HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	医療におけるケアの双方向性とsupportというあり方について : メイヤロフのケアの概念から
Author(s)	石川, 洋子
Citation	応用倫理, 5, 64-74
Issue Date	2011-11
DOI	10.14943/ouyourin.5.64
Doc URL	http://hdl.handle.net/2115/51877
Type	bulletin (article)
File Information	05_ishikawa_oyorinri_no5.pdf

Instructions for use

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

医療におけるケアの双方向性とsupportというあり方について──メイヤロフのケアの概念から

石川洋子（旭川医科大学）

はじめに

ケアは人間という存在についての根源的な概念である。ケアという言葉が語られる時、その肯定的な側面──成長、自己実現、あるいは共感、配慮といったケア提供者の心情や態度──が強調されやすい。そして教育、医療、介護、福祉などの対人関係を主とした多様な領域で扱われる。本稿ではケアが論じられる様々な実践領域のうち、医療におけるケアについて考察する。まず、一般的なケアについてその言葉の語源に遡って人間存在の根源とされる所以を確認したうえで、ケアすることについて哲学的な説明を行ったメイヤロフ（Milton Mayeroff, 1925-1979）のケア論を概観する。次に、医療におけるケアが一般的なケアと異なり、対人援助技術であることをふまえ、医療におけるケアが双方向性でなければ不適切なケアとなることについて述べる形で論を進める。

1．一般的なケア

『生命倫理百科事典』[1]によると、ケアという言葉はラテン語の「cura」に由来し、誰かのことを「心配に思う」「思い煩う」という意味と、誰かを「思いやる」「配慮する」という二つの意味を持つ。ケアという言葉が二重の意味を持つことは、伝統的にヒュギーヌス（Gaius Iulius Hyginus）のギリシア神話集におけるクーラ神話[2]による。クーラ神話では、人間が生きている間はクーラ（＝ケア）が人間を支配するとされ、これによりケアが人間の根源的な在り方に関わる概念であると言われている。ケアの「心配に思う」または「配慮する」のどちらの意味にしても、人間はケアなくして存在することができず、またケアによって人間は全体として完成する[3]。

クーラ神話が示す人間にとってのケアの意味は、メイヤロフの『ケアの本質（On Caring）』[4]において確認できる。一般的に、彼がケアについて本格的に取りあげた最初の人であり、特に医療

1　Warren Thomas Reich（森岡崇訳）「ケア CARE Ⅰ. ケア概念の歴史」、Stephen G. post 生命倫理百科事典翻訳刊行委員会編『生命倫理百科事典』、丸善出版株式会社、1995 年、862 ～ 875 頁。

2　ある川を渡っているとき、クーラは粘土状の泥をみつけ、思いに耽りつつそれを取りあげ、こねて人間を作り始めた。自分は一体何を作ったのかと彼女が考えていると、ユッピテル〔ローマ神話の主神。ゼウスに対応〕があらわれた。像に生命を与えるよう、クーラが願うと、ユッピテルはすぐにその願いをかなえた。［中略］「クーラははじめて彼を作ったのだから、クーラは彼が生きているあいだは彼を所有するように。しかし彼の名前をめぐって論争があるのであるから、彼をホモー〔人間、homo〕とよべばよい。何となれば彼はフムス〔土、humus〕から作られたと思われるからである。」ヒュギーヌス『ギリシア神話集』（松田治・青山照男訳）、講談社学術文庫、2005 年、277 頁より引用。

3　W. T. Reich は「ケアの根本的な役割は、誰かを大切に思いながら人間を全体性としてまとめること」と述べている。W. T. Reich 前掲書 863 頁。

4　ミルトン・メイヤロフ『ケアの本質』（田村真也訳）、ゆみる出版、1993 年（”On Caring”, New York: Harper & Row, 1971）

の領域において注目されたとされる[5]。メイヤロフによると、「他人をケアすることは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。(To care of another person, in the most significant sense, is to help him grow and actualize himself.)」[6] メイヤロフは父親がわが子をケアする例を挙げ、ケアとは、子どもが成長し自己実現することを父親がたすける過程の中で、父親と子どもの相互信頼が深まり、成熟した関係へと共に成長する関係のあり方であると述べている。また、ケアの対象は他者だけでなく自己にも向いており、「相手をケアすることにおいて、その成長に対して援助することにおいて、私は自己を実現する結果になるのである。(In caring for the other, in helping it grow, I actualize myself.)」[7]　と述べている。このようにメイヤロフのケアは、ケアする人とケアされる人の相互関係を述べる概念である。

