

第1章 序論

I 研究の背景

リエゾン (liaison) とは、「つなぐ、連携する、橋渡しをする」という意味がある。リエゾン精神看護は、精神領域の専門家として、一般科における包括的で質の高いケアを提供することを目指す (野末, 2004)。リエゾン精神看護学は、欧米においてコンサルテーション・リエゾン精神医学に続くかたちで発展してきた。米国では 1970 年にはリエゾン精神看護専門看護師の認定制度が始まり、精神看護領域でも Clinical nurse specialist の役割が注目され、活動するようになった (宇佐美, 2003 ; 野末, 2004)。日本の看護教育においてリエゾン精神看護についての教育が始まったのは、1983 年聖路加看護大学大学院精神看護学専攻においてである。さらに、1996 年から日本看護協会による専門看護師認定制度が開始され、精神看護分野の専門看護師 (以下 CNS : Certified nurse specialist) の認定が始まり、リエゾン精神看護は精神看護領域のサブスペシャリティとして位置づけられた。日本における CNS の役割・機能の 1 つとして“倫理調整”があり、リエゾン精神看護専門看護師においても任された使命である。倫理調整は、多様化した医療と複雑な状況、価値の相違から生じる倫理的な悩みについて、臨床看護師、看護管理者、医師、他職種種のチームで解決に向かっていく過程を調整している (北村, 2008)。

近年の医学や医療技術の進歩・高度化はわれわれに多大な恩恵をもたらし、その結果、多くの患者の命が救われるようになり、人の寿命も延びてきた (厚生労働省, 2011)。また、1960 年代以降のアメリカにおける患者への事前情報提供をめぐる裁判で、医療におけるインフォームド・コンセントが確立した (前田, 2005)。そして、「患者のためによりことを医療者が決める」というパターナリズムはもはや通用しなくなった。こうした時代の流れの中、米国看護師協会 (ANA) は、1950 年に世界で最初に倫理綱領を定めた。そして、国際看護師協会 (ICN) では 1953 年に最初の倫理綱領を発表し、1973 年の改定で、「ナースの第一職責は、看護を必要とする人々に対するものである」と明記し、従来の医師への従属を転換し、患者中心の姿勢を明確にした。一方、日本における倫理への関心は低調で、日本看護協会が 1988 年に初めて「看護師の倫理規定」発表した。それ以来、医療の高度化・複雑化、国民の医療に対する権利意識の高まりなどに伴い、看護専門職を取り巻く状況は大きく変化し、多くの複雑かつ困難な倫理的問題に直面するようになった。その後、医療と社会の変化や ICN の倫理綱領改定などを受け、2003 年に現在の「看護師

の倫理綱領」が公表された。前文には、ICN の前文でもあげられているように、看護は、健康の保持増進、疾病を予防し、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期までその人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている（日本看護協会，2003）。2004 年には「看護研究における倫理指針」が公表され、医療現場において急速に看護倫理に関する整備がなされてきた（日本看護系大学協議会，2004）。そして 2004 年、CNS の役割としても倫理調整が追加され（日本看護協会，2004）、今まで CNS の機能の 1 つである“調整”の中で行われていたであろうことが、倫理的観点からその役割を遂行するという「倫理調整」が求められるようになった。リエゾン精神看護 CNS の対象は、医療スタッフへの攻撃や強い批判により看護者がケアが提供しづらくなっている患者、身体疾患をもちながら一時的に不適応状態や不安・抑うつ状態が強くなっている患者、また病状やセルフケアが不安定で長期入院になっている患者やその家族、それを取り巻く様々な環境である。こういった複雑な状態であるため、患者の自律に関わることや、看護師として有効なケアを見出すことは困難なこともあり、倫理的問題や葛藤も生じやすい。そのため、リエゾン精神看護 CNS にも倫理調整の役割・機能が大いに求められている。

II 文献検討

1. 看護師の倫理

倫理とは、何かをするにあたりそれが正しいことか否か、あるいは何が人間として行つて良いことか悪いことかを検討することである（Fry et al, 2008）。看護倫理とは、日本看護協会が出している看護白書によれば、「看護実践において正しいことは何か、どうすることがよいことなのか、看護者として何をなすべきかを問い、これに答える営み」と定義されている（高田，2008）。すべての看護活動には倫理的な側面がある（清水，1999）といわれるように、看護と倫理には密接な関係がある。

2. 看護の倫理原則

看護実践において重要な倫理原則として以下の 5 つがあげられている（Fry et al, 2008）。倫理原則は道徳的意思決定や道徳的行為を導き、専門職の実践の道徳的判断形成の中心となる。それらはある種のやるべき行為、あるいはやってはならない行為を主張し、患者ケア時によく用いられる規則の正当性を明らかにするのに使われる。

1) 善行と無害

看護や医療において倫理的実践の基礎となっている 2 つの原則は善行（*beneficence*：良いことを行う義務）と無害（*nonmaleficence*：害を回避する義務）である。これらの原則を踏まえての行為は、他者が利益を得られるように支援し、福利や尊厳を積極的に推進することであり、患者に害が加わることのリスクを防いだり減らしたりする行動につながる。

2) 正義

看護師はケアしている患者にとって適正かつ公平なヘルスケア資源の配分とは何かを決定しなければならない。ある人が他者よりも大きなヘルスニーズを持っているときは、その人は多量のヘルスケア資源を得ることができなければならない。

3) 自律

倫理原則の自律は、人にはみずから選択した計画にそって自分自身の行動を決定する自由があるとしている。これは自己決定できる個人を尊重するものである。人を自律した個人として尊重することは個人的な価値観や信念を基本に彼らの選択を認めることである。

4) 誠実

誠実の原則は、真実を告げる、嘘を言わない、あるいは他者をだまさない義務と定義される。人には真実を告げられる権利や、嘘を言われたり、だまされたりしない権利がある。看護師は文化的に適切な方法で、正直である必要がある。すべての文化において真実告知は文化的に熟知した方法で行わなければならない、とても複雑な課題である。

5) 忠誠

忠誠の原則は人がコミットメントしたことに対して誠実であり続ける義務として定義される。忠誠の範囲に通常含まれるコミットメントは患者と看護師の信頼関係に内在する義務である。守秘義務や約束を守ることなどがそれである。

3. 看護における倫理的問題

臨床では、倫理原則自体が対立し合うことも少なくなく、むしろ、さまざまな価値が対立し合うことが当然であり、多くの看護師が倫理的ジレンマや価値の対立状況の中で困惑したり、葛藤したりしている。

Lo (2003) は倫理的ジレンマとは、「相反する 2 つの倫理的根拠があって、その根拠に優劣をつけがたい場合、そのどちらかを選択するべきかに悩む状況」と定義している。看護を含む医療においては、倫理原則が対立する倫理的ジレンマと呼ばれるような状況が起こることが明らかとなっている (片田, 1999)。しかし、実践で遭遇する問題はそれだけでなく、個人的な都合や面子などの、道徳に関係ない価値がかかわることも多い (Fry, 1989) ので、必ずしも倫理原則の対立だけが倫理的ジレンマを示すわけではない。倫理的問題には常に道徳的価値と他の価値 (道徳と非道徳) との対立が含まれる。

看護実践の中で経験される倫理的問題として、次の 3 つのタイプが挙げられている。その状況の道徳的問題について不確かな場合である“道徳的不確かさ”、2 つ以上の倫理原則が相矛盾して関わっている場合である“倫理的ジレンマ”、正しい行為を知っているが、それが実行できない場合である“道徳的悩み”である (Fry et al, 2008)。

看護師の倫理的問題、倫理的ジレンマについて言及した文献として、日本看護協会では、看護師実態調査の一環として看護師が直面する看護倫理上の悩みに関する調査 (日本看護協会, 1999) を行っている。看護師が一番悩むのは「自分の能力を超える仕事をしなければならない時」であり、また一番直面するのは「医師の指示が対象者にとって最善ではないと思いながら従わなくてはならない時」であった。このような悩みに対して、第 3 者に相談する・関係者と話し合う・文献を読むという対処方法が上位を占めていた。また、渡辺ら (1997) は、保健・医療・福祉の 5 つの専門職 (医師、看護師、言語聴覚士、地域のソーシャルワーカー、病院のソーシャルワーカー) の倫理的ジレンマについて事例をもとに比較調査した。その結果、医師と看護師は他の専門職に比べて倫理的判断および倫理的ジレンマへの対処方法が最も大きく異なっていた。医師と看護師は患者中心という同じ姿勢を持った医療者でありながらお互いに合意できないことが多く、その根底には両者のコミュニケーション不足が潜んでいることが示唆された。

日本において看護の立場から倫理的ジレンマについて言及した研究論文は少ない (濱田ら, 2006) とされるが、現場の看護師をはじめ医療スタッフは、悩みやジレンマ、困惑の中、倫理的判断を迫られている現状がある。

4. 日本におけるリエゾン精神看護専門看護師の倫理調整

LN の倫理調整機能について、身体拘束やインフォームドコンセントがなされていないもしくは不十分な場合、患者・家族の判断能力に問題があるが状況が切迫して意思決定を迫られる場合、人としての尊厳を尊重されない不十分な情報提供や選択肢の提供など看護・治療に関する倫理的問題が生じた時の倫理的調整機能（宇佐美，2010）とされている。リエゾン精神領域における倫理調整の事例紹介はあるが、倫理調整については、“高度看護実践家”が行う機能として記載されている（武用，2009）。病名告知がされないままがん化学療法を開始される患者に倫理的問題を感じている看護師に LN が介入し、問題解決のプロセスを解説したもの（鈴木，2010）、患者を看取る看護師へのケアについて、LN 介入事例を紹介しながら、看護師の倫理観について述べたもの（福田，2007）があるが、いずれも、看護師が抱える倫理的問題の解決のプロセスから、看護師の倫理的問題解決への示唆を述べており、LN の倫理調整に焦点が当てられた内容については記述されていない。

精神看護 CNS による直接ケアに焦点をあてた調査研究（福田ら，2004）では、精神看護 CNS の介入の成果として、患者に見られた変化として「患者自身による意思決定、およびその人なりの困難状況の克服」があり、これは倫理原則では患者の“自律”が守られたことになる。また、看護師に見られた変化として「患者ケアへの知識・理解が深まり、ケアの幅が広がった」ことがあり、これはより患者が利益を得られるように支援できるようになったという点では“善行と無害”が守られたことになる。このように、LN の成果があげられている研究の中にも、“倫理調整”の意味が含まれているものがあると思われる。他の問題の中に倫理的問題が含まれていることはあるが、倫理調整を主題として述べられているものはない。

5. 国外におけるリエゾン精神看護の領域における倫理調整

国際的に規定されている Advanced Practice Nurse（以下、APN）の能力として、米国看護師協会が関連団体との間でコンセンサス（ANA 高度実践コンセンサス合同グループ）を得て、APN の核となる能力として、6 つの能力を示している。すなわち、①熟練した教育指導能力、②コンサルタントとしての能力、③研究の能力、④臨床の専門性や組織内でのリーダーシップ、⑤調整能力、⑥倫理的意思決定能力である（Hamric，2009）。ここでの倫理的意思決定能力とは、道德問題の同定、検討、解決において特に

重要である。APN は、道徳的問題の解決、倫理的実践環境をつくること、大きなヘルスケアシステムにおいて社会的公正を推進することにおいて、リーダーとなることが期待されている (Hamric et al, 2009)。日本でいう“倫理調整”は APN の役割・機能の中の 1 つとして位置づけられているのに対し、国外の APN は必要な能力の 1 つとして“倫理的意思決定能力”が位置づけられ、それは、どのような役割・機能を果たす時でも常に発揮させる能力と思われる。

LN に特化した倫理調整としては、LN は 3 つの主な機能を持ち、苦悩やグループ内での葛藤が含まれる状況において、コンサルテーション、教育、治療的介入を行う (Fife, 1986)とされており、これは、倫理調整だけを述べているのではなく、やはり倫理的意思決定能力を持ち合わせた上で、葛藤が生じる状況の問題解決にあたるとされている。

