第17回日本看護科学学会学術集会シンポジウムⅢ

看護の統合機能と倫理 Integrating Nursing Functions and Ethics

座長 片 田 範 子 (兵庫県立看護大学)
シンポジスト ケイコ・イマイ・キシ (香川医科大学看護学科)
横 尾 京 子 (広島大学)
太 田 喜久子 (宮城大学)
Anne Davis (Nagano College of Nursing)

看護の統合機能と倫理

片 田 範 子

看護と倫理という課題は昭和56年12月に行われた第一回日本看護科学学会のシンポジウムⅢにおいて、「看護における倫理—看護を支えるもの—」というテーマのもとに取り上げられている。それ以来16年が経ちかたちを変えてこのテーマを取り上げることになったが、この16年間に実践現場では倫理的課題がどのように変化したのであろうか。医療のめざましい発展は「生命倫理」的課題を社会問題として医療の現場に差し戻した。シンポジウムの中で取り上げられる物言わぬ対象の権利をどのようにして守るかという課題は、医学的進歩がもたらした多様に渡る治療の選択と究極的に生きること、生かすこと、死なすことを誰がどのように決めることができるのかという問いかけである。しかし、今回のシンポジウムでは、そのような倫理的課題に看護実践がどのように対応しあるいは困難な状況を抱えているかということを含め、さらに日常的な看護実践の統合性を倫理がどう高めていくかという観点に焦点を合わせて行こうとしたものである。

日常性ということからキシ氏は、プライバシーという倫理的概念を日本人の生活状況と医療現場でのありようを比べながら、我々が「プライバシー」に与えていた意味と本音の異なりを指摘した。文化の中に形成されていく行動の規範と言葉として意識される事のずれがもたらす

意味を考える糸口になった。横尾氏は新生児医療に見られる親と医療者が治療を選択するダイナミズムとその矛盾を事例を用いながら解説した。看護婦が医師と親との狭間に経ち、新生児の権利を守ろうとする際に生ずる価値の対立とその意味は実践の困難さを示している。太田氏は老人のケアという場において、家族の関係性の中で生かされている人間のあり方を紐解いている。家族の中で生きる幸せと負担、両者に生ずるストレスとその危機状況は、これからの時代に向けての警告でもある。デービス氏は知識として倫理を統合するだけのものがあるのか、特に日本の看護として実践していく上で倫理をどう見ているのかという事を明確にする必要があると強調している。

会場との意見交換の中でも、「個人の尊重」が日本の医療の中では行われているのかという問いかけが繰り返された。集団あるいは家族の持つ意思決定への力が個人の決定を左右する状況や、「個としての自律」のあり方について意見が出された。シンポジストが発表した内容から見ても個人と家族のあり方がケアの中でしめる位置づけは大きいことが伺われた。さらに、「個人(individual)」として尊重されているとは思えない状況であっても「人間(human)」としてその人を尊重していないという訳ではないということなど、我々が倫理的課題について発言するときに、言葉の持つ意味を十分に意識して使っているのかという事が投げかけられた気がする。状況の中での価値観を十分に考慮してケ

アに生かすことが看護実践の基本でもありその要となるのが倫理の統合的機能となる。しかし、デービス氏が指摘したように、日本人の持つ集団志向が育んできた価値観から生ずる倫理的価値のあり方があるのかどうかさらに探求すべき課題がある。

