



Clinical Ethics

明日から活用できる！
クリティカルケア
における臨床倫理のコツ

公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
看護部 集中治療部
急性・重症患者看護専門看護師
井上貴晃

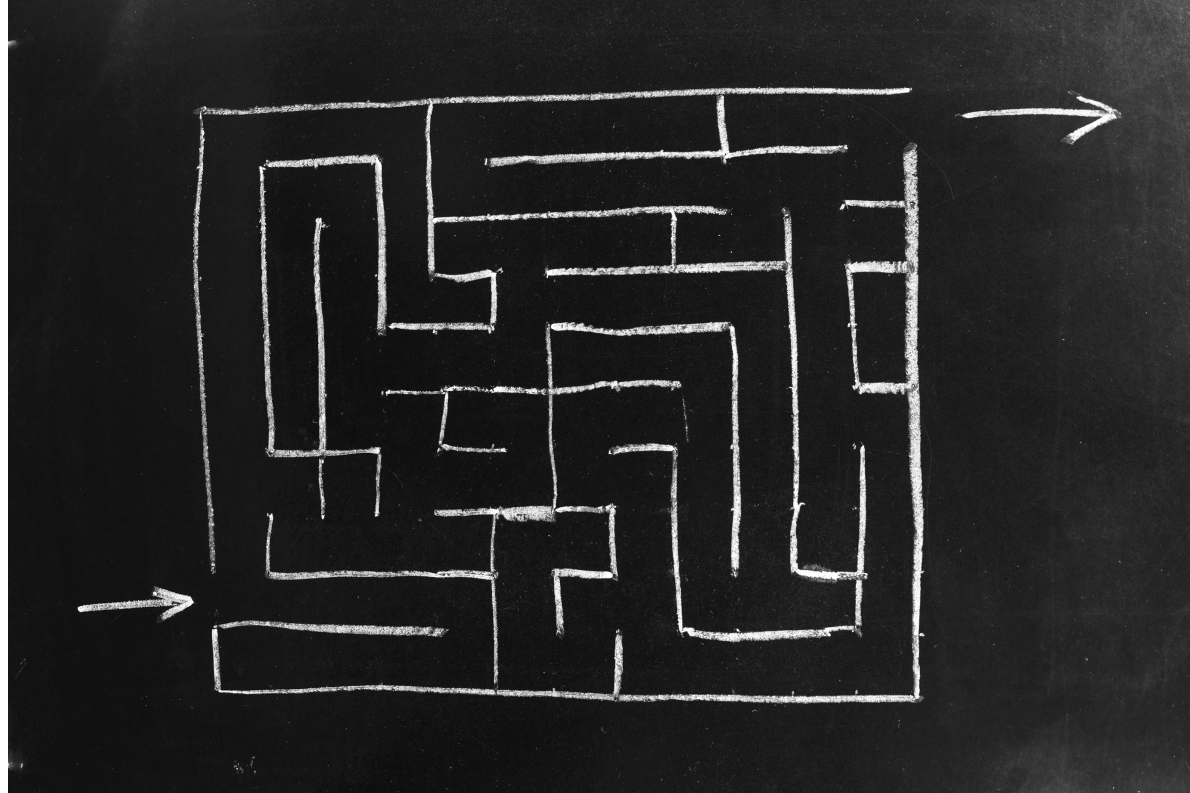
こんな風に思ってる…？

倫理って何だか
難しい…



倫理的課題と
わかっているけど
どうしたら良いか
わからない…

倫理的課題を紐解くコツを基礎から
教えます！



Goal



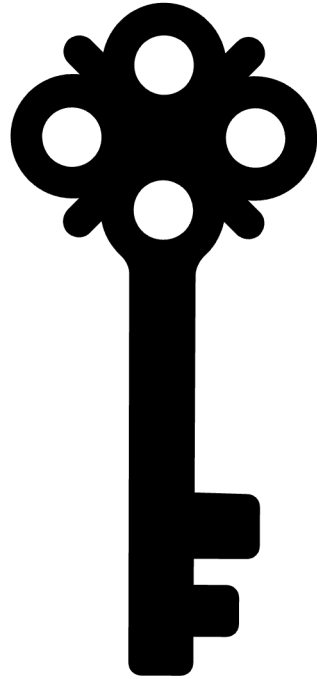
クリティカルケア領域で遭遇する倫理的課題の特徴を説明できる



倫理的課題が生じている文脈を整理し捉える方法を説明・実践できる



Agenda



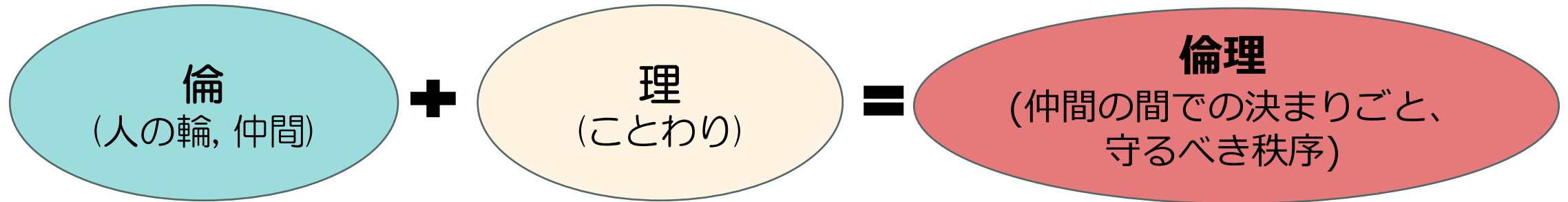
- 1 倫理/倫理的課題とは
- 2 クリティカルケア領域で遭遇する倫理的課題の特徴
- 3 倫理的課題を解決するためのコツ



Part I
倫理/倫理的課題とは

1

『倫理』ってなに？



人間が自発的に自らの振る舞いをコントロールする姿勢であって、自分だけではなく、皆が取るべきだと考えるようなものに関わること。(清水, 2011)

