

〔資料〕

A 病院看護職が実感している倫理的課題の特徴

橋本 麻由里 安田 みき 古澤 幸江 米増 直美

Characteristics of Ethical Issues Perceived by A Hospital Nurses

Mayuri Hashimoto, Miki Yasuda, Yukie Furuzawa and Naomi Yonemasu

I. はじめに

看護職は、日々の看護実践において様々な倫理的課題に直面している。高度な医療技術の開発に加えて、医療を受ける人々の価値観の多様化を背景に倫理的課題自体も複雑化していることが推測される。先行研究では、病院看護職が直面している倫理的課題の特徴（水澤，2009；坂東ら，2011；長崎ら，2018）や、現任教育としての倫理教育の現状が報告され（中尾，2021；伊藤ら，2014；長崎ら，2018；手島，2006）、倫理的問題を分析する枠組みを活用した事例検討など看護倫理研修が実施されている。また、看護職が感じている倫理的課題やジレンマは個人での解決は困難なことがあり、倫理的問題に気づいていても実践に結び付かないことがある（村田，2012）など、組織的取り組みの重要性が報告されている。

B 県山間部の市にあり、医療の中核的役割を担ってきた A 病院では、2017 年より看護職の倫理的感性を向上し、倫理的課題に対処することができるように、各部署での事例検討を実施してきた。事例は看護部倫理検討会が事例集としてまとめ、各部署に配置している。事例集は、A 病院の医療・看護、地域の利用者の実情を反映したものでもあることから、看護部全体で共有・継承し、看護職の倫理的行動を支援するための環境づくりや人材育成に役立てたいという思いがあった。そこで、これまでの事例報告から、看護職が直面していた倫理的課題の特徴を分析し、課題に対する倫理的行動を支援するための組織的な人材育成の方法を実践的取り組みにより明らかにするために共同研究に取り組むこととした。

本稿は、A 病院看護職が実感していた倫理的課題の特徴を明らかにし、課題に対する倫理的行動を支援するための組織的な人材育成の取り組みに示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

A 病院において、2017～2020 年に倫理的課題への対応として事例集にまとめられた全 52 事例を対象とした。事例は、『臨床倫理ネットワーク日本』（clinicalethics.ne.jp）が公開・提供する『臨床倫理事例検討シート』にまとめられ、本人・家族のプロフィール、事例の経過、事例提供者の問題意識、本人・家族の思いや医療者側の判断や対応などが整理されている。それをもとに、A 病院の共同研究者が、「事例概要」「かかわった人」「看護職が倫理的に課題を感じた点」「判断したこと・対処したこと」に該当する内容を抽出し、項目ごとに要約したものをデータとした。

1. 各事例において倫理的課題となった事象の把握

各事例において倫理的課題となった事柄を事象として客観的に把握する。具体的には分析対象事例のデータを熟読し、1 事例ごとに、対象の特徴、疾病や治療、療養において倫理的課題となった事柄を 1～2 文で端的に記述したものを類似性に従って質的に分類し、倫理的課題を感じた事例の特徴を明らかにする。

2. 看護職がかかわりにおいて実感していた倫理的課題の把握

「看護職が倫理的に課題を感じた点」の要約を各分析対象事例より抽出した。各分析対象事例から抽出したすべて

の要約を類似性に従って質的に分析し、倫理的課題の特徴を明らかにする。

Ⅲ. 倫理的配慮

事例集は個人が特定されないように匿名化し各部署に配置されているが、倫理的課題を含む事例への対応をまとめたものであるため、プライバシー保護の観点から事例提供した部署の管理者である看護師長及び部署の看護師（事例報告者もしくは主任）の2名が、事例を再確認し活用の許可を得た。また事例提供部署の看護職が分析対象としてほしくないと感じる事例は活用しないこととした。A病院の共同研究者が内容を要約する際には、病棟名、詳細な病名や治療内容、療養経過の日付は含めず、情報の連結により個人が特定されないようにした。

本研究はA病院看護部倫理検討会及び岐阜県立看護大学研究倫理委員会の承認（承認番号：0289、承認年月日：令和3年8月4日）を得て実施した。

Ⅳ. 結果

1. 倫理的課題に関する事象からみた事例の特徴

分析対象事例は活用許可の得られた52事例すべてを対象とした。倫理的課題に関する事象からみた事例の特徴は11の内容に分類された。分析対象事例の概要を表1に示す。文中の《》は分類、「」は事象の要約を示す。