『ケアの本質』の主題は、「ケアすることを一般的に記述すること」と「ケアすることがどのようにして全人格的な意義を持つかを説明すること」である。メイヤロフは「ケアすること(”caring”)」と「自分の落ち着き場所にいる（being “in place”)」という概念が、「私たち自身の生を自分たちがもっとよく理解するのに役立つ（they may help us understand our own lives better)」という[8]。メイヤロフのケアの特徴は、人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意義を述べている点である。ケアは時と共に友情が成熟するように、「相手が成長し、自己実現することをたすけることとしてのケアは、ひとつの過程であり、展開をうちにはらみつつ人に関与するあり方（Caring, as helping another grow and actualize himself, is a process, a way of relating to someone that involves development)」[9]と述べられている。このことはケアが何か設定された目標を到達するものではなく、ケアする人、される人双方にとって、ケアを通して様々な活動が意味を持つようになるということである[10]。

メイヤロフのケアの概念はケアが人間に本質的な活動であり、ケアする人、される人の関係が相互的であると述べていることがわかった。ただし、メイヤロフのケアの対象は人間だけではなく、理想やアイデアも含まれる。彼はケアの基本的なパターンについて、他者を自分の「延長(extension)」として、かつ独立したものとして成長する欲求を持っていること、他者の発展が自分の幸福感に結びついていると考えることであり、自分は他者にとって必要な存在であり、他者の必要に応じて「専心的（with devotion)」に応答することであると述べる。さらにケアの主な要素として、①知識（Knowing)、②リズムを変えること（Alternating Rhythms)、③忍耐（Patience)、④正直（Honesty)、⑤信頼（Trust)、⑥謙遜（Humility)、⑦希望（Hope)、⑧勇気（Courage）を挙げており、これらはいずれもケアする人の側から述べられた[11]ものである。各要素について以下に簡単に説明する。

①知識（Knowing)：誰かをケアするためには、その人がどんな人であるか、その人の力や限界は

5　以下を参照。森村修『ケアの倫理』、大修館書店、2000 年、85・95 頁、竹山重光「ケアの倫理」、加藤尚武編『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社、1998 年、221-233 頁。
6　同上メイヤロフ、13 頁 (p.1)。
7　同上メイヤロフ、69 頁 (p.40)。
8　同上メイヤロフ、16 頁 (p.3)。
9　同上メイヤロフ、14 頁 (p.1-2)。
10　この点について朝倉は「その意味でケアは人間の本質的活動である。」と述べる。朝倉輝一「正義とケアについて―討議倫理学とケア倫理学の架橋のために」『東洋大学大学院紀要第 38 集』2001 年、99 頁。
11　安井はメイヤロフのケアについてケアする人の視点に重きを置いている点を述べている。安井絢子「ケアとは何か――メイヤロフ、ギリガン、ノディングスにとってのケア」『哲学論叢 37』2010 年、121 頁。

どの程度か、その人が求めていることは何かなどについて知ること。
②リズムを変えること（Alternating Rhythms）：単に習慣的に行うのではなく、自分の行動のもたらす結果に照らし、次の行動を修正すること。
③忍耐（Patience）：相手の状況やペースに応じて相手の成長をたすけること。
④正直（Honesty）：自分自身に正直に向き合うこと。
⑤信頼（Trust）：相手の成長と自分自身を信頼すること。信頼が欠如するとケアの成果を求めたり、ケアしすぎてしまう。
⑥謙遜（Humility）：他者について学び続けること、他者にケアすることがまだあることを理解すること。
⑦希望（Hope）：自分の行うケアを通して相手が成長していくという希望のこと。
⑧勇気（Courage）：相手がどう成長するのかわからないとき、相手の成長の可能性を信頼すること。

メイヤロフのケアは人間の本質的活動であるからこそ、8つの要素は人間が人間として生きていくために必要な要件であるといえる。確かにこれらの要素の記述はケアする人の側に立ったものではあるが、ケアは他者との関係性において重要な概念であり、その関係性は相互性である。つまりこれらの要素は、ケアする人がその対象について関わっていく際の姿勢や態度としてとらえることができる。

2. 医療におけるケア

医療におけるケアは患者という人間を「ケアすること」である。その意味でメイヤロフの一般的なケアと共有する点は多い。本章は医療におけるケアについて一般的なケアとの違い、ケア関係の非対称性という観点から述べていく。

