

看護師の倫理と「やりがい」

The Professional Ethics of Nurses and their Worth of Engagement

徳 永 哲 也*

Tetsuya TOKUNAGA

1. 看護師養成と倫理教育

大学という教育機関で哲学・倫理学を教えるようになって20年になるが、長野の地に来てからは、近隣の看護学校でも非常勤講師として教えている。カリキュラム上、科目名は哲学になることも倫理学になることもあるが、一校では前期の1年生に1コマ、別の一校では後期の2年生に1コマの講義を担当している。両校とも10年以上関わっているため、毎年の卒業生の行く末を見たり他の教員と交流したりする中から自分の役割を考える機会も増えた。また、教員同士の会議で、看護教育の全体像や今日の医療社会を見て取った議論に参加する機会も出てきた。

もともと生命倫理・医療倫理は私の研究の中心領域であり、他大学では医学部医学科学生や看護系大学院生に教える場面もあったことから、医療関係の人材養成に倫理学者として語るべきことは常に考えている。今回は、生命倫理学の諸相を研究するという観点とは別の切り口で、看護師養成に携わる倫理教育者の視点から、日本の医療社会での看護師のあり方を考えたい。

2. 看護学校での哲学・倫理学

看護学校で担当している哲学（あるいは倫理学）の科目内容は、以下のような変遷をたどってきた。まず初期の1999年から3年間くらいは、標

準的な哲学の思想史的な紹介を主としつつ、十数回の授業の最後数回は生命倫理学で論争となりやすい話題を講義するというものであった。本務校の大学でなら、半期ごとに「哲学A」「哲学B」「倫理学A」「倫理学B」を担当し、初めの数年間は「哲学概論」「倫理学概論」という科目もさらに別にあつたので、それらの科目に私の哲学的知識と思考を総動員して科目ごとに分野とテーマを振り分け、カリキュラムを組むことができた。しかし看護学校では、半期の「哲学」という一科目がすべてであり、哲学・倫理学系の科目は他にはない。限られた時間ですべてのエッセンスを、という欲張った意識が私自身にもあつたので、西洋哲学史をソクラテスからヘーゲルまで圧縮して10回ほどで解説し、残り4回ほどは妊娠中絶や安楽死の生命倫理トピックを扱うという形で、当面は看護学校向けの哲学の講義を組んだ。

中期といえる4年目あたりからは、西洋哲学史の部分をあえて割愛し、生命倫理7割、環境倫理3割という現代倫理学の講義に絞った。初期の3年間を振り返って、やはり半年の講義では哲学史だけでもすべてを盛り込むのは無理があること、生命倫理中心の話題の方が看護学生の関心になうことが確認できたからである。初期3年間では教材はすべてプリント配布としていたが、この中期からは現代倫理学の共著として研究仲間と書いたものを教科書に指定し、その2年後には新たに

*環境ツーリズム学部教授

完成した私自身の単著に教科書を切り替えた。10回ほどの講義で生命倫理の代表的な議論をほぼ網羅し、残り5回ほどで生命を取り巻く環境の倫理についても総論的な講義を行った。初期3年間には数回の小レポートと論述式の期末テストで期末評価を出していたが、この中期からは小レポートを頻繁に、2週に1回くらいの宿題として課し、長期休暇の宿題も含めて合計9回くらいの小レポートの合計点で期末評価を出すことにした。

11年目から13年目となる現在を後期と呼んでおくと、この後期にはまた新たな私自身の単著を教科書として、医療・福祉社会の問題点と将来を考える社会哲学を講じている。背景としては、2000年の介護保険制度スタートから10年がたって日本の高齢社会の現状と課題が見えてきたこと、高齢者医療を初めとする医療に様々な問題点が指摘されていること、医師や看護師の労働環境が議論の対象となってきたこと、これらを挙げることができる。看護師の卵である学生たちが、「医療崩壊」などとマスコミで取り上げられる社会問題に接して、自分が出て行く職業世界に希望と同時に不安も感じていることがレポートからも読み取れるようになり、哲学者の立場から彼ら彼女らに語れることがあるのではないかと考えたからである。ただし、中期に扱っていた生命倫理の諸トピックも捨てがたく、福祉社会哲学の教科書進行の章ごとの切れ目に、中期に使っていた自著のページコピーをプリント教材として配って、いくつかの生命倫理問題は講じることにした。期末評価の方法は中期から変わらず、2週に1回程度の小レポート、計9回分程度の合計点で出している。