事例の特徴は、《本人の思いや意向と異なる方向性の決定》《本人の意思確認ができていない中での治療選択やサービス提供》《家族による看取りやサービス利用の意思決定》《家族の意向により本人に予後が知らされていない中での終末期患者へのかかわり》《急な状況で治療への準備や納得ができていない中でのかかわり》など、本人の意向が尊重されないかかわりに関するものがあつた。また《関係者間の思いや考えに違いがある中でのかかわり》、結果的に苦痛や病状悪化につながる可能性のあるかかわりなどの《本人の苦痛を強める可能性のあるケアの選択・実施》《生活状況や病状悪化につながる可能性のある対応》《積極的治療と緩和的治療の治療方針変更へのかかわり》《安全確保を優先した身体抑制やケアの実施》《不適切な情報の取り扱い》に関する内容があつた。

《本人の思いや意向と異なる方向性の決定》は3事例で、「転移のある悪性腫瘍で入院。自宅退院に向けた調整のた

め本人の意向とは異なる形で主治医から家族に病状説明が行われた」など、本人の意向と違う対応や、意向が反映されなかったことを示すものであつた。《本人の意思確認ができていない中での治療選択やサービス提供》は6事例で、「認知症症状による治療の困難のリスクについて家族と検討する必要があるが、患者の意思の確認が難しい」「排尿困難で不定愁訴が多く、面倒な人と捉え、本人の困りごとが何かを掴めなかった」など、治療選択やサービスの提供に際して、本人の意思確認ができていないことを示すものであつた。「自己導尿をすすめていたが、本人の意思が確認されないまま、入所予定の施設側の事情でカテーテル留置が選択された」という施設入所の要件が優先された事例もあつた。《家族による看取りやサービス利用の意思決定》は6事例であり、「脳血管疾患、意識レベルの変動が大きく、意思疎通が困難な患者に対し、家族が看取りに向けた方針を決定した」など看取りに関する家族の意思決定の事例が4例あつた。

《家族の意向により本人に予後が知らされていない中での終末期患者へのかかわり》は、3事例で「悪性腫瘍で余命1～2か月。家族の意向により予後を本人に伝えなかったが、未告知のため本人の思いを把握できなかった」などがあつた。

《急な状況で治療への準備や納得ができていない中でのかかわり》は、2事例で、「悪性腫瘍と穿孔による突然の入院で、治療への理解が不十分のまま治療が進められた」など治療に納得ができていない内容であつた。

《関係者間の思いや考えに違いがある中でのかかわり》は10事例で、「血液疾患でベッド上全介助の状態。本人・家族間で自宅か入所か、療養方針の意向のずれがあつた」など本人と家族間の思いの不一致、「在宅での看取りに関する医療者側と家族の認識の食い違いがあつた」など医療者と家族の認識の違いを示すものもあつた。

《本人の苦痛を強める可能性のあるケアの選択・実施》は4事例で、「疾患による脳のダメージがある中で家族の願いで経口摂取を行ったが、痰増加による頻回の吸引など本人の苦痛があつた」などであつた。

《生活状況や病状悪化につながる可能性のある対応》は8事例で、「呼吸器疾患を発症。本人・家族ともに窒息しても食べたい、食べさせたいという思いがあるが、窒息のリスクがあつた」など病状の悪化を招く可能性のあるケアについてであつた。

