

原 著

嚥下困難をきたした終末期高齢者の食事援助に関連する倫理的課題

菊井和子*¹ 竹田恵子*¹

要 約

経管栄養法の発達により，人間はたとえ嚥下困難に陥り食事が経口的に摂取できなくなっても身体への栄養補給が可能になった．食べたり飲んだり出来なくても経管栄養で生命を維持し続けている人たちが相当数いる．しかしながら，食の目的は単に細胞に栄養を補給することのみではなく，食を味わう喜びや他者と共に食卓を囲む楽しみなど，人間の心理的・社会的ニーズへの対応でもある．その意味で，治療困難な嚥下障害に陥った高齢者の食への援助を簡単に経管栄養に切り替えることに看護婦は倫理的なディレンマを感じている．

著者らは，回復困難な嚥下障害をもつ高齢者2事例への援助を看護技術の原則（安全，安楽，有効）および生命倫理の原理（自律，仁恵，無危害，正義）を使って検証した．その結果，これらの基準では満足すべき評価が得られないことが判明した．高齢者の食援助を通して，生命倫理のモデルとは異なる看護者-患者関係から引き出されるケアリング倫理の構築の必要性と可能性が認識された．

はじめに

“食べる／飲む”という食行動は人間の最も根源的な欲求で，食事への援助は基本的な看護活動の一つである．もともと看護 nurse の語源はラテン語の *nūtricius* (Oxford Dictionary of Etymology) で，“滋養を与える”という意味であった．それが転じて“授乳する，子育てする，およびそそうする人，つまり乳母や保母”の呼称となり，その後，健康専門職の看護や看護婦^{†1}を意味するようになったことから推察されるように，栄養物を与えること，つまり食事援助は看護にとって最も根源的なケアである．

食事として口から摂取された飲食物は消化管で消化吸収され栄養素として細胞に供給される．医療技術が発達する以前は人間は口から食べられなくなれば次第に衰弱し，やがて死に至ることが避けられなかったため，看護婦は患者に何とか食べさせようと様々な努力をしてきた．近年，経管栄養法等の発達により例え長期にわたり口から食べるができなくなっても栄養不足で死に至るとは限らなくなった．経管栄養法は嚥下困難等で通常の飲食ができなくなった患者にとっても食の援助を行う看護婦にとっても画期的な代替食と言える．

しかし，食事，つまり“食べる／飲む”という行為は栄養補給という生理学的な欲求への対応であるばかりではなく，人生の大きな楽しみであり，家族や友人との絆を深める場であり，伝統儀式的の様式でもあって，その心理・社会的な意義は大きい．看護婦は食事をややもすれば栄養学・生理学の視点を中心に考える傾向があり¹⁾，食事の持つ文化的な意味を忘れがちである．栄養補給の効率や誤嚥による危険の回避のみを優先させて回復不能な意識障害のある高齢患者や，あくまでも経口食に固執する嚥下困難患者の食事を簡単に経管栄養に切り替えることには議論の余地がある．

医療がひたすら延命を目指す伝統的倫理規範から受け手である患者・高齢者・障害者等（以下患者という）の生活の質を尊重し患者の意思決定を優先させるものへと意識変革が始まっている今日，経口摂取が困難になった高齢者の食への援助は如何にあるべきか，症例をもとにそのあり方を看護の視点および医療倫理の視点から考察したうえで，新たな食事援助のケア倫理構築の必要性を述べる．

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 菊井和子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

事 例¹²⁾1. 事例 A: 家族の意思で経管栄養に切り替え延命を続けている事例

86歳, 男性. パーキンソン病末期, 全身衰弱顕著で食事, 排泄等日常生活要全面介助. 意味不明な発声はあるが会話不能. 褥瘡形成. 尿カテーテル留置. 次男, 嫁, 孫 2 人と同居. 嫁が主介護者になり訪問看護婦の援助を受けながら在宅介護を始めて 3 年になる. 2 年目頃から嚥下困難が始まり食事中咳き込むようになったので, 食事を軟食にしゆっくり食べさせるようにしたが, 調理と介助に時間と手間がかかる上嚥下性肺炎が危惧された. 医師の説明をうけた長男が鼻腔栄養に切り替えることを決め, 看護婦の指導で次女の嫁が鼻腔栄養の技術を習得し, 1 日 3 回実施している. 家族は病気の進行状況を理解し, 在宅での看取りを決めている. 喀痰の排出多く, 微熱持続. 次第に衰弱して死の転帰をとると予測されている.

