

# 訪問看護における倫理的課題 とその対応モデル作成 に関する研究

## 研究報告書

平成12年3月

社団法人全国訪問看護事業協会  
本委員会委員長 竹中 浩治  
主任研究員 志自岐 康子







平成11年度厚生省老人保健事業推進費等助成金  
(老人保健健康増進等事業)

●介護保険制度における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究報告書●

# 訪問看護における倫理的課題 とその対応モデル作成 に関する研究

## 研究報告書

社団法人 全国訪問看護事業協会 本委員会委員長 竹中浩治 主任研究員 志自岐康子



# 研究組織

## 本委員会

統括委員長 竹中浩治（全国訪問看護事業協会 副会長  
ヒューマンサイエンス振興財団 理事長）  
主任研究員 志自岐 康子（東京都立保健科学大学教授）主任研究者  
委員員 西島英利（日本医師会 常任理事）  
委員員 井部俊子（日本看護協会 副会長）  
委員員 川村佐和子（東京都立保健科学大学 看護学科長）  
委員員 杉本正子（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 恵美須文枝（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 宮崎和加子（健和会訪問看護ステーション統括所長  
全国訪問看護事業協会 理事）

## 小委員会

主任研究員 志自岐 康子（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 川村佐和子（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 杉本正子（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 恵美須文枝（東京都立保健科学大学 教授）  
委員員 宮崎和加子（健和会訪問看護ステーション統括所長  
全国訪問看護事業協会 理事）  
委員員 神谷和子（鈴木外科病院 看護部長）  
委員員 勝野とわ子（東京都立保健科学大学 助教授）  
委員員 尾崎章子（東京都立保健科学大学 講師）  
委員員 習田明裕（東京都立保健科学大学 助手）

## 研究協力者

城生弘美（東京都立保健科学大学）  
金壽子（東京都立保健科学大学）



# 訪問看護における倫理的課題と その対応モデル作成に関する研究

## 目 次

I. はじめに .....	3
II. 用語の定義 .....	11
III. 訪問看護において看護職者が遭遇する倫理的課題と その対応に関する面接調査 .....	15
1) 調査目的	
2) 調査方法	
3) 結果	
4) 考察	
5) まとめ	
IV. 訪問看護において看護職者が遭遇する倫理的課題 に関する質問紙調査 .....	61
1) 調査目的	
2) 調査方法	
3) 結果	
4) 考察	
5) まとめ	
V. 倫理的課題への対応モデル .....	83
VI. 総括 .....	97



# I. はじめに



# I. はじめに

近年、科学の進歩による医療技術の高度化、および高齢社会による慢性病をもつ人々の増加を背景に、医療費の増加と人々の生活の質という点が社会的問題となり、施設内から在宅へと人々の療養生活の場が移行してきた。昭和 57 年に老人保健法が制定され、在宅で療養する高齢者への保健婦等による訪問指導が開始された。その後ますます訪問看護へのニーズは増大し、平成 3 年に訪問看護制度が制定され、現在、訪問看護ステーションは、3500 を超えている。さらに平成 12 年度には、介護保険が開始され、在宅で訪問看護、および介護サービスを利用する人々は今後ますます増えることが予測される。訪問看護婦は、専門職として社会の人々のニーズに応えるために、質の高いケア（専門的知識・技術）を提供し、利用者の自然治癒力を高め、快適な療養生活を送ることができるよう支援する責務を担っている。訪問看護婦は、原則として単身で利用者の居宅に出向き看護を行うため、自らの判断に基づいて行動し看護を行うという自律的実践および高い倫理性が要求される。

看護は利用者との相互作用を通して提供されるため、ケアの質は看護職者がどのような行動をとるかによって大きく影響をうける。医療法では、「生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし…」（第 1 条の 2）と記し、看護婦に医療の担い手として、人々の意志を尊重し、尊厳に基づいた良質な医療を提供することを社会原則として求めている。看護職は、職能団体である日本看護協会を中心として自らの職業に対する行動規範として定めた倫理綱領を有している。その「看護婦の倫理規定」（1988）では、患者の生命や尊厳、権利を擁護することを規定として定めた（表 1）<sup>1)</sup>。日本医師会も、「医の倫理綱領」において、患者の人間としての尊厳を尊重することを行動の規範とすることを明示している（表 2）<sup>2)</sup>。看護職は、地域において医師を含む他職種と共に、医療サービスの利用者を中心としたケアチームを組み、良質なケアを提供するという共通の目的のもとに、役割を遂行することが求められる。

人々の健康にかかわる専門職として看護職は国際的に共通の価値を有しており、その価値は看護実践の基準として組み込まれている。たとえば、アメリカ看護婦協会（A N A）は、権威ある方針声明において、「専門職パフォーマンスの基準」の 8 つの要素の 1 つとして、倫理を位置づけ、専門職役割行動に要求されるレベルを明示している（表 3）<sup>3)</sup>。

米国では看護倫理への関心は高く研究は数多く行われている。看護職が日常の業務の中で、多様な倫理的課題に遭遇していること<sup>4)</sup>、また看護職は病院の倫理

委員会の構成メンバーとして、医師と並んで最も大きい割合を占めており、組織の倫理的課題の解決に貢献していることなどが明らかにされている<sup>5)</sup>。訪問看護についても、在宅療養は利用者にとって入院に代わる有益な選択肢であるが、利用者と家族間、利用者とケア提供者間の価値対立という特徴的な問題が生じやすいと報告されている<sup>6)</sup>。在宅では病院と異なり、利用者が責任者（in charge）であることから、利用者や家族の自律（autonomy）とケア提供者の義務との間に葛藤が生じやすいこと、訪問することで利用者や家族のプライバシーを侵害する可能性などが指摘されている。また、倫理的課題を解決するための手段として、意志決定モデルを使うこと、同僚のサポートや上司の指導を得ること、組織として理念を明示し、倫理に関するガイドラインを作成することなど、倫理的意志決定を支える多様な資源を活用することの重要性が提言されている。

我が国においても看護における倫理に関する研究は近年、徐々に増えつつあり、病院など施設内において、看護職がどのような倫理的問題に遭遇しているのかが明らかにされている<sup>7) 8)</sup>。最近は、ターミナル看護<sup>9)</sup>、臓器移植治療<sup>10)</sup>における課題、出生前診断<sup>11)</sup>、不妊治療にかかる領域<sup>12)</sup>など、特定の領域についての倫理的課題に関する研究や事例報告がなされるようになった。

一方、訪問看護については、看護職が倫理的課題に遭遇する機会は、施設内よりも在宅の方が多いという意見がある<sup>13)</sup>。たとえば、在宅では利用者へのケアの決定に家族が深く関与しているので、利用者と家族の意向が異なる場合、あるいは医療職や福祉職とのケアチームにおいて、利用者のケアについて合意が得られない場合に、看護職者は悩み、ジレンマを抱く傾向があるという。このように訪問看護における倫理的問題の特徴として、家族との関係性の難しさ、および医療、福祉、その他の職種との幅広い連携の持ち方の難しさが示唆されている。しかし倫理的課題に関する研究はまだわずかであり、訪問看護に潜む倫理的課題について、その全体像はつかめていないのが実状である。訪問看護事業が開始されて7年を経過した現在、利用者が、尊厳や権利を尊重されたケアを受けているかどうかその実態を知ることは重要である。また、施設内ではなく、地域という広さをもった組織において、どのように倫理的問題に対応し、看護の質の保証を行っていくことが可能なのか、その方法を構築することが必要である。

したがって、本研究では、訪問看護における倫理的問題を明らかにし、倫理的問題への対応モデルを作成することを目的とし、面接法と質問紙法の2つの方法を用いて調査を行った。面接法は、都内の訪問看護ステーションの管理者を含む看護職者（訪問看護婦・士）を対象として、看護職者が日常業務の中でどのような倫理的問題に遭遇しているのか、倫理的問題に対してどのように判断し対応しているのか、半構成式質問紙を用いて聞き取りを行った。質問紙法では、面接調査から得たデータを基に、倫理的問題の項目を作成し、対象を関東地域に拡大し、

倫理的問題の体験の有無、その際の葛藤の有無について明らかにした。

竹中浩治 志自岐康子

## <引用文献>

- 1) 看護婦の倫理規定（日本看護協会，1988年），日本看護協会会員手帳，1999
- 2) 医の倫理綱領 医の倫理綱領注釈（日本医師会 会員の倫理向上に関する検討委員会）会員の倫理向上に関する検討委員会答申，2000.2
- 3) 小玉香津子訳：専門職のパフォーマンス基準（「看護はいま：ANAの社会政策声明」アメリカ看護協会），日本看護協会出版会，88-92，1995
- 4) Sara T. Fry & Henry R. Luce : Ethical Issues in Clinical Practice : A Multi-state Study of Practicing Registered Nurse , Nursing Ethics Network (NEN) Research Report
- 5) Charlotte McDaniel : Hospital Ethics Committees and Nurses' Participation, JONA, 28(9) : 47-51, 1998
- 6) Amy Marie Haddad : Ethical Consideration in Home Care of the Oncology Patient , Seminars in Oncology Nursing, 12(3) : 226-230 , 1996,
- 7) 横尾京子他：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応，日本看護科学学会誌. 13(1) : 32-37, 1993
- 8) 岡谷恵子：看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識，看護. 51(2) : 26-31, 1999
- 9) 小島操子：終末期医療における倫理的問題，ターミナルケア, 7(3) : 192-199, 1997
- 10) 川村佐和子：臓器移植と看護倫理，看護白書，38-51, 1998
- 11) 福留はるみ：出生前診断によるダウン症の可能性が判明し、中絶した事例，看護，51(2) : 50-53, 1999
- 12) 森明子：不妊治療施設における看護者のジレンマ・ストレス分析，日本助産学会誌，12(3) : 196-199, 1999
- 13) 川越博美他：訪問看護における倫理を考えよう，訪問看護と介護，4(8) : 587-595, 1999

## < 表1. 看護婦（士）の倫理規定 >

人々の看護へのニーズは共通で、その基本は不变である。看護婦の基本的責任は、人々の健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を軽減することである。この責任を遂行するに当たっての看護婦の行動の指針を日本看護協会は以下のように提示する。

1. 看護婦は、人間の生命を尊重し、また人間としての尊厳および権利を尊重する。
2. 看護婦は、対象の国籍、人種、信条、年齢、性別、社会的身分、経済的状態にこだわることなく対応する。
3. 看護婦は、対象のプライバシーの権利を保護するために、個人に関する情報の秘密を守り、これを他者と共有する場合については、適切な判断のもとに対応する。
4. 看護婦は、現実の状況下において個人として、あるいは他者と協働して、常に可能な限り高度な看護を提供する。
5. 看護婦は、対象のケアが他者によって阻害されているときは、対象を保護するよう適切に行動する。
6. 看護婦は、地域における健康問題の解決のために住民と協力すると共に、行政当局の政策決定に積極的に参画する。
7. 看護婦は、常に質の高い看護を提供できるよう、個人の責任において継続的学習に努める。
8. 看護婦は、看護実践の水準を高め、よりより看護ケアのために研究に努める。
9. 看護婦は、人々に常に質の高い看護を提供できるよう看護教育の水準を設定し、実施する。
10. 看護婦は、常に看護基準を高めるような制度の確立のために参画し、また看護専門職のレベルの向上のために組織的な活動を行う。

(日本看護協会 1988)

## < 表2. 医の倫理綱領 >

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持、もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

(日本医師会 2000)

## < 表3. 専門職パフォーマンスの基準 >

### 基準I ケアの質

看護婦は、看護実践の質および有効性を系統的に評価する。

### 基準II パフォーマンスの評価

看護婦は、専門職実践の基準、関連の規則や制度との関連で、自らの看護実践を評価する。

### 基準III 教育

看護婦は、看護実践分野における今日的知識を獲得、保持する。

### 基準IV 同僚間協調

看護婦は、同等同僚、同僚、その他の職業上の成長に寄与する。

### 基準V 倫理

看護婦の、クライアントに代わっての意志決定および行動は、倫理的な方法で行われる。

#### 【測定尺度】

1. 看護婦の実践は「看護婦の規律」に導かれる。
2. 看護婦はクライアントの秘密を守る。
3. 看護婦はクライアントの代弁者として行動する。
4. 看護婦はクライアントの多様性に敏感な、非批判的かつ非差別的な方法でケアを提供する。
5. 看護婦はクライアントの自律、尊厳、権利を維持あるいは保護するような方法でケアを提供する。
6. 看護婦は倫理的な意志決定を編み出すのを助けるような利用可能な資源を探し求める。

### 基準VI 協力

看護婦は、クライアント・ケアを行うにあたり、クライアント、重要他者、およびヘルスケア提供者と協力する。

### 基準VII 研究

看護婦は、研究成果を実践に使う。

### 基準VIII 資源の活用

看護婦は、クライアント・ケアを計画、提供するにあたり、安全、有効性、費用に関する要因を考慮する。

(American Nurses Association 1991)

## II. 用語の定義

---



## **II. 用語の定義**

### **1. 倫理的課題**

倫理的課題とは、倫理的思考や倫理的意志決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値対立が存在する状況である（Fry, 1996）。本研究では、看護職者が日常の医療の現場で、困ったり、悩んだり、疑問を感じたり、割り切れない思いを抱いた状況であるとした。

### **2. 道徳的ジレンマ（文中では「ジレンマ」と略す）**

道徳的ジレンマとは、同じくらいの正当性がある行動や判断が2つまたはそれ以上あり、看護職者がどちらかを選んだり行ったりしたらよいのかがわからない状況であるとした。



### III. 訪問看護において看護職者が 遭遇する倫理的課題と その対応に関する面接調査

---



### **III. 訪問看護において看護職者が遭遇する倫理的課題と その対応に関する面接調査**

#### **1) 調査目的**

訪問看護における倫理的課題を明らかにした上で、倫理的課題への対応モデルを作成し、倫理的判断を迫られる状況における具体的対応方法の指針を示す。

#### **2) 調査方法**

##### **(1) 対象施設・対象者の選定について**

東京都内にある訪問看護ステーションで下記の選択基準①を満たす 39 施設のうちから、さらに②③の選択基準に該当した 17 施設である。

＜訪問看護ステーションの選択基準＞

- ①看護婦の配置数が常勤換算で 8 名以上
- ②生活支援型で、活発に活動していること
- ③設置主体が偏らないようにすること

上記該当ステーションの管理職を含む看護職（訪問看護婦・士）を対象とした。

##### **(2) 調査期間**

平成 11 年 12 月 9 日～平成 12 年 3 月 31 日

##### **(3) データ収集の手順**

面接用の半構成式質問紙および面接マニュアルを作成後、面接データから得られる情報の信頼性を高めるために、面接担当者に面接法の訓練を最低 1 回行った。面接担当者はほぼ全員が修士号（看護学、保健学）および博士号（医学、看護学）を有しており、研究において面接を行ったことがある。次に 3 人の訪問看護婦へパイロットスタディを行い、面接方法と面接内容の妥当性を確認した。

その後、訪問看護ステーションの管理者と看護職者へ以下のように面接を依頼した。

## A. 管理者への依頼

「面接お願ひ文」（管理者用）を訪問看護ステーションの管理者へ郵送し、その後電話にて承諾の有無を確認する。

## B. 看護職者への依頼

以下のような順序で行った。

- ①管理者の承諾が得られたら、スタッフ用の「面接お願ひ文」と葉書（返信用）を郵送し、スタッフへ配布してもらう。（5名分ほど）
- ②スタッフの返事が来たら、管理者へ連絡する。
- ③管理者と具体的に面接を行う期日、時間帯、場所、等を調整する。

## （4）面接内容

聞き取りは、以下の項目について行った。

- ①倫理的課題に対する看護職者の認識
- ②訪問看護における倫理的課題の内容
- ③倫理的課題に対する看護職者の情緒反応
- ④倫理的課題に関する看護職者の判断と対応（行動）
- ⑤倫理水準の向上のための必需内容
- ⑥倫理的課題発生時のスタッフへの対応（管理者のみ）

## （5）面接方法と手順

面接は個別に行い、半構成式面接法で行い、一人に対する面接時間は60分間を越えないこととした。

最初に、自己紹介し、面接調査の目的（倫理的課題の説明を含む）、面接に要する時間、進め方、対象者の参加の仕方（答えたくないことには答えなくてよいこと、プライバシーは守られること、など）について説明し、次にフェイスシートに記入してもらった後、対象者の条件を一定にするために、倫理的課題とはどのようなものか、わかりやすく具体例などを用いて説明する。その後質問に入るが、承諾が得られた場合はテープに録音した。

フェイスシートの内容は以下の通りである。（資料1）

- ①訪問看護ステーションの背景（設置母体、従事者・利用者の特性、サービス内容、訪問平均回数、開設年月日）

②対象者の背景（性別、年齢、職位、施設内・施設外の経験年数、専門歴、一般学歴、倫理研修の参加の有無、「看護婦の倫理規定」、「倫理原則」（表1）の理解の有無

「倫理的課題とは何か」についての定義を共有するための説明は以下の通り行った。

①倫理的課題という意味について

「倫理的課題とは、倫理的思考や倫理的意志決定を必要とする状況、あるいは道徳的価値対立が存在する状況である（Fry, 1996）。本研究では、看護職者が日常の医療の現場で、困ったり、悩んだり、疑問を感じたり、割り切れない思いを抱いた状況であるとする」

②倫理的課題があるかどうかは、療養生活の中で利用者や家族の人権が、きちんと守られているかどうかという観点で考えると、見えてくるものである。

一般に、医療における倫理的課題は、脳死、臓器移植、安楽死など、生命操作にかかわる状況で生じやすいと思われているが、通常の業務においても生じる可能性があることを説明する。（例：インフォームド・コンセントが適切になされていない、利用者のプライバシーが守られていない、がんの告知の問題、など）

※このとき、日本看護協会の「看護婦の倫理規定」を配布し、説明の際活用する。

③訪問看護における日常の業務において倫理的課題に遭遇した場合は、困ったり、悩んだり、疑問を感じたり、割り切れない思いを抱くことが多い。利用者や家族に対して、「これでいいのかな」、「こんなことをしていいのか」「かわいそう」、「気の毒」、「腹が立つ」、「不安」など。したがって、「利用者や家族とのかかわりの中で、生じている（または、これまで体験した）疑問や悩みについて率直にお話しして頂きたい」と聞き取りに入る。（資料2，3）

## （6）データの分析方法

面接調査から得られた看護職者が悩んだ状況や場面（分析素材）に関して、悩んだ状況、倫理的課題と考えた根拠、その場合の対応、倫理的行動をとるために必要なこと、という観点から質的に分析した（資料4，5）。その際、「倫理原則」に照らして、その状況に倫理的課題が含まれているのか（倫理的課題である

のかどうか)、どの倫理原則が関与しているのか(価値の対立)、について検討した。

最初の研究対象者8人については、研究者(8人)間で熟読した上で、分析の仕方が妥当であるかどうか吟味し、分析の仕方のコンセンサスを得た。次に、同じデータを研究者2人で分析し、分析が難しいものについては、研究者8人で検討し、合意を得るという方法をとった。

## (7) 倫理的配慮

管理者の調査協力への承諾が得られたら、スタッフ5名分の「面接お願ひ文」と葉書(返事用)を管理者へ郵送し、管理者からスタッフへ配布してもらった。その際、スタッフの面接調査への参加が個々の自由意志によることが確保されるよう、返事はスタッフから研究者へ直接郵送されるようにした。また、研究結果は、個人および施設が特定できないように提示することを説明した。

## 3) 結果

### (1) 対象者の背景について(表3)

#### ① 面接施設について

面接の依頼文を送付した17カ所の訪問看護ステーションに対して、電話で調査協力が得られるかどうかを確認した結果、7カ所の訪問看護ステーションから同意が得られた。

この7カ所とパイロットスタディとして行った訪問看護ステーション3カ所(いずれも関東)を含め、合計10ヶ所の施設を分析の対象とした。

#### ② 面接対象者について

面接対象者は管理者(9名)を含め、合計28名であり、平均年齢は $39.1 \pm 7.72$ 歳である。

経験年数は施設内(病院など)は $8.09 \pm 5.71$ 年間、施設外(訪問看護など) $5.29 \pm 3.02$ 年間であった。

専門学歴は3年制専門学校が51.9%とほぼ半数を占め、次いで2年制専門学校(25.9%)、大学卒業(11.1%)と続いた。なお、看護婦は25名、准看護婦は3

名であった。

倫理に関する項目においては、研修に参加したことがある者は 25.9 % と、全体の 4 分の 1 程度であった。また倫理規定を知らない者が 29.6 %、倫理原則を知らない者が 40.7 % であり、両者ともその内容をよく知っているという該当者はいなかった。

なお、対象者の「年齢」や「経験年数」と「倫理に関する項目」で、統計学的に有意な関連はみられなかった。

## (2) 倫理的課題について（表 4）

### ① 結果の概要

面接の中で「悩み、ジレンマを感じている場面」は合計 119 場面であった。その後研究者間で、悩みが発生した状況内の人々の関係性に基づきそれらを分析した結果、倫理的課題と考えられる内容を抽出し、60 場面を倫理的課題に関する悩みと判断し、分析対象とした。

これらの倫理的課題に関する悩みを、関係する人々の考え方、価値観、価値の対立という側面から以下のように 4 つのテーマに分類し、さらに問題状況から 11 にカテゴリー化した。

#### テーマ 1.

利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

（11 場面）

問題状況 1) : 利用者が日常生活行動への援助を拒否している（5 場面）

問題状況 2) : 利用者が生命にかかる治療を拒否している（4 場面）

問題状況 3) : 利用者が秘密にしたい情報をケア提供チーム内で共有しなければならない（2 場面）

#### テーマ 2.

利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

（15 場面）

問題状況 4) : 利用者が家族から適切なケアを受けていない (12 場面)

問題状況 5) : 利用者の安全安楽が保たれていない可能性がある (2 場面)

問題状況 6) : 家族が利用者の生死にかかわる決定をしなければならない  
( 1 場面)

### テーマ 3.

同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況

(30 場面)

問題状況 7) : 看護職者と医師とのコミュニケーション不足 (8 場面)

問題状況 8) : 看護職者とケア提供チームメンバーのコミュニケーション不足  
(8 場面)

問題状況 8-1) : ケア提供チーム間の連絡・調整が不十分なためケア方針  
に食い違いが生じた状況 (4 場面)

