), 1-7.
- 草間彌生 (2021) 無限の網 - 草間彌生自伝 -, 新潮文庫.
- メイヤロフ, M. (1971) / 田村真他訳 (1988) ケアの本質 - 生きることの意味 -, ゆみる出版.
- 村上典子 (2017) 災害時の心身医学的支援の総論, 心身医学, 57(3), 227-233.
- 村瀬智子・村瀬雅俊 (2013) 環境看護学創設への提言 - 変貌する病への看護学からの挑戦 -, *Japanese Journal of Clinical Ecology*, Vol.22 (2), 92-101.
- 村瀬智子・村瀬雅俊 (2014) 教育過程におけるメタ認知的学習の意義 - 教育過程と病気の回復過程の同型性 -, *Journal of Quality Education*, Vol.6, 51-68.
- 村瀬智子・村瀬雅俊 (2022) 未来から描くケア共創看護学 - 自然・生命・こころ・技の循環 -, 大学教育出版.
- 村瀬雅俊・村瀬智子 (2013) 構造主義から汚染環境適応病の実態に迫る: 統一生命理論としての自己・非自己循環理論の視点 -, *Japanese Journal of Clinical Ecology*, Vol.22 (2), 80-91.
- 村瀬雅俊・村瀬智子 (2021) 未来共創の哲学 - 大統一生命理論に挑む -, ナカニシヤ出版.
- 村瀬雅俊・村瀬智子 (2022) 歴史としての生命 増補版 - 自己・非自己循環理論の構築 -, ナカニシヤ出版.
- ナイチンゲール, F. (1860) / 湯楨ます他訳 (2001) 看護覚え書 改訳第6版, 現代社.
- ナイチンゲール, F. (1893) / 早野 ZITO 真佐子訳 (2001) ナイチンゲールと「三重の関心」病をいやす看護、健康をまもる看護, 日本看護協会出版会.
- 内閣府(2017)阪神・淡路大震災の経験と対応,
<https://www.bousai.go.jp/kaigirepo/hakusho/h17/bousai2005/html>. (2022.4.30).
- オリヴェリオ, A. (1999) / 川本英明訳 (2005) メタ認知的アプローチによる学ぶ技術, 創元社.
- ロジャーズ, ナタリー (1993) / 小野京子他訳 (2006) 表現アートセラピー - 創造性にかかわるプロセス, 誠信書房.
- ローゼン, D. H. (1996) / 老松克博監訳 (2002) ユングの生涯とタオ, 創元社.

- 白川昌生 (2019) 美術・神話・総合芸術 ―「贈与としての美術」の源へ, 水声社.
- ソルニット・レベッカ (2009) / 高月園子訳 (2010) 災害ユートピア ―なぜそのとき特別な共同体が立ち上がるのか, 亜紀書房.
- 末永幸歩 (2021) 13歳からのアート思考, ダイヤモンド社.
- 立川武蔵 (2006) マンダラという世界, 講談社.
- Thomas, S. P., Pollio, H. R. (2002) *Listening to Patients*, Springer, 松本潤訳 (2006), 患者の声を聞く, エルゼビア・ジャパン.
- 湯浅泰雄他 (2008) ユング心理学と現代の危機, 河出書房新社.
- 鷺田清一 (2007) 「待つ」ということ, 角川学芸出版.
- 鷺田清一・赤坂憲雄 (2012) 東北の震災と想像力, 講談社.
- ゾッリ, A. & ヒーラー, A. M. (2012) / 須川綾子訳 (2013) レジリエンス 復活力 ―あらゆるシステムの破綻と回復を分けるものは何か, ダイヤモンド社.