福宮 (2009) による国外におけるリエゾン精神看護の有用性に関する報告では、“倫理調整”機能に焦点をあてた研究は見当たらなかった。倫理調整は、より捉えどころの難しさをはらんでおり、医療の倫理に関する研究自体が少ないことが指摘されている (鶴若, 2007)。

III 研究の意義

本研究は、リエゾン精神看護の領域における倫理調整が示されている海外における先行研究のレビューを行い、倫理調整に対するリエゾン精神看護のニーズ、役割・機能について検討することで、倫理調整を行う際の活動の指針を確立するための一助となると考える。

IV 研究の目的

本研究の目的は、リエゾン精神看護が関わる倫理的問題における調整機能が示されている海外の先行研究から、効果的な調整機能について抽出、統合し、リエゾン精神看護に求められる役割・機能に関する示唆を得ることである。

V 用語の定義

1. 倫理的問題

人間の生命、自由、自己決定、福利、安寧に関する、人として尊重すべきことに関する道徳的価値と他の価値（道徳と非道徳）との対立が起こること。また、何かをするにあたりそれが正しいことか否か、あるいは何が人間として行って良いことか悪いことかを問われる事象にあたること。

2. 倫理的葛藤

相反する 2 つ以上の倫理的根拠があつて、その根拠に優劣をつけがたい場合、そのどちらかを選択するべきかに悩む状況にあたること。

3. 倫理調整

直接ケア、コンサルテーションなどを行いながら、患者の置かれている状況や状態のアセスメント、患者を取り巻く家族・看護師・医療者との関係、看護師の力量、医療チームの力量を把握したうえで、どこを修正して支援すれば患者にとって最も意味のある調整になるかを考え、意図的に介入するという調整機能を、倫理的観点から実施し、個人、家族および集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決を図ること。

4. リエゾン精神看護を行う者（LN ; Liaison nurse）

本研究における LN とは、直接ケア、コンサルテーション（間接ケア）、連携・調整、看護師のメンタルヘルス支援、教育、研究といったリエゾン精神看護の機能を果たした看護師とし、専門分野の資格認定は問わないこととした。その理由として、多くの文献において資格認定の記述がなかったため、また、国や州によって資格認定の内容が異なる場合があるためである。

第2章 研究方法

I 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、リエゾン精神看護専門看護師が関わる倫理調整が示されている海外の先行研究から、LN の関わる倫理的問題の背景、LN による効果的な調整機能について抽出することを目的とした文献レビューである。

2. 文献検索の方法

1) 検索語、及び検索式の設定

PubMed (1940 年代半ば–2011) ,PsycINFO (1806–2011) ,CINAHL (1937–2011) の3つの電子データベースを用いた。検索語は次のように設定し、2011 年 11 月に検索を行った。倫理調整のみ記述されている論文は少ないため、選択肢を広げるために、

(psychiatric nursing OR psychiatric nurse OR mental health nursing OR mental health nurse) AND (liaison)で検索を行った。

2) 文献の選択基準

得られた文献のうち、研究目的に沿った情報が記載されていると判断した文献を分析対象として選定した。選定条件は以下の5つすべてを満たすこととした。

- (1) LN によって患者・家族や医療者に倫理調整が行われている研究であること
- (2) 倫理的問題の状況、背景が記載されていること
- (3) LN が行った倫理調整の内容が記されていること
- (4) LN の介入によってもたらされた医療者の変化と患者・家族のアウトカムが記されていること
- (5) 編集、短報、会議録でないこと

3. 分析方法

1) 記述内容の抽出

分析対象として選定した文献の概要と、LN の倫理調整に対する役割・機能に関する情報（発行年、発行国、著者、題目、介入者の職種、LN が介入した場所、研究デザイ

ン)を全て抽出した。同時に、「倫理的問題において前景化している問題」「問題が明らかになった経緯」「LNの問題状況に対するアセスメントあるいは解釈」「明確になった倫理的問題」「倫理的問題に対するLNの介入内容」「結果」に関する情報を抽出し、表を作成した。この際に、本文の文脈の意味を損なわないよう、また、著者の意に沿うよう配慮して翻訳し、できるだけ本文の文章の中で使われている表現を用いて行った。

2) 抽出した記述内容の要約

分析対象とした文献の倫理的問題の中心となる人物、誰を対象に倫理調整を行ったのか、誰がどのような立場で倫理調整を行ったのかを記述した。

3) 記述内容の統合

倫理的問題を検討するにあたって、国際看護師協会（ICN）は、4つのステップからなるモデルを提案している（小西，2007）。これは、倫理的問題に直面した時、問題を秩序立てて考え、倫理にかなった判断をし、そしてそれに基づいて行動することを助けるための倫理的意思決定モデルである。ケースの倫理的問題とLNの役割・機能について、このモデルの考えに基づいて分析した。

[ステップ1：問題の明確化]

全体のストーリーを記述し、その状況にかかわる人たち、および看護上の問題点を明確にする。

[ステップ2：問題の分析・整理]

状況に関わりのある人を列挙し、各人が大切にしている価値や思いを整理する。その中から、看護者として第一義的な責任をとるべき対象を選択する。

[ステップ3：判断]

看護者の行動の選択肢を列挙し、その行動を取った場合にどうなるかを考える。

[ステップ4：行動の選択]

行動の選択肢を決め、それをどのように試すのかを決める。ステップ2で明記した「ナースの第一義的な責任の対象」にとって最善と思われる行動を選択する。とるべき行動を選択したら、次に「その行動をどのようにするか」を考える。人間関係の中では、「何をなすか」よりも、「どのような思い、態度、雰囲気をもってそれをなすか」

がきわめて重要な鍵になることが多い。

(1) 倫理的問題の概要

4 ステップモデルの[ステップ 1：問題の明確化]、[ステップ 2：問題の分析・整理]の手順で分析し記述した。

分析対象とした文献の前景化している問題、問題が明らかになった経緯、LN の問題状況に対するアセスメントを記述し、LN のアセスメント結果、明確になった倫理的問題を記述した。

(2) 倫理的問題に対する LN の介入内容

4 ステップモデルの[ステップ 3：判断]、[ステップ 4：行動の選択] の手順で分析し記述した。

それぞれの文献で抽出された「LN の役割・機能」に焦点を当て、それらを説明するために、以下の手順で記述内容を統合した。

- ①明確になった倫理的問題が類似しているものをパターンに分け、パターンごとに倫理的問題の内容が分かるように記述した。
- ②その中で、倫理原則を指針とした LN の介入に分類した。
- ③分類された倫理的問題のパターンごとに、LN が行った介入について記述していき、共通した介入の特徴に分類した。この時、筆者の判断や嗜好が加わって本文に書かれている内容と異ならないよう十分注意しながら、また、スーパーバイズを受けながら、幾度も確認を行った。

第3章 結果

I 文献検索の結果

検索を行った結果 490 件の論文が抽出された。

明らかな LN の倫理調整や倫理的意思決定の成果についての研究はなく、検索していく中で、事例研究で、倫理調整と思われる内容の介入が見つかった。先にも述べたように、倫理は捉えどころが難しく、それぞれの研究テーマの目的には含まれないが、LN が意図的に倫理調整を行っていることも考えられる。そこで、case study または care report に絞ると 63 件が抽出され、そのうち LN が介入したものが 27 件あった。最終的に、11 件の文献中、13 ケースを分析対象とした。また、本研究の分析対象としなかった文献は以下の理由により不採用と判断した。

- 1) LN の患者・家族と医療者への関わりが記されていないもの
- 2) 倫理的問題の状況や背景が記されていないもの

II 対象文献の概要

分析対象とした 13 ケースの概要を（表 1）に示す。

対象文献の出版年は 1979 年から 2000 年であった。

取り扱われていた倫理的問題は、患者の意思決定に関するものが 2 ケース、文化・宗教的価値に関するものが 2 ケース、意思表示できない患者の家族の意思決定に関するものが 1 ケース、苦痛の緩和に関するものが 2 ケース、精神疾患が関与したものが 2 ケース、専門的で適切なケアが不足しているものが 1 ケース、医療処置行為の拒否に関するものが 1 ケースの計 13 ケースであった。

倫理調整を行った立場の者は、病院に所属し、LN の役割・機能をもつ称号を与えられているものが 12 ケース、詳細な記述がないものが 1 ケースだった。病院に所属し、LN の役割・機能をもつ称号を与えられているもの 12 ケースのうち、精神科に関連する領域に配属していたものが 6 ケース、4 人で 1 つの LN チームを構成し 24 時間対応していたものが 1 ケース、他 5 ケースは詳細が記述されていなかった。

介入場所は病棟が 9 ケース、集中治療室（ICU、CCU）が 3 ケース、不明 1 ケースであった。

倫理的問題の中心となる人物と、介入者の働きかけを次に述べる。

ケース 1 は、48 歳の男性、がんで余命 6 ヶ月ないと病状説明を受けており、家族と治療に対する意見が合わない患者が問題の中心で、LN は家族に患者の意思を尊重できるように働きかけた。また、在宅ホスピスケアのメンバーに継続したケアが提供できるよう、ミーティングの場を提供した(Ragaisis, 1996)。

ケース 2 は、46 歳、女性、身体合併症をとまなう糖尿病で、家族と治療に対する意見が合わない患者が問題の中心で、LN は家族と医師、看護師を患者の意思を尊重できるように働きかけた(Hart, 1990)。

ケース 3 は、68 歳、男性、進行性の頭蓋内アスペルギス症で失明、食欲減退、体重減少、疲労あり予後が悪く、自立性が失われている患者が問題の中心で、何でもしてしまう妻が在米日本人であり、LN はその文化を理解しケアプランを立案することを看護師に働きかけた(Minarik, 1984)。

ケース 4 は、57 歳、黒人女性、急性心筋梗塞で侵襲的な処置の中、不穏・興奮になった患者が中心で、LN は看護師に文化・宗教的背景の理解を促し、患者の尊厳が守れるようなケアプラン立案に働きかけた(Bacote, 1988)。

ケース 5 は、男性、悪性縦隔手術の術後で、せん妄・不穏が続いていた患者の家族が問題の中心で、LN は医師・呼吸器の専門家・看護師に対して、患者に行われているのは延命治療でないということを家族が理解できるように働きかけた。そして、家族の意思決定が維持できるようにサポートした(Blatt, 1999)。

ケース 6 は、58 歳、男性、急性心筋梗塞か不安による胸痛なのか、識別するのが難しい患者が問題の中心で、患者の不安への対処の仕方について看護師に理解を促した(Berarducci, 1979)。

ケース 7 は、29 歳、女性、急性骨髄性白血病が再発し抗真菌療法の副作用で、悪寒・戦慄がありデメロール（麻薬）が投与され、その経過で薬物依存症になった患者が問題の中心で、LN は薬物以外に意識が向くような介入ができるよう看護師に働きかけた(Fincannon, 1988)。

ケース 8 は、高齢の男性、心不全があり、夜間、持続する背部痛のためケアを行うが改善せず、器質的な原因を調べてもなく、苦痛が改善しない患者が問題の中心。LN は、患者は元々、人と分離することの不安が強いことを看護師に理解を促し、ケアに繋がるよう働きかけた。また、医療チームで地域の病院への転院のミーティングを働きかけた(Hicks, 1989)。

ケース 9 は、32 歳、女性、元々、慢性期の妄想型統合失調症、ボーダーライン・パーソナリティ障害があり、冠動脈疾患、上室性頻脈があり、頻発する胸痛を訴える患者が問題の中心で、LN は、救急室看護師・社会復帰施設スタッフ・デイ治療センタースタッフ・主治医が情報を出し合って疼痛アセスメント、治療方針を立てられるように働きかけた(Mindich et al, 1995)。

ケース 10 は、42 歳、女性、冠動脈バイパス手術を施行し、一般的な気管内麻酔を受け、浅麻酔のため術中の記憶があり辛さを訴える患者が問題の中心。LN は、その症状と専門的なケアの理解を看護師に働きかけた。また患者には、医師への怒り、辛さについて医師へ話すよう促した(Palmateer, 1982)。

