

看護倫理感性の涵養から看護実践へ

熊本大学大学院生命科学研究部 森田 敏子

Fostering nursing ethics for practical nursing

Department of Nursing, Division of Environmental and Sociomedical, Sciences,
Faculty of Life Sciences, Kumamoto University,
Toshiko Morita

Abstract

Higher nursing ethics can raise nursing quality. The author attempts to define the problem from the seedling of sensibility in practical nursing and focuses on the clinical environment surrounding nursing ethics from its pedagogical and historical aspects. On the basis of these standpoints, the author discusses issues on the practical nursing as a practitioner of nursing ethics.

1. はじめに

看護倫理感性が豊かな看護師が行う看護実践活動であれば、看護の質は高められる。看護の歴史には、倫理感性が育っていなかった時代、気づいていなかった時代がある。本稿では、看護実践における倫理感性の芽生えから看護倫理の問題の所在を探り、看護倫理教育の歴史的経緯から看護倫理を巡る療養環境を見据える。そして、看護倫理感性が涵養された看護者の看護実践の必要性について論ずることとする。

2. 看護実践における倫理の芽生え

我が国が、第二次世界大戦後の混乱と混沌とした社会を生き抜き戦後の復興を見事に果たした後、高度経済成長期が続くと思いついて描いていた時代にあつては、病気や怪我に苦しむ人々の救済（治癒）は、医師の治療に従っていれば良かった。当時の治療は、そう複雑でなく、“この病気には、あの治療”というように、定型化された治療法が行われ、治療方針を選択する余地はなかったからである。傷病者が治癒するか否かの将来予想図（病状の経過や予後も含めて）は、医師の主體的な判断に任せていれば概ね正しかった（最善であった）。このような時代にあつては、医師の医師たる権威が尊崇され、医師に従うことが最も相応しく賢明な判断であると考えられていたのである。それゆえに、医療の担い手¹⁾も医師の治療方針に口を挟むまでもなく、当然のこととして、素直に主治医に従い、主治医の判断を支持し、主治医の指示を忠実に実践し、

「主治医が最も治療し易い環境を整える看護とは何か」といったことに心砕いていたのである。

筆者が看護師をしていた 1970 年代は、例えば、高齢者の大腿骨頸部骨折患者の人工骨頭置換術は、手術室に入る医療者の人数も制限され、嚴重な感染対策のもと厳戒態勢ともいえるような環境で手術が施行され、固唾を飲んでその回復を祈ったものである。術後管理を委ねられている看護師は、感染リスク状態をいかに回避して回復に向かわせるかを考えているがゆえに、安静状態の維持に気を配り、ゆっくりとリハビリを開始し、歩行できる状態に成るように努力していた。この間、患者は、“安静が必要”という大義名分のもと抑制によって同一体位に固定した抑制された状態におかれ、廃用症候群を経験し、四肢の拘縮に苦しむこともあった。このような術後生活管理は、看護師の独自の判断でなく、主治医の指示を忠実に遵守する看護の実践であった。そうすることが、倫理原則でいえば、善行原則、無危害原則、正義原則、そして忠実の原則を果たしていることになる信じ、そこに最大の価値を置いたケアを行っていたのである。抑制という身体拘束は、患者の基本的な人権の尊重を阻害するものであるとは考えていなかった。当時の看護師が患者のために善かれと思って行うケアには、倫理的問題が潜んでいたのである。しかし、その当時は、主治医のパターナリズム的な治療にさえ、ジレンマを感じることはなく、倫理的問題があるとは思いつかなかった。患者の生体に内在している“自然回復力”を活かすという考え方や抑制という身体拘束の必要性の明確な根拠や正当性、切迫性、非代替性、一時性、家族の同意を得るといった思いに至る発想は、看護師にはなかったと言っても過言ではないであろう。

当時、40 歳代の癌の患者が死を迎える場面では、「私は癌ですね」とつぶやかれても、“癌告知しない”という方針が主流を占めていた時代においては、“癌告知は患者を苦しめる悪しきこと”という考えが浸透しており、病名をひたすら隠し通すことが最善であり、美德であり、看護師が遵守すべきことであった。患者に病名を隠しながら、励ますことしかできない看護師としては、結果的に、患者に忍びがたき苦痛を耐えさせていたのである。死を悟っていた患者は、「いよいよ駄目な時は、意識があるうちに妻と子どもの 3 人にして欲しい。3 人で語らいたい。」と唯一の希望を看護師に託されることもあった。しかし、その時がやってくると、慌ただしくかけつけた妻と子どもを病室の外に連れ出し待機しておくように指示し、主治医と看護師は、その患者が回復の見込みがないと明確に分かっていたにもかかわらず、医療者としての最善の努力が善であると信じて延命のためのケアを行ったのである。懸命に行ったカウンターショックや心臓マッサージは患者を苦しめたことであろう。様々なチューブ（酸素吸入チューブ、経管栄養チューブ、点滴ライン、創部ドレーン、尿カテーテルなど）に囲まれスバゲッティ状態となっていた患者は、降圧剤や昇圧剤、強心剤、利尿剤などの注射を数秒おきに矢継ぎ早に打たれていたが、それが最善、最良の努力であると信じて疑わなかった。今思えば、激痛にさいなまれた状態が続く患者には、意識があ

る間の拷問であったであろうし、生きているまま地獄を見たであろう。今振り返れば、無危害原則の遵守どころか、悪しき危害を及ぼすハラスメントであったと深く自省せざるを得ない。最期の看取りは、家族との語らいという安らぎの癒しの中にあるべきであったのではないだろうか。