ちなみに、看護学校の履修制度は、多くの大学のような科目ごとの単位取得ではなく、学年進級制である。哲学（倫理学）も必修科目の一つである。よって、哲学を落としたりこれだけ翌年取り直せばよい、とはなりにくい。教える側としては、「不可」をつけないようにしたいのだが、教育責任に反するような甘い単位認定もできない。そこで、小レポートの提出については口うるさく指導し、未提出の学生には遅れてでも提出させるようにしている（遅れた分だけ減点することも公言している）。また、その学年の担任教員と常に連絡を取り、危ない学生については早めに指導し

てもらい、それでも合計点が60点に達しない場合（例年1学年約45名中0～2名いる）には、すぐ担任教員を通じて追加レポートを課す。ここまでやっても単位取得に至らない学生が0～1名いるが、今までのところそれは、他のいくつかの科目も含め履修できていない科目が多くて留年せざるをえない学生の場合である。

3. いまどきの看護学生

私が非常勤講師として教えている看護学校二校は、1学年約45名で、時間割はすべて必修ではりつけられている。座席指定なので、数週のうちに顔と名前が一致してくる。うち一校では、学生の氏名のほか性別、出身地、出身校、年齢が分かる名簿を渡してくれるし、もう一校でもそれよりは簡略なものだが名簿を渡してくれる。例年、それを見ながら座席表と突き合せ、小レポートの点数を書き込んでいくうちに、その年のクラス像、個々人の像が見えてくるのである。近年のいくつかの特徴を挙げよう。

第一に、男子学生の増加がある（他方、長く教えていた大学医学部では女子学生の増加が見られる）。ナースが「看護婦」と訳され、男性ナースは例外的に「看護師」と呼ばれていたのはほんの10年くらい前までで、今は男女とも「看護師」である（「助産婦」「保健婦」も今は「助産師」「保健師」と正式名称が変えられている）。年によっては男子看護学生が意外と少ないこともあるが、10年前は45名のうち男子は1～2名だったのが、今は6～7名いることが多い。今、2011年度前期に哲学を講義している看護学校だと、1年生全44名中8名が男子である。

第二に、18歳入学ではない学生の増加がある。大学医学部なら、多浪ゆえに入学年齢が上がってしまった学生や、理工系学部を卒業してから医学部に入りなおした学生が、昔から珍しくなかったが、看護学校では人生の第二のスタートとして看護学校を選んだ20代、30代、ときに40代の学生と出会うことが近年特に増えた。大学でのかつての教え子と看護学校でまた会うこともある。名簿を見た段階ですぐ年長者は目に留まるのだが、2週ごとの小レポートを読んでいるうちに、その学生の人生が垣間見えてくる。そして何より、明らか

に年長と見える者が45人教室に10名以上いることは、教室での礼儀作法や学ぶ姿勢を高めてくれる効果があり、教える側にも良い緊張感をもたらしてくれる。先ほど挙げた看護学校の2011年度1年生44名で見ると、18歳が一番多いものの、20代が10名、30代が7名、40代が2名いて、四年制大学を卒業した者、さらには大学院を卒業した者も混じっている。

第三に、たんなる「手に職をつける」という資格志向とは少し違う医療職への意欲と、その意欲と一見矛盾する迷いや不安が同時にあることである。10年前でも（そしておそらく20年前ならいっそう）もっと「すっきりした」形で「看護婦さんになりたい。一生の資格になるし」という意欲を示す学生が多かった。近年も、その傾向は残っているものの、入学動機がもう少し屈折しているように見える。「白衣にあこがれて」と単純明快に志望を語る学生は少なく、「何もできないまま祖母を看取った経験から、もっと有効な人助けがしたくなって入学した。でも内向的な私にできるのか、死の看取りに毎週直面したらどうなるのか、今から不安だ。入学1年で“向いていないかも”と思うことがある」などと書かれたレポートを目にすることが多くなった。

以上の三点、男子の増加、年長者の増加、屈折した動機は、哲学（倫理学）講義の反応やレポートにもいろいろな現れ方を示してくる。教えるうえでの留意の仕方にも関係してくる。そして、こうしたことを教育と研究のプロセスで考えていくことは、これからの看護師の倫理と、その職業倫理を支える仕事への誇りや責任意識と、仕事を全うするための労働環境について、何がしかの議論を提起する契機となる。

4. 看護学生と語る「倫理」

上の2で記したように、ここ数年の看護学生向けの哲学（倫理学）の講義では、生命倫理の諸議論をかなり扱いつつも、最近は職業倫理や労働環境を視野に入れた社会哲学にもシフトしている。私と同じ哲学・倫理学者として大学看護学部や看護学校で教えている例を調べると、やはり生命倫理のオーソドックスな議論を紹介しているものが多い。そのうえで看護現場において起こりうる諸