プライバシー

ケイコ・イマイ・キシ

現代は看護の実践に携わる専門職の者にとって、人権、特にプライバシーに関するジレンマをとまなう状況がふえてきた。それは倫理上、問題になりそうな最新医療技術、例えば、臓器移植、体外受精、遺伝子操作などにかかわることにかぎらず、病院、在宅ケアなどで直面する毎日の臨床上でみられることである。それは人権に関係することで、自律、知る権利、治療に関する選択の権利、プライバシーの権利など、看護専門職者が日常たえず考慮して判断し、行動していかなければならないことである。こうした人間の権利、自律、プライバシーなどの概念は西洋の文化より強く影響を受けた価値観であるので、日本語訳のないプライバシーという言葉はそのまま日本で使われているほどである。プライバシーという言葉が患者に使われた場合、看護専門職者にとって、それは、次のような意味として受けとられる。1) 患者の病気、および個人的なことに關して秘密を守り、公にしないということ、2) 検診をするときは患者に許可をとること、3) 病室は個室でも共同病室でも患者個人の空間、領域を確保すること、4) 医学研究の対象となるときや学生実習の対象となるときは患者の許可をえること、特に臨床実験の場合はその危険性や問題を明確にしらせ、途中で実験から抜け出たい場合は自由にぬけられ、治療や看護ケアを受けることに変わりはないこと、5) 公の場所では、患者のうわさなどを話さないことなど。こうした考え方は大人は自分の行動、判断にたいして自由に選択し、行動し、責任をもつということを前提としている。それは、個人が正常な精神状態であり、選ばれた判

断、行動が自己、他人、社会に害のないことであることが条件であるので、子供や精神上、知能の問題がある人の場合は例外である。

人がある状況でどう行動するか、考えるかはその人のすんでいる地域や国の文化に影響を受けている。ある文化に生活しているものにとって、日常の行動は無意識におこなわれ、例えば挨拶としてお辞儀をしたり、家にはいるとき靴をぬぐのは、ながいあいだに受け継がれた行動で自然におこなわれる。集団のなかの個人に、個性、特徴はあるが、集団の中でいかに自由にその個性、特徴を表現できるかはその集団、地域、またはその国の文化のコントロールのレベルによる。日本の文化で、日常生活におけるプライバシーを考えてみると、それは米国のそれとは異なる所が多い。例えば、住居を見ても鍵のない個室のある家は日本にはまだたくさんある。純日本式の住宅には、防音装置はなく、障子や襖でしきられた開放的なスペースが部屋としてある。それで家の中では見ていけないことを見れば、見ないことにし、聞いていけないことを聞けば、聞かないことにし、心に秘密をしまいこむ。プライバシーは物的な境界線ではなく、心に線をひく。こうした環境に生活していれば、医療の場、病院などにおいて、患者の空間、や身体のプライバシーを守るということは良く考えないとむずかしい。最近は団地やマンションに住む人が多くなり、自分の部屋に鍵をかけ、まったく一人でいる自由をもつことができるひとがふえた。それで、共同病室でカーテンひとつで他の患者と一緒に入院するのが困難になってきた患者もたくさんでてきた。自分が迷惑をかけぬようにいろいろ我慢したり、他の患者の問題を共有しお互いに治療中に我慢することがおおくあることに気がつかないこともある。

土居(1979)によると、日本では公から独立した個人のプライベートの領域がみとめられておらず、また、個人を超越した公の概念も乏しいということである。公の場と個人のプライベートの場を混同して、新幹線や電車の中で携帯電話で大声で話している人をみかける。こうした日常生活であれば、病室でみんなのまえて、プ

プライベートなからだの部分の包帯交換や、おむつの交換がおこなわれてもプライバシーに気がつかないこともありうる。駅や公共施設のトイレに男女の境界線がないところもあり、男子が同じ場所のかたすみに、女子が片方のかたすみにトイレがあるところもあるので、特養老人施設などでおむつを男女とも同じトイレでとりかえたりしていることなど、あってもプライバシーがやぶられたとは気がつかないかもしれない。しかし看護専門職者ともなれば、相手が痴呆の老人であっても、やはり人間の尊厳を守ってあげることを忘れてはならない。毎日、通勤ラッシュで満員電車で周り中から見知らぬ他人よりおされて、仕事にかよってくる人は、身体に関する空間やプライバシーに関して、病室における患者の個人の空間、身体のプライバシーに関して、忘れがちになるかもしれない。患者の検診時には患者の許可をとり、患者を公にさらさない注意が必要である。

