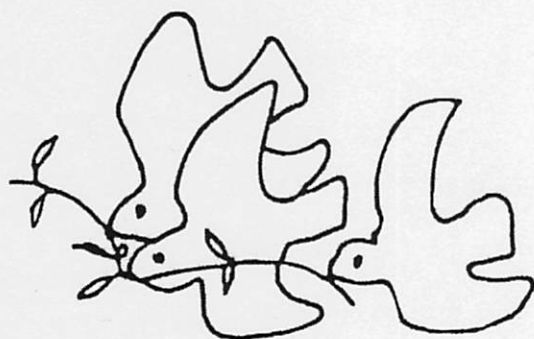




小児看護の 日常的な臨床場面での 倫理的課題に関する指針



日本小児看護学会

平成 22 年 3 月 作成

はしがき

わが国が児童の権利に関する条約（通称：子どもの権利条約）に1994年（平成6年）に批准して、15年が経過しました。この間、小児医療において、子どもの権利を擁護することの重要性が謳われ、看護基礎教育においても、臨床での継続教育においても、看護倫理、子どもの権利を擁護するアドボケートとしての看護師の役割について教育されるようになってきました。日本小児看護学会においても、子どもへの病気の告知、検査・処置に関する説明と同意に関する研究など、看護倫理に関する研究発表が多くされるようになり、また、子どもの権利擁護に関するシンポジウムやテーマセッションが開催され、会員の方々とともに、討議を重ねてきました。しかし、高度医療に伴う出生前診断、QOLの問題、積極的治療の中止、子どもの生死などの問題や、家族機能の低下に関連した虐待の問題など、倫理的課題は広範囲に及び、山積しているといっても過言ではありません。また、成長発達過程にある子どもの意見表明権を保障しながら、家族とともに子どもの最善の利益を考え決定するということの困難さや、医師や他職種とともに、子どもの権利を擁護する中で、専門性の違いや価値観の違いから、困難な状況に直面する場合があります。

1999年には日本看護協会から「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」が提示され、現在、小児看護に携わる看護師に周知されています。しかし、これらの考え方に基づき、常に小児看護実践がなされている状況ではありません。看護師が倫理的問題に直面した時、それを他者に適切に説明できずに、一人で抱え込んでしまったり、どのように解決してよいか分からずに、そのままにしている場合も多い状況があります。本委員会ではこのような現状を、看護師が倫理的思考の段階でとどまっているために、“重要なこと”であり“やらなければならないこと”であると考えているにも関わらず、実際に“行うことは難しい”と、倫理実践に至ることができていないのではないかと捉えました。すなわち、小児看護に携わる看護師は、倫理的感受性を高めることのみならず、気づいたことについて他者に説明し、行動化していく能力を向上させることが課題であると考えました。

小児看護実践のプロセスは、常に倫理的判断に基づいており、子どもにとっての最善を目指しています。そこで、小児看護に携わる看護師が倫理的思考から、倫理実践に至るプロセスで役立つガイドラインが必要であると考え、「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」を作成しました。本指針は、小児看護の日常的な臨床場面において倫理実践を行うことを想定したものであり、倫理的課題に関する行動指針と基礎知識、日常的な臨床場面での倫理的問題の具体例、倫理的意思決定モデルの活用による事例検討例から構成されています。

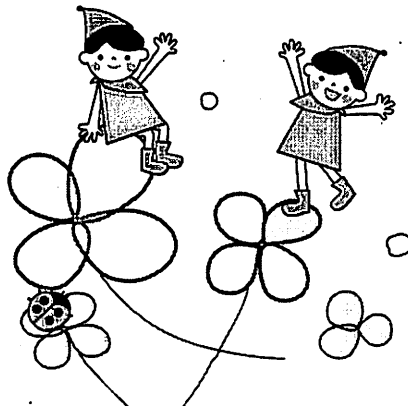
本指針を活用し、日常的な臨床場面での倫理的課題を整理し、子どもの権利をどのように擁護していくかについて考え、実践する上で役立てていただければ幸いです。

2010年3月

日本小児看護学会 倫理委員会

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| 1. 指針の位置づけと特徴..... | 1 |
| 2. 日常的な臨床場面での倫理的課題に関する行動指針 | 2 |
| 3. 基礎知識 | 4 |
| 4. 日常的な臨床場面での倫理的問題の例..... | 6 |
| 5. 倫理的意思決定モデルの活用による事例検討例..... | 12 |



1. 指針の位置づけと特徴

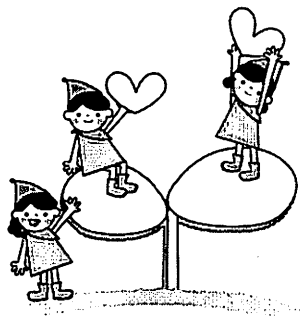
看護師の倫理綱領として、「ICN 看護師の倫理綱領（国際看護師協会，2005）」「看護者の倫理綱領（日本看護協会，2003）」が示されています。また、小児看護領域では、「児童の権利に関する条約（国際連合総会採択，1989）」に基づき「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為（日本看護協会，1999）」が示されています。

本指針は、小児看護に携わる看護師が、これらの倫理綱領や業務基準に基づき看護実践を行う上で役立ち、また、日常的な臨床場面での倫理的課題を整理し、看護師が倫理的思考から倫理実践へ行動化をする際に有用な指針として位置づけられると考えています。

本指針は、以下のような特徴があります。

- ①小児看護の日常的な臨床場面を多く取り上げて、基本的な考え方を活用して、どのように倫理的視点から検討していくのかという思考のプロセスを示しました。
- ②日常的な臨床場面で、自分が体験したり見たりしたことから、「これは変じゃないか」「倫理的に問題ではないか」ということに気づくことができるように、具体的に示しました。
- ③自分で、あるいは病棟のカンファレンスで、子どもを看護する中での倫理的課題を整理し、日常の臨床場面で子どもの権利をどのように擁護していくかについて考え、倫理的視点から事例検討する時に役立つように、具体的に示しました。

倫理的感受性を高め、なにげない日常場面のケアを倫理という視点から検討し、実践していく際に役立っていただければ幸いです。



2. 日常的な臨床場面での倫理的課題に関する行動指針

私たちは、小児看護の日常的な臨床場面で見られる倫理的課題について、行動指針（表 1）を実践することにより、医療を受けている子どもと家族の権利を擁護し、一人の人として尊重するケアを実践していきます。

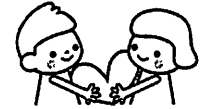


表 1. 日常的な臨床場面での倫理的課題に関する行動指針

1) 看護師の基本的姿勢

- ①看護師の価値観や信念、態度が倫理的判断に多大な影響を及ぼすため、自分の傾向を認識しておくようにします。他者の価値観を知ることにより自分の価値観に気づくこともできます。
- ②医療者の価値観を押しつけないようにし、相手の価値観を尊重します。
- ③日本文化の影響（和を尊ぶ、お任せ、本音と建前など）や社会の変化（価値観の多様化、情報化社会など）を理解するようにします。
- ④子どもの権利に関する法律や政策、専門職の倫理規定などの知識を習得し、実践に活用できるようにします。
- ⑤日頃から倫理的感受性を磨き、臨床場面での倫理的問題に気づくよう努力します。
- ⑥医療や看護に対する哲学、倫理原則、専門職の倫理規定などを倫理的判断の指標（参考 1, p.4）とします。
- ⑦子どもは発達途上にあるため、理解や判断、言語能力が未熟で、権利を十分に主張することが困難な場合があります。子どもの特性、起こりやすい倫理的問題を理解した上で、子どもの最善の利益とは何か、人として尊厳が守られているかを常に問いながらケアを行います。
- ⑧法律上、未成年の子どもは親権に服する年齢であり、法的判断の責任は家族にあります（参考 2, p.4）。したがって、実際に医療やケアを受けるのは子どもですが、意思決定の責任を負うのは家族（親権者）です。そのため、子どもと家族の意見が食い違うという問題が生じることもあるため、双方に慎重に関わる必要があることを認識し、実践してゆきます。

2) 具体的な取り組み

(1) 子どもに対する具体的な取り組み

- ①発達段階に合わせて子どもの思いや考えを十分に聴き、子どもを大切にします。
- ②効果的なコミュニケーションをはかり、信頼関係を確立します。
- ③子どもが理解し納得できるように十分に説明します。
- ④医療者だけで考えるのではなく、子どもと一緒に取り組みます。
- ⑤子どもが自分の意見を表明することや、意思決定するプロセスを支援します。
- ⑥子どもの日常生活に関心をもち、しっかりと観察します。気になったことはそのままにせず子どもに確認する、もしくは観察を継続し、必要な対応を考えます。
- ⑦子どもが家族に気を遣い、本心を話すことができない状況もあるため、どうすることがよいのかを子どもと十分に話し合い、子どもの気持ちを尊重しながら、子どもの最善の利益を保障できる方法を検討します。
- ⑧子どもとの約束を守ります。
- ⑨子どもの安全を保障します。

(2) 家族に対する具体的な取り組み

- ①病気の子どもをもつことによる家族への影響を理解しながら、思いや考えを十分に聴き、家族を大切にします。
- ②家族との効果的なコミュニケーションをはかり、信頼関係を確立します。
- ③医療者だけで考えるのではなく、家族と一緒に取り組みます。
- ④子どもの病気や治療などを理解し意思決定できるように、家族に十分に情報提供を行います。
- ⑤家族の思いを受け止めながら、意思決定するプロセスを支援します。
- ⑥各々の家族がおかれている状況の違いを理解し、共感的に関わるように努めます。
- ⑦子どもと家族が、お互いの思いや考えを理解し合い、納得できる選択ができるように調整を行います。子どもが家族に気を遣い、本心を話すことができない状況もあることを家族に伝え、子どもにどのように関わるとよいかを一緒に考えます。
- ⑧家族の体調や疲労に配慮し、基本的欲求を満たす支援ができるように努めます。

(3) 医療チームにおける具体的な取り組み

- ①子どもの権利を擁護する役割を果たします。常に子どもの立場に立って発言をします。
- ②倫理的問題に気づいた場合、見過ごさずに声に出して周囲に伝え、チームで話し合い検討することでよりよい方法を見つけます。
- ③臨床ではどのような倫理的問題が起こっているのかについて、定期的に話し合う機会をもちます。
- ④問題が困難ですぐに解決できないとしても、現実的に何ができるのかをチームで一緒に考え、子どものためによりよい方法を模索します。そして、子どもにとってよりよいことだと納得できるプロセスを経て決定します。
- ⑤問題が困難で解決できない場合、無理だと諦めるのではなく、短期的な目標と長期的な目標を掲げ、計画的に進めます。例えば、子どもにとってよいケアであると分かっているも、病院のシステムの問題で実践できない場合、今できる最善のケアを模索し提供する一方で、システムを変えていくためにはどうすればよいかという長期的なプランを立てて実施します。また、必要に応じて院内の倫理委員会や第三者機関を活用する方法も検討します。

【参考1】倫理的判断の指標の例

- ・ ICN 看護師の倫理綱領 (国際看護師協会, 2005)
- ・ 看護者の倫理綱領 (日本看護協会, 2003)
- ・ 看護研究における倫理指針 (日本看護協会, 2004)
- ・ 小児看護領域の看護業務基準: 小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為 (日本看護協会, 1999)
- ・ 病院のこども憲章 (病院の子どもヨーロッパ協会, 1988)
- ・ 児童の権利に関する条約 (国際連合総会採択 1989, 日本批准 1994)
- ・ 患者の権利章典 (アメリカ病院協会, 1973)
- ・ 患者の権利法要綱案: 医療における基本権など (患者の権利法をつくる会, 1991)

【参考2】子どもの法的権利

- ・ 日本では、民法上、満 20 歳をもって成年とする (民法 4 条)。つまり、満 20 歳に達しない者は未成年者となり、法定代理人 (親権者あるいは未成年後見人) の親権に服することになる。ただし、未成年者が婚姻した場合には私法上は成年に達したものとして扱われる (民法 753 条、成年擬制)。

3. 基礎知識

1) 倫理 (ethics) とは…

「個人や集団の道徳的実践、信念、基準」(Fry&Johnstone, 2002/2005, p.254)である。「これはよいことか、よくないことか」「これをすべきか、すべきでないか」などのような、何らかの価値判断を含む行為の規範を指す。

2) 看護倫理 (nursing ethics) とは…

「看護師によって重要なものとして明らかにされた道徳的価値、理想、徳、義務ならびに諸権利についての信念」(Curtin&Flaherty, 1982, p.176-177)である。看護師としてどうすべきか、何をすることがよいことかを問うことである。

3) 倫理的/道徳的感受性 (ethical/moral sensitivity) とは…

倫理的問題が生じていることに気づく能力であり、価値や価値の対立を認識する能力である。「何かおかしい」「何か気になる」「もやもやする」と感じる力である。

4) 倫理原則 (ethical principle) とは…

「道徳的意思決定と道徳的行為のガイド」であり、看護実践にとって重要な倫理原則としては、表2の「自律」「善行」「無害」「正義」「誠実」「忠誠」がある (Fry&Johnstone, 2002/2005, p.254)。