問題、特に「倫理的ジレンマ」と呼ばれるものに言及する授業は、私も参考にしており、私の学生にもそうした問題を問いかけている。そして上の3で記したように、近年の看護学生の特徴をとらえながら、5年後、10年後の医療・看護現場で担い手となる若者と共につくる「倫理的社会」を考えようとしている。そのための「問いと答え」の代表的なものを以下に挙げながら、倫理的思考の姿を示すことにしよう。

生命倫理に関わる問い、例えば「人工生殖（生殖補助医療）はどこまで許されるか」「脳死を人の死と認めるか」といった問いは、一般の大学の講義でも投げかけてレポートや期末試験で論述させることができるし、現に私もやっている。しかし、医療系の大学や専門学校で問いかける場合は、もう一工夫を加えることにしている。それは、たんに「あなたはどこまで賛成か、反対か」と問うのではなく、複数の観点から問うのである。人工生殖なら、体外受精や代理出産などの技術と倫理的課題を説明したうえで、「どこまで許すかを、（1）自分とパートナーとの問題として、（2）今の日本社会で、に分けて論じなさい」と条件をつけて考えさせるようにしている。脳死なら、その医学的意味と倫理的問題、特に臓器移植との絡み方を説明したうえで、「人の死と認めるか否かを、（1）自分が脳死患者の場合、（2）自分がその患者の家族の場合、（3）医療者として傍らに立つ場合、に分けて論じなさい」と条件をつけている。学生たちには、「今日では一般に誰もが考えねばならない問題だが、あなたたちは医療を学んでいる者として、より深く考えるべき立場にある。実際に、この種の問題に直面した知り合いから、普通以上に気の利いたアドバイスを期待されることもあるかもしれない。そこまで想定して考えてごらん」と語っている。

学生たちはそれなりに悩みながら解答を出そうとしてくれる。人工生殖の話なら、次のような解答例が見えてくる。まずこちらからの説明の時時点で、(A)人工授精、(B)体外受精、(C)卵子提供、(D)代理出産、(E)代理母、という5段階にそれぞれ(ア)夫の精子を用いる場合、(イ)ドナー精子を用いる場合があるという、5×2の分類表を意識させ、現在の日本で広く認められて

いるのは(A)の(ア)(イ)と(B)の(ア)まで、それ以上は独断専行をいとわない限られた医療機関で「こっそり」やるか、アメリカなどの海外に渡ってやるかである、と語っておく。翌週に800字程度の小レポートとして出してもらうのだが、多くの答えは、「自分自身はあまり手を伸ばしたくない(例えば(A)の(ア)だけ、せいぜい(B)の(ア)まで)と考えるが、日本社会としてならもう少し広げてもよいかもしれない」というものである。「自分なら、精子も卵子も夫婦当人のものであることが条件で、方法はどれでも許容する。日本社会でというなら、リスク覚悟の自己責任ですべて選べてよいとすべきだ」という答えも一定数はある。

読んでいて参考になるのは、年長者である看護学生の答えである。すでに子を産んだ、あるいは子を持たない人生と決めた立場から、あるいは身近に中絶や不妊の経験者を見てきた立場から、それなりに重みのある言葉を記してくれる。例えば、「精子と卵子さえ自分たちのものであれば代理出産でもかまわないと言う人には、10ヶ月の妊娠プロセスの重み、出産に伴う危険と喜びをもっと知ってほしい」という言葉があった。私自身(と私の妻)は、講演その他で公言しているのでここでも記すが、世の十組に一組はいると言われる不妊カップルの一員である。流産が続いたあとに産婦人科医から代理出産や卵子提供の示唆を受けたが、人工生殖には手を出さずに最終的には子のいない夫婦人生を受け入れた経緯を、学生にも語っている。

ちなみに、この人工生殖をめぐる倫理的議論で大きな分かれ目となるのは、卵子提供と代理出産のところである。慎重派の多くはどちらも認めず、夫婦間の体外受精がぎりぎりの許容範囲と主張するし、推進派の多くはどちらも認めて、さらに代理母も精子・卵子の商業的売買もすべてOKと主張するが、両者の中間にいる者は、「卵子提供は認めるが代理出産は認めない」あるいは「代理出産は認めるが卵子提供は認めない」のどちらかになりやすい。私が別の研究で調べたところ、医療先進諸国では、前者(卵子提供の方だけ認める)が多数派を占める国が多いのに、日本だけが後者(代理出産の方だけ認める)が多数派を占め

