

西暦 2022 年 8 月 2 日

2022 年度聖路加国際大学大学院 看護学研究科
課題研究

急性期脳卒中患者を看護する
ジェネラリストナースの倫理的ジレンマ
～倫理的環境を醸成するための
ニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割～

Ethical Dilemmas of Generalist Nurses Caring for
Acute Stroke Patients :
The Role of the Neuroscience Nursing Advanced
Practice Nurse in Fostering an Ethical Environment

学籍番号 20MN020

氏名 高柳 知美

要旨

【目的】

急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナース（以下、ナース）が倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、その対応方法、希望する支援内容をインタビュー調査から明らかにし、倫理的環境を醸成するためのニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割を考察した。

【方法】

研究デザインは質的記述的研究であり、急性期脳卒中患者を看護するナースを対象に半構造化インタビューを実施、データのカテゴリー化を行った。対象者は、Patricia Benner の Dreyfus Model の第1～5段階のナース5名以上とした。本研究は所属施設の研究倫理審査委員会にて承認を得た (NO. 22-A002)。

【結果】

研究対象者は、第1段階～第5段階のナース各1名ずつ計5名であった。急性期脳卒中患者を看護するナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたことは、【倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感】【不本意な看護ケアを提供したときの悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】などの5カテゴリーであった。倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法は、【自分の気持ちを解消するために同期と話す】【先輩から教示を受ける】【病棟内の設定された場で皆で考え合う】などの5カテゴリーであった。さらに希望する支援内容は、【倫理的ジレンマの対応力の向上】【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】【病棟間の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】などの6カテゴリーであった。

【結論】

【不本意な看護ケアを提供した時の悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】の2カテゴリーは、患者の意思を確認できないことが影響し導き出されたカテゴリーであり、脳卒中などの急性・慢性問わず意識障害をもつ患者を対象とするナースが倫理的ジレンマの際に抱きやすい感情と推測できた。【病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性】【病棟の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】などから病棟内外で倫理的ジレンマを共有できる場と機会、倫理に関する専門家とのディスカッションできる環境づくりが重要と考えられた。倫理的ジレンマを共有できる病棟内外の場と機会、倫理に関する専門家とのディスカッションできる倫理的環境の醸成が、ニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割として重要であり、それを可能にすることで意識障害をもつ患者の看護の質向上、患者のQOL向上に繋げることが出来ると考えられた。

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景.....	1
II. 研究の目的.....	2
III. 研究の意義.....	2
IV. 操作的用語の定義.....	2
1. 倫理的ジレンマ.....	2
2. 倫理的環境.....	2
3. 醸成.....	2
4. 急性期脳卒中患者.....	2
5. ジェネラリストナース.....	3
第2章 文献検討	3
I. 国内外の脳卒中患者を取り巻く医療の現状と倫理的課題について.....	3
II. 看護師を取り巻く看護ケアの現状とそれに伴う倫理的課題について.....	4
III. 倫理的ジレンマについて.....	5
第3章 研究の方法	7
I. 研究デザイン.....	7
II. 研究の枠組み.....	7
III. 研究対象者、研究対象者と数.....	8
1. 研究対象者.....	8
2. 研究対象者と数.....	8
IV. 研究対象者のリクルート方法.....	8
1. 研究対象者の選定.....	8
V. データ収集期間.....	10
VI. 研究期間.....	10
VII. データ収集方法.....	10
VIII. データ収集場所.....	10
IX. データの分析方法・手順.....	11

X データの真実性および分析の妥当性の確保	11
XI. 倫理的配慮	11
第4章 結果	15
I. 研究対象者の概要	15
II. 倫理的ジレンマを抱いた看護実践場面の内容	15
III. 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと	16
1. 【倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感】	16
2. 【不本意な看護ケアを提供したときの悲感】	17
3. 【患者の意思が確認出来ないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】	18
4. 【経験過多による感覚の鈍麻】	19
5. 【看護実践へ活かせることへの充実感】	19
IV. 倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法	23
1. 【自分の気持ちを解消するために同期と話す】	23
2. 【先輩から教示を受ける】	24
3. 【病棟内の設定された場で皆で考え合う】	24
4. 【第3者と話すことで自分の看護観を内省する】	25
5. 【倫理的ジレンマを吐露する環境が無い】	25
V. 抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容	28
1. 【倫理的ジレンマの対応力の向上】	28
2. 【倫理的ジレンマをタイムリーに吐露できる環境】	29
3. 【病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性】	29
4. 【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】	29
5. 【病棟間の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】	30
6. 【心理的安全性を担保した環境】	30
第5章 考察	33
I. 急性期脳卒中患者を看護する際に生じる倫理的ジレンマについて	33
II. 倫理的ジレンマの対応方法について	34
III. 倫理的ジレンマにナース対応できるための環境の醸成について	34
1. 倫理的ジレンマを共有する病棟内外の環境醸成	34

2. 専門家とのディスカッションできる環境の醸成	35
IV. ニューロサイエンス看護上級実践看護師が担う倫理的環境を醸成するための看護的示唆	36
V. 本研究の限界と今後の課題	36
第6章 結論	37
引用文献	38
資料	43
資料1 研究参加のお願い(施設用)	44
資料2 研究参加のお願い(研究対象者用)	47
資料3 事前質問用紙	51
資料4 同意書	55
資料5 同意撤回書	56
資料6 インタビューガイド	57
謝辞	58

図表・資料目次

図 1 本研究の枠組み	7
表 1 研究対象者の概要	15
表 2 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと	21
表 3 倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法	27
表 4 抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容	32

第1章 序論

I. 研究の背景

急性期脳卒中患者は、発症当初から意識、言語、運動障害を呈することが多く、加えて高次脳機能障害が出現する。これらの障害は患者自身の意思表示を困難にすることから、看護師は患者の意思を確認できないまま看護師主導の看護ケアを行っている (Okubo, 2021)。筆者が勤務していた Stroke Care Unit (以下、SCU) では、急性期脳卒中患者の緊急入院が多いことから、既入院患者の看護ケアを予定通りに提供し終了することが難しく、煩雑な看護ケア提供となっている。また緊急入院に備えるために昼間に提供することが望ましい看護ケアを夜間に提供することや重症患者に人手が取られることから、カテーテル類抜去予防と称して、熟考のない身体拘束を施行している。この状況下で筆者は、先輩看護師として、後輩看護師が看護ケアを自分自身の信念や価値観に相反し、迷いながら提供していることを耳にしていたが、対策を講じるまでには至っていなかった。

看護師が看護ケアを提供する際、信念や価値観と相反する事柄の間に自分が板挟みとなり、倫理原則が適用できる状況下の現象を、看護における「倫理的ジレンマ」と呼ぶ (Andrew, 1984; Fourie, 2015; フライら, 2011)。前述した後輩看護師の経験もこの倫理的ジレンマに相当する。また看護師の国家資格を有し経験と継続教育で対象者に看護ケアを提供する看護師をジェネラリストナースと呼ぶが (日本看護協会, 2014, 2022)、筆者の後輩看護師の経験はジェネラリストナースが抱く倫理的ジレンマと捉えられる。

ジェネラリストナースが抱く倫理的ジレンマに関する研究は、様々存在する。同じ看護ケア場面に対応した際に、倫理的ジレンマを抱くジェネラリストナースと抱くことがないジェネラリストナースが存在すること (宮内, 2017; 小川ら, 2014; 境ら, 2013; 菅原ら, 2012)、倫理的ジレンマを抱くジェネラリストナースはそれを吐露する機会が無く、抱くことがないジェネラリストナースは自分自身をリフレクションする機会が少なく、倫理的側面から看護ケアを捉え直す機会が少ない (宮内ら, 2017; 小川ら, 2014)。また看護ケア場面の倫理的ジレンマに影響する因子は、人員配置、労働形態、組織システム、教育形態、病棟文化や風土、病院や病室の設備、看護場面の看護師の人間関係などがあり、それらは「倫理的環境」と呼ばれ (Max et al, 2013; 宮内ら, 2017; 中村ら, 2018; 小川ら, 2014; 大生, 2013; Silén et al, 2008)、同僚ナースや他医療従事者との関係が倫理的ジレンマに影響すること (岩本, 2006; 田口 2015)、仕事量の多さや人員不足により、人のために尽くしたいと思う気持ちが妨げられる苦痛は、個人ではなく組織と言う環境に問題があると報告されている (Silén et al, 2008)。ルーチン化業務に慣れてしまうことで問題を認識し難い状態に陥ること (宮内ら, 2017)、脳卒中を起因とした意識障害による意思表示困難が看護師主導の看護ケアに陥り、ジェネラリストナースの倫理的ジレンマを生じさせると言われている (境ら 2013; Silén et al, 2008)。

以上から、本研究は、急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容を明らかにし、ニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割を考察する。

II. 研究の目的

急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、その対応方法、希望する支援内容をインタビュー調査から明らかにし、倫理的環境を醸成するためのニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割を考察する。

III. 研究の意義

急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、その対応方法ならびにどのような支援を求めているのかについて分析し、ニューロサイエンス看護上級実践看護師が倫理的環境を醸成するための役割について考察することは、ニューロサイエンス看護上級実践看護師が専門看護師としてジェネラリストナースの教育、相談、調整、倫理調整を行う際の一助になる。また意識障害をもつ急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースの倫理的ジレンマの緩和に貢献でき、急性期脳卒中患者の看護の質の向上に繋げることが出来る。延いて看護の質の向上から、急性期脳卒中患者の Quality of Life (以下、QOL) の向上に貢献できると考える。

IV. 操作的用語の定義

1. 倫理的ジレンマ：信念や価値観と相反する事柄の間に自分が板挟みとなる状況を指す。
2. 倫理的環境：倫理に関係する人員配置や労働形態、組織のシステム、教育形態、病棟の文化や風土、病院や病室の設備といった倫理を考える際に影響する外的な総体を指す。本研究では、急性期脳卒中患者の家族、医療従事者、病棟の特殊性、組織、教育を指す。
3. 醸成：規制などの外部からの強制力に頼るのではなく、自らのあるべき姿を描きそれに向かって主体的・自立的・継続的に取り組んでいくことを指す。
4. 急性期脳卒中患者：発症後 1 ヶ月程度の急性期脳卒中（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）患者を指す。我が国では、脳卒中患者が発症後に急性期病院入院から退院までの平均在院日数が 21～29 日程度であることから（回復期リハビリテーション病棟協会, 2019; 古川ら, 2015）本研究では、急性期病院入院から他病院への転院もしくは自宅退院までの日数を発症後 1 ヶ月程度と捉え、急性期脳卒中患者を発症後 1 か月程度の者とした。

5. ジェネラリストナース：国家資格を有し経験と継続教育で対象者に看護ケアを提供する看護師（日本看護協会, 2014, 2022）。さらに、Patricia Benner の Dreyfus Model の第1～5段階：第1段階：初心者レベル、第2段階：新人レベル、第3段階：一人前レベル、第4段階：中堅レベル、第5段階：達人レベルをもとに、本研究では、第1段階を1年目、第2段階を2年目、第3段階を3年目～4年目、第4段階を5年目～9年目、第5段階10年目以上とする（Benner, 2005）。

第2章 文献検討

I. 国内外の脳卒中患者を取り巻く医療の現状と倫理的課題について

我が国は、団塊の世代が75才になる2025年に医療と介護需要が最大化となることが予想され、その状況は患者の状態に見合った良質な医療サービスが受けられない危険をはらんでいる（厚生労働省, 2015）。そのため地域医療構想では、病床の機能分化・連携により良質な医療サービスを受けられる体制を作ること、また地域包括ケアシステムの構築の推進が必要と述べている（厚生労働省, 2019）。

