

改訂版

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



JSCHN

日本小児看護学会

2022年9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イ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、倫理的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、倫理的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的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。

はしがき：改訂にあたって

日本小児看護学会倫理委員会で、2010年に「小児看護の日常的な臨床場面における倫理的課題に関する指針」を作成してから、10年が経ちました。倫理委員会が本指針に取り組んだのは、初版「はしがき」にあるように、子どもを取り巻く倫理的課題が、広範囲にわたり山積している中で、小児看護に携わる看護師が子どもにとっての最善を目指すには、倫理的思考から倫理的実践に至るプロセスで役立つ指針が必要であったためです。それから10年、果たして、小児看護が提供される現場で、子どもたちの権利が守られ、倫理的配慮が十分にされるようになったのでしょうか。治療の中止や差し控えなど、子どもの“いのち”に関わる重大な意思決定の場面に看護職も意識を向け、多職種で話し合うなど、関わりの場面は多くなってきたと思います。しかしながら、倫理的課題は、“いのち”に関わる重大事象のみではありません。むしろ、日々行っているケアとその背景に、なかなか気づかれない、もしくは気づいても対処されていない倫理的課題が含まれていることもあります。

これらのことを念頭におきながら、指針の構成はこれまでと同様とし、見直しを行った結果、新たに「新生児領域での看護場面」「医療的ケアが必要な子どもへの看護場面」を加えることとしました。それは、「新生児」や「医療的ケアが必要な子ども」へ看護を提供している看護職からみて、指針に示されている場面が、いわゆる小児病棟の状況を反映したものが多く、現場での想定が難しいといった意見を頂いたからです。見直し中で、対象者や場면을特定化した全てを事例として示していくには、限界がありました。そのため、実際起きている現象に対しては指針をひとつの参考にして、考えていただきたいと思います。

少子高齢化がますます進んでいく中、どのような時も子どもたちに関わる私たち看護職は、“子どもにとっての最善は何か”“家族にとっての最善は何か”を考えていけるよう、努力していくことが大切です。小児看護に携わる看護職は、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周囲の人に説明し、行動化していくことが求められます。看護職がより倫理的な実践を行うため、小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題を分析し、現場の人々と話し合いができるツールとして本指針を活用していただければ幸いです。

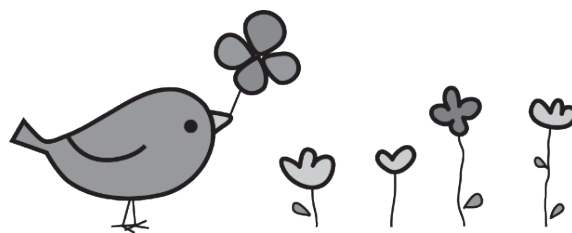
2022年9月

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	5
4. 日常的な臨床場面での倫理的課題の例	7
5. 倫理的意思決定モデルの活用による事例検討例	18
6. 複雑な倫理的課題のある事例検討例	37



1. 指針の位置づけと特徴

看護職の倫理綱領として、「ICN 看護師の倫理綱領（国際看護師協会，2005）」「看護職の倫理綱領（日本看護協会，2021）」が示されています。

本指針は、小児看護に携わる看護職が、これらの倫理綱領に基づき看護実践を行う上で、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、どのように倫理の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、「これは変ではないか」「倫理的に問題ではないか」ということに気づけるよう、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、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、何気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てていただければ幸いです。

なお、本指針では、引用文献・参考文献において、「倫理的問題」と記載されているものは、そのまま「倫理的問題」とし、それ以外については、「倫理的課題」と表現しています。



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）に基づき、医療を受けている子どもと家族の権利を擁護し、子どもを一人の人として尊重するケアを実現します。



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子どもは成長・発達の過程にあるため、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課題を理解した上で、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。
- ②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。
- ③日頃から倫理的感受性を磨き、臨床場面での倫理的課題に気づくよう努力します。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥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。
- ⑦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。
- 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発達段階や病気や障がいに応じ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持ち、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、本心を話する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病気の子どもを育て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。
- ④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。
- 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、納得できる選択が行えるように調整します。子どもが家族に気を遣い、本心を話する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の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) 多職種チームにおける具体的な取り組み

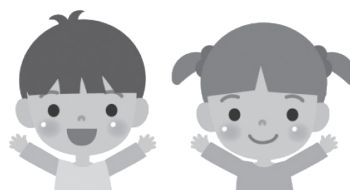
- ①子どもの権利を擁護する役割を果たします。常に、子どもがどうしたいか、どう感じているかに着目して発言します。
- ②専門職者間における相互理解とそれぞれの専門性を尊重し、多職種との協力関係を築きます。
 - ・それぞれの専門職者の役割を十分に理解した上で、連絡、相談します。
 - ・看護職として、根拠に基づいた、また、理由や意図を明確にした考えを言語化し、多職種の理解を得ます。
- ③臨床でどのような倫理的課題が生じているのかについて、定期的に話し合う機会をもちます。
- ④倫理的課題に気づいた場合、見過ごさずに声に出して周囲に伝え、チームで話し合い検討することで、よりよい方法を見つけます。
- ⑤多職種チーム内での情報共有にあたっては、子どもと家族の意思、利用目的、利用の必然性を明確にして、情報共有が必要なメンバーおよび共有する情報の種類・内容の特定が必要です。子どもと家族の最善の利益を考えて必要な情報を的確かつ効果的に伝達します。
- ⑥すぐに解決できない困難な課題でも、現実的に何ができるのかを多職種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まで話し合います。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、病院のシステムの問題で実践が難しい場合、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のかという長期的なプランを立てて実施します。また、必要に応じて施設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

- ・ヘルスケアに対する子どもの権利に関するオタワ宣言（世界医師会総会，1988）
- ・病院のこども憲章（病院のこ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）
- ・障害者の権利に関する条約（国際連合総会採択 2006，日本批准 2014）
- ・看護職の倫理綱領（日本看護協会，2021）
- ・看護研究における倫理指針（日本看護協会，2004）
- ・重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン（田村正徳，厚生労働省・成育医療研究委託事業平成 16 年報告書，2004）
- ・ICN 看護師の倫理綱領（国際看護師協会，2012）
- ・重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン（日本小児科学会，2012）
- ・子どもを対象とする看護研究に関する倫理指針（日本小児看護学会，2015）
- ・子どものエンド オブ ライフケア指針（日本小児看護学会，2019）

【参考２】子どもの法的権利

- ・満 18 歳* をもって成年とする（民法 4 条）。
 - * 「民法の一部を改正する法律」によって、2022 年 4 月 1 日より成年年齢は 18 歳となった（2022 年 4 月 1 日の時点で 18 歳以上 20 歳未満の人はその日に成年となった）。
 - ** 成年年齢を 18 歳に引き下げるとは、18 歳、19 歳の方の自己決定権を尊重し、積極的な社会参加を促すことになると期待されている。



3. 基礎知識

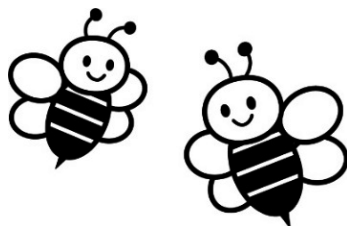
ここでは、倫理に関する用語の定義（表2）と倫理原則（表3）を紹介します。小児看護の日常的な臨床場面の中で、“倫理”をどう考えたらよいのか、倫理的感受性を高めるとはということなのか、倫理的課題として捉えてもよいのか、といった疑問がわいた時や、倫理に関する共通理解を図りたい時などに、基礎知識の内容を活用してください。

表2 倫理に関する概念および定義と内容

倫理の概念	定義／内容
倫理 (ethics)	「個人や集団の道徳的実践、信念、基準」(Fry & Johnstone, 2002 / 2005, p.254) 「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
看護倫理 (nursing ethics)	「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) 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
倫理的／道徳的感受性 (ethical / moral sensitivity)	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 「何かおかしい」「何か気になる」「もやもやする」と感じる力
倫理原則 (ethical principle)	「道徳的意思決定と道徳的行為のガイド」 看護実践にとって重要な倫理原則には、「自律」「善行」「無害」「正義」「誠実」「忠誠」がある (Fry & Johnstone, 2002 / 2005, p.254)
徳の倫理 (virtue-based ethics)	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
ケアの倫理 (ethics of care / care-based ethics)	「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
倫理的／道徳的ジレンマ (ethical / moral dilemma)	「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が分からない状況」(Fry & Johnstone, 2002 / 2005, p.252)
倫理的課題 (ethical issue)	「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」 (Fry & Johnstone, 2002 / 2005, p.255)
倫理的意思決定モデル (ethical decision making model)	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。10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.) などがある。

表3 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) 食欲のない子どもが「おにぎりなら食べられそう」と言うので、小さなひと口サイズのおにぎりを作って準備する。
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てしまうと、子どもが触り怪我をする危険性があるため、必ず確認し、子どもにとって安全な環境となるように調整する。
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。子どもに関わる時間を同一にすれば平等なケアを提供したことにはならない。
誠 実 veracity	真実を告げることと嘘を言わない、あるいは他者を惑わさないこと 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、子どもがわかる言葉やプレパレーションを活用して、子どもが自ら頑張ろうと思えるよう関わる。
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し、了解を得ることが必要である。



4. 日常的な臨床場面での倫理的課題の例

小児看護の日常的な臨床場面では様々な倫理的課題が生じています。「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11の臨床倫理問題が示されています。ここでは、その指針を参考に、小児看護の日常的な臨床場面ではどのような課題が考えられるかを検討しました。そして、臨床倫理課題として12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課題について例を示しました（表4）。

ここに提示した例はあくまでも創作例ですが、これらを手掛かりに、毎日の臨床場面を振り返り、倫理的課題が生じていないか検討する際に活用してください。

表4 小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題の例

1. 十分なケアを提供することができないこと	
複数の子どもをケアする中でケアの優先順位を決定する難しさ	●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、他の子どもの手術室への搬送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。手術室から病棟に戻ると、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ください」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、この対応の仕方ではよかったのか、分からなかった。 ●ワンフロアで集中治療を受ける場面で、同時に複数の子どもが泣いていても、啼泣後にバイタルサインの変動が見られる子どもを優先的に抱っこしている時間が長く、提供できるケアの内容やその時間に差が生じてしまっていた。なんとかしなくてはと思ったが、何もできず、申し訳なく思った。
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	●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、皆忙しそうで声をかけられなかった。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。 ●看護師の見守りのもと直接授乳やボトル哺乳が実施できる家族であっても、夜勤帯などスタッフの人数が減る時間帯では、直接授乳を断ったり、家族が面会に来ていても、看護師がボトル哺乳を実施したりしてしまった。安全なケアを提供することを考えると、家族への十分な対応ができない時間帯は看護師がケアを提供することが望ましいと考える一方で、子どもと家族の状況をアセスメントせずに『夜勤帯だから』という理由のみで家族のケア参加を断っている現状にモヤモヤした気持ちが生じた。 ●哺乳時、飲み急ぎや吸啜・嚥下のタイミングが合わない子どもの哺乳支援を行う際、息継ぎの促し方や乳首のくわえ方といった自身のケア技術が不十分なことによって、哺乳中のSpO₂低下や徐脈を頻回に生じさせてしまい、申し訳なく思った。