ようである。どうやら日本人は血筋(遺伝子の継承)へのこだわりが比較的強く、出産は借り腹でも許すが卵子は(そして精子も)他人からもらうのは認めたくない、という意識があると考えられる。その傾向は、私が読んできた学生レポート(医学部や看護学校に限らず)からも感じられる。

「脳死を人の死と認めるか」についても、「(3)医療者の立場だとどうなるか」という注文に、彼らは悩みながら向き合おうとしてくれる。「(1)自分が患者の場合」と「(2)患者家族の場合」の2つについてのみ問えば、「(1)では認めるが(2)では認められない」「自分の瀕死の親が脳死を受け入れる意思表示をしていたとしても簡単に治療停止を申し出ることにはできそうもない」といった答えが多い。これは医療系以外の学生でも同じである。ところが医療系の学生に(3)を含めて問うと、(1)と(2)と(3)のズレにこちらの期待通り気づいてくれて、しっかり悩んでくれることが多い。

本稿では医学部生教育の話にはあまり入り込まないことにするが、看護学生との相違ということで少し言及しておく。この問いに対する医学部生の答えでは、一部には「今日の医科学的知見に基づき、(1)(2)(3)とも一貫して人の死と認め、臓器移植に貢献する」という「すっきりしすぎた」解答もあるが、多くは「(1)と(2)でズレてしまう。さらに(3)も並べるといっそう答えは出しにくい」と書いてくる。そして如才ない医学部生なら、「医師としてどれかの見解を患者や家族に押しつけることはできないし責任も取れないのだから、踏み込んだ判断はしない。医学的データと法とマニュアルに従ったことだけを述べ、あとは患者家族の意向に任せる」と締めくくる。これが典型的な医学部生の答えである。

この「公平さ」は、ある意味では「見識」であり、医師という権力者なればこそそれでも済まされる立場にある。あるいは、医師という権力者なればこそ、これ以上に右にも左にも患者とその家族の前では踏み出してはいけないのかもしれない。しかし、看護師の場合はそれだけでは済まれないのではないかと。少なくとも私はそう思うし、時間があればその先を看護学生に問いかけ

る。「判断に迷うのが患者家族というもの。“お医者様には恐れ多くてこれ以上聞けない。いつもそばにいてくれた看護師さん、いっそあなたが決めて”と言われることもあるよ。どうする？ 医師は来週まで姿を見せずに済ませられるかもしれないが、担当看護師なら今日も明日も患者家族と言葉を交わすんだよ」と。

5. 看護師につきつけられやすい倫理的ジレンマ

この種の倫理的ジレンマに完璧な正解はない。脳死とは別のトピックとして、セデーションや出生前診断を取り上げて問いかけることもある。セデーション（鎮静）とは、末期ガンなどの患者が通常の鎮痛剤では痛みを抑えられなくなったときに、痛みの感覚を丸ごと鎮めるために意識レベルを下げる強い薬剤を投与することである。痛覚をなくすことで「死んだように」眠らせることになり、裏を返せば「眠ったように死なせる」ことにも直結する。「患者は痛がって“早く楽にしてくれ”と言い、その家族も“見ていて辛いから楽にしてやって”と言っている。浅い一時的なセデーションでは効かないとき、死とほぼ隣り合わせの深い持続的なセデーションに移行してよいか」というケーススタディを、私もしばしば教材にしている。

また、出生前診断とは、妊娠3～5ヶ月の段階で胎児の染色体異常などを調べるもので、障害児である可能性が高いと分かたら中絶する人が多いという現状がある。診断に踏み出すこと自体が障害者差別だという反対論もあるし、生まれる前の時点での合理的な選択だという賛成論もある。「傷が浅いうちに、なかったことにして、来年産み直せばいい、というのは正しい判断だろうか。自分ならどうする？ “あなた、看護師なんだから、どうしたらいいか教えてよ”と妊婦さんに言われたらどう答える？」と学生に問いかけることもある。

セデーションにせよ出生前診断にせよ、「これが正しい」という答えは出にくいだろう。私が生命倫理学者としての見解を求められれば、考えるべき条件、取りうる選択肢それぞれのメリットとデメリット、予想される波及効果とその功罪につ

