

組織の中でのケアの実現のために

竹中 利彦

序

ケアにかかわる問題の一つに、その実践における倫理的なジレンマが挙げられるだろう。たとえば、あるナース（ケアにかかわる代表的な職業とされている）が、患者に自分のできるかぎりで十分なケアをしたいと考え、その一方で、自分の属する病院の構成員の一人として、コストの問題から、そのようなケアをすることが難しいと感じるようなときに、ジレンマが生じている、と言われる。このようなとき、二つの対立する原理がそのナース個人の中で争い、ぶつかり合っているように思われる。そして、彼または彼女が決断を下す際に役に立つのが、行為のための哲学的な原理や、その論理的な適用を教える医療についての倫理学である、ということになる。しかしながら、道徳的な苦悩を、個人の中の複数の原理の対立ではなく、ある考えをもつ個人とそれに対立する考えを全体としてもつ組織の間の対立であると考える立場がある¹。このような立場をとるならば、ケアにかかわるナースの倫理的な問題を、個人の内部のジレンマとは異なった形で考えることができるだろう。そしてその上で、どのような形でケアが十分に実現されるかについて考えてみたい。

本稿では、以下のような順に考えてみたい。まず、ナースにおけるケアの倫理が、なんらかのアプリオリな原理であるというよりは、その職業にかかわることによって生み出されるものであるということを示してみたい（1）（2）。そのために、ケアのモデルの一つとも言える母性愛について、それが女性の本能ではないというバダンテールの意見を紹介する（1）。次に、やはりケアの倫理が女性というジェンダーに絶対的に結び付けられるのではないというギリガンの意見を見る（2）。その上で、さらに、道徳的行為者は個人ではなく組織であるとするチャンブリスの意見を紹介して（3）、ケアが十分に実現されるための条件について考えてみたい。

1 『母性という神話』

1-1 親による子どもの「厄介払い」

バダンテールはその著書『母性という神話』で、母性愛というものが女性に生まれつき備わった性質あるいは本能などというのではなく、それを女性の本能であるとして称揚するようになったのは、近代という時代の歴史的産物である、ということを主張している。

そのような主張をするために、バダンテールは「愛の証拠探し」を歴史の中で行う。もしそのような証拠がなければ、本能としての母性愛はない、と判断してもよいだろう、と言うのである。そして、そのような「本能としての母性愛の証拠がない」ことの例として、この著作の中で印象的なのは、17 世紀および 18 世紀のフランスにおける子供に対する「放棄行為」である。生まれた子どもを里子に出す習慣は 17 世にブルジョワジーに広まり、18 世紀にはあらゆる階層において一般化した。里子に出された先での子どもたちの生活環境はあまりよいものとは言えず、死亡率も高かった。家庭の裕福さによって里子先の環境には良し悪しがあるが、ある統計によれば、貧しい母親によって里子に出された子どもたちの死亡率は 38.1 パーセントであった（ちなみに、同じ階層の母親が自分で育てた場合、小児死亡率は 18.7 パーセントを超えなかった）ⁱⁱ。それでも、母親たちは子どもを里子に送り出したのである。

しかし、裕福な家庭の子どもたちは比較的環境の良い里子先に送り出されたとはいっても、だからといってそれが母親の子どもへの愛情を示すものではない。

17、18 世紀、とくに 18 世紀には、ブルジョワや貴族の子どもの教育はつねに、三つの異なる段階からなる、ほとんど同じ慣習にしがっていた。すなわち、里子に出され、家に戻ってきて、それから修道院学校か寄宿学校にやられるのである。子どもが自分の家で暮らすのは、どんなに長くともせいぜい 5、6 年だった。しかも、それはけっして、その間ずっと両親といっしょに暮らしたということを意味しているわけではない。あらかじめ言えることは、商店主や職人の親方の子どもたちも、上級役人や宮廷貴族の子どもたちも、長い孤独を味わい、かまってもらえず、時には精神的にも感情的にも文字どおり捨てられた、ということであるⁱⁱⁱ。

