

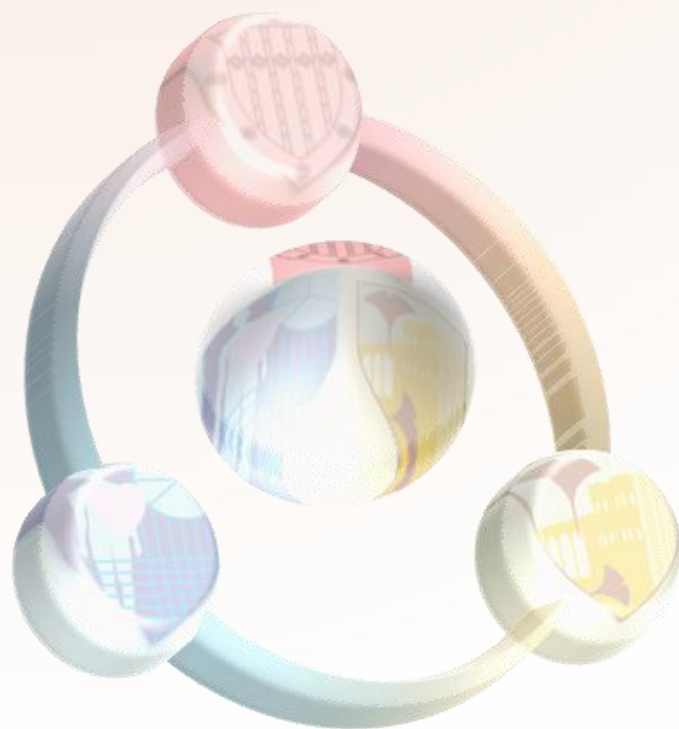
## 第7回

# 東大看護研究シンポジウム

*The 7<sup>th</sup> Symposium of UTokyo nursing research*

## 抄録集

看護における倫理  
～実践・研究でのアプローチ



編集 東大看護研究シンポジウム実行委員会



第 7 回

東大看護研究シンポジウム  
*The 7<sup>th</sup> Symposium of UTokyo nursing research*

抄 録 集

看護における倫理  
～実践・研究でのアプローチ

編集 東大看護研究シンポジウム実行委員会







## プログラム

## 第7回 東大看護研究シンポジウム

## 看護における倫理～実践・研究でのアプローチ

2017年10月29日(日) 10時00分～16時30分(受付開始9時30分)