脳血管障害は、死因別死亡率では2018年度より第4位となつてはいるが、65歳以上の要介護者の割合では第2位であり、依然として高い位置を占めている（内閣府, 2018）。加えて、急性発症の疾患は、脳血管疾患を含む循環器系疾患が最も多く、死亡および重症（長期入院）に至る症例も脳血管疾患を含む循環器系疾患の割合が高いことから、救急医療の拡充が示唆されている（厚生労働省, 2018）。一方で、脳卒中専門病床であるStroke Unitで治療することにより、死亡率および再発率の低下、在院日数の短縮、在宅退院率の増加、長期的な日常生活動作（以下、ADL）の改善を図ることが明らかとなっている（脳卒中ガイドラン, 2015）。

国外では、心血管と脳卒中のリスクは、米国だけでなく世界中で共通しており、特に高齢者に多く見られ、3人に1人が発症すると推定されている（Gorelick et al, 2017）。また、毎年、世界中で1,400万人が脳卒中を患い、死因原因の第2位であることや重大な身体的な障害の第1の原因であり、脳卒中にならない年齢、性、人種、国は無いとされている（World Stroke Organization, 2016）。一方、専門の脳卒中ユニットに入院して救急医療として扱い専門的ケアをすることで、結果を大幅に改善することができるとされている。加えて、World Stroke Organization(2016)の2020年から2022年の3年間の戦略的優先事項として、脳卒中の影響を減らすための世界的な能力強化や脳卒中の認識と知識の構築、堅固な組織を成長させることとしている。

国内における倫理的課題は、医療の発達に伴う治療選択の複雑化や治療を受ける対象者の価値観の多様化などにより意識不明の患者の倫理的問題を含む状況が増えている（青柳, 2016）。しかしながら多くの医療従事者は、実践場面における「倫理」の重要性を認識しているにも関わらず、倫理的諸問題に気づかない、もしくは問題に気づいても問題点

の抽出方法や効果的な対応の仕方、選択に自信が持てない現状があり（照沼, 2016）、それらを解決するために、倫理的感受性を身につけ高める必要があるとされている（青柳, 2016）。

また、地域包括ケアシステムの構築に伴い他の医療関係職との連携は不可欠であるが、医師と看護師の7割以上が意見の食い違いの経験を持っており（橘, 2020）、そのうちの約6割が、その食い違いの経験の中で「もやもや感」を生じたとしている（橘, 2020）。さらに多職種による臨床倫理事例検討会の開催は、多職種で事例を検討する重要性の発見がなされ、チーム医療が主流になったことが言える一方で、他職種の価値観を知る機会が実は少ないことを反映していると報告している（木村ら, 2019）。

国外における倫理的課題は、脳卒中の殆どは発症時に意識障害を呈し、自分自身で意思決定をすることが困難なため、治療に関する際の意味決定の問題が挙げられている（Lynne C et al, 2009; Rannikko et al, 2019）。また、医療者は、患者の治療選択をする際に、最善の利益を最重要視して議論する傾向にあるが、文化的背景および倫理原則に基づいて慎重に議論すること（Rejnö et al, 2015）や家族とのコミュニケーションの必要性も挙げている（Rannikko et al, 2019）。

以上、国内外における脳卒中患者の医療の現状は、早期に発見し、速やかに専門病院に搬送し集中的なケアをすることで死亡率の低下やADLとQOLの改善の可能性が示唆できた。倫理的課題については、治療時における意思決定の難しさや医療者間のコミュニケーションの必要性が明らかとなり、特に国内では、医療従事者が倫理的感受性を高める必要性が示された。

II. 看護師を取り巻く看護ケアの現状とそれに伴う倫理的課題について

我が国は、2025年までに少子超高齢社会に対応した社会保障制度を構築するために、地域包括ケアシステムへとかじを切り、医学モデルから生活モデルへの推進や在院日数を短縮するために、医療事故を起こさずに速やかに次の療養先へ移行することを求めている（狗飼, 2011; 日本看護協会, 2015; 高田, 2010）。また医療安全の観点から、患者によるチューブ類の抜去や転倒転落はあってはならない医療事故であるとされており、その防止として身体拘束は高い優先順位とされ（水澤, 2009; 小川ら, 2014; 高田, 2010 Ulrich et al, 2010）、それ故に身体拘束は不要と看護師が判断しても身体拘束の解除は躊躇するとされている（看護倫理ガイドライン, 2019）。身体拘束は、基本的人権を侵害するものとして、実施してはいけないと思いつつも患者の安全や看護師の人員不足の理由をもとに自分自身を納得させることで身体拘束に関する抵抗感を低下させ、実施を可能にしていると記している（看護倫理ガイドライン, 2019）。抵抗感の低下は看護ケアの危機状態であり、それを脱するには、看護師チームで身体拘束についてディスカッションをすることや組織としての方針を打ち出すことで、身体拘束をしない組織文化を醸成していく必要がある

ると主張している（看護倫理ガイドライン, 2019）。

看護ケアにおける倫理的問題の高い項目として、薬剤による鎮静の有無、患者に十分な看護ケアを提供するための看護師の人員配置（水澤, 2009; 小川ら, 2014; Ulrich et al, 2010）、看護師-医師（他専門家）間の倫理観の対立があり、いずれも解決の割合が低いとしている（水澤, 2009）。

以上から、社会情勢が変化し続ける中でも看護師の倫理的課題は、身体拘束や薬剤による鎮静、人員不足、医療者間の倫理観の対立であることが明らかとなった。さらに看護師チームでディスカッションすることや組織文化を醸成することの重要性が示唆された。

III. 倫理的ジレンマについて

医療技術の進歩、人々の人権意識の高まりに伴って看護師が日常の看護実践で倫理的問題と対峙する頻度と重要性が増加している（Barlow et al, 2018; 村田, 2012; 田口ら, 2015）。またチーム医療の重要性が言われている昨今において、看護師は他職種よりもチームで看護実践ができて一方、看護師が直面するチームワーク上の問題として、意思決定のプロセスで経験する倫理的ジレンマの存在も報告されている（田口ら, 2015）。

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って良いことか悪いことかを検討することである。さらに専門職の倫理には、専門職集団の構成員として期待される行為や規範が加味される。つまり倫理とは、個人や集団の信念や価値、規範であると言える（フライら, 2011）。一方ジレンマとは、問題の解決にあたり対立する2つ以上の判断基準があり、その選択が困難な状態である（菅原, 1997）。これらを踏まえ倫理的ジレンマとは、看護師の行為を決める上で相互に矛盾しているけれども、2つないしそれ以上の倫理原則が適用できると思われる状況の中で見られる倫理的な現象である（Andrew, 1984; Fourie, 2015; フライら, 2011）。さらに、倫理的ジレンマの主な要素として、患者にとっての最善の利益や説明責任、専門職種間の協働と衝突、看護師が倫理的行動をとる際に、患者を取り巻く他者に与える影響の重要性が挙げられる

（Barlow et al, 2018）。これらの主要な要素を解決するためには、患者と看護師の信頼関係を築いた上で多職種間との人間関係を構築し、多職種協働でケアすることの重要性を唱えている（Barlow et al, 2018）。

一方、看護師は患者のニーズよりも看護師チームの習慣や規範を優先する傾向はあるが、倫理的ジレンマを話し合う機会を設けること、看護師個人の実践能力が発揮できるチーム環境を整えるといった倫理に影響を与える環境を醸成することが主張されている（田口ら, 2015）。それ以外の倫理に影響を与える環境として、患者に十分な看護ケアを提供できていない看護師の充足状況や（水澤, 2009; 2010; 小川ら, 2014; Ulrich et al, 2010）、臨床場面で理想の実践が実現できる教育活動の重要性（大生, 2013）が挙げられ

ている。さらに日々時間に追われ過ぎている中で、ルーチン化している環境に慣れが生じ、問題として認識しにくい状態に陥り、個別性を踏まえた看護を提供することが難しくなる状況も指摘されている（宮内, 2017）。上記の内容を加味しながら、倫理的環境とは、倫理に関係する人員配置や労働形態、組織のシステム、教育形態、病棟の文化や風土、病院や病室の設備であると示すことが出来（Max et al, 2013; 宮内ら, 2017; 中村ら, 2018; 小川ら, 2014; 大生, 2013; Silén et al, 2008）、倫理を考える際に影響する外的な総体であると示すことが出来る。フライら（2011）は、倫理的課題を倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況とし、倫理的課題に対処する方法として、日常のカンファレンスや1日のワークショップなどの院内教育を挙げている。

以上より、倫理的ジレンマとは、信念や価値観と相反する事柄の間に自分が板挟みとなる状況を示している。さらに倫理的課題とは、倫理的思考や倫理的意思決定を必要とする状況に焦点化したものであり、倫理的環境とは、倫理に関係する人員配置や労働形態、組織のシステム、教育形態、病棟の文化や風土、病院や病室の設備といった倫理を考える際に影響する外的な総体であることが明らかとなった。また倫理的ジレンマと倫理的環境、倫理的課題には関係性があることが示唆された。

第3章 研究の方法

I. 研究デザイン

半構造化インタビューを行い、クラウス・クリッペンドルフが提唱する内容分析を用いた質的記述的研究（クリッペンドルフ, 2019）。

II. 研究の枠組み

本研究の枠組みを図1に示した。

先行研究で示されたように、急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースを取り巻く倫理的環境には、急性期脳卒中患者とその家族、医療従事者、病棟の特殊性、組織、教育がある。ジェネラリストナースは、これらの倫理的環境の影響を受け倫理的ジレンマを抱えながら看護ケアを実践している。倫理的ジレンマの解消には、倫理的ジレンマの言語化や共有、倫理観や看護観を振り返る場を持つことで、各自の考えや意見を言える雰囲気を作り出す、いわゆる倫理的環境の醸成が重要とされている。

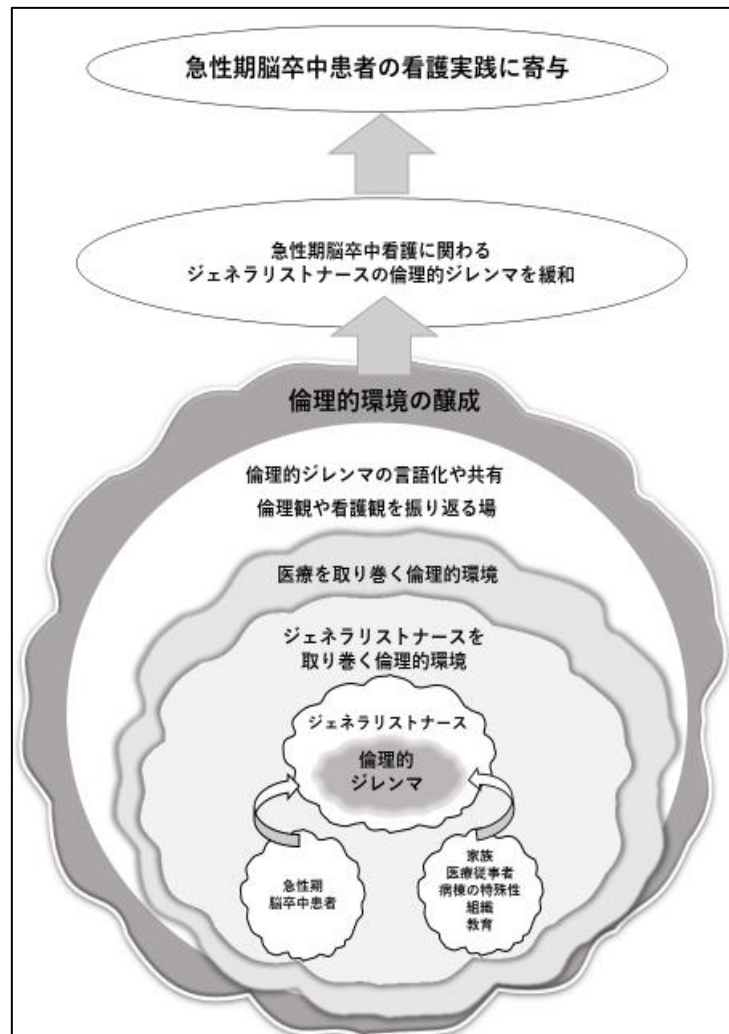


図1 本研究の枠組み

本研究は、急性期脳卒中患者を看護するジェネラリストナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容を分析することで、ニューロサイエンス看護上級実践看護師が倫理的環境を醸成するための役割の示唆が得られると考える。さらに、研究結果から見出された倫理的環境に関する看護的示唆をニューロサイエンス看護上級実践看護師が実践できることで急性期脳卒中看護に関わるジェネラリストナースの倫理的ジレンマを緩和し、延いては急性期脳卒中患者の看護実践に寄与すると考える。

