

倫理的意思決定における看護チームの実践

Nursing team practices in ethical decision-making

綾田美紗姫¹

Misaki AYATA

キーワード：看護チーム、倫理的意思決定、専門的価値

Key words : nursing team, ethical decision making, professional value

本研究は、倫理的意思決定の局面における看護チームの実践を明らかにする目的で、大規模総合病院の中の1病棟の看護チームを対象に参与観察を実施した。流動的に変化する倫理的意思決定の局面において看護チームは、問題の本質の課題、患者の真意や価値について模索し、代弁者としての役割を果たそうとしていた。一方で、看護実践に影響を与える専門的価値の存在が浮き彫りとなった。専門的価値の影響から知らず知らずのうちに患者の願いより医療者としての価値を優先していることもあり、患者のみならず自身の価値の明確化の必要性和重要性が示唆された。

I. 研究の動機と背景

社会情勢や医療制度の変化、看護職の役割の拡大、人々の権利意識の高まりや価値観の多様化などから、看護職はより複雑な倫理的状况に直面するようになった。こうした局面を乗り越え、より倫理的な看護実践を行うためにも、看護職には高い倫理性と意思決定能力が求められるようになった。Fry¹も「専門職として質の高い看護を実践するには、倫理的決断を行う能力が不可欠である」と述べている。

こうした背景のもと、倫理的な決断へと導くための意思決定モデルが開発されてきた。Fry¹はこれらの意思決定モデルは「正しい」決定に到達するための間違いのない公式を提供するものではない²が、それを経ることにより倫理的な意思決定は促進されると述べる。Thompsonの意思決定のための10のステップ²や、Fryの倫理的な意思決定のためのモデルもその一つである。

一方先行研究では、一般病棟で勤務する看護師が経験している倫理的状况について調査した研究^{3,4}や、倫理的状况への対処³について調査研究がなされており、個々の看護師の経験している倫理的状况や対処の実際が明らかにされていたが、看護チームとして倫理的意思決定においてどのように関わりどのような実践が行われたかを明らかにした研究は確認できていない。

また、緩和ケアやがん看護といった特定領域における専門看護師や認定看護師の意思決定の様相を明らかにした先行研究^{5,6}もあるが、一般の看護師で構成された看護チームを対象としての意思決定に言及したのもまた官見の及ぶ限り見当たらない。

患者や家族の意思決定支援とは卓越した高度実践看護師1人によってなされるものではなく、医療チーム全体の関わりによってなされるものである。そのため、患者や家族の意思決定の局面において看護チームによりどのような実践がなされたかを明らかにすることは、患者や家族の意思決定支援において患者や家族の真意をくんだ支援へと導き、看護の倫理実践の質を高めることに貢献しうるものと考えられる。

以上から本研究では、個々の看護師が臨床で気づいた倫理的状况についての思いや考えを、看護チームでどのように共有し、意見交換を通じて最終的にチームとしてどのような看護実践がなされているのか、その様相を明らかにしたいと考えた。

II. 用語の定義

倫理的課題は、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¹と定義され、この道徳的価値については、人間の生命や自由、自己決定、福利や安寧など、人々にとって重要な道徳的興味から引き出されている明確な道徳的特性を有してい

1 ちいき・ケア株式会社 Chiiki-Care Co., Ltd

る¹と説明されている。そこで本研究における倫理的状況とは、道徳的価値の対立が起きている状況、道徳的価値に関して議論や意思決定が求められている状況とし、倫理的状況における解決や対応にむけたプロセスとそこから得られた結果を含む一連の取り組みを倫理的意味決定のプロセスとする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、質的記述的研究とした。

