

(研究ノート)

看護倫理と法の挟間にあるもの

齋藤美喜

キーワード

看護行為（行動） 看護師の思考過程（判断力） 看護師の主観
故意 過失 看護倫理（学）

1. はじめに

看護事故が、世間の注目を集めるようになったのは1999年ごろからであり、それは、横浜市大患者取り違え事件、都立広尾へパリンロック事件が発端である。それから、約10年が経過した、2010年に看護界を震撼させる事件が起きた。京都大学医学附属病院のインシュリン注射事件と高齢者の患者を狙った肋骨骨折事件である。この事件を聞いたとき、ここ数年前から、マスコミを賑わしている企業による犯罪を思い起こさせた。賞味期限切れの食品の販売などの食をめぐる問題、脱税、入札談合、ライブドア事件、村上ファンド事件などである。これらの事件は、その職業活動において法以前に倫理を問われている事件なのではないかと思われる。ライブドア事件や村上ファンド事件においては、事件が発覚する前から、何かおかしいと感じる事の多かった事件ではなかったであろうか。2010年に起きた、看護事故の2つの事件も同様に何かおかしいと感じずにはいられない事件である。これらの事件に共通するキーワードとして倫理ということが浮かび挙がってくる。

看護界においても、ここ数年前から看護倫理に注目し基礎教育の段階から、強化していくとする動きが活潑であるが、看護師自身が看護倫理をどのように学生に対し教授するのかを試行錯誤しているような状況である⁽¹⁾。カナダにおいては、看護師が倫理的に関わる場面を3つのレベルで表している。マイクロレベル（臨床の場面）、組織の運営方針に関わる意思決定（メゾレベル）、医療政策上の決定（マクロレベル）であるとしている⁽²⁾。本稿においては、基礎教育の段階で問題になるマイクロレベル（臨床の場面）における看護倫理を判例を材料とし、倫理と法の両面に焦点を当て看護倫理について検討する。（平成14年に看護婦から看護師に名称変更となった。平成14年度以前の判例も看護師として表記した。）

1

2. 判例の紹介と分析

看護事故を類型化すると4つに分類できる。以下、類型毎に判例を分析していく。

看護師の過失が問われている典型的な事件であるため過失型とした。

【過失型】

① 東京高裁 平成15年9月29日判決（判例時報1843. 69）

多発脳梗塞で入院していた老女（72歳）が病室内で転倒して死亡した事故につき、担当看護師に介添えを怠った過失があり、その過失と転倒との間に因果関係があるとして、病院側の不法行為責任が認められた事例

<事実の概要>

A（72歳 女性）は、平成13年5月7日、多発性脳梗塞の治療のため、Yの経営するB病院に入院した。ところが、Aは、翌8日早朝、病室のベッドの側で後頭部を強打して倒れているのを発見され、直ちに治療を受けたが、意識が回復することなく、同月12日、急性硬膜下血腫により死亡した。そこでAの遺族は、Aの転倒は担当看護師が介添えを怠った過失があると主張し、Yに対し、不法行為又は債務不履行に基づいて損害賠償を請求した。

<判旨>

Aは72歳の高齢であり、被控訴人病院の医師によって多発性脳梗塞と診断され、軽度ではあるが左上下肢の片麻痺が症状として観察されたこと、このため、医師および看護師らは、Aが転倒等によって外傷を負う危険性があることを認識しており、入院に際してAに対しても、トイレに行く際は必ずナースコールを押すように指導していたこと、Aは入院したばかりであり、実際にAの麻痺がどの程度であるのか、歩行能力があるのか、その際に安定性があるかなどについては、これを的確に判断し得る情報はなかったことが認められる。したがって、被控訴人病院がAの症状の程度等から、病室内で排尿等を済ませる方法を講じなくても、看護師の介助、付添いがされれば、Aが歩行してトイレに行き来することは差し支えないと判断したのであるから、看護師には、Aがトイレに行き来する際は、必ずAに付き添い、転倒事故の発生を防止すべき義務があったというべきであり、看護師が、午前6時ころ、トイレまでAに同行しながら、その前でAと別れ、Aがトイレで用を済ませて病室まで戻るのに同行しなかったのは、上記義務に違反したものとわざるを得ない。