問題状況 8-2) : 利用者への守秘義務とケア提供チーム間における情  
報の共有化について悩む状況 (4 場面)

問題状況 9) : 利用者・家族、医師、看護職者間のコミュニケーション不足  
(11 場面)

問題状況 9-1) : 病名を告知されていない利用者が医療に参加できていな  
い (5 場面)

問題状況 9-2) : 利用者や家族の意向に沿っていない (6 場面)

問題状況 10) : 上司と看護職者とのコミュニケーション不足 (2 場面)

### テーマ 4.

利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

(5 場面)

問題状況 11) : 利用者または家族が無謀な行動をとるため、看護職者は必要  
なサービスを提供できない (5 場面)

## ② 倫理的課題において看護職者が悩む状況

### テーマ 1.

利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

(11 場面)

このテーマは、利用者の意向と看護職者の意向が合致していない、もしくは同じ方向を向いていない場合に生じる。

問題状況から 3 つに分類された。

#### 問題状況 1) :

##### 利用者が日常生活行動への援助を拒否している（5 場面）

この状況における 4 つの場面は、「90 歳になるほぼ寝たきりの利用者。『起きて食べた方がおいしいから』と利用者に対して勧めるが、『寝て食べてもおいしいから』と起きて食べようとしない」、「部屋をきれいにして、少しでも整った療養環境をつくろうとしたが、利用者は『慣れた環境の方がいいから』と協力が得られない」、「70 代の男性、室内歩行は十分可能な ADL レベルであると判断しトイレ歩行を勧めるが、『このままでいいんだよ』とほとんど一日臥床がちに過ごしている」であった。

これらは「食事の援助」や「身体の清潔援助」、「機能訓練」など、施設内の看護業務において日常的に行われる看護援助に対して、利用者が消極的であるといった内容である。

看護職者は専門的知識や今までの経験から、「こうした方が利用者にとってはより良いのではないか」と考えている。一方利用者は今までの生活習慣や療養環境を変えられることに戸惑い、看護職者の意向を受け入れない意志決定をしている。

利用者の意志は、優先されてはいるが、看護職者は自分の価値観との間でジレンマを感じている。

#### 看護職者の考え方・対応)

基本的には利用者の意志を尊重するが、自分の価値観をどう処理したらいいのか戸惑っている場合が多かった。そうした場合、ステーションにおいてカンファレンスでその対応を模索したり、所長へ報告し共に考えたり、訪問看護に関するセミナーに参加するなど自己啓発に努める等の対応が聞かれた。

#### 事例 1)

「半身不全麻痺にて在宅療養中の 70 代後半の男性。意識障害はない。介護者は 70 代前半の妻で二人暮らし。トイレまでは手すりもついており、現状では十分にトイレ歩行可能な状態である。しかし排尿は床上にて尿器に採尿しており、

日中も臥床していることが多い。これに対して訪問看護婦はこのままでは廃用性の二次障害が進み、歩行困難や生命予後にも影響を及ぼすのではないかと考え、リハビリも兼ねてトイレ歩行を勧めるが、本人からは消極的な言葉が聞かれた。訪問看護婦はこれ以上勧めることは却って利用者のストレスになるのではないかと悩んだが、ステーションのスタッフに相談し、歩くことの効果を利用者へ再三にわたり説明し、介護者の協力を得て、1日1回は歩くことを利用者と約束した。しかし、なぜ利用者が歩くことに消極的なのか十分にアセスメントできなかつたのではないか、利用者の意志にそぐわなかつたのではないか、とジレンマを感じている。」

### 問題状況2) :

#### 利用者が生命にかかる治療を拒否している（4場面）

基本的には問題状況1)と同様に、利用者の意志と看護職者の意志が拮抗している場合であるが、その内容が「生死に関する治療・看護」に関するものである。

事例をみると、「肺ガン末期の患者で医療を受けない権利を訴えている」、「ALSの患者で気管切開を拒み、高度医療に頼らない自然な死を望む」、「嚥下障害があり、経管栄養導入が必要にも関わらず、それを拒む」等である。

この状況は、利用者の意向は尊重されるべきものとしているが、看護職者は現状の医療水準から、利用者の身体的状況は改善されると考えている。これが利用者の意向と拮抗し、看護職者は大きなジレンマを感じていた。特に医療を受けない権利を主張するケースの場合、それを看護職者が受け入れたことは、死の黙認につながるのではないかと無力感を感じている。

#### 看護職者の考え方・対応)

利用者の意志を尊重している。一方生命尊重の立場から、吸引器を持参したり、情報提供を行いながら、善行の原則に基づいた看護活動も行われていた。

### 問題状況3) :

#### 利用者のプライバシー情報をケア提供チーム内で共有しなければならない（2場面）

「利用者の秘密は守らなければならないが、より良いケアのために情報を他スタッフと共有した」、「自分だけにと話してくれた内容を、他のスタッフとの共通意識を持つために話してしまった」ことに対するジレンマである。

この状況においても、利用者の秘密・約束は守られるはずであるが、より良いケア提供のためには、スタッフと情報を共有化した結果、利用者の情報を守秘で

きなかったと看護職者がジレンマを感じている場面である。

看護職者の考え方・対応)

利用者の利益を考えて情報を共有したが、利用者のプライバシーを考えると本当に良かったのか、利用者の信頼を裏切ったことにならなかつたのかといったジレンマを感じている。

テーマ2.

利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

(15 場面)

このテーマは利用者の意向と家族の意向が相反しており、看護職者は利用者の意向や利益を考えた場合、家族にどういった対応をしたらいいのかジレンマを抱く。

問題状況から2つに分類された。

問題状況4) :

利用者が家族から適切なケアを受けていない (12 場面)

「褥創改善に向けて家族に介護指導するが、実践に至らず褥創が悪化した」、「ADL拡大に向けて立案したケアプランに家族の協力が得られず、寝たきりが続いている」、「誤嚥性肺炎のため、経口摂取が中止となつても家族の理解が得られず、飲水をさせ利用者が誤嚥性肺炎になってしまった」、「利用者の苦痛を考慮し、家族に吸引ではなく排痰方法を指導しても、結局吸引を続け利用者に必要以上の苦痛を与えていた」、「在宅での死を望んでいた利用者に、社会的資源を導入して実現させようと看護職が活動しても、家族の同意が得られず施設で亡くなつた」等の場面があった。

これらの状況は、家族の意向を尊重する立場が、利用者に利益をもたらさない可能性があるという状況である。

また「利用者の ADL 拡大に向け協力を家族に求めたが、そのことで家族が体調を崩した」ケースがあった。これは利用者への益を考慮し、家族へ協力を依頼したが、結果的には家族の不利益につながつた状況である。

### 看護職者の考え方・対応)

家族の意志を尊重しながらも、家族と利用者の問題解決に向け話し合いを持ったり、その活動のタイミングを伺う対応策がとられていた。また所長に相談するなどの対応策もとられていた。

### 事例 2)

「10年間ほぼ寝たきりの在宅療養中の60歳代女性。意識障害があり、自分の意思表明はできない。介護者は60代の夫のみ。

ここ1年間経口からの食事摂取量が減り、現在では経口摂取はほとんどできない状態である。また最近嚥下障害も出現し誤嚥性肺炎も危惧されることから、主治医から胃瘻を造設するとの治療指針が出た。しかし介護者である夫は胃瘻造設に対して消極的であり、『このまま自然に逝かして欲しい』と訪問看護婦に訴えている。

胃瘻を造設しないと栄養状態がさらに悪化する可能性があるが、利用者のQOLや介護者の負担を考えると訪問看護婦はどう介護者に関わるべきか悩んだ。

最終的に、主治医の方針である胃瘻造設の効果を、再度夫に説明し胃瘻造設を行うことになった。また介護者の負担も考慮し、介護力として社会資源を導入することになった。」

### 問題状況 5) :

#### 利用者の安全安楽が保たれていない可能性がある（2場面）

「あざが訪問の度に増えているが、本人に問うとベットから落ちたい。しかし状況から考えて転落によるものとは考えにくく、どう真相を確かめていいのかわからない」、同様に「つねられたような青あざを訪問の度に見つけるが、家族に確かめていいものかどうか戸惑っている」などの状況である。

これらは、訪問の度に見つけるあざがなぜできるのかその真相を確かめたいが、そのことにより利用者と家族の間に何らかの問題を生じるのではないかということを危惧し、行動を起こせないといった状況である。

また家族の微妙な関係性の中に、看護職がどう介入していったらいいのか、看護職者は戸惑っている。

### 看護職者の考え方・対応)

状況から判断して、利用者の安全・安楽は保たれていない可能性があり、その

事実関係を知ることは極めて重要であるが、そのことで利用者と家族の関係性を壊すのではと考えて、具体的な行動には結びつかなかった。

問題状況 6) :

家族が利用者の生死にかかわる決定をしなければならない（1 場面）

「脳卒中後寝たきりになり、ターミナル期にあり痴呆のある利用者の家族（夫）は、利用者（妻）が食事を飲み込まなくなり、主治医からは、胃瘻から流動食を入れましょと説明されたが、どうしたらしいのか迷っている。看護婦さんはどう思いますかと聞かれたが、どう答えたらしいのか迷っている」状況である。夫は、妻に1日でも長生きしてもらいたいと思っているようだが、同時に胃に穴をあけてまで延命をすることが妻にとって良いことかどうか悩んでいる。看護職者も夫と同じジレンマをもっており、さらに夫の介護負担を考えると、どう答えていいのか迷っている。

看護職者の考え方・対応)

夫に対し、具体的にどちらがいいということは言わず、胃瘻を造設することで起こり得るであろう事実だけを説明した。最終的に夫の判断に任せたが、それで良かったのかどうか悩んだ。

テーマ 3.

同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況

（30 場面）

このテーマは、医師・介護職・福祉職など他職種とのコミュニケーション不足のため、連携がうまくいかず悩んでいる状況である。

問題状況から4つに大別された。

問題状況 7) :

看護職者と医師とのコミュニケーション不足（8 場面）

「利用者の情報(MRSA)を医師に聞いても、看護婦の範疇外という理由で詳細な情報が得られない」、「ケアプランを展開していく上で、医師の意見を求めるても詳細な説明が得られない」、「内服に関して利用者の意向を医師に伝えるが、その対応に関して看護職に何の情報提供もなかった」、「利用者が、医師と看護

職で異なる訴えをするために、アセスメントに食い違いが生じてしまう」、「在宅でのターミナルを望んでいたにも関わらず、急変時に外出中の主治医と連絡がつかず、救急車で病院に搬送することになり、病院で亡くなった」、「利用者の副作用のため服薬がとどこおっていることを看護職者が発見したので主治医に連絡したが、その後も処方の変更がなかった」等の状況であった。

これらは、看護職者と医師とのコミュニケーションが不十分なため、結果として患者や家族の意向に沿わない療養環境を生み出している状況である。

#### 問題状況 8) :

##### 看護職者とケア提供チームメンバーとのコミュニケーション不足（8 場面）

この状況は介護職・福祉職を含むケアチームメンバーとのコミュニケーションが不十分なため生じているが、その内容は以下の二つに分けられた。

#### 問題状況 8-1) :

ケア提供チーム間の連絡・調整が不十分なためケア方針に食い違いが生じている（4 場面）

「利用者の身体的状況が、福祉職の方に十分伝わっていないため、一方的に『だらしない利用者』とレッテルを貼られた」、「介護職から適切な援助を受けられないと思われる場合でも、利用者の意向で介入できない」、「介護職の行った湯たんぽによって火傷を起こしたが、それを伏せようとする利用者の意向に反し、介護職に注意した」状況などがある。

介護職と看護職者間で十分な連絡・調整がつかなかつたために、利用者へのケア指針に食い違いが生じ、結果として利用者が不利益を受けた状況である。また後半に示した状況は、介護職をかばおうとする利用者の意向と看護者の判断に差異が生じている。

#### 問題状況 8-2) :

利用者への守秘義務とケア提供チーム間における情報の共有化について悩む（4 場面）

「介護職から利用者の病名・病状を教えて欲しいと言われたが、何をどこまで話したらいいか判断に困った」等の状況があった。

この状況は、利用者が介護職に自分の病気のことを度々聞いており、「事実を

介護職に伝え本人へ告知をしない協力を得るべき」か、「他職種者に病名を告げることは利用者の秘密を話すことにつながるのではないか」というジレンマに陥っている。

看護職者の考え方・対応)

利用者の情報を守秘することは、忠誠の原則から当然であるが、それを一元的に管理すべき責任者がいない事に対する問題を指摘する看護職者もいた。

問題状況9) :

利用者や家族、医師、看護職者間のコミュニケーションが不足している状況  
(11場面)

この状況は、利用者・家族、主治医、それに看護職者間のコミュニケーションが十分とれていないために生じる状況である。問題状況から、「意志決定するための情報が不足している」、「利用者・家族の意志に則していない」の二つの状況に分けられる。

問題状況9-1) :

病名を告知されていない利用者が医療に参加できていない(5場面)

家族の利用者本人には末期ガンで余命が少ないことが知らされていない場合、「病気のことを聞かれても、本当のことを言えず嘘を言わなければならない」、「利用者がやりたいことをやらせてあげられなかつたのではないか」と看護職者が悩んでいる状況である。

この状況において、家族の意向で本人へ告知はされなかつたが、利用者との関わりの中で、「本当にこれでよかつたのか」と疑問を感じている。

対応・看護職者の考え方)

利用者に意志決定できるだけの情報提供はなされるべきと考えているが、告知の是非については対立する価値観が多く、その事例ごとに対応している。

問題状況9-2) :

医療活動が利用者や家族の意向に即していない(6場面)

「利用者はこのまま在宅で点滴治療を受けたいと望んだが、主治医が在宅で治療を受けることは良くないと判断したために入院し、利用者がそのことを悔やんでいたためこれで良かったのか」と悩んだ状況、「『在宅でターミナルを過ごしたい』と利用者・家族ともに考えていましたが、容態が悪化し入院したら抗ガン剤など積極的な治療が行われ、そのまま病院で死亡した」、「利用者や家族は、在宅で自然のまま死を迎えることを想っていたが、栄養状態が悪化したとき、主治医の意向で輸液などのライン類挿入による管理が始まった」などがある。

これらの問題は、利用者や家族の意向に沿わない医療活動が施され、利用者や家族が悔やんでいることに対して看護職者が葛藤を抱いている状況である。なお上記事例は主治医の医療活動に関するものであったが、看護職者を含めた他の医療スタッフのケア内容と利用者や家族の意向が拮抗したものもあった。

#### 問題状況 10) :

##### 上司と看護職者とのコミュニケーション不足（2場面）

「利用者と医師の意向が食い違っている場合、上司から医師の意向を尊重するように求められた場合」などの状況である。

この状況では、看護職者は、利用者を支援するという役割をとれず、利用者、医師、上司の狭間に立ちづらいと感じていた。

#### テーマ4.

##### 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

(5場面)

#### 問題状況 11) :

##### 利用者または家族が無謀な行動をとるため、看護職者は必要なサービスを提供できない（5場面）

「分裂病を有する利用者の息子さんが、分裂病を有する利用者の言葉に反応して看護職者に暴力を振ろうとしたり、罵ったりする」、「分裂病の診断を受けている利用者の息子さんが、訪問日に裸体で待っていた」、「入浴介助の時セクシュアルハラスメントと受けとれる言動があった」などがある。

上記は看護職者の活動環境が、セクシュアルハラスメントと受け取れる言動や

中傷、暴力的行為によって十分に整っていない状況である。看護職者の職業環境がこういった状況で整っていない場合に、利用者・家族へ十分なケアが行えないことにつながる。

#### 看護職者の考え方・対応対応)

セクシュアルハラスメントについては、その度合いによって対応は様々であった。基本的には受け流すが、場合によっては管理者を通して徹底的に対処する方法が検討されていた。また家族からの暴力については、利用者を外に連れだしケアを行うといった対応策がなされていた。

#### ※スタッフから倫理的問題を相談された時の管理者の対応について

- ①定期的なカンファレンスでその内容をスタッフと共有し、打開策を考えるようしている。
- ②相談の内容によっては管理者自身が出向く。
- ③受け持ちを交代させることもある。

### 4) 考察

訪問看護婦・士が日常業務において遭遇する倫理的課題は、以下の4つのテーマに大別された。すなわち、<利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況>、<利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況>である。これらの4つのテーマについて、「倫理原則」<sup>1) 2)</sup>(表4)、および「患者の権利」<sup>3)</sup>(表5)を参照しながら考察する。

#### (1) 利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

利用者の意向と看護職者の意向がくい違っていた状況の1つは、利用者の治療や看護ケアに関するものであった。それらは、利用者の機能訓練や清潔への援助など直接生命に危険がない場合と、経管栄養や人工呼吸器など生命維持に直接影

響を及ぼす場合の2つに大別された。これら2つの状況において看護職者の認知および対応は異なっていた。利用者が機能訓練や清潔の援助を拒否する場合、利用者の健康問題を予防・改善したいという価値観を持つ看護職者はジレンマを抱きつつも、「しかたがない」「うるさく（厳しく）言わない」、「見守る」、「無理にこちらの価値観で生活スタイルを変えない」といった利用者の意向を尊重する態度であった。しかし、経管栄養、痰の吸引など、生命に直結している場合は、「説得する」「促す」行為をとる者が多かった。そして「本人の意志」を尊重し、「気管切開を行わなかった場合、少しでも安楽でいられるよう努力した」が、「延命できたのではないか」、「本人の意志をどれだけ尊重したらいいのか」「苦しさを改善する方法があるのに、それを利用しないことほどつらいことはない」と苦悩している看護職の実態が浮き彫りにされた。このような状況に立った看護職者の葛藤は大きく、個人で対応するには限界があり、知的心理サポートを行うことが重要である。倫理的課題に直面した場合、上司、または看護職者の倫理に関するエキスパートのスーパービジョンを受けることが有効であると指摘されており、今後は倫理的課題への支援システムをどう具体化していくかが今後の課題と考える。

一方、利用者が他に知られたくない情報を、他の看護スタッフに開示しなければならない時、ジレンマに陥ることが示唆された。これは、利用者のプライバシー権利の保護と、他職種とどう情報を共有し連携していくかという2つの側面から検討していく必要があるが、利用者を医療の主体とするなら、状況を利用者に説明し、利用者と看護職者の目的が同一であることを確認し、どの範囲までなら情報公開することが可能か話し合うなど、利用者の意向を優先することが重要であると考える。その際、利用者と看護職者との関係の持ち方を客観的に見直し、その人との距離を失っている場合は倫理的配慮を行った上で正しい距離に戻れるように自らの仕事の仕方について注意する必要がある。

上記にあげたような利用者と看護職者の意向が異なる状況は、おそらく病院など施設においては、顕在化する可能性は少なかったと考えられる。その理由は、病院では、医師や看護職者主導で治療やケアが進められるため、病気を治し、快復を促進するといった医療者の価値が優先されやすい。一方在宅では、Haddad<sup>4)</sup>が指摘するように、利用者が主人であり、利用者は自分の意志を表明しやすいと考えられる。看護職者は、健康を促進し疾病を予防するという自らの役割や価値観を基盤としつつも、利用者の価値観を理解し、どうすることが利用者（利用者のQOL）にとって最も良いことなのか、利用者の人間としての尊厳を守ることなのかについて深く考え、上司やエキスパートからスーパービジョンを受けるなど、倫理的判断能力を向上させ、行動する力量をもつことが求められる状況にあると言える。

## (2) 利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況

在宅では、利用者が家族と共に暮らしている場合、利用者と家族共にお互いの存在から受ける影響は大きい。本研究では、利用者が家族から身体の清潔の援助や褥創予防などについて適切なケアや処置を受けないとと思われる状況で、看護職者がジレンマを抱く状況が複数みられた。この場合、家族が介護の負担のため腰痛を生じたりして、すでに多大な負担を担っておりこれ以上の介護を家族に期待するのは無理だと思われるケースもあり、看護職者はさらに家族へ介護を強化するようはたらきかけるという方針（利用者への最善のケアの提供）と、家族へさらに負担をかけること（無害の原則）の2つの価値においてジレンマに陥っていた。

このような問題に遭遇した看護職は、「できるだけ家族と一緒にケアを実施する」など家族を巻き込もうと努力し、また、資源の導入をはかることによって、できるだけ家族の負担を軽減させることで、できるだけジレンマを解消させようと努力していた。

## (3) 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況

在宅では利用者を中心として、さまざまな医療・福祉の職種が存在する。川越ら<sup>5)</sup>が「地域という広さの中で、医師・介護職を含めて不特定多数の価値観の違う専門職たちとのコンセンサスを進めていかなければならない」と指摘しているように、ケアチームとして、他職種との連携は看護職者の重要な業務のひとつである。本研究では、医師や介護職とのコミュニケーション不足のため、利用者へ良質なケアを提供できず、看護職者は葛藤やジレンマを抱くことが明らかになった。

医師、特に主治医との連携においては、たとえば利用者の内服薬に関する状況（副作用の発現、嚥下のしにくさ）を報告し、処方内容の検討を直接・間接的に要請したが、主治医からの応答がなかったとする状況がみられた。個々の例によって対応の方法は異なるが、積極的に対応している例としては、指示表に看護職者がコメントを記載するだけに止まらずに直接担当の医師のところへ出向き、利用者の状況説明をし、一緒に利用者を訪問し看護者の指摘したことを確認してもらうというものや、上司を通して医師の考えを確認するという方法をとり、利用者の不利益を防ぐという役割を遂行できている者もいた。しかし、看護職者が利用者の状態観察をしていたら「看護婦は医

師のいうことをきいてればいいんだ。」と言われたり、薬剤に関する知識を利用者に教え、利用者がその処方を医師に依頼した場合、担当医師から所属長にクレームが入り、咎められたということがあった。そのような場合は、横尾らや岡谷の報告にみられた回避的な対応「そのままにする」、「考えないようにする」といった反応をとり、看護職者はストレスや無力感を感じていることが推測された。

また介護職との関係では、掃除や食事の準備などが明らかに不十分であり注意をしたが無視された等、経験豊富で年齢の高い介護職との調整に苦慮し、利用者に最善のケアを提供したいという価値が実行できず葛藤を抱いていた。介護職については、利用者がきちんと希望を述べるようにするなど、利用者を通して働きかけるよう工夫している看護職者もいた。

