日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing

ケーススタディー：倫理的意思決定の枠組みを使わないアプローチと対話

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-02-16 キーワード (Ja): キーワード (En): case study, dialogue, problem solving, empowerment, practical wisdom 作成者: 小西, 恵美子, 麻原, きよみ, 小野, 若菜子, 倉岡, 有美子, 田代, 真理 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/744

■短　報

ケーススタディー：倫理的意思決定の枠組みを使わないアプローチと対話

Case study: dialogue enhances problem solving

小西恵美子[1]　麻原きよみ[2]　小野若菜子[2]
Emiko KONISHI　Kiyomi ASAHARA　Wakanako ONO
倉岡有美子[2]　田代 真理[2]
Yumiko KURAOKA　Mari TASHIRO

キーワード：事例検討、対話、問題解決、エンパワーメント、実践知
Key words：case study, dialogue, problem solving, empowerment、practical wisdom

倫理的意思決定の枠組みを用いないケーススタディーを看護の実践者、教育・研究者でメールで対話しながら行った。このことをとおして、「仲間」としての関係性、実践知と道徳的感性を総動員しながら行う状況の掘り下げ、倫理原則や価値という言葉にこだわらないことで可能となるオープンな心での事例との対峙、言語化し、語り、対話することなどが、事例検討に重要であることがわかった。

Ⅰ．はじめに

ケーススタディー（本稿では事例検討と同義）は、倫理を一般的な抽象物からより具体的なものにする（p.249）[1]、後で経験するであろう同様の状況に備えての実践的な演習といえる（p.251）[1]、などの有用性から、看護倫理の主要な教育ツール（p.249）[1]とされている。しかし、実践の場あるいは教育の場において、ケーススタディーをどのように行うかは重要な課題であり、色々なアプローチを探索し、その実施例を積み重ね、妥当性を検証していく必要がある。本報は、その意図のもとに、「倫理的意思決定の枠組みを使わないアプローチ」を試行した。

倫理的な問題の解決や意思決定のためにさまざまな枠組みが提案されているが、それらはいくつかのステップを踏んで事例を系統的に検討していく道筋を助けるツールであって、解を与える万能薬ではない。それら枠組みを使う使わないにかかわらず、大事なことは事例に含まれる状況をよく吟味することである[2]。文献２は、書かれた状況をそのまま表面的に受け取ってステップを進め、不適切な行動を導いてしまった例を記している。臨床現場では、いわゆる「カンファレンス」が重視されているが、カンファレンスに持ち込む前に、道徳的主体としての看護師が事例に対峙してまずするべきは、事例の中の状況について自分と対話することである。「なぜ？」「ここのところがわからない」といった疑問、あるいは単純な感想をもつだけでも、自分との対話である。それが、内省的熟考の訓練となり、看護業務の道徳的・感情的な厳しさへの備えを助ける（p.73）[1]。次いで、自分と対話したことを仲間で共有し、批判をまじえず相手と対話する。物の考え方は十人十色、仲間がもつ実践の知も様々だ。それを皆で出し合うことで、状況の記述がリッチになり、意思決定

1　鹿児島大学医歯学総合研究科　Kagoshima University Graduate School of Medical and Dental Sciences
2　聖路加看護大学　St. Luke's College of Nursing

の枠組みに頼らずに事例を堀り下げるだけで取るべき行動案が見えてくることもしばしばある。事例検討は倫理を教え学ぶツールであり、目標は、ピンポイントの正しい行動をみつけることにあるのではなく、受け入れ可能な行動の範囲を特定し、その中で、ある行動を選択する根拠をきちんと説明できるようになること (p.73)[1]である。鈴木および本報の第一著者は、このような視点から意思決定の枠組みに頼らずに行った事例検討を報告している[3]。

今回はその経験をふまえ、同様に意思決定の枠組みを使わないアプローチで、看護の実践者、教育・研究者と共に事例検討を行った。鈴木らの事例検討は、病院で日勤帯の終了後に、数10人の看護師が一堂に会して行っているが、本報の事例検討では、より少数のメンバーがメールで対話するやり方をとった。参加者が一堂に会した場合に比べ、メールは、相手の顔が見えない、とっさの反応や口調、感情などが伝わりにくいなどのデメリットがあるが、誰がどこにいても、いつものように相手に語りかけ、楽な気持ちで事例に向き合うことを可能にする。また、文字にすることで問題や論点が言語化され、内省や熟考が促されるなどのメリットも期待できよう。

