

看護倫理のタペストリー： 看護倫理探究の可能性を拓く

中西 睦子

国際医療福祉大学

当シンポジウムは、前半3人、後半3人の発言者に分け、前半と後半の発言の間に質疑応答を入れ、後半の発言が終了したのち、発言者への質問等を含めながら全体討論へとすすんだ。

まず前半の第1発言者 勝原裕美子氏（聖隷浜松病院）は、看護管理における倫理的課題を提示し、看護実践現場に生ずる倫理的課題の概要を掌握できる枠組を紹介した。

第2発言者の北村愛子氏（市立泉佐野病院）は、おもに専門看護師の立場から、氏のいう「倫理調整」の役割を現場でどのように担っているかを語った。

第3発言者の石井トク氏は、看護倫理と法との接点をチーム医療とインフォームド・コンセントを軸にして考察し、倫理と法に通底するものと両者の相異を明らかにした。

ここまでのシンポジストの発言に対して、フロアからは現場にしっかり根をおろした、たいそう真摯な問いかけが相ついで出された。勝原氏へは、氏の提示されたマップに看護者の権利を守るという観点が入っているかどうかという質問があり、北村氏に対しては、医療者の倫理観を反映させる過程の擁護という局面で言及された「具体的で客観的な情報の提供」は、患者に対して行うと考えるとよいが、というものであった。おそらく、専門看護師として患者に直接介入する行動の範囲を問いたかったものだろう。これに対する北村氏の応答は、倫理的問題状況をその意図はなくともときに自らつくって

しまう看護師に対する示唆をも含むものであった。氏に対するもう1つの質問は、専門看護師の存在はスタッフを依存させ、意思決定の力をそぐことにならないかと心配している立場からのものであり、この点、何かスタッフに教育されているのか、というものだった。もとより氏の応答は、専門看護師の役割の本質を的確に伝えるものであったが、それに加えて、スタッフの力量のアセスメントと、「悩み」をめぐるディスカッションするというやや具対的な方策が示された。さらにもう1つ専門看護師の介入の基準のたぐいはあるのかがただされ、いまはまだ個人の感性がたよりである旨が報告された。

ここでは倫理の問題もさることながら、現場における専門看護師の責務の把握方についての思慮の迷いが垣間見えるやりとりが特徴的だった。

続く後半では、小西恵美子氏（佐久大学）が研究の視点に立ち、査読の功罪について述べ、これを倫理に基づいて把握なおし、当学会のジャーナルのあり方について1つの提言を行った。

次の発言者高田早苗氏（神戸市看護大学）は、倫理に関する研修参加者の提出事例を集約し、看護現場で生じている深刻な倫理的問題を浮彫りにしてみせた。

最後の発言者長谷川美栄子氏は、実践者の立場から、日常の臨床現場で倫理的配慮を必要とする状況をいくつか取りあげ、倫理的感性を高

める組織文化の重要性に言及した。

もはや紙数がないので、このあとの全体討論を要約すると、およそ2つに絞られる。1つは、取組む価値のある倫理的諸課題であり、それは患者の声なき声に「気づく」ことの重要性、それを導く感性をどう磨くかという問題や、それを率直に語り、話しあうにはどうすればよいかといった問題、さらに看護管理者がスタッフをどう守り、どう育てていくかという問題などである。

これらの課題については、さらに後段に入って、看護者の声は組織の中だけでなく、外部つ

まり社会に向けて発信する必要のあることが、壇上やフロアの人びと何人かによって熱く語られた。また看護現場に起こる倫理的問題は、医療全体の構造と密接不可分の関係にあり、その意味で確かな社会性をもつこと、それ故、この学会においてオープンに議論を重ねていく必要のあることも多くの参加者の認識するところとなった。

以上のように、この紙面では書きつくせないほど多くの参加者の意見が聞かれ、シンポジウムは、本学会の今後の活動を示唆して余りあるものとなった。

看護の法と倫理

石井 トク

日本赤十字北海道看護大学

「安全、安心」は、国のあらゆる政策のキーワードである。医療場面に焦点をあてて考えると、受益者の「安全」の保障と、検査・治療など何かにつけて医師、看護職者の行為に対して「安心」できない、つまり信頼ができない状況が生じてきた。その背景には科学の進展と医療の高度化、複雑化に伴うリスクの増大、受益者の権利意識の変革がある。

私事ではあるが、看護学生の臨地実習で遭遇したある出産場面の出来事から生命の「安全」について考え、「安全」を支えるのは「倫理」であることに漠然と気付くようになった。それは長い時を経て確信となり、今は、看護は倫理であると事あるごとに述べている。

そこで、今までの看護実践と教育でのこだわりを通して、看護の法と倫理の接点を述べることにする。

1. 「法律」の意味

1) 資格は「安全」の保障

人々の健康を担う看護職者は、不特定多数の人々と、受益者である個々の生命の安全を保障する法的責務がある。それは、人の生命（心身）に多大な影響を及ぼす「医療（看護を含む）行為」の提供者であるからである。看護に関する法律は人々の安全の保障であり、資格はその担保である。

看護職は保健師助産師看護師法（保助看法）によって、保健師、助産師、看護師それぞれの

業務内容と、資格取得に必要な履修規定、国家試験受験資格の要件、国家試験合格、免許取得の要件（欠格事由）等をクリアして「資格」を得ることができる。又、法に違反すれば罰則規定が定められているのが看護の法律である（准看護師については割愛）。

2) 看護水準と注意義務

看護職者の看護行為は、その時代の看護水準（助産師は産科医療水準）を維持することが基本である。

看護計画の展開は看護過程のサイクルの連続であるが、法の視点から見ると危険予測行為（観察、予測情報の収集）と危険回避行為（予防的看護）サイクルの連続である。看護行為のサイクルの鍵はアセスメント能力であることは共通している。注意義務違反（過失）は、“看護職者なら予測すべきこと”が出来ない、当然すべき行動がとれない、そのことによって患者にリスクを与えることになる。したがって、看護職者が自らの看護の知識、看護技術と共に判断能力を高めるための研鑽は、受益者の安全の保障の確保である点で義務であり、自ら研鑽する姿勢は倫理的なものである。

2. 「倫理」の意味

1) 看護職者に期待される人格

倫理は、法の社会的規制と異なり自らを律するものである。医療の受益者の多くは弱者、または容易に弱者に陥りやすく、看護職者は受益

者の擁護者としての行動がとれる人格を期待されている。人格は個人倫理、社会倫理、職業倫理をあわせ持つことによって磨かれるものである。

2) 倫理的問題に対する専門家

看護職者は、受益者の心身状態、家族の状況と受益者の関係を知る最も近い存在としての医療の専門職でもある。したがって、臨床医療における倫理的諸問題を調整する役割がある。又、臨床研究、疫学研究、機関内倫理委員会の委員として参画し、受益者の擁護者として発言する責務があるといえよう。

3. 法と倫理の接点

1) 療養環境

法と倫理は密接に関連している。その一つが、療養環境である。療養環境は患者にとって生活環境でもある。生活環境を整えることは人としての尊厳と人権の擁護にあたる。療養環境を大別すると、人的環境、病室環境、情報環境、物的環境に分類できる。特に人的環境は患者の心身の健康状態に多大な影響を与えることから看護師及び医師は品性を保つ必要がある。さらに、看護師と医師はお互いに専門的業務と役割を理解し、尊重することによって信頼関係を築くことができる。信頼関係の築きは、チーム医療の成熟を促進させ、最善の医療が提供できる。

2) 看護師によるインフォームド・コンセントの有効性 (図1-3)

悔いのないインフォームド・コンセントを保障するには、看護の基本的アプローチである患者の個性(家族、社会的)の把握と共に、倫理的態度である「尊重」を基本に次の3つの視点が必要となる(図1参照)。ライフステージは、今どの段階か(発達段階による心身の特徴、社会的課題)、健康レベルは、どのレベルにあるか、どのような状況での場面か(通常の診療、実験的医療)等の3視点から看護スキルを用いてインフォームド・コンセントを行うことが、患者、家族が後に悔いのない選択になり得ると考える。

また、当事者が意思決定に至るまでには、時間をかけた説明と、疑問と質問の繰り返しがあり、さらに、治療後の日常生活の変化と、その対応の具体的説明があつてこそ患者の理解が深まり(図2参照)相互の信頼関係が構築される。医療に対する信頼がなければ、悔いのない意思決定にはならない。さらに、決定後の当事者、家族に対する看護支援、つまり看護ケアの連続性によって、「悔いのない意思決定」に影響を与え、さらに生活の質と密接に関連すると考える(図3参照)。

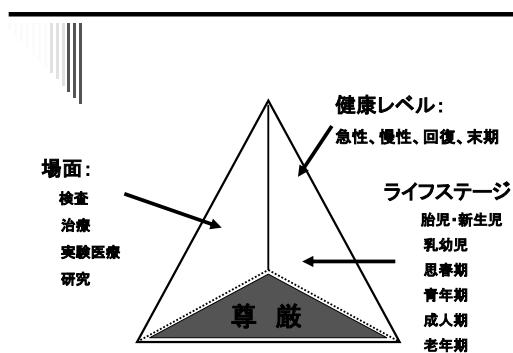


図1 看護師によるインフォームド・コンセント

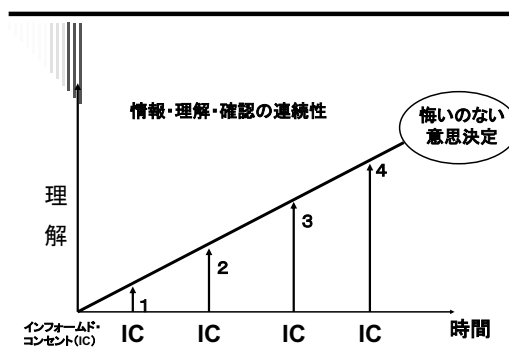


図2 看護師による医師決定支援のプロセス

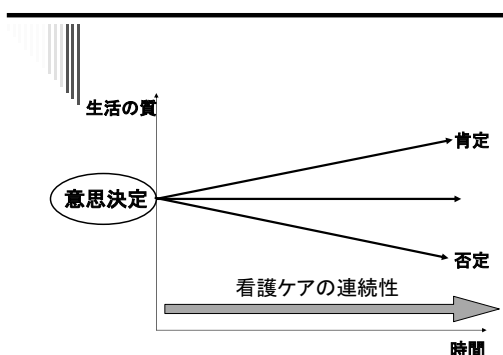


図3 看護師による医師決定支援の評価

看護管理と倫理： これまでの動向と今後の課題

勝原裕美子

聖隷浜松病院 副院長兼総看護部長

日本看護倫理学会が設立された。看護管理学の立場から倫理の研究を行い、その後現場で看護管理上の倫理問題に向き合う立場になった一人として、看護管理の倫理課題が体系的に議論される機会ができたことは喜ばしい。この機に、看護管理学における倫理のとらえ方と今後の課題を整理しておきたい。

1. 「看護管理上の倫理」の先行領域

看護管理学の視点から倫理課題をとらえるときには、2つの大きな枠組みが想定される。

図1に示すように、経営学の中で論じられている倫理課題と看護学の中で論じられている倫理課題である。

経営学の中では、企業倫理、ビジネス・エシックスなどに関する書物がたくさん出ており、社会的存在である組織体が倫理的であるとはどういうことかが論じられてきた。他に、組織倫理、経営倫理、管理上の倫理などの呼称もあり、扱うテーマやトピックスに応じて最適な用語が

用いられている感がある。国内では、日本経営倫理学会が1991年から活動を開始している。他方、看護学では看護倫理、生命倫理、研究倫理などが大きなテーマとして探求されてきた。

看護管理上の倫理は、この両者が合わさったものと考えられる。たとえば、平成20年8月14日付けの朝日新聞朝刊では、「臨床研究指針法規制検討を」という見出しのもと、臨床研究をめぐる不祥事が絶えないことをとりあげ、浸透しない倫理観についての提言がなされている。これは、臨床研究の中味の問題であると同時に、組織的取組みの不十分さや、倫理観を浸透させる学会の取組みや組織風土のなさが問題であり、医療倫理と経営倫理との両者にまたがる課題である。同様に、看護倫理の問題と一括りになされている現象の中には、組織の仕組み、歴史、文化・風土などが原因になっているものが少なくない。それらの問題を看護の視点だけから論じるには限界がある。

各看護系学会の中で、倫理に関する発表演題を一つに集めセッションを形成しているのを見かけるが、今後は、本学会の中で、看護の領域別ではなく本質的なテーマのつながりでの議論がなされることが期待される。その際、組織倫理や管理上の倫理が一つのテーマとなっていくであろう。

