

日々の実践に注ぐ倫理の眼

Ethical perspectives on everyday nursing practice

小西恵美子

●長野県看護大学名誉教授、鹿児島大学医学部客員研究員

1. はじめに

日々の看護は、一見平凡である。だが、掘り下げればそこに倫理がある。「私達は、日常の、日々の倫理にもっと目を向けることが必要と思います。日々の倫理の中で、看護師と患者、その家族は、決して派手ではないけれど、『ネオン倫理』にみられるのと同じくらい大切な意思決定に直面しているのです」と述べられたのは本学会第9回大会の招聘講演者Christine Mitchell氏であった¹。状況の奥や背景を掘り下げ、考えていく道筋の案内役が倫理のアプローチで、そのもとは倫理理論である。それには、徳倫理、原則に基づく倫理、ケア倫理をはじめ、数多くある。このように、倫理のアプローチが色々あるということは、現在の複雑な医療・看護においては、一つのアプローチだけを拠り所にするのではなく、多面的なアプローチによってよいゴールにゆきつくことが大事である、ということであろう。

本稿では、日々の実践でしばしば直面するひとつの状況を、原則、徳、およびケア倫理の3つの異なる眼で見たケーススタディーをとりあげる。関連して、Trontoによるケア倫理について若干の言及をする。

2. ケーススタディー

抗精神薬を拒否して暴力をふるう認知症高齢者S氏が介護施設に入所し、家族は施設スタッフに、これまで家でやってきたように「これは血圧の薬」と偽って薬を与えるよう強く要請する、というケースに、原則の倫理、徳倫理、およびケア倫理の論者が夫々の視点でアプローチする。

ケースの提供者²は、原則の倫理の視点から、これは正直原則と善行原則とのジレンマであるとする。ある看護スタッフは、看護の役割としての善行はきちんと与薬して患者に治療効果をもたらすことであると考え、嘘をついて与薬すると言う。別のスタッフは、正直は倫理原則であると共に患者中心の看護の基本精神であるので、真実を告げなければならないと主張す

る。スタッフ間の意見がこのように対立し、ケア方針に一貫性が保てない。公平で一貫性あるケアのために、何らかの指針などはないものかと問題提起する。

徳倫理の論者³は、「よい看護師」ならばこの状況においてどう行動するだろうかと問いながら、このケースは非常に複雑でありもっと大きな視点が必要だ、単純に倫理原則をあてはめても問題解決の助けにはならないと述べていく。薬の副作用、患者を取り巻く家族、施設、社会という文脈の中で、患者が暴力的になる背景を考え、ケアのやり方を変えること、あるいはケア環境を見直すことが必要だと提案する。そして、そのような努力をする専門職がよい看護師であろうと述べる。

ケア倫理の論者⁴は、嘘をついて薬を与えれば短期的には患者は落ち着くかもしれないが、患者が「私はケアされている、孤独ではない」と感じるからこそ、問題への長期的な回答であると述べ、Trontoによるケア倫理⁵の5つの要素を用いて解決策を導く手順を示す(次項)。そして、このような問題への最後の選択肢として、自国ニュージーランドで策定されているCovert medication-giving(隠れた与薬)の指針⁶を実施して問題解決に至った事例を次項のように紹介する。この与薬方法は、ケア倫理を実践に適用し、法的面にも配慮した最後の選択であると共に、認知症ケアの複雑さ・難しさを医療者と社会とで共有する枠組みでもある、と結ぶ。

3. Trontoによるケアと実践例

1) Trontoによるケア

Gastmans⁷は次のように解説している: Trontoが述べるケアは、ケアする意図があり、かつ、それが行為を伴っている場合だけに限られる。この、「ケアする意図がある」という点は特に重要である。Tronto以前のケア論者のほとんどは、ケアを、主にケアするために必要な心の情緒的な状態と定義していた。感情を強調することは、ケアが容易に私的なものとされ、都

