

## 武力紛争地域に派遣された軍看護師が直面する倫理的ジレンマの特性

三上由美子, 尾立篤子\*, 楠見ひとみ\*\*, 内野小百合\*\*\*, 海津真里子\*\*\*\*

防医大誌 (2019) 44 (1) : 8 - 17

**要旨:** 本稿は、武力紛争地域に派遣された軍看護師が直面する倫理的ジレンマについて概説するものである。世界医師会は、武力紛争時における医の倫理に関して「平時における医の倫理に等しい」と規定した。しかし、武力紛争地域には特有の状況の困難さがあり、それは設備の不十分さや限られた人員・資器材、一時に大量発生する戦傷者、現地の医療レベルや文化の差という問題にとどまらない。敵勢力からのプレッシャー下で、医療スタッフにも作戦重視の行動が求められるため、医療者としての責務と、軍人としての義務との間で役割葛藤（二重忠誠；Dual Loyalty）が生じる。また、武力紛争の場面で意思決定にかけられる時間はほとんどなく、選択肢も限られる。

従来、看護師は倫理的意思決定の権限を持たず従属的な立場にあると言われてきた。しかし、現在の医療システムでは看護師を含む多くの関係者が倫理的判断に関与しており、武力紛争地域ではベッドサイドで患者の状況を把握している軍看護師が医師から意思決定に関する意見を求められるなど、重要な役割を果たしている。看護師の倫理実践の基盤にはケアリングがあり、武力紛争地域でも看護師—患者関係に基づくケア実践の場面で看護師特有の倫理的ジレンマが生じている。看護師の活動が広がりを見せている中、武力紛争地域での倫理的ジレンマの現状は十分に認知されておらず、今後看護師への倫理教育にこの内容を加えていくことが重要である。

索引用語： 看護師 / 軍事看護 / 倫理

### 緒 言

今日、医療における倫理教育の重要性は広く認識されており、倫理学は専門職の基礎教育カリキュラムにおいても必須の内容となっている。教育の充実とともに、相反する倫理的根拠や価値が対立する「倫理的ジレンマ」についてもさま

ざまな場面において検討されるようになってきたが<sup>1, 2)</sup>、武力紛争地域における倫理的諸問題について倫理に関する一般的な書籍で触れられることはほとんどない。世界医師会でも、「武力紛争時及びその他の暴力的状況における医の倫理」において「平時における医の倫理に等しい」と規定しており<sup>3)</sup>、あたかも通常の倫理的

防衛医科大学校母性看護学講座  
Department of Maternal Nursing, National Defense Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

\*国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科  
Department of Nursing, School of Health Sciences at Odawara, International University of Health and welfare Odawara, Kanagawa 250-8588, Japan

\*\*防衛医科大学校防衛看護学講座  
Department of Military Nursing, National Defense Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

\*\*\*防衛医科大学校精神看護学講座  
Department of Psychiatric Mental Health Nursing, National Defense Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

\*\*\*\*防衛医科大学校基礎看護学講座  
Department of Fundamental Nursing, National Defense Medical College, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan

平成30年9月10日受付  
平成30年11月19日受理

意思決定のプロセスが武力紛争地域でも応用可能であるかのようなものである。しかし、武力紛争地域における倫理的ジレンマは市中病院と異なる特有の状況下で発生し、さらなる専門性が求められることから、意思決定は困難の連続であることが指摘されている<sup>4,5)</sup>。

武力紛争地域での経験を匿名で寄稿した軍看護師は、ジュネーブ条約や看護師助産師中央協会等の倫理規定について、武力紛争地域における倫理的ジレンマの状況を想定したものにはなっておらず、準拠することが必ずしも現場の状況にフィットするとは限らない<sup>6)</sup>と述べている。また、その状況に応じて最適な判断をすることの重要性を指摘しており、その際、答が一つではないことを胸にとめておくべきだ<sup>6)</sup>とも述べている。以上の背景から、本稿では、武力紛争地域に派遣された軍看護師が直面する倫理的ジレンマについて概説する。

## 一般的な医療、看護における倫理

### 1. 倫理の基本原則

臨床倫理とは、臨床の現場に従事している者の医療・ケアの行動や姿勢を倫理的視点から検討する営み<sup>7)</sup>であり、倫理上の問題の明確化や分析・解決のための体系的アプローチを提供し<sup>8)</sup>、一連の行動を正当化する根拠を分析するもの<sup>1)</sup>である。

生命医学倫理の中心となる4つの基本原理としては、「自律尊重」、「無危害」、「仁恵（善行・恩恵）」、「正義」がよく知られている<sup>9)</sup>。看護倫理学者のFry & Johnstoneは、この他の重要な原則として「誠実」（患者への情報提供にお

いて真実を告げ、うそを言わない、あるいは他者をだまさない義務）や、「忠誠」（守秘義務や約束を守ることなど、患者との信頼関係に内在する義務）を挙げている<sup>10)</sup>。この二つは自律尊重の原則と共通する内容を含み、患者との関係性をもとにケアを提供する看護師にとって重要な原則である（表1）。日本看護協会は、あらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針「看護者の倫理綱領」で15の条文を示しているが<sup>11)</sup>、そのうち、看護提供に際して守られるべき価値・義務は1～6条であり、それぞれ倫理の基本原則に関連づけられた内容になっている（表2）。

