Key words : Ethics cases, Ethical issues, Ethics case responses, Clinical ethics consultation

急性期病院の看護師が体験した倫理的事例とその時の対応の実態

酒井　富美*　　井上　広美　　矢野　明子
岡田　裕子　　澤田　広美　　岡田真理子

要　　旨

目的：急性期病院の看護師が体験した倫理的事例から，倫理的事例の領域，関わっている職種，倫理的問題を認識した時の対応を明らかにする．

方法：A 病院看護師が体験した倫理的事例を独自に作成した事例記載用紙により収集．収集した 224 件に対し，事例の領域および価値の対立，関係者，その時行った対応を抽出した．事例の領域は「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」（日本語版）[1]を参考に 2012 年作成し使用・改訂している 17 領域で分類，その時行った対応は長崎ら[2]の「最も悩んだ倫理的問題の対処」を参考に分類した．事例の読み取りは臨床倫理認定士ら看護倫理委員会委員 6 名で行い，1 事例は 2 名で検討し合意が得られるまで再検討した．

結果：事例の領域は 17 領域全てにおいて抽出された．上位は「患者・家族と医療従事者の価値観の相違に関すること」13.8%，「患者の意思に反して治療や看護を行うこと」13.4%，「患者の安全のための抑制や鎮静に関すること」10.7%であった．価値の対立は「自律尊重 VS 善行」50.9%，「自律尊重 VS 無危害」12.5%，「自律尊重 VS 公正」7.6%であった．

事例の関係者は，224 件に対し看護師 97.3%，患者 95.1%，医師 64.3%，患者家族 46.0%，他患者 6.3%，他職種 5.8%，院外関係者 4.0%であり，76.3%は 3 者間以上であった（複数回答）．

その時行った対応は，224 件に対し患者と相談 38.8%，看護師間でカンファレンスを行った 22.3%，関係者とカンファレンスを行った 16.5%，同僚に相談 12.5%，上司に相談 8.9%，委員会での検討依頼 0 %，何もできなかった 14.7%であった（複数回答）．

結論：高度化・複雑化・多様化する医療環境の中で，関係者の範囲が広がり，対応の困難さが増す倫理的問題に対し，適切な対応がとれるよう，個々の努力だけではなく，臨床倫理コンサルテーションチーム等による組織的な支援が必要と考える．

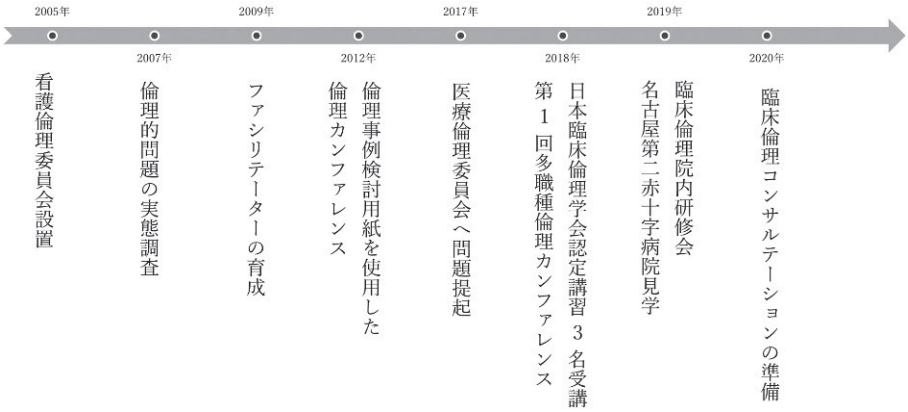
はじめに

A 病院では，2005 年より看護倫理委員会を設置し，看護倫理に関する研修会の開催や倫理カンファレンスを推進し，倫理に関する意識の向上を図ってきた．2012 年より，各部署において看護師が体験した倫理的事例について，独自に作成した「倫理的事例記載用紙」を使用した倫理カンファレンスを実施した．提出された事例は，板東らが翻訳した Sara T Fry の「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSINGPRACTICE」（日本語版）[1]を参考に検討してきた．

各部署から提出された倫理的事例は，社会環境の変化や，高度化・複雑化する医療環境の中で，より対応の困難さが増してきており，看護師だけでは解決できない課題が多くなっていると推測できた．また，萬木ら[3]は，看護師の倫