表2 倫理原則

| | |
|-----------------------|--|
| 自律 autonomy | 個人がその人の計画や行動を自己決定することを認めること、人は自律している存在として扱われるべきであるということ、自律性が低くなっている人は保護されなければならないということ 例) 子どもに「薬を飲みなさい」と一方的に言って飲ませるのではなく、どのような方法で薬を飲むかなどを子どもと話し合う。子どもが「ご飯の後30分してから、ジュースと水で1個ずつ飲む」と提案するなら、医療的に問題がなければ、それが達成できるように支援する。 |
| 善行 beneficence | 善あるいは益を提供すること 例) 終末期にある子どもが家に帰りたいと望む場合、病院にシステムがないと諦めるのではなく、子どもにとって何がよいことかを皆で考え、苦痛がなく家で家族とよい時間が過ごせるような、子どもが望む最善のケアを提供する。 |
| 無害 non-maleficence | 害や危険を避けること、危害を及ぼさないこと 例) 幼児期の子どもの手が届くところに聴診器をかけておいたり、医療材料をベッド内に置き忘れたりすると、子どもが触り怪我をする危険性があるため、必ず確認をし、子どもに安全な環境調整をする。 |
| 正義 justice | 人は相対的に見て平等な人に同じように対応する義務があるということ、対等である人間をいかに対等に扱うかということ、社会における負担と利益の配分をいかに公平・平等に行うかということ 例) 個人によりケアに対する満足のレベルが異なるため、一人ひとりの子どものニーズを把握し、子どものニーズとその満足のレベルに合わせたケアを行う。関わる時間を同一にすれば平等なケア提供になるというものではない。 |
| 誠実 veracity | 真実を告げることと嘘を言わない、あるいは他者を感わさないこと 例) 採血を怖がる子どもに「痛くないよ」と嘘は言わない。「チクッとするよ」「痛いことをする時は言うから、その時は頑張ろうね」と、子どもが分かるように実際に起こることを正しく話し、子どもの頑張る力を引き出し、サポートする。 |
| 忠誠 fidelity | 人が専心していることに忠実であること、約束を守ったり秘密を守ったりすること 例) 「このことは他の人には言わないで」と子どもに言われた時、ケアに関する重要な情報であっても、子どもの了解を得ずに他の看護師に話してはいけない。他の看護師に話す場合は、子どもが話した情報をスタッフで共有したいという考えとその理由をきちんと子どもに説明をし、了解を得ることが必要である。 |

5) 徳の倫理 (virtue-based ethics) とは…

看護師としての性格特性やあり方に焦点を当て、看護師としてどのような人であるべきか、よい人であるかを問うことである。

6) ケアの倫理 (ethics of care/care-based ethics) とは…

「自己・他者をケアすることと育むこと、痛みや苦悩を和らげること、関係性の維持、具体的な状況の詳細な文脈に注意を払うことといった特定の道徳的関心によって特徴づけられる」(Davis&Tschudin,et al.,2006/2008, p.258)。従来の抽象的な価値や権利の対立という二者の葛藤という形ではなく、人間関係を保持し、より強化する方向で問題解決を図ろうとすることに焦点が当てられている。

7) 倫理的/道徳的ジレンマ (ethical/moral dilemma) とは…

「同じくらいの正当性がある行動や判断が2つ以上あり、個人がどれを選んだり行ったりしたらよいか分からない状況」である (Fry&Johnstone, 2002/2005, p.252)。

8) 倫理的課題 (ethical issue) とは…

「倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値の対立」である (Fry&Johnstone, 2002/2005, p.255)。

9) 倫理的意思決定モデル (ethical decision making) とは…

個人や集団の看護ケアや健康について倫理的意思決定をする際の多様な系統的過程や方法を示したものである。

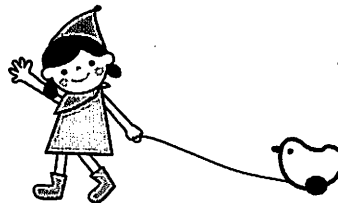
倫理的問題を考える一般的なプロセスを以下に示す (古庄,小島, 1999, p.124)。

①事実の確認: 何が起きているか・誰が関わっているか

②倫理的問題の同定: 倫理的な問題であるかどうか・関わっている人の価値の対立があるか

③問題の分析・判断: 優先させるものの決定

④解決策の決定: 考えられる選択肢と予測される結果・誰が決定すべきか・最良の選択肢や選択の合意



4. 日常的な臨床場面での倫理的問題の例

小児看護の日常的な臨床場面において、様々な倫理的問題が生じています。「臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針（日本看護協会，2006）」では、看護師が臨床で直面することの多い12の臨床倫理問題が示されています。ここでは、これらを参考に、各々の問題について小児看護の日常的な臨床場面ではどのようなことが見られるかを検討し、臨床倫理問題として14カテゴリーに整理し、各々のカテゴリーに含まれる倫理的問題について例を示しました（表3）。ここに提示した例はあくまでも創作例であり、これらを手掛かりに、毎日の臨床場면을振り返り、倫理的問題が生じていないか検討していきましょう。

表3 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的問題の例

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>1. 十分なケアを提供することができないこと</p> | <p>【ケアの優先順位を決定する難しさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 不安が強い様子の思春期の子どもが、「看護師さんと話をしたい」と言ってきた。しかし、手術出しの時間が迫り処置が必要な乳児も受け持っていたため、その子どものケアを優先し、思春期の子どもに「手があくまで待ってね」と答えた。手術出しが終了し、病棟に戻ると、術後で疼痛を我慢している幼児の母親から「痛みが強いようなので何とかして下さい」と言われたので対応した。思春期の子どもへの対応が最後になったが、この対応の仕方によかったのか、分からなかった。 <p>【看護師のマンパワー不足・能力不足がケアの質に直接影響を及ぼすこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 看護師が欠員状態のため、日勤の看護師は2名不足した看護体制が続いている。できる限りのケアをしているが、治療や処置などの業務に追われ、子どもや家族の話をゆっくり聞いたり、一緒に今後のプランを立てたりする時間が確保できない。これではよいケアをしているとは言えないが、超過勤務を続けている状態でもあり、どうすればよいのか悩んだ。 ベッド上で安静が必要な子どもが泣いて暴れていたためベッドサイドに行ったが、子どもはかえって興奮状態になり安静にできなかった。子どもが安静にできるようなケア方法が思い浮かばず、他の看護師に相談しようと考えたが、皆忙しそうで声が掛けられなかった。ずっと泣いている子どもに何かしなくてはと思ったが、何もできず、つらかった。 <p>【成長発達を促す・教育を受けるという権利が制限される環境】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳性麻痺で入院が長期化している子どもに対し、運動機能訓練などの積極的なケアがなされず、PTとの連携もとっていなかった。そのため、子どもへの訓練を強化することができる施設について、家族に情報を提供したが、家族は子どもにはまだ治療されるべきことがあると転院に同意しなかった。障がいを抱えている子どもの発達を促すケアや、障がいを進行させないようなケアが十分に行えない状況にあり、もっとケアを提供すべきだと思っているが実施できていない。 子どもの症状への対応を優先することが多く、教育を受けることへの配慮が不足することがある。院内学級の在籍も15歳までであり、それ以降の教育への支援が大幅に減少する状況にある。子どもにとって継続して教育を受けることは重要であるが、十分に保障できていない現状に悩んでいる。 |
| <p>2-1). 医師の治療方針に関すること</p> | <p>【医師の治療方針に納得できないが指示を受けなければならないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ある医師は、最後までできる限りの処置をして救命の努力をすることが医師の仕事であるという考えをもっており、家族が「治療をやめてほしい」と言ったが、そのまま治療は継続された。看護師は医師と話し合う機会を作り、自分たちの思いや考えを話した。しかし、医師は親を説得して指示を出したため、不必要ではないかと思う輸液や薬剤を投与しなくてはならなかった。納得できないままに指示に従った。 |

| | |
|------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・MRI 検査を行う幼児に対し、医師より眠剤投与の指示が出た。しかし、この子どもは工夫をすれば眠剤を使用せずに検査が受けられると判断し、医師に伝えたが、「無理だ」と言われ了解を得られなかった。そのため、子どもに眠剤を投与したが、この子にとって最適な方法ではないという思いが残り、これでよかったのかと悩んだ。 |
| <p>2-2) . 看護チームの方針に関すること</p> | <p>【よりよいケアを提案してもチームに受け入れてもらえないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長期入院している乳児に対し、発育を促進するように、計画的にケアをしたいと提案した。しかし、その子どもにだけ特別なことはできないと、リーダーに言われた。子どもに必要な個別的なケアかどうかを、何をもって判断するのがよく分からなかった。 ・「ずっと行ってきたケアだから」「この方法でやってきたから」と、新しいケア方法の効果を確認したり、子どもにとってよいことを取り入れることに躊躇することがある。本当にそれでいいのかと疑問に思いながらも、皆に従ってしまう。 |
| <p>3. 終末期医療に関すること</p> | <p>【終末期の子どもにとっての最善のケアを判断する難しさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでとても頑張ってきた子どもが、終末期になり、看護師は穏やかに過ごすことがよいと考えたが、家族は最後まで蘇生をしてほしいと望んだ。この子どもにとってどうすることがよいことなのか悩んだが、家族の言う通りにするしかなかった。看護師自身が納得できず、何度も家族と話し合いをもったが家族の意見は変わらなかった。振り返って考えてみると、看護師の思いを押しつけただけで、家族に負担を与えたかもしれないと思うが、子どもにとってこれでよかったのか疑問にも思う。 ・子どもが急変し脳死に近い状態になった。「意識や自発呼吸のない子どもにとって、栄養を補給することは意味がない」と、栄養を中止することを医師から促され、家族はそれに従った。十分に検討することなく決定されたが、これでよかったのか悩んだ。 |
| <p>4. 患者の権利と尊厳に関すること</p> | <p>【子どもを大事にすること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・幼児に内服を勧めるが嫌がって飲まず、時間が過ぎていった。治療上内服は必要であり、医師も「できるだけ飲ませてほしい」という指示を出していた。どうしても子どもの気持ちを内服に向けることができず、子どもも苦痛な時間が続いていた。母親が「押さえて口に入れてもらっていい」と言った。他の方法がなかったため、無理矢理飲ませることになってしまい、つらかった。 ・午前中は学習や集団保育の時間であるが、自分の業務上、時間がなかったため、その時間に入浴を計画した。子どもは嫌がったが、機嫌をとりながら入浴させた。もっと上手に時間を使い、子どもたちの楽しい時間を保障できるようにしたいと思った。 ・水分制限が厳しい循環器疾患の子どもが、口渇がありながらも早くに眠ってしまった。24 時で水分量を集計するため、経口水分の指示を守るためにはあと 50ml を飲ませることが必要だと考え、寝ている子どもを起こして飲ませた。起こしてまで本当に飲ませる必要があったのか、悩んだ。 ・子どもが食事をしている時に医師がやって来て、「採血をする」と言った。看護師は、「食事が終わってからにしてほしい」と医師に伝えたが、医師は「これから手術に入るため今しか時間がない。他の医師に頼むのも申し訳ないから」と言い、子どもの食事を中断させ、採血のために処置室に連れていった。おかしいと思ったが、医師に何も言えなかった。 ・処置室が使われていたので、多床室で子どもの肛門周囲に対する処置を行った。他科の医師であったため、処置室が空くまで待つことができるように言うことができなかった。また、勤務時間の仕事の段取り上、処置室が空くのを待つことができなかった。 |