2. 研究対象者

本研究は、関東圏内にある大規模総合病院（以下、A病院）の中の1病棟のうち看護チームに所属しているすべての看護師を対象とした。

3. データ収集期間

2014年8月～10月

4. 対象フィールドとデータ収集方法ならびに分析方法

対象フィールドの診療科は、腎臓内科、糖尿病内科が主であった。対象フィールドでは看護師主体で開催されるチームカンファレンスがあり、平日昼頃に約1時間程度で数名の患者について話し合われた。参加メンバーは当該日勤帯に勤務する看護師で、リーダーナースの司会で患者の情報共有に始まり、次いでケアの方向性の検討がなされ、最後に看護問題や看護計画の見直しと進行した。

参与観察の対象は、看護チームのカンファレンス、スタッフステーションでの看護チームの会話、看護チームの実践の様子とし、内容はフィールドノーツに記載し逐語録を作成した。研究者はフィールドワーカーの4タイプのうち「参加者としての観察者」⁷の立場、すなわち病棟のカンファレンスや看護場面に参加し質問を行うが看護職者の1人として直接ケアを行わないという立場でデータ収集を行った。

分析は質的記述的分析方法を用いた。逐語録には会話だけでなく、フィールドノーツの内容やショートインタビューで確認された各看護師の考えや関心などを記載し、時系列で事象全体の経緯と情報を整理した。事象ごとのデータを繰り返し丁寧に読み、全体の文脈をつかんだうえで、問題提起から帰着までのプロセス、倫理的意味決定の様相について研究者の解釈を記述した。複数の研究指導者より定期的にスーパーバイズを受け、分析と解釈の信頼性・妥当性を確保した。

5. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学倫理委員会の承認(2014-28)を得たうえで研究施設の倫理委員会の承認

も得てから研究活動を実施した。

本研究は看護チームを対象としていることから、チーム全員の看護師に対し文書と口頭で説明を行いチームとしての同意を得た。さらに、フィールドワークを通して当初想定していなかった看護チーム以外での関係する医療者および患者・家族のデータが必要と考えられたため、医療者へは研究の目的と方法および倫理的配慮を文書と口頭で説明し、文書にて同意を得た。患者と家族へは研究の目的と方法ならびに個人情報保護を含めた倫理的配慮を口頭で説明し同意を得た。このプロセスについてはフィールドノーツに記録を残した。

Ⅳ. 研究結果

研究期間中に看護チームのカンファレンスにて取り上げられた患者は主に10例であったが、倫理的な意思決定の局面が明らかとなり当該患者の転帰までを確認できた事象は3例であった。

3つの事象についての概要は表1のとおりである。

1. 救命処置の可否に関する本人の意向が明確でなかったA氏

A氏は独身で、都内の会社で働き、住まいはその会社の独身寮を利用していた。退職後も会社の寮の一角に住み食事は寮の食堂ですませていた。会社からは折にふれて退寮を打診されていたが、非識字のため手続きなどに気後れして動けずにいた。

50代後半頃に慢性腎不全の指摘を受け、60代前半に透析が導入され、その後A病院の透析室に通院していた。今回は人工血管が閉塞したため、上腕動脈の表在化の手術のため入院となった。表在化の手術は無事に終了したが、5病日に透析中の狭心症発作により意識消失し、緊急処置が施された。

この急変を機に、今後A氏が生命の危機に陥った際の救命処置について本人の意向を確認しておく必要性が高まった。しかしこの時点ではA氏は急変直後で意識消失しており、さらにA氏の実家に連絡をしたが、関係が希薄との理由により代理の意思決定を拒否された。そのことを受け、医師と看護師におけるカンファレンスでは、再び急変し心肺停止となったときには心肺蘇生を行う方針となった。

その間にもA氏の容体は少しずつ回復し意識を取り戻し、簡単な意思疎通ができるようになる。もともと

表1 各事象の概要

	年齢	性別	疾患	入院目的
A氏	70代	男性	慢性腎不全	シャント表在化
B氏	60代	男性	糖尿病	糖尿病の教育
C氏	80代	女性	慢性腎不全	尿毒症への治療