合のよいように利用されるものになりうると、Trontoは指摘している。

2) ケアの要素

次の5つの要素からなる。①をケアの出発点に、順に検討・実行していき、⑤で当該ニーズに関わるケアのプロセスが完結する。

- ①Attentiveness/caring about (気にかける)：ケアの受け手(以下、患者)に集中して心身のニーズを特定する
- ②Responsibility/taking care of (責任)：特定したニーズに対して看護師が果たすべき責任を認識し、行動案を列挙する
- ③Competence/care giving (能力)：専門的能力をもってニーズを満たすための諸条件を整え調整する
- ④Responsiveness/care receiving (ケアを受ける)：患者はニーズが満たされた反応を示し、看護師は患者のフィードバック(反応)からケアの効果の評価する
- ⑤Solidarity：ニーズを満たすケア提供から相互信頼と連帯が築かれ、患者は「自分はケアされている、孤独ではない」と感じる。

3) 実践例

前項のケア倫理の論者⁴は、上述のS氏と同様に暴力的で薬を拒否する認知症高齢者に、薬なしの介入を試みたが効果なく、多職種チームで話し合い、残された手段は「隠れた与薬」しかないと判断したケースについて、ニュージーランドの指針⁶を適用し、問題解決に至った事例を、概略以下のように記している。

調整

- ・家族にきてもらい、状況、薬のリスク・副作用および与薬方法を医師と共に説明し、家族の意見を聞き、理解を得た。
- ・患者のすべての薬を点検し、減らせる限り減らし、または頓服(PRN)とした。
- ・薬を砕き食事や飲み物と混ぜて与薬することを薬剤師との間で調整した。
- ・患者・家族の意見・反応を含め、すべての経緯を記録した。

実施

- ・与薬のタイミングは患者の行動パターンに合わせた。
- ・毎週および特に変化あるつど、患者の状態を多職者で評価した。

- ・週3回、副作用を評価し、何も起こらなかった。他の薬もすべてこの方法で投与した。
- ・約1週間で患者は落ち着き、薬を拒否しなくなり、与薬を徐々に減らした。
- ・以降、スタッフと患者とのよい治療的關係が続いた。

4. おわりに

倫理には正しい答えは存在しないとささやかれることがある。だがそれは、状況を原則の倫理の眼だけで見ている人々の意見ではなかろうか。倫理理論は、どれも単独ではパーフェクトではない。そうであるが故に、多様な倫理の眼で補い合い、組み合わせることが重要なのだ。そうすることで、100点満点ではないにしても、ある程度妥当で現実的な解決策を導きだすことができる。

チーム医療の時代にあって、専門性を異にする医療者の話し合いは不可欠である。しかし、看護師の発言力が弱ければ、看護師はチームの結論から取り残され、釈然としない気持ちを抱くことになる。多職種検討の重要性を認識し、またそれと平行して、看護師だけの話し合いやインフォーマルな場をモラルスペースとして、思いを言語化し、発言の力をつけることが大切である。その前提があった上での多職種検討であろうと思う。

文献

1. Mitohell C. 倫理的な看護実践が試される時。日本看護倫理学会誌。2017; 9(1): 67-78.
2. Gary M. Therapeutic lying to assist people with dementia in maintaining medication adherence. *Nursing Ethics*. 2014; 21(7): 844-845.
3. Leilla T. Case commentary 1. *Nursing Ethics*. 2014; 21(7): 846-847.
4. Tula B, Julie W. Case commentary 2. *Nursing Ethics*. 2014; 21(7): 848-849.
5. Tronto J. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge; 1993.
6. New Zealand Nurses Organization. Guidelines for Nurses on the administration of medicines. 10.4 Crushing or Disguising Medications. 2012.
7. Gastmans C. 第12章 医療倫理におけるケアの視点. In: Davis AJ et al. eds. 2006/小西恵美子監訳. 2008. 看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法—. 東京: 日本看護協会出版会.