*松山赤十字病院　看護部

Table 1　A病院看護倫理委員会の取り組み



理的悩みとコーピングが情緒的疲弊に及ぼす影響を報告している．倫理的な問題が解決できないことが，看護師の疲弊やモチベーションの低下につながっていることも推測される．このような状況の中，A病院では，臨床倫理コンサルテーションチームによる倫理的問題への対応支援を検討している（**Table 1**）．

そこで，急性期病院の看護師が体験した倫理的事例を分析し，どのような倫理的問題が起こっているのか，どのような価値の対立が起こっているのか，事例に患者やどのような職種が関わっているのか，看護師は倫理的問題を認識した時にどのように対応しているか実態を明らかにし，臨床倫理コンサルテーションチーム活動の手掛かりとしたい．

対象と方法

1．用語の定義

倫理的事例：看護師が体験し，部署の倫理カンファレンスで検討した事例

倫理的問題：倫理的不確かさ，倫理的ジレンマ，倫理的悩みを含む

2．対象

A病院看護職員が提出し，研究の同意が得られた倫理的事例224件

3．方法

1）　調査期間：2019年4月30日～2020年3月31日

2）　事例収集：A病院で独自に作成した倫理的事例記載用紙により事例を収集した．

3）　事例分析：

(1)　事例から抽出された領域および価値の対立について，内容分析を行い，事例の領域は「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」（日本語版）[1]を参考に，A病院で2012年作成し使用・改訂してきた17領域で分類した（**Table 2**）．

(2)　事例の関係者の抽出：事例から読み取りを

Table 2　倫理的事例の領域

分類番号	倫理的問題
1	インフォームドコンセントに関すること
2	患者の意思に反して治療や看護を行うこと
3	患者に対する人間の尊厳の配慮に欠ける言動を行うこと
4	医療従事者間の関係により患者に不利益が生じること
5	患者の安全のための抑制や鎮静に関すること
6	患者・家族と医療従事者の価値観の相違に関すること
7	医療従事者間の情報共有不足により患者に不利益が生じること
8	医療者の配慮不足による個人情報・プライバシーが守れないこと
9	医療従事者の専門的な知識、技術不足により患者に不利益をこうむること
10	患者と家族の思いのずれに関わること
11	マンパワー不足により適切な看護が提供できないこと
12	患者にとって最善ではないと思われる指示を実施しなければならないこと
13	対応が難しい患者・家族により医療従事者の人権が阻害されること（言葉・暴力）
14	意思疎通が困難な患者の治療選択に関すること
15	個人を尊重することで公平性が守られないこと
16	患者以外の意思を尊重することにより患者の知る権利が阻害されること
17	終末期における治療の継続や中止に関すること
18	該当なし

行い，関係者を抽出し単純集計を行った（複数回答）.

(3)　その時行った対応：長崎ら[2)]の「最も悩んだ倫理的問題の対処」を参考に，①同僚に相談した，②上司に相談した，③患者と相談した，④看護師間で倫理カンファレンスを行った，⑤関係者とカンファレンスを行った，⑥看護倫理委員会・担当者会での事例検討，⑦何もできなかった，⑧その他の８項目で分類し，単純集計を行った（複数回答）.

事例の読み取りは臨床倫理認定士２名を含む看護倫理委員会委員６名で行い，１事例は２名で検討し合意が得られるまで再検討し，信頼性の向上に努めた.

４．倫理的配慮

Ａ病院看護職員に対して，研究の目的・意義・方法，事例の部署や個人が特定できないようにすることおよび不参加による不利益がないことを文書で説明した．また，各部署の看護倫理担当者に対して文書及び口頭で説明し，承諾を得た．松山赤十字病院医療倫理委員会の承認を得て実施した（2020 年７月６日　受付番号 852）.

結　　果

1．Ａ病院看護職員から提出された倫理的事例は 224 件であった.