本稿の全5章のうち、第Ⅲ章は、5名のナース（第三～第五著者、および謝辞の中の2名）の事例へのメールによるコメントを掲げた。他の章は第一および第二著者が記述し、そこでの「私たち」はこの2人の著者をさす。「私たち」の記述を含む本稿全体は上記5名に提示し、相互にフィードバックを行った。

Ⅱ．ケースヒストリー

Aは訪問看護師。看護師が毎日訪問する必要のある患者が何人かいる。しかし、彼女の訪問看護ステーションの経営状況ではそこまではできない。やむをえず彼女は、勤務時間が終わってから自分の時間を使ってそのような患者を訪問している。彼女はこのような「サービス残業」に割り切れない思いがあるし、他のナースの中にはそんなことはしたくないという人もいる。彼女自身、そのような残業で消耗し、燃え尽きてしまうのではないか、という不安がある。

この仮想事例を、第一著者が第二著者に、「訪問看護師のAさんは一人で身をさくような出血サービスをしているが、当然、それには限界がある。こういうとき、もっと他のサービスを導入するなどの社会サービスの可能性はないものだろうか」と相談し、第二著者がさらにそれを、5名のナースに投げかけた。内訳は、現役のステーションの管理者1名、在宅看護の教員で元訪問看護師2名、看護管理の教員2名である。

Ⅲ．仲間たちのコメント

以下に、上記5名からのメールによる事例へのコメントをそのまま掲げる。

1．現役のステーションの管理者

利用者の方の病名や病状によりますが、医療保険の場合、難病や特別訪問看護指示書の期間であれば、複数の訪問看護ステーションからの訪問が可能な場合があります。連携は必須ですが、1日交代で訪問したりできます。

日曜日や祝日も訪問しているのでしょうか？もし訪問しない日もあるとしたら、もしかすると毎日でなくてもいいのかもしれません。訪問しなかった日の翌日の状態を評価してみてはいかがでしょうか。

何をするための訪問か書かれていないのでわからないのですが、ベストではないかもしれませんが、訪問介護で対応できる内容のケアを考えて、曜日によっては介護スタッフに依頼するということもありうるかと思います。

難病の方だとすると、障害者サービスのほうで、何か手はないでしょうか？

褥創の処置目的の訪問だとしたら、福祉用具の選定によっては、ケアの頻度を減らすことができるかもしれません。

ショートステイなどをうまく使って、ステーションからの訪問を、集中的に行く時期と行かなくても良い時期を作ることで、何とか事業所として対応できるかもしれません。

【疑問に思ったこと】

自分の時間で訪問しているということですが、利用料はどうしているのでしょうか？利用料を取っていないとしたら、それは別の意味で問題になってしまうと思いますし、取っているとしたら、勤務時間と認めていない時間にスタッフが訪問看護をしていて、事故などが起こったときにどうなるのか、という疑問があります。どちらにしてもAさんの善意の行動が、Aさん自身にも事業所にとっても困った事態にならないかが心配です。

２．在宅看護の教員で元訪問看護師(1)

A看護師が一人で、このようなことを続けていると、本人も疲れてしまい、スタッフ間の人間関係も悪くなって疲弊するという悪循環に陥りそうです。毎日訪問する必要があるものの、１つの訪問看護ステーションで対応しきれないケースは、都心でも見られているようです。その際、２つの施設からの訪問看護が入るといった方法をとっているところもあります。その場合、患者や家族にもわかるように(混乱しないように)、役割を明確に決めておく必要があると思います。ホームヘルプとも協働していくとよいでしょう。

根本的には、やはり訪問看護を受けたいという依頼を断るという状況は極力避けたいところです。訪問看護の依頼を断っているステーションもあると聞きますが、提供者側の事情で「訪問看護を受けたいのに受けられない」人がいるという状況はよくないと思います。訪問看護ステーションのスタッフを増やしたり、地域の訪問看護ステーションを増やしたりといったマネジメントが必要ではないでしょうか？