いて、整理して語ることはできる。自分が当事者なら、家族なら、という想定での答えも、隣の部屋に当事者がいて私が語りかけやすい立場にいたら、という想定での答えも、用意はしている。しかしそれらは、最終結論と呼べるものとは限らないし、誰もが私と同じ答えにたどり着くのがよいと決めつけることもできない。次のよりましな議論に進むための環境を整える前提論にとどまるかもしれない。そしてそうした議論は、看護学研究の練り上げられた論戦の場合、熱いけれども冷静な信頼関係のある臨床の場でこそ、展開できるものであろう。看護学校という教育の場では、レポートへの応答の流れ次第でささやかな示唆を出すことはあっても、訓導的に「こういうふうを考えなさい」と開陳するものではないと考えている。

二律背反のようなジレンマが出てくる問題局面は世に多い。それが倫理的価値判断を含む場合には、人間性そのものを問われているような気がして、重々しく身構えがちになる。そして「人の生き死に」を左右する医療現場での話となれば、ますます重みを増して、重圧に耐えるのが難しくなる。本稿は、看護師の倫理の先に、それを担うことを「やりがい」と呼べるようにする労働環境のあり方まで、視野に入れようとしている。本稿だけでその目的が達成できるわけではないが、何らかの議論の端緒は獲得したいと考えている。

「医療現場での倫理的ジレンマ」ということなら、医師も看護師も直面するのは同じである、と言えるかもしれない。医師にとっての倫理的ジレンマについては、別に稿を起すとして、ここでは看護師ならではのジレンマについて考えたい。医師と看護師の立場の違いとして、これまでの論から導き出されるのはつまりこういうことである。入院や繰り返しの通院という状況で考えると、医師なら、患者（およびその家族）に診療のピンポイントで接するだけでも仕事になりうるが、看護師なら、患者の傍らにいる時間が長くて生活の諸局面で相対することになる。患者の側からすれば、医師は、基本的には向こう岸にいてクリティカルな場面でのみこちら岸に来てくれる存在で、いいところだけを持って行く、いまいしくもありがたい「先生」ということになる。それ

に比べると看護師は、医療としては医師の指示した下働きしかできないが、日常的に接するこちら岸の存在のようにも見える。排泄や清拭の面倒もみてくれる、気恥ずかしいが気安い「味方」と思える。そうは言っても、やがて向こう岸に帰っていく医師サイドの人間なのだろうけれど、医師よりは相談しやすい「敷居の低い医療者」なのである。

その「敷居の低さ」が良くも悪くも作用する。恐れ多い「先生」には聞けない質問も、ちまちました愚痴もぶつけやすい。親近感のおかげとも呼べるが、そこでは甘えも出れば無理も言う。そこに対処するのが看護師の「腕の見せ所」ではあるのだが、親しさゆえというよりは職位を軽く見ているがゆえとも思える患者およびその家族の態度は、看護師にとって愉快でないことの方が多いだろう。

「倫理的ジレンマ」に話を戻せば、脳死でもセデーションでも、人工生殖でも出生前診断でも、医師なら、医科学的知見と、所属する病院や学会のガイドラインを提示して、「情報は与えました。決めるのはあなたの方で。お答えは来週の診察時に聞きましょう」と言って、次の病人のところへ立ち去ることができる。あとに残された患者（あるいは家族）は、一緒に残ってくれた(?)看護師に「どういうことかもう一度教えてよ」「どうしたらいいんですかねえ」と頼ってくる。そこで実質的に求められているのは、公正中立なインフォームドコンセントではなく、かつての「お任せ医療」に退行したような「手に余るからあなたが決めてよ」という無茶な期待かもしれない。このように、医師よりも逃げ道のないジレンマに、看護師はさらされる場合がある。

6. 看護師のジレンマ、看護師の責任、看護師のやりがい

このジレンマといい、医師に近い責任を負わされながら医師とは格差のある待遇といい、医療行為のイニシアチブを取れないというやりがいの中途半端さといい、看護師は割の合わない職業なのだろうか。「それが嫌なら、医学部に行って自分が医師になればよかったじゃないか!」「行けるほどの偏差値があったら、そうしてたわよ!」—

—こう言ってしまうとミもフタもないが。

大学医学部が受験エリートの終着点のように位置づけられる現状には一言も二言も言いたいことがあるが、「いまどきの医学生」についてはまた別に稿を起こして論じよう。ここで論じたいのは、看護師という職業の倫理とやりがいであり、看護学生を教えている立場からの考察、そしてあえて言うなら、看護師、看護学校教員、看護学生へのバックアップの言葉である。誠実であろうとすればするほどジレンマに苛まれるであろうし、職責も待遇も中途半端に思えるだろう。しかし、それほど捨てたものではない、やはり敬慕に値する仕事なのだ、哲学者なりの励ましと暖かい批判を本稿でも主張したい。医師ではなく看護師だからこそできることはあるし、苦勞と工夫を重ねながら医療社会のよき支え手となっている看護師はたくさんいる。