2

『倫理』と『道德の違い』

どちらも、『～すべき』を示すもの

どうあるべきかについて、「理」が伴う

倫理
ethics

≡

道德
moral

どうあるべきかという個人的な心の持ちよう

『なぜそうなのか』も考え、最終的に適切と思われる行動を取る

3

どういうものが『倫理的課題』？

何かおかしい
引っかかる

目の前の出来事が自分の価値観に
反している場合にこれらの感情が生じる

これで良いのか
モヤモヤする



<倫理的課題>

医療を受ける患者、患者の関係者、医療
スタッフ間において、それぞれの価値観
や価値判断の違いから生じる問題

4

倫理的課題のタイプ：倫理的ジレンマ

行為を決めるうえで相互に矛盾しているけれども、2つないしそれ以上の倫理原則が適用できると思われる状況の中で見られる

(サラ・T・フライ, 2008)

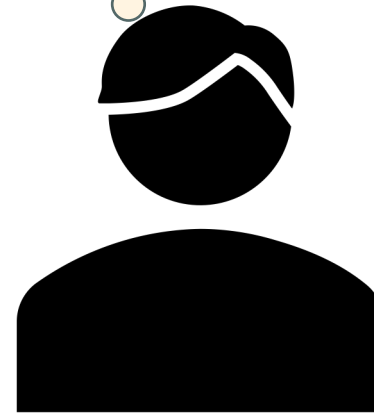
麻薬は使いたくない...

麻薬を使い、患者の苦しさを取るべきだ

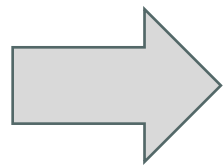
善行原則

自律尊重原則

使いたくないという患者の意思を尊重すべきだ



- 「患者さんの意思を尊重するべきである」
- 「患者さんのQOLを高くするべきである」
- 「患者さんの苦痛を少なくするべきである」
- 「患者さんの気持ちを理解するべきである」
- 「家族にも理解してもらおうべきである」
- 「どの患者さんにも公平に接するべきである」 など



全ての医療・ケア従事者に共通する
倫理的姿勢・価値観である

倫理原則

ビーチャムとチルドレスの4原則

respect for autonomy (自律尊重)

その人の自由意思による自己決定が
尊重されるべきである

beneficence (善行)

患者のために善をなす、
最善を尽くすべきである

non-maleficence (無危害)

患者に危害を及ぼさない、
今ある危害や危険を取り除き予防すべきである

justice (正義・資源配分の公正さ)

患者を平等かつ公平に扱う、
限られた医療資源を適正に配分すべきである

4

倫理的課題のタイプ：倫理的ジレンマ

行為を決めるうえで相互に矛盾しているけれども、2つないしそれ以上の倫理原則が適用できると思われる状況の中で 見られる

(サラ・T・フライ, 2008)

複数の『～すべき（価値判断）』の対立とも言える

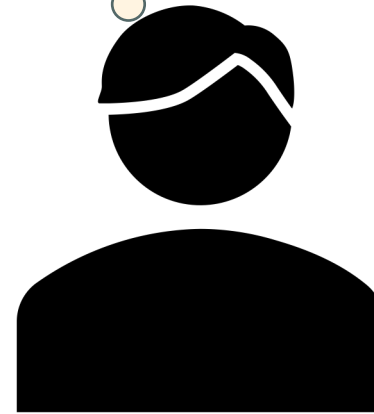
麻薬は使いたくない…

麻薬を使い、患者の苦しさを取るべきだ

善行原則

自律尊重原則

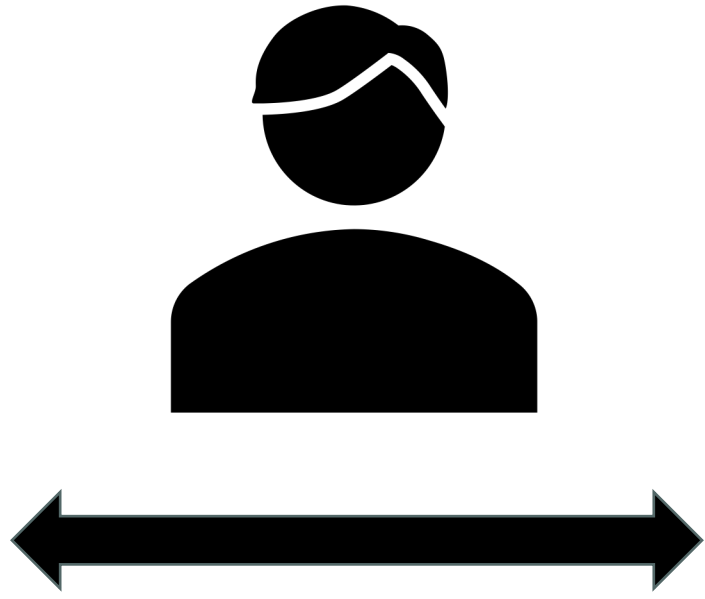
使いたくないという患者の意思を尊重すべきだ



麻薬は使いたくない...

使いたくないという患者の意思を尊重すべきだ

自律尊重原則



麻薬を使い、患者の苦しさを取るべきだ

善行原則



5

倫理的課題のタイプ：権利の侵害

この場合、患者の知る権利
が侵害されている

えっ？Aさん本人も
知りたいと思ってる
んじゃないかな…？



看護師



医師

Aさんの家族に
病状説明しといたよ

6

倫理的課題のタイプ：Moral Distress

- 看護師たちが倫理的判断のもと、自身が成すべきことをわかっていながら、組織的制約によってそれを実施できないときに生じるもの

(Jameton A, et al., 1984)

- 看護師を含む医療従事者が倫理的価値観、倫理原則、倫理的責任に限りなく矛盾する方法を取らなければいけないときに生じる心理的、感情的、生理的苦しみ (McCarthy J, et al., 2015)

部署・院内のルール
医師の権力・圧力
多忙さ など

本当はこうすべき
なのに、できない…

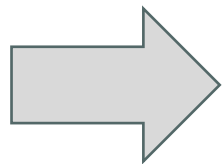
7

『臨床倫理』ってなに？

◎日常診療において生じる倫理的問題を認識し、分析し、解決しよう
と試みることにより、患者を向上させること

(Siegler M., et al., 1990)