寡黙で意思表示が少ないA氏だが、看護チームはこれまでの関わりのなかで、A氏の人となりや意思の表出方法について理解を深めていた。それは以下の10病日の朝のカンファレンスの発言にみられる。

夜勤看護師「本人も日中は痰がたまると自分でも『とってくれ』と言ってくるようですが、夜間はそういうこともなくて良眠していました。(中略)朝になってミトンを外したんですが、今のところ危険行動はみられていないです。この方、かなり意識レベルはもどってきていて、本人も『外してほしい』という希望もあって、リスクが完全にないというわけではないけど今は外して様子みています。」(A-3)

A氏の病状回復によりおぼろげながらも意思疎通が可能となったところで、氏の救命措置に関する意思確認という課題が再浮上した。再び急変する可能性があるが、A氏とは明瞭なコミュニケーションがとれなかった。そのような状況で主治医は自身が出張で不在にする間に急変した際、本人の意思確認ができていないことを気にしており無理にでも意思を確認すべきか、もう少し待つべきかを迷っていた。

主治医「問題がもうひとつあって…明日から出張で1週間ほど不在になる。治療方針が決まらない中でどこまで今日のうちに強固に本人に確認をしていくか？(中略)そんな環境下(ここでは大部屋のこと)で急変時の意思確認はできない。本人を(病室の外に)つれだすか？そこまでしなくてもいいか？」(一呼吸おいて)

z看護師「やりましょう」といい、病室の様子を確認しにいくため席を外す。(A-13)

主治医はA氏本人に対し意向の確認をするかどうかを迷っていた。z看護師は「やりましょう」と力強く応じた。その時の心情に対しz看護師は、のちのインタビューで以下のように振り返っている。

最近慣れちゃって～。「早く決めてもらわないと、こっちの責任でもあるし…」っていうような見方にもなってきたんですね。だから正直、辛い決断をしたんだな～っていう思いの他にも、「DNR (Do Not Resuscitateの略 以後DNRとする)がとれて良かったな」っていう思いの方が強かったです。(Ne-5)

z看護師は以前、本人の意思を確認できるタイミングを逃したばかりに、本人の望まない医療行為が施されたという苦い体験をしたことがあった。急変時に心肺蘇生を行うという現在の方針を、A氏は望んでいる

かは確かめてみなければわからない。一方で、十分に回復していないA氏に生死に関わる治療方針の選択を迫ることが酷であることも感じていた。そのうえでz看護師は、A氏の意味確認ができるタイミングを大事に考え、それは今この時だと判断し行動した。そのための配慮としてベッドの移動も行った。しかし後で振り返って「慣れ」という言葉で表現したように、その決断はA氏にとって辛いものだったかもしれないと振り返っていた。

このとき確認されたA氏の意向は「状況が変われば都度確認を行うことを前提とした暫定的な意味合いのDNR」として医療チームで確認され、速やかに看護チームにも伝達され、以後チームの引継ぎで申し送られていった。

その後、A氏は再急変を起こすことなく、透析を受けられる長期療養病院へと転院した。

2. 加療が必要ななか、本人の意向が確認できず看護チームが困惑したB氏

B氏はかねてよりA病院の糖尿内科に通院していたが、この2年ほど自己中断していた。この度外来通院を再開し、糖尿病の教育目的で入院する予定であった。しかし入院当日の朝に急な体調不良となりA病院の救急外来に受診し、そのまま緊急入院となった。入院直後よりB氏に粘血便がみられたことから大腸がんが疑われ、当初の目的である糖尿病の教育が行われず、大腸がんの診断確定と治療方針の決定の入院へと切り替えられていた。

