

日本看護倫理学会教育講演原稿 患者のアドボカシーとしての看護——ケアの倫理からの解釈

品川哲彦¹

1. はじめに

看護を「患者のアドボカシー」とする捉え方は 1970 年代に確立した。看護師は患者の思いを患者に代わって訴える、あるいは伝える者であるとする考え方である。本稿は倫理学の基本概念に立ち戻ってこの観念について論じていく。ここで基本的知識の整理を行なうのは、直接的には、本稿が「看護における『アドボカシー』を問う」を主題とした日本看護倫理学会第 9 回年次大会に論者が依頼された教育講演をもとにしているからにほかならない²。と同時に、看護倫理学 (nursing ethics) ではこの観念についてかなり立ち入った論争の集積があるにしても、論者が倫理学の研究者ではあれ、看護倫理学を専門にしているわけではないためでもある。だがいっそう根本的には、倫理学という学問の性質のためでもある。医学や看護学で用いられる知識には、その仕事に従事する者しか知らないかわりに、精確に定義された術語が多いただろう。たとえば、「TAE (肝動脈塞栓術)」とあれば、そのことばの意味を知っている医師や看護師はそのことばのとおり処置するだろう。これにたいして、日本看護協会「看護者の倫理綱領」第 4 条「看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する」³には、看護師にしかわからないことばは使われていない

¹ 品川哲彦 (しながわ てつひこ)。関西大学文学部教授。

² 2016 年 5 月 22 日、於京都テルサ。そのさいの講演の題目は「ケアの倫理からみたアドボカシー概念」であった。講演の抄録「ケアの倫理からみたアドボカシー概念」は『日本看護学会誌』、日本看護倫理学会、第 9 巻 1 号、2016 年発行予定、に掲載している。なお、当日用いたパワーポイント資料は本号 33-66 頁に掲載している。もくじからクリックしてみることができる。

³ 日本看護協会、「看護者の倫理綱領」、2003 年。

(<https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>) 2016 年 5 月 12 日閲覧。

が、「自己決定の権利を尊重する」とはどうすることなのかはあまりはっきりしない。というのも、医学や看護が専門用語とそれに対応する技術を身につけることで一人前の仕事ができるようになるのにたいして、倫理学は、大半のひとが知っていることばの意味を具体的な状況を思い浮かべながらはっきりさせていく学問だからである。

以下、第二節では、たとえば日本看護協会の倫理綱領のような職業団体の倫理綱領のもつ意味を確認する。第三節では、善意や正義といったさまざまな倫理規範の意味を確認して、倫理規範相互のつながりと違いを論じる。その後、第四節では、医療倫理学の歴史に言及して、ヒポクラテスの伝統とインフォームド・コンセントに立脚する考え方とを対比する。それへの言及は、患者のアドボカシーという観念を支える患者の権利や患者の自律という観念が生まれた歴史の確認となる。第五節には、ケアの倫理という倫理理論について説明する。英語でヘルスケアといえは医療のことであり、ケアはキュアと対比すれば看護を意味している。しかし、ここにとりあげるケアの倫理は看護という専門職に適用される職業倫理のことではない。ケアは一般に「気づかい」を意味するが、その「気づかう」ということを倫理の基礎におく 1980 年代に構築されてきた倫理理論のことである。最後の第六節で、本題である「患者のアドボカシー」について論じることとする。

以下は、当日の発表原稿をそのまま用いているために、文体は敬体になっている。

2. 職業団体の倫理綱領と自己同一性

倫理とは、もろもろの倫理的判断がたがいに矛盾することなくひとつの体系を成しているものです⁴。倫理的判断は、たんに事実を記述する「何々は何々である」という判断と違って、「何々すべし／してもよい／してはいけない」というふうに規範を含み、あるいは「何々するのはよいことだ／悪いことだ」というふうに価値を含んだ判断です。ただし、善悪という評価も「何々すべきだ／してはならない」という指令を含意しているから、つまりは倫理的判断とは、ある行為を命じたり推奨したり禁じたりするものです。だが、法律もまた命令し禁止します。それでは、法と倫理はどこが違うのでしょうか。この大きな問いにここで決定的な答えを出そうとするのは無理だし、またその必要もないでしょう。とりあえ

⁴ ここにいう倫理は、ある時代のある地域の人びとや特定の宗教を信じる人びとや特定の職業に従事する人びとが信奉する倫理、あるいは、特定の哲学者が理論的に構築する倫理理論をさしており、当然、複数あります。

ずは現代の社会で往々にして想定される印象から問題をときほぐすだけにしましょう。ただちに挙げられる違いは、法に違反すれば国家によって罰せられるのにたいして、倫理はそうではないという点でしょう。この違いに関連して、倫理には努力目標が含まれるのにたいして、法はそうではないという点を挙げるひとがいるかも知れません。これらの点は、刑罰を科することのできる権限を国家が独占する近代社会（この考え方は社会契約論によって正統化される）、公的領域と私的領域とを峻別して後者については原則的に介入しない J. S. ミルふうなりベラリズムのもとではわかりやすくみえるかも知れません。しかし、倫理はたんに努力目標だけでなく罰則を含むこともあります。ある職業団体の定めている倫理綱領に違反した場合、その職業をやめなくてはならない場合があります。現在の日本では、弁護士がそれにあたります。弁護士は弁護士会に所属しなくてはならず、弁護士会は弁護士職務基本規程にもとづいて会員を懲罰できます。この規程はかつて弁護士倫理と呼ばれていました。それゆえ、罰則の有無だけでは法と倫理を区別できません。すると、法と職業団体などが定める倫理綱領はどこが違うことになるのでしょうか。法は国家の法ですから、国民すべてに適用されます。おそらく国民のほとんどはどんな法律があるかよく知らないでしょう。これにたいして、職業団体はその職業に就こうと思ったひとが加入するのですから、全員がその倫理綱領を知っているか、少なくとも目にしたことがあるでしょう。しかもその倫理綱領はその団体のメンバーが、つまりその職業にこれまで就いてきた人びとがみずから定めたものです。したがって、職業団体の倫理綱領は、その仕事をしている人びとが自分にたいして抱いているセルフ・アイデンティティ、つまり自分の仕事をどんな仕事と考えているかを表明しているといえましょう。