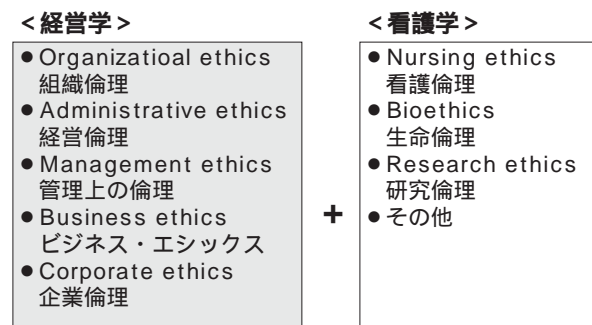


図1 「看護管理上の倫理」の先行領域

2. 企業倫理の歴史的背景

本学会は、これから新たな歴史を築いていくのだが、少し先に始まった経営倫理学の歴史的背景を簡単に振り返っておきたい。

経営倫理学が学問領域として確立してきた背景は、De George¹ に詳しい。それによると、1970年代に起きたウォーターゲート事件やDC-10 スキャンダル等の大きな社会事件が引き金となっている。インパクトの強い社会的事象が起きたことにより、哲学の中で実際的な問題にも関心が寄せられるようになったのである。1970年代の終わりには、経営責任に関する研究が進み、管理者のみならず、労働者や株主等にも目が向けられるようになった。内部告発や差別・逆差別などにも関心が寄せられ、研究の体系化が進んだ。経営倫理という用語が定着するようになったのはこの頃である。1976年には、ハーバード・ビジネス・スクールで経営倫理のコースも開設されている。

1980年代に入ると、経営倫理学は飛躍的に発展する。その背景には、規制緩和が進み企業の自主規制が求められるようになったこと、M&A戦略により巨大化した企業に環境への配慮が求められるようになったこと、企業の巨大化・グローバル化によって文化、宗教、商慣習の違いによる摩擦が生じたこと、ビジネス・スキャンダルが相次いだことがある²。1993年の時点で、すでに米国の大学には500の経営倫理のコースが存在し、25の教科書や3つの学術雑誌が刊行されており、16の経営倫理センターが運営されているという報告もある³。

日本における経営倫理学の発展に対しても同様の見解がある⁴。まず、政治不信や企業経営への不信感が国民から問われるようになったこと。2つ目に、日本が成熟化社会を達成したがゆえに、日本型雇用システムに代表される高度成長期を支えてきた諸システムの見直しが必要になったこと。3つ目に、国際化が進展し、国際ルールへの適応が求められるようになったこと。4つ目に、市場経済原理志向と政府による規制緩和という「自由の増大」という大きな流

れの中で、各企業に自主的なコントロールが求められるようになったこと。最後に、地球環境問題に対する社会的責任が求められるようになったことである。

このように歴史的変遷をたどってみると、経営倫理学は、必ずしも体系的に発展してきたのではなく、その時代背景や事件等に具体的に結びつきながら発展してきたことがわかる。言葉を換えれば、経営倫理学は社会の現象に非常に密接した学問領域であり、この種の研究が進むことで社会に還元し貢献できることが多いということだ。

医療における経営倫理の問題は、国内においてははまだそれほど大きく取り上げられていない。しかし、社会現象や事件を背景にその重要性が認識され始めたという過程は、企業における経営倫理の発展過程と酷似する。これまで、医療における倫理といえば、遺伝子治療や臓器移植の是非などに代表されるような生命倫理や、病名告知のあり方などに代表されるような臨床現場で患者に向き合う時に生じる臨床倫理をさしていた。しかし、それらの知見だけでは解決をみない医療経営や医療・看護組織にまつわる倫理課題が、医療の世界でも認識され始めているのである。

たとえば、看護師数の水増しによる保険請求問題、カルテ改ざんなどの法律違反の問題、患者のたらいまわしや産科・救急医療の崩壊などの社会的問題は、一個人の倫理観の是非や善悪を問うだけでは解決しない。組織内のルール、暗黙の了解、組織資源の限界などが純然として見え隠れしているからである。これらの原因に対しては、組織文化・制度・システムの刷新や改革が不可欠であり、組織的対応を実践する管理者の役割は大きい。

3. 扱うべきテーマ例

今後、看護管理上の倫理として扱うべきテーマは山積みである。一例を挙げよう。

1) 看護管理上の倫理課題の体系化

看護管理上の倫理課題といっても多種多様

だ。看護管理者が抱える管理上の倫理課題は、医療倫理の研究が活発な米国においても、1980年代半ばまではほとんど議論されることがなかった。医療保険システムがそれまでの出来高払い制度から包括払い制度へ移り、医療に経済原理が導入され始めてから、急速に注目を浴びるようになったのである。経営問題と看護に求められる道徳観とを両立させるのが困難であることは複数の文献でも述べられており^{5,6,7}、看護管理者の最大の倫理課題といっても過言ではない。経営上の問題以外にも、情報システムの発達に伴うプライバシーの保護に関する問題や⁸、看護職のレベルとその組み合わせに関する問題⁹などが明らかになっている。

このように、看護管理者の倫理課題が多岐に渡ることが示唆されているのだが、未だその全貌は明らかになっておらず、今後これらをどう整理し体系化していくのが課題となる。

2) 管理者の倫理的意思決定

バダラッコ¹⁰は、管理者として個人の価値観が問われるような問題に直面することについて、3つの側面から論じている。

フロントライン（第一線）にいる管理者は、「私はだれか」「私は何のために生きるのか」といった問題に向き合わなければならない。たとえば、絶対に行く約束していた子どもの運動会の日に、上司から重大な会議があるのでどうしても出勤してほしいと言われた場合にこのような問いに向き合うことになる。ミドル（中間）の管理者は、「我々はだれか」「我々は何のためにあるのか」といった問題に出くわす。たとえば、職場の中のだれかに本人の望まない異動をしてもらわなければならない時に発生する。そして、トップの管理者は、「社会に対してどう責任をとるべきか」というより大きな問題に向き合うことがある。社会に対する影響力が非常に強い意思決定をしなければならないときに、自分がトップとしてどう責任を果たすかが問われるときである。

このような重要な意思決定を担う管理者の意思決定プロセスについて、研究がほとんどない。

勝原¹¹は、看護のトップマネジャーが倫理的意思決定を下すときに、17種類の道徳的要求の間に生じる葛藤を体験することを示しており、その意思決定プロセスにも踏み込んでいるが¹²、その後続く研究がなく、研究者間の課題共有やネットワークの整備が急がれる。

3) 組織の取組み

表1は、職場の中で倫理問題が生じたときに、組織的に検討する場があるかどうかを看護師長クラスの管理者にアンケートを行った結果である¹³。この調査では、ランダムに選択した全国の500病院のうち、調査協力の得られた140病院の師長1039名に質問紙を配布している。回答を得た472名（45.6%）のうち、医療ミスに関しては組織的な検討の場があると90%以上が答えているものの、情報開示や個人情報保護については、倫理問題が発生しても対応に困る管理者が4分の1程度いることがわかる。パワーハラスメントに至っては、組織としてほとんど取り上げられない実態がみえる。

このような実態調査から、看護管理者の倫理課題に対する意思決定関与の度合いを描いてみた（表2）。生命倫理に関しては、トップや専門委員会が方針を決めるべきことであろうが、臨床倫理に関しては、すべての管理者が関わるものの特に現場の第一線にいる管理者がその場で意思決定を求められることが多いと思われる。組織の倫理課題に関しては、トップになるほど関与度は高くなるが、第一線や中間管理者たち

表1 倫理問題を検討する場の有無 (N=472)

倫理問題	組織的に検討する場の有無			
	あり	なし	知らない	無回答
生命倫理	148(31.4%)	289(61.2%)	24(5.1%)	11(2.3%)
治験	208(44.1%)	195(41.3%)	47(10.0%)	22(4.7%)
情報開示	280(59.3%)	137(29.0%)	36(7.6%)	19(4.0%)
個人情報保護	328(69.5%)	101(21.4%)	31(6.6%)	12(2.5%)
医療ミス	431(91.3%)	23(4.9%)	10(2.1%)	8(1.7%)
患者とのトラブル	314(56.5%)	117(24.8%)	28(5.9%)	13(2.8%)
セクシャルハラスメント	152(32.2%)	266(56.4%)	41(8.7%)	13(2.8%)
パワーハラスメント	28(5.9%)	307(65.0%)	113(23.9%)	24(5.1%)
研究倫理	138(29.2%)	259(54.9%)	60(12.7%)	15(3.2%)

表2 看護管理者の意志決定関与の度合（案）

<倫理課題>	<管理者>			<専門委員会>
	第一線	中間	トップ	
生命倫理				
臨床倫理				
組織倫理				
研究倫理				

多少関与する、 関与する、 かなり関与する

も組織風土の変革や浸透の重要な役割を持つ。研究倫理に関しては、ラインの管理者が目を通すことはあるだろうが、意思決定の最終的は判断は専門委員会がすることになる。

表2はまだ案の段階であり、この表中では表現しきれない倫理課題もあるだろう。しかし、本会においてこのような具体的なモデル案や分析案を積極的に出していき、議論にもまれ、改めて検証したり洗練したりするような繰り返しをしていきたいと思う。

4. 今後の課題

今後「看護管理における倫理課題」を議論していくにあたり、既に述べたこと以外に検討しなければならないことや、すでに直面している問題点について整理しておこう。

1) 教育レベル

基礎教育においては、看護倫理の講義の中で、日本看護協会の倫理綱領の解説や事例検討がなされていることと思う。しかし、誰もが直面するにもかかわらず、組織倫理に関しては触れられることがほとんどない。厳しいリアリティ・ショックを起す人たちや、現場の諸現象に背を向けて去っていく人たちの中には、組織倫理問題の渦中にいることに耐えられないという人もいるだろう。基礎教育においても組織倫理の視点に多少なりとも触れる時間がほしい。

継続教育においては、既に認定看護管理者教育課程においてセカンドレベル、サードレベル

で組織の倫理問題が検討されている。しかし、時代の流れに応じ、より望ましい教育プログラムの開発に取り組んでいく必要があるだろう。

2) 学会レベル

「看護管理における倫理課題」は、最近注目されるようになった考え方である。学会において、発表演題が増えてきたときに、演題カテゴリーを管理者倫理とするか、組織倫理とするか、看護経営倫理とするかといった問題が早晚出てくるだろう。いったんカテゴリー名を作ってしまうと、それに縛られる可能性があるので慎重に行わなければならない。汎用性、普遍性などを考慮した上で、ふさわしいカテゴリーを作ることが求められる。

また、深刻な問題として、研究者および研究の少なさが挙げられる。看護倫理問題は現象としても多様であり、多くの研究がなされてきている。しかし、文献レビューを行う限り、組織論的な視点から扱ったものがほとんどない。この類の問題に興味を持つ現場の管理者は大勢いるが、知として発展させるためには質の高い研究がたくさん出てくる必要がある。研究仲間を募り、ネットワークを広げていくことがこの領域の発展に不可欠であり、そのための布石をどう打つかが大きな課題である。

3) 臨床レベル

看護職が直面したり感じたりしている組織上の倫理課題は、看護職だけでは解決できない。医師をはじめとするすべての職種が同様の倫理観を持ち、倫理風土を作っていかななくてはならない。本会の名称は、日本看護倫理学会であるが、実際の倫理課題を検討するためには、どのように多職を巻き込み、問題解決にあたり、倫理風土を構築するかを全職種で検討しなければならない。そのためには、必要な委員会の立ち上げ、ルールづくり、制度の見直しなどが必要になる。

また、資源不足に起因する倫理課題（たとえ

日本看護倫理学会設立集会でのシンポジウムで、兵庫県看護協会の服部様から「看護者の権利擁護」という視点をこの中に盛り込んだらどうかというご提案をいただいている。

ば、看護師不足によってなすべきケアができないなど) に対しては、問題の所在が明らかであったとしても、トップですら介入が困難なことがある。だからと言って放置しておくわけにもいかない。このような社会的問題に対して学会としてどう取り組むべきかを検討し、見解を出していかなければならない。

紙面を前に思考するだけでは不十分なことは承知の上で、現在考えられる課題を並べてみた。これらの課題に対して学会として果敢に取り組み、看護倫理学の知の体系化を進めていきたいものである。

引用文献

- 1 De George, R. (1987). The Status of Business Ethics: Past and Future. *Journal of Business Ethics*, 6: 201-211.
- 2 梅津光弘 (1994). 日米関係における経営倫理学の意義と役割. *日本経営倫理学会誌*, 1: 37-44.
- 3 Stark, A. (1993). What's the Matter with Business Ethics? *Harvard Business Review*, May/July: 38-48.
- 4 水谷雅一 (1995). 『経営倫理学の实践と課題 経営価値四原理システムの導入と展開』白桃書房.
- 5 Fry, S. (1986). Moral Values and Ethical Decisions in a Constrained Economic Environment. *Nursing Economics*, 4(4):160-164.
- 6 Sietsema, M., Spradley, B. (1987). Ethics and Administrative Decision Making. *Journal of Nursing Administration*, 17(4): 28-32.
- 7 Maddox, P. (1998). Administrative Ethics and the Allocation of Scarce Resources. *Online Journal of Issues in Nursing*. December.
- 8 Badzek, L., Mitchell, K., Marra, S., Bower, M. (1998, December). Administrative Ethics and Confidentiality: Privacy Issues. *Online Journal of Issues in Nursing*.
- 9 前掲論文6
- 10 Badaracco, Jr., J. L. (1997). *Defining Moments, When Managers Must Choose between Right and Right*, Boston, MA.: Harvard Business School Press. (金井壽宏監訳、福嶋俊造訳『「決定的瞬間」の思考法』東洋経済新報社, 2004)
- 11 勝原裕美子(2003), 看護部長の「倫理的ジレンマ」をもたらす道徳的要求, *日本看護科学会誌*, 23(3)1-10.
- 12 勝原裕美子(2003), 看護部長の倫理的意思決定プロセスに関する研究, 神戸大学経営学研究科博士論文
- 13 勝原裕美子(2006)看護管理者の倫理的意思決定プロセス統合モデルの構築, 平成16年度・17年度科学研究費補助金基盤研究(c)(2)研究成果報告書, p.25.