以上のように、看護職者にとっての他職種と十分にコミュニケーションをとり、適切な連携をとるという点では、関係の形成途上あるいは模索の時期と考えられた。

また、ターミナル期の利用者が病名を知りたくても家族の意向で知らされていない場合、看護職者は、利用者の質問に本当の事を言えないため嘘をついたと自分を責めたり、また利用者がやりたいことをやれないままに最期を迎えることになると悩んでいた。すなわち看護職者はジレンマを抱きつつも、どうかかわったらしいのかわからないままに経過し、割り切れない思いを抱えているといった状況であった。このような場合、看護職者は、医師や家族へ自分のジレンマや葛藤を伝え、彼らの気持ちや考えを聞くなど、自ら働きかけることができるのではないかだろうか。そうすることで、お互いの価値観を理解し、どうすることが利用者にとって最も良いことなのか話し合うことが可能になると考える。

#### (4) 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

訪問看護の場合、利用者の居宅に看護職者が入るために、看護職者自身が高い倫理性を備え、利用者に質の高い看護を提供することが求められるが、同時に、密室状況において看護職者の職業活動が利用者や家族から妨げられるという状況が生じる可能性もある。本研究においても、看護職者が利用者本人や家族から性的な言動や態度をとられるという状況がみられた。そのような時、必ず二人で訪問するあるいは介護職とともに時間調整をして訪問するなどの対応をしたり、卑猥なことを言わされた時は受け流すよう努力していた。善行の原則にのっとって利用者に対応しようとするが、利用者からその原則を踏みにじるような行為が続いた場合は、管理者の判断で訪問の間隔を

変更したり、他職種と連携して対処するなど、工夫していることが示された。

また、家族から暴力行為を受けるといった場合、利用者になんとか良いケアを提供しようとしつつ、同時に理解の得られない家族への対応にも苦慮している状況が明らかになった。

以上の結果から、訪問看護における倫理的課題には、利用者への情報提供、医師との関係性などのように病院等を対象とした多くの調査結果と共通する問題もあったが、家族が利用者に及ぼす影響が大きいこと、多職種を含むケア提供チームの連携が重要であることなど、訪問看護において特徴的な問題の存在が明らかになった。

#### (5) 倫理的課題に対する対応モデルの作成

今回の調査から、倫理的課題に遭遇した看護職者は、カンファレンスで検討したり、上司、医師、ケア提供チームのメンバーに相談したりしていた。ただし、それが問題解決につながらないことも多く、成り行きを見守ったり、迷いつつ自分のできる範囲で精一杯努力するという行動をとっており、それで良かったのかどうかという疑問を残したままの者も少なくなかった。

このようなあいまいな行動をとったり、自信のない対応をするのは、看護の基礎教育において、問題解決へ向けて倫理的意志決定をどう行っていくかという学習が不足しているためであること、同時に所属している組織が倫理的問題への対応システムをもっていないためであることが指摘されている。したがって、個々の看護職者の倫理的判断能力向上、倫理的課題への組織的取り組み、及び問題状況に対する対応、などに関するモデルを作成することの必要性が示唆された。

## 5) まとめ

訪問看護における倫理的問題を明らかにし、倫理的問題の対応モデルを作成することを目的とし、訪問看護ステーションの管理者を含む看護職者に面接調査を行った結果、以下のことが明らかになった。

1. 訪問看護婦・士が日常業務において遭遇する倫理的課題は、<利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況>、<利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況>という4つのテーマに大別された。
2. 訪問看護において看護職者が遭遇する特徴的な倫理的課題は、家族の利用者に及ぼす影響が大きいこと、同僚や他職種を含むケアチームにおけるコミュニケーション不足の問題に介護職が含まれていること、などであった。利用者が家族から適切なケアを受けていないと思われる場合、高齢な、あるいは腰痛をもつ家族に介護の強化を要請せざるをえない場合、看護職者はジレンマを抱いていた。また、主治医や介護職との連絡調整がうまくいかない場合、利用者へ良質なケア提供をしていないのではないかと葛藤を感じていた。
3. 倫理的問題に遭遇した看護職者が、一般的にとっていた対応は、カンファレンスで検討する、上司に相談する、ケア提供チームに相談する、などであった。大多数の看護職者が所属する組織では、倫理的問題に組織的に対応するシステムをもっていなかった。
4. 倫理的課題への対応モデルについては、倫理的判断能力向上、倫理的課題への組織的取り組み、及び多様な問題状況に対する具体的対応、などについて作成することの必要性が示唆された。

## <引用文献>

- 1) 片田範子：看護界における生命倫理の取り組み，保健の科学，281-284，1999
- 2) 小島操子：看護における生命倫理教育，保健の科学，274-280，1999
- 3) 患者の権利をつくる会（編）：与えられた医療から参加する医療へ—患者の権利を私たちの手で，患者の権利をつくる会，—— 1993
- 4) Amy Marie Haddad : Ethical Consideration in Home Care of the Oncology Patient ,  
Seminars in Oncology Nursing 12 (3) , 1996 , 226-230
- 5) 川越博美他：訪問看護における倫理を考えよう，訪問看護と介護，  
587-595，1999
- 6) 横尾京子他：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応，日本看護科学  
学会誌，13(1)：32-37，1993
- 7) 岡谷恵子：看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識，看護，51(2)  
：26-31，1999

## < 表1. 倫理の原則 >

1. 自律の原則：人は自立し自律した存在として自分を管理する能力をもっており、自分自身で判断し選択した計画に基づいて、自分の行為を決定し、実行する個人的な自由が許されている。
2. 善行の原則：善あるいは益を創出すること。善と考えている医療行為が、患者さんにとって害と考えていることはよくある問題である。
3. 無害の原則：有害なことをしない、害を与えない、害あるいは害の危険性を回避すること。
4. 正義の原則：対等な人々をいかに対等に扱うかということと、社会における負担と恩恵の分配をいかに公平に平等に行うかということを問題としています。
5. 真実の原則：真実を告げることは、自律の原則とも密接な関係がある。人が真に自律した決定を下すためには、真実の情報が提供されなければならない。
6. 忠誠の原則：約束を守ることや秘密を守ることを含む。

(文献1, 2より)

## < 表2. 患者の基本権 >

- (a) 医療に対する参加権：すべて人は、医療政策の立案から医療提供の現場に至るまであらゆるレベルにおいて、医療に対し参加する権利を有する。
- (b) 知る権利と学習権：すべて人は、自らの生命、身体、健康などにかかわる状況を正しく理解し、最善の選択をなしうるために、必要なすべての医療情報を知り、かつ学習する権利を有する。
- (c) 最善の医療を受ける権利：すべて人は経済的負担能力にかかわりなく、その必要に応じて、最善の医療を受けることができる。
- (d) 医療における自己決定権：すべて人は、十分な情報提供とわかりやすい説明を受け、自らの納得と自由な意思に基づき自分の受ける医療行為を同意し、選択肢、あるいは拒否する権利を有する。
- (e) 平等な医療を受ける権利：すべて人は、政治的、社会的、経済的地位や人権、国籍、宗教、信条、年齢、性別、疾病の種類などにかかわりなく、等しく最善の医療を受けることができる。

(文献3より)

表3)面接対象者の背景

No.	年齢	職位	経験年数		訪問看護(年間)	学歴	倫理研修		倫理規定	倫理研修
			施設内(年間)	訪問看護(年間)			受講なし	受講あり		
1	35	所長	2	2	8 専門学校	受講なし	知らない	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
2	39	所長	4	4	10 専門学校	受講あり	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
3	44	所長	12	12	11 専門学校	受講なし	知らない	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
4	48	所長	15	15	5 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
5	48	所長	3	3	8 大学	受講あり	知っている	知っている	知らない	知らない
6	38	管理者			専門学校					
7	45	管理者	12	12	9 専門学校	受講なし	知らない	知っている	知らない	知らない
8	48	管理者	20	20	6 専門学校	受講あり	知っている	知っている	知らない	知らない
9	52	管理者	3	3	2 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	知らない
10	28	看護婦	4	4	2 専門学校	受講なし	知らない	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
11	28	看護婦	3	3	2 大学	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
12	29	看護婦	4	4	1 大学修土	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
13	29	看護婦	4	4	2 大学	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
14	29	看護婦	3	3	3.6 大学	受講あり	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
15	31	看護婦	6	6	2 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
16	33	看護婦	8	8	3.7 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
17	34	看護婦	2.5	2.5	4 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
18	37	看護婦	3	3	9 短大	受講なし	知らない	知らない	知らない	知らない
19	38	看護婦	14	14	1.5 専門学校	受講あり	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
20	42	看護婦	15	15	5 短大	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
21	44	看護婦	3	3	7 専門学校	受講なし	知らない	知らない	知らない	知らない
22	46	看護婦	10	10	5 専門学校	受講なし	知らない	知らない	知らない	知らない
23	48	看護婦	20	20	7 専門学校	受講あり	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
24	48	看護婦	12	12	11 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
25	49	看護婦	6	6	6 専門学校	受講あり	知っている	知っている	知らない	聞いたことがある
26	29	准看護婦	3	3	3 専門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	聞いたことがある
27	38	准看護婦	13	13	4 專門学校	受講なし	聞いたことがある	聞いたことがある	知らない	知らない
28	39	准看護婦	14	14	5 専門学校	受講なし	知らない	知らない	知らない	知らない

表4) 直面した倫理的課題

状況	悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	テマ
1	利用者（90歳）はトイレには独力で歩行しているが、食事に際しては寝たままである。座位で食事を摂るよりも看護婦が勧めても応じてくれない。	嚥下性肺炎や歿用性萎縮の予防を意図して、座位で食事を勧めている。理由を説明し、「起きて食べた方がおいしいでしょう」などと工夫して提案しているが、どうしても座位をとらない。	誰とも相談していない。	利用者の安楽・妥易さを求める気持ちは看護婦の健健康問題が対立している。	1 1
2	脳血管障害で意識レベルに異常はない60歳の利用者。誤嚥の実施を繰り返すが、看護婦も栄養状態が改善するまでに説得するが応えてくれない。	利用者の健康問題は、栄養状態の悪化による低下と、呼吸合併症の発作を改善するための経管栄養法を実施が必要である。しかし、医師とともに強制的な態度をもつて承諾に至っている。	医師以外には相談していない。	利用者の栄養管挿入を拒否する気持ちを理解し、それを受容したいとする気持ちと、健健康問題を第一義として重要視する看護職者の価値が対立している。	1 1
3	脳血管障害中の利用者（60代）意識レベルは問題がない。嚥下障害があることに気がつく。しかし、利用者は管を入れるくらいいなさいと訴え、経管栄養は一時的なものであることを理解した。	誤嚥性肺炎の再発を予防するためには経管栄養を行なうが、利用者は、経管挿入を拒む。利用者が、何でもはいいうことを思っている。	誰とも相談していない。	自然な食事の仕方を望む利用者の価値と、肺炎による健健康状態の悪化を懸念する看護者の考え方との対立しているが、どちらおうど努力している。	1 1

テマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がいい違っため看護職者が悩む状況  
 テマ2. 利用者の意向と家族の意向がいい違っため看護職者が悩む状況  
 テマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	テーマ
4	在宅において身体機能訓練が必要と思わない。「俺はほんといろいろ悩んでるよ」と言う。私自身がなんばりと悩んでいます。自分にがんばりたい時間は、その人にどうぞ思って貰う。だからこそ、必要に応じて役割をとるようしている。	利用者はADLが改善する可能性があるのにかかわらず、現状欲が甘んじてリハビリを行なうのが苦しい。少しでもADLが上がるようにならなければいけない。せめて訪問時間でありますように思っている。	誰にも相談しない。自分の看護観で行っている。	看護者は、少しでも利用者の身体機能が回復するよう支援したい。しかし、一方では看護者に対する意欲がなく、両者は看護を尊重する。この様な気持ちを持つが、重視する対応をしてもつと見守る対応をしたりハビリ訓練をする。	1 1
5	非衛生的な環境で暮らしている。衛生的で快適な生活をさせたいと思うが、利用者の習慣や価値観を変えることはすごく困難。本人たちがそれ以上ものを見ない・いつも悩む。	看護婦は健康のために衛生的な環境で生活してほしいと思つている。しかし利用者の生活習慣を変えることは困難である。そこで、健康への影響が改善されることで、健康への影響があらざるところではいいか、一方そのままにして利用者の価値観を変えることが必要なのか悩んでいる。	誰とも相談していない。	看護者は、利用者に対して衛生的な環境で暮らすことを望まない。しかし、長年の習慣をかかし、利用者が現実の生活を変えると看護者の価値が対立している。	1 1
6	70代男性。肺ガン末期で本人への告知はされている。本人は「この年まで何でも自分で決めてきた。最後も自分で決めたい」と治療を拒否する。定期的に訪問を行い、吸引器を持参し、食事も勧められたが最後まで拒否的であった。最終的には吸引・食事を全拒否し、状態が悪化してしまった。結果、数日で死亡。(検死あり)	看護者は、治療や看護を行なうことができないが、それでも何でもそれらを拒否した。利用者のための無力感やそういう想いが消えない。	ステーシヨンのスタッフにも相談した。	利用者の延命や安楽死を第一に考えたいと看護婦の意見に対し、利用者は、自分の意志で治療や看護を受ける範囲を決める意志が拮抗している。	1 2

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
52歳ALSの利用者。介護者は夫。気管切開が必要になつたが、本人も夫も「これ以上は医療に頼りたくない」と、気管切開を拒否し続けた。利用者の意志を尊重し、極的な医療を拒否している。看護婦として、利用者の意向に添うことに抵抗がある。	誰とも相談していない。	看護婦の利用者の延命を第一に考える考え方と、利用者の意向が一致しない状態。	看護婦の利用者の延命を第一に考える考え方と、利用者の意向が一致しない状態。	1 2
ALSの(50代)男性。呼吸不全となり、気管切開を医師から勧められたが、本人は拒否的で、家族も本人の意志を尊重していた。結局本人の意志通り気管切開されなくなつた。レピーターは本當にこれで良かっただらうななるか、レジレンスマニアは本當にこの基本的な情報を本人へ伝えたい。しかし、鼻腔の吸引を行つた。基本的に導入されるのが何よりも重要なところに気付いた。基本的な情報はきちんと提供するが、後には本人の意志を尊重し、少しでも楽になるようケアを行つていくよ	看護者の生命を救う方法として、気管切開をするが、看護者は気管切開法がないと意意思決定の出現に対する影響を軽減し、看護者の意	ステーションのスタッフや所長と相談した。	看護者を救命するという価値と、看護者の意思決定を尊重するという価値の対立。	1 2
9	明らかにゴールが見えない疾患の利用者の場合は悩む。例えば、ALSの利用者で、呼吸不全となりする場合。看護婦は、利用者に人工呼吸器による導入があり、度は説得し納得させている。「うがいいか」と思うことにしていいる。その上で本人が樂になるように見守っている。	病気がよくなるわざではなく、これからずつと呼吸器での生活に慣れる。看護婦は生きる重さを感じていて、「しおり」である。	呼吸器をつけた状態でも生きる意味があるのか、生きることへの根元的な疑問。	1 2

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がいい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がいい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
10 利用者が自分でと話してくれた情報を、ケア会議の中でも漏らすことなく伝えたい。そのため内容は複雑な家族関係のことで、かならずプライバートな内容のものであります。しかし家族に対するアスレチックタップに、そこには仕方なかつた。スタッフも情報を探して理解し、統一した見解の中でケア提供が行えた。	療養者には、利用者が自分だけを提供するに話してくればならない。その内容のケアの必要性をチームメンバーに話さなければならぬ。しかし利用者との信頼関係といふ保護や利用者から悩んでいます。	誰とも相談していない。 誰とも相談していない。	適切なケアを行うために「チームケアにおける情報の共有化の必要性」と、「利用者のプライバシー保護の必要性」との価値が対立している。	テーマ3 1 3
11 利用者があまり知らなかったことを、看護スタッフ間で共有しながら、利用者の問題を解決できないことがあつた。利用者のプライバシーも考えたが、最終的にはスタッフと情報を共有した。	療養者には、利用者が自分だけを提供するに話してくればならない。そのため内容のケアの必要性をチームメンバーに話さなければならぬ。しかし利用者との信頼関係の維持と利用者との信頼関係の維持との間で悩んでいます。	誰とも相談していない。	チームケアにおいて情報を共有する必要性とプライバシーの保護の立場が対立している。	テーマ3 1 3
12 経管栄養で気管切開されている方に妻がたくさん量を注入してしまう。胃が耐えきれなくて吐いてしまった。ケニアアチームの立場で「かえつてお父さんは苦しくなるよ」と指導を繰り返しても、「お父さんのためだから」と言つて聞き入れてもらえない。	家族が自分の判断に基づいてケアを実施しており、その結果、療養者の状態が悪化してしまつた。患者が合併症を繰り返しないことを黙つて悩みが生じている。	ステーションのステーションのカレンスでどういった指導を行つて話し合つた。	療養者のためには適切であると看護職が判断する方法を家族に伝えしていくが、実施していくとの困難なケース。	テーマ4 2 4
13 誤嚥性肺炎で吸入と吸引の指示がされた。排痰方法について家族に実践して見せるが、吸引すれば出でてくるだらうと考え、タッピングなどの理学的な排痰援助を行はず、本人の苦痛をあまり考慮せずに吸引を主に行つた。ケアの関する技術的な指導を行つた。	ケア方法についての技術的指導は行つた。しかし、その技術の効果や危険性を理解してもらいうことはできなかつた。結果的にまことに、看護師の苦痛を考慮できないまま家族への教育の難しさを感じる。	ステーションのカレンスでどういった家族教育を行つていくかについて話し合つた。	技術の効果や危険性を家族に教育し、実施してもらうことの困難な状況。	テーマ4 2 4

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がいい違つたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	テーマ
14 訪問対象の利用者とその妻はともに痴呆があり、そのため財産管理ができない状況にあった。その夫婦が金銭詐欺に騙された。夫婦がいるが非協力的。「余計なことをした」と言われた。看護婦がどうして介入したかが悩んだ。	財産管理は看護婦の業務ではない。しかし、関わる事務所に連絡し、大事には至らなかつたが、甥女が、そのままクレームがあつたから悩んでいる。	個人の財産が絡んで、所長に相談した。	利用者の金銭詐欺被害の防止行動をとることで悩みが生じる。	2 4
15 胃瘻・褥創がある利用者。介護に家族が疲れていた。病院で指導されたケア方法を忠実に行おうとしている。訪問看護をして介護をやめ仕事をやめられてもうえず、家族自身が支えられるまで待つしかない状況である。	家族が自ら施しておらず、その結果、ケア方法を指導したが、家族への教育が生じている。	スタッフに相談した。	家族の意志を尊重したいという考えと、その事による本人が不利益を被るのではないかと悩んでいる。	2 4
16 訪問看護で毎回入浴サービスをいれて、その結果褥創が2度から1度に改善された。しかしその後悪化。看護婦が改善されると思われる技術を指導するが、介護者(49歳)は技術的なことには理解するものの、利用者への実践はなく、利用者の状態は改善しない。	看護者の状態を改善させるためのケア方法を指導したが、看護者の実践はないため、家族への教育の難しさに悩んでいる。	ステーションの力で話し合った。	看護者に最善のケアを実践し、健康問題を改善したいと思ふが、家族の理解が得られないことが多い。	2 4
17 高齢な利用者。寝たきりに近い生活を過ごしているため、家族に對してリハビリなど、ADL改善に向けた努力、今はやりたくないといふ。しかし家族は「大丈夫だよ」と勧める。少しあんまり気になつてから」とか行動を起こす。そのうちは容態は安定しているが、もつと長期的にみた方が良いと思う。相手の意図は当然尊重されるべきである。相手のペースで運ばなければいけないよ。	理学療法や機能回復訓練などがない。また本人や家族の同意がないと、やつても意味がないと思う。しかし現状の本人の容態からして、リハビリは必要だよ。	カウンターレンスで話し合うことを伝える。	家族は利用者の状況に問題意識を持つていない。しかし看護師が判断からこままで複数の疾患群に対して何が可能性があるか、それに対して何らかの介入をしたいたいが、家族の意志を尊重したいが、看護者にとっては何かジレンマ状況である。	2 4

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がいい違つたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がいい違つたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足による看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	価値対立	価値の対処法	悩みの意味・悩み	看護職者の意味・悩み	悩みを抱いた状況
テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況	利用者の意志を尊重したいが、家族の意向と異なる。	カシファレンスで話し合つた。	カシファレンスで話し合つた。	家族に負担をかけずに、リハビリの（特に新しい）サービスを受け入れる気がない）と参考えたいが、利用者本人はリハビリのメニューや希望などは順調に進められる。しかし家庭から離れていたので話を聞くことができた。しかし家庭の理由もものどくは同意が得られず、そのまま問題で解決する理由は聞きても得られない。資源であれればあるほど問題で解決できるが、拒否するが、拒否しない。	リハビリの援助の導入に際して、家族は現状のままでいる。この時、看護者として家族間の思いが平行線に立つてしまつてしまつてしまつてしまう。社会資源が得られない。そのことでもう一度、利用者自身の意志を尊重したらそのことを解消するよう心がけている。
テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況	利用者の生活レベルを少しでも上げたいと看護者は考えたが、家族が介こまでの状態でいて欲ほしいと訴え、看護者の価値の意向が対立している。	カシファレンスで話し合つた。	カシファレンスで話し合つた。	ほぼ寝たきりの利用者。看護者としては、できるだけ良い現実問題として、家族にとつては少しだけ介護保険の認定度を上げたいと思ふ。それは利用者資源をより良いケアを提供するためである。そのためには確保でも一概には否定できない。	18 勧められたが家庭から離れていた。そのことでもう一度、利用者自身の意志じたじたそのことを解消するよう心がけている。
テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況	利用者の意志を尊重したいが、家族の意向も重要である。これが対立し解決しよようと努力している。看護者としてどちらを尊重すべきなのかジレンマを感じた。	誰にも相談しなかった。	妻の介護を軽くしかつたが、在宅で療養生活するところに最後まで妻の協力を得られなかつた。	妻の介護者は妻（60代後半）で二人暮らし。利用者はこのまま在宅で死を迎えたかったが、結局入院し病院で亡くなつたが、妻が介護の協力や社会資源の導入も考えたが、妻はかたくなに拒んだ。	19 受けたいと話された。
テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況	利用者の意志を尊重したいが、家族の意向も重要である。これも打開策としてどうぞお試しください。	誰にも相談しなかった。	妻の介護を軽くしかつたが、在宅で療養生活するところに最後まで妻の協力を得られなかつた。	妻の介護者は妻（60代後半）で二人暮らし。利用者はこのまま在宅で死を迎えたかったが、結局入院し病院で亡くなつたが、妻が介護の協力や社会資源の導入も考えたが、妻はかたくなに拒んだ。	20 が、妻はかたくなに拒んだ。