これらの倫理原則間に優劣をつけがたい対立が生じた「倫理的ジレンマ」に対して、倫理的根拠を明確にしながらかつて適切な判断や意思決定をしていくことは容易ではない。こうした倫理的問題の解決のために、入り組んだ現場の状況を整理し、話し合いや分析・解決のための体系的アプローチが考案されている。これまでに、Jonsenの臨床倫理四分割表<sup>8)</sup>（表3）をはじめ、Loの倫理問題への三段階のアプローチ<sup>1)</sup>（表4）、Thompson & Thompsonによる意思決定のための10ステップモデル<sup>12)</sup>（表5）など、複数のアプローチが示されているが、いずれも独善性を排除し、多角的な対話・話し合い、バランスを考慮した判断を選択していくプロセスという点で共通している。

### 2. 倫理と道徳

倫理と道徳はよく似た言葉であるが、Loによれば「道徳」とは価値観や信念に基づくもの

表1. 生命医学倫理の基本原則

自律尊重	自律的人間の意思決定能力を尊重する規範。 ヘルスケアと研究における個人の自律的な意思決定、インフォームド・コンセント、患者のプライバシーを保護すること、真実を語ること、重要な決断を助けること。
無危害	危害を引き起こすことを意図的に避ける規範。 無益あるいは無意味な治療、治療負担が利益よりも重い場合、治療を差し控えることなども含まれる。
仁恵 (善行・恩恵)	利益を与えたり、危険性や費用に対する利益を比較考量するための一群の規範。
正義	利益と危険性と費用とを公正に配分するための一群の規範。 ヘルスケア資源（予算、治療、優先順位）の配分などが含まれる。
誠実	患者への情報提供において真実を告げ、うそを言わない、あるいは他者をだまさない義務。
忠誠	守秘義務や約束を守ることなど、患者との信頼関係に内在する義務。

(文献<sup>1,8,9)</sup>より作成)

表2. 看護者の倫理綱領1～6条と倫理の原則

1条	看護者は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。	(自律尊重の原則) (仁恵の原則)
2条	看護者は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的嗜好、社会的地位、経済状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。	(正義の原則)
3条	看護者は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。	(誠実・忠誠の原則)
4条	看護者は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。	(自律尊重の原則)
5条	看護者は、守秘義務を厳守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。	(誠実・忠誠の原則)
6条	看護者は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。	(無危害の原則)

(文献<sup>10,12</sup>)をもとに作成)

表3. Jonsenの臨床倫理四分表

医学的適応 (Medical Indications)	患者の意向 (Patient Preferences)
<b>善行と無危害の原則</b>	<b>自律性尊重の原則</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？診断は？予後は？</li> <li>2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？</li> <li>3. 治療の目標は何か？</li> <li>4. 治療が成功する確率は？</li> <li>5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？</li> <li>6. 要約すると、この患者に医学的および看護的ケアからのくらしい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？</li> <li>2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？</li> <li>3. 患者は利益とリスクに対して知らされ、それを理解し、同意しているか？</li> <li>4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代理人は意思決定に対して適切な基準を用いているか？</li> <li>5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示はあるか？</li> <li>6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状況か？その場合、なぜか？</li> <li>7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？</li> </ol>
QOL (Quality of Life)	周囲の状況 (Contextual Features)
<b>善行と無危害と自律性尊重の原則</b>	<b>忠実義務と公正の原則</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？</li> <li>2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？</li> <li>3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？</li> <li>4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断される状態か？</li> <li>5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？</li> <li>6. 緩和ケアの計画はあるか？</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？</li> <li>2. 治療に関する決定に影響する医療者側 (医師・看護師) の要因はあるか？</li> <li>3. 財政的・経済的要因はあるか？</li> <li>4. 宗教的・文化的要因はあるか？</li> <li>5. 守秘義務を制限する要因はあるか？</li> <li>6. 資源配分の問題はあるか？</li> <li>7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？</li> <li>8. 臨床研究や教育は関係しているか？</li> <li>9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？</li> </ol>

(文献<sup>7</sup>)より転載)

表4. Loの倫理問題への三段階のアプローチ

1. 情報収集
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 病状はどうか (社会心理的情報を含む)</li> <li>2) だれが意思決定をするか (患者か代理人か)</li> <li>3) 医療スタッフや関係者 (家族等) の見解はどうか</li> </ol>
2. 倫理問題の明確化
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) カギとなる倫理問題と問題の争点は何か</li> <li>2) カギとなる倫理問題に関する最善の考え方を理解する</li> </ol>
3. ジレンマの解決
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ケースを複雑にしている具体的問題は何か (感情・人間関係の対立・コミュニケーションや時間の不足等)</li> <li>2) スタッフ会議を催す (さらなる情報収集、異なる価値観や前提、新たな選択肢への気づき)</li> <li>3) 患者・家族と面談する</li> <li>4) 社会心理的問題に目を向ける (倫理的問題の背景にある感情や対人関係にも目を向ける必要がある)</li> <li>5) 必要に応じて助言を求める (倫理委員会や倫理コンサルタント等)</li> </ol>