入院初日から多量の粘血便が頻回にあり、同室者からの異臭に対するクレームに対応しながら看護チームはB氏のケアにあたっていた。そして4病日の朝のミーティングで、夜勤の看護師から「粘血便が出ていて指導どころではない」という報告があがった。チームの関心は、B氏本人の状況を理解する能力に向けられていた。y看護師は担当看護師であることからB氏に対し積極的に関わりをもち人物像や意向を知ろうと試みた。しかし、B氏は質問に対しのりくらしとした様子があり、y看護師は氏の本意が掴めずにいた。

「(糖尿病教育)コースで入院されているけど、脳梗塞が既往にあるのですがその後フォローがされてなくて脳梗塞だという診断も下されていなくて、右の内頸動脈が100%つままっているのでそっちの血流不足というのもあって…今日MRIで頭を撮影して脳外コンサルの予定となっています。そこでいろいろと診断がつくなりするといいと思うんですけど…そこで、ご本人がその点の理解というか自分の病状を全然把握できていないというのもあるし、認知的な問題もあるということでもなかなか難しく…で、身寄りがないというのが一番の問題で、ソーシャル

ワーカーさんも介入してくださっているんですけど、こちらの推測で判断するわけにはいかなくて、本人もわかって言わないところもあるし、わからないところもあるし、その辺がまだらで難しくて…帰るにしても介護保険の申請を本人は『する』って言うてるんですけど、その申請するときの保険証も以前の保険証を提示してきたりとかして…」(B-2、3)

y看護師が困惑したのは、B氏が糖尿病の教育入院でありながら粘血便が多量に出ている状況をどのように捉えているかを確認しようにも、高次機能障害によるものなのか本人に話す意思がないのか、そのとらえどころのなさにあった。そのようなB氏に対し、別の看護師からも「他人事」のように捉えている印象を受ける旨の発言があった。自分と同じ困惑を看護チームも抱いていたことを確認し、B氏については糖尿病内科カンファレンスで看護師から意見を求め、そこでの議論を受けて看護チームの方針を検討していくことで終了した。

糖尿病内科の医師合同のカンファレンスで、y看護師は看護チームが困惑しているB氏のとらえどころがなく認知機能の評価がしがたいことを呈した。加えて、身寄りがなく保険証の確認もできていないことを伝えた。

y看護師「本人もまだらで、クリアなときとふんわりしているときとあって…そんなときにズケズケと、『保険証のこと教えてください』というのがどうなの？って感じで…」(この後、健康保険証を前の会社のものを提示していること確認をしてもはぐらかしているように感じる返答が返ってくる等を話す)

主治医「外来じゃそんなこともなかったんだけどな～…」(中略)

(y看護師から今後について、介護保険は本人が了承している旨の説明がある。そのためにも保険証の提示が必要だが、その保険証があいまいといった話がなされた。)

y看護師「住まいに介入していくにも、医師からまずは一旦話してくれた方が…本人の尊厳じゃないけど、看護師から嫌なところをつくと思っちゃうと思う」

主治医「業務課に問い合わせるとわかるんじゃないの？そこは看護師さんからしておいてよ」(B-8)

とらえどころのないB氏の把握のために主治医に動いてほしいと願うy看護師の言葉に対し、主治医は「外来ではそんなことなかったけどな～」という発言をした。そのことでy看護師は気づきを得た。そのことを後のインタビューで以下のように話した。

「先生の方がナラティブというか、先生の方がその人のことをよく知ってて(中略)。私も、それじゃ私もBさんを1人の人間としてそう捉えよう、彼にはどんな物語があって、私はそこでばっと出会ったばかりで、保険証みせてください～っていうのもなんだかな～と半分思えてきていた」(Nc-12-②)

また、同時期にB氏担当の医療ソーシャルワーカーとの会話でも、新たな気づきを得たことをy看護師はインタビューで述べた。

「私が思ったBさんというのは、その日暮らした人間で。それはよくも悪くも彼のスタンスなんではないんですけど～、なんかそんな感じで軽く受け止められるというか。そうなったのも、ソーシャルワーカーさんの言葉で軽く『(保険証が)切れてるけど介護保険申請やってみます』とか言われると、『あ、なんだ。そこまできっちりとしていなくてもいいか』って。『これやってみよう。だめだったらあっちをやってみよう』みたいな感じでもいいのかな～って思えてきたというか…」(Nc-18-②)