III. 研究対象者、研究対象者と数

1. 研究対象者

臨床経験が第1段階から第5段階のジェネラリストナースとする。

設定根拠：Benner(2005)は、臨床経験で身についた実践的知識をもつ看護師を Dreyfus Model の第1段階から第5段階に分けて提唱している。本研究でも、倫理的環境を醸成するために、臨床経験で身についた実践的知識を持つ看護師にインタビューしたいと考えたため、役職や専門の資格を有する専門看護師・認定看護師は除外し、第1段階(1年目)、第2段階(2年目)、第3段階(3年目から4年目)、第4段階(5年目から9年目)、第5段階(10年目以上)の看護師をジェネラリストナースとする。

2. 研究対象者と数

研究対象者とその数は、第1段階1名、第2段階1名、第3段階1名、第4段階1名、第5段階1名の計5名以上とした。

設定理由：幅広い経験年数のジェネラリストナース(以下、ナース)よりインタビューをしたいと考え、Benner(2005)の提唱する Dreyfus Model の第1段階から第5段階のナースを設定することとし、第1～5段階に属するナースをリクルート先が許す範囲で設定することとした。

IV. 研究対象者のリクルート方法

急性期医療を行う900床を有する3次救急医療病院であるA病院の看護部長より推薦を受けた急性期脳卒中患者を看護する病棟のナースを対象とし同意を得る。

1. 研究対象者の選定

研究対象者の選定

- 1) A病院の看護部長宛てに「研究参加のお願い(資料1)」を郵送する。「研究参加のお願い(資料1)」には、研究者の氏名、所属、研究目的、研究の意義、研究方法・手順、研究対象者、研究協力内容、倫理的配慮を記載し、SCU病棟での研究協力を依頼する。
- 2) 研究協力の同意の有無についての返答はメールもしくは電話とする。研究の同意が得られた場合は、A病院の看護部長とメールもしくは電話で、研究概要および研究協力依頼について説明する。研究対象者については、急性期脳卒中患者の看護の経験年数で選定して頂くことを改めて口頭もしくはメールにて説明し、研究協力の承諾を得る。
- 3) その後、研究責任者から SCU 病棟の師長にメールもしくは電話で「研究参加のお願い(資料2)」を用いて研究の概要と研究協力について説明し、「研究参加のお願い(資料2)」を病棟に掲示して頂き、研究対象者を公募する。

- 4) 研究対象者の協力が得られる場合は、「研究参加のお願い(資料2)」に記載してある研究者のメールアドレス及び電話番号に連絡して頂く。
- 5) インタビュー前に、研究対象者には、「事前質問用紙(資料3)」に回答をして頂く。これはインタビューを円滑に進めるためである。「事前質問用紙(資料3)」は、インタビューの3日前までに回答して頂くこととし、データで送付し、返信してもらうこととする。
- 6) 研究対象者と連絡が取れ、研究対象者に同意して頂ける場合は、インタビュー日時を設定する。研究対象者と連絡が取れたその日、遅くとも翌日には、「研究参加のお願い(資料2)」と「研究への参加・協力の同意書(資料4)」、「研究参加の同意撤回書(資料5)」を返信用封筒も入れて郵送する。また、再度、口頭にて「事前質問用紙(資料3)」をインタビューの3日前までに回答するように依頼する。なお、「事前質問用紙(資料3)」は、データで送付、返信するように説明する。
- 7) WEB インタビューが可能な場合の研究同意の取得方法
基本的には新型コロナウイルス感染症(以下 COVID-19) の感染状況を鑑みてインタビューはWEBでのインタビューを前提とする。
「研究参加のお願い(資料 2)」を用いて研究目的と意義、研究方法とスケジュール、研究協力依頼者及び協力依頼内容、研究の同意と撤回、倫理的配慮、費用及び利益相反について書面と口頭で説明し、研究協力が得られる場合には、「研究への参加・協力の同意書(資料 4)」2部にその場でサインをして頂き、確認する。「研究への参加・協力の同意書(資料 4)」2部をすみやかに研究者に郵送してもらい、同意確認者氏名に研究者が署名をし、1部は研究協力者に郵送し、研究終了まで保管するように説明する。もう1部は研究者控えとして研究者が保管する。
- 8) 対面でのインタビューの際の研究同意の取得方法
当該施設の面談室にて、インタビューを実施する。その際、研究者と研究対象者の距離は2mとし、対面では座らず、30分毎に換気を実施する。「研究参加のお願い(資料 2)」を用いて研究目的と意義、研究方法とスケジュール、研究協力依頼者及び協力依頼内容、研究の同意と撤回、倫理的配慮、費用及び利益相反について書面と口頭で説明し、研究協力が得られる場合には、「研究への参加・協力の同意書(資料 4)」2部にその場でサインをして頂き、確認する。同意確認者氏名に研究者が署名をし、1部は研究終了まで保管するように説明する。

V. データ収集期間

聖路加国際大学倫理委員会承認後から 2022 年 6 月 30 日

VI. 研究期間

研究期間は研究倫理審査委員会承認後から 2022 年 9 月 30 日

VII. データ収集方法

COVID-19 の感染状況を鑑みて基本的には WEB にて実施するが、WEB でのインタビューが不可能な場合には、対面とする。

1. インタビューガイド(資料 6)と事前質問用紙(資料 3)を使用した半構造化インタビューとし、個別に実施する。
2. 「インタビューガイド(資料 6)」は、研究対象者の属性(ナースの経験年数、急性期脳神経外科看護の経験年数)以外に、倫理的ジレンマを抱いている事柄(場面)、倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容を研究対象者に「インタビューガイド(資料 6)」を用いて聴取する。
3. 研究者が会話時に感じた研究対象者の動作、表情、声の抑揚はフィールドノートに記載する。フィールドノートは、反復分析可能性を保証するために書き留める。
4. インタビュー内容は研究対象者の許可を得て、会話の内容はデジタルボイスレコーダーもしくは WEB 上の録画機能を使用し全て録音する。
5. インタビュー時間は研究対象者の疲労感や勤務状況なども考慮し 60 分程度と設定し、適宜休憩を設けながら行い、延長する場合は研究対象者の許可を得る。延長した場合にも、研究対象者の疲労感や精神的不調に配慮し、適宜休憩を設けながら行う。
6. 基本的にはインタビュー時間を 60 分間程度としているが、研究対象者の体調不良やインタビューが完了できない場合は、研究対象者と相談した上でインタビューの日付を再設定する。

VIII. データ収集場所

1. COVID-19 の感染状況を鑑みて基本的には WEB においてインタビューを実施する。
 - 1) WEB でのインタビューに使用する場合に使用する WEB システムは、セキュリティー保護の観点から ZOOM とする。
 - 2) インタビュー日 1 週間前までには、ZOOMID とパスワードを研究対象者にメールする。メールする際には、ZOOMID とパスワードの拡散をしないように一文を加える。
2. WEB でのインタビューが不可能な場合には研究対象者と相談することとするが、基本的には、対象施設の面談室にて対面とする。

- 1) 面談室のドアノブ、テーブル、椅子をアルコール綿にて消毒をする。
 - 2) インタビュー前には、手洗い、含嗽を行い、研究者と研究対象者の距離は 2mとし、30 分毎に換気を実施する。
 - 3) インタビュー時は、必ず不織布マスクを着用する。
 - 4) インタビュー前に、研究対象者にボイスレコーダーでの録音の許可を得る。
3. プライバシーが保護できる場所を条件とし安心安全に配慮する。

IX. データの分析方法・手順

1. 半構造化インタビューを行い、クラウド・クリッペンドルフ(2019)が提唱する内容分析とする。
 - 1) 半構造化インタビューで得られた回答を録音し、逐語録を作成する。
 - 2) 倫理的ジレンマを抱いている事柄(場面)、倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容について記述されているデータに着目し、文脈を記録単位として抽出し、意味内容を失わない範囲の言葉でカテゴリー化する。(1次コーディング)
 - 3) 2)に該当しないものは、記録単位毎に分析を実施し、類似した意味内容でカテゴリー化する。(1次コーディング)
 - 4) カテゴリーの類似性と相違性に着目して、コード化(2次コーディング)後、サブカテゴリー生成する。
 - 5) 抽出された各カテゴリーやカテゴリー間の関係性を見ていくことで、倫理的環境を醸成するための要素を探求する。

X. データの真実性および分析の妥当性の確保

1. インタビューガイドの真実性と妥当性を確保するため、脳神経外科領域に精通している看護師によるアドバイスを受けながらインタビューガイドを作成し、プレインタビューを実施し、研鑽を積む。
2. 分析結果の真実性と妥当性を確保するために、担当指導教員よりスーパーバイズを受ける。

XI. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言および文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成 27 年 4 月 1 日施行)等の関連指針・法規に則って実施する。以下、倫理的配慮を記載する。

1. 研究対象者の任意性の保障

- 1) 本研究への研究協力は、研究対象者の自由意志に基づくものであり、一度研究協力への同意をしても、いつでも撤回できることを保障する。
 - 2) 本研究では、倫理的ジレンマを抱いている事柄（場面）についてインタビューするため、研究対象者がインタビュー中に身体的精神的不調が出現し、インタビューを撤回したい場合は、いつでも中止できることを説明する。
2. 研究対象者への説明と同意
- 1) WEB インタビューが可能な場合の研究同意の取得方法
「研究参加のお願い(資料 2)」を用いて研究の目的と意義、倫理的配慮を書面と口頭で説明し、研究協力が得られる場合には、研究への参加・協力の同意書 2 部にその場でサインをして頂き、確認する。「研究への参加・協力の同意書(資料 4)」2 部をすみやかに研究者に郵送してもらい、同意確認者氏名に研究者が署名をし、1 部は研究対象者に郵送し、研究終了まで保管するように説明する。もう 1 部は研究者控えとして研究者が保管する。
 - 2) 対面でのインタビューの際の研究同意の取得方法
当該施設の面談室にてインタビューを実施する。その際、研究者と研究対象者の距離は 2m とし、対面では座らず、30 分毎に換気を実施致す。研究協力が得られる場合には、研究への参加・協力の同意書の 2 部にその場でサインをして頂き、確認する。同意確認者氏名に研究者が署名をし、1 部は研究終了まで保管するように説明する。もう 1 部は研究者控えとして研究者が保管する。
 - 3) 研究参加中であっても、研究への協力は撤回できるという自由意志を尊重し、研究参加撤回時には、「研究協力の同意撤回書(資料 5)」を郵送するように説明する。研究参加を撤回しても、不利益は一切生じないことを説明するとともに、分析が終了した時点では、研究協力の撤回はできないことを説明する。
3. 個人情報の保護と機密保持について
- 1) 研究参加の有無は上司へ報告しないことを約束する。
 - 2) 収集したデータおよび分析で得た情報は個人が特定できないように、符号化して管理する。分析時は符号で扱うことを徹底する。
 - 3) 分析時や論文作成に関することをを行う際は、ウイルス対策済みのパソコンを使用し且つ、パソコンには研究者しか知らないパスワードを必ず使用する。
 - 4) 研究に関する資料や分析内容はファイルにパスワードをかけ、グーグルドライブで保管する。保管は、グーグルドライブに限定する。
 - 5) 研究終了後の 5 年間は、収集したデータ、分析内容は研究者施設内の鍵のかかる保管庫で保管し、鍵は研究者が厳重に管理する。5 年目以降はシュレッターにて裁断し、情報漏洩を防止する。
4. 研究協力により期待される利益と不利益について