成長発達する権利が制限されること	●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、理学療法士や作業療法士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。 ●超低出生体重児にとっては、光・音刺激が少ない環境を整える必要がある一方で、乳児期にある子どもにとっては、適度な光・音刺激が必要である。しかし、ワンフロアの中で月齢が異なる子どもたちが共に過ごしていることで、それぞれの身体状態や発達に合わせた環境を整えることが困難になってしまっていることに疑問を感じる。 ●成人患者との混合病棟の場合や感染管理の観点からプレイルームなど共用スペースは無く、長期入院を余儀なくされている子どもが他の子どもと触れ合うことができない環境下にある。育つ権利を持つ子どもに対して、入院中は成長発達を効果的に促すケアが十分に提供できないと悩んだ。 ●遊びや日常的な関わりにおいて、表現が少ない・難しい子ども（例：重症心身障がい児）よりコミュニケーションがとれる子どもの方が優先されてしまい、ケアの違いがあることに悩む。
個々の子どもと家族に応じたケアが提供できていないこと	●ワンフロアであることにより、経管栄養注入を必要としている子どもと家族の隣で、経口哺乳の練習をしている子どもと家族に対して、上手に哺乳できていることなどをフィードバックする状況が生じた。上手に哺乳できている子どもと家族への肯定的フィードバックは大切であると思う一方で、経管栄養注入を必要としている子どもと家族にとってそれらの声掛けが聞こえることは、配慮に欠けるのではないかと悩んでしまった。 ●在宅で気管切開、人工呼吸管理を受けながら生活している幼児が入院した。入院時に母親から、「首の後ろが赤くなってしまうことが多いので、家では、毎日洗髪をして首の後ろを洗っていました。もし洗髪が難しければ、首の後ろだけでも、毎日洗って欲しい」との希望があった。観察したところ頸部に発赤はなく、母親には、毎日清拭時に皮膚を観察すること、洗髪は他の子どもと同じように週2回実施することを伝えた。母親は、「そうなんですわね…」とそれ以上何も言わなかったが、母親が自宅で行っているケアを継続することは、子どもの皮膚状態の悪化を予防することにつながるとも考え、自宅でのケアをどこまで病院で継続するのがよいか悩んだ。
2. 子どもの権利と尊厳に関すること	
子どもの権利が尊重されないこと	●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。母親は「おさえて口に入れてもらっていい」と言っており、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、「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。 ●処置室が使用中であり、多床室で子どもの肛門周囲の処置を行った。他科の医師であったため、処置室が空くまで待つてくれ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、処置室が空くことを待つことができなかった。 ●超低出生体重児であり、ミルク注入直後にはバイタルサインの変動も見られるエピソードがある子どもに対して、医師はミルク注入直後であると知りながら心臓エコー検査を始めた。治療方針を決定するために必要な検査であることは理解できるが、子どもの状態に応じたタイミングでの検査ではないのではないかと困惑した。しかし、医師に何も言えなかった。
子どもの尊厳を脅かしていること	●検査のために子どもに鎮静の処置を行ったあと、医師や先輩看護師が子どもや検査に関係のない話をしており、目の前で頑張っている子どもがいるのに、まるでいないかのような状況になっていると感じた。 ●重症心身障がいの子どもの清拭を行っているとき、違う子どもの話をしたり、勤務表の話をしながら行っていたことがあった。子どもがここにいることや子どもが聞いていること、聞いた子どもが不快に思うのではないかなど、考えないでケアしていることに気づき、申し訳なくなった。
3. 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	
子どもが十分な説明を受けていないこと	●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いう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。 ●検温や清拭など、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の、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、鎮静の処置を行ったが、効果が少なかったため、投与を追加した。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、鎮静の処置を行わなくてもよかったかもしれないと思った。

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の不足	●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いと思うが、業務に追われて時間が確保できないことも多い。 ●沐浴、直接授乳、ボトル哺乳など直接ケアを子どもに行うため、父親より母親が面会頻度が高いこともあり、ケアに来た母親のみに事前に予定していなかった症状や治療方針に関する説明を行う状況が生じやすい。また、急遽、症状や治療方針に関する説明を行うことによって、直接授乳などのケアの時間を短縮する形で時間を調整せざるを得ない状況が生じたことを申し訳なく思った。
4. 子どもや家族の意思決定に関すること	
4-1) 子どもの意思決定に関すること	
子どもの意思が尊重されないこと	●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行った。採血中も泣いて暴れ、終わった後もぐずり続けた。後で他の看護師から、いつもは“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ったと情報を得た。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。 ●長期入院した子どもが復学する際、子ども・家族・病院・学校関係者で話し合い、子どもは「頑張ってきたのは私自身だから、友達には自分で話す」と決め、退院前に看護師と病気や治療について説明する内容を考えていた。しかし、クラスの反応を心配した教員が、クラスの皆に話しており、登校すると、同級生から「大変だったんだね」と言われ本人が戸惑った。外来で「親友に一番に言いたかったのに。嫌だった」と打ち明けてくれた。話し合ったことが活かされず、結果的に子どもの気持ちを傷つけてしまった。 ●気管カニューレ交換時、毎回泣いて決心が固まるまで時間がかかるが、一つずつ決心を固めていけば最終的には動かず処置を受けることができる子どもに対し、普段とは違う医師・看護師が対応した際、意思表示ができないと思い込み、何も確認することなく押さえつけてカニューレを交換した。他の看護師から「いつも段階的に決心していく過程を支えれば頑張れるよ」と聞いた。思い込みで、子どもの意思を確認しようとしなかった。
子どもより家族の意向を重視すること	●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ぎこちない気がした。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。 ●染色体異常があり、生命予後が不良であることが予測される子どもに対して、家族は治療をしないことを選択した。子どもの生きる権利について検討を重ねることなく、家族の意向を優先する治療方針に疑問を感じた。 ●胎児診断によって13トリソミーの確定診断を受け、生命予後が不良であることが予測された。両親は初期蘇生において、挿管も含めた積極的な蘇生を希望していたが、子どもの状態はNICU入院後、急速に悪化した。医療者は、子どもの身体的状況やQOLの観点から、積極的な治療を継続することが望ましいのか否か思い悩んだが、家族と話し合う時間が持てないまま最終的には両親の意向を汲み取り、最期まで侵襲的な処置を含む積極的治療を行ったことに疑問を感じた。

4-2) 家族の意思決定に関すること	
家族のケア参加への希望を医療者の都合で断ること	●検査や処置の場面で、家族がケアへの参加を希望した。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」という医師の考えで、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。泣き叫ぶ子どもをおさえなければならないこと、処置室の外で泣き声を聞くことに耐える家族のことを思うとつらかった。
家族の意向を受け止め調整する難しさ	●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。
家族の意思決定のプロセスに寄り添うことの難しさ	●医師が家族に、現在の治療では効果がないことを説明し、今後も治療を続けるか、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。 ●生命予後が不良であるとの説明を受けたことから、両親は、出生直後に看取りになると考えていた。そのため、初期蘇生は一般的なことのみを希望され、最期の時を家族としてどのように過ごすかといったことについても具体的に話し合いをしていた。しかし、子どもはNICU入院後、非侵襲的な治療を受けることで、呼吸状態の改善の兆しが見えた。両親は看取りとなる心構えをしていたため、治療を行うことが望ましいのか、治療を選択せず自然の流れに任せることが望ましいのか思い悩んでしまった。このような状況下で両親にどのように声をかければよいのか分からず戸惑ってしまった。
5. エンド オブ ライフに関すること	
エンド オブ ライフの子どもにとっての最善のケアを判断する難しさ	●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、家族は最期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。 ●子どもが急変し呼びかけや刺激に反応しない状態になった。「栄養を補給しても回復はのぞめない」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。医師の方針が子どもの最善であるかを医療チームや家族と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。

6. 家族の支援に関すること	
家族の思いや状況に応じた支援ができていないこと	●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続けた。 ●人工呼吸管理をしている子どもの病状は安定しており、集中的な治療を要する状況ではない。看護師は今であれば在宅療養ができる状況と考え、勧めたが家族は重度の障がいのある子どもを自宅に連れて帰ることを負担に思っていた。 ●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。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しなかった。
家族の価値観や要望に応えることの難しさ	●「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、親が見守っていた。ベッドの上にはおもちゃがいっぱい散らかっていた。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、言えなかった。
病棟の状況や制限によって、家族へのケアが制限されてしまうこと	●退院が近い乳児の母親には、面会に来た際に、直接授乳など育児ケア習得をしてもらうことにしている。しかし、面会時間の制限があるため、母親の面会の際、子どもが眠っていることも多く、眠っているところを起こして、直接授乳をしてもらうことがあった。直接授乳は、子どもが覚醒しているタイミングで実施できると授乳量も増えるが、実際は、子どものタイミングより母親が病棟に滞在できる時間を優先していた。そのため母親が子どもの反応をくみ取る様子を一緒に考えるケアにまで至っておらずモヤモヤした気持ちになった。 ●気管切開を受けた乳児の退院が近くなってきた。母親は、子どもに必要な医療的ケアの技術を一通りできるようになっていたが、父親は仕事があり日中の面会が難しく、育児ケア、医療的ケアの習得支援ができていなかった。「土日なら来ることができるのですが・・・」と母親に相談されたが、「週末は看護師の勤務体制が異なるので、できるだけ平日に来て頂きたい」と答えた。しかし、事前に面会日がわかっていたら業務を調整して、土日でも父親と一緒にできることがあるのではないかと思います、病棟の都合だけを考えてしまったことにモヤモヤした。 ●感染管理の視点から、きょうだいの面会が制限されている。超低出生体重児や重症新生児仮死、染色体異常など、長期入院が必要となる子どもがきょうだいとの触れ合いを重ね、きょうだい関係を形成するといった環境を整えることができないことに疑問を感じた。
7. 守秘義務に関すること	
守秘義務やプライバシー保護に対する意識の低さ	●子どもと話した会話の中に、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内容があったため、子どもには他の人に話してよいかという確認をとらずに情報を共有していた。