2-1　対人援助技術としてのケア

医療におけるケアは一般的なケアと異なり、対人援助技術としての実践的な概念である。対人援助技術としてのケアは、人間関係を基盤に、人々の健康問題に関して専門的知識と技術によって対象者を援助することである。ケア提供者である医療者の専門的知識と技術は、患者の健康問題に関する目標を設定し、その目標に向かって行為し、成果を出すために必要な要素である。医療におけるケアが対人援助技術であるためには、患者のニーズに応答した専門技術でなければならない。患者のニーズには「病気を治してほしい」「痛みをとってほしい」という身体的ニーズ、「話を聴いてほしい」「辛さをわかってほしい」などの患者自身に関心を向けてほしいという心理的ニーズ、病気によってその人の人となりを作り上げている自分自身に対する認識に変化が生じ、社会的に期待される役割が果たせないといった社会的ニーズなどが存在する。 ただし、このような患者のニーズに単に技術的に応えることが医療におけるケアではない。患者と医療者の人間関係が基盤にあった上での専門的なケア提供が重要である。メイヤロフのケアは人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意味を述べる広義のケア概念であった。メイヤロフの広義のケアと医療におけるケアとの決定的な違いは、医療に

おけるケアが医療という場面に限定し、対象が人（患者）であること、ケアの目標を設定すること、そして患者と医療者が非対称的な関係性にあることである。メイヤロフの「ケアすること」の一般的な記述は、医療者がケア提供者として備えるべき姿勢や態度としてとらえることができる。特に、医療におけるケアにケアする人とケアされる人との相互関係を活かすことは必要である。人間関係を基盤としたケアの相互性を重視することは、患者を、病を患う人、病を抱える人として統合的に理解すること、そしてその過程において一方向性ではない医療者と患者の関係を築くことへとつながる。ただ、患者と医療者は互いに一人の人であるという意味では対等であるが、医療を受ける立場と提供する立場という関係においては対等ではない。その意味で医療における患者と医療者の関係は非対称的であり、ケアを媒介とした双方向性の関係を構築しなければならない。

医療の中でも特に看護の分野では、ケアという言葉は日常的に専門的術語として、看護＝ケアとして了解されている。近代以前の看護師は医師に従属的な立場にあり、診療の補助と患者の世話をすることを役割としていた。それが医療の視点が疾患に対する医学的対処から患者という一人の人のクオリティ・オブ・ライフ[12]を尊重する動向と重なるように、患者の治療の側面は医師の専門領域として、ケアの側面は看護師の専門領域として了解されるようになり、ケアは看護に特徴的なものとなった。けれども、医療技術が高度化し、それぞれの領域が専門分化することは、医師が治療を、看護師が世話を、理学療法士がリハビリテーションを、薬剤師が服薬管理を、といった作業分担を意味するのではない。単純な作業分担は治療とケアを分断してしまう。医療は患者という一人の人間のニーズに応じたケアを提供することであるから、医療者はそれぞれの専門領域、医師ならば医学の視点、看護師ならば看護学の視点から患者のニーズを把握し、互いに協働しながら患者の健康問題の解決に臨まなければならない。医療におけるケアは、ケアの対象となる人を医療場面に限って「ケアすること」である。医療におけるケアも「ケアすること」であるということは、その対象である患者を自分の「延長」として、独立した存在としてとらえ、専心的に応答するということである。つまり対人援助技術としてのケアは、患者を、病を抱え生きる一人の人として尊重し、専門的技術と知識によって患者のニーズに応答することである。

2-2　医療におけるケア関係

一般的に、医療を受ける患者は弱者の立場である。患者は医療者と同等の医療に関する知識を持っていない。さらに診療の初期段階においては、患者は、初対面の他人である医療者から医療を受ける立場である。その意味で患者は弱者であると言える。けれども、医療者と患者は立場と役割が異なるだけで上下関係や服従関係にはない。また、医療者は患者に施しとして医療を提供するのでもない。他者に施しを与える関係は強者から弱者への一方向性の関係である。医療者は患者の健康問題において患者をたすけるのであり、このような医療は双方向性の関係でなければ成立しない。

患者は体調の悪化や苦痛を伴う症状を自覚することによって医療機関を受診する。医師は患者を診察し、患者にとって何が必要なのかを医学的に判断する。また医師だけでなく様々な専門領