専門看護師の倫理調整の役割と実践

北村 愛子

りんくう総合医療センター市立泉佐野病院
急性・重症患者看護専門看護師

近年、保健・医療・福祉を取り巻く環境の大きな変化や先進医療の発達に伴い医療はさらに高度化し、倫理的側面を考慮する機会が増大した。さらに、生命の質に関する人々の価値の複雑さが影響し、倫理的な問題を生じやすくなっている。そのため、看護実践の場面においても、倫理的な思考で物事を決定し、看護のありようを問い、果たしてこれでよいのかと考えながら実践することがしばしばある。

日本看護協会が認定している専門看護師は、臨床看護実践の中で「倫理調整」の役割を担っており、専門看護分野において、個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる役割を果たしている。多様化した医療と複雑な状況、価値の相違から生じる倫理的な悩みについて、臨床看護師、看護管理者、医師、多職種チームで解決に向かっていく過程を調整している。

本シンポジウムにおいては、この倫理調整の役割の中から確認できる、倫理的問題が生じる時のパターンと看護師のジレンマのパターンを理解し、調整の方向性を見定め、調整にむけて行動する経過と、そのために用いる技術について述べる。また、倫理調整の手段として「倫理カンファレンス」「インフォームド・コンセント」を行うこと、「組織文化やスピリチュアルペインに関心を注ぐこと」について述べ、倫理調整の役割に対する考察により課題を明らかにし、看護倫理の可能性への手がかりを探求する。

1. 専門看護師の倫理調整の役割

専門看護師は、臨床看護実践の中で「倫理調整」の役割を担っており、専門看護分野において、個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる役割を果たすことを仕事にしている。その役割の展開方法として、当施設の場合は、次のような職務内容を果たすことになっている。

患者・家族の権利擁護と倫理的意思決定の支援を行う

看護実践における倫理的側面の研修を企画・運営する

看護実践における倫理的側面の相談を受ける倫理的問題を含む困難なケースについての調整を行う

このような方法で看護実践の倫理を解決、あるいは解消しながら看護の質の向上と看護師のジレンマへの対応を行っている。

2. 倫理的な問題が生じるときの特徴

急性・重症患者看護領域では、患者の特徴として、意識がないあるいは、伝達する能力の不足で、意思決定が自分でできないという特徴がある。そのため、患者の価値信念が尊重されていない、患者のQOLが考慮されないといった現象が生じやすく、医療者側の患者と家族理解や、治療効果を上回るリスク、救命効果が不確かな状況により、倫理的問題が生じやすくなる。このような特徴に加え、家族の対処しきれない

ストレス、自律性の低下、危機的な状況にすることが関与し、生じやすい倫理的問題としては、自己決定に関わる問題、知る権利に関わる問題、ケアに関わる問題、このほか、全体的問題を含むものとして、脳死と臓器移植、医療経済からみた高度医療の限界などがある。

3. 看護師のジレンマ発生のパターンと原因

看護師のジレンマの発生は、多くの場合、看護師が看護に関する基本法を守ること、全人的ケアを行うことが役割であると認識しているが、臨床での展開の速さや複雑さで十分なケアができないときに発生することがあった。また、看護師自身の価値観と行動責任への問いがあるとき、医療者間の人間関係の狭間で全人的に理解し、支援する糸口がみつけないときに発生しやすくなっている。これらのケアの複雑性について、倫理調整の役割からわかったことは、患者と医療者の意見の不一致、インフォームド・コンセントと真実告知のありようの不適切さ、QOLと症状管理のバランスが困難、生死と治療の続行に関する医療者の不調和などが要因となっていることであった。これらのことより、倫理調整として、患者とケアに関する人々との間に生じる不均衡やコミュニケーション不足、時間不足、組織の制約パワーによる障害に働きかける必要があると考えられた。

4. 倫理調整の方向性と実践

看護実践の場において、患者、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる役割を果たすときに、どのような働きかけの方向性を持っているか、また、何をアセスメントし、どういった調整の基軸をもつかを可能なかぎり明瞭にし、実践する際のガイドとして確認しながら分析評価しようと考え、倫理調整の方向性の図を作成した。(図1)

調整の方向性は、『人間関係を含む倫理的な価値の不均衡に働きかけ、阻害しているものを取り除き、人権尊重にむけて協働を促進する』ことである。調整の焦点を当てるのは、人々の

意見や、ケア・治療のありよう、バランス、関係性で、アセスメントとしては、価値観や時間、タイミング、場所、人と人との関係性、行動の様式(認識や方法、特徴)に留意している。そして、調整の行動は、患者家族に向けて調整することとして「患者を擁護する(Patient Advocacy)こと」を実行し、医療者にむけて調整することとして「医療者の倫理観を反映させる過程を擁護すること」を基軸にする。その結果、患者と医療者の意見が一致する、患者への真実告知のありようが適切になる、QOLと症状管理のバランスがとれる、生死と治療続行に関する医療者間の考えが調和するというゴールとなる。

この過程は、同時に患者・家族にとって変化をもたらしている。倫理的な出来事への支援を受けることで、個人のコーピングを促進する。

意思決定の支援を受けることで、自分の価値に気づき、倫理的な意思決定ができる。人間関係やケアに対する信頼を築き高める、医療を受ける時間やその経過、結果が患者のものであることの実感を実感し、患者・家族が主体的に意思決定でき、医療者とともに変化を来たすという変化である。このように倫理調整により、ジレンマの対応とその解決の過程を辿ること、同時に患者・家族とともに変化することができる組織文化を作り上げることが重要であることがわかった。

5. 倫理調整の予防的なかわり効果的な調整に必要な技術

予防的なかわりについては、倫理的問題が生じる前に対応する方法で、倫理的問題が発生しそうな感覚や、倫理的問題を知覚したときに、対応をするというものである。予防的な倫理対応としての活動は、関わるチームの価値観の早期分析、継続的な意見交換、チームに生じるパターンを分析し管理していくことなどである。技術として用いているものは、行動のモデルになることや、チームで会話する時にジレンマを肯定すること、価値の相違や様々な考えがあることを重視し、倫理的な側面の議論の

参加を促進して表現を助ける技術などである。その結果、互いに表現しあうことで意欲が高まる、相手への理解が高まる、自己の考えを表現できる、新たな視点の発見や、根本的な問題を解決することができるようになる。その成果として、価値の対立が起こる前に、重要な価値観を確認でき、倫理的問題の発生予測、予防ができる。注意点として配慮していることは、感情的な不快感が発生する可能性があること、非効率なコミュニケーションを助長しないように、情報の不適切な伝達による意思決定の歪みが生じないようにということである。

また、倫理的問題が生じたときに、倫理調整に用いる技術は、対立状況や問題の性質、根底にある要因を明らかにすることである。そのために自己の価値観を確立する技術、信頼関係構築の技術、患者の価値を探り尊重する技術を用いる。その技術を用い調整する時には、価値観・時間・タイミング・場所・人間関係と行動様式を見抜くことを重視する。その上で、倫理的調整の行動として、互いの主張を出来る限り活かす「交渉」の技術 対立している双方向、また全体に働きかけること、建設的・批判的に考えることで両者が納得できる改善策を探ること 選択した行動の意味づけと尊重することを行う。そして、不均衡・不調和の解消と状況（価値や感覚）の変化をもたらすものとして注意深く、行動する必要があると考えている。

6. 主な倫理調整の手段（方法・場）

前述のような倫理的調整をする主な方法・場として、インフォームド・コンセントや倫理カンファレンスを有効に活用している。価値観や時間、タイミング、場所や人と人の関係、行動の様式に働きかける手段として、いくつかの点を留意している。改めて行うのではなく、日々のカンファレンスや、気がかりな事象に遭遇した時に、場を設けることができれば実施するといった状況である。留意点としては以下の点をこころがけている。

自由にいつでも看護について考えることを話

してみる

（CNSへの倫理相談は、個人の自由意思で、状況に応じて守秘）

それぞれの職業的価値観を表現し、考えていることを理解する

行動を選択するために、あらゆる側面から論理的思考する

参加者の考えの結果、各職種の役割と行動の確認をする

患者家族と話し合いを持つときのためにコンセンサスを得る

真実のありようについて告知方法を決定する
アセスメント（患者家族の理解や意見、医療者の意見） 真実告知の内容を検討し、実施と評価をする。

このようにカンファレンスをする以前にベッドサイドケアにおいて、患者の権利に注目し、いのちのありようについて問いを寄せられる瞬間に、看護師は、感覚を揺さぶられることもある。この感覚は、患者・家族が侵しがたい厳かなかけがえのない人間であることを痛感する瞬間である。その瞬間にあるスピリチュアルペインに共感しながら、ともに存在し、倫理調整を図っている。関わったケースの方々より、許可を頂き、筆者が倫理調整の際にそのいたみを感じた言葉を紹介する。

「本当にこんなことってあっていいのでしょうか。これからだったのに。こんなことならあの時、反対すればよかった。いや、決めたことだから。」（手術選択後の死）

「わたしね、昔は死ぬことが怖くなかった。でも今は違う、死ぬことがわからないの。どうしたらいいの。」（慢性疾患の急性増悪）

「とにかく、救ってください。生きる方法を決めるのも、死ぬことも、全て、こいつのものだから。」（蘇生中の家族）

「生きてるから、言えることがありますまた、挑戦します。そして、もしも死が来たら、この体は医学のために... そうしたいと言いつなくなった父の思いを反対したのは僕だから。」（心肺蘇生後に回復中、先端医療を選択した患者）

「病院がこんなに尽くしてもらえるところだとは思っていなかった。もう、死ぬんですね。」(長い間生死をさまよった患者の家族)

「あなたとあえて幸せだったのよ。」(挿管チューブの口にキスをする妻)

「私たちはどうやってこの悲しさを乗り越えればいいのですか。おねがい、どうか助けてください。」(結婚して間もない夫婦の死別)

「お願い、たったひとつの命、救うと思ってこの子にこころ込めてやって、力をあげてほしいの。」(白血病患者の母)

「いてくれるだけでいい、治療をとめないで。そんなことを考えるのはおかしいことですか。他の家族もみなさん、こんなこと、どうやってきめるのでしょうか。」(長期持続透析中の患者家族)

「できれば、時々でいいから父のことを思い出してください。」(人工心臓装着した患者の家族)

「こんなに怖くて不安定な気持ちは初めてです。何かしら毎日戦ってる気分で、何とどう戦っているのかもわからなくて、恐ろしさを感じます。何をしても落ち着かなくて、考えてもわからないのに考える感じで、いったいどうなったのでしょうか。」(不安の強い家族)

このように、生死に直面するとき、喪失する感覚から悲嘆や危機的な心理状態を示しながら、スピリチュアルペインを表現されることがある。そのとき看護師は、ともに悩み、ケアのありようを考える。倫理調整の場面では、霊的な苦悩にも配慮したケアリングの対応を必要とされる。

7. 専門看護師の倫理調整の役割と実践についての考察と課題

CNSが倫理調整で目指しているのは、1)多職種コラボレーションと、患者・家族とのパートナーシップに基づいた【いのち(権利)と向き合う文化】をつくることである。それは、健康問題をもつ人々の人生の問いにつながる作業を、患者・家族を含めたチームで解消していくこと、チームの各員が洞察力と調整力と実

践力を発揮し、注意深く有能で、協力的な集団をつくることにより展開されると考える。

さらに、CNS調整で大切なことは、2)医療、看護における【人生の質(QOL)の考察】を基盤とし倫理的な配慮を、個々の事例に対応し、(患者を擁護する Patient Advocacy) 医療にかかわる人々が尊重されるような環境を育てるプロセス(医療者の倫理観を反映させる過程を擁護する)を重視することだと考える。