やがて疾病構造が変化し、結核やコレラなどの感染症や急性期疾患が減少し、慢性疾患が増加し、豊かな経済も陰りを見せている近年の少子高齢社会にあつて、様々な病気や怪我に苦しむ人々が増加してきているように、傷病者の受難の時代が続いている。一方では、医療がなお一層発展し、高度化と専門細分化し続けている。つまり、このことは、治療の選択肢が増えたことを意味している。今や、人工呼吸器を装着する延命治療の選択のみならず、遺伝子治療や再生医療の開発や発展にしのぎを削り、心臓弁膜症患者の人工心臓弁移植や角膜移植を可能にし、熱傷患者の皮膚細胞移植なども普通の治療として日常的に行われている。治療の工夫や開発自体は悪いことではない。むしろ、最善を尽くすことになり、倫理的には善であり、賢明なことである。しかし、治療の適応ではないと判断される患者に適用または応用することになれば、看護師が患者のためを思って善かれと思って行う主治医の指示を盲目的に行うケアには、倫理的問題が潜んでいないかと考えなければならない。看護師は、従順な看護ケアを行いながらも、次第に“何か変ではないか”“その医療行為、または、その看護ケアには倫理的な問題があるのではないのか”と気づき始めていったのである。看護師の倫理感性の芽生えである。

丁度、1978年に『バイオエシックス百科事典』(Encyclopedia of Bioethics ed.by W,Th.Reich, MacMillan,New York)が刊行されているので、そのころには生命倫理が世界的にも注目を浴びてきていたといえる。同時に、主治医の治療方針に従って忠実に看護実践することが“最善のケア”と信じていた看護師は、生命倫理の尊重と遵守とともに、“看護倫理とは何だろうか?”という問題意識が芽生えていたころでもあった。看護倫理の芽生えとジレンマへの対処の苦悩を実感したのである。その後、医学・医療の学問体系がいよいよ確固たるものとなり、医療の発展も急激に進化・発展して行く時代を経て、治療の選択肢が増えるとともに、人々の権利意識も高まり、傷病者の自己決定の尊重が重要視されている今日(2013年)を迎えていることは、医療と社会の歴史が物語っている。そして、看護の歴史も、医師の手足としての忠実な実践者から、医師と治療の是非について検討し、生活者である患者の権利擁護者としての視点から協働者、連携者としての位置を確立しつつある。にもかかわらず日本文化社会においては、患者という個人の自律よりも家族の意見や和を尊重する家族意識の観念が重きを占め、患者の治療方針の能動的な意思決定は、曖昧模糊としていることも否めない。本稿では、傷病者の生活の質(QOL)を左右する看護の質に影響を及ぼす看護倫理の問題意識と芽生えを確認し、看護倫理感性の涵養の必要性から看護実践について具体的な事例をもとに検討していく。

3. 看護倫理教育の歴史的系譜

我が国の看護倫理の有り様の変遷には、看護師が医師主導の立場に甘んじてきた看護教育制度を抜きには論じられない背景がある。東京府看護婦規則（府令第 71 号）が制定されたのは、明治 33（1900）年である²⁾。当時の東京府内部資料「看護婦規則制定並地方衛生会招集ノ件伺」³⁾によれば、看護婦規則発令の理由として、「①看護婦という名前の乱用、②低賃金看護婦の出現、③不当賃金の要求、④風紀の乱れ、⑤主治医の指示なき医術の乱用」⁴⁾の 5 点が挙げられている。着目したいのは、④風紀の乱れと⑤主治医の指示なき医術の乱用である。風紀の乱れは、看護師⁵⁾の倫理的態度の欠如の指摘であるから、素直に認め改善しなければならない。主治医の指示なき医術の乱用も、看護師としては看護業務の法的責任範囲を超えることであるから、行ってはならない。むしろ法律違反であり、戒める必要がある。しかしながら、このことが、大正 4（1915）年の「私立看護婦学校看護婦講習所指定標準ノ件」⁶⁾の規定へとつながり、教授する科目 6 教科と教師は医師であることが定められたのである⁷⁾。医師が教授する看護教育であれば、当然のことながら、学ぶべき教育内容も医師が決めることとなるのは必然である。看護師の独自性や主体性、倫理感性は育ちようもない歴史的環境にあったことが窺える。教授する必須科目に「修身」⁸⁾があり、いわゆる良妻賢母的な医師に従順な看護師像が描かれるであろうことは想像に難くない。

そして第二次世界大戦の終結を迎えたのである。戦後のわが国の看護教育は、GHQ（General Headquarters 連合軍最高司令部）の支配下にあり、看護教育制度の確立への歩みを経ていく。昭和 26（1951）年の保健婦助産婦看護婦養成所指定規則の看護婦養成所学科課程（国家試験受験資格要件）には、「看護学」（690 時間以上）が規定され、その内訳として「看護倫理（職業的調整）」（20 時間）が定められている。しかし、教科書を執筆する要件を具備した看護師は存在せず、医師である橋本寛敏（聖路加国際病院長）が著した『看護倫理』がテキストとして用いられることとなった。その内容は、①医師の指示を忠実に守り、奉仕的に働く、②目上の人を敬う、③男子や夫を敬う、④従順で優しい態度というに、日本伝統文化価値規範に基づく美德としての倫理が期待されていたのである。奉仕的精神と組織の規律、秩序への服従が重視され、従順、清楚、冷静といった態度が強調されていたのである⁹⁾。ビーチャムとチルドレス（T.L.Beauchamp & J.F.Childress、）らが提唱した倫理原理¹⁰⁾である自律尊重や善行原則、無危害原則、正義の原則といった価値観や信念は示されていない。特に、医師と看護師という役割関係以前に、男性・女性という性別の価値規範があり、看護師は役割機能とジェンダーという倫理の二重規範に縛られていたのである¹¹⁾。当然のことながら患者の権利擁護といった意識や概念もなく、いわゆる病院組織の機能体制における秩序の維持と医師の権威を醸成していたと考えられる。