ケース 11 は、15 歳、男性、インスリン依存型糖尿病で抑制できない行動のため、スタッフに迷惑行為をしている患者が問題の中心。LN は、精神科医と共同し、患者のアセスメント、ケアプラン立案を行い、看護師・医師に状況の解釈を伝え患者理解を促した。そして、専門的な診断の結果、小児精神チームに繋げた(Hicks, 1989)。

ケース 12 は、67 歳、女性、糖尿病続発性の腎臓病の終末期で、看護師・医師の医療行為に不満を感じている家族と、専門的ケアがされていない患者の両者が問題の中心。LN は、腎移植のサービスマネージャーに家族が状況理解できるよう働きかけた。また、整形外科のナース・スペシャリストに、看護師へ専門的なケアを提供できるよう働きかけた(Chase et al, 2000)。

ケース 13 は、33 歳、男性、慢性膵炎で、点滴の医療処置を拒否する患者が問題の中心。LN は、患者にコーピング対処法を提供し、ペインマネジメントチームへコンサルテーションし、看護師に統一した行動に関わるケアプラン立案に関与した(Chase et al, 2000)。

Ⅲ 介入を要した倫理的問題の概要

各ケースの、前景化している問題、問題が明らかになった経緯、LN の問題状況に対するアセスメントを記述し、LN のアセスメント・解釈の結果、明確になった倫理的問題を記述した。最終的に明確になった倫理的問題は 7 つに分類された。明確になった倫理的問題ごとに、倫理的問題の概要を次に述べる。介入を要した倫理的問題の概要を（表 2）に示す。

1) 倫理的問題 1: メンタルヘルスの問題がある患者は、治療への意思を表明するが、判断能力が評価されておらず、家族の治療に対する意思が異なり、患者の意思が尊重されていない。(ケース 1, 2)

ケース 1 で前景化している問題は、患者は緩和治療への移行を躊躇しているが、家族は緩和への移行を望んでおり、患者の意思が尊重されないことであった。問題が明らかになった経緯は、患者にかかわる主治医と腫瘍科医から LN への相談依頼であった。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、家族は緩和治療への移行に賛成していたが、患者は悩んでいた。患者のせん妄には日内変動があったが、意思表明することはできていた。家族は、患者の過去の飲酒行動のためコミュニケーションが少なく、治療についてもオープンに話し合えずにいた。また、妻の不安が強く、家族の意思表明に影響していた。

ケース 2 で前景化している問題は、患者は侵襲的な治療に耐えられず、治療を止めたいが、家族が同意せず、患者の意思が尊重されないことであった。問題が明らかになった経緯は、記載されていなかったが、看護スタッフは、患者が苦しんでおり、強く死を望んでいたため葛藤していた。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、スタッフは、治療の意思決定は家族の意思が優先されると思っており、患者は、うつ状態であったが、精神科医によって妥当な意思表明ができることが評価された。

2) 倫理的問題 2: 文化、宗教的背景が患者、家族の行動に影響し、スタッフはそれが理解できず、患者の尊厳が守れない。(ケース 3, 4)

ケース 3 で前景化している問題は、何でも患者の世話をする妻で、うつ状態に患者は自分自身の行動をさらに決定できない状況にあり、また、看護師も家族の行動のため患者の自立を促すことができないことである。問題が明らかになった経緯は、LN が院内の患者ラウンドを行っていた時、看護スタッフから妻について相談された。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、妻は在米日本人のため、日本の文化である家族間における相互依存的な価値観をもっており、米国の価値である自律の意識をもつスタッフが、日本人妻の価値観が理解できていないでいる。患者なりに疾患に向き合いたい気持ちはあったが、それを表明する機会がなかった。

ケース 4 で前景化している問題は、患者の不穏と興奮の原因が分からない看護スタッフは、適したケアを見いだせないでいることだった。問題が明らかになった経緯は、看護スタッフが、LN に患者の評価と管理のため、コンサルテーションしたことである。LN の問

題状況に対するアセスメント・解釈は、ブードゥー教の影響で、看護師に呪われていると思ひ、患者は不穏を呈しており、患者の処置への拒否的な言動は自分を守るため、それが尊重されていなかった。また、器質的スクリーニングのための医療処置が患者の状態をより悪化させていた。

※ブードゥー教はアフリカでみられる精霊を信仰する宗教で、タブー侵犯などの場合に、その精霊憑依による死の不安がもたらされ、飲食をしなくなり、過度の緊張のため副交感神経死を来すことがある（伊藤ら，2003）。

3) 倫理的問題 3： 意思表示出来ない患者の家族は、患者の回復について理解できるような病状説明を受けておらず、主治医の期待する治療が異なり、家族の意思が尊重されていない。（ケース 5）

ケース 5 で前景化している問題は、意識がない患者の家族と医療者間の期待する治療が異なることであった。問題が明らかになった経緯は、プライマリー・ナースが、患者の術後せん妄と不穏、妻の感情への対処の支援について LN にコンサルテーションしたことであった。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、医療者から、家族が理解できるような患者の病状説明が行われておらず、家族は患者の回復の見込みについて理解できていなかった。その状況の中、家族はなぜ家族の意思が尊重されないのか分からなかった。

4) 倫理的問題 4： 患者が表現する身体的苦痛は精神的影響も受けており、スタッフは適切な対応について判断できない。（ケース 6, 7, 8, 9）

ケース 6 で前景化している問題は、患者が訴える胸痛が、冠動脈疾患が原因の痛みか、不安によって増大したものか、識別するのが難しく、適切なケアが見いだせないことであった。問題が明らかになった経緯は、LN が CCU に毎週の訪問の時、患者を看るように頼まれたことであった。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、患者は元々ストレスに運動で対処しており、それができない今、疾患への恐怖に対処することができず、その患者の元々のストレス対処法が医療者に理解されていないことであった。

ケース 7 で前景化している問題は、抗真菌療法の副作用に対してデメロールを使用していたが、依存症になってしまい、その状況で患者の希望のままに投与する行為は、適切な医療行為なのか分からないことであった。問題が明らかになった経緯は、依頼の詳細は記載されていないが、患者が再発し、9 ヶ月後再入院した時、LN は会った。LN の問題状況

に対するアセスメント・解釈は、医師は患者の快適さを優先させるため、2 時間ごとのデメロール使用を許可していたが、看護師は患者の行動に依存性を疑い、薬物使用について懸念していた。それにも関わらず、治療の方向性についての話し合いができていなかった。また、薬物依存の問題ばかりに焦点があたり、患者自身が思いを話したり、家族が死について話すといった、今取り組むべき問題に向き合えていないことであった。

ケース 8 で前景化している問題は、夜間の持続的な背部痛を訴え、出来る限りのケアを行うが改善せず、身体的な原因検索の検査を行っても問題はなく、適切なケアが分からないことであった。問題が明らかになった経緯は、夜勤看護師からの要望で、病棟から LN にスタッフの支援を頼んだ。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、元々分離不安が強い患者であったが、妻から離れること、家から離れること、死ぬことといった怖い思いを話せていなかった。また、不安が背部痛として表現されていた可能性があった。

ケース 9 で前景化している問題は、胸痛を訴える患者で、心疾患によるものか、精神的な影響があるのか分からず、今の医療行為は適切なのか判断できないことであった。問題が明らかになった経緯は、記述されていない。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、スタッフは患者の要求に困っていたが、チームで情報を集積させて、患者アセスメントができていなかった。スタッフは、患者が救急外来に来ることで、二次的な利益や楽しみを得ていると信じていたが、チームでアセスメントを行うことで、実は患者の幻聴によって過去の痛みは否定されていることが分かった。

5) 倫理的問題 5 : 患者の精神疾患の診断がされていない状態で、患者の精神症状に対処できない。(ケース 10, 11)

ケース 10 で前景化している問題は、患者は手術中目が覚めていたという体験によって辛さを感じているが、スタッフは適切なケアが分からず関われないでいることであった。問題が明らかになった経緯は、術後 5 日目、LN は看護スタッフから、患者の急性不安状態の管理における提案と支援について、コンサルテーションを受けたことである。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、患者は、Postoperative traumatic neurotic reaction (術中覚醒による術後精神障害) の症状として不眠・不安・手術中の体験への恐怖・経験を話すことへのためらいがあり、患者は辛さを医師に理解して欲しいが、精神症状のため言えずにいた。看護スタッフはこの疾患について知らず、ケアが分からないことであった。

※Post traumatic neurotic reaction は、外傷後ストレス障害（PTSD : Posttraumatic stress disorder）という概念ができる以前の 1961 年に外傷神経症（Traumatic neurotisis）という言葉で術中覚醒の転帰として報告されている（飛鳥井，2009；和泉，2008）。

ケース 11 で前景化している問題は、患者は抑制できない行動が続き、スタッフはそれを制止することができないことであった。問題が明らかになった経緯は、記述されていない。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、患者は持続する退屈感を処理できず辛さを感じていた。専門的な診断結果は注意性障害であり、抑制できない行動はそのためであった。

6) 倫理的問題 6 : 複数の疾患がある患者の家族が、専門的なケアを提供されないこと、具体的な病状説明がないことに不満を感じており、医療者は責任を果たせていない。(ケース 12)

ケース 12 で前景化している問題は、複雑化して、長引いた治療に患者と家族が対処できないことであった。問題が明らかになった経緯は、ケースマネージャーから LN はコンサルテーションを受け、「他の病棟に転床するため患者と家族にサポートの提供と、患者の長引いた疾患へのコーピングについて援助してほしい」という内容であった。LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、患者は殿部骨折のリハビリ、脳卒中、腎移植の 3 つの専門的な治療が必要とされる状態であった。脳神経外科看護師は、骨折した患者の移動といった整形外科のスキルがなく、家族に対して、医師から患者の治療と手術についての説明がなかった。家族は、看護スタッフが骨折した患者を移動させるスキルがないこと、医療者から患者の治療と手術についての説明がないことに怒りがあるが、スタッフに言えなかった。そして、患者が関わる治療の専門領域同士の連携がとれていなかった。

7) 倫理的問題 7 : 患者は満足できるほど疼痛コントロールがされておらずコントロール感がなく、自分の治療も拒否してしまい、看護師は適切なケアができない。(ケース 13)

ケース 13 で前景化している問題は、必要な医療処置行為を行いたいが、拒否するため適切なケアができないことである。問題が明らかになった経緯は、看護スタッフから、点滴を何度も刺すことに不満があり、管理者を呼べと言う患者を看て欲しいとコンサルテーションがあった。LN は前の入院でも、この患者の依頼を受けたが、患者は拒否していた。

LN の問題状況に対するアセスメント・解釈は、患者は慢性疼痛があり、満足できるほどコントロールできていなかった。また、患者は比較的若く、慢性身体疾患のため退行し、無力さを感じ、自分が知っている方法だけで対処しており、コントロール感がなかった。看護スタッフは患者の不満の訴えに対応する時間がなかった。さらに、スタッフは患者の精神状態が分からずノンコンプライアンスというレッテル貼りをしていた。

IV 倫理的問題に対する LN の介入内容（役割・機能）

明確になった倫理的問題を、倫理原則を指針とした LN の介入に分類した。分類された倫理的問題のパターンごとに「LN の介入内容（役割・機能）」について抽出していき、その中で類似しているものを収集した。その結果、それぞれの倫理的問題における LN の役割・機能のカテゴリーに分類できた。そして、LN が介入したことによる、結果を抽出した。（表 3）に倫理的問題に対する介入内容（役割・機能）、結果を示した。

以下に文中の表記について記す。

- ・ カテゴリー：「」
- ・ LN の介入内容：【】
- ・ 患者、または看護師の言葉：『』

1. 自律の原則を指針とした介入

1) 倫理的問題 1：メンタルヘルスの問題がある患者は、治療への意思を表明するが、判断能力が評価されておらず、家族の治療に対する意思が異なり、患者の意思が尊重されていない。（ケース 1, 2）