メインテーマである、「看護倫理のタペストリー看護倫理の可能性をひらく」について、専門看護師の立場からは、1つめに、患者を擁護する(Patient Advocacy)ことについて、看護師によるインフォームド・コンセントを行うことを考えている。その際には、真実の伝え方の吟味と、ケアリングプロセスを担うことの自覚により、知識の確実さと誠実なコミュニケーションを心がけ、真実を伝える方法を追究していこうと考える。また2つめに、医療者の倫理観を反映させる過程を擁護することを課題とし、信頼関係構築や価値尊重の技術向上のために、正しく事実を解釈すること、正しく理解するためのコミュニケーションをとること、情報提供を尊重することを心がける。そのために、今後は具体的で客観的な情報提供の方法を追究することも重要な課題であると考えられる。さらに、3つめとして、看護ケアの真髄としてのスピリチュアルな要素を含む全人的ケアを展開するために、看護師の価値観確立について配慮した組織文化を創ることを心がけ、看護師の価値の発達を追究し明らかにすることが職業的な観点からも重要な課題であると考えられる。

おわりに

看護倫理の可能性を開くことについて、看護職が熟考することは、看護の様相を明瞭にし、看護の質、医療の質向上につながるものと考えられる。専門看護師として成長し続け、看護実践の倫理を通じて専門職の責任を追究する姿勢をもちながら、課題を果たし、倫理調整の仕事を続けていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 北村愛子：クリティカルケア看護領域における家族とのパートナーシップ形成の要素，家族看護，日本看護協会出版会，4(1) 85 - 91 2006.
- 2) 北村愛子：クリティカルケア看護領域で死にむきあうことへの文化形成のための医療チームへのかかわりと死にゆく患者・家族のケア，日本クリティカルケア日本看護看護学会誌協会出版会，2(2)11 - 14 2006.
- 3) 北村愛子：クリティカルケア看護領域における倫理的問題と対応 重症集中ケア，日総研，創刊準備号，142 - 145 2006.
- 4) 北村愛子：クリティカルケア看護領域の質向上を目指した看護実践と専門性，日本クリティカルケア看護学会誌，日本看護協会出版会，3(2)25 - 272007

【前半 Q & A】*

座長：前半の三人は、この後の三人の話に比べますと、倫理のテーマに少し大きなところから取り組もうとされているお話だったと思います。これら三人の方に、皆様からご発言頂けたらと思います。

会場A：看護協会の者です。勝原先生が倫理のマップをお出しになりましたが、そこで看護者の擁護、ナーシング・アドボカシーに関してお考えをお聞かせ下さい。

勝原：ナーシング・アドボカシー、患者の権利擁護のことでしょうか？

会場A：いえ、看護者の権利擁護という意味です。

勝原：特にそこを強調したマップではないです。何か逆に、こういうことを盛り込んでほしいというご提案がございましたら、むしろお聞きできたらと思います。

会場A：実は組織倫理のことですと、組織内だけで解決、というような傾向があるので、できれば、看護がどのように社会から評価されているかとか、看護が間違っただけで評価をされてないだろうかといったことを、看護者の権利を擁護するという意味では、何か違うもう一つ、ナーシング・アドボカシーが、看護者のための擁護の倫理というように考えて頂くことができるのかなと思ひまして。

勝原：多分、全部に関ってくるのでしょね。マップは特にそのことを意識して作ったわけではないです。看護者自身が守られていない状況は多々見られると思いますので、そのことを看護者自身が発言していく、自分で自分を守るという術の部分とルール作りの部分と、様々なことを、おそらく今後検討していかなければならないと思います。

座長：今一つ視野を広げて下さるようなご発言だったと思います。他にいかがでしょうか。

会場B：臨床看護師です。北村先生に。倫理調整の役割として、a.命と向き合う文化、b.患者を擁護する、そしてc.医療者の倫理観を反映させる過程を擁護するの3つをあげておられたと思うのですが、その中のcについて、具体的に客観的な情報提供の方法を提示されたかと思うのですが、これは患者に対してそのような情報提供をすると理解してよろしいでしょうか？

北村：現場で問題を発生させてしまうような事象自体を医療者が作ることもあります。自分の価値観をそのまま患者に説明したりとか、医師の説明が分かりづらくて自分に突きつけられた問題といったような状況であります。ですので始めから正しく情報提供ができるようなスキルを身につけることは重要ではないかと考えているので。例えば、「とても怖い検査なんですけど痛みがあるんですけどでも」といったような本当は形容詞まではつけなくてもいいような内容で情報提供するようなこともあるかと思ひます。情報提供が本当に正しくあるというのは、過不足なく正しく身体に与えられる影響だとかを、私達は伝えなくてはならないなと、今感じておりますので、それが価値観を反映する時に、異なった行動、間違っただけにならないように追求すべきであると思っています。

会場B：分かりました。ありがとうございます。

会場C：大学の教員です。北村先生に。先日、看護師の友人が、看護師がスペシャリストを目指し、スペシャリストが増えてくるにあたり懸念していることを私に話してくれまして、スペシャリストが居ることによってジェネラリストのナースが、スペシャリストにおんぶしてしま

* 編集委員会より：紙面の都合上、実際の発言を約40%に圧縮し、「患者さま」等の敬語表現は「患者」とするなどの編集操作をした。

うというような状況があるということでした。例えば、自分達が意思決定すべきものを、専門看護師にお願いをして意思決定してもらいたい形が懸念されていると。北村先生は、専門看護師でない看護師に、意思決定に関しての教育的な関わりとか、経験の中で何かあれば教えて頂きたいと思います。

北村：私自身が全ての場に、全ての時間に存在するわけではありませんので、ジェネラリストの皆さんが、経験した事象について一緒に考えることが、後でも、あるいは最中でも、どこでも出来るということで、なおかつ私は、その専門領域に関してですので、ジェネラリストの方々の意思決定を奪うことはきっとないかと思うんです。専門職性そのものが、アイデンティティが先に必要なことですので、ジェネラリストの自律性を奪うような行動は、決して一緒に物事をする上では、有効な手立てではありませんので。後で考える、あるいは最中に相談を受けて考えるということで、ご本人が考えられるようにファシリテートするといったようなスタンスでやってますので。専門看護師がジェネラリストの意思決定を全てカバーするものではないと思います。そういった配慮をしています。

会場C：わかりました。色々なケースがあるかと思いますが、中には、北村先生が前にでるようなことではなく、その病棟のナース達が意思決定をして介入するといったことにもサポートする形もあるということなのですね。そこはどうやって見分けているのですか？前へ出るということと後ろにいようということとは。

北村：看護師自身も価値観があり、自分で取り組みたいし、プライマリーとして責任を持っている受け持ち看護師が患者に接したいのに、うまくその様に物事をアセスメントすることが出来ないというような、ナースのアセスメントの内容を共に拾い出しすることにします。そして、ナースの力がどこまであるのかということのアセスメントします。看護管理者ですと、明らかにすでにアセスメントしきっていて、こういった所にインターベンションを受けたいという

か、状況としては入り込みたいけれども、どう入り込めば良いのかという提案の仕方、相談の仕方をもたらしますが、スタッフナースの場合は、「悩んでいるんですけど」といった曖昧な表現でもらう時もあります。その表現の中から、どこまで明瞭に自分の価値に気づき、どこに医師や看護師、他のスタッフ、患者など皆の中で、価値の相違を感じているのかということ、その場で一緒に明らかにする、そして何処に向かっていけばいいのかということをしていきますので、憶測という感じで、占いのような感じでは見ることはできかねるので、ディスカッションという形でやっております。

会場C：よく分かりました。思いはあるけれども行動に移せないというところが、たくさんナースはあると思うので、有難うございます。

座長：気の短い人ならそんなことは私の給料の中に入っていないとおしまいにしにしてしまう問題も、たぶん北村さんは、とても優しく関わって下さるのだらうと思いました。

会場D：病院の看護師です。今のお話をうかがいながら、当病院にもCNSがいるのですが、CNSという役割をもったナースが病院にいる時に、システムとして、どういう事例に対してコンサルテーションをしていくのか、倫理調整をしていくのか、ある程度のクライテリアがあるのかななどを多分、管理者は知りたいのかなという気がしました。そういうシステムを、今構築しているのかもしれないし、また、一般のナースにとってはCNSって何をやる人？といったことが、どんなふうに可視化しているかによっても変わってくると思うのですが、その2点について伺いたいのですが。

北村：どういった点についてというのは、今日は詳しく話し出来なかったのですが、ケアの複雑性という言葉に今回は置き換えております。その方が複雑だと感じた時が、能力によって様々だとは思いますが、ケアの複雑性に直面した時、その時に相談をかけて頂き、そこに倫理的な問題が隠れていないのかということを考えていきます。つまりは、相談、倫理的な調

整はご自分の倫理的な感受性によって、そこが問題だなと感じたり、私の考え方がおかしいのかしらと感じたり、そういった時に自由にアクセスしてよいというふうにしています。

会場D：自由にアクセスして、例えば、今日患者への説明があってすごく自分がジレンマを感じ、その段階でアクセスして北村さんにSOSを出したと。そして、そのコンサルテーションの結果を踏まえて、また彼女が患者への介入をすることを後押しするという、その一連の作業に、何日ぐらいかかるのでしょうか。

北村：習慣といいますか、多分、そういった問題はその時に起きていると思います。翌日には患者の気持ちも変わっていたり、悩みは別のものに変わっていたりすると思うので、その時に、電話を頂いたらその場で、あるいは少し時間が経ってから、自分のやっていることに調整をつけて、猶予をつけて倫理的な問題が発生して

のかも、それをキャッチしているのかもと思った時に・・・。

会場D：ありがとうございます。わりとそういう場面というのも、患者への説明は準夜帯が多いと思うのですが、私は、とても北村先生の健康とか労働条件を・・・すごく素晴らしいことなのですけれども、管理的には、大変だな、と痛感しました。

座長：もう一つ考えるべきは、多分ジョブディスクリプションがどうなっているか、という事ですよね。ですので、あくまでも倫理的にと、深みにどんどんはまっていくような生き方は、多分、あまり賢い生き方ではない。サポートという言葉がありますが、一方でその限界というものも、自分の中でしいてく事が、倫理を考える時には大変大事な問題だろうと思ったりします。ありがとうございました。

日本の看護倫理: 研究の視点から

小西恵美子

佐久大学 看護学部

1. はじめに

この学会が生まれるきっかけとなったある対話を記しておきたい。2007年秋、看護倫理検討グループが最後の会合を終える時だった。解散ぎわ、ひとりのメンバーが、最近の国内主要看護系学会における看護倫理セッションの退潮傾向を遠慮がちに口にした。奇しくも皆の思いは同じだったようである。席を立とうとしていた全員が「なにになに?」と再び着席し、「現象に潜む倫理に気づいていないのかもしれない」「看護教育で教えられている倫理はナースが職業生活で体験する倫理的側面にどう向き合っているのだろうか」などと応じた。学会が必要だ、力を結集しよう一致し、即刻、全員が学会設立発起人に名乗りをあげたのだった。対話がもたらす力に私は感動した。

2. 倫理に関する主な言葉について

言葉は時代によって変遷し、本学会の活動を過度に固定しないためにも、言葉の定義を厳密にしすぎることは控えるべきだろう。しかし、倫理に関する次の言葉については最低限の共通理解が必要と思われる。

1) 医療における技術的な問題と倫理的な問題：医療では、ある腎不全患者にどうやって透析をするかなどの、技術的・科学的な「ハウツー」の判断を要する問題がある。一方、同時に、その患者に透析するのはよいことか、よいとすれば誰にとってよいのか、という問題も考えねば

ならない。この、よいか、よくないか、あるいはなすべきか否かの判断を必要とするのが倫理的な問題である。技術的・科学的なハウツーを考える前に、そもそもそれでよいのかと考えることが不可欠であり、医療行為と倫理は表裏一体である。

2) 倫理と道徳：共に、人のあり方・行為のよい・よくないに関わる言葉であり、多くは同じ意味に使われている。しかし、この二つを区別する著者も少なくない。Purtiloは、道徳性 (Morality) と倫理 (Ethics) の関係を次のように述べている。「倫理は、道徳性についての熟考であり体系的な学問である。体系的というのは、道徳に関わる状況を吟味するために具体的な方法とアプローチを用いる学問であるからだ(小西訳)」¹。道徳性 (Morality) は、人のあり方や行為について、個人や社会がもっているよい・よくないについての基準あるいは規範とされている。また、Pangの次の記述は、道徳と倫理との違いと、倫理は体系的な検討であるということを確認に伝えている：「人が道徳的に行動するか、または倫理的に行動するかを区別するさいに、BeauchampとChildressは、正しい行いについてのルールにしたがうことで人は『道徳的』に行動することができる」と主張する。しかし、『倫理的』に行動するには、正式な推論をし、選択肢の中から1つの特定の行動を選ぶという過程を経なければならない。倫理原則に基づいて考える人にとって、この作業は、論理的、合