３．在宅看護の教員で元訪問看護師

１）この事例についての感想

看護師４～５人の小規模の訪問看護ステーションでは日常茶飯事に見られるケースではないかと思いました。時間外にボランティア的に訪問看護を行う状況が積み重なることで、訪問看護師自身の心身の健康が脅かされ、余裕がなくなっていき、「自分はこんなに働いているのに、〇〇さんは働いていない」などと訴え、職場の雰囲気も悪くなった経験をしたことがあります。しかし、なかなかそういった状況に対して、カンファレンスでケアの必要性やステーションとしての対応を踏まえて話し合える場が、訪問に追われていてできないのも事実かと思います。こういった状況が続けば結局は看護師自身も体調を崩したり、うつ状態に陥っていったりして、訪問看護を「辞める」ことにつながると思います。また、ステーション内での人間関係が悪化するため、スムーズな内部連携が図れず、最終的には患者さんに悪影響を及ぼすとも考えます。「今の経営状況ではそこまでできない……」とステーション経営者はよくいいますが、そこであきらめるのではなく、収支のバランスと訪問件数や時間、看護の質評価など、もう少し全体を見て現状を分析し、対策を立てることが必要かと思いました。また、訪問看護師不足の現在、必要十分なケアを看護師が全て担うことは困難なため、多職種との連携・協力などが更に大切になってくると考えました。

２）どのようにしたらよいと思うか

ステーションの利用者がキャパオーバーな状況であれば、新規ケースの受け入れなど利用者を制限する。スケジュール調整を行い、一人のスタッフに負担がかからないようにする。毎日必要と考えている利用者の看護について再度評価し、必要性を徹底的にチームで検討する。ケアマネジメントを行い、看護でなくても担える部分はないか、多職種とのチームアプローチで解決できる部分がないか話し合う。どうしても連続した毎日の訪問看護が必要であり、スタッフが時間外をする必要があるのであれば、残業手当の支給をする。すなわち、ボランティアではなく、看護としてお金をもらい、責任をもってサービスを提供していく。または、他のステーションに協力を依頼し、２つのステーションで対応する体制を整える。現在の訪問看護状況と収支状況を明確にし、利用者の受け入れや訪問回数・時間について検討する。経営目標を設定し定期的に看護の質と合わせて評価していく。

３）私の実践のエピソード

よく、事例のようなケースでチームカンファレンスしました。「看護が必要なんだから、時間外にボランティアをしてでも訪問に行く」と当時の上司に言った時、「それなら辞めて個人として行きなさい」と言われたことなどを思い出しました。

４．看護管理の教員1

１）この事例についての感想

短くまとめられているため、Aの勤務する訪問看護ステーションとして、なぜ、毎日訪問する必要のある患者に訪問できないのか、サービス残業という形での訪問がどの程度の期間続いているのか、何人に対して行っているのか不明確であると感じた。また、毎日の訪問は、診療報酬や介護給付費を請求できないため訪問看護ステーションの持ち出しとなってしまうのか、診療報酬や介護給付費を請求できるが人員が不十分なのか、についても事例の記述内容からだけでは判断できない。上記の事例については、サービス残業となっている背景を知り、それに合わせた対策や対応が必要であると考えた。ただ、サービス残業は、訪問看護ステーションだけではな

く、多くの医療機関で常態化しており、これが、看護職の離職率を高めている原因の一つと考えられることから、こういった事例を取り上げ、対応策を検討することは非常に有益だと考える。

2）どのようにしたらよいと思うか

前述したように、なぜ毎日訪問する必要のある患者に訪問できないのかについて原因を探り、原因に合わせた対応が必要と考える。この事例からは原因は読み取ることができないため、考えられるいくつかの対策を述べる。

まず、毎日訪問している患者の状態をアセスメントする必要がある。本当に毎日の訪問が必要なのか、今一度検討し、患者によっては、訪問回数を減らすことを検討する。逆に、在宅療養よりも入院加療が必要な可能性もあり、一時的な入院によって、全身状態の安定化を図り、再度、落ち着いた状態で在宅療養を行うことを検討する。