2．倫理的事例は 17 領域全てにおいて抽出された．事例の上位から「患者・家族と医療従事者の価値観の相違に関すること」31 件 13.8%，「患者の意思に反して治療や看護を行うこと」30 件 13.4%，「患者の安全のための抑制や鎮静に関すること」24 件 10.7%，「個人を尊重することで公平性が守られないこと」22 件 9.8%，「意思疎通が困難な患者の治療選択に関すること」21 件 9.4%，「患者に対する人間の尊厳の配慮に欠ける言動を行うこと」18 件 8.0%，「医療従事者の情報共有不足により患者に不利益が生じること」13 件 5.8%，「インフォームドコンセントに関すること」11 件 4.9%，「対応が難しい患者・家族により医療従事者の人権が阻害されること」９件 4.0%，「終末

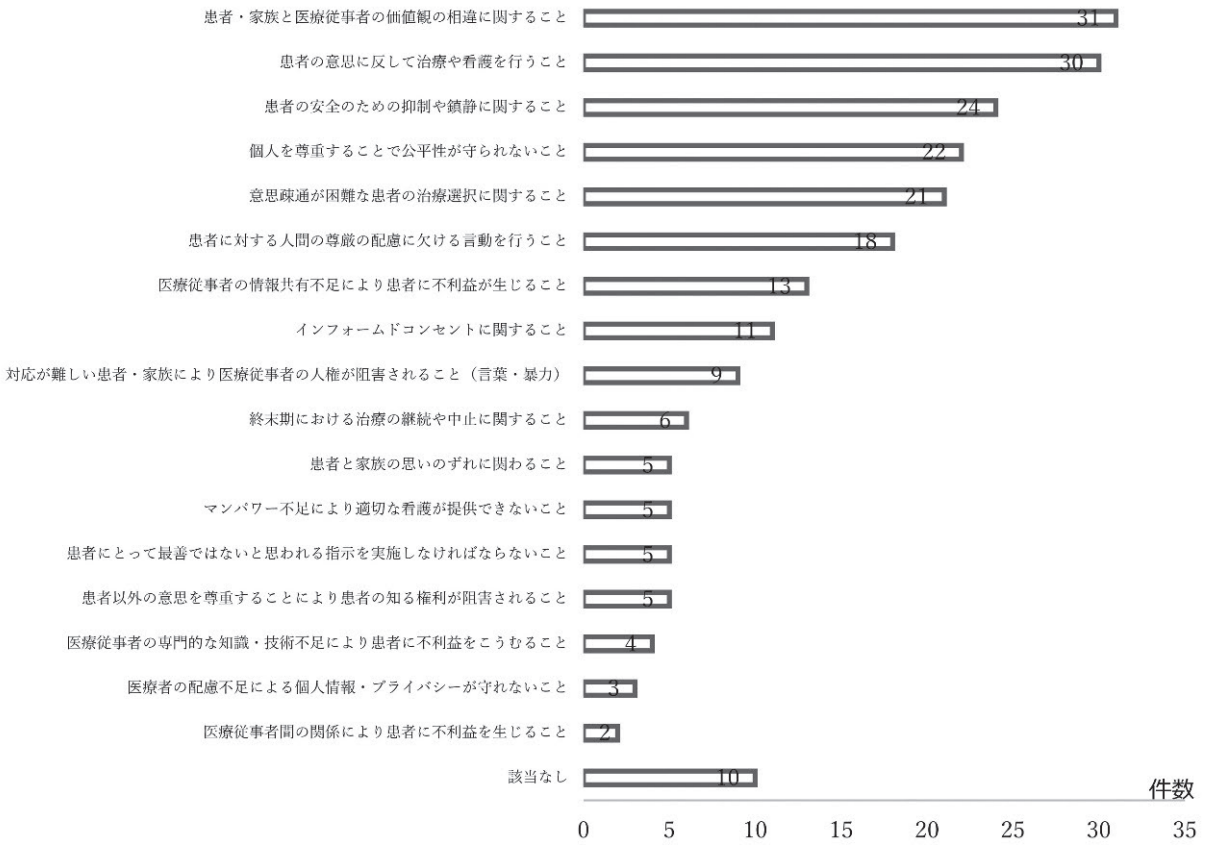


Fig. 1　倫理的事例の領域別件数（n＝224）

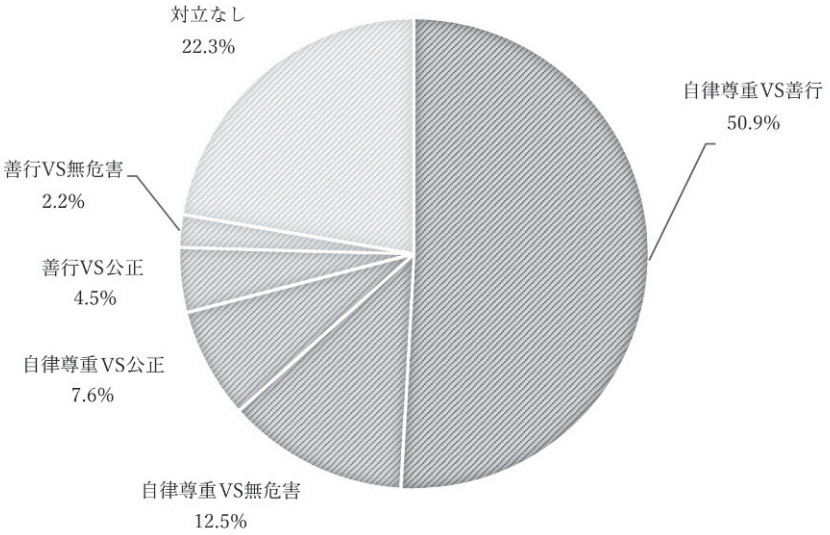


Fig. 2　倫理的に対立する価値について，内訳と頻度

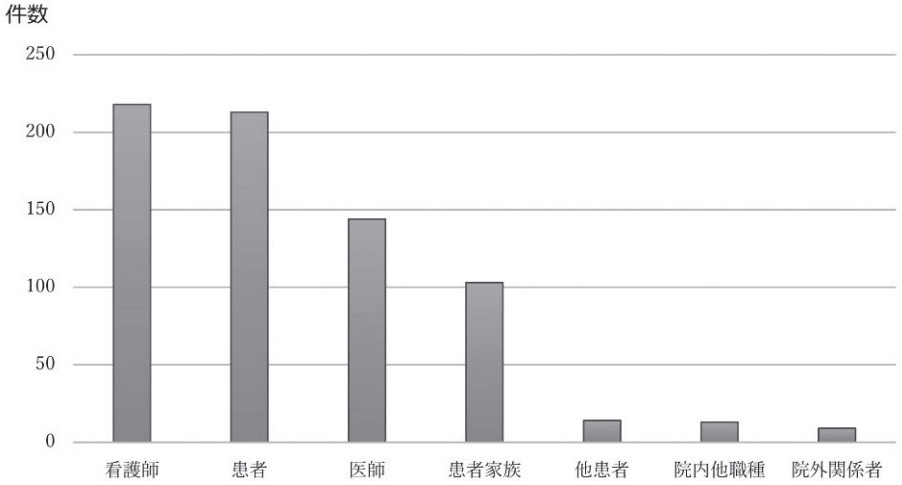


Fig. 3　関係者の人数・内訳・頻度（重複あり）