- 1) 研究協力による利益は、インタビューを通して臨床での看護実践を振り返る機会となり、看護観や倫理観を見直すことができ看護実践の質の向上につながる可能性がある。
 - 2) 研究協力による不利益は、インタビューを通して倫理的ジレンマを抱いている事柄（場面）について語ってもらうため、身体的精神的不調を感じる可能性がある。そのため、インタビュー時は、研究対象者の心身の状態に合わせてインタビューをしていく。具体的には、研究対象者の表情や態度に異変が起きていないか観察を行い、適宜心身の状態について声掛け、休憩を入れて実施する。加えて、時間管理の徹底やインタビューを辞退したい場合は、いつでも中断できることを説明する。WEBのインタビューで体調変化が起こり、受診が必要な場合には、直ちにインタビューを中止して受診を勧める。対面でのインタビューの場合で受診が必要な場合には、受診に付き添う。その際の医療費は研究者が担保する。
5. WEBでのインタビューの個人情報の保護と機密保持について
- 1) WEBでのインタビューに使用する場合に使用するWEBシステムは、セキュリティー保護の観点からZOOMとする。
 - 2) 研究者がホストとなり、研究対象者にZOOMIDとパスワードをメールする。メールする際に、ZOOMIDとパスワードが流出しない様に注意喚起の一文を記載する。インタビュー当日は、ZOOMの待機室を使用して、研究対象者以外の入室はできない様にする。
 - 3) インタビュー開始前に、録画することとフィールドノートに記録することについて説明し、研究対象者の許可を得る。
 - 4) インタビュー時に録音したデータは、研究者のみが再生できることとし、グーグルドライブに保管する。
 - 5) インタビューの内容は本研究以外には使用しないことで機密保持をする。
6. COVID-19の感染対策について
- 本学のCOVID-19感染対策に準じて行動することとし、インタビュー前から気を付けるべき事項と対面インタビュー時に気を付ける事項を以下に記載する。
- 1) インタビュー前から気を付ける事項
 - (1)インタビューの1週間前頃から、家族以外の複数人と食事をする、飲み会に出る、接客業などの濃厚接触となりやすい場所でのバイトなど、感染の機会となる場に参加しない。
 - (2)インタビューの1週間前より、聖路加国際大学2022年度実習・演習マニュアルにある健康観察記録（以下、健康記録）を開始する。インタビュー期間中も健康記録をつける。
 - (3)不要不急の外出をしない。

- (4) 人が集まる状況を避ける。
- 2) 対面のインタビュー時に気を付ける事項
- (1) 新しい不織布マスクを着用する。
- (2) 面談室に持ち込む物品すべてをアルコール綿で消毒する。
- (3) 面談室のドアノブ、テーブル、椅子をアルコール綿にて消毒する。
- (4) 個人情報の保護の観点からドアと窓は閉めてインタビューを実施するが、インタビュー前には、手洗い、含嗽を行い、研究者と研究対象者の距離は 2mとし、対面では座らず、30分毎に換気を実施する。
- (5) 面談室に入る前と帰る前には毎回の手洗いを徹底する(石鹸を使用し 15 秒以上こすり洗いしてから流す)。手洗いがすぐにできない環境の場合には、携帯している擦式アルコール製剤で手指消毒する。
7. 研究結果の公開方法
本研究を学会や学術論文に投稿する際、個人を特定できない様に匿名化し、個人情報の保護に留意する。
8. 研究者の研究態度について
人権やプライバシーを侵すことの無いよう真摯な態度で臨み、常に自己研鑽に努める。
9. 研究対象者への謝礼
研究対象者に対して、インタビューでの時間的制約と金銭面負担、通信料の負担として謝礼を支払う。加えて、対面で実施した場合は、当該施設までの交通費を直接支払う。WEBでのインタビューの研究対象者に関しては、指定の住所に 2000 円のクオカードを郵送する。対面でインタビューを実施した研究対象者に関しては、インタビューが終了した際に交通費と共に 2000 円のクオカードを直接手渡す。
10. 研究対象者から相談があった場合の対応
研究対象者から研究に関する質問や相談があった場合には、研究責任者が対応する。連絡先として、「研究参加のお願い(資料 2)」に記してある研究者の住所と電話番号を伝える。
11. 利益相反
本研究は、開示すべき利益相反はない。
12. 研究終了時の対応
研究倫理審査委員会に研究終了報告を提出し、倫理的問題が無かったことを報告する。なお、本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会で承認を受けている(承認番号 22-A002)。

第4章 結果

I. 研究対象者の概要

研究対象者は、第1段階1名、第2段階1名、第3段階1名、第4段階1名、第5段階1名の計5名であった。インタビューの平均時間は48.6±14分であった。研究対象者の概要を表1に示す。

研究対象者の所属病棟はA医療施設のSCUであり、ナースの人員配置基準は3対1であった。オープンフロアに18台ベッドが配置されており、ベッド間はカーテンや壁にて区切られていた。

表1 研究対象者の概要 (n=5)

	段階と経験年数(年)	急性期脳卒中患者の 看護経験年数(年)
A	第1段階(0年2ヶ月)	0年2ヶ月
B	第2段階(1年2ヶ月)	1年2ヶ月
C	第3段階(2年2ヶ月)	2年2ヶ月
D	第4段階(8年2ヶ月)	8年2ヶ月
E	第5段階(14年2ヶ月)	10年2ヶ月

II. 倫理的ジレンマを抱いた看護実践場面の内容

ナースから語られた倫理的ジレンマを生じた看護実践場面は、計13場面であった。

1. 胃管カテーテル抜去の可能性があるため両上肢の身体拘束をした場面
2. 人工呼吸器離脱のため鎮静剤を終了した患者に、身体拘束をしたが、患者の拒否が強かった場面
3. 身体拘束を解除してほしいと訴える患者に対して他業務の優先や自己抜去リスクを考えた際に身体拘束を解除できなかった場面
4. トイレでの排泄を訴える半身麻痺患者に対してナースの人員不足や車椅子移動の技術不足からベッド上排泄を促した場面
5. ベッド上安静の指示で尿道カテーテルを留置していたが、理解が乏しくトイレへ行きたいと訴えていた場面
6. 気管切開術をした患者に気管カニューレを触らないように話すが、理解が得られず身体拘束をしなければならなかった場面
7. ナースの人員が少ない時間帯に重介助患者のトイレ介助を他患者の安全確保もあるためベッド上排泄とするかトイレでの排泄とするか悩んだ場面
8. くも膜下出血の手術前でベッド上安静の指示が出ていたが、患者の不安が強く安静が守れなかった場面
9. 慢性硬膜下血腫手術後患者がトイレでの排泄を強く訴えるが、医師からの指示がある

ためベッド上排泄を促した場面

10. 脳梗塞患者がベッド上安静であったが、患者が「トイレに行きたい」と訴えたため、安静の必要性を説明するが理解が得られなかった場面
11. 出産後脳出血患者の搾乳を男性ナースが実施した場面
12. 生命維持に直結するルートや機器が挿入されていることを理由に身体拘束した場面
13. 急性期で重症度が高いことを理由に身体拘束をした場面

急性期脳卒中患者を看護するナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容の順に結果を述べる。

III. 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと

倫理的ジレンマを抱いた際に感じたことが表現されている文脈を抽出し、5 カテゴリー、15 サブカテゴリーに分類された。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>、コードを[]、インタビューで研究対象者が語った内容を斜体、内容補足を（）で記述する。(表2)

1. 【倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感】

<倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感>、<倫理的ジレンマを感じ、対応した安堵感>の2サブカテゴリーから構成された。<倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感>は[倫理的ジレンマを感じることは良いこと]、[倫理的ジレンマを感じていたことに気が付いた]から導き出され、<倫理的ジレンマを感じ、対応した安堵感>は、[倫理的ジレンマを感じていたこと、それに対する看護の対応行動も出来ていたことに気づく]、[倫理的ジレンマを感じることで患者の思いの大切さにも気付く]から導かれた。

看護場面を振り返ることで、倫理的ジレンマを捉え直すことが出来、[看護観にもつなげられるので今後も考えていきたい]や[人間としての行動を見直せるので、倫理的ジレンマを感じることも良い]、[倫理的ジレンマを感じていたこと、それに対する看護の対応行動も出来ていたことに気づく]としており、倫理的ジレンマを感じることで、その看護場面に対する対応方法や看護観を深める機会になるとして肯定的に捉えていた。本カテゴリーを導いたナースの語り例は以下の通りであるが、これに類似した語りはすべてのナースから認められた。

(倫理的ジレンマを)感じて悩んで、落ち込むこともあるんですけど、でもそれ(倫理的ジレンマ)をまだ感じられるのはいいのかなって。もう一回見つめ直して行動に移すきっかけにもなるっていうふうに思いました。

2. 【不本意な看護ケアを提供したときの悲感】

＜ナース自身の意思に反したもやもやした気持ち＞、＜患者の非言語的反応から訴えを感じる時に不本意な看護ケアに悲感する＞、＜完全麻痺があり、ケア度が上がることによる患者に添ったケアが提供できない虚しさ＞、＜自分の看護ケアの未熟さに患者への申し訳なさを感じる＞の4サブカテゴリーから構成された。

＜ナース自身の意思に反したもやもやした気持ち＞のサブカテゴリーは〔身体拘束するか否かの議題に出しているが、自分の意思に反して身体拘束が継続になる納得できない、もやもやした気持ち〕から導き出され、＜患者の非言語的反応から訴えを感じる時に不本意な看護ケアに悲感する＞は、〔身体拘束は安全のために必要であるが、嫌がる患者をみると申し訳ない気持ちになる〕、〔患者が不本意を感じている様子を見ると、身体拘束はしたくないという気持ちになる〕から導いた。＜完全麻痺があり、ケア度が上がることによる患者に添ったケアが提供できない虚しさ＞は〔半身がほぼ完全麻痺の患者がトイレでの排泄を希望しており、トイレで排泄させてあげたいと考えるが、人員不足や技術不足からトイレで排泄させてあげられないことへの不快感〕、〔ナース2名の介助が必要な患者のトイレ介助を人員の少ない時間帯に他患者の安全も考えた時に、毎回トイレに介助すべきか尿瓶などの他の方法で対応すべきなのか悩む〕から導いた。＜自分の看護ケアの未熟さに患者への申し訳なさを感じる＞は〔自分の関わりと他のナースの関わりが違うことで看護の質が担保されない〕、〔患者とナースそれぞれの思いがある中で、自分達ができる支援を明確に見つけられなかったことでもやもやした〕から導かれた。身体拘束といった【不本意な看護ケアを提供したときの悲感】は経験年数問わずすべてのナースから導かれたカテゴリーであった。しかし第5段階のナースは、〔自分の意思に反して身体拘束が継続されることへのもやもやした気持ち〕を抱いていたが、第3段階以下のナースは、〔先輩ナースが対応すれば身体拘束に際して患者が嫌な思いをしなかったと思う〕や〔自己抜去を考えると不安で身体拘束を外せない〕といった自身の身体拘束に対する対応の未熟さを表現していた。

身体拘束をずっとするわけじゃないですけど、カンファレンスしたうえで、(ナースが) いる時ははずすっていう考慮はしますけど、やっぱり患者さん(の権利)をどう守るは、意図しない身体拘束っていうのもあるのがちょっとこう、モヤモヤする気持ちっていうのは感じてます。

自分じゃない他のナース、先輩とか同期でも他のナースだったらもうちょっとうまく対応できて、患者が嫌な思いもしなくて自分もジレンマを感じずに看護することができたのかなって、自分が嫌になるっていう思いも大きくありました。