次に、Aの訪問が自分の時間を使って行われており、Aの労務管理、安全管理が適切ではないことから、Aの訪問が訪問看護ステーション側から労働時間と認められる形で訪問させることが望ましいと考える。また、訪問看護ステーションの顧客である患者側から捉えた場合、Aのような献身的な取り組みに頭が下がる思いもあるかもしれないが、何らかの事故が生じた際の責任の所在が曖昧となる可能性があり、これは不利益といえる。

第3に、訪問看護ステーションの経営者は、患者の安全管理、及び被雇用者である看護師等のスタッフの安全管理を適切に行うためにも、自らの組織の規模に応じた患者を受け入れるべきであり、規模および組織の能力を超えた患者の受け入れは慎むべきであると考える。現在受け入れている患者の訪問看護をすぐに中止することはできないであろうが、今後は、看護師の増員や近隣の訪問看護ステーションとの連携、合併も検討する必要がある。

5．看護管理の教員2

訪問看護ステーションの経営状況でそこまでできない、とはどういうことでしょうか？基本的には、訪問1回ごとに介護保険（または医療保険）で訪問看護費用を請求できると思います。患者の状態から介護保険で請求できる訪問回数に制限があるのなら、訪問看護に代わる方法はとれないでしょうか？訪問介護など。看護師が毎日訪問する必要のある患者とは具体的に何が必要なのか、看護以外で代替できるのか、そこが気になります。サービス残業はなくすべきだと思います。

Ⅳ．5人の仲間たちへの「私たち」のフィードバック

1．感動とエンパワーメント、そして「仲間」の意義

仲間のコメントを読み、胸が熱くなり、感動した。それは何だろう。コメントしてくれた一人ひとりが、その専門を超えて、看護を愛し、実践知をもち、それを惜しみなく共有して、看護の力としよう、助け合い、連帯しようという心にあふれているからではないか。このケーススタディーは、単に事例を検討し解決策を導くという技術的・論理的作業の枠を超えていた。仮想事例の中のAさんに、この感動をぜひ伝えたい。問題を感じ、行き詰まりすら抱いていたAさんは、この仲間たちの助け合いと連帯の心に励まされ、明日からの力（エンパワーメント）をもらったと感じるのではないか。このような感動やエンパワーメントは、事例検討で無視できない重要な副産物である。感情の表出を伴う内発的動機づけがエンパワーメントなのだ。事例検討において看護師の内側に湧き起こる感情や感動、またエンパワーメントの重要性について、van Hooft[4]は次のように述べている。「なすべきことを単に論理的に示すだけでは、その人にそれを実行する勇気や決断を与えたことにはならない。勇気や決断はその人の内側から来るものなのだ。……倫理教育の目的はエンパワーメントにある」、「道徳的な意思決定の源には、感情、知識、決意、理想、思考、およびその人の性格が微妙に混じり合ったものが存在している」(翻訳は第一著者)。

私たちは、メールで事例検討したナースたちを「仲間」と呼ぶ。そのひとりは、「事例提供者、コメントをする者、それぞれの気持ちが素直に伝わってきて、自分自身がエンパワーされました」と言っていたが、コメントしたナースたちもまた、事例の中のナースAさんを「仲間」とする前提にあると思う。それは、意識して、あるいは無意識に、自身の過去の似たような経験をイメージしながら、自分がその状況だったらどうだろうと自分の身に置き換えて、人ごとではなく一人称の視点で考えていることが伝わってくるからだ。恐らく、ナースが悩んだ時に相談できる職場環境や体制があるだけでは不十分であり、「仲間」としてあること、「私ならどうするのか」という第一人称の視点で考えることができる

ことが鍵なのではないか。このような「仲間」としての関係性がエンパワーメントを生むのであり、それは事例の中のAさんのように行き詰まり悩んで相談したナースだけでなく、今回メールでコメントした仲間たちも共にエンパワーメントされるのだと思う。ここでいう関係性とは、相互に尊敬（respect）し、力関係（power）が関与せず、むしろpowerを共有し、互いを信頼し、思いやり、同じ目的に向かうことのできる関係性のことだ。同じナースとして経験や考え・価値観を共有している、また共有できる関係性のことである。この互いのあり方、関係性があるからこそ相互作用が生じエンパワーメントが生じる。事例検討は思いの共有、立場の共有から始まるのではないだろうか。

