

看護師の倫理的思考発達への提言： 看護倫理教育における哲学の可能性

*A proposal for the development of ethical thinking for nurses:
The potential of a philosophy of education of nursing ethics*

神徳 和子¹ 池田 清子²

Kazuko KOUTOKU

Sugako IKEDA

キーワード：看護師、倫理的思考、哲学、教育、規範倫理学

Key words : nurses, ethical thinking, philosophy, education, standard ethics

1. はじめに

ナイチンゲール誓詞は、看護師が初めに教授される職業規範である。ナイチンゲール誓詞を唱和し、臨床での実習に臨む看護学生も少なくないだろう。「われはここに集いたる人々の前に厳かに神に誓わん—わが生涯を清く過ごし、わが任務を忠実に尽くさんことを。」という一節で始まるナイチンゲール誓詞は、看護師の規範を的確に示し、私たち看護師が目指すべき道を照らしてくれる。

看護師への倫理教育はナイチンゲール誓詞を柱に現在に至っているのだろう。サラ・フライ (p. 47)¹が提唱した、アドボカシー・責務・協力・ケアリングという概念や、「善行と無害、正義、自律、誠実、忠誠」という倫理原則 (p. 29)¹は、ナイチンゲール誓詞の意図するところにつながっている。このように看護師の倫理教育は、看護師としての自律を促進するところからはじまり、それが教育の中心的柱となっていることが伺える。さらに、看護師の自律を評価する尺度、道徳的感受性尺度 (Moral Sensitivity Test、以下、MST)^{2,3}も開発され、看護師は常に看護師としての自分を意識しながら、看護という業務に携わることができている。

一方で、多くの看護師が臨床の現場で倫理的ジレンマに陥り苦悩している。また、多くの看護師が自分には倫理的知識が十分でないと感じている⁴。このような看護倫理教育と臨床現場との乖離は何故に起こって

くるのか、これが本論の出発点である。

2. 理想の看護師

看護倫理学は倫理的価値判断に関して、その判断の根拠となる規準を検討する学問領域である規範倫理学である (序論vii)⁵。実際に、多くの看護倫理学の教科書 (p. 25)⁶に、ピーチャムとチルドレスの倫理の原則である (1) 自律尊重原則、(2) 善行原則、(3) 無害原則、(4) 正義原則が示され、この4原則に基づき事例分析を行うことで倫理的解決方法を学習させ、倫理的判断能力を養うということを教授している専門学校・大学も多く存在する。臨床倫理教育の中では、ジョンセンの4分割表 (p. 133)⁶、「医学的適応」・「患者のQOL」・「患者の意向」・「周囲の状況」を活用し倫理的問題の解決をはかる方法を教授することも多い。臨床の場でもこのような4分割表を活用している病院は多く存在する。また、トンプソンの意思決定10のステップ (p. 137)⁶をベースに倫理的意思決定をすることもあろう⁶⁻⁸。また、看護倫理学には「ケアの倫理」「徳の倫理」「ケアリング」という概念も存在し、それらも重要な規範倫理学としての看護倫理学として看護基礎教育で教授される⁹。ピーチャムとチルドレスの倫理原則は、ある一つの規則として看護師に認識され、その規則に従って倫理的判断を下すが、「ケアの倫理」などの徳倫理学の概念は、行為や規則などではなく、どのような人であるか (どのような性

1 学校法人香川学園宇部フロンティア大学 Ube Frontier University

2 神戸市看護大学 Kobe City of College of Nursing

格の特性を備えているか)を道徳的価値判断の拠り所としているところに、その違いがある(pp. 146-148)⁵。どちらが最善の倫理的判断を下せるかということは、無意味な議論となってしまうが、職業規範をその柱としてもつ看護倫理教育は、「よい看護師」「理想の看護師」を追求することに力を入れているようにも感じられ、多くの看護師が、自分は「よい看護師」として道徳的・倫理的に正しい判断ができているか、と絶えず自問している。

