

## 特別講演

### 第5回看護実践学会学術集会

# チーム医療と倫理

石垣 靖子

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科 教授

日時 2011年9月11日(日) 場所 石川県立中央病院健康教育館

#### はじめに

組織において職員一人ひとりの倫理観が大事なことはいうまでもない。しかし、組織全体が高い倫理観をもち、職員とともにそれを育てていく姿勢があつてはじめてスタッフ個々の倫理観も育つ。

さて、医療組織で大事にすべき倫理とは何か。倫理は「人間が自発的に自らの振る舞いをコントロールする姿勢であつて、自分だけではなく、皆がとるべきだと考えるようなものに関わること」である(清水 2009)。患者に関わる専門職が多くなればなるほど、情報や目標の共有が重要になる。すなわちチーム医療が機能することによって、倫理的な医療の実践が可能になり、その基盤となるのは、組織の理念、価値観をチームメンバー間で共有することである。

#### 1. 医療の質と臨床倫理

医療の質は科学性と倫理性という二つの柱によって支えられている。科学性とは根拠に基づいた、あるいは標準化された医療を行うことであり、医学、医療の進歩とともに科学性は定着してきた。もう一方の柱である倫理性とは、医療の対象は人間であるということを中心にすることであり、しかも一人ひとりが固有の人生を生き、かけがえない、この世界における唯一の存在であることを尊重するということである。しかも私たちは普通の生活を営んでいる“普通の人”なのだ。

日常の医療の実践では、科学性つまりその人の生物医学的側面に関しての最善が優先されることが多い。しかし、固有の人生を生きてきた人の倫

理観やその時々思いなどを尊重することは十分ではない。医療の質とは科学性と倫理性の両方の最善を図ることなのだ。

一般的に医療における倫理原則は、患者の利益になるようにせよ (beneficence: 予益の原則)、患者に害を与えるな (non-maleficence: 無害の原則)、患者の自律を尊重せよ (respect for autonomy: 自律の原則)、そして正義・公平を保て (justice and/or equality: 正義・公平の原則) の4項目である。日常的に私たちはこの倫理原則を意識せずして倫理的にふるまっている。たとえば、患者にとって最も善い治療やケアについてカンファレンスで話し合い、患者の安全を守るためにさまざまな工夫をし、あるいはケアの技を磨く。倫理原則は事例検討の際などに俎上にのることはある。しかしそれは決して原則を事例に当てはめようとするためではなく、相手を人間として尊重するという姿勢の確認であることを心したい。

倫理4原則を提案したビーチャムは、「他者の感情や関心、態度が道徳的に重要な問題となるときには常に、規則や原則は、人間的な温かさや感受性ほどには、何をなすべきかということ私たちに気づかせてはくれないようである。」と述べ、さらに「“かけがえないその人”としていかに理解してその人に関わっていくかということ、患者の価値、信条、好みに配慮し、ふさわしいケアをどのようにつくっていくかということにある」(Beauchamp 1994)と規則や原則が優先することに警鐘をならしている。

規則や原則は確かに遵守すべきものである。し

かし、臨床で出会う人たちは、様々な事情やそのときどきのニーズがある。“いま、このとき、この人にとって何をなすことがよいのか”を考え、判断し、行ったことに責任を持つことを善しとする組織文化がなければ、ケアを受ける人も、ケアに携わる人も不自由の中に身を置くことになる。中心におくのは、規則や原則ではなく、“生活を営んでいるひと”そのものでありたい。

今年（2011年）5月に北海道新聞にこんな記事があった。

「上川管内（北海道）占冠村のJR石勝線トンネルで5月27日に起きたJR北海道の特急列車脱線事故は、乗務員が“対応マニュアル”に沿って指令センターの指示通り行動しようとしたことが逆に避難誘導の遅れにつながった。想定外の事態になれば、“絵に描いた餅”と化すマニュアル。緊急時は瞬時の判断が何よりも重要となるはずだ。マニュアルに依存する企業のあり方が問われている。」とマニュアル依存の影を述べている。大事なものはマニュアルではなく、人間への姿勢であり、そのとき、その場にいた人に裁量権が与えられていることの大切さにあらためて気づかせてくれる。医療の現場も全く同じだ。