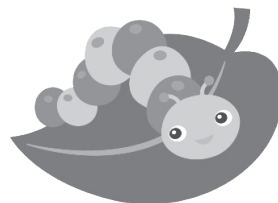
	●多床室で一人の子どものバイタルサインを測定していると、同室児の面会の家族から「その子の病気は何ですか、今日は手術ですか？」と聞かれ、思わず答えてしまった。 ●回診時に多床室で子どもの情報を話し討論をする医療者がいた。子どもは自分の病気についてよくないことを話していると気がついて、不安を増強させているのではないかと気になった。 ●乳幼児の清拭をする時はカーテンを引かずに病室で行っていることが多い。廊下を行き来する医療者や家族と目が合い、これでは子どものプライバシーが守られていないと思うが、多くの業務に追われて、配慮に欠けてしまうことがあった。 ●ワンフロアであり、隣の子どもの間の仕切りなどもない環境にあるため、面会に来た家族が別の子どもの保育器やコットをのぞき込んでいる様子に、子どものプライバシーが脅かされているのではないかと感じた。 ●ワンフロアであり、医療者と子どもや家族との物理的距離が近い環境がある。無意識に交わされている医療者間の会話の内容から、個人情報面会中の家族の耳に届いているのではないかと個人情報の流出の危険性を感じた。
多職種による過剰な情報共有が行われること	●チームカンファレンスで、子どもの治療、療養とは直接関係のないプライベートな情報まで共有されることがある。 ●事件の加害者である家族の子どもが入院してきた。その子どもが入院してきたことを他の病棟のスタッフが知っており、診療や業務に関係ない多数スタッフの閲覧履歴が確認された。業務外で閲覧することを禁じられているが、興味本位で閲覧されている状況を子どもと家族は知らない。 ●施設の職員が産科病棟に入院となり、状態がどのようになっているのか関連のない病棟の多数の職員がカルテを閲覧していた。他の病棟の職員がカルテを閲覧していることに疑問を感じた。
8. 安全確保と身体拘束に関すること	
看護側の都合で子どもの鎮静・身体拘束（四肢の抑制等）がなされること	●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たりしていると泣きやむ子どもに対して、「業務がはかどらないから」という理由で、受け持ち看護師は医師から不穏時の対応として指示されている鎮静剤を使用した。心負荷の軽減のためなど適切なアセスメントがされていないまま業務上の理由で鎮静剤を使用しており、その判断がスタッフによって異なることも気になった。 ●子どもはまだ危険認知が難しく、チューブを引っ張るなどの行動が見られるため、計画外抜去の危険性があると判断した。対応するスタッフがいれば四肢の抑制をしなくてすむが、人手がないので抑制をした。
慣例的な身体拘束	●新生児の挿管チューブはカフなしで、テープのみで固定されている。そのため、体動が少しでもみられる場合には、計画外抜去防止のために容易に四肢の抑制をしてしまう。安全な治療の継続のために必要なのかもしれないと思う一方で、必要性について十分なアセスメントや他の固定方法の工夫をせずに四肢抑制を継続している状況に疑問を感じた。 ●経管栄養カテーテル挿入中の子どもに対して、カテーテルの計画外抜去を防ぐという名目で、容易にミトンを着着してしまう。また、注入中以外の時間帯であってもカテーテルの計画外抜去を防止するためにミトン装着を継続してしまうことによって、子どもが手指を使って遊ぶといった成長・発達を促すための行為さえも抑制しているのではないかと疑問を感じてしまった。

9. 多職種チーム医療に関すること	
9-1) 医師の治療方針に関すること	
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	●ある医師は、最期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役割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、そのまま治療が継続された。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。 ●MRI 検査を行う幼児に対し、医師より催眠鎮静剤投与の指示が出た。しかし、この子どもは工夫をすれば薬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、子どもに催眠鎮静剤を投与したが、子ども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。 ●無呼吸発作を繰り返している子どもに対して、看護師は中枢性の無呼吸発作であると判断をし、薬物療法を併用してほしいと医師に相談した。しかし、医師は薬物療法による副作用を懸念して薬物療法を選択せず、人工呼吸補助装置のみでの治療を選択した。看護師は、子どもに苦痛を強いているため納得はできないが、医師の指示に従った。
9-2) 看護チームの方針に関すること	
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	●長期入院している乳児の発育を促進するように、計画的に継続できる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、リーダー看護師に言われた。子どもに必要な個別的なケアかどうかは、何をもって判断するのがよく分からなかった。 ●子どもにあったケアや新しいケア方法を提案しても、「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、子どもにとってよりよいと思うことを取り入れてもらえなかった。 ●母親が経産婦であっても家族の希望や強い不安がある場合は、沐浴指導を行うことを提案したが、指導を行う対象が増えることで日々の業務が煩雑になるといった意見や、経産婦なのになぜ沐浴指導までしないといけなののかといった陰性感情までもが噴出してしまった。子どもや家族主体のケアの調整ができない病棟の雰囲気にも思い悩んだ。
9-3) 医師との関係に関すること	
医師に対して意見が言えないこと	●乳児期の子どもの点滴確保に、30～40分かかっていた。担当している医師はいら立ち、乳児は強く泣き続け、処置室の外で待つ母親は非常に心配していた。処置を介助している看護師は、他の医師に交代してもらうか、一旦処置を中止すべきではないかと思ったが、医師に言えなかった。 ●幼少期から採血を繰り返している子どもと親に対して、医師は採血結果を口頭のみで説明している。子どもも成長し、数値の意味を理解できるようになっているが、医師は採血結果を印刷して子どもと親に渡すことはない。子どもと親が採血結果をメモに取る様子から、採血結果を受け取りたいと言えないのではないかと疑問に思った。
9-4) 看護チーム内の関係に関すること	
先輩等他の看護師に対して意見が言えないこと	●病棟に長く勤務している看護師や小さい頃から入退院を繰り返す子どもをよく看ている看護師が、特定の子どもの特にかわいがり、不平等感が生まれるのではないかと気になったが、意見が言えなかった。

	●ナースステーションで、先輩看護師と医師が、生活管理ができないと決めつけるように、ある子どものことを話していた。否定的な言い方をしてほしくないと思うが、皆の前で先輩看護師の発言を指摘することはできなかった。 ●後輩看護師が子どもへのケアを実施した後に、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ず、今後も意見されなくなかったため、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。
9-5) その他の職種との関係に関すること	
他の職種との役割分担、協働がうまくできないこと	●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ないために、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。 ●子どもの成長や機能を促すために理学療法士や作業療法士からのリハビリテーションを受けている。リハビリテーションはその子どもだけではないため、理学療法士や作業療法士が来る時間が日によって様々であった。子どもの日常生活リズムも整えることができていないと看護師は感じたが、仕方がないこととして相談しなかった。 ●手術目的で入院してきた子どもと家族のもとへ、手術室の看護師や麻酔科医、小児外科医、内科主治医がそれぞれの時間に訪室し、それぞれの立場から説明をする。大事な説明ではあるが、明日の手術に向かう子どもと家族の理解を深めるように、職種間で説明内容が分担されているのか不安に思うことがある。 ●理学療法士や作業療法士はその子どもに必要な訓練を計画立てて、リハビリテーションを行っている。病棟の看護師もその子にリハビリテーションが行われていることを知っており、訓練時間だけではなく他の日常生活動作の中でできることがあるのではないかと考えている。しかし、理学療法士や作業療法士と、リハビリの目標の確認や話し合いをするなど、双方向のコミュニケーションをとっていない。
10. 医療従事者の態度や発言に関すること	
子どもを呼び捨てにする、あだ名で呼ぶこと	●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。
医療者主導の雰囲気や態度	●急性期は子どものケアに関して医療者が主導権をもって実施していることが多く、家族が実施可能なケアがあっても「ケアに参加したい」と言いにくい雰囲気があり、その関係性が、子どもが急性期を脱した後も継続することが多い。家族が主体となって子どものケアや育児に参加しにくい環境を医療者が作り上げてしまっているのではないかと感じる。 ●高体温に伴う苦痛緩和に対して、坐薬と注射薬のどちらを選択しても良いという医師の指示がある。しかし、「坐薬は手間も少なく楽だし、一瞬で終わるから」という理由で、子どもの要望を確認することなく坐薬を選択して挿入してしまう。 ●外来では採血や点滴確保において、子どもや家族の意向を確認して同席が可能であるが、病棟では子どもや家族の意向を確認しないままに（選択を提示することなく）医師が点滴確保をするため家族の同席ができなくなる、あるいは、採血は看護師が実施するため同席が可能になるなど、医療者中心で決定してしまっている。

1 1. 臓器移植、治験、臨床研究などの先進医療に関すること	
先進医療の説明が公平・正確ではないと感じること	●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。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。 ●臨床研究への貢献を希望する子どもと家族が、介入研究に参加することになったが、詳細な研究方法などの説明がなされることなく、副作用はないという一言で同意書に署名を求められて参加することに疑問を抱いた。 ●臓器移植が必要である子どもの家族が、医師から両親のどちらかがドナーになる必要があるという説明を受け、両親間で十分に話し合うこととなった。次回の受診時に医師から結論を求められたが、どのように両親が話し合っただけで決めたことであるのかの確認はせずに、結論だけを聞いて移植の手続きを進めていく医師と家族のやり取りに、同席をしていた看護師は違和感を覚えた。
遺伝についての説明の難しさ	●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。 ●遺伝性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。 ●遺伝性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。 ●遺伝性疾患をもつ子どもに、家族が疾患や子どもへの遺伝の可能性について話せないままにしていることに気付いたが、家族に確認できなかった。 ●遺伝性疾患をもつ子どもに、疾患や遺伝の可能性について話す時期や内容について悩んでいると、家族から相談があったが返答に迷った。
1 2. 施設の方針や組織の管理に関すること	
組織の風土に流されること	●病棟で、子どもたちの清潔ケアは1日に1回午前中と決まっている。子どもや、面会の家族からの要望がないと、スタッフの中で意見も疑問も出されることはない。病棟の管理者も同様であり、子どもの個別性や状況に合わせて考えていくことや、ケアを改善するなどがみられていない。 ●処置や手術を受ける子どもたちに、年齢や状態に応じた説明や準備が大切と思われるが、病棟で全く、そのようなケアについて検討や話し合いの場がなく、意見も出てこない。
いつでも家族に会える権利が保障されていないこと	●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子どもが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声を出して嫌がるような場面で、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。

	●ベッドの空き状況により、本来入院すべき病棟と違う病棟で治療を受ける際に、病棟のルールが異なるために受けるケアが異なり子どもと家族が困惑する。
組織の方針に従わざるを得ないこと	●混合病棟では、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。 ●放課後等デイサービスを利用していたが、間歇的自己導尿が開始となり、利用施設から「前例がないから対応できない」と利用を断られた。 ●現在の心臓の状態から判断してできる運動であっても、「何かあったら大変だから」と学校から十分な理解が得られず、体育を見学するように言われている。



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課題に直面した時、何が課題であるのか、どのようにその課題に取り組めばよいか、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。ここでは、主要なツールとして、10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.）の2つをとりあげ、事例の分析例を示します。

倫理の事例検討に正解はありません。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です。

1) 10 ステップモデル（Thompson, J.E & Thompson, H.O., 1992 / 2004）

批判的探求と道徳的推論を用いたモデルで、倫理的課題について検討する際意思決定のプロセスを明示しています。フォームが明確であるため使用しやすく、倫理的課題の理解や解決に有効な方法です。

（1）10 ステップモデルの解説（表5）

倫理的課題を、10のステップをたどって検討します。ステップ1～7は分析、ステップ8は比較検討と正当化、ステップ9は選択、ステップ10は評価です。

表5 10 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6）を使用し、リストを作成するとよい。事例の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、他者を理解する力を養うことができる。一般的な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。意思決定者には、患者、親・家族、専門家、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、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らさせ、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、他の決定や行動が必要か、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6 倫理的問題を識別するための分類

原則的問題

- 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）

倫理上の権利の問題

- 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

倫理的義務・倫理的責務の問題

- 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

倫理的忠誠の問題

- 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

ライフサイクルに関する問題

- 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

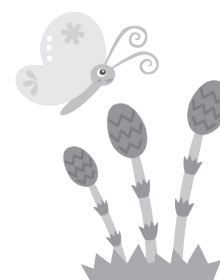
Thompson, J.E. & Thompson, H.O. 1992／ケイコ・イマイ・キシ, 竹内博明 日本語版監修・監訳（2004）. 看護倫理のための意思決定 10 のステップ. 日本看護協会出版会, p.136-137. より引用.