私は看護師をめざす人たちを大学や短大や看護学校で教えた経験があります。そのときにいろいろな医療職の、つまり医師やナースや作業療法士や理学療法士や言語療法士などの倫理綱領を比較してみました。医療職のなかで最初に倫理綱領をもったのは医師です。西洋では紀元前4世紀のヒポクラテスの誓いがそれです。次に19世紀末に、ナースの倫理綱領であるナイチンゲール誓詞ができます。ヒポクラテスの誓いがヒポクラテス本人の作ったものでなく、ナイチンゲール誓詞もナイチンゲール本人の作ったものではないのは興味深いところです⁵。さて、現在の医療職の倫理綱領のなかでは、あとからできたさまざまな療法士の倫理綱領がもっぱら医療チームの協調、日本風にいえば和を掲げるのにたいして、

⁵ ナイチンゲール誓詞は、Lystra E. Gretter とデトロイトのファランド看護訓練学校委員会が1893年に起草しました。

ナースの倫理綱領は(もちろん和も尊重しますが)ナースの専門職としての責任を力強く掲げています。私は教室で日本看護協会の「看護者の倫理綱領」を読みあげます。第六条にこうあります。「看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する」⁶。そのうえで学生にこう聞きます。「誰によって看護が阻害されたり危険にさらされたりするのでしょうか」。だいたい学生は困った顔をします。ようやく「患者の家族でしょうか」と声が返ります。私は「それもあるでしょうが、他の医療職の場合もあるでしょうね」と答えます。学生は驚きます。医師やその他の医療職が看護を阻害する可能性を考えていないからです。しかし、国際看護師協会の「ナースのための倫理綱領」の第四条のなかにはこうあります。「ナースは、一緒に働いている人たちや他の人たちによって個人、家族、コミュニティの健康が危険にさらされているとき、人びとを守るために適切な行動をとる」⁷。すなわち、ナースは誰よりも、他の医療職よりも率先して患者の側に立つと宣言しているのです。ナースのこのアイデンティティは、あとでお話しするように、1970年代にできてきました。しかし、この宣言は他の医療職とのあいだに緊張関係を惹き起こしそうです。もちろん、国際看護師協会の倫理綱領はそのまえに職場での協調関係を記し⁸、日本看護協会は看護を阻害する要因にふれないことでそれを緩和していますが、しかし、そこにナースの専門職としての自己理解が表れています。患者のアドボカシー、つまりナースは患者の思いを患者に代わって訴える、あるいは伝える者であるとする考え方は、ナースこそがほかの誰よりも患者の側に立つというこの精神を受け継いでいます。

2. 倫理規範の整理

さて、さまざまな倫理規範は、さしあたりは二つのグループに分けられます。

ひとつのグループの中心には正義があります。正義とは、そのひとにふさわしい扱いをすることです。では、そのふさわしい扱いはどうして決まるかといえば、そのひとがそういうふうに使われる権利をもっているからです。そのひとがその権利をもつ根拠・原因を

⁶ 「看護者の倫理綱領」、前掲。

⁷ International Council of Nurses, “The ICN Code of Ethics for Nurses”, 2012. 2016年5月12日閲覧。「一緒に働いている人たち」(co-worker)は同綱領のなかの用語の定義に「他のナース、他の医療ないし医療以外の労働者や専門職」と説明されています。

⁸ 「ナースは、看護やその他の領域で一緒に働いている人たちとのあいだに協動的で互いに尊重しあう関係を維持する」(Ibid.)

権原といいます。同じ権利をもつ人同士は同じように、つまり平等に扱わねばなりません。権利が違う場合には平等ではなく違った対応をしますが、その対応はそれぞれの権利に応じた対応であって、えこひいきではいけません。えこひいきしないことを公平と呼びます。わかりやすい例をあげれば、病院・診療所にみてもらいにきたひとは受付で保険証の提示を求められます。それはそのひとが保険診療を利用する権利をもっているかどうかを尋ねているわけで、そのひとが日本の国民皆保険制度に加入していることがその権原です。3割負担のひとならどのひとにもかかった医療費の3割を請求するのが平等であり、追加料金の必要な個室を病院の理事の親類だから追加料金なしで使わせるといったことをしないのが公平です。権利・権原・平等・公平といった倫理規範は、一言でいえば「正しい」行動をすることを求めており、ですからこのグループの中核に正義があるわけです。