上の引用文の中で、子どもたちが里子先から家に帰ってきた後、修道院学校や寄宿学校にやられるまでの間も、子どもたちは家庭教師にゆだねられていた。つまりバダンテールは、親は子どもを、里子先の乳母、家庭教師、学校へと「厄介払い」していたのだ、と言うのである。

1-2 新しい価値としての母性愛

しかし、18 世紀後半から、母性愛という概念が「人類にとっても社会にとっても好ましい、自然的かつ社会的価値として、たたえられるようになった」^{iv}という。

ここには、三つの議論がかかわっている、とバダンテールは述べる^v。第一に、知識の豊かな男たちを対象にした経済学的な議論がある。その議論とはすなわち、国家にとって人口が重要であり、それを増殖するために、母親たちにその子どもを細心の注意を払って育てさせるべきだ、というものである。次に、男女に共通する哲学的議論があり、それは夫婦の平等と、家族の幸福という「哲学」にかかわっている。そして、女だけを対象とする第三の議論がある。これは、18 世紀に流行した「自然への回帰」をテーマとする議論であって、簡単に言えば、女性子どもを育てることこそがその自然的本性にかなうことなのだ、というものである。

これらの、人口学や平等や幸福、そして自然への回帰といったものに関する議論は、18 世紀という時代と相関的なものである。したがって、これらの議論によって称揚された「本能としての母性愛」という概念は歴史的産物であり、母親が子どもを愛するということは、(上の第三の議論とは異なって)女性に備わった本能や自然的本性といったものではない、とバダンテールは言うのである。

1-3 感情としての母性愛

ただし、バダンテールは、「母性愛」という概念が歴史の産物であるということによって、それがまったくの作り物であって、リアルに存在するものではないということが言いたいのではないようだ。彼女の結論は、「母性愛も、一つの感情にすぎないのであって、それ自体、まったく偶発的なものなのだ」というものである。

この感情は存在することもありうるし、存在しないこともありうる。生まれることもあれば、生滅することもある。強いものとしてあらわれることもあるし、こわれやすいものとしてあらわれる

こともある。一人の子どもを優遇することもあるし、あらゆる子どもに献身することもある。すべては、母親、母親の個人史、および歴史によるのである^{vi}。

そして、彼女は「新版への序文」において、次のように言う。自分は、母性愛が 18 世紀の発明だ、と言いたいのでなく、これは一つの感情であるから、17、18 世紀のブルジョワ社会のように「ある感情を評価しない社会は、その感情を弱め、押し殺し、ついには多くの人の心から完全にその感情を取り除いてしまうこともある」^{vii}ということなのだ、と。そして、この感情がどのように発達するかについては、次のように言う。

母性愛は、子どもとともに日々を過ごすうちに、子どもの世話をすることを通じて、生まれるものだと思う。……愛情をあらわす機会がなくなると、あるいは他者にたいする関心の表明があまりに稀になると、愛情が死んでしまう危険がある。……私は精神分析学者と同じく、なんらかの欲望を伴わぬ愛情は存在しないと思うし、さわり、抱きしめ、愛撫することができない状態は、感情の発達にとって好都合なはずはないと思う。子どもが自分の手の届くところにいなかったら、母親はどうして子どもを愛することができよう。どうして愛着をおぼえることができよう^{viii}。

バダンテールは、母性愛とは母親と子どもの日常的なふれあいを通じて発達する感情であって、それを本能とすることこそが、近代の発明なのだ、と言うのである。

もし、母性愛が以上のような感情なのだとすると、それは、女性の専売特許ではなく、男女双方に開かれたものだということができる。バダンテールは、この著書の最後で、このような男女の役割の混同に対する精神分析学流の悲観的な意見を述べた後に、それが同時に「より豊かでより束縛の少ない新しい秩序」の始まりにもなる、という楽観的な意見もありうる、としている^{ix}。