表1 倫理的課題に関する事象からみた事例の特徴

分類	倫理的課題に関する事象の要約
本人の思いや意向と異なる方向性の決定	旅行中の事故。手術時の麻酔選択に同意していたが、本人の本当の思いを医師に伝えられず、思いと異なる方法で実施された
	事故で入院。術後思うように回復せず、精神的に不安定となり不安がある中で転院の意思決定がすすめられた
本人の意思確認ができていない中での治療選択やサービス提供	転移のある悪性腫瘍で入院。自宅退院に向けた調整のため本人の意向とは異なる形で主治医から家族に病状説明が行われた
	認知症症状による治療の困難のリスクについて家族と検討する必要があるが、患者の意思の確認が難しい
	排尿困難で不定愁訴が多く、面倒な人と捉え、本人の困りごとが何かを掴めなかった
	障がいのある子どもの育児中の出産。本人の意向が不明なままで、サービス提供の要請がすすめられた
家族による看取りやサービス利用の意思決定	家族は出来る限り治療を続けてほしいと思っているが、認知症症状により治療（透析）を続けられないことが頻発していた
	透析が必要であったが（シャントあり）、本人の意思が十分確認できていないまま、カテーテルによる透析を開始した
	自己導尿をすすめていたが、本人の意思が確認されないまま、入所予定の施設側の事情でカテーテル留置が選択された
	脳血管疾患、意識レベルの変動が大きく、意思疎通が困難な患者に対し、家族が看取りに向けた方針を決定した
家族の意向により本人に予後が知らされていない中での終末期患者へのかかわり	脳血管疾患、認知症が進行し、本人の意思が確認できない状態で、家族が苦痛のないケアをしながら病院で看取る選択をした
	認知症、呼吸器疾患で本人の思いが把握できないが、家族員各々の思いがあり、介護や看取りの方向性が統一できなかった
	脳血管疾患、意識レベルが低下。治療を終了し看取りを希望する家族への対応の中で本人の意思は確認できていなかった
	麻痺のある悪性腫瘍の術後。適切なケアが必要であるが、本人の意向は確認できないまま、介護者がサービス利用を拒否した
急な状況で治療への準備や納得ができていない中でのかかわり	食事摂取が出来ず衰弱が目立つため入院。家族の意向で胃ろう造設はせず、自然に経過を見ながら亡くなられた
	悪性腫瘍で余命1～2か月。家族の意向により予後を本人に伝えなかったが、未告知のため本人の思いを把握できなかった
関係者間の思いや考えに違いがある中でのかかわり	呼吸器疾患で余命宣告。家族の希望により本人に予後は告知されず、本人は呼吸苦への不安を抱えながら退院となった
	悪性腫瘍で余命3か月。余命が家族のみに説明され、本人には未告知のまま、その後痛みに苦しむようになった
	悪性腫瘍と穿孔による突然の入院で、治療への理解が不十分のまま治療が進められた
	胸部絞扼感で検査中に本人と家族に転院の必要性が説明されたが、本人は納得せず家族に説得され転院した
本人の苦痛を強める可能性のあるケアの選択・実施	血液疾患でベッド上全介助の状態。本人・家族間で自宅か入所か、療養方針の意向のずれがあった
	在宅での看取りに関する医療者側と家族の認識の食い違いがあった
	幾度も透析導入を拒否する本人と治療を望む家族の間で思いの食い違いが生じていた
	悪性腫瘍、骨転移あり。退院後について、本人の思いと同居家族、別居家族で意見や思いのずれが生じていた
	治療上のリスクがあり、自宅か施設か退院先の希望が本人と家族で異なっていた
	呼吸器疾患、精神疾患あり。自宅退院を希望する本人と施設入所を希望する本人を支える高齢の親の思いの違いがあった
	悪性腫瘍、透析中。自宅療養希望の本人と自宅では無理があると考える家族の意向の食い違いがあった
	高次脳機能障害あり。自宅療養を希望する本人と施設入所を希望する家族の思いの食い違いがあった
生活状況や病状悪化につながる可能性のある対応	脳血管疾患で入院。ADLの回復が困難であるが、本人・家族は退院後の排尿の自立を希望していた
	糖尿病性腎症で透析通院中。本人と医療者の先の見通しの不一致があった
	疾患による脳のダメージがある中で家族の願いで経口摂取を行ったが、痰増加による頻回の吸引など本人の苦痛があった
	悪性腫瘍による消化管狭窄あり。本人は食事摂取による苦痛が強い状況であったが家族の意向で食事を続けた
積極的治療と緩和的治療の治療方針変更へのかかわり	悪性腫瘍の転移あり。麻薬の拒否が続き、疼痛コントロールがうまくできず、より苦痛が強い状態にあった
	終末期患者のトイレ移動に対する負担軽減の目的で膀胱留置カテーテルの挿入が判断された
	呼吸器疾患を発症。本人・家族ともに窒息しても食べたい、食べさせたいという思いがあるが、窒息のリスクがあった
	呼吸器疾患で経口摂取が困難な中、胃瘻・鼻腔栄養を本人が拒否し、リスクがあるが経口摂取を継続した
安全確保を優先した身体抑制やケアの実施	脳血管疾患、透析中。本人の強い希望で透析時間を短縮し命を縮める選択をしたが、家族はできる限り治療を望んでいた
	本人の真意がつかめていない状況で本人と家族が今後手術をしないことを選択された
	食事摂取ができない状況で入院。治療拒否により結果的に「穏やかな自殺」が図られた
	悪性腫瘍で通院中。ADL低下があるが本人の拒否により、必要なサービス提供が不足した状態であった
不適切な情報の取り扱い	検診により病状の進行を防ぐことが可能であったが、受診勧奨をしても早期受診に至らず病状の進行を防げなかった
	検診当日に早期受診を勧める電話を行い、本人の不安や混乱を招いた
	積極的治療か緩和的治療か意思決定が必要な時期で、本人は体力的な辛さがあるが本人・家族は積極的治療を希望していた
	化学療法中。病状から治療効果が認められない状況で本人・家族は治療継続を強く望んでいた
不適切な情報の取り扱い	人工呼吸器の自己抜去の危険があり、生命の維持と安全を優先し、身体抑制をした
	骨折により手術を受けたが、認知症があり、本人の安全を守るために身体抑制を行った
	本人の安全を守るためと夜間の人員不足による身体抑制時間の延長により褥瘡が発生した
	ドレーン管理のため、本人の意思に反して安全確保のために身体抑制を行った
不適切な情報の取り扱い	術後せん妄で認知機能が悪化。監視下での排泄により、本人の思いに反しプライバシーが守られなかった
	健診の間診場面での個人情報保護ができていなかった
不適切な情報の取り扱い	健診場面での本人確認の際に個人情報の確認の方法への配慮が十分でなかった
	定期受診前に体調不良の電話連絡があったが主治医や看護師間での情報共有ができていなかった