② 青森地裁 平成6年12月20日判決（判例時報1552. 107）

12歳の男子の急性虫垂炎の手術に当たり脊椎麻酔をかけたところ、手術中に心停止状態となり、脳障害を起こした場合に医師から心電図モニターを装着しなかったなどの義務違反があるとされた事例

<事実の概要>

2

Xらの子Aは（当時12歳）は、昭和62年4月2日腹痛のため、かかりつけの医師の診察を受けたところ、急性虫垂炎の疑いがあるといわれ、同日午後5時30分からY県立病院で手術を受けた。Aには麻酔薬としてネオベルカミンSが使用されたが、手術中に呼吸停止及び心停止を起こし、その結果、低酸素性脳障害により回復不能な植物状態となった。

Xらは、①麻酔が過量であったこと、②麻酔薬注入後5分という短時間で執刀を開始したこと、③脊椎麻酔には心電図モニターを装着すべきであるが、これを装着せず、看護師も持ち場を離れてAの容態の監視を怠ったこと、④心停止後の心マッサージ及び気管内挿管が遅

れたこと等に過失があったと主張した。

<判旨>

ネオペルカミンSによる脊椎麻酔は比較的長時間（約1時間）効果が持続し、麻酔高が変動する可能性があること、脊椎麻酔中の重篤な事故は麻酔薬注入後30分以内に多数生じていること、本件事故は麻酔薬注入約19分後に発見されていること、脊椎麻酔中にはそれまでの経過に異常がなくても1、2分間に突然重篤な除脈や血圧低下が発生し、心停止などの重大な事故に至る例が文献上報告されていること、特に本件のような15歳未満の若年者に対する脊椎麻酔においては麻酔事故が発生する可能性が高い上、本件では前述のように特に注意すべき諸事情が存在したこと、以上に照らすと、麻酔薬を注入した午後5時53分ころからの経過が良好で、午後6時10分ころの血圧、脈拍数、呼吸に特段の異常がなくとも、被告病院には、その後患者の容態が急変した場合に備えて患者を嚴重に監視する義務があったものといわざるを得ない（特に本件においては、心電図モニターも装着されておらず、また、自動血圧計も5分おきに測定するようにしかセットされていなかったのであるから、患者監視に当たる者の役割は極めて重要である。）。したがって、看護師がAのそばを離れたことは、その時間がほんの数分間のわずかな時間であったとしても、右義務に違反したものと評価せざるを得ない。

<分析>

①事件と②事件の違いは両事件とも、患者が死亡した事案ではあるが②事件の方は麻酔の危険性に鑑み、相当の防止措置をとるべき義務が認められた場合である（予見可能性を抽象化ないし拡大してもよい場合になろう）⁽³⁾。裁判所でも「麻酔に伴う合併症を予防するため病院として最大限の努力、注意を払う義務がある」と判断している。

【故意・過失型】

看護師の意思（主観）にも問題がある事件であるため故意を類型に加えた。

③ 神戸地裁 平成5年12月24日判決（判例時報1521, 104）

アイセル病（先天性代謝異常）で入院中の4歳の男児を看護師が入浴させた後人工呼吸器を装着した時に装置の脱落を知らせるアラームのスイッチを入れ忘れたため、人工呼吸器が外れて右男児が呼吸不全で死亡した場合の慰謝料の算定

<事実の概要>

A（4歳の男児）は、生後8ヶ月ころになってアイセル病という先天性代謝異常の障害があることが判明した。そのため、呼吸困難が発生し、平成3年11月に被告の設置する市立病院に入院した。入院後は、ナースセンター前の個室で、人工呼吸器を装着したまま療養を続けた。人工呼吸器にはアラームが取り付けられており、Aが動いたりして人工呼吸器が体から外れた場合には、これが鳴る仕組みとなっていた。そしてAを入浴させる場合には、人工呼吸器をはずし、手動の道具で酸素を送って呼吸させていたが、アラームのスイッチをオフにしたうえで人工呼吸器をはずしていた。平成4年11月19日午前、看護師らは、Aを入浴させたが、その際アラームのスイッチをオフにして人工呼吸器をはずし、入浴終了後、人工呼吸器をAの体に装着したものの、アラームのスイッチをオンにしないまま、同日午前10時40分ころ、Aの病室を出た。その後、人工呼吸器の接続部がはずれてAは呼吸困難な状態に陥ったが、アラームのスイッチが切れてこれが鳴らなかったために、看護師らがこれ