東京大学医学部附属病院 入院棟 A15階 大会議室

対象: 医学部附属病院職員, 医科学研究所附属病院職員, 医学系研究科教員, 大学院生, 学部生

総合司会: 医学系研究科 社会連携講座アドバンストナーシングテクノロジー 特任准教授 村山 陵子

**開会挨拶** (10:00 - 10:10)

医学部附属病院 病院長 齊藤 延人

**研究発表** (10:10 - 11:50)

座長: 医学部附属病院看護部 副看護部長 下左近 寿美

座長: 医科学研究所附属病院看護部 副看護部長 粕谷 文子

「妊娠中期の女性における料理への興味と栄養摂取量の関連」

医学部附属病院看護部 岩切 美穂子

「入院中の糖尿病患者が他患者と食事を一緒にすることに関する実態調査」

医学部附属病院看護部 小西 優子

「療養上の決定に関する悪性脳腫瘍患者の経験: 患者へのインタビュー調査」

医学系研究科健康科学・看護学専攻 城島 華子

「成人血友病患者に対する疾患と治療についての確認シートの活用とセルフケア能力の評価

ーセルフケア能力の評価に注目してー」

医科学研究所附属病院看護部 小林 路世

「小児慢性疾患患者の成人移行期支援に関する小児系医師と看護師を対象とした意識調査

ー院内協働支援体制の構築に向けた研究ー」

医学部附属病院看護部 関口 ひろみ

「褥瘡の新規アセスメント手法

ーペルオキシダーゼ活性シグナルに基づく肉眼所見では捉えられない炎症の把握ー」

医学系研究科健康科学・看護学専攻 北村 言

**講評**

シンポジウム実行委員長 医学部附属病院 医療安全対策センター長/准教授 中島 勸

**特別講演** (12:50 - 13:50)

「看護研究が変わる。東大から世界へ、世界を東大へ」

座長: 医学部健康総合科学科 学科長/教授 松山 裕

演者: 医学系研究科健康科学・看護学専攻

医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンターセンター長/教授 真田 弘美

**基調講演** (14:00 - 15:00)

「看護実践の倫理～実践から研究へ」

座長: 医学部附属病院看護部 看護部長 小見山 智恵子

演者: 医学系研究科健康科学・看護学専攻 准教授 瀧本 禎之

**シンポジウム** (15:00 - 16:25)

「看護実践の倫理～各領域での取り組み」

座長：医学系研究科健康科学・看護学専攻 准教授 瀧本 禎之  
座長：医学部附属病院看護部 看護部 小見山 智恵子

「実践現場における研究の倫理～こどもと家族の観点から～」

医学系研究科健康科学・看護学専攻 講師 佐藤 伊織

「倫理的ジレンマに対するチームアプローチ-Jonsen の 4 分割法を用いて」

医学部附属病院看護部 主任副看護師長 南條 裕子

「外来診療における看護師同席の成果と今後の課題～放射線治療外来における取り組み」

医学部附属病院看護部 副看護師長 入澤 裕子

「高齢者への DNR 指示－倫理について研究してみました」

医学部研究倫理支援室 特任助教 森 朋有

**閉会挨拶** (16:25 - 16:30)

医学系研究科健康科学・看護学専攻 専攻長/教授 上別府 圭子





## 研究発表

### 座長

医学部附属病院 看護部

副看護部長 下左近 寿美

医科学研究所附属病院 看護部

副看護部長 粕谷 文子



## 妊娠中期の女性における料理への興味と栄養素摂取量の関連

医学部附属病院 看護部 岩切 美穂子

妊婦の生活スタイルの多様化や高齢化などにより、保健指導は「医療者から説明して理解してもらう指導」から「対象から情報を得ることに重点を置く指導」に変化が求められている。栄養指導においても「必要な栄養を摂りましょう」「バランスの良い食事にしましょう」と一方的に漠然とした内容を説明したところで、妊婦の行動変容にはつながりにくい。また、正論だけをぶつけても妊婦からの理解は得られない。妊婦から情報を得ることで対象の食生活を見極め、妊婦の気持ちに寄り添いつつ必要な情報を提供し、妊婦自身が栄養の改善を選択できるように導いていくことが必要とされる。

しかし、対象から情報を得ることに重点を置く指導は時間を要する。外来保健指導という限られた時間の中で食生活を見極める良い情報の取り方はないかという今回の研究は、栄養指導の入口の情報収集に関するものである。この結果を栄養指導実施の際の一助とし、今後も個人の特性を受け止めながら、妊婦自身が栄養の改善を選択できるような支援をおこなっていきたい。

### 【研究目的】

妊娠中期の料理への興味の有無と栄養素摂取量との関連を明らかにすることを目的とする。

### 【研究方法】

2014年3月～10月に、都内A大学病院で妊婦健診を受診した妊娠中期の女性291名を対象に、自記式質問紙を用いて横断的観察研究を行った。栄養素摂取量は簡易型自記式食事歴法質問票を用いて評価し、分析には密度法によるエネルギー調整値を用いた。料理への興味と栄養素摂取量との関連は、Mann-WhitneyのU検定を用いて分析した。