3. 【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】

<自ら訴えが出来ない患者にナースとしての声掛けが出来ないことへの不甲斐なさ>、<意識清明でないことが理由で身体拘束をしてしまう仕方なさ>、<患者の意思が確認できないことでの看護ケア実施の不合理的>、<意識障害患者の訴えであっても患者の意思を尊重したい>、<コミュニケーションが図りづらい患者と関わる中で解決策が見つからないもどかしさ>の5サブカテゴリーから構成された。<自ら訴えが出来ない患者にナースとしての声掛けが出来ないことへの不甲斐なさ>のサブカテゴリーは「患者は看護を公平に受ける権利があるが、それを自分ができていないことに折り合いがつけられない」などから導かれ、<意識清明でないことで身体拘束をしてしまう仕方なさ>は「意識が清明でないことから患者の理解度を確認出来ないため、やむを得ず身体拘束をしている」などから、<患者の意思が確認できないことでの看護ケア実施の不合理的>は「患者は不本意に感じていると推測するが、それを正確に確認できないので安全を優先し身体拘束をしている」などから導かれた。<意識障害患者の訴えであっても患者の意思を尊重したい>は「患者が一番望んでいることに対応できれば患者の不安が軽減し安静度が守れるのではないかと感じる」などから、<コミュニケーションが図りづらい患者と関わる中で解決策が見つからないもどかしさ>は、「意識清明でない患者と関わる中でルート抜去防止などに対して身体拘束以外の決定的な解決策が見つからないと感じる」などから導かれた。ナースは、「重症患者の自己抜管は命にかかわることから安全を重視してしまう」や「意識が清明でないことから患者の理解度を確認出来ないため、やむを得ず身体拘束をしている」、 「病棟のベッド数増床に伴い目が行き届かない・死角が増えたことで、患者の意識障害による自己抜管・転落防止のために身体拘束をしてしまう」といった生命に直結する管やドレーンの挿入や意識が清明でないことによる医療事故防止の観点から身体拘束を仕方なく実施していた。一方、「JCS I -3で膀胱留置カテーテル挿入中の患者がトイレに行きたい希望を発したことから失禁への羞恥心があるのではと推測した」や「患者は不本意に感じていると推測するが、それを正確に確認できないので安全を優先し身体拘束をしている」といった患者の意思を尊重したいが、意識清明ではないことから身体拘束をやむを得ず実施している状況が語られた。加えて、「自分の患者対応に配慮が欠けていると思う」といったナース自身の患者に対する態度や「意識清明でない患者と関わる中でルート抜去防止などに対して身体拘束以外の決定的な解決策が見つからないと感じる」といった意識が清明ではない患者への対応で身体拘束以外の解決策・代替え策が見つからないもどかしさを感じていた。

なんか重症重症重症って感じで急変して、オペ出してみたいな感じの時は結構あって、そういう時は申し訳ないんですけど（身体拘束を解除している患者を）看れなくて頻回には。そばに付き添うこともできなかったの、そういう時は身体拘束をさせていただいて

ました。

患者さんは膀胱留置カテーテルの理解が乏しくて、排尿への訴えをナースに患者さんが
していて、失禁への羞恥心もあるのでトイレに一度行ったらその思いとか尿意はおさまる
のではないかって思って。

4. 【経験過多による感覚の鈍麻】

<患者の多くが身体拘束されていることで、身体拘束をすることに慣れる悲しさ>、<
身体拘束をする回数が多いほど、それに対するアセスメント力が鈍くなる>の2サブカテ
ゴリーから構成された。<患者の多くが身体拘束されていることで、身体拘束をすること
に慣れる悲しさ>のサブカテゴリーは[受け持ち患者が常時身体拘束していることで慣れ
ることへの心配]などから、<身体拘束をする回数が多いほど、それに対するアセスメン
ト力が鈍くなる>は[経験年数を重ねると、ナースコールが押せないと判断した患者に対
してすぐに転倒防止の対策を考える傾向がある]などから導かれた。

[病棟の患者の殆どが身体拘束をしていることで、当たり前にも患者に行ってしまう
悲しさ]や[熟練ナースになると生命に直結するドレーンなどが挿入されているからと
身体拘束をすることを仕方ないと捉えがちになる]と感じていた。

一番悲しいのが、自分の中で身体拘束っていう行為が、時間が経つにつれて慣れてっ
ちやわななくなっていく。最初、実際に男性の方を受け持った時も当たり前のように(ミ
トンを)付けなきゃって感じですぐ付けちゃって。本当に徒手筋力テスト(Manual Muscle
Testing: MMT)を見るだけの瞬間しか外さないみたいな。

年数が重なって経験が豊富になると(身体拘束を)仕方ないことと捉えがちになっ
てしまう。急性期病棟の生命を優先するという捉え方をすると、身体拘束ありきの
っていう考え方をどうしても作ってしまう。

5. 【看護実践へ活かせることへの充実感】

<自分の対応方法を実践できることの喜び>、<自分の対応方法を実践した後の患者の
様子を見て安心する>の2サブカテゴリーから構成された。これらのサブカテゴリーは、
[2年目になり他のナースに依頼しやすくなったことで、トイレ介助といった自分自身の
看護が出来、気持ちが楽になるや[トイレ排泄を介助できたことで(患者が大声で叫ぶこ
とが無くなり)患者の生理的欲求が満たされて良かったと感じる]といったナース自身が
適切と考えた看護を実践出来たことの正の感情が語られた。

自分が2年目になったっていうのもあって、人に頼みやすくなったという環境もあって、できるだけ手借りて移乗してトイレ行けたりとかすると、自分の中でちょっと解決したじゃないけどやっぱり気持ちが楽になる部分があった。

(トイレで排泄することで) 大声で叫ぶことも無くなり、(患者の) 生理的欲求を満たせたかなと思いました。患者さんの羞恥心も無くなったのではないかなと。(トイレで排泄できて) 良かったなって思いました。

表2 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	看護実践場面
倫理的ジレンマを感じることが出来た安堵感	倫理的ジレンマを感じることが出来た安堵感	倫理的ジレンマを感じられて良かった	1
		倫理的ジレンマを感じることは良いこと	
		人間としての行動を見直せるので、倫理的ジレンマを感じることも良い	
	倫理的ジレンマを感じ、対応した安堵感	倫理的ジレンマを感じていたことに気が付いた	2
		看護観にもつなげられるので今後も倫理的ジレンマを考えたい	4
		倫理的ジレンマを感じていたこと、それに対する看護の対応行動も出来ていたことに気づく	10 11
不本意な看護ケアを提供した時の悲感	ナース自身の意思に反したもやもやした気持ち	倫理的ジレンマを感じることで患者の思いの大切さにも気付く	8
	患者の非言語的反応から訴えを感じる時に不本意な看護ケアに悲感する	身体拘束するか否かの議題に出しているが、自分の意思に反して身体拘束が継続になる納得できない、もやもやした気持ち	13
		身体拘束は安全のために必要であるが、嫌がる患者をみると申し訳ない気持ちになる	2
		患者が身体拘束を嫌がる様子を見るとストレスを感じる	2
	完全麻痺があり、ケア度上がることによる患者に添ったケアが提供できない虚しさ	自己抜管を防止する目的で安全確保のため身体拘束を理解しているつもりだが患者の嫌がる顔を見ると他のナースが対応すれば患者が嫌な思いをしなかったと思うと自分が嫌になる	12
		患者が不本意を感じている様子を見ると、身体拘束はしたくないという気持ちになる	2
		半身がほぼ完全麻痺の患者がトイレでの排泄を希望しており、トイレで排泄させてあげたいと考えるが、人員不足や技術不足からトイレで排泄させてあげられないことへの不快感	4
	自分の看護ケアの未熟さに患者への申し訳なさを感じる	ナース2名の介助が必要な患者のトイレ介助を人員の少ない時間帯に他患者の安全も考えた時に、毎回トイレに介助すべきか尿瓶などの他の方法で対応すべきなのか悩む	7
		患者にとっては、ナースの経験年数は関係ないにもかかわらず、仕事に慣れるまで倫理的配慮を怠っても許されるのかと考えてしまう	1
		自分の関わりと他のナースの関わりが違うことで看護の質が担保されない	2
	患者とナースそれぞれの思いがある中で、自分達ができる支援を明確に見つけられなかったことでもやもや	先輩ナースが対応すれば身体拘束に際して患者が嫌な思いをしなかったと思う	8
		自己抜去を考えると不安で身体拘束を外せない	3
		1.2年生の時は、医療事故を起こすのが怖いという理由から自分から身体拘束を解除をしたいと発言できず逆に身体拘束を強化した	なし
	患者の病状が落ち着いてたため医師に安静度アップを打診はしたが、自分のアセスメントがっているのか不安であった	5	

※看護実践場面に限定せずに語られた内容はなしと記載

表 2(続き) 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	看護実践場面
患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現	自ら訴えが出来ない患者にナースとしての声掛けが出来ないことへの不甲斐なさ	自分の患者対応に配慮が欠けていると思う	1
		学生時代に出来ていたことが、現在は出来ないことで不甲斐なさを感じる	
	意識清明でないことが理由で身体拘束をしてしまう仕方なさ	患者は看護を公平に受ける権利があるが、それを自分ができていないことに折り合いがつけられない	13
		重症患者の自己抜管は命にかかわることから安全を重視してしまう	
	意識が比較的良いにもかかわらず、自己抜管の可能性の理由から身体拘束した事実への驚き・仕方なさ	従命が取れない患者を複数受け持ちしていることで、安全確保が出来ず、身体拘束しか手段がない場面がある	3
		病棟のベッド数増床に伴い目が行き届かない・死角が増えたことで、患者の意識障害による自己抜管・転落防止のために身体拘束をしてしまう	
	意識が清明でないことから患者の理解度を確認出来ないため、やむを得ず身体拘束をしている	なぜ身体拘束するのかの理由を理解していない患者に対して、身体拘束を実施する自分が悲しい	1
		意識が清明でないことで患者理解が得られない中で身体拘束をすることがいいのか疑問に感じる	
	患者の意思が確認できないことでの看護ケア実施の不合理	身体拘束の説明に対して患者の不明瞭な反応・納得していない状況で行っていいのかと感じる	12
		患者は不本意に感じていると推測するが、それを正確に確認できないので安全を優先し身体拘束をしている	
意識障害患者の訴えであっても患者の意思を尊重したい	患者が一番望んでいることに対応できれば患者の不安が軽減し安静度が守れるのではないかと感じる	8	
	JCS 1-3で膀胱留置カテーテル挿入中の患者がトイレに行きたい希望を発したことから失禁への羞恥心があるのではと推測した		
コミュニケーションが図りづらい患者と関わる中で解決策が見つからないもどかしさ	意識清明でない患者と関わる中でルート抜去防止などに対して身体拘束以外の決定的な解決策が見つからないと感じる	8	
	意識清明ではない複数の患者を受け持つことから、身体拘束以外の手段が無く自分が出ることが少ないと感じる		
	大声で叫び続けることによる血圧上昇で医師に報告しようか悩んだ	5	

表 2(続き) 倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	看護実践場面
経験過多による感覚の鈍麻	患者の多くが身体拘束されていることで、身体拘束することに慣れる悲しさ	受け持ち患者が常時身体拘束していることで慣れることへの心配 病棟の患者のほとんどが身体拘束をしていることで、当たり前に関わり合いに行ってしまう悲しさ	1
	身体拘束をする回数が多いほど、それに対するアセスメント力が鈍くなる	熟練ナースになると生命に直結するドレーンなどが挿入されているからと身体拘束をすることを仕方ないと捉えがちになる 経験年数を重ねると、ナースコールが押せないと判断した患者に対してすぐに転倒防止の対策を考える傾向がある	12
		身体拘束をしている患者を受け持った時に自分も違和感なく当然のように身体拘束をしていたことに気が付いた	なし
看護実践へ活かせることへの充実感	自分の対応策を実践できることの喜び	2年目になり他のナースに依頼しやすくなったことで、トイレ介助といった自分自身の看護が出来、気持ちが高まる 受け持ち患者以外のトイレ介助も積極的に手伝おうと思っ ている	4
	自分の対応方法を実践した後の患者の様子を見て安心する	安静度が上がって患者からの訴えが無くなり、羞恥心が軽減できたのではないと感じる トイレ排泄を介助できたことで（患者が大声で叫ぶことが無くなり）患者の生理的欲求が満たされて良かったと感じる	4
			5
			5

