

「重篤な疾患を持つ新生児の医療をめぐる話し合いのガイドライン」の実用可能性に関する検討

境美砂子¹⁾, 横尾京子²⁾, 中込さと子²⁾, 村上真理²⁾, 藤本紗央里²⁾, 田村正徳³⁾

キーワード (Key words) : 1. 新生児医療 (Neonatal Care)
 2. 治療の決定 (Determining the medical care)
 3. 実用可能性 (practicalize)

I. はじめに

治療負担が大きいうえに、納得のいく治療効果が得られない場合、治療の開始、または中断についての意思決定にはジレンマが伴う。そのため、医療者、家族間の話し合いが重要となるが、その話し合いのありようについて一致した見解はない。長年にわたり、どのような話し合いの過程を踏めば新生児の最善の利益を保証することになるのかということが課題であった¹⁻³⁾。このような背景を受け、厚生労働省研究班 (班長: 田村正徳) によって、新生児の家族 (親) の意向や価値観を尊重したうえで「新生児の最善の利益」の決定ができるよう、「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン (以下、ガイドライン)」が作成され、すでに約2年が経過する⁴⁾。

そこで、ガイドラインの周知や活用状況について調査し、ガイドライン活用における課題を明らかにすることにした。

II. 調査方法

調査は郵送法による構成型質問紙調査とし、2006年2月10日～同年3月31日に実施した。対象は、日本周産期・新生児医学会より認定されている新生児専門医制度研修施設の基幹施設と指定施設 (計262施設) の新生児科医長および新生児室看護師長、計542名とした。質問内容は、施設背景、ガイドラインの周知および活用状況等15項目とし、質問紙に添付したガイドラインを一読した上で回答するよう依頼した。

実施にあたっては広島大学大学院保健学研究科看護研究倫理委員会の承認を得た。調査依頼に際して、調査目的と方法、自由意思による協力、結果の公表、プライバシーの保護について文書で説明し、協力可能な場合には回答用紙の返送を依頼した。分析は、記述的に行なった。

III. 結果

1. 対象者の背景

質問紙は194施設、276名から回収した (回収率52.7%)。276名中、看護師135名、医師141名で、職位は看護師の場合は看護師長・看護主任、医師は部長・医長であった (表1)。

表1. 対象者の職位

看護師		医師	
看護師長	107 (79.3%)	医長	54 (38.3%)
主任	20 (14.8%)	部長	51 (36.2%)
その他	7 (5.2%)	その他	35 (24.8%)
無回答	1 (0.7%)	無回答	1 (0.7%)

2. 倫理に関連する施設の背景

対象者が所属する施設の倫理に関連する背景は表2に示した。過去1年間における新生児の治療をめぐる生命倫理的問題については、看護師81名 (60.0%)、医師78人 (55.3%) がありと回答した。

3. 新生児の治療に関する話し合いの申し合わせ項目

新生児の治療に関する話し合いの申し合わせについて、「文書化されている」との回答は、看護師12名 (8.9%)、医師4名 (2.8%) と少なかった (表2)。「慣例としてある」「文書化されている」または「慣例としてある」という申し合わせ項目は「人や場」「対象」「時期」「どのように決定するか」それぞれ90%以上が「あり」と回答した (表3)。

「どのように決定するか」に関する申し合わせ内容がある場合、看護師、医師とも、最も多かったのは「診断結果と家族の意向から、医師・家族・看護師が話し合い、決定する」、次いで「診断結果から、医師・家族・看護師が話し合い、決定する」が多かった (表4)。

本ガイドライン以外の基準については、「使用してい

・ Consideration about practical use of Guidelines for Healthcare Providers and Parents to follow in determining the medical care of newborns with severe diseases.
 ・ 所属 : 1) 元長野県立こども病院 2) 広島大学大学院保健学研究科 3) 埼玉医科大学総合医療センター
 ・ 日本新生児看護学会誌 Vol.13, No.3 : 34 ~ 40, 2007