2. 事例 B: 本人と家族の意思で経口食を続け危機に陥った事例

84歳, 女性. 脳梗塞後遺症で嚥下困難があるにもかかわらず経口食に固執し家族も患者の希望通りにしてほしいと言った. 老健施設入院中は夫が付き添い看護婦とともに病院食と間食の介助をした. ペースト状の食事とプリン, ゼリーなどの間食を食べていたが, しばしば誤嚥に起因する感染をおこし, 喀痰多量, 発熱を繰り返したがその都度医療処置により対処してきた. そのような状況が 1 年以上続いた時, 食事後激しく咳き込み, 吸引したが嚥下できず, 意識レベル低下, 呼吸停止となった. 救急蘇生処置で気管内挿管し急性病棟へ転出. 経口食は中止し中心静脈栄養開始, 状態は一時落ち着いたが, 3 日後, 胸内苦悶を訴え血圧急低下し, 3 月後に死亡した.

事例の分析と評価

いずれも回復の見込みのない重篤な症状をもつ高齢者で, 事例 A は本人の意思と関係なく医療者と家族の代表者である長男の意志決定で医療処置の一環として経管栄養を続けながら終末期を迎えようとしている例であり, 事例 B は嚥下困難で誤嚥性肺炎の危険がありながら本人の経口食への強い希望により食事を続け生命危機に陥った例である. 各事例に対してどの援助方法を選択するか, つまり経口食を続けるか経管栄養に切り替えるかにより患者の経過と予後に大きな差が生じることから, これらの事例の援助方法の選択が適切であったかどうか看護技術の視点, および生命倫理の視点から分析と評価を試

みる.

1. 看護技術の視点からの分析・評価

従来から看護では提供するケアが「有効」であるだけでなく「安全」で「安楽」であることを基本原則としてきた^{1,2)}. 本稿では看護技術としての分析・評価にこの 3 基準を使用する.

初期の看護では食事援助は患者の身体状況に合わせた食材選びや調理も含む食行動プロセス全体に対する援助であったが³⁾ 看護教育制度が整備されて以来, 食事援助は栄養学や食餌療法と関連付けて教育が行われるようになった⁴⁾. その後, 栄養士が管理する完全給食制度が病院に導入され献立や調理が看護の手を離れると, 食事援助に関する看護の関心は益々生理学・栄養学重視に傾いた. 嚥下困難等で飲んだり食べたりする能力が低下した患者に経口食で十分な栄養を摂取させることが難しくなると, それに替るものとして開発された経管栄養は栄養補給という意味で非常に「有効」な代替え食事と捉えられ, 急速に普及した. 事例 A は嚥下困難のある末期のパーキンソン病患者で, 経口食では十分な摂取が困難であるが, 経管栄養法により必要最低の栄養素を「有効」に摂取し 1 年に余る時間の生命を細々と生き続けている. 事例 A とは対照的に事例 B は嚥下困難がありながら経管栄養を拒否し経口食に固執した例で, 脳梗塞後遺症ではあるが意識は明瞭でコミュニケーションもとれ, 一般状態は明らかに事例 A よりは良いので経管栄養を実施していならばもっと延命ができたはずである. しかしペースト状やゼリー状の食事では食品の質と量が極端に制限されるうえに食事中咳き込んで折角口に入れたものも吸引しなければならず, 栄養補給としては「有効」でなかった.

次に, 「安全」と「安楽」について分析・評価する. 看護における安全とは生理的欲求が満たされ生命が維持されることを意味している⁵⁾. 2 症例の安全阻害因子としては, 経口食では窒息, 誤嚥性肺炎, 栄養不足などの危険があり, 経管栄養法ではカテーテルの気道への誤挿入, 留置による粘膜の損傷や細菌感染, 栄養物の濃度や注入速度の不適切による嘔吐, 下痢などが考えられるが, 一般的には経管栄養の方が安全度は高いと考えられる. 事例 A では実施者は看護婦の指導を受けた家族であったがよく技術を習得し, 1 年余を危機的な合併症もおこさず一応「安全」に過ごしている. 事例 B は嚥下困難があるにもかかわらず経口食を続け, 食事中に咳き込んで吸引する状態で, しばしば感染症を併発し, 遂に呼吸停止(窒息)という重篤な状態に陥り, 結果的