2 ケアの倫理とジェンダー

2-1 道徳の二つの言語

心理学者キャロル・ギリガンは、その有名な著書『もうひとつの声』において、自らの調査から、道徳には二つの異なる言語があることが明らかになったとしている。すな

わち、公平であることを原則とする「正義」の言語と、人間関係に根ざした「ケア」の言語である。そして、従来の倫理の言語である「正義」の言語とは異なる「もうひとつの声」としての「ケア」の言語は、多く女性によって用いられるものだとしている。

ただし、このような主張をすることによってギリガンは、ジェンダーと二つの道德の間に絶対的な結びつきがあると言おうとしているのではない。

私が描き出したもうひとつの声を特徴付けているのは、ジェンダーではなく、テーマである。この声が女性に対応しているのは、経験的な事実であり、私がその展開をたどっていったのも、まず女性たちの声を通じてであった。しかし、この対応関係は絶対的なものではなく、私が女性の声と男性の声というふうに対比させたのも、思考に二つの形態があることを際立たせるためであり、……どちらの性についても一般化しようとしたわけではない^x。

これら「正義」と「ケア」の言語の、男女のジェンダーにおける相違は、経験的な事実であって、自然本性的なものではない。そして、その相違の起源については、次のように言う。

こうした相違は、明らかに一定の社会的文脈の中で生じてきたものである。すなわち、社会的地位や権力といった要因が性と生殖の生物学と組み合わせられた結果、男性と女性のそれぞれの経験と両性間の関係が形作られていく中で生じてきたものである^{xi}。

男性が公平を原則とする「正義」の言語を用い、また女性が人間関係に根ざした「ケア」の言語を用いることが多いのは、自然に備わった肉体的な性差がそのままあらわれているのではなく、そのような生物学的要因に、さまざまな社会的要因が加わって生じている現象なのである。

2-2 「ケア」の言語の担い手

第1節では、「母性愛」というものが女性に備わった本能ではなく、子どもと母親の日常的なふれあいという後天的な経験から生まれる感情であるというバダンテールの意見を見た。その意味で、母性愛とは、その名前とは矛盾するようではあるが、それをもつ可能性が男性にとっても開かれているものである。同様に、ギリガンも、男性の側よ

りも女性の側に「ケア」の言語の使用を見ることができるのは、(なんらかの生物学的要因と組み合わせたものであるとはいえ) 女性の社会的な役割によるものであると考えている。道徳の言語としてのこの「ケア」の言語も、女性のジェンダーに閉じ込められているものではない。たしかに、個々の女性が、そのジェンダー特有の価値観と規範である「ケア」の道徳を拠り所にして、道徳的世界と自らの道徳的役割を捉えているとすれば、その限りでは「ケア」の言語は女性的なものだといえるかもしれないが、しかしだからといって、個々の女性の道徳的アプローチがジェンダーによって決定されているわけではないし、男性に「ケア」の言語が使用できない、つまり男性にそのような道徳的アプローチができないように決定されているというわけでもない。道徳にジェンダーがあるのか、という問題に関して、ヘルガ・クーゼは次のように書く。

個人の道徳的アプローチは、文化によって与えられた規範や確信が内面化されたものであり、これらの規範や確信は、少なくとも部分的には、社会生活の公的領域と私的領域というそれぞれの領域で、女性と男性が歴史的にどのような職分や活動を果たしてきたかに由来するものなのである^{xii}。

母性愛は、近代が母親に要求した子育てという役割によって、女性の本能とされてしまった。ケアの倫理も、女性の今まで果たしてきた役割によって女性的なものとしてされているが、それは歴史的にそうであったということであって、それ以上の意味をもつものではない。

3 道徳的主体としての組織

3-1 ルーチン化と道徳世界の変容

この第3節では、職業としてケアを実践しているナースについて、チャンブリスの意見を紹介してみたい。

チャンブリスは多年にわたって病院でのフィールドワークを行い、百人を超えるナースにインタビューをして、『ケアの向こう側』という著作を書き上げた。彼によれば、病院では、他の場所では異常とされていることが日常的に行われ、それがルーチン化しているという。たとえば手術室では、「最もひどい非道徳的で常識破りのこと——他人の身