表2. 対象者が属する施設の倫理に関連する背景

		看護師 (n=135)	医師 (n=141)
過去1年間における新生児の 治療をめぐる生命倫理的問題	あり	81 (60.0%)	78 (55.3%)
	(1件)	(37)	(27)
	(2件)	(18)	(24)
	(3件)	(8)	(12)
	(4~7件)	(7)	(3)
なし	50 (37.0%)	60 (42.6%)	
無回答	4 (3.0%)	3 (2.1%)	
院内倫理委員会	あり	124 (91.8%)	130 (92.2%)
	(病院関係者のみ)	(70)	(42)
	(院外者含む)	(54)	(88)
	なし	7 (5.2%)	10 (7.1%)
無回答	4 (3.0%)	1 (0.7%)	
新生児の治療に関する話し合 いの申し合わせ	文書化されている	12 (8.9%)	4 (2.8%)
	慣例としてある	72 (53.3%)	101 (71.7%)
	全くなし	49 (26.3%)	33 (23.4%)
	無回答	2 (1.5%)	3 (2.1%)

表3. 新生児の治療に関する話し合いの申し合わせ項目

		看護師 (n=84)	医師 (n=105)
話し合うための「人や場」	あり	79 (94.0%)	98 (93.3%)
	なし	1 (1.2%)	4 (3.8%)
	無回答	4 (4.8%)	3 (2.9%)
話し合うための「対象」	あり	78 (92.8%)	98 (93.3%)
	なし	2 (2.4%)	4 (3.8%)
	無回答	4 (4.8%)	3 (2.9%)
話し合うための「時期」	あり	78 (92.8%)	96 (91.4%)
	なし	2 (2.4%)	6 (5.7%)
	無回答	4 (4.8%)	3 (2.9%)
「どのように決定するか」	あり	76 (90.4%)	99 (94.2%)
	なし	4 (4.8%)	3 (2.9%)
	無回答	4 (4.8%)	3 (2.9%)

ない」との回答が最多で看護師99名(73.3%)、医師85名(60.3%)であった。使用している場合に最も多かったのは東京女子医大仁志田の治療区分であった(表5)。

4. ガイドラインの周知状況

スタッフ(看護師の場合はNICU、医師の場合はNICU担当医師を指す)は「ガイドラインがあることを知っていると思うか」という質問に対して、「ほぼ全員、知っている」と「半数以上は知っている」との回答は、看護師の場合は25名(18.6%)、医師90名(63.8%)であった(表6)。また、「ガイドラインを読んだことがあると思うか」については、「ほぼ全員、読んでいる」と「半数以上は読んでいる」が、看護師の場合は16名(11.9%)、医師は65名(46.1%)であった(表7)。

5. ガイドラインの有用性への認識

「ガイドラインが自施設で役立つと思うか」という質問に対して、「役立つ」との回答は、看護師121名(89.6%)、医師121名(85.8%)と両者とも多かった(表8)。ど

のように役立つかは、看護師、医師とも最も多かったのが「医療者間の話し合いを進めていく過程で役立つ」、次いで「親との話し合いを進めていく過程で役立つ」が多かった。3番目に多かったのは、看護師の場合は「看護スタッフ間の話し合いを進めていく過程で役立つ」であったが、医師は「親との話し合いの契機を作るうえで役立つ」であった。その他の理由として、「意識の向上」「理解を深める」「基本的姿勢そのもの」「治療方針見直す契機」等の回答があった(表9)。

「役に立たない」は、看護師7名(5.2%)、医師12名(8.5%)であった(表8)。その理由として最も多かったのは、看護師、医師とも「全体的に抽象的な表現なので使い難い」であった。次いで多かったのは、看護師の場合は「重篤と限定しているので使う状況がない」、医師は「最善の利益が何かがわからないので使い難い」であった。その他の理由として、「倫理的規範であるがガイドラインとしては使えない」「当たり前のことしか書かれていない」「現実との隔りがある」「両親が最初から参加する必要はない」等の回答があった(表10)。