### 【研究結果】

対象者の平均年齢(±SD)は、35.4(±4.2)歳であった。「料理への興味がある群」は196名(67.4%)、「料理への興味が少ない群」は95名(32.6%)であった。「料理への興味がある群」では、エネルギー( $p=0.043$ )、タンパク質( $p=0.008$ )、総食物繊維( $p<0.001$ )、カルシウム( $p=0.026$ )、鉄( $p<0.001$ )、 $\alpha$ トコフェロール( $p=0.036$ )、ビタミンK( $p<0.001$ )、ビタミンB<sub>6</sub>( $p<0.001$ )、葉酸( $p<0.001$ )、ビタミンC( $p=0.003$ )、 $\beta$ カロテン( $p=0.001$ )の摂取量が有意に多かった。

### 【結論】

保健指導において料理への興味の有無を把握することは、妊婦の栄養素摂取量の推測に有益であり、個々の妊婦に合わせた栄養指導を実施するための一助となるだろう。

入院中の糖尿病患者が他患者と食事を一緒にすることに関する実態調査

医学部附属病院 看護部 小西 優子

抄録公開希望せず

## 療養上の決定に関する悪性脳腫瘍患者の経験：患者へのインタビュー調査

医学系研究科 健康科学・看護学専攻 城島 華子

### 【背景】

近年、患者自身が意思決定に参加する重要性が指摘されている。しかし、脳腫瘍患者は認知機能低下を伴うため、療養上の決定に関する意向の把握が難しいと考えられ、患者本人が療養上の決定に関してどのような経験をしているか明らかになっていない。

### 【目的】

積極的治療期における療養上の決定に関する悪性脳腫瘍患者の経験を、患者の視点を通して記述する。

### 【方法】

病院に通院または入院している悪性脳腫瘍患者に対し、半構造化面接を用いた質的研究を実施した。インタビューデータはグラウンデッドセオリー法を参考に分析を行い、カテゴリーを生成し、療養上の決定に関するパターンを見出した。

### 【結果】

悪性脳腫瘍患者 14 名を対象に合計 22 回のインタビューを実施し、手術・放射線療法・化学療法・病院の選択等の療養上の決定に関する 48 の決定場面が抽出された。悪性脳腫瘍患者は治療への期待、症状によって起こる恐れや不確かな未来などを感じ、「折れそうでもがく心」を持ちながら療養上の決定がなされていた。また 48 の決定場面は、1) 何/誰が決めたか? 2) 「何/誰が決めるか」を自分で決めたか否か? の 2 側面によって分類し、(1) 状況必然パターン (2) 他者追従パターン (3) 他者委託パターン (4) 自己決定パターンの 4 つの決定パターンを見出した。その結果、患者は迫りくる症状や不確かな未来に不安によって「折れそうでもがく心」をもち、多くの決定場面で、自分自身が積極的に意思決定者となれるほどの心の余裕がなく、患者自身が決めていない状況であった。状況必然パターンと他者委託パターンは自分自身が決めていなくても、概ね満足しているようだった。各々の決定パターンには「病気・治療への理解」や「選択肢の認識」「患者自身の意向の有無」「症状の有無」「信頼できる人の有無」等が決定パターンを成す条件として影響していた。また、一人の患者において一連の治療過程で様々な決定パターンを経験していることがわかった。

### 【考察】

多くの決定場面で、患者自身が療養上の決定をしていなかった。よりよい患者支援のためには、医療従事者はまず患者の「折れそうでもがく心」を理解する必要がある。また医療従事者は悪性脳腫瘍患者の「折れそうでもがく心」や、自分自身で決めない日本人の志向性を考慮しながら意思決定支援を行なうことが重要である。また、患者自身が療養上の意向（意思決定への参加の程度、決定内容）を認識していない場合があり、医療者は患者が自分自身の意向を認識しているかどうかについて、各決定場面でその都度アセスメントすることが大切である。