| | |
|--|--|
| <p>5. インフォームド・アセント、インフォームド・コンセントに関すること</p> | <p>【子どもに必要な説明の内容と方法の選択】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6歳の子どもが、心臓カテーテル検査目的で初回入院してきた。自覚症状はなく、発達レベルは年齢相応であった。母親から「子どもは神経質である」「子どもが不安がるので、検査は寝ている間に終わるとのことだけ説明して下さい」と強い口調で言われた。母親の不安は強く、動揺していた。医師は母親の意見に従い、「眠って検査する」とだけ説明した。看護師は疑問に思ったが、何も言えなかった。 ・検温や消拭など、日常的に行っているケアについて、子どもがすでに知っていることだからと思い、説明せずに行っている。また、子どもにケアの方法を選ぶ機会を与えず、看護師のペースで進めることも多くある。 ・軽度発達障がいの子どもに、血小板減少による鼻出血が起こった。止血しようとしたが安静にできず、鎮静をかけたが、鎮静が効きにくく、追加投与した。この子どもは何度も繰り返し分かりやすく説明すると安静にすることができるが、それを実施していなかった。子どもに適した方法で説明していれば、鎮静をかけなくてもよかったかもしれないと思った。 <p>【説明を受ける子どもと家族へのタイミングのよいケア提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師から子どもや家族に病気に関する説明をする時は、医師がカルテにその時の状況を記載している。看護師はその記録を確認するのでよいという判断で、説明時に同席していない。そのために、子どもや家族のサポートがタイミングよくできなと思うが、業務に追われて時間が確保できないことも多い。 <p>【遺伝についての説明の難しさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの遺伝疾患について家族に説明した時、父親から「母親が大きなショックを受けると思うので、もうしばらく母親には内緒にしておきたい。時期を見て自分から話す」と言われた。母親と会話をする時、言葉を選んで話をしなければというプレッシャーがあり、訪室が減った。退院の時に父親に聞くと、「まだ母親に話していない」と言われた。このまま父親に任せていて、母親の受け入れは大丈夫だろうかと思ったが、どうサポートすればよいか分からなかった。 ・遺伝疾患であることを子どもに説明する時、家族と十分に話し合った上で子どもに適した時期や内容を選択し、サポート体制を整えて実施するが、子どもがショックを受けて何も話さなくなった場合の対応が難しい。 |
| <p>6-1). 患者の自己決定に関すること</p> | <p>【子どもの意思・交渉を受け止めること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・採血をする際に、「待って。これを片づけてから」と言う子どもに対し、「時間がないから早くしないとダメ」と言い、処置室に無理に連れていった。採血中も泣いて暴れ、終わった後もぐずり続けた。後から他の看護師に聞くと、その子は「これをしてから」と決めるとそれを守って、頑張って採血に取り組める子どもであり、いつも上手であるという。子どもが提案していることを聞き流し、無理をさせてしまったことを申し訳なく思った。 <p>【子どもより家族の意向を重視すること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもは自分の病気について知りたいと思っていた。しかし、家族が「子どもに知らせたくない」と言うため、病名を伏せて関わっていた。医師に相談したが、「家族がそう言うのだから仕方ない」と答えるのみであった。子どもに病名を伝えていないことに対して後ろめたい気持ちがあり、子どもとの関わりがごちない気がした。これではよくないと思ったが、どうすればよいか分からなかった。 |
| <p>6-2). 家族の意思決定に関すること</p> | <p>【家族のケア参加への希望を医療者の都合で断ること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査や処置の場面で、家族がケア参加を希望した。しかし、「家族がいるとかえって子どもが興奮し、処置がスムーズにできない」という医療者の考えで、参加を断ることがあった。「個人差はあるが、家族がいることで頑張る子どもが多い」と医師に伝えたが、聞き入れられなかった。泣き叫ぶ子どもを押さえなければならないことがつらかった。 |

| | |
|------------------------------|--|
| | <p>【家族の意向を尊重するということ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を継続していた子どもが呼吸状態の悪化により入院し、気管切開を行った。新たに子どもに行われた気管切開のケアへの参加を家族に促したが、母親は「私はしない。私にはできない」と新たなケアへの参加を拒否した。再度子どもが在宅療養をするためには、家族の支援が必要であると分かっているにもかかわらず、家族の「しない」という意向に押され、他の支援方法の検討を行わなかった。 医療者からみると効果が低く、子どもに強い苦痛を与えることが予測される治療であったが、家族は「やれることは何でもやりたい」と言い、その治療を実施する選択をした。家族の希望は大事にしたいが、子どもにとってこの選択は最善なのか、疑問に思った。治療開始後、子どもは一生懸命に苦痛に耐えており、その姿を見るとつらくなり、ますますこの治療を実施することについて、疑問が強まった。 <p>【家族の意思決定のプロセスに寄り添うことの難しさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師が家族に、現在治療効果がないことを説明し、今後治療を続けるか、中止するかを選択するように話した。家族は治療を中止することを選択した。しかし、家族は子どもの状態を見ているうちに、この決断は正しかったのか、治療を続けたほうがよいのではないかという迷いや悩みを抱き、さらに父親と母親の意見の対立も起こり、とても苦しんでいた。看護師はどう声をかけてよいか分からず、様子を見ているだけしかできなかった。 |
| <p>7. 守秘義務に関すること</p> | <p>【守秘義務やプライバシー保護に対する意識の低さ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 子どもが看護師に話した会話の中で、看護をする上で他のスタッフや家族と情報共有をすることが必要だと判断したことがあった。看護師は、当事者の子どもに、皆に話してよいかという確認をとらずに、その情報を皆に伝えた。そのことを子どもが知り、傷ついてしまった。 ある部屋でケアをしていると、「その子の病気は何ですか。今日手術されるのですか」と、同室の他の家族から聞かれた。どう答えてよいか分からず、ごまかした。 回診時に大部屋で子どもの情報を話し討論をする医療者がいる。子どもは自分の病気についてよくないことを話していると気がついて、不安が高まることもある。 子どもの清拭をする時、乳幼児の場合はカーテンを引かずに行っていることが多い。これでは子どものプライバシーが守られていないと思うが、多くの業務に追われて、配慮に欠けてしまうことがある。 |
| <p>8. 安全確保と拘束のジレンマに関すること</p> | <p>【鎮静剤使用が看護師の業務によって決定されることへの疑問】</p> <ul style="list-style-type: none"> 心臓手術後の子どもは、泣くことで心負荷がかかる。看護師がそばにいてあやしたり、トントンと背中を優しくたたいていたり泣きやむ。しかし、看護師は他に仕事がありずっとそばにいられないため、医師から啼泣時の対応として指示が出されている鎮静剤を使用した。鎮静剤を使用してもよかったのか、後ろめたい気がした。 子どもはチューブを引っ張るなどの行動が見られるため危険であると判断した。人手がないので抑制をした。誰かがいれば抑制をしなくてすむのにと考えた。 |
| <p>9. 家族の支援に関すること</p> | <p>【家族の基本的欲求を満たすことへの支援ができないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ずっと子どもに付き添っている母親が疲れ切っていた。しかし病院では家族が休息できるような設備がない。少しでも休息を取ってもらえるよう、一度家に戻って休むことを勧めたが、「私のようにずっと子どもをみていてくれるのですか?」と言われると、「できます」とは答えられなかった。結局、母親は疲れ切っている状態で付き添いを継続した。 |

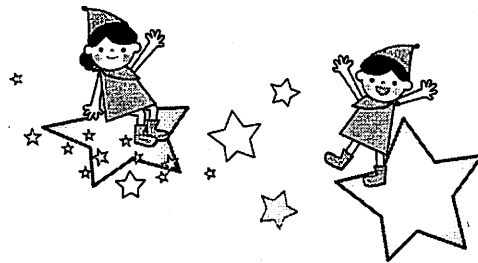
| | |
|------------------------------|---|
| | <p>【家族の欲求や権利の主張をどこまで受け入れるのかの判断の難しさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「うちの子どもは治療でしんどいので、この部屋の消灯時間を早めて下さい」と母親に言われた。母親の思いも分かるが、同室の子どもや家族にもそれぞれ事情があり、どう対応すればよいか困った。 ・ベッド上で食事をしている幼児がおり、親が見守っている。ベッドの上にはおもちゃがいっぱい散らかっている。片付けたり注意したりしたいが、親の役割の範囲と思うと、言えない。 |
| 10-1) . 医師との関係に関する事 | <p>【医師に対して意見が言えないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもにとってもっといい方法があると思うが、医師に意見を言っても聞き入れてもらえないので、医師の指示をそのまま受けたり、医師に何も言わないで実施したりすることがある。 ・30-40分かかっても点滴を確保することができないため、医師は苛立ち、乳児は大声で泣き続け、処置室の外で待つ母親は非常に心配していた。処置介助をしている看護師は、他の医師に交代してもらおうか、一旦処置を中止すべきと思っているが、医師に言えなかった。 |
| 10-2) . 看護師との関係に関する事 | <p>【先輩看護師に対して意見が言えないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・先輩看護師が、特定の子どもを特にかわいがり、子どもの中に不平等感が生まれるのではないかと気になったが、先輩には意見が言えなかった。 ・ナースステーションで、看護師と医師が、生活管理ができない子どものことを話している。そういう言い方をしてほしくないと思うが、皆の前で発言することはできない。 ・後輩看護師が子どもへのケアを実施した後、先輩看護師より「そのことは家族がやるべきことだから、看護師はしなくてもいい」と意見された。後輩看護師は、家族が子どもに関わることをできない理由を聞いていたが、そのことをその場で先輩看護師に説明できなかった。後輩看護師は、先輩看護師が見ていない時に子どもや家族に関わるようになった。 |
| 10-3) . その他の職種との関係に関する事 | <p>【保育士との役割分担、協働がうまくできないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保育士と看護師が、各々の専門的視点から得た子どもや家族についての情報を共有して関わることができているために、個々の働きかけとなり、効果的なケアにつながっていないことがある。 |
| 11. 医療従事者の態度や発言に関する事 | <p>【子どもを呼び捨てにする、あだ名で呼ぶこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が呼んでいないような呼び方を勝手に考え、子どもを呼んでいることがある。 ・親しみを込めてしているのかもしれないが、子どもの名前を呼び捨てにしていることがある。 |
| 12. 臓器移植、治験、臨床研究などの先進医療に関する事 | <p>【治験の説明が公平・正確ではないと感じること】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が治験に関する説明を行っているが、治験を受けるように話を進めているように思う。しかし、それを家族に伝えることが子どもや家族のためになるのか分からない。 ・遺伝的な疾患をもっている子どもの母親から、次の妊娠時における出生前診断について相談された。何と返事をしたらよいか、分からなかった。 |
| 13. 組織の管理に関する事 | <p>【変革する力が弱い組織】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットの対策を検討するが、同様なヒヤリハットが続くことがある。マンパワー不足などが考えられるが、現状の中での効果的な方法を見いだすことができない。 |
| 14. 施設の経営方針や設備を含む組織の管理に関する事 | <p>【いつでも家族に会える権利が保障されていないこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面会時間やきょうだいなど面会できる人が制限されることは、子どもにとってよいこととは思えないが、実際には制限をしている。特に、面会時間が終了になると、子どもの状態に関わらず規則だからと一律に家族に帰宅を促すことを疑問に思う。 |

【平等な医療を受ける権利が保障されていないこと】

- ベッドに空きがなかったり、治療できる医師がいなかったりするために治療を受けることができないことがある。
- 小児病棟が満床のため、成人が多く入院している病棟に子どもが入院することがある。疼痛を伴う処置や検査の後などに子どもが啼泣するような場面で、子どものことよりも他の成人患者に迷惑をかけているのではないかと、気になることがある。

【子どもが入院するのに適した物理的・人的環境ではないこと】

- 混合病棟のように、子どもが安全で安楽に入院することができる環境が整っていないことがある（大人サイズに作られている洋式トイレを、台などで工夫して子どもが使うことによって生じる事故の防止対策が不十分であることなど）。
- 看護師のマンパワー不足によって、子どもが乳幼児であるということだけで、家族の誰かが付き添うことを強要しなければならないことがある。



5. 倫理的意思決定モデルの活用による事例検討例

日常的な臨床場面において倫理的問題に直面した時、何が問題であるのか、どのようにその問題に取り組みればよいか、どうすることが最善なのかと悩むことがあります。状況を分析し、倫理にかなった判断を行い、それに基づいて行動するというプロセスを導き出すために、いくつかの倫理的意思決定モデルが提案されています。今回は、数あるツールの中から、10段階ステップモデル (Thompson, J.E. & Thompson, H.O.)、臨床倫理の4分割表 (Jonsen, A.R. & Siegler, M., et al.)、臨床倫理検討シート (臨床倫理検討システム開発プロジェクト) の3つを用いて、実際に事例分析を行う一例 (概要) を示します。

ここで提示しているものはあくまで検討の一例であり、正解というものではありません。子どもや家族、スタッフや組織の状況などによって様々な結果が導き出されていきます。子どもとその子どもに関わる人々が十分に話し合い、納得する決定ができるように努力することが大切なのです。

1) 10段階ステップモデル

Thompson, J.E. & Thompson, H.O. が提案した、批判的探求と道徳的推論を用いたモデルです (Thompson, J.E. & Thompson, H.O., 1992/2004)。倫理的問題がある時、とるべき行為を一つ選択する絶対安全な公式を示すものではなく、意思決定のプロセスを明示しています。ステップ1-7は分析過程であり、ステップ8は比較検討と正当化の過程、ステップ9は選択でステップ10は評価です。フォームが明確であるため使用しやすく、倫理的問題の理解や解決に有効な方法です。