このような価値観に支配された「看護倫理」の概念は、次第に看護師から敬遠されていったのは、当然の帰結であったと思う。昭和 43（1968）年のカリキュラム改正に

において、科目としての「看護倫理」は削除され、新たに構築された「看護学総論」の科目「看護概論」(60 時間)の備考として「看護倫理を含む」とされたのである。科目だてされた「看護倫理」と、備考に添えられた「看護倫理」とでは、必然的にその教授法も学び方も看護実践も異なってくる。そのカリキュラムによって看護教育から「看護倫理」を手放したといっても過言ではない。なぜなら、看護師たちは、“看護”そのものが道徳的な実践であり、最善の追求であると考えていたからである。“看護”と“倫理”は、別々の 2 つのものではなく、“看護”に“倫理”が包含されていると考えていたのである。しかし、看護実践そのものに“倫理”が内在しているにもかかわらず、依然として医師に指示や判断を委ねていたのは、奇妙なことではないか。“倫理”を手放してもなお、医師主導のパターナリズムには気付かず、看護師の自律的な独自の判断や“患者の権利擁護の信念”もなかったのではなからうか。

このときのカリキュラム改正の趣旨は、「看護師の教育は医師に行ってもらうのではなく、看護師が行うこと」、そして「考える看護学生を育てること」というスローガンであったが、“看護師は成長していないので、今しばらくの間は、医師に教えて欲しい”と考えていたのであるから、皮肉なものであり、矛盾している。「看護師が教える看護教育」と「考える看護学生の教育」の提唱者は、あのナイチンゲール (Florence Nightingale) なのである。カリキュラムを改正しても、看護師は、看護師の手によって看護師を育成できなかったし¹²⁾、十分に看護判断してきているとは言えない。治療の選択と意思決定は、本来患者自身の問題であり、患者と家族に委ねられるべきものであるし、患者の自律的な考えのもと決定されるべきものである。その判断に立ち会う看護師は、患者の自律的な考えを支援する立場にある¹³⁾。「患者中心の看護を実践する」と言いながらも、相変わらず、患者よりも医師の方を向き、医師の指示を仰ぐという態度であったのである。患者の容態の変化を医師に報告する際には、“上申する”という用語を持っても違和感はなかった。看護師は、自らが自律し得なかったのである。このような状態では、看護師は専門家とは言えないし、専門家ともみなされない。我が国では、長い間、「看護師は医師に従う人」とみなされてきたし、今日でも、そのように思っている社会の人々は多い¹⁴⁾。

しかも、現実の医療の世界と社会は皮肉な様相を示していった。それは神の領域とされていた生命の誕生など、人間 (医師や科学者) の操作で可能となり、治療の選択肢も増え、医師が指示する治療法に盲目的に従う従順な看護師ではいられなくなってきたからである。患者にしてみても、「おまかせ医療」から、「最善の治療を受ける権利」¹⁵⁾を自覚するようになってきている。自分が患者として、出生前診断を受ける・受けない、生殖医療を受ける・受けない、癌告知を受ける・受けない、積極的な延命治療を選択する・しない、尊厳死や安楽死を是正するといった生き方、死に方、人生観、価値観に由来する判断を自律的に自己決定するという権利があると気づいたからである。看護師が手放した看護倫理は、治療の選択の多様性、治療の組み合わせの可

能性、高度先端医療の享受の自己決定などについて、患者に自律的に委ねることになるため、患者の判断の自己決定を看護師が支援するものとして根底に据えられていなければならない能力だったのである。ゆえに、看護師が、倫理的ジレンマに陥るのは当然であり、患者の権利擁護者となりえない現実にもますます苦悩することとなる。

さらに追い打ちをかけたのが患者の高齢化、重症化、在院日数短縮化による業務の多用化・煩雑化による医療安全への目配り、気配りの必要性である。看護の質向上を願いつつも、医療事故が起きないように最低限の看護を行い、その日の業務（実は、看護師の独占業務であるはずの療養上の世話と診療の補助）に追われてしまっているという思いが強く、看護業務をこなす日々明け暮れるだけという嘆きが聞こえてくる。看護倫理感性を身に着けるどころか、看護業務をこなすだけの看護師の疲弊感が問題となっている。新人看護師の早期離職とともに中堅看護師の疲弊も課題となっている。倫理的問題を感じ取るゆとりも、余裕もない、だから考えられない、考えようとしなない、ゆえに倫理感性が育たないといった悪循環に陥っているのではないだろうか。“倫理的問題である”と認識しなければ、倫理的な思考も検討もできないし、実践という行動化にもつながってはいかないのは当然である。

そのような苦悩の時を経て、平成 8 (1996) 年の「看護婦等養成所の運営に関する指導要領」の改正において、看護師教育の基本的な考え方が示され、倫理に基づいた能力の育成に関して言及されている¹⁶⁾。そして、平成 23 (2011) 年のカリキュラム改正において、教育内容に「看護倫理」が明確に位置づけられることとなった。看護師等養成所の運営に関する指導要領別表 3 看護師教育の基本的考え方、留意点等における“教育の基本的考え方”として、「看護師としての責務を自覚し、倫理に基づいた看護を実践する基礎的能力を養う。」¹⁷⁾と明記され、さらには、専門分野 I の基礎看護学の“留意点”として、「看護師として倫理的な判断をするための基礎的能力を養う内容とする。」¹⁸⁾と明記されたのである。看護教員は、看護基礎教育において、倫理に基づいた看護を実践できるようにすること、看護師として倫理的な判断ができるように教授し、基礎的な能力を育成しなければならないことを改めて自覚する必要がある。そして、「看護教育内容と方法に関する検討会報告書」¹⁹⁾においては、倫理的な看護実践に関する看護基礎教育の卒業時の到達目標が示されている。それは、「第 I 群 ヒューマンケアの基本的な能力」の「倫理的な看護実践」である（①対象者のプライバシーや個人情報を保護する。②対象者の価値観、生活習慣、慣習、信条などを尊重する、③対象者の尊厳や人権を守り、養護の立場で行動することの重要性を理解する、④対象者の選択権、自己決定を尊重する、⑤組織の倫理規定、行動規範に従って行動する）²⁰⁾。看護基礎教育において、一旦は手放した「看護倫理」であったが、再び取り戻した「看護倫理」によって、どのような教育が理想として行われるであろうか。これも、今日の大きな課題である。少なくとも「倫理感性」を磨く必要性を自覚し、その涵養から行動化する人材の育成に動き出していることは間違いない。なぜなら、