表4. 「どのように決定するか」に関する申し合わせ内容

	看護師 (n=76)	医師 (n=99)
診断結果と家族の意向から、医師・看護師・家族が話し合い、決定する	30 (39.5%)	36 (36.3%)
診断結果から、医師・看護師・家族が話し合い、決定する	11 (14.5%)	19 (19.2%)
診断結果と家族の意向から、医師・看護師が話し合い、決定する	7 (9.2%)	12 (12.1%)
診断結果と家族の意向から、医師が決定する	5 (6.6%)	4 (4.0%)
診断結果から、医師・看護師が話し合い、決定する	4 (5.3%)	5 (5.1%)
診断結果から、医師が決定する	4 (5.3%)	3 (3.0%)
診断結果と家族の意向から、医師・家族が話し合い、決定する	3 (3.9%)	7 (7.1%)
診断結果から、医師・家族が話し合い、決定する	3 (3.9%)	2 (2.0%)
家族の意向のみで、医師・看護師が話し合い、決定する	1 (1.3%)	0
家族の意向のみで、医師が決定する	0	0
家族の意向のみで、医師・家族が話し合い、決定する	0	0
家族の意向のみで、医師・看護師・家族が話し合い、決定する	0	0
その他：	1 (1.3%)	5 (5.1%)
診断結果から医師・看護師が話し合い、次に親が加わる	(1)	(2)
診断結果と親の意向から、医師・看護師・家族に心理士も加わり話し合う		(1)
診断結果と家族の意向から医師と看護師が話し合い、家族に提案する。その意向に対してチームで話し合い、必要があれば倫理委員会にかける。		(1)
自然な流れで決まるので、時間をかける		(1)
無回答・無効回答	7 (9.2%)	6 (6.1%)

表5. ガイドライン以外の基準の使用

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
使用していない	99 (73.3%)	85 (60.3%)
使用している	20 (14.8%)	43 (30.5%)
東京女子医大仁志田の治療区分	(16)	(38)
淀川キリスト教病院ガイドライン	(3)	(3)
その他：	(1)	
上2つを参考にしている		(1)
当科部長作成		(1)
無回答	16 (11.9%)	13 (9.2%)

表6. スタッフ*はガイドラインがあることを知っていると思うか

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
ほぼ全員、知っている	9 (6.7%)	66 (46.8%)
半数以上は、知っている	16 (11.9%)	24 (17.0%)
半数くらいは、知っている	27 (20.0%)	18 (12.8%)
ごく少数は、知っている	28 (20.7%)	18 (12.8%)
ほとんど知らない	52 (38.5%)	14 (9.9%)
無回答	3 (2.0%)	1 (0.7%)

*) 看護師は「NICU 看護師」、医師は「NICU 担当医師」

表7. スタッフ*はガイドラインを読んだことがあると思うか

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
ほぼ全員、読んでいる	4 (3.0%)	32 (22.7%)
半数以上は、読んでいる	12 (8.9%)	33 (23.4%)
半数くらいは、読んでいる	20 (14.8%)	20 (14.2%)
ごく少数は、読んでいる	34 (25.2%)	35 (24.8%)
ほとんど、読んでいない	63 (46.6%)	20 (14.2%)
無回答	2 (1.5%)	1 (0.7%)

*) 看護師は「NICU 看護師」、医師は「NICU 担当医師」

表 8. ガイドラインは自施設で役立つと思うか

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
役に立つ	121 (89.6%)	121 (85.8%)
役に立たない	7 (5.2%)	12 (8.5%)
無回答	7 (5.2%)	8 (5.7%)

表 9. ガイドラインは自施設でどのように役立つと思うか

	看護師 (n=121)	医師 (n=121)
医療者間の話し合いを進めていく過程で役立つ	86 (71.1%)	69 (57.0%)
親との話し合いを進めていく過程で役立つ	79 (65.3%)	73 (60.3%)
看護スタッフ間の話し合いを進めていく過程で役立つ	62 (51.2%)	50 (41.3%)
医療者間の話し合いの契機を作るうえで役立つ	41 (33.9%)	33 (27.3%)
看護スタッフ間の話し合いの契機を作るうえで役立つ	29 (24.0%)	28 (23.1%)
親との話し合いの契機を作るうえで役立つ	26 (21.5%)	55 (45.5%)
その他:	4 (3.3%)	6 (5.0%)
さまざまな考えを学習する機会になる	(1)	
医師が治療方針を見直すのに役立つ	(1)	
文書化されると指標になる	(1)	
ガイドラインが存在するほど重要だと認識される		(1)
意識作りの面では必要・話し合いの際のチェックリストにはなる		(1)
父権主義的な間は得方で医療が成立させていくことが望ましく ないことを確認するために非常に重要		(1)
病院関係者の意識の向上に役立つ		(1)
重症児に対する基本姿勢そのもの		(1)
基本的な内容の確認のため		(1)
無回答	3 (2.5%)	2 (1.7%)

(複数回答)