それでは、保険証をもたない外国人が急患として来院したらどうでしょうか。その診療所が保険診療だけをする方針なら、診療を拒否しても正しくないわけではありません。しかし、診療費の徴収が危ぶまれるとしても、相手の権利と関わりなく処置することもありえます。相手の権利と関わりなく、相手のためになろうとする行為は善行、善行をしようとする気持ちは善意と呼ばれます。相手の「ため」の「ため」は英語では **benefit** で、このことばはラテン語の「よく」(**bene**)「行う」(**facio**) からきています。善行 (**beneficence**) の語源も同じです。善意 (**benevolence**) は「よい」(**bene**) ことを欲する (**volo**) からきています。この善行、善意、さらには親切、キリスト教の表現では慈愛などが規範のグループを形成しています。先ほどのグループが「正しさ」「正義」のグループだとすれば、こちらは「善さ」「善」のグループです。

正義のグループの規範と善のグループの規範とでは、その行為にたいする評価が異なります。今、AさんがBさんにある行為をするとしましょう。

まず、正義のグループの規範にあたる行為を考えてみましょう。たとえば、AさんがBさんからお金を借りてきょうまでに返却する約束をしたとしましょう。Bさんは返してもらう権利をもっているので、AさんはBさんにたいして当然そうすべきです。ですから、Aさんが約束を果たしてもとくに賞賛はされないでしょう。逆に、Aさんが約束を破れば非難されるでしょう。必ずやり遂げなくてはならないこうした義務を完全義務と呼びます。

次に、善のグループの規範にあたる行為の場合です。たとえば、AさんがBさんに親切にするとしましょう。Bさんはそうされる権利をもっていません。ですから、Aさんはそうしなくてもとくに非難されることはないでしょう。逆に、AさんがBさんのために思って

その行為をするとすれば、Aさんは賞賛されます。BさんはAさんがしなくてもすむことを自分のためにしてくれたのだからAさんの善意に感謝するでしょう。善意もまた倫理規範ですから、すべきこと、義務です。ひとは善意をもってほかのひととつきあうべきです。しかし善意は完全にやり遂げることはできません。善意のひとがすべての時間と財産を他人のために費やしたところで、地球上の困っているひと全員を助けることはできません。この完全にはやり遂げられない義務を不完全義務と呼びます。

正義のグループの規範は完全義務と結びついていて、ですからそれを怠れば非難されます。他方、善のグループの規範は不完全義務と結びついていて、ですからそれをすると賞賛されます。このように正義と善とを中心にして倫理規範を分類できるのです。

3. 医療倫理のおさらい——ヒポクラテス的伝統とインフォームド・コンセント

不必要かもしれませんが、ここで医療倫理のおさらいをしておきましょう。

先に申したように、最初の医師の倫理綱領は「ヒポクラテスの誓い」です。これは医師になろうとする者が医師仲間へ誓うもので、誓いを破れば医師仲間から追放されます。この誓いではまず、医師仲間への忠誠が誓われ、医学の知識を医師ではない者に教えないことが誓われるのですが、それは同業者集団の利益を守るためです。ついで、生命の尊重、患者に危害を加えないこと、患者の利益にもとづいて仕事をするのが誓われます。したがって、「ヒポクラテスの誓い」では、妊娠中絶と安楽死は禁じられます。患者の利益が語られていますが、医学の知識を医師以外にはもらさないという先の項目と合わせれば、患者に診断や治療法についてくわしく説明するはずはありません。したがって、医師が自分の医学知識にもとづいて患者のためになると判断した治療を患者の承諾は問わずに行うわけです。医療のパターナリズムです。パターナリズムとは、自分が善いと思うことを相手の意向を無視して押しつけることをいいます。

医療のパターナリズムには20世紀に深刻な反省が加えられましたが、問題の根は19世紀にさかのぼります。19世紀半ばによく医学は仮説を立てて実験によって証明する実験科学つまり近代科学になります。実験医学を進めたのは生理学者のベルナールです。だが、医学には他の実験科学にない難問がありました。人間を実験台にしてよいかという問題です。ベルナールはみずから指針を立てました。実験的研究と臨床的研究とはきっちりとは分けられない。だから、治療をしてよい以上、実験もしてよい。当の患者のためになる実験はすべきだし、患者に害となる実験はしてはならない。患者の利益にも害にもならない実験は

してもよい。医師は科学者であって、科学は科学者以外の者にはわからないのだから、実験の是非は医師が判断する⁹。ベルナールの指針は、患者への善意、患者に危害を加えないこと、医師が判断するという点で「ヒポクラテスの誓い」を受け継いでいます。ただし、古代ギリシアと違う点もあります。医師が科学者になったということです。科学者は科学の進歩を追求する存在であり、したがって、研究成果を挙げるために目の前の患者にとって不利益な実験を行う誘惑にさらされている人間です。19世紀にはまた、全身麻酔、病原菌の発見、消毒法の開発によってそれまでには考えられなかった外科手術が可能になりました。危害を避けて対症療法を行うほかなかった「ヒポクラテスの誓い」の時代と違い、19世紀以後、医療は根治できるかわりにリスクも高い医療に進んだわけです。