この倫理的問題についての LN の介入（役割・機能）は、5つのカテゴリーに分類できた。「患者の意思が尊重されない背景を分析」「患者が意思決定能力があるという評価を、患者と家族の治療に対する意思決定プロセスへ包含」「患者の意思が尊重されることを、家族が理解できるような促し」「在宅ケアに向けたケアプラン立案のための場を設定」「患者と家族の関係性修復のため、例外的に在宅までケアを継続」だった。このカテゴリーは合わせて 20 の LN の介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容について LN の介入内容を用いながら記述する。

(1)「患者の意思が尊重されない背景を分析」のカテゴリーには2つのLNの介入内容が見られた。

患者と家族は治療についての話し合いだけでなく、【家族は、患者の過去の飲酒行動に悩んでおり、元々オープンに話し合えずにいた】(Ragaisis, 1996)。患者と家族の治療への意思が異なる中、【スタッフは治療の意思決定は家族の意思が優先されると思っていた】(Hart, 1990)ため、さらに患者の意思が尊重されずにいた。

(2)「患者が意思決定能力があるという評価を、患者と家族の治療に対する意思決定プロセスへ包含」のカテゴリーには6つのLNの介入内容が見られた。

【進行しているうつや自殺の脅しのため、患者の能力は精神科医によって評価され、患者は能力があるとされた】(Hart, 1990)。この精神科医の評価をもとに、【LNはグループカウンセリングを患者と家族に提供し、意思決定において患者の権利を擁護した】(Hart, 1990)。

【患者は精神科医に、予後についての理解を表明した】(Ragaisis, 1996)ことで、精神科医により患者が妥当な意思表示ができる評価がされた。【LNにおける家族の治療のゴールは、家族の心配が尊重されながら、患者の自律的な意思決定が維持できるようどのように支援するか】(Ragaisis, 1996)ということであった。しかし、元々の患者と家族とのコミュニケーションの取り方に問題があったため、その目標に向けた前段階として、【LNにおける重要な治療的なゴールは安全に、患者と家族の情緒的なコミュニケーションを増やすこと】(Ragaisis, 1996)をあげた。その具体的な方法として、【患者の意思決定を支援するため、患者と家族間での積極的な対話を奨励】(Ragaisis, 1996)していった。

(3)「患者の意思が尊重されることを、家族が理解できるような促し」には4つのLNの介入内容が見られた。

【LNにおける家族の治療のゴールは、家族の心配が尊重されながら、患者の自律的な意思決定が維持できるようどのように支援するか】(Ragaisis, 1996)ということだった。そのためには、元々問題であった患者と家族のコミュニケーションの取り方を改善させなくてはならなかった。【LNにおける重要な治療的なゴールは安全に、患者と家族の情緒的なコミュニケーションを増やすこと】(Ragaisis, 1996)、【患者の意思決定を支援す

るため、患者と家族間での積極的な対話を奨励】(Ragaisis, 1996)したことであった。それは、治療以外でお互いの意見を話すことから円滑なコミュニケーションを図り、1人の人間としてすべての人々の意思が尊重されることを、患者と家族に気づいてもらうためだった。

LNは、【グリーフカウンセリングを患者と家族に提供し、意思決定において患者の権利を擁護した】(Hart, 1990)。このカウンセリングで患者の権利を擁護する働きかけをすることで、家族に患者の意思が尊重されるということの理解をもたらした。

(4)「在宅ケアに向けたケアプラン立案のための場を設定」には、1つのLNの介入内容が見られた。

この患者は、病院のホスピスプログラムの対象地域ではなかったが、LNは、患者と家族の継続したケアの必要性のため、【在宅ホスピスケアプランを立案するためミーティングを準備した】(Ragaisis, 1996)。

(5)「患者と家族の関係性修復のため、例外的に在宅までケアを継続」には3つのLNの介入内容が見られた。

元々、患者と家族はオープンな会話ができず、そのため治療についても話し合えずにいたため、根本的な関係性を修復するため、この患者は病院のホスピスプログラムの対象地域ではなかったが、【在宅ホスピスケアプランを立案するためミーティングを準備した】(Ragaisis, 1996)り、【患者と家族の間での、積極的な対話を奨励するため、写真アルバムの活用を勧めた】(Ragaisis, 1996)。また【LNは家族に毎日電話で支援した】(Ragaisis, 1996)。

LNの介入によりもたらされた結果は、家族のジレンマ・不安の解消、患者の正確な意思表示・決定、患者の穏やかな死、患者の意思尊重の必要性について医療スタッフが理解し、患者・家族と治療について話し合えた、患者がノーコード（蘇生処置拒否）を決めたことにより、ICUでの治療のコスト削減がもたらされた。

2) 倫理的問題2：文化、宗教的背景が患者、家族の行動に影響し、スタッフはそれが理解できず、患者の尊厳が守れない。(ケース3, 4)

この倫理的問題についての LN の介入（役割・機能）は、6つのカテゴリーに分類できた。「文化・宗教背景はスタッフが理解できない患者、家族の行動に大きく影響すると分析」「患者・家族の文化・宗教的価値を尊重」「患者、家族の文化・宗教的価値を尊重したケアプラン立案時のリーダーシップ」「患者、家族が納得したケアプランを共有できるよう、看護師と協働して立案」「より患者の文化・宗教背景を理解できる専門家の導入」「コミュニケーションスキルのモデルを提示」だった。このカテゴリーは合わせて 13 の LN の介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容について LN の介入内容を用いながら記述する。

(1)「文化・宗教背景はスタッフが理解できない患者、家族の行動に大きく影響すると分析」のカテゴリーには、4つの LN の介入内容が見られた。

LN は妻と面談し、【妻は、患者のためにすべて行うことは義務であると感じていた】(Minarik, 1984)ことが明らかになった。【LN と看護師は疾患に関わる文化の違いとして、アメリカのゴールは自律で、日本のゴールは家族間における相互依存であることを洞察した】(Minarik, 1984)。LN は【文化的評価はされておらず、精密なデータベースを完成させるため行った】(Bacote, 1988)、その結果、【患者のおかしな言動はブドゥー教が原因と分析した】(Bacote, 1988)。

(2)「患者・家族の文化・宗教的価値を尊重」のカテゴリーには、2つの LN の介入内容が見られた。

LN が妻と面談を行った中で、【妻は、患者のためにすべて行うことは義務であると感じていた】(Minarik, 1984)ことを話し、その価値を尊重した。【受けるべき治療として、LN は患者から『女性の霊から守るためベッド周りに塩を巻くこと』『牧師は呪いを治療できる』ということ聞いた】(Bacote, 1988)。

(3)「患者、家族の文化・宗教的価値を尊重したケアプラン立案時のリーダーシップ」のカテゴリーには、2つの LN の介入内容が見られた。

患者の自立を尊重できるように、LN は患者、家族、看護師と共に【セルフケアモデルに基づいて患者の 1 日のケアプランを立案】(Minarik, 1984)した。この時、セルフケアモデルの導入は LN が提案し、説明を行っていった。LN が、【ブドゥー教の知識に

基づいて、患者の治療計画を考案した】(Bacote,1988)。詳しいケアプランは、①1日1回、患者の周囲に塩をまかせる、②面会者に牧師と夫を含む、③患者に髪をとかせる、④採血や食事の時は牧師を同席させる、牧師をヘルスケア提供者と患者の橋渡しとさせる。牧師に採血や栄養状態の必要を説明する、牧師が患者と親密な関係を作ることを推奨し、十分なヘルスケア提供をすることを促進する、⑤家族や牧師から文化的な特別なケアを提供する方法として提案を引き出し、適切な場合、それらの提案に合わせた看護ケア技術を修正する、ことであり、これらを医療スタッフと共有した。

(4)「患者、家族が納得したケアプランを共有できるよう、看護師と協働して立案」の категорияには、2つのLNの介入内容が見られた。

家族の文化的価値を尊重しながら、医療者の主観に偏らないように、【スタッフ看護師、患者、妻とミーティングを開き協働して1日のケアプランを立てた】(Minarik, 1984)。

【家族や牧師から文化的ケアを提供する方法を聞き、それらの提案に合わせて看護ケアを修正した】(Bacote,1988)というのは、LNが立案したケアプランの1つであり、適宜、文化的ケアに対するニーズを聞き、患者と患者に関連する人の文化・宗教的価値が尊重されるケアを共に作り上げた。

(5)「より患者の文化・宗教背景を理解できる専門家の導入」の категорияには、2つのLNの介入内容が見られた。

LNは文化・宗教的アセスメントを行い、より、文化・宗教的価値が尊重されたケアを提供するための専門家を巻き込んだ。そして、【コンサルテーションは看護学校の日本文化の専門家が整えてくれた】(Minarik, 1984)結果、【牧師をヘルスケア提供者と患者の橋渡しとさせる】(Bacote,1988)ことができた。

(6)「コミュニケーションスキルのモデルを提示」の категорияには、1つのLNの介入内容が見られた。

LN、患者、家族、看護スタッフと協働してケアプランを作成する際、LNがリーダーシップを取りながらケアプランに関わりながら、【患者、家族とのコミュニケーションスキルを看護師にモデルとして示した】(Minarik, 1984)。

LN の介入によりもたらされた結果は、文化・宗教価値が尊重されたことにより、患者と家族へ安寧が提供された、宗教への価値・信念が影響していたことによる患者の不穏が改善し、早期退院できた、家族が患者の主体性を尊重することを理解することで、患者の自律性が回復した、看護スタッフにおいて、文化背景をアセスメントに含めたケア提供の重要性に対する意識が高まったことであった。

3) 倫理的問題 3：意思表示出来ない患者の家族は、患者の回復が予測されることが理解できるような病状説明を受けておらず、主治医の期待する治療が異なり、家族の意思が尊重されていない。(ケース 5)

この倫理的問題についての LN の介入（役割・機能）は 6 のカテゴリーに分類された。「家族が理解できるよう、医療者から患者の病状説明が行われていないことを分析」「プライマリー・ナースの倫理的ジレンマのはけ口となりカタルシスの促進」「倫理的問題の解決の手掛かりとなる病状説明の機会を設定」「延命処置ではないと家族が理解できるよう促進」「不安が強い家族の意思決定を維持する支援」「医療者間でのコミュニケーションのモデルの提示」だった。このカテゴリーは合わせて 13 の LN の介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容について LN の介入内容を用いながら記述する。

(1) 「家族が理解できるよう医療者から患者の病状説明が行われていないことを分析」のカテゴリーには 2 つの LN の介入内容が見られた。

術前、患者は妻に『自分のためにアドボケイトしてほしい。生命維持が必要な時は希望しない』と言っており、【妻は、患者の望みを果たせていないことと、患者が苦しんでいることにジレンマを感じていた】(Blatt, 1999)。その背景に、【家族は、なぜ医師に患者の代理意思決定者として家族の意思が尊重されないのか分からなかった】(Blatt, 1999) ことがあり、現状では、患者は身体的回復の見込みはあると医師は見立てをしているが、それを家族が理解できていないため、ジレンマに陥っていることを LN は分析した。

(2) 「プライマリー・ナースの倫理的ジレンマのはけ口となりカタルシスの促進」のカテゴリーには 3 つの LN の介入内容が見られた。

プライマリー・ナースから LN にコンサルテーションがあり、【プライマリー・ナース

は LN に話す場を提供された】(Blatt, 1999)。その中で、【プライマリー・ナースは管理における葛藤、医療管理が変わりやすく患者を動揺させ、家族はひどく不安に陥っていると述べた】(Blatt, 1999)、そして、【プライマリー・ナースの主な倫理的ジレンマは、家族の望みを支えられないことだった】(Blatt, 1999)ことが明確になった。コンサルテーション依頼内容でもあった、プライマリー・ナースが抱えていた倫理的ジレンマを LN が聞くことで、プライマリー・ナースの思いを言語化し、辛さを受容し、共有した問題として取り扱っていくこととなった。

