

Title	食援助に関連するケア論理の模索：食事摂取が困難になった高齢者の援助事例を通して
Author(s)	菊井, 和子; 渡邊, 美千代
Citation	臨床哲学. 4 p.5-p.17
Issue Date	2002-06-10
oaire:version	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/11021">https://hdl.handle.net/11094/11021</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

# 食援助に関連するケア倫理の模索

——食事摂取が困難になった高齢者の援助事例を通して——

菊井和子・渡邊美千代

## 1. はじめに

“食べる／飲む”という食行動は人間の最も基本的な欲求で、看護では食事への援助を重要な機能の一つと規定している。看護 nurse の語源はラテン語の *nūtricius* (Oxford Dictionary of Etymology) で、滋養を与える、授乳する、子育てする、及びそうする人を意味し、元は乳母や保母などの呼称であったが、それが転じて乳幼児、弱者、病者の世話をすること、及びそうする人となり、今日では医療専門職の看護、看護婦<sup>1</sup>を意味するようになった。栄養物を与えること、つまり食への援助は看護の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ので、看護婦は患者に何とか食べさせようといろいろな努力をしてきた。近年、経管栄養法や高カロリー輸液療法（以下 IVH）<sup>2</sup>の発達によりたとえ長期にわたり口から食べること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。経管栄養や IVH 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る。看護が医療専門職となって以来、看護婦は食事をややもすれば栄養学・生理学の視点で考える傾向が強くなり、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嚥下困難患者の食事を簡単に経管栄養や IVH に切り替えることには議論の余地がある。

医療が人命の神聖性 (Sanctity of Life、以下 SOL) を基本理念とした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 (Quality of Life、以下 QOL) を尊重し患者の意思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検討したうえで、新たな食援助に関連するケア倫理の構築を模索する。

## 2. 事例<sup>3</sup>

### 2.1. 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、次男の家族と同居。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、食事を軟食にして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。医師の説明を受けた長男が鼻腔栄養に切り替えることを決め、看護婦の指導で介護者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。

### 2.2. 事例 B：本人の意思で経口食を続け危機に陥った事例

84歳、女性。老人健康施設入院中。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続け、家族も患者の希望通りにして欲しいということで経口食を続けた。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、誤嚥が多く、飲み込むと咳き込み、吸引しながら食事をした。しばしば誤嚥による感染をおこし、喀痰多量、発熱を繰り返し医療処置による対処が必要であった。1年が過ぎた時、食事後激しく咳き込み、吸引したが喀出できず、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、意識は戻るが喀痰多く頻回な吸引が必要であった。経口食は中止しIVH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、急性病棟へ転出、3ヶ月後に死亡した。

### 2.3. 事例 C：入院／IVHを拒否し家族に看取られて終末を迎えた事例

85歳、男性。家族は長男と元看護婦の嫁の3人暮らし。胃癌を発見された時はすでに広範な肝転移があり根治治療は不可能だったが、腫瘍が潰瘍化し大出血の危険があったため胃切除術を受け、1ヶ月後退院。患者は癌の告知は受けていなかったが不治の病であるという認識はあった。術後5ヶ月頃より黄疸が出始め食欲低下、外科医より再入院してIVHを勧められたが本人が入院拒否、家族も自宅での看取りを決めた。食事は患者の希望を聞きながら好みのものを好みの時間に合わせて食べられるだけにしたので摂取量は少なく、栄養は十分でなかった。次男や孫が訪れた時は身体を支えられて酒宴に加わった。次第に衰弱し殆ど傾眠状態となり、呼び戻された孫の介護を受けながら術後6ヶ月で死亡した。

## 3. 事例の分析と評価

いずれも回復の見込みのない重篤な疾患を持ち食事摂取が困難になった高齢者の事例である。各事例に対して経口食、経管栄養、IVHのどの選択肢を選ぶ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、生命倫理およびケアの視点から分析と評価を試みたうえで各評価

を比較検討する。

### 3.1. 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<sup>4</sup>。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。初期の看護では食への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<sup>5</sup>看護教育制度が整備されて以来、食への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<sup>6</sup>。ここでも栄養補給としての「有効」という従来の視点で評価する。

事例Aは嚥下困難のある末期のパーキンソン病患者で、質量共に十分な量が摂取できないが、経管栄養法という有効な代替食事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た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。事例Cは胃癌末期で経口食の摂取量が減少した時、本人の意思を尊重してIVHのための入院はせず、自然にまかせ1ヶ月後に死亡した例で、事例Bと同じ意味で「有効」でなかった。