(文献<sup>1</sup>)第1章をもとに作成)

表5. Thompson &amp; Thompson による意思決定のための10ステップモデル

ステップ1	健康問題, 必要な決定, 倫理的構成要素およびキーパーソンを決定するために, 状況を再検討する。
ステップ2	状況を明らかにするために, 補足的情報を収集する。
ステップ3	その状況での倫理的問題を識別する。
ステップ4	個人的価値観と専門的価値観を明確にする。
ステップ5	関係するキーパーソンの価値観を識別する。
ステップ6	価値の対立が少しでもあれば, 明確にする。
ステップ7	誰が意思決定すべきかを定める。(1~7は分析過程)
ステップ8	行動範囲と予測される結果を関連づける。(比較検討と正当化)
ステップ9	行動方針を決定し, それを実行する。(選択)
ステップ10	意思決定/行為の結果を評価/再検討する。(評価)

(文献<sup>11)</sup>より転載)

で、「道徳的である」とは、長い間人々に受け入れられてきた習慣や慣習にかなった行為のことを指す<sup>1)</sup>。道徳的な徳は時代や文化、職種によっても変化するが、例えば「思いやり」、「正直さ」、「良心的であること」<sup>9)</sup>などが含まれる。

道徳や道徳的規範は倫理の背景知識として重要である。「道徳的」と「倫理的」をほぼ同義と捉える立場もあり、看護師の悩みやつらい体験をあらわすのに国際的には「道徳的 (moral)」を使うことが多いともいわれる<sup>13)</sup>。一方、Loは、「倫理的判断」では、人それぞれの立場や信念の正当性を合理的な議論をもって論理的に証明することが求められるのに対して、一般的な道徳観は日常生活における適切な規範にはなり得ても、医療現場での明確な羅針盤とはなり得ないことが多い<sup>1)</sup>と、両者を区別している。そこで、本稿ではLoを参考に、個人的な規範や価値観、信念に根ざす感情や考え、行動について記述する際は「道徳 (的)」を用い、集団の中で共有された規範や原理・原則、論理的な意思決定を共有していく過程においては「倫理 (的)」を用いて記述する。ただし、文献によって「道徳 (的)」と「倫理 (的)」の用い方は一定でなく、ほぼ同義として用いられている場合もあったため、文献から引用する箇所は元の文のまま記述した。

### 3. 看護における倫理

#### 1) 従属的立場から生起する道徳的苦悩

初期の看護師の倫理においては、「他者を援助する良き女性」—素直、まじめ、正直、誠実で信頼でき、時間を守り、謙虚で寡黙、丁寧、

教養があり、明るく、上司や医師に従順—といったイメージに関連づけられた個人的ふるまいが強調されていた<sup>10)</sup>。看護師の役割は医師の従順な介助者であり<sup>10)</sup>、重要な意思決定を単独で行う権限を持たない従属的立場<sup>14)</sup>にあったのである。そのため、看護師には、倫理的ジレンマというより「道徳的苦悩 (moral distress)」—倫理的に間違っていると思う処置でも他者の指示を実行し、正しいとわかっていることでも、制度やシステム、権限の問題からできない—が生じやすかった<sup>14)</sup>。また、看護師は患者と密接で持続的な関係を持っているため、医学的意思決定から生じる倫理的問題を、医師よりも直接的に感じる場合が多かった<sup>9)</sup>。今日、看護師の役割が、患者ケアにおいて独自に責任をとっていくことのできる実践家へと移行する中で、独立した看護の意思決定が求められるようになってきている<sup>13)</sup>。その流れを受けて、現在の国際看護師協会の看護師倫理綱領<sup>15)</sup>では、看護師の患者への責任や、看護実践の規律を維持することが強調されるようになってきている<sup>10)</sup>。Kuhseもまた、看護師は医療従事者の誰よりも患者に近い立場にあること、患者個人に持続的に向き合い、その欲求を正しく細やかに察する「ケアリング」の気質を備えていること、患者の代弁者となる立場にあることから、看護師自身が倫理的諸問題について声を上げ改革していく必要性を説いている<sup>16)</sup>。

#### 2) ケアリング—看護師の倫理的意決定の基盤

倫理原則に基づいた臨床実践において、ケアすることや共感・思いやりは最も基本的で重要<sup>1)</sup>である。また、人間的な温かさや感受性は、

規則や原則を超える<sup>9)</sup>ともいわれる。

Fry & Johnstoneは、看護師の倫理的意思決定の基盤として、①アドボカシー（患者の価値の尊重や権利擁護）、②責務（専門職としての看護実践への責務・責任）、③協力（協働者との協力関係維持）、④ケアリング（患者と緊密になり、関心や尊重、思いやりの感情や態度を示すこと）の4つを挙げ、特にケアリングについては、看護実践の倫理的局面的中心的価値であると強調している<sup>10)</sup>。