## 2. 共同行為としての医療

医療というまでもなく患者（および家族）と医療者（チーム）との共同行為である。それは、医療・ケアの方針決定にあたって、両者が合意に至るプロセスであり、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持ってすすめられる。インフォームド・コンセントの基本は患者主体のものであり、患者が自分のおかれた状況について十分把握した上で、ある医療方針に同意することである。医療者は病気の状態と治療法についての専門的な知識・技術そして体験がある。一方患者側は自分の人生の実情についての情報、自分はどう生きていかについての判断ないし人生設計がある。これら両者からの情報をお互いに提供し合い、現時点でいかにするかを考え、合意による決定に至るプロセスがインフォームド・コンセントの意味である。このプロセスはまず、医療者側の提案する治療（ケア）が、根拠に基づいたものであること、すなわち標準治療（ケア）であることが前提になる。そしてそれは医師だけではなく患者に関わる医療者間で合意していることである。そのうえで患者・家族の様々な状況、今おかれている事情にしっかりと耳を傾ける

ことである。

例えば、胃がんが発見された90代の男性に医師（医療者）は手術を勧めた。その方は家族とも相談し、「もう年だし、十分に生きた。友達も亡くなりこれ以上長生きする意思はない。がんになったのも寿命だと思う」と手術をしないことを申し出た。話し合いを重ね、患者の生き方の選択に納得した医療者は、生物医学的には最善と思われる手術ではなく、その方の希望に添って苦痛がでたときに緩和をする方針に変えた。そのとき、その患者にとっての最善の治療・ケアについて合意に至るプロセスは、コミュニケーションのやり取りがあってはじめて成り立つものである。そしてその決定は参加したすべての人たちの共同責任でもある。このプロセスこそが医療の質を決める重要な要になる。患者にとってはそれが医療に対する信頼と安心を得、時には病気とともに生きる勇気につながることになる。

患者の自律や自己決定を尊重することを基盤においてその時々揺れ動く感情や思いを受けとめながら、相手に向き合い寄り添うことが相手を“人間として遇する（尊重する）”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もある。その人の人生はその人しか生きることのできない固有のものであることを医療者はわきまえ、人の価値観の領域にまで踏み込む越権行為を避けたいものだ。

医療に関わる専門職が増える中、医療者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組織文化が定着することが共同行為が成り立つための基盤である。そのためには組織の構成員が組織の理念・価値観を共有していること、各医療専門職の専門性の尊重と職種を超えた協働ができること、メンバー間で共通言語、共通理解を持つための仕組みがあることなどが求められる。人が集まるどのような場でも対話や活発な声かけが行き交い、チームメンバー同士の笑顔の交流がある組織は自然なカタチで共同行為が定着している。

## 3. 生物医学モデルからケアリングモデルへ

超高齢社会を迎えて、加齢に伴う心身の障害を持つ人、生活習慣病や精神障害をはじめ様々な障害を持つ人が増えてきた。その人たちは生活（くらし）の営みを整えること自体が治療と重なることが多い。人間は極めてアナログ的な存在なので、必ずしも症状が検査データに異常として表われ

ないこともある。

ある50代の女性が腰痛を主訴として総合診療医を紹介された。その人はそれまでに整形外科やペインクリニックなど5科を受診し、いずれも画像診断やその他の検査に異常が見つからず適切な治療がなされていなかった。医師はまず痛みを聞き、それが日常生活にどのような影響があるかを尋ねた。そして、いつごろから痛みが始まったかを聞いたとき、その人はしばらく考えて「そうですね。2か月くらい前からです」と答えたという。医師はその頃生活に何か変わったことがあったかと聞いた。その人はしばらく間をおいて突然泣き出した。そして「その頃主人が急死したのです」と語った。医師は突然起きたその出来事を受け止め、それがどんなに大変なことだったかと慰めた。「とにかく夜よく眠れるように」と睡眠薬を3日分処方し、3日後にまた受診するようにと対応した。3日後受診して、またご主人の突然の死を思い出し、つらかったことを医師に話す。そんなことが続くうちにその人自身がご主人の急死というショックが腰痛と関係していることを認識するようになり、症状が軽快していったという。

