

ケアの倫理からみたアドボカシー

Nursing as advocacy: From the viewpoint of ethic of care

品川 哲彦

●関西大学

1. 倫理とは

職業団体の定める倫理綱領は、その職業にこれまで就いてきた人びとが自ら定めたものである。したがってそこには、自分の仕事をどのような仕事として考えているかという自己認識が反映している。医療職のなかで最初に倫理綱領をもったのは医師で（紀元前4世紀の「ヒポクラテスの誓い」、次が看護師である（19世紀末の「ナイチンゲール誓詞」）。後続の各種療法士の倫理綱領が医療チームの和を強調するのに比べて、看護師の倫理綱領は専門職としての責任を強調している。日本看護協会の「看護者の倫理綱領」第6条は国際看護師協会の「看護師のための倫理綱領」第4条「看護師は、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」を参照して定められたものだろう。これは、看護師は誰よりも、ほかの医療職よりも率先して患者の側に立つという宣言である。看護師のこの自己理解は1970年代にできた。患者のアドボカシー、つまり看護師は患者の思いを患者に代わって訴える者、伝える者であるとする考えは、この精神を受け継いでいる。

2. 倫理規範の整理

さまざまな倫理規範は差し当たり二つのグループに分けられる。

一つは正義を中心とする。正義とは、そのひとにふさわしい扱いをすることを意味する。そのひとの有する権利に対応する処遇がふさわしい扱いである。権利をもつ根拠・原因を権原という。同じ権利をもつ者は平等に扱わねばならない。えこひいきしないことを公平と呼ぶ。正義・権利・権原・平等・公平といったこれらの倫理規範は、一言でいえば、正しい行動をすることを求めている。これを正の規範のグループと呼ぼう。

だが、相手にその権利がなくても相手のためになるうとする場合もある。その行為は善行、その気持ちは

善意（医療倫理では恩恵、仁恵などとも訳される）と呼ばれる。善行、善意、慈愛などから成るグループを善の規範のグループと呼ぼう。

正のグループの規範と善のグループの規範とでは、その行為に対する評価が異なる。たとえば、約束は前者の行為に、親切は後者の行為に属す。今、A氏がB氏にそうするとしよう。前者では、B氏は約束を履行される権利をもち、A氏は破約すれば非難されるが、約束を遵守しても特に賞賛されない。正のグループの規範と結び付く、こうした必ずやり遂げねばならない義務を完全義務と呼ぶ。これに対して、後者では、B氏にはA氏に親切を請求する権利がない。A氏が親切にするなら、B氏は感謝すべきである。A氏がそうすることは賞賛に値し、それをしなくても特に非難には値しない。ただし、A氏は地球上のすべてのひとに親切を尽くすことはできないから、善のグループの規範と結び付くこうした義務は、完璧には果たしえないという意味で不完全義務という。

3. 医療倫理の歴史の回顧

前述のとおり、最初の医師の倫理綱領は「ヒポクラテスの誓い」である。その内容は、医師仲間への忠誠（だから、医学の知識は医師以外には教えない）、生命の尊重、患者への無危害、患者への善意から成る。ここから、患者の意向を問わずに医師が患者にとって善と判断した治療を行うパターンリズムが帰結する。だが、19世紀に医学が実験科学化し、麻酔法の開発、病原菌の発見、消毒法の発明によって根治的だがハイリスクな治療が可能になると、医師の専断による実験や治療がもたらす危険も高まる。それゆえ、インフォームド・コンセントが要請される。

「ヒポクラテスの誓い」は善の規範のグループに、インフォームド・コンセントは正の規範のグループに対応する。近代社会ではすべてのひとは平等である。本人の意向が無視されて別人の目的を達成するための手段とされてはならない。これを人間の尊厳という。

誰もが自分が善いと思う人生を追求する権利、すなわち自己決定、自律の権利をもっている。インフォームド・コンセントは患者の人間の尊厳と自己決定の権利を保護するものである。

4. ケアの倫理

だが、ひとは幼いとき、病気するとき、障害を抱えたとき、老いたとき、自己決定のままに生きられるわけではない。したがって、援助を要するひとを支える気づかい（ケア）も倫理の根本をなす規範である。そう考える倫理理論をケアの倫理という。

気づかいは第三の規範のグループを作る。それは完全義務ではないが、気持ちの負担を含む点で善意とも違う。なぜなら、ケアするひとは「自分が放っておいたら、このひとはどうなるだろう」という気がかりからケアする責任を引き受けるからだ。

5. アドボカシーとしての看護

1970年代、看護師の自己認識は軍隊モデルから患者のアドボカシーに移行した。軍隊モデルは看護師に医師への忠誠を要求する。だが、米国で患者の権利が主張されるようになると、看護界はこれに呼応し、専門職としての看護師の自負とそれを結び付けた。すな

わち、医師への忠誠に替わって患者に対する責任が看護師の第一の責務となる。患者の代弁者としての自己理解はここから生まれる。なぜなら、看護師は患者と接する機会が最も多く、医師が病因の除去と機能の回復に専心しがちなのに比べて、生活能力の改善を含む全人的治療に目を向けるからだ。

ただし、私はここにはケアの倫理の観点も必要だと考える。というのも、チーム医療のなかでは、患者の権利を最優先したうえで、その場に関わる各人を気づかい、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ほうが実効的だからだ。患者はまた、自分に必要なことに気づいているとは限らないから、相手のニーズに気づく感受性が求められる。医療現場の現実を熟知する看護師が患者に代わって現状を社会に伝えるなら、個々の患者だけでなく患者一般のアドボカシーを果たすはずである。「自分がそうしなければ、病人はどうなるだろう」という思いから、自分のできることを果たすことが患者のアドボカシーに通じている。

※本講演に加筆した論稿全文は『倫理学論究』3巻1号 (<http://www2.itc.kansai-u.ac.jp/~tsina/kuses/kuses.htm>) に掲載