体を深く侵害すること」が完全にルーチンにされている^{xiii}。そこでは、肉が切り開かれ骨がのこぎりで切られる一方で、ナースたちにはこまごまとした、しかし重要な仕事が増大にある。手術にかかわる清潔区域を担当とする「手洗いナース」たちは、患者の「術前処理」^{xiv}を行い、執刀医に器械類を手渡しする^{xv}。手術室に出入りして清潔でない区域にもかかわる「外回りナース」たちは、手術に必要なものを補充し、手術の開始時刻、術式、参加したスタッフ、縫合開始時刻、患者の搬出時刻などを記録する。また、「手洗いナース」と協力して、手術に使われたスポンジが患者の体内に残ることのないよう、何度も声を出して数えたりする。

手術室で行われる、他の場所では神聖なものを侵すと見なされるような行為は、反復されてナースを含む医療従事者の心身両面の要素を含む行動様式の中でルーチン化される。このルーチン化は、病院という特殊な環境を知り、そこで用いられる言語と技術を学び、また患者のさまざまな類型を知ることによって、つまり病院での仕事に習熟していくことによって、果たされていく^{xvi}。

そして、チャンブリスによれば、このようなルーチン化は「道德世界を変容させる」。

病院では、本来聖域であるはずのこと（肉体を扱ったり調べたりすること）がありきたりのことになり、唯一であるはずのもの（病気を持った人間）がただの一例にすぎないものとなり、深刻であるはずのこと（ペットの死、死にそうな老人の蘇生）が面白おかしいことになり、グロテスクで気分が悪くなるようなもの（真菌に侵された顔、壊死した切断面）が昼食時の話題となる^{xvii}。

もちろん、ナースたちは感受性のある人間で、冷血で繊細さを欠く非道徳的な人間になってしまったのだ、とはチャンブリスは言わない。「職業上、彼女たちの限界はわれわれとは異なるが、それでも限界はある」^{xviii}。しかし、ルーチン化によって彼女らの道德世界は変容した。そのことをチャンブリスはアービング・ゴフマンの言葉を借りて「フレームがシフトした」と言う^{xix}。

3-2 職種間の衝突としての倫理的問題

以上のようなルーチン化は、ナースの仕事の大部分において内容も方法もきわめて厳密に規定されていることから来ているだろう。そして、ナースの仕事は患者のケアをすることである。

ケアとは、患者を単なる生物学的な有機体あるいは病気の宿る場所として扱わないことである。病院の外での生活があり、医学的世界を超えた目的をもつ、一人の人間として扱うことである^{xx}。

しかも、ケアは専門職としてのスキルだけを要求するのではない。

ケアには、ナース自身の、人間としての献身が要求される。多くの技術的職業と異なり、看護においては専門職としてのスキルと人間的な関与が絡み合っており、ある意味では、関与することが仕事であると言える。外科医としては優秀だが人間としてはどうしようもない、ということはあっても、ナースとしては優秀だがとても尊敬に値しないということは理論的にはあり得ない^{xxi}。

このようなことを職業として行うことで、ナースは自分の道徳的世界観を「ケア」の方向にフレーム・シフトする。したがって、もしナースの態度、道徳に他の職業とは異なったものがあるとするなら、それは、女性特有のものの見方や道徳観によって形成されたものではなく、看護という仕事の性質によって形成されたものなのである。たとえば、チャンブリスの調査によれば、ナースたちは患者の権利のアドボカシー（擁護）を行う傾向が医師よりも強いが、それは「ナースが一日 8 時間から 12 時間、患者と密接にかかわりながら過ごし、患者が治療に対しどのように反応するかを知っているから」^{xxii}であって、なんらかの女性特有のものの見方によるのではないのである。