に気付くのが遅れ同日午前11時20分になってようやく気が付いた。しかし、Aは同日午後12時10分、呼吸不全により死亡した。そこで、Aの両親は、総額3000万円の慰謝料と弁護士費用各150万円の支払いを求める民事訴訟を提起した。裁判所は、過失の重大性を指摘し、交通事故による死亡慰謝料についての基準も参考にして、Aの慰謝料を1500万円、弁護士費用については各75万円と算定した。

<判旨>

Aは呼吸困難のために人工呼吸器を装着したまま療養を続けており、人工呼吸器がAのからだからはずれると同人の生命に対する重大な危険が生じる状況にあったのであるから、本件病院の担当看護師は、万一人工呼吸器がAの体からはずれた場合においても、周囲の者が直ちにこれに気付くように人工呼吸器のアラームのスイッチは入れておくべき注意義務があった。しかるに、担当看護師は、右注意義務を怠り、Aの入浴が終了し、人工呼吸器を同人の体に装着した際に、右アラームのスイッチを入れるのを失念した過失により、その後人工呼吸器の接続部がはずれ、Aが呼吸困難の状態に陥ったのもかかわらず、アラームが鳴らないためにその発見が遅れ、結局同人を死に至らしめたものといえることができる。

***慰謝料を増額する要素**

(1) 次の事実が認められる。

- ア. 本件事故の約3ヵ月前にも、人工呼吸器がAの体からはずれ、同人がチアノーゼ症状を呈するという事故があったが、このときも人工呼吸器のアラームのスイッチがオフにされていた。右事故の翌日、主治医と看護師長が原告らに謝罪したが、その際、主治医らは今後はアラームのスイッチは切らないようにすると述べた。
- イ. しかし、その数日後、再びアラームのスイッチがオフにされていたことがあり、原告の母が看護師に注意を促した。

(2) 本件においては、人工呼吸器がAの体からはずれると同人の生命自体が脅かされる状況にあったのであるから、担当看護師が負っていた人工呼吸器のアラームのスイッチを入れておくべき注意義務は、極めて重大かつ基本的な義務であるとともに、わずかの注意さえ払えばこれを履行することができる初歩的な義務であるといえることができる。しかるに本件では担当看護師がこの注意義務を怠ったのであるから、それ自体で重大な過失があったというべきであるが、さらに右(1)のとおり以前にも同様の事故があり、本件病院側も本件のような事故が生じる可能性を十分に認識し得たにもかかわらず、再び本件事故を起したのであるから、その責任は重大であり、慰謝料額の算定にあたっては、この点は見過ごし得ないところである。(傍線は筆者)

<分析>

- 4 本件の場合は、①、②事件と同様に典型的な過失の事案とは考えられない。裁判所においても「重大な過失」があったとしている。この重大な過失をどのように考えるかが問題である。民法709条は「故意又は過失」と規定している。平井教授は、重過失を、意思の緊張を欠いたことによる怠りという点で、通常の過失とは性質を事にし、故意に近くなるが、加害の意思ではないという点で、故意とも異なっている⁽⁴⁾と説明している。裁判所では、慰謝料を増額する要素を認定しており、故意に近い過失であると判断しているものと考えられる。⁽⁵⁾

【混合型（故意・過失型十倫理型）】

この類型を混合型としたのは、看護師の専門的判断に問題があったこと（過失）、その判断を誤らせた原因は、看護師の主観に問題があったこと（故意）⁽⁶⁾、看護師には、倫理的責務に基づく行動をしなければならなかったのに適切な行動をしなかったために患者を害から守る（無害の原則）ことができなかつた等の問題を含んでいるためである。

④ 最高裁 昭和38年6月20日第一小法廷決定（判例時報340. 32）

医師に命ぜられて看護師が患者に静脈注射を行う際誤って動脈に注射したため生じた事故につき医師の過失とともに看護師に業務上過失傷害の責任があるとした事例

＜事実の概要＞

本件は、県立病院の産婦人科の看護師である被告人が、優生手術を受ける患者に対し、医師に命ぜられてその右肘部に静脈注射用麻酔薬オイナル5 c cの注射を行った際、静脈の発見が困難であったのに、医師に報告してその指示を求めるなどの措置をとらなかつたため、過って薬液を動脈血管内に注射し、その結果動脈の血行障害を起し、患者の右腕の肘部より指先までの組織を壊死させ、結局その部分を切断するのやむなきに至らせたという事案である。