12　クオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life, QOL）は、Life が生命、生活、人生、生存などの意味をもつことから、人間の生そのものについての包括的な要素を含んだ概念である。

域の医療者も協働し、患者にとって最善の治療を検討する。そうして患者に提示された治療は、患者の同意を得て行われる。通常、医療はこのように進められ、その過程においてコミュニケーションを必要とし、医療者から患者への一方的な関わりでは成立しない。なぜなら、医療者は患者にとって最善と思われるものを目指して医療ケアを提供するからである。医療者が最善と思うものは医学的価値観に基づいている。患者にとっての最善は、医学的価値観ではなく患者個人の価値観に基づいて決定される。だから医療者は患者の意思を確認する必要がある。同様に患者も、医療者が自分の体験する症状や苦痛を理解しているか、自分が希望するケアを提供してもらえるかについてコミュニケーションを通して確認する。こうして、ケアする人とケアされる人との間には、互いに関係をもとうとする自由な意思が存在することがわかる。このケア関係には対人援助者としての姿勢と態度が不可欠である。

医療者は医師、看護師、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師、ソーシャルワーカーなど、それぞれの専門領域に特化した専門職集団である。ケアする人が集団ならば、ケアする人とケアされる人の関係は、お互いが正面から対峙する構図のみと決めつける必要はない。ケアする人がケアされる人の側面や後面からたすける構図も考えられよう。むしろ医療現場のように複数の専門職者が協働する場合は、ケアする人はケアされる人を多方面からたすける（support）という立ち位置の方が柔軟性に富んだケアを提供できる。

2-3　help ではなく support を

メイヤロフのケアの概念において、他人を「たすける」と表現する単語は “help” である。一方、筆者が考える対人援助技術としてのケアを表現する単語は “support” である。筆者が医療におけるケアにおいて述べてきた「たすける」ことは、「援助する」ことと同義であり、「ささえる」ことでもある。なぜ対人援助技術としてのケアが “support” なのか。土屋貴志の「ささえる」ことの根柢にあるべき原則[13] を参考に説明する。

土屋は「ささえる」ことの第二の原則として、その人が心身の危機状態から立ち直る回復力、判断や同意を与えることができるようになる潜在的能力、成熟した人間になっていくという成長力など、広い意味での「可能性」を信じることを挙げている。医療者は、患者の「能力」を信じないことによって患者のできないことを代わりにすること（to help）をケアとして提供してしまうことがある。これについては後に詳述するが、患者の「能力」や意思を尊重しないケアは一方的なケアの提供につながりかねない。“help” は積極的な助力を意味する。もちろん、医療において積極的な助力を必要とする場面は多い。しかし患者の「能力」を信じるという原則に依拠し、医療者のケアに臨む姿勢を含めた援助について表現する語は、“help” より “support” が適切である。医療者は医療を実践する専門家であり、医療の非専門家である患者に対して医療の内容を説明・提供するという役割を担っている。だがそれは、医療者が医療という特定の分野における専門家にすぎないということである。同じ疾患を持つ人であっても、それぞれの患者はまったく別の人

13　土屋は「ささえる」ことの根柢にある原則的な考え方として〈事実に直面しそれを受け容れなければならないのはその人自身なのであって、他の人が代わってやることは決してできない〉〈相手（本人）の「能力」を信じる〉〈相手にかかわっていこうとする〉の三つを挙げている。土屋貴志「「ささえる」とはどういうことか」、森岡正博編著『「ささえあい」の人間学』、法藏館、1994 年、47-63 頁。

生を歩んでいる。そしてその人生はその人だけの人生である。医療者は人の人生においては非専門家である。医療者が推奨する医療は医学的判断・適応に基づいて判断され、医療者自身の価値が少なからず反映している。その医療を受けるか否か、また推奨された医療が患者の人生においてどのような意味や価値を持つかを決めるのは、患者である。医療者が専門的知識の範疇を謙虚に理解し、病を持った一人の人である患者へ向けられたケアは、“support” である。

3. 不適切なケア

医療におけるケアは「ケアすること」の関係性に基づいて提供されるものであり、医療者は患者を一人の人として尊重しなければならない。だが医療者と患者というケア関係は非対称性を免れえない。そのためにケアが双方向性であること、“support” という援助のあり方が重要である。本章は、ケアの双方向性と “support” という態勢が失われることによって医療におけるケアが不適切なケアになることを中心に述べる。