《積極的治療と緩和的治療の治療方針変更へのかかわり》は2事例で、「積極的治療か緩和的治療か意思決定が必要な時期で、本人は体力的な辛さがあるが本人・家族は積極的治療を希望していた」などであった。

《安全確保を優先した身体抑制やケアの実施》は5事例で、「ドレーン管理のため、本人の意思に反して安全確保のために身体抑制を行った」などがあり、《不適切な情報の取り扱い》は3事例で、「健診場面での本人確認の際に個人情報確認の方法への配慮が十分でなかった」などであった。

2. 各事例のかかわりにおいて看護職が実感していた倫理的課題

52事例の各事例のかかわりにおいて、看護職が倫理的課題を実感していた具体的内容は176あり、【意思の尊重・意思決定支援】【価値や判断の対立によるジレンマ】【よりよい看護の提供】【医療者の不十分な連携・協働】【個人の権尊重】【道徳的課題】の6つの大分類と26の中分類、71の小分類に分類された。各事例のかかわりにおいて看護職が実感していた倫理的課題を表2に示す。以下の文中の【】は大分類、<>は中分類、〔〕は小分類を示す。

1) 【意思の尊重・意思決定支援】

【意思の尊重・意思決定支援】は、7つの中分類と30の小分類が含まれた。

<本人の意思に添わない対応>には、〔本人の意思に反した治療対応となった〕、施設や転院の方向で〔本人の意思に反した退院先が検討された〕など3つの小分類が含まれた。また、<本人・家族の思いの確認不足>は、意思決定支援のプロセスにおいて本人・家族の思いを捉えていたかという点で〔治療やケアへの家族の思いが確認できていない〕〔病気や治療についての本人の思いを聴けていない〕や〔認知症により本人の思いが確認できていない〕〔本人が一番困っていることがつかめていない〕など7つの小分類が含まれた。<思いに寄り添うかかわりの不足>は、〔本人の本心や願いに寄り添えていたか〕〔本人の揺れ動く思いに寄り添えなかった〕の2つの小分類が含まれ、真の思いに寄り添うかかわりができたかどうかに関する内容であった。

<相手の理解を踏まえた説明の不足>は8つの小分類が含まれ、相手の理解度に着目し〔患者・家族が病状を理解されているかどうか分からない〕〔患者・家族がリスクや見通しを理解されているかどうか分からない〕〔退院後

のサービスについて理解されているかどうか分からない〕〔理解度に応じた治療の説明ができていない〕〔十分な説明・情報提供ができていない〕などがあった。また、〔本人を中心に考えたインフォームドコンセントの機会が持てなかった〕は、本人が参加しない中で今後の方針の説明・検討が行われたことについてであった。

<本人・家族にとっての最善の意思決定支援であったかどうか>は〔患者・家族の思いを反映した療養生活・方針となっていたか〕や看護職の支援として〔看護師として最善の選択を支援できたかがわからない〕、緩和ケアに向けて〔治療方針変更に関心する患者・家族にどうかかわるか〕など4つの小分類が含まれた。

<意思決定の能力に合わせたかかわりの難しさ>は主に認知機能低下により〔意思決定の能力の判断が難しい〕〔意思決定が困難な患者にどうかかわるか〕の2つの小分類が含まれた。

意思決定に際しての<本人と家族の思いのズレに対応すること>は、〔患者・家族の話し合いや情報共有の機会が作れていない〕や、思いのズレの内容として〔自宅退院・療養に関する本人と家族の思いにズレがある〕〔延命に関する本人と家族の思いの不一致がある〕の4つの小分類が含まれた。

2) 【価値や判断の対立によるジレンマ】

【価値や判断の対立によるジレンマ】は、9つの中分類と14の小分類が含まれた。

<医療者と本人・家族の思いの違い>は、医療者の価値・判断と本人・家族の思いが対立する状況であり、〔医療者として必要だと思うことと本人・家族の意向の違い〕〔治療拒否にどう対応すべきだったか〕〔医療者が考える最善の治療と本人の意向の間でのジレンマ〕の3つの小分類が含まれた。<本人の思いと家族の思いの違い>は、2つの小分類があり〔自宅に帰りたい本人の思いと家族の思い・介護負担の間でのジレンマ〕などであった。また<家族の思いと本人の苦痛に関するジレンマ>は、〔食べさせたいという家族の思いと苦痛が強い本人との間でのジレンマ〕で、本人・家族のどちらかの思いを優先することで、もう一方に負担や苦痛が生じる可能性に悩む状況を示していた。