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
70代二人暮らしの夫婦。利用者は脳血管障害でほぼ寝起きである。失禁がありおむつを着用している。妻に対しても尿意の訴えもあり、尿器で排尿もできる。妻に協力を依頼し、その通り実践していたが回数が多いため妻が腰を悪くした。	利用者に良いと思つて行う活動も、場合によつては家族への負担となり、家族の健康を害する結果になつたこととが本当に間違つたのか、指導方法が間違つたのか、はないかと悩んでいる。	カソファレンスで話し合つた。	利用者の寝たきり生活を少しでも改善し、ADLを拡大しようと考えたが、そのことにより家族の健康を害してしまつた。	2 4
明らかに訪問看護が必要なケースでも閉鎖的な家族によつては訪問を拒む場合がある。利用者は何とも言わない。	利用者の意志に沿つたものであるらうが、利用者にとつて好ましいと思えない選択肢でも家族の意志に従うしかない。	所長に相談した。	訪問看護によつて利用者の健康問題を解決できるが、それが受け入れられない。	2 4
医師からは誤嚥性肺炎を繰り返しているので、経口摂取は「危ないからやめてほしい」と指示が出た。しかも本人も家族も食べたいといふ希望があつた。それを看護者が医師に相談したところ、後ろみ食をたべるなど行為があつた。再次、誤嚥性肺炎になつた。再びやめると、今回も水を飲ませるなど行為があつた。方向性が違うと看護者が反対される。ある程度相手の思いがつた。看護者の意見を言うと拒否される機会をもつ。	利用者や家族の意志を尊重したまま食の開始となるが、介護者のあつたことや技術的な問題で、誤嚥性肺炎になつた。十分なアセスメントができるかと悩んでいる。	医師に相談した。	利用者や家族の意志を尊重したいと考えたが、そのことで結果的に健康に害を与えてしまった。	2 4
要介護者の方のあざを発見することがある。しかし、本人は「ベッドから落ちたんだ」といつて叫かれていた。事実関係は明らかでないが、ベットには横たわっている。またあざの箇所もベットから落ちてついたものとは考えにくい。このあざはどうしてできたのか、それを家族に聞いていいものなのか悩んでしまう。	看護者に聞くことを介護者に悪くさせてしまうと、看護者として利用者と家族関係を悪くさせてしまう。	誰にも相談していない。	事実の真相は明らかでなく、家族から何らかの暴力を受けているとは言えない。しかしそうな状況からいつてベットには横たわらぬ転落とは考えられない。結局何もできないままあざを増えていく。	2 5

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	テマ
25 青あざが訪問の度にできている。本人に聞うが、ぶつけたとしか言わない。しかし明らかにそのことと持ちはない以上、家族に対する心配がある。看護者といつたらいいのか分からない。	家族から何らかの暴力を受けている可能性も否定できないが、本人からそもそも話がない以上、家族に聞いたままのことはない。家族に聞いてどうう介入しない。	所長に相談した。	看護者として真相をはつきりさせそれに対処していきたいが、そのことによって家族関係が悪くなるのではないかと行動の選択を決めかねている。	2 5
26 脳血管障害のある50代女性の利用者。ターミナル期に入り経口摂取が徐々に困難になり、胃瘻を増設する。夫が1日でも妻といいたいといふ希望があるが、10年単位ではいつまでもいる。しかし、夫の介護負担を考えると看護職は夫の決断に任されたが、本当にそれで良かったのか悩んでいる。	夫が1日でも妻といいたいといふ希望があるが、10年単位ではいつまでもいる。そういうことを進めて看護職者は話をするべきがない。それでも夫の決断に任せたが、本当にそれで良かったのか悩んでいる。	スタッフで話し合った。	利用者に一日でも延命して欲しいと願う看護者としの立場と、そのことにより家族には多い介護負担をかかることが危惧され判断を決めかねてしまう。	2 6
27 利用者の訴えがあればそのまま薬がもらえる。残薬が売るほどあるのを医師は知らない。医師に会いに行って状況説明をした。医師は利用者の残薬を見て看護職者の情報の正確さを認めで認識した。医師は直接医師に見せ実態を知つてもううことで、看護者の情報の正確さを理解してもらった。	利用者の訴えがあればそのまま薬がもらえる。残薬が売るほどあるのを医師は知らない。医師に会いに行って状況説明をした。医師は直接医師に見せ実態を知つてもううことで、看護者の情報の正確さを理解してもらった。	看護職者として利用者の残薬について医師にコメントをだすだけでは対応してもらえない。	医師に繰り返し対応を求めた。	3 7
28 利用者が内服時飲みづらいと医師に報告し、現在飲みやすい薬もあると医師に少しずつ遠巻きに言う。しかし、看護職者の情報提供した内容は全く医師に受け入れても尊心を損ねないようにしてもらえない。	利用者が内服時に報告し、現在飲みやすい薬もあると医師に受け入れても尊心を損ねないようにしてもらえない。	誰にも相談していない。	誰にも相談していない。	3 7

テマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違うため看護職者が悩む状況  
 テマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違うため看護職者が悩む状況  
 テマ3. 同僚や他職員とのコミュニケーション不足により看護職者との関係性において看護職者が悩む状況  
 テマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
29 薬に対する副作用などで利用者から看護職者があつたため、医師に報告するが、返答のみで利用者に相応しくない。逆に訴えで利用に相反する旨話をされたり。医師へ報告し、家族に相談した。看護職者が、対応がみられないたため、上司に相談した。看護職者には処方の権限はないが、利用者への責任を感じる。	看護職者には処方の権限はないが、利用者の内服管理をしていけるので、副作用を医師に報告し、調整を行つう役割を担つうの分、利用者の処方を感じる。そこで看護職として責任を負う。	医師へ報告し、家族に相談したが、対応がみられないので、上司に相談した。		3 7
30 家族（介護者）は医師に対して不満があり、それを当事者の医師ではなく看護職者に対する感想がいる。また医師自身もその家族ではなく、看護職者と医師の重要な役目ではあるが、板挟み状態になってしまったときは、大変に苦しむ。	在宅の場合、医師と家族の調整役をしていくのは看護職者の重要な役目ではあるが、板挟み状態になってしまったときは、大変に苦しむ。	誰にも相談しない。		3 7
31 入れてもらえてるよ。家族の調養をしていく上での重要な役を立てるよ。看護職者には看護職者の重なったところまで、医師と一緒に苦しむ。家族に対して在宅で療養していきたい。医師に対しての記載はない。	在宅で療養していきたいと医師の重なったところまで、医師に対しての記載はない。	利用者の医学的情報を医師から得ようとしても、協力が得られない。医療上必要な情報でも、医師個々の特徴を考慮して対応し、情報を得なければならない。	誰にも相談しない。	3 7
32 利用者がMRSAのことについて医師に聞くと、「医者みたこと」を聞くね」といい、質問した内容に聞いて答えられない。ケア・プランを立てても医師からの協力が得れない。医師の特徴をつかむのは難しい。	利用者が内服時飲みづらいことを医師に報告し、今飲みやすい薬もでると医師に少しずつ遠巻きに言う。しかし全く医師に受け入れてもらえない。	利用者の内服に適した方法を検討してもらえないように医師の自尊心を損ねないようにしてもらいたい。	誰にも相談しない。	3 7

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者のが悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
33 薬に対する副作用など利用者から訴えがあつたため医師に報告するが、それには看護職者に対する返答はよくない。管理者を通してやく返答が得られた。何かの対応をしてくれたのかどうか、同じケアチームとして情報を提供して欲しい。	「訪問看護で何ができる」と思つている医師が多い。医師に報告書などを送つても全然答えが返つてこないことが多い。それでも同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることが多い。それでも毎回報告書は送るようになります。報告書を書いても医師からきちんと対応がされないことが続くと、結局ますます医師との関係が疎遠になくなってしまう。	看護職者とも相談していなかった。医師に利用者の報告書を送つても、毎回同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることが多く、ますます医師と疎遠になくなってしまう。	看護職者とも相談していなかった。医師の報告書に対する変化のない反応が続するので、看護職者が医師との調整をする気力を失う。そのことで利用者は不利益を被る可能性がある。	3 7
34 「いつまでもここにいる」と思つていている医師が多い。医師に報告書などを送つても全然答えが返つてこないことが多い。しかしこれでも毎回報告書は送るようになります。報告書を書いても医師からきちんと対応がされないことが続くと、結局ますます医師との関係が疎遠になくなってしまう。	看護職者とも相談していなかった。医師に利用者の報告書を送つても、毎回同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることが多く、ますます医師と疎遠になくなってしまう。	看護職者とも相談していなかった。医師の報告書に対する変化のない反応が続するので、看護職者が医師との調整をする気力を失う。そのことで利用者は不利益を被る可能性がある。	看護職者とも相談していなかった。医師の報告書に対する変化のない反応が続するので、看護職者が医師との調整をする気力を失う。そのことで利用者は不利益を被る可能性がある。	3 7
35 「いつまでもここにいる」と思つていている医師が多い。しかし実際は、便失禁をしてしまったり、服薬も格好が維持できない。身体的にも血圧の変動が高い。そのため介護度は高い。専門的な知識で利用者を見ていないと、チーム医療として対象に全く異なるアセスメントをする。	看護職者とも相談していなかった。医師に利用者の報告書を送つても、毎回同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることがあり、看護職者と判断して介護を必要とする実態を知らぬめでもうえないことがあります。	看護職者とも相談していなかった。医師に利用者の報告書を送つても、毎回同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることがあり、看護職者と判断して介護を必要とする実態を知らぬめでもうえないことがあります。	看護職者とも相談していなかった。医師に利用者の報告書を送つても、毎回同じ治療方針の書かれたコピーが戻つてくることがあり、看護職者と判断して介護を必要とする実態を知らぬめでもうえないことがあります。	3 8

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじ違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじ違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
ヘルパーから適切な援助が受けられないケース。利用者(70代女性)は家族もなく、一人暮らしで、週に1、2回来るヘルパーと話を楽しむにしづくが、ヘルペーストとして行うほど汚れている。利用者はヘルパーを替える意見に対して意見はない。	訪問看護をしている際に、介護が適切に行われていない場合でも、利用者からヘルパーへの苦情がない限り、他職種にはあまり意見はない。	誰にも相談していない。	利用者がヘルパーから受けたアを提供されないことが看護職から判断された場合への対応。	3 8
利用者との人間交流はヘルパーと話をする楽しみにしていながら、ヘルペーストとして行うほど汚れている。利用者はヘルパーを替える意見に対して意見はない。利用者から直接苦情が出ない限り、かといってそのことをヘルパーに伝えなければならない。利用者とヘルパーのせつかくの人間関係を壊さない限り、まうのではないか。利用者から直接苦情が出ない限り、他職種に対して意見はあまり言えない。	やけどのあとより、その原因が長年受けているヘルパーによると、「足が冷かったので、ヘルパーに湯たんぽを依頼したところ、湯の温度が熱く軽いやけどを起こした」ということだつた。しかし利用者には長年受け持つてもらつた。利用者にはそういふことは誰に言われたし、利用者に害を及ぼすことを伝えた。いわばお湯の約束を破つた。利用者の約束を破つた感じでシレンマを感じている。	ヘルパー本人にそのことを言う。	利用者よりも「誰にも言わないで」と言われた(忠誠の原則)ことと、利用者が害を被る可能性がある(無害の原則)ことがぶつかっている。	3 8
一人暮らしの70代の女性。訪問時下肢にやけどの後があつた。理由を聞くと「足が冷かったので、ヘルパーに利用者が湯たんぽを起こした」ということだつた。しかし利用者は長年受け持つてもらつた。利用者への湯たんぽはお湯の温度などで難しくからやめてしまうことではあるが、結局は利用者の約束を破つたことになる。そのことにジレンマを感じている。	やけどのあとより、その原因が長年受けているヘルパーによると、「足が冷かったので、ヘルパーに湯たんぽを起こした」ということだつた。しかし利用者には長年受け持つてもらつた。利用者にはそういふことは誰に言われたし、利用者に害を及ぼすことを伝えた。いわばお湯の約束を破つた。利用者の約束を破つた感じでシレンマを感じている。	ヘルパー本人にそのことを言う。	利用者よりも「誰にも言わないで」と言われた(忠誠の原則)ことと、利用者が害を被る可能性がある(無害の原則)ことがぶつかっている。	3 8

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
38 ヘルパーから利用者の情報（診断名や病状など）を教えてもほしいと言われた。末期癌患者で本人への告知はされない。しかし利用者がヘルパーへに自己の病気のことを見た。自分からではなく。結局家族がヘルパーに癌では伝えなど今まで利用者の情報を探して他職種に伝え、場合によっては共有が必要だと思つが、場所を漏らすことにもなつてしまつ。	利用者に癌を告知しておらず、ヘルパーへに癌を伝えてくれたが、結局家族を伝えてしまった。どこに癌であるのか悩む。情報の共有化は必要だと思つが、場所を漏らすことにもなつてしまつ。	家族から利用者を伝えることになつた。それを教えてくれるべきかなか。	利用者に癌をそのことを教えることをしておらず、利用者がそれを執拗に聞いてくる場合に、ヘルパーに情報を提供するべきかなか。	3 8 テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況
39 ヘルパーがすぐお金を使つている。ひと月食費に10万円かかる。お金を誤魔化して食べる。しかし、お金意味らしいことを食べさせてくれるし、よくやつてくれるから置き替えられた。夏になるとおかずが替えられました。福利事務所の目玉福袋が貰えました。福利事務所の方には見えない。福利事務所の方には見えない。	倫理上問題がある場合でも、利用者との関係性が成り立つといふと、それについては文句が言えない。	誰にも相談していない。	利用者がヘルパーをよしとしているが、看護職者からみた場合に、利用者はお金を誤魔化してあるあるいは、食事を毎日つくりこきををしているのに利用者に置き換わりの介護がなされていない場合。	3 8 テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況
40 80歳の大腿部けい部骨折で足下がおぼつかない方。娘夫婦が近所にすんでいますが、傷の処置全てヘルパー任せである。ヘルパーは何回か変わっているが、最初のヘルパーがしてくれたので、人が替わつてもやつてくれるのだがあたりまえと思つている。利用者本人は娘に遠慮しているところを話しかつたところ、結局利用者とヘルパーとの関係がこじれてしまった。ヘルパーが替わつた。	最初のヘルパーが傷の処置を全て行つており、家族が次のヘルパーにそもそもそれを求める。利用者は家族に遠慮している。	誰にも相談していない。	依存的な家族の自立援助をすることでも、前任者が行つたことと同様の介護を家族は求め。	3 8 テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つたため看護職者が悩む状況 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
41 悩みを抱いた状況	個人（家族関係の心地よい）をケア会議で話した。 個人（家族関係の心地よい）をケア会議で話した。しかし介護のため家を守らなければいけないが、そのために協力を求めた。タップ（プライバシーを守ること）を守るために協力を求めた。タップ（プライバシーを守ること）を守るために協力を求めた。	ケア会議で話した。	利用者のプライバシーは守らなければならぬが、プライバシーを守ることによれば守ることに由来することができる。	3 8 テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況 テーマ3. 同様や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況 テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況
42 悩みを抱いた状況	「あつ、そしたら責められるよ」というところが怖い。看護職者として患者に対して「あつ、そしたら責められるよ」というところが怖い。看護職者として患者に対して「あつ、そしたら責められるよ」というところが怖い。	医師に相談した。	ヘルパーより利用者の情報について教えてほしいといわれていて教えてほしいうふれどここまでいいのか悩む。 (情報の内容は不明)	3 8 ヘルパーから利用者の情報（病状やケアについて）を教えてほしいものか悩む。内容によって判断。「それはちよつとご本人から聞いてください」と言つたり、直接医師と連絡してもらつたり。どこまで利用者の情報を提供し、共有していいのか悩む。

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の島嶼・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
家族の判断で、本人にはガンで余命が残り少ないといふことを告知していない。看護婦がケアを行った時に、嘘をたんぽぽに病気のこととを聞かれた時に、嘘をついた。家族の判断は誤った。家族が良かっただけでなく、本人が病気のこととを聞かれた時に、嘘をついた。家族の判断は誤った。	本人は告知されないまま亡くなつたが、本当にこれで良かったのか、看護婦は利用者の善後を見守っている。告知の善後を見守る。看護婦は必ず告知すべきことは思つてないが、家族の意志が明確でない場合、誰がその決定をするのかは課題に思つている。告知はカード・アクセスであるが、基本的には家族の意志に沿うことが多い。(特に高齢者)	同僚に相談した。	看護婦の家族の意向を大事にしたい気持ちと利用者に真実を告げなくてよいのかといふ気持ちが対立している。	3 9
末期ガンの利用者。家族の意向により、医師から本人には告知されていない。基本的に介護者である家族の意向を尊重している。	看護婦は看護活動を展開していく上で、告知されていないことには、いつ誰がどのようなタイミングで誰に行うか・・など多くの問題があるようになつていています。	ステーションの力シナリオで話し合つた。	看護婦には医師の役割、看護婦の役割について様々な思いがあるようである。	3 9
ALSの利用者。看護婦は利用者が人工呼吸器装着の段階になつて、そこでどうを、いつ誰がどのように説明するのか、倫理的にみてどうのよにすればよいのか疑問を感じている。	看護婦は基本的には医師が説明すると考へていて、医師の説明は明らかにタイミングが悪かったりして悩んでいます。	誰にも相談していない。	看護婦には医師の役割、看護婦の役割について様々な思いがあるようである。	3 9

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
テーマ				
医師から利用者・家族（ともに60代）に末期ガンの告知を受けたが、医師から治療方針など十分な情報提供がなされていない。そのため利用者や家族は、在宅で亡くなることのないように治療を受けることを決めて抗ガン剤治療が続いた。医師に利用者・家族が希望してほしかったが、最後まで抗ガン剤治療が続いた。	看護婦は利用者・家族とも意志決定は十分行える能力はある。そのため利用者・家族に十分な情報提供を行ったが、本人は治療の中止を医師に希望したことは医師からは情報提供されなかつたため、看護婦ははは情報提供されなかつたといふべきである。しかし、現実には看護婦ははは情報提供されなかつたといふべきである。	医師に相談した。	看護婦は利用者・家族は意志決定はできる人と考えている。彼らは十分な情報提供を行っておりもつとはどの思ひがある。	3 9
医師は末期ガンの利用者に対して治療に関する十分な情報提供をしていなかつた。そして抗ガン剤を持続的に本人の見え触れる位置に置いていた。家族が治療継続を望んでいたかは不明。	看護婦は、医師が利用者に治療に関する十分な情報提供を行つていれば、本人は積極的治療を表明したかもしれないと悩んでいる。	医師へ相談した。	利用者に十分な情報提供を行われなかつたが故に、利用者のQOLが損なわれたのではないかといふ看護婦の思ひ。	3 9
利用者は手術を受けた病院に再入院したいと希望していた。しかし、病院の方は受け入れることのが困難な現状であった。結局看護婦は、利用者の相談にのることしか出来なかつた。	看護婦は、利用者が状況を理解し決断してほしいと願う一方、その事自体難しいようにも感じている。このように看護者がどうに関わればよいのか悩んでいる。	看護者に相談した。	看護婦として当然のこととしているといふ看護師からの差別的な発言に対する怒り。	3 9
利用者は、在宅で点滴を続けければ入院をしなくて済むのではないかといふ思ひがあつた。看護婦は、その気持ちを医師に伝えた。しかし医師は、看護職は治療方針に口をだすのかとクレームをつけた。がんの看護職者が医師と話し合い、利用者の希望を通じることが出来た。	看護婦は利用者の気持ちを医師に対して代弁しただけなのに、医師からこのようないうな反応をされがんんでいる。	ステーションの管理者に相談した。	看護婦として当然のこととしているといふ看護師からの差別的な発言に対する怒り。	3 9

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違つため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	テーマ
50	利用者も家族も在宅での死を望んでいた。しかし容態が悪化し入院。落ち着いたん前の使用など積極的治療を行つた。結局最期までも本人の意志は医療者に伝えられたらしく、在宅中も本人の意願で死亡した。利用者や家族の方針と合わせず、その医師に「こうします」と言われたら、それでも流れされてしまう。	看護婦は利用者の希望が叶えたが、入院してしまつたため何も出来ない院内でも尊重すと訪問看護院は、入院してしまふと切れてしまふとの接点は殆ど切れが出来ないと悩んでいる。	同僚に相談した。	病院医療の現況への怒りと利用者・家族が望むような最期を迎えてもらうことが出来なかつたといふ思い。
51	在宅での死を望んでも、病院と地域の医師との連携が取まらない場合、容態が悪化した時に緊急入院となつてしまふ、在宅での死を迎えられない。初回訪問終了時に病状を把握し、家族の思いを含めて地域の医師に依頼しに行く。	利用者や家族に關わる者が同じ思いで關わつていくことが必要。その橋渡しをする。そこがよく出来なかつたので在宅でターミナル期を迎えることが出来なかつた。	ステーションのスタッフに相談した。	もつとチームワークよく関わつていれば、もつとも良いターミナル期が過ごせたのではないかといふ思い。
52	末期ガンの利用者で本人も家族も高度医療を望まず在宅でターミナルを迎えたいと思つていた。しかし医師の意向でIVHのライン管理が始ままつた。利用者も看護婦ももともと看護の命といふがいいと医師の言葉に押し切られてしまつて、そのまま長く生き残らざるを得ない。	医師はその人の倫理観で医業を行つていて思つた。しかし医師の意志が二つの次には感じてゐる。延命と利用者のQOLのどちらに重点をおくのか悩んでいる。	ステーションの看護者及び医師に相談している。	延命と利用者のQOLとの価値の対立。
53	以前から医師との話合いでの在宅で看取ろうといふことになつて、しかし容態が悪化し、医師に連絡したところ連絡が取れず結局入院となつた。緊急時の連絡体制を十分に整備しておかないと、本人・介護者の希望が叶えられないときがある。	ターミナル患者の意志を尊重したいと方針を立てても、緊急時の場合は必ずしもそれが成し得ない場合必らずしあが成り立つたことには悩みを持つている。	管理者に相談した。	管理者による看護職者が悩む状況