＜判旨＞

一般に麻酔薬は動脈に注射してはならないというのが、医学上の常識であること、オイナル薬液の動脈注射は本件の如き重大な結果を惹起し得るものであること、肥満体質の患者については静脈発見の困難な場合があること、オイナルの注射は、必ずしも患者の右肘部にしなければならぬものとは限らないことは、さきに説明したとおりであるから、この種の患者にオイナル薬液の静脈注射をなすに当っては、医師としては、自ら注射の任にあたるか、または、その指示により看護師をして注射にあたらせる場合でも、自らその場に立ち会い、随時適切にして詳細な指示を看護師に与えるとともに、その注射施行の状況は、これに対する患者の徴候等に絶えず留意しながら該注射を誤りなく完遂せしめるべきものであり、また、医師の指示によりオイナル注射を行う医師の医療業務の補助者たる看護師も、患者の注射を行うべき静脈の発見が困難な場合には、医師にその旨を報告して、医師に替って注射をしてもらうか、または、医師に具体的な指示を求めて、他の箇所静脈に注射を施すなどの適当な措置を執るか、あるいは、医師の指示にもとづいて静脈を誤りなく確認したうえで注射を行うかなどして万全の措置を講じ、オイナル薬液の動脈注射によって起こり得る危害の発生を未然に防止するよう周到な注意をなすべき業務上の義務があることはいうまでもないところである。しかるに、さきに説明したとおり、医師Mは、肥満体質の患者Nに対してオイナル薬液の静脈注射をなすに際し、看護師である被告人に単に右の注射を行うように命じたのみで、他には格別の指示や注意も与えずに手術準備の手洗いのためその場から立ち去り、被告人は、同医師の席を外していた間、同医師の手術施行の補助者であつた医師Gのいるところで、右患者にオイナル注射をなすべく右肘部について静脈の発見に努めたけれども、同患者が肥満していたため静脈の発見が困難を極め、さらに手掌背部などを探しても静脈を発見することができず、そのため思案にくれて自信がないなどと口から洩らす始末であつたが、Y医師は、これに対して、「大丈夫でないか」と言ったのみで、なんら積極的に具体的な指示を与えようとせず、被告人もまた、同医師や前記M医師に改めて具体的に指示を求めるとか、または同医師らにオイナル注射をしてもらうとか、もしくは同医師

の指示にもとづいて静脈を確認するとかなどのことをしないで、自らまたもとの右肘部について静脈を探し求め、同患者の右正肘中肘動脈を静脈と誤り判断して、同動脈に注射針を刺入れし、オйнаール薬液を注入したため、本件事故が惹起したものであるから、右医師らに医師としての過失が存する一方、看護師として医師の指示により注射を行う等の業務に事実上従事していた被告人もまた、右の点において過失の存したことが極めて明白であるといわなければならない。

<分析>

本事件は、看護師が業務上過失致死傷罪を問われた事件である。業務上過失致死傷罪は、行為者の過失が業務上のものであることを根拠とする過失傷害罪および過失致死罪の加重類型である⁽⁷⁾とされている。刑法上の過失は、主観的過失と客観的過失の両者を構成要件論ないし違法論と責任論とで二重に認める二重の過失論である⁽⁸⁾。民法上の過失とは違い刑法上の過失は、行為者の内面（意思）と行為そのものに着目するところである。裁判所では「看護師として医師の指示により患者に注射を行う等の業務に従事していたにすぎない被告人としては、本件患者の静脈の確認が困難であり、かつ自信もなかったのであるから、右医師らに注射をしてもらおうとか、同医師らに改めて具体的な指示を求めて注射の箇所を変えようとか、同医師らの指示にもとづいて静脈を確認するとかすべきであったことはいうまでもなく、かくなさなかつたことが被告人の過失であった。」とし不作為を認め、「長年看護師をしてきた被告人としては、右の両医師の言動により、自己の技倆を疑われることをおそれ、新参の看護師ではないとの矜持から、それ以上進んで積極的に自己の方から右の如き指示を求める等の措置に出ることがその立場上心理的にできにくかつたためだろうことを想像するに難しくない。」と看護師の意思（内面）を非難している。