<安全を守ることと身体拘束>は2つの小分類が含まれ、重要なルートの自己抜去防止など〔身体の安全を守ることと身体拘束〕や夜間の看護体制による〔夜間の人員不足と

表2 事例のかかわりにおいて看護職が実感していた倫理的課題

大分類	中分類	小分類
意思の尊重・ 意思決定支援 (80)	本人の意思に添わない対応 (5)	本人の意思に反した治療対応となった (3) / 本人の意思に反した退院先が検討された (1) / 本人の意向に合ったサービス提供であったか (1)
	本人・家族の思いの確認不足 (17)	治療やケアへの家族の思いが確認できていない (5) / 病気や治療についての本人の思いを聴けていない (3) / 病状・治療への本人・家族の思いが聴けていない (3) / 今後の生活への本人の思いが確認できていない (2) / 認知症により本人の思いが確認できていない (2) / 本人が一番困っていることがつかめていない (1) / 患者・家族の思い・不満に気づけなかった (1)
	思いに寄り添うかかわりの不足 (5)	本人の本心や願いに寄り添えていたか (4) / 本人の揺れ動く思いに寄り添えなかった (1)
	相手の理解を踏まえた説明の不足 (18)	患者・家族が病状を理解されているかどうか分からない (6) / 患者・家族がリスクや見通しを理解されているかどうか分からない (3) / 本人を中心に考えたインフォームドコンセントの機会が持てなかった (2) / 健診結果から受診の必要性を伝えられない (2) / 退院後のサービスについて理解されているかどうか分からない (2) / 理解度に応じた治療の説明ができていない (1) / 十分な説明・情報提供ができていない (1) / 家族が現状を理解されているかどうか分からない (1)
	本人・家族にとっての最善の意思決定支援であったかどうか (15)	患者・家族の思いを反映した療養生活・方針となっていたか (8) / 看護師として最善の選択を支援できたかがわからない (3) / 患者・家族にとって最善を考えた決定であったか (3) / 治療方針変更に関心する患者・家族にどうかかわるか (1)
	意思決定の能力に合わせたかかわりの難しさ (6)	意思決定の能力の判断が難しい (3) / 意思決定が困難な患者にどうかかわるか (3)
	本人と家族の思いのズレに対応すること (14)	患者・家族の話し合いや情報共有の機会が作れていない (6) / 自宅退院・療養に関する本人と家族の思いにズレがある (5) / 延命に関する本人と家族の思いの不一致がある (2) / 本人と家族の思いにズレがある (1)
価値や判断の 対立によるジレンマ (36)	医療者と本人・家族の思いの違い (8)	医療者として必要だと思うことと本人・家族の意向の違い (4) / 治療拒否にどう対応すべきだったか (2) / 医療者が考える最善の治療と本人の意向の間でのジレンマ (2)
	本人の思いと家族の思いの違い (5)	自宅に帰りたい本人の思いと家族の思い・介護負担の間でのジレンマ (4) / 本人の思いと家族の思いの間でのジレンマ (1)
	家族の思いと本人の苦痛に関するジレンマ (3)	食べさせたいという家族の思いと苦痛が強い本人との間でのジレンマ (3)
	安全を守ることと身体拘束 (6)	身体を安全を守ることと身体拘束 (5) / 夜間の人員不足と身体拘束の実施 (1)
	治療・ケアが別のリスクを高めること (7)	安全確保が難しい中での透析の実施 (4) / 誤嚥のリスクが高い中での食事摂取 (3)
	意向に沿うことが別の不利益を高める可能性 (3)	患者・家族の意向に沿うことで生活への不利益を高める可能性がある (3)
	自立支援と負担軽減 (1)	本人の自立支援か移動への負担軽減か (1)
	家族の希望による未告知への葛藤 (2)	家族の希望による本人への未告知への葛藤 (2)
よりよい看護の 提供 (31)	輸液を中止し何もしないことへの葛藤 (1)	輸液を中止し何もしないことに葛藤がある (1)
	必要な看護ケアの提供不足 (22)	苦痛・不安を与えるかかわりでなかったか (4) / 状況に対して看護の方法が適切であったか (3) / 不安や戸惑いのある家族に必要な支援ができていたか (3) / 不安や不満を抱えたままの状態にある (2) / 終末期に向かう患者の家族に必要な援助ができていたか (2) / 療養に伴う家族の生活を考えることができていたか (2) / 必要なケアやできることがあると思われるがされてない (2) / 患者・家族の思いに沿った必要なケアができていたか (2) / 診断が確定しない間に状態の低下を引き起こしてしまった (2)
	最善のケアの提供 (9)	最善の看取りのケアであるか (6) / 排泄の自立を奪うことになっていないか (2) / 最善の方法での食事援助か (1)
医療者の不十分な 連携・協働 (18)	チームとしての不十分な連携・協働 (11)	チームの十分な話し合いができていない (3) / 医師に対する言いにくさがある (3) / 専門職として果たすべき役割の範疇に疑問がある (2) / チームの連携が不足している (2) / チームで治療やケアの方針の合意ができていたか (1)
	医療関係者間の不十分な情報共有 (7)	必要な情報共有ができていない (5) / 必要な情報の把握ができていない (2)
個人の 人権尊重 (10)	プライバシー保護の不足 (3)	プライバシー保護ができていない (2) / 排泄のケアでの患者の苦痛な思い (1)
	個人情報への配慮が不足した情報の扱い (3)	個人情報に配慮した情報の扱いができていない (2) / 問診場面での個人情報への配慮ができていない (1)
	患者にレッテルを貼ること (1)	本人にレッテルを貼り対応したこと (1)
	人としての患者の思いの理解不足 (1)	患者の人としての思いがくみ取れていなかった (1)
道徳的課題 (1)	家族関係に踏み込むことへの躊躇 (2)	家族関係に踏み込むことへの躊躇 (2)
	死を早める治療拒否の容認 (1)	穏やかな自殺行為につながる治療拒否の容認 (1)