医療とは診断をし、それに基づいた治療を行うことはもちろんであるが、患者が体験している苦痛症状を緩和することが主たる目的である。その苦痛は時としてデータに表れないこともある。そのときに医療がなすべきことはないのだろうか。医療は本来“人間”をトータルに診る（看る）ものであるはずだ。身体と心とは切っても切れない関係をもちながら私たちは生きている。生物医学モデルの限界はいたるところで現れている。

このような状況の中でいま医療におけるケアリングモデルへの転換は急務となっている。ケアリングとは患者のところに訪れ、患者を尊重し、傍らにいて患者とともに感じようとすることである。そのプロセスはケアを受ける者と、ケアをする者との相互交流であり、お互いが学び合うものである。“傍らにある”とか“寄り添う”というのは素朴でもっとも人間的なケアなのである。ケアリングの語源“caritas”は愛とか思いやりを持った実践の意味がある。アドボケートとしてのナースの役割は、生物体としての生命の営みを整えることはもちろんであるが、同時にそれは、その人の物語られるいのち（日々の暮らし・人生）を尊重することで成り立つ。

ナイチンゲールは「看護は生きた身体（living bodies）と生きた心（living minds）と身体と心

が一体となって表現された感情（feeling of body and mind）とに働きかけるのである。」と述べている。愛（関心）は相手とのつながりをもつことから始まるのだ。アドボケートとは、無形のもの、例えば愛とか尊厳とか希望などを尊重することであり、普通に生きてきた人が、病のどの時期であっても普通の人として尊重され、その人らしい生き方ができるように支援することでもある。ケアリング・エシックスという言葉があるがケアリングの本質はまさに倫理そのものなのである。

#### 4. あらためて「チーム医療」とは

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」では、チーム医療について「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・保管し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義している。それは、限られた資源で、医療のアウトカムを最大にするために、チームの構成員が目標や情報を共有し、協働していくプロセスであり、ネットワークを形成するプロセスと重なる。そして“チーム”は共同目的のない、利害を共にしない、ただの“群れ”とは異なるのだ。キーワードとなるネットワークとは、「それぞれに確立した〈個〉が互いの違いを認識し合いながらも、相互依存関係で自発的に結びついたもので、ある種の緊張を伴う関係の中で意味と価値を作り出していくプロセス」（金子 1993）である。チームを構成する専門職は個々の専門性が問われることであり、お互いに影響し合いながらそれぞれの専門性をより高め合う関係を築いていくことなのだ。

チーム医療の定着は、倫理が尊重される医療の実践で必須であることは前述した。日常的にそれが機能するためには組織における弛まぬ努力が必要である。そのポイントは、治療やケアの方針決定に患者や家族の意思が尊重されているか、組織の中で基盤となる価値観があり、それが共有されているか、各職種間で共通言語があり、お互いにケアし合っているか、各職種の専門性が尊重されているか（いつも特定の職種がリーダーシップをとる体制ではないこと）、組織のトップが率先してこれらのことの具現化に努力しているか、その定着に向けた仕組みがあるかなどについて常に意識することである。すなわち組織のリーダーのありかたが問われることなのだ。

組織として理念や価値観が日常の医療に具現で

きるように、仕組みを作りスタッフを支援することがリーダーに求められている。たとえば、多職種によるカンファレンス、合同回診や研修など、常に組織横断的な取り組みを続けることである。その時に必要なのはチームメンバー間の適切なパワーバランスであることは言うまでもない。また、医療の実践の評価（例えば患者満足度やQOL評価など）をチームメンバーで共有し続けながら、医療の質向上のために協働することにほかならない。