看護における倫理的感性と行動化、つまり「倫理的な看護実践」は、看護の質に大きく作用し、患者の心身の回復や苦悩、安寧に大きな影響を及ぼすからである。それが具備されてこそ、“看護師は専門家である”と自称できるし、他者からの評価も得られるのである。倫理感性の育成に留まらずに、看護倫理感性の涵養から看護実践へつなげていかなければならない時代にきている。

4. 看護倫理を巡る療養環境

医療の急速な高度化と患者の権利擁護の狭間にあつて、看護者たちは認定看護師といったスペシャルティを持ったジェネラリストを輩出し、専門看護師といった新しい領域の看護の責任にも挑戦し、守備範囲を広げつつある。そこには、“看護の質向上”を目指すことが目標として掲げられ、看護者の倫理感性が必要不可欠であることは、いうまでもない。

そこで動き出したのが、日本看護協会²¹⁾である。日本看護協会は、看護実践を自主規制する責務と質向上、人材育成などの観点から、行動指針として、昭和 63 (1988) 年に「看護婦の倫理規定」を制定し、平成 15 (2003) 年に『看護者の倫理綱領』を改訂した。その前文には、「社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。」²²⁾が謳われている。『看護者の倫理綱領』は、条文 15 条から成るが、大きく 3 つで構成されている。第 1 条から第 6 条の「看護提供に際して守られるべき価値と義務」、第 7 条から第 11 条の「責任を果たすために求められる努力」、第 12 条から第 15 条の「土台としての個人的徳性と組織的取り組み」の 3 つである。それらを、倫理原則で考えてみれば、第 1 条は善行の原則、第 2 条は正義 (公正) の原則、第 3 条は誠実 (真実) の原則、第 4 条は自立尊重の原則、第 5 条は忠実の原則と守秘義務、第 6 条は無危害原則に該当する。第 13 条の看護者の品行を高く保つことは、看護倫理というよりは、職業倫理といった方が適切かもしれない。倫理原則は、原理の原則としてトップダウン的な演繹思考を助け、『看護者の倫理綱領』は、ボトムアップ的な帰納法的思考を助けるものとして、看護者の行動指針となり得るのである。しかしながら、実際の看護場面においては、この思考は看護師のどこかに潜み込んでしまい、今果たすべき処置と言う名の業務をこなすことに精いっぱいという現状があることは、看護師にとっても、患者にとっても不幸なことである。

看護倫理を巡る療養環境という主題にあつては、このことを恥じ、看護倫理を根底に据えるという自覚をもった看護実践者にならなければならない。ナイチンゲールが、『癒らないものは我慢せよ』という格言ほど、看護師にとって性質の悪い、およそ危険きわまる格言はない。我慢と断念という言葉が、看護師の口にのぼるとき、それは怠慢と無関心の言いかえに他ならない。それは、自身に対しては恥を表し、病人に対

しては無責任を表わす。』²³⁾と著しているが、この主張は看護師の倫理観の欠如についての指摘として理解される。看護師としては、倫理感性を磨き、患者の苦悩に寄り添う実践者でありたいと願う。そして、ナイチンゲールが、「患者が自分の身体について思い煩うことから解放するために看護師が存在すべきだと言いたい。」²⁴⁾と述べるように、患者が思い煩い(苦悩)から解放される(癒される)ためにも、看護倫理が必要なのである。少なくとも、患者を三重の関心²⁵⁾を持って観察し、どのような状態にあるのかの説明が求められる。そして、そのためには、どのような治療法があるのか丁寧な説明が必要なのである。医師と看護師には、いわゆる説明責任を果たす義務があるからである。説明責任を果たすことは、倫理原則の善行原則の遂行でもある。

そのようなときに登場したのが、インフォームド・コンセントという概念である。平成 9 (1997) 年の第 3 次医療改正において、インフォームド・コンセントに関する規定が設けられ、説明責任を果たすという倫理原則を推進することとなった。しかしながら、実際の医療の療養環境においては、「形式的なインフォームド・コンセント」と「実際的なインフォームド・コンセント」があるのではないだろうか。倫理的に言えば、「形式的同意」と「紙の上での同意」と言い換えられる。確かに医師は、インフォームド・コンセントによって、「説明責任を果たした」と主張するであろうが、インフォームド・コンセントは、患者から受領するものでなければならない。一方的な説明であったとしても、患者は、「はい」とか、あるいは、「同意します」と応えてしまう場面や状況が想定される。患者には脆弱性があるからである。これでは、「受領」したことにはならない。たとえ、そのときに「同意します」と言って署名(サイン)したとしても、患者の心は揺れ動くのが常である。治療が旨くいき、回復に向かえば、何の問題も発生しない。おそらく感謝されるであろう。