糖尿病内科のカンファレンスでは、B氏の認知機能の評価を行い、次いで大腸がんの確定診断にむけて検査を進めていくという方向性が確認され、B氏はその後大腸がんの診断が下され、手術目的で消化器外科の病棟へ転棟することとなった。

B氏とのことを振り返り、y看護師はインタビューで以下のように話した。

「私も、こうして一緒に振り返りをさせてもらってあのときの自分に戻ると、やっぱり早く答えを出さなきゃっていう気持ちがあったというか…彼が何者で、どんな生活をしていて…っていうところを明らかにしなくちゃ、という義務感みたいなものがあったというか…」(Nc-14-②)

「こう…やりがいといったものを感じての責任感じゃなくて、たぶん汚いというか、正直にいうと非難とか、自己評価につながる場所で、気にしている点などではないかとすごく思います。」

(Nc-17-②)

責任感につき動かされてB氏の人物像や生活背景を明らかにしようとしたが、医師や医療ソーシャルワーカーの言葉から、y看護師は自分が捉えているのとは違うB氏という存在が見え、慌てて無理やり聞こうとせず、時間をかけて1人の人間としてB氏を理解していくことがよいということに気づいた。自身の行動が純粹にB氏の状況を慮ったものではなく、自身が周囲から求められていると考える責務を全うしているかと

いう評価を気にしてのものであったとy看護師は語った。

3. 透析導入を検討するなかで本人の意向が汲み取られなかったC氏

C氏は心不全の既往がありA病院の循環器内科に通院しており、症状が悪化すると同施設に入退院を繰り返していた。今回、意識混濁のため救急搬送され、尿路感染症と慢性腎不全の診断を受け緊急入院となった。救急病棟にて緊急透析を受け次第に尿毒症症状が軽快したため、入院25病日に一般病棟に転棟となった。

転棟直後からC氏は落ち着きがなく、看護チームは高齢で環境の変化による不穏と捉え、C氏の「透析をしたくない」というのも一時の感情的なものではないかと捉えていた。そのようななかで、担当看護師となったx看護師は看護チームとは別の捉え方をしていた。

「主治医が聞こうとした『将来何を望みますか?』っていうところですね。なんか腎臓の治療だと透析導入する時とかに、そういうことを聞くことが多いんですけど、『自分は将来どういう風に生活したい?』って…ご年齢もすごくあったと思うんですけど…今までがんばってきたってのもあるし、娘さんに迷惑をかけたくないってのもあるだろうし、彼女の中でも希望として誰にも迷惑をかけたくないって…たぶんそんな思いが一番強かったと思うんですよ。透析したらもっとメンタル的に改善される人もいますので、それは一時的なことかもしれない…でも今までずっとそういう風に生きてきた人の生き方っていうのは絶対出ると思うんですよ。考えというのは。それを尊重して『透析をしない』という方法も話の中ではやっぱりあるのかな～って思ったので(中略)…だからCさんも『あ、この人きちんと自分の意思を言ってるな』って核心がぱっと持ってたので(Nj-1～3)

x看護師は、主治医が以前C氏に「将来何を望むか」という漠然とした問いかけをしたことに疑問をもっていった。高齢で十分に生きて感じている患者に将来の話をして、実感をとまなげて考えられないのではないかと捉えていたからである。そのうえで、これまで1人で暮らしてきたこと、家族に迷惑をかけたくないというC氏の思いと、80代後半である氏の年齢を加味し、「透析をしない生き方」も十分にありえるのではないかと考えた。x看護師は、これまでの体験から「透析をしない選択」がすべてではないということも理解していた。しかし、治療の選択には患者本人のこれまでの生き方が反映されるものであることを体験から実感しており、C氏の「透析をしない選択」は本人