◎クライアントと医療関係者が、日常的な個々の診療において発生
する倫理的な問題について、お互いの価値観を尊重しながら、
最善の対応を模索していくこと (白浜, 2000)



倫理的問題を解決するために考え行動するプロセス
であり、患者にとっての最善を目指すもの

Part I まとめ

- 倫理とは、「どうあるべきか」について「なぜそうなのか」も考え、最終的に適切と思われる行動を取ることである。
- 倫理的課題は、医療を受ける患者、患者の関係者、医療スタッフ間において、それぞれの価値観や価値判断の違いから生じる課題である。
- 倫理的課題のタイプとして、大きく分けると、倫理的ジレンマ、権利の侵害、Moral Distress が挙げられる。



Part II
クリティカルケア領域で遭遇する
倫理的課題の特徴

1

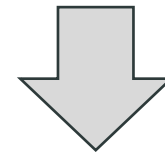
クリティカルケアの特徴

- 突発的な重症疾患の発症と時間的切迫性
- 患者の意思決定能力が不十分なことが多い
- 生命に直結する治療選択が多い

突発的な重症疾患の発症と時間的切迫性



- 患者・家族は生命に直結する治療を限られた短時間で選択していく



急な発症により、家族は患者の価値観を十分に理解できていないまま、治療が開始されることが多い

患者の意思決定能力が不十分なことが多い

関連する情報を思い出し、理解できる

情報の理解

状況の認識

自分が罹った疾患を認めている
治療選択がもたらす自分自身の状況に対する結果を認めている

選択の結果、起こりうる様々な状況のうち、どれが良いかを自分の価値観に基づいて比較考量する

論理的思考
(比較考量)

選択の表明

比較考量の結果、選んだ選択肢を他者に伝える

意思決定
能力

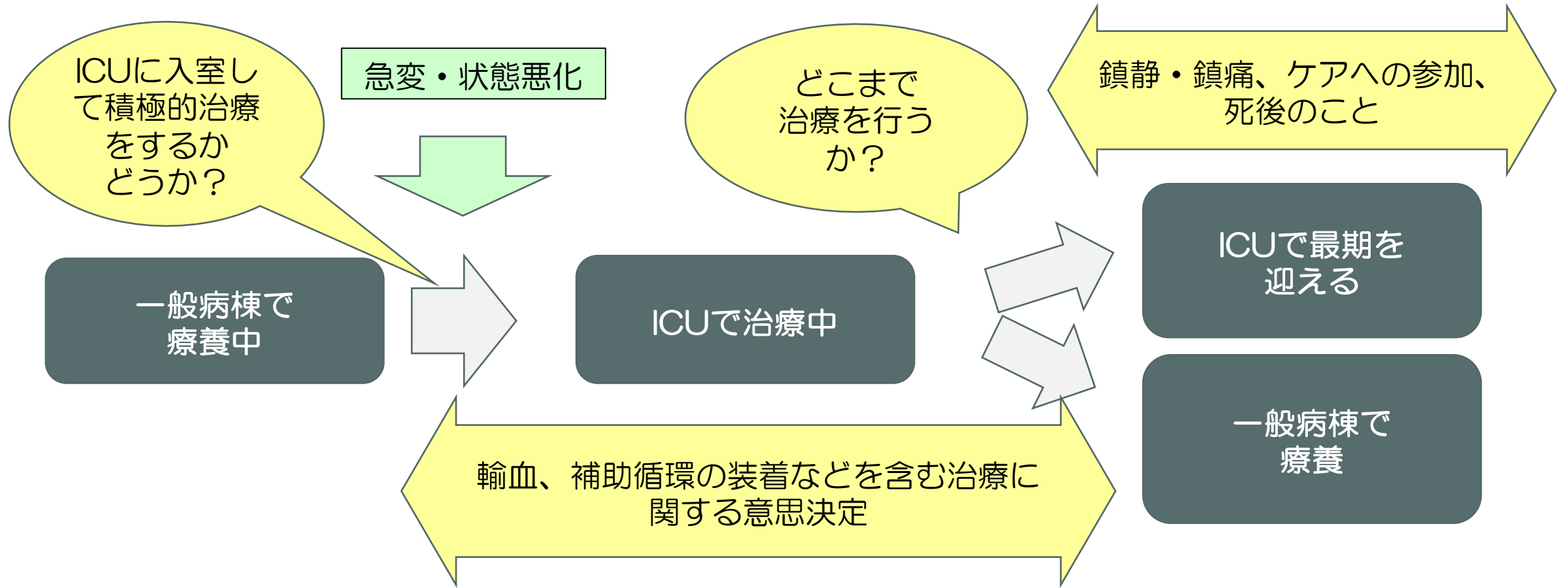
患者の意思決定能力が不十分なことが多い

情報を理解する能力や状況を認識する能力の低下
(鎮静管理、意識障害など)

今後のことを予測し、複数の選択肢の中から選択する能力の低下
(せん妄や術後認知機能障害、強い苦痛など)

選んだ選択肢を他者に伝える能力の低下
(挿管・鎮静管理、筋力低下、意識障害)

生命に直結する治療選択が多い



生命に直結する治療選択が多い



- 家族は自分の決定が患者の生死を決めてしまうことに大きな負担を感じる
- 救命と延命の境界が曖昧であり、どう患者の尊厳を守るかが難しい

2 クリティカルケアで生じる倫理的課題の特徴

- 切迫性のある状況で、有益と考えられる侵襲的治療を患者が拒否するケース
- 終末期と判断されるような状況で、家族が「すべてやってください」と侵襲的治療を望むケース
- 術後合併症をきたし、患者の苦痛が強いにも関わらず、外科医の思い
・ 考えが優先され侵襲的治療が継続されるケース
- 患者の意思決定能力が完全に失われ、家族も患者の価値観が十分にわからない/代理者がおらず、治療選択が困難なケース