日常的な実際的な治療や療養環境においては、治療が功を奏し、回復に向かうことばかりではない。むしろ治療効果が判然としない事例が多いのではないだろうか。そのとき、医師も患者も看護師も悩み、ジレンマに陥り、倫理的問題を認識するのである。そのとき、医師と看護師が患者の苦しみを分かち合い、患者の苦悩に対峙して、なんとか解決策を見出そうと最善の努力をする真摯な姿勢を患者が感じとれるならば、たとえ、患者が自分の病状や心身の苦痛を受け入れられず、納得できなかったとしても、ある程度了解できる方向に導かれるであろう。そうであるならば、患者は苦悩の中にいてさえも、「医師と看護師が最善の努力をしてくれている状況において、今の自分が苦悩の中にいる」と感じとることができるのである。それは、救い(癒し)を意味するであろうし、病気や苦難を受容する態度になり、病気や苦痛と向き合う強さを引き出すことになるであろう。残念ながら、そうとばかりは言えない厳しい現実が存在しているのが、医療の療養環境における倫理的問題の存在である。

医療技術は科学の進歩によって、ますます発展し、不可能な治療を可能にしてきた。生殖医療、臓器移植医療、延命治療など倫理的問題が混然と存在しているのが今日の

医療の療養環境なのである。平成 25 (2013) 年、山中教授が iPs 細胞によってノーベル賞を受賞したことは喜ばしい出来事である。iPs 細胞の研究の推進によって医療の療養環境もなお一層大きな変化のうねりの中にある。様々な治療法の開発が期待され恩恵を受けたいと願うのは、患者の誰しもが考えることであろう。実際の患者に適応される時には、自己免疫との葛藤、生命延長の是非、命をお金で買うといった金銭的な問題など、看護倫理の新しい局面を迎えることであろう。

しかし、実際の医療の療養環境における倫理的な問題は、このような最先端の治療の選択の自律的な自己決定ばかりではない。むしろ、日常の何気ない日々の看護実践における患者の日常生活において発生していることが多いことが問題なのであるといっても過言ではない。ターミナル期にあり、余命数日と宣告された患者に、主治医が点滴のオーダーを出した場合を考えてみよう。患者は心不全であり、腎不全であるとすれば、水分補給という名目で正当性を主張して身体に点滴として強制的に注入された水分は、どこへ吸収されるであろうか。どこに留まるであろうか。利尿剤を使用したとしても排尿できない（排出できない、尿量減少がある）ならば、患者の身体に浮腫となって現れるしかない。この場合、点滴をすることが最善であろうか、点滴しないことが最善であろうか。患者の病名と病期、治療の効果、患者の意志と気持ち、心身の苦痛の程度、まさに患者の生活の質 (QOL) への影響を検討すべきではないだろうか。患者の生活の質をつぶさに観ているのが看護師なのである。看護師は、看護倫理を巡る療養環境を整えるためにも、患者の権利擁護者として毅然として立つべきなのである。どのように医療の療養環境が変わろうとも、倫理感性の涵養から看護実践へと看護の質を高めていかなければならない。

5. 看護倫理の具現者としての看護実践

看護倫理の実践は可視化しにくい。倫理には自然法則とは違う価値観や信念を含んでいるからである。“こうあるべき”というあるべき論だけでも対応できないし、患者の気持ちや感情、信条を尊重しなければならないし、社会の秩序も必要である。いずれにしても多種多様な価値判断が入ってくるのが看護実践における倫理的問題である。自然法則に従うならば、唯一無二の解答が見つかるはずである。価値や信念が規準となっているとすれば、唯一の解答はない。むしろ多様な考え方が見いだされるであろう。看護師が看護師の立場で常識的に考えて最善であると信念を持っていえる価値観であったとしても、患者に適合していなければ、パターンリズムが優ってしまう。看護師が最善を尽くすとしても医師主導のパターンリズムを尊重すれば、個人の自律や権利、尊厳は損なわれてしまう。患者という各個人は自由意思を持っているがゆえに、自由から束縛されたくないのであって、自律を尊重しなければならないのである。しかし、患者の立場になってみると、「自律的に治療方針を自己決定して良い (自己決定せよ)」と選択権を与えられても、どの治療法が、今わが身が引き受けている病気や怪

我、障害の苦しみから解放させ、苦悩から回復へと導くことなのかの判断はできにくく決めかねるのが常であろう。患者は通常、医療の素人だからである。患者は、医療の専門家（プロフェッショナル）ではないからである。たとえ、医師である人が患者になった場合においても、この考え方は当てはまるのではないだろうか。だからこそ、患者をひとりの人間としての尊厳を守る全人的なケアの倫理が必要なのである。

ある患者の治療が旨くいかず、主治医も治療の手立てが思いつかず、お手上げ状態になったとしても、四六時中存在している痛みは、患者の身体に実存的にあり、精神的にも社会的にも死者のような状況に追い込まれてしまう。そのような患者の主治医は、精神神経的なものが作用しているのではないかと解釈し、精神科の受診を勧め、精神科の医師は、“うつ”と病名をつけ、あるいは、“身体表現性障害”と診断された患者は、抗鬱剤を処方されても回復するはずもなく、本来の痛みなどの苦痛に加えて、薬の副作用の消化器症状（吐き気、下痢、食欲不振）や不眠などに悩まされ続ける。医師が患者と真摯に対峙し、向き合って共に考えてくれれば、患者は救われもしようが、治療とケアの基礎である視診、問診、聴診、触診といった医療技術を駆使するわけでもなく、電子カルテを見つめながら、逆に「あちこちの病院を受診することは好きですか」などと尋ねられれば、医師の倫理は存在するのだろうかと疑わざるを得ない。この患者に対する医療者の“善行の原則”“無危害原則”はどこにあるのだろうかと疑問視せざるを得ない。この患者に対して、看護師は、どのような態度で接すれば、倫理感性が発露し、倫理的ケアとなるであろうか。少なくとも、「〇〇が、四六時中痛いのですね」「それは辛いことですね」と患者の苦悩をありのままに受け入れてくれれば、患者の気持ちは、少しは安らぐであろう。「痛いようには見えません」とか、「このような症状は、普通です。もっと酷い患者がいますよ」などと、他の患者を引き合いに出されて比較されても、患者は困惑するばかりでなく、惨めな怒り心頭の気持ちに包まれるのではなからうか。看護師の倫理観はどこにいつてしまったかと思わずにいられない。だからこそ看護倫理感性の涵養から看護実践についてみつめる必要があると思う。