* () 内は各事例で看護職が実感していた倫理的課題の要約のデータ数を示す

身体拘束の実施]であった。

＜治療・ケアが別のリスクを高めること＞は〔誤嚥のリスクが高い中での食事摂取〕、認知機能の低下により〔安全確保が難しい中での透析の実施〕の2つの小分類が含まれた。＜意向に沿うことが別の不利益を高める可能性＞は〔患者・家族の意向に沿うことで生活への不利益を高める可能性がある〕であり、自宅退院の希望に添うことで転倒のリスクを高める可能性についてであった。

＜自立支援と負担軽減＞は〔本人の自立支援か移動への負担軽減か〕があり、生活の自立を支援するのか、活動による身体への負荷軽減を考えるのかについてであった。＜家族の希望による未告知への葛藤＞は予後や余命を本人に伝えられないという家族の決定に対しての〔家族の希望による本人への未告知への葛藤〕であった。また、＜輸液を中止し何もしないことへの葛藤＞は、〔輸液を中止し何もしないことに葛藤がある〕であった。

3) 【よりよい看護の提供】

【よりよい看護の提供】は、2つの中分類と12の小分類が含まれた。＜必要な看護ケアの提供不足＞は9の小分類が含まれ、〔苦痛・不安を与えるかかわりでなかったか〕〔状況に対して看護の方法が適切であったか〕のケアの適切性に関するものや、〔不安や戸惑いのある家族に必要な支援ができていたか〕〔終末期に向かう患者の家族に必要な援助ができていたか〕など、特別な状況にある家族への必要なケアの提供に関するものがあつた。また、〔診断が確定しない間に状態の低下を引き起こしてしまった〕の状況の悪化に関する内容や〔必要なケアやできることがあると思われるがされていない〕の不作为に関するものであつた。＜最善のケアの提供＞は〔最善の看取りのケアであるか〕〔排泄の自立を奪うことになっていないか〕〔最善の方法での食事援助か〕の3つの小分類が含まれた。

4) 【医療者の不十分な連携・協働】

【医療者の不十分な連携・協働】は、2つの中分類と7つの小分類が含まれた。＜チームとしての不十分な連携・協働＞は、〔チームの十分な話し合いができていない〕〔チームで治療やケアの方針の合意ができていたか〕などチーム活動に関することや、〔医師に対する言いにくさがある〕〔専門職として果たすべき役割の範疇に疑問がある〕など職種間の関係性や役割認識に関するものであつた。＜医療関係者間の不十分な情報共有＞は、〔必要な情報共有ができて

いない〕〔必要な情報の把握ができていない〕であつた。

5) 【個人の人權尊重】

【個人の人權尊重】は、5つの中分類と7つの小分類が含まれた。

＜プライバシー保護の不足＞は、〔プライバシー保護ができていない〕〔排泄のケアでの患者の苦痛な思い〕の2つの小分類が含まれた。＜個人情報への配慮が不足した情報の扱い＞は、〔個人情報に配慮した情報の扱いができていない〕〔問診場面での個人情報への配慮ができていない〕の2つの小分類が含まれた。＜患者にレッテルを貼ること＞は、厄介な人と〔本人にレッテルを貼り対応したこと〕、＜人としての患者の思いの理解不足＞は〔患者の人としての思いがくみ取れていなかったか〕、＜家族関係に踏み込むことへの躊躇＞は、家族が本心を言えない関係性に対し〔家族関係に踏み込むことへの躊躇〕であつた。

