

尊厳とQOL

— 一つの事例を通しての考察 —

Dignity and quality of life: a thought on a case

大出 順¹

Jun ODE

キーワード：自律、尊厳、QOL

Key words : autonomy, dignity, quality of life

1. 序論

看護師は、対人援助職として、人々が尊厳を保つ権利を尊重する。看護師はまた、対象者のquality of life (以下QOL) の向上をめざして日々実践している。それらは看護師の倫理綱領でも示され、看護師の社会的責務とされている。尊厳は、対象の自律性の有無とは無関係であることは明らかだ。自分の意思を効果的に他者に伝える事ができない新生児や、重度認知症の高齢者に対しても、その人の尊厳に敬意を払って実践するのは当然だからである。しかし、尊厳に敬意を払うとはどのようなことだろうか。また、その人のQOLの向上とは何か。本稿ではそれらの問いを、筆者の経験事例に触れながら考察する。なお、事例紹介は、情報を制限することと個人が特定できないように記載することで倫理的配慮とさせていただく。

2. 事例紹介と内容

本事例は、脳梗塞で緊急入院となったある患者を受け持った時に考えたものである。自宅で倒れているところを発見され、救急搬送入院となった独居の高齢者である。半身麻痺や第2期の嚥下障害があり、口からの食事摂取を課題にリハビリに励むが肺炎を合併した。症状は改善したが、1日の必要栄養

と水分量の摂取が難しく、家族と医療チームで話し合った結果、胃管を増設することとなった。また、今後の独居生活は不可能であり、家族も共に過ごすことはできないとのことから、他の施設へ転院することとなった。本人はもともと独居生活時から軽度の認知症があったようだが、今回の入院によりさらに認知症が進んでしまった。しかし、自分のその時々その時の思いの表出は鮮明とはいえないが行えるレベルであり、JCSで評価するとI-2からI-3である。嚥下障害があることから排痰ケアが必要であり、常に肺炎のリスクがある状況であるが、本人からは何か食べると「やっぱりおいしい」「食べたい」との思いが聞かれる。

排痰ケアは必須であり、生命リスクとsanctity of life (生命尊重) を考えると、経口摂取は積極的に行うべきではないかもしれない。しかし、1日1食や間食など、お楽しみとして、本人の思いを尊重してすすめていこうと計画を立て介入した。その背景に、寝たきりとなり、胃管から栄養を摂取するのみとなり、いわば「ただ生かされている」状態になることを懸念し、そうなるべきではないと私が考えたことがある。家族と、また自律性は不確かであったが本人とも話し合い、「どうすれば本人にとって一番善いか」を考えてのケアに奔走した。しかし、肺炎のリスクを背負いながらも、なお経口摂取を進め

1 市立伊東市民病院

Ito Municipal Hospital

静岡大学大学院人文社会科学研究所

Graduate School of Humanities and Social Sciences, Shizuoka University

るのは看護者側のエゴではないのかという見解が同僚看護師たちから寄せられた。

3. 客観と他者の尊厳について

客観とは何だろうか。よく客観的と表現されるがその意味は難しい。客観とは、広辞苑によると「特定の個人的主観の考えや評価から独立して、普遍性をもっていること」と定義されている。普遍性とは誰がどのようにみても一致すること、と言えるが、特に対人援助となるとその事自体に限界があるように感じる。普遍性を証明するものとは何か、その特定が非常に困難だからだ。患者と接するとき、患者の状態を身体・精神・社会的な面から見る。ナイチンゲール¹やヘンダーソン²の言葉を借りるならば、「他人のただ中に自己を投入」(p.227)¹し、「皮膚の内側に入り込む」(p.13)²とき、いわば、相手の主観が自分の主観となるほどに入り込みながら、相手の主観と、相手と自分の客観（一般的な倫理観）、自分の主観（医療的見解や看護の倫理観）、それらを全て客観視し、バランスをとることが必要と考える。それぞれの問題においてどこに重点をおくべきか、様々な視点で考えて統合しなければいけない。しかし、最終的に結論が出たとしても、それは主観的なものになってしまう。なぜなら、客観的だとされた答えもその結論に導いて判断したのはそれを考察した人の主観だからである。様々な角度から客観的に捉えるよう努力をしても、厳密にそれを証明できる手続きはなく、そのような意味で完全な客観性は証明できなくなる。

今回の事例では、「こういう事例はこのような経過をたどっていくものだ」という医療者の一般的な考えがあったのではないだろうか。その考えが医療者としての客観となっていたかもしれない。確かに、患者が熱と排痰ケアに苦しむことと、食べる喜びとのバランスを考えると、苦痛が多くなると判断出来るならば経口摂取はすすめられないだろう。しかし、事例にもよるが、患者が認知症を患っていたとしても、その患者が言葉を発し、多少ともその場面での意思や意向を伝えることができるならば、その患者のその時の自律を尊重したいと考える。自律が難しい患者であったとしても、耳を傾け、出来る限り意思を理解するように励み尊重することが、その人の尊厳へのケアではないだろうか。このような見解に基準を設けることは難しく、その考え自体が間違っているのかもしれない。困難なことだと理解