20 歳代の息子を交通事故で亡くした母親の例で考えてみよう。交通事故であるからほぼ即死と言ってもよいだろうが、内臓破裂であった患者の顔は歪みもなく、普段の穏やかな表情をしていた。医師と看護師の“患者が生存している状態で母親に一目合わせたい”という善行の原則の想いに従って、輸血することでかろうじて生命を保もたれていた患者は、生命がある状態で母親との対面が可能となった。これは、倫理的に善なることである。つまり、“善行の原則”に従って行ったことである。しかし、“危篤状態にある患者に対する善行を行ったこと”という説明責任を果たさなかったばかりに、母親を悲しませる結末となったのである。母親が最愛の息子と対面したのを見届けると、「ご臨終です」と宣告して輸血を止めたからである。当然のことながら、母親は、息子の死を受け止められない。なぜなら、穏やかな顔、温もりのある体温、い

つもの息子の顔をしている患者が“死んでしまった”とは、考えようもしないし、受け止められないからである。これが現実の医療の現場で起きているのである。

看護倫理感性の涵養としての看護実践としては、どうすれば、母親を救う（癒す）ことができたのであろうかと考えなければならない。否、考えるまでもなく、少なくとも、「息子さんは、交通事故に巻き込まれ、ほぼ即死状態で救急搬送されてきました。私達は、一目、息子さんが生きておられているうちにお母様に合わせたくて、最大限の努力として輸血をすることで生命をかりうじて保持してきました。輸血することで、血圧が 60～40mmHg を維持できたので、お母様に合わせることができました。本当に残念ですが、これが限界でした。最期に身体を綺麗にします（死後の処置、エンゼルケア）ので、一緒になさいますか。お母様の悲しみを思うと、私達も辛くてなりません。お悔やみ申しあげます。」というような説明があったとしたら、どうだろうか。最善の努力をした医療者の行為が、説明の仕方によっては、遺族の気持ちを逆なでて“無危害原則”に抵触することもあるし、遺族の気持ちに寄り添うこともできるのである。看護倫理感性の涵養から看護実践へつなげていかなければ、可視化できないし、看護師の善なる想いも遺族には伝わらないのである。

50 歳代の兄を失くした方の例で考えてみよう。すい臓がんであったから、余命数日と説明を受けていた家族は、死の覚悟はしていたという。その患者の意識はあり、前日の夜見舞いから帰る際には、トイレまで歩行はできていた。その翌朝、家族が病院に行けば、オムツを装着されていたのである。おそらく、看護師は、「夜中にトイレまで歩行させるのは、体力を消耗させるので、オムツを装着して体力を温存しよう」と最善を考えてのことではなかったかと推察される。実際には、オムツ装着がどのような思考と判断によるケア行動であったかは不明ではあるが、慌ただしく忙しそうに入室してきた看護師は、オムツ装着に関する昨夜の状態の説明は何もしないまま、家族への労いの言葉もなく、点滴だけを交換して部屋を出て行ってしまったのである。家族は、その直後にオムツを装着されている兄に気付き、悲しい気持ちと悔しい気持ちに苛まれてしまった。せめて看護師の口から一言、「昨夜、〇〇状態になりましたので、体力を消耗しないようにオムツをしました。昼間は外しておきましょうか。」と説明と提案があるならば、家族も兄の体力温存を考えるか、せめて家族がいる間は排泄はトイレでさせたという選択を考え、自律尊重と自己決定の尊重、個人の人権の尊重といったことを思いめぐらしたであろう。その結果、オムツ装着を選択したのであるならば、患者と家族の人権の尊厳と尊重は守られたのではないだろうか。

清拭の場面では、兄である患者をまるで丸太を転がすように扱われてしまったケアを目撃した際には、家族はまたしても患者である兄の人権を踏みにじられたという悲しみを抱いたのである。「患者（最愛の兄）は、丸太ではない、人間なのよ」と叫ばずにはいられない家族がいる²⁶⁾。そして、死が訪れた瞬間には、最愛の兄を失うという悲しみに加えて、最愛の兄の人権を踏みにじられた悔しさという二重の悲しみに包ま

れるのである。患者の最も身近にいる看護師、患者に気持ちを寄せる看護師、患者の生活行動の一つひとつを大切に作る看護師であればこそ、患者の限りある命の最期の瞬間まで、その人の命に寄り添い、生きる楽しみを見出し、生きてきた意味を感じ取らせ、希望を叶え、生きられるようにすることができる²⁷⁾。

ある患者は、「看護師には、あたり、はずれがある」という。『“あたりの看護師”は、ケアの一つひとつが丁寧で、患者の心を読み取り、笑顔を絶やさず、来て欲しいと思う少し前に訪室して、ケアを確実に的確に行い、最後に「何かごようはございませんか」と一言添えられるという。一方、“はずれの看護師”はというと、車いすに乗せるとき、患者を強引に引っ張って乗せ、速度を落とさずに角を曲がって誰かにぶつかりそうになり、怖い思いをして「あっ」と叫びそうになり、目的地のトイレでは、足先を壁にドンとぶつけられて、患者の体中に激震が走る有様だという。“はずれの看護師”が担当の日は、患者にとっては不幸で、1 日油断できず、気が抜けないそうである。これでは、患者の心身は消耗するばかりか、避易してしまう。』²⁸⁾