20世紀の医療倫理の変化についてははくたくたく申し上げる必要はないでしょう。ナチスの医師とナースの行なった強制的な人体実験を裁いたニュルンベルク軍事法廷は、1947年、人体実験には被験者の同意が不可欠であり、被験者が諾否を判断するために十分な情報を与えねばならず、実験から得られる利益よりも被験者の利益を優先すべきだという「ニュルンベルク綱領」を定めました。しかし、ベルナールのいうように、実験と臨床とが不可分である以上、被験者の同意が不可欠では医学の研究が進みがたい。したがって、ニュルンベルク綱領の方針を世界医師会が受け入れたのはようやく1964年でした。実験、治療いづれについてもインフォームド・コンセントが不可欠だと定めた「世界医師会のヘルシンキ宣言」がそれです。ちなみに、日本医師会がインフォームド・コンセントを医療の根底におくという方針をはっきりと打ち出したのは1990年のことです。

さて、先ほどの規範のグループと関連づければ、「ヒポクラテスの誓い」は善のグループに、インフォームド・コンセントは正義のグループに対応します。医療倫理の翻訳書では、善意は恩恵とか仁恵とも訳されます。善意を受けた側は感謝すべきだという趣旨からは恩恵が誤った訳だとはいえませんが、患者側からするとやや押しつけがましい感じもします。仁恵は東洋の儒教の規範である「仁」(思いやり)が日本の医学界にはなじみだからでしょう。インフォームド・コンセントが正義のグループに対応するのは次のような理由からです。近代社会では、すべてのひとを平等に扱います。誰もがそのひとなりに善い人生、生きがいのある生活を思い描いていますし、その考えにしたがって自分の人生を決める権利をもっているはずで、これを自己決定ないしは自律と呼びます。たとえ、他人がそのひとのため

⁹ ベルナール、クロード、『実験医学序説』、三浦岱栄訳、岩波書店、1970年、167-172頁。

に最善だと考えても、その選択を強制することは自己決定の権利の侵害であり、相手を自分の思うように操作して奴隷扱いすることにほかなりません。本人の意向を無視して他人の目的を達成するための手段とされてはならないというこのことを人間の尊厳といいます。したがって、被験者の諾否を問わずに強制的に実験を行うことは人間の尊厳を蹂躪することです。そしてまた、患者本人の判断を問わずに医療側が最善と考える治療法を行なうことは自己決定の権利を侵害することです。治療法を選択は患者の今後の生活を選ぶことでもあります。医療専門職は医学的適応については通常の患者にはない判断力をもっていますが、しかし、その患者にとってどのような人生や生活が生きがいをもてるのかについては患者よりも優れた判断力をもっているわけではありません。もちろん、本人が決めたことのすべてに協力しなくてはいけないわけではありません。たとえば、資源の有限性から、そのひとの選んだとおりにすれば他のひとの選択が不可能になるような選択は正義に反するので認められません。正義は、誰もが善い生き方を選択する権利がある以上、すべてのひとをそのように扱うように命じるからです。また、医療倫理の歴史のなかで、「ヒポクラテスの誓い」が単純にインフォームド・コンセントに置き換わったわけでもありません。患者の自己決定の権利を尊重しつつも、患者のために善い治療をめざすのは依然として医療倫理の規範です。したがって、現代の医療倫理の代表例であるビーチャムとチルドレスの医療倫理は、患者の自律の尊重、善意、危害を加えないこと、それに医療資源を利用するさいに他のひとの利用の可能性を妨げないようにする医療資源の分配の正義を四つの主要な倫理規範として挙げています¹⁰。

4. ケアの倫理

先ほど申しましたように、近代社会では、すべてのひとを平等に扱います。誰もが自分なりに善い人生、生きがいのある生活を思い描いて自分自身の生き方を決める自己決定の権利をもっています。この自己決定ないし自律の権利にもとづいて、インフォームド・コンセント、つまり医療従事者が患者にたいして治療法について説明し、患者がそのなかから自分が適切だと思う治療法を選んで治療を進めるというふうにより医療が変わってきました。

ところが、自分で自分の生き方を決めて実際にそうやって生きることができない場合があります。二つのケースに分けられます。ひとつは、自分の生き方を思い描けても自分だけ

¹⁰ ビーチャム、トム、L. & チルドレス、ジェイムズ、F.、『生命医学倫理』、永安幸正・立木教夫訳、成文堂、1997年、第3-6章。

では実際にそのとおりの生活ができず、他人の援助を必要とする場合。病気にかかったり障害を抱えたり高齢になれば、そうなります。もうひとつは、自分の生き方を思い描けないために、そのひとのためにより生活を他人が配慮しなくてはならない場合。乳幼児はそうですし、認知症が進んだ高齢者もそうです。こうした事例は社会のなかで特殊なケースではありません。誰もが小さな子どものときにはほかのひとに世話されなければ育つことができませんし、病気や障害、老いは誰の身にも起こりうることです。つまり、社会は、自分で生き方を考えて自分でそう生きられる自律や自己決定が実際にできるひと、かんたんにいえば独り立ちできるひとばかりでできているわけではありません。したがって、権利や正義に劣らず、援助を必要としているひとへの気づかい、英語でいえばケアもまた倫理規範のなかで根本的な地位を占める規範だと考えられます。そのように考える倫理理論がケアの倫理です。

ケアの倫理については、私はナカニシヤ出版から 2007 年に出しました『正義と境を接するもの——責任という原理とケアの倫理』のなかでくわしく述べておりますので、それを参照していただければさいわいですが、少しだけ説明を加えましょう。