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違うため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違うため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職との関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
ケア・プランを展開していく上で、医師の意見を求めて利用者が希望している。利用者との希望も返答がない。利用者が希望している」と、医師に対しても「こいつた前を出して利用者が希望する」と、医師に相談していなかったことを利用者からとがめられた。	医師にケア・プランの意見を求めて返答がない。逆に医師に薬品名を出しても、何の意見も述べられない。逆に医師に薬品名を出して管理者がからとがめられない	誰にも相談しない。		3 10
退院時に在宅時の医師に挨拶をしなかったため、利用者（看護職者）が先回りして、利用者・家族めど医師へ挨拶をするようにアドバイスしながらとがめられた。	退院時に開業医に挨拶をしない。かたたため、利用者（看護職者）がスムーズではない。自分の関係がスムーズではない。自分の先回りして、利用者より「自分が先回りして、利用者によく「家族に開業医への挨拶を受けた。利用者によく「医師・管理職の狭間にたち立場にある	誰にも相談しない。		3 10
看護婦（40才。既婚で子供あり）が童顔で体格が小さい。利用者から「（小柄で童顔なため）看護婦を信用できない」という言葉と態度で自尊心が傷ついた。看護者より「信用できる看護婦である」と利用者に説明がなされた。	利用者のことを常日頃から傷つかないよう配慮しているのに、自分は利用者から自尊心を傷つけられた。	管理者に相談し、管理者が利用者に説明をした。	看護婦である自分は利用者への配慮をしていいのに、逆に常に見直す意識していいのではなく、自分から傷つけられたことに対して憤りがある。	4 11
利用者が分裂病、介護者の息子も分裂病。看護婦が行うケア（褥創処置や体位交換など）に対し、「痛い」と言うと介護者である息子が逆上してしまう。利用者の頭を振るつたり、「帰れ」「来るなら」など病状は悪化する。介護者が精神疾患を続けることに対する身体的な危険性を感じて、このまま訪問看護を続けることには連れてきてケアするよに工夫し、また期間も長期ではなく短期にした。	利用者の病状は悪化していくばかりでアをしたいが、介護者でもふる息子の邪魔が入る。利用者によるアが提供できない状況である。	ステーションのスタッフに相談した。	利用者の病状回復に寄与したいという看護者が親に実施できず、ケアをさせない立して病状と介護者の価値観が対立している。看護婦が自身とどういう価値が対立している。	4 11

- テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくい違うため看護職者が悩む状況
- テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくい違うため看護職者が悩む状況
- テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況
- テーマ4. 利用者・家族と看護職者の関係性において看護職者が悩む状況

表4) 直面した倫理的課題

悩みを抱いた状況	看護職者の葛藤・悩み	悩みの対処法	価値対立	状況
58 利用者の精神分裂病の息子は、訪問看護婦がくるのをバランスを脱いで待つていたことがあつた。看護者に相談し、若い看護婦一人でいくのは問題なため、他のスタッフと同伴し、一人では訪問しないようにした。	性的な嫌がらせは基本的に受け流すようになります。しかし、この場合の不愉快である。この性が危険性がある場合、看護者に応じてもらう。	看護管理者に相談した。	利用者の病状回復に寄与すべき看護婦の価値と、利用者からの家族から性の対象としてみられていることへの不快感の価値が対立している。	テーマ1
59 入浴介助中に看護婦が短パンでいたところ、利用者が脚に触ってきた。その時は特に注意しなかった。	基本的に受け流すようになります。しかし、不愉快である。	誰にも相談していない。	清潔保持という良い看護ケ提供しているのに、性の対象としてみられることに不快な感情を持つ。	4 11
60 在宅酸素療法をしている高齢な利用者。入浴介助の際に「看護婦さんも脱いで脱いで」と言つたり、卑猥なことを言つたりした。その時には軽い冗談と思つて対処する。そう思わなければいけない。逆に「ずっと酸素していて辛いですね」というと利用者から「外に出たい」と言われた。	最善のケアを提供したいが、利用者から卑猥な言葉をかけられると不愉快になる。	同僚に相談した。	看護婦の最善のケアを提供したいという価値観と利用者の看護者を性の対象としてみていることに対する憤りがある。	4 11

テーマ1. 利用者の意向と看護職者の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ2. 利用者の意向と家族の意向がくじけたため看護職者が悩む状況  
 テーマ3. 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況  
 テーマ4. 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況

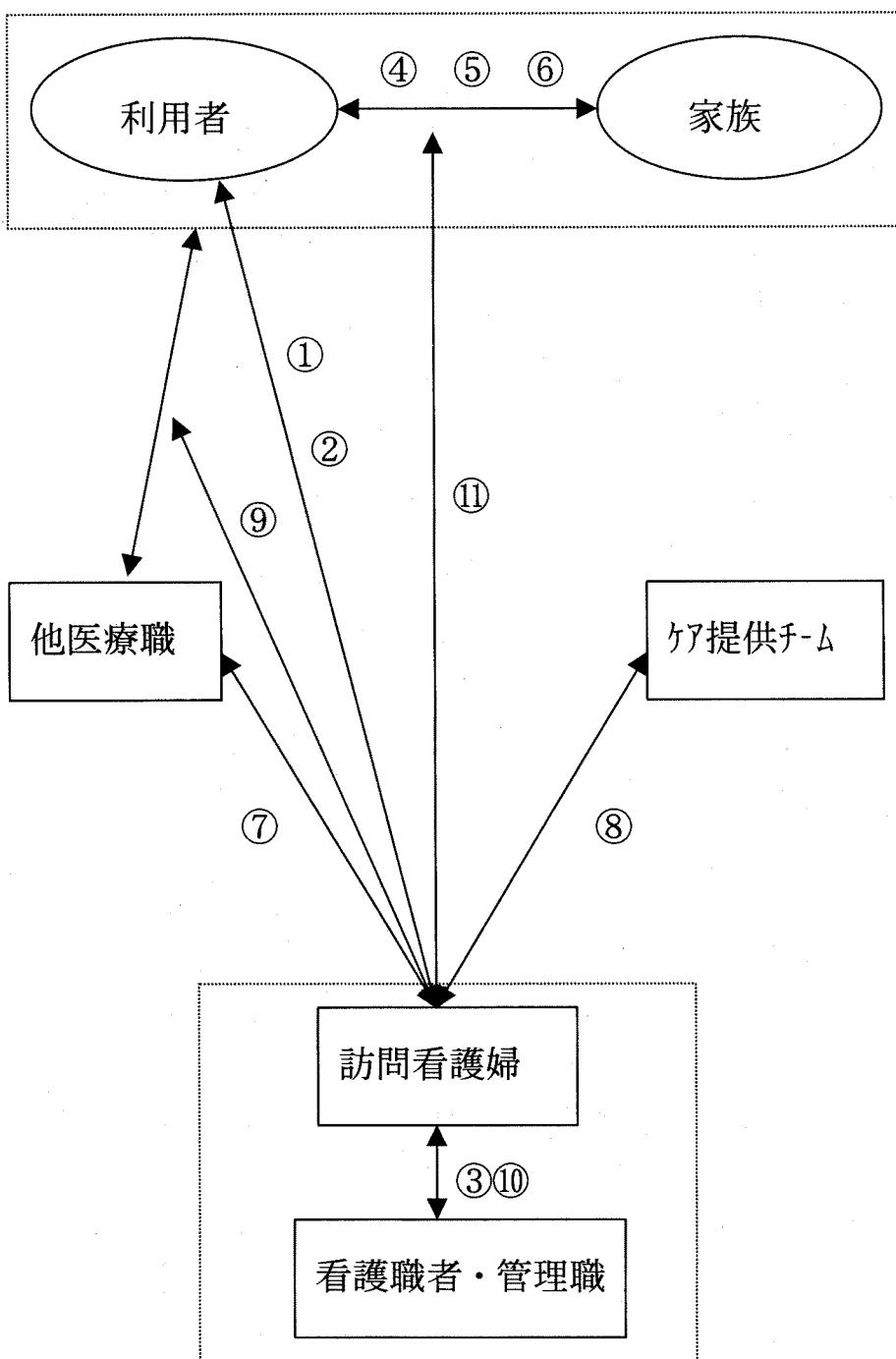


図1) 訪問看護婦のジレンマ状況

矢印:道徳的ジレンマ
番号:問題状況



## IV. 訪問看護において看護職者が 遭遇する倫理的課題に関する 質問紙調査



## IV. 訪問看護において看護職者が遭遇する倫理的課題 に関する質問紙調査

### 1) 調査目的

本研究の全体の目的は、訪問看護における倫理的課題を明らかにし、それに基づいた対応モデルを作成し、倫理的課題を迫られる状況における具体的対応方法の指針を示すことである。この目的を達成する第一段階として、訪問看護ステーションの看護職に対して面接調査を行い、現場における倫理的課題の状況について把握した。

第2段階としては、既存の調査結果や国内外の文献から把握した看護上の倫理的課題や今回の訪問看護面接調査から明らかになった問題を、更に詳しく、現場の実態として把握することである。そのために、訪問看護ステーションの看護婦・士を対象として、訪問看護の実践場面における倫理的課題の経験状況、及び経験場面での葛藤の有無について、質問紙調査を行った。

### 2) 調査方法

#### (1) 対象

対象とした訪問看護ステーションは、「全国老人関係施設要覧名簿'99」名簿から以下のような基準で、抽出した。都内及び東京近県（埼玉、神奈川、千葉、茨城、群馬、栃木）において常勤換算で10人以上のスタッフが勤務する訪問看護ステーションであることとし、合計60箇所の訪問看護ステーションを選択した。そして、そこで実際に訪問看護に従事している看護スタッフのうち、1ステーションに対して、訪問看護婦5人宛、合計300人に回答を求めた。手続きとしては、各ステーションの所長宛に依頼状を発送し、同時に電話でのお願いを行った。各スタッフへの回答依頼は、ステーションへの依頼状と同時に、個別調査票を同封して、所長を介して各訪問スタッフへ依頼を行ってもらうこととし、調査票の回収は回答のプライバシーを考慮し、返送用の封筒を用いて研究者宛に個別に郵送してもらった。

## (2) 調査期間

平成12年3月20日から3月29日

## (3) 調査内容

訪問看護婦への質問票は、①個人的背景として、性・年齢・看護の経験年数・所属ステーションの設置主体種別・職位・勤務形態・免許の種別・倫理に関する研修受講の有無・日本看護協会の「倫理規定」について、知っているかどうかを質問した。②倫理的課題についての質問項目は、既存の文献及び面接調査の結果から得られた19場面の倫理的問題場面について、そのような場面の経験の有無と、経験したことがある場合には、それについて悩んだことがあるかどうかを聞いた。

なお、これらの質問項目の構成概念妥当性を検討するために、看護教員10人に対して、それぞれの質問項目が倫理原則の①自律の原則②善行の原則③無害の原則④正義の原則⑤真実の原則⑥忠誠の原則を問う質問になっているかどうか、更に、どのカテゴリーに属する質問であるか、について回答してもらった。その結果、すべての質問がいずれかの倫理原則に関連する質問であるという結果であった。そして、それぞれの質問項目は、2つ以上の倫理原則を含む解釈があり得ることが判明した。また、これらの質問の有用性と実行可能性及び表現上の問題についても、訪問看護の専門家2人に検討を行ってもらい、一部の表現上の修正を行った。修正後の質問紙調査に関して研究者間で検討したところ、今回の現状把握のために使用する質問紙としては問題がないことを確認し、これを用いて調査を行った。

## (4) データ分析方法

19項目の度数分布を求め、対象者の特徴を把握した。各項目は、デモグラフィックス変数とのクロス集計により、関連要因を探求した。19項目は、面接結果から得られた分類を基に、<利用者の意向と看護職者の意向が食い違うために看護職者が悩む状況>、<利用者の意向と家族の意向が食い違うために看護職者>、<同僚や他職種とコミュニケーションが不足している状況>、<利用者や家族との関係性において看護職者が悩む状況>、<その他>という5つのカテゴリーの観点から分析された。

統計ソフトはSPSSを用いた。

### 3) 結果

#### (1) 回収状況と回答者の背景（表1：回答者の基本情報）

114人からの回答があり、この114票を有効回答とした（回収率38.0%、有効票100.0%）。性別は女性112人、男性2人で、年齢は41～45歳未満が24人(21.1%)と最も多く、ついで31～35歳が21人、36～40歳が20人、46～50歳が18人であり、全体としては31歳～50歳の人が73%を占めていた。実務経験年数を病院など施設内経験と訪問看護（施設外）経験について分けて聞いた。その結果、病院など施設内での実務経験は、5～10年末満が35人(30.7%)、10～15年末満が33人(28.9%)で5～15年末満がほぼ6割を占め、平均とその標準偏差は $12.1 \pm 6.2$ 年であった。訪問看護の経験年数では、5年末満が59人(51.8%)と半数であり、平均は $9.9 \pm 5.0$ 年であった。職位は、スタッフ看護婦・士が93人と8割以上であり、管理職は18人であった。勤務形態では、常勤が71人(62.3%)、非常勤が42人(36.8%)であった。免許は、大多数107人(93.9%)が「看護婦免許」を有していた。「看護倫理に関する研修」を受けたことがある者は20人(17.5%)と少なかった。「看護婦の倫理規定」については「知っている」と「聞いた」をあわせた数に対して、「知らない」がほぼ同数であった。回答者の所属しているステーションの設置主体は、医師会立が最も多く40人(35.1%)、ついで医療法人立25人(21.9%)で、看護協会立と市町村立がそれぞれほぼ同数であった。

#### (2) 訪問看護婦の倫理的課題への経験と葛藤の実態

（表2：訪問看護婦の倫理的課題への経験とそれに対する悩みの状況）

##### ① 経験した倫理的課題の頻度

回答者56人(49.1%)が、19項目のうち10項目以上の倫理的課題を経験していた。また、半数以上の訪問看護婦が経験していた倫理的課題は10項目であった。「看護婦が、利用者にとって最善と判断しておこなったことが、本当に最善であったかどうかと考えたことがあった」は109人(95.6%)と最も多く、次いで、「利用者が家族から適切な世話を受けていないと看護婦が判断したことがあった」が102人(89.5%)、「利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最良として立案した看護方針が異なることがあった」は92人(80.7%)、「家族が、利用者の重大な決定をしなければならない場合、その決定について家

族から意見を求められて、看護婦としてどう答えてよいかわからないことがあった」は 81 人（71.1 %）、「主治医から病名を告知されていないために、治療について利用者自身が意志決定できないと判断されることがあった」は 78 人（68.9 %）、「利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共有しなければ利用者の問題を解決できないことがあった」は 76 人（68.7 %）、「利用者や家族の言動が、医師と看護婦に対して異なるために、医師・看護婦間で患者のアセスメントに食い違いが生じ、適切なケアが提供できなかつたことがあった」は 65 人（57.0 %）、「利用者が自宅での死を希望したにもかかわらず、家族の同意が得られず、実現できなかつたことがある」は 60 人（52.6 %）、「利用者や家族から卑わいな言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問を続けなければならないことがあった」は 59 人（51.8 %）、「無菌操作で用いる消毒物品や材料などが一般に十分には入手しにくい」は 58 人（50.8 %）であった。

## ② 経験した倫理的課題に対する悩みの状況

今回挙げた 19 項目の倫理的課題のうち、訪問看護婦一人あたり平均 9.4 項目に遭遇していた。そのうち「悩んだ」と答えた項目は 8.4 項目（86.8 %）であった。また全体（114 名）でみると、経験した倫理的課題全てに「悩む」と答えた方は 53 人（46.5 %）であった。逆に経験した全ての課題に関して「悩まない」と答えた方は 1 人であった。（なおこの対象者は経験した倫理的課題は 1 項目であった）。

また、経験した倫理的課題で「悩み」が低かった項目は「あなたに、看護・介護職の過失（例：湯たんぽによるなやけどなど）を、利用者がかばって秘密にしておくように求めたことがあった。」（33.3 %）、「経口摂取ができなくなり、胃への経管栄養に切り替わった時、利用者が経管栄養開始を拒んだことがある。」（74.4 %）、「利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共有しなければ、利用者の問題を解決できないことがあった。」（76.0 %）であった。

## ③ 値値の対立からみた倫理的課題の分類

訪問看護婦の遭遇した倫理的課題を、面接調査の結果で述べた「価値の対立」からの分類項目に沿って整理した。すなわち「利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況」を A、「利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況」を B、「同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況」を C、「利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況」を D、「その他」を E とし、表 2 に分類として記載した。

半数以上の訪問看護婦が遭遇した倫理的課題について見ると、A『利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』の分類では、倫理的課題の質問項目「家族が、利用者にとって最善と判断して行ったことが、本当に最善であったかどうかと考えたことがあった」、「利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最良として立案した看護方針が異なることがあった」、「利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共有しなければ利用者の問題を解決できないことがあった」の3項目が該当していた。B『利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』には、「利用者が家族から適切な世話を受けていないと看護婦が判断したことがあった」「家族が、利用者の重大な決定をしなければならない場合、その決定について家族から意見を求められて看護婦としてどう答えてよいかわからないことがあった」の2項目が該当していた。C『同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況』には「利用者や家族の言動が、医師と看護婦に対して異なるために、医師・看護婦間で患者のアセスメントに食い違いが生じ、適切なケアが提供できなかったことがあった」や「主治医から病名を告知されていないために、治療について利用者自身が意志決定できないと判断されることがあった」等が、D『利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況』には「利用者や家族から卑わいな言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問を続けなければならないことがあった」がそれぞれ該当していた。E『その他』として「衛生材料の調達に関する悩み」が該当した。

### (3) 訪問看護婦が経験した倫理的課題に関連する要因

(表3：倫理的課題の経験の関連要因1,2)

半数以上の訪問看護婦が遭遇していた10項目の質問（問4、10、3、5、2、6、14、7、13、9）について、回答者の個人特性や所属機関に関する要因との関連、即ち、訪問看護婦の年齢、施設内実務経験年数、施設外実務経験年数（保健婦経験年数含む）、職位、勤務形態、免許、所属しているステーションの設置主体種別による違いについて、統計的な検討を行った。

- ① 「家族が、利用者にとって最善と判断しておこなったことが、本当に最善であったかどうかと考えたことがあった」について

訪問看護婦の年齢、施設内実務経験年数、施設外実務経験年数（保健婦経験年数含む）、職位、免許、所属しているステーションの設置主体による、この倫理

的課題の経験の有無には有意な差は認められなかった。(勤務形態において差がみられた。)

②「利用者が家族から適切な世話を受けていないと看護婦が判断したことがあった」について

この倫理的課題では経験したことがあり・なしについて、施設外勤務年数の差がみられた。即ち、経験したことのある訪問看護婦の施設外実務経験年数の平均と標準偏差は、 $10.25 \pm 4.74$  年で、経験したことがない訪問看護婦では  $7.25 \pm 5.94$  年であり、有意な差が認められた。また、職位では管理職の 100 %がこの問題を経験していた。(スタッフとの間に有意な差はなかった。) 年齢、施設内実務経験年数、勤務形態、免許、設置主体による有意な差は認められなかった。

③「利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最良として立案した看護方針が異なることがあった」について

訪問看護婦の年齢、施設内実務経験年数によるこの問題の経験の有無には差は認められなかった。しかし、施設外実務経験年数、職位の違いによって経験に有意な差が認められた。施設外実務経験年数が長いほどこの問題に関する経験が有意に多かった。職位の違いでは、管理職者が全員経験していた。また、この問題の経験の有無に関し、勤務形態をみてみると、有意な差がみられ常勤者ほど経験していた。免許の違いでは、准看護婦に比べ、看護婦の方が経験が有意に多かった。

④「家族が、利用者の重大な決定をしなければならない場合、その決定について家族から意見を求められて看護婦としてどう答えてよいかわからないことがあった」について

訪問看護婦の年齢、施設内実務経験年数、施設外実務経験年数（保健婦経験年数含む）、職位、勤務形態、免許、所属しているステーションの設置主体による、この倫理的課題の経験の有無には有意な差は認められなかった。

⑤「主治医から病名を告知されていないために、治療について利用者自身が意志決定できないと判断されることがあった」について

この問題に関して、その経験の有無を職位でみると、管理職の全員が経験して

おり、スタッフに比べ有意な差がみられた。また施設外経験年数において有意な差が見られた。他、年齢、施設内経験年数、常勤・非常勤の勤務形態、看護婦・准看護婦の免許、所属ステーションの設置主体（医師会とそれ以外）による差は認められなかった。

⑥「利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共有しなければ利用者の問題を解決できないことがあった」について

この倫理的課題の経験の有無に関して、訪問看護婦の施設外実務経験年数によって有意な差がみられた。経験した群の平均と標準偏差は、 $10.67 \pm 5.23$  年で、経験したことがない訪問看護婦では  $8.37 \pm 4.07$  年であり、施設外実務年数が長いほどこの問題への経験があった。職位では多くの管理職がこの問題を経験していたが、スタッフとの間に有意な差は認められなかった。

⑦「利用者や家族の言動が、医師と看護婦に対して異なるために、医師・看護婦間で患者のアセスメントに食い違いが生じ、適切なケアが提供できなかつたことがあった」について

訪問看護婦の年齢、職位、施設内実務経験年数・施設外実務経験年数、勤務形態、免許、所属ステーションの設置主体によるこの問題の経験の有無には差は認められなかった。研修参加に関して有意な差がみられた。

⑧「利用者が自宅での死を希望していたにもかかわらず、家族の同意が得られず、実現できなかつたことがある。」について

訪問看護婦の年齢、施設内実務経験年数、勤務形態、免許、所属ステーションの設置主体によるこの問題の経験の有無には差は認められなかった。施設外実務経験年数および職位に関して有意な差がみられた。

⑨「利用者や家族から卑猥な言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問を続けなければならないことがあった」について

訪問看護婦の年齢群で、この問題の経験の有無には有意な差がみられた。その他の要因について検討したが、有意な差は認められなかった。

⑩ 「無菌操作で用いる消毒物品や材料などが一般に入手しにくい」について

訪問看護婦の年齢、職位、施設内実務経験年数、勤務形態、免許、所属ステーションの設置主体によるこの問題の経験の有無には差は認められなかった。施設外実務経験年数に関して有意な差がみられた。