(3)「倫理的問題の解決の手掛かりとなる病状説明の機会を設定」の 카테고리には 3 つの LN の介入内容が見られた。

LN は現状から、生じている倫理的問題は【妻は、患者の望みを果たせていないことと、患者が苦しんでいることにジレンマを感じていた】(Blatt, 1999)こと、【プライマリー・ナースの主な倫理的ジレンマは、家族の望みを支えられないことだった】ことをアセスメントし、それが解決されるため、【LN が主治医に提案することで、家族と医療者とミーティングが開催された】(Blatt, 1999)。これは生じている倫理的問題を LN が中心となって分析したため、病状説明の機会の提供に繋がった。

(4)「延命治療ではないと家族が理解できるよう促進」の 카테고리には 2 つの LN の介入内容が見られた。

家族が患者は延命治療が行われていると思っており、そのため、患者の「生命維持が必要な時は希望しない」という意思が尊重されていない現状に葛藤していた。そのためには、家族に今は延命治療ではなく、術後の身体的・精神的回復に向けて治療していることを理解してもらうために、まず、【家族の疑問や思いを明確にするため、家族に介入した】(Blatt, 1999)。そして、【呼吸器の専門家、家族、LN、プライマリー・ナースによって話し合い、病状説明が行われた】(Blatt, 1999)。

(5)「不安が強い家族の意思決定を維持する支援」の 카테고리には 2 つの LN の介入内容が見られた。

医療者の説明により、家族は、患者に行われているのは延命治療ではなく、患者の回復についても理解することができ、治療を継続することに納得できたが、患者の身体・

精神状態の不安定さにも伴い、とても不安が強かったので【ICUにいる2か月、家族と患者をLNはサポートした】(Blatt, 1999)。そして、【医療チームで、頻回なディスカッションと経過を明確にすることが行われた】(Blatt, 1999)ことで、家族は回復への保証を得ながら、治療継続の意思を維持することができた。

(6)「医療者間でのコミュニケーションのモデルの提示」のカテゴリーには1つのLNの介入内容が見られた。

プライマリー・ナースは家族の意思を尊重したい思いはあったが、共に治療を行う医療者である医師とその問題を共有することもできず、ジレンマを感じながらも何も出来ずにいた。そのため、LNは、【医師とのコミュニケーションにおいて、プライマリー・ナースにモデルとなる役割を示した】(Blatt, 1999)。

LNの介入によりもたらされた結果は、医療スタッフは適切なインフォームドコンセントを家族に行えた。そして、家族が患者の病状を理解した上で、医療行為を受け入れる意思決定ができた。さらに、患者は意識が回復し、転院できたり、プライマリー・ナースの倫理的ジレンマが解決した。

2. 善行と無害の原則を指針とした介入

1) 倫理的問題4：患者が表現する身体的苦痛は精神的影響も受けており、スタッフは適切な対応について判断できない。(ケース6, 7, 8, 9)

この倫理的問題についてのLNの介入(役割・機能)は、7つのカテゴリーに分類できた。「身体的苦痛に対して、大きく影響する精神的要因の分析」「施設内外のスタッフが情報共有する場の設定」「施設内外のスタッフによる患者アセスメントの促進」「決まった時間でケア介入をするケアプランの提案」「身体的苦痛以外における患者の思いの表出を促進」「スタッフに湧きあがる患者への感情を把握」「スタッフに患者の苦痛の影響についての教育」であった。このカテゴリーは合わせて19のLNの介入内容が見られた。以下、カテゴリーの内容についてLNの介入内容を用いながら記述する。

(1)「身体的苦痛に対して、大きく影響する精神的要因の分析」のカテゴリーには4つのLNの介入内容が見られた。

急性心筋梗塞があり胸痛をしばしば訴える患者について、LN は、【患者はストレスには活動で対処していたが、今は心疾患のためそれができない】(Berarducci,1979)ことを分析した。

抗真菌療法の副作用の戦慄・悪寒のため、デメロールを使用しており、戦慄・悪寒を頻回に訴えてくる患者について、LN は【患者はデメロールの依存症で、薬が欲しいため戦慄悪寒を訴え続けた】(Fincannon, 1988)ことを分析した。心不全の患者で、夜間持続的な背部痛を訴える患者について、LN は【患者は分離不安が重要な問題】(Hicks, 1989)であることを分析した。

元々、精神疾患として慢性期妄想型統合失調症、ボーダーライン・パーソナリティー障害があり、身体疾患として冠動脈疾患、上室性頻脈があり、頻回に胸痛を訴える患者について、【多職種のミーティングによって、患者の胸痛の存在は幻聴によって否定され、患者は胸痛があったことを信じていなかった】(Mindich et al, 1995)ことが明らかになり、この多職種のミーティングは LN が計画し開催され、LN を含めた多職種で分析された。

(2)「施設内外のスタッフが情報共有する場の設定」の 카테고리には 1 つの LN の介入内容が見られた。

施設内外のスタッフによる患者アセスメントを促進するため、LN は精神科救急外来に所属し、他職種間を繋ぐことができる位置にいたため、【多職種によるミーティングは LN によって計画された】(Mindich et al, 1995)。

(3)「施設内外のスタッフによる患者アセスメントの促進」の 카테고리には 2 つの LN の介入内容が見られた。

慢性的な精神疾患をもち、医療スタッフの良い人、悪い人と区別をつけ、操作性をもつ患者の胸痛に対するアセスメントは、患者に関わる医療スタッフで総合的に行う必要があると判断し、【多職種によるミーティングは LN によって計画された】(Mindich et al, 1995)。そこで、様々な医療者からの意見・見解を統合することで、【多職種のミーティングによって、患者の胸痛の存在は幻聴によって否定され、患者は胸痛があったことを信じていなかった】(Mindich et al, 1995)ことが明確になった。

(4)「決まった時間でケア介入を行うケアプランの提案」のカテゴリーには2つのLNの介入内容が見られた。

デメロール依存症のある患者には、薬を手に入れる、入れないという問題から意識をそらすために、LNは【2時間ごとにデメロールを内服できる約束を提案した】(Fincannon, 1988)。

分離不安が強い患者の孤独感への対処として、LNは【看護師が定期的にかかわる時間を設けることを提案した】(Hicks, 1989)。それらを看護スタッフで共有し、統一した関わりをすることで、患者の不安を軽減し、看護スタッフも患者に振り回されず関われるようにした。

(5)「身体的苦痛以外における患者の思いの表出を促進」のカテゴリーには5つのLNの介入内容が見られた。

今までストレスに運動で対処してきたが、それができないため、【LNは患者と家族と過ごし、患者の病気のショックについてと、それを意味することを話してもらった】(Berarducci, 1979)。

元々分離不安が強い患者については、【患者が自分の思いを口に出すよう促すことが看護スタッフに提案された】(Hicks, 1989)。疼痛の知覚は情動的要因に影響を受け、痛みの背景にある気持ちや状況によって痛みの閾値は変動するため、患者の思いを言語化できるようにした。

デメロール依存症の患者については、【LNは、薬物依存の問題ばかりに焦点があたり、患者自身が思いを話したり、家族が死について話すといった、今取り組むべき問題に向き合えていないことに気づいた】(Fincannon, 1988)。そして、【LNの目的は、患者がドラッグを手に入れる入れないという問題ではなく、他の重要な問題に集中させるよう促進することだった】(Fincannon, 1988)ため、【2時間ごとにデメロールを受ける約束を提案した】(Fincannon, 1988)。

(6)「スタッフに湧きあがる患者への感情を把握」のカテゴリーには4つのLNの介入内容が見られた。

LNにスタッフが直接訴えてきたことなのかは記述されていないが、ケースに介入する中で、チームのアセスメントに繋げるため、患者の訴えについてのスタッフの感

情を観察し、把握していた。【スタッフが話したことを患者が忘れると、スタッフはイライラするようになった】(Berarducci,1979)、【ある看護師は『毎晩、うその戦慄悪寒を見るとうんざりする、麻薬売人みたい』と、時々、患者のナースコールを避けた】(Fincannon, 1988)というように、患者への否定的な感情から患者を避けるようになったり、【患者のプライマリー・ナースは、客観的に患者の行動を見て感情的に感じていた】(Fincannon, 1988)。また、【多職種ミーティングで、スタッフは葛藤していたこと、無力さを感じることで、患者の不満によって怒りが湧き上がることで、が明らかになった】(Mindich et al, 1995)というように、話す場が提供されることで、スタッフが感情を表出し合うこともあった。

(7)「スタッフへ患者の身体的苦痛について精神的な面からの教育」のカテゴリーには1つのLNの介入内容が見られた。

不安に運動で対処できなくなっている患者について、【LNは看護スタッフに、どのように不安が個人の理解と感じ方に影響するか話した】(Berarducci,1979)。

LNの介入によりもたらされた結果は、身体的苦痛に関する疼痛は続いたが、訴えは少なくなった。1ケースについては、身体的苦痛が表現された依存症は改善しなかったが、医療者は適切な苦痛のアセスメントを行い、余計な検査を行うことが少なくなったり、侵襲的な医療処置前、患者が不安になることが予測できるといった結果が得られた。

2) 倫理的問題5: 患者の精神疾患の診断がされていない状態で、患者の精神症状に対処できない。(ケース10, 11)

この倫理的問題についてのLNの介入(役割・機能)は、7つのカテゴリーに分類できた。「患者の苦痛な体験を聞くことから精神状態をアセスメント」「精神状態の見立てのため精神科医へのコンサルテーション」「LNによる精神疾患診断」「精神科領域の専門的治療への橋渡し」「看護スタッフと協働した精神疾患の専門的なケアの提供」「患者への感情を溜めこまないように、患者への思いを看護スタッフ同士で共有できる状況の提供」「スタッフへの精神疾患に関する教育」であった。このカテゴリーは合わせて14のLNの介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容についてLNの介入内容を用い

ながら記述する。

(1)「患者の苦痛な体験を聞くことから精神状態をアセスメント」のカテゴリーには2つのLNの介入内容が見られた。

看護スタッフは、患者が術中覚醒していたという初めてのことに遭遇し、また患者が誰にも言わないで欲しい、ということをやっていたのでどうすることもできなかった。LNは面談を行い、そこで【患者は手術の間、自分の胸が開かれ、痛みを経験したことを、手術チームへ伝えられないことへの激しい不満を話した】(Palmateer, 1982)。

患者は点滴を改造したり、ノートにスタッフの性的な内容を書いたり、抗議的な行動をとっており、スタッフは患者の行動に疲弊していた。LNが患者に会うと、【患者は未熟で挑発的で、糖尿病や持続する退屈感をうまく対処できないと言った】(Hicks, 1989)。

(2)「精神状態の見立てのため精神科医へのコンサルテーション」のカテゴリーには1つのLNの介入内容が見られた。

LNは患者と面談を行い、患者は疾患や退屈感へうまく対処できないことを話し、さらに専門的なアセスメントの必要性を考え、【正式な精神科医へのコンサルテーションは師長とLNによって話し合われた】(Hicks, 1989)。

(3)「LNによる精神疾患診断」のカテゴリーには1つのLNの介入内容が見られた。

【患者と面談し、術後外傷性神経症反応の特徴を明確にした】(Palmateer, 1982)。その内容については、①悪夢の繰り返し、睡眠への恐怖、②不安の中程度の症状、③痛みと進行する手術治療の恐怖への没頭、④経験を話すことへのためらい（手術中、気づいていたことの経験を初め看護師に言ったが、秘密にしてもらった）、の4点であった。