(2) 10 ステップモデルを用いた事例検討例

【事例1】子どもの権利が尊重されないこと

Aくん(4歳)が食事をしていると医師が来て「採血をする」と言った。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、今しか時間がない。他の医師に頼むのも申し訳ないから」と言い、Aくんの食事を中断させ、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、食事の幼児期のAくん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	Aくんの病状と採血の緊急性の有無、Aくんの食事や採血に対する思いや考え、Aくんの発達段階(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	原則的問題 ・自律：医師が自分の業務の都合で実施時間を決定しており、Aくんには「採血をいつするか」という自己決定の機会を与えられていない。 ・善行・無害：治療上必要である検査の実施は善行であるが、Aくんが食事をしている途中に実施することは善行ではない。採血の実施に伴い、食事時間が遅れることで、Aくんの生活リズムに影響が生じるリスクがあることは、無害に反することでもある。
	倫理上の権利の問題 ・Aくんが自己決定する権利が守られていない。食事はAくんの基本的欲求を満たすと共に安心や楽しみになる。そのため、緊急性がないのであれば、医師の都合で採血をすることよりも、Aくんが食事をするのが優先されるべきである。 ・看護師は、Aくんの権利に関して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、結局医師の意向に従っている。
	倫理的義務・倫理的責務の問題 ・医師、看護師ともに、Aくんにかかわる専門家として、Aくんに敬意を払い、Aくんの意思を確認するといった責任を果たせていない。
	倫理的忠誠の問題 ・医師には、Aくんが子どもであるから食事中に採血をしてもよい、文句は言われないといった考えがあったのかもしれない。Aくんの意思を確認しておらず、誠実であるとは言えない。 ・看護師と医師の関係性において、看護師は医師に逆らえず、十分な発言ができていない。
(4) 個人的価値観と専門的価値観を明確にする	・看護師の個人的価値観：医師の業務優先の考えに対してAくんの権利を守る必要性を主張できないのは、医師との関係性が悪くなることへの看護師自身の懸念や、医師の指示に従うべきという考えがあるかもしれない。 ・看護師の専門的価値観：Aくんの権利擁護は看護師の役割であり、重要だと思っている。Aくん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守り、提供したいと思っている。
(5) キーパーソンの価値観を識別する	・Aくんの価値観は不明である。医療者に対して自分の意見が言えない、あるいはどうしたら良いかが分からない状況にある。 ・医師の価値観では、Aくん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の優先順位が高い。また、Aくん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や遠慮、自分で採血をすることが主治医としての責務と捉えている可能性もある。Aくんの権利に関する認識が低く、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。

(6) 価値の対立があれば明確にする	・医師の業務優先の考え・Aくんの権利に関する認識の乏しさと、看護師のAくんの権利擁護（Aくんの日常生活を保障すること）との対立がある。
(7) 誰が意思決定すべきかを決める	・採血が緊急性の高いものでない場合、Aくんが「採血をいつするか」を自分で決める。 ・Aくんは成長発達の過程にあり、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いないため、看護師がアドボケートする役割として、Aくんの意見を聞くと共に、医師と話し合う必要がある。
(8) 行動範囲と予想される結果を関連づける	①採血の緊急性がないことを確認した上で、看護師がAくんに現在の状況と選択肢について説明し、Aくんの意見を聞く。また、医師と話し合いをして、Aくんの権利擁護の大切さを主張し、今の時間に採血を行わず、食事が終了してから、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、Aくんに相談し、同意を得る。 →Aくんの安全な生活が保障される。看護師はAくんの権利を擁護できる。 ②看護師がAくんに現在の状況と選択肢について説明し、Aくんの意見を聞く。Aくん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、同意が得られるならば、今の時間に採血を行う。食事を中断することについて謝る。 →Aくん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、納得して採血を受けることができる。 ③医師はAくんの思いを聞かず、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。 →Aくんの安全な生活が脅かされる。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、無力感を抱く。
(9) 行動方針を決定し実行する	(8)①を選択した。 Aくんは食事後に別の医師が採血することを選択したため、そのように調整を行った。
(10) 結果を評価する	Aくんの自己決定する権利や意思が尊重され、食事という基本的欲求や楽しみが守られた。 問題点は、看護師と医師の関係性や、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である。今後、同じことが起こらないように以下のような取り組みを行う必要がある。 ・採血の指示がある日は、事前に何時に採血を行うかを医師と調整しておく。看護師は子どもの一日の生活状況を考え、適切な時間を提案し、子どもに説明し納得を得て臨めるように、子どもの力を高める関わりをする。 ・倫理的課題に関するカンファレンスを継続して実施する。 ・医師の子どもの権利擁護に関する認識を高める働きかけを行う。 ・看護師と医師が対等の立場で意見交換ができるような関係性を構築していく努力をする。



【事例2】エンド オブ ライフの子どもにとっての最善のケアを判断する難しさ

脳腫瘍の診断を受けているBくん（10歳）は、現在、治療の効果がなく病状が進行し、意識レベルが低下、呼吸も不安定になることが増えてきた。 母親は、「苦しいことはしたくない」と言いながらも、命の終わりが近いことを説明された際、「この子がいなくなることは耐えられない」と、心肺蘇生や人工呼吸器の装着や生命を維持するための薬物投与も希望された。看護師たちは、心肺蘇生や気管挿管等の処置は、Bくんの命をただ延ばすだけで苦痛を与えるものであり、穏やかに自然の経過で看取りを迎えるのがよいのではないかと考えていた。医師を含めた医療チームから、繰り返し両親に対して病状を説明したが、父親から、「妻の言う通りにしてやって欲しい」との言葉があり、医療チームとしては、家族の意向に沿う方針となった。看護師たちは、両親の選択に納得ができず、このままではBくんだけでなく、母親も苦悩のまま看取りを迎えるのではないかと悩み、どのようなケアが必要なのか、カンファレンスで話し合うことにした。	
(1) 状況を再検討する	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、あわせて最期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。Bくんの原疾患の進行により、死が避けられない状況であることを医療者は認識している中で、Bくんの苦痛を最小限にしつつ、最期までBくんらしく生を全うすることを支えていかなければならない。しかし、Bくんの意識レベルが低下しており、意思が確認できないため、Bくんにとっての最善を周囲の大人が決定するという状況にある。母親は、子どもに苦痛を与えたくないと思いながらも、Bくんを亡くすことへの不安が強く、Bくんの命を延ばして一緒にいたいという希望を抱いており、悲嘆や葛藤が強い状況である。看護師は、Bくん、母親のことを気遣いながらも、自分たちの感情と価値観にとらわれ、終末期の医療を選択するという重要な局面へのケアが十分できていない。終末期という状況において、Bくんにとって何が最善であるか、両親の真意はどのようなものかを確認し、子どもだけでなく家族を含めたケアが行えていない。
(2) 補足的情報を収集する	Bくんの病状、苦痛の程度、Bくんが望んでいたこと、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。
(3) 倫理的問題を識別する	原則的問題 ・自律：Bくんは自分の意思を述べられる状態ではない。Bくんの思いが確認できる時期に、「生きること」「延命治療」等に関して、何らかの意思確認ができていないかは不明である。 ・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、Bくんの原疾患の状況を考えた場合、延命処置を行うこと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：呼吸状態の変化に伴い、Bくんが苦痛を経験している場合には、呼吸を安楽にする方法を検討すべきである。しかし、一日でも長く生きるために行う延命処置がBくんに苦痛を与える可能性を検討し、最期までこの子らしく生きることを大事にしないといけない。 倫理上の権利の問題 ・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、本人に選択する権利があるが、Bくんはそれができない。医学的な状況、Bくんのこれまでの経過を考えて、何を優先すべきか、家族、医療者で検討すべきであるが、それが実施されていない。 ・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。

	倫理的義務・倫理的責務の問題 - 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、行動力を持っているが、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。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、父親が十分な情報を得、専門職からのアドバイスを受け、B くんのことについて考え発言する権利を保障できていない。また、小児看護では、子どもと家族双方がケアの対象であるが、子どもを亡くす両親へのケアとしての看護師の責務が果たせているとも言いがたい。 倫理的忠誠の問題 - 看護師はB くんに対し忠実であろうとしている。 - 看護師は、死に直面しているB くん母親に対して、理解し支援しようという姿勢が十分ではない。苦痛を与えたくないと思いつつも、B くんを失いたくない一心で心肺蘇生や気管挿管を選択するしかない状況にある母親の葛藤を受け止められていない。母親に寄り添い、納得のできる決定になるように話し合うのではなく、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。看護師は終末期の過ごし方に関する自分の価値観や感情にとらわれている可能性がある。また、父親に対するアプローチがなされていない。
(4) 個人的価値観と専門的価値観を明確にする	- 看護師の個人的価値観：限られた命であり、これまで十分に頑張ってきたB くん、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。 - 看護師の専門的価値観：B くん生命の尊厳・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 つの価値の間で悩んでいる。B くん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	- B くん価値観は不明である。 - 母親は、B くんに対して苦痛を与えたくないと思っているが、一方で、延命処置により苦痛を与えることになっても生きていて欲しいという気持ちを抱いている。 - 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	- 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」）。 - 母親の中に、B くに生きていて欲しい思いと苦しめたくないという両方の思いがある。 - 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	本来決定するのはB くんであるが、発達過程にあること、しかも現在の意識レベルから、意思決定を行うのは両親が適切である。そのためには、繰り返し病状を説明することではなく、両親の心情に寄り添い、両親のB くんに対する思いと、親自身の思いを整理して考え、「B くんがどうしたいと思っているか」を中心に、「B くにどうあって欲しいか」など、子どもにとって何が一番よいか考えていけるようにする必要がある。