## 4) 考察

### (1) 訪問看護婦が遭遇する倫理的課題について

質問項目19のうち、10項目は対象者の5割以上の者が体験しているという結果であった。他の項目でも3割を超えて経験している者が多く、看護職者は訪問活動において日常的に倫理的課題に遭遇していることが示唆された。

また、その問題状況において関係している人々の関係性、および価値対立という観点から分類した結果では、『利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』、『利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』という倫理的課題を経験している看護職者が多く、訪問看護婦は生活の中で行われる療養において、利用者や家族など複数の人々との価値観の中で揺れ動いている現状が推察できた。訪問看護において経験が多かった課題について考察する。

#### ① 生活の場で行われる訪問看護

調査項目の中で倫理的課題の経験の最も多かったものは、看護婦の思いと利用者や家族の意向とのズレであった。一つは、自分の看護方針と利用者や家族の意向との乖離である。

もう一つは、家族が行っていることが果たして利用者に最善であるのか、家族は利用者に適切な世話をしていないのではないか、ということであった。こうした多面的な価値が存在する状況、すなわち、自分の価値と他者の価値との対立の中でケア提供を行わなければならないことは、在宅のみならず看護の提供の在り方、看護教育の方向性について多くの示唆を含んでいる。

たとえば、看護教育は、病院看護をベースとしてきたが、近年では療養の場が施設内から在宅の場へと大きく広がってきた。平成9年度より厚生省の指定規則の変更により看護教育においても、新カリキュラムとして在宅看護論が位置づけられたが、病院での看護経験をもつ訪問看護婦は「在宅は難しい」という印象をもつようである。病院でさまざまな規則や制約の中で生活する患者を看護するのとは異なり、自宅で療養する利用者、家族の歴史、家族員個々の生活や価値観、など様々な事柄が交錯する中での看護実践である。何を優先し、何に価値を見出すのかを熟慮し、主人公である利用者と家族の決定を尊重し、相互に理解しあうところから始めなければならないということになる。このような看護のあり方を、今後の看護教育では強化してゆくことが求められよう。

さらに、利用者に関して重大な決定をしなければならない場合、家族から意見を求められることを調査対象者の 75 %が経験している。訪問看護の経験はもとより、一人の人間としての個人的な生き方や、姿勢の真髓までを問われる厳しさを、濃厚な人間関係の中で避けることができない実状が推測できる。

また、生活の場に入っていく訪問看護婦は、利用者や家族のプライベートな部分に関わることが多い。時には、他の家族にさえも秘密である事柄について相談を受ける場合もある。利用者と看護婦の二者関係のみで完結できるような事であればよいが、関係職種間で、その情報を共有したほうが利用者や家族にとってよい場合がある。今回の調査対象者の 68 %がこのようなプライバシーの保護に関する葛藤を経験していた。看護婦という役割を持った公人と、もう一方の自分という私人の二極で揺れ動く様子が示唆された。

## ② 医師との関係

多くの場合、利用者と家族にとって、療養生活を送る上で最も身近かな存在は、主治医と訪問看護婦であろう。今回の調査では、「利用者や家族の言動が医師と看護婦に対して異なるために、アセスメントに食い違いが生じ、適切なケアを提供できない」という体験をした者が過半数であった。利用者や家族にとって医師は頼れる存在であると同時に、医師の前では体裁を繕うという側面があることが考えられる。たとえば看護職者には「つらい。苦しい」と訴えていた利用者が、医師の前では笑顔で「なんともありません」などと、事実とは違う態度をとってしまうことがある。このような場合、看護職者は、結果として適切な治療やケアがスムーズに行われないことに葛藤を抱くことになる。このような場合は、医師とコミュニケーションをはかって連携をとりながら、利用者や家族に有効に働きかけることが重要となる。

しかし、本調査において、「治療に必要と考える利用者の状態を医師に報告したが、どのように対応されたか知らされなかった」という体験をした者が 4 割近くみられ、訪問看護でケアチームを組む医師とのコミュニケーションが十分とれていないと看護職者が感じていることが示唆された。看護婦が利用者と医師との調整に多大なエネルギーを要していることは他の研究においても報告されている。訪問看護の場合には、一人のケースに關係する人が限られた人数であることから、共働している医師との話し合いや学習の場を共有するなど、工夫することにより、この課題は容易に解決可能であるとも考えられる。ともあれ、医師・看護職者の関係は、利用者やその家族の利益のために最も重要であり、看護職者は医師と共に働くし、良質なケアを提供することが課題である。

### ③ 看護職者の活動環境

「利用者や家族から卑猥な言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問を続けなければならなかった」ことを経験した看護婦は 52.4 % であった。この経験との関連要因をみると、年齢において有意差が見られた。年齢の若い看護職者にこのような状況に遭遇した者が多く、年齢が若い看護職者に、利用者や家族の中には看護婦への対応をこのような形であらわすことがあると推測できる。また、看護婦ばかりでなく多くの介護職が経験していると考えられ、介護職講習の中でも事例検討として様々な角度から討論されているようであり、このようなセクシャルハラスメントと受け取れる言動や暴力に対して、どのように対処していくかは重要な課題であると考える。

#### （2）倫理的問題の経験、およびそれについて悩んだ経験との関連要因

全体的にみて、訪問看護婦の経験が長いほど倫理的問題に遭遇する経験が多いという結果であった（質問項目 NO10,3,6,14）。この結果は、訪問看護婦の経験が長いほど、多くの倫理的課題状況に出会うこと、経験を積むことにより困難な課題状況をまかされるためとも考えられる。

悩みの有無については、「利用者や家族から卑わいなことを…」の体験において悩んだ者と「倫理規定の周知」にのみ関連がみられた。倫理規定を知っていることを、「患者の尊厳や権利に関心がある」とするなら、この場合、他者の尊厳に関心をもつ者ほど、自分の尊厳にも敏感であると言えるかもしれない。

## 5) まとめ

訪問看護における倫理的問題を明らかにするために、訪問看護ステーションの訪問看護婦・士 114 人を対象に倫理的課題に関する自己記入式質問紙にて郵送による調査を行った。

その結果、以下のことが明らかになった。

1. 19 項目のうち 10 項目において、半数以上の対象者が倫理的課題を経験していたことから、看護職者は日常の訪問看護活動において倫理的課題に遭遇していることが示唆された。

2. 倫理的課題を経験した場合、その課題について悩んだかどうかについては、19 項目中 18 項目の課題について 70 % 以上の者が悩んでいた。

3. 5 つの倫理的課題の分類の中で、『利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』、『利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況』において、倫理的課題を経験している者が多かった。

4. 以上の結果から、訪問看護活動において、看護職者はしばしば倫理的課題に遭遇しており、ジレンマを抱いている者が多いことが示唆された。

本調査は、平成 11 年 4 月の介護保険実施の直前の 3 月に行われた。この時期、訪問看護ステーションは、どこも極めて多忙な状況であった。それにもかかわらず調査に協力して下さった対象者の皆様に心より感謝いたします。

表1. 回答者の基本情報

回収 114通

有効回答 114通

性別

女	男
112	2
98.2%	1.8%

年齢

	人数	%
30歳未満	15	13.2%
~35	20	17.5%
~40	21	18.4%
~45	24	21.1%
~50	18	15.8%
~55	7	6.1%
~60	4	3.5%
60歳以上	5	4.4%

	人数	%
35歳未満	35	30.7%
35~45歳未満	45	39.5%
45歳以上	34	29.8%

経験年数

	施設内	施設外
平均	12.1	9.9
SD	6.2	5.0
最小値	1	1
最大値	29	23
無回答	13	8

	施設内		施設外	
	人数	%	人数	%
5年未満	16	14.0%	59	51.8%
5~10未満	35	30.7%	30	26.3%
10~15未満	33	28.9%	12	10.5%
15~20未満	7	6.1%	5	4.4%
20~30未満	7	6.1%		
30年以上	3	2.6%		
無回答	13	11.4%	8	7.0%

職位

職員	人数	%
管理職	18	15.8%
スタッフ	93	81.6%
その他	2	1.8%
無回答	1	0.9%

勤務形態

	人数	%
常勤	71	62.3%
非常勤	42	36.8%
無回答	1	0.9%

免許

	人数	%
看護婦	107	93.9%
准看護婦	7	6.1%

研修

	人数	%
ある	20	17.5%
ない	93	81.6%
無回答	1	0.9%

倫理規定

	人数	%
知っている	16	14.0%
聞いた	44	38.6%
知らない	52	45.6%
無回答	2	1.8%

設置主体

	人数	%
市町村	11	9.6%
医療法人	25	21.9%
社会福祉	9	7.9%
医師会	40	35.1%
看護協会	13	11.4%
大臣認定	2	1.8%
その他	14	12.3%

表2. 訪問看護婦の倫理的課題の経験の状況

分類番号	問題	経験				経験した人のうち悩んだことの割合				分類 A 利用者の意向と看護職者の意向が違ったため看護職者が悩む状況 %
		あり %	なし %	無回答 %	%	あり %	なし %	無回答 %		
A 3	利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最も良いとして立案した看護方針が異なることがあった。	92 80.7%	20 17.5%	2 1.8%	89 96.7%	3 3.3%	0 0.0%	0 0.0%	A 利用者の意向と家族の意向が食い違つたため看護職者が悩む状況	
A 4	看護婦が利用者にとって最善と判断して行つたことが、本当に最善であったかどうかと考えたことがあった。	109 95.6%	3 2.6%	2 1.8%	108 99.1%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	B 利用者の意向と家族の意向が食い違つたため看護職者が悩む状況	
A 6	利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共に共有しなければ、利用者の問題を解決できないことがあった。	76 66.7%	37 32.5%	1 0.9%	57 75.0%	18 24.0%	1 1.0%	0 0.0%	C 同僚や他職種とのコミュニケーション不足により看護職者が悩む状況	
A 16	経口授取ができるくなり、胃への経管栄養を切り替わった時、利用者が経管栄養開始を相手だこことがある。	41 36.0%	73 64.0%	0 0.0%	29 71.0%	10 24.0%	2 5.0%	0 0.0%		
B 5	家族が利用者の重大な決定をしなければならない場合、その決定について家族から意見を求められて、看護婦としてどう答えてよいかわからなかった。	81 74.1%	31 27.2%	2 1.8%	79 97.5%	2 2.5%	0 0.0%	0 0.0%	D 利用者・家族と看護職者との関係性において看護職者が悩む状況	
B 7	利用者が自宅での死を希望したにもかかわらず、家族の同意を得られず、実現できなかつたことがある。	60 22.6%	52 45.6%	2 1.8%	54 90.0%	6 10.0%	0 0.0%	0 0.0%		
B 10	利用者が家族から適切な世話を受けていないと看護婦が判断したことがあった。	102 89.3%	12 10.5%	0 0.0%	94 92.0%	7 9.0%	1 1.0%	0 0.0%	E その他	
B 11	看護婦が家族に利用者の世話を強化するよう働きかけて、そのままに健康を害する等の問題が生じたことがある。	20 17.5%	92 80.7%	2 1.8%	18 90.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%		
C 8	急変時等で主治医の判断が必要な時に、主治医に連絡が取れず適切な処置ができなかつたことがある。	47 41.2%	66 57.9%	1 0.9%	42 89.0%	4 9.0%	1 2.0%	0 0.0%		
C 12	ケアチームのメンバー間で、不注意に利用者の秘密を話している人に気づいたことがある。	32 28.1%	80 70.2%	2 1.8%	26 81.3%	6 5.3%	0 0.0%	0 0.0%		
C 14	利用者や家族の行動が、医師と看護婦に対して異なるため、医師・看護婦間で患者のアセスメントの食い違いが生じ、適切なケアが提供できなかつたことがある。	65 67.4%	49 43.0%	0 0.0%	60 92.0%	4 84.2%	1 2.0%	0 0.0%		
C 17	あなたに、看護・介護職の過失（例：湯たんぽによるやけどなど）を、利用者ががくばつて絶密にしておくように求めたことがある。	3 2.6%	111 97.4%	0 0.0%	1 33.3%	2 1.8%	0 0.0%	0 0.0%		
C 18	治療に必要と考える利用者の状態を医師に報告したが、どのように対応されたか知らされなかつた。	42 36.8%	72 63.2%	0 0.0%	32 76.2%	8 19.1%	2 4.7%	0 0.0%		
C 1	利用者の施設入院（所）が必要になつた時、利用者に対し自分で自身で入院（所）先を決められるように、必要な情報を見出せなかつた。	42 36.8%	69 60.5%	3 2.7%	37 88.1%	5 11.9%	0 0.0%	0 0.0%		
C 2	主治医から病名を告知されないため、治療について利用者自身が意志決定できなかつた。	78 68.4%	34 29.8%	2 1.8%	77 98.7%	1 1.3%	0 0.0%	0 0.0%		
C 19	医師から説明を受ける必要があると思った時、看護婦が医師に、利用者や家族の説明を依頼したが応じてもらえないことがある。	44 38.6%	70 61.4%	0 0.0%	40 91.0%	3 8.0%	1 1.0%	0 0.0%		
D 13	利用者が家族から單獨な言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問をうけなければならぬことがあった。	17 14.9%	96 84.2%	1 0.9%	14 82.4%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%		
E 9	無菌操作で用いる消毒物品や材料などが一般に十分には入手しづらい。	58 50.2%	54 47.4%	2 1.8%	44 95.9%	14 24.1%	0 0.0%	0 0.0%	50%以上	

表3.倫理的課題の経験の関連要因1

関連要因	No. 1			No. 2			No. 3			No. 4					
	利用者の施設入院(所)が必要になつた時、利用者に対して、自分自身で入院(所)先を決められるように、必要な情報を提供できなかつた。			主治医から病名を告知されないために、治療につれて利用者が自身が意志決定できないと判断されることがあつた。			利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最善と判断して立案した看護方針が異なることがあつた。			看護婦が利用者にとって最善と判断して行ったことが、本当に最善であつたがどうかと考えたことがあつた。					
	人數まり	人數または平均値	検定統計量 確立	人數まり	人數または平均値	検定統計量 確立	人數まり	人數または平均値	検定統計量 確立	人數まり	人數または平均値	検定統計量 確立			
年齢	35歳未満 35～45歳未満 45歳以上	11 16 15	22 28 19	21 30 27	13 15 6	$\chi^2 = 0.895$ $p = 0.639$	21 30 27	13 15 6	$\chi^2 = 3.501$ $p = 0.174$	27 36 29	7 9 4	$\chi^2 = 1.054$ $p = 0.590$	34 44 31	0 1 2	$\chi^2 = 2.420$ $p = 0.298$
施設内実務経験年数	11.64±7.00	9.80±6.66	$p = 0.082$	10.69±6.97	9.59±6.37	$p = 0.477$	10.32±6.69	10.50±7.44	$p = 0.856$	10.26±6.50	13.33±15.28	$p = 0.897$			
施設外実務経験年数	5.57±4.67	4.91±3.97	$p = 0.575$	5.60±4.20	4.11±4.22	$p = 0.620$	5.54±4.19	3.52±4.16	$p = 0.007$	5.04±4.10	9.33±7.77	$p = 0.219$			
職位	管理者 スタッフ	9 33	9 57	18 58	0 33	$\chi^2 = 1.122$ $p = 0.303$	18 58	0 33	$\chi^2 = 9.362$ $p = 0.001$	18 72	0 19	$\chi^2 = 4.552$ $p = 0.038$	18 89	0 2	$\chi^2 = 0.403$ $p > 0.999$
勤務形態	常勤 非常勤	25 17	44 24	52 26	18 15	$\chi^2 = 0.298$ $p = 0.686$	52 26	18 15	$\chi^2 = 1.463$ $p = 0.283$	62 30	8 11	$\chi^2 = 4.323$ $p = 0.065$	70 38	0 3	$\chi^2 = 5.264$ $p = 0.048$
免許	看護婦 准看護婦	40 2	64 5	75 3	31 3	$\chi^2 = 0.273$ $p = 0.708$	75 3	31 3	$\chi^2 = 1.157$ $p = 0.366$	89 3	17 3	$\chi^2 = 4.465$ $p = 0.069$	103 6	3 0	$\chi^2 = 0.174$ $p > 0.999$
設置主体	医師会立 その他	16 26	24 45	25 53	15 19	$\chi^2 = 0.124$ $p = 0.839$	25 53	15 19	$\chi^2 = 1.502$ $p = 0.284$	33 59	7 13	$\chi^2 = 0.005$ $p > 0.999$	40 69	3 3	$\chi^2 = 1.713$ $p = 0.551$
研修	ある ない	7 35	13 35	17 60	3 31	$\chi^2 = 0.105$ $p = 0.804$	17 60	3 31	$\chi^2 = 2.805$ $p = 0.114$	19 72	1 19	$\chi^2 = 2.799$ $p = 0.117$	19 89	1 2	$\chi^2 = 0.490$ $p = 0.452$
倫理規定	知つていた 聞いた 知らない	6 17 18	10 27 31	14 31 31	2 13 19	$\chi^2 = 0.036$ $p = 0.982$	14 31 31	2 13 19	$\chi^2 = 3.755$ $p = 0.153$	14 37 39	2 7 11	$\chi^2 = 0.990$ $p = 0.610$	15 44 48	1 0 2	$\chi^2 = 2.287$ $p = 0.319$

問題要因	No. 5			No. 6			No. 7			No. 8		
	家族が利用者の重大な決定をしなければならぬ場合、その決定について家族から意見を求められて、看護師としてどう答えてよいかわからぬことがあった。			利用者が自宅での死を希望したにもかかわらず、家族の同意が得られず、実現できなかつたことがある。			急変時等で主治医の判断が必要な時に、主治医に連絡が取れず適切な処置ができなかつたことがある。					
	人數または平均値	検定統計量	確立	人數または平均値	検定統計量	確立	人數または平均値	検定統計量	確立	人數または平均値	検定統計量	確立
年齢	35歳未満 35～45歳未満 45歳以上	27 31 23	7 14 10	$\chi^2 = 1.232$ $p = 0.540$	20 31 25	15 13 9	$\chi^2 = 2.438$ $p = 0.296$	15 23 22	19 21 12	$\chi^2 = 2.946$ $p = 0.229$	11 19 17	23 26 17
施設内実務経験年数	9.87±6.36	11.84±7.86	$p = 0.292$	10.13±6.38	10.87±7.73	$p = 0.793$	11.44±7.40	9.15±5.86	$p = 0.191$	10.94±7.93	9.92±5.82	$p = 0.978$
施設外実務経験年数	5.24±4.13	5.81±4.47	$p = 0.649$	5.81±4.47	3.83±3.52	$p = 0.018$	6.51±4.56	3.64±3.32	$p = 0.0002$	6.06±4.29	4.54±4.13	$p = 0.01$
職位	管理者 スタッフ	15 64	3 27	$\chi^2 = 1.274$ $p = 0.388$	14 60	3 33	$\chi^2 = 2.077$ $p = 0.173$	16 42	2 49	$\chi^2 = 11.023$ $p = 0.001$	13 32	5 60
勤務形態	常勤 非常勤	51 30	19 11	$\chi^2 = 0.001$ $p > 0.999$	44 31	26 11	$\chi^2 = 1.423$ $p = 0.300$	41 19	30 21	$\chi^2 = 1.082$ $p = 0.327$	34 13	37 28
免許	看護婦 准看護婦	77 4	29 2	$\chi^2 = 0.101$ $p = 0.668$	70 6	36 1	$\chi^2 = 1.154$ $p = 0.423$	58 2	47 5	$\chi^2 = 1.876$ $p = 0.247$	44 3	62 4
設置主体	医師会立 その他	29 52	11 20	$\chi^2 = 0.001$ $p > 0.999$	28 48	11 26	$\chi^2 = 0.557$ $p = 0.530$	20 40	19 33	$\chi^2 = 0.126$ $p = 0.843$	15 32	25 41
研修	ある ない	15 65	5 26	$\chi^2 = 0.104$ $p > 0.999$	17 59	3 33	$\chi^2 = 3.281$ $p = 0.111$	16 44	4 48	$\chi^2 = 6.837$ $p = 0.012$	12 35	8 57
倫理規定	知っていた 聞いた 知らない	9 37 33	7 7 17	$\chi^2 = 6.027$ $p = 0.049$	11 35 29	5 9 22	$\chi^2 = 5.558$ $p = 0.062$	10 21 28	6 23 23	$\chi^2 = 1.144$ $p = 0.564$	6 17 23	10 27 28

関連要因	No. 9		No. 10		No. 11		No. 12	
	無菌操作で用いる消毒物品や材料などが一般に十分には入手しにくい。		利用者が家族から適切な世話を受けていないことと看護婦が判断したことがあった。		看護婦が家族に利用者の世話を強化するよう働きかけて、その家族に健康を害する等の問題が生じたことがある。		ケアチームのメンバー間で、不用意に利用者の秘密を話している人に気づいたことがある。	
	人數または平均値	経験なし	検定統計量 確立	人數または平均値 経験なし	検定統計量 確立	人數または平均値 経験なし	検定統計量 確立	人數または平均値 経験なし
年齢	35歳未満 35～45歳未満 45歳以上	17 24 17	16 21 17	$\chi^2 = 0.088$ $p = 0.957$	31 40 31	4 5 3	$\chi^2 = 0.151$ $p = 0.927$	9 5 6
施設内実務経験年数	10.15±6.62	10.63±7.04	$p = 0.915$	10.19±6.47	11.90±9.42	$p = 0.699$	11.12±8.97	10.22±6.34
施設外実務経験年数	6.10±4.74	4.22±3.45	$p = 0.036$	5.36±4.11	3.61±5.07	$p = 0.017$	4.74±4.14	5.23±4.30
職位	管理者 スタッフ	9 47	9 44	$\chi^2 = 0.016$ $p > 0.999$	18 82	0 11	$\chi^2 = 2.363$ $p = 0.206$	3 16
勤務形態	常勤 非常勤	34 23	36 18	$\chi^2 = 0.586$ $p = 0.555$	64 37	7 5	$\chi^2 = 0.116$ $p = 0.759$	12 8
免許	看護婦 准看護婦	57 1	48 6	$\chi^2 = 4.205$ $p = 0.055$	95 7	12 0	$\chi^2 = 0.877$ $p > 0.999$	19 1
設置主体	医師会立 その他	24 34	16 38	$\chi^2 = 1.682$ $p = 0.238$	39 63	1 11	$\chi^2 = 4.215$ $p = 0.054$	7 13
研修	ある ない	10 48	10 43	$\chi^2 = 0.050$ $p > 0.999$	18 83	2 10	$\chi^2 = 0.010$ $p > 0.999$	4 16
倫理規定	知つていた 聞いた 知らない	7 23 28	9 21 22	$\chi^2 = 0.736$ $p = 0.692$	14 41 45	2 3 7	$\chi^2 = 1.162$ $p = 0.559$	3 9 8