ティルダ・シャロフという看護師が、著書『ICU 看護師』の前書きでこんなことを言っている。以下、邦訳書の途中を端折って記す。——私の職場は集中治療室、ICUである。この頭文字がI See You（私はあなたに付き添う）と聞こえるときがある。この言葉は、患者のもっとも個人的で、困難に満ち、無防備な瞬間に付き添い、彼らの人生に深く立ち入るといふ、看護師の特権を思い起こさせる。……私は自分の仕事が気の滅入るものだとも悲惨なものだとも思わない……それどころか、勇気を奮い立たせ、やりがいがあり、魅力の尽きないものだと思う。……看護という仕事は、技術に熟達し、人間としてある程度成熟し、自分自身の精神的もろさを自覚し、そして何よりも寛大にして献身的な友人であり非常に優秀な看護師でもある同僚たちとともに働く機会を与えてくれた。……けれど……交替勤務の過酷さ、とてつもない仕事量、深刻な人手不足によって、多くの看護師が疲れ切っている。……看護は誰にでも向く仕事ではないが、私自身は意欲をそそるような教訓をいくつか学んできて、看護の仕事を選んでよかったと思っている。……私は個人的な恐怖や不安、偏見や不安定さを克服してこなければならなかった。……長年世話をしてきた患者の中には、私をもっと自分を大切にしていれば、今知っていることをそのときに知っていれば、もっ

とよく面倒をみてあげられたはずの人が大勢いた。でも、こうしたことを学ぶには長い時間がかかった。――

やや長い引用になったが、現実と苦闘しながら理想を実現しようとする姿を物語る言葉であろう。哲学・倫理学者という立場で医療関係職の人々を見てきた私からすれば、こちらの頭の下がる思いがする医師は、期待する半分程度はいるが、同じ思いがする看護師は、「この環境下でよくぞ」という部分も加味すれば、期待以上にいる。そして私自身は、現に格闘している看護師たちの思考整理と環境改善に資する哲学理論と、その世界に恐る恐る足を踏み入れようとしている学生たちが諸状況の次の改善に力をもてるような倫理教育に、ささやかな役割が果たせればとっている。

ジレンマは逃げにくい形で迫ってくるし、責任が重そうなわりには権限があまり与えられていないし、こんな状況でやりがいなど語れるのか、無理ではないか、と詰問されるかもしれない。それに私はあえて、「語れる」と答えよう。長患いの患者およびその家族からすれば、クリティカルな場面で現れてはまた彼岸へと去っていく医師は、所詮は「畏怖すべき先生」でしかない。それに比べれば看護師は、此岸にずっととどまってくれる「絶対の味方」とまでは言えないが、此岸にも確実に体温を残してくれる「見守り人」と感じることができる。「見る」という字の中央にある「目」に「手」の体温が上乘せされれば「看」となり、「守る」が長く深い営みになれば「護」となる。そこに「看」「護」が成立する。

ここまでの議論に出してきた、「脳死」だとか「セデーション」だとかの事例に戻って考えてみよう。患者あるいはその家族は、非日常の医療者である医師よりはずっと日常的な時空間でつきあってきた（と思っている）看護師に対して、「どうしたらいいか教えてよ」「いっそあなたが決めてよ」とボールを投げてくる。そこで「お医者さんの言ったことをもう一度分かりやすくお教えすると、こうですよ」「こちらが決めるわけにはいきませんから、一緒にお話する中で、決めてくださいね」と投げ返すのは、常識的には正しい。しかし、患者（家族）はそんな「常識」を欲

しているのではない。ここ数週間ではこの思いが「日常」であっても、彼らの人生にとっては死に至る思いは「非日常」なのだ。日常の常識では覆いつくせない荒野にあっての道標を、彼らは求めているのである。医師のお天道様のような高みからの導きが、その道標になれることもあるが、歩き出すにはいつも傍らで「手」と「目」を注いでくれる看護師の方が、頼りになることもある。むしろ、頼りにしてもらえらるなら、それこそ看護師のやりがいではないか。