一方、Kuhseは、ケアは倫理にとってなくてはならない基盤であるが、適切な倫理にはケアだけでなく正義（普遍的な原則に基づく倫理的思考）も必要である<sup>16)</sup>と指摘し、ケアリング倫理への偏重を批判した。そして、正義とケアリングを倫理的な枠組みとして据え、看護師が意思決定に関わるべきである<sup>16)</sup>と主張した。

## 武力紛争地域における医療・看護と倫理的ジレンマ

### 1. 武力紛争地域特有の医療・看護の状況

Kenward & Kenwardによる軍看護師への聴き取り調査では、彼らが戦傷者を受け入れる心構えをして武力紛争地域に赴いても、実際の戦傷者の数、頻度、多発外傷の重症度は（特にアフガニスタンにおいては）予想以上で、あまりの悲惨さにテントを飛び出して嘔吐したと述べた救急看護師もいた<sup>17)</sup>。医師であるBernthalらは、武力紛争地域で戦傷者の治療にあたることは心理的インパクトが大きいことから、デブリーフィングの重要性を指摘している<sup>18)</sup>。

イラクやアフガニスタンに派遣された米軍看護師は、しばしば戦闘地域からの大量傷者の受け入れに対応し、救命処置と後送の準備や記録、優先順位の決定において重要な役割を果たしていた<sup>19)</sup>。De Jongらは、彼らへの聴き取り調査から、大量傷者発生への備え、限られた医療資器材の活用、通常の看護実践範囲を拡大すること、攻撃のさ中での医療施設運営、看護師自身の感情に対処することといった軍看護師の経験的知識を見出している<sup>19)</sup>。派遣地域で医療を効果的に提供することは、通常野外という環境の面から困難が多いが、イラクやアフガニスタンでは高い気温や砂塵、乾燥によって医療資

器材が度々不具合を起こし、保守管理に困難が生じていた<sup>17)</sup>。また、派遣当初は設備が整っていないことや補給が遅れることが多く、間に合わせのもので対応したり、近代的な医療器材がない環境下で昔ながらの基本的な看護に立ち返る必要があった<sup>17)</sup>。

攻撃のさ中で医療施設を運営する<sup>19)</sup>というのは、例えば手術中であっても迫撃砲の脅威にさらされる状況であり、看護師に、「患者も自身も常に命の瀬戸際にいる」という感覚や、予測のつかない不確実な感覚を抱かせていた<sup>17)</sup>。派遣地域で、ほとんどの看護師は常時オンコール制となるが<sup>17, 20, 21)</sup>、ベトナム戦争当時の豪軍看護師は、絶え間なく運ばれてくる傷病者を60床のユニット内で、1人で36時間連続でケアをしたとの記録がある<sup>22)</sup>。イラク・アフガニスタンに派遣された米軍看護師も、戦傷者が集中したときには36時間以上連続で勤務した報告があり<sup>17)</sup>、現代においても派遣地域ではこうした過酷な勤務態勢下で、シフト外でも緊張が続く状況が続いているのである。武力紛争地域において軍の医療施設は攻撃の対象にもなり、一般的に国際救援チームより戦闘地域に近い場所で医療を提供することから、厳しい状況下での活動を余儀なくされるのである。

### 2. 二重忠誠 (dual loyalty)

武力紛争地域では、医療の専門家として患者に対して果たさねばならない責務と、軍の義務との間での役割葛藤、二重忠誠 (dual loyalty) の問題がしばしば生じる。医療と軍のニーズの違いから、すぐに救助や救命処置を行えないこと<sup>23)</sup>、患者の後送が遅れる<sup>18)</sup>ことや、プライバシーが保護されない場面<sup>4)</sup>は典型的な例である。また、米軍の戦場におけるトリアージの優先順位は市中病院と異なっており、①すぐ軍務に復帰できる軽傷者、②直ちに蘇生または手術が必要な重傷者、③回復の見込みのない重傷者の順である<sup>4, 24)</sup>。「最大多数に最大の善をなす」が軍の医療の目標であり、Jonsenらは、このような軍隊のトリアージの倫理的基礎は、勝利一軍や国家にとっての共通善—に必要とされる者を職務に復帰させることである<sup>8)</sup>と解説している。

ジュネーブ条約には、武力紛争時の傷者又は

患者の尊重や保護について、差別をせず、治療の優先権は緊急な医療上の理由がある場合に限り認められる<sup>25)</sup>、という条文がある。ヒポクラテスの誓いの現代版ともいえる世界医師会ジュネーブ宣言<sup>26)</sup>でも、同様の約束が示されている。さらに、世界医師会の「武力紛争時及びその他の暴力的状況における医の倫理」においては、「医師としての職務を遂行するとき、忠誠の対立があっても、医師の第一の義務は患者に対するものである」<sup>3)</sup>ことが規定されている。しかし、米軍では、これら二重の役割責任について「軍の幹部としての役割を優先しなければならない」<sup>4, 5)</sup>という原則を明示している。米軍における戦傷救護の教育でも、「良い医療を追求することは、ときに作戦の失敗を招く」とされ、患者にとっても任務にとっても可能な限り良い結果を求めるが、その際の優先順位は「任務」であることを忘れてはならない<sup>23)</sup>、と明記されている。こうした二重忠誠 (dual loyalty) の状況において、医療者としての倫理的価値観、日本であれば衛生科における「骨肉の至情」や「挺身奉仕の精神」との間に、相剋や道徳的苦悩が生じうることは容易に想像できる。