(1) 10段階ステップモデルの解説

日常的な臨床場面での倫理的問題を検討するために、このモデルを使うことを想定し、各ステップにおける実施内容を解説します (表4)。

表4 10段階ステップモデルにおける各ステップの解説

| ステップ | 解説 |
|-----------------------|--|
| 1 状況を再検討する | 状況の全体的な再検討を行う。その状況下での健康問題は何か、どのような意思決定をする必要があるか、そして倫理的要素や科学的要素には何が含まれ、どのような人々がこの問題に関与し影響を受けるのかについて、おおよその見当をつける。 |
| 2 補足的情報を収集する | さらにどのような情報が必要か、どのような情報が獲得できるかを明らかにする。情報としては、人口統計データ、健康状態と予後、患者の知識、理解力のレベル、好み、能力、家族構成員や重要他者、提案された行動に関する法的見解、患者や家族に示された選択肢などがある。 |
| 3 倫理的問題を識別する | ヘルスケア状況の倫理的問題を識別するために、ガイドラインとして「倫理的問題を識別するための分類」(表5)を使用し、リストを作成するとよい。事例における倫理的問題を明らかにし理解する過程において、倫理的問題の歴史や哲学的側面などを知ることで、他者を理解する力を養うことができる。一般的倫理学の知識とともに、生命倫理や臨床倫理の基礎的な問題領域を認識しておく。 |
| 4 個人的価値観と専門的価値観を明確にする | ステップ3で挙げられた倫理的問題に関連する個人的価値観や専門的価値観を識別・吟味し、明確にする。人として看護師として重んじているものを明らかにし理解する。「この問題に関して、私は何を信じ、何に重きを |

| | | |
|----|--------------------|--|
| | | おいているのか」「なぜ重んじているのか」という個人の価値観をはっきりさせる。そして、教育課程や専門的な役割実践を通して培った専門的価値観（職業的な価値観）を明らかにする。 |
| 5 | キーパーソンの価値観を識別する | 前提として各人の基本的な価値観の認識が必要であり、キーパーソンの問題に対する基本的な考え方（道徳姿勢、信念、価値観など）を知る。このステップは、キーパーソンと一緒に実行するとよい。それが不可能であれば個人で進めてもよいが、判断を誤る危険性があることを認識しておく。 |
| 6 | 価値の対立があれば明確にする | 価値の対立を解決するには、対立点を明確に識別できるかどうかが重要になる。価値の対立には、個人内部のもの、個人間のもの、グループ間のものがある。個人間やグループ間の葛藤の例としては、医師と看護師間の葛藤がある。客観的な資料を集め、冷静に公平に価値の優先順位（順位づけ）を決める。 |
| 7 | 誰が意思決定すべきかを定める | 意思決定を行うのにふさわしい人は誰なのかを見極める。決定が困難な場合は、「問題を抱えているのは誰か」「決定する人を決めるのは誰か」「看護師の役割は何か」と問いかけ、考えを整理する。意思決定者としては、患者、専門家、他者、チームなどがある。 |
| 8 | 行動範囲と予想される結果を関連づける | いくつかの選択肢を抽出し、その予測結果を明示する。リストを作成すれば理解しやすい。この予測は、身体的のみならず、情緒的、心理的、社会的、経済的、文化的な諸影響を包含する。現状を吟味し、実行不可能や非現実的な選択肢を削除する。 |
| 9 | 行動方針を決定し実行する | 倫理の原則や理論に照合させ、道徳的に正当化できる最善の選択肢を確認する。そして、ステップ8で挙げた選択肢リストの中から、実行する行動を一つ選択する。 |
| 10 | 結果を評価する | 実践に移したことを評価する。その実践は意図した結果をもたらしたか、そうでなければ何が不足していたのか、他の決定や行動をする必要があるか、類似した状況が起こった時に応用できる情報は何かについて、よく検討する。 |

Thompson, J.E. & Thompson, H.O. 1992 / ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明 日本語版監修・監訳 (2004). 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, p.113-209. を主に参考にして作成

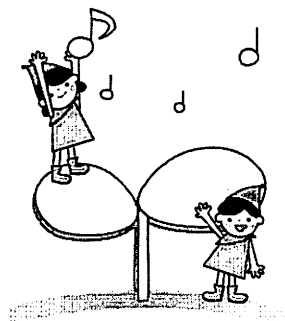


表5 倫理的問題を識別するための分類

| |
|--|
| <p>原則的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①患者と専門家の自律的自己決定 ②善行をなし、害を与えない（善行、無害） ③正義公正（資源の分配） ④真実の告知（誠実さ） ⑤インフォームドコンセント ⑥クオリティオブライフ（生命の質、QOL）／生命の尊厳（SOL） ⑦黄金律（行動規範） <p>倫理上の権利の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①プライバシーを守る権利（守秘性） ②自分自身や自分の身体に起こることを決定する権利（自己決定） ③ヘルスケアを受ける権利（現在論争中であり、アクセスする権利だけは平等であるという意見の人も、それは権利の問題ではないという意見の人もいる） ④情報を得る権利（インフォームドコンセント、記録の開示） ⑤誰をケアするか選択する権利（多くの場合、緊急事態でなければ医師に限定される） ⑥生きる権利、死ぬ権利 ⑦子どもの権利 <p>倫理的義務・倫理的責務の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①人に敬意を払うこと ②意思決定と行為に対し責任を負うこと ③能力を維持すること（専門家） ④専門的実践における判断を説明したうえで実行すること ⑤専門的水準を満たし向上させること ⑥専門的知識の基礎に貢献する活動へ加わること ⑦いかなる人のものでも、未熟な、非倫理的な、あるいは違法な実践からクライアントの安全を守ること ⑧公衆の健康上のニーズを満たす努力を促進すること ⑨公的政策の策定に参加すること <p>倫理的忠誠の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①専門家－患者関係（契約的忠誠、契約、サービスの提供） ②雇用される者として負う責任 ③専門家－専門家関係 ④専門家－患者家族関係 ⑤意思決定者 <p>ライフサイクルに関する問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ①避妊と不妊 ②遺伝子工学と胚移植 ③妊娠中絶（生命はいつから始まるか？） ④嬰兒殺し ⑤思春期の性 ⑥乏しい資源の配分 ⑦ライフスタイル ⑧安楽死 |
|--|

Thompson, J.E. & Thompson, H.O. 1992/ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明 日本語版監修・監訳 (2004).
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, p.136-137. より引用.

(2) 10段階ステップモデルの事例検討例

【事例1】子どもの権利と尊厳に関すること

4歳の子どもの食事をしている時に医師が来て、「採血をする」と言い出した。家族は不在であった。看護師は、「食事が終わってからにしてほしい」と医師に言ったが、医師は「これから手術に入るから、今しか時間が無い。他の医師に頼むのも申し訳ないから」と言い、子どもの食事を中断させ、採血のために処置室に連れていこうとしている。

| | |
|------------------------|--|
| (1)状況を再検討する | 医師が、食事中の幼児期の子どもに採血をしようとした場面である。食事後に採血を行うという看護師の提案は聞き入れられなかった。 |
| (2)補足的情報を収集する | 子どもの病状と緊急を要する採血の必要性の高さ、子どもの思いや考え、子どもの発達レベル（理解・判断能力）、医師の考え、医師と看護師の関係性、組織風土などについて、情報が不足しているため収集する必要がある。 |
| (3)倫理的問題を識別する | <p>原則的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自律：子どもは、今採血をするかどうかの自己決定をする機会を与えられていない。採血をするという医師の決定が伝えられ、従った状態である。 ・善行：治療上必要である検査を実施することは善行であるが、今の時間、食事中に実施することは善行ではない。医師が自分の業務の都合で、実施時間を決定している。 <p>-----</p> <p>倫理上の権利の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの権利が守られていない。食事時間は、基本的欲求を満たし、安心できるものであり、中断して処置をすることはあってはならない。子どもの状態に問題があり、緊急検査を要する場合は別であるが、今回はそのような状況ではない。医師は自分の業務の都合で実施時間を決定している。患者が子どもであるから実施してもよい、文句は言われたいといった考えがあったのかもしれない。患者が成人であったなら、食事中に採血をするという選択肢はなかったかもしれない。 ・看護師は、子どもの権利に関しアドボケートする役割があり、一度は医師に権利擁護の発言をしているが、結局医師の意向のままになっている。 <p>-----</p> <p>倫理的義務・倫理的責務の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師、看護師ともに、子どもを対象に働く専門家として、十分な感性や判断、行動力をもっているとは言えない。 <p>-----</p> <p>倫理的忠誠の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療者は患者に対し、忠実であると言えない。 ・看護師は医師に対し、十分に発言できない関係性がある。 |
| (4)個人的価値観と専門的価値観を明確にする | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の個人的価値観：子どもの権利は大事にしたい、食事中に処置をすることはよくない、安心して食事ができる環境を提供したいと思っている。 ・看護師の専門的価値観：子どもの権利擁護は看護師の役割であり、重要だと思っている。しかし、医師の業務優先の考えに対して意見を強く言うことができない。看護師は、医師の指示に意見を言わず従うべきという考えがあるかもしれない。 |
| (5)キーパーソンの価値観を識別する | <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの価値観は不明である。医療者の言うことには従うべきであると思っているかもしれない。 ・医師の価値観では、子どもの食事を中断することより、検査の実施や自身の業務予定が重要であると考えている。また、子どもの食事を中断することより、他の医師に依頼することの煩わしさを重要視している。子どもの権利に関する認識が低いかもしれない。これは専門職として責務を果たしているとは言えない。 ・看護師の価値観は、(4)と同様。 |

| | |
|------------------------------|---|
| <p>(6)価値の対立があれば明確にする</p> | <p>・難しい価値の対立はない。医師の業務優先の考え・子どもの権利に関する認識の乏しさと、看護師の子どもの権利擁護（子どもの安全な生活を保障すること）を大事に思う姿勢の相違による対立である。よって、医師の考え方や姿勢と、医師に強く主張できない看護師の立場・考え方に問題がある。</p> |
| <p>(7)誰が意思決定すべきかを定める</p> | <p>・本来決定するのは子どもであるが、発達途上にあり自分で権利を守る力が未熟であること、また家族もその場にはいないので、そばにいる看護師がアドボケートする必要がある。看護師が子どもの権利を主張し、医師と話し合う必要がある。</p> |
| <p>(8)行動範囲と予想される結果を関連づける</p> | <p>①看護師が医師と話し合いをして、子どもの権利擁護の大切さを主張し、今の時間に採血はしない。食事が終了し、落ち着いてから、別の医師に採血を依頼する。食事終了1時間後に採血をすること、別の医師が採血をすることについて、子どもに相談し、承諾を得る。特に乳児の場合は食事を中断しないようにする。 → 子どもは脅かされず、安全な生活が保障される。看護師も満足する。</p> <p>②看護師が子どもに現在の状況と選択肢について説明し、子どもの意見を聞く。子どもがこの医師に採血をしてもらいたい、別の医師は嫌だと言う場合は、食事を中断することになると説明をし、承諾が得られるならば、今の時間に採血を行う。食事を中断することについて詫げる。 → 子どもは食事の中断を余儀なくされるが、自分で選択・決定を行い、納得して検査を受ける。</p> <p>③医師は子どもの思いを聞かず、食事を中断させて採血をする。看護師は医師に意見を言えない。 → 子どもは脅かされる。突然処置をされたという怖い思いが残る。看護師は葛藤や怒り、無力感を感じる。</p> <p>④今後の関わりとして考えられる行動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・採血の指示がある日は、朝の時点で何時に採血を行うかを医師と調整しておく。看護師は一日の子どもの生活状況を考え、適切な時間を提案し、子どもに説明し納得を得て子どもの力を高める関わりをする。 ・倫理的問題に関するカンファレンスを継続して実施する。 ・医師の認識を高める働きかけを行う。 ・看護師と医師の関係性を改善していく努力をする。 |
| <p>(9)行動方針を決定し実行する</p> | <p>子どもは食事後に別の医師が採血することを選択し承諾したため、そのように調整を行った。看護師は医師と子どもの権利擁護について話し合いを行い、次回以降の採血のプラン立案についての取り決めを行った。</p> |
| <p>(10)結果を評価する</p> | <p>子どもの基本的ニードや安心感は守られ、意思も尊重された。今後、同じことが起こらないような取り組みが必要である。 問題点は、看護師の医師との関係性、看護師が子どもの権利擁護を重要だと思っても医師に強く主張できないこと、また医師の認識の乏しさがあり、改善すべきであるが、その方策が難しい。</p> |