次に「安全」についての阻害因子をみると、嚥下困難がある場合、経口食は窒息、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より安全と考えられている。事例Aでは実施者は素人の家族であったが指導を受けてよく技術を習得し、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死亡したので、「安全」の評価は非常に低いと言わざるをえない。事例Cは、自宅療養では摂取する栄養素の絶対量が不足し脱水や衰弱を来す危険があるので「安全」評価は低い。

「安楽」の阻害因子は、経口食では誤嚥による咳き込みやそれに続く呼吸困難、感染症があり、経管栄養法とIVHではカテーテル挿入時の不快感や長時間の体位の固定・行動制限が考えられる。事例Aでは経口食から経管栄養法に変更することで誤嚥による咳き込みとそれに続く合併症の苦しさからは解放されたので、経口食と比較すれば「安楽」になったと言える。事例Bは食事中咳き込んで苦しく「安楽」とは言えなかった。事例Cは自宅の自分のベッドで食べたいものを食べたい時に食べることができたので「安楽」であったといえる。

### 3.2. 生命倫理の視点からの分析・評価

近年医療界で議論が活発になっている生命倫理の原理「自律 autonomy」「無危害 no harm」「仁恵 beneficence」「正義（公平） justice」<sup>7</sup>を適用して3事例を分析・評価すると次のように言える。

ヘルスケアにおける「自律」の原理はインフォームド・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<sup>8</sup>。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方では家族も併せてケアの対象という捉えかたをする<sup>9</sup>。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。この決定は日本の伝統的慣習で家長として決定権を持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、家族の意思は尊重されたが患者自身の「自律」については不明である。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。事例Cは患者の入院拒否を家族がよく支持したので「自律」は守られた。

「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<sup>10</sup>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くら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。事例Cは衰弱死のリスクがあったことから守られなかったと言える。

「仁恵」は患者の幸福を増進させることで、ヘルスケアの重要な目標である。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がある<sup>11</sup>。かつて健康と幸福は殆ど同義語であったが、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。何が究極的な意味での患者の幸福か、という問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<sup>12</sup>。ヘルスケアの仁恵を通常の意味での健康増進や延命とするならば経管栄養やIVHは経口食のみに比較すれば栄養補給としてより目的に適った方法であるが、仁恵を患者の主観的幸福感とするならば3事例ともに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がない場合、その公平分配を求める原理である<sup>12</sup>。しかし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るわけでもない<sup>13</sup>。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、一人の患者の食への援助のみに不公平に多くのケアを提供することは「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経口食では他の家族や介護者自身のニーズが満たされなかったが、経管栄養に切り替えたことで患者に対する食事援助の時間と労力が少なくなり不公平は幾分是正された。事例Bは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ため、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が、施設のマンパワーが十分でない今日、何が公平なケアの配分かは大きな議論の余地がある。事例Cは長時間をかけた食事支援は行なっていないので、正義（公平）が歪められたとはいえない。

### 3.3. 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3事例について援助の分析・評価を試みたが、患者と家族に深くかかわった担当看護婦らが日々のケアの中で直観的に感じ取ると上記の評価の間にはずれがあり、彼女らはその落差にディレンマを感じていた。

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。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、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時間介護を続ける嫁は明らかにストレス過重になっていた。嚥下困難の症状が出はじめた時、医師から説明を受けた長男の判断で経管栄養に切り替えた。患者には生命を維持する最低の栄養が補給され、1年以上が経過した。かつては要職に在り社会的にも家庭的にも敬意をもって遇されていた人が、今は家族とのコミュニケーションもなく、身体の全面介護を受け、人生最後の時間を細々と操作的に生かされている姿に訪問看護婦は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。訪問看護婦としての基準による職務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で不自然な生命の延長にかかわったことに虚しさを感じていた。

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。担当看護婦は高度救命救急医療センターでの看護経験があり、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が、医師は看護婦から患者の摂取能力や希望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は言え、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への援助したので、患者本人の意思を尊重したケアであったと評価された。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QOL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。