に死を招いたので、「安全」の評価は非常に低いと言わざるをえない。

「安楽」は上述の安全が守られた上で精神的にも苦痛が無い状態を言う⁶⁾。経口食では誤嚥による咳き込みやそれに続く呼吸困難、感染症、経管栄養法ではカテーテル挿入時の不快感や長時間の体位の固定・運動制限が安楽の阻害因子と考えられる。事例 A では経口食から経管栄養法に替えることでカテーテル挿入時や体位固定の不快感はあるものの誤嚥による咳き込む苦しさからは解放されたので、完全に安楽ではないが経口食と比較すれば「安楽」になったと言える。事例 B は、カテーテル挿入に伴う安楽の阻害はなかったが、食事中咳き込んで苦しく「安楽」とは言えなかった。

2. 生命倫理の視点からの分析・評価

上記事例のケアとその評価を近年活発になっていく生命倫理の視点で評価すればどのようなことが言えるだろう。ピーチャム/チルドレスの提唱する生命医学倫理の原理⁷⁾「自律 autonomy」「無危害 no harm」「仁恵 beneficence」「正義(公平) justice」を適用して分析と評価を試みる。

ヘルスケアにおける「自律」の原理⁸⁾はインフォームド・コンセントに基づく意思決定と密接な結びつきを持ち、その前提条件として意思決定能力が問われる。患者にその能力が無い場合、家族を代弁者とするのが一般的である。また、最近の在宅ケアの考えかたでは家族も併せてケアの対象という捉えかたをする⁹⁾。事例 A ではケアの対象を患者に限定するか、それとも家族もケアの対象とするかで自律の原理への評価が異なってくる。援助方法の決定を行ったのは患者自身ではなく、日頃は患者と関わりの少ない長男であった。長男は遠隔地に住み交流は密ではないので、寝たきりでコミュニケーション能力が無くなってすでに2年を経過した患者の意思をよく理解して代弁したかどうかは不明である。この決定は日本の慣習で家長として決定権をもつ長男が主介護者である弟の嫁の手間を省くという意図でなされたわけなので、家族の意思はよく尊重されたが患者自身の「自律」の原理が守られたかどうかは不明である。一方、事例 B は患者と家族の意思は十分に尊重されたので「自律」は高く評価できる。

「無危害」は上記の「安全」と似ているが積極的に危害を加えないのみでなく危害のリスクを負わせないことも含んでいる¹⁰⁾のでより強い原理である。既に述べたように嚥下困難な患者に経口食を続けることは無危害とは言えないと同時に経管栄養も経口食に比べて危険性は小さくても全く危害のリスク

がないとは言えない。「無危害」の原理は事例 A はある程度守られ、事例 B は守られなかったと言える。

「仁恵」は“いつくしみ、めぐみ、なさけ”(広辞苑)という意味で、ヘルスケアの重要な目標である。仁恵原理は利益を与えるとともに危害を防止する義務がある。しかし、ある行為が利益を与える(可能的善)と同時に害も与える(可能的有害性)ことが予測されるならば、それを比較考慮し釣り合わせる義務もある¹¹⁾。かつて健康と幸福は殆ど同義語で、患者の健康を増進し、延命を図ることは医療の確固たる目標であった。しかし先端医療技術の発達した今日、しばしば医療の専門用語としての健康と個人が生活の中で実感する幸福とのあいだに微妙なずれが出てきている¹²⁾。何が究極的の意味での「仁恵」か、という問いは最も評価の困難なところである。またこの原理が自律と衝突した時、近年の法的判断は専門家の仁恵義務より患者の自律権を重視するようになってきている¹³⁾。ヘルスケアの仁恵を通常の意味での健康増進、疾病予防とするならば、経管栄養は経口食に比較すれば栄養補給や感染防止としてより目的に適った方法であるが、事例 A では本人の意思に関係なく経管栄養が実施され、事例 B は本人の自律権を尊重して経口食を続けたので評価には議論の余地がある。

