

放射線看護の過去と未来 ——看護ケア提供のリスクと責任—— Past and Future of Radiological Nursing: Risk and Responsibility in Providing Nursing Care

小西 恵美子^{1,2}

Emiko KONISHI^{1,2}

1 長野県看護大学 名誉教授

2 鹿児島大学医学部 客員研究員

1 Professor Emerita, Nagano College of Nursing

2 Visiting Scholar, Faculty of Medicine, Kagoshima University

I. はじめに

看護師は患者ケアを通してある程度の危険を受ける可能性がある。その危険性に対し、恐れや個人的な気持ちを理由にケアを拒否することができるだろうか？ 拒否できる／できないとするならばその根拠は何か？ 放射線というリスク要因に関わるわれわれが放射線看護の過去と未来を考えると、これは重要なテーマであろう。

II. あるエピソード

以下は、ある放射線科医の語りを同医師の承諾を得て加工・短縮した仮想のエピソードである。

¹³¹I内服療法を受ける患者がRI病棟に入院することになった。歩行困難な患者で食事の配膳・下膳の世話が必要となり、当病棟ではこのような患者は初めてだった。看護師長が私(医師)に「配膳・下膳は先生がやってほしい」と言ってきた。同様の¹³¹Iカプセルを内服した別の患者を病室内で私が1分間見守った時は約4 μ Svだったので、配膳・下膳による線量は、距離と時間を考えても1 μ Svをずっと下回るとデータを示したが、理解されなかった。データがあまり意味をなさないこと、実践することが軽視されていること…。じっくり時間をかけて理解と納得を得たいと思っている。

このエピソードには、データを根拠にできる医師とデータは無関係に個人的な気持ちで動く看護師との差があらわれているようである。看護が専門職であるとするならば、自らの意見は一定の論拠をもって述べる必要がある。アメリカ看護師協会の以下の声明は、その論拠を指し示していると思われる。

III. リスクと看護ケア提供の責任：アメリカ看護師協会声明

最初の声明¹⁾は1994年で、その内容をほぼ踏襲した改訂声明²⁾が2015年に出されている。執筆はANAの

doi: 10.24680/msj.6.1_64

倫理・人権センターであり、看護ケアで受けるかもしれない危険とケア提供の責任とのバランスをどう考えるかを、倫理の視点で述べている。以下、その概要を紹介し、若干の私見も述べる。

1. 基本的事項

声明の前半で、ANAの倫理綱領を引きながら次のように述べている。

- ①看護師は、患者を公平に、また尊厳に敬意を払ってケアする道徳的義務がある。
- ②ただし、自らの信条や良心に反するケアを要請された時には、これを拒否することは正当化される。その場合は直ちに、管理者に自身の意思を伝え、患者ケアが途切れないよう配慮しなければならない。
- ③個人的な気持ちや都合、好き嫌い、偏見などを理由にケアを放棄あるいは拒否する自由はない。
- ④しかし、ある状況では、害のリスクがケアの責任を上回ることがある。たとえば、免疫機能が落ちている看護師は特定の感染症の患者のケアを拒否することは正当化されるだろう。
- ⑤したがって、ケアに伴うリスクをアセスメントし、ケアを道徳的義務として行うか、または道徳的選択肢として行うかを判断する必要がある。
- ⑥リスクのアセスメントは、客観的、かつ科学的に健全な情報に基かなくてはならない。
- ⑦容認されているリスクの範囲を超える害を伴うケアは、看護師の道徳的義務（moral obligation）ではない。それは道徳的な選択肢（moral option）である。

上記の⑤および⑦項の「道徳的な選択肢」とは、万一看護師に通常容認されているリスクの範囲を超えるような業務が必要になった時には、管理者は看護師に十分に説明し、そのうえで、業務は同意した看護師に限定する等の措置が必要だということを示唆している。

2. 管理者の安全管理義務

声明はさらに、「リスクゼロの実践はありえない」としたうえで、スタッフと患者に対する安全のため、管理者は以下の措置をとる義務があるとしている。

- ・リスクを小さくする物品や機器を備えて安全を確保すること、
- ・防護手段を強化してリスクを最小にすること、
- ・リスクについてスタッフを教育すること、
- ・現在問題になっているリスクと今後起こる可能性のあるリスクについて研究分野と協働すること、
- ・看護師自身も、業務環境のアセスメントをし、業務の性質や状況とそれに内在するリスクをよく検討しなくてはならない。

ここで、「リスクゼロの実践はありえない」について考えたい。日本では、2011年の原子力発電所事故に際して人々の間にリスクゼロ志向が広がった。事故の影響を受けた地域からの患者受け入れを拒否する医療機関もあった。放射線を怖がる多くの看護師にもリスクゼロ志向があるだろう。しかし、実践でも生活でも、行為はすべてリスクを伴い、リスクゼロはありえない。放射線のリスクに対しては科学よりも感情が先にたつという世の現実とともに、ANAの冷静な視点を銘記したい。

3. ANA 声明と日常業務におけるリスク要因としての放射線

以上から、看護師が RI 投与患者の配膳、下膳を医師に委ねることが専門職として正当でないことは明らかであろう。ただ、看護師の「個人的な気持ちや偏見」を非難するのではなく、相手の気持ちに理解を示しながら、秩序だった説明をすることが大切である。その「秩序だった説明」に関し、ANA は「客観的かつ科学的に健全な情報に基いたリスクアセスメントが必要」と述べている。