期における治療の継続や中止に関すること」6件2.7%，「患者と家族の思いのずれに関わること」「マンパワー不足により適切な看護が提供できないこと」「患者にとって最善ではないと思われる指示を実施しなければならないこと」「患者以外の意思を尊重することにより患者の知る権利が阻害されること」はそれぞれ5件2.2%，「医療従事者の専門的な知識・技術不足により患者に不利益をこうむること」4件1.8%，「医療者の配慮不足による個人情報・プライバシーが守れないこと」3件1.3%，「医療従事者間の関係により患者に不利益を生じること」2件0.9%，10件4.5%は該当しなかった（**Fig. 1**）.

価値の対立は，「自律尊重」VS「善行」114件50.9%，「自律尊重」VS「無危害」28件12.5%，「自律尊重」VS「公正」17件7.6%，「善行」VS「公正」10件4.5%，「善行」VS「無危害」5件2.2%また，50件22.3%は対立なしであった（**Fig. 2**）.

3．事例の関係者(複数回答)は，のべ714件であった．それぞれ224例中，看護師218件（224件に対し97.3%），患者213件（95.1%），医師144件（64.3%），患者家族103件（46.0%），他患者14件（6.3%），院内他職種13件（5.8%），院外関係者9件（4.0%）であった．院外関係者は，かかりつけ医，ケアマネジャー，施設職員などで