## 成人血友病患者に対する疾患と治療についての確認シートの活用と セルフケア能力の評価ーセルフケア能力の評価に注目してー

医科学研究所附属病院 看護部 小林 路世

### 【はじめに】

血友病患者の多くは、青年期までに疾患に関する知識や自己注射の手技獲得を学ぶ。しかし、その後の経過などにより、病識に差が生じ、セルフケア能力の個人差につながると考えた。看護師主導で、独自に作成した「疾患と治療についての確認シート（以下確認シート）」と「セルフケア能力を査定する質問紙：SCAQ（Self care Agency Questionnaire）」を用いて継続的に関わりを行い、セルフケア能力の変化や患者の状況に応じた効果的な看護介入方法について検討した。

### 【方法】

対象患者を平成26年6月～平成27年7月の間に、当院に通院・入院した成人血友病患者とした。「SCAQ」「確認シート」の記入、看護師と内容の確認及び生活の振り返りを順に行う1クールを3回（0か月、1か月、3か月）実施した（「確認シート」の記入は0か月のみ）。SCAQ各項目と確認シート各項目との関連性の検討、並びにSCAQ点数の経時的変化に基づくセルフケア能力の変化を評価解析した。当院倫理審査委員会の了承を得た。

### 【結果・考察】

対象者は、血友病A：15名、血友病B：4名で平均年齢は45.3歳（22歳～73歳）であった。重症度は、重症が13名、中等症が4名、軽症が2名であった。SCAQ1回目と2回目では【生活の中で続けていること】【支援してくれる人を持つこと】の2領域、1回目と3回目では【生活の中で続けていること】の1領域で点数が上昇し有意差がみられた。基礎知識である輸注記録と自宅での製剤保管本数の把握ができていない人は、SCAQを併用することでセルフケア能力は向上しており、効果がみられた。セルフケア能力への影響は、基礎知識を正確に有しているかによる差がみられたが、重症度の違いによる差は見られなかった。

### 【結語】

看護師が「確認シート」とSCAQを併用して主導的に関わることで、生活状況や改善点の把握に繋がる。また、基礎知識を有していない患者に対しては知識だけでなく、セルフケア能力についての介入が重要である。患者への意識付けにはなるが継続的なサポートが必要であり、疾患の特殊性を考慮すると実践していく為には他施設との連携を含めて検討していく必要がある。

## 小児慢性疾患患者の成人移行期支援に関する小児系医師と看護師を対象とした意識調査—院内協働支援体制の構築に向けた研究—

医学部附属病院 看護部 関口 ひろみ

### 【目的】

小児慢性疾患患者の成人移行期支援外来を開設するにあたり、小児系医師・看護師の成人移行期支援（以下、移行支援）に関する意識調査を行ったため、その結果を報告する。

### 【方法】

平成 27 年 8 月に東大病院に所属する小児系医師 76 名を対象に質問紙調査を実施し、うち 60 名（79.0%）から有効回答が得られた。また平成 27 年 12 月に全看護師 1253 名を対象に質問紙調査を実施し、1064 名（84.9%）から有効回答が得られ、そのうち調査時に小児系の外来・病棟で勤務していた看護師 105 名（9.9%）を分析対象とした。本研究では、主に小児系医師（60 名）と小児系看護師（105 名）に分けて、調査内容の比較を行った。質問紙は多職種による研究チームが作成し、移行支援に関する認知と関心などを尋ねた。

### 【結果】

移行支援に関して「若干知っている・良く知っている」と回答した医師は 52 名（86.6%）で、看護師は 28 名（26.7%）であった。また、移行支援に関して「関心がある・非常にある」と回答した医師は 50 名（83.3%）で、看護師は 32 名（30.5%）、無回答が 39 名（37.1%）あった。成人移行について患者・家族に説明する時期は、医師、看護師とも 10 歳、12 歳、15 歳と、小学校卒業・中学入学、中学卒業など子どものライフイベントに合わせた時期が挙がり、最も多かった年齢は 15 歳であった。また、0～6 歳と回答した者は医師に比べ、看護師の方が多かった。移行支援において最も中心的な役割を担うべき職種に関しては、医師・看護師ともに半数以上が「医師」、次いで「看護師、ソーシャルワーカー」と回答していた。