(4)「精神科領域の専門的治療への橋渡し」のカテゴリーには1つのLNの介入内容が見られた。

精神科医とLNにより注意欠陥性障害の検査が行われ、診断がついたため、【小児精神科チームの紹介に繋げた】(Hicks, 1989)。

(5)「看護スタッフと協働した精神疾患の専門的なケアの提供」のカテゴリーには6つ

の LN の介入内容が見られた。

Post traumatic neurotic reaction (術中覚醒による術後精神障害) の患者については、LN が患者に直接行った介入は、【患者に医師へ感情を正直に話すことを促した】(Palmateer, 1982)、【術後外傷性神経症反応の症状の観察を継続した】(Palmateer, 1982) の 2 つである。LN と看護スタッフがケアプランを共有し行ったことは【積極的傾聴、技術の内省、起こりうる症状の解決の強化により、患者が理解されている、情緒的にサポートされているという意識を発展させる】(Palmateer, 1982)、【新しい処置や変化を丁寧に説明し、不安を軽減し積極的なコーピングがとれるようにする】(Palmateer, 1982)、【患者のコントロール感を再確立する】(Palmateer, 1982)、【常夜灯の使用、頻回な夜間の状態の観察、快適さの対策を取り入れた睡眠の促進】(Palmateer, 1982)であった。

(6)「患者への感情を溜めこまないように、患者への思いを看護スタッフ同士で共有できる状況の提供」のカテゴリーには 2 つの LN の介入内容が見られた。

術後外傷性神経症反応の患者に、スタッフは初め、どう対応したらいいのか分からなかったが、LN がその疾患が理解できるような働きかけを行ったり、ケアプランを共有することで、【徐々にスタッフはその状況への自分達の反応を話し始めた】(Palmateer, 1982)。

注意性障害の患者の制御不可能な行動に対応していたスタッフに対し、LN は【患者によって駆り立てられる、強烈な怒りを話し合う場を設定した】(Hicks, 1989)。

(7)「スタッフへの精神疾患に関する教育」のカテゴリーには 1 つの LN の介入内容が見られた。

術後外傷性神経症反応の患者のケアは、スタッフにとって初めてのことであり、どうすればいいのか分からなかったため、LN はまず、【疾患の原因の理解を促進し、関連性のある文献を渡した】(Palmateer, 1982)。

LN の介入によりもたらされた結果は、患者の精神症状は改善した。家族療法という二次的な治療を行わずに済んだ。スタッフは患者の精神状態に対する理解が促進した。

3) 倫理的問題 6：複数の疾患がある患者の家族が、専門的なケアを提供されていないこと、具体的な病状説明がないことに不満を感じている。(ケース 12)

この倫理的問題についての LN の介入（役割・機能）は、8つのカテゴリーに分類できた。「他の合併症に対する専門的なケアや治療に関連することが適切に行われていないことを分析」「第3者の立場から、家族の正直な思いが表出できるよう継続的なメンタルケア」「患者への継続的なメンタルケア」「専門スタッフへのコンサルテーションにより患者への適切な医療提供」「患者の状態を精神面と身体面から見た適切な鑑別」「看護師が統一した専門的なケアを提供できるような段取り」「患者・家族への否定的感情を溜めこまないように、看護師のカタルシスの促進」「安心して治療に臨める環境であることを保証」であった。

このカテゴリーは合わせて 16 の LN の介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容について LN の介入内容を用いながら記述する。

(1) 「他の合併症に対する専門的なケアや治療に関連することが適切に行われていないことを分析」のカテゴリーには 2 つの LN の介入内容が見られた。

コンサルテーションがあり、LN は患者と家族のアセスメントを深めるために夫と面談すると、【脳神経外科看護師は、骨折した患者の移動といった整形外科のスキルがないと夫は非難した】(Chase et al, 2000)。そして【夫は、患者の治療と手術についての説明がないと感じていた】(Chase et al, 2000)ことを話し、LN は状況を分析した。

(2) 「第3者の立場から、家族の正直な思いが表出できるよう継続的なメンタルケア」のカテゴリーには 3 つの LN の介入内容が見られた。

LN に、【夫は葛藤と怒りを医師に感じており、標準以下の看護ケアへの非難を表出した】(Chase et al, 2000)。これはスタッフには話されていなかったことであり、第3者の立場である LN に表出された。そして、多領域にまたがる複雑な疾患をもつ患者で、状態も不安定であり、夫が抱える医療者への不満、患者への不安の問題もあったため、LN は【患者と家族に念入りに情緒的なサポートを継続】(Chase et al, 2000)した。そして、患者に新たな脳卒中が見つかり、総合内科病棟に転床した後も LN は患者と家族のもとへ訪問すると、【夫は LN に泣きながら、患者の死への恐怖と、『患者は長びいて死にたくないだろう』と述べた】(Chase et al, 2000)。病棟を超えて継続的なフォローを

続けることで、家族は LN と思いを共有することができた。

(3)「患者への継続的なメンタルケア」のカテゴリーには 1 の LN の介入内容が見られた。

患者はひどいせん妄・不穏であり、LN は【患者と家族に念入りに情緒的なサポートを継続】(Chase et al, 2000)した。

(4)「専門スタッフへのコンサルテーションにより患者への適切な医療提供」のカテゴリーには 3 の LN の介入内容が見られた。

LN は患者と家族に初めて会った時、患者はひどいせん妄・不穏であり、家族の話では今朝からそのような状況であることを聞かされ、【プライマリー・ナースに患者のせん妄・不穏の評価を医師に促す必要があると報告】(Chase et al, 2000)した。家族は、患者の治療についての説明がないことへの怒りを LN に話しており、LN は【腎移植のケース・マネージャーを呼び、家族へ状況を説明してもらった】(Chase et al, 2000)。また、家族は LN に、脳神経外科の看護スタッフに対し、骨折した患者の移動といった整形外科のスキルがないという不満を話し、LN は【整形外科のナース・スペシャリストから看護スタッフへ、トランスファー技術の提供】(Chase et al, 2000)をしてもらうように、ミーティングの場を設定した。

(5)「患者の状態を精神面と身体面から見た適切な鑑別」のカテゴリーには 1 つの LN の介入内容が見られた。

初めて LN が患者と家族に会った時、患者はひどいせん妄・不穏であり、家族の話では今朝からそのような状況であることを聞かされ、短期間での急激な症状の変動から、【プライマリー・ナースに患者のせん妄・不穏の評価を医師に促す必要があると報告】した。その結果、患者の行動の変容については、新たな大きな脳卒中があることが明らかとなった。

(6)「看護師が統一した専門的なケアを提供できるような段取り」のカテゴリーには 2 つの LN の介入内容が見られた。

LN は、【脳神経科看護師長と共同し、スタッフのため 2 つのミーティングを開催】

(Chase et al, 2000)した。そのミーティングの1つは、【整形外科のナース・スペシャリストから看護スタッフへ、トランスファー技術の提供】(Chase et al, 2000)がされるよう段取りを組んだ。

(7)「患者・家族への否定的感情を溜めこまないように、看護師のカタルシスの促進」の 카테고리には2つのLNの介入内容が見られた。

LNは、【脳神経科看護師長と共同し、看護スタッフのため2つのミーティングを開催】し、そのミーティングの1つの場で、【スタッフは患者と家族のケアについての怒りや不安、防衛的な思いについて表現した】(Chase et al, 2000)。これは、看護ケアの発展のため行われた。

(8)「安心して治療に臨める環境であることを保証」の 카테고리には2つのLNの介入内容が見られた。

【LNが尋ねると、患者は総合内科病棟に転床していた】(Chase et al, 2000)。LNは場所が変わっても継続して患者に関わり、家族は医療者への不満を感じていたため、再びそのようなことが起こらないように、【LNは夫と家族に、この病棟の医師は、緩和について積極的に行っている努力を述べた】(Chase et al, 2000)。

LNの介入によってもたらされた結果は、LNが速やかに医師に専門的診断を依頼したことによって、患者に新たな脳卒中があることが診断されたこと、専門病棟へ移り、患者家族共に満足できる専門的なケアが受けられ、家族の不安が改善したことであった。

4) 倫理的問題7: 患者は満足できるほど疼痛コントロールがされておらずコントロール感がなく、自分の治療も拒否してしまい、看護師は適切なケアができない。(ケース13)

この倫理的問題についてのLNの介入(役割・機能)は、3つのカテゴリーに分類できた。「患者は慢性疼痛があり、コントロール感を失い、対処法を見いだせないことを分析」「患者と医療者にとって効果的な精神的ケアを含めた専門的な治療への橋渡し」

「患者の治療に対するセルフコントロール感を強化」であった。このカテゴリーは合わせて8つのLNの介入内容からなった。以下、カテゴリーの内容についてLNの介入内容を用いながら記述する。

(1)「患者は慢性疼痛があり、コントロール感を失い、対処法を見いだせないことを分析」のカテゴリーには4つのLNの介入内容が見られた。

LNは、状況から【患者は比較的若い年齢で、慢性身体疾患のため退行している】こと、【患者は慢性疼痛がある】(Chase et al, 2000)こと、【患者はコントロール感がなく、無力さを感じ、それゆえ、患者のニーズを満たし、知っている方法だけで対処しようとしている】(Chase et al, 2000)、そのため【異議を唱えることで、患者は自分の治療をコントロールしようとしていた】(Chase et al, 2000)ことを分析した。

(2)「患者と医療者にとって効果的な精神的ケアを含めた専門的治療への橋渡し」のカテゴリーには2つのLNの介入内容が見られた。

【看護スタッフは、疼痛マネジメントの必要性について医師と交渉するのが困難であった】(Chase et al, 2000)現状をLNは把握し、そのため患者の効果的な疼痛コントロールが出来ない可能性もあるため、【疼痛管理心理士を含む、ペインマネジメントチームへのコンサルテーションを提案した】(Chase et al, 2000)。

(3)「患者の治療に対するセルフコントロール感を強化」のカテゴリーには2つのLNの介入内容が見られた。

LNは患者が慢性疼痛のためコントロール感を失っていることを分析しており、その対策として【患者にコーピングスキルを拡大させる方法を教えた】(Chase et al, 2000)。内容は、不明確なことに耐えること、自分のニーズを予測することを学ぶこと、患者が急な要求をしても、スタッフが遅れることを我慢することである。患者は、提案された治療がどのような効果があるか分からなかったら、または疑いや恐怖があれば、治療について多くの情報を探すことを勧められた。またLNは、【スタッフに、看護師が統一した行動で関わるケアプラン作成を支援した】(Chase et al, 2000)。これは、毎時間患者を見回ること、決められた時間に鎮痛薬を投与すること、そして、一旦看護師が患者の部屋を離れたら、少なくとも15分待ち、ナースコールを押すことを頼むといった容認できる行動に制限することである。

LNの介入によってもたらされた結果は、患者は慢性疼痛のコントロールができ、管理者へのクレームがなくなった。そして、患者のニーズが満たされた。

第4章 考察

I 介入を要した倫理的問題の特徴

LN が介入を要した 7 つの倫理的問題とは、いわゆる倫理調整における LN に対するニーズと捉える事ができる。全てのコンサルテーションは、現場のスタッフの中で、何らかの困難を抱えていること、解決できない問題があり、最終的には患者により良い医療・ケアに繋がりたいという思いを背景に行われることである。適切なケアが見いだせないという医療者の思いの背景には、患者を尊重したいが、自分たちの能力やケアシステムではそれを導き出す方法が分からない、という意味があると思われる。根本的に医療者は、患者の意向や意思が尊重されることを基本として考えている。LN が前景化している問題に介入する中で、新たな視点からの倫理的問題や、倫理的問題を生じさせている原因が明らかになった。例えば、ケース 12 で見られたような、前景化している問題は＜複雑化して、長引いた治療に患者と家族が対処できない＞というものであったが、LN のアセスメント・解釈によって＜専門的なケアが提供されていないこと、具体的な病状説明がないことに家族は不満を感じていた＞ことを明確にした。どの場合でも、LN は、患者、家族、医療者の考えやそれらを取り巻く状況といった情報を基に、なぜ効果的な治療・ケアができていなかったのかを明らかにした上で、患者に対して全人的なアセスメントを展開させたことが倫理的問題の解決に繋がった。

日本では馴染が少ないブドゥー教に関するケースもあり、国や地域によって特殊性のある文化・宗教的背景があることを心がけておく必要がある。Post traumatic neurotic reaction（術中覚醒による術後精神障害）は、1980 年以降に誕生した外傷後ストレス障害（PTSD: Posttraumatic stress disorder）に繋がる概念の疾患であり、時代の変遷と共に、精神科領域でも新しい概念が生まれるため、LN は自身の専門性を自覚し、新しい情報・知識を探究していく必要がある。