事例Cは長男の嫁が家族と看護婦の二つの役割を持ったケースである。長男夫婦は患者が診断を受けて以来、医師から大きな決断を二度迫られた。まず、根治手術ができないのに胃切除術を受けるかどうか、次に経口食による栄養補給が不十分になった時に再入院してIVHをするかどうか決めなければならなかったが、その都度、元看護婦として自分の発言に大きな責任を感じた。手術の時、患者には末期癌であるという最も重要な事実を隠し胃潰瘍と説明して納得させたことは、当時の常識としてやむをえなかったと考えている。手術は吐血と末期の激痛を予防した意味では有効であったが、診断を受けるまでは普通食を食べていた舅が入院してから死亡まで遂に一度も好物の酒や寿司を楽しめなかったことについて、医療の抱える矛盾を感じている。再入院を勧められた時、強く説得して入院させればもう少し長生きできたのではないかという心残りもある。最後の約1ヶ月、次男や孫が次々と訪れ食卓を共にし形だけではあるが杯を交わしたことや、舅が昔の思い出話を語り、「世話になるなァ」と感謝の言葉を残したことが暖かいものとして胸に残っている。二度の決断が適切だったか、在宅の看取りの方法がよかったかどうか迷うこともあるが、胃癌末期の激痛や嘔吐も無く、最後は子どもや孫に囲まれて眠るように死亡したので、よい看取りをさせてもらったと感謝している。

### 3.4. 看護技術、生命倫理およびケアの視点からの評価の比較

看護技術、生命倫理およびケアの視点からの評価をまとめたのが表1である。評価基準は想定される選択肢の中での相対評価とした。各視点からの評価には差があった。特に看護技術の評価とケアの視点の評価は大きく対立した。事例Aは看護技術としては最高の評価を得ながら看護婦自身は虚しい看護だったと自己のケアに否定的な評価をしている。一方、事例Bは看護技術としては最低の評価で看護婦は罪悪感を抱いたが、患者と家族の意思を尊重した結果なので不幸な転帰をとったにもかかわらず家族も納得し、病棟カンファレンスでも肯定的に評価され、担当看護婦はアンビヴァレンツな思いを抱いている。事例Cは栄養補給を目的とする援助としては高い評価はされないが、本人の意思が尊重され安らかな最期を迎えたことに看護婦である嫁は良い看取りであったと肯定的に評価している。

日本では生命倫理理論の臨床現場への適用はまだ緒についたばかりである。最も基本となる自律の原理についても患者自身の意思が問われることは少なく、多くの場合、医師と家族の代表者のコンセンサスで援助の大枠（経口食、経管栄養、IVH等）が決定されるため、そのケアが真に患者の自律を尊重したかどうか判定が困難な場合が多い。仁恵

については、わが国ではいまだSOLとQOLが対立する場合の判断基準が真剣に討議されることは非常に少ない<sup>14</sup>。正義（公平）についても、提供資源がニーズを下回る場合が多いにもかかわらず配分の基準が決まっていないのが現状である。従って評価は議論の余地を残したものが多く、今後真剣に議論すべき課題である。

#### 4. 食への援助に関する新たなケア倫理構築の必要性

3事例について、安全、安楽、有効という従来の看護技術の原則に併せて、自律、無危害、仁恵、正義（公平）という生命倫理の原理を用いて分析・評価試みたところ、幾つかの新たな視点による理解を得ることができた。しかし、生命倫理の原理は判断の際考慮する因子が多く判定が困難な上に、各原理間に矛盾と葛藤があることが多い。その場合、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検討すべき事項が多く、それを基にケア方法を決定したり評価するのは問題である。また、実際に事例を担当した看護婦は看護の原理原則でも生命倫理の原理でも割りきれない複雑な思いを抱いていた。今回用いた“食事摂取が困難になった高齢患者”という事例設定では食への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、食への援助方法決定と実践に対する評価の難しさが浮かび上がってくる。医療現場では確固とした指針のないまま看護婦は実践に当らざるをえない。その結果、手順に忠実な援助を行いながら虚しさや罪悪感が残り、良いケアを提供したという喜びや満足感を味わえないことが少なくない。今一度ここで原点にかえて、食べる／食べさせる”ということ、つまり“食とは何か”“援助とは何か”について検討し直す必要がある。