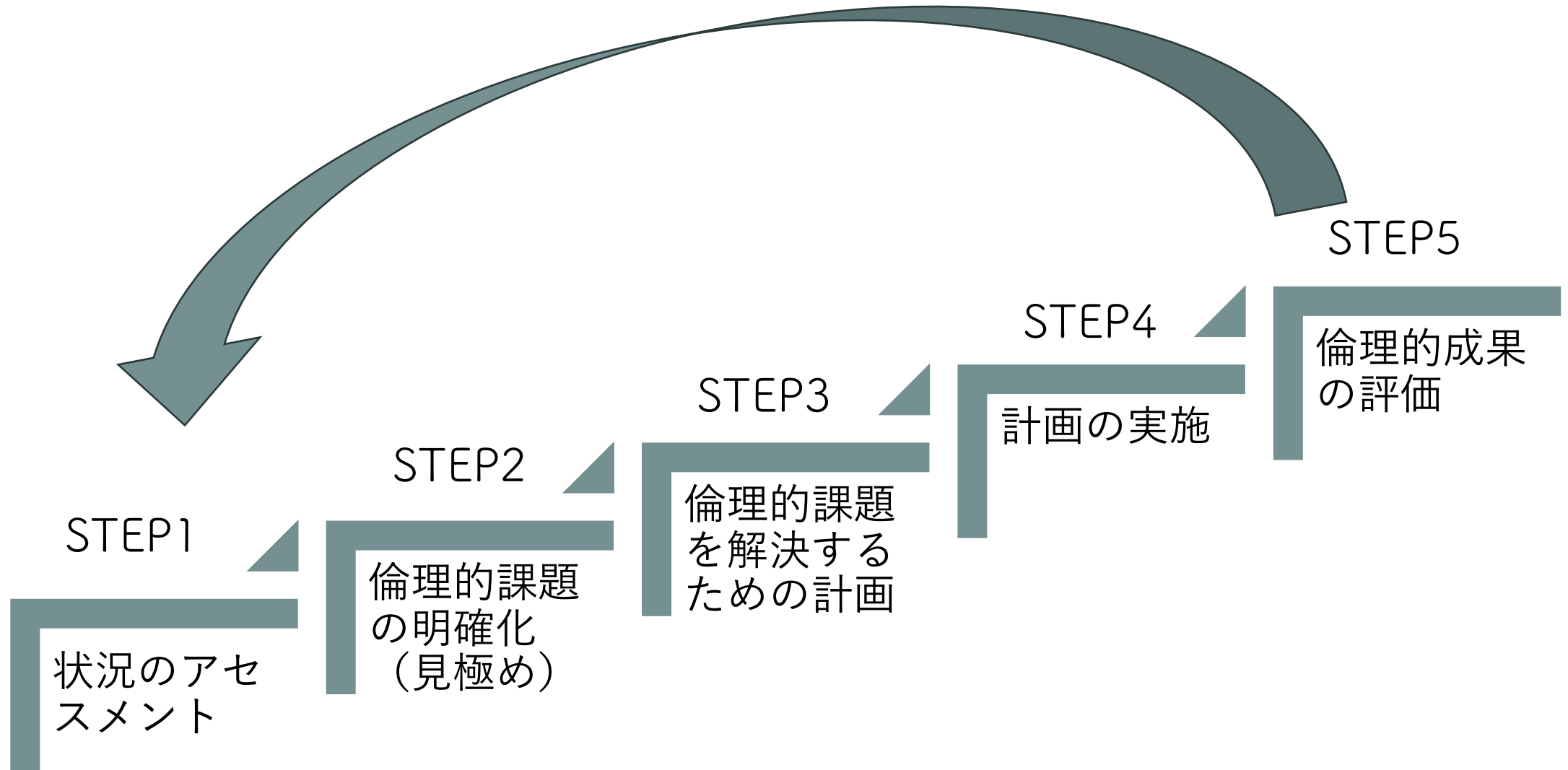
Part II まとめ

- クリティカルケアの特徴は、突発的な重症疾患の発症と時間的切迫性があること、患者の意思決定能力が不十分なこと、生命に直結する治療選択が多いこと、が挙げられる。
- 急性・重症患者は、鎮静管理やせん妄、意識障害、筋力低下になどにより、意思決定能力の4要素（情報の理解、状況の認識、論理的思考、選択の表明）が阻害されやすい状況にある。
- 上記2点が元で、倫理的課題が生じやすい状況にある。



Part III
倫理的課題を解決するためのコツ

倫理的課題を解決するためのステップ



事例

患者：A氏、70代、男性

経過： A氏は肺癌と診断され、1年前に手術を施行された。その後、外来通院をしていたが、誤嚥性肺炎のため入院した。

入院3日後、本人は「苦しくない」と話すが、呼吸数30回/分、インスピロンネブライザー0.5/10LでSpO₂ 88%と呼吸状態が悪化した。主治医からICUへ移動する必要があること、挿管・人工呼吸管理が必要になるかもしれない旨を説明されると、A氏は「管を入れるのは嫌です。寿命だと思うので、仕方ないと思います。」と話された。

事例 続き

主治医：抗菌療法で改善するまで、一時的に挿管・人工呼吸管理をするのは有益なのに、拒否されたら無理に治療することはできない。どうしたら良いのだろうか…？

看護師：清拭をするなど身体を動かしたり、会話をするだけで、SpO₂がかなり下がってしまう。今のこの状況が、患者にとって最善なのだろうか…？

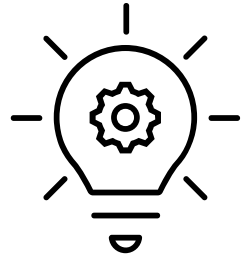
A氏の妻：管を入れて（挿管・人工呼吸管理をして）頑張っていて欲しい。

STEP1：状況のアセスメント（情報整理）

まずは何が起きていそうか、困っていることを言語化し書き出す

困っていることを中心に、情報を四分割表に記載する

不足している情報があれば、患者・家族・多職種から収集する



困っていることを言語化し書き出す

今、きちんと治療
すれば治る可能性
が高いのにな...