このケアの倫理を主張している学者の多くは女性です。さきほど、倫理規範を正義のグループと善のグループに分けました。異なる資格や権利をもつひとは異なるふうに扱うのが正義であって、同じ権利をもつ人々は平等に扱い、権利や資格とは無関係な理由で別扱いしないのが公平でした。今申したことから明らかなように、正義を中心とする規範のグループは普遍的に通用する原則を立ててそれを個別のケースにあてはめます。普遍的原则を一律に適用することが倫理的に適切な考え方だというわけです。これにたいして、女性の心理学者キャロル・ギリガンの調査によれば、女性のなかには原則をあてはめる考えはそのつどの状況の特殊性やその場に関わる人びとそれぞれの個別の事情を無視することになりがちだと考えるひとが男性よりも多いのです。そういう女性たちにとって、倫理的に適切な考え方とはその場に関わるひとりひとりが何を必要としているかを気づかい、できるだけ多くのひとの思いがかなうような解決策を考えることです。ギリガンは前者の考え方を正義の倫理、後者の考え方をケアの倫理と名づけました。のちに、この違いは男女差によるというより社会的役割の違いからくるのではないかと考えられるようになりますが、いずれにしても、どういう考え方が倫理的に適切なのかという点で二つの考え方があるわけです。

さて、それではケア(気づかい)という倫理規範は、先ほど述べました正義のグループに入らないとすれば、善意のグループに入るのでしょうか。そう考えるひともあります。しかし、

私はそう考えません。というのは、ケア(気づかい)はたんなる善意や親切とは違うからです。相手を気づかうのは、相手を大切に思うからですが、しかしまた、相手のことが気がかりでもあるからです。ケアということばに含まれるこの心の負担は、善意には必ずしも含まれていません。ケアするひとは、ケアする相手が助けを必要としていること、そのひとのニーズに敏感に気づきます。これを応答性といいます。それが勝手な思い込みであってはならないので、ケアするひとは相手のそばにいて、相手の求めていることに耳を傾け、心を開いています。どうしてケアするひとはそうするのかといえば、「自分がほうっておいたら、このひとはどうなってしまうのだろうか」という思いからです。この思いから、ケアするひとは自分のできることを引き受ける責任を感じます。

たとえば、終点に着いた電車で同じ車両に乗り合わせたひとが立ちあがった瞬間に倒れたとします。あいにくそばにはあなたしかいません。この場合、自分がこの見ず知らずのひとをそのままほうっておいたら、このひとはどうなるだろうと誰しも思うでしょう。倒れたひとにはあなたに援助を求める権利があるとはいえないでしょう。ですから、あなたがそのひとの世話をするのは完全義務ではありません。しかしまた、しなくても非難されない不完全義務ともいえないでしょう。少なくとも駅員に連絡するくらいはすべきですし、それもしないで立ち去ってしまうひとは非難されるでしょう。ですから、私は、ケアと責任を中心とする倫理規範は、正義のグループとも善のグループとも別のグループだと考えます。

この責任という倫理規範は医療従事者にとって重要ではないでしょうか。たとえば、飛行機に乗っているときに、「お客様のなかにお医者さんか看護師さんはいらっしゃいませんか」というアナウンスがあったとしましょう。あなたがバカンスのさなかなら応答する気になれないかもしれませんし、黙っていることもできます。それでも、「だれも助けられないなら、そのひとはどうなってしまうのだろう。自分はナースだから、何かの役に立てるはずだ」と考えて責任を感じるでしょう。先ほど申しましたように、倫理とはセルフ・アイデンティティ、つまり自分の仕事をどんな仕事と考えているかということに関わっています。責任については、丸善から出ております『生命倫理の基本概念』という本のなかにも書いておりますので、ご参照いただければさいわいです。

5. 患者のアドボカシーとしての看護

さて、きょうの本題であるアドボカシーに入ります。最初に、職業団体の倫理綱領はその職業の自己理解を表わしていると申しました。アメリカ看護協会は1976年にその倫理綱領

を改定するとき「依頼者（クライアント）のアドボカシー」という表現を入れました¹¹。患者のアドボカシーは1970年代にナースの自己理解を表わす概念になりました。

それでは、そのまえのナースのイメージはどんなだったか。ウインスロウによれば、まずは「病人の母親がわり」というイメージがあり、ついで軍隊モデルが長く続き、その後に法学モデル、つまり患者のアドボカシーという考えが登場しました。

軍隊モデルとは、ナースを病気と闘うという厳しい疲れる仕事を忍耐強くやりとげる兵士になぞらえる考え方です。兵士にとってそうであるように、ナースにとって最も重要な倫理規範は忠誠であると考えられていました。では、誰への忠誠か。医師への忠誠です。ナイチンゲール誓詞のなかにも「忠誠心をもって、私は医師をその仕事の面で援助するように努めよう」¹²とあります。ナースが医師に忠実でないと、患者が医療に不信を抱き、結果的に患者の健康の回復の妨げとなるという理屈です。それでも、ナースが医師のミスに気づく場合はあります。それでは、ナースはどうするのか。ウインスロウは四つ対応策をあげています。第一に、責任をとるのは医師だから、あくまで医師に忠実にふるまう。第二に、医師の指図をもう一度確認して、誤りに気づくようにしむける。第三に、他の上司に具申して医師を替えてもらうように努める。最後に、その医師のもとで働くのを断る¹³。しかし、実際には、責任をとるのは医師だけではありません。すでに1929年にアメリカ統治下のフィリピンで医師の指令どおりに投薬した看護師が医師のミスを確認しなかったかどで罪を問われました¹⁴。そこで、アメリカでは、軍事モデルを批判する動きは1930年代からあったのです。