このように、軍では患者の利益より軍隊の利益を優先する義務を受け容れなければならない<sup>9)</sup>。患者の利益より他者（この場合は軍）の利益を優先しなければならない例外的状況があることは一般に認められているが、倫理的に難しいのは、どのようにして患者を守るかを定めることである<sup>26)</sup>。この点について、軍隊の義務を優先することが医の倫理の戒律を大きく破るような行為の場合（例えば捕虜の虐待など）には、忠誠や従順ではなく、命令への不従順や上司への反抗が保証されている<sup>9)</sup>。世界医師会の「武力紛争時及びその他の暴力的状況における医の倫理」においても、健康な体を傷つける行為や人体実験を含む研究を非倫理的として禁じている<sup>3)</sup>。

軍の看護師は軍人であり、派遣地域では医療設備内でも銃を携帯し、敵の攻撃を受ければ応戦する必要がある。看護師が医療の専門家であり、同時に階級を持つ士官であること、敵愾心に満ちた状況下でケアを行い、軍の命令系統に従う必要があることは、武力紛争地域特有の価

値の対立・倫理的ジレンマを生み出す要因となっている<sup>4, 23, 27)</sup>。これは紛争や災害で苦しむ人々に対する看護師の国際救援活動とは異なる特徴といえるだろう。

### 3. 限られた医療資源の配分

武力紛争地域では、圧倒的に医療資源（人員、施設や空間、医薬品や資器材）が不足しており、補給も不安定である。限られた資源を配分するためのアプローチとしては、「医学的効用」、「くじなどの無作為化」、「自由主義」（個人の支払い能力と自由意思による）、「功利主義／社会的効用」（最大の利益に従う）、「平等主義」（厳密にニーズに従う）、「修正主義」（アパルトヘイトなどで歴史的に不利に扱われた人に有利に分配する）、などの考え方が<sup>9, 26)</sup>。武力紛争地域においては「患者の最善の利益」より、多様な状況に応じて「最大多数に最大の善をなす」<sup>8)</sup>という厳しい倫理的判断が求められるため、主に功利主義的アプローチをとることになる。古くからよく知られた資源配分の例として、第二次世界大戦の際、ペニシリンを最初に与えられたのは、重傷を負った兵士ではなく、すぐ戦線に復帰できる性感染症の兵士であった<sup>28)</sup>。一方で、ジュネーブ条約やWMAジュネーブ宣言では属性に関わらず医療ニーズに従う平等主義的立場が示されており、ここに医師や看護師個人の道徳的信条も絡むため、武力紛争地域の資源の配分においては度々倫理的ジレンマが生じると考えられる。

「時間」も医療資源の一つと考えるならば、武力紛争地域では、倫理的意思決定にかけられる時間がほとんどなく、選択肢も限られるため、医師や看護師は決定の妥当性に確信が持たず、道徳的苦悩から心理的痛みが遷延する場合がある<sup>5)</sup>。

### 4. 患者や仲間との人間関係

看護師のケアリングは、武力紛争地域においても市中病院と変わらず本質的に同じである。しかし、武力紛争地域では、前述した特有の状況や看護師—患者関係、そして外傷的な経験のインパクトに大きな違いがある。患者だけでなく看護師も日常的に疲れ、特殊なストレスとその対処の難しさを経験している。Hagertyらは、軍看護師への聴き取り調査から、心身ともにひ

どい外傷を負った戦傷者のケアを通じて、軍看護師が心身ともに疲れ果て、怒りを感じ、また、温かさや優しい気づかい、共感などの感情をもつことが難しくなっていたことを明らかにした<sup>29)</sup>。しかしその一方で、軍看護師にとって自分と同じ軍人である患者との関係性は市中病院におけるそれよりも強いという特徴が見いだされた<sup>29)</sup>。軍の看護師は、故郷の愛する人の面影が感じられる患者や、自分と年齢が近いのに瀕死の重傷を負った患者や同僚の戦傷に対して強く感情を揺さぶられ、大変な辛さを感じながら治療にあたっていた<sup>17)</sup>。

米軍の医療スタッフの間では、チームワークや友情、親戚に近いような関係を指す“military family”という言葉がよく用いられる<sup>17)</sup>。辛く苦しい経験を共有し互いに助け合うことで生まれる強い絆は代理家族のようなものでもあり、こうしたチームの結束が、武力紛争地域でのストレスフルな状況に軍看護師が対処していく原動力となっていた<sup>17)</sup>。武力紛争地域に派遣された英国軍看護師の研究からも、チーム構築の重要性と、派遣前にチームが知り合い、人間関係を構築する機会の有効性が明らかになっており、このような機会を同盟国間でも作っていく必要性が指摘されている<sup>30)</sup>。