「正義(公平)」は患者のニーズを充たすのに十分なヘルスケア資源や経済資源の公平分配を求める原理である。正義(公平)は平等主義、自由主義、および功利主義の理論で説明されるが、ヘルスケアの現状では理論的にも現実的にも完全に公平な分配はありえない。また、正義(公平)原理が仁恵や自律の原理と衝突する時には常に他の原理に勝利するわけでもない¹⁴⁾。例えば回復の見込みの無い遷延性意識障害患者等に長期間にわたってヘルスケアを提供すると結果的に他の人々のヘルスケアニーズ資源を圧迫することが欧米では生命倫理や法的な問題となっている¹⁵⁾。わが国ではそれが訴訟問題になることはこれまで少なかったが、人手不足のケア施設でケアワーカーの時間と労力に制限があるのに一人の患者がそれを独占することによって他の患者のケアが十分できなくなることが往々にして問題となっている。在宅ケアにおいても施設ケアにおいても、身体的にも心理・社会的にも様々なニーズを持っている家族や患者がいて、それらの人にも世話や処置が必要な場合、一人の患者の食事援助のみに不公平に多くのケアが提供されることは「正義(公平)」の原理から考えると問題があるといえる。事例 A は在宅ケアで介護者は主婦であったため患者に経口食を続けることは他の家族や介護者自身のニーズが充たされ

ないという事態であったが、経管栄養に切り替えたことで食事援助のみに時間と労力をかけるということはなくなり不公平は幾分訂正された。事例 B は本来症状が安定期にあり家庭復帰をめざしてリハビリを行う老人保健施設に入所しているの、経口摂取の訓練のため看護婦の時間と労力がかかっても不公平とは言えない筈である。しかし、入所者の身体・心理状態が必ずしも施設の目的に適っていないにもかかわらず他に入所できる施設がないため所謂社会的入院をしている患者も多く、どうすれば公平にケアが配分できるかは大きな課題である。

担当看護婦のディレンマ

看護技術の原則と生命倫理の原理を基準に 2 事例について援助の分析と評価を試みた結果、いずれの事例も何らかの問題点があることが明らかになった。しかし、患者と家族に深くかかわった担当看護婦は原理原則による評価結果にいささかの戸惑いを感じていた。彼女らが日々のケアの中で直観的に感じ取る評価との間に少なからぬずれがあり、その落差にディレンマを感じていた。担当看護婦はどのように自分たちの提供したケアを自己評価しているのか、聞き取りにより次のようなことが明らかになった。

事例 A は、看護技術原理からも生命倫理原理からも状況の許す限りの高い評価が得られた例である。心身の機能が衰え終末期にある老父を息子の嫁が在宅介護し、家で最期を看取することはわが国の伝統的家族の価値規範からも高く評価される。しかし長期に及ぶ嫁の苦労は大変なものであった。舅姑の介護は嫁の当然の役割とこころえ、5 人家族の主婦として妻や母の役割も同時にこなしながら 24 時間介護を続ける旧家の嫁の姿は立派ではあったが、明らかに労働過重になっていた。そこで長男の判断により経管栄養に切り替えたので、嫁の食事介助の手間は少なくなり、患者はより安全に栄養を摂取できるようになった。しかし、担当看護婦は、かつては要職に在り社会的にも家庭的にも尊敬されていた人が、今は家族とのコミュニケーションもなく、身体の全面介助を受け、人生最後の時間を細々と操作的に生かされている姿に複雑な思いを抱いた。もし自分が介護される立場ならばとても悲しく辛い状況だと思った。規則による訪問看護婦としての勤めを確実に果たしたという満足感より、経管栄養という技術の進歩で不自然な生命の延長にかかわったことにやりきれなさを感じていた。

事例 B は事例 A とは対照的に原理原則による評価は非常に低かった。担当看護婦は高度医療センターで最先端の救命技術を駆使した看護の経験があり、

嚥下困難のある患者に経口食を続けることには反対であった。入院患者の食事方法を決定し指示を出すのは医師である。しかし実際に食事援助を行うのは看護婦で医師は看護婦から患者の食事摂取能力や患者がどのような食事を希望しているかを聞いて判断するので、食事法の決定に関して看護婦の発言力は大きい。担当看護婦は、患者がいくら経口食に固執したと言え、自分が看護婦として強引に経管栄養を勧めなかったため食物を喉に詰まらせて危機状況を来し、結果的に患者が死亡したことに深い罪悪感を感じた。そしてこの問題を病棟カンファレンスにかけ他の看護婦の意見を聞いた。多くの反省点が挙げられたが、最終的には患者の強い希望を受け入れ時間と労力と技術を尽くして食事援助したので、結果的には延命に繋がらなかったとは言え、患者本人の意思を尊重したケアであったと評価された。救命救急医療の経験のある担当看護婦は、全く納得したわけではなく未だに罪悪感を抱えているが、最近では延命よりも生活の質を重視する老健施設のケアにより大きなやりがいを感じ始めている。