3. 多様化する医療現場の中での原則の限界

確かに、専門職としての看護という職業を考えると、職業規範は非常に重要であり、看護師としての道徳的規範・職業規範を基礎教育で教授することは不可欠である。また、倫理的判断の規準として原則を知っておくことも重要である。しかし、倫理教育が、道徳的規範・職業規範や原則に留まっていたり、発展性のない教育となり、原則に忠実である画一的な看護師を育成してしまう可能性があることも否めない。特に、ライフステージや疾患のステージに伴う療養場所や治療選択等、さまざまな問題が混ざり合う医療現場において、規範倫理学としての原則についてだけで、判断を下してしまうことは危険なことと考えられる。このような危惧を指摘するように、ジョンセンの4分割法やピーチャムとチルドレスの原則などの倫理的解決方法はあくまでも方法論の一つであり、すべてにあてはまるとはいえないと書き添えている看護倫理学の教科書も存在する(pp. 128-132)⁶。また、服部¹⁰は倫理問題の解決の部分的段階でしかないジョンセンの4分割で倫理的問題を考えることは、その4大トピックという範疇に即して事実の細部を整理する作業にほかならないと指摘している。規範倫理学の学問体系に基づいた看護倫理学に従い、看護実践における倫理的判断を行うと、そこで行われる倫理的思考は狭い規準での哲学的考察となる可能性が高い。また、これら方法論の視点から物事を見る主体は看護師であるが、看護師は患者の立場でこの方法論での視点を検討するにしても、全くの他人である看護師が患者の立場となって真実を見極め、正しい倫理的判断が行えるのかという疑問がわく。

では、もう一つの規範倫理学である徳倫理学としての判断ではどうだろうか。規範や規則に従い、倫理的判断を患者の立場から思考することのできる看護師は、倫理的能力が高い看護師と定義し、ケアリングやケアの倫理、徳の倫理の中で表現される看護師像に近づきさえすれば、原則に基づく方法論だけの解決は避けられ、患者にとって最善の決定をサポートすることができる。つまり、看護師の知識のベースに原則があり、さらにケアリングできる能力が備わる、「理想の看護師」となることで、倫理的能力が促進されるこ

とになる。しかし、「理想の看護師」を過度に意識すると、看護師は「理想の看護師」に近づけるように日々の業務に励む一方で、「看護師としての自分自身は「理想の看護師」に近づけていない、倫理の知識が不十分なことが原因だ」という思いを逆に生じ、息苦しくなってしまうのではないか。あるいは、「私は「理想の看護師」になりつつある。その私がこの患者にとって最善の選択だと思うことと病院の方針とは一致しない。なんて悪い病院なのか。この病院は患者のことを全く考えていない」とジレンマに陥り苦悩してしまう(pp. 123-162)¹¹こともあるだろう。看護師自身が息苦しくなってしまう、あるいは、倫理的ジレンマに陥ってしまうような「理想の看護師」とは、いったい誰にとっての「理想の看護師」なのだろうか。

MST³の中に、「私は患者の思いをキャッチして良く気付ける方である」という質問項目がある。「看護師としての私は、私の受け持ち患者の思いをキャッチしている、よく気付いている」という問いに看護師が答えることと、「患者である私の受け持ち看護師は、私の思いをキャッチしてそれによく気付いてくれる方である」という問いに患者が答えることは、回答する主体が異なるため一致する答えになるとは限らない。看護師自身は患者の思いをキャッチして気付いていると思っている一方で、患者の本心をその看護師は患者本人となって知ることができているのだろうか。それは看護師の一方的な思いである可能性もあり、どんなに経験豊かな看護師も、看護師が人間である以上、自分の主観的意識の世界の外にはでることはできず、「患者自体」を知ることにはできない、「患者にとって最善の判断」を決定することはできないはずである(pp. 62-66)¹²。「医師以上に患者とよく接し、この上ない思いやりの心をもって寄り添っている看護師ならば、患者にとって何が最善の利益なのかを正しく見極めることができるのだろうか」、服部(p. 23)¹³のこの問いに私たち看護師はどう答えるだろうか。