【倫理型】

⑤ 横浜地裁 平成7年3月28日判決（判例タイムズ877. 148 判例時報1530. 28）

<事実の概要>

被告人（医師）は東海大学医学部附属病院の内科医であった。患者A（当時58歳）は、多発性骨髄腫で、平成3年4月1日に再入院となり、被告人も治療を担当することになった。4月8日ころより、全身状態が悪化し、4月9日には呼んでも反応がなくなった。4月10日、家族より点滴、フォーリーカテーテルをはずしてほしいという要望があった。4月11日の時点で、被告人は患者Aの予後は4、5日ないし1週間くらいだろうと診断した。4月13日には意識はなく、いびきのような呼吸になり、手指に軽度のチアノーゼが表れていた。同日午後零時ころ、家族より治療の中止を執拗に迫られ、被告人が説得しても聞き入れることはなく、結局、治療を全て中止、点滴、フォーリーカテーテルを抜去した（病棟の看護責任者であるH看護師に、同日午後5時半ころ、長男が「苦しそうなのでエアウェイを取ってほしい。」と頼んで、被告人は説明をしたが家族は、これを聞き入れることはなく被告人に迫り、被告人はエアウェイを抜去した。同日午後6時過ぎころ、長男は「いびきを聞いているのがつらい、苦しそうで見ているのがつらい。」という訴えを繰り返すだけであった。それから被告人は、いびきを抑えるため、呼吸抑制を引き起こすホリゾン注射した。その後、長男は注射後1時間近く経つのに、患者Aがいびきをかきような苦しそうな呼吸をしていることから、被告人を呼びに行き、「いびきが止まらない。早く家に連れて帰りたい。」と言っ

た。被告人は、再度、説明をしたが長男は聞き入れず、被告人は、セレネースを注射した。同日午後8時ごろ、長男は「まだ息をしている。どうしても今日中に家に連れて帰りたい。何とかしてください。」と激しい調子で迫った。被告人は、追い詰められたような心境から、長男の要求どおり患者にすぐに息を引き取らせてやろうと考えるに至った。そして、ワソランとKCLを注射し、同日午後8時46分ごろ、患者を急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた。

<判旨>

末期医療についての体制の不備、さらに末期医療におけるチーム医療の機能の不十分さが認められることである。被告人が勤務していた病院は、今日の国内において高い水準の治療体制を整えた病院であったのであるが、こと末期医療のための体制作りないし環境整備という点ではかけるものがあり、末期患者やその家族に対するいわゆるケアのための体制は十分整えられていなかったことは否定できない。それに加えて、本件当時スタッフの移動等により治療体制であるチーム医療に間隙が生じて十分機能せず、一人の担当医に重荷が負わされるような事情が存したことも認められるのである。このように治療中心の医療体制や環境の中であって、一方では複数の重症の患者の治療に当たりつつ、他方では末期患者やその家族に対応していかなければならないということは、一人の医師にとって大きな負担であり、末期患者やその家族と意思疎通を図り相互理解と信頼関係を築くことはなかなか困難なことといえよう。こうして、本件は、治療を中心とした医療体制の中の狭間ともいえる末期医療の現場において起きた事件といえるのであり、その点で被告人のために酌むべき事情があるといえる。

<分析>

この類型は、2つの全く異なる視点から分類できる。この事件は、看護師の内部告発によって発覚し、医師が看護師の静止を振り切って末期患者にKCL（塩化カリウム剤）を注入し死亡させたとされている⁽⁹⁾。しかし、判例を見ても、そのような事実の記載はない。看護師が内部告発に踏み切ったのは、KCLを注射する行為は違法あると考え、倫理的責務を果たそうと思い行動したのであろう。しかし、一方、このような事件が起きる前になぜ、看護師は行動しなかったのであろうかという疑問も生じる。看護師が専門的な知識に基づき適切な看護を提供できていれば防ぐことができた事件である。石井教授も、判決において看護師の業務責任についても明らかにするべきである⁽¹⁰⁾と指摘している。

看護師が倫理的に行動する場合は、倫理的責務に基づき自発的に行動しなければならない場面と、倫理的責務に基づき行動しなかったのに行動しなかった場面がある。この事件は、この2つ倫理的問題を含んでいるという意味で倫理型とした。