【事例2】終末期医療に関すること

脳腫瘍をもつ10歳の子どもが、治療効果がなく病状が進行し、昏睡状態にあった。

これまでとても頑張ってきた子どもであり、穏やかに過ごすことがよいと看護師は考えていたが、母親は最後まで蘇生をしてほしいと望んだ。父親は「妻の言う通りにしてやってほしい」と言った。看護師は、この子どもにとってどうすることがよいことなのかと悩んだが、母親の意向に沿う方針であった。看護師自身が納得できず、何度も家族と話し合いをもったが、母親の意見は変わらなかった。

| | |
|---------------|---|
| (1)状況を再検討する | <p>子どもには生きる権利があり、むやみに治療の中止や制限をしてはならないが、あわせて最後までこの子らしく生きるという QOL の保障も考えていかなければならない。子どもが昏睡状態にあり、意思が確認できないため、子どもにとっての最善を周囲の大人が決定するという状況であった。母親は動揺して看護師の話を聞く余裕がなく、看護師も自分たちの感情と価値観にとらわれ、母親に寄り添うことができなかった。また、子どもの延命に関する重大な決定を母親に委ねてしまい、両親がともに話し合い、互いに納得して決定するプロセスがたどれるような支援もできなかった。</p> |
| (2)補足的情報を収集する | <p>子どもの病状、苦痛の程度、昏睡前に子どもが望んでいたこと、母親の思いや考えの揺れ、母親のキーパーソンやサポート体制、父親の思いや考え、家族（両親）の関係性、看護師間での意見交換やサポート体制、看護師以外の医療者（医師）の考えなどの情報が不足しているため、収集する必要がある。</p> |
| (3)倫理的問題を識別する | <p>原則的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自律：子どもは自分の意思を述べられる状態ではない。昏睡になる前に、何らかの意思確認ができていないか不明である。 ・善行：子どもが生きるために延命処置を行うことは生命の尊厳から考えて善行であるが、それによって多大な苦痛を与えるのであれば、必ずしも善行とは言えない。 ・QOL：子どもが苦痛なく穏やかに、家族とよい時間を過ごすことができるとよい。一日でも長く生きるために行う延命処置が子どもに苦痛を与えるのであれば、苦痛がない方法を模索するべきである。最後までこの子らしく生きることを大事にしなくてはならない。 <hr/> <p>倫理上の権利の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療を受ける権利、生きる権利・死ぬ権利は、誰もがもっている権利である。権利が対立する場合、本人が選択するのであるが、このケースの場合はそれができない。何を優先すべきかを決定するのは困難である。 ・子どもの権利は、子どもが何を望んでいたのかを知らなければ、本当の意味での権利は守れない。人として大事にするといった視点からの権利擁護はなされている。 <hr/> <p>倫理的義務・倫理的責務の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、子どもの生命を守るとともに、QOL を保障することも責務である。ただし、十分な根拠のない治療中止や制限はあってはならない。看護師は、子どもを対象に働く専門家としての感性や判断、行動力をもっているが、家族に対しては専門職としての責務が果たせていない。母親の思いや考えを理解し、納得できる決定になるような支援ができていない。また、子どもの延命に関する重大な決定を母親に委ねてしまい、両親がともに話し合い、互いに納得して決定するプロセスがたどれるような支援もできていない。父親からは母親の意向に沿うことを希望しているという考えを聞いたのみであった。父親が十分な情報を得、専門職からのアドバイスを受け、子どもの問題について考え発言する権利を保障できていない。 <hr/> <p>倫理的忠誠の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は子どもに対し忠実であろうとしている。 ・看護師は、母親に対して、理解し支援しようという姿勢が十分ではない。子どもの生命にこだわり、苦痛を与えるような選択をする母親に対し、看護師は批判的な目を向けている。母親に寄り添い、納得のできる決定になるように話し |

| | |
|------------------------|---|
| | <p>合うのではなく、看護師の意見を押しつけるような負担を与える関わりになっていたのかもしれない。看護師は自分の価値観や感情にとらわれている。また、父親に対するアプローチがなされていない。</p> |
| (4)個人的価値観と専門的価値観を明確にする | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の個人的価値観：子どもの生命は大事であり、一日でも長く生きることがを望んでいるが、限られた命であり、これまで十分に頑張ってきた子どもに、最期まで頑張らせること（蘇生によって子どもに苦痛を与えること）に躊躇がある。子どもの生命の尊厳・生きる権利と QOL の保障を考えた際の治療の中止のどちらが大事であるのか、2つの価値をもち悩んでいる。 ・看護師の専門的価値観：子どもの権利擁護は看護師の役割であり、重要だと思っている。 |
| (5)キーパーソンの価値観を識別する | <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの価値観は不明である。 ・母親の価値観では、最期までできる限りの処置をすること、子どもが生きること（生命の尊厳・生きる権利）が優先されている。 ・父親の価値観は不明であるが、母親の希望を叶えることを大事に考えている。 ・医師の価値観は不明である。 ・看護師の価値観は、(4)と同様。 |
| (6)価値の対立があれば明確にする | <ul style="list-style-type: none"> ・看護師の個人内での価値の対立がある（「生命の尊厳・生きる権利」と「QOL の保障」）。 ・母親と看護師との間に価値の対立がある（「生命の尊厳・生きる権利」と「QOL の保障」）。 ・父親と医師の価値観は不明であるため、対立があるかどうかは分からない。 |
| (7)誰が意思決定すべきかを決める | <ul style="list-style-type: none"> ・本来決定するのは子どもであるが、発達途上であること、しかも現在は昏睡状態であることから、意思決定を行うのは家族が適切である。しかし、母親は動揺しているため、納得できる決断ができるかどうかは疑問があり、父親などの家族メンバーや医療者のサポートが必要である。母親と父親の関係性は不明であるが、子どもの延命に関する重大な決定であるため、母親だけに委ねず、父親とともに話し合い、互いに納得して決定するプロセスがたどれるような支援が必要である。 |
| (8)行動範囲と予想される結果を関連づける | <p>母親と父親の思いや考えを十分に傾聴し、その思いを受け止めながら、状況を見て必要な情報を提供する。家族と医療チームとで話し合いを行い、専門職としての意見も伝えながら、家族が納得して意思決定できるように支援する。その上で、</p> <p>①子どもの「生命の尊厳・生きる権利」を優先し、蘇生を行う。 → 子どもの生きる時間は少し延びるが、子どもは蘇生による苦痛があるかもしれない。母親は納得する可能性が高いと考える。看護師はやり切れない思いが残ることが予測される。</p> <p>②子どもの「QOL の保障」を優先し、蘇生を行わない。 → 子どもの生きる時間は延びないが、蘇生による苦痛は生じない。母親は納得できないかもしれない。看護師は納得する一方で、本当にこれでよかったのかという思いも残るだろう。</p> |
| (9)行動方針を決定し実行する | <p>話し合いを重ねても、蘇生をするという母親の考えは変わらなかった。しかし、実際に子どもの状態が悪化した時、両親に最後の確認を行うと、蘇生はしないという決定をした。子どもはそのまま、家族に見守られて穏やかに永眠した。</p> |
| (10)結果を評価する | <p>看護師が自分たちの意見を強く押し、母親の心情を十分に理解しサポートできていたとは言えない。最終的に、子どもに苦痛を与えない選択がなされたが、母親が本当に納得できたのかは疑問が残る。母親がつらい思いを抱えて過ごしていた時期に、看護師は十分な支援ができていなかった。また父親に対する支援もできていなかった。最後までこの子らしく生きること、この家族らしく子どもに寄り添って生きることをサポートできたのかは、明らかではない。</p> |

2) 臨床倫理の4分割表

Jonsen, A.R., Siegler, M. & Winslade, W.J.によって開発された、臨床医学の倫理的問題を明らかにし分析するための体系的な方法です(Jonsen A.R. & Siegler, M., et al., 2002/2006)。臨床倫理の4分割表は、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」の4つの枠よりなる事例検討シート(4分割表)が倫理的検討のガイドとして用いられます(表6)。

(1) 臨床倫理の4分割表の解説

この方法は、事例を4つの側面からとらえること、情報の共有、対処の共有がなされること、患者本人の意思を尊重した決断の共有が行われることなど、医療チームとしての共有を行いやすいことに特徴があります。Jonsen, A.R. & Siegler, M., et al.の書籍は、臨床医を想定して書かれていますが、日本においても看護事例に活用されています(木村, 2004)。

表6 事例検討シート

| | |
|---|--|
| <p>医学的適応(Medical Indication) 善行と無危害(無害)の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者の医学的問題は何か? 病歴は? 診断は? 予後は? 2. 急性か、慢性か、重体か、救急か? 可逆的か? 3. 治療の目標は何か? 4. 治療が成功する確率は? 5. 治療が奏功しない場合の計画は何か? 6. 要約すると、この患者が医学的及び看護的ケアからどのくら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? | <p>患者の意向 (Patient Preference) 自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 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のか? 3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか? 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関して適切な基準を用いているか? 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? 6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない状態か? その場合はなぜか? 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? |
| <p>QOL (Quality of Life) 善行と無危害(無害)と自律性尊重の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 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? 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? 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? 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かもしれない状態か? 5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか? 6. 緩和ケアの計画はあるか? | <p>周囲の状況 (Contextual Features) 忠実義務と公正(正義)の原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか? 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? 3. 財政的・経済的要因はあるか? 4. 宗教的・文化的要因はあるか? 5. 守秘義務を制限する要因はあるか? 6. 資源配分の問題はあるか? 7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか? 8. 臨床研修や教育は関係しているか? 9. 医療者や施設側で利害対立はあるか? |

Jonsen, A.R., Siegler, M. & Winslade, W.J.(2002) / 赤林朗, 蔵田信雄, 児玉聡 (2006). 臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 新興医学出版社, p.13. を一部改変

(2) 臨床倫理の4分割表を用いた事例検討の進め方

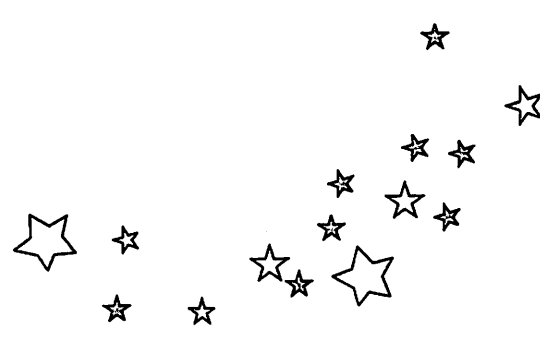
臨床倫理の4分割表を用いて事例検討する際の進め方について、表7に紹介します。

表7 倫理的問題を含む事例検討の進め方

| |
|--|
| <p>① 何かもやもやした問題事例に気づく</p> <p>② 事例を提示する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ簡潔に困っている事例を提示する ・医学的背景はもちろん大事だが、それ以上に関係者の気持ち、価値観が大事である ・最初は何が問題なのか、ジレンマなのかははっきりしないことが多い。もやもやとしたまま提示して、一緒に考えながら、問題点や足りない情報を明らかにすればよい <p>③ 事例検討シート表に記入する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・分かっているすべての情報を記入する ・4つの視点のいくつかにまたがる情報は、それぞれの視点に記入してもかまわない ・4つの視点に当てはまらない情報は、「周囲の状況」に記入し、検討材料として見逃さないようにする ・検討する情報が足りないことに気づいたら、情報を収集するようにする ・情報が変化した場合には、適宜修正する。その際、前の情報が分からなくなってしまうようにしておく ・明らかになった問題について、患者本人を中心とした関係するすべての人を交えて検討する ・検討されたプロセスと方向性は、適切に記録する。また、検討された方向にそって対処した結果も追加しておく <p>④ 患者のおかれている医学的状況（QOLを含む）を明らかにする</p> <p>⑤ 患者の判断能力を確認した上で患者の希望を把握する</p> <p>⑥ 患者が判断能力を失っている場合には、事前指示があるかを確認し、ない場合は代理人を特定する</p> <p>⑦ 家族の希望、周囲の状況（経済的問題、医療資源の問題、法律など）を把握する</p> <p>⑧ 何が倫理的問題（ジレンマ）で、誰が問題にしているかを明確にする</p> <p>⑨ 話し合いにより、誰もが納得できる方法を模索し、問題となっている倫理的ジレンマの解決を目指す</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急性の高いもの、実現できそうなことからまず取り組んでみる |
|--|

白浜雅司（2006）.第2回山口地区臨床倫理集中講座資料改変.

木村利人（2004）.看護に生かすバイオエシックス よりよい倫理的判断のために.学習研究社, p.57. より引用



(3) 臨床倫理の4分割表を用いた事例検討例

【事例3】十分なケアを提供することができないこと、看護師との関係に関すること

| | |
|---|---|
| <p>4歳のAさんは入院4日目、初めての入院である。ネフローゼ症候群の急性期のため4床病室でベッド上安静が指示されている。F看護師が勤務している病棟は、幼児の入院が多く、深夜勤務時の朝は非常に忙しい。Aさんが「おしっこ」と呼んだが、2歳の子どもを車椅子で移送中であつたために「〇〇ちゃんを連れて行ったらすぐに来るからね、待って」と言って病室を離れた。病室に戻ると、先輩のG看護師がベッド上で排尿をしてしまったAさんに、「おしっこの時は早く言いなさい。赤ちゃんじゃないからおかしいでしょう」と叱っていた。Aさんは黙って着替えをしてもらっていた。F看護師はG看護師に自分が対応できなかったことを説明し、Aさんに「ごめんね」と言うと、G看護師は「昨日の朝もおもらししていたでしょ。ちゃんとやらないとね」と言った。この時、F看護師は、昨日のこつを持ち出してAさんに言うのは、子どもを傷つけていると思つたが、先輩のG看護師に言うことができず、G看護師はそのまま立ち去つた。</p> | |
| <p>医学的適応 (Medical Indication)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ネフローゼ症候群の急性期である。 ・ベッド上安静、排泄は車椅子でトイレに行くことが指示されている。 ・尿量と尿性状の把握は、病状の判断と治療計画のために重要である。 ・急性期を過ぎれば、安静の程度が緩和され、自分で歩いてトイレに行くことができるようになるだろう。 ・4歳であることから、一般に我慢ができる時間は短く、特に今回は起床後の朝の時間帯であり、排泄の訴えがあつた場合は、できるだけ早く対処する必要がある。 ・家庭では、朝起きると走ってトイレに行く。遅れるとパンツをぬらしていることもあつた。夜尿は3歳になってからはない。 | <p>患者の意向 (Patient Preference)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排尿したいことを伝えたが、F看護師から「待って」と言われ、待っている間にベッドの上で排尿をしてしまった。 ・G看護師から、「排尿したいことを言っていない」と誤解され叱られた。しかし、黙って主張できないでいる。 ・前日のベッド上での排尿状況は分からないが、①今日と同じ状況、②「おしっこ」とは言えなかつた、などが考えられる。 ・一人で入院している4歳のAさんが、F看護師から「待って」と言われ、そのまま「待つ」という行動は当然のことであろう。排尿したいことをF看護師に伝え、看護師の言う通りに待っていたのに、なぜ怒られるのか、とまどっている。 |
| <p>QOL (Quality of Life)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・尿の失敗は、子ども自身の不快感、身体への影響、においなど、子どものQOLを著しく低下させている。また、子どもの自尊心を低下させる。 ・治療のためにベッド上安静で、歩いてトイレに行くことは禁止されているため、看護師を呼ぶしか方法はない。 ・尿意を訴えたのに看護師が来ないということは、子どもに不安や不信を与え、必要なケアを行っていない。 ・パジャマであれば着脱は自分で可能であろう。 | <p>周囲の状況 (Contextual Features)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・深夜帯は看護師3名体制であり、3名が患児を分担してもち、互いに協力してケアを遂行している ・F看護師は4人床の病室を2つ（幼児部屋の8名）担当している。 ・F看護師は2歳の子どもを一人で車椅子に乗せたままにしておけないと考え、Aさんに排泄を待たせた。 ・尿失禁後のケアは時間を要する。そのため、G看護師は、F看護師の代わりにAさんの清拭・着替えをすぐに行っている。このことは、G看護師の他児のケアや業務に支障をきたすことになっている。 ・G看護師はF看護師より年長で経験もある。 ・4人床の病室であり、同室の子どもはAさんの排尿の失敗とG看護師からの叱責を目撃している。 |