4. カズイストリ・コミュニタリアニズムの可能性

ピーチャム・チルドレスの倫理原則のような定式化された方法論が、原理尊重主義という批判を受けるようになって久しい^{14,15}。「理想の看護師」という考えも、もしそれが、職業規範や倫理原則に基づいた看護師自身の主観的な評価であれば、それは他者である患者にとって無意味なものになってしまう。看護師が自己の内面ばかりに向かうと、排他的に自己のうちに閉じこもる危険性がある。これは、主観的意識の世界に閉じこもることも意味し、倫理的に物事を考えていくことが困難となってしまう。また、どちらが最善か、絶対こうすべきだという考えも、主観的意識に捉われていることである。主観的意識の中で自分自身の考えに捉われてしまうと話し合う時に自分の意見を主張

し、その正当性について根拠立てて論じようとする。論破することは倫理的解決にはならない。異なる考えや価値観に出会った時に私たちがまずすべきことは、批判的に自分自身の考えや価値観を問いなおすことである。そこで私たちは謙虚さを取り戻すことができ、主観的意識から少し離れることができる。ここで初めて他者との対話が可能になると言えよう。他者と謙虚に対話することは、さまざまな考えや価値観を受け入れることであり、一層患者に近い立場で物事を考えるスタートに立てるということになろう。「看護師としての職業規範をもとに実存している私はこう考える。しかし、他の人々は違う考えをもっている。私の考えが正しいとは限らない。私は他の人々の考えを受け入れ、その人々と対話することができる」このような姿勢が倫理的に物事を考えていく出発点にならないだろうか。

カズイストリやコミュニタリアニズムが、原理尊重主義に相補的になりうるものとして注目されている^{14,15}。カズイストリ、コミュニタリアニズムは、価値相対主義の批判を特徴とするといわれている。カズイストリは、原則よりもケースを重視する形で問題解決を行おうとしていることであり、コミュニタリアニズムは、共通の世界観の再建、つまり「良き生き方」、「良心」についての明確な観念を共有することを目指そうとするものである。カズイストリ、コミュニタリアニズム、双方共に、原則を絶対視せず、ケースに即し経験知である実践的知恵によって、より有効に倫理的判断ができるものであるとも指摘されている。特に、コミュニタリアニズムは、理想的な対話によって建設的な結論を導き出すためには、他者との関係の中で発見される自己が必要であるという立場もとっている。これは「相互自己発見としてのコミュニタリアニズム」と呼ばれ、先述した、「看護師として実存している自己」と「その自己とは異なる他者」を意識して対話することとも一致すると考える。このような柔軟性を持った概念を、同じく相補的な役割とされるナラティブアプローチに加えて、看護倫理教育の中にも取り入れてはどうだろうか。

倫理を原則から出発させてしまうと、理論的な枠組みに当てはまることに捉われすぎる可能性が高くなる。看護は実践の科学であるため、理論ばかりが重視され実践が後回しにされることは、机上の空論にほかならない。実践においては、理論的な学問におけるような確実な認識は期待できず、「フロネーシス」(思慮)が重要な役割を果たすというアリストテレスの見解(pp. 67-71)¹⁶を、私たちは再認識する必要があるのではないだろうか。

5. 発展する看護倫理教育

これまで本論のテーマである「多くの看護師が臨床

の現場で倫理的ジレンマに陥り苦悩している。また、多くの看護師が自分には倫理的知識が十分でないと感じている。このような看護倫理教育と臨床の現場との乖離は何故におこってくるのか。」について解釈を行ってきたが、最後に、看護倫理教育にいくつかの提案を考えた。

カズイストリやコミュニタリアニズムでは、倫理的問題を解決しようとする過程において、実践的知恵が重要であるという。看護実践も経験知がものをいう世界である。看護実践を積んでいくことにより看護技術はもとより、看護実践的知恵も培われていく。その中で、倫理的に解決するために必要な実践的知恵も蓄積されていくことになるだろう。そのような実践的知恵が蓄積された看護師が、お互いの意見を認め合いながら話し合っていくことこそ、カズイストリやコミュニタリアニズムの示すところの共通の世界観、「良き生き方とは何か」、「良心とは何か」をケースに即し、哲学的に考究していくことであり、倫理学の核心にあたる場所ではないだろうか。