※看護実践場面に限定せずに語られた内容はなしと記載

IV. 倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法

倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法は、5 カテゴリー、14 サブカテゴリーに分類された。(表 3)

1. 【自分の気持ちを解消するために同期と話す】

<同期と話すことで心が和む>、<同期と話すことで心痛を共感できる>、<同期と話すことで自分の考えを確認する>の3 サブカテゴリーから構成された。[同期と話すことで同じような悩みがあると気持ちが楽になる] や [同期と話すことで、自分以外にも患者が身体拘束を嫌がる場合に辛く感じ、心が痛んでいるのを知ることが出来る] と語っており、同期と話すことで自分の気持ちや心痛を共感し合っていた。加えて、[同期と会話する中で、自分の行為の振り返りや他のナースの考え方を学んだ] と語っており、同期と話すことで、自分の行為や思考の再確認をしていた。

同期とは結構（身体拘束について）話すことがあって、そうすると、みんな同じようなことで悩んでるんだって気づくと、気持ちが楽になることは今までありました。

自分が経験したこととか、こう思ったこととかを気軽に同期と話して。私もこういうことあったよとか、じゃあ私はこうしていこうかなっていう、落ち込まない気持ちで話せていたので、これが正しい解決法じゃないけど、自分は知らなかったなとか、そういう考え方もあんだなって自然と会話の中で気づいて（中略）身に付いてきたと言うか考え方が構築してきたっていう・・・。

2. 【先輩から教示を受ける】

＜先輩に対応方法を相談してアドバイスをもらう＞、＜先輩からアドバイスを受けた内容を実践する＞の2サブカテゴリーから構成された。[先輩にインフォーマルに相談する]や[先輩にその都度相談しアドバイスをもらう]と語っており、看護ケアの実践前に[先輩に相談し、ナースコールが多重にならず他患者の安全を確保出来る時はトイレ介助をする]や[先輩から身体拘束方法について提案された時に相談してアドバイスをもらい実践した]と語っており、先輩からアドバイスをを受けた内容を実践していることが示された。

どうしたらいいんだろうって思った時に、近くにいる先輩に相談して解決していたことが多かったです。

アラームとか鳴ったり、離床センサーが鳴ったりっていうのが重なった時は尿瓶で対応させていただくっていうのは、他の患者さんの安全も考慮してそれが一番だと思うんですけど、患者さんがトイレに行きたいって言ってるなら、なるべくなら叶えられたらいいよねと先輩と相談して、そうになりました。

3. 【病棟内の設定された場で皆で考え合う】

＜タイムアウトや研修で日常の看護実践場面を振り返ることの大切さ＞、＜身体拘束解除を考える機会を設けることの大切さ＞、＜タイムアウトを開始したことで情報共有や相談する場が出来た＞、＜タイムアウトを開始してから経験年数に関係なく相談できる環境が出来た＞の4サブカテゴリーから構成された。[倫理研修は自分の看護を振り返ることが出来た]や[カンファレンスで身体拘束を外すか否かを検討している]と語っており、研修やカンファレンスの実施で、自分の看護の振り返りや身体拘束解除について話し合う機会を得ていた。加えて[現在は、タイムアウトを実施することで情報共有が出来た]や[タイムアウトを始めてからナース間で意見を言いやすい環境が出来た]と語っており、

病棟内の設定された場が出来たことで話し合う環境が整いつつあることが示された。

タイムアウトとか倫理の研修とかで実際の現場でどう思ってるとか、どういうふうに感じてるって投げかけられ見直す機会があるのはすごくいいなと思います。

タイムアウトというものが導入されてから、わりと学年問わず意見を言えるような環境にはなっているんじゃないかなと思います。

4. 【第3者と話すことで自分の看護観を内省する】

<倫理的ジレンマを感じた同じ場面を先輩と話すことで、自分の看護観に自信が持てる>、<倫理的ジレンマを感じた場面を医師に話すことで、自分の看護ケアの正当性を支援してもらう>、<他のナースと悩みを共有することでより良い対応を見出す>の3サブカテゴリーから構成された。[先輩に話すことで自分の患者対応を確認でき自信が持てた]や[医師の考えを聞くことで自分の患者に対する考えが間違っていないと自信が持てた]と語っており、自分が考えた患者対応が他のナースや医師の対応と相違がないと確認出来ることで自分の患者対応に自信に繋がっていた。加えて、[他のナースに対応を依頼することで、他のナースの看護観を共有できる]や[他のナースに対応を依頼することで、より良い対応を模索できる]と語っており、自分の考えた患者対応で難渋している時は、第3者に対応を依頼することで、より良い患者対応を模索できることが示された。

自己抜去とかのリスクを考えると身体拘束も必要なことだったという話になって。自分の判断(身体拘束をしたこと)が間違ってるわけではないなって思って、自信に繋がったのもあります。

他のナースの看護観を共有することでその患者に対するよりよい支援に繋がる改善策が見つかるんじゃないかと思って、そちらの方(他のナースに相談する)対応をさせていただきました。

5. 【倫理的ジレンマを吐露する環境が無い】

<倫理的ジレンマを先輩と話す機会がない>、<倫理的ジレンマを吐露する機会がない>の2サブカテゴリーから構成された。[倫理的ジレンマの辛さを先輩に話すことは無かった]や[年代の近い先輩とも話す機会がほとんどない]と語っており、倫理的ジレンマを同期以外の他のナースに話す機会が無いことが示された。[ADL拡大看護ケアの話が優先となり倫理的ジレンマを吐露する時間が持てない]や[タイムアウトが無かった時は、話し合う機会が無かったため、自分の考えを看護記録や申し送りノートに記載していた]と語っており、意図的に倫理的ジレンマを吐露する機会を設けなかったことや患者のADL

拡大に関する話し合いは実施するが、倫理的ジレンマを吐露することはなかったことが示された。

今までジレンマ自体、自分が辛いなってこと自体についてはあんまり先輩とかに相談することはなかったんですけど、今回の場合は結局ちょっとそれが事故に繋がってしまったので、（先輩と事故の振り返りをする中で）ジレンマについて話して、相談した感じですよ。

一日の仕事の中で、（患者に）早期に離床を促すとかADL 拡大などの話を中心に、自分のなんか気持ちとかについてまで話す時間はちょっとないなっていう部分もあります。

表3 倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	看護実践場面
自分の気持ちを解消するために同期と話す	同期と話すことで心が和む	同期には相談しやすいので話す	1
		同期と話す気持ちになる	2
		同期と話すことで同じような悩みがあると気持ちが楽になる	1
	同期と話すことで心痛を共感出来る	同じ悩みを持っていることを知ることで安心して次も相談できる	1
		同期と話すことで、自分以外にも患者が身体拘束を嫌がる場合に辛く感じ心が痛んでいることを知ることが出来る	1
同期との話すことで自分の考えを確認する	同期同士で話し合った結果を行動に移す 同期と会話する中で、自分の行為の振り返りや他ナースの考え方を学んだ	なし	
先輩から教示を受ける	先輩に対応方法を相談してアドバイスをもらう	先輩にインフォーマルに相談する	6
		先輩に一度相談する	なし
		自分から先輩に相談できるようになった 先輩にその都度相談しアドバイスをもらう	6
	先輩からアドバイスを受けた内容を実践する	先輩からのアドバイスを実践する	6
		先輩と体位変換に入った時に身体拘束不要ではないかと言われて、自分も不要と考えていたので相談した 先輩に相談し、ナースコールが多重にならず他患者の安全を確保出来る時はトイレ介助をする	なし 7
	先輩から身体拘束方法について提案された時に相談してアドバイスをもらい実践した	なし	
病棟内の設定された場で皆で考え合う	タイムアウトや研修で日常の看護実践場面を振り返ることの大切さ	倫理研修は自分の看護を振り返ることが出来た タイムアウトは、日常の看護場面の中で倫理的ジレンマについてどう感じているか振り返る機会になっている	1
	身体拘束解除を考える機会を設けることの大切さ	身体拘束を当たり前のようにしないために評価していく場としてタイムアウトは良い機会である カンファレンスで身体拘束を外すか否かを検討している	1 10
	現在は、タイムアウトを実施することで情報共有が出来た	現在は、タイムアウトを実施することで情報共有が出来た	
	タイムアウトを開始したことで情報共有や相談する場が出来た	自分もタイムアウトで相談する回数が増えた タイムアウトをすることで、看護記録の充実も図れるようになってきている	12 13
	タイムアウトを開始してから経験年数に関係なく相談できる環境が出来た	タイムアウトを設けることで、後輩からの相談回数が増えた 意識が清明でない理由から一律に身体拘束をするのではなく患者ごとの対応を相談できる雰囲気が出来た タイムアウトを始めてからナース間で意見を言いやすい環境が出来た	8

※看護実践場面に限定せずに語られた内容はなしと記載

※タイムアウトとは、一般的には一時中止・中断・小休止のことを指すが(e-WORDS, 2018)、本研究では、看護ケアを一時中断し患者について話し合うことを指す

表 3(続き) 倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	看護実践場面
第3者と話すことで自分の看護観を内省する	倫理的ジレンマを感じた同じ場面を先輩と話すことで、自分の看護観に自信が持てる	先輩に話すことで自分の患者対応を確認でき自信が持てた	2
		先輩と話したことで、先輩も同様に悩みながら対応していることが分かった	
		同期と話すり、先輩と話した方が根拠も話してくれるので自分の行為に自信が付く	
倫理的ジレンマを感じた場面を医師に話すことで、自分の看護ケアの正当性を支援してもらう	他のナースと悩みを共有することでより良い対応を見出す	先輩と話することで、身体拘束を緩くすることは挿管チューブの自己抜去につながり患者の不利益になる可能性があるため、今回自分が実施した行為は良かったと思えた	7
		先輩に相談し、アドバイスをもらうことで納得して行動できた	
		医師の考えを聞くことで自分の患者に対する考えが間違っていないと自信が持てた	
倫理的ジレンマを先輩と話す機会がない	倫理的ジレンマを吐露する機会がない	自分の困惑した感情が伝わらない様に他ナースに対応を依頼した	8
		他のナースに対応を依頼することで、他のナースの看護観を共有できる	
		他のナースに対応を依頼することで、より良い対応を模索できる	
倫理的ジレンマを吐露する環境が無い	倫理的ジレンマを吐露する機会がない	倫理的ジレンマの辛さを先輩に話すことは無かった事故の振り返りから倫理的ジレンマについて話した年代の近い先輩とも話す機会がほとんどない	2 1 2
		ADL拡大の話が優先となり倫理的ジレンマを吐露する時間が持てない	
		タイムアウトが無かった時は、話し合う機会が無かったため、自分の考えを看護記録や申し送りノートに記載していた	

※タイムアウトとは、一般的には一時中止・中断・小休止のことを指すが(e-WORDS, 2018)、本研究では、看護ケアを一時中断し患者について話し合うことを指す

V. 抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容

抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容は、6 カテゴリー、14 サブカテゴリーに分類された。(表 4)

1. 【倫理的ジレンマの対応力の向上】

＜事例検討をすることで対応技術を養う＞、＜事例集があると参考に出来る＞の2 サブカテゴリーから構成された。[事例を用いて勉強会を開催して知識の向上に努める]や [事例集の本があると現場で倫理的ジレンマに直面した時に参考に出来る]と語っており、病棟で倫理的ジレンマについて話し合う時のために事例検討を実施し、自分の知識の向上を図ると共に病棟に事例集を置くことで、倫理的ジレンマの対応時の一助にしたいことが示された。