したがって、病院におけるナースたちの仕事や地位によって彼女らの道徳観が作られるとすると、ジェンダーはそれほど重要なものではなくなる。チャンブリスは、「極端なことを言えば、たとえ看護職がすべて男性で医師がすべて女性だったとしても、現在のシステムの下では看護職も医師も現在と同じ行動を取らざるを得ないであろう」と想像する。もし看護職がすべて男性であったとしても、「やはり彼らは皆思いやりがあって、人間関係に配慮し、一人の人間としての患者全体に興味を覚える」という「ケア」の倫理を実践するだろう、と言うのである。このことは、第 1 節で見たことと重なるように思われる。母性やその愛というものは、女性特有のものではなく、実際に子どもとふれあいながら育てるということを行うことによって、おそらくは男女にかかわらず育まれるものなのであった。

このとき、倫理的問題、あるいは道徳的葛藤は、個々の男女の心中に起こるのではな

く、ある役割をもったグループと、別の役割をもったグループとの間の衝突として起こる^{xxiii}。たとえばナースと医師はそれぞれ患者を「ケア」すること、患者の生命を救うこと、という異なった目標をそれぞれの仕事にしたがってもち、そうして患者にアプローチしている。これら二つの立場が衝突する際に、倫理的な問題や道徳的な葛藤が起こるのである。

3-3 道徳的行為者としての組織

チャンブリスは、このような対立が、ナースに関していえばナース対医師、ナース対病院の管理者、ナース対ヘルスケア・システム全体という形で起こるとする。ナース対医師の対立は先ほど述べたようなものである。ナースと管理者との対立は、管理者が優先する目標が医師のそれよりもナースにとってさらに納得できないものであるところから生じる。つまり、管理者たちの望みは、「金を儲け、コストを削減し、有名な医師とその患者を引きつけること、病院の見た目を美しくし、ビルを増やすこと」すなわち病院という経営組織の安定と繁栄であり、これがナースの職業的目標としての患者の「ケア」と対立する^{xxiv}。また、国家全体のヘルスケア・システムは「それぞれが異なる規範をもつ拮抗する利害関係や派閥からなる巨大な複合体」であり、それが生み出す結果がナースの職業的目標と対立する。また、もう少し小さな規模であっても、病院組織の複雑さがナースの敵となることもある^{xxv}。

このように、職種を異にし、そのためにそれぞれの道徳観を異にするグループ同士の対立こそが道徳的葛藤であるとするならば、道徳的な行為者はそれらのグループを含む組織全体であると言えるのではないだろうか^{xxvi}。チャンブリスは次のように言う。

ナースが直面する問題は、論理的な困惑ではなく政治的衝突であり、単発的な出来事ではなく反復するパターンであり、心理的な「ジレンマ」ではなく政治的衝突であり、またそれらに関して決定を下すのは最も思慮深いあるいは教養のある人ではなく、最も権力のある人である。さらに「最も権力のある人」は次第に人間ですらなくなり、組織あるいは保健医療システム全体となってきた^{xxvii}。

3-4 ナースの物語と病院経営者の物語

このような場合に、ナースが十分なケアをするためには、どのようにすればよいだろう

うか。この状況を、物語（ナラティヴ）という概念を導入して、ナースの物語とたとえば病院経営者の物語の間に存在する不調和と考えることもできるだろう。物語（ナラティヴ）とは、人間が過去の経験、あるいは未来の展望を考える際に、それを物語をつくるように意味づけていることを示す概念である。この概念は、医療においては、普通、医療従事者と患者、患者と家族、医師とナースの間の葛藤について用いられることも多い。

ナースと病院経営者の間の対立を、このような物語同士の対立と考えることができれば、その対立に対して、この概念を用いた倫理的議論において使われる「同化」（一つの物語の焦点に他の物語の焦点が同化される）「解消」（一つの物語の焦点だったものが、重要性を失って薄れていく）などの解決策を用いることもできるだろう。つまり、ナースと病院経営者の間の対話を通して、病院経営者の物語を理解しながらも、ナースの物語の焦点のひとつであるケアの重要性を相手に示すことができるだろう。