していても、それが患者の意思の尊重と捉えられるならば、可能な範囲で実行したいと願うのは看護者の思いであり、他者の尊厳の尊重ではないだろうか。よりよいケアの提供を考え、そのために他職種や家族を巻き込んでいく。それが決して自分のためではなく、患者のためであることが尊厳へのケアにつながると考える。

4. 医療におけるQOLについて

医療におけるQOLとは何だろうか。藤井³はQOLの概念について2つの点でコンセンサスが得られているとする。1つは生活のあらゆる領域を含む概念であり、その下位概念に、身体機能、心理状態、社会的状況を含むもの、もう1つは、主観的概念であり、人が生活全般に対して持っている満足度や良好さといったものや、人生の目的や希望が経験を通してどの程度実現したかというレベルといったように本人のみが評価できるものとしている。土井⁴は、WHOの概念がQOLの概念に相当するものと考え、Spilker B.の、身体的状態、心理的状态、社会的交流、経済的・職業的状态、宗教的・霊的状态といった5つの領域のすべてを包括する状態としてのQOLがあるという定義を紹介している。これらから考察すると、QOLとは厳密には主観的なものであり、客観的に判断できるものではないことが理解できる。ただ、QOLを他者へ伝えることはケースにより可能であり、QOLを客観評価するために様々な研究もある。その1つに、近年WHOも採択しているSEIQoLといったQOL評価尺度もある⁵。それは人生の意味づけが変化することを踏まえたものであり、アイルランドのO'Boyleらが開発したものである。しかし、上述の通り、本来のQOLは本人の自己評価に基づくものであり、自律性の失われた意識障害の患者などに関しては厳密な意味でのQOL評価は不可能であるといえる。

現場の看護師はこのQOLの本来の内容をよく吟味し、共通の土台をもって患者のQOLとは何かと考察していく必要がある。プライマリナーシングのシステムを使用していたとしても、担当患者を24時間ケアできるわけではない。プライマリナーズとそのアソシエイトの協働も課題であり、いかに患者のケアの質を高めることができるかはチーム内での意思疎通が大切である。そこには、本当の意味でのQOLは何かということと、主観的なQOLの評価が難しい患者に対して、どのようなアプローチを

行っていくかといったことも綿密に話し合うことが含まれると考える。

5. 結論

上述の事例では、患者の自律性の程度が不明確であり、本人のQOLを考察する時に何を基準に、また何を指針としてよいか難しい課題であった。患者の尊厳を尊重した態度とは何か、また、患者が自己のQOLについて明示できない場合、看護師はその患者に対してどのように介入できるかといったことについて考察してきた。その結果、看護師は患者の意思を汲み取ろうと努力し、その時の患者の思いを尊重することが重要であるという見解となった。そこで必要なのは看護師のコミュニケーション能力であろう。看護師は対象者の尊厳に敬意を持ちながら、患者やその家族、また医療チームに対してもコミュニケーション能力を駆使し、患者や家族を含む他職種に対して「調整力」を発揮する。患者のQOLの向上と患者の尊厳を守ることを目的として、コミュニケーション能力を駆使するのである。そこでナイチンゲールの述べる「観察能力と観察の意味を理解する能力」(p229)¹が重要となり、それを展開していくことが「ケアリング」といえるのかもしれない。その過程は決して失敗が許されるもの

ではないが、目的が明確であり、その手段として看護師個人が理念と使命感を持って励み、「調整力」を発揮するとき、患者や家族と初めて「ケアリング」が実践できるのではないだろうか。看護師は、「自分自身の理念の満足を求めて病人の世話をするのでないかぎり、ほかからのどことなく指示命令」によっても、熱意を持って看護することはできない」(p231)¹のである。

引用・参考文献

1. Nightingale F15補章／湯楨ます 1968. 看護覚え書き—看護であること・看護でないこと— 第6版. 東京：現代社.
2. Henderson V. I 看護婦の独自の機能, すなわち基本的看護ケア／湯楨ます 1961. 看護の基本となるもの. 改訳版. 東京：日本看護協会出版会.
3. 藤井美和. 病む人のクオリティーオブライフとスピリチュアリティ, 関西学院大学社会学部紀要 2000；85：33-42.
4. 土井由利子. 総論—QOLの概念とQOL研究の重要性, 保健医療科学 2004；53(3)：176-180.
5. 松田 純, 川村和美, 渡辺義嗣. 6 医療の目的. In. 松田純編. 薬剤師のモラルディレンマ. 第1版. 東京：南山堂, 2010.