理的、体系的、そしてあらゆる批判に耐えうる最善かつ正しい判断に行きつくことである」²。

3) 倫理のアプローチ：アプローチとは、「近づくこと」「決定に達する道筋」という意味で、正しいこと、よいことを判断するとき、答えに行き着きやすいように案内してくれる案内役に当たる³。そのアプローチには、徳の倫理、原則の倫理、ケアの倫理などがある。看護は、ICNの倫理綱領が「看護師と人々」「看護師と協働者」等としていることからわかるとおり、多様な関係性に重要な意味を認めている。したがって、例えば原則の倫理だけというのではなく、原則の倫理と徳の倫理の両方を相補的に用いるなどの複数のアプローチを用いることが大切である。

4) 看護倫理：看護倫理とは、倫理の考え方を看護に応用し、また「看護は何をするのか」と「看護とは何か」の両方をふまえた上で⁴、看護師としてのよいあり方や行動について体系的に考え、判断し、実践する学問である。とくに、「看護は何をするのか」と「看護とは何か」の両方をふまえることが重要であり、この2つを忘れれば、看護における倫理を考えることにはならない。看護倫理の教育における重要な問いのひとつに「誰が教えるか？」という問題がある。看護倫理という名称の授業ではあっても、教える人が上記2点を十分にふまえなければ、看護実践とは直接関係のない内容が教えられ、看護倫理の概念を混乱させている、ということが国内外を問わずある。

3. 感じること：倫理的行動への出発点

ナースは専門職として倫理的な行動ができる人であることが求められる。その出発点が「感じること」である。個々のナースが、日常の業務で目にする状況に、「あれでよいのか」と感じるか否か、その感覚と問題意識が医療の質を左右する。そのことに関係するのは、ひとつは各ナースがもつ道德感、もうひとつは、「看護は何をするのか」と「看護とは何か」への認識のしかたである。

1) あるエピソード：途上国で看護倫理の事例検討をしたことがある。看護はかつて医師に従属していた歴史をもち、その国では当時なおその状況が続いていた。事例検討では、看護師が医師から、「患者に責任をもつのは医師である私であるので口出しするな」と言われる事例をとりあげた。現地のナースたちはその時、なぜそれが問題なのかわからなかったという。しかしその後2年近くたち、「あの事例の意味がよくわかる」と語った。その間、看護とは何かということについて、日本側の根気強い働きかけがあり、それがあってはじめて、医師が専門職である看護師に対して「口出しするな」ということに含まれる問題の意味がわかってもらえたのであった。ナースがある状況に対して倫理的側面を感じるかどうかは、各人の道德感に加え、「看護とは何か」「看護師は何をするのか」ということへの認識が大きく関係すると感じた例である。

2) あるフレーズ：いま翻訳中の書物に次のフレーズがある。「倫理には、物語りを語ることに耳を傾けること、そしてそれを語る人が不可欠である。歴史、生きられた体験、そして超越的なものが組み合わさって、人は自身の物語りを語れるようになる。倫理は、その語りをどのように聞き、そしてそれに基づいてどう行為すべきかを考えるものなのだ」⁵。このフレーズからは、感じたことを語ることに言葉にするの大切さが伝わってくる。「状況を言葉にすることができれば、問題は半分以上解決できている」というフレーズにも出会ったことがある。我々ナースは、状況について思い込みをし、とっさに動くことは得意であるが、言葉にするのが一般的に弱いようである。感じ、言葉にし、記述することに強い専門職者になっていく必要がある。

4. 実証的研究からわかること

我々は、「よい看護師とはどのような看護師か」という研究をしている⁶。これは、患者や看護師の語りから看護師のよさを探求する研究

である。その中で、ある患者は次のように語っていた。

よい看護師とは、知識技術は十分備えた上に、思いやりとか人間性を備えた人。知識技術はいわば必修科目、不可欠な要素ですね。その上にプラス。このプラスは人間性のようなもので、どこが際限なのかはわからない。だけど身につけようと思ったら、自分で意識的に深く大きくすることができますよね。

よい看護師の研究は学問的には徳の倫理の探求である。この患者は、よい看護師について語りつつ看護そのものも語っている。このことは、看護における倫理は「看護は何をするのか」と「看護とは何か」の両方をふまえるということと一致する。看護倫理の研究者として、相手の語りの中に看護そのものの学びがあるということをいつも思われている。

ある若手看護師は、同僚看護師のよさを次のように語っていた⁷。

先輩みてるよ、やっぱり患者さんを擁護できるというか、先生と闘える看護師はいいな、って。患者さんのためを思って看護してるんだなって。先生の指示を非難する訳でなく、「こういう指示は受け入れられません」という一方的な突っぱねではなくて、ちゃんと看護師としての立場も伝えながら、「こういうふうになりませんか」と感情的でなく穏やかに交渉しているのを見て、「ああ、ああいうふうに言えばいいのかなあ」って。

こう語る看護師は、先輩を観察し、その優れた対話と交渉の姿勢から、自身もいずれその先輩のようになりたいと学んでいる。看護師の一挙手一投足が倫理であるといわれる。看護師の一挙手一投足は患者にとっても、またそれを見ている同僚の看護師にとっても、倫理的なメッセージであることがわかる。

看護における徳の倫理についてはナイチンゲ

ールによる多くの記述がある。それから時を経て、看護の役割は大きく変容している。現在のナースの、人として、プロとしてのありようを探求する視点が求められている。

5. 学会誌について

次の3点を強調したい。

1) 迅速な査読：「査読が最高に機能すれば、論評は迅速、詳細、建設的で、また十分に根拠があり、研究者と研究の利用者が受ける利益は大変大きい。しかし、最悪な場合には、査読は遅く、主観的で偏っており、さらに権限乱用の可能性がある。また、方法論上の重要な問題の指摘は不公正で、研究上の不正手段や不正行為の検出にはほとんど役立たない」⁸。査読プロセスは倫理的でなくてはならない。国内の看護系学術誌の査読は大変時間がかかると感じているのは筆者だけではないだろう。博士論文の副論文に、査読のある学術誌への掲載を義務付けている大学もある。博士論文はできても、戻ってこない査読を待って留年や休学をしている学生も少なくない。

2) 論文のカテゴリー：日本の学会誌は、いわゆる「原著」と呼ばれる独創的な研究論文に高い価値をおいているようである。しかし、本学会は看護における倫理を考える学会であり、研究だけが価値あるものとはいえないだろう。海外の学術誌の多くは、論文のカテゴリー分けはせず、単に「Papers」あるいは「Articles」として、研究、論説、総説、事例研究等あらゆる論文に同等の価値を与えている。

3) 対話：学会誌は学会員の対話の場でもある。その機能を果たすために、Letter to the editor (編集者への手紙)のような欄を設けてはどうだろうか。掲載論文に読者が率直・冷静に意見を述べ、あるいは現場からの記事を寄せるなどの場として活用することが考えられる。学会と学会誌の成長は、学会員すべてにかかっている。

6. 終わりに：看護の心・中心としての倫理

「倫理は看護の心である。看護の心とは、倫

理は看護実践の中心にあり，我々が患者・家族・同僚との関わりをとおしてよりよいナースとなっていくことを助けてくれる，という意味である。・・・倫理はどこにでもあり、これから起こるかも知れない問題にも，また考えられる解決策にも倫理がある。看護は保健医療の中心であり，我々の価値観や倫理は看護の核をなす心である⁹。これは、日本の看護倫理に多大な貢献をしてこられた Davis 博士の言葉である。博士は本学会の設立を大変喜ばれた。博士のこの言葉を借りて、本学会設立に関わったひとりとしての喜びを表して結びとする。

文献

1. Ruth Purtilo(2005): Ethical dimensions in the health professions. Philadelphia, W.B. Saunders.
2. Samantha Mei-che Pang(2006): The principle-based approach to nursing ethics: a critical analysis. In: Davis/小西(監訳): 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、2008(印刷中)
3. 八尋道子 (2007) : 看護倫理のアプローチ. 小西恵美子(編), 看護倫理-よい看護・よい看護師への道しるべ(初版), 24-25, 南江堂.
4. Theresa Drought(2006): [j6]The application of principle-based ethics to nursing practice and management: implications for the education of nurses. In: 上掲書2.
5. Verena Tschudin (2006): Introduction to history, social ethics and religion in clinical ethics. In: 上掲書2.
6. 小西恵美子、和泉成子(2006):患者からみた「よい看護師」:その探求と意義. 生命倫理 17(1) 46-51.
7. 小野美喜、小西恵美子(2006):看護師からみた「よい看護師」:若手看護師の視点、第26回日本看護科学学会学術集会講演集 p.130. 神戸
8. Davis AJ、小西恵美子、江藤裕之 (2002):論文査読の倫理:読者、著者、編集者の権利と義務 Quality Nursing 8(1), 49-56.
9. アンJデービス(2007): 序文、上掲書 3.iii-iv.

事例検討から見えるもの

高田 早苗

神戸市看護大学

1. はじめに

本題に入る前に、医療倫理、看護倫理について触れておきたい。医療全般の倫理は、真善美と関連づけて考えることができる。真は真理、すなわち科学であり、医療は医科学の患者への適応と考えることができる。医療には科学的な基盤が求められる。しかし、それだけで十分であるとは言えない。必要ではあるが、十分ではない。何が十分ではないかという、その医療行為を行うことが患者にとって本当に善いことなのかという判断であり、それが必ず求められる。これが、倫理的判断ということになる。さらに、患者の苦痛を最小にする、そういう技（これが美アートである）をもってなされなければならないと言える。

それでは看護倫理はどうか。医療倫理の考え方とそれほど違わないのではないか。異なるとする必要があるか。学会設立の準備中に、ある新聞社の取材を受けた際に、なぜ、医療倫理、生命倫理等々ではなくて看護倫理なのか、なぜ、看護倫理の学会を、設立しなければいけないのかという質問を受けた。この質問を機に改めて考えてみた。医療倫理はやはり医師の判断に焦点が当てられているものがほとんどであり、看護師が参考にするにはかなり限界がある。例えば、看護師が実施することの多い抑制・拘束、あるいは高齢者の療養の場をめぐる問題などは、ほとんど取り上げられない。そういう意味での限界が大きい。

次に、多くの生命倫理や臨床倫理の書籍には、医療現場におけるさまざまなケースを取り上げ、倫理原理に照らして、あるいはいくつかの観点を明確にして検討がなされている。看護師にとっても日常的に遭遇する問題も多く含まれており、役立つところも多々ある。しかしながら、残念なことに実際の医療現場では医師の判断、医療行為が倫理的とは言い難い場面が生じうる。しかも医師は大変大きな権限をもっている。看護師が医師の判断・行為に倫理的な疑問を感じて、質そうとしたり、自身の考えを述べたりするとき、医師が応じてくれるとは限らず、医師の権限に阻まれることも少なくない。看護師が患者の権利擁護を自らの役割ととらえ、その役割を果たそう、倫理的な問題解決を図ろうと動くとき、政治的な状況がはからずも生じてしまう。話し合いのテーブルにどうついてもらうか、そのもっていき方が重要になる。看護師にとって、これは避けて通れないしかも非常に切実な問題である。現場では医療倫理あるいは生命倫理の枠組みだけではどうにもならない問題が多いのである。

さらにその患者の身近にいる看護師だからこそ、さまざまなことに気づくことも多いし、悩みも深い。解決の道筋を探ろうとするアプローチ、看護師という立場の強みを生かしたものである可能性がある反面、それゆえの制約もある。こういったことを考えると、その看護倫理を独自に探究する必要性があると思う。

2. 看護師が捉えた倫理問題

本題の事例検討に入ることにしたい。今日取り上げるのは、ある県協会の認定看護管理者ファーストレベル研修の参加者に、自分自身が遭遇した倫理的な問題が含まれる場面もしくはケースという課題で、事前に書いてもらったレポートの一部である。参加者は70名強で、主任あるいは師長の職位に就いておられる方が多く、小規模病院の看護部長も少数含まれる。持ち寄った事例について検討するワークショップをしてもらったが、ここではレポート内容自体を取り上げて検討することとする。なお、受講者から、紹介してもよいという承諾を得ていることを付記する。

参加した看護師がとらえた倫理的な問題について、主要なテーマに沿って分類した(表)。このテーマ分類は相互排他的ではなく重なりがあるが、書き手の問題意識や強調点、倫理的問題の性質などを考慮に入れて分類した結果である。上から4番目までは、医師の判断や治療方針の決定、患者・家族への説明の仕方への疑問である。これらのなかには、インフォームドコンセント(IC)というよりは医師が自分で決定してただ伝えるといったケース、さらには、本人抜きで娘と医師だけで転院を決めるといったケースなどが含まれている。その他も含めて下の3つのテーマは、スタッフ、看護師や介護士の対応における配慮が不足している、あるいは、

表 看護師が捉えた倫理的問題

・医師の判断、患者への対応に疑問	11件
・告知・インフォームド・コンセントの ありかたへの疑問	10
・治療方針の決定における問題	8
・高齢者の終末期医療への疑問	14
医師の延命治療への疑問	(6)
家族の代理意思決定への疑問	(4)
その他	(4)
・配慮不足・思慮不足	6
・抑制・拘束	6
・トラブル・患者家族の暴言・非協力	8
・その他	