### 5. 敵（反乱）武装勢力のケア

武力紛争地域では、捕虜や敵武装勢力をケアすることがある。Thompsonらは、敵の世話をしなければならない状況においても、やはりケアリングは看護の道徳的規範であり、基本であった<sup>31)</sup>と述べている。しかし、互いの敵愾心やコミュニケーション、文化の違いから、ケアリングの基盤となる看護師—患者関係の構築は困難であった<sup>32)</sup>。加えて、武力紛争地域で敵のケアをする際には、個人的な感情を脇におかねばならない困難さがあり<sup>29)</sup>、「なぜ私はこの人をケアしなければならないのか？」という思いや、限られた軍の医療資源を敵に使うことについて軍看護師は苦悩していた<sup>32)</sup>。

患者に対して忍耐強さや同情的な感情が低下し、恨みや怒りが満ちてくる（中略）しかしその感情をコントロールしなければならなかった（中略）「無危害の原則があるが、も

し患者が何かしたら、私はその顔をぶちのめしてやる」と誰かが言った

（Thompson<sup>32)</sup> より引用）

このように、敵のケアにおいては、倫理の4原則<sup>9)</sup>のみならず、看護師の倫理的看護実践の道徳的基盤（アドボカシー、責務、協力、ケアリング）<sup>10)</sup> いずれもが脅かされる。派遣後、軍看護師の中にはPTSD（Post Traumatic Stress Disorder）やアルコール多飲といった精神的・感情的な影響が続いた者もいる<sup>32)</sup>。軍看護師は道徳的苦悩を抱きながらも、肯定的な感情を維持するように努め、看護師としての責務や自国文化である人道や博愛の精神を体現するのだと自分の行動に意味づけしていた<sup>31)</sup>。

### 6. 文化・言語・医療レベルの違い

言語の違い、文化の違いは患者のケアに影響を及ぼす。Goodmanらは、イラクの患者と関わる際の倫理的ジレンマについて、個人の信念や文化の違いからイラク患者への先入観が生じること、通訳の不在によりコミュニケーションが限定的にならざるを得ないこと、現地との医療レベルの違いによって継続したケアができないことを挙げ、その対策として派遣前教育の重要性を指摘している<sup>33)</sup>。例えば倫理ガイドラインを認識すること、専門家やネットを活用した倫理コンサルテーションの利用方法、自分たちのネガティブな感情や信念（憤慨、自責感、罪悪感、絶望）を認識すること、文化・風習・言語の知識といった内容が必要とされている<sup>33)</sup>。

医師であるBernthalらも、派遣された地域の医療が自国と差があるため医療レベルを継続できないことをジレンマの一つに挙げており、さらに異なる国のスタッフと協働することの難しさ—ムスリムなど宗教の違い、国・民族の違いから倫理的視点が異なること、お互いがどんなふう動くのか予測がつかないこと—を指摘している<sup>18)</sup>。また、アフガニスタンでは想定以上に小児が多く（事前教育では触れられていなかった）、親が切断を嫌がる、後遺症に関係なく命を救ってほしいと懇願してくるなど、インフォームドコンセントの難しさがあった<sup>18)</sup>と述べている。Kenward & Kenwardは、通訳を介して患者や家族に状態を説明するとき、背景の

説明や思いやりはうまく伝わらないことが多いため、ケアが難しくなっている<sup>17)</sup>と指摘しており、このような文化・言語・医療の違いがさまざまな倫理的問題につながっているのである。

### 武力紛争地域における倫理的意思決定のための準備

武力紛争地域に派遣される前には、通常、軍人としての行動、特有の医療知識・技術や現地の言語・文化、倫理ガイドライン等について事前教育が行われる<sup>5, 30)</sup>。武力紛争地域では配置直後から倫理的問題に直面するため、倫理的意思決定の事前教育を受けておくことが重要である<sup>18)</sup>。

Bernthalらは、派遣前に四分割表を用いた意思決定トレーニングを受けたことが非常に役だった、としながらも、実際には地域の医療の状況、患者の状況もよくわからず、意思決定のための情報が十分に集められない場合が多い<sup>18)</sup>と、その限界を指摘している。一方でBernthalらは、四分割表の活用は倫理的意思決定をより良くするものではないが、意思決定のプロセスを明確にし、「全てを検討した」という自信につながる、とも述べている<sup>34)</sup>。

市中病院において、看護師は医師の指示下にあることが多いが、武力紛争地域のベッドサイドでは、軍看護師は医師から頼られる存在であり、スタッフの倫理的意思決定やデブリーフィングにおいてリーダーシップをとるべきだとする主張もある<sup>35)</sup>。そのような役割を果たしていくために、派遣される看護師のための倫理的意思決定ツールの開発も必要と指摘されている<sup>34)</sup>。

武力紛争地域に派遣された医療スタッフの経験から、倫理的準備性を高めるために、直前に派遣期間が終了したスタッフを招いて経験談を聞いておくことや、一緒に派遣されるメンバーが事前に会ってチームワークを形成し、倫理ケーススタディでディスカッションをしておくことの重要性が指摘されている<sup>5, 18, 30)</sup>。米軍では、事前教育のケーススタディで用いる事例は実例に基づきアップデートされており、現実的な状況を想定したディスカッションができるようになっている<sup>5)</sup>。しかし、派遣されるメンバー全員が全米から集まりこうした事前教育を