II リエゾン精神看護領域の倫理調整に対する役割・機能

1. 自律の原則を指針とした介入

自律の原則を指針とした介入を行われた患者・家族は、何らかの形で意思決定をすることができていなかった。しかし、患者・家族の意思決定能力を妨げる要因があり、そのため自律が守られていないことを LN はアセスメント・解釈の時点で明確にしていた。

患者と家族の関係や、患者の意思が尊重されることについての医療者の意識、文化・宗教的背景の理解不足、インフォームド・コンセントに関わる問題、といった複雑な要因が絡み合い、患者・家族の自律が妨げられていた。そのため、LN は患者・家族の意思を尊重することに働きかける介入を行っていた。

患者の意思が尊重がされるための、解決すべき問題が分かっていたとしても、その状況において、LN の能力やケアシステムでは限界があるとき、LN の変則的な働きかけも有効であった。それが特に示されているのが、例外的に在宅までケアを継続（ケース 1）することや、患者の文化・宗教理解のために牧師（ケース 4）や看護学校の日本文化の専門家（ケース 3）といった通常ではケアに関わらないような人物を、巻き込むことで患者・家族の意思を尊重することができた。このような変則的な介入は、確実に意思決定という目標を達成させるための戦略となった。LN が関わる対象は、単発の介入で現実的な意思決定が出来るようになったことはなかった。患者・家族が、意思決定できるためのプロセスとは、意思決定された目標が達成されるまで、その意思決定の内容を患者・家族自身、維持することである。

人は誰もが内的・外的条件によって自律し得る能力に差がある（Fry et al, 2008）。LN は、その能力が何らかの要因で妨げられているが、心理・社会的要因に働きかけることで、その自律し得る能力は回復すると予測し、ケア介入を行っていたのである。その方法は、患者の個人的な価値・新年や自律に働きかけるため、施設や病院には馴染みがない介入であったり、現場のスタッフの理解を必要とすることがある。しかし、そこまで行うことが対象者の自律や意思決定に成果をもたらすことを、LN のアセスメント・解釈からスタッフに伝えていき、そのケアの妥当性の理解を促進していくことが必要である。それが、ケアに連続性を持たせることでもあり、患者・家族の自律が尊重され続けることでもある。

2. 善行と無害を指針とした介入

患者が明らかに精神的な影響を受けており、患者の選択を尊重することは、患者にとって最も良いことではない時や、明らかに不適切な医療が提供されていた時、LN は患者により有益な医療やケアが提供されるため善行と無害を指針とした介入を行っていた。

何が適切なケアなのか分からない、とスタッフが思っている時、患者の訴えや状態に

対しスタッフが持つ知識の中では理解できないことが起こっており、ケアの方向性を見つけれなくなっていた。LN は、患者の自律能力に限界があることをアセスメントしており、患者が訴える精神的苦痛や対処能力の低下をアセスメントで明確にし、患者が利益を得られるよう支援することを目的に介入を行った。それは、患者の選択をそのまま尊重するのではなく、最終的により患者にとって利益をもたらす介入を LN であった。それらは、より精神看護の知識を必要とする介入であった。理解できない患者を避けがちだったスタッフに代わり、LN は患者の主観を尊重した上で、患者の精神面を含め包括的にアセスメントを行い、専門的ケアに繋がった。

LN は精神科医との連携はもちろんのこと、注意性障害と診断された患者を小児精神科チームに繋がったこと（ケース 11）や、慢性疼痛がある患者については、疼痛心理士を含むペインマネジメントチームに繋がっている（ケース 13）。病院や施設によって専門的な医療を提供する部門は様々であり、活用できるリソースを把握しておく必要がある。他の専門領域へ繋げ、患者にとって有益な医療やケアがもたらされたならば、それは、LN が繋がったことで、倫理調整が行われたことになる。

適切な医療が提供できていなかったことは、必ずしも患者の精神的な問題を解決できない時だけではない。ケース 12 のように、患者が複数の疾患をもつため、病棟側も患者のマネジメントに限界があった。ラインに属さず第三者的立場から支援する LN の立場だからこそ、不足していた医療やケアを明確にしてそれを補うための調整ができた。このように、精神面を筆頭にシステムや身体疾患も併せた専門的なケアを提供できるのは、LN の特徴である。

ICN の倫理綱領の前文にもあるように、看護師が「健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和すること」を義務だとするのであれば、時に看護師は患者にとって多くの義務を背負うことになってしまう（Fry et al, 2008）。実際の現場では、この義務を十分果たせず、本研究でのケースで起きたような状況も数多くあるだろう。看護師は自分達が理想とする“適切なケア”が行われていない現状に対して、不誠実さや、葛藤、ジレンマを感じていることも少なくない。善行と無害を介入の指針としたケースの中では、このような状況に陥った看護師を始めスタッフのメンタルケアを LN が行っていた。スタッフの倫理的ジレンマを解決することも、LN の倫理調整の重要な一部である。

3. リエゾン精神看護領域の倫理調整を統合的に見た特徴

LN はケースに関わる中で、まず状況を分析する能力が求められる。生じている事象の根本的な原因を追究し、それらを見抜く力が必要になる。LN には、メンタルヘルスの問題をもつ患者の意思を尊重するためのスキルが求められる。患者が自分の問題を正しく認識して、具体的にしたいことを現実的に伝えられ、医療者やシステムが、それを尊重することができれば倫理的問題は生じない。どこかに問題が生じているため、患者の意思が尊重されず、治療・ケアの方向性が失われてしまうのである。LN はケースに関わる中で対象を理解する時、まず、意思が尊重されることが困難であった対象者の体験に耳を傾ける。必ずしもその体験に同意や共感ができなくても、理解する姿勢を示すことで対象者の具体的なレベルの体験が語られる。そこで、対象者の感情や抱えていた葛藤が表出され、倫理的問題が顕在化してくる。患者が、なぜスタッフに理解できないような行為を示していたのかを理解することで、本当の意味で患者の意思を尊重できることに繋がる。前景化している問題だけに捉われず、それに相互作用を及ぼしている問題に関連づけ、分析していく必要がある。

問題を抱え、その解決法を握っているのは LN であり、現場のスタッフである。そのため、現場のスタッフも LN が分析して提示した仮説を理解しなくては、ケアを提供することができない。仮説の内容とは、なぜ患者の意思が尊重されない状況であったのか、スタッフがケアを行っても患者の状態が改善しなかった要因は何であるのかといった倫理的問題である。患者と患者のまわりで起きている状況を、スタッフが理解できるように LN は仮説を提示していく必要がある。LN が仮説を提示しても、スタッフは適切な医療が提供できていなかったという思いから問題の核心に触れることに抵抗感をもったり、問題に巻き込まれて、客観的に理解することが困難かもしれない。倫理的問題というのは、医療者として良くないことをしていると、何らかの組織の問題が反映されていることがあるので、そこで働くスタッフにとってはそれをどこかで認めたくない気持ちや、外部に知られたくないと思われるかもしれない。良くならない状況に対するスタッフの葛藤は、当然の感情であることを示し、それらを表出させることが求められる。これが、スタッフの倫理的ジレンマや葛藤の解決に繋がる。倫理的問題は、ある時点で突然現れるのではなく、スタッフから LN に相談された問題の背景に潜んでいたり、家族と患者の思いのすれ違いや、医療者とのやり取りの中で言葉の行き違いが積み重なって生じてくる。そうした個々の問題が理解されることで、それらが解決に導かれ、状況が改善に向かっていく。

現場のスタッフが LN の仮説をそのまま受け入れ、ケア展開するのでは、そのケースの中でしか有効なケアが発揮できない可能性がある。LN はスタッフが身につけている倫理的な原則や考え方が、実践で適応されるというのがどういうことなのか、ケースを通じて理解してもらう必要がある。そして、今後別の問題が起きた時、スタッフがその根本的な部分を考え説明できることが重要である。

理解されることは、LN とスタッフ間でのコミュニケーションを通して行われる。ただ、一方的に LN が仮説を提示するだけではスタッフは認識できない可能性もある。時には、スタッフの困難感の表出を促したり、仮説を提示する場を活用することも有効である。それによってもたらされる効果を予測できていないと、不用意な働きかけになる可能性が高い。設定された場の中で問題に関わる人々が、それぞれの目的のためコミュニケーションを取り合う。LN は目的に見合った場の設定に対して、患者に関わる人々の相互作用によって、治療やケアの妥当性を判断し、継続して患者の安寧を図るための対策を作り上げるという意図を持ち合わせている。

ラインに属さない LN という立場から介入することによって、患者や、コンサルテーション先のシステムや文化を客観的に捉えることができ、それが患者の問題に関連がないかということをアセスメントすることができる。例えば、病状説明の方法も、医療者によって伝える方法、話し方は様々であるし、それは、その医療者の現場で引き継がれていくものでもある。一概に文化だけが影響して適切な病状説明が行われていなかった、とは言い難いが、少なからず影響されている可能性はある。全ての治療的環境やケアは、文化やシステムの影響を受けながら形作られる。それらに大きく巻き込まれることなく、俯瞰して組織を見て、状況を分析していくことができるのは、LN という第三者的な立場と、専門的知識を持ち合わせている者ができることである。

Ⅲ 倫理調整の視点からみたリエゾン精神看護への示唆

今回の研究から、LN が関わる倫理的問題の特色とそれについて LN が果たす役割・機能が明らかになったが、LN には、これらをさらに予測し、予防的に関わることが求められる。予防的な関わりについては、倫理的問題が生じる前に対応する方法で、倫理的問題が発生しそうな感覚や、倫理的問題を知覚した時に対応をするというものである。LN における倫理的感性を磨くことも必要である。

LN は表面化していない倫理的問題を早期に明確にする能力が求められる。また、文化・

宗教的価値や病状説明がされていない問題などは、LN という第三者の立場だからこそ、客観的な視点から現象をとらえ問題を分析することができたのはもちろんだが、決して現場のスタッフができないことではない。むしろ、現場のスタッフで解決していける問題も多くあるため、患者を取り巻く現象をより注意深く捉えられるような臨床判断能力の底上げと、専門職としての倫理的な判断において、何かが引っかかると感じられた時には、それを話し合える環境を作り上げることが LN に求められている。

LN が関わる倫理的問題の中にいる患者は、何らかのメンタルヘルスニーズがあり、その意思をどう尊重すれば良いか分からないことが数多くある。そのような時、患者が妥当な意思表示ができない原因は何であるのか、それに関連した医療者の状況はどうであるのか、を明確にさせ、何らかの苦痛により意思表示ができないのであれば、その苦痛の軽減する働きかけを LN の視点から行い、患者の意思表示が出来る支援をすることが重要である。また、“場” の設定をしたり、LN とは別の専門領域に繋げることは、生じた倫理的問題を解決させる手立てとなることなので、他職種間で解決されていない問題はないか、患者にとって、より効果的な治療・ケアが行える領域はないか、常に意識することも、早期に倫理的問題を解決に導く方法である。

また、看護師のメンタルヘルス支援は、LN に特化した役割・機能であり、他の領域の CNS もコンサルテーションの中でスタッフ間のジレンマの解決の 1 つとしてそれに近いことを行っているであろうが、元々の役割・機能として持ち合わせている LN は、その役割・機能を倫理調整の中でも有効に発揮していくことが望まれる。

本研究で示された LN の倫理調整における役割・機能は、今後、LN の倫理調整の実証的研究を行う際の一助ともなりうる。LN の介入によって、潜在化していた倫理的問題が明確になり、その解決に向けて LN が役割・機能を発揮し、患者、家族、スタッフに状況が改善したというアウトカムをもたらしたことは、LN が介入することでの成果を裏付けるものといえよう。