### 【考察】

移行支援に対して看護師の知識・関心が低いことが明らかになった。小児医療を専攻として専門性や経験を高めていく医師に比べて、看護師はローテーションなどにより小児看護の継続性が無いことが理由として考えられる。しかし、幼少期からの移行支援を考えていた看護師もいたことから、看護師の方がより成長を見越した支援を想定していることが考えられた。今後、小児慢性疾患患者の移行支援を推進していく中で、患者自身の病気理解、意思決定、セルフケアの確立に向けた支援に関わる看護師・医師の協働は重要であり、看護師・医師を対象とした啓発活動が必要であると考えられる。また、多職種との連携を含めた診療ネットワーク構築の必要性も示唆された。



褥瘡の新規アセスメント手法

—ペルオキシダーゼ活性シグナルに基づく肉眼所見では捉えられない炎症の把握—

医学系研究科 健康科学・看護学専攻 北村 言

抄録公開希望せず

## 特別講演

看護研究が変わる。東大から世界へ、世界を東大へ

### 座長

医学部健康総合科学科

学科長／教授 松山 裕

### 演者

医学系研究科健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野  
医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター

センター長／教授 真田 弘美



## 看護研究が変わる。東大から世界へ、世界を東大へ

医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野  
医学系研究科附属グローバルナーシングリサーチセンター  
センター長／教授 真田弘美

少子超高齢社会をむかえ「治す医療」から「支える医療」への大転換が求められています。その中で「支える医療」の中核を担う看護学が新たな分野を学問として築くことが必須となりました。そこで、異分野融合型イノベティブ看護学研究を推進し、ケアイノベーションを先導できる若手看護学研究者育成を目指す異分野融合研究・教育環境の醸成を目的に、この度、東京大学大学院医学系研究科附属施設として、看護系では日本初のグローバルナーシングリサーチセンターを設立するに至りました。

また、世界に類を見ない少子超高齢社会を経験する我が国において、日本の看護学の発展は国際的に看護学を先導するモデルとなります。それには看護システムの開発が必須であり、これらの研究成果を実装できるグローバルリーダーを育成することも当センターの目的としております。

今後 4 年間で下記 3 つを実現してまいります。

1. 異分野融合によるイノベティブ看護学研究分野の確立
2. 学問を志向する若手研究者と共に最先端研究の実施、及び、グローバルへの発信
3. 学問体系・教育体系の開発と新分野の基盤確立

これらを実現するために、当センターでは各個人の健康障害による日常不利を緩和するケアプロダクトの開発・普及を目的としたケアイノベーション創生部門と、文化・社会的存在に対する看護実践の解明と質の高い実践を支える、日本発の看護理論の構築、並びに政策提言を目的とした看護システム開発部門の 2 つの部門を設けました。

研究者の方はもとより、多くの方が、明日の日本、世界を担う研究者育成の場としての当グローバルナーシングリサーチセンターの活動にご賛同されご協力を賜りますようお願い申し上げます。



## 基調講演

### 看護実践の倫理～実践から研究へ

#### 座長

医学部附属病院 看護部

看護部長 小見山 智恵子

#### 演者

医学系研究科健康科学・看護学専攻

准教授 瀧本 禎之



## 看護の倫理～実践から研究へ

医学部附属病院患者相談・臨床倫理センター  
医学系研究科健康科学・看護学専攻 医療倫理学分野  
准教授 瀧本禎之

“看護の倫理”という言葉には看護師という専門職における職業倫理と看護実践における倫理の二つの意味を含んでいるが、本講演ではおもに看護実践における倫理“看護実践の倫理”を取り上げる。