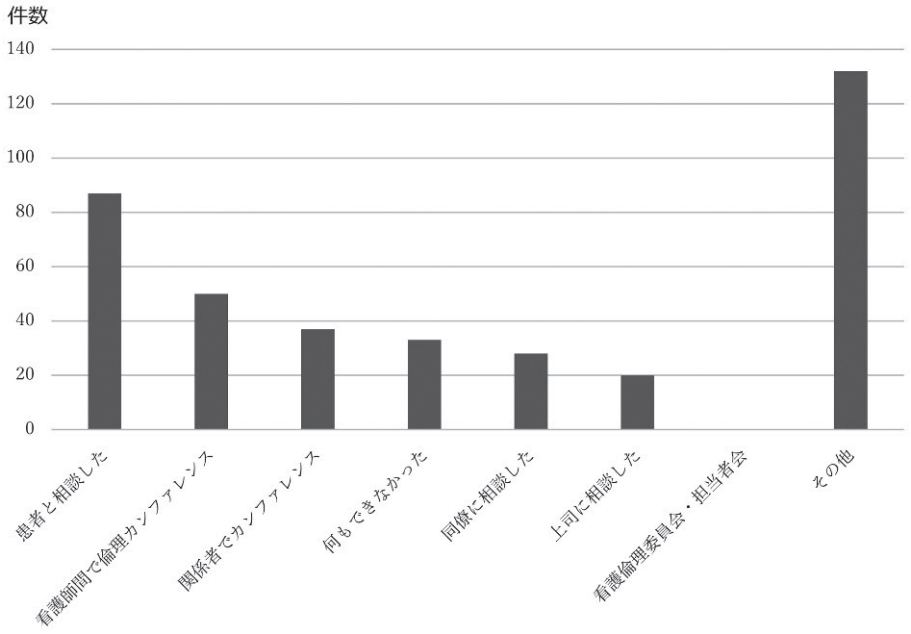


Fig. 4　その時行った対応（重複あり）

あった．また，2者間の事例は23.7%，76.3%は3者間以上の事例であった（**Fig. 3**）．

4．その時行った対応（複数回答）は，のべ387件，①同僚に相談した28件（224件に対し12.5%），②上司に相談した20件（8.9%），③患者と相談した87件（38.8%），④看護師間で倫理カンファレンスを行った50件（22.3%），⑤関係者とカンファレンスを行った37件（16.5%），⑥看護倫理委員会・担当者会での事例検討0件，⑦何もできなかった33件(14.7%)，⑧その他132件(58.9%)であった．その他の内容は，医師への相談・依頼39件（29.5%），説明と傾聴22件（16.7%），家族への対応18件（13.6%）等であった（**Fig. 4**）．

考　　察

倫理的事例の領域では，「患者・家族と医療従事者の価値観の相違に関すること」「患者の意思に反して治療や看護を行うこと」「意思疎通が困難な患者の治療選択に関すること」が36.6%を占めている．事例の内容は，検査・治療・ケアの選択に関すること，認知症のある患者やせん妄のある患者への対応など，患者の意思を尊重することに関するジレンマであった．これは，不十分な意思決定のプロセスや，意思決定に影響を与える患者の判断能力の認定，家族の思いなど医療従事者との認識や価値観の違い，医療従事者間の認識や価値観の違い等が要因になると考えられる．様々な状況にある患者・家族の意思決定を支えるプロセスの重要性が示唆された．

価値の対立は，「自律尊重VS善行」が50.9%を占めていた．金田ら[4]の研究では，「自律尊重VS善行」は32%，「善行VS無危害」20%となっており，本研究では「善行」VS「無危害」は2.2%と差があった．これは，本研究の対象が看護師のみであることが影響していると考える．対象の職種を広げることで，価値の対立構造はより幅広くなってくると推測される．

また，岡田ら[5]は各職種の医療倫理認識についての現状調査で「診療上の倫理的問題を感じた経験があるか」という問いに対し「ある」と答えたのは，医師53.8%，看護師38.8%，薬剤師40.0%，専門職25.6%，事務職7.0%と報告している．

これらから，倫理的問題に対して職種間の認識の違いも大きく，多職種で倫理的問題を検討することは重要性であり，多職種による倫理カンファレンスを推進していくことが有用であることが示唆された．

事例に関わる職種では，看護師と患者，医師との

関係が大部分を占めていた．2者間の問題は23.7%であり，他は3者以上が関わっている．医師は主治医だけでなく，研修医，他科，当直医が関係しており，医師以外の院内他職種5.8%，院外の関係者の事例も4.0%発生している．チーム医療の推進や，地域包括ケアシステムの推進により，倫理的問題に関わる範囲が広がっていることが示唆された．院内多職種での倫理的問題への取り組みとともに，今後，地域を視野に入れた取り組みも必要になってくると考える．