(8) 行動範囲と予想される結果を関連づける	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、 ①このまま両親の意向を尊重し、心肺蘇生や気管挿管など命を延ばす処置を行うようにする。 →Bくんの生きる時間は少し延びるが、心肺蘇生や気管挿管、その後の吸引などによる苦痛があるかもしれない。この場合、母親の長く一緒にいたいという希望はかなえられるかもしれない。しかし、子どもの最期の状態や急変によるICU転棟など、看取りの場面が予想したものと異なる可能性があり、子どもに苦痛を与えてしまったという気持ちが残るかもしれない。また、看護師には両親を含めたケアができればよかったなど、やり切れない思いが残ることが予測される。 ②改めて病状を説明し、心肺蘇生や気管挿管の意味を伝え、両親で話し合ってもらうようにする。 →医療者の価値観が前面に出てしまう可能性があり、両親の苦悩を増す可能性がある。難しい選択を両親に委ねてしまい、結果として、両親が、①と同じ選択をする可能性もある。 ③母親と父親の思いや考えを十分に傾聴し、これからの過ごし方について一緒に考える。 →医療者の説明よりも、両親が今の子どもの状態をどうとらえているかを中心に話し合い、また、苦痛を与えたくない、子どもを亡くしたくないという二つの気持ちは親として当たり前抱く気持ちであることを受け止める。両親が自分の中に生じている葛藤に気づき、Bくんが何を望んでいるかを中心に、親としてできることを一緒に考えることで、Bくんにとって最善となることを両親が選択できるようになる。
(9) 行動方針を決定し実行する	③を実施した。 両親の苦しい心情をありのまま語ってもらうなかで、父親が、「子どもがいなくなることは耐えられない。でも、苦しんでまで生きていて欲しいと思うのは親のエゴかも」と話された。また、母親は「苦しませたくない。苦しそうな様子の時に何もしないことは耐えられない」とも話された。両親は、延命につながる処置は希望されなかったが、本人が苦痛と覚えることは取り除きたいと話された。医師から病状の進行に伴い予想されること、そして、Bくんの苦痛を積極的に緩和するために緩和ケアチームとも協力することを説明した。意識レベルがどんどん低下し、呼吸状態も不安定になったが、訪室する医療者とこれまでのBくんの様子を話し合うことが増え、その後、両親二人に見守られ穏やかに息を引き取った。
(10) 結果を評価する	看護師間の葛藤についてカンファレンスで現状を改めて分析し、それぞれの価値や思いを話し合うことで、両親へのケアを行うことが、Bくんにとっての最善の選択につながることを共有できた。医療者の価値ではなく、Bくんがどうしたいか、そして、両親の認識や思いに焦点を当てた関わりの大切さを改めて感じた。 意識レベルが低下する前、つまり、闘病中からBくんにどのような関わりを行う必要があったのかは、今後検討していく必要がある。



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7)。

(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7 事例検討シート

医学的適応 (Medical Indication) 善行と無危害(無害)の原則 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?	患者の意向 (Patient Preference) 自律性尊重の原則 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?
QOL (Quality of Life) 善行と無危害(無害)と自律性尊重の原則 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?	周囲の状況 (Contextual Features) 忠実義務と公正(正義)の原則 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.

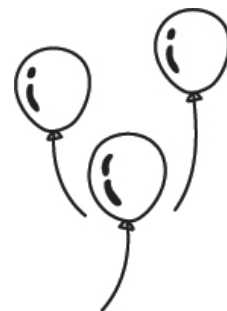
(2) 臨床倫理の4分割表を用いた事例検討の進め方

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8に紹介します。

表8 倫理的問題を含む事例検討の進め方

①何かもやもやした問題事例に気づく
②事例を提示する ●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
③事例検討シート表に記入する ●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
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
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
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
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
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
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 ●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定．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】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

Cさん（4歳）は交通事故による左下腿骨骨折の治療のため入院6日目であり、骨折に伴う痛みも軽減しているようでベッド上で積極的に遊ぶ様子がみられるようになった。現在、Cさんはギプス固定中であり、排泄時や移動時には介助が必要である。そのため、看護師はCさんに「トイレをする時や車椅子に乗りたい時は看護師さんが一緒にするから呼んでね」と伝えている。病棟は幼児が多く、深夜勤務時の朝は非常に忙しい。Cさんは起床時にG看護師に「おしっこ」と伝えしたが、G看護師は2歳の子どもを車椅子で移送中であつたために「すぐに戻って来るからちょっと待っててね」と言って病室を離れた。病室に戻ると、Cさんは待ちきれずパンツをぬらしてしまったようで、黙ったままH先輩看護師に着替えをしてもらっており、「おしっこの時は早く言ってね」ときつく言われていた。G看護師はCさんをすぐにトイレに連れていけなかったことを申し訳なく思った。	
医学的適応 (Medical Indication) ・外傷性の左下腿骨骨折でギプス固定による治療中である。 ・ベッドからの転落予防やギプス装着による移動制限がある。 ・4歳であることから、一般に排泄の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、排泄の訴えがあった場合は、できるだけ早く対応する必要がある。 ・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った。夜尿は3歳になってからはない。 ・Cさんは、担当看護師の他に対応できる看護師の支援が得られると、トイレで排泄することができる。 ・Cさんは、夜勤帯の看護師から排尿ケアを受ける際に、現在のADLやギプス固定による神経症状・循環障害などの観察を早期に受けることができる。	患者の意向 (Patient Preference) ・CさんはG看護師に尿意を伝えて、G看護師に助けてもらいながらトイレをしたいと考えていた。 ・G看護師から「待っててね」と言われ、待っている間にベッド上で排尿をしてしまった。 ・H看護師から尿意を伝えなかったと誤解され、きつく言われた。しかし、黙って主張できないでいる。 ・Cさんは、G看護師の「待っててね」という指示に協力できている。
QOL (Quality of Life) ・排尿の失敗は、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。 ・Cさんは一人でトイレに行くのではなく看護師を呼ぶように説明されたことを理解して、実際に呼ぶことができている。 ・尿意を訴えたが看護師が対応できないということは、必要なケアを提供されておらず、Cさんに不安や不信を与える状況となっている。 ・Cさんは、骨折治療に伴う入院が必要な状態であり、いつもと違う慣れない環境の中で、自分が今までできていた排泄行動がとれない状況にある。 ・ベッド上で積極的に遊ぶ様子も増えるなど、骨折に伴う痛みも軽減しており、Cさん自身、回復を実感してきている。	周囲の状況 (Contextual Features) ・看護師はCさんに「トイレの時や車椅子に乗りたい時は看護師さんが一緒にするから呼んでね」と伝えている。 ・G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は危険が伴うと考え、Cさんに「待っててね」と返答している。 ・深夜帯は看護師3名体制であり、3名で入院しているすべての子どもたちのケアを分担し、互いに協力しながらケアを遂行している。 ・G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。 ・排尿の失敗はCさんにとって不快であり、ケアにも時間を要する。そのため、H看護師はF看護師の代わりにCさんの清拭・更衣をすぐに行っている。このことは、H看護師が担当する他の子どものケアや業務に支障をきたしている。 ・H看護師はG看護師より看護経験数も長い。 ・4床の病室であり、同室の子どもはCさんの排尿の失敗とH看護師からの叱責を目撃している。 ・家族（親）は側にいない。

①何かもやもやした問題事例に気づく

- ・Cさんは「おしっこ」と言ったのに、H看護師からはもっと早く伝えるようにと言われており、それに対して何も言えずに黙っていた。
- ・G看護師は、C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があるが、2歳の子どもの移送を優先する必要があった。一度に必要なケアが生じた場合に、どうしたらよかったかと困っている。

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

- ・入院前のCさんは移動や排泄を自分一人ですべてできていたが、左下腿骨骨折によるギプス固定が必要となったことで転倒リスクも高く、また、いつもと違う慣れない環境の中で、一人で行動をしないように説明されている。排尿の失敗によるCさんへの不利益として、尿の付着による寝衣の汚染や身体が冷えることによる不快感、QOLの低下がある。
- ・H看護師は、すぐにCさんの着替えや清拭などを行い、Cさん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

- ・Cさんは尿意をG看護師に伝えている。4歳であるCさんは、G看護師から「待っててね」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まだ難しいだろう。また、幼児期中期の子どもが起床時の排尿を我慢することは難しく、尿意に気づくとすぐに排泄してしまうことは自然のことである。
- ・ギプス固定と下肢の安静が必要であるが、痛みの軽減に伴い、CさんはG看護師を待ちつつも、自分の力でベッド柵や壁をつたってトイレに行きたかったかもしれない。
- ・排尿の失敗は、Cさんにとって自尊心を損なわれる体験であっただろう。H看護師に誤解されてきつく言われても、尿意をG看護師に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こともあり、遠慮や自分が悪いという罪悪感を抱き、何も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

- ・家庭では排尿の失敗はなく、起床後に自分で走ってトイレに行っていることから、起床後、直ちに排泄介助をすることで失敗はしないですむ。

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

- ・幼児期の子どもは日常生活を送る上で養育者やその他の支援者からの多くのケアを必要とし、早朝はとくにケアニーズが高い。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。この事例において、G看護師は2歳の子どもの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と考えた。一方、Cさんは4歳であり「ちょっと待ってね」と伝えることで排尿を我慢することができるだろう。

うと判断している。また、下肢にギプス固定をしているため、Cさんが自らベッド柵や壁をつたってトイレに行くことはないだろうと判断していたかもしれない。

- 深夜帯の看護師は3名体制であり、それぞれ担当する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

- G看護師は4歳のC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Cさんを待たせてしまい、ジレンマに陥っている。
- H看護師のCさんへの言葉は、C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H看護師に対してG看護師は何も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C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。H看護師はすぐに排泄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、G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はできる。
- Cさんは3歳以降には排尿の失敗がない、起床後の排尿は我慢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。
- G看護師はCさんをすぐにトイレに連れて行くことができなかったために、排尿の失敗に至ったことを謝る。これから（特に、明日の朝）、「おしっこをしたい」ことを伝えてくれたら、待たせないですぐにトイレに連れて行くことを約束する。
- G看護師は、H看護師にケアの優先順位の立て方が難しかったために、Cさんが排尿の失敗に至ったことを伝え、G看護師とCさんへの対応を一緒に考える。同時に、排泄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】子どもの意思が尊重されなかったこと

Dさん（小学1年生）は脳腫瘍摘出術後2ヶ月である。MRI 検査のために催眠鎮静剤が処方されている。検査の前日、D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。その理由として、午後に院内学級の音楽の練習に行きたいこと、同室の同級生も催眠鎮静剤を飲まなかったことを挙げ、「私も飲まなくてもできると思う」と話した。看護師はDさんの日頃の医療処置における行動（説明すれば、CT 検査や点滴注射は動かずに取り組むことができる）と MRI 検査に対する看護介入の経験から、薬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Dさんの意向と看護師の考えを伝えたが、医師は「動いて失敗すると困る」と催眠鎮静剤を投与するように指示した。	
医学的適応 (Medical Indication) - 脳腫瘍摘出術後の慢性期である。 - 脳腫瘍摘出術後の経過を見るための検査である。 - MRI 検査の経験は術前と術後に1回ずつあり、その際には、検査時に催眠鎮静剤を服用している。 - 催眠鎮静剤を服用しないことの影響として、検査中の体動や恐怖で急遽薬剤を投与し、検査時間が延長、あるいは検査が延期となる可能性がある。 - 医学的不利益として、呼吸抑制のリスクは全く無いわけではない。	患者の意向 (Patient Preference) - Dさんは「眠る薬を飲みたくない」「飲まなくても検査を受けることができる」と意思表示できている。 - Dさんは午後からの院内学級に行きたいため、薬剤を服用すると行けなくなることを心配している。 - 同室の同級生も催眠鎮静剤を飲まずにできていたため、飲まなくても（検査を受けることが）できていると思っている。
QOL (Quality of Life) - 催眠鎮静剤を服用すると、検査後2時間程度の睡眠と休息が必要であり、検査日午後の院内学級に行くことはできなくなる。 - 催眠鎮静剤を服用するということは、本来の睡眠時間でない時間帯に眠ることを強制され、本人にとっては苦痛を感じる経験となり得る。また、実際に検査当日の生活リズムが乱れる。 - 催眠鎮静剤を服用しないで 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。	周囲の状況 (Contextual Features) - 医師は服用を拒否しているDさんの意見を聞いていない。少なくとも今回は（催眠鎮静剤の必要性を）説明していない。「動いて失敗すると困る」と薬剤を服用する指示は変わらなかった。 - 医師は、薬剤を服用して確実に検査を受けられることが、子どもにとっても医療者にとっても最善と考えている可能性がある。 - MRI 検査における催眠鎮静剤服用の指示は医師によって異なる。 - 薬剤を飲まない状態で万一動いてしまった場合には検査時間が延びたり再検査になる可能性があることについて、医療者は全く説明していないため、Dさんが理解しているかは不明である。 - 看護師は、Dさんが過去に CT 検査や点滴注射時に説明すると動かずに行うことができた経験から、今回も薬剤は服用せず検査を受けることが可能と判断している。 - 看護師は、Dさんの思いを代弁していた。 - 親の希望・意思は不明である。 - 病棟においては MRI 検査についてプレパレーションを実施し、小学1年生は催眠鎮静剤を服用しないこともある。実際に同室の小学1年生の子どもは薬剤を服用していない。 - MRI 検査は予約制で稼働し、時間内に終わらないと、次の予約者に支障をきたす。