6) 【道徳的課題】

【道徳的課題】の中分類は＜死を早める治療拒否の容認＞であり、家族の説得にも応じず治療を拒否されることが、結果的に〔穏やかな自殺行為につながる治療拒否の容認〕をすることになるのではないかという点で悩むものであつた。

V. 考察

本稿は、A病院における倫理的課題の事例報告をもとに、倫理的課題に関する事例の特徴と各事例のかかわりにおいて看護職が実感していた倫理的課題を明らかにした。そこで、A病院の倫理的課題の特徴と、課題に対する倫理的行動を支援する組織的な人材育成のあり方について、以下に考察する。

1. A病院の倫理的課題の特徴

全52事例の分析結果から、倫理的課題に関する事象からみた事例の特徴は11の内容に分類された。A病院看護職は《本人の思いや意向と異なる方向性の決定》《本人の意思確認ができていない中での治療選択やサービス提供》《家族による看取りやサービス利用の意思決定》《家族の意向により本人に予後が知らされていない中での終末期患者へのかかわり》《急な状況で治療への準備や納得ができていない中でのかかわり》など、本人の意思確認や本人の意向が尊重されないかかわりにおいて倫理的課題に直面していた。対象の特徴として、脳血管疾患や認知症など本人の意思確認が難しいという点で倫理的課題を感じる状況があ

り、終末期や急な状態変化など患者が置かれている立場や状況によっても倫理的な課題を感じていると考えられた。また、治療やケアについて、本人・家族の願いや思いが明確であっても結果的に《本人の苦痛を強める可能性のあるケアの選択・実施》や《生活状況や病状悪化につながる可能性のある対応》となった場合に倫理的な課題を感じていた。そして、今後の療養における方向性を決定していく時期に《関係者間の思いや考えに違いがある中でのかわり》において倫理的な課題に遭遇しやすい状況にあると考えられた。

事例におけるかわりの中で看護職が実感していた倫理的課題においても、食事摂取方法の選択、延命治療や看取り、療養先の移行支援に関連した内容が、【意思の尊重・意思決定支援】【よりよい看護の提供】【価値や判断の対立によるジレンマ】に重複して示されており、倫理的課題を生じやすい局面であると考えられた。【意思の尊重・意思決定支援】では、本人と家族の思いのズレが生じる局面として、看取りや延命治療にかかわる方針決定や、自宅に戻るのか施設入所とするかの決定が取り上げられた。また【よりよい看護の提供】では最善の食事援助であったか、最善の看取りであったかが問われていた。【価値や判断の対立によるジレンマ】では、口から食べさせたいという家族の思いと食事による苦痛が強い本人との間でのジレンマや、輸液を中止し何もしないことへの葛藤などが挙げられており、看護実践における判断や対応への引っ掛かりや葛藤が生じた際に倫理的な課題として捉えていると考えられた。

2. A 病院の倫理的課題に対する倫理的行動を支援する組織的な人材育成のあり方

A 病院における6つの倫理的課題は、【意思の尊重・意思決定支援】【価値や判断の対立によるジレンマ】【よりよい看護の提供】【医療者の不十分な連携・協働】【個人の尊厳】【道徳的課題】に関するものであった。176の要約データのうち半数弱が【意思の尊重・意思決定支援】に関する内容であり、意思決定支援への取り組みは、A 病院の看護職にとって関心の高い倫理的課題であることがうかがわれた。

【意思の尊重・意思決定支援】では、インフォームドコンセントに関連する＜相手の理解を踏まえた説明の不足＞＜本人・家族の思いの確認不足＞＜本人・家族にとっての最善の意思決定支援であったかどうか＞＜本人と家族の思い

のズレに対応すること＞などがあり、本人の思いが聴けなかったことや本人・家族の思いのズレに対応できなかった、理解力に合わせた説明ができなかったことが倫理的課題につながっていた。できなかった理由や背景は状況により異なると推測するが、これらは看護として実施すべきことはわかっているものの、うまく対応ができなかったり、よい結果が得られなかったという状況であると考えられる。よって、専門職としての知識・技術を高め、最善のケアを目指して、具体的なケア方法を開発できるなど実践力を向上する取り組みが、看護職の倫理的行動への教育的支援につながるのではないかと考える。同様に【よりよい看護の提供】において、苦痛や不安、不満がある状態のまま状況が改善できず必要な看護ケアの提供ができなかったことや、【個人の尊厳】においてプライバシーや個人情報の保護ができなかったことについても、ケアにおける個人の实践能力向上を図る教育的支援が倫理的行動を促す一助となるのではないかと考える。