抑制・拘束を漫然としているのではないかといったケア面での問題である。さらに、最近増えてきている患者・家族による暴言・暴力やトラブル、協力が得られないなどの問題があげられている。

3. 高齢者の終末期医療への疑問

これらのなかで、ここでは、高齢者の終末期医療への疑問に焦点を当てる。14名が高齢者の終末期のケースを取り上げており、全体としてみるとこの領域のおおよその問題状況を窺い知ることができる。書き手のトーンとしては、これでよいのだろうかという問題意識、義憤、困難感と苦悩である。

このうち、6件は医師が行ったことに対する疑問である。

事例1. 80代男性が他施設より胃瘻の造設の目的で入院した。入院時から全身状態があまりよくない、もう少し良くなってからと様子を見ているうちに呼吸停止がきた。看護師は「挿管は家族がくるまで待ってほしい」と医師に言うが、医師は待たずに挿管し、人工呼吸器を装着する。そして家族が到着した後、家族はぼそっと「ここまでせんでも」とつぶやく。

事例2. 家族から「人工呼吸器はつけない」意向を聞いていたのでそのことを医師に伝えるが、医師は「ターミナルでもない限り、最後までする」として挿管、人工呼吸器装着を行い、1週間後に死亡した。この医師は、患者の状態をターミナルではないと言う。腎機能不全で全身浮腫が著明であり、全身状態が悪いため、壊疽しミイラ化した下肢の切断術を行えないまま、患者は呼吸停止した。この状態がターミナルではなかったら、どういうことをターミナルと考えるのだろうか。看護師は疑問に思い後日医師に問うてみたところ、この医師は、がん以外の患者さんには終末期というものはないと言い切った。

厚生労働省の終末期医療のガイドラインは、「終末期」が定義されていないとして批判されている。高齢者や慢性疾患患者の場合、確かにその判断は難しい。誤嚥性肺炎を繰り返すうちに全身状態が悪化する、虚血性心疾患患者が心不全を起こす間隔が短くなってきた、透析治療の継続が困難になってきたなど、例には事欠かない。初期には治療への反応がよく、小康を得られていたのが、徐々に反応が悪くなっていき、重症化していく。後から振り返ると限界にきていたのだとわかるが、そのさなかに終末期を見極めることは容易ではないことは理解できる。ただこの見極めは、治療効果が期待できる、すなわち患者にとって有益と言えるか、それとも苦痛を伴う治療により死を遅らせるだけなのか、という倫理的判断にも直結するものである。困難だから「終末期」の概念を否定して「最後までする」となると、延命処置を受けずに静かに生を全うする途は閉ざされてしまう。

次に、家族による代理意思決定への疑問が4例あり(表)、その中の1例を紹介する。

事例3. 透析歴10年の80代の女性。認知症が進行して自分で抜針してしまうので、抑制せざるを得ない。家族に付き添いを依頼しても協力は得られない。仕方なく抑制をしながらなんとか透析を続けてきたが、徐々に状態が悪化してきた。医師から家族に、「透析の続行により多少の延命は可能ではあるが、本人には大きな負担になってしまう」と説明がなされた。これに対して家族は、一日でも長く生かしてもらいたいとの意向を示し、結果的に家族の希望通りに昇圧剤等を使用しながら透析を続け、全身浮腫だけではなく容貌変化や苦痛表情も見られるなかで2週間後に亡くなった。ナースはその間面会にもほとんど来ない家族の、「一日でも長く」という要望に大きな疑問を抱く。

そのほかの4例は、<一人暮らしの男性の連絡先確認不足により、本人の事前意思が弟に示されていたにもかかわらず、挿管・呼吸器装着

し、その後の数か月間をケアした療養病棟師長が本人の希望を叶えられなかったと悔やむ事例>、<1年で急速に進行した認知症の男性が食事摂取困難となり、妻と何度も話し合い悩む認知症病棟師長の事例>などである。そのなかで、これまでとは違い、看護師が家族に医療を勧めた事例を紹介する。

事例4. 介護老人施設に入所中の女性が徐々に衰弱し、食欲がなくなってきた。そこで看護師は、唯一の肉親であり入所前後から女性の面倒を見てきた実弟に、経管栄養、末梢の補液等を勧める。しかし弟は、「姉はこれまでよく頑張った。ここで十分にお世話にもなったし、仮に、今ここでそういう処置をしたとしても、単に延命にすぎない、そのことは決して良いとは思わない」と明確に意思を示す。「もう、これで十分である」と。看護師は「そばですずっとお世話をする身として衰弱される姿を見るのはとても辛い、経管栄養か補液のどちらかだけでも」と、再度勧めるが、弟は意思を変えることはなかった。

4. これらの事例から見えてくるもの

これらの事例から、高齢者の終末期医療には次のような問題状況があると考えられる。

まず、延命治療の実施に関する決定が実質的に医師の一存でなされることが挙げられる。そのようなケースで共通して見られるのは次のような点である。

- ・ 侵襲的な治療処置による患者の苦痛よりも、延命を優先する
- ・ 本人の事前意思確認がなされていない
- ・ 家族への説明は十分とは言えない
- ・ 治療による悪影響やその後の見通しについての説明はほとんどない
- ・ 看護師の意見や注意喚起は顧みられない

特に、胃ろうの造設や透析の開始などの心身の苦痛を伴う侵襲的な治療を実施する際に、不可欠なはずの本人へのインフォームド・コンセント(IC)がなされていないことは問題である。

認知症だから、家族のICを得るだけでよい、というのが主たる理由なのだが、その程度が問われているようには見えないのである。

次に、家族の代理意思決定の問題である。看護師の記述した事例から、看護師が代理意思決定者としての家族への不信や家族の意思決定への疑問を抱いていることが明らかである。事例3で挙げた患者を大切にしているとは思われない家族、大切に思っているのだが自分たちが患者の死を受け入れられないでいる家族、前項で述べた不十分な説明や方向付けによりほかの選択肢がないと思い込んでいる家族など、その状況は様々である。代理意思決定は、本人をよく知る人による、本人ならどうするかについての推定に基づいてなされる。それが難しい場合には本人にとっての最善を考えた決定であることが重要となる。これらの事例では、その確認が困難であったり、そこまでのかわりがないと考えられる。

第3に、全体として入院受け入れ時のアセスメントが必ずしも十分ではないのではないかと、という懸念があることを指摘しておきたい。今回の事例紹介ではそこまで示しきれていないが、中にいくつか患者の状態が急変したという記述が出てくる。しかし、急変というよりは、もともといつそうなってもおかしくない状態にあったのではないかと読み取れるケースが少なくない。さらに、ある程度の医療が行われていて、現在の患者の状態が維持されているケースの場合、そこにもう一つ何か加えるだけでバランスが崩れることが起こりうる。例えば胃ろうを造設してその3日後に急変といった場合である。もともとの造設の目的は何か、患者の状態はそれに見合うようなものであったか、そのアセスメントや判断が適切になされたのか、といった点に疑問が残る。

最後に、事例を書いた看護師はもちろん問題意識をもち、倫理的感受性も十分備わっている。しかし残念ながら、その関わりや周囲への働きかけが効果的な例はそう多くはない。疑問を感じても関わりをもつことにためらったり、働き

かけを試みたが家族の理解が得られなかったり、また一生懸命関わったとしても医師が聞く耳をもたないという場合もある。これは看護師が何もしていないということではなく、通常の働きかけでは解決し得なかった困難な事例が提出されていると見るのが妥当と思われる。そしてその看護師も揺れる。長期に患者にかかわっていくと、看護師という立場だけではなく家族に近い心情、感情が生じてくる。その中でどう考えていくのか、点滴や経管栄養など医療の手だてを用いることができる立場にある医療者が何かをすることで自分自身が安心できる誘惑にかられているのかもしれない。

これらの色々な場面を検討していくと、挙げられたこれらのケースの中では、高齢者の尊厳や権利は十分に守られていない、むしろ損なわれているという結果に終わっている。80歳、90歳と長い人生を生き抜いてこられた高齢者がその最後の時間を静かに穏やかに過ごすこと、この当たり前のことが許されないのは、やはりどこかおかしいと言わざるを得ない。

5. 看護師としてできること、すべきこと

では、このような現実には起きていることに対し、何ができるだろうか、何をすべきだろうか。実践と研究に分けていくつかの提案をしたい。

看護実践では、まず高齢者ケアの専門性を高めることが重要である。専門性が低ければ、問題解決を図るというより倫理的問題を生み出してしまふことになってしまう。専門性を高めることは倫理的な職業実践に不可欠な要素であり、すべての基本になる。急変の可能性や侵襲的な治療に耐えうるかといった評価を的確に行うことが可能になり、これは次に述べる看護の見解の基盤の一つとなる。

個々のケースにおける延命治療の是非について、看護の見解をもち、それを表明することである。言い換えると、医師と家族の中で話し合いがなされ、あるいは実質的に医師が決定していることに対して、看護師として疑問がある場合は声に出していくことである。その際には当

然自分たちの考えが問われるであろうし、そのための準備が必要になる。その準備とは、高齢者自身を知ることには他ならない。そのためには、次に述べる入院初期からの積極的、意図的なかわりが重要となる。

最後に、終末期ケアや最期の時の迎え方の決定への支援は、入院受け入れ時から始まるという認識をもつことが重要と考える。もう少し落ち着いてから、様子を見て、と思っている間に、事は起こっていることが多い。可能な限り、家族と一緒に本人の意思を確認することに取り組むことである。本人の意思確認が難しい場合は、家族にこれまでの本人の生き方はどうだったか、どのようなことが好きだったかといったことを尋ねる。その人となりを探ることができるとなようなエピソードなどを話してもらえとなおよい。こういったかわりを進めるなかで、家族がどのように考えているかについても自ずから明らかになる。もし家族が本人にとって最善とは思われない意向や非現実的な希望をもっていることが確認されたら、多くの高齢者を看取った経験の中から適切な例を示すなどして、看護師としての考えも述べ、粘り強くかわっていく。これらの過程にできるだけ医師も巻き込み、一緒に確認をしていくという場を設ける工夫も必要となる。そして記録に残す。これらの努力により、これまで見てきたような本人の意思とは関係なくことが進められ、結果的に尊厳が損なわれてしまうといった事態を防ぐことが可能になるのではないかと考える。このようにして看護はこの分野に大きな貢献ができるので

はないだろうか。

最後に研究でできること、すべきことについて述べる。一つは事例の収集と分析であり、必ずしも高齢者のことに限らず、色々なテーマに関する事例の収集を図っていく必要がある。1例ごとに検討するだけでは見えないものが見えてくるはずである。実践家の協力を得て、幅広く事例を収集する。その際には、問題事例だけではなく、成功事例、例えば看護師のアドボケートとしての働きにより患者の意向に沿った決定がなされた例なども集めることが大切であろう。収集した事例について、相互の類似点と相異点に着眼して分析を進めるなかで、倫理問題の性質を明らかにする観点が明確にされる。先程の高齢者の終末期医療のあり方の例で言うと、倫理問題の背景もしくは要因として、大掴みではあるが少なくとも本人の意思表示能力、家族関係、そして医師の考え方が抽出され、これらが観点の候補ということになる。それに伴い、倫理問題の類型がいくつか確認されると考える。次にそのパターンに応じた問題解決への道筋と根拠となるような原則、あるいは格率などを見出していく。これが確認されていくと次のステップに進むことが可能になる。例えば、高齢者の尊厳ある終末期を支援する類型に応じた看護援助の介入プロトコルの開発である。さらにこのプロトコルの効果を確認するための多施設参加による実証的な研究を進めていく。これらのプロセスを通して、その効果がある程度証明されたら、政策提言につなげていけるのではないかと考える。

実践現場での試み

長谷川美栄子

東札幌病院 副看護部長

1. すべての看護活動には倫理的側面がある

看護活動における倫理について考える時、専門職としての看護師のありようが問われているように思う。日々の看護活動の現場では、この場合はどうしたらよいか、どうすべきだったかと選択を迫られる場面が多々生じている。それは、知識や技術のみの問題ではなく、その行為が患者や家族にとって人間として尊重されているか、意思決定が尊重されているか、結果として不利益になっていないかというようなことである。日常のケアを行っていく中では、特に倫理ということ意識していなくても、患者や家族にとって最善なことを選択しながら行っている。言い換えれば、すべての看護活動には倫理的な側面があると言える。

2. 東札幌病院の特徴

東札幌病院は、243床（うち緩和ケア病棟28床）の民間病院である。入院患者の70%以上は進行・再発・末期のがん患者であり、さらに、入院患者の65%以上は65歳以上である。平成19年度の死亡患者は567人であった。緩和ケア病棟のみならず、全院的に緩和ケアを行っているのが特徴である。

東札幌病院の理念は、「医療の本質はやさしさにある」と、平易な中にも奥深い意味をもつ言葉で表現され、この実践が最もよく遂行される形態が緩和医療であり、ホスピスはその象徴である、としている。基本方針は、患者のQOL