アメリカで事態が動いたのは1960年代でした。1960年代のアメリカは消費者運動が盛んになり、医療の世界では患者の権利が主張されるようになります。患者の意向を医療に反映させるべきだというこの患者の権利の考え方を医療従事者のなかで最も積極的に受け容れようとしたのが看護職でした。この患者の権利運動への支持と、ナースはたんに医師に忠

¹¹ 「クライアントのアドボカシーをする者という役割において、ナースは、医療チームのいかなるメンバーや医療システムそのものによる不適切な、あるいは反倫理的な、あるいは不法な実践や、もしくはクライアントにとっての最善の利益にたいして不利益になるようなその他の者たちの行動を目にしたら、それに敏感に反応し、適切な行動をとらねばならない」(Gerald R. Winslow, “From Loyalty to Advocacy: A New Metaphor for Nursing”, *Hastings Center Report*, vol. 14, no. 3, 1984, p. 37.)

¹² *Florence Nightingale Pledge*, <http://www.nursingworld.org/FlorenceNightingalePledge>, 2016年5月17日閲覧。

¹³ Winslow, op. cit., p. 35.

¹⁴ Lorenza Somera の例。(Winslow, *ibid.*)

実であるのではなくて、専門職、プロフェッショナルとして自分自身の判断をもっているはずだという自分の職業にたいする誇りとが結びつきます。そこから患者のアドボカシーとしての看護という考え方が生まれます。すなわち、1973年、国際看護師協会はそれまでであった医師への忠誠という項目を削除して、「ナースが第一に責任を担うのは、看護ケアを必要とする人びとにたいしてである」と宣言します。先ほど申しましたように、その3年後に、アメリカ看護協会が「依頼者(クライアント)のアドボカシーをする者としてのナースの役割」を宣言します。さらに、最初のほうで引用しました日本看護協会の「看護者の倫理綱領」や国際看護師協会の綱領にあるように、他の医療職を含めて他の誰よりもナースが患者の側に立つという自負がここにつながるわけです。

看護職のこの強い自負は、医師への忠誠を強いられたそれまでのナースのあり方への反発と克服から生まれたものです。だが、前にも申しましたが、この強い自負は他の医療専門職とのあいだに緊張を生む可能性もあります。ナースが誰よりも患者の側に立つとすれば、相対的に他の医療専門職はそれほど患者の味方でないように聞こえてしまうからです。皮肉にみれば、医師と看護職のあいだで力を争っているようにみえなくもありません。患者のアドボカシーとしての看護という考えはそういう危険も含んでいます。

とはいえ、医師の指令とは独立にナースは患者のためを考えるべきだという発想は、ナイチンゲールの『看護覚え書』にみられる歴史のあるものです。ナイチンゲールは、病気を治すのは医療ではなくて自然の力だと述べたうえで、「看護がなすべきことは、自然が患者に働きかける最善の環境に患者をおくことである」¹⁵と述べています。ゲイロードとグレイスはこの一節を引用して、ナイチンゲールは看護を軍隊モデルでは考えていなかったと指摘しています。医師への忠誠を説いたナイチンゲール誓詞とナイチンゲール本人とは違うという点にご注意ください。それは当然でもあります。ナイチンゲール誓詞はナイチンゲール自身が書いたものではなくて、あとのひとが「ヒポクラテスの誓い」を参照して作ったもの

¹⁵ Nan Gaylord と Pamela Grace は、ナイチンゲールそのひとは軍隊モデルで考えておらず、むしろ患者のアドボカシーの側に立つひとだと指摘しています。その論拠として、「医療は治療するプロセスだとしばしば考えられている。医療はそういうものではない。(中略) 医療は障害を取り除く以外の何もできず、治療もできない。自然のみが治療をなしうる。(中略) われわれの知るかぎり、医療は自然を助けて障害を取り除くが、それ以上のことはしない。いずれにせよ、看護がなすべきことは、自然が患者に働きかけるための最善の環境に患者をおくことである」という『看護覚え書』の一節が引用されています。(Nan Gaylord and Pamela Grace, “Nursing advocacy: an ethic of practice”, *Nursing Ethics*, vol. 2, no. 1, 1995, p. 14)

であって、だから、医療関係者への忠誠を重視しているのです。

こうして患者のアドボカシーとしての看護という考えが生まれました。ウインスロウは先の軍隊モデルと対比してこれを法学モデルと呼んでいます。無理もありません。患者の権利ということ为基础にしていますし、アドボカシーするひと、つまりアドボケートという英語は法廷弁護士をさすからです。

患者の権利は、先ほど申しましたように、アメリカでは60年代の消費者運動から生まれました。その結果、その結果、アメリカ病院協会は1971年に「患者の権利章典」を採択しました。さらには、世界医師会も1981年に「患者の権利に関するリスボン宣言」を最足しています。今更ながらと思われるでしょうが、その内容をかたんに振り返りましょう。