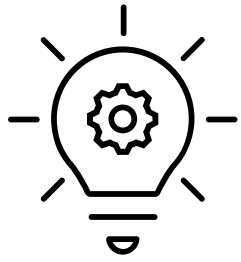


困っていること：

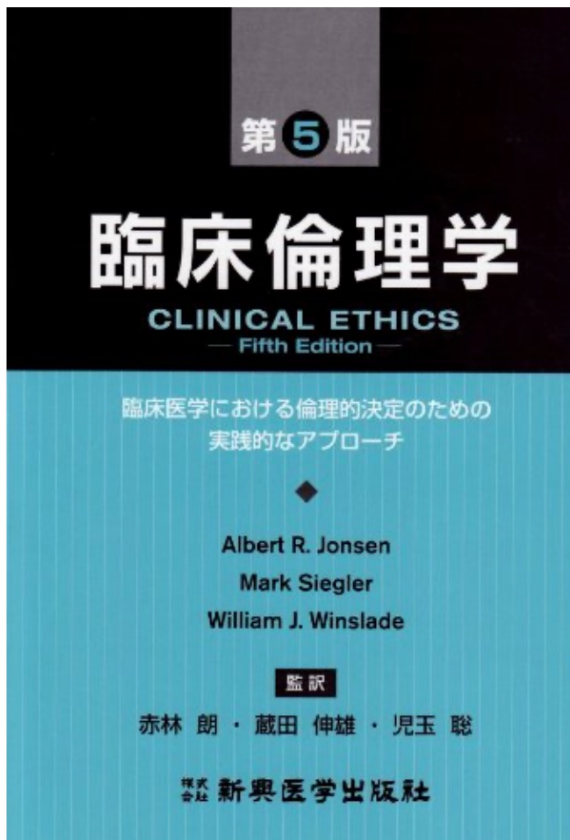
利益が大きいと考えられる治療を患者さんが拒否している。今後、どのように治療・ケアをしていくべきか？



今後、倫理的課題を明確化して
いくための重要な軸となる



情報を四分表に整理する



Albert R. Jonsenら（2002）が、自律性尊重、善行、無危害、公正(正義)などの倫理原則と状況を結びつけ、倫理的問題を伴う症例の分析を促進するための手法として、考案したものの

情報を整理するのに、とても役立つツール

①医学的適応（善行・無危害原則）

1. 患者の医学的問題は何か？病歴は？診断は？予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらい利益を得られるか？また、どのように害を避けることができるか？

②患者の意向（自律尊重原則）

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？その代理人は意思決定に関して適切な規準を用いているか？
5. 患者は以前に意向を示したことがあるか？事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力できない常態か？その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上、最大限に尊重されているか？

③QOL（善行・無危害・自律尊重原則）

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

④周囲の状況（正義・公正）

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

①医学的適応（善行・無危害原則）

- 診断と予後
- 治療・ケアの目標
- 検討中/あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット（負担と苦痛含む）
- 医学的無益性
- 今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

②患者の意向（自律尊重原則）

- 患者の意思決定能力
- 治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）
- 患者が日頃大切にしていること（価値観）
- 代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か
- 家族が考える患者の推定意思

③QOL（善行・無危害・自律尊重原則）

- 患者にとって最も悪いQOL/医療者が捉える今後の患者のQOL
- QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見
- 治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア
- 治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響

④周囲の状況（正義・公正）

- 家族等の思い
- 治療・ケア中・後の家族の負担
- ソーシャルサポートの活用状況
- 病院の決まり
- 事例に適應されるガイドライン等の推奨/法律

医学的適応

🗝️ Key Point

- * 『医学的適応』は話し合いの土台(基盤)になる
- * この項目に不足情報が多い場合、多職種で共有できていない場合、その先の話し合いができない

- 患者の診断(既往歴含む)と予後
- 治療・ケアの目標
- 検討中の治療・ケア、あるいは現在行われている治療・ケアのメリット・デメリット
- 医学的無益性の有無 / 治療が奏効しない場合の計画

予後の種類

生命予後

ある治療をした場合/しなかった場合にどれだけ生きられるか？

機能予後

ある治療をした場合/しなかった場合にどれだけ臓器機能が維持できるのか？ Ex. 呼吸機能、脳機能、など

QOL予後

ある治療をした場合/しなかった場合に患者にとってのQOLはどれだけ維持されるのか？

治療の『効果』と『利益』は違う

効果

治療により、パラメータの改善が見られるか
(臓器・医学的視点)

利益

治療により、患者の目標を達成できる
尊厳が守られる (QOL・人間的視点)

●患者の診断(既往歴含む)と予後

診断名：誤嚥性肺炎

予後：【生命予後】抗菌療法が奏効すれば、**長期予後が見込まれる**

【機能予後】重度のARDSにまで至らなければ、**呼吸状態が改善する可能性は十分にある**

●治療・ケアの目標

医療者の目標：一時的に挿管・人工呼吸管理を行い、呼吸状態の改善を見計らって抜管し、ICUから一般病棟へ戻ること

A氏・家族にとっての目標：*不足情報

●検討中の治療・ケア、あるいは現在行われている治療・ケアの利益・不利益

検討中の治療：挿管・人工呼吸管理

メリット：一時的に呼吸を休むことで、肺損傷の悪化を回避できる。**呼吸困難が改善する**。完治を目指すことができる。

デメリット：挿管・人工呼吸管理中は声が出せないので**意思疎通が図りにくい**、**挿管チューブ自体の苦痛**がある、ARDSに至った場合は**抜管・離脱できない可能性もある**。

●医学的無益性の有無 / 治療が奏功しない場合の計画

治療に対する適応はあり、改善が見込めるため生理学的無益性はない。**A氏本人の意思決定能力が十分に保たれているにも関わらず、推奨している治療に同意しない場合**、質的無益性のある状況になる。

●今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

ARDSに至ってはいないので、抗菌療法＋挿管・人工呼吸管理を一時的に行い肺を休めることで、呼吸状態の改善を待つことができる。呼吸機能もベースラインに戻る可能性は十分にあるので、A氏にとって挿管・人工呼吸管理がもたらす利益は大きいと考えられる。