受ける体制にはまだなっておらず、今後の課題となっている<sup>5)</sup>。

### 結 言

本稿では、公表された文献を参考に、武力紛争地域に派遣された軍看護師が体験している困難や、現地で直面する倫理的ジレンマの特性を概説した。一般に流通しない出版物や学位論文、入手困難な資料などについては今回の検討対象としなかったが、軍看護師の経験については、このようなGray Literatureの中にこそ多くの語りが記されていると推測される。また、この分野の研究はまだ質的研究が中心であり、実証的な研究は十分に蓄積されていない現状にある。今後は、軍看護師が経験した倫理的ジレンマに関するデータ蓄積、遭遇する頻度の高い状況に関して派遣前の準備性を高める教育の開発、四分割表を用いた意思決定や、倫理的意思決定のサポートシステムに関するアウトカム評価、派遣前教育の質評価が求められる。

武力紛争地域における看護倫理については、これまでの看護倫理教育においてほとんど扱われてこなかった。しかし、限られた医療資源、厳しい医療環境、敵勢力のケア、二重忠誠などは、国際・災害看護や医療刑務所における看護とも共通する困難さがあり、今後基礎教育において取り上げていく必要がある。また、防衛省・自衛隊看護師の卒前卒後教育において、戦傷病や野外看護に関する内容は充実しているが、武力紛争地域の倫理的ジレンマについてはまだ十分な教育内容が検討されていない。特に、「軍」と「医療・看護」の価値対立である二重忠誠の問題と、敵愾心に満ちた状況下でケアを行うことは武力紛争地域に派遣された軍看護師の倫理的ジレンマを特徴づけるものであり<sup>24)</sup>、派遣経験の豊富な諸外国の資料を参考にしながらも、日本人の文化的特性や価値観・道徳的基準に合った倫理教育やガイドラインの開発が必要である。