ここに紹介した幾つかのエピソードは、平成 24 (2013) 年にある病院で現実起きた看護ケアの実際である。看護倫理の具現者としての看護実践は、どこにあるのであろうか。看護師としての的確な判断と温かい優しい対応と安全で安心のある信頼に足る技術の提供、患者の状況の変化のきめ細やかな説明があれば、患者も家族も苦悩から救いを見出せたかもしれない。それこそが、看護師の職業倫理ではないだろうか。看護倫理をとにかく言う前に、看護師として最善の努力をしてこそ看護したことになるのである。そして、“善行原則”に従った努力が、患者や家族に伝わらなければ、“無危害原則”を脅かすことになる。看護師には、新たな自律と高い専門性が求められているがゆえに、基本となる看護実践を確実に丁寧に行っていくことを、今改めて戒め自覚して責務を果たして欲しい。そして、そのことに品性と誇りを持って遂行すれば、適切かつ良好な看護実践となっていくのである。

その上で、患者が喫緊の判断や決断、意思決定を迫られるような状況にあっては、患者に真摯に向き合っていて欲しいと願うのである。例えば、経口摂取困難な患者の胃瘻や腸瘻の造設、脳死判定患者の家族に決断を迫る臓器移植、遺伝子治療、生殖医療、人工呼吸器の装着や中止、あるいは継続、望まない妊娠の継続と中絶の是非などといった専門職間においても意見の対立が起こる価値観の相違などについては、医療の担い手と患者および家族が、真剣に患者を中心に据えて意見交換し、医療モデルと生活モデルの両方の観点から、あるいは、もっと別の観点から蓋然性を見出して結論づけていくチーム医療の推進による倫理的判断と実践が求められているのである。看護師としての価値観を根底に据えた、生活者としての患者の権利擁護者としての倫理的思考と実践、振る舞いが必要であり、いつでも患者の心の声(心の叫び)に耳を傾けて、安全を守り、安楽を提供し、苦痛を緩和し、信頼を得てこそ倫理的な態度と言えるのではないだろうか。「患者の生理機能の正常性の維持と強化を図ることによって、心身

両面から患者は生きられるのであり、かつ不安が解消するのである。医療とともに協働する看護の働きによって患者は生きる意味を見出し、かつ生命を生きることになり、究極には安寧状態となるのである。」²⁹⁾ からこそ、倫理感性の涵養から、倫理的な判断と倫理的な看護実践へと看護の質を高めていかなければならないのである。

6. 結びにかえて

誰かに「看護の質はどうか」と問われたら、どう答えたら良いであろうか。残念ながら、「看護の質は最高です」とは、言えないことは事実である。「最高の質を目指して努力しています」とは言えるかもしれない。いや、少なくとも「最善の努力を尽くしています」と看護師の心(胸)に言える看護師でありたい。

ギリシャの哲学者アリストテレス (Aristoteles)³⁰⁾ が、「人間の営為にはすべて目的があり、それらの目的の最上位には、それ自身が目的である“最高善”がある」としたことは周知のことである。人間にとって“最高善”とは、幸福のことであり、それも卓越性における活動のもたらす満足のことであるから、看護師としては、看護師の営為の目的を患者の幸福の追求、つまり健康の回復と苦痛からの解放(苦痛の緩和)、自立支援、生活の質の向上としたい。それが、看護師にとっての“最高善”であり、看護師としての満足にもなるであろう(これは、看護師の自己満足といったレベルを超えているものである)。倫理的な看護実践は、患者の幸福を左右し、看護の質に影響を及ぼすからこそ看護の質にあつては卓越性が求められる。患者の病気の状態と心身の状況に合致した適度をわきまえ、適所を選択し、好機を逃さず、有用な人間関係を構築して信頼関係を確信していくことこそ、「最高善の追求」になり、倫理的な実践になるのである。看護師と患者の良好な信頼といえる人間関係の構築においてこそ、患者はより善く生きられるのであるから、患者がより善く生きられるように支援していく必要がある。そこに、看護師の存在理由も見出される。決して、患者を苦しめる人(加害者)であってはならない。それは、無危害原則に違反する行為である。

看護師は、看護実践において、倫理原則である自律性尊重の原則、善行原則、無危害原則、正義原則を頭と心の中心に据えて、看護実践を行為として目に見える形、すなわち可視化していく必要がある。可視化は、言語化と態度といっても良いかもしれない。看護師が患者をどのように理解し、どのような思考と判断に基づいて、何を目的に何をどのように行おうとしているのかを“言葉”にして、患者に考えたことや気持ち伝えるのである。そして患者の心の叫びを傾聴し、受容し、共感する態度を患者に寄せて欲しい。そこに、患者は、自然に看護師の倫理的な看護実践を見出すであろう。そして、看護師が専門職であると認識するならば、専門職としての倫理の実践者でなければならない。専門職であれば、独自の機能を持ち、自律的な判断をし、高い倫理性が求められる。そして、常に、看護の質の向上を目指す努力が必要なのである。ここでいう“独自性”や“自律性”は、看護師の独善ではないことも戒めておき

たいし、看護師として倫理的な責任を負っていることも自覚しなければならない。一人ひとりの看護師が看護の質に影響を及ぼす看護倫理について考え、看護倫理感性の涵養から看護実践に至るには、どうすれば良いのか最善の努力をもって追求していった欲しい。