3-1　一方向性

医療におけるケアは対人援助技術という専門技術である。専門技術としてのケアは、教育機関において高度な学習に基づき習得された技能でなければならない。医療者はケアを必要とする社会の要請に応えるために、自ら継続学習や研究を行い、ケアを提供する能力の向上に努める。そうして人々は、医療者が専門技術を身につけているという信頼のもとに、医療者が提供するケアを専門的知識と判断に基づき保証されたものとして受け入れる。だがその一方、ケアの専門化によって惹起される問題もある。ケアする人が専門職であることによって、ケアされる人は受動的な立場に置かれやすくなる。医療者が専門職であることが、却って双方向性の関係によるケアの成立を難しくさせる。特に専門職という権威によるケアの提供は、ケアされる人との関係が上下関係となり、双方向性の人間関係の構築を難しくする。

双方向性の関係に基づかない医療ケアは、強者から弱者への一方向性のケアである。医療ケアが双方向性の関係に基づいている限り、仮にケアする人が相手の望むケアを提供できなかったとしても、ケアする人は自らが提供したケアの結果をケアされた人の反応として受け取ることができる。ケアされた人の反応は、ケアする人に提供したケアの評価・反省を行うこと、適切なケアの提供について再検討することを要求する。しかし双方向性の関係に基づかない一方向性の関係によるケアの提供は、ケアされる人の反応を無視する。一方向性のケアをキャッチボールに譬えてみると、ボールの方向、速度、強度などを考慮しない、あるいは相手を見ずにボールを投げるようなものになる。相手を見ないキャッチボールはキャッチボールとして成立しないように、一方向性のケアはケアとはいえない。一方向性のケアは、ケアされる人にとって迷惑やお節介、時には暴力となる可能性が考えられる。たとえば吐き気のある人にとって、背中を擦ってもらうことは必ずしも効果的なケアではない。気分が落ち込んでいる人は、誰でも励ましの言葉をかけられることを望んでいるとは限らない。ケアする人は、ケアされる人が何を必要としているか、どのようなケアを望んでいるかについて十分に配慮しなければならない。なぜなら、ケアとは相手のニーズに応答するものだからである。

3-2　相手を尊重しない

相手のニーズに応答しないケアは相手を尊重していない。医療ケアは患者の健康上の問題を解決するための行為である。ただ、患者の中にはたとえ自分の健康上の利益を損ねるとしても、貫きたい信念や価値を持つ人がいることも事実である。原敬は、がんの終末期においては、痛み治療の準ルーチン化によって患者の意思が尊重されないことがある[14]と論じている。痛み治療は患者の主観的評価に基づいて行われ[15]、安静時でも痛みを感じないことを治療の目標にする。しかし原が提示する事例は、夜中に目覚めたときにズシンと感じる痛みを残してほしいと希望する。その理由は、痛みのない快適な生活によって自分は長生きできるかもしれない、と期待してしまうためであるという。この患者は時折感じる痛みは不快であるが、痛みを感じることによって死を遠ざけず、意識することを望んでいる。医学的価値に基づくならば、痛みなどない方が患者は快適なはずである。けれども、この患者の痛みを残してほしいという希望は、近い将来避けられない自分の死を受容しようとする意思なのである。

ところで、メイヤロフが述べるケアはその人が成長すること、自己実現をたすけることであった。メイヤロフのケアにはどんな状況でも成長し続ける存在としての人間が前提となっている。先の終末期がん患者のように、次第に身体機能が蝕まれて死にゆく人々に直面する医療者の現実は、人間は絶えず成長し続ける存在という前提と一見馴染まないように思える。人は死にゆく過程において、大切な人との関係を喪うことや今までできていたことができなくなるなど、大切な人、もの、能力などを喪失する感覚に襲われる。死にゆく過程にあるがん患者には、「生き長らえたい」「家族とのつながりの中で生きたい」「思うように生きたい」「自分が存在しない将来への願い」「思うような最後でありたい」といった希望があり、これらは生きるための心の糧である[16]という報告がある。このような死にゆく過程にある人の希望は、思うような生きざま、死にざまを望む表現から、自己実現のための希望として考えることができる。事例の終末期がん患者の痛みを残してほしいという希望もまた自己実現の希望であり、残された時間を生きるための心の糧である。そしてそれらをささえることは、単に相手の意思を尊重するにとどまらない、その人の人生の本質に関与したケアと言える。このように考えるとメイヤロフが述べる成長という語には、その人の全人格的な統合（integration）という意味が含まれることがわかる。しかし、このことは医療におけるケアが患者の全人格的な成長を目標とすることを意味しない。医療という限られた状況、時間などの制約がある中で患者の人格的な成長を目標とすることは現実的に困難である。事例のがん患者のケアは、患者の主観的評価に基づいた疼痛緩和がケアの目標になる。そして患者は、痛みは時折感じる程度にしてほしいというニーズを持っている。このニーズを無視することは相手を尊重しないケアである。つまりこの患者に医療者が提供できるケアは、患者が痛みを感じることに価値を持っていることを理解した上で、そのニーズに応答したケアを提供することである。