①何かもやもやした問題事例に気づく

- ・Dさんは「眠る薬を服用せずに MRI 検査を受けたい」という意思が尊重されなかった。
- ・看護師は、Dさんの意思とDさんの他の処置などにおける行動から、服用しなくても MRI 検査を受けることが可能と思っているが、結局はDさんが望まない薬剤を投与しなければならずジレンマがある。



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、催眠鎮静剤を服用せずに検査を受けることができる可能性は高いが確実とはいえない。
- ・薬剤を服用せずDさんが決めた方法で検査ができた場合は、Dさんにとって成功体験となり自信につながるが、動いて検査がスムーズにできなくなった場合には、再検査が必要となる可能性が高い上、Dさんにとっての失敗体験となるかもしれない。
- ・薬剤を服用すると呼吸抑制のリスクがあり、さらなる医療的処置が必要となる可能性がある。
- ・服用後2時間程度は安静が必要になり、午後から院内学級に行くことができなくなる。その場合、Dさんが大事にしたい音楽の練習に参加できず、Dさんにとっての大切な時間を失う可能性がある。

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

- ・Dさんは、MRI 検査を受けた同室の同年齢の子どもが催眠鎮静剤を服用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、薬剤を服用しないで検査を受けたいと思っている。
- ・Dさんは過去の MRI 検査では催眠鎮静剤を服用していたため、眠らずに行う MRI 検査がどのようなものか体験したことがない。また、今回、眠らずに行う MRI 検査での体験や影響（メリット・デメリット含む）について説明されていないため、正しく理解できていない可能性がある。これまでに説明や話し合いがなされたことがあるのか、Dさんがどのように理解しているのか、理解した上での希望か否かも確認できていない。そのため、D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。

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

- ・Dさんは小学生であり、医療処置においては代理人による決定（同意）が必要となる。Dさんの代理人は親であるため、親にも説明し、意思を確認する必要がある。
- ・Dさんの希望・意向と検査がスムーズにできなかった場合の影響について親と話し合い、親の希望・意向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

- ・代理決定者である親の希望・意向は上記の通り確認できておらず、親への説明・話し合いができていない状態である。

- MRI 装置は病院に 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こと、医師・検査技師・看護師など複数の医療者が関わることから、管理上は確実に予定通りに検査が終了することが望まれる。
- 医師は催眠鎮静剤の服用を拒否している D さんの意見を聞いておらず、必要性についても説明していない。確実に検査を受けられることが、子どもにとっても医療者にとっても最善と考えている可能性がある。
- 薬剤の投与の有無は、医師の考えによって判断が異なり、同様のことが以前にも生じている。
- 看護師は、D 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、適切な説明やプレパレーションによって、薬剤を服用しなくても検査を受けられるだろうと判断している。

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

- D さんが催眠鎮静剤の服用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にも関わらず、D さんの意思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、D さんの意向を代弁しているものの、それ以外の働きかけはできておらず、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。
- 薬剤を服用することで院内学級に行けなくなるという、教育を受ける権利が脅かされていることへのジレンマ。
- D さんの「眠る薬を飲みたくない」という自律を守ること、検査を予約している他の子どもへの影響が生じるかもしれないことへのジレンマ。

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

- D さんの発達段階を踏まえ、MRI 検査についてや、催眠鎮静剤を“服用する”場合と“服用しない”場合の状況について、多職種と協働して D さんが理解できる方法で説明し、改めて D さんの意思を確認する。
- MRI 検査のために、薬剤を“服用する”か、“服用しない”かを納得して決めるのは大切なことなので、親とも一緒に話し合うことを D さんに伝え承諾を得る。
- 薬剤を“服用する”あるいは“服用しない”方法で MRI 検査を行うことについて、D さんと親に説明し話し合った上で、D さんと親の意思を確認する。
- 医師と D さん、親が話し合えるように調整する。D さんと親が自分の意思を伝えられるように、また医師の話が D さんと親に適切に理解できるように支援する。
- 看護師は、MRI 検査で D さんが体験することと、どうすれば服用せずに検査できるかについて具体的に説明する。CLS・保育士・放射線技師と協働してプレパレーションを行う。
- D さんと親の意見が異なる場合、D さんと親が話し合えるようにする。
- 看護師は、D 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、D さんは薬剤を服用しなくても実施できる可能性があるという看護師の判断を、医師に伝える。
- D さんと親が薬剤を“服用する”という意味決定をした場合は、それを尊重する。
- D さんと親が“服用しない”で MRI 検査をしたいと希望し、医師が決定した場合には、D さんが MRI 検査を自ら頑張ることができたと思える体験となるように、D さんの疑問に応えながら、MRI 検査をどのように受けるのかイメージできるように支援する。

【事例 5】 家族の意向を受け止め調整する難しさ

E ちゃんは 36 週、2600g で出生した女の子。新生児仮死（アプガースコア：Ap 1 分後 4 点 /5 分後 8 点）を認め NICU へ入院となった。日齢 2 日目には呼吸状態が安定し、コット移床することができたが、易刺激性があり、四肢をワナワナと震わせながら伸展位をとったまま啼泣し続けるといったエピソードが見られた。母親は毎日面会に来られていた。父親は、仕事が多忙で面会に来ることができず、医療者とも十分に話し合う機会が持ていないままである。初産婦であるが、祖父母は遠方に住んでおり他の育児協力者も得られない状態にあった。経験年数 2 年目の I 看護師が受け持ち看護師となり、退院に向け、技術習得に向けたチェックリストを作成し、母親にケア技術の練習をしてもらうように計画した。練習をすすめる過程で I 看護師は“母親が啼泣する E ちゃんをまだすぐに落ち着かせられない。抱っここの工夫ができていない”“飲み方にムラのある E ちゃんの哺乳のタイミングがうまくつかめていない”と思い、2 泊 3 日程度の母児同室を行い、24 時間の生活をシミュレーションした後に退院することを提案した。しかし、母親は泣きながら、「病院にいと常に評価されているようでストレスです。もう十分にお世話はできるようになったのに、いつもいつも、できていないように思われているように感じます。すぐに家に連れて帰りたい。ここにすることがすごくつらい」と語られた。I 看護師は、母親の様子に困惑し、自分の関わりの何がよくなかったのか、このあとどのようなケアが必要か先輩看護師に相談した。	
医学的適応 (Medical Indication) • Ap1 分後 4 点 /5 分後 8 点と神経学的予後がハイリスクである可能性が高い。 • 易刺激性も強く、良肢位を保ち、安定化を図るといった自己鎮静行動を効果的に取る事が困難である。 • 他者によって安定化を促すケアを受けることが出来なければ、発育・発達への影響が生じる可能性が高い。 • 飲み方にムラがあり、1 日に必要な哺乳量を確保できない状況が継続すれば、脱水や低血糖、黄疸を来すなど、危機的状況に陥る可能性がある。	患者の意向 (Patient Preference) • 新生児のため本人の意向は不明。
QOL (Quality of Life) • 効果的な哺乳が確立する前に自宅退院することで、E ちゃんにとって必要な哺乳量を確保することが出来ず、ひいては、E ちゃんの健やかな成長・発達が脅かされる可能性が高くなる。 • 易刺激性があり、啼泣時などに速やかに安定化が図れるケアの提供を受けることができれば、過伸展位のまま啼泣し続けるといった状況に陥り、E ちゃんの安寧を保持することが困難になる可能性がある。 • 育児協力者が得られない環境下で、母親が育児に必要なケア習得が不十分なまま自宅退院をした場合、育児負担が増大し、愛護的に養育することが困難となり、E ちゃんの生活の質が低下する可能性が考えられる。	周囲の状況 (Contextual Features) • 代理意思決定者となる母親は、すでに十分なケア習得ができていたため母児同室は必要ではないと考え、直接退院を希望している。 • 母親は、医療者から、自分が行うケアについて常に評価されていると感じており、ストレスを感じている。 • 自宅退院後の主な養育者は母親のみであり、母親に育児負担が集中することが予測される。 • I 看護師は、母親が E ちゃんに必要なケアを確実にできることが重要と考え、ケア技術の練習を計画し、それをチェックするようにしていた。 • ケア技術の練習の中で、『母親ができていないこと』『母親ができていないこと』といったアセスメントが主となり、母親が常に評価されていると感じる状況になっていた。 • 母親がどのような気持ちで面会や技術の練習をしているのかについては十分にアセスメントできていなかった。

①何かもやもやした問題事例に気づく

- ・ I 看護師は、母親がケア技術を確実に習得し、自宅退院までの最短のケア計画を提供しようと考えて、技術練習を計画し、母児同室を提案した。しかし、母親の言葉や流涙する様子に、母親の気持ちや考えを捉えきれていなかったのではないかと、申し訳なさを感じた。
- ・ E ちゃんの健康の維持や成長・発達を保障するための育児やケア技術の習得は、親の役割という医療者の価値に重きがあり、母親の心情を尊重できていなかった。母親の思いを尊重しつつ、E ちゃんの健康の維持や成長・発達を保障するためにどのような支援ができるのか、分からなくなってしまった。

②事例を提示する

③事例検討シートに記入する

④患者の置かれている医学的判断（QOL を含む）を明らかにする

- ・ 飲み方にムラがあり、1 日に必要な哺乳量を維持できなければ体重増加不良を来し、脱水や低血糖、黄疸といった身体症状が出現する可能性が高い。その結果、健やかな成長・発達をたどることが困難な状況に陥る可能性がある。また、新生児仮死の状態で誕生しており易刺激性も強く神経学的予後がハイリスクであることが予測されている E ちゃんにとって、安定化を図るためのケアが十分になされなければ、安寧を保持することが困難となることも想定される。
- ・ また、養育者である母親は、育児協力者が得にくい環境での初めての育児に加え、E ちゃんの体調や状態に合わせた育児ケア技術の習得と生活のイメージをできるだけ広げることが必要とされる。もしこれらが十分でないままに生活がスタートすることになると、母親の育児負担も増大し、E ちゃんが愛護的に養育されることが困難な状況も生じるかもしれない。