考 察

2 事例について看護技術、生命倫理および担当看護婦のケアに対する自己評価をまとめたのが表 1 である。看護技術の評価と担当看護婦のケアに対する自己評価は事例 A では対立し、事例 B でも完全には一致しなかった。これまでの看護技術の基準では単純に食物を栄養補給源として「安全」「安楽」「有効」に摂取させなければならないという固定観念があり、食に対する患者の多岐なニーズを抑制するようにケアを方向づけてきたきらいがあるが、それでは食行動が本来持つ複雑な意味の一部分にしか対応できず、看護婦自身の中にディレンマが生じてきている。また生命倫理の原理はこの 2 事例が示すように各原理間に矛盾と葛藤があり、衝突することが多い。食援助などの生活に密着した複雑な問題の場合、どの原理を優先すべきか、ある原理を他の原理より重要とするならばその根拠は何かなど、ケアの評価基準として使用するには課題が多いと言える。

今回用いた“経口食摂取が困難になった高齢患者”という事例設定では、食事援助に関連する限りない状況のなかの非常に限られた問題を提示したに過ぎないが、この限定された事例からでも、食への援助の評価の困難さが浮かび上がり、実際に事例を担当した看護婦は原理原則では割りきれない複雑な思いを抱いていた。そこで、今一度、医療の基礎理念とケアのあるべき姿について考察し、それを食事という人間の重要な生活行動の援助にどう結びつけてい

表1 援助に対する看護技術，生命倫理および担当看護婦の評価の比較*

	状況		看護技術の評価			生命倫理の評価				担当看護婦の評価
	経口食への意欲	決定者	有効	安全	安楽	自律	無危害	仁恵	正義	
事例A 経管栄養	不明	家族				本人？ 家族		？		操作的な延命が虚しかった
事例B 経口食	強く有り	本人	x	x	x		x	？	？	危機を招いた罪悪感と患者の意思を尊重したという複雑な思い

* 評価は経口食と経管栄養を比較した相対評価である
 : 高い x : 低い ? : 議論の余地がある

けばよいかを考えたい。

1. 医療の本来的意義 —延命目的と生活の質の尊重—

ヒポクラテス以来，医療は先ず絶対的な前提条件として「生命の神聖性 (Sanctity of Life, 以下 SOL)」を掲げてきた。いかなる生命もそれ自体に価値があるとし，命を救うこと，それが不可能であれば少しでも延命をはかる事が絶対的な原則¹⁶⁾であった。しかし，医療技術が高度に発達していく過程でこの救命・延命目的の医療が結果として患者の人格を侵し，生活を苦痛に満ちたものにするような事態が頻繁に生じてきた。現在の医療技術では，脳に障害がおき意識回復の見込みがなくても，人工呼吸や経管栄養でかなりの期間(数日から数年，時には数十年)生命を維持させることが可能である。これに対抗して人間の生命の長さよりも「生活の質 (Quality of Life, 以下 QOL)」を尊重する主張が出てきた¹⁷⁾。耐え難い肉体的苦痛があっても副作用のある鎮痛剤は使用しないとかが，回復不能の意識不明/精神的無能力の条件下で長期にわたる人工呼吸管理や非経口的栄養補給を続けることなどは人間としての尊厳ある生き方に反するという考え方である。多くの先進国で「延命のため『通常以上の手段』を使わないように」医療に求める裁判がおり，人工呼吸や経管栄養で延命を中止しても違法でない，という判決が下りようになった¹⁸⁾。こういった所謂消極的安楽死の考え方をさらに拡大し，自らの死を決定したいと望む人に特定の条件のもとで致死薬を投与する積極的安楽死をも容認する国すらでてきた¹³⁾。生命の神聖性に対する神話は揺らぎつつあり，そもそも医療とは何かという医療理念の根幹が問われている。

近年の人権思想では，人間は自分の生命についてのあらゆる情報を知る権利があり，自分の現在と将来について自己決定する権利があるとされる¹⁹⁾。それが医療に適應されたのがインフォームド Consent である。この考え方は，自分の受ける医療についてたとえその方法が自分の生命予後を短くすることが