##### 4.1. “食べる／食べさせる”とは？

食とは、元々自然界に棲息する植物や動物を加工・調理して食物という形にし、それを味わいつつ嚥下することで体内に取入れ、胃腸で消化吸収し体内に同化する一連のプロセスである。人間は誕生以後、原則的に母乳による食援助を受けた後、離乳食を経て食事のセルフケア行動を確立するが、食には栄養補給という生理学的な意味があるだけでなく、美味しいものを食べるという快感、他者と共に食べるという喜び等、心理・社会的にも大きな意義のある行動である。食行動は自分だけでできるものではなく、他者との関係性のなかで行われる。様々な過程を経て供される料理は自然と他者からの賜物であり、共に囲む食卓は他者との交歓の場である(図1)。私たちは通常は食事を端的に「美味しい」「楽しい」そして「その結果に満足した」と評価している。よい食事は人間にとって生きるエネルギーの源であり、人生の喜びであり、他者との関係性を深める場である。ところが食は常にそういった肯定的な意味をもたらすものとは限らない。食行動は、状



況の変化によって、活力供給源が危害の原因に、喜びが苦痛に、交歓の場が断絶の関係にと逆転しうるものでもある。食は“食べ物”“食べる人”および“食卓を共にする人”の三要素の間うまく調和がとれてはじめて肯定的価値を発揮するが、この調和が崩れると人間を不幸にし、生命を危機に陥れる凶器となるという否定的価値をも持つようになる。この調和を崩す要因は様々であるが、加齢や健康障害はその代表的なものである。その時、誰かの援助が必要となる。援助は、本来は失われた調和を回復させるためのものであるが、その在り様によっては援助自体が調和をさらに崩す悪循環の原因ともなりかねないという危うい要素をもっている。ケア提供者が援助を行なう時には、それが真に患者の食行動の調和回復に役立つものであるかどうか確かめながら実践しなければならない。その時、何を基準にケアを決定し、実行し、評価するか、その根拠がこれまでの基準では不満足であることが三事例の検証からわかった。

#### 4.2. 失われた調和の回復を求める食卓の演出

重篤な疾病をもち食事摂取が困難になった高齢患者の食卓は限りなくわびしい。というよりも彼らにはもはや着くべき食卓がない。患者は親しい人と共に食卓に着くのではなく、狭く居心地の悪い病床上で唯一人で制限された食べ物と直接対峙し、何とか食べようと格闘する。がそれも難しくなった時、“食べ物”と“食べる人”の間に援助者として“食べさせる人（看護婦）”が介入することになる。（図2）看護婦は介入の目標を安全、安楽、有効に栄養物を摂取させることにおく傾向がある。しかし、先に述べたように食援助の本来の目的は食べ物、食べる人、共に食べる人の間の崩れた調和を回復させることで、患者の「美味しく食べたい」「楽しく食べたい」そして「満足したい」という要求に応えることでなければならない。

ところが、この「美味しい」「楽しい」「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って、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条件等々、数知れぬ因子によって大きく影響される。例えば、食欲の衰えた病人には白粥と梅干しが何より美味しく、嚥下困難のある患者にはペースト状のものがもっとも楽に飲み込めるものである。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、妥当性のある評価基準を作ることは全く不可能である。看護婦と患者（またはその代弁者）は協力してこの交錯する複雑多岐な要因を統合して援助方法の基本枠（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その関係性と直観によって決め、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。そういった視点で事例Cを詳細に検証してみる。

食欲が低下しても入院して **IVH** を行なわないことを決めて以後、嫁と舅のケア関係は深まった。経口食が栄養補給の唯一の手段であるからには何とか食べてもらいたい、でも本人が食べたくないと言って食べない限りそれを強制することはできない。毎食毎食が真剣勝負であった。しかもその勝負は穏やかな雰囲気の中での闘いである。ある時は、「食べたくない」という舅に「〇〇ちゃん（孫）から美味しそうな佃煮が届いていますよ。少しでも食べてみませんか？」「ああ、××屋の佃煮か？じゃあ、お粥と食べてみようか」ということで、「食べたくない」という意思決定は簡単に反転した。またある時は、「何か食べてみたいものはありますか？」という問いに舅が要求したものは嫁の想像もしていなかったものだった。「昔、中華蕎麦が出始めた頃に食べたあのスープはおいしかったなァ。あれをもう一度飲んでみたい」。そこで用意された中華風スープは実際には一口しか飲めなかったが、スープを前に舅は昔の思い出を語りはじめた。戦時中は子供たちに食べさせるのに苦労したこと、食糧が豊かになって初めて食べた中華蕎麦に感激したこと等々、ぼつりぼつりと話した。その後も舅の要求する食べ物は昔の思い出と結びついていた。また、次男や孫が訪ねてきた時は衰えた身体を支えられて離床し、皆と食卓を囲んで形だけの杯を交わした。最後の数日は傾眠状態となり、呼び戻された孫たちに口を湿らせてもらいながら臨終を迎えた。