状況設定を用いた勉強会を開いて、そこ(倫理)の知識が少しでもあれば対応できるナースが増えるんじゃないかなって思いました。

2. 【倫理的ジレンマをタイムリーに吐露できる環境】

＜倫理的ジレンマを共有することを目的とした場は心情の吐露がしやすい＞、＜タイムアウトに限らずタイムリーに語れる場の必要性＞の2サブカテゴリーから構成された。

〔倫理的ジレンマを共有することを目的とした場であれば、自分の感じている倫理的ジレンマを共有しやすい〕や〔タイムアウトの時に限らず、少人数でも倫理的ジレンマについて語れる場があると良い〕と語っており、倫理的ジレンマを吐露出来る環境作りを求めていることが示された。

タイムアウトの時は、結構患者さん自体の話はしますが、ナースがそれに対してどう思ってるかの部分はあんまり話したことはなかったんですけど。(中略)誰かと(倫理的ジレンマについて)話せたら対応とかも考えられるのかなと思って。

3. 【病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性】

＜タイムアウトや研修での倫理的ジレンマを捉え直す機会＞、＜先輩の経験の教示を受けることで、今後の対応の助けになる＞、＜同病棟のナースであれば、患者の詳細な情報を熟知しているため対応策を見つけやすい＞の3サブカテゴリーから構成された。〔タイムアウトや倫理研修といった倫理的ジレンマを見直す機会があると良い〕や〔タイムアウトの場は、個別に相談するのは違い多角的な視点からアドバイスがもらえるので良い機会〕、〔患者のことを熟知しているので病棟内で語れる場があれば対応策も出てくる〕と語っており、病棟内のナース同士で倫理的ジレンマを捉え直す場を設けることでより良い対応方法を打ち出したいと考えていることが示された。

自分でも気づかないうちに必要だろうと思ってしていた行為(身体拘束)でも、違う方法について他のナースからアドバイスをもらおうと、自分に無い視点に気づけることもあるので、(タイムアウトは)とてもよい機会だと感じます。

4. 【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】

＜オブザーバーがいることで患者対応の方法を講じることが出来る＞、＜専門家にタイムリーにアクセスすることで速やかに対応方法を講じる＞、＜他職種の倫理的ジレンマを知ることによって看護の視野を広げる＞の3つのサブカテゴリーが含まれていた。〔病棟カンファレンス時にオブザーバーがいて語る事ができると、患者への対応の幅が広がる〕や〔専門的なナースに相談するには、病棟にポスターといったものが掲示してあると相談しやすい〕と語っており、倫理的ジレンマを話し合う時に専門家への相談を求めている。加えて、〔セラピストと話すことで看護観が広がると考えるので、セラピストの倫理的ジレンマを知る機会があると良い〕とも語っており、ナース以外とも倫理的ジレンマを語る場

を求めていることが示された。

(専門看護師や認定看護師などの専門家に相談するには) 休憩室に「いつでも電話してね」、みたいに気軽に電話を出来るような感じのイラスト入りのポスターがあったりすると、電話かけていいんだってという視界的な刺激になって、私達の学年だけではなく後輩も相談しやすいのかなとは思いますが。

理学療法士が、リハビリテーションとしてはもっと動けるのにナースが(患者を動かすことに)消極的だと、ナースにもっと動かしてほしいと意見をくださるので、ナースだけではなくて他職種のジレンマも知れたらいいなと思います。(理学療法士と話すことで)看護の視点が広がったり、(中略)頻回に、日頃から看護観を考えるきっかけに繋がるのではないかなって思いました。

5. 【病棟間の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】

<所属病棟以外のナースの倫理的ジレンマを知ることで看護観を捉え直せる>、<自分の心情を包み隠さず言える場があると気持ちが楽になる>の2サブカテゴリーから構成された。[他病棟のナースの倫理的ジレンマを知る機会があると、自分の看護観を捉え直す機会となる]や[倫理的ジレンマを話す窓口であることが明確になっていると発言しやすい]と語っており、自分の看護観を捉え直す機会や倫理的ジレンマを話せる環境を求めていることが示された。

他の病棟のナースの倫理的ジレンマを共有する場があったらと思います。他の病棟ではSCUと違う対応をしているのか、どういう対応してるのかなっていうのを知ると、私達の看護力の向上や(看護の)視野も広がると思ったのと看護観を考えるきっかけになるのかなと思って。

やっぱり病棟の先輩だと(こんなこと話していいのかなと)考える部分もあるので。外部とかの人の方が軽い気持ちで話せる気はしますね。

6. 【心理的安全性を担保した環境】

<看護ケアに関するナース同士の協働を図る>、<倫理的ジレンマを吐きだして良いと思える環境作りの必要性>の2サブカテゴリーから構成された。[ナースを増員しなくても看護ケアのナース同士の調整や協働が図れていれば、患者への看護ケアを安心して実施できる]や[倫理的ジレンマを感じた時に言える環境作りをしていくことが必要]と語っており、経験年数関係なく倫理的ジレンマを話せる心理的安全性を担保した環境を構築す

ることが示された。

人員を増やしたところで何もならないので。(中略) 今だったらタイムアウトの時間とか朝の会の時に、今日は何時に(リエゾンチームの)回診があるからここに私はつきたいのでその他の(患者の)所をお願いしますとか、チームの中でのその時間の動きを共有しといて自分がそこに(リエゾンチームの回診に)行ける時間を設けるように行動をするのが大事って思います。

下のナースとか関係ないんですけど、倫理的ジレンマという気持ちを感じた時に言える空間が必要かなって、(今回のインタビュー調査を受けて)改めた実感しました。

表 4 抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
倫理的ジレンマの対応力の向上	事例検討をすることで対応技術を養う	事例を用いて勉強会を開催して知識の向上に努める
	事例集があると参考に出来る	事例集の本があると現場で倫理的ジレンマに直面した時に参考に出来る
倫理的ジレンマをタイムリーに吐露できる環境	倫理的ジレンマを共有することを目的とした場は、心情の吐露がしやすい	倫理的ジレンマを共有することを目的とした場であれば、自分の感じている倫理的ジレンマを共有しやすい 語る場を持つ前に、事前にアンケートなどで類似している悩みを持つ人別に分けてもらえた方が積極的に発言しやすい
	タイムアウトに限らずタイムリーに語れる場の必要性	タイムアウトの時に限らず、少人数でも倫理的ジレンマについて語れる場があると良い 病棟内でタイムアウトのように相談できる場があると良い
	タイムアウトや研修での倫理的ジレンマを捉え直す機会	タイムアウトや倫理研修といった倫理的ジレンマを見直す機会があると良い
病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性	先輩の経験の教示を受けることで、今後の対応の助けになる	先輩と語る場があると、対応方法を聞くことが出来る タイムアウトの場は、個別に相談するのは違い多角的な視点からアドバイスがもらえるので良い機会
	同病棟のナースであれば、患者の詳細な情報を熟知しているため対応策を見つけやすい	病棟のナースで語れる場を持つことで、対応策を模索していく 患者のことを熟知しているので病棟内で語れる場があれば対応策も出てくる
倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性	オブザーバーがいる事で患者対応の方法を講じることが出来る	病棟カンファレンス時にオブザーバーがいて語る事ができると、患者への対応の幅は広がる
	専門家にタイムリーにアクセスすることで速やかに対応策を講じる	専門的なナースに相談するには、病棟にポスターといったものが掲示してあると相談しやすい
病棟間の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保	他職種の倫理的ジレンマを知ることで看護の視野を広げる	セラピストと話すことで看護観が広がると考えるので、セラピストの倫理的ジレンマを知る機会があると良い
	所属病棟以外のナースの倫理的ジレンマを知ることで看護観を捉え直せる	他病棟のナースの倫理的ジレンマを知る機会があると、自分の看護観を捉え直す機会となる 本来であれば他病棟のナースと語れる場はあると良いが、日々の業務が忙しいため紙面上だけでも共有出来ると良い
	自分の心情を包み隠さず言える場があると気持ち楽になる	先輩に気を遣い言いたいことが言えない時もあるので、外部窓口があるとは話しやすい 倫理的ジレンマを話す窓口であることが明確になっていると発言しやすい
心理的安全性を担保した環境	看護ケアに関するナース同士の協働を図る	ナースを増員しなくても看護ケアのナース同士の調整や協働が図れていれば、患者への看護ケアを安心して実施できる
	倫理的ジレンマを吐きだして良いと思える環境作りの必要性	倫理的ジレンマを感じた時に言える環境作りをしていくことが必要 後輩が倫理的ジレンマを言えない環境だと対応策を考える幅が狭くなるので、まずは、先輩が反論せずに話を聴く姿勢が大切

※タイムアウトとは、一般的には一時中止・中断・小休止のことを指すが(e-WORDS, 2018)、本研究では、看護ケアを一時中断し患者について話し合うことを指す

第5章 考察

I. 急性期脳卒中患者を看護する際に生じる倫理的ジレンマについて

急性期脳卒中患者を看護するナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこととして、【不本意な看護ケアを提供した時の悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】の2カテゴリーが本研究から導き出された。これらのカテゴリーは、＜患者の非言語的反応から訴えを感じる時に不本意な看護ケアに悲感する＞、＜意識障害患者の訴えであっても患者の意思を尊重したい＞や＜コミュニケーションが図りづらい患者と関わる中で解決先が見つからないもどかしさ＞がサブカテゴリーとして存在し、意識障害があることでの患者とナースの意思疎通困難が、看護ケア時のナースの不全感や悲感を生じさせていた。ニューロサイエンス看護領域において、対象患者の殆どが意識障害を持ち合わせており、患者の意思確認やナースとの意思疎通が難しい。先行研究においても、急性・慢性期間問わず意識障害によって患者の意思決定支援が難しいことでナースは無力感を抱き(Silén et al, 2008)、患者の意思確認が難しいことから患者のニーズに応じた看護ケアが出来ず葛藤を抱くとされており(境ら, 2013)、本研究結果と同様のナースの感情を報告している。このことから、【不本意な看護ケアを提供した時の悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】の2カテゴリーは、急性のみならず慢性期の意識障害によって患者の意思を確認できないことが影響し、導き出されたカテゴリーであること考えられ、脳卒中などの意思疎通困難患者を対象とした際に生じる倫理的ジレンマ時のナースの感情と推測できた。

導き出された他カテゴリーとして、【経験過多による感覚の鈍麻】【病棟内の設定された場で皆で話し合う】【第3者と話すことで自分の看護観を内省する】【倫理的ジレンマをタイムリーに吐露する環境】【倫理的ジレンマを吐露する環境が無い】の5つがあった。小森は、倫理的ジレンマを抱き続けることは疲弊感を伴い、さらに、同じ環境にいて慣れという感覚も生じ疲弊感と慣れが相まって結果的に治療上仕方がないと割り切ってしまうやすくなるとしている(小森, 2011)。本研究においても対象病棟SCUの患者殆どが身体拘束を実施されていることで、身体拘束自体を当然と考えるようになる傾向や経験年数を重ねるほどその傾向は強くなる語りが聴取できており、【経験過多による感覚の鈍麻】によって、身体拘束が常態化していると考えられる。【病棟内の設定された場で皆で話し合う】【第3者と話すことで自分の看護観を内省する】【倫理的ジレンマをタイムリーに吐露する環境】【倫理的ジレンマを吐露する環境が無い】については、倫理的視点からのカンファレンスを行うことで、自分の気持ちを吐露することや倫理的ジレンマを他者と共有することで、看護観を捉え直す機会を望んでいることが推察される。宮内ら(2017)は、倫理カンファレンスを行い、自分の倫理観や気持ちを吐露することで、自分だけが悩んでいるのでは無いと共感し合い認め合える機会を持

つことが大切であると述べており、水澤ら(2009)は、倫理教育や公の場で話し合える場があると解決する割合が高いと述べている。倫理的ジレンマを個人で解消するのではなく組織的に取り組んでいくことで、倫理的ジレンマを共有することができ、さらに、看護観の捉え直しや対応方法を見出す一助になる可能性が考えられる。