【価値や判断の対立によるジレンマ】は、関係者間の思いの違いや、治療・ケアが別のリスクや苦痛を強めるなど害をなす状況への葛藤、身体拘束により尊厳や自律性を侵害する状況への葛藤が示され、どう行動するかの前に、どう考えればよいのか、判断のしがたさや迷いがあつたのではないかと考える。手島（2006）は、ジレンマに直面した際に自分の価値観や考えを他者に伝え、価値のすり合わせにより折り合いをつける対話能力の必要性を述べている。これでよいのかと疑問に思ったり、気づいたことを他者に伝え意見交換できる環境が必要であり、多様な考えを持つ人々と話し合い、協働する能力を高められる教育的支援が必要ではないかと考える。

また、理解や判断の難しかった状況として、穏やかな自殺行為につながる状況をどう考えるのかなど【道徳的課題】に対しても、事例をもとにした振り返りにより、率直な思いや疑問を伝えあう機会があるとよいと考える。

【医療者の不十分な連携・協働】では、チームの話し合いができていないことに加え、医師に対する言いにくさや、医師との間で看護職として果たすべき役割への疑問が生じていた。先行研究（長崎ら、2018；坂東ら、2011；水澤、2009）でも「看護職－医師（他の専門家）の関係における対立」は共通する課題であり、チーム医療が推進されてきた現在も課題となっている。医師に対する言いにくさ、専

専門職としての仕事の範疇のあいまいさは、専門職として自律して行動することに制約を受けている状況であるといえる。看護職として必要であると考えたことへの責務を果たすためには、専門職としての自律性を高めていく教育的支援が必要であると考えます。また、医療・看護サービス提供のマネジメントの問題として、部署や組織において、多職種間の役割分担や連携のあり方を再点検し、意見を言いやすく相互に役割を補完し合える関係や環境づくりを人材育成の取り組みとしても進めていく必要があると考えます。

看護職の倫理的行動を支援するための組織的取り組みの必要性は、すでに多くの先行研究（村井ら，2020；村田，2012；安藤ら，2017；田口ら，2019；長崎ら，2018）で指摘されている。その中で、個人の倫理的行動を高める組織の特徴は、「善いケア」（村井ら，2020）「個性のある看護」（安藤ら，2017）を行っていることであり、組織における関係性やチームワークの重要性を学ぶことが倫理的感性の育成や倫理的行動につながる（安藤ら，2017）と報告されている。

これらのことから、看護職の倫理的行動を支援するには、A 病院の倫理的課題に対する個人の実践力向上を目指す教育的取り組みと、多様な考えを持つメンバーと忌憚なく意見交流することで、常によりよい医療・看護サービスの提供を追求するような組織的取り組みにより個人の倫理的行動をバックアップしていくことが重要であると考えます。

その上で、A 病院の看護職が倫理的課題に遭遇した際に、専門職として倫理的課題が生じている事象に気が付き、その課題に目を瞑るのではなく、立ち向かえる力を持つ看護職を育成していくことが重要であると考えます。

本研究は、2021～2022 年度岐阜県立看護大学共同研究事業 No.193 として助成を受け実施した。本研究における利益相反はない。また、本研究は、一部を第 54 回（2023 年度）日本看護学会学術集会において発表し、加筆・修正したものである。

文献

安藤千智，中西貴美子．（2017）．看護職の倫理的行動力が高い組織文化の特徴について．三重県立看護大学紀要，21，1-9.
坂東委久代，秋山智弥，井沢知子ほか．（2011）．看護職が臨床現場で体験する倫理的問題．健康科学：京都大学大学院医学研

究科人間健康科学系専攻紀要，7，49-55.

伊藤千晴，夏目美貴子，太田勝正ほか．（2014）．看護倫理教育プログラム作成に向けた教育内容の把握と今後の課題 中部地区5県の新人看護職を対象として．日本看護学教育学会誌，24（1），101-107.

村井孝子，中尾久子，中野正博．（2020）．病院看護師の倫理的行動に影響する個人・組織要因．福岡医学雑誌，111（4），166-184.

村田尚恵．（2012）．日常の看護実践で遭遇する倫理的問題に対する看護職の行動の背景にある思い．日本看護倫理学会誌，4（1），9-14.

長崎恵美子，伊東美佐江．（2018）．病院の規模別からみた臨床看護職の倫理的問題の体験と看護倫理教育への課題．日本看護倫理学会誌，10（1），26-35.

中尾久子．（2021）．病院看護職の看護倫理と倫理教育の変遷 一過去・現在・未来一．福岡医学誌，112（3），176-186.

水澤久恵．（2009）．病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連する要因．生命倫理，19（1），87-97.

田口めぐみ，宮坂道夫．（2019）．看護師が自己規範とチーム規範との不一致によって経験するジレンマについてのナラティブ分析．日本看護科学会誌，39，350-358.

手島恵．（2006）．看護倫理教育 一倫理的感受性，分析力，実践能力をどのように養うか一．生命倫理，16（1），58-60.

（受稿日 令和5年8月24日）

（採用日 令和6年1月4日）