を尊重した医療とチーム医療である。私達は、理念そのものが極めて倫理的であると理解している。

ホスピス・緩和ケアの最終目標は、WHOによると「患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフ（QOL）を実現させることである」と示され、ホスピスケアは、倫理と人権に支えられていると言える。

3. 倫理的配慮が必要な場面

当院での倫理的配慮が必要な場面をみると、治療の選択や療養場所の選択、病名告知や予後などを告げる時、延命を望む気持ちと早く楽になりたい気持ちの葛藤に揺れ動いている時、家族が身体拘束を望む時、患者・家族と医療者の意向の相違などがあげられる。

次に事例を通して考えてみたい。

1) 症状が悪化する患者に対して、医療者と家族の意向に相違が生じた事例

患者：50歳代 女性 公務員 独身

病名：膵臓癌術後 肺、肝臓転移

家族構成：7人兄弟の5番目 両親は他界

キーパーソン：兄（60歳代 遠方に在住）

姉（50歳代 市内に在住）

2年前に他院で診断を受けたが、対応に不信や不満を感じて当院を受診。本人も納得の上で1年半に渡り外来化学療法を継続したが、肝転移の増大があり中止。腹痛を伴ったためオキシコンチンが処方されていたが、コントロール不

良で再入院した時に、兄や姉から「麻薬は意識を低下させるから飲まないほうがよい。」と説得され服用していないことがわかった。兄姉は民間療法もすすめていた。患者は、これまで兄姉から愛情に満ちたサポートを受けながら頼って生きてきた経緯があり、痛みを我慢しながら黙って言うことを聞いていたようだ。患者は、痛みがとれずに身の置き所がなくなった時は「楽になりたい。延命はしないで。」とも話していた。

オキシコンチンの服用によって症状緩和をはかり、良い時間を過ごせるようにと考える医療者と、麻薬を拒否する兄姉、兄姉の言うことには従わざるを得ない患者との間に意向の相違が明らかになりお互いに困惑した。

カンファランスの結果、症状緩和を最優先させること、患者の思いを理解すること、兄姉が患者を大切に思う気持ちを理解して家族のケアを行う、ことで合意した。コミュニケーション不足があることから、医療者と患者、兄姉でよく話し合い、治療についての誤解を解き、患者と兄姉の気持ちを充分汲み取る努力をした。民間療法についても、患者の身体に害のないことはそのまま続けた。

患者が亡くなった時、姉はナースに「本当によくしてもらった。」と何度も何度も頭を下げ、それまでの厳しい表情が消えていた。妹を大切に思う気持ちが非常に強かったのだと改めて感じさせられた。

2)「両手にミトンをして縛って欲しい」と言う家族

転院してきた60歳代の統合失調症を持つ肺癌の女性の家族は、「患者は、今までもカテーテル類を自己抜去したことがあり、カテーテルは生命を守る大切なものなので、両手にミトンをして紐で縛って欲しい。」と強く要望した。前医でもそうしており、家族はそれが何より安全なことだと思っていた。

家族の強い要望であっても、両手を抑制されることは人として尊重される行為ではなく、逆に抑制されることで自由が奪われるため、ミトンや紐を解こうとする動きが活発になり安楽が保たれな

い状況だった。家族に対して、抑制をしないで安全を守る方法として、カテーテル類はパジャマの袖やズボンの裾を通し、できるだけ患者の目に触れないようにして、ナースの訪室を多くすることを提案した。家族は心配して付き添っていたが、抑制から解放された患者は両手の不随意的動きもなくなり、今までになく穏やかに療養生活を送ることができるようになった。

3)「もう眠りたい・・・眠らせて・・・。」

50歳代の卵巣癌末期の女性は、数日前から「もう眠りたい・・・。眠らせて欲しい。」と何人かのナースに訴えた。スタッフはセデーションをすべきかどうか戸惑いながら、情報共有を行った。合同カンファランスでは、痛みやその他の身体的症状は緩和されていること、寂しさや孤独感が強い状態にあること、家族の面会が少ない(患者はもっと家族に会いたいと思っている)こと、患者は眠ってしまって家族と話ができないのは嫌だとはっきり言っていること、等の情報が共有された。「眠りたい」という言葉の奥には、寂しさや、自分の気持ちをわかって欲しいというメッセージが込められているように思われた。その後、チャプレンやナースが患者の心理状態を配慮しながら対話を重ねることで、少しずつ穏やかさを取り戻し、亡くなるまでの間、よい時間が過ごせたように思われた。

当院では、このように倫理的ジレンマや課題と考えられることは、患者・家族と医療チームによる合意形成の話し合いを繰り返し行っている。その話し合いには、倫理的な課題の整理がしやすく工夫された臨床倫理検討シート(研究プロジェクト:医療システムと倫理、代表~清水哲郎 作成)などを活用している。

4. 立ち止まって考えてみる

日常ケアの中では、このような「おかしい」「これでいいのかな」「なぜ?」「この処置は本当に患者さんのためになっているのかな?」「この患者さんは治療方針に納得しているのかな?」「家族と本人の望んでいることが違う」と感じる場面を見過ごさず、立ち止まってよく

考えてみることから倫理的な関わりができていく。倫理的な関わりとは、個別の事情を個別に考え倫理的行動を起こすことである。相手に十分な関心をそそいでいると、相手の気持ちや意向が理解でき、どうすることが最善なのだろうと考えることができるものである。

5. 倫理的行動の4つの要素 (Waithe, M.E.の文献をもとに高田早苗作成)

1) 倫理的感受性 (Moral Sensitivity) :

臨床倫理問題が生じていることに気づく力

2) 倫理的推論 (Moral Reasoning) :

倫理的に問題である理由を説明できる力

3) 態度表明 (Commitment) :

様々な障害を乗り越えて、倫理的に行動しようとする力~看護職として取るべき行動の決定

4) 実現 (Implement) :

倫理的行為を遂行することのできる力

6. 組織文化(価値)の共有~倫理的感性を高めるために~

最も重要なことは、思想や哲学にもとづいた理念があり、それが組織文化として定着していることだと考えている。理念を定着させるための仕組み作りはリーダーの重要な役割である。

東札幌病院では、以下のことを理念の共有の場として位置づけている。

- ・ 合同カンファランス
- ・ 医の倫理セミナー、緩和ケアセミナー
- ・ 新採用者オリエンテーション
- ・ 看護部卒後研修、院内研修
- ・ 申し送りやミーティング
- ・ 朝礼・全体会
- ・ 病棟会議
- ・ 看護課長・主任宿泊研修
- ・ 看護部長への毎日の報告

更に、リーダーには、日常ケアの中で「やさしさ」を具現化した言動で示し、倫理的問題についてはタイミングよくチームで話し合うこと、倫理的行動力を高めること、臨床倫理委員会を活用すること、会議等で倫理的判断に基づいた発言

をすること、ガイドライン(インフォームド・コンセント、セデーション、情報開示)の周知徹底と活用を促進することなどの役割がある。

7. 臨床倫理委員会の役割~東札幌病院の場合

東札幌病院では、1994年に研究審査委員会 (Research Review Board:RRB)、臨床倫理委員会 (Clinical Ethics Committee:CEC) からなる倫理委員会が設置された。臨床倫理委員会は、設置された当初は医師が委員長を務めていたが、その後は看護部長が委員長を務めている。

当院における臨床倫理委員会の役割は、臨床現場で生じる臨床倫理問題に対し、現場のスタッフが解決できるように支援すること。(合同カンファランスで話し合われる事例など) 臨床倫理に関するスタッフや患者・家族に対する教育・啓蒙を行う。倫理の方針の表明を行う。倫理的コンサルテーションを行う、などである。

今までに行った活動は、インフォームド・コンセントのガイドライン作成、セデーションのガイドライン作成、患者の権利に関する規定の作成と定着、情報開示のガイドライン作成、臨床倫理検討シートの普及と定着、医の倫理セミナーの開催、臨床倫理研究会の開催などである。

実践現場での倫理的活動について述べた。特に倫理的な組織文化の創造と定着の重要性について述べてきたが、定着したと思っけていてもいつしかスタッフが入れ替わり、組織文化が揺れ動いていることに気づくことがある。実践現場の要となる看護管理者は、何が患者・家族にとって最善かという視点で、勇気を持って倫理的行動を起こしていく必要があると考えている。

参考文献

- 1) 清水哲郎：看護に求められる倫理、月刊ナースング、19(3) p.50 55、1999.
- 2) 日本看護協会：臨床倫理委員会の設置とその活用に関する指針、2006.
- 3) 日本看護協会公式ホームページ「看護倫理」

【後半 Q & A】*

司会：では、後半の小西、高田、長谷川の3人の演者への質疑応答、ディスカッションを進めていきたいと思います。

会場E：大学のEと申します。長谷川先生、患者のご家族との話し合いで、もしカテーテルを抜去したらという点について、どのように合意形成が行われたのか教えていただけませんか。

長谷川：もし抜いたらという話はしていません。カテーテルを抜かないで御本人も楽なように、色々工夫して努力しますので任せていただけませんかという意味の話を何回もしました。みんなで交代しながらも2日間ぐらいは御家族がいる間も、頻回に見に行ったりしました。カテーテルを抜かないように腕の後ろの方からとか、尿の留置カテーテルもズボンを通して足の方から出すとか、直接見えないよう工夫をいっぱいしました。私たちも頑張っていますというメッセージをたくさん送りました。

会場E：では、まだ工夫の余地があるということで、...

長谷川：縛ったりミトンをはく必要はないということです。手が自由に動きませんから邪魔だと想像がつくわけです。ミトンを外したら患者も穏やかになっていきました。

会場F：大学に勤める者です。小西先生、長谷川先生の御発言で、気づくとか感じ取ることが非常に重要でも、気づかない、感じ取れないという問題に関して、特に、長谷川先生にはリーダーが気づけない場合に、何かアプローチなど御助言をお願いします。

長谷川：気づくことが増え、気づく仲間が増え、教育が日常的にされていって組織文化ができていくのだと思います。ですから、折に触れて色々な面でチャンスを沢山作っています。リーダー

ーが気づけないというのは大変な問題なので、そういう人はリーダーにはしてないと思います。でも実際にそうなら、事例検討、カンファランス、色々な学習会に出して話し合いをすべきです。口に出すことです。その日の勤務者の中で話し合ったり、現場で口に出す風土を作っていくことだと思います。改めて学習会ではなく、日々の中で。

小西：原子力などの安全性で、フェイルセーフという言葉があります。そこでダメならば次の手はどうするかを必ず取っておかないと本当の安全性は確保できない、という意味です。それと同じように、病棟のリーダーがだめだったら、次の手、看護部長の所に行くとか、看護部長も感度の非常に悪い人だったら、看護協会とか。この学会へのLetter to Editorもどうでしょうね。

会場F：ありがとうございます。立場上難しいところもありますが、努力していきたいと思います。

中西：上と下とでは背負っている責任の範囲が違うわけですから、アプローチも違い、サポートであることが常に倫理的とは限らないと思います。他にございますか？

会場G：大学研究者です。勝原先生に、リーダーとか看護師長という立場から、看護師達を守っていく、あるいは、看護師1人1人の倫理性を育てていく介入についてアドバイスをお願いします。

勝原：倫理について出していくしかないのですが、倫理のことだけというよりは、普段から色々な話をする風土でなければ、倫理のことも話せないと思います。ですので、リーダーになったから、急にとってもできない話で、

*編集委員会より：紙面の都合上、実際の発言を約40%に圧縮し、「患者さま」等の敬語表現は「患者」とするなどの編集操作をした。

1年目に入ったときから、何でも言える人を育てています。それは、倫理の問題に限らず、自分が懸念に思ったこと、嬉しいと思ったことを含めて、すべてです。もっと溯れば、基礎教育の段階から、センシティブリティを高めていかなければならないと思います。

会場H：大学のHです。倫理教育は非常に大事で、1つの見方として、看護学生が非常に良い文化を醸しだしてくれるのではないかと、密かに思っています。年数重ねてベテランには臭みが出てきて、看護学生の方がずっと一般の方に近い感覚を持っていて、臨床実習しながら疑問を抱えている。それを、組織風土の中に加えるために看護学生が発言できる環境を作っていたのは如何でしょうか。

長谷川：はい、全くその通りだと思います。学生や研修生が見て感じた新鮮な考え方を、カンファランスや感想で言ってくれます。それを真摯な態度で受け止めなくてはいけないと思います。学生だからこそ、非常に新鮮に見ていますので。学生が言っていたことをみんなで共有して、オープンにすることで組織風土はできてくのだと思いますね。学生の件は、本当に貴重です。