患者の意向

🔑 Key Point

- * 『患者の意向』は話し合いの中心(核)になる
- * 患者の治療選択には、患者の価値観が反映されている

- 患者の意思決定能力の評価
- 治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）
- 患者が日頃大切にしていること（価値観）
- 代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か
- 家族が考える患者の推定意思

患者が日頃大切にしていること

急激に健康状態が悪くなる前は、治療に関する意向を示していないことが多い

患者の意思決定能力が十分でないことが多い

患者はどのような人であったのか？

『価値を知る』 = 『人となりを知る』

- 推定意思、患者にとっての最大の利益を考えるうえで非常に重要な材料になる
- 『経験』や『情動』、『状況』によって人の価値観は変わる

患者の推定意思

厚生労働省のプロセスガイドライン

本人の意思確認ができない場合

◎家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする

「患者に意識があれば、どうすると思うか？」を考えなくてはならない。

- できるところまで頑張っ欲しい
- 自分で何でもやる人だったので、今の状況は耐えられないと思う

家族の思い

推定意思

●患者の意思決定能力の評価

せん妄や不眠、強い呼吸困難はなく、医師の説明を自身の言葉で要約できており、4つの要素は維持されている。

●治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）

挿管・人工呼吸管理に関しては、「**管を入れるのは嫌です**。寿命だと思うので仕方ないです。」と話していた。*なぜその発言をしたのか、発言の裏にある背景については不明：不足情報

●患者が日頃大切にしていること（価値観）

*患者が何を大切に生活してきたか、人生を歩んできたのかは不明：不足情報

*患者の趣味や好きなことなども不明：不足情報

●代理意思決定者は誰か/患者の価値観を最もよく反映できる人物か

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、代理意思決定者は現時点ではない。A氏には長年連れ添った妻がいるので、妻が最もA氏の価値観を反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、推定意思を考慮する必要はない。

QOL

🔑 Key Point

- * QOLの評価は、患者-家族-医療者間で異なる可能性が高い
- * あくまで**患者が考えるQOL**が重要である

- 患者にとって最も悪いQOL / 医療者が捉える今後の患者のQOL
- QOL評価に影響を及ぼす 医療者の偏見
- 治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア
- 治療やケアが、生存だけでなく 全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響

患者にとって最も悪いQOL

寝たきりで社会復帰
できない

人工呼吸が繋がれたままで
話ができない

苦痛が強く自分で自分の
ことができない

これらを回避することが重要
では、回避できないときは…？

治療に伴う生じる患者の苦痛/ それに対する忍容性/緩和ケア



- どれだけ苦痛緩和をしながら治療をしても、苦痛は全く無くなるわけではない
- 苦痛が積み重なれば、患者は頑張れない

* きちんと治療に伴い生じうる苦痛を明確にする

* 苦痛に耐えられなくなった場合、目標設定を変更する必要がある。

●患者にとって最も悪いQOL / 医療者が捉える今後のQOL

• 医療者が考える今後のQOL：

医師・看護師ともに、今後は抗菌療法＋挿管・人工呼吸管理を経て呼吸状態が改善すれば、入院前と同じ生活に戻れる可能性が高いため、『今後のQOLは良い』と考えている。

• 患者にとって最も悪いQOL：

*不足情報

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見

患者が80代の高齢であること、肺癌治療中のため原疾患による予後規定、高齢者2人暮らしで年金生活であること

●治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア

挿管・人工呼吸管理に伴い、気管チューブによる苦痛は生じる危険性が高い。しかし、鎮痛・鎮静管理を十分に行うことで、苦痛を最小限に抑えることは可能である。

●治療やケアが、生存だけでなく全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響

一時的に挿管・人工呼吸管理がなされても、治療が奏効すれば、抜管・人工呼吸器の離脱はできる。しかし、これ以上肺炎が進行すれば、生存は可能かもしれないが、呼吸機能の低下をきたし、人工呼吸器を離脱できなくなることも考えられる。

周囲の状況



Key Point

* 周囲の状況は、患者への最善の利益を
考えるうえでの『外枠』になる

* 家族員自身の考えや、医療者の考えは、
周囲の状況に入れる

- **家族等の思い** (推定意思は「患者の意向」へ)
- 治療中・後の**家族等に生じる負担**
- **ソーシャル・サポート**の活用状況
- 病院の決まり (院内・部署内のルール)
- 事例に適應されるガイドライン等の推奨/法律

家族に生じる負担

- 現在、家族員にはどのような負担が生じているのか？
- 検討中の治療が今後なされることで、家族員には新たな負担が生じるか？
- 現在の負担、新たな負担を減らすことはできるのか？



- ◎家族への支援体制を確認し、危機介入する
- ◎ソーシャル・サポートの活用状況の把握・調整

ガイドライン等の推奨

- **人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン** (厚生労働省, 2018)
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (厚生労働省, 2018)
- 看護者の倫理綱領 (日本看護協会, 2003)
- 宗教的輸血拒否に関するガイドライン (宗教的輸血拒否に関する合同委員会, 2008)
- がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き (日本緩和医療学会, 2018)
- 重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン (日本小児科学会, 2012)
- 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言 (日本透析医学会, 2020)
- **救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～**
(日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会, 2014)

●家族等の思い（推定意思は「患者の意向」へ）

妻：「やれることは全てやってください。お願いします。」

●治療中・後の家族等に生じる負担

重度ARDSへ進行し、人工呼吸器が離脱困難になった場合、あるいは離脱できても身体機能が低下した場合、介護を要する状態になるため、妻への負担は増大する

●ソーシャル・サポートの活用状況

現在、活用しているソーシャルサポートはない。

●医療者の考え

主治医 → 「挿管・人工呼吸管理をするべきだが、本人が拒否しており、どうすべきかわからない」

看護師 → 「メリットのある治療をA氏は拒否しているが、このまま呼吸状態が悪化するのを待つのがA氏にとって最善なのだろうか」

●病院の決まり(院内・部署内のルール)