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

- ・ E ちゃんは新生児であり、自分自身の意向を言葉にすることは困難である。

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、無い場合は代理人を特定する

- ・ E ちゃんは新生児であり、代理意思決定者は両親となる。

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

- ・ 母親は育児ケア技術の練習の中で、医療者から常に評価されるという体験を繰り返し経験したことをストレスに感じ、24 時間の母児同室はしたくないと考えている。
- ・ I 看護師は育児協力者が十分でない環境にある母親が、易刺激性が強く、飲み方にムラのある E ちゃんを一人で育児していくことを想定し、退院前に 24 時間 E ちゃんと過ごす中で生活リズムを把握し、母親自身が育児や家族全体の生活をイメージできたり、困り事に気づく機会を持つことが必要だと判断していた。しかし、母親がどのような気持ちで面会や技術練習をしているのかについては十分にアセスメントしていなかった。

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

- 易刺激性が強く、飲み方にムラのあるEちゃんに十分に母親が対応できない状況下で退院することによって、Eちゃんの健やかな成長・発達が脅かされる可能性があることや、母親の育児負担が増大する可能性があるとして医療者はアセスメントしているが、母親の心情へのケアが十分でなく、両親と目標の共有ができておらず、医療者主体のケアになっている。
- 小児看護の対象は子どもとその家族であるが、今回、Eちゃんの健康の維持や成長・発達を保障するための育児やケア技術の習得は、親の役割という医療者の価値に重きをおき、母親がどうしたいと思っているのか等を尊重したケアが行えていない。

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

- Eちゃんにとっての安楽、成長・発達を保障するために、母親がEちゃんの状態をどのようにとらえ、どのようなケアを選択しているか、まずは、母親の認識や考えを伺い、母親と一緒にEちゃんの状態をアセスメントする機会を設ける。その対話を通して、十分な哺乳量が確保できることや、啼泣時に速やかに安定化が図れることの意味を、母親に伝え、必要なケアについて一緒に考える。
- 父親は、仕事が多忙で面会に来ることができておらず、医療者とも十分に話し合う機会が持っていないままである。父親とも話し合いの機会を設け、父親が母子の現状をどのように捉えているかや父親の気がかり、退院後の生活に向けた準備状況などについて話を聴く。その上で、Eちゃんと両親にとって必要なケアと一緒に考えながら、退院に向けて準備していきたいと考えていることを伝える。また、父親に参加可能なケアを提案し、父親がやってみたいと思えるケアから少しずつ練習を勧め、できる限り両親が経験を共有しながら積み重ねることができるよう調整する。
- 退院支援において、家族の育児ケア能力を『できる』『できない』で評価するのではなく、家族と共に話し合いを重ねながら、育児ケアのどの部分に自信をもって対応できていると感じているのか、また、どの部分に不安を感じているのかを明らかにしながら、ケア調整を図る。
- 必要に応じてカンファレンスを開催し、検討を重ねながら、Eちゃんと家族にとって最も良いケアを提供できる環境を整える。
- 初産婦であり育児協力者が十分に得られにくい状況下で、母親が毎日面会に来てケア習得に積極的に取り組んでいる姿勢に寄り添い、母親がEちゃんと一緒にいることで感じている感覚を話し合い、母親が行うケアがEちゃんの安楽や成長・発達につながっていることを「Eちゃんの母親」と感じられるようにフィードバックする。
- 退院後にEちゃんと家族を支え、見守ってくれる存在として、訪問看護ステーションや保健師などについて家族に紹介し、母親の要望を確認しながら、相談できる環境を整え、連携する。

6. 複雑な倫理的課題のある事例検討例

最後に、複雑な倫理的課題について、意思決定の10ステップモデルで展開した事例を示しました。子ども、家族、医療者、それぞれの価値や考えがある中、臨床現場で生じる倫理的課題は、様々なことが絡まってとても複雑なことが多くあります。これまでも示してきたように、小児看護の領域では、子どもの発達段階や病態・状況によって子どもの意思がわからない場合があり、子どもを取り巻く周囲が、子どもにとってより良いことを考えていかななくてはならないことが多くあります。医療者が本人の意思や思いを十分にくみ取れていないこともあります。関わる私たち医療者も人間ですので、目の前の子どものことを思う自分の価値観や正義感から、家族や医療者間で責める気持ちなど感情的な軋轢が生じることもあるでしょう。また、それが命にかかわる状況など、本人や家族の状態によっては、じっくりと考える時間がないこともあります。ここでは、子ども本人の意思がわからない中で、家族へのアプローチに悩み、医療者間でも治療の方向性について話し合いができていないことで、倫理的課題を看護師が抱いている事例を示しました。あくまでも仮想のもので、全く同じ事象はないかもしれませんが、“現場で起こり得る複雑な課題”を考える際の参考にしてください。

【事例6】治療と成長発達、家族の生活を考えた協働意思決定

Fちゃんは、重症新生児仮死、低酸素性虚血性脳症；HIE、生後3ヶ月の女の子。GCUに入院中。常位胎盤早期剥離のため緊急帝王切開となったが、蘇生に20分を要しHIEとなった。一度、抜管を試みたが、自発呼吸が弱く再挿管となり、気管切開が必要であると判断された。医師からは「Fちゃんは自分で呼吸をする力がないので、呼吸器でのサポートはずっと必要。今は口から呼吸のチューブを入れていますが、チューブの管理が難しいのでこのまま家に連れて帰るのはとても厳しく、気管切開が必要です」と説明された。説明を聞いた母親は、「声が出せなくなるんですね」と涙を流され、父親も「説明はよくわかりました」と言った。母親は「親が決めなくてはいけないこともわかりますが、いろいろ考えなくてはいけないこともあり、今すぐお返事するのは難しいです」と、明確な返事ができずにいた。Fちゃんの全身状態は落ち着きつつあるが、長期挿管管理が続いていた。

家族は第3子のFちゃんを含む5人。両親は共働きで、母親はFちゃんの出産後、育休を一年取り、職場復帰をしようと考えていた。両家の祖父母はいるが、遠方に住んでおり支援が得られない状況。

出生後両親は共にショックを受けたが、父親は仕事の合間を縫って週に2回の面会があった。同じ病院に入院していた母親は産科病棟を退院後、徐々に面会の回数は減っていった。ある日、父親のみが面会に来ており、気になったプライマリー看護師が声をかけると、母親がうつ病の診断を受けたとのことであった。父親は、Fちゃんのことを「かわいいですね」と穏やかな表情で頭を撫でたりしているが、「妻はきつそうですね。家でFのことを話しにくいです。上の子たちもいるので、気は紛れているように思いますが、以前より家事はできていません。自分も少しはしますが、なかなか…」と話された。医師や病棟のほとんどの看護師はFちゃんが自宅で家族と過ごすことが最善であり、そのためには気管切開が必要であること、呼吸の安定・安楽や成長・発達にもつながることについて、繰り返し伝えることが重要であると考えていた。プライマリー看護師も、同様の考えがある反面、現在の母親の精神状態を考えると、今の段階でFちゃんが自宅に帰ることが家族にとって本当に最善なのか悩み、どのように家族の選択を支えるか、チームで話し合うことを提案した。

(1) 状況を再検討する

- Fちゃんは生まれてから3ヶ月間呼吸器を装着しており、自発呼吸が弱い
ため今後も呼吸管理が必要な状態である。気管チューブでの呼吸器装着は、
人工呼吸器関連肺炎や気管チューブの閉塞のリスク、計画外抜管予防のため
の行動抑制、ひいては発達促進の弊害、再挿管の難しさなど様々なデメリッ
トが生じ得る。また、入院の継続や他の施設に転院する場合も、経口
気管挿管管理を長期的に続けることは難しい。
- 気管切開は気管チューブに比べ、行動制限が少なく、計画外抜去のリスク
が低くなるが、侵襲的な手術を要し、自己表現の一つである発声ができな
くなるというデメリットもある。
- 今後、Fちゃんの健康の保持、発達のために環境を整える上でも、気管切
開の選択は重要な課題であるが、Fちゃんは乳児であり本人の意思が確認
できないため、家族が代理意思決定を行うこととなる。

	• 両親は、「声が出せなくなることを理由に、気管切開を行うことに対して、決めかねている。F ちゃんの呼吸をサポートする方法の選択によっては、F ちゃんと家族にとっての今後の生活にも影響を及ぼす。しかし現段階では両親は先のことを十分考えることが難しい状況にあり、医療者も両親の真意を確認できていない。 • さらに、現在、母親のうつ病の状況は定かではないが、面会が十分にできていないことから、F ちゃんの育児だけでなく、同胞への世話、さらには退院後の生活について考えられる状況にないかもしれない。 • 母親にどのような関わりができるか、父親も看護師も慎重になっている。
(2) 補足的情報を収集する	• 両親それぞれが抱く F ちゃんの病状や今後の治療に対する受け止め方や認識、今後の育児や将来に対する思いや考えについて情報を収集する必要がある。また、母親の病状（症状の程度や生活状況、主治医の見解など）やキーパーソンの存在（母方祖父母など）、F ちゃん家族の関係性（同胞の様子、F ちゃんが入院していることへの説明も含む）などについても情報を収集する必要がある。
(3) 倫理的問題を識別する	原則的問題 • 自律：F ちゃんは3ヶ月で意見を述べるできないため、両親が代理で意思決定をする場面である。 • 善行・無害：気管切開は侵襲的で無害ではないが、気道を安全に確保することは善行である。自宅で家族の中で愛情をもってF ちゃんや同胞を育てることは発達において善行となり得る。反対に、家族の力が弱くなっているときにF ちゃんの新たな生活も築いていくことで家族の機能が損なわれる可能性も否めず、その場合、F ちゃんと家族の幸せとなりにくい。 • QOL：F ちゃんは GCU に入院中で、今後の生活や発達を含めた環境について考えたうえで呼吸をサポートする方法として何が良いか話し合う必要がある。また、家族の健康問題や役割調整も含めた家族の生活状況を確認し、F ちゃんの QOL だけでなく家族の QOL も考える必要がある。 倫理上の権利の問題 • F ちゃんが人工呼吸器を装着したまま病院生活を送ることは医療を受ける権利が守られ、生きることが保証される。 • 入院中F ちゃんは医療者との関わりが中心となり、成長・発達において十分な環境が整えられにくい。F ちゃんには成長・発達が促され、QOL が保障される環境の中で生きていく権利や親と一緒にいる権利がある。 • 両親が代理意思決定者であり、F ちゃんが何を望んでいるか十分な検討が必要である。両親の真意がわからず、F ちゃんの最善について合意形成がなされていない。 倫理的義務・倫理的責務の問題 • 看護師はF ちゃんの命を守るだけでなく成長・発達を視野に入れ、F ちゃんらしく生活することを見据えて、F ちゃん健康状態の安定と QOL の維持という看護師の責務を全うしようとしている。しかし、母の精神状態に配慮しながら、F ちゃんの QOL や家族全体の QOL をどのように考え、支えていくことが最善であるかについて悩んでいる。 倫理的忠誠の問題 • 医師や看護師はF ちゃんの生命や安全、発達を考え、自宅での生活が最善であり、そのために、誠実に取り組んでいる。 • 看護師は母親の面会が少なくなる中で、母親と直接話す機会を持てずにいる。 • 看護師は、F ちゃんの家族もケアの対象として位置づけ、家族全体を支えるケアを考えるカンファレンスを開き誠実に向き合おうとしている。カンファレンスの前段階として、両親でどのような意思決定のプロセスを経たのか、その思いが十分に表出できていないことについても支援方法に悩んでいる。