予測されても，それが患者自身の決定によるものであれば医療者はそれに従う義務があるとする考え方である²⁰⁾。そのため，人は健康な時に，将来自分が意識障害に陥り自己の意思を表明できないときも自分の意志に添った医療が受けられるようにリビングウイール²¹⁾等を作成し，栄養や呼吸の管理を書面しておく動きもある。しかしわが国ではこういった議論は少なく，人間の尊厳を理由に医療を中止することには批判的な意見が強い²²⁾。事例 A は，医師と家族の代表者の決定で延命を目的とした経管栄養が続けられ，身体的にも精神的にも社会的にも悲惨な状況下で3年以上にわたり医療管理下で生かされ続けていた。この患者のように身体的な衰弱が強くて自分の意思を表明出来ない状態にある場合，わが国の慣習として，最も患者の側にいて日常の世話をし患者の非言語的なサインをキャッチしている主介護者や担当看護婦の意見が求められることは少なく，家族の長(この事例では長男)が患者の代弁者となって意思決定することが多いので患者自身の思いが決定に反映することは少なく，ケア担当者に不満が残る。インフォームド Consent は理念としては理解されても臨床の場での実行にはまだ課題が多い。

2. 食事援助に関する新たなケア倫理構築の必要性

食事援助，つまり“食べさせる”ということは実に複雑な意味をもっている。食事援助は栄養補給という生理的要求への対応のみでなく，美味しいものを他者と共に楽しく食べるという心理・社会的要求への対応が重要である。特に対象がもはや回復の見込みの無い高齢者である場合，食べることに對する援助は栄養補給一辺倒の価値判断によるのではなく，ターミナルケアの一環として，患者の終末の日々が安らかで豊かなものであるように，そして本人の意思が尊重され本人がそれに満足するようにケアすることこそが重要である。ところが，食援助においてこの「満足」というのは実に捉えどころがない主観による感情である。食べ物自体の持つ旨味や料理法，食べる人の嗜好や身体状況，誰とどこで食べるかという環境状況等々，数知れぬ因子によって影響を受

ける。また同じ人にとって同じ食べ物が常に同じ評価ではなく、空腹時と満腹時、誰と食べるか、誰が食べさせるか等で刻々と変化する。考慮すべき因子は無限に多く、普遍性、信頼性、妥当性のある援助基準を作ることは不可能である。臨床の場では、看護婦と患者は協力してこの交錯する複雑多岐な要因を統合し援助方法の基本枠（経口、経管、IVH、自然に等）を決め、さらに毎食ごとにその時の状況を見極めながら具体的な決定を重ねていく。ケアされる人とケア提供者が共同でその場その時に見合った方法を、これまでのプロセス、知識、技術を統合した直感 intuition と両者の関係性で決定し、実践し、評価していくのが食援助本来のあり方ではないだろうか。

そもそもケアというのは、その本質として理論的な原理原則を当てはめて評価するものではなく、看護婦の提供するケアを受け手である患者が主観的に満足したと評価して初めて有意義なものになるのではないだろうか。看護が単なる技術 technique ではなくアート art とされる所以はそこにあるのではないか。近年、ケアの倫理を生命倫理のサブカテゴリーからはずし、独自の倫理モデルを創ろうとする動きがある^{23,24)}。Noddings は、ケアは合理的推論に基づく生命倫理の原理で導かれるものではなくケアリングの理想そのものの力で導かれると主張し、ケアはケアされる人へのケア提供者による受容と確認（受容性）、人間存在の事実としてケア提供者のケアされる人への関係（関係性）、ケア提供者からケアされる人への commitment（責任性）であるとしている²⁴⁾。つまり、ケアリング関係の中でケアされる人とケア提供者は人間という関係のパートナーであり、ケアは伝統的な倫理原則で導かれるのではなくケアリングの理想そのものの力で導かれるという見解である。具体的に言えば、看護婦は医学的判断や生命医療倫理の原理で決定された処置を看護技術として忠実に実施するのではなく、事例ごとにケアリングの状況のなかでケアされる人とケア提供者が共同でその場その時にあった決断をしていく、つまりケアリング自身が倫理を構築していくとする意見である。筆者らもその主張に賛同する。

Noddings の考えに関心を持ち基本的には認めながらも、この理論には大きな落とし穴があると批判する人もいる。Kuhse は「普遍的な倫理原則をすべて拒否して一貫性を失うならば、その時私たちに残されるものは、ただの恣意性と気まぐれだけである。例えば、臨床現場で不治の病に苦しみ死にたいと思っている患者に対して『彼を蘇生しつづけるべき』か『死ぬにまかせるべき』か、ケアの視点からは