結論

以上のことから、次のように言うことができるのではないだろうか。ケアの倫理というものが母性愛に関して見たのと同じく日々果たす役割によって生み出されるならば、それはジェンダーの区別によるのではなくその役割によって形成される。その役割をもつグループは、他の役割をもち、そのために他の道徳観をもつグループと対立する。この対立において決定を下すのは、個人でなくそれらのグループを含む組織、場合によっては社会全体のシステムである。したがって、もしケアを十分な形で実現しようとするなら、その仕事はなんらかの個人や、女性といったジェンダーに担わされるのではなく、例えば病院という組織、あるいは社会のシステム全体である。つまり、もしケアの倫理が必要であるとするなら、社会全体においてそれが実践されるような仕組みを作る必要があるのだろう。

参考文献

- Badinter, E., *L'amour en plus : Histoire de l'amour maternel (XVIIe-XXe siècle)*, Flammarion, 1980. (E・バダンテール『母性という神話』、鈴木晶(訳)、筑摩書房、1998年)
- Chambliss, D. F., *Beyond Caring : hospitals, nurses, and the social organization of ethics*, The University of Chicago Press, 1996. (ダニエル・F・チャンブリス『ケアの向こう側』、浅野祐子(訳)、日本看護協会出版会、2002年)
- Gilligan, C., *In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, 1993(1982). (ギリガン『もうひとつの声—男女の道徳観のちがいと女性のアイデンティティ』、岩男寿美子監訳、川島書店、1986年)
- Goffman, *Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience*, Haper & Row, 1974.
- Jameton, *Nursing Practice : The Ethical issues*, Prentice Hall, 1984.
- Kuhse, H., *Caring : Nurses, Women and Ethics*, Blackwell, 1997. (ヘルガ・クーゼ『ケアリング—看護婦・女性・倫理』、竹内徹・村上弥生(監訳)、メディカ出版、2000年)

ⁱ たとえば、ジェイムトンとは、では、「どうすることが正しいかはわかっているのに、組織上の制約により、正しい行為の遂行がほとんど不可能なとき、道徳的苦悩は生じる」と言う。Jameton, *Nursing Practice : The Ethical issues*, Prentice Hall, 1984, p. 6.

ⁱⁱ バダンテール『母性という神話』、p. 172。

ⁱⁱⁱ 同上、pp. 147-148。

^{iv} 同上、p. 181。バダンテールはさらに次のように続けている。「もっと厚顔無恥な人々はそこに長期的な商品価値を見てとった」。

^v 同上、p. 184-245。

^{vi} 同上、p. 448。

^{vii} 同上、p. 11。

^{viii} 同上、p. 17。

^{ix} 同上、p. 451。

^x Gilligan, *In a Different Voice*, p. 2.

^{xi} 同上。

^{xii} クーゼ『ケアリング—看護婦・女性・倫理』、p. 140。

^{xiii} チャンブリス『ケアの向こう側』、p. 29。

^{xiv} 「患者を裸にして滅菌布で覆い、手術部位の体毛を剃り、ヨウ素溶液で皮膚を消毒し、商品名「オプサイト」という透明プラスチックフィルムを貼って皮膚を保護する。また、患者の頭部と胴体の間には布のスクリーンを下ろし、意識がある場合でも手術の様子が見えないようにする」など。同上、p. 31。

^{xv} たとえば足指を切断する手術なら、「皮膚を切り開く鋭いナイフ（メス）、肉を切り取るハサミ、手術中に傷口を引っ張り開けるためのなめらかなフック（開創器）、針のように先が細い止血用のプライヤー（止血鉗子）、切った小血管の端を電気で灼いて止血するはんだごてのような電気プローブ（ポビー）」などである。同上、p. 32。

^{xvi} 同上、p. 44-55。

^{xvii} 同上、p. 78。

^{xviii} 同上。

^{xix} 同上、p. 79。Cf. Goffman, *Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience*.

^{xx} 同上、p. 89。

^{xxi} 同上、p. 91。

^{xxii} 同上、p. 109。

^{xxiii} 同上、pp. 129-134。

^{xxiv} 同上、pp. 141-148。

^{xxv} 同上、pp. 149-158。

^{xxvi} 同上、p. 247。

^{xxvii} 同上。