2.「なぜ？」と問う仲間たち

記述された状況はとてもシンプルで、このままでは、訪問看護の利用者の病状も、訪問は毎日行かなくてはいけないほどだったのかといったこともわからない。仲間たちはまずそこを突いている。「なぜ？」と問い、「ここがよくわからない」とはっきりと述べ、わかったつもりになっていない。事例検討でも、あるいは状況に実際に直面している場合でも、大事なことはこの、「わかったつもりにならない」ことだ。「なぜ？」「よくわからない」と感じるところに重要な局面が隠れている。そこを掘り下げなくては倫理的な解や、よい行動にたどりつくことはできない。「寄り添う」ことは多くの看護師が伝統的に大事にしてきた価値であるが、実践現場では、どうやって寄り添ったらよいのか分からない、また寄り添えない/寄り添わないから患者のニーズがつかめず医療不信に患者が陥るといった課題もあり、依然、今日的な課題である。相手のいうこと、書いてある状況をそのまま素直に受け取ることは、本来の「寄り添う看護」ではない。「なぜそういうの？」という心をもって相手に近づき、状況の背後に何かあるのではないかと感じ、それを掘り下げる。そういう関わりが、本来の寄り添う看護の出発点ではないかと思う。

3．状況の掘り下げが解決につながる

仲間たちは、ケースの局面ごとに、「なぜ？」「よくわからない」と問いを発し、その上で、「利用者がもし難病の方であったとして」等と、具体的に状況を設定し、そしてステーションの同僚などにも配慮をし、解決への提案を述べている。その提案は、各人の経験や実践知に裏付けられていて重みがある。van Hooft[4] はさらに言う。「理性は、何をなすべきかという義務を探すために使うのではなく、自分と、自分が実践している環境をもっとよく見つめ、認識できるようになるために使うのだ。実践知は単なる知性をさすのではない。実践知に道徳的感性が加わって、正しい行為だけでなく、よく感じることを導くのだ。よく行動するには、正しく考えるだけではなく、よく感じることが必要なのである」。

4．「倫理原則」や「価値」などの言葉よりも大事なこと

事例検討において、倫理原則などを演繹的に使いながら、どれとどれが対立しているか、という議論から入るアプローチもあるだろう。しかし、私たちは倫理原則や価値といった言葉は極力使わない。それらは脇において、看護師らしい自然な心で事例に向き合う。それが、日本の看護師の心の束縛を解き放ち、看護師は楽な気持ちで事例に向かうことができると考えている。事実、仲間たちのコメントには、善行、無害などの、難しそうな「倫理の言葉」はない。「倫理の言葉」のないコメントにほっとしているのは私たちだけではないだろう。仲間たちは事例検討のあと、「倫理と言うと少し苦手意識がありましたが今回の事で、関心・興味がすごく湧いてきました。この機会を機に、学会に入会し、学んでみようと思います」などと、「倫理」の見方に変化が起こったことを述べていた。

5．ナースはかけがえのない社会資源:どこまで関わるのが善行と言えるのか

「倫理の言葉」こそ使ってはいないが、事例も、またそれへのコメントも、倫理の概念に満ちている。例えばこの事例では、訪問看護の利用者のためによいことをするという、看護師の「善行」の義務が、ステーションの経営や、他のナースとの関係、当のAさんの生活や健康、さらに当該利用者や他の利用者に対してはよくない影響（害）を与えていそうなことが見て取れる。また、「公平」の倫理原則と対立していることもわかる。一人の患者に全身全霊で関わるのは多くの看護師の大事な価値であり、それは一見、「善行」の原則にかなっているようである。しかし、このケースは、「どこまでが善行といえるのか」(p.25)[5]、という問題を提起している。