最初に、看護実践の倫理について考えなくてはならないのは、看護倫理は通常の医療倫理と区別されるものであるか否か、についてである。そのために、看護と医療の関係性を再確認することによって、看護倫理は医療倫理の一部であるかどうかについて検討してみたいと思う。

次に、看護倫理は一般的な医療倫理と比較してどのような特徴を持っているのかを確認する。国際看護師協会による看護師倫理綱領やEthics in Nursing Practice 3<sup>rd</sup> ed.などで取り上げられている倫理的責務や問題の中で、通常の臨床倫理において注目されないものとして、アドボカシーと協働があげられる。看護倫理の特徴としてのアドボカシーと協働が、どのように看護実践において機能するものであるかについて明らかにしたい。

三番目に、看護実践の倫理における倫理理論について考えてみる。通常、臨床倫理においては、基本四原則を用いた原則主義や、メリットとデメリットを考量する際の功利主義などの倫理理論が用いられるが、看護実践の倫理における特徴的な倫理理論は何であろうか。看護実践の倫理的特徴がアドボカシーや協働であることから、看護実践の倫理における特徴的な倫理理論として、ケアの倫理理論との関係性は注目に値すると思われる。ここではケアの倫理理論の看護実践への適用について考えてみる。

最後に、上記の議論を踏まえて、看護実践の倫理において求められる研究とは何かについて考えてみたい。





## シンポジウム

### 看護実践の倫理～各領域での取り組み

#### 座長

医学系研究科健康科学・看護学専攻

医学部附属病院 看護部

准教授 瀧本 禎之

看護部長 小見山 智恵子



## 実践現場における研究の倫理 ～こどもと家族の観点から～

医学系研究科 健康科学・看護学専攻 講師 佐藤 伊織

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の目的は、人類の健康及び福祉の発展に資する重要な活動である研究が適正に推進されることであり、そのために必要な事項として、例えば事前の十分な説明および研究対象者の自由意志による同意や、社会的に弱い立場にある者への特別な配慮について定めている。

こどもが弱い立場であることは議論を待たない。日本小児看護学会は、「小児看護の日常的な臨床場面での倫理的課題に関する指針」や「子どもを対象とする看護研究に関する倫理指針」を公表している。後者では、こどもに対する具体的な研究協力依頼文書や同意書の例を掲載しており、参考にすることができる。インフォームド・コンセントは、「説明・理解と同意」「十分理解したうえで自分で決定すること」などと説明される。Consent（承諾、同意、納得）であるから、医療従事者が患者に説明するのを指すのではなく、患者が、研究について十分な説明を受け、理解した上で、自分自身の自由意志に基づいて参加を決定し、研究者に表明して合意することを指す。このように明確な言葉で、文として表現すると、インフォームド・コンセントを与えるのは、おとなであっても、なかなかの認知能力や検討時間を要する、大変な作業だと言える。

家族をめぐる、倫理に関するトピックスは様々である。家族が研究に参加することを、患者には秘密にして欲しいという要望は、叶えられるべきだろうか。研究者・看護職が研究対象者（家族）から教えていただくことの中に含まれる、患者の疾患名や要介護度といった情報は、家族の個人情報だろうか、それとも患者の個人情報だろうか。家族の課題を理解するために、患者の情報が必要な場合もあれば、その逆もあるだろう。また別の話として、複数の家族メンバーの間で、研究に参加しようと思う者と、参加したくない・してほしくないと思う者がそれぞれいて、意見が一致しない場合は、どのようにすれば良いのだろうか。家族全体の課題やニーズを明らかにしたい時は、家族全体からインフォームド・コンセントを得なければならないのだろうか。だとすれば、家族全体とは、どこまで（誰まで）のことを指すのだろうか。

倫理判断には、さまざまな個人的要因や状況的要因が影響する。守るべき存在であるこどもの観点や、複雑なシステムである家族の観点から実践現場と研究を考えると、小児看護や家族看護に限らない、倫理的な考え方への示唆を得ることができる。当日は、当分野が行っている研究をベースに、いくつかのトピックスについて紹介させていただきたい。