最後に看護の働きを“価値ある仕事”とされた美智子皇后陛下の祝辞を紹介して、結びとする。「心身に痛みや傷を持つ人々、老齢により弱まった人々が、自分の置かれている状況を受け入れ、それを乗り越え、または苦痛とともに一生を生ききろうとするとき、医師の持つ優れた診断や医療技術とともに、患者に寄り添い、患者の中に潜む生きようとする力を引き出す看護者の力が、どれだけ多くの人を支え、助けてきたことでしょうか。看護の歴史は、こうした命への愛をはぐくみつつ、1人ひとりの看護師が、苦しむ他者に寄り添うべく、人知れず、自らの技術と、感性とを、磨き続けてきた歴史であったのではないかと考えております。時としては、医療がそのすべての効力を失った後も患者とともにあり、患者の生きる日々の体験を、意味あらしめる助けをする程の、重い使命感を持つ仕事が看護職であり、当事者の強い自覚が求められる(以下、略)³¹⁾。この祝辞には、“看護倫理”という表現はされていない。しかし、「患者に寄り添い」「患者の中に潜む生きようとする力を引き出す看護者の力」「多くの人を支え、助けてきた」「命への愛をはぐくみ」「苦しむ他者に寄り添うべく、人知れず、自らの技術と、感性とを、磨き続けてきた歴史」「患者の生きる日々の体験を、意味あらしめる助けをする」「重い使命感を持つ仕事」「当事者の強い自覚が求められる」など、どの言葉を例にしても、看護師としての誇りを持ち、倫理感性を磨き、最善の幸福を追求すべく倫理的な実践者であることを願う価値づけが伝わってくる。倫理感性が豊かな看護師の看護実践によって看護の質が高められるのである。

引用文献

- 1) “医療の担い手”とは、医療法の第1条の2に記述されているように医師、歯科医師、薬剤師、看護師など全ての医療従事者を指す。
- 2) 平尾真知子：資料にみる日本看護教育歴史、看護の科学社、p.164、2006.
- 3) 看護師研究会：派出看護婦の歴史、勁草書房、pp.52-57、1983. 派出看護婦を取締るといふねらいがあった。
- 4) 前掲²⁾、p.11.
- 5) 日本看護協会出版会：新版 看護者の基本的責務、日本看護協会出版会、p.49、2006. 「ICN の看護師の倫理綱領」において、「看護師」とは、原文では nurses であり、訳文では標記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職者すべてを指すと訳注が付記されている。

- 6) 前掲²⁾、p.28.
- 7) 「第 1 条六 主用ナル学科ハ適当ト認トムル医師ヲシテ担当セシムルコト」が規定されている。
- 8) いわゆる作法であり、現在の“道徳”に該当すると推察される。
- 9) 藤崎郁、長谷川万希子、林千冬他：系統看護学講座専門 I 基礎看護学[1]看護学概論、p.152、医学書院、2006。橋本寛敏氏は、人望も厚く人格者として知られていた人であったが、医師の視点からの執筆にならざるを得ないことは否めない。
- 10) T.L.Beauchamp J.F.Childress、立木教夫、足立智孝訳：生命医学倫理第 5 版、p.34、麗澤大学出版会、2009。
- 11) 森田敏子、岩本テルヨ：看護と生命倫理、熊本大学生命倫理論集 1 日本の生命倫理、p.287、九州大学出版会、2007。
- 12) 看護教育において、解剖学、病理学、疾患学などは、相変わらず医師に教育を依頼している現状がある。
- 13) 森田敏子、前田ひとみ、岩本テルヨ：看護という組織における自律—患者と看護師にとっての自律とは—、看護と生命倫理、熊本大学生命倫理論集 2 自己決定論のゆくえ 哲学・法学・医学の分野から、日本の生命倫理、p.287、九州大学出版会、2008。
- 14) 前掲¹³⁾、p.241、
- 15) 世界医師会によって、「患者の権利に関するリスボン宣言」が採択されたのは、昭和 56 (1981) 年、修正されたのは平成 7 (1995) 年のことである。序文には、「医師は、常に自らの良心に従って行動すべきであると同時に、患者の自律性と正義を保証するために同等の努力を払わねばならない。」と明記されている。
- 16) 看護行政研究会編：看護婦養成所の運営に関する指導要領、看護六法、平成 10 年版、新日本法規、1998。
- 17) 門脇豊子、清水嘉与子、森山弘子編：看護法令要覧、平成 24 年版、p.109、日本看護協会出版会、2012。
- 18) 前掲載¹⁷⁾、p.110。
- 19) 厚生労働省：看護教育の内容と方法に関する検討会報告書、厚生労働省、平成 23 年、2015 年 1 月 6 日閲覧入手
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2r985200000q-att/2r9852000001314m.pdf>
- 20) ①～⑤の数字は筆者が加筆したものである。
- 21) 看護職能団体のことで、看護師、准看護師、保健師、助産師で組織されている。看護職の質向上、人材育成、制度への提言などを行っている。
- 22) 前掲²⁾、p.42。
- 23) 薄井担子編：ナイチンゲール言葉集 看護への遺産、p.44、現代社、2004。ここでは、「看護婦」と記されているが、現代の呼称に従い「看護師」と表現している。以

下、「看護婦」は、「看護師」と表記する。

24) 前掲²³⁾、p.36.

25) 三重の関心とは、症例に対する理性的な関心、病人に対する（もっと強い）心のもった関心、病人の世話と治療についての技術的（実践的）な関心のことである。看護師は病人を看護師のために存在するとみなしてはならない。看護師が病人のために存在すると考えなければならない。これらの格言は、ナイチンゲールの言葉集、前掲²³⁾、p.21 に記されている。

26) ナイチンゲールが、患者はミイラではないと述べていることと同じことが言える。

27) 森田敏子、前田ひとみ：看護の見地からみた生命という価値—命の寄り添う看護—、看護と生命倫理、熊本大学生命倫理論集 3 生命という価値 その本質を問う、p.263、九州大学出版会、2009.

28) 森田敏子：応用心理学を活かした看護実践と看護教育・看護研究の必要性、応用心理のクロスワード、6、pp.16-19、2014.

29) 森田敏子、前田ひとみ：看護の現場からみた健康—看護理論と看護診断に見る健康の見方—、熊本大学生命倫理論集 4 医療の本質と変容、p.217、九州大学出版会、2011.

30) Wikipedia 平成 26 (2014) 年 1 月 6 日閲覧

<http://ja.wikipedia.org/wiki/>

31) 井部俊子：マネジメントの探究、p.158、ライフサポート社、2007.