患者個人のプライバシーを無視できる例は、患者本人、または、第三者に危害がかかると思われる時のみである。それは、まさに、J.S. MILLの哲学のThe greatest good for the majority, Utilitarianismの実践である。この例として、フロリダ州で生徒の親たちが生徒の薬物使用検査を実施して良いという法律を支持した(ニューヨークタイム9.28.1997)。米国の様に個人主義の国でも個人を超えて、集団を重用し、個人のプライバシーを無視する場合もあるし、集団を重視する日本の文化においても個人を考慮し個人のプライバシーをまもり、人間の尊厳をまもる必要があるときもある。即ち、看護において、文化を考慮したうえで、患者の代弁者として、看護上の判断と看護行為を行うことが、倫理上の看護の統一機能と考えられる。

新生児の治療をめぐる意思決定

横 尾 京 子

今日の医療には何が「善行」か否かを単純に判断することができない状況があり、患者にとっての最善の行為を決定するには、看護婦が専

門職として考えなければならないことは多岐にわたる。とりわけ、患者本人が自らの意思を表現できず、意思決定に代理人を必要とする場合には、誰が意思決定の代理人として相応しいか、何が患者にとっての最善の利益なのかが問われることになり、そのような状況下で看護婦としてどのような行動をとるべきかという複雑な判断を迫られることが少なくない。そうした判断は、少なくとも、状況に関わり合うすべての人の価値観を尊重しつつ、一つの選択肢に辿りつくにはどうすれば良いかの熟考を迫るものである。このような例の一つに、新生児の治療をめぐる意思決定という状況がある。

次に示す事例は、1993年にNICUの看護婦を対象に実施した[NICUにおける倫理的問題]に関する質問調査によるものである。これら2事例において、何が倫理的な問題であり、新生児をとりまく親・医師・看護婦の持つ価値観は何であり、彼らはどのような責任をとろうとしているのかを探り、そのことを通じて「看護の統合機能と倫理」というテーマが持つ意味を考えたい。

【事例1】重症仮死で出産。人工呼吸器から離脱できず、刺激に対して無反応な状態が続いた。出生から数か月後、両親は治療の停止を看護婦長に願ひ出た。婦長は「回復が見込まれない治療は子どもにとって苦痛が大きすぎる、親としてみていられない」という両親の考え方や気持ちを尊重し、主治医にそのことを伝え、両親と話し合う機会を作ろうとした。しかし主治医は「日本の現状では生命ある限り治療を停止することは不可能、万が一の可能性にかける」と、話し合いに応じない。その後も、婦長は両親の気持ちが主治医に少しでも理解されるよう間を取り持つが、話し合いの機会はもてなかった。そのような中、生後半年で子どもは死亡した。

【事例2】予後不良(確定診断はEトリソミー)という説明を主治医から受け、父親は積極的な治療に反対するが、母親は強く救命を希望した。両親間の合意がない状況で、主治医は母親の希望を受け、治療を開始した。看護婦はなぜ母親の意見が無条件に選ばれたのか、そ

の背後に主治医が自分と同質の価値を肯定するというバイアスがあることを感じとり、本当に新生児の立場を中心におく決定なのかと懷疑する。また、このような場合どうすれば良かったのかと疑問を投げかける。

意思決定の代理人に子どもの親になることについては、さまざまな考え方がある。事例1では、親は問題を十分に理解できないので、最もよく分かっている医師が決定すべき、という立場がとられている。これは医療社会におけるパターンリズムの一例であるが、そこでは医師の価値観を優先させるが故に、親の自律や自己決定を制限することになる。事例1が倫理的に問題なのはこの点である。医師は法的枠組みの中で医師としての責任を果たそうとするために、治療を続行させ、意図して「殺すこと」を避ける。逆に、両親は生きることの質を重視し、その責任において子どもを害(苦痛)から守ろうとする。この対立する二者間にあって婦長は、医師が自分とは異なる考えをもつ両親の話に耳を傾け、話し合い、相互理解の過程を歩むことに価値を置き、その実現に責任を感じていた。それ故に、両者の間をとりもったのであろう。