表 10. なぜガイドラインが自施設では役に立たないと思うか

	看護師 (n=7)	医師 (n=12)
全体的に抽象的な表現なので使い難い	5 (71.4%)	6 (50.0%)
重篤と限定しているの、使う状況がない	3 (42.9%)	0
最善の利益が何か分からないので使い難い	1 (14.3%)	5 (41.7%)
どのような重症な新生児に使えばよいかわからない	1 (14.3%)	1 (8.3%)
臨床心理士がいないので使えない	0	0
その他:	1 (14.3%)	8 (66.7%)
看護師本人には決定権がない	(1)	
当たり前のことしか書かれていない		(2)
今まで行ってきたこととの差がないと考えられる		(1)
前ケースから、現実とガイドラインの隔たりを感じた		(1)
倫理的規範ではあると思うが、ガイドラインとしては使えない		(1)
医師には時間がなく、上手く話し合いができずにジレンマに 陥っている		(1)
各ケースで状況が異なるため一律に規定できない		(1)
両親が最初の意思決定に必ずしも参加する必要はない		(1)
大学組織では法律家を含めた倫理委員会の設置が困難		(1)
宗教家の参加には反対		(1)

(複数回答)

6. ガイドラインの活用状況

「ガイドラインを使用しているか」という質問に対して、「現在使用していないが、今後は使用する」との回答が看護師、医師とも最も多く、「現在使用しており、今後も使用する」は看護師 16 名 (11.8%)、医師 41 名 (29.1%) であった (表 11)。

使用目的は、看護師、医師とも、「現在使用・今後も使用」「現在未使用・今後は使用」のいずれの場合においても、「医療者間で話し合う過程でのガイド」や「親

と話し合う過程でのガイド」が多かった (表 12)。同じく、使用対象は「親が治療停止や治療拒否を申し出た新生児」「医療側が治療停止の必要性を判断した新生児」 (表 13)、使用時期は「必要と判断された時のみ使用する」が多かった (表 14)。

一方、「使用しない」範疇の回答は、看護師 32 名 (23.7%)、医師 20 名 (14.2%) であった。その理由として最も多い回答は、看護師の場合は、その他で記述された「ガイドラインについて知らなかった・話し合ってい

表 11. ガイドラインを使用しているか

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
現在使用していないが、今後は使用する	78 (57.8%)	71 (50.3%)
現在使用していない、今後も使用しない	27 (20.0%)	18 (12.8%)
現在使用しており、今後も使用する	16 (11.8%)	41 (29.1%)
過去に使用したが、現在使用していない	4 (3.0%)	2 (1.4%)
現在使用しているが、今後は中止することを検討中	1 (0.7%)	0
無回答	9 (6.7%)	9 (6.4%)

表 12. ガイドラインの使用目的

	現在使用・今後も使用		現在未使用・今後は使用	
	看護師 (n=16)	医師 (n=41)	看護師 (n=78)	医師 (n=71)
医療者間で話し合う過程でのガイド	14 (87.5%)	24 (58.5%)	60 (76.9%)	40 (56.3%)
看護スタッフ間で話し合う過程でのガイド	11 (68.8%)	24 (58.5%)	49 (62.8%)	29 (40.8%)
親と話し合う過程でのガイド	10 (62.5%)	25 (61.0%)	52 (66.7%)	45 (63.4%)
医療者間の話し合いのきっかけ作り	5 (31.3%)	12 (29.3%)	29 (37.2%)	19 (26.8%)
親との話し合いのきっかけ作り	5 (31.3%)	15 (36.6%)	19 (24.4%)	19 (26.8%)
看護スタッフ間の話し合いのきっかけ作り	2 (12.5%)	17 (41.5%)	22 (28.2%)	17 (23.9%)
その他:	1 (6.3%)	2 (4.9%)	1 (1.3%)	0
治療方針の見直し	(1)			
スタッフへの教育		(1)		
治療方針の決定や関係者の意思統一			(1)	
無回答	0	0	1 (1.3%)	2 (2.8%)

(複数回答)