	家族が相談しやすい窓口を看護師だけでなく、臨床心理士やソーシャルワーカー等、他職種からの検討は現在行っていない。
(4) 個人的価値観と専門的価値観を明確にする	看護師の個人的価値観： - 家事が十分にできなくなってきた母親の現在の状態や、家族が今後の生活をイメージできていない中で、気管切開の意思決定をすることに疑問を感じている。 - 精神疾患をもつ母親に介入することで、母親の状態が悪化することを恐れ、介入方法に悩んでいる。 看護師の専門的価値観： - F ちゃんの生きる権利や育つ権利、QOL の保障が大切である。そのためには、家族が安定していることが大切であるが、現在、家族機能が揺らいでいるため、その支援が大切である。
(5) キーパーソンの価値観を識別する	- F ちゃんの価値観は不明である。3 ヶ月で、HIE でもあり表現が難しい状況にある。 - 母親は F ちゃんの声の失いたくないと発言している。手術による苦痛を与えたくないという気持ちを抱いている可能性、今後の生活の様相がイメージできない可能性がある。 一方で、育休を 1 年取得して育児に専念・職場復帰をしようとしているところから、医療的なケアを要する子どもの育児・同胞の育児、職場復帰して生計を立てるといった、今まで予定していた計画を変更せざるを得ない状況や、役割荷重を危惧しているのかもしれない。 - 父親は定期的な面会を継続している。気管切開に対しては母親と同じ意見なのか、母親の意見を大事にしているのかは不明である。「F のことを話にくい」と話す父親は母親の病状を悪化させまいと話を避けている、もしくはどのように話を切り出したらいいかかわからないことが考えられる。 - 医師、看護師の価値観は、気管切開をして安全に呼吸を維持し、家族の中で愛情をもって育まれることが最善と考えている。
(6) 価値の対立があれば明確にする	- 医療者の価値と、まだ十分に確認できていないが家族の価値との間に相違がある可能性がある。 - 家族内で F ちゃんの治療や養育について十分話し合うことができず、両親の間で意見が対立しているかは明らかではない。 - F ちゃんの安全や生活から何が最善かについて、医師・看護師の多くは気管切開の必要性を家族に理解してもらうことを考えているが、プライマリー看護師は家族の機能が揺らいでいる状況から、まずは家族機能の立て直しへの支援の必要性を感じている。 - 看護師は家族への介入をしたいという思いと、介入することで母親の病状を悪化させる可能性を危惧している。
(7) 誰が意思決定すべきかを決める	- 本来であれば F ちゃんが決定していくことではあるが、発達過程にあり、両親が気管切開について意思決定を行うのが適切である。 - 両親は意思表示をしているが、家族内で F ちゃんの話ができていないため、再度、話し合う機会を持つことが必要だろう。しかし母親の病状から父親も話す機会を逸していることから、家族員の力だけで意思決定をするのではなく、F ちゃん、そして家族にとって何が良いかを両親と医療者と協働して決めていくことが大切である。
(8) 行動範囲と予想される結果を関連づける	- まず、医師・病棟看護師とプライマリー看護師間で気管切開の意思決定以前に家族の意向や家族がもつ力を捉え、家族機能そのものを支えられるように、情報共有し、医療者間で F ちゃんと家族への支援の方向性を検討する。 - 父親を通して母親の状況をたずねることで、今後どのような職種で情報共有することが必要かを考える。 - 父親の反応や捉え方によって、母親への支援について母親の主治医と相談する必要があることを話し合い、主治医と協働が得られるかどうかを父親とソーシャルワーカーに相談するのかもしれない。

	• 地域の保健師が、出産後の母子の健康状態を観察し、相談にのることを目的とした訪問の機会がある。F ちゃんの母親への保健師の関わりについて確認し、今後の母親への支援について連携することを検討する。 • 父親の苦労や母親への気遣いを気にかけてながら話をすることで、父親が医療者に相談しやすくなる・思いを表現しやすくなるという可能性や、医療者と共に話し合いながら決めていくという基盤が整う可能性がある。 • 両親の F ちゃんへの思いを尊重し F ちゃんの安楽、成長・発達を守るためであることを話し合うようにすることで、F ちゃんにとってよいことを両親が選択できるようになる。 • 父親との話し合いやチーム内での見解によって、現時点での自宅退院が F ちゃん、家族にとって最善ではないと考えられる可能性もあるため、長期療養施設等の情報についても得るようにしておく必要がある。
(9) 行動方針を決定し 実行する	• 母親の精神状態を考えると、両親間で十分なコミュニケーションがとれていないことが予想されるため、まずは、父親を通して、母親の状態を尋ね、父親自身が今の F ちゃんの状態をどのように捉え、今後のことをどのように考えているか話し合う時間をもつ。 • 母親が面会できた際には、F ちゃんと一緒にいる時間を過ごす中で、医療者は“母親が面会に来ることができた”と捉え、母親の意思決定を急がず、まず“来て大丈夫なんだ”と安心して面会でき、F ちゃんと一緒にいる時間を過ごすことができる環境をつくる。 • 母親が F ちゃんのことを話題にすることができてきたら、F ちゃんに対する母親の思いを傾聴・共感し、母親のペースを大事にしながら、“F ちゃんにとって良いこと”と“家族にとって良いこと”を家族、医療者と共に考える。
(10) 結果を評価する	• 呼吸器管理により全身状態が落ち着きつつある F ちゃんの今後の生活を見据えた治療の選択において、“治療の選択”に注目するのではなく、家族が状況を受け止め、理解し、治療や今後の生活の選択をしていく過程においてどの段階にいるのか、家族の F ちゃんの病気に対する心構えを把握していくことが重要である。 • F ちゃんだけでなく母親の病気の発症によりさらに家族の機能は揺らぎやすい。家族の苦悩を察知し、院内の医師や看護師だけでなく、多職種や家族の支援者について視野を広げながら、F ちゃん、家族を支援する。

これまで、Jonsen の 4 分割表と 10 ステップモデルを用いて、6 事例を示してきました。看護師は、子どもや家族の近くで看護ケアを提供している立場で、子どもの権利や尊厳を守ることにモヤモヤしていることが多くあるでしょう。日常的に多くの倫理的課題が生じていながら、モヤモヤしても、いつの間にか通りすぎていったり、話し合う風土がない場合もあります。そのような時は、この指針の「基本知識」「倫理的課題の例」「モデルを用いた事例」など、どこか気になったところ、必要などころを紐解いて、“子どもにとって、何が良いのか”を考えて、できることがないか探してみてください。

同僚、先輩看護師、管理者、医師やその他の職種、認定看護師や専門看護師、コンサルテーションチームなど、誰か第三者に話してみることで、次の展開につながる場合があります。また、委員会・研修を活用することで、組織全体として子どもの権利や尊厳を守り、倫理的課題に着目する組織風土をつくることや、話し合いができる風土醸成に繋がる可能性もあります。

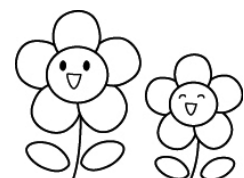
子ども本人に、あと一步寄り添って考えてみることに、家族に、もう一言声をかけてみることに、思ったことを意見として勇気を出して言うてみることに、そのような一歩を踏み出してみると、違ったものが見えてくるかもしれません。

そして何よりも、私たち自身が、子どもへの日常のケアを立ち止まって少しでも考えてみることに、それが、倫理的課題解決の大きな第一歩となると思います。



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 倫理的意思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」をもたらす道德的欲求 . 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 . p.4/p.19-30, 社団法人日本看護協会 .
- 清水哲朗 (2009). 臨床倫理の考え方と検討の実際 2009 年春版 , p.46-81.
http://www.l.u-tokyo.ac.jp/dls/cleth/tools/cleth_essential&manual.pdf
- 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.



初版 「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」

< 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 小児看護専門看護師)
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 小児看護専門看護師)
笹木 忍 (国立大学法人 広島大学病院 小児看護専門看護師)
半田 浩美 (国立大学法人 岡山大学病院 小児看護専門看護師)
松岡 真里 (名古屋大学大学院医学系研究科博士後期課程 小児看護専門看護師)
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 小児看護専門看護師)

改訂版 「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」

< 2017 年 9 月～ 2019 年 7 月 >

日本小児看護学会 倫理委員会

委員長 中野 綾美 (高知県立大学看護学部)
石浦 光世 (関西医科大学 小児看護専門看護師)
笹山 睦美 (高知医療センター 小児看護専門看護師)
高谷 恭子 (高知県立大学看護学部)
濱田 裕子 (九州大学大学院医学研究院)
三宅 玉恵 (宮崎県立看護大学看護学部)
三輪 富士代 (福岡市立こども病院 小児看護専門看護師)

< 2019 年 8 月～ 2022 年 9 月 >

日本小児看護学会 倫理委員会

委員長 三輪 富士代 (福岡市立こども病院 小児看護専門看護師)
石浦 光世 (関西医科大学 小児看護専門看護師)
坂田 友 (九州がんセンター 小児看護専門看護師、2021 年 7 月より委員)
品川 陽子 (大分県立病院 小児看護専門看護師)
高谷 恭子 (高知県立大学看護学部)
松岡 真里 (三重大学大学院 小児看護専門看護師)
松本 貴子 (福岡市立こども病院 小児看護専門看護師)
濱田 裕子 (九州大学大学院医学研究院、2021 年 6 月まで委員)



あとがき

日本小児看護学会倫理委員会では、これまで少しずつ「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」の見直しをしてきました。この指針が作成されて、10年という節目を迎え、今回、改定版を出させていただきました。それは、現代の医療、看護実践に合ったものであるかを考える必要があったからです。10年経っても、変わらないもの、10年経ったからこそ、見直すべきものがありました。この見直しの中、2020年から、世界的なパンデミックとなる COVID-19 の拡大が起きました。それは、医療の現場のみならず、学校や日常生活まで大きな影響を与え、これまでの価値観が揺さぶられる出来事となりました。その中で、こどもたちの“いのち”、権利、尊厳が守られているのか、改めて考えさせられることも出てきました。このように、時代や環境が変わっていく中で、今後も、倫理的課題へ対応し、こどもの権利を守っていくために、小児看護の実践場面や教育の現場で本指針を活用いただければ幸いです。

最後になりましたが、今回の見直しにあたりまして、お力添えいただきました皆さま、本指針を手にとって見ていただいております皆さまに、心より感謝申し上げます。

日本小児看護学会 倫理委員会

改訂版 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

2022年9月 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

福岡市立こども病院看護部

委員会アドレス：ethics@jschn.or.jp

印刷：株式会社 博多印刷

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になりますのでご注意ください。