この事例では患者は“食べる”ことはできなかったが、家族が協力して“共に食べる”ための食卓の風景を演出し復活させた（図3）。前述のように、“食べ物”“食べる人”“共に食べる人”のいずれの要素が機能不全になっても食事の調和は崩れるが、逆に調和が崩れた時には夫々の要素がお互いに補い合って調和を回復するように働きかけることも可能であることをこの事例は証明していると言えるのではないか。ケアの受け手は疾病や障害をもつ人なので全ての要素が健全に機能しているわけではない。それゆえに最早調和のとれた健康的な食卓を望むのは不可能と断定するのではなく、その人とそれを支える人の持つ力をうまく活用して失われた調和を回復させるのがケア本来のあり方ではないだろうか。

#### 4.3. ケアリング倫理の構築に向けて

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<sup>15</sup>。Noddingsらは、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<sup>16</sup>。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、看護婦は生命医療倫理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、事例ごとの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、ただの忝意性と気まぐれだけである」と厳しく指摘する<sup>16</sup>。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、常に第三者を引き入れることが必要であると筆者らは考える。例えば事例Cのように、ケアを受ける舅とケアを提供する嫁だけが食卓に臨むのではなく息子や孫など他の家族員を参加させることで皆が納得し満足するケアが展開されるのではないか。

## 5. おわりに

看護が救命延命中心から生活の質への援助に重点を移しはじめて以来、医療処置としての栄養補給のみでなく食事本来の援助を回復させようとする動きがある。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<sup>17,18</sup>。その時、看護婦は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している。そうすれば、それまで食べられなかったり食べなくなったりし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。

これまでの看護は、患者の「安全」を守るということを建前に患者のニードを抑制するようにケアを方向づけてきたきらいがある。「安全」「安楽」「有効」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、自らリスクを引き受けても患者の真のニードに応えたいという人たちが現れたはじめた。患者と看護婦が喜びと苦しみとを共有しながら、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。

表1 援助に対する看護技術、生命倫理およびケアの視点の評価の比較

	状況			看護技術の評価			生命倫理の評価				ケアの視点の評価
	経口食への意欲	決定者	主介護者	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	嫁	○	○	○	本人? 家族○	○	?	○	操作的な介入が虚しかった。
事例B 経口食	強くあり	本人	夫	×	×	×	本人○ 家族○	×	?	?	生命危機を招いた罪悪感と意志を尊重したいというアンビバレンツな思い
事例C 自然に	食欲減退	本人	嫁	×	×	○	本人○ 家族○	×	?	○	良い看取りをさせてもらったと感謝している