正反対の行為が正当化され、それが何故正しいかを示す規範が示されない。ケアのアプローチの提供者たちはケアそのものが『善』なのだという確信に惑わされている²⁵⁾」と厳しく批判する。確かに、ケア場面がケアを受ける人と提供者との二者のみで構成され、閉鎖的な環境で直観と関係性のみによって決断され介入が行われるならばその危険は否めない。それを回避するためにはケア場面を開示し、そこに第三者を引き入れることが必要ではないかと筆者らは考える。例えば事例 B のようにケア場面に家族が参加することで、結果的には不幸な転帰をとったとしても、本人の意思を尊重して 1 年に亘り経口食をつづけることができ、危機時には最大限の医療的対応がなされことで家族も納得するケアであったと言えるのではないか。

看護が救命延命中心から QOL の尊重に重点を移しはじめて以来、医療処置としての栄養補給から食事本来の援助を回復させようとする動きがある²⁶⁾。多少の嚥下困難があっても出来る限り経管栄養を避け経口食を続ける試みが始まっている^{27,28)}。嚥下運動は呼吸と関連している。看護婦は経口食の介助をするとき、患者の身体と心に耳を傾けなければならない。患者の息を聴きながら患者と呼吸を合せて一匙一匙を口に運び、共に咀嚼し共に嚥下する感覚で食べたり飲んだりすることを援助する。そうすれば、それまで食べられなかった人や食べなくなかった人が驚くほど上手に美味しく食べることがある。その時、食べた人と食べさせた人は大きな喜びに包まれる。反対に食援助に失敗し危機状況を招くリスクも負わなければならない。それは責任の重い選択である。例えば事例 B の担当看護婦はその負い目を引きずり、いつまでも罪悪感に苛まれている。患者の苦しみは看護婦の苦しみである。患者と看護婦が喜びと苦しみを共有しながら、その人・その場・その時のケアを共同でたゆみなく作り上げていくこと、それがケア倫理の基本ではないだろうか。

おわりに

看護はこれまで何がなんでも栄養としての食物を「安全」「安楽」「有効」に食べさせなければならないという強迫観念に囚われていたかもしれない。これらの基準は患者のためであると同時に、それさえ守っていれば第三者から非難されることはないという看護婦を守るための盾でもあった。しかし、それでは食行動が本来持つ複雑多岐なニーズの一部にしか対応できず、看護婦自身の中にディレンマが生じてきた。近年、医療的管理体制の枠組みを超えた新たなケアリングの倫理を確立し、自らリスクを引き

受けても患者の真のニーズに応えたいという人たちが現れはじめた。老人施設やリハビリテーション施設では例え嚥下障害があっても経口食を続ける試みが始まりその技術も開発され始めているが、まだ経管栄養に比べればリスクは高い。その危険を冒してまで経口食にこだわる人たちの根底には、患者の人間性を尊重し真のニーズに応えるケアを提供し、患者と看護婦が喜びと満足を共にしたいという願いがある。

ケアリングの倫理はまだその理論的基盤が十分確実なものとなっておらず、倫理の原則から逸脱しやすいという批判がある。しかし、人間が生きていく本来の姿というのは、原理原則に添った目的達成の手段としてあるのではなく、その場その時の錯綜す

る多様な状況の中で試行錯誤しながら援助を受ける人と援助する人が相互関係を深める中で喜びと苦しみを分かち合いながら生きていくプロセスそのものである。終末期高齢者の食への援助では特にそのことが重要である。援助者は患者を医学的に管理するのではなく、そのプロセスの中で責任を負いつつ、患者の真のニーズに応えるように柔軟に多様な関わりかたを引き受けていく心構えが必要である。そこに新たなケアリング倫理構築の必要性と可能性が示唆されると考える。

本研究の一部は第15回日本看護研究学会近畿・北陸/中国・四国地方会学術集会で発表した。

注

- †1) 平成13年12月の法改正により看護婦の名称は看護師と改められたが本稿では従来の慣習による看護婦を使用し、そのなかには男性の看護師も含む。
- †2) プライバシー保護のため、用いる事例は担当看護婦の了解を得た上で検閲内容に直接関係ない個所を一部改変してある。
- †3) オランダ上院は2001年4月「安楽死合法化法案」を賛成多数で可決した。