の意思であると捉えた。

そんなx看護師の思いを受け、看護チームでのカンファレンスでもC氏の「透析をしない選択」について言及されることとなる。

看護師①「Cさんは、これからI.C (informed consentの略) をする予定なんですけど。先生とかご家族としては透析をやってほしいという気持ちがあって、Cさんに話をしているようですが…昨日とかも透析前にもう『やりたくない』と言って30分くらいお話をして、どうにか『今日が最後だから行ってください』と言って(透析を)してもらった経緯とかもあって…本人としては、透析の処置が辛いからヤダというものもありますけど、なんか治療とかも高齢だし透析とか回さなくてもいいと話して。 (中略) なんか本当に辛そう。でもご家族としては多分、なんか介護疲れとかあるとはいいつつ、やってもらいたい方向って今まで話が進んでいるので…今日、どうなるか…」

看護師②「けっこう先生が『透析をしたら元気になってね』というプラスの面プラスの面を言っていて。その返答の中にも『いや、でもね～…うーん…』みたいな、そういう言葉は家族から聞かれていたので。(中略)『やめることはできるんですか?』ってお嬢さんから聞かれて『できますよ』って。で、『その場合にはどうなるんですか?』っていわれたときに、『やっぱり、苦しくなって～見当識が出て～』っていわれちゃって。そういわれるのを聞くと家族もそうしたらやっぱり『助けてほしい』ってなるだろうな～って」(C-19, 20)

話し合いの結果、本人や家族を含めたカンファレンスの場を設け意思の確認を行うということになり、主治医や連携室の看護師にはたらきかけ、その場を設けることとなった。

意思確認を行う当日、最初に家族に対し思いの確認がなされた。しかしこの場には、勤務の都合で担当であるx看護師は不在となった。家族からは「少しでもC氏に長生きしてもらいたい」という思いはありながらも透析を嫌がるC氏の思いを汲み、困惑していた。そのご家族の困惑を確認したのち、C氏本人が呼ばれた。

主治医「どうしてこれ(内頸静脈に挿入されている緊急用ブラッドアクセスのカテーテルをさして)をしているか、わかる?」と尋ねる。

C氏はうつむいてきいている。主治医の説明を聞いたのち小声で「きつい」や「もう年だし」といったことをつぶやいた。

主治医「週3回、1回4時間…がんばれそうです

か??」

主治医のこの言葉に、それまでうつむいていたC氏がぱっと顔をあげた。そしてはっきりした声で「いけません!」と即答した。

主治医が一生懸命に透析の効果について、透析をするとうつむかないとうつむかぬかについてわかりやすい言葉におきかえて話をしているのを、再びうつむいて聞く。ときどき、主治医の言葉尻をとりつづやきを繰り返す。(C-29, 30)

C氏にとって最大の苦痛は透析での長時間同一姿勢でいることにあった。その意思をC氏は「いけません」と明言した。主治医の説明に対し、この後C氏は「よいとわかっていても体がついていかない。そこまでして生きながらえたくない」旨を述べた。そうして「簡単な方法」として内服による対応を希望し、続いて腎臓をとって長生きした知人の例を出した。しかしそのことで再び医療チームと家族は、C氏は本当に状況を理解しているかについて疑問を感じるようになった。

主治医や看護師はC氏に繰り返し説明をし、C氏からはとうとう「どうすればいいかわからない」という発言が聞かれた。そのなかで別の角度からC氏の希望を確認するために「どんなふうに生きてみたいか?」という質問がなされ、それに対しC氏は「薬にたよって生きてみたい。痛い思いはしたくない」とともに、最後に「実際に体験してみないとわからない」と述べた。最終的に主治医が「いつでもやめることはできるから、シャントを作って透析をするための準備を進めていこう」と提案した。このときC氏は、医師の言葉にうなづく娘のほうを見て、もはや発言することはなく、こうして話し合いの場は終了した。