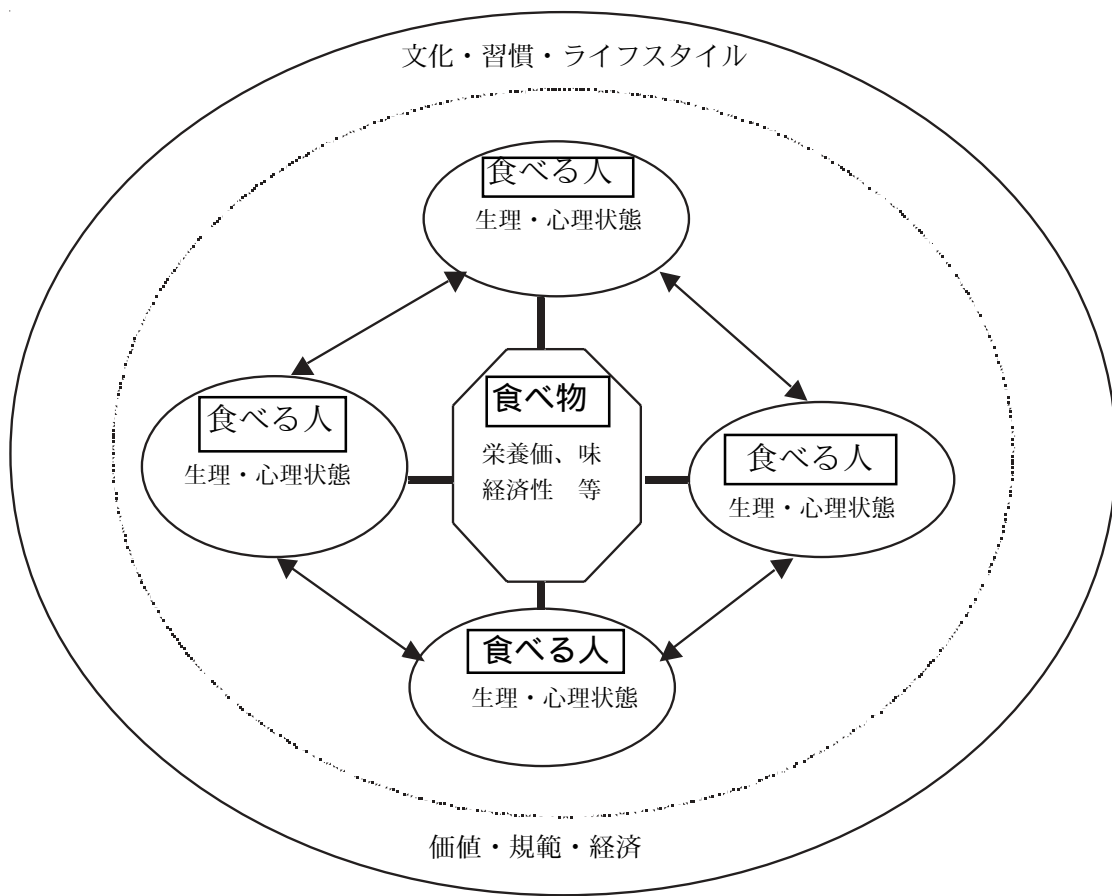


図1 調和のとれた交歓の場としての食卓風景

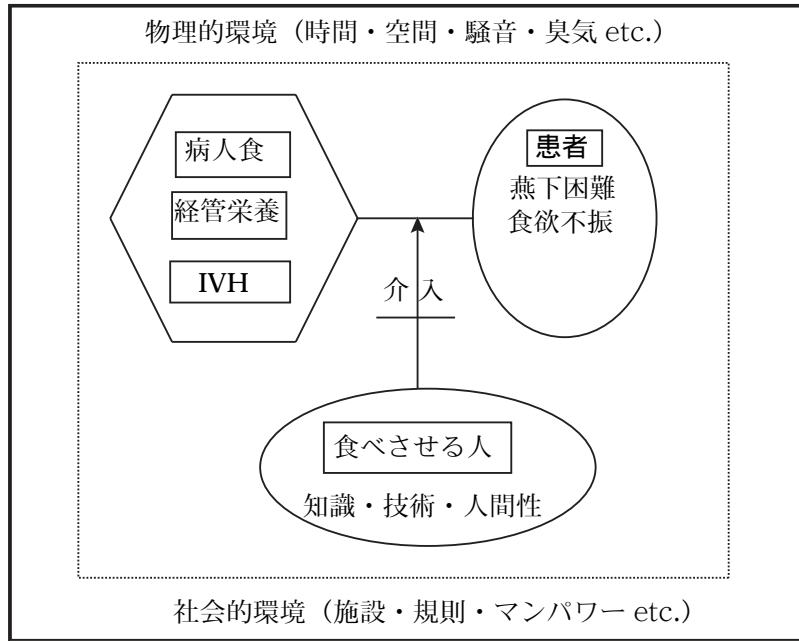


図2 食事摂取が困難になった高齢患者の調和の崩れた食卓風景

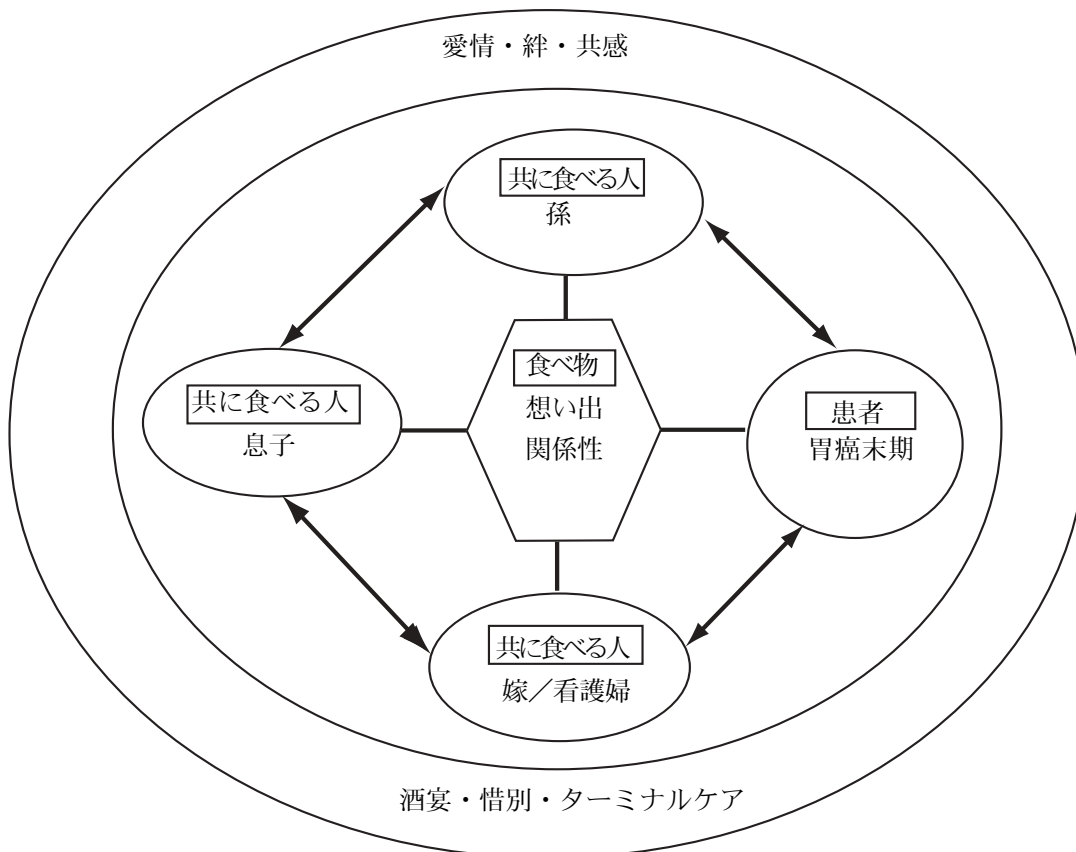


図3 調和の復活した事例3の食卓風景

## 注

- 1 平成13年の法改正（平成十三年法律第五十三号）により看護婦の名称はと改められたが、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 嚥下障害等の理由で経口的に食事の摂取ができない場合の栄養補給法として、経鼻的にまたは胃瘻からチューブを挿入し低残渣性・易吸収性・高エネルギーの成分栄養剤（elemental diet）を注入する経管栄養法と無菌操作で鎖骨下静脈等から中心静脈に挿入したカテーテルを留置し長期間高濃度の栄養輸液を行なう中心静脈栄養方法等がある。
- 3 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証内容に関係の無い個所を一部改変している。
- 4 氏家幸子：『安全・安楽。基礎看護技術特』第4版、医学書院、126-128頁、1994。
- 5 Nightingale F: Taking Food, *Notes on Nursing*, 1859, Reproduced by Edward Stern & Company, pp36-47,1946.