面会制限があり、妻は入院以降、A氏に面会していない。

●事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

学会：『救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～』

厚生労働省：『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン』

①医学的適応

●患者の診断(既往歴含む)と予後

診断名：誤嚥性肺炎

予後：【生命】抗菌療法が奏効すれば、**長期予後が見込まれる**

【機能】重度ARDSにまで至らなければ、**呼吸状態改善する見込みは十分にある**

●治療・ケアの目標

医療者の目標：一時的に挿管・人工呼吸管理を行い、呼吸状態の改善を見計らって抜管し、ICUから一般病棟へ戻ること

患者・家族にとっての目標：***不足情報**

●検討中の治療・ケア、あるいは現在行われている治療・ケアの利益・不利益

検討中の治療：挿管・人工呼吸管理

メリット：一時的に呼吸を休むことで、肺損傷の悪化を回避できる。**呼吸困難が改善する**。完治を目指すことができる。

デメリット：挿管・人工呼吸管理中は声が出せないので**意思疎通が図りにくい**、**挿管チューブ自体の苦痛**がある、ARDSに至った場合は**抜管・離脱できない可能性もある**。

●医学的無益性の有無 / 治療が奏功しない場合の計画

治療に対する適応はあり、改善が見込めるため生理学的無益性はない。**患者本人の意思決定能力が十分に保たれているにも関わらず、推奨している治療に同意しない場合、質的無益性のある状況になる。**

●今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

ARDSに至ってはいないので、**抗菌療法+挿管・人工呼吸管理を一時的に行い肺を休めることで、呼吸状態の改善を待つことができる**。呼吸機能もベースラインに戻る可能性は十分にあるので、**患者にとって挿管・人工呼吸管理がもたらす利益は大きいと考えられる**。

③QOL

●患者にとって最も悪いQOL / 医療者が捉える今後のQOL

●医療者が考える今後のQOL：

医師・看護師ともに、今後は抗菌療法+挿管・人工呼吸管理を経て呼吸状態が改善すれば、入院前と同じ生活に戻れる可能性が高いため、『今後のQOLは良い』と考えている。

●患者にとって最も悪いQOL：

***不足情報**

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見

患者が80代の高齢であること、肺癌治療中のため原疾患による予後規定、高齢者2人暮らしで年金生活であること

●治療に伴い生じる患者の苦痛・それに対する忍容性・緩和ケア

挿管・人工呼吸管理に伴い、気管チューブによる苦痛は生じる危険性が高い。しかし、鎮痛・鎮静管理を十分に行うことで、苦痛を最小限に抑えることは可能である。

●治療やケアが、生存だけでなく全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響

一時的に挿管・人工呼吸管理がなされても、治療が奏効すれば、**抜管・人工呼吸器の離脱はできる**。しかし、**これ以上肺炎が進行すれば、生存は可能かもしれないが、呼吸機能の低下をきたし、人工呼吸器を離脱できなくなることも考えられる**。

②患者の意向

●患者の意思決定能力の評価

せん妄や不眠、強い呼吸困難はなく、医師の説明を自身の言葉で要約できており、4つの要素は維持されている。

●治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景(事前指示含む)

挿管・人工呼吸管理に関しては、「**管を入れるのは嫌です**。寿命だと思うので仕方ないです。」と話していた。***なぜその発言をしたのか、発言の裏にある背景については不明：不足情報**

●患者が日頃大切にしていること(価値観)

***患者が何を大切に生活してきたか、人生を歩んできたのかは不明：不足情報**

***患者の趣味や好きなことなども不明：不足情報**

●代理意思決定者は誰か/患者の価値観を最もよく反映できる人物か

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、代理意思決定者は現時点ではない。A氏には長年連れ添った妻がいるので、妻が最もA氏の価値観を反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、推定意思を考慮する必要はない。

④周囲の状況

●家族等の思い(推定意思は「患者の意向」へ)

妻：「**やれることは全てやってください。お願いします。**」

●治療中・後の家族等に生じる負担

ARDSへ進行し、人工呼吸器が離脱困難になった場合、あるいは離脱できても身体機能が低下した場合、介護を要する状態になるため、妻への負担は増大する

●ソーシャル・サポートの活用状況

現在、活用しているソーシャルサポートはない。

●医療者の考え

主治医：「挿管・人工呼吸管理をするべきだが、**本人が拒否しており、どうすべきかわからない**」

看護師：「メリットのある治療をA氏は拒否しているが、**このまま呼吸状態が悪化するのを待つのがA氏にとって最善なのだろうか**」

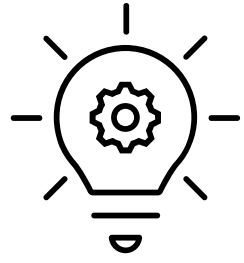
●病院の決まり(院内・部署内のルール)

面会制限があり、妻は入院以降、A氏に面会していない。

●事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

当院：『**医療行為における合意形成および同意取得に関する基本方針**』

厚生労働省：『**人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン**』



不足情報を患者・家族・多職種から 収集する



医師

疾患の重症度・進行度
予後予測
治療のメリット・
デメリット



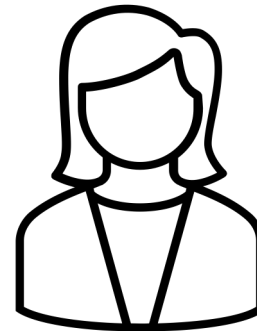
理学療法士

身体機能の予後
(ADL回復の見込み)
患者の日常生活に関する
情報



病棟看護師

入院後に患者が示して
いた価値観・思い



家族

患者の死生観や人生で
大事にしてきたこと
趣味・嗜好

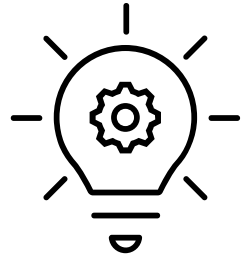
今回の事例における不足情報

- A氏・家族にとっての治療の目標
- A氏が『管を入れるのは嫌です』と言っている背景
- A氏が何を大切に生きてきたか・生活してきたかという価値観
- A氏にとって最も悪いQOLとはどのような状態か