この後C氏はシャント造設の手術日の朝、容態急変し死亡という転帰となった。

V. 考察

3つの事象における看護チームの実践から、流動的に変化する倫理的な意思決定の局面において看護チームは問題の本質や患者や家族の価値を模索しており、代弁者としての役割を果たそうとしていく姿が確認できた。以下では専門的価値の影響について考察する。

1. 看護師の実践に影響する専門的価値

専門的価値は、自らの道徳的責任に対し真剣な専門職によって一般的に認められた行動基準である⁸。Fryは「所属する専門職のグループによって導かれた道徳的信念・態度・規準(道徳とは関係ない信念・態度・規準)」¹と述べる。しかし、その綱領や行動規範に素直に従ってさえいれば関連する道徳的要請を満足しているという専門職の誤解⁸もまた指摘されてい

る。

看護師が倫理的決断に至るまでの過程には自身の倫理的知識や価値観、経験、道徳的感受性や直観を用いそれに従って行動する¹。A氏に対し意思確認をためらう主治医の行動を支持したz看護師の行動はまさに過去の体験から価値づけられた行動といえる。その価値についてz看護師は「責任」と表現している。

A氏の意味確認を行うために主治医の背中を押したz看護師の行動背景には、方針が曖昧なまま望まない医療が患者に施されることへの危惧とともに、そのような状況で医師不在の間に看護を行うチームの困難さを思う気持ちがあったと考えられる。z看護師は、急変から回復したばかりのA氏に、生死に関わる治療方針の選択を迫ることの酷さにも言及したが、この場面ではA氏の意味確認にふみきった。z看護師が「責任」と表現したもののなかには、患者の権利と意思を尊重するという責任とともに、チームの一員として治療方針を明確にしておくという責任も含まれていたように思われる。

一方、同じ「責任」でもB氏の事象におけるy看護師からまた違う様相が確認できる。Chamblissは病院という構造における看護師の従属性から、「看護倫理は、(中略)すなわち責任を与えられず、他者からの指示を実行する立場にあり、与えられた制約の中で任務を遂行しようと努める人たちの倫理である」⁹と皮肉をこめて指摘している。つまりは、より倫理的であろうと努めることが組織や集団から自身に課せられた(と認識した)任務を遂行することであるという誤解とその危険性を含んでいるとも指摘できる。

当初、y看護師を駆り立てていた思いの基底にはその誤解があったといえる。そのことを、研究者からの複数のインタビューを経てy看護師は担当看護師としての役割認識や責務を全うしたいという考えがあったと話す。そして、主治医や医療ソーシャルワーカーとの関わりから「責務」についての捉え方の違いを感じたこと、他職種の責務としての行動と自身のそれを比較し内省したことで、自身の枠組みで患者をみていたことの気づきを得た。

これらA氏とB氏の2つの事象を振り返ると、いずれも患者の権利や尊厳を守るといっただけでなく、看護チームの一員として果たすべき個々の責任が重視されている面が見てとれる。A氏の事例ではz看護師は研究者に語ることを通じて、またB氏の事例ではy看護師は医師や医療ソーシャルワーカーとの話し合うことを通じて、それぞれに自らを振り返り、自らの行動が患者にどのような影響を与えていたか、より倫理的な判断や行動をするためにはどうすればよいかを考えるに至っていた。

一方C氏の事象では、担当のx看護師によってC氏の本意は捉えられ、看護チーム内では「透析をしない

選択」の可能性に言及されていた。しかし、医師や家族を含めたカンファレンスにおいて「患者にとっての最善の選択は何か」という問いを前に、チーム全体が患者の言葉に翻弄された。C氏は「苦痛を避ける」ことを希望した。C氏にとっての最大の苦痛は、透析時に同一姿勢でいることにあった。その意思をC氏は「いけません」と明言した。しかしC氏の指す苦痛は、医療チームにより「病状による苦痛」として誤認された。尿毒症による身体の苦痛であれば透析によって軽減されるであろうと捉えられた。