14　原敬「がん終末期医療の身体的疼痛への治療的介入」『医学哲学医学倫理第 21 号』2003 年、71-81 頁。

15　世界疼痛学会による痛みの定義は、「不快な情動性、感覚性の体験であり、それには組織損傷を伴うものと、そのような損傷があるように表現されるものがある（世界疼痛学会 1986）。」痛みは主観的な感覚であり、その人が「痛い」と言う時は組織的損傷のあるなしに関わらず存在するものである。

16　久野裕子「終末期がん患者の希望」『高知女子大学看護学会誌 27 巻 1 号』2002 年、59-67 頁。

3-3　強いパターナリズム

パターナリズムとは、権威・知識・力などによってその人のために保護的な干渉・介入をすることである。ケアは「本人のための（応答的）措置・扱いを含むが故にパターナリズムとの関連は密接である」[17]。「ケアすること」の基本的なパターンのひとつに専心がある。専心はケアに不可欠なものであるように、医療におけるケアからパターナリズムを排除することは不可能である。パターナリズムはそのすべてが批判の対象になるものではない。問題となるのは、患者の自己決定が侵害される強いパターナリズムである。強いパターナリズムは患者の意思を尊重しないケアの強行であり、“support” というケアのあり方から逸脱する。以下に仮想事例を提示する。

> A さん、30 歳女性は右乳がんの手術を受けた。A さんの母は 42 歳の時に右乳がん、55 歳の時に左乳がんを発病、叔母は 48 歳の時に卵巣がんで亡くなっており、A さんは遺伝性乳がん[18] が疑われる。A さんは自分の遺伝子に変異があるかどうかを知りたいと思い、遺伝子診断[19] を希望している。検査の結果、遺伝子に異常がなければ安心できる。逆に異常があれば、再発に対する不安を抱えることにはなるが、予防的治療[20] を行うことも可能である。

がんは生命に関わる重要な疾患である。A さんの意向が医学的に著しく妥当性を欠くような場合や極めて生命の危険性が高いような場合、たとえば希死念慮がある、一切の検査、治療を拒否するといった場合は、強いパターナリズムもやむをえないと考えられる。A さんは乳がんの手術を受けたことや将来についての不安を抱えている。A さんに判断能力があるならば、その不安がどれほど大きくても最終的に遺伝子診断を受けることを決めるのは A さんである。そして遺伝情報は A さん個人の情報であるとともに、家族の遺伝情報でもある。診断結果は家族関係に影響を与える。A さんに兄弟姉妹、子どもがいる場合は、同じ遺伝子異常が見つかる可能性が高くなる。また家族に遺伝子異常が見つかったとしても、発病についてのリスクが判っただけで、いつ、どのように発病するかは判らない。A さんには自分の遺伝子診断の結果について知る権利がある。一方、家族には遺伝子診断の結果を知らないでいる権利がある。遺伝子異常が見つかったとしても必ずしも乳がん・卵巣がんを発病するわけではないが、診断結果は家族の将来に対する不安をもたらし、精神的衝撃を与える。医療者は A さんが遺伝子診断を受けるかどうかを決断する前に、検査による利益と不利益について情報提供[21] を行うことが必要である。このような情報提供は、A さんの遺伝子検査を受けたいという意思に影響を与え、好ましくないという意見があるかもしれ