調査要因	No. 13		No. 14		No. 15		No. 16	
	利用者や家族から卑猥な言葉をいわれたり、不快な扱いを受けたことがある。		利用者と医師の方針が食い違っているとき、上級者などから利用者の立場よりも医師の立場を尊重するように求められたことがある。		経口摂取ができないなり胃への経管栄養に切り替わった時、利用者が経管栄養開始を拒んだことがある。		経口摂取ができるなり胃への経管栄養に切り替わった時、利用者が経管栄養開始を拒んだことがある。	
	人數	経験なし	人數	経験あり	人數	経験なし	人數	経験なし
年齢	35歳未満 35～45歳未満 45歳以上	20 28 11	15 17 23	$\chi^2 = 7.507$ $p = 0.023$	19 27 15	16 18 15	$\chi^2 = 0.288$ $p = 0.866$	2 9 6
施設内実務経験年数	9.04±4.66	11.75±8.23	p = 0.245	10.27±7.01	10.47±6.53	p = 0.742	11.57±8.13	10.14±6.55
施設外実務経験年数	5.38±4.07	4.94±4.44	p = 0.321	5.79±4.50	4.34±3.77	p = 0.065	6.03±5.15	5.01±4.07
職位	管理者 スタッフ	8 49	10 44	$\chi^2 = 0.410$ $p = 0.610$	14 44	12 82	$\chi^2 = 3.868$ $p = 0.068$	6 10
勤務形態	常勤 非常勤	38 21	33 21	$\chi^2 = 0.131$ $p = 0.846$	43 22	28 20	$\chi^2 = 0.723$ $p = 0.435$	12 5
免許	看護婦 准看護婦	56 3	51 4	$\chi^2 = 0.236$ $p = 0.710$	62 3	45 4	$\chi^2 = 0.610$ $p = 0.461$	15 2
設置主体	医師会立 その他	22 37	18 37	$\chi^2 = 0.260$ $p = 0.696$	24 41	16 33	$\chi^2 = 0.224$ $p = 0.695$	6 11
研修	ある ない	10 48	10 45	$\chi^2 = 0.017$ $p > 0.999$	16 48	4 45	$\chi^2 = 5.401$ $p = 0.025$	7 10
倫理規定	知っていた 聞いた 知らない	7 24 27	9 20 25	$\chi^2 = 0.548$ $p = 0.760$	11 25 27	5 19 25	$\chi^2 = 1.417$ $p = 0.492$	2 8 7

関連要因	No. 17		No. 18		No. 19	
	あなたに、看護・介護職の過失(例:湯たんぽによるなやけどなど)を、利用者がかばつて秘密にしておよくに求めたことがあつた。		治療に必要と考えられる利用者の状態を医師に報告したが、どのように対応されたか知らなかった。		医師から説明を受ける必要があると思った時、看護婦が医師に、利用者や家族への説明を依頼したが応じてもらえないことがあつた。	
	人數または平均値	検定統計量 確立	人數または平均値	検定統計量 確立	人數または平均値	検定統計量 確立
年齢						
35歳未満	1 0 2	34 45 32	13 14 15	22 31 19	10 17 17	25 28 17
35~45歳未満						
45歳以上						
施設内実務経験年数	20.67±11.02	10.04±6.44 p = 0.085	11.24±8.26	9.84±5.76 p = 0.966	10.80±7.66	10.07±6.18 p = 0.914
施設外実務経験年数	2.67±2.08	5.23±4.27 p = 0.286	5.48±3.74	4.97±4.54 p = 0.150	5.98±4.36	4.63±4.11 p = 0.030
職位						
管理者	2 1	16 92	10 32	8 61	9 34	9 59
スタッフ						
勤務形態						
常勤	2 1	69 41	28 14	43 28	30 14	41 28
非常勤						
免許						
看護婦	3 0	104 7	41 1	66 6	43 1	64 6
准看護婦						
設置主体						
医師会立	1 2	39 72	16 26	24 48	14 30	26 44
その他						
研修						
ある	0 3	20 90	10 31	10 62	9 35	11 58
ない						
倫理規定						
知つていた	1 0 1	15 44 51	6 16 18	10 28 34	7 17 20	9 27 32
聞いた						
知らない						



## V. 倫理的課題への対応モデル



## V. 倫理的課題への対応モデル

本研究では、面接調査および質問紙調査を通して、訪問看護婦・士は、日常の訪問看護活動において倫理的課題に遭遇していることが明らかになった。それらの倫理的課題は、<利用者の意向と看護職の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<同僚や他職種とのコミュニケーション不足のため看護職者が悩む状況>、<利用者や家族との関係性において看護職者が悩む状況>の4つに大別される。倫理的課題に遭遇した看護職者は、さまざまな対応を試み、自分なりに精一杯の努力を行う者が多いが、問題解決的な行動をとるまでには至らず、葛藤やジレンマを解消しないままに経験を積み重ねている傾向も示唆された。

そこで最初に、倫理を実践するための2つの基本モデルを作成した。それらは、倫理的意志決定能力を高めるための「倫理に関する教育モデル」、および組織的に倫理的課題を取り組むための「組織における倫理的実践モデル」である。

次に、本研究で明らかにされた倫理的課題状況における看護職者の対応モデルを作成することにした。ここで提示した9つのモデルは、看護職者が倫理的課題に直面した場合、どのように対応していったらよいのかを考える（検討する）際の手がかりとなることを目的としている。

### A. 倫理を実践するための基本モデル

モデル1：倫理に関する教育モデル

モデル2：組織における倫理的実践モデル

### B. 訪問看護における倫理的課題への対応モデル

モデル3：利用者が日常生活行動への援助を拒否している状況

モデル4：生命にかかる治療を利用者が拒否する状況

モデル5：利用者が秘密にしたい情報をチーム内で共有しなければならない状況

モデル6：利用者が家族から適切なケアを受けていない状況

モデル7：家族が利用者の生死にかかる決定をしなければならない状況

モデル8：自分が受けた事故を利用者自身が秘密にしておきたい状況

モデル9：病名を告知されていない利用者が医療に参加できないと思われる状況

モデル10：利用者がセクシュアルハラスメントと受け取れる言動をする状況

モデル11：利用者や家族から看護職者が暴力行為を受ける状況

## A. 倫理を実践するための基本モデル

倫理的課題に対応していくには、看護職者の倫理的判断（意思決定）能力を向上させること、組織全体の倫理実践システムを構築し、ひいては「利用者の権利を尊重する文化」を創造することの2つの側面からのアプローチが必要である。

### モデル1：倫理に関する教育モデル

(基本方針)

看護職者個々の倫理的意志決定能力の向上をはかる

※倫理的意志決定能力には、倫理的感受性と道徳的推論能力が関与し、その発達には知識と経験が必要とされる。倫理的感受性とは、価値や価値対立を認識する能力、道徳的推論能力とはある状況下で何をなすべきかを決定する能力である。



段階1：同僚グループによる学習会をもち、知的訓練を行う。

※一定のレベルに達するまで、看護倫理に関して適切な助言が得られる  
ような看護職者を助言者（アドバイザー）とする。  
この看護職者のスーパービジョンを受けながら学習を進める。

#### 1) 基本的知識として習得すべき内容

倫理理論、倫理的行動の基準（倫理綱領、など）  
意志決定モデル、患者の権利  
倫理を分析する基準、枠組みとなるもの

#### 2) ケースの分析

いくつかのケースを提示し、どのような価値対立が潜んでいるのか、  
どのような倫理的課題であるのか、等を分析する。一つの正解がある  
わけではないことを確認し、各自が自由に考えを述べ合い、学習を共  
有することにより、倫理的思索を深める。

段階2：知識を現象や実践に統合させることができるようになる。日常の業務の中で、倫理的課題を認識する能力（倫理的課題に気づく、倫理的課題かどうかを見分ける、など）、をもつことができる。

段階3：自分自身および他者の価値を認め、多様な価値を尊重する態度を身につける。「利用者に対して、一人の人間として尊重した行動をとれる」ための対策を考えることができるようになる。

## モデル2：組織における倫理的実践モデル

(基本方針)

訪問看護ステーションにおいて、看護職者が倫理的課題であると感じた時、そのことを取り上げ、問題解決的方向へ導くようなシステムを構築する。個々の看護職者が自分の感じている葛藤を訴える場を常にもち、それが単に個人レベルの問題解決に終わるのではなく、組織的に検討し、対応するという広がりをもつシステムである。



訪問看護ステーションが倫理的課題に組織的に取り組むシステムを有している。

段階1：

倫理的課題が生じ、対応が困難な場合、看護職者は所属施設に持ち帰り、施設内カンファレンスにおいて、管理者をはじめ、同僚たちとその問題について検討し、解決へ向けて対策を考える。立案した解決策を実行し、その結果の評価を行う。管理者は、カンファレンスで検討される事象が倫理的課題であるのかどうかを見極め、倫理的課題が含まれている場合は、その視点を明らかにし、スタッフに意識づけ、倫理的感受性を刺激し、倫理的観点から分析できるよう助言する。

段階2：

また、看護職が遭遇した倫理的課題に、他の職種が含まれる場合、管理職は、多職種が合同で行う施設外カンファレンス（ケア会議、など）で、その問題が倫理的観点から検討され、ケアチーム全体から利用者へ良質なケアが提供されるようにする。

## B. 訪問看護における倫理的課題への対応モデル

### モデル3：利用者が日常生活行動への援助を拒否している状況

これは、利用者の意向を看護職が受け入れ難く感じている状況である。具体的には、身体的機能訓練を必要とする利用者がそれを拒否している場合、あるいは身体の清潔（身体を拭く、口腔ケア）などの援助を拒否する場合、など。

看護職者は、利用者の自己決定を尊重したいのだが、一方、利用者の決定が身体的に害を与え、良くないことが明らかなので、ジレンマを抱いている。この状況には、自律の原則と善行・無害の原則が対立している。

↓  
(基本方針)

看護職は、自分の役割は、利用者が最も利益を得られるように支援することであること、利用者の意向を尊重したいと思っていることを伝え、そのことを利用者との間で共有しながら、ケアをすすめる。（契約の再確認）

↓  
(具体的行動)

#### <利用者に対する理解>

- 1) 利用者が自分の考え、感情、希望、意見、などを看護職に対して表現するよう支援する。利用者の態度を否定するような態度はとらず、まず利用者の考え方、思いに関心を示し、しっかり聞くと共に、利用者の価値観、信念を理解する。
- 2) 利用者の意向を、支援、かつ尊重することが第一優先であるという合意を、利用者と看護職間で形成する。

#### <看護職者の行動>

- 3) 看護職は、自分の考え方（専門的知識の提供）、自分の価値観について利用者に伝え、利用者が自分以外の人々の意見にも耳を傾け、自分を客観的にみることができるようになる。（看護専門職者として、利用者の意向にそった場合と看護職者の方針にそった両方のメリット、デメリットについて説明する。これは、利用者が傾聴する態度を示した時に行う）
- 4) 家族にも、利用者と同様な働きかけを行うが、決して自分の考えに賛同するよう強制はせず、家族の考え方を聞く姿勢をもつ。
- 5) 看護職者の方針に沿わなくても、看護職者は利用者の気持ちに关心をもち、快適に過ごせるよう支援しているという態度を持続する。

#### <代替え案の検討>

- 6) 利用者が快適に過ごすための方法を利用者・家族と一緒に考える。  
その場合は、看護職者は前もって代替え案をいくつか用意しておく。  
(例：特に身体機能訓練は行わないが、天気の良い日は散歩に行く、テレビを見る時は椅子に座って見る、など)
- 7) 自分が行ったケアの評価を行い、うまくいかなかった場合は別の方法を考える。

#### <サービス提供チームとの共働>

- 8) 施設のカンファレンスにかけ、または上司に相談するなどして、定期的にスーパービジョンを受ける。

## モデル4：生命にかかる治療を利用者が拒否する状況

これは、生命にかかる治療を拒否する利用者の意向に対し、健康状態の悪化を心配する看護職者がジレンマを抱く状況である。

具体例として、嚥下障害があり、ほとんど経口的な摂取は困難になった利用者がいる。意識レベルに問題はない。利用者は、食べ方を工夫しても誤嚥性肺炎を繰り返すため、主治医から経管栄養をすすめられたが、「管を入れるくらいなら、このまま死にたい」と訴える。



### (基本方針)

1. 利用者へ経管栄養について的確な説明が行われているか確認する。
2. 話し合いの中から利用者の生き方、人生の価値観について把握する。
3. 十分に考えた上で結論であれば、利用者の意思を尊重する。
4. 代替え案を提案してみる（例：一定期間の試みとする、など）。
5. 苦痛の緩和を行う。



### (具体的行動)

#### <利用者に対する理解>

- 1) 看護職者は、利用者が経管栄養について十分に理解しているか確認する。必要なら、理解が深まるように、繰り返し働きかけをする。
- 2) 看護職者は、共感的理解をもって利用者の思いや考えを十分に傾聴する。さらに関係性の中から、利用者の生き方や人生への価値観を理解する。  
(例：○○さん、これまで何を一番大切にしてこられたのですか。)  
また必要時、利用者が経管栄養で生活している他の利用者へのコンタクトをはかることを考える。  
(倫理面特にプライバシーについては十分に留意すること)
- 3) 利用者の家族関係については、十分に注目する。本人がこれからもなんとしても生きたいと考えていても、家族への遠慮から異なる方向を示すことも大いにあり得る。また反対に、本人は死にたいと考え、家族は患者がどのようにになっても生きてほしいという場合もある。  
必要なら、利用者の家族（キーパーソン）に会い、利用者・家族関係の調整役となる。

#### <看護職者の行動>

- 4) 利用者が結論に行き着くまでのプロセスに必要時参加して、本人が考えをまとめの手伝う。  
また利用者が自らの考えをまとめたり、主治医にそれをきちんと表明できるように支援する。
- 5) このような生命にかかる葛藤においては、利用者は決定までのプロセスに考えがゆらぎ、行きつ戻りつするのは当然である。結論を急がせず、熟慮する時間が持てるよう、またいつでも道の変更ができるなどを伝える。

#### <代替え案の検討>

- 6) 主治医や家族も含めて、利用者と経管栄養に代わる水分・栄養補給の方法を探る。  
また、いったん経管栄養を開始したとしても、いつでも変更・中止が可能であることを伝える。

#### <サービス提供チームとの共働>

- 7) 生きる意味に関連する重い課題なので、感性の優れた看護婦が対応し、看護婦が個人レベルで行き詰まることのないよう、チーム全体でサポートする。定期的に看護方法についてスーパービジョンを受ける。

## モデル5：利用者が秘密にしたい情報をチーム内で共有しなければならない状況

これは、「利用者の秘密は守らなければならないが、より良いケアのためにはチームとして情報を共有した方がよいと思い、他のスタッフに話してしまった」などということに対する看護職者のジレンマである。

この状況において、守られるはずの利用者の秘密・約束が、より良いケア提供のために、看護職者がスタッフと情報を共有化した結果、利用者の情報を守秘できなかつたと看護職者がジレンマを感じている。



### 基本方針

利用者やその家族は、自分達の秘密を守ってほしいという気持ちが強く、プライバシーが守られないことに対しては敏感に反応する。そのため看護職者は、どのような場合においても利用者やその家族の「秘密を守ってほしい」というニーズに対しては細心の注意をはらう必要がある。そこで、彼らの情報を専門職同士で共有化する場合は、その情報の共有が本当に必要であるのか十分に吟味し、実施にあたっては慎重に行うことが必要である。



### (具体的行動)

#### <利用者に対する理解>

- 1) 看護職者は、自分が得た利用者に関する様々な情報に対しては慎重な姿勢をもつことが基本である。情報の扱いには十分注意し、利用者や家族の人権を守ることが大切である。
- 2) 利用者や家族との関わりから得られた情報で、他のケアチームメンバーもその情報を知っておいた方がより良いケアを提供できると考えられた場合には、利用者や家族にそのことを伝え、具体的に説明する。
- 3) 他のメンバーに対する情報提供の了解を得たら、誰に、どのように情報が提供されるのか、詳細に説明し、内容について互いに確認する。

#### <看護職者の行動>

- 4) 利用者から「あなただけに…」とうち明けられた情報に関しては、より慎重に扱うこと。この時に利用者と自己との距離が適切であるのか十分に検討する。すなわち、巻き込まれすぎていないか、利用者を客観的に把握しているかなど、利用者と自己との関係について再度見直してみる必要がある。
- 5) 他のメンバーにその情報を提供したら、そのことを利用者および家族へ報告する。

#### <サービス提供チームとの共働>

- 5) 場合によっては、利用者と自己との関係性についてカンファレンスなどで検討してみることも考えると良い。
- 6) 3) で問題を感じた場合、自己の中で角度を変えて問い合わせてみる。必要ならスーパーバイズを受けることも良い。

## モデル6：利用者が家族から適切なケアを受けていない状況

これは、利用者が家族から、適切かつ十分なケアを受けていない状況である。具体例として、①清潔の援助が明らかに不足している、②利用者の在宅での死の希望に家族が反対している、などがある。

これらの状況には、利用者の利益と家族の負担という、両者の利益・不利益が対立し、善行・無害の原則が関与している。

↓  
(基本方針)

このような場合、家族が加害者であるという見方をしがちであるが、家族も利用者と同じように助けを必要としているところが大前提である。家族へのサポート体制をどのように整えるかということが、利用者に対して適切なケアを行うことにつながる。

↓  
(具体的行動)

### <利用者に対する理解>

- 1) 家族が看護職者に対して心を閉ざさないよう、家族と利用者の両方にケアを提供するという態度で臨む。
- 2) 家族が介護を行うのは、大変な重労働であり、心理的にも負担であるとわかっていることを言葉と態度で示し、家族が自分の辛さや苦労を看護職に表現しやすいようにする。必要時家族へのコンサルテーションを行う。

### <看護職者の行動>

- 3) 家族のプライドを傷つけないように、かつ非難するような態度はとらない。ただし、利用者の状態について、看護職者がきちんと把握していることは家族にもわかるようにする。  
たとえば、身体や寝間着が汚れている時は、さりげなくそのことを伝える。「風邪をひきましたか」などと自然な感じで、汚れている理由を尋ねる。清拭、寝間着の交換、入浴の介助、などを行う意思があることを伝え、率先して手伝う。人手が足りない場合は、ステーションから臨時に同僚または管理者に来てもらい、ケアを実施する。そうすることで、家族が周囲から助けを得ていると感じ、ステーション全体が組織として、利用者へ目配りをしていることを理解できるようにする。

### <代替え案の検討>

- 4) 家族から話を聴き、利用者・家族の反応を観察し、問題の所在がどこにあるかを探り、看護計画ケアに生かす。
- 5) 利用者及び家族と相談し、訪問看護、または介護職の訪問回数を増やす、など社会資源を導入し、家族の介護負担を軽減する。
- 6) 看護職者は、いつでも相談にのる用意があること、それが自分の役割であることを家族に伝え、家族が再認識できるようにする。

### <サービス提供チームとの共働>

- 7) 必要時、他職種と連携し、必要な情報や資源を得られるようにする。
- 8) 繼続的に注意深く観察し、施設内カンファレンスにかけ、上司に相談したりして看護方法のスーパービジョンを受ける。改善がみられない時は、ステーションの管理者へ報告する。→ 新たな対応が必要。

\*家族へ、訪問看護ステーションが提供している看護サービスの全容、福祉サービスの全容、について、パンフレット、等を活用して具体的に伝える。

## モデル7：家族が利用者の生死にかかわる決定をしなければならない状況

これは、生命維持にかかわる治療選択を自己決定できない利用者の代わりに、家族が意志決定する状況である。具体例として、末期で意識障害のある利用者（妻）が経口摂取が不可能となり経管栄養（胃瘻）が必要となった場合、家族（夫）は、果たして経管栄養を行うことが利用者にとって良いことかどうかというジレンマを抱える。看護職は家族から「どうすることが一番良いと思うか」と相談されることもあるが、責任もってどちらとは言えないでの、あいまいな答えをしてしまい、自分としてもすつきりしない。これは、生命にかかわることであり、どちらを選択しても、利用者にとって最善とは言ないので、判断が難しい。経管栄養を開始すれば延命はできるが、生活の質という視点でみると人間らしい生き方と言えるのかどうか悩む。開始しないと死期を早めることになる。この状況には、善行・無害の原則が関与している。

↓  
(基本方針)

この場合は、事前に利用者自身の意思がはっきりしていれば、利用者自身の意思が優先される。しかし、家族が決定する場合は、看護者は利用者にとってどうすることが最善であるのかを、家族が熟慮し、できるだけ納得して決定できるよう、家族を支援する役割を担う。看護者にとっても、回答は未知数であるので、家族を支援しながら、家族と共に考えることになる。

↓  
(具体的行動)

### <利用者に対する理解>

- 1) 夫の思いや考え方じっくり聞く。夫自身はどうした方がいいと思っているのか。  
もし、利用者の意識が清明であれば、どうしたいと思うだろうか、など。
- 2) 夫が選択（決定）に迷うのは当然であること、看護職者自身もどちらが利用者にとって良いのか判断するのは難しいことを伝える。どちらを選んでも、利用者にとって良くない可能性があるため、簡単に決められないこと、医療の専門職であろうと素人であろうと難しいこと、を説明（「生活の質」と「延命」という2つの価値が対立していること）する。  
※夫が胃瘻からの経管栄養を行わないと死へ近づくことに罪の意識をもっている場合は、生活の質という点では、経管栄養を行わないという行為は利用者にとって善となることもあり得ないわけではないことを説明する。

### <看護職者の行動>

- 3) 利用者のケアについて夫が負担と感じる、など利用者のケアに対して消極的な態度をとったり否定的なことを言ったとしても、それを受け止め、夫が自分の感情や考えを自由に表現できるようにかかわる。
- 4) このような生命にかかわるジレンマ状況では、決定までのプロセスには、考えがゆらぎ、ゆきつもどりつするのが当然であるので、結論を急がせることなく、熟慮する時間を持てるようにする。