II. 倫理的ジレンマの対応方法について

対応方法として導いた2カテゴリー【自分の気持ちを解消するために同期と話す】
【先輩からの教示を受ける】は、急性期脳卒中患者に問わず様々な臨床看護場面で見受けられる内容である。同期と話すことで自分の気持ちや心痛を共感し合うことや直接先輩に相談してから対応方法を実践しており、病棟カンファレンスの議題に挙げることはしていない。先行研究でも倫理的ジレンマを生じた時の対応方法として同僚や先輩に相談すると述べられており（松本ら, 2006; 水澤, 2009; 小川ら, 2014; Silén et al, 2008）、対応方法については、インフォーマルな形式での対応や病棟内での対応が多いことから、管理者をはじめナース一人一人が倫理観を高く持てるような職場作りを組織として取り組む必要があると述べている（松本ら, 2006; Silén et al, 2008）。伊藤ら(2008)は、新人ナースは同期に相談することが多く、個人対応に留まり、病院全体や病棟カンファレンスなどの公的な組織的取組みには至っていないとしている。本研究結果においても、第1段階のナースは、同期に相談することで倫理的ジレンマを解消していたが、病棟カンファレンスで話し合うことで倫理的ジレンマの対応方法を見出すことも可能と考えることから、第1段階のナースであっても病棟カンファレンスの議題に出すことが出来る病棟の雰囲気作りが必要であると考え。新人ナースの倫理的ジレンマを支えるには、気遣いのあるフィードバックや先輩ナース自身の新任時代の体験を共有し語り合える場を意図的に設けることが必要と言われており（曾我ら, 2015）、新人ナースが病棟カンファレンスで倫理的ジレンマについて発言できる環境を意図的に作る必要があると考える。

III. 倫理的ジレンマにナース対応できるための環境の醸成について

1. 倫理的ジレンマを共有する病棟内外の環境醸成

抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容の問いに【病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性】と【病棟の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】の2カテゴリーが認められ、病棟内外で倫理的ジレンマを共有できる場と機会を求めていることが明らかになった。このような場と機会は、筆者が将来、ニューロサイエンス看護上級実践看護師としてナース教育の一環として提供していくことが重要と考える。様々な医療施設で専門看護師によるナースを対象にした倫理研修が実施されている

が、倫理の基礎的知識を中心とした研修が大半であるとしており、基礎的知識を提供する研修のみではなく、継続的・段階的倫理教育が重要とされている(柏崎, 2022; 中村ら, 2018)。本研究結果から得られた上記2カテゴリーからも言える通り、ニューロサイエンス看護上級実践看護師として倫理的ジレンマにナースが対応できる環境醸成として基礎的知識習得後のナースの意見や倫理的ジレンマの体験を共有する場が重要と考える。また倫理研修について、研修直後のナースの意欲は高いが現場での実践が難しく、研修で学びを行動に移すには倫理的感性を磨く機会を継続に作る必要があると述べている(中村ら, 2018)。ニューロサイエンス看護上級実践看護師が継続的・段階的に倫理研修を企画運営していくことがナース個人の倫理的感受性を磨き、倫理的ジレンマを捉えられ、倫理観を高めることに繋がり、上級実践看護師の教育の役割機能として重要な任務と考える。

また、中村ら(2018)は専門看護師が中心となり、倫理に関心を持った人や疑問やジレンマを感じた人が気軽に話せる場を臨床倫理フィットネスと題して定期的に設けていた。ナースの参加理由は、他病棟の関わりを知ることや臨床では倫理的課題を話し合う場や機会がないとのことであった。本研究においても、他病棟の倫理的ジレンマを知る機会があると自分の看護観を捉え直す機会となるや倫理的ジレンマを話す窓口であることが明確になっていると発言しやすいとの語りが聴かれていた。対処方法が見つからない状態の継続は、ナースの不快感や無力感が増大し離職に結び付く可能性が指摘されていることから(宮内ら, 2017; 境ら 2013)、ニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割として倫理的ジレンマを共有する垣根を超えた場を創出する必要があると考える。

2. 専門家とのディスカッションできる環境の醸成

【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】【倫理的ジレンマの対応力の向上】の2カテゴリーから倫理に関する専門家とのディスカッションできる環境づくりが重要と考えた。患者にとってより良い看護や医療につながる効果的な検討をするためには、専門看護師などの専門性を持つ資源をナースが活用する力の育成や活用できるシステム整備が必要であること(柏崎, 2022)、事例検討時に専門看護師が、ナースに事例の事象の見解や思考プロセスを意図的に関連付けて紐解いて伝えることや、日常ケアの中で繰り返し問いかけていくことが重要と言われている(川村, 2020)。本研究でも【倫理的ジレンマの対応力の向上】のサブカテゴリーとして<事例検討をすることで対応技術を養う>が認められていることから、事例検討を通してナースに意図的な関わりをしていくことや日常の看護実践場面で繰り返し問いかけていくことでナースの【倫理的ジレンマの対応力の向上】に努め、専門性をもつ資源をナースが活用できるシステム作りをしていく必要があると考える。

IV. ニューロサイエンス看護上級実践看護師が担う倫理的環境を醸成するための看護的示唆

前述の研究結果と考察から、急性期脳卒中患者を看護するナースのための倫理的環境の醸成として、ニューロサイエンス看護上級実践看護師が担うべきことは、意思疎通困難患者を対象とした際に生じる倫理的ジレンマ時のナースの感情、つまり【不本意な看護ケアを提供した時の悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感】をよく理解し、患者に対する看護ケアの質の維持・向上のためにナースへの倫理的ジレンマに対する教育や相談、調整、倫理調整を実践していく必要がある。

加えて、ナースが倫理的感受性を磨き、倫理的ジレンマを共有する場を提供できるよう病棟間の垣根を超えた意見共有や倫理的ジレンマを吐露できる場の整備、ナースの倫理的ジレンマへの対応力を向上させるための倫理の専門性を持つ資源が活用できるシステム作りをする必要がある。

上記の活動をニューロサイエンス看護上級実践看護師が実践できることで、意識障害をもつ患者の看護の質向上、延いては意識障害患者の QOL の向上に繋げることが出来ると考える。また本研究で、ニューロサイエンス看護学領域において倫理的ジレンマが生じやすい理由として対象に意識障害があることを考察したが、なぜ意識障害があることで倫理的ジレンマが生じやすいのかの考察が不十分であること、加えて本研究結果の倫理的ジレンマの内容におけるニューロサイエンス看護学の特徴の考察も不十分であると考える。これらの点は今後も探求を続けたいと考えている。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、対象施設が1施設であり、インタビュー対象者が5名と少数であったことから、急性期脳卒中患者を看護するナースの倫理的ジレンマについての語りに偏りと制限がある可能性がある。考察の末尾に記載した分析の不十分な点、カテゴリー分類に課題があることも否めない。

本研究の貴重な結果を意識障害患者、急性期脳卒中患者を看護するナースの教育に反映できるようニューロサイエンス看護上級実践看護師の活動内容に繋げていくことが今後の課題と言える。

第6章 結論

- ・本研究は、急性期脳卒中患者を看護するナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたこと、倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法、抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容をインタビュー調査から明らかにし、倫理的環境を醸成するためのニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割を考察した。
- ・研究デザインは質的記述的研究であり、急性期脳卒中患者を看護するナースを対象に半構造化インタビューを実施、データのカテゴリー化を行った。
- ・対象者は、Benner (2005) の Dreyfus Model の第 1～5 段階のナース計 5 名であった。急性期脳卒中患者を看護するナースが倫理的ジレンマを抱いた際に感じたことは、【倫理的ジレンマを感じる事が出来た安堵感】【不本意な看護ケアを提供したときの悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】などの 5 カテゴリーであった。倫理的ジレンマを抱いた際の対応方法は、【自分の気持ちを解消するために同期と話す】【先輩から教示を受ける】【病棟内の設定された場で皆で考え合う】などの 5 カテゴリーであった。抱いた倫理的ジレンマに対して希望する支援内容は、【倫理的ジレンマの対応力の向上】【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】【病棟間の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】などの 6 カテゴリーであった。
- ・【不本意な看護ケアを提供した時の悲感】【患者の意思が確認できないことによる提供した看護ケアへの不全感の出現】の 2 カテゴリーは、急性のみならず慢性期の意識障害によって患者の意思を確認できないことが影響し、導き出されたカテゴリーであると考えられ、脳卒中などの意思疎通困難患者を対象とした際に生じる倫理的ジレンマ時のナースの感情と推測できた。
- ・【病棟内における倫理的ジレンマを捉え直す場の必要性】【病棟の垣根を越えて倫理的ジレンマを語れる場の確保】【倫理に関する専門家とのディスカッションの必要性】等から病棟内外で倫理的ジレンマを共有できる場と機会、倫理に関する専門家とのディスカッションできる環境づくりが重要と考えられた。
- ・病棟内外で倫理的ジレンマを共有できる場と機会、倫理に関する専門家とのディスカッションできる倫理的環境の醸成がニューロサイエンス看護上級実践看護師の役割として重要であり、それを可能にすることで意識障害をもつ患者の看護の質向上、患者の QOL 向上に繋げることが出来る

謝辞

本研究の実施および論文執筆にあたり、多くの方からのご支援・ご協力を賜りましたこと深く感謝申し上げます。

新型コロナウイルス感染症が蔓延し、医療現場の最前線でご活躍され、日々の業務でお忙し中、本研究に快くご協力頂きました皆様に心より感謝申し上げます。インタビューを快くお引き受け頂いた皆様が語ってくださった内容は、本研究をするにあたり、大きな気づきをもたらしてくださいました。厚く御礼申し上げます。

聖路加国際病院がん看護専門看護師の中村めぐみさんには、教育活動の実際や倫理調整についてのご教授を賜りました。今後のニューロサイエンス看護上級実践看護師の活動への示唆を得ることが出来ました。深く感謝申し上げます。

聖路加国際大学大学院生命倫理学・看護倫理学分野教授鶴若麻里先生には、倫理的ジレンマの操作的用語の定義をする際にご教授を賜りました。また、研究倫理審査委員会への申請の際もご尽力賜りました。深く感謝申し上げます。

聖路加国際大学ニューロサイエンス看護学教授大久保暢子先生には、研究テーマの絞り込みから事例分析、論文作成の全過程において、多大なる時間を割いて頂き、かつ、いつも丁寧にご指導をして頂きました。大久保先生には、学業や課題研究の支援のみならず、私が在学中に妊娠出産をし、育児との両立をしながら学業や課題研究をしなければならないことを常に気にかけてくださいました。半年間の休学を経て、残りの半年間で課題研究や実習をしなければいけないというかなり厳しい状況に苦悩している私の相談に応じて下さり、私のことを一番に考え、導いてくださりました。課題研究や実習中も常に私の体調を気遣ってくださり、家族のことについてもお気遣い頂きました。大久保先生のご指導とご支援のおかげで2年半を乗り切ることが出来ました。心より、深く感謝申し上げます。

聖路加国際大学ニューロサイエンス看護学の先輩や後輩の方々には、講義や研究会において、多くの貴重な意見を頂きました。また、本研究において、多くのご協力や励ましの言葉をかけてくださり、大変励みになりました。心より感謝を申し上げます。

課題研究の最終段階において、小笠原倅さん、酒井宏美さん、澤井康治さんには、多大なるご協力を頂きましたこと、厚く御礼申し上げます。

最後に、大学院で学ぶことを快く許してくれた家族に感謝申し上げます。さらに、妊娠出産を経て、学業と育児との両立をする際に、多大なる協力をしてくれた家族に深く感謝申し上げます。本研究を双子の我が子依吹と咲守が成長した際に、読んでくれることを楽しみにしています。

2022年7月吉日 高柳知美