3. 看護倫理（学）とは何か

まず、倫理（学）という視点から考えてみる。和辻哲郎は、倫理学とは「人間関係・従って人間の共同態の根柢たる秩序・道理を明かにしようとする学問である。」⁽¹¹⁾と述べている。では、看護の分野で看護倫理（学）とは、どのように定義されているのであろうか。看護倫理は、倫理の考え方を看護の分野に応用した応用倫理の1つであるとされ、小西教授は「看護倫理とは、ナースとしての良い・良くないあり方・行為を検討し、また、ナースがそのように行動する（した）根拠を説明することに役立つ知識体系」⁽¹²⁾であると、石井教授は

「誤った行為を避けるため、そして看護の基本が遂行できるための哲学を持つことができる学問を看護の倫理学」⁽¹³⁾ であるとしている。この2つの定義から、看護師の行為（行動）そのものと行為（行動）するための拠（根源）がキーワードとして浮かび挙がってくる。この2つを結び付けるものは何かということになる。末期がん患者を例として考えてみる。患者の耐え難い苦痛に対し、モルヒネを使用すると、副作用により死期（呼吸抑制を引き起こす）を早めるということになる。このような衝突状況にて、「二重結果の原則」が適用され、二重結果の原則の4つの要件を満たせば、副次的な結果である悪も倫理的にはやむを得ないものとして容認される⁽¹⁴⁾と説明されている。要件の1つには「行為者は善い結果のみを意図し、悪い結果を本心から意図してはならない」とある。「小悪選択の原則」・「釣り合いの原則」では、「行為の倫理的な評価は行為の主体がどのように善と悪にかかわっているかを判定するものである。」⁽¹⁵⁾と説明されている。そうすると、行為の倫理的な評価とはその行為をする、又は、その行為をしないと決めた、心の向かったところ（心の方向性）の先にある外部に表れた結果を評価することになるのではないかと考えた。

看護業務という点も併せて考えると、看護師は患者に援助（ケア）を提供する場合、3つの判断の基に行動を起こす。看護師の専門的知に基づく判断、援助をするときの状況判断、看護師自身の置かれている個人的な事情・状況に基づく判断である。この3つの判断がうまく絡み合った場合は、患者に対して最善の援助（ケア）が提供できると考える。

判例を、振り返ってみる。③事件【故意・過失型】は、重過失の事例で、民法上の責任を問われたものである。この事件は「意思の緊張の欠如」により患者を死亡させた。これを倫理的に評価すると、心の方向性の欠如によって生じた事件であるということになる。この事件は、看護師の個人的な事情により看護師としての専門的な判断、状況判断が欠如（心の方向性の欠如）したか、又は、看護師としての専門的知識の判断、状況判断が欠如していたために起きた事件でもあるということである。④件【混合型（故意・過失+倫理型）】である。裁判所では看護師の不作为を過失と認定し、看護師が行為しなかった動機（意思）を非難している。この行為を倫理的に評価すると、心の方向性の外部に表れた結果（悪い結果を回避するための行動をとらなかった）、患者の手は壊死し、切断を余儀なくされた。これは、心の方向性が、ゆがんでしまったために起きた事件である。こころの方向性のゆがみとは、看護師自身の置かれている個人的な事情に基づく判断により、看護師としての専門的判断が歪められたために起きた事件でもあるということである。

取り上げた判例に共通していることは、看護の専門的な知識に基づき判断し行動していれば、防ぐことができた事例であるということである。専門的な知識の欠如が、看護師の行動に影響を与えていることが理解でき、それに加え心の方向性のゆがみが重なったときに患者に対して重大な結果を引き起こすことになる。専門的な知識に基づく判断による行動より、看護師の主観的な意思（心のゆがみ）が優先したときに、さらに不幸な結果をもたらすことになる。

8

和辻哲郎は倫理とは、人間としての秩序と道理であるとしている。ここで検討してきたのは看護師としての倫理である。看護師としての秩序と道理の根柢にあるものは、看護師としての専門的知識であり、まず看護師としての専門的知識に基づく判断により行動することが求められると考える。よって結論として、看護倫理（学）とは、専門的知識に基づく看護師の行動規範であると定義づけたい。