### 利益相反 (COI)

本研究において開示すべきCOI関係にある企業・組織および団体等はない。

本研究の概要は第37回日本看護科学学会学術集会（2017年12月，仙台）において報告した。

#### 文 献

- 1) Lo, B. (北野喜良, 中澤英之, 小宮良輔訳) : 医療の倫理ジレンマ. 西村書店, 東京, 2003.
- 2) 鶴若麻理, 倉岡有美子 : 看護管理と倫理の考えかた. 学研メディカル, 東京, 2014.
- 3) World Medical Association current policies "WMA Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence" <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/> (参照2017-6-18)
- 4) Beam, T. B. and Sparacino, L. R. eds.: Military Medicine : Military Medical Ethics. Office of the Surgeon General, Washington, D.C., 2003.
- 5) Defense Health Board : Ethical Guidelines and Practices for U.S. Military Medical Professionals. <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/1027321.pdf> (参照2017-6-20)
- 6) Williams, P. T.: To kill or not to kill: a question of wartime ethics. *Nurs. Ethics* 3: 150-156, 1996.
- 7) 石垣靖子, 清水哲郎 : 臨床倫理ベーシックレッスン. 日本看護協会出版会, 東京, 2012.
- 8) Jonsen, A. R., Siegler, M. and Winslade, W. J. (赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡訳) : 臨床倫理学 (第5版). 新興医学出版社, 東京, 2006.
- 9) Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. (立木教夫, 足立智孝訳) : 生命医学倫理 (第五版). 麗澤大学出版会, 千葉, 2009.
- 10) Fry, S. T. and Johnstone, M. (片田範子, 山本あい子訳) : 看護実践の倫理 (第3版). 日本看護協会出版会, 東京, 2010.
- 11) 日本看護協会 : 看護師の倫理綱領. 2003. [https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code\\_of\\_ethics.pdf](https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf) (参照2017-5-20)
- 12) Thompson, J. E. and Thompson, H. O. (ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明訳) : 看護倫理のための意思決定10のステップ. 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
- 13) 小西恵美子編 : 看護倫理 (改訂第2版). 南江堂, 東京, 2014.
- 14) Chambliss, D. F. (浅野祐子訳) : ケアの向こう側. 日本看護協会出版会, 東京, 2002.
- 15) ICN : 看護師の倫理綱領. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/icncodejapanese.pdf> (参照2015-3-4)
- 16) Kuhse, H. (竹内徹, 村上弥生訳) : ケアリング. メディカ出版, 大阪, 2000.
- 17) Kenward, L. J. and Kenward, G.: Experiences of military nurses in Iraq and Afghanistan. *Nurs. Stand.* 29: 34-39, 2015.
- 18) Bernthal, E. M., Draper, H. J. A., Henning, J. and Kelly, J. C.: 'A band of brothers'-an exploration of the range of medical ethical issues faced by British senior military clinicians on deployment to Afghanistan: a qualitative study. *J. R. Army Med. Corps* 163: 199-205, 2017.
- 19) De Jong, M. J., Benner, R., Benner, P., Richard, M. L., Kenny, D. J., Kelley, P., Bingham, M. and Debisette, A.T.: Mass casualty care in an expeditionary environment: developing local knowledge and expertise in context. *J. Trauma Nurs.* 17: 45-58, 2010.
- 20) Budreau, L. M. and Prior, R. M.: Answering the Call: The U.S. Army Nurse Corps, 1917-1919: A Commemorative Tribute to Military Nursing in World War I. Office of the Surgeon General, Virginia, 2008.
- 21) Gurney, C. A.: 33 years of Army nursing: an interview with Brigadier General Lillian Dunlap. United States of Army Nurse Corps, Washington, D.C., 2001.
- 22) Biedermann, N., Usher, K., Williams, A. and Hayes, B.: The wartime experience of Australian Army nurses in Vietnam, 1967-1971. *J. Adv. Nurs.* 35: 543-549, 2001.
- 23) Combat Casualty Care Course (C4): Tactical Combat Casualty Care教育資料 (25-Mar-2012).
- 24) US Army Combined Arms center: Tactical Combat Casualty Care Handbook. <https://call2.army.mil/toc.aspx?document=6851&filename=/docs/doc6851/12-10.pdf> (参照2012-10-30)
- 25) 防衛省・自衛隊ホームページ「戦地にある軍隊の傷者及び病者の状態の改善に関する千九百四十九年八月十二日のジュネーヴ条約 (第一条約)」 <http://www.mod.go.jp/j/presiding/treaty/geneva/geneva1.html> (参照2018-8-30)
- 26) World Medical Association (樋口範雄訳) : WMA 医の倫理マニュアル (原著第3版). 日本医師会, 東京, 2016.
- 27) Kelly, J.: Battlefield conditions : Different environment but the same duty of care. *Nurs. Ethics* 17: 636-645, 2010.
- 28) Annas, G. J.: Military medical ethics : Physician first, last, always. *N. Engl. J. Med.* 359: 1087-1090, 2008.
- 29) Hagerty, B. M., Williams, R. A., Bingham, M. and Richard, M.: Military Nurses and Combat-Wounded Patients: A Qualitative Analysis of Psychosocial Care. *Perspect. Psychiatr. Care* 47: 84-92, 2011.
- 30) Finnegan, A., Finnegan, S., McKenna, H., McGhee, S., Ricketts, L., McCourt, K., Warren, J. and Thomas, M.: Characteristics and values of a British military nurse. : International implications of War Zone qualitative research. *Nurse Educ. Today* 36: 86-95, 2016.
- 31) Thompson, S. and Mastel-Smith, B.: Caring as a Standard of Nursing When Deployed Military Nurses Provide Services to Enemy Insurgents. *Int. J. Human Caring* 16: 22-26, 2012.
- 32) Thompson, S., Mastel-Smith, B., Duke, Gloria., Haas, B., Vardaman, S. and Yarbrough, S.: Military Nurses Caring for the Enemy. *Int. J. Human Caring* 18: 61-70, 2014.
- 33) Goodman, P., Hall, G., Agazio, J. and Prue-Owens, K.: Military Nursing Care of Iraqi Patients. *Mil. Med.* 178: 1010-1015, 2013.
- 34) Bernthal, E. M., Russell, R. J. and Draper, H. J. A.: A qualitative study of the use of the four quadrant approach to assist ethical decision-making during deployment. *J. R. Army Med. Corps* 160: 196-202, 2014.

35) Agazio, J., Padden, D., Al-Hamidi, S. A. and Throop, M.: Making the Hard Decisions. Ethical Issues

Encountered By Military Nurses during Wartime  
プレゼンテーション資料 (3-Jun-2017).

## Ethical dilemmas faced by military nurses during deployment to armed conflict areas

Yumiko MIKAMI, Atsuko AURUES\*, Hitomi KUSUMI\*\*,  
Sayuri UCHINO\*\*\* and Mariko KAIZU\*\*\*\*

*J. Natl. Def. Med. Coll.* (2019) 44 (1) : 8 – 17

**Abstract:** This review describes the ethical dilemmas specific to armed conflict areas, faced by military nurses deployed in those areas. According to the International Code of Medical Ethics of the World Medical Association, “Medical ethics in times of armed conflict is identical to medical ethics in times of peace.” However, specific difficulties often arise in armed conflicts, and military health care professionals often prioritize their responsibilities as members of the military. This can, however, generate a form of role conflict (called “dual loyalty”) between their professional duties to patients and their military obligations. Furthermore, ethical decisions must often be made quickly and with few available alternatives.

In the past, nurses occupied a subordinate position, without any authority for ethical decision-making in medical settings. Nowadays, however, military physicians are relying on military nurses to make decisions at the bedside in armed conflict areas. The foundation of nurses’ ethical practice is “caring,” and ethical dilemmas specific to nurses constantly occur in the process of practicing care, even in armed conflict areas. Unfortunately, even as nurses’ activities expand, the ethical dilemmas specific to armed conflict areas are not well recognized. Therefore, it is crucial to explore such dilemmas in nursing ethics education in the future.

**Key words:** nurse / military nursing / deployment / ethics