特定の患者に没頭するあまり、状況の全体像を見失う危険もある。そういうことを、仲間たちは自分の言葉を使ってわかりやすくAさんに説き、ナースはかけがえのない社会資源だというメッセージを伝えている。Aさんはまず自分を大切にしなくてはいけない。消耗したり、燃え尽きてはいけないのだ。

6．社会制度等の知識をもつこと

看護師は一般に、法律や社会制度等の知識に疎いと思う。第一著者は、そういう看護師のひとりだと自覚しているので仲間に相談した。「看護実践の知識・技術を積むことは、倫理的な行動のできる看護師になることでもある」とベナー[6]は言っていた。事実、仲間たちは、実践経験に裏づけられた社会制度の知識を、このケースの問題解決に大いに役立てている。それを思うとこちらの知識不足が恥ずかしい。しかし、一人の看護師が全ての知識を持つことは到底不可能である。知らなければ、知っている仲間にきけばよいのだ。看護を愛し、助け合い、連帯の心をもった対話の中で助けてくれるのだ。

7．言語化、語り、対話すること

「いつも頭にクエッションマークありながらやっている」と、ある看護師が言っていた[7]。ふつう、書くよりも話すほうが簡単だ。チームで働いているナースは、仲間と話したりしながら、そういうクエッションマークを何となく消化しているのかも知れない。だが、それらを文字にあらわすことが大事である。文字にすることで問題が言語化され、内省や熟考が促される。書いてみた状況が、今回のようにとても簡単なものになってしまった場合でも、それを用いて仲間と対話をすれば、内容が掘り下げられリッチになる。自分が簡単に済ませていた状況に、実は大事な局面が潜んでいたことを、仲間との対話は気付かせてもくれる。倫理的感性はそういうことで育まれるのではないだろうか。

Ⅴ．終わりに

倫理的意思決定の枠組みを使わない事例検討の試みを記述した。倫理教育の目的が、看護師を鼓舞し(p.73)[1]、行動へとエンパワーすること[4]であり、事例検討がその有力なツール (p.249)[1]である以上、事例に対峙して自分や他者と対話する中で看護師の内側に湧き起こる感情や感動は、エンパワーメントの源として非常に重要である。そのことを強く感じたケーススタディーであった。

メールによる事例検討も利点があった。「互いに顔が見えないながらも、自分の考えを整理して文字にするという媒体ツールが、対面での会話などに出てくる緊張感を軽減し、自分の考えをゆっくりまとめ意見を述べると言うメリットも生んでいた」と、メールで事例検討した仲間は述べていた。地理的に離れ、多忙な人たちがひとつの事例について話し合う機会として、メールは大いに活用でき、事例検討の巾を広げると考えられる。

最後に、本報の倫理的配慮を述べる。用いた事例は、当事者の匿名性に配慮した仮想事例である。事例検討の実施については、所属大学研究倫理委員会の承認を得ている。さらに、事例検討に関わった者全員の、力関係の関与しない関係性については、前項の第１項に述べたとおりである。

謝辞

仲間としてコメントした医療法人財団健和会訪問看護ステーションしろかねの竹森志穂さん、および聖路加看護大学の中村綾子さんに感謝する。

文献

1．Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L. 2006/小西恵美子　2008：看護倫理を教える・学ぶ．倫理教育の視点と方法，東京，日本看護協会出版会.
2．Edwards S, McCarthy J, Konishi E. Case study. Nursing Ethics 2010; 17 (4)：253-256.
3．鈴木真理子，小西恵美子．事例検討方法に関する一考察：枠組みを使わない事例検討を試みて．In：東京女子医科大学看護学部，日本看護倫理学会第５回年次大会予稿集；2012年５月27日; 東京都；2012．p.52.
4．van Fooft S. Moral education for nursing decisions. Journal of Advanced Nursing 1990; 15：210-215.
5．Fischerman W, Barensen L. The GoodWork Toolkit, 2004.
6．Benner P, Stuttphen L, Day L, et al. Learning to See and Think Like a Nurse: Clinical Reasoning and Caring Practice. 日本看護研究学会雑誌　2007; 30 (1)：23-26.
7．中嶋尚子，小西恵美子．判断の難しい状況における看護師の行動を決める背景：Moral Certaintyの概念による分析．看護管理　2003；13 (4)：298-303.