4. 看護倫理と法の関係

5つの判例を材料としミクロレベルにおける看護倫理について検討した。これによって分かったことは、看護行為の中には、非倫理的な行為と違法な行為が同じ評価を受けることになるものがあるということである。看護師は、自分自身が行う看護行為が倫理的な評価と法的な評価を受けるということに注意を払わなくてはならないことになる。一方、看護とは、非倫理的な行為と違法な行為との境界線が不透明であるという側面を持つ⁽¹⁶⁾。

5. おわりに

今後、看護師の社会的地位が向上すれば、看護師が倫理を問われる場面が拡大していくことが予測される。その場面、その場面に看護師が対応できるためには幅広い知識が要求されることになるだろう。今後も研究を深めて行きたい。

註

- (1) 手島恵「看護倫理教育－倫理的感受性、分析力、実践能力をどのように養うか－」
生命倫理17号(2006) 58-60頁 参照
- (2) 小林亜津子『看護が直面する11のモラル・ジレンマ』 ナカニシヤ出版(2010) 23頁
- (3) 平野裕之『民法総合6(第2版)』 信山社(2009) 38頁 参照
過失は義務違反に客観化されるだけでなく、行為者の能力に依存しないあるべき基準により義務違反は抽象的に判断され、これを抽象的過失という。このように考えると、「過失」とは、心理状態(不注意)といった事実ではなく、行為者に義務違反ありということをも認める法的評価であり、その前提である義務としてどのような義務を負わすべきかの価値判断に依存することになると説明されている。
- (4) 平井宜雄『債権各論』 弘文堂(2004) 72頁
- (5) 近江幸治『民法講義VI』 成文堂(2004) 108-109頁 参照
近江教授は、故意不法行為の抑止の必要性を主張する。不法な行為に対する「制裁および再発の防止(不法行為の抑止)」という視点からは、その心理状態はもとより、行為の態様に対する評価についても質的な違いがあるはずであると指摘している。
- (6) 浅田和茂『刑法総論〔補正版〕』 成文堂(2007) 303頁 参照
未必の故意の通説は認容説である。認容説は、さらに2つに分けられる。結果発生の可能性を認識したうえで、その結果が発生しても構わない(積極的容認)、あるいは結果が発生してもやむをえない、ないしは結果発生に無関心である(消極的容認)という、認容の有無によって故意と過失を区別しようとする説である。
- (7) 大谷實『刑法講義各論 新版第2版』 成文堂(2007) 52頁
- (8) 山中敬一『刑法概説I〔総論〕』 成文堂(2008) 88-89頁
- (9) 前掲(2) 22頁
- (10) 石井トク『看護の倫理学 第2版』 丸善株式会社(2008) 76頁
- (11) 和辻哲郎『人間の学としての倫理学』 岩波書店(2007) 17頁
- (12) 小西恵美子「看護倫理についての基礎知識」 小西恵美子編集『看護倫理』 南江堂(2008) 10頁
- (13) 前掲(10) 7頁
- (14) 浜口吉隆『キリスト教からみた生命と死の医療倫理』 東信堂(2001) 78頁 参照
「二重結果の原則」の4つの条件
① その行為自体が本質的に(倫理的に)善いものであるか、少なくとも価値として中立でなければ

看護倫理と法の挟間にあるもの

ならない。

- ② 行為者は善い結果のみを意図し、悪い結果を本心から意図してはならない。
- ③ 悪い結果は、善い結果をもたらすための手段であってはならない。
- ④ 善い結果は、容認される悪よりもまさっていなければならない。

(15) 前掲 (13) 81頁 参照

「小悪選択」「釣り合いの原則」は、二重結果の原則よりも、新しい倫理的判断であり、この原則は、価値に重きをおいた概念である。

(16) GinnyWackerGuido, *Legal and Ethical Issues in Nursing*, third edition, Prentice Hall, 2001, pp52-53

法と倫理の違い

	法	倫理
根 源	規範と社会的な統制	価値と信念（信条）・個人的な解釈
関 係 性	行為と訴訟	意思決定に作用するもの：態度と文化
利害関係	社会と個人は概して対立している	善良な個人は社会の中にある
執 行	裁判所、法令	倫理委員会、職業組織

理論上、法と倫理は区別されるが看護倫理の場合は、法と倫理の境界線がはっきりしないという特徴があると考えられる。

(受理 平成22年9月25日)