ウエストン(pp. 11-29)¹⁷は、道徳的に説くことや指図することは倫理の目的ではない、世の中にはそんなに単純で明確なことはないということを認めることが倫理の根本であり、考えることなしに倫理は語れないと述べている。患者の最善について考える時、まずは規範の外に出て思考を巡らす勇気も必要であろう。そのような時にこそ実践的知恵が活躍できるのではないだろうか。

倫理学という学問のベースには哲学が存在する。哲学は、鷺田の言葉を借りて言うと(序論v)⁵、日常のさまざまな事柄を取上げて取り上げ、言葉や推論を用いて、それについてより根本的に検討し、論証する思考の営みである。日常的に起こっている難解な倫理問題を哲学的に考察するということが現場で必要とされる倫理的能力であり、哲学的に思考する能力を向上していくことでカズイストリ、コミュニタリアニズムが示す倫理学として、思考していく能力が育成されるのではないだろうか。つまり、倫理学を学ぶということは哲学的思考を習得するという他に他ならず、哲学を教授することが看護倫理教育に重要だと考える。

哲学は知の愛である、とカントはいう(p. 49)¹²。責務、アドボカシー、ケアリング、協力の概念の柱となっているのは愛そのものに他ならない。私たちはこれらの重大な任務を遂行するために知の愛そのものを学ぶ必要があるのではないだろうか。

助成

本研究はどの機関からも研究助成を受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. Fry ST, Johnstone MJ. 2002/片田範子, 山本あい子訳. 2005. 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド. 第2版. 東京:日本看護協会出版会.
2. Kim L, Conny N. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994; 4: 241-248.
3. 中村美和子, 石川操, 比江島欣慎, 福沢等, 伊達久美子, 西田文字, 西田頼子. Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討(その1). 山梨医大紀要. 2000; 17: 52-57.
4. 水澤久恵. 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題—倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて—. 生命倫理. 2010; 20(1): 129-139.
5. 田中朋弘. 文脈としての規範倫理学. 初版第1刷. 京都:ナカニシヤ出版; 2012.
6. 松葉祥一. 系統看護学講座 別巻 看護倫理. 東京:医学書院; 2016.
7. 白浜雅司. 学生が経験した症例をもとにした臨床倫理教育. 生命倫理. 1998; 8(1): 81-88.
8. 飛世照枝, 坂井桂子. 倫理カンファレンスに対する看護師の意識. 日本看護倫理学会誌. 201; 4(1): 15-21.
9. 小西恵美子, 八尋道子, 小野美喜, 田中真木. 看護における徳の倫理の意義. 日本看護科学会誌. 2008; 28(4): 3-7.
10. 服部健司. 臨床倫理学におけるカズイストリの可能性. 生命倫理. 2011; 21(1): 52-60.
11. Daniel FC. 1996/浅野祐子訳. ケアの向こう側—看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾. 東京:日本看護協会出版会.
12. 長尾龍一. ケルゼン研究Ⅲ. 東京:慈学社出版; 2013.
13. 井部俊子, 服部健司監修. 医療倫理学のABC. 東京:メヂカルフレンド社; 2015.
14. 空閑厚樹, 前川健一. Kuczewski著『断片化とコンセンサス』について コミュニタリアン・バイオエシックスとカズイストリの統合をめぐって. 生命倫理. 2009; 10(1): 148-153.
15. 今井道夫, 香川知晶編著. バイオエシックス入門. 第3版. 東京:東信堂; 2014.
16. 池川清子. 看護 生きられる世界のフロネーシス. 第4刷. 東京:ゆみる出版; 2001.
17. Weston A. 2002/野矢茂樹, 高村夏輝, 法野谷俊哉訳. 2004. ここからはじまる倫理. 東京:春秋社.