7. 「死に付き添う」という看護師の試金石

「いよいよ死を覚悟しなければならないのか」という非日常に、患者やその家族は当然慣れていない。慣れていない医師たちは、「脳死をさっさと受け入れよ」というのは横暴だと倫理学者さんがおっしゃるなら、緻密な判定テストと患者・家族への説明マニュアル、同意文書を丁寧に作って、それに乗っけることでOKとしてくださいよ。毎日毎日大変なんだから」と言い、「セデーションが必要かも」という場面で、“楽にしてやってくれ”というのは患者家族側の曖昧な逃げ口上だから、“そのまま死につながる処置ですがそれでいいですか”と聞き返さざるを得ないんだよ。たくさん扱っていると、中にはあとで訴訟を起こす遺族もいるし」と言う。医師の側の、ものの言いようについて、自己保身の適不適について、それらには本稿では踏み込まない。ただ少なくとも、看護師には別の言い方、患者と家族の前での、身の処し方があるだろうとは言える。

「人間的な」という意味で human の類語である mortal という語は、「死すべき運命の」という語感を持つ。「人間は死ぬもの」というのは隠せない真実であり、「この人たちの死亡率が判明しました。死亡率100%です」というのは死生学者アルフォンス・デーケン氏がよく使う講演会での「つかみ」の台詞である。それでも死は、人が一度しか経験できない出来事であり、経験という言葉が体で覚えておくことを意味するなら、「死の経験者」はどこを探してもいない。家族や友人の死を見送ることにしても、人生において回数はそう多くないし、一つ一つが個性的だし、深く身につまされるものはごく少数しかない。やはり死は

「非日常」なのだ。

その非日常的な、慣れることのできない「今にも死ぬかどうか」という場面に、医師とは違う「此岸の味方」と（一時の幻想であっても）思える看護師は、やはり患者とその家族にとって頼みの綱である。そこで頼りになると見てもらえるかが、倫理性の高い看護師かどうかの一つの試金石なのだ。

先ほど6で述べたように、「どうしたらいいか教えてよ」「いっそあなたが決めてよ」と、患者やその家族が、医師ではなく看護師の方に言ってくるときに期待されているのは、医学常識として「正しい」返答ではない。ましてや、あとで訴訟沙汰にならないようにという「無難な」返答ではない。医療者の責任としてその「正しさ」にも留意することも、病院スタッフとしてその「無難さ」に配慮することも、心の片隅にはあってもよいが、患者やその家族に突き出すものではない。「うちのお父さん（これが瀕死の患者だとしよう）はこんなに苦しんできた。看病する私（患者の妻だとしよう）もこんなに悩み、疲れも溜まってきた。経済的負担もそろそろ限界。ずっと見てくれていた看護師さん、あなたなら気づいているでしょう。決断を下すこと自体が重荷なのだから、あなたになら代わりにしてもらってもいいかなって思ってしまうのよ」——例えばこんなことを、相手は言っているのである。

もちろん、「では担当看護師の私が決定を代行します」と宣言するのが倫理にかなっているのではないし、ましてや「判断代行の法的手続きは……」という話に進めるのは不適切である。鎮痛などの医学的処置、看病に関わる負担の軽減法、医療費の猶予や補助の制度と保険の使い方、これらについては、「事務的に正しく」というよりは、頼られた文脈の中でやわらかく示唆する。その次には、すべてがもう限界なのだ。「もたれかかってきた」ありようを、いったんはそっと受け止めて、なおかつ「もたれっぱなしではない」よりましな思考に進めるような、ある種の「こころの体重移動」をできるようなアドバイスと寄り添いを試みる。こんなことが看護師には期待される。患者本人に対しては、本人向けの言葉がありうるし、看病疲れの家族には、家族向けの言葉が

ありうる。

8. 看護師への期待と無期待

このように述べると、倫理学者は看護師に過大な期待をしているように見えるかもしれない。そこが看護師のやりがいになるのだから、職業倫理としてもそこに精力的に取り組み、と言っているように聞こえるかもしれない。しかし、ここで私が主張したいのは、逆説的なレトリックである。

「どうせ、大きなことはあてにされていないよ。そもそも権限も責任も大きく持たされていないでしょう。だからこそ、やるだけやってごらん」と。

先ほどの7で、「医師ではなく看護師の方に言ってくる」と述べた。患者やその家族が、医師の方に判断を求めるときはあるが、それはそれで、「医師らしい返答」を期待してのことである。医学的事実、類似症例からの予後予測、主治医としての医療処置の選択、これらの質問が主である。それに上記の看護師に向けるような「もたれかかり」がどの程度混じるかは、医師の人となりやその患者との相性などで変わってくるが、あくまで副次的なものである。他方、あえて看護師に尋ねたり意見を求めたりするのは、要は「ちょっともたれかかってもいい？」と言っている場合が多い。