看護の現場は、放射線以外にも、細菌やウイルス、化学療法薬剤などリスク要因が数多くあるが、それらによるリスクのアセスメントは、測定の難しさもあり、容易ではない。

しかし、放射線は測定が容易である。それゆえに、放射線の量と影響との関係について豊富な情報が得られており、国連機関がそれを体系的に整理している。すなわち、放射線については、エビデンスが豊富である。

その科学と、社会的・倫理的な視点とを統合して、放射線リスクの容認レベルが、国際的に検討されてきた。そしてそれに基づき、職業被曝の上限値、すなわち、線量限度が法令で定められている。

さらに、ANA による前項の「管理者の安全管理義務」は、放射線でいえば被曝の最適化のための管理者の義務に該当し、法令は医療機関管理者に対し、以下を含む事項を具体的に義務づけている。

- ・線源管理
- ・放射線治療病室等の施設基準
- ・防護用具・衣服等の備え
- ・職場の環境管理
- ・教育訓練
- ・個人線量の測定

放射線治療病室は、治療目的で放射性物質を投与あるいは挿入された患者が一定期間入院する病室である。看護師が過度に放射線を恐れて患者を独りにしていると、患者は隔離状態にされ、孤独や拘禁症状などの問題が起こりがちとなる。看護師は、自身の安全を確保しつつ、患者との人間的な接触を保つ工夫をする必要がある。放射線看護の学会員は勿論、放射線看護専門コースで学んだ方たちは特に、看護の同僚が放射線を怖がらない専門職となれるよう、情報提供や教育活動をしてほしい。

配膳・下膳などは日常の看護業務であり、ANA の声明に照らすまでもなく、普段からの人間関係や教育で解決すべき問題である。実際、このエピソードが起こった病棟でも、そのようにして看護師の理解が徐々に得られるようになってきたとのことである。

ANA の声明は、もっと深刻な、感染症が蔓延する現場や災害現場、あるいは戦場に看護師がいく、そういう場面でのリスクと看護ケアの責任とのバランスの判断を迫られた時のために、4つの規準を示している。

4. 道徳的義務として行うべきケア：4つの規準

危険を伴うケアは、看護師に対し、ケア提供の責任の前に個人の危険性のほうが重みをもつのはいかなる状況かという問題を提起する。ANA はこの問題の解決のため、次の4つがすべて当てはまる時は看護師はそのケアを道徳的義務として行うべきである、拒否することは正当化されない、と述べている。

- ①看護師の助けがなければ、患者は著しい害や損傷を受ける可能性がある
- ②看護師の介入・ケアが、患者を害から守ることに直接的につながる
- ③患者への害や損傷は、看護師のケアによって、防止できると予測される

- ④看護師が受ける害は看護師に容認されているリスクの範囲内であり、かつ、患者は看護婦が受ける害を上回る利益を受けられる

上記①～③項は、看護師のケアが患者を守るのに不可欠ということを述べており、特に説明はいらないだろう。大事なものは4項で、これについては、先述のように、放射線の場合はすっきりと数値で表現することができる。すなわち、「容認されるリスクの範囲」とは、職業被曝の上限値である線量限度を超えない範囲で、ということである。放射線が容易に測れるということは、そのことの確認と担保を容易にしている。

線量限度を守るだけでなく、機関独自に、あるいは行政的に、線量限度よりも低い値を設定することもある。これに関連して、災害救助を重要使命の一つとしている医療機関の管理者が、原発事故のような放射線災害の救助では、職員を派遣する線量の上限を1ミリシーベルトとしていると、以前、別の学会で講演していた。1ミリシーベルトは平常時の一般公衆の被曝の限度に相当する線量である。また、われわれが自然放射線で受けている1年間の線量はその倍の約2ミリシーベルトである。それらを勘案し、その医療機関が設定した1ミリシーベルトという値の根拠を知りたく思った。

IV. 東日本大震災での放射線看護

2011年3月の大震災では、DMATや災害支援ナースとして現地に派遣された看護職のほとんどは、福島県には入らなかった由である。しかし、REMAT(緊急被曝医療チーム)や、大学派遣のメンバーとして、放射線災害現場で活躍した看護師たちがいた³⁾。その皆さんは放射線看護学会の会員である。その中の一人は、負傷した原発作業員の救助を医師と共に志願した。大学院で放射線看護を学んだこの看護師は、災害現場に向かうヘリコプターの中で、「プラントは不安定、情報もなく不安。だが、不安よりも使命感」と思ったという。そして、携行した測定器で線量を把握し、「自信をもって使命を果たせた」ということであつた。放射線看護の知識をもち、測定器を携え、その数値からリスクアセスメントのできる力をもって災害現場で実践したのであつた。

V. おわりに

ANAの声明を改めて読み、倫理の視点で書かれた声明と、放射線防護・安全・リスクの考え方がよく一致していると感じ、看護師が放射線と放射線防護を学ぶ意義を再確認した思いである。講演では、放射線治療病室でのケアを怖がる看護師や、看護研究に対して理解の乏しい学者(本稿では割愛)を登場させてもらった。そのような相手に対し、説明や抗弁のできる論拠をもつ、それが専門職である看護師に必要である。

引用文献

- 1) 小西恵美子. 危険性と看護ケア提供の責任ということについて: アメリカ看護師協会の所信声明から. 看護. 1996, 48(15). 64-68.
- 2) American Nurses Association. Position Statement on Risk and Responsibility in Providing Nursing Care. 2015.
- 3) 吉田浩二, 福島芳子, 小西恵美子. 原子力災害と日本放射線看護学会: 第3回国連防災世界会議パブリック・フォーラムに参加して. 日本放射線看護学会誌. 2016, 4(3). 33-36.