## 倫理的ジレンマに対するチームアプローチ Jonsen の 4 分割法を用いて

医学部附属病院 看護部 主任副看護師長 南條 裕子

医療の高度化や医療ニーズの多様化に伴い、倫理的検討を要する場面が増えている。医療者は、患者の権利を認識し患者にとっての「最善の利益」を提供することが求められるが、その判断においては、患者や家族、医療者間の立場や考えの違いによって複雑であり、倫理的ジレンマを生じることも多い。症例の倫理的検討では、適切な手続きに沿った事実・価値情報の整理・分析と、抽出された問題の規範的な判断が必要であり、代表的なツールとして「Jonsen の 4 分割法」がある。看護部では、このツールを教育・実践に導入して 5 年目となる。ファシリテーターガイドとなる「倫理カンファレンス開催プログラム（主任会）」も作成され、部署での倫理カンファレンスの開催も定着してきたことが伺える。一方、その内容は、情報収集や問題共有に留まるものは多く、問題解決策を実践・評価することや、倫理カンファレンス自体を評価することは、今後の課題と考える。

本シンポジウムでは、患者の自律尊重をめぐる問題について、チームで倫理的ジレンマの解決に関わった症例を紹介する。

**【症例】**

A 氏 20 代男性、2 型神経鞘腫術後、独居で訪問看護を受けていた。今回、残存腫瘍の脳幹部進展による呼吸不全にて人工呼吸器装着となったが、手術リスクが高く、術後の家族支援が得られないことから、このまま転院の方針となった。A 氏は「この状態は受け入れられない、手術してほしい」と筆談され、看護師は患者の意向が尊重されないことにモヤモヤしていた。

**【分析】**

<手術しない>について、「医学的適応」「QOL」と「患者の意向」に対立がみられ、無危害原則に則するが自律尊重原則には反し、倫理的ジレンマを生じていた。問題解決に向け「受け入れられる状態」を目標に、A 氏が将来像をイメージできるよう情報提供し、希望する状態を確認することとした。

**【実践・結果】**

医師の説明と A 氏との話し合いを繰り返し、安全な人工呼吸管理の継続、ADL 拡大と経口摂取への支援を行った結果、短時間の人工呼吸器離脱や少量の経口摂取が可能な状態での転院となった。

**【考察】**

本症例において、Jonsen の 4 分割法による検討は、倫理的問題の明確化に有用であり、専門的視点での情報の補足から、手術以外の現実的な解決策の提案に寄与した。また、多職種が目標を共有しやすく、支援の継続にも繋がった。総じて、患者の「QOL」改善によって自律尊重原則に生じていたジレンマを調整することができた。

## 外来診察における看護師同席の成果と今後の課題 ～放射線治療外来における取り組み～

医学部附属病院 看護部 副看護師長 入澤 裕子

近年の放射線治療は、技術が進歩し、ピンポイント照射と言われるような「高精度治療」を行えるようになってきている。しかし、実際には目に見えない放射線でがんを治すこの治療は、患者さんにとってはイメージしにくく、放射線という言葉から不安を感じる方も少なくない。

私は2015年より放射線治療外来で勤務し、放射線治療を受ける患者の看護に携わっている。特に、最初の診察では、患者さんや家族と一緒に診察室に入り、医師が放射線治療の説明をする際に、一緒に説明を聞いて、患者さんやご家族が「安心して、納得して」放射線治療を受けられるように支援を行っている。私が放射線治療外来に配属される前は、当院の外来診察がそうであるように、看護師が医師の診察に同席することは少なかった。しかし、現在では、治療説明の半数以上の症例で、看護師が同席するようになってきている。