17　中村直美「ケア、正義、自律とパターナリズム」中山將・高橋隆雄編『熊本大学生命倫理研究会論集 2　ケア論の射程』九州大学出版会、2001 年、106 頁。

18　家系の中に乳がんの人が複数いる場合、家族性乳がんという。家族は食生活や生活習慣を共有するため、遺伝的な要因以外にも遺伝子に同じようなダメージを受けることで家系内に同じ病気が発病する。家族性乳がんの中でも、遺伝子に異常が認められるものを遺伝性乳がんという。乳がんの発病に強く関連する遺伝子は *BRCA1* と *BRCA2* であることがわかっている。*BRCA1* と *BRCA2* は DNA 二重らせん構造の修復に重要な役割を果たすがん抑制遺伝子である。これらの遺伝子に変異がある人の血縁者で、同じ変異を受け継いだ人はそうでない人に比べて乳がん、卵巣がんになるリスクが高い。ただし同じ変異を受け継いでいても、必ずしも乳がん、卵巣がんを発症するわけではない。

19　日本において遺伝子診断は保険診療の適用にならない。また検査ができる施設も限られている。

20　乳がん、卵巣がん発病前の *BRCA1*・*BRCA2* 変異保因者に対して、乳腺や卵巣・卵管の予防的切除術が行うことやホルモン治療で使用される抗エストロゲン薬を服用すること。

21　日本家族性腫瘍学会では、遺伝子診断を実施するにあたり、被験者とその家族に対して、それぞれの個別的状況に応じた適切な情報提供と意思決定のための支援を行う遺伝カウンセリングを行うことをガイドラインに記している。

ない。確かに、検査による利益と不利益について知ることで A さんの意思は揺らぐかもしれない。ただ、この情報提供は A さんの自律的な意思決定を尊重するためであり、遺伝子診断をめぐる A さんと家族の意見の不一致や後悔を避けるための介入であり、この A さんにとっての最善を目指す専心的な行為である。専心的な行為は相手のニーズに応えるものである。

A さん、そして母、叔母の発病状況から、A さんが遺伝性乳がんである可能性は低くない。医療者が A さんとその家族を新たながん発病と死亡リスクから救いたい一心で、本人の意思と関係なく遺伝子診断や予防的切除術を勧めることは、強いパターナリズムである。この場合の医療者は、がんの発病リスクという一面的な医学的価値に基づいて判断していると言える。医療者がどんなに A さんのためを思っていたとしても、A さんの意思を尊重しないことは一方的なケアの押しつけであり、“support” というケアのあり方ではない。だが、医療者の A さんへの検査、手術の説明や説得が、A さんとともに悩み、相談し、最終的に A さん自身が手術を受ける決断をするための医療的介入であるならば、一連の過程は “support” というケアになる。医療者が手術によって得られる身体的利益やリスクだけでなく、がんと共に生きる A さんの全人的苦痛[22] を理解し、手術後起こりうる複雑な問題について A さんとよく話し合うことは、A さん本人と A さんの意思決定の過程を尊重している。これもまた、A さんにとっての最善を目指す専心的な行為であり、ケアである。

3-4　自己目的化

最後に医療者がケアすることを自らの目的とした場合、不適切なケアとなることを述べる。たとえば看護師は、その教育課程において看護診断や看護過程を学習し、看護計画を立案する。学生たちは試験対策として標準看護計画[23] を暗記し、「このような状態にある患者にはこんな援助が必要である」と理解する。学生や経験の浅い看護師には、テキストや紙面上で説明される病態知識や標準看護計画と、実際の患者に起こっている現象を統合して理解することが難しい。そこで彼（彼女）らは、患者が援助してもらいたいと思っていると思い込む。また、われわれ日本人は「相手の気持ちを察する」ことを尊重する文化をもち、看護師は「かゆい所に手が届く」「気が利く」ことを求められる。それが仇となり、看護師の判断のみによって患者の意思にそぐわないケア提供が行われることがある。これは一方向性のケアであり、ケアという行為がケアする人の目的になっている。もちろん看護師は患者を慮って親切な行為をするのだろう。ただ実際には、医療者は患者の要求や要請を自らで勝手に考え出してしまう危険がある。そして自分が考え出した患者の要求や要請を、まるで患者自身から出された要求や要請のように思い込む傾向がある。

このようなケアはただのお節介、あるいは押し付けにすぎず、ケアする人がどれほど優れたケアだと判断し、ケアを提供したとしても、ケアされる人にそれを受け入れる準備を与えていない。そればかりか、ケアされる人を自分の思うようにコントロールしようとさえしている。あるいは、ケアする人にとって都合のよい解釈やケアをしているとも言える。そしてこのような不適切なケアを提供してしまう原因は、テキストに説明されていることを、現実の患者に無理矢理当てはめ