①何かもやもやした問題事例に気づく

- ・Aさんは「おしっこ」と言ったのに、叱られて、理不尽なことを言われてしまった。F看護師がAさんを守ろうとしたのに、守れなかつた。
- ・自分（F看護師）が、Aさんの訴えにすぐに対応できなかったことに対する申し訳なさ、どうしたらよかつたか。
- ・G看護師が他者のいる場所でAさんを辱めるようなことを言うことに対する怒り。

②事例を提示する

③事例検討シート表に記入する

④患者のおかれている医学的状況（QOLを含む）を明らかにする

Aさんは、治療のためにベッド上安静であり、歩いてトイレに行くことが禁止されている。また、病状の判断と治療計画のために尿量と尿性状の把握が必要であり、トイレに行くことと尿の採取において看護師の介助が必要である。急性期を過ぎれば、歩いてトイレに行くことは可能であるが、尿の採取は必要であり、これからも介助は必要であろう。

尿の失敗によるAさんへの不利益として、尿の所見が得られないことにより医学的判断への支障（早朝尿は腎機能の目安となる）、尿の付着により身体が冷えることや不快感による回復の阻害（腎機能が低下しているAさんにとって避けなければならない）、においなどによるQOLの低下がある。

G看護師は、すぐに子どもの着替えや清拭などを行い、子どもの不利益を最小限にするためのケアを実践している。

⑤患者の判断能力を確認した上で患者の希望を把握する

Aさんは尿意を看護師に伝えている。4歳で入院初期のAさんは、看護師から「待つ」と言われた場合、待つこと以外に他の方法で看護師を呼ぶなどの対処はできないだろう。また、起床時の排尿をがまんすることは難しく、尿意に気づくとすぐに排泄してしまうことは発達のにも自然のことである。

排尿の失敗は、Aさんにとって自尊心を損なわれる体験であっただろう。看護師に叱られても、尿意を伝えたことを言えずに黙っている。これは、排尿を失敗したことそのものを恥じていること、あるいは世話をしている看護師はまだ身近な人でないために、言えずに、混乱しているのかもしれない。

⑥患者が判断能力を失っている場合には、事前指示があるかを確認し、ない場合は代理人を特定する

家庭では、夜尿はなく、起床後に自分でトイレに行っていることから、起床後、直ちにトイレに誘導することで排尿の失敗はしないですむと思っている。

⑦家族の希望、周囲の状況（経済的問題、医療資源の問題、法律など）を把握する

幼児は、朝目覚めると、自分のニーズを満たすために看護師を必要とする。複数の子どものケアが重なる時、どのケアを優先させるかの判断は瞬時にせまられる。このケースにおいて、F看護師は2歳の子どもを車椅子に乗せたまま一人にすることは危険であり安全を守れない、Aさんは排尿をがまんすることができるだろうと判断している。

深夜帯の看護師は3名体制であり、それぞれ受け持ちの子どものケアを中心に業務を分担しているが、ケアが重なる場合や一人ではできない場合は、他の看護師に要請し、チームとして看護が遂行される体制がとられている。

⑧何が倫理的問題（ジレンマ）で、誰が問題にしているかを明確にする

- ・ F看護師は4歳のAさんの排尿の介助と2歳の子どもの移動と、どちらも行わなければならないと思ったが、よい方法が見つからず、人手もないため4歳の子どもを待たせてしまい、ジレンマに陥っている。
- ・ G看護師のAさんへの言葉は、Aさんの尊厳を傷つけていることは分かっているが、先輩でもあるG看護師に対してF看護師は言うことができずジレンマに陥っている。

⑨話し合いにより、誰もが納得できる方法を模索し、問題となっている倫理的ジレンマの解決を目指す

- ・ 2歳の子どもの安全性の確保とAさんの排尿のニーズをすぐに満たすことは、どちらも大切である。G看護師はすぐに尿失禁後のケアをしていることから、チームとしてのケア体制は整っている。この場合、F看護師は他の看護師にどちらかの子どものケアを頼む方法を検討することができるのではないかと考える。
- ・ 前日と今日の2日間、連続で早朝の排尿を失敗している。前日の排尿の失敗の様子は不明であるが、3歳以降には夜尿がない、起床後の排尿はがまんできないという家庭での行動から考えると、起床時にすぐに排尿の援助ができるようにケア計画を立てることにする。
- ・ Aさんには、すぐにトイレに連れて行くことができなかったために、排尿の失敗をさせてしまったことを謝る。これから（特に、明日の朝）、「おしっこ」を伝えてくれたら、待たせないですぐにトイレに連れて行くことを約束し、心配しないでよいことを分かりやすく説明する。
- ・ F看護師は、G看護師に排尿アセスメントのミスでAさんに排尿の失敗をさせてしまったことを伝え、G看護師に子どもへの言葉の真意について確認し、子どもへの対応と一緒に考える。同時に、尿失禁後のケアを直ちにしてもらったことに感謝していることを伝える。



【事例4】 子どもの自己決定に関すること

| | |
|---|--|
| <p>小学校1年生の女兒Bさんは脳腫瘍切除術後2ヶ月である。MRI 検査のために眠剤が処方されている。検査の前日、Bさんは「眠る薬は飲みたくない」「飲まなくてもできる」と看護師に訴えた。その理由を、午後に院内学級の音楽の練習に行きたいこと、同室の小学校1年生の子も眠剤を飲まなかったことを挙げ、飲まなくてもできると思っていると話した。看護師はBさんの日頃の医療処置における行動とMRI検査に対する看護介入の経験から、眠剤を服用しなくても検査を受けることができるだろうと判断した。そこで、医師にBさんの意向と看護師の考えを伝えたが、医師は直ちに「動いて失敗すると困る」と投与するように指示した。</p> | |
| <p>医学的適応 (Medical Indication)</p> <p>1) 脳腫瘍術後の経過を見るための検査である。</p> <p>2) MRI 検査の経験は術前と術後に1回ずつあり、検査時には眠剤を服用している。</p> <p>3) 眠剤を使用しないことのリスクがある。 検査時間は30分程度であるが、閉鎖的空間に一人で動かないで臥床していることが必要である。実施中は音がすること、閉鎖的空間であることから、怖がる子どもや動いてしまう子どももいる。検査開始後に、動いたり怖がったりすることにより眠剤を投与する可能性、あるいは検査の延期の可能性もある。</p> <p>5) 眠剤を服用することにおける、QOL への影響はあるが、医学的不利益はほとんどないと考えられている。</p> | <p>患者の意向 (Patient Preference)</p> <p>1) Bさんは眠剤を飲みたくないと思っている。</p> <p>2) 眠剤を飲まなくて検査を受けることができると思っている。</p> <p>3) 医師は服薬の拒否をしているBさんの意見を聞いていない、説明をしていない。</p> <p>4) 親の希望・意思は確認していない。</p> <p>5) Bさんは説明するとCT検査や点滴注射は動かずに行うことができた。</p> |
| <p>QOL (Quality of Life)</p> <p>1) 眠剤を飲むと、検査後2時間程度の眠りと休息が必要であり、院内学級に行くことはできなくなる。</p> <p>2) 眠剤を服薬しないでMRI検査ができた場合は、成功体験となり自信につながる。一方、やり直しが必要となった場合、失敗体験となる可能性がある。</p> | <p>周囲の状況 (Contextual Features)</p> <p>1) MRI 検査における眠剤使用の有無は医師によって異なる。</p> <p>2) 病棟においてはMRI検査の看護介入を実施し、小学1年生は眠剤を使用しないこともある。</p> <p>3) MRI 検査は予約性で稼働し、時間内に終わらないと、次の予約者に支障をきたす。</p> |

①何かもやもやした問題事例に気づく

- ・ Bさんは眠剤の服薬なしにMRI検査を受けたいと思っているのに、その意思が尊重されないこと。
- ・ 看護師はBさんの意思とBさんの他の処置などにおける行動から、服薬をしなくても可能であると思っているが、投与しなければならないこと。

②事例を提示する

③事例検討シート表に記入する

④患者のおかれている医学的状況 (QOL を含む) を明らかにする

術後の治療評価であり、評価の結果は以後の治療や日程に影響する。看護介入などによって、眠剤を服用しないで検査を受けることができる可能性は高いが確実とは言えない。その場合、再検査が必要となる。

眠剤を服薬すると、服薬後2時間程度(事例検討シートでは)は睡眠と休息が必要になり、午後から院内学級に行くことができなくなる。

⑤患者の判断能力を確認した上で患者の希望を把握する

Bさんは、MRI 検査を受けた同室の同年齢の子どもが服薬しないで行ったこと、午後からの音楽の練習に参加したいという理由から、眠剤を服薬しないで検査を受けたいと思っている。しかし、2回のMRI 検査経験はあるが、2回ともに眠剤を服薬しているため、MRI 検査時に体験することについての理解は確認されていない。また、動くことなどによって検査ができなくなることによるBさんへの不利益について、説明したり話し合いはなされていない。そのため、Bさんの希望は、これらの適切な説明のもとで確認される必要がある。

看護師は、Bさんの医療処置に対する行動や理解力、MRI 検査を受ける子どもの看護経験から、適切な説明などの看護介入がなされれば服薬をしなくてもできるだろうと判断している。

⑥患者が判断能力を失っている場合には、事前指示があるかを確認し、ない場合は代理人を特定する

Bさんは小学生であり代理人の許可が必要である。Bさんの代理人は家族であり家族にも説明し、意思を確認する必要がある。Bさんの意向と検査がスムーズにいかなかった場合のリスクについて家族と話し合い、家族の希望を知る必要があるが、現状では分かっていない。

⑦家族の希望、周囲の状況（経済的問題、医療資源の問題、法律など）を把握する

MRI 機器は病院に1台しかなく、予約制で行われる検査であること、検査に関わる費用は高額である、医師・検査技師・看護師など複数の医療スタッフが加わることから、管理上は確実に予定どおりに検査が終了することが望まれる。

眠剤の投与においては医師の考えによる違いがあり、同様のことが以前にも生じている。

⑧何が倫理的問題（ジレンマ）で、誰が問題にしているかを明確にする

- ・ Bさんが眠剤の服薬を希望していないということを医師・看護師は把握しているのに、Bさんと話し合うことなく服薬の投与が継続されるという、Bさんの自己決定が尊重されていないことに対するジレンマ。
- ・ 子どもを擁護する立場にある看護師が、医療チームメンバーとしての役割を果たせないことに対するジレンマ。

⑨話し合いにより、誰もが納得できる方法を模索し、問題となっている倫理的ジレンマの解決を目指す

- ・ MRI 検査において“服薬する”あるいは“服薬しない”で行うことを決めるのは大切なことなので、Bさんに家族も一緒に話し合うことを伝え承諾をえる。
- ・ 眠剤を“服薬する”あるいは“服用しない”方法でMRI 検査を行うことについて、Bさんと家族に説明し話し合った上で、Bさんと家族の意思を確認する。
- ・ 医師とBさん、家族が話し合えるように調整する。Bさんと家族が自分の意思を伝える、また医師の話がBさんと家族に適切に理解できるように支援する。
- ・ 看護師は、MRI 検査でBさんが体験すること、守らなければならない行動などを理解できるように具体的に説明する。
- ・ Bさんと家族の意見が異なる場合、Bさんと家族が話し合えるようにする。
- ・ 看護師は、医師にBさんの日頃の医療処置への理解と行動及びMRI 検査への看護介入の現状から、Bさんは眠剤を服薬しないで実施できる可能性があるという看護師の判断を伝える。
- ・ Bさんと家族が眠剤を“服薬する”という意思決定をした場合は、それを尊重する。
- ・ Bさんと家族が“服薬しない”でMRI 検査をしたいという意思を示し、医師が決定した場合は、プレパレーションなど最善のケアを行う。