文 献

- 1) 氏家幸子：安全・安楽・基礎看護技術Ⅰ，第4版，医学書院，東京，126-148，1994。
- 2) 内藤寿喜子，江本愛子，飯田澄子他：看護における安全と安楽の技術．新版看護学全書14 基礎看護学2，第1版，メヂカルフレンド社，東京，6-9，1996。
- 3) Nightingale F：Taking Food．*Notes on Nursing*，1st ed．Printed in London，1859，Reproduced by Edward Stern & Company，Inc．Philadelphia，36-47，1946。
- 4) 尾岸恵美子：看護における栄養学の流れ．尾岸恵美子，正木浩恵編著，看護栄養学，初版，医歯薬出版，東京，2，1996。
- 5) 前掲書1) 126
- 6) 前掲書2) 8
- 7) ビーチャム TL，チルドレス JF，永安幸正/立木教夫監訳：生命医学倫理．初版，成文堂，東京，1997。
- 8) 前掲書7) 79-93
- 9) フリードマン MM，野嶋佐由美監訳：家族看護学 理論とアセスメント．初版，へるす出版，東京，3-6，1993。
- 10) 前掲書7) 142-145
- 11) 前掲書7) 231-250
- 12) スミス JA，都留春夫，佐々木百合子，藤田八重子，山元由美子訳：看護における健康の概念．初版，医学書院，東京，1997。
- 13) 町野朔：患者の自己決定権と法．初版，東京大学出版会，東京，163，1986。
- 14) シンガー P，榎則章訳：生と死の倫理．初版，昭和堂，京都，1998。
- 15) 前掲書7) 314
- 16) 前掲書7) 79
- 17) 清水哲郎：QOLの基礎理論．日本緩和医療学会監修，緩和ケア医療学，初版，三輪書店，東京，238-243，1997。
- 18) 前掲書14) 95-98
- 19) カイザーリンク EW：回復の見込みのない患者におけるQOLの判断をめぐって．星野正一編著，死の尊厳，初版，思文閣出版，東京，160-161，1995。
- 20) 日本尊厳死協会：終末期医療に対する提言．2001。

- 21) 前掲書20) 16
- 22) 清水明美：著名事件から考える倫理問題．INR 日本版編集委員会編，臨床で直面する倫理的諸問題，初版，日本看護協会出版会，東京，109-117，2001．
- 23) Fry ST：Toward a Theory of Nursing Ethicsz , *Advances of Nursing Science* , **11**(4) , 9-21 , 1989 .
- 24) ノディングズ N , 立山善康他訳：ケアリング．晃洋書房，初版，1997．
- 25) クーゼ H , 竹内徹，村上弥生訳：ケアリング．メチカ出版，初版，199，2000．
- 26) 中口恵子：摂食・嚥下障害患者へのチームアプローチ．看護技術，**44**(1) , 60-66 , 1998 .
- 27) 水沢弘代，江口隆子，中川郁子：意識障害患者の嚥下障害へのアプローチ．看護学雑誌，**63**(1) , 27-29 , 1999 .
- 28) 田中靖代：脳幹部梗塞患者の嚥下障害に対する急性期からのアプローチ．看護学雑誌，**63**(1) , 16-19 , 1999 .

(平成14年5月31日受理)

Ethical Problems in Caring for Elderly Patients with Dysphagia in their Terminal Stage

Kazuko KIKUI and Keiko TAKEDA

(Accepted May 31, 2002)

Key words : ETHICAL PROBLEMS , ELDERLY PATIENTS WITH DYSPHAGIA ,
CARING ETHICS , NURSE-PATIENT RELATIONSHIP

Abstract

Development of tube feeding made it easier to provide nutrition for patients with dysphagia. There are a number of people who survive without eating/drinking by mouth. However, the purpose of eating and drinking is not only to provide nutrition to the body but also serves to meet certain psychological and social needs of human beings. Therefore, switching feeding pattern from eating by mouth to tube feeding in elderly patients suffering from incurable difficulty of swallowing poses an ethical dilemma for nurses.

The problems that arise when choosing the proper feeding method in elderly patients with incurable dysphagia are discussed through two case studies, using nursing guidelines (safety, comfort and effectiveness) and principles of biomedical ethics (autonomy, beneficence, no harm and justice). It was found that these considerations do not give satisfactory answers, so that a new framework and theory of caring ethics is needed. We concluded that caring ethics should be derived from the nature of the nurse-patient relationship instead of from models of biomedical ethics.

Correspondence to : Kazuko KIKUI

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.12, No.1, 2002 83-90)