### <代替え案の検討>

- 5) 2つの方法（胃瘻から栄養剤を注入した場合、しない場合）それぞれの場合、利用者と夫がどのような生活を送るかを具体的にイメージできるように説明する（情報の提供）。
- 6) 主治医を含めて、水分・栄養の補給について、他の方法を探る（点滴静脈注射）。

### <サービス提供チームとの共働>

- 6) 看護職者は、定期的に（1週間に1回）自分の看護方法についてスーパービジョンを受ける。

## モデル8：利用者が受けた事故を利用者自身が秘密にしておきたい状況

これは、利用者がケア提供チームのメンバーから受けた事故を秘密にしてほしいと看護職者に頼み、看護職者がジレンマを抱いている状況である。

具体例としては、利用者がケア提供チームメンバーの一人から湯タンポによる熱傷を受けた（無害の原則）などがある。この場合、同様な事故発生の予防策を検討する必要があるが（善行の原則）、利用者は事故のことを誰にも言わないでほしいと訪問看護婦へ要望する。公開した場合は事故を秘密にしたい利用者の要望（忠誠の原則）と、利用者が何らかの害を被る可能性もあることから（無害の原則）、看護職者がジレンマを感じている。

↓  
(基本方針)

ケア提供チームメンバーが害を負わせたことを他に言わないで欲しいという利用者の要望を守りつつ（秘守義務の遂行）、予防策を検討する。

熱傷を発見した看護職者は、「熱傷」という利用者の健康上の問題に対して対応する。熱傷の成因となったチームメンバーの是非を追求することはせず、「熱傷を負っていたという事実」をケアチームに情報提供し、チームとしての今後の予防策を検討する。

↓  
(具体的行動)

### ＜利用者に対する理解＞

- 1) 利用者が、自分が受けた事故を、なぜ看護職者に誰にも言わないでほしいと言うのか、その理由を理解する（かばいたい気持ち、遠慮、報復を恐れる気持ち、など複雑であることが予測される）。
- 2) 利用者が秘密にしておきたい気持ちを受け止めつつ、事故を起こした人を含めて、メンバー全員がより良いケアを提供したいと思っていること、利用者の方々は良いケアを受けたいという要求をもつことは当然であることを伝える。
- 3) 事故を起こした個人を責めることはしないが、その人を含めてメンバー全員が同じ事故を起こさぬよう注意する必要があること、そのためには、看護職者が発見した熱傷の事実はカンファレンスで取り上げ、事故の予防策について検討する必要があることを伝え、利用者の了承を得る。

### ＜看護職者の行動＞

- 4) 個人の過失を追求するのではなく、ケアチームカンファレンスにおいて、「熱傷を負っていたという事実」をケアチームに情報提供する。その際、ケアチームへ情報提供を行うこと、および情報提供の仕方について、事前に利用者から了解を得ておく。

### ＜ケア方法の検討＞

- 5) 利用者の病態に応じたケア方法（熱傷の性質、発生機序、およびそれを回避するためのケア方法）、発生時の対応法を検討し、チームメンバーが統一して実施できるようにする。
- 6) 利用者にケアチームでの検討結果（予防策、対応策）を伝える。

### ＜利用者サービス提供チームとの共働＞

- 7) 施設のカンファレンス、または上司である管理者に相談し、定期的にスーパービジョンを受ける。管理者は、他の医療職や介護職が合同で行う施設外カンファレンス（ケア会議など）で、その問題が検討され、ケアチームとして利用者へ良質なケアが提供されるようにする。

## モデル9：病名を告知されていない利用者が医療に参加できていないと思われる状況

これは、家族の意向で利用者が本当の病名や病状を医師から伝えられていない場合、利用者が医療に主体的に参加できているかどうかジレンマを抱く状況である。

具体例として、利用者が病名や病状を知らないために看護職者が最善と考える方法を行えない場合がある。看護職者は利用者にケアを行う際、適切かつ十分な説明、あるいは指導を行いたいと考えているが、利用者が真の病名を告げられていない場合は、それを実践しにくいことが多い。また、利用者自身が、「自分は癌ではないか」と、看護職者に問い合わせてきた場合、看護職者は答えに窮してしまうこともある状況である。

利用者本人に病名を知らせることについて、家族が悩んでいる場合が多い。

↓  
(基本方針)

- 1, 病名告知は医師の業務であるので、あくまでも看護職者はその方針を踏襲する。
- 2, 病名を告知しない家族その他の事情を十分に理解しておく。
- 3, 利用者の状況をよく洞察し、必要に応じて受け持ち医師や家族への情報提供を充分に行う。
- 4, 病名を告知しないことで、援助を必要としているのは、利用者及び家族、あるいはその両者である。それぞれの立場を理解するよう、話を聞き、相談にのれる体制を維持するようにする。

↓  
(具体的行動)

### <利用者と家族に対する理解>

- 1) なぜその利用者に病名告知をしないのか、家族の意向を十分に理解しておく。
- 2) 利用者が自分の病気をどのように認知しているか、その内容を十分理解し、それに沿った説明や指導内容を考慮して、利用者が無用な猜疑心を持たないようにする。

### <看護職者の行動>

- 3) 利用者が自分の病名を知りたがっている場合は、その状況を家族及び主治医に伝え、利用者にとっての最善を考えることができるような橋渡しができるように、つとめる。
- 4) 本人に病名を伝えること、伝えないことについて、家族の悩みや苦しみを聞く役割を果たすことができ、その家族にとって最善の意志決定ができるような相談役になる。

### <サービス提供チームとの共働>

- 5) 看護者自身も、この様な対応に限界を感じることが少なくない。自分自身がスーパー ビジョンを受けられる後方支援システムを確保しておくようにする。

## モデル10：利用者がセクシュアルハラスメントと受け取れる言動をする状況

これは利用者に対するケア実施場面で、訪問看護婦が利用者から直接的行動や言葉による性的いやがらせを受ける状況である。この様な場合、看護婦はそのことによって業務の遂行を妨げられるばかりか、自分自身の身体的安全を脅かされ、看護者自身の人権を侵害されるという心理的不快や脅威を感じる。しかし、相手が心身共に弱い立場である場合、実際には看護者の身体に及ぶ被害は少ないと考えられるので、看護者は、精神的な不快を我慢しつつ、必要なケアをやむなく行っている場合が多い。しかし、不快な相手に対するケアは、看護者自身が前向きに取り組むことが困難となり、十分な善を行えず悩んでいる状況である。また、一方ではこの様な利用者の行動は、さまざまな心理的ニーズの表現である場合も考えられ、看護職としての専門的判断による適切な対応が求められる状況である。

### 具体的事例

1. 入浴介助中に、看護婦が短パンでいたところ、利用者が脚に触ってきた。
2. 在宅酸素療法をしている高齢利用者。入浴介助の際、「看護婦さんも脱いで」といったり、卑猥なことを言ったりする。

↓  
(基本方針)

1. 性的言動が不快であることを相手に明確に伝え、曖昧な態度をとらない。
2. 相手の性的言動を誘発しないような予防的対策を講じる。
3. 実際に被害を受けた場合の対応について、各組織の対応システムを作成しておく。
4. 相手の行動が何を意味しているのか、単なる表面的な解釈のみではない相手の真のニーズを読みとる努力をする。

↓  
(具体的行動)

### <利用者に対する理解と看護職者の行動>

- 1) 相手の言動を洞察し、必要時、率直に当人のニーズを確認する。
- 2) 利用者の求める行為をリハビリケア動作等に取り込む。
- 3) 立ち会うことができる家族がいる場合は、家族のいるところでケアを実施し、必要な場合は家族にも、問題状況を理解してもらうように説明して協力を得る。

### <具体策の検討>

- 4) 利用者を刺激しないような服装にする（襟のつまつたもの、ズボンなど）。
- 5) 冗談として聞き流す等、相手を傷つけない明瞭な拒絶で、看護者の立場を理解してもらう。
- 6) 男性看護士が担当する。

### <サービス提供チームとの共働>

- 7) 担当看護婦の年齢を考慮し、経験の豊かなスタッフが対応するようなシステムを機能させる。
- 8) 一人で訪問しない工夫をし、他の看護婦やヘルパーさんなどの複数での訪問ができるよう工夫する。
- 9) 閉鎖的な環境での関わりを少なくするよう、外部からも訪問中であることが解るようにする。例えば、訪問中などにステーションとの連絡を行うなど。
- 10) 実際に被害を受けた場合について、組織単位の対処方法をあらかじめ作成しておく。個人的な解決法だけではなく、組織的な問題として解決してゆくことが効果的である。

## モデル11：利用者や家族から看護職者が暴力行為を受ける状況

これは、利用者自身や家族が、看護職者の訪問時に身体的危険性がある状況である。看護婦は実際の訪問を躊躇し、訪問時にはいつ身の安全を脅かされるかわからない危険性を感じながら利用者に接することになるので、充分な活動が行えず、業務遂行に不全感を感じたり、看護者としての役割を果たす権利が保証されない状況に置かれる。

### 具体的事例

1. 利用者の精神分裂病の息子が、訪問看護婦が来るのを、パンツを脱いで待っていた。
2. 利用者も介護をしている息子も精神分裂病。看護婦が行うケアに対し、利用者が「痛い」と言うと、介護者である息子が逆上して、看護婦に暴力を振るったり、「来るな」「帰れ」と言ったりする。



### (基本方針)

1. 十分なケアを行える体制をとり、一人での訪問をさける。
2. 暴力行為をする利用者、あるいは家族を自宅から連れだすなど、ケアを提供できる方法を考える。



### (具体的行動)

#### <利用者に対する理解と看護職者の行動>

- 1) できるだけ多方面から、このような家族についての情報を得、被害を受けない方策を利用者と共に考えることができるよう努力する。

#### <具体策の検討>

- 2) 他の看護婦や医師、ホームヘルパーなどと訪問時間を合わせて、ケアを計画するようにする。
- 3) 万一の場合に備えて、身の危険に及ぶ被害を受けそうになった場合の対策について、手順を決めておき、事態発生時にすぐに対応できるようにしておく。
- 4) 訪問前には必ず、ステーションに訪問開始を連絡し、万一のシステムがいつでも機能できるような体制で訪問を行う。
- 5) 可能であれば、利用者を外に連れだし、または他の施設を利用する方法を勘案して、在宅でのケアを最小限にする。

#### <サービス提供チームとの共働>

- 6) このようなケースは、できるだけカンファレンスで話し合い、チームで取り組むケースとして取り扱う。

## VI. 総 括

---



## VI. 総括

訪問看護においてさらに良質なケアを提供することを目的とし、訪問看護婦・士が日常業務の中で遭遇している倫理的課題を探り、その対応について検討した。2つの調査結果から明らかになったことは次の通りである。

### 1. 訪問看護において看護職者が遭遇する倫理的課題とその反応

訪問看護婦・士が日常業務において遭遇する倫理的課題は、<利用者の意向と看護職者の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<利用者の意向と家族の意向が食い違うため看護職者が悩む状況>、<同僚や他職種とのコミュニケーション不足のため看護職者が悩む状況>、<利用者や家族との関係性において看護職者が悩む状況>という4つのテーマに大別された。これらの倫理的課題は、利用者や家族への情報提供、利用者の自己決定、医師との関係性、など病院施設と共通のものもあったが、訪問看護に多くみられた問題があった。一つは、家族が利用者に及ぼす影響が大きいこと、もう一つは、医療職と福祉職を含む多職種との連携という問題である。

看護職者は利用者が家族から清潔の保持や褥創予防に適切なケアを受けていない状況で倫理的ジレンマを抱いていた。家族の介護負担がすでに大きいところに、さらに介護を強化するよう要請しなければならなかったからである。また、利用者が介護職から掃除や食事の適切なケアを受けていない場合、自分が調整役としての機能を果たせないことにジレンマを抱いていた。主治医との連絡調整にも葛藤を抱いており、多職種との連携は、その方法の在り方を模索している時期であることが推測された。

また、看護職者が最も頻回に倫理的ジレンマを抱いたのは、利用者の意向と看護職者の意向が異なる状況であった。利用者がケアを受けるのに消極的な場合、利用者の個別性を尊重し、自己決定を尊重しようと努めるが、看護職者は利用者の回復という点を重視するため、ジレンマを抱くことが明らかになった。

### 2. 倫理的課題に遭遇した場合の看護職者の対応

利用者へ適切なケアを行っていないと思われる家族への働きかけは、ジレンマを抱きつつも、一緒にケアを行ったり、手本を見せたり、家族をなんとか巻き込もうとする行動がとられていた。また、意識障害のある利用者では、家族が治療方針を決定する状況で、家族から意見を請われた看護職者は、大変困惑し自信のない中途半端な態度で接していた。

利用者の意向と看護職者の意向が拮抗している場合は、それが日常生活行動の援助の場合は、利用者の意志を尊重し、見守るという態度であった。しかし、生命にかかわる治療の選択について両者の意向が拮抗する場合は、看護職者は治療を受け入れない利用者の態度に強いジレンマを感じていた。

また、他職種、特に医師との関係では、報告しても具体的な回答が得られない場合、そのままにするなど、回避的な行動をとる者もいた。一方、直接医師を訪れ、利用者のケアについて積極的に医師とコミュニケーションをとり、利用者へ少しでも良質なケアを提供しようと努力する姿勢がみられた。

倫理的課題に遭遇した看護職者が一般にとっていた対応は、カンファレンスで検討する、上司に相談する、サービス提供チームメンバーに相談する、などであった。ただし、それが必ずしも問題解決へと結びついたわけではなく、成り行きを見守ったり、迷いつつも自分のできる範囲で精一杯利用者や家族に対して働きかけていた。しかし、自分のとった行動に自信をもったり、それが効果的であったと評価している者は少なかった。ほとんどの

看護職者の所属組織では、このような問題に組織的に対応するシステムはもっていなかつた。

### 3. 倫理的課題への対応モデル

倫理的課題に遭遇した場合、看護職者があいまいな行動や回避的行動をとるのは、看護の基礎教育において、問題解決へ向けて倫理的意志決定をどうおこなっていくかという学習が不足しているためであること、所属している組織がこれへの倫理的課題への対応システムをもっていないためであることが指摘されている。今回の調査でも、看護職者はあいまいな行動をとったり、自信をもたない対応をしていることが示唆され、また、所属組織が倫理的課題への対応システムをもっていないことが明らかになった。そこで今回は、2つの「倫理を実践するための基本モデル」と、9つの「訪問看護における倫理的課題に対する対応モデル」を作成し、倫理的課題に対する行動の指針を提示した。

# 訪問看護における倫理的課題とその対応モデル作成に関する研究

## 資料目次

資料1 調査表(フェースシート)

資料2 半構成式質問紙 訪問看護婦・士用

資料3 半構成式質問紙 管理職用

資料4 訪問看護倫理研 面接(スタッフ・管理職用) 分析用フォーマット

資料5 訪問看護倫理研 面接(管理職用) 分析用フォーマット

資料6 質問紙調査票

<資料1>

調査表(フェースシート)

ステーション名			職位	
氏名				
経験年数	医療施設内: ( ) 年 訪問看護: ( ) 年 その他( ): ( ) 年			
専門学歴(○をつけて下さい) ※複数回答可	①2年制専門学校    ②2年生短期大学    ③3年制専門学校 ④3年制短期大学    ⑤大学                  ⑥大学院 ( ) 年 卒業			
一般学歴(○をつけて下さい)	①高卒    ②専門学校    ③短大    ④大学    ⑤修士 ⑥博士    ⑦その他( )			
これまでに倫理に関する研修など受けたことがありますか。	(①ある、 ②ない) ↓ どのような内容でしたか。 ( )			
次の質問について 該当する番号を○で囲んでください。 ※管理者の方へ	1) 「看護婦の倫理規定」を知っていますか ①いいえ                      ②聞いたことがある ③その内容を大体知っている    ④その内容をよく知っている  2) 一般的な「倫理の原則」を知っていますか ①いいえ                      ②聞いたことがある ③その内容を大体知っている、 ④その内容をよく知っている			
ステーションの 特徴  ※管理者の方へ	設置母体			
	従事者 (看護職及び他職種の人数)			
	利用者 (人数・特徴など)			
	サービス内容			
	訪問平均回数(月間、年間)			
開設年月日 (名簿参照)				

<資料2>

半構成式質問紙

訪問看護婦・士用

1)倫理的問題に直面したことはありますか？

思いつくだけあげてみてください。

2)どのような点で倫理的でないと思いましたか？

(倫理的でないと考えた理由は？、あなたの人権に対する考え方は？)

3)その出来事はいつ・どこで・どのように起こりましたか？

4)それに対してどのように考えましたか？

(判断の根拠)

5)それにどのように対処しましたか？

(どこに・誰に相談したか？)

6)あなたがとった行動は妥当とお考えですか？

(妥当と思わない場合…どうすべきだったか？)

7)訪問看護婦・士の行動を倫理的にもっと高い水準にするために、今後必要と思われる事は何だと思いますか？(教育・組織・システムなど広域的に)

<資料3>

半構成式質問紙

管理職用

※訪問看護の経験のある管理者には、訪問看護婦・士用と管理職用の質問紙を用いて面接を行うが、その際、網掛けのある質問は省くことができる。

1) 訪問看護において倫理的問題があると思いますか。

どのような倫理的問題があると報告を受けていますか。

2) 倫理的問題について相談された場合、どのように対応(対処)していますか。

3) あなたがとられた対応(対処)は妥当とお考えですか。

4) あなたが、その訪問看護婦・士だったとしたら、どのような対処をした  
と思いますか。

5) 訪問看護婦・士の行動を倫理的にもっと高い水準にするために、今後必要と  
思われる事は何だと思いますか？(教育・組織・システムなど広域的に)

<資料4>

訪問看護倫理研 面接(スタッフ・管理職用)

分析用フォーマット

ステーション名	職位	年齢	倫理研修	倫理規定
		歳	①受 ②未受	①知っている②知らない

	内容	キーワード
その出来事の概略(登場人物・施設・内容)		
倫理的問題とした根拠		
その問題への関わり		
その問題に対する考え方		
訪問看護婦・士の行動を倫理的にもっと高い水準にするために今後求められること		
その他		

<資料5>

訪問看護倫理研 面接(管理職用)

分析用フォーマット

ステーション名	職位	年齢	倫理研修	倫理規定
		歳	①受 ②未受	①知っている②知らない

	内容	キーワード
倫理的問題について スタッフから相談された内容		
上記のときの対応		
上記対応の妥当性		
その他		

<資料6>

質問紙調査票

下記についてご記入ください

1) 性別 (①女・②男)

2) 年齢

- ①30歳未満    ②30～35歳    ③36～40歳    ④41～45歳  
⑤46～50歳    ⑥51～55歳    ⑦56～60歳    ⑧60歳以上

3) 経験年数

- A) 施設内(病院・特養施設など) ( )年間  
B) 施設外(訪問施設など) ( )年間

4) 職位

- ①管理職    ②常勤    ③非常勤    ④その他( )

5) 看護基礎教育修了後、看護倫理の研修を今まで受講されたことがありますか？

- ①ある    ②なし

6) 日本看護協会の「看護婦倫理規定」をご存じですか？

- ①知っている    ②聞いたことがある    ③知らない

7) あなたのステーションの設置主体は以下のどれですか？

- ①市町村等    ②医療法人    ③社会福祉法人    ④日本赤十字    ⑤厚生連  
⑥医師会    ⑦看護協会    ⑧大臣認定    ⑨その他( )

あなたのこれまでの訪問看護活動において、以下のような類似の場面に出会ったことがあるかどうか、お答えください。

1. 利用者の施設入院(所)が必要になった時、利用者に対して、自分自身で入院(所)先を決められるように、必要な情報を提供できなかつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

2. 主治医から病名を告知されていないために、治療について利用者自身が意志決定できないと判断されることがあつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

3. 利用者や家族が決定したことと、看護婦が利用者にとって最良として立案した看護方針が異なることがあつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

4. 看護婦が利用者にとって最善と判断して行ったことが、本当に最善であったかどうかと考えたことがあつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

5. 家族が、利用者の重大な決定をしなければならない場合、その決定について家族から意見を求められて、看護婦としてどう答えてよいかわからぬことがあつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

6. 利用者の秘密にしておきたいことを、チームメンバーと共有しなければ  
利用者の問題を解決できないことがあった。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

7. 利用者が自宅での死を希望したにもかかわらず、家族の同意が得られず、  
実現できなかつたことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

8. 急変時等で主治医の判断が必要なときに、主治医に連絡が取れず適切な  
処置ができなかつたことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

9. 無菌操作で用いる消毒物品や材料などが一般に十分には入手しにくい。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

10. 利用者が家族から適切な世話を受けていないと看護婦が判断したことが  
あつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

11. 看護婦が家族に利用者の世話を強化するように働きかけて、その家族に  
健康を害する等の問題が生じたことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

12. ケアチームのメンバー間で、不用意に利用者の秘密を話している人に気づいたことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

13. 利用者や家族から卑わいな言葉をいわれたり、不快な扱いを受けても訪問を続けなければならないことがあった。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

14. 利用者や家族の言動が、医師と看護婦に対して異なるために、医師・看護婦間で患者のアセスメントに食い違いが生じ、適切なケアが提供できなかつたことがあった。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

15. 利用者と医師の方針が食い違っているとき、上司などから利用者の立場よりも医師の立場を尊重するように求められたことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

16. 経口摂取ができなくなり胃への経管栄養に切り替わった時、利用者が経管栄養開始を拒んだことがある。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

17. あなたに、看護・介護職の過失(例:湯たんぽによるやけどなど)を、利用者がかばって秘密にしておくよう求めたことがあった。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

18. 治療に必要と考えられる利用者の状態を医師に報告したが、どのように対応されたか知らされなかつた。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

19. 医師からの説明を受ける必要があると思った時、看護婦が医師に、利用者や家族への説明を依頼したが応じてもらえないことがあった。

1, あつた 2, ない

そのことについて悩んだことがある

1, はい 2, いいえ

ご協力ありがとうございました。この調査に関してご意見等ございましたら、以下にお書きくださいようお願ひいたします。



**平成11年度厚生省老人保健事業推進費等助成金  
(老人保健健康増進等事業)**

---

介護保険制度下における訪問看護サービスの質の評価・向上に関する研究報告書

**訪問看護における倫理的課題と  
その対応モデル作成に関する研究**

---

平成12年3月

発 行 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022東京都新宿区新宿1-3-8

YKB新宿御苑ビル1001

☎ 03-3351-5898(FAX兼用)

---

印 刷 株式会社 厚生出版社

---