3) 臨床倫理検討シート

東北大学の臨床倫理検討システム開発プロジェクトが作成した臨床倫理検討シートは、医療現場で医師・看護師・MSW、その他の医療従事者などが、患者・家族とよりよいコミュニケーションをとりながら、援助関係を形成し、医療を進めていく際に、あまり意識しないで行っていることを、倫理的視点から検討するために作成されたものです(清水,2009)。臨床倫理検討シートは、[ステップ1. 患者プロフィール][ステップ2. 情報の整理と共有][ステップ3. 検討とオリエンテーション][ステップ4. 合意/問題解決を目指すコミュニケーション]で構成されています。

(1) 臨床倫理検討シートの解説

日常的な臨床場面での倫理的問題を検討するために、このシートを使うことを想定し、シートの内容を解説します(表8)。

表8 臨床倫理検討シート

[ステップ1] 記録者 [A 病棟] 日付 [~]

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| 1-1 患者プロフィール | *子どもや家族についての基本的情報を簡潔に記載 |
| 1-2 経過 | *これまでの経過を病状・治療と医療者-子ども・家族間の交渉を中心に記載 |
| 1-3 分岐点 | *重要な選択の場面ないし進路の分岐点に注目し記載 |

[ステップ2tp] I 情報の整理と共有

| | |
|---|--|
| A 医学的情報と判断 | |
| 2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリット(一般論) 診断された疾患のタイプに対する医療の方針の候補、それぞれについて一般的にいえるメリット・デメリットないしリスクなどを記述 | 2A-2 社会的視点から 医療保険等の経済的問題、医療資源の問題を記述 |
| 2A-3 説明 患者に対して 説明内容。説明していない場合はその理由など | 家族に対して 説明内容。説明していない場合はその理由など |
| B 患者・家族の意思と生活 | |
| 2B-1 患者の理解と意向 | 2B-2 家族の理解と意向 |
| 2B-3 患者の生活全般に関する特記事項 | |

[ステップ3PS] 検討とオリエンテーション(問題解決用)

| | |
|--|--|
| 問題点の抽出 | |
| 3-1 問題となっていること・問題を感じていること 意思決定の場合:(1)ステップ1-2に基づく個別化した最善についての医療側の判断、(2)関係者間での判断の一致不一致、一致している場合でも、安定したものでかどうか | 3-2 問題の倫理的性質の分析 [P1:人として尊重することをめぐって] [P2:本人の益を目指すことをめぐって] [P3:社会的視点からのチェック] [まとめ] |
| 対応の検討 | |
| 3-3 問題点の検討 ・関係者の同意を妨げている不一致の要因を記述 ・その要因を解消するための方向性を記述 | 3-4 今後のコミュニケーションの方針 ・関係者間で一致している場合は、合意を確認する方針を記述。問題がある場合、◎を受けて、今後どのような方向で患者・家族に対応するかを記述。 ・医療従事者内部の問題の場合は、相互の対応の方針を記述 |

〔ステップ4〕 合意／問題解決を目指すコミュニケーション

*以下は検討後の経過を整理するためのものなので、以上の検討結果によっては使わないこともある

| | |
|--|--|
| <p>4-1 当事者間の話し合い その後実際に患者側にどのように対応したかの経過を記述</p> | <p>4-2 社会面の対応 社会的に対応すべきことを、実際どのように対応していったかの経過を記述</p> |
| <p>4-3 最終結果 コミュニケーションを通して、どのような決定の仕方でのどのような結論になったかを記述</p> | <p>4-4 フォローアップ留意事項 決定に至った時点で、医療従事者として今後患者・家族についてどのような点に留意してサポートしていくかについての見通しを記述</p> |

清水哲郎（2009）：臨床倫理の考え方と検討の実際（2009 年春版）．厚生労働省難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の生活の質（Quality of Life, QOL）の向上に関する研究」（研究代表者小森哲夫），p46～p81／看護倫理検討委員会（2006）：臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針．社団法人日本看護協会，p29～30を参考に作成



(2) 臨床倫理検討シートの事例検討例

【事例5】 子どもへの説明に関すること

【ステップ1】 記録者 [△病棟] 日付 [~]

| |
|--|
| <p>1-1 患者プロフィール 心室中隔欠損症のC君 5歳半（保育園に通園中） 家族は、父親（30歳）、母親（27歳）。両親ともに就労しているが、今回の入院のために母親は1週間休暇をとっている。父親は入院日と検査当日に休暇をとっている。</p> |
| <p>1-2 経過 心臓カテーテル検査の目的での入院である。1歳ごろに検診にて心雑音が指摘され、1回目の心臓カテーテル検査を実施しており、今回は2回目である。1回目の心臓カテーテル検査の結果、VSD（心室中隔欠損症）と診断された。診断直後には外科的処置がすぐには必要ではないと判断され、普通の生活をするように指導されていたため、2歳ごろから保育園に通っている。経過観察のため半年に1回外来受診をしていたが、心臓超音波検査上はあまり変化なく過ごしていた。小学校に進学する前にして今後の治療方針を検討するために、今回の心臓カテーテル検査が予約され、検査前日の午前中に入院してきた。</p> |
| <p>1-3 分岐点 家族から「痛いことをするとは話してほしくない」と言われた。点滴確保や心臓カテーテル検査後の行動制限などは苦痛を伴うことから、どのように説明したらよいか看護師は困っている。</p> |

【ステップ2tp】 I 情報の整理と共有

| | |
|--|---|
| <p>A 医学的情報と判断</p> | |
| <p>2A-1 選択肢の枚挙とメリット・デメリット（一般論） 心臓カテーテル検査をすること メリット： ・VSDの状態を把握することができる。今後の治療方針を決定するための指標となる。 デメリット： ・検査中に穿孔、検査後の出血、血栓の形成など合併症がおこる可能性がある。検査前より飲食・飲水の制限、点滴確保など、今まであまり経験したことがないことをC君が経験する。 ・検査後、覚醒した後も数時間安静が必要であるため、ベッド上での排泄や行動制限が強いられる。 ・左心カテーテル検査の場合は、右心カテーテル検査より行動制限の時間が長くなるが、C君の場合は左心カテーテル検査が予定されている。</p> | <p>2A-2 社会的視点から 医療保険、家族の経済状況などには特に問題はみられない。</p> |
| <p>2A-3 説明 入院当日の午後、医師から両親に対して、検査のことや合併症のことが説明された。その後、両親同席のもとC君に対して、以下の内容が医師から口頭により説明された。 ・明日大事な検査をすること ・本日の夕食後、水分を飲んでもよいが、食べてはいけないこと ・明日の起床後、水分も飲んではいけないこと ・飲んだり食べたりできないが、点滴をするから大丈夫であること ・大事な検査はC君が眠っている間に終了してしまうので、心配しなくても大丈夫であること 看護師からの追加説明はなかった。</p> | |

| | |
|--|---|
| B 患者・家族の意思と生活 | |
| <p>2B-1 患者の理解と意向</p> <p>明日大事な検査をすること、飲んだり食べたりすることができないこと、眠っている間に検査が終わることを理解している。医師が説明したような言動で表現する。</p> <p>医師からの説明時には母親と手をつなぎ、神妙に聴いていたが、C君から医師に対しての質問はなかった。説明後、母親の膝に乗り、抱きつくような姿勢をとる。</p> | <p>2B-2 家族の理解と意向</p> <p>C君がVSDと診断された時は大変驚きショックであった。元気に活動したり表情豊かに語りかけてくるC君を見てみると、時々病気のことは忘れることもある。しかし、外来受診時は何か悪い話がされるのではないかと心配から、両親一緒に来ることにしている。いつかは検査をするようになるのではないかとってはいたが、自然に穴が小さくなることを強く願っていた。前回の外来時に「そろそろ検査をしましょう」と主治医に言われ、やはりしなければいけないのかと気落ちした。前回の心臓カテーテル検査後、C君が相当暴れて、両親ともに大変な思いをしたので、できればしなくてもいい状況になってほしかった。採血などと違って、「足を動かさないように押さえて下さい」と言われたが、小さいはずのC君の力は相当なもので、出血するのではないかと本当に怖くなった。泣き叫ぶC君を抱いたりすることもできず、ただ押さえるだけだったのでできれば同じような状況にはなりたくない。相当痛かったのだと思うが、また痛い思いをさせるのかと気が重くなる。今後の治療方針を決定するためと分かっただけでも、本当だったらさせたくない検査である。</p> <p>C君は痛いことが大嫌いで、予防接種や歯科受診は大変である。痛いということはなるべく知らせたくない。入院ということだけでも緊張しているようだから、痛いことをするということは話さないでほしい。</p> |
| 2B-3 患者の生活全般に関する特記事項 | |

〔ステップ3PS〕 検討とオリエンテーション (問題解決用)

| | |
|---|--|
| 問題点の抽出 | |
| <p>3-1 問題となっていること・問題を感じていること</p> <p>不安を様々な行動や表情で表出しているC君に対して、検査そのものの説明（どのような検査なのか、検査の目的、痛みを伴う可能性、検査後の安静）についてほとんどせずに関わるということは、C君が検査前から検査後までの自分の状況を想像することが困難となる。検査後の安静は、鎮静剤からの覚醒の時期と重なり、C君自身が朦朧としていることがある。自分がおかれている状況が分からない時は、泣いたり、動こうとしたり対処行動をとることも考えられるために、安静が保持しにくくなる。そのため、合併症を起こさないために押さえつけるということが必要になってくる。そのような関わりをしないためにも、C君自身に検査がどのような状況になっているのか、目が覚めた後、朝起きる時と同じようにすぐに起きあがったりはできないことなども説明する必要があると考える。</p> | <p>3-2 問題の倫理的性質の分析</p> <p>子ども：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合併症が生じることなく、心臓カテーテル検査を受けることができること（善行、無害） ・心臓カテーテル検査を受けるC君が抱えている不安が軽減すること（自律、善行、誠実） ・痛みを感じることを嫌なC君が痛みを感じることなく検査が受けられること（無害） ・心臓カテーテル検査が嫌な体験として記憶されるよりも、頑張った体験として記憶されること（自律） ・心臓カテーテル検査を受けることをC君が納得し、どのように参加するのか考えることができること（自律、誠実、忠誠） <p>家族：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査を受けるC君に付き添っている家族の不安が軽減されること（善行） ・C君にとっての最善とは何かについて、医療者とともに検討することができること（自律、善行、誠実） <p>主治医：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・C君・家族の意向を尊重した関わりが遂行できること（誠実、忠誠） ・C君にとっての最善とは何かを家族とともに一緒に検討することができること（誠実、忠誠） |

| 対応の検討 | |
|---|--|
| <p>3-3 問題点の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ C君・家族が抱えている不安は大きく、医療者は不安の軽減のための介入を遂行していない ・ C君のことを考えているという家族の意向をそのまま聞き入れることは、本当にC君への最善のケアになっているのかが検討されていない。そのため医師・看護師など複数が関わった時も、統一された介入にはなっていないのではないかと | <p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ C君にとっての最善とは何かを考える姿勢を医療者が強くもつこと ・ 家族が気にしていることについて検討し、軽減されること ・ 前回のように泣き叫ぶC君を見たくない（痛みを取り去ることができない無力感） ・ 検査後に暴れるC君を押さえるのは合併症のこともあって大変怖い（合併症が起こる恐怖） ・ 痛いことが大嫌いであるC君に痛い体験をさせたくない（つらさ） ・ C君に説明するということは、痛いことをすると伝えることにもなるが、C君の乗り越える力を引き出し、C君自身にも協力してもらえるところがあること、状況が分かるとC君なりに行動することができること、ひいてはC君自身の自信につながるということに家族が気づくこと |

〔ステップ4〕 合意／問題解決を目指すコミュニケーション

| | |
|--|--|
| <p>4-1 当事者間の話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師がC君より入院について、また検査についてどのように捉えているのかを把握 ・ 看護師によるC君に対する情報提供の方法を家族に提示 | <p>4-2 社会面の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 経済的側面には特に問題ないため、本ケースに対して特に関わっていない |
| <p>4-3 最終結果</p> <p>看護師が実際に子どもへの情報提供の方法を家族に示すとともに、子どもにとっての情報提供の必要性について説明した。家族は具体的に示されることで、子どもへの説明の重要性について理解を示し、看護師とともにC君のための情報提供の方法を一緒に考えることができた。検査結果後、C君は泣いたり、大声を出したりすることはあったが、前回ほどには暴れなかったと両親は捉えた。また、C君は説明されたことも記憶しており、説明の内容と自分の体験を関連させながら、両親に話していることもあった。</p> | <p>4-4 フォローアップ留意事項</p> <p>家族にとって1回目の心臓カテーテル検査は、VSDと診断された検査結果より、検査後の体験が強く印象づけられている。その印象を払拭するような関わりが必要である。</p> <p>また、今回の検査結果によって外科的処置を検討する可能性があるため、C君が体験するであろう痛みを伴う処置や活動制限など、家族に事前に情報提供する必要がある。</p> |