「リスボン宣言」の1981年の最初の版をみてみましょう。第3条の「適切な情報をえたのちに、治療を受容ないし拒絶する権利」とはインフォームド・コンセントにもとづく治療を受ける権利、つまり患者の自律、自己決定が尊重される権利です。第5条に「尊厳をもって死ぬ権利」が書かれています。尊厳をもって死ぬということがどういうことかは難しい問題ですが、少なくともいえることは、患者が望んでいないのに死を強制される(安楽死させられる)ことはもちろん、患者本人が望んでいない延命治療を強制されて終末期を過ごすことは、尊厳ある死とは考えられていません。

「患者の権利章典」は1992年改訂版をみてみましょう。以前からあったインフォームド・コンセントに関する権利、病院の提供できるケアについて知る権利、その病院と他の病院との協力関係を知る権利などなどに加えて、事前指示をする権利が加えられています。すなわち、認知状態が低下してしまい、もはや自分で判断が下せなくなってしまったときに、どういう医療措置をしてもらうのかをあらかじめ指示しておく処置です。どういう状況になったらそれ以上の延命措置をしないでもらいたいというリビング・ウィル(通常に遺書(will)は死んだあとに発効するのにたいして、生きているあいだに発効するのでリビング・ウィルというわけですが)はここに含まれます。事前指示は治療法を自分で選ぶという意味でインフォームド・コンセントの延長上にあります。その事前指示が、現在のアメリカでは、患者の権利のなかに含まれています。

ところが、アドボカシーとしての看護は、このようにナースの役割を法学のモデルで考えているとすると、いくつか疑問が浮かんできます。

第一に、アドボカシーが成り立つ基礎が患者の権利にあるとすれば、まずはその患者の権利が確立していなくてはなりません。たとえば、日本では、延命治療の拒否や中止に関する

法的整備はできていません。すると、その国でまだ法的・倫理的に認められているとはいえないような選択を患者が望んだ場合、ナースがその患者の意向を代弁したら、そのことでそのナースが法的・倫理的な責任を問われるおそれがあります。実際、アメリカでも1976年に担当医師が採用していない治療法を患者に教えたナースが、(その意味では患者の治療法の選択に役立つのでインフォームド・コンセントに寄与したのですが)、しかし医師-患者関係に不当な介入をしたという理由で解雇される事件が起きています¹⁶。

第二に、逆にその権利がきちんと行使されるなら、ナースが代弁する必要はありません。たとえば、もし、事前指示による延命治療の中止がその国で法的に認められていて、患者がその手続きをきちんとしていたら、代弁する必要はないわけです。そもそもナースはアドボケートとして適切なのか。弁護士なら依頼人は自分で選べますが、患者は自分を担当するナースを選べません¹⁷。

第三に、患者の意向を最もよくわかるのはナースだといえるのでしょうか。むしろ、患者のアドボカシーは医療スタッフ全体で支えるべきことではないでしょうか¹⁸。

以上の批判が正しいとすると、まずは、患者の権利の確立、とくに法律上の整備が必要であり、患者の意向を尊重する医療チームこそが望まれるということになりそうです。

しかしながら、やはり看護職こそが患者の意向を代弁する者なのだという反論もあります。

まず、やはりナースは他の医療専門職に比べて患者の意向を最もよく理解できるのではないか。その根拠として、多くの論者が、患者と接する機会が最も多く、接する時間が最も長いのはナースだという点を指摘しています。

ナースが患者の意向をよく理解できるもうひとつの根拠を、ブレイアー—マッキーが指摘しています。すなわち、医師の目的は病気によって生じている問題の解決と器官の機能の回復と医学研究にあるのにたいして、ナースの目的は患者の生活能力の改善という全人的治療にある¹⁹。だから、患者が重視していることを理解できるというわけです。

¹⁶ Jolene Turma の事例。Turma はガン患者から化学療法について問われ、担当医師が化学療法こそ唯一の手立てだと考えていることを知っていましたが、患者に別の療法を教えます。患者は化学療法を続けましたが二週間後に亡くなりました。すると、遺族が担当医師に、Turma の教えた別の治療法があったのではないかと問いつめ、医師が看護審問委員会に訴えて、Turma は解雇されました。Winslow, op. cit., p. 37.

¹⁷ Winslow, op. cit., p. 39.

¹⁸ Ellen W. Bernal, "The nurse as patient advocate", *Hastings Center Report*, vol. 22, no. 4, 1992, p.21.

¹⁹ Sarah Breier-Mackie, "Patient autonomy and medical paternity: can nurses help

第三に、たしかに、患者のアドボカシーという考えは患者の権利に基礎をもっていますが、患者のアドボカシーとしての看護はたんに患者の権利の擁護だけにとどまるものではなく、援助を必要とするひとを援助するというナースの任務を果たすことにつながっているという見方があります。具体的にはどういうことか。ゲイロードとグレイスはこんな例を紹介しています。交通事故で四肢麻痺となった 59 歳の男性患者が仙骨部分の床ずれの治療のために入院しました。形成外科医が皮膚移植を行ない、患者は患部を守るために背中全体につねに等しく圧力がかかるように心がけて特殊なベッドに仰向けに寝るように命じられました。患者は人工呼吸器もつけており、入院が続きます。患者はナースに彼の最も望んでいることをもらします。それは、「座りたい」という希望でした。しかし、形成外科医はそんなことをしたら皮膚移植をしてほぼ治りかけている患部が損傷すると主張します。ナースは患者の望みを他の医師たちに伝えますが、みな主治医である形成外科医に従いません。そこで、ナースは患者と時間をかけて話し合いました。患者がどれほどそれを望んでいるか、それがどれほど危険なことか。患者はその危険性を十分に承知したうえで、やはり座りたいという希望を捨てません。ナースは患者に自分の考えを、直接、形成外科医に話すように勧めます。患者はそれを試みますが、形成外科医の診察時間は短くて話す機会ができません。そこで、ナースが患者の思いを患者に代わって形成外科医に伝える試みを何度もし、質問を重ねて、形成外科医からその患者の病状にもっと合ったベッドがその病院にあれば患者の望みがかなえられるということを聞き出しました。そのベッドが注文され、患者の望みはかなえられました²⁰。この事例からどういうポイントが引き出せるでしょうか。