表 13. ガイドラインの使用対象

	現在使用・今後も使用		現在未使用・今後は使用	
	看護師 (n=16)	医師 (n=41)	看護師 (n=78)	医師 (n=71)
親が治療停止や治療拒否を申し出た新生児	13 (81.3%)	30 (73.2%)	62 (79.5%)	60 (84.5%)
医療側が治療停止の必要性を判断した新生児	12 (75.0%)	31 (75.6%)	45 (57.7%)	55 (77.5%)
特定の病気を持つ新生児	7 (43.8%)	17 (41.4%)	48 (61.5%)	40 (56.2%)
重症度に関わらず入院した新生児全員	3 (18.8%)	5 (12.2%)	12 (15.4%)	0
その他:	0	4 (9.8%)	2 (2.6%)	0
予後不良が予想される場合		(2)		
障害・後遺症が予想される場合		(1)		
死亡例・事例検討			(2)	
無回答	0	0	0	2 (2.8%)

(複数回答)

ない]であった。医師の場合もその他の回答で、「現状の進め方はガイドラインに則っている」であった(表15)。

また、ガイドラインの「重篤な疾患を持つ」の部分を削除し、「新生児の治療をめぐる話し合いのガイドライ

ン」として入院した全新生児に用いることについて、その必要性を質問した。その結果、「その必要あり」との回答は、看護師72名(53.3%)、医師40名(28.4%)で、「わからない」が両者とも約30%であった(表16)。

表 14. ガイドラインの使用時期

	現在使用・今後も使用		現在未使用・今後は使用	
	看護師 (n=16)	医師 (n=41)	看護師 (n=78)	医師 (n=71)
必要と判断された時のみ	11 (68.7%)	32 (78.0%)	48 (61.5%)	58 (81.7%)
入院時および必要と判断された時	3 (18.8%)	7 (17.1%)	26 (33.3%)	9 (12.7%)
入院時のみ	0	0	0	0
その他:	0	2 (4.9%)	3 (3.8%)	0
出生前訪問		(2)	(1)	
(定期)カンファレンス		(1)	(1)	
教育用		(1)		
倫理的判断が問われる時			(1)	
無回答	2 (12.5%)	0	1 (1.3%)	4 (5.6%)

(複数回答)

表 15. ガイドラインを使用しない理由

	看護師 (n=32)	医師 (n=20)
全体的に抽象的な表現なので使い難い	5 (15.6%)	2 (10.0%)
重篤と限定しているので使う状況がない	4 (12.5%)	1 (5.0%)
最善の利益が何かがわからないので使い難い	2 (6.3%)	3 (15.0%)
どのような重症な新生児に使えばよいかわからない	1 (3.1%)	0
臨床心理士がいないので使えない	1 (3.1%)	0
その他:	14 (43.8%)	8 (40.0%)
ガイドラインについて知らなかった	(7)	
ガイドラインについて十分話し合っていない	(6)	(1)
まだ必要に迫られたことがない	(3)	
現状の進め方はガイドラインに則っている	(2)	(5)
参考にはなるが新生児の状況による	(1)	(1)
スタッフの意識による	(1)	
ガイドライン使用するか医師の方針を確認できていない(医師の権限が強い)	(1)	
使用のタイミングを逃してしまう		(1)
病棟が成熟しており、自然に最善の道を選べる		(1)
倫理的規範ではあるがガイドラインではない		(1)
家族を支える体制が十分ではない		(1)
「すべきである」等の表現が多いため制約がかかり過ぎる。使用する場合には倫理委員会の承認が必要になる。こうした手続きを踏んでまで自らに制約を課すということに消極的になる		(1)
無回答	5 (15.6%)	6 (30.0%)

表 16. 「新生児の治療をめぐる話し合いのガイドライン」として入院した全新生児に用いることについて

	看護師 (n=135)	医師 (n=141)
その必要あり	72 (53.3%)	40 (28.4%)
わからない	42 (31.1%)	46 (32.6%)
その必要はなし	14 (10.4%)	45 (31.9%)
無回答	7 (5.2%)	10 (7.1%)

IV. 考 察

新生児医療では、自らの意思を表現できない新生児が治療の対象であるため、誰が意思決定の代理人となるか、新生児にとって何がより善く、何が害なのか、最終的な決定を出すまでのプロセスはどのようであればよいかなど、考慮に考慮を重ね、意思決定に臨む必要がある。この意味において、意思決定のひとつのありようとして「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療者の話し合いのガイドライン」が作成されたことは意義深い。しかしながら、すでに指摘されているように、臨床で活用されて初めて意義を成す。