IV 本研究の限界と今後の課題

現在、LN の倫理調整に焦点を当てた研究はほとんどない。本研究はの中で、倫理理論を基に、LN の行った倫理調整に匹敵する文献から、LN のニーズがある倫理的問題、倫理調整に対する役割・機能を明確にした。今後は、LN の倫理調整という独立したテーマでの研究を集積し、患者や医療者にどのような成果を出したのか具体的に示す必要がある。本研究で扱った文献の中には、LN が倫理調整に関わった介入回数や、介入開始から終了までが明確に記述されていなかったが、実証的研究のためにそれらも含めた研究を行っていくことが必要である。

また、倫理的問題については、LN が関わった調整の中でも、捉えどころによっては倫理調整といえる文献も多くあるが、その中で、より倫理的問題が明確になっているものを抽出したため、全ての倫理調整に関わる文献を網羅できなかった可能性がある。データを要約する際に、筆者によって主観的な解釈を行わないよう細心の注意を払ったが、それでも文章に忠実であるかどうかは、各筆者に問い合わせていないため、現段階で保証はできない。また、LN の介入について成果が明らかになった研究からも、倫理調整に該当する内容を捉えていくことにより、また新たな示唆が得られる可能性がある。

第5章 結論

本研究は、リエゾン精神看護の領域における倫理調整について明らかにされている先行研究から、LN の介入によって明らかになった倫理的問題、それに対する LN の役割・機能について統合し、LN に求められる知見を得ることを目的に、先行研究のレビューを行った。最終的に 13 ケースを採用し、結果として以下のことが明らかとなった。

1. 介入を要した倫理的問題の概要は、7 つに分類され、倫理調整における、リエゾン精神看護に対するニーズが明らかになった。前景化している問題だけに捉われず、それに相互作用を及ぼしている問題を関連づけ、分析していく必要がある。
2. 次の 2 つの倫理原則を指針とした LN の介入があることが明確となった。自律の原則を指針とした介入では、患者・家族の意思が尊重されない要因に働きかけていた。善行と無害を指針とした介入では、LN は、患者の自律能力に限界があることをアセスメントしており、患者が訴える苦痛や対処能力の低下にアプローチし、患者が利益を得られるよう支援していた。
3. 自律の原則を指針とした介入では、患者・家族が意思決定できるためのプロセスを作り、それを維持することが重要であった。患者・家族の意思決定に対する能力が何らかの要因で妨げられているが、LN は心理・社会的要因に働きかけることで、その自律し得る能力は回復すると予測し、ケアに繋げている。
4. 善行と無害を指針とした介入では、LN は患者の主観を尊重した上で、患者の精神面を含め包括的にアセスメントを行い、専門的ケアに繋げた。また、不足していたケアや医療を明確にしてそれを補った。より有効な医療やケアが提供されるよう他の専門領域に繋がれた。患者に対して不安全感や葛藤があるスタッフのメンタルケアを行った。
5. LN は、患者に関わる人々の相互作用によって、患者ケアに効果をもたらす “場” の設定を行っている。ラインに属さない第三者の立場から介入することによって、システムや文化を客観的に捉えることができ、倫理的問題と関連付けて考えることができる。
6. LN には倫理的問題をさらに予測し、予防的に関わることを求められる。現場が、患者を取り巻く現象をより注意深く捉えられ、倫理的問題に対する臨床判断能力の底上げが LN に必要である。今後は、LN の倫理調整という独立したテーマでの研究を集積し、患者や医療者にどのような成果を出したのか具体的に示す必要がある。

引用文献

- 飛鳥井望(2009). 術中覚醒記憶がある、と患者が言った場合の対処法. *LiSA*, 16(11), 1032-1035.
- Bacote, J.C. (1988). Culturological assessment: An important factor in psychiatric consultation-liaison nursing. *Archives of psychiatric nursing*, 11(4), 244-250.
- Berarducci, M., Blandford, K. & Garant, C. A. (1979). The psychiatric liaison nurse in the general hospital: three models of practice. *General hospital psychiatry*, 1(1), 66-72.
- Blatt, L. (1999). Working with families in reaching end-of-life decisions. *Clinical nurse specialist*, 13(5), 219-226.
- Chase, P., Gage, J. & Stanley, K. M et al. (2000). The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management. *Nursing case management*, 5(2), 73-77.
- Fife B.L. (1986). Establishing the mental health clinical specialist role in the medical setting Issue. *Mental Health Nursing*, 8(1), 15-23.
- Fincannon, J. (1988). Meperidine addiction associated with amphotericin treatment in leukemia: Case study and staff reaction. *Archives of psychiatric nursing*, 2(5), 302-306.
- Fry, S. T. (1989). Teaching ethic in nursing curricula, traditional and contemporary models. *The Nursing Clinics of North America*, 24(2), 485-497.
- Fry, S. T., Johnstone, M. (2008). 看護実践の倫理 第3版. 片田範子・山本あい子訳(2010). 日本看護協会出版会.
- 片田範子(1999). 精神科看護の中で考える倫理 看護者が倫理について考えること, 精神科看護, 26(11), 8-12.
- 片平好重, 宇佐美しおり, 福田紀子他(2002). 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発および評価に関する研究. *看護*, 56(2), 84-87.
- 北村愛子(2008). 専門看護師の倫理調整の役割と実践. *看護倫理* 1(1), 12-16.
- 小西恵美子(2007). 倫理的意識決定のステップと事例検討. 小西恵美子編. *看護倫理*. 120-128. 南江堂.
- 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/03.html> [2012-01-25]

- Lo,B. (2003). 医療の倫理ジレンマ 解決への手引きー患者の心を理解するために. 北野喜良・中澤英之・小宮良監訳. 2-11.西村書店
- Minarik,P.A. (1984). The psychiatric liaison nurse's role with families in acute care. *The psychiatric liaison nurse's role with families in acute care*, 19(1), 161-171.
- 前田正一(2005). インフォームド・コンセント. 赤林朗編. 入門・医療倫理 I . 141-169. 勁草書房.
- Mindich, D. S., Hart, B. (1995). Linking hospital and community. *Journal psychosocial nursing mental health services*. 33(1), 25-28.
- 日本看護系大学協議会. <http://www.janpu.or.jp/umin/kenkai/rinrishishin08.pdf> [2011-11-25]
- 日本看護協会. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> [2011-11-25]
- 日本看護協会. <http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/pdf/sensaisoku.pdf> [2011-11-25]
- 日本看護協会(1999). 1997 年看護職員実態調査. 日本看護協会調査研究報告書, 54, 69-72.
- 野末聖香(2004). リエゾン精神看護. 野末聖香編. リエゾン精神看護 患者ケアとナースのために. 3-26, 医歯薬出版株式会社.
- 野末聖香(2009). 専門看護師の役割. 精神看護スペシャリストに必要な理論と技法: 宇佐美しおり, 野末聖香編. 26-33. 日本看護協会出版会.
- 濱田由紀, 田中美恵子, 若狭紅子他(2006). 精神看護の倫理に関する文献検討. 東京女子医大看護学雑誌, 1(1), 45-52.
- Hamric, A. B.(2009). A Definition of Advanced Practice Nursing.In Hamric, A. B.,Spross, J. A.& Hanson, C. M. (Ed.).Advanced Practice Nursing-An Integrative Approach-4th Edition(pp75-94).Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hamric, A. B.. Delgado, S. A. (2009). Ethical Decision making. In Hamric, A.B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (Ed). Advanced Practice Nursing-An Integrative Approach-4th Edition, (pp315-346), Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hart,C.A.(1990) . The psychiatric consultation/liaison nurse role in case management. *Archives of psychiatric nursing*, 4(6), 370-378
- Hicks,S. (1989). The psychiatric nurse in liaison psychiatry. *Australlian and new zealand journal of psychiatry*, 23(1). 89-96.

- 福田紀子(2007). いのちの看取り 患者を看取る看護師へのケア. 緩和ケア, 17(2), 102-107.
- 福田紀子, 宇佐美しおり, 野末聖香他(2004). 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発および評価に関する研究(第4回看護), 56(1), 86-94.
- 福宮智子(2009). 国外におけるリエゾン精神看護の有用性に関する文献レビュー. 聖路加看護大学大学院看護学研究科課題研究, 聖路加看護大学.
- 伊藤正男, 井村裕夫, 高久史磨(2003). 医学大辞典. 190. 医学書院.
- 和泉幸俊(2008). 麻酔薬と記憶. 日本臨床麻酔学会誌, 28(2), 191-202.
- Palmateer, L. M. (1982). Consultation and liaison implications of awakening paralyzed during surgery : a syndrome of traumatic neurosis. Journal psychosocial nursing mental health services, 20(11), 21-26.
- Ragaisis, K. M. (1996). The psychiatric consultation-liaison nurse and medical family therapy. Clinical nurse specialist, 10(1), 50-56.
- 清水哲郎(1999). 看護に求められる倫理. 月刊ナーシング, 19(3), 50-55.
- 鈴木靖子(2010). ナースのストレスマネジメント いきいきと働き続けるためのリエゾン ナースからのアドバイス (第11回) 看護師が直面する倫理的問題. 看護技術, 56(13), 1297-1299.
- 高田早苗(2003). 看護倫理をめぐる議論. 日本看護協会編. 平成15年版看護白書. 3-19. 日本看護協会出版会.
- 武用百子(2009). 高度看護実践家に必要な生命倫理と倫理観. 宇佐美しおり, 野末聖香編. 精神看護スペシャリストに必要な理論と技法. 310-312. 日本看護協会出版会.
- 鶴若麻里(2007). ホスピス・緩和ケアをめぐる生命倫理. 長寿社会グローバル・インフォメーションジャーナル, 4, 20-22.
- 宇佐美しおり(2003). 精神看護専門看護師の現状と課題. インターナショナルナーシングレビュー, 26(3), 30-34.
- 宇佐美しおり(2010). 精神看護の発展と精神看護専門看護師の役割. 時代のエスプリ, 510, 115-122.
- 渡辺裕子, 関啓子, 輪湖史子(1997). 倫理的ジレンマに関する統計的研究. 看護学雑誌, 61(11), 1046-1052.

参考文献

- Chambliss, D. F. (1996). ケアの向こう側. 浅野祐子訳(2002). 日本看護協会出版会.
- 江波戸和子(2009). 精神専門看護師の立場からの精神科の臨床倫理と患者の権利擁護. 日本精神保健学会誌, 18(1), 179-181.
- 池永昌之(2010). 患者に意思決定能力がない場合は家族の意向に従えば良い?. がん患者ケア, 4(2), 63-67.
- 石井トク(2008). 看護の倫理学 第2版. 丸善株式会社. 2008.
- 萱間真美(1999). 看護者の倫理的判断とケア技術の選択に影響する要因—行動の理由を説明することの意味—. 精神科看護, 26(11), 13-17.
- 仲村直子(2009). 医師の方針に納得できなかった原因不明の胸腹水駐留患者への支援—慢性疾患看護専門看護師の倫理調整—. 日本慢性看護学会誌, 3(1), A52.
- 日本精神科看護技術協会(2011). 精神科看護者のための倫理事例集 2011.
- 小笠原充子, 藤田冬子, 山口和子他(2004). 倫理調整について考える—老人看護専門看護師の立場から—. 日本看護科学学会学術集会講演集 24回, 613.
- 早川満利子, 千崎美登子, 久米恵江他(2011). がん看護専門看護師が行う倫理調整の視点と方略—外来で心肺蘇生を行った進行がん患者のケースを通して—. 日本がん看護学会誌, 25, 110.
- 佐藤陽子(2011). アルコール依存・ネグレクトの既往のある母親とその新生児に対する母性看護専門看護師の倫理調整の実際. 母性衛生, 52(3), 77.
- 師岡恵子, 小沢香, 森明子他(2010). がん看護専門看護師実習での課題に向けた教育プログラムの導入と院生の学び—状況判断と倫理調整—. 日本がん看護学会誌, 24, 110.
- 杉谷富士子, 川合政恵(2007). ベッドサイドの看護倫理事例 30. 日本看護協会出版会.