その時行った対応では，問題改善への個々の努力は行っているが，倫理的問題を表出，共有し，部署や医療チームとして問題解決に向けた取り組みにつながっているとは言い難い．これらは，萬木ら[2]の「逃避と抑制」のコーピングとなっていると考えられる．萬木ら[2]は，「避難と抑制」のコーピングと情緒的疲弊の有意な関係を報告しており，倫理的な悩みを表出・共有し，適切な対応ができるよう倫理カンファレンスを促進していくことが，医療・看護の質の保証とともに，関係者の情緒的疲弊を低減させるために効果的と考える．

より高度化・複雑化・多様化する医療環境の中で，事例の関係者の範囲が広がり，対応の困難さが増す倫理的問題に対し適切な対応やコーピング行動がとれるよう，個々の努力だけではなく，臨床倫理コンサルテーションチーム等による組織的な支援が効果的と考える．

文　　献

1）「ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE」（日本語版）
2）萬木早苗ほか：看護師の倫理的悩みとコーピングが情緒的疲弊に及ぼす影響．臨床倫理 **8**：5-13, 2020.
3）長崎恵美子，伊東美佐江：病院の規模別からみた臨床看護師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**：26-35, 2018.
4）金田浩由紀ほか：臨床倫理コンサルテーションの立ち上げから1年間の取り組み．臨床倫理 **6**：32-37, 2018.
5）岡田冨士子ほか：地域基幹病院の各職種の医療倫理認識の横断的調査－神経難病事例により喚起された臨床倫理に関する院内体制づくりの検討－．臨床倫理 **3**：31-39, 2015.
6）赤林朗ほか：入門・医療倫理Ⅰ，勁草書房，東京，第1版，53-65, 2005.
7）サラ T. フライ，メガン-ジェーン・ジョンストン：看護実践の倫理　倫理的意思決定のためのガイド，日本看護協会出版会，東京，第2版，71-75, 2005.
8）堂囿俊彦編著，竹下啓ほか：臨床倫理コンサルテーションハンドブック，医歯薬出版株式会社，東京，第1版，3-7, 2019.

Ethics Cases Experienced by Nurses in Acute Care Hospitals and Responses Thereto

Fumi SAKAI*, Hiromi INOUE, Akiko YANO, Yuko OKADA, Hiromi SAWADA and Mariko OKADA

*Department of Nursing, Matsuyama Red Cross Hospital

Purpose: To clarify the areas of ethics cases, occupations involved, and responses when recognizing ethical problems using ethics cases experienced by nurses in acute care hospitals.

Method: Ethics cases experienced by nurses in hospital A were collected using an original case description form. From the 224 cases collected, the conflicts of domain and values of the cases, the people involved, and the responses taken at the time were extracted. The cases were classified into 17 areas with reference to "ETHICS and HUMAN RIGHTS in NURSING PRACTICE" (Japanese version). Case analysis was conducted by six members of the Nursing Ethics Committee, including clinical ethics certifiers. Each case was reviewed by two people and re-examined until consent was obtained.

Result: Case regions were extracted in all 17 regions. The top answers were "differences in values between patients/family members and medical professionals" at 13.8% and "treatment or nursing care against the patient's will" at 13.4%, and value conflicts were "autonomy vs. beneficence" at 50.9% and "autonomy vs. non-maleficence" at 12.5%.

Of the 224 cases, 97.3% of the people involved in the cases were nurses; 95.1% were patients; 64.3% were doctors; 46.0% were patients' families; 6.3% were other patients; 5.8% belonged to other occupations; and 4.0% were people outside the hospital. Of the cases, 76.3% involved three or more people. (Multiple answers were allowed.) At the time of each case, 38.8% of medical professionals consulted with the patient; 22.3% had a conference with nurses; and 14.7% did nothing because there was no request for a review by the committee. (Multiple answers were allowed.)

Conclusion: As the medical environment is becoming more sophisticated, complex, and diversified, the range of people involved is expanding.

These results suggest that systematic support by a clinical ethics consultation team, etc., is effective in generating appropriate responses to ethical issues that are becoming increasingly difficult to handle.

Matsuyama R. C. Hosp. J. Med. 47(1); 19～25, 2022