【事例6】 守秘義務に関すること、子どもの自己決定に関すること

【ステップ1】

記録者 [口病棟]

日付 [~]

| | |
|--------------|---|
| 1-1 患者プロフィール | Dさん 14歳 白血病 |
| 1-2 経過 | <p>14歳のDさんは、白血病で終末期にあり、ほとんどベッド上で過ごしている。食事をする時やポータブルトイレを使用する時は介助が必要である。Dさんは母親二人暮らしで、母親は仕事が終わった後に面会に来ていた。</p> <p>状況説明：</p> <p>受け持ち看護師Hさんが訪室し、食事の介助をしていると、Dさんが「ほんとはね、お家に帰りたいの。でもね、私がお家に帰るとお母さんが大変になるから帰らない。これはお母さんには内緒ね」と話した。H看護師は「そうなんだ」と答えた。H看護師は病室を出た後もDさんの気持ちが気になり、残り少ない時間を家で過ごせるようにしたいと考えた。そこで、ある時、母親が病室を出て帰ろうとしている時に声をかけ、Dさんが家に帰りたいと思っていること、Dさんは家に帰るとお母さんが大変になると帰らないと言っていること、このことはお母さんには内緒にしてほしいと言ったことを伝えた。母親は「そんなふうに思っているのですね。分かりました」と答えた。</p> <p>数日後、母親が会社に頼んで休みをもらい、Dさんに「家に帰ろう」と言った時、Dさんは「なぜ急にそんなことを言うの?」と聞き返した。母親が「Dが家に帰りたいと言っていると看護師さんから聞いたから」と話した。Dさんは「家には帰らない」と言って泣き出した。H看護師が訪室すると、「内緒にしてって言ったのに」と泣きながら訴えた。H看護師は「ごめんね。Dさんのために家に帰れるほうがいくなって思ったから」と謝ったが、Dさんは「絶対家に帰らない。放っておいて!」と泣き続けた。</p> |
| 1-3 分岐点 | <p>終末期の子どもが、自分の望みを看護師に伝え、「話をしたことはお母さんに内緒ね」と言った。しかし、望みを叶えたいと思った看護師は「母親には内緒」ということを守らず、子どもの望みを母親に話した。母親は子どもの望みを叶えたいと思い、行動に移した。母親に自分の望みが伝わったことが分かった子どもは、看護師に対して泣きながら抗議した。看護師はどうしたらよかったのだろうか、また今後どうしたらいいのか。</p> |

【ステップ2tp】 I 情報の整理と共有

| | |
|---|---|
| A 医学的情報と判断 | |
| <p>2A-1 選択肢の枚数とメリット・デメリット (一般論)</p> <p>在宅で過ごすということ</p> <p>メリット：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんが住み慣れた環境の中で治療を受けながらの生活を送ることができる。 <p>デメリット：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在病棟で行われている化学療法や緩和ケアを在宅で実施するために検討しなければならない事柄がある。 ・就労している母親が就労を継続しながらDさんの介護を実施できるようなサポート体制が必要である。 | <p>2A-2 社会的視点から</p> <p>母親が経済の基盤を担っている。</p> <p>Dさんは自分が家に帰ることで、母親の仕事に支障が生じ、結果として経済的負担をかけてしまうと考えているのではないか。</p> |
| 2A-3 説明 | |
| <p>検査結果などを基にしながら、定期的に病状について母親とDさん本人に説明されている。予後については、母親の希望もあり、Dさんには明確に伝えていない。</p> | |
| B 患者・家族の意思と生活 | |
| <p>2B-1 患者の理解と意向</p> <p>「ほんとはね、お家に帰りたいの。でもね、私がお家に帰るとお母さんが大変になるから帰らない。これはお母さんには内緒ね」</p> | <p>2B-2 家族の理解と意向</p> <p>子どもの願いは無理をしてでも叶えたいと思っている。</p> |
| 2B-3 患者の生活全般に関する特記事項 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・母親と二人暮らし ・Dさんは母親になるべく迷惑をかけたくないと思っている | |

【ステップ3PS】 検討とオリエンテーション（問題解決用）

| | |
|--|---|
| <p>問題点の抽出</p> | |
| <p>3-1 問題となっていること・問題を感じていること</p> <p>看護師と母親は、Dさんのおかれている状況から、Dさんの望みを最優先にさせたいという思いが一致している。</p> <p>Dさんは自分の意向は母親に負担になることだから、伝えないと決定していたが、看護師はDさんの望みをまず優先させなければと考えてしまった。Dさんのニーズを満たすことが自分の役割であり、それを果たするという思いがあった。この場合、もっとも尊重されなければならなかったDさんの思いと、看護師が重要だと認識した点が一貫していなかった。また、看護師はDさんの望みが叶うのであれば、Dさんとの約束を守れなくても仕方がないと考えていたかもしれない。</p> <p>母親も無理をしてでもDさんの望みを叶えたいと思っているため、看護師から聞いたDさんの望みを叶えることを最重要としている。看護師がDさんとした自分への口止めについてはあまり重要視していない。</p> | <p>3-2 問題の倫理的性質の分析</p> <p>子ども：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさん自身が家に帰りたという望みを母親に伝えないと決定していること（自律） ・母親の負担にはならないようにしたいというDさんの望みが尊重されること（善行、誠実） <p>母親：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんの望みを母親が叶えることができること（善行） <p>看護師：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんが母親を思う気持ちを尊重すること（誠実、忠誠） ・Dさんの望みが叶えられるような支援をすること（善行） ・Dさんの意向を母親とともに叶える方法を見だし、実施することができること（善行） |
| <p>対応の検討</p> | |
| <p>3-3 問題点の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・母親の負担を考えて母親には内緒であることを看護師と約束した上で、Dさんは「家に帰りた」と思いを表出した ・看護師はDさんと約束したにも関わらず、「家に帰りた」という思いに強く反応し、約束をやぶり母親にDさんの思いを伝えた | <p>3-4 今後のコミュニケーションの方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Dさんの気持ちを落ち着かせること ・Dさんが心配している母親の負担を少なくして、Dさんの家に帰りたという意向が叶えられること ・Dさんと看護師との関係が修復されること |

【ステップ4】 合意／問題解決を目指すコミュニケーション

| | |
|--|---|
| <p>4-1 当事者間の話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、Dさんとの約束を守らなかったことを誠実に詫げる。Dさんの気持ちが落ち着けば、Dさんが安心して自宅に帰ることができ、母親の負担も限りなく少なくなるような方法を検討して、在宅療養を実施する ・Dさんがどうしても看護師を許せないという思いが強ければ、他の看護師が対応する（Dさんの予後のことを考慮に入ると、Dさんの意向はなるべく早くに実現したほうがよい）。並行して、可能な限り、時間をかけながら、看護師はDさんとの関係修復に努力する | <p>4-2 社会面の対応</p> <p>Dさんが自宅に帰ることによって母親の就労状況に変化が生じるのか、経済的負担が生じるのかについて確認をする。</p> |
| <p>4-3 最終結果</p> <p>看護師は師長とともに自分が行った行為について振り返り、子どもとの約束について考える機会を得た。その後、Dさんと母親に約束を守らなかったことを詫げたが、Dさんとの関係修復には時間を要した。母親は帰宅する準備をしたが、Dさん自身が病院で過ごすこと固持したため、実現しなかった。</p> | <p>4-4 フォローアップ留意事項</p> <p>病棟スタッフ間ではカンファレンスを開き、子どもとの約束や権利擁護に関する話し合いをする。</p> |

引用・参考文献

- ・ Curtin,L. & Flaherty,J.(1982). Nursing ethics ; theories and pragmatics. Prentice-Hall, p.176-177.
- ・ Davis,A.J., Tschudin, V. & Raeve, L,de (ed) . (2006) /小西恵美子監訳, 和泉成子, 江藤裕之訳 (2008). 看護倫理を教える・学ぶ 倫理教育の視点と方法.日本看護協会出版会,p.258.
- ・ 伊藤久美,阿部さとみ他 (2002) .看護系大学の小児看護学実習受け入れ施設における倫理的配慮.日本小児看護学会誌,11 (1) ,p.7-12.
- ・ Edwin, N.F. & Rosalind, E.K. (1995)/松田一郎 (1998) .小児医療の生命倫理 ケーススタディー. 診断と治療社.
- ・ Fry,S.T. & Johnstone,M.J. (2002) /片田範子, 山本あい子訳 (2005). 看護実践の倫理 第2版 倫理的意決定のためのガイド.日本看護協会出版会,p.248-255.
- ・ 古庄富美子,小島恭子(1999). 看護管理シリーズ5 看護管理その2 看護管理の実際第2版. 日本看護協会出版会, p.124.
- ・ 藤原裕美子 (2003) .看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道徳的欲求.日本看護科学会誌,23 (3) ,p.1-10.
- ・ 福地麻貴子,中林雅子他 (2004) .日本における小児看護の研究の動向と課題.日本小児看護学会誌,13 (1) ,p.46-53.
- ・ 本田芳香 (2007) .認定看護師の行動規範に関する研究.埼玉県立大学紀要,8巻,133-137,2007.
- ・ 岩本幹子,溝部佳代他 (2006) .大学病院にて看護師が体験する倫理的問題,日本看護学教育学会誌,16 (1) ,p.1-11.
- ・ Jonsen, A.R., Siegler, M. & Winslade, W.J.(2002)/赤林朗,蔵田信雄,児玉聡 (2006). 臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 新興医学出版社, p.13.
- ・ 木村利人 (2004). 看護に生かすバイオエシックス よりよい倫理的判断のために. 学習研究社, p.57.
- ・ 小宮亜裕美, 浅見友紀子他：小児看護における看護倫理を踏まえた実践の現状－看護師の認識調査から－.日本看護学会論文集 小児看護,36号, p.339-341, 2006.
- ・ 松田一郎,大岩ゆり他 (2003) .小児科看護管理者の小児医療・治療に関する倫理意識－アンケート調査－.日本小児臨床薬理学会誌,16 (1) ,p.123-134.
- ・ 水沢直子,遠藤玲子他 (2006) .NICU 看護師が語るジレンマ.日本看護学会論文集小児看護 36号,p.152-154.
- ・ 看護倫理検討委員会 (2006) .臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針. 社団法人日本看護協会,p.4/p.19-30.
- ・ 清水哲郎 (2009) : 臨床倫理の考え方と検討の実際 (2009 年春版). 厚生労働省難治性疾患克服研究事業「特定疾患患者の生活の質 (Quality of Life, QOL) の向上に関する研究」 (研究代表者小森哲夫), p46-p81.
- ・ 白浜雅司 (2006) .第2回山口地区臨床倫理集中講座資料
- ・ 杉田久子(2005).クリティカルケア看護場面における看護師の語り－倫理的ジレンマを中心に－.日本赤十字看護大学紀要,第19号,p.45-56.
- ・ Thompson,J.E. & Thompson,H.O.(1985). Bioethical Decision Making for Nurse. Appleton-Century-Crofts, p.121-122.
- ・ Thompson,J.E. & Thompson,H.O. (1992) /ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明 日本語版監修・監訳 (2004). 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, p.113-209,136-137.



あとがき

倫理委員会（2007年8月～2010年6月）の活動の一つとして、小児看護の臨床場面で看護師が直面する倫理的課題に焦点を当て、『小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針』の作成に取り組んできました。指針作成のプロセスでは、小児看護専門看護師の方々からご意見をいただいたり、日本小児看護学会第19回学術集会以てテーマセッション「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的問題について検討してみませんか！」を開催し、会員の皆様とともに検討した内容や参加後のアンケートのご意見も参考にさせていただいたりして、多くの皆様のご協力により、まとめることができました。委員会一同、心から感謝申し上げます。

今後は、本指針を小児看護実践の場や小児看護教育の中で活用していただき、倫理的課題を整理し、子どもの権利をどのように擁護していくかについて考え、実践する上で役立てていただければ幸いです。

2007年8月～2010年6月

日本小児看護学会 倫理委員会

委員長：中野 綾美（高知女子大学看護学部）
内田 雅代（長野県看護大学看護学部）
鈴木 真知子（京都大学大学院医学系研究科人間健康科学系）
草場 ヒフミ（宮崎大学医学部看護学科）
濱田 米紀（兵庫県立大学大学院博士後期課程・小児看護CNS）
益守 かづき（高知女子大学看護学部）

指針作成 協力メンバー：

長田 暁子（公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター小児看護CNS）
笹木 忍（国立大学法人 広島大学病院小児看護CNS）
半田 浩美（国立大学法人 岡山大学病院小児看護CNS）
松岡 真里（名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期・小児看護CNS）
三輪富士代（独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター小児看護CNS）

小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針

2010年3月20日印刷

発行者：日本小児看護学会

問い合わせ先：倫理委員会事務局

高知女子大学看護学部

Tel.&Fax 088-847-8714

印刷：西富騰写堂印刷

本書の著作権は日本小児看護学会に帰属します。
本書の一部または全部を許可なく転載・複写・複製することは著作権の侵害となりますのでご注意ください。