まず、ガイドラインの周知状況は、看護師の場合は非常に低率であった。その理由として、情報が伝わっていなかった、あるいは、仮に情報が伝わっていてもその重要性が認識されなかったことが考えられる。さらに、ガイドライン作成過程に臨床看護師が広く関与できる機会が与えられなかったことも考えられる。新生児の治療をめぐる倫理的ジレンマに直面する看護師が多いことを考えると⁶⁾、看護師がどのようにガイドラインを主体的に活用できるかが重要であり、その意味でも、看護師に積極的に知らせる必要がある。

ガイドラインの活用状況は、看護師、医師とも約90%が「役立つ」と回答していたが、実際に使用していたのは、看護師は約10%、医師は約30%と低率であった。その理由は、周知が低率であったことに加え、対象者が属する施設の倫理的背景として、過去1年間における新生児の治療をめぐる倫理的問題がなかった施設が約40%であり、その結果、必要性が十分認識されなかったことも考えられる。しかしながら、「今後は使用する」との回答が、看護師、医師とも50%を超えており、また、治療をめぐる申し合わせを文書化している施設が極めて低率であったことから、ガイドラインが活用されることに期待がもてる。

その期待に応えるには、「役に立たない」「使用しない」と回答した理由を通して、ガイドラインの性質や機能、あるいは、その内容の妥当性について再検討する必要があると考える。ガイドラインは「倫理的規範である」「当たり前なこと」「基本的な姿勢」という認識の根底には、話し合うことの重要性を超え、話し合いによって具体的に結論を出すことが可能な前提や意思決定過程を求めているのではないかと考えられる。また、ガイドラインでは「すべきである」と言及しているが、法的な強制力が働かない限りにおいては、ガイドラインに基づいて行動するか否かは個人の自律性に委ねられるものである。それだからこそ、でもなお、ガイドラインの内容は、異なる価値基準を持つことによって生まれる価値対立を議論によって超え、納得できるものにしていく必要があると

考える。

ガイドラインを全新生児に用いる必要性は、看護師の場合、約50%が認めた。この結果からは、看護師が、重篤かどうかに関わらず、医療者や親が新生児の治療をめぐる話し合うことの重要性を認識していることが示唆された。

以上のように、本調査結果から、ガイドラインは多くの施設においては役立つと認識されていたが、まだ使用した施設は少ない。したがって、実用可能性や内容妥当性については、今後さらに調査する必要がある。さらに、役立つという認識をもつ施設の看護師や医師との議論は熟していないことから、議論を通してガイドラインの前提となる考え方を明確にする必要がある。

V. ま と め

全国262施設の新生児医療機関での「重篤な疾患を持つ新生児の治療をめぐるガイドライン」の周知および活用状況等に対する管理者の認識の結果を通して、新生児の最善の利益に関する話し合いを実行するうえでの課題を検討した。

周知不足により、ガイドラインを使用している施設は少なかった。しかし、ガイドラインは「役立つ」と大多数が認識しており、今後は使用すると回答した対象者も多いことから、今後の普及する可能性が示唆された。

課題としては、実効性を高めるの話し合いの方法や、倫理的意思決定過程を明確に記載する必要性が示唆された。

- 1) Duff, R. S. & Chambell, A. G. M.: Moral and ethical dilemma in special care nursery, *New England Journal of Medicine*, 289: 890-894, 1973.
- 2) 横尾京子: 新生児の治療をめぐる意思決定に関する倫理的問題と看護婦の価値観, *臨床看護研究の進歩*, 8: 91-97, 1996.
- 3) Martin, D. A.: Nurses' involvement in ethical decision making with severely newborns, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 12, 463-473, 1989.
- 4) 田村正徳主任: 研究者厚生労働省, 成育医療研究委託事業, 「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」, 重篤な疾患を持つ新生児の治療をめぐる話し合いのガイドライン, pp10~13, 2004.
- 5) Beauchamp, T. L. & Childress, J.F.: *Principles of Biomedical ethics*, 3rd ed, New York: Oxford University Press, 1989, 永安幸正, 立木教夫監訳, *生命医学倫理*, pp22-23, 成文堂, 1997.
- 6) 船戸正久, 玉井普, 和田浩, 島田誠一: 新生児の倫理問題と意思決定後の対応 - NICU 看護責任者に対する全国アンケート調査 -, *日本周産期・新生児医学会雑誌* 40(4): 817-822, 2004.