22　全人的苦痛（total pain）という言葉は、シシリー・ソンダース（Dame Cicely Mary Strode Saunders, 1915-2005）が、ターミナル期にある患者のケアの実践経験に基づき、患者の苦痛を患者が経験しているざまざまで複雑な苦痛（physical pain, psychological pain, social pain, spiritual pain）として表現した。

23　標準看護計画とは、診断群（胃潰瘍など）、治療群（胃切除術など）や問題点（高体温、痛みなど）ごとの全体的な計画のことをいう。

てしまうことにある。このようなケアは専門的知識と技術に基づいた対人援助技術ではない。対人援助技術としてのケアは、患者の「今」のニーズに応答する。医療者は「今、ここにいる人間」としての患者に関心を持たなければならない。

ケアする人である医療者の関心は患者に向いている。だが、ケアされる人である患者の関心は医療者ではない。患者の関心は、自分の疾病やそれに伴って生じている苦しみや悩みであり、自分自身である。ケアする人とケアされる人の関心の方向性、向き合う対象が違うことで、双方向性のケアは困難となる。看護師はよく、「寄り添う」「見守る」という言葉を使用し、看護の内容を表現する。「寄り添う」場所は患者の傍らであり、「見守る」対象は患者本人である。「寄り添う」ことにおいては、ケアする人とケアされる人が向いている方向性は一緒である。ケアする人は、ケアされる人の傍らにいて同じ方を見ているのである。では「見守る」ことはどうであろう。「見守る」ことは観察することどう異なるのか。ケアする人が看護師である以上、ケアする対象を怜悧に観察したりはしないだろう。おそらくケアしようとする看護師は、ケアの対象である患者の行為のたどる結果を見届けようとしている。しかしケアされる患者は、ケアしようとする看護師のそのような視線を援助と感じることができるだろうか。「寄り添う」ことも同様、ケアされる患者は寄り添ってもらうことを望んでいるのだろうか。「寄り添う」「見守る」といった表現は看護師のケアの内容を表現してはいるが、ケアの方向性がケアする側の方に重点が置かれており、ケアされる人には十分な注意が向けられていないようにみえる。「見守る」「寄り添う」ことに限らず、人をささえるという援助（support）は、相互関係というケアの本質を見落してしまうと、自らのケアを目的化・理想化し、ケアする人の優位性を強調する。

医療者が提供するケアは無条件に善い行為ではない。強者・弱者という上下の力関係が顕在化しないまでも、専門技術であるケアを媒介とする関係性は非対称性である。ケアされる人を配慮しないことは、ケアの押し付けである。ケアされる人を配慮することは、ケアされる患者その人の人間性を尊重することを意味し、だからこそケアという行為は道徳的なのである。医療者はケアのこのような側面を理解し、ケアされる人の弱さ、傷つきやすさ、ケアされるその人を配慮することによってはじめて、ケアという営みが成立することを理解しなければならない。またケアは、ケアする人がケアされる人に何かをしてあげるのでもなく、ケアされる人に代わって何かをするのでもない。ケアされる人を援助（support）するのである。

結　論

メイヤロフのケアは、人間にとってケアすることの意味、ケアする人その人にとっての、人生におけるケアすることの意味を述べる広義のケア概念である。医療におけるケアは、対人援助技術としての実践的な概念であり、人間関係を基盤にして、人々の健康問題に関して専門的知識と技術によって対象者を援助することである。医療者と患者の関係は医療者の専門性が高いために非対称的である。そのため医療者は、メイヤロフの広義のケアのパターンや要素を自らに求められる姿勢や態度として備える必要がある。そして医療におけるケアは、ケアの双方向性と“support”という援助のあり方が重要である。これを欠くことにより、患者のニーズに応答しない一方向性のケア、強行的なケアといった不適切なケアを提供することになる。

医療におけるケアが人間関係に基づくということは、患者が求めるケアの内容は患者と医療者の関係性如何によって変化するということでもある。医療者の役割がそれぞれ高度に専門分化する中で、医療者が患者の「今」のニーズを読み解き、応答するためには、患者との関係性が双方向性であること、患者を、病を抱えた一人の人として援助する（support）という姿勢を欠いてはならない。

※ 本稿は、第 21 回日本生命倫理学会年次大会一般演題 5「ケアの両義性」における発表に、加筆修正したものである。