このように、医師の治療説明の場に看護師が同席するようになった背景には、「がん患者指導管理料1」の算定が可能になったことが影響していると考えられる。この診療報酬は、「治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明した場合に算定できる」とされており、看護師はがん治療を受ける患者の意思決定支援において、役割と責任を負う。

がん患者は、がん治療を受ける期間だけでなく、再発の可能性を抱えながらその後の人生を生きる過程においても、自ら意思決定を迫られる機会に多々直面する。がん患者がどのように生きようとしているのか、どのように終わりを迎えたいと思っているのか、看護師は、日々患者のそばに寄り添いながら、磨かれた感性で患者のニーズを敏感に感じ取り、患者を支援することができる存在である。

今回の発表では、医師と協働して、どのような診察同席のシステムを作り、意思決定支援を行っているかを紹介するとともに、日々の実践で感じる葛藤やジレンマを皆さんと共有したいと考える。そして、意思決定支援における看護師の役割と責任について理解を深める機会になれば幸いである。

## 高齢者への DNR 指示—倫理について研究してみました

医学部研究倫理支援室 特任助教 森 朋有

超高齢化と医療の高度化に伴って、生命維持治療などの侵襲的治療を高齢者に何が何でも行うべきではないという考え方がかなり一般化しています。また厚生労働省のガイドラインでは終末期の意思決定も患者さんの意思を基本とし、治療制限も患者さん自身が決めるべきとしています。しかし実際にはどれくらいの患者さんが、ご自身への治療制限を決め（られ）ているのでしょうか。

そのような疑問に答えるため、代表的な治療制限指示である DNR (DNAR) 指示を調べてみました。DNR 指示は患者さんの意思と医学的な判断に基づき、望ましくない心肺蘇生治療のみを回避する指示です。しかし急性疾患などでは、安易な DNR 指示が独り歩きして、他の必要な治療も制限してしまうという指摘も少なくありません。

本研究では広範な疾患を網羅するため東京都の総合病院を選び、4年間の成人患者について、DNR 患者の属性、疾患群、転帰、インフォームド・コンセント (IC) への参加割合、侵襲的な生命維持治療との関係、そして IC の相談内容を確認しました。

結果として DNR 指示は、がん終末期など予後不良な患者へ死亡直前に行われるものと、非がん高齢患者へ予後判断が定まらない入院直後に行われるものに大別され、患者さんの IC への参加は殆どなく、侵襲的な生命維持治療の制限と強く相関し、DNR 指示が無くても実際の蘇生治療は 15%程に留まっていることが分かりました。

さらに IC の内容からは、予後判断自体もそれに基づく自己決定も難しい高齢者の急性疾患で、意思表示する患者さんの希望は最優先しつつも、医師や家族の多くが患者さんの年齢や疾患の種類を目安に、DNR 単独でなく侵襲的治療全体への態度を相談・決定していることが分かりました。

このような規範と現実の乖離への対処方法としては、アドバンス・ケア・プランニングを普及させ高齢者への自己決定を促進していくこと、フレイルティなどの概念を導入し、医学的なエビデンスから治療制限の客観的基準を明確化していくことなどが考えられますが、倫理的な視点からも今後しっかりと議論が必要そうです。倫理の研究というと哲学的な考察を巡らせる堅苦しいものを想像しがちですが、このような規範と現実のずれを正確に把握することが倫理的な考察の端緒となります。看護実践を通じて似たような疑問を感じた時には、それを倫理的な研究の糸口にしてもよいのではないのでしょうか。





東大看護研究シンポジウム Vol. 7 No. 1 2017

---

第7回 東大看護研究シンポジウム 抄録集

2017年10月29日 発行<sup>©</sup>

編集・製作

東大看護研究シンポジウム実行委員会

お問い合わせ先

第7回実行委員 中島勸, 下左近寿美, 村山陵子, 阿部麻里  
03-5800-9531 (社会連携講座アドバンストナーシングテクノロジー)

---