事例2でも、意思決定の代理人に関する倫理的問題がある。両親間で価値対立がある場合には、片親が「できることは何でもして欲しい」と望んだとしても、医師は治療のもつ害やリスクを検討し、両親の合意を得ることが必要である。この点が意思決定過程で省略されていると考えるからこそ、看護婦は新生児の立場が顧みられていないと捉えるのだろう。また、ここにはもう一つの倫理的問題が存在する。それは決定の結果として、採択されなかった人の価値にも理解を示すにはどうすればよいかという点である。事例2の父親がどのような経過を辿ったかは定かではないが、看護婦は父親を支える必要があったのではないかと、この意味においても、決定に至るまでの関わり合う人々の相互理解の過程が不可欠である。

人の意思決定の背景には、その人固有の、またはその時代や社会特有の価値観がある。それ故、個人を尊重する立場に立つなら、判断や行

為の正当性を保証できる唯一絶対の「正しさ」は存在しない。上記2事例は、重みの差異が僅少な価値が対立する中で、自らが意思を表明できない新生児の最善の利益について考えなければならない状況である。そこでは、新生児をとりまく親・医師・看護婦それぞれが苦渋の選択を強いられていることになる。その決定の重さは、将来もずっと親についてまわる。だからこそ看護婦は、困難でも親自身が納得のいく決定をすべきであると考え、それを支持したいのである。

異なる価値観をもつ人々の間で物事を決定しなければならない場合には、相互理解の過程を歩み、それぞれの価値を意味づけ、さらに、採択されなかった価値をも尊重し、支持してることが看護の統合機能から導かれる倫理であると考えらる。

老人と家族へのケアにおける看護の統合機能と倫理

太田 喜久子

ケアにおける倫理を考える場合、老人自身からの意思表示が表われにくいという特徴を捉える必要がある。老人は身体的、精神的機能障害をもち社会的な弱者となり、いろいろな意味で依存的な存在となりがちである。また老人ケアは家族との関係性を考慮した中で行われるが、その際、家族の意思だけでなく老人の意思がどのくらい重んじられているか、それが相反する時、どのような選択が取られているのか、家族による老人への介護という状況の中で、老人と家族の関係性に視点を当て、どのような倫理的問題が存在しているのかを考えてみたい。

1. ストレスフルな介護状況で起こっている倫理的問題

老人にとって人権が守られているか疑問に思われるような日常の介護場面の中でおこっていることを以下の次元から考えてみたい。

1) 家族と老人の関係の中で起こっていること

(1) 家族が老人にしていること：①家族が老人

をなじる、ことばで傷つける。②家族が老人に身体的危害を与える、時に老人の生命への危険に直結するような行動も含む。③家族が老人との間に距離をおこうとする、行動の自由を奪う。④老人の意思決定、意思表示を奪う、というような言動が見られる。

(2)老人の反応：このような家族の関わりに対して、老人は、a. 怒る b. 当惑、混乱を増長させる c. 黙る、じっと動かなくなる d. 自分を卑下する、落ち込む、といった様子が見られ、結果として、老人は自分の意思を表現する機会が奪われることが多くなる。時には自分の意思表示を抑え、家族の意思に従うことで、家族との関係を繋ぎ止めようとすることもみられる。

2) 家族自身の中で起こっていること

家族は自身の中で、老人を傷つけている自分と、つい傷つけてしまう自分というものを責める自分という相対するものを抱えながら苦しんでいる。その苦しみのはけ口が、いつも目の前にいて閉鎖的關係の中にいる弱者である老人にぶつけられるという悪循環を引き起こす。また家族は介護のために自己犠牲が強いられるだけでなく、老人との今まで形作ってきた関係が取れにくくなっていく中で、家族自らの存在の確かさを確認する術を失うということも起こりうるのである。