「もう治らないみたい。来月まで持たないのかな。ならいっそ、この人工呼吸器、明日はずしちゃおうか。どう思う？」という、嘆息まじりの問いとも愚痴とも分らない言葉に、「医学的エビデンスに基づく予後は……」「人工呼吸器停止の手続き書式は……」などと答えるべきではない。かといって、独り言でないならば、聞き流して何も言わないというのもただけでない。何が不安なのか、どう絶望しているようで実はどんなふうに一縷の望みを語りたいたのか、うまく次の言葉を引き出せる応答ができればよい。そこでのやり取りがうまく噛み合えば、「全部聞いてもらえたからもういいわ。ありがとう。明日も診に来てね」で済むし、次の重要な選択に進むのなら、他の担当医療者たちとのカンファレンスに戻したうえで、より厳しくも暖かい「手」と「目」と「言葉」を差し出せばよい。

医師ではなく看護師だからこそできることがある、というのはある意味で正しい。それを声高に叫ぶ必要はないが、ささやかな勇気を持って、「限られた権限」「限られた責任」「でも身近にいられる、いてもらえるという思い」を有効に活用してもらいたい。それが看護という仕事を、先の6で引用したシャロフの言う「やりがいがあり、魅力の尽きないもの」にしてくれるのではないか。

「看護師さん、いっそあなたが決めてよ」と言われて、「では、こう決めてあげます」などと答えるのではもちろんないが、「何か答えると責任を問われる」と萎縮するべきではない。先ほど述べたように、どうせ大きなことはあてにされていない。「大きなこと」なら最初から医師の方に尋ねる。患者やその家族は、「素人以上、医師未満」である看護師に、「そこそこの期待はしたい、でもほどほどの期待しかできない」と直感的に分かっている。看護師への期待と無期待が、もののみごとに並存しているのだ。その中途半端な立ち位置を、ネガティブに評価せずに、「少ない知恵でも一生懸命考えて、うまく行けば感謝もされるし、うまく行かなくても責任追及の矢面には立たされない」と思えるなら、誠実に前向きに取り組んでほしい。

9. 倫理的実践を「やりがい」とするために

先のシャロフの引用にも、「けれど……多くの看護師が疲れ切っている」というくだりがあった。その前後でも彼女は、看護師たち（時代は1980年代から最近まで、場所はカナダのトロント、現場は主に集中治療室である）が抱えている幻滅、落胆に言及している。彼女は自身の迷い、悩み、つまずきも含めて述懐し、それでも前向きに語ろうとしているが、背後には、世知辛い医療環境、特に看護師の苛酷な労働環境が透けて見える。場所は違えども、状況は日本も同じである。物理的環境も整えずに、「倫理的に正しくあれ。

やりがいを見出せ」とは言えない。むしろ、この「環境整備」こそが、課題なのである。

実は、ここ最近の私の研究も、そこに目を向けている。倫理が大事だというなら、例えばどんな倫理綱領が掲げられ、どう教育や現場に生かされているのか。倫理的実践を遂行する職業的地位、権限は今のままでよいのか。「素人以上、医師未満」の中途半端さは、やはりそのままではポジティブなものに転換できないのではないか。看護師養成機関は増えているのに、あちこちで看護師不足が起こっているのはなぜか。離職率、待遇はどうなっているのか。——等々、材料を集めながら検討している。哲学者一人でやれることではないが、世にある関連諸研究を参考にしつつ、哲学者なら何を語れるのかを、これからも追究していきたい。

【参考文献】

- 『医療破綻』中原英臣・岡田奈緒子著 PHP 2008年
- 『看護のこころ』石井トク編 丸善 2007年
- 『看護のための生命倫理』小林亜津子 ナカニシヤ出版 2004年
- 『看護の倫理学』石井トク著 丸善 2002年
- 『全人的ケアのための看護倫理』
Anne Bishop, John Scudder 著、田中美恵子監訳 丸善 2005年
- 『たてなおしの福祉哲学』徳永哲也著 晃洋書房 2007年
- 『日本の医療を変える——「医療崩壊時代」への提言——』
和田努編著 同友館 2008年
- 『はじめて学ぶ生命・環境倫理』徳永哲也著 ナカニシヤ出版 2003年
- 『ICU 看護師——生と死がわかる時——』
ティルダ・シャロフ著、山内豊明監修、荒木文枝 訳 西村書店 2006年
- 『WMA 医の倫理マニュアル』
世界医師会作、樋口範雄監訳 日本医師会 2007年