チームで対応した事例検討について述べてみたい。40代の胃がんと診断された男性は、手術をうけ一時は職場復帰を果たしたが、数年後に再発しがん性腹膜炎を併発、化学療法に次第に抵抗性が現れるようになった。左側腹部の皮膚・S状結腸腹腔腫瘍ができ、腹膜播種、腸閉そく、悪液質の状態ですべて1か月といわれて入院した。しかし、本人は化学療法の継続を強く希望した。主治医は病態から見て化学療法は患者の生命力を損なうだけと患者に説明した。しかし、患者の要望が強く主治医の提案でカンファレンスが行われた。患者の意思を尊重するか、今の病状では害を及ぼすことになる化学療法を継続するか、すなわち、自律尊重の倫理原則と無害の原則との対立であった。

カンファレンスは臨床倫理委員会のメンバー（外部委員として東大の清水教授も含まれる）とともに、医師（他科の医師を含む）、ナース、MSW、薬剤師そして事務職員などが参加して行われた。医師からの病状説明、受け持ちナース、担当のMSWからそれぞれの立場で患者の現状が紹介された。話し合いの焦点はなぜこのような状況になっても、つらい化学療法に固執するのかということで、苦痛症状を緩和する方が残された時間を家族と共に過ごすことが出来るのではないのかという意見も多かった。話し合いの結果、もう一度患者の真意を確かめようということになった。医師、ナース、MSWが患者・家族と共に面談した。患者は「自分には幼い一人息子がいる。父親として息子の成長を見届ける事ができないのが何よりの心残り。せめて、父親が最後まで病気と闘う姿を息子にみせたい。それがいま父親として自分に来る精いっぱいのこと。」と話された。スタッフは全員納得し、レジメンを変えて化学療法が続行された。化学療法の継続には限界があったが、患者は「わがままを聞いてくれてありがたかった」と主治医に伝えたという。

そのときその人にとっての最善は必ずしも医学

的側面だけで決定できることではない。いま置かれている状況、その人が大切に想っていること、家族の意思などを含めてチームで話し合い決定し、その決定に関わったすべての人が責任を受け入れることである。このプロセスを重ねていくことが倫理的感受性を育てていく大事な方法の一つなのである。

事例検討はツールを使って話し合うことが望ましく、たとえばJonsenらの提案している4分割法を用いる方法や、清水らが開発した臨床倫理検討シートなどがある。いずれも経過を正しく記録する（状況の理解を共有する）ことから始める。事実の報告と記録者の評価や意見とを区別する。治療や看護活動については〈活動の意図〉、〈選択の過程〉を明確にする。患者・家族の発言や振る舞いについては、事実と看護者としての理解を区別し記録するなどに注意を払うことである。

清水が開発した倫理検討シートの目的は、その患者の医療（ケア）のゴールをどこにおくか、その決定に患者・家族が参加しているか（意見が尊重されているか）、行われる治療は最善のものか、その治療をすること、あるいはしないことによるメリット・デメリットは何か、それを患者・家族と共有しているか等を含めて話し合われるように作成されている。中心に置くことは、あくまでも医療の受け手に目線に合わせることであり、医療者の論理で進められることではない。

## おわりに

医療・ケアの対象は、その人しか生きる事が出来ない固有の人生を生きるひとである。そして一人ひとは人生も、その過程で育まれた価値観も異なる存在である。治療やケアの方針決定にあたって、その人が納得できる決定が出来るように支える専門職でありたいものだ。その出発は医療者もまた、かけがえのない人生を生きる主体であり、かけがえのない〈時〉を患者・家族と分かち合いながら医療に携わっていることを意識することである。そのプロセスの中で私たちは患者・家族から人生のあり方を学び、自分の人生観が確立していくことを経験しているのである。

病める人の傍らに居ることを許された特権を持つ者として、その人の価値観や思いを尊重する場、すなわち倫理的な文化をもつ組織を創っていきたいものである。

## 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。  
臨床倫理検討システム開発プロジェクト，2009
- 2) 金子郁容：ボランティア もう一つの情報社会。岩波新書，1993
- 3) サラ・T・フライ他：片田範子他訳：看護実践の倫理。日本看護協会出版会，2010
- 4) 北海道新聞：2011年5月の記事
- 5) 厚生労働省ホームページ