第一に、医師が治療の観点からみて善と思うことと患者が善と思うことが違います。「座りたい」という願いは他人からみれば些末な願いに見えるかもしれませんが、体の節々にかかる圧力に配慮しながら仰向けの体勢を取り続けねばならない患者にとっては切なる願いなのでしょう。それは、煎じ詰めれば、その患者がそうありたいと考えているように生活するという自己決定に関わります。ところが、第二に、患者が自分の思いを担当医に直接話しにくい状況が病院のなかにはあります。そのために患者の自己決定よりも医師の決定のほうが通りがちです。だから、第三に、ナースが患者に代わって患者の思いを患者に代わって医師に伝えます。つまりアドボカシーです。それによ

doctors to listen to patients?”, *Nursing Ethics*, vol. 8, no. 6, 2001,

²⁰ Nan Gaylord and Pamela Grace, op. cit., pp.17-18.

って、自己決定という患者の権利の実現を援助したわけです。第四に、ナースにそれができたのは患者と時間をかけて話し合ったからです。先ほど、私は患者の「座りたい」という願いは患者にとって切なる願いなのかもしれないと申しましたが、その願いがどれほどその患者にとって重要なものであるかは、ナースが患者から聞き出してはじめて医療現場では重要なものとして認められるようになるのかもしれない。先に申したように、器官の機能の回復だけに目をやるのではなく、患者の生活の改善をめざすナースだからこそ患者の希望をきちんと受け止めることができたのかもしれない。

この事例からさらに三つのことが推察できます。第一に、この事例で患者の「座りたい」という希望がかなえられたのは、ナースが担当医の形成外科医からもっと適切なベッドがあることを聞き出し、病院がそのベッドを購入したからです。ということは、このナースが実際にしたことは、患者の思いを医療スタッフ全員に伝えて共有して、組織全体で患者の希望をかなえる態勢を作るように働きかけたということなのかもしれません。だとすれば、ナースが誰よりも患者の立場に立つという勇ましいイメージよりも、むしろ先ほど紹介しましたケアの倫理の考え方に近いように思われます。すなわち、患者の権利を最優先したうえで、先に紹介したケアの倫理にいう、その場に関わっているひとりひとりを気づかい、できるだけ多くのひとの思いに応える解決策を模索するという姿勢が結果を引き出したのです。

第二点。前に申したように、アドボカシーという語は法廷弁護士を意味しますが、弁護士を依頼する場合には私たちは自分の希望をかなり明確に意識しております。これにたいして、患者は自分に必要なことを明確に意識しているとはかぎりません。自分がかかっている病気について、どんな治療法があるのか、予後はどうなのかについて十分わからないので、自分に今何が必要なのかがいまいち描けないこともあるでしょうし、あるいはまた、入院生活についてもよくわからないために病院で何ができるのかもわからない場合もあるでしょう。経験を積んだナースであれば、患者自身が気づいていない患者のニーズに気づくことができるでしょうし、その必要を満たすように配慮することもできるでしょう。患者のアドボカシーは、たんに患者が自覚して要求していることを伝えるだけでなく、患者は意識していないが患者に必要なことを掘り出して、医療がその必要を満たすように患者に代わって患者の利益を主張することも含むでしょう。そこには、相手のニーズに気づく先ほど申したケアの倫理の感受性が求められるでしょう。

第三点。先ほど、アドボカシーが患者の権利を基礎とする以上、患者の権利の法整備

が必要だという疑問を紹介しました。しかし、患者のアドボカシーが今申したように患者の声にならない声を代弁することだとすれば、まさにそのために、医療現場の現実をご存じのナースのみなさんが患者に代わって今の日本の患者のおかれている状況を社会に伝えることが期待されます。この場合、ナースは今自分が担当している個々の患者ではなくて、患者一般のアドボカシーを果たすわけです。

このように申せば、看護職についている方々に過大な期待と負担を強いているように聞こえるかもしれません。しかし、きょうお話ししましたなかから二つの点を思い出してください。ひとつは、職業倫理とは、自分の仕事がどのような仕事であるかというセルフ・アイデンティティを表明しているということ。もうひとつは、責任とは「自分がほうっておいたら、あのひとはどうなってしまいうだろうか」という思いから引き受けるものだということです。患者のアドボカシーとしての看護はまったく新しい考え方なのではなくて、きょうお話ししたその歴史からみれば、みなさんが日常なさっている看護という仕事の延長上にあります。だとすれば、「自分がそうしなければ、病気のひとはどうなってしまいうだろう」という思いから、ナースのみなさんのそれぞれのできることから果たしていくことが患者のアドボカシーに通じていくはずあり、そしてまたナースにはその役割が期待されているわけです。

ご清聴ありがとうございました。