- 6 尾岸恵美子：看護における栄養学の流れ、尾岸恵美子他編、看護栄養学、医師薬出版、2頁、1996
- 7 ビーチャム T.L、チルドレス J.F：生命医学倫理、成文堂、1997
- 8 前掲書 7)126 頁
- 9 フリードマン M.M：家族看護学－理論とアセスメント、へるす出版、3-6、1993
- 10 前掲書 7)231-250 頁
- 11 前掲書 7)142-145 頁
- 12 前掲書 7)312-360 頁
- 13 町野朔：患者の自己決定権と法、東京大学出版会、163頁、1986
- 14 日本尊厳死協会は「終末期医療に関する提言」で緩和医療の拡充提言を行っているが、医療界や厚生省での活発な議論は少ない。
- 15 Fry S.T: Toward a Theory of Nursing Ethics, *Advanced of Nursing Science*, 11(4), 9-12i»ÅA1989
- 16 ノッディングズ N,：ケアリング、晃洋出版、1997
- 17 クーゼ H.：ケアリング、メティカ出版、199頁、2000
- 18 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頁、1998
- 19 水沢広代他：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頁、1999

（本稿の一部は「嚥下困難をきたした終末期高齢者の食援助に関連する倫理的課題」〈川崎医療福祉学会誌 Vol.12,No1〉から抜粋したものである。）