以上のように、ストレスフルな介護状況においては、老人も、家族も自分らしさを保ち、自身を自由に表現することが困難な状態にある。どちらも自己の存在の危機的状況にあり、人としての権利が十分に守られているとは言い難い状態にあるといえるだろう。特に老人の場合は、この状況を打破し、自らの権利を主張する力が家族に比して乏しいが故に、一層、老人の権利を守るための看護職者の働きが求められるのである。

2. 看護の働きかけ

実践における思考、感情、行動が統合された看護援助として、中でも倫理的側面に関わる働きを看護職者はどのように行っていけばよいのだろうか。看護職者の行動は、その人の思考や

感情により大きく影響を受ける。

1) 自らの価値観への気づき

まずは人生観、死生観、健康観といった自分の価値観を洗い直すことが必要であろう。自分が人間存在または人生のどのようなことに意味を見出しているのかについて、看護者は自らを知ろうとすることである。

2) 老人のとらえかた

老人をどのような人と捉えているか、自分の中でラベル付けがないか、あるとすればどのようなものかについて意識化し、それに気づき向き合うことである。老人への否定的な思いを消すというよりはむしろ、自分の思いの傾向性を知ることが大事である。

3) 価値観、倫理的配慮の行為化

老人と家族の人権を守るために、看護職者としての思考、感情をどのように行為として具現していくのかということである。倫理的配慮は特別な時にだけ表われるというのではなく、日常的な関わりや働きかけの中で自然な行為としてなされるものである。

表出されている老人の意思を理解し、可能な限り本人の意思決定が尊重されるような環境作りをする。また老人の意思がつかみにくい時は、ちょっとした言動や行動の傾向性やその変化から、看護職者はできるだけ老人の意思を汲み取ろうと努める。老人の意思を引き出すようにしながら、老人が望むであろう方法を探る。

4) ネットワークシステムの必要性

老人の身の安全や人権に関わる家族関係のトラブルや、複雑な倫理的問題を解決するために、看護職一人ではなく、ケースワーカーや弁護士等他の専門職との連携を取り、専門的な相談、アドバイスを得られるシステムをつくる必要がある。老人の人権を守る担い手として、具体的にどういう事が人権を侵害することになるのか、または人権を守るとはどういうことなのか、自らの感性を鈍らせることなく、看護職は問い続けていかなければならない。老人のケアにおける倫理を日常性の中で根づかせる努力をしていくことが求められる。

Further Development of Japanese Nursing Ethics

Anne Davis

Ethics is ever present in everyday life and in our daily nursing practice. The task of integrating ethics into nursing education has three interrelated dimensions which are: (1) socialization of students, (2) learning about ethics as a body of knowledge in the class room and understanding how that knowledge is used in the clinical arena, (3) creating an ethically friendly work environment in which ethical thinking and actions flourish. The final goals of this integration are to raise ethics to a more conscious level of awareness. The end results of integration is the development of ethically sensitive nurses who think and act ethically just as expertly as they think and act with clinical expertise.

When we speak of integration of ethics there is an unspoken assumption that we have a body of knowledge to integrate. In the west, we still struggle with this assumption and raise questions about the content of nursing ethics. I am not

clear where you are in your struggle to develop your nursing ethics knowledge. Perhaps the integration of Japanese nursing ethics and practice necessitates the further development of a nursing ethics that is culturally appropriate to Japan. While I believe there are universals in ethics, I do not take western moral philosophy as the knowledge base of these universals. Every society has notions of good and bad, right and wrong, justice and virtue, the self and caring. But how these core ethical concepts are defined is culturally specific in many, and perhaps most, instances.

Before integration of ethics into nursing knowledge, I would suggest that the task before you is to more fully develop the theoretical foundation of Japanese nursing ethics. Then you can determine how this culturally appropriate theory functions to both structure and solve ethical issues in clinical practice. I sincerely encourage you to examine your own ethics traditions and content and to offer this knowledge to the international community of nursing.