

基調講演

受け手と担い手との共同行為が成立するために

Establishing joint action of patients and health care professionals

石垣 靖子

◎北海道医療大学大学院 看護福祉学研究科

私たちが臨床で出逢う人たちは、一人ひとりを取り替えるのきかない独自の存在であり、この世における一度だけの存在である。言うまでもなく、その人の人生はその人しか生きる事の出来ない固有のものであり、誰もがそれまで生きてきたプロセスのなかで培ってきた価値観がある。治療やケアの方針決定にあたって、私たち医療者は病気の状態や治療法についての専門的な知識や技術をもっており、一方患者もそれぞれが固有の人生（物語られるいのち）を生きている存在であり、これからどう生きたいかについての想いや期待がある。立場の異なる両者が目標を共有し話し合いを重ねるなかで、いまどうすることが最善なのかについて合意するプロセスが重要であり、それが医療における共同行為の意味である。そしてそれは相手を人間として尊重する臨床倫理の基盤でもある。

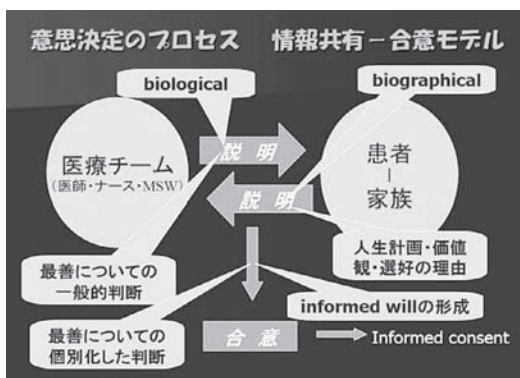
このプロセスを「情報共有—合意モデル」（清水2009）として図に示した。医療者（医師だけではなくその患者に関わるナースやMSWなどの専門職）は、生物医学的（biological）側面からエビデンスに基づいた最善についての一般的判断をする。そして

患者・家族のさまざまな状況にしっかりと耳を傾け、仮に医学的には最善ではない治療であっても、いまこの人にとっての最善である治療を決定することが相手を人として遇する（尊重する）ことである。そしてこれは「インフォームド・コンセント」に代表されるコミュニケーションのやり取りをもって進められるものであり、患者にとってはこのコミュニケーションのプロセスが医療に対する信頼と安心、時には勇気さえももたらすことになる。この合意モデルは患者に関わる医療専門職間でのコミュニケーション、医療者・患者、家族間のコミュニケーション（対話）が日常的になされる文化があってこそ成り立つ。そもそもコミュニケーションとは、立場や考え方を異にするもの同士が理解を深めていくプロセスであり、その語源はcommunicatioというラテン語で、「共通にしていく、共同のものにしていく」という意味をもつ。このコミュニケーション本来の姿勢をとることが、相手を人として尊重する姿勢の核になり共同行為の基盤になる。

人として尊重するということは、相手の自律や自己決定を尊重することはもちろんであるが、その時々ゆれうごく感情や思いを受け止めながら、相手に向き合い、寄り添うことであり、アドボケートとしてのナースはそのキーパーソンである。

医療の進歩と共に多くの人がその恩恵に与かっている一方、生物医学的には最善の治療が必ずしもその人のその時の状況に添わないこともあり得る。ときにそれはその人のその後の人生が本人の意に反したことにもなりかねない。私たち医療者はあくまでもその人しか生きる事の出来ないその人の人生に敬意をもって臨みたいものである。

組織にこのような文化が定着するためには、その



組織の価値観（組織文化）を組織構成員が共有し、それが日常の医療のなかで判断基準として職員のなかに浸透していることが重要だ。そして、相手の物語られるいのちを尊重する姿勢は医療者である自分もその人と同じ地域住民であることへの感覚を大事にすることであり、言葉を換えると相手と対等性を築くことでもある。このように職員の倫理的感性の育成には、日常的に患者・家族の最善をめざす倫理検討を医療チームで重ねることである。そしてそれは、患者・家族に最も身近なスタッフが自分たちで考えていけるように支援することであり、特定の人や委員会が指示したり、対応の仕方を教えたりすることではない。倫理検討はあくまでも医療の受け手の目線で話し合うことが重要であり、それには例えば患者に関わるボランティアなどの医療専門職以外の人が検討に参加することも一つの方法である。そして倫理的問題解決の対応と倫理的感性の育成を目指した話し合いには、検討するためのツールを用いることが望ましい。例えば Jonsen らの 4 分割法や清水らが提案している「臨床倫理検討シート」などが有効である。

超高齢社会を迎えたいま、自分の意思を表現することが適切に出来ない人たちも増えてきた。言葉で表現できなくても表情や全身で自分の意思を表しているとき、それをわかろうと努め、受け止めて、どうすることがその人にとってよいのかを考える。相手の意思を尊重しようという姿勢は相手の気持ちや存在そのものを尊重することであり、倫理的に行動するということでもある。

加齢に伴う心身に障害の持った人が増える中、生物医学モデルからケアリングモデルへの転換は急務である。倫理観を原点とするケアリングは、「患者のためにそこにいる、患者を尊重する、患者と共に感じようとする、そして患者と緊密になること」(Forrest 1989) であり、その語源 *caritas* が示すように愛と思いやりを持った実践である。

倫理を考える事は、医療（ケア）とは何かを考えることであり、倫理的な行為とはその目的に添って行動することである。患者の最も身近な立場にあるナースは個々の患者の「物語られるいのち」を知り得る立場でもある。ナースが踏みとどまり、立ち止まることによって、その後の患者の人生に大きな変化をもたらすこともある。アドボケート（傍らにいる者）としてのナースの役割は大きい。そしてケアにあたるナース自身も自分がかげがえのない存在であることを認識し、ポジティブティ（自己を肯定するこころの状態）を高めたものだ。それは、ケアする相手とケアリング（相互交換であり、両者が互いに学び合う関係）を創るためのベースになるからである。そのプロセスが、受け手と担い手との共同行為を築くことになるからでもある。

引用・参考文献

1. 清水哲郎：臨床倫理の考え方と検討の実際、2009年度冬β一版、臨床倫理検討システム開発プロジェクト、2009.
2. サラ T. フライ他：看護実践の倫理、日本看護協会出版会、2010.