中西：ありがとうございます。ここから6人の演者との全体討論に入りたいと思います。

管理の問題から、教育の問題も示されました。倫理の問題について議論しようとする、恐らく日本の看護の歴史、あるいは、看護教育の歴史にも、深い根を探しだすことができるのではないかと思います。例えば爪剥がし事件は、明らかに管理の倫理を激しく論ずべき、守られていないナースの姿がむき出しになった事件だと私は認識しました。ですから、ナース自身をどう守るかという所までを含め、3つ位に大きく分けて議論したいと思いますが、如何でしょうか。

高田：実践現場の問題を考える時に、どのような場でそれが起こっているのかを考慮に入れるべきだと思います。と言うのは、療養型病床群の病院の方が患者が重症化して、呼吸器を付け

ている人達のケアが大変多くなってきている。急性期の病院で呼吸器を付けられて、療養型の所に送られてくる。元々療養型病床群はそういうふうには作られていないので、ナース1人ヘルパー1人で夜勤となると、どう患者を見るのか、となっている。これは急性期の所だけではなく、全部つなげて見ていかないと見えてこないわけです。つまり、実践の問題を考えるときには、その場でと、もう一つはその先を見られるような視野を持つ必要がある。そのためにも、学会で色々な立場の方々が参加して、色々な現状を報告し合うことも意味があると思っています。

会場I：医師に対してものが言えないという、非常に低レベルが現状だと実感しております。患者を擁護するためきっちりと言え、何のために我々はそこに存在しているのかが、倫理の原点だと思っています。リーダーに倫理的センスがない人を選ぶ体制に問題があります。トップの方々は体制派イエスマンばかりではなく、ある程度批判的な判断ができる思考プロセスを持ち、良い方向で考えているような人達を採用しないと、病院を改善できないと感じています。

会場J：代弁者としての役割に覚悟が持てないナースたち。持ちたいけれども、自分が危ういと言うのか、守られている実感がないところでたじろいで、医師にも向かっていきたい、患者も守りたいけれども、グラグラするところがあると思います。そのところで、管理者がそれで良いんだよとか、私が付いてるからとか、仲間とかがあって、初めて前に進んでいけると思っています。業界の常識と社会の常識とは違ったりもします。その意味でも公開セッションを設けると、市民感覚の健康的な部分も取り入れられると思います。

中西：是非、考えていくようにしたいと思います。

会場K：大学の教員です。臨床の看護師が非常に疲弊しておられて、それでも一生懸命ケアされるけれども上下の関係でケアされていない。

この学会に期待する部分でもあるのですが、組織を超えて横のつながりを持つことが非常に重要なのではないかと考えています。

会場L：大学のLです。葛藤が起こってきた時に脊中を押せるような、現場でジレンマ等に出くわしたナースを後押しできるような、そういう倫理綱領みたいな体制を作っていくのがこの学会の使命かと思った次第です。

高田：学会としてということに関してせっかくの御提案ですので、是非。倫理は自律ですので、倫理綱領なり、現場で本当に困っているという事への後押し、応援、アイデアを堅めたり、中身を検討したりという所に、是非、御参加をお願いしたいと思います。

会場M：学会として倫理綱領のようなものを作っていく、あるいは、看護師の後押しになるようなものを作っていくという考えには非常に賛成しています。なぜかというと、法律は看護師として守るべき必要最低限の所を示していますが、倫理は看護師として求めていく理想像を提示していると考えているからです。一番最低限の所を示している法律が保助看法にあたると思うのですが、保助看法には、患者のためにという言葉が含まれていない。ですので、看護師として働く身分としては患者の療養上のケアは考えてはいますが、その一方で医療の補助という制約があり、患者を優先すべきなのか、それとも医療を優先すべきなのかで、いつも板ばさみになっている。看護師として本当に何をすべきなのかを明らかにできる、看護師の後押しをできるような何かを作っていけたらと思います。

中西：続々と前向きな大変情熱的な御意見が嬉しいですね。

会場N：市民病院の者です。それに加え、採血器具、爪外し事件の情報の格差について、国家資格を持つものとして考え直さないといけないのではないかと。

中西：情報格差の問題、学会の仕事なのかどうかは、議論をする必要があるかと思っています。

石井：情報をなるべく早く皆さんに発信することはとても重要で、例えば、爪外しとか採血器

具の問題は、新聞報道だけで事実は分かってないですね。真実を知りたいのにそのつてが分からない。非常に大きな課題です。

中西：看護協会は捜査に直接入っています。調査も学会の仕事か、皆さんも考えて下さい。

勝原：本日のテーマ「看護倫理の可能性を開く」に関して、会員資格のことについてお話しします。発起人で会員を看護職に限るかべきか議論した時、私は看護職に限るべきではないと主張しました。勿論、医療倫理の括りでは、どうしても看護の発言が弱いので、この学会を立ち上げる意味があります。しかし、看護の中だけで語っていても、社会に発信はできません。看護が主導をとりながら、様々な方面から意見を頂き、看護倫理がどんな可能性を開けるのか議論し、どんどん社会に情報発信していかれるような、本当の意味で開かれた看護倫理学会にしていきたいのです。

中西：会場から拍手が起こっています。閉ざされた社会の中で、何かが新しく生み出されていくことはまずないと、出発点に明示しておく必要がありますね。

長谷川：チーム医療では様々なメンバーが絡んでいるので、話し合うことがとても重要です。他の職種の見聞も聞き、看護としてこう考えるという形で展開できると思います。

座長：すべてつながってくると思います。議論を続けましょう。

小西：延命治療の中止の判断と処置について、私たちは刑事事件になるか否か、感覚で捉えているので、法的な根拠をおさえたガイドラインづくりが必要ではないでしょうか。

石井：延命治療の中止の問題は非常に難しいです。人工呼吸器の問題がきっかけで終末医療のガイドラインができましたが、未だはっきりしていません。法律学者、倫理学者、哲学者の間でも見解の相違があります。更に、救命救急についてガイドラインも出ました。こういうことを看護職で議論したいというのが、私の気持ちです。この看護倫理学会ができたことによって、他職種へのアプローチと同時に、看護独自のもの

のもある程度確立していきたいです。現在の法律ですっきりしないから、法では駄目だと言いたいのです。看護としてどうあるべきか、看護職に話してもらいたい、解決策を当事者とともに模索したいのです。

座長：そこに、石井意見の主張の根幹があるのでしょうか。倫理の世界は法律で律する以上のものであり、ガイドラインでしか方向付けはできないということです。どういう状況で、誰がどう有効に使うかということについては、当事者の判断によります。ガイドラインのノウハウは、マニュアルではありません。

高田：私の研究事例から類型を調べていくと、ガイドラインが見えてくると思います。互いに本心ではないことをせざるをえない状況は、誰のためにもなりません。現場で今できることを追及し、研究でデータに基づいたガイドラインを提案することを同時にするしかないと思います。

座長：倫理的な観点から、より良い道筋が見つかる見込みがあるのですね。

高田：それがなかったら意味がありません。技術的な問題とか、一般的な意味での合意形成とかではなく、医療や看護の目的に照らして進めることははっきりしています。

座長：純粹に倫理的な方向付けができるというのが高田意見でした。しかし、力関係の中でどう動き得るか、それはそう簡単ではないというのが座長意見です。

高田：補足します。現場の実践の方略や知恵と組み合わせていくことになると思います。それは、座長ご自身が先ほど言われたマニュアルではなく、現場でそれを用いる人の判断や考えが問われるということと同じです。

座長：考えていることが見えてきました。管理者の立場から勝原さんどうぞ。

勝原：決して理想論ではなく、私たちには知恵や言葉もあります。実際に当院は、かなり理想的な病院だと思いますが、倫理的問題やジレンマがないということではありません。あるけれど、それにどう向き合ったらよいか、一人一人

の職員が考えられると思っています。そういう病院が一つでも二つでもあれば、多くの病院がそこに近づくことができます。更にどうすればよいか考える術はあると思うので、非現実的な話ではありません。また、現実には難しいという座長意見もその通りです。

座長：既に多くの病院で倫理委員会を常設委員会で持っていると思えます。そういう委員会の連携なしには、方向性は打ち出せないと思います。パワハラ、アカハラといった教育の場で日頃起こっている問題が、臨床実習の場でも起きています。病院で起きたセクハラは、キャンパスで起きたセクハラと同じと主張するたくましい学生達も出てきています。倫理の問題は、キャンパスの外で起こるものとして、個人のフォローだけしてきました。看護教育は学生を守る教育ではありません。教育現場からも、是非発言して下さい。

看護倫理学会が誕生しましたが、まだまだ倫理とは何か、臨床倫理や看護倫理の問題をすべて含め、どう規定していくか合意は得られていません。今日はここに、看護を実践している我々自身が、そこで行われる倫理について考えてみようと思ってきました。問題解決そのものは、決して自分たちの閉鎖集団の中で生まれてくるものではありません。会の組織としてはオープンに、しかし、問題には鋭敏にしっかりと掴み、できるだけ早急に対応していきたいと思えます。在宅あるいは高齢者といった新たなニーズが増えている現場で起こっている倫理的問題は他にもあるでしょう。シンポジストからの提示は、あくまでも際立った例です。このシンポジウムをもとに、学会の活動を具体的にどう展開していくか考えていきます。皆様からの建設的で前向き、かつ具体的なご提案はこれからの私たちの活動の方向付けに役に立ちます。

会場〇：臨床で助産師をしております。周産期においても母体を守るか、胎児を守るかという大きな問題に直面しています。現場の助産師や看護師は、タイムプレッシャーの下で問題を解決していくことに向き合っています。周産期も

シンポジウム

含めて分野別の議論も取り上げて頂くことを期待しています。

座長：問題提起ですね。

会場P：大学で地域看護を担当しております。住民の中でも、特定の高齢者はサービスを受けられるが、特定の高齢者は受けられないという現状があります。健康政策と公平性の問題など、在宅の問題も含め、もっと多様なトピックスを取り上げ、議論の機会を設けて頂きたいです。

小西：して頂きたいでは困るのです。皆でしていかなければなりません。「看護の心」では、狭まってしまうかもしれませんね。倫理から看護を広げていかれるよう、来年のテーマを変える必要があるかもしれません。

座長：いずれにしても、一度に全部はできないので、どこをポイントにするかは、大会長にお決め頂き、今の発言は、引き出しの中を豊かにして下さったと考えましょう。

会場Q：先端医療センターで、看護職の資格を持ち、臨床研究、試験、治験というフィールドで、治験コーディネーターをしております。倫理的に守るべきものについて、現場の看護職の方々との乖離が少しずつ見えてきました。臨床検査技師や薬剤師も交えて同じことを目指せるよう、患者のためを思ってコミュニケーションするために、治療方針の情報提供と検討をここでさせて頂ければと思います。

座長：一緒に手を組んでいきましょう。

会場R：大学の教員をしております。倫理という善の理想として学生は育ちます。しかし、人間には、醜い部分や悪があることも、体験させた方がよいのではないかと思います。例えば、セクハラを患者から受けた時に、確かにそれはいけないことで、声をあげることは大事です。その反面、その行為に及んだ患者の人間の性や環境などを理解する必要をどう伝えるか悩んでいます。議論が善や理想の方に向かいそうだったので、皆様どうお考えでしょうか。

座長：倫理を議論したら、世の中の悪が無くなるなんて誰も信じていません。高田発言にありましたが、人に何かを期待することが倫理の到

達点ではなく、自分がどういう行動を起こすか、自分の起こす行動が、どう倫理的に正当化されるかということをしっかり考えることが大事だと思います。世の中の悪なんて、誰も一掃できないし、その経験を避けることもできないはずです。性善説でいこうと誰も言っていませんから、どうぞ誤解のないように。

会場S：発起人の一人です。これだけそれぞれの場で困っていることについて考えようとされているとわかり、この学会が立ち上がるのに良い時期だったと思います。教育と臨床を分けて話し合いましたが、大学の教員も、学部組織の中では現場の医師と看護職の関係と同じことを感じています。立場やネットワークという言葉が、いくつか出てきましたが、自分の問題として捉え、この場でコミュニケーションをとり、学会がますます盛り上がるとうれいと、私自身、大変勉強になりました。

座長：熱く充実した議論を交わせたこと、皆様のご協力と熱意に、感謝申し上げます。シンポジストの先生方、どうもありがとうございました。

高田：最後までご参加頂き、ありがとうございました。様々な発言を頂き、学会のイメージが、具体的に像を結んできたように感じます。そのイメージを実現していくには、まずは皆様に学会にお入り頂くことが必要です。特にここに集い、討議にご参加くださった方々には、是非学会にお入り頂き、お力をお貸しください。まずは、学会への加入をお願い申し上げます。最後に、次年度の宣伝をさせていただきます。

小西：第2回日本看護倫理学会は佐久大学で開催します。タイトルの「看護の心」ですが、心は広がるものでもあるので、要するに芯で、ここにあるだけではなく、ずっと広がっていくもの、すべての中心にあって、かつ広がるものという捉え方を今日の討議を伺いながら考えました。可能性という意味で、広がりを感じる良いタイトルだったと思います。来年も是非、ご参加下さいませよう宜しくお願い致します。