このような医療者の論理の背景には、当然のことながら医療者としての専門的価値が存在しており、看護師（ひいては看護チーム）もまた、それらを無自覚なままに共有していたと考えられる。当初から把握していたC氏の「透析をしたくない」という意向は、無意識に優先された医療者としての価値によって見逃されてしまったと考えられる。

こうした誤認が無自覚なままにしかし容易になされることの背景には、組織の要請にともない、医療者としての専門的価値が優先されたことが考えられる。患者の最善にむけて尽くしたいという思いは、医師においても看護師においても同様の価値だといえる。看護師のみならず倫理観の形成には自身の経験や倫理的な知識の影響を受けて促進される。倫理的な局面においてチームで行われる看護実践だからこそ、ともすれば専門的価値の影響を受けやすい。だからこそ、さまざまな人の意見を聞き、自省し、自らの行動を規定している専門的価値の存在と影響について自覚することで、より倫理的な行動につながるといえる。

2. 研究の限界と課題

看護師の行動の基底にある価値は組織文化の影響を多分に受ける。したがって、異なる組織ではまた異なった意思決定の様相を確認できるものと考えられる。今後は、さまざまな専門的価値の影響を明らかにするとともに、それらの影響のもとでより患者家族の希望に沿った医療や看護を提供するための、チームとしての倫理的実践を明らかにすることが課題である。

謝 辞

本論文は、日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士論文を加筆修正したものです。研究にあたりフィールドとしてご承諾くださいましたA病院の皆様、とくに研究参加者として調査にご協力くださいました病棟看護師の皆様方には厚く御礼申し上げます。

助 成

本研究はどの機関からも研究助成は受けていない。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文 献

1. Fry ST, Johnstone MJ. 2008／片田範子, 山田あい子訳. 2010. 看護実践の倫理第3版. 東京：日本看護協会出版会.
2. Thompson JE, Thompson HO. 1992／キシイマイケイコ, 竹内博明訳. 2004. 看護倫理のための意思決定の10のステップ. 東京：日本看護協会出版会.
3. 岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子. 大学病院において看護師が体験する倫理的問題. 日本看護学教育学会誌. 2006；16(1)：1-11.
4. 水澤久恵. 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. 2009；9(1)：87-97.
5. 松山明子, 樋口京子. 緩和ケアにおけるエキスパートナースの倫理的意思決定過程に関する研究. 日本看護倫理学会誌. 2011；3(1)：19-27.
6. 富律子. がん関連領域の認定看護師が実践で体験する倫理的問題とその対応. 横浜看護学会誌. 2008；1(1)：66-75.
7. Holloway I, Wheeler S. 2000／野口美和子監訳. 2006. ナースのための質的研究入門 第2版. 東京：医学書院.
8. Beauchamp TL, Childress JF. 2001／立木教夫, 足立智孝訳. 2009. 生命医学倫理 第5版. 千葉：麗澤大学出版会.
9. Chambliss DF. 1996／浅野祐子訳. 2002. ケアの向こう側. 東京：日本看護協会出版会.
10. Drought T. 第8章 看護実践・管理への倫理原則の適用—看護教育への意義. In: Davis AJ, Tschudin V, de Raeve, L. 2006／小西恵美子監訳. 2008. 看護倫理を教える・学ぶ—倫理教育の視点と方法. 東京：日本看護協会出版会.
11. Gregory PE. 2000／宮坂道夫, 長岡成夫訳. 2000. 医療倫理1 よりよい決定のための事例分析. 東京：みすず書房.
12. Davis AJ, Gallagher A. 見藤隆子. 2007. 看護倫理—日本文化に根ざした看護倫理とは. 東京：医学映像教育センター.