STEP2：倫理的課題の明確化（見極め）

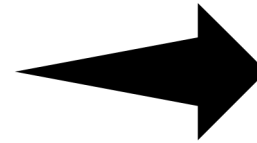
倫理的課題のタイプを同定する

対立している価値判断の背景を明らかにする



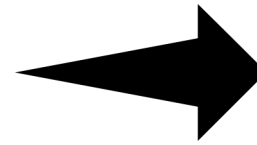
倫理的課題のタイプを同定する

『～すべき』同士が対立している状況



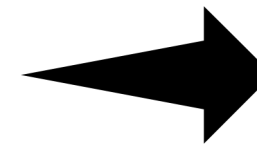
倫理的ジレンマ

組織的制約によって
医療者が最善を
尽くせない

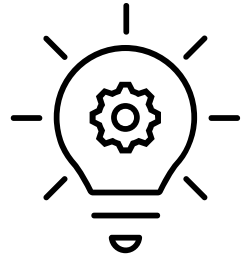


Moral Distress

患者・家族の権利が
著しく侵害されている状況



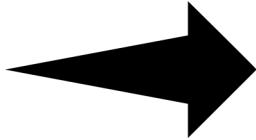
権利の侵害



倫理的課題のタイプを同定する

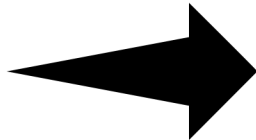
目指すべきアウトカムがわかる

倫理的ジレンマ



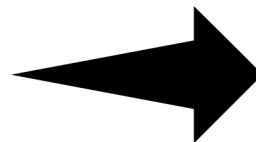
対立している倫理原則や価値どちらも適用できるようになる/優先度が決定できる

Moral Distress

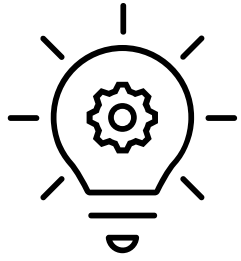


組織的制約がなくなる/医療者の苦悩が軽減する

権利の侵害



患者・家族の権利が守られる



倫理的問題のタイプを同定する

①医学的適応

●患者の診断(既往歴含む)と予後

診断名：誤嚥性肺炎

予後：【生命】抗菌療法が奏効すれば、**長期予後が見込まれる**

【機能】重度ARDSにまで至らなければ、**呼吸状態改善する見込みは十分にある**

●治療・ケアの目標

医療者の目標：一時的に挿管・人工呼吸管理を行い、呼吸状態の改善を見計らって抜管し、ICUから一般病棟へ戻ること

患者・家族にとっての目標：***不足情報**

●検討中の治療・ケア、あるいは現在行われている治療・ケアの利益・不利益

検討中の治療：挿管・人工呼吸管理

メリット：一時的に呼吸を休むことで、肺損傷の悪化を回避できる。**呼吸困難が改善する**。完治を目指すことができる。

デメリット：挿管・人工呼吸管理中は声が出せないで**意思疎通が図りにくい**、**挿管チューブ自体の苦痛**がある、ARDSに至った場合は**抜管・離脱できない可能性もある**。

●医学的無益性の有無 / 治療が奏功しない場合の計画

治療に対する適応はあり、改善が見込めるため生理学的無益性はない。**患者本人の意思決定能力が十分に保たれているにも関わらず、推奨している治療に同意しない場合**、質的無益性のある状況になる。

●今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者はどのくらい利益を得られるのか

ARDSに至ってはいないので、**抗菌療法+挿管・人工呼吸管理を一時的に行い肺を休めることで、呼吸状態の改善を待つことができる**。呼吸機能もベースラインに戻る可能性は十分にあるので、**患者にとって挿管・人工呼吸管理がもたらす利益は大きいと考えられる**。

②患者の意向

●患者の意思決定能力の評価

せん妄や不眠、強い呼吸困難はなく、医師の説明を自身の言葉で要約できており、4つの要素は維持されている。

●治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）

挿管・人工呼吸管理に関しては、「**管を入れるのは嫌です**。寿命だと思うので仕方ないです。」と話していた。***なぜその発言をしたのか、発言の裏にある背景については不明：不足情報**

●患者が日頃大切にしていること（価値観）

***患者が何を大切に生活してきたか、人生を歩んできたのかは不明：不足情報**

***患者の趣味や好きなことなども不明：不足情報**

●代理意思決定者は誰か/患者の価値観を最もよく反映できる人物か

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、代理意思決定者は現時点ではない。A氏には長年連れ添った妻がいるので、妻が最もA氏の価値観を反映できる人物である。

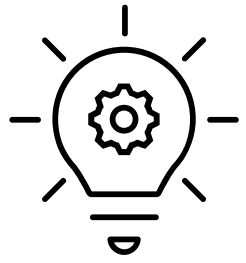
●家族が考える患者の推定意思

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、推定意思を考慮する必要はない。

善行原則

VS

自律尊重原則



対立している価値判断の背景を明らかにする

表出された意向

価値判断



過去

現在

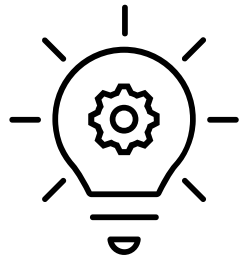


未来

過去の体験
や教育

価値観の
形成

今後の予測
希望



対立している価値判断の背景を明らかにする

②患者の意向

●患者の意思決定能力の評価

せん妄や不眠、強い呼吸困難はなく、医師の説明を自身の言葉で要約できており、4つの要素は維持されている。

●治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）

挿管・人工呼吸管理に関しては、「**管を入れるのは嫌です**。寿命だと思うので仕方ないです。」と話していた。***なぜその発言をしたのか、発言の裏にある背景については不明：不足情報**

●患者が日頃大切にしていること（価値観）

***患者が何を大切に生活してきたか、人生を歩んできたのかは不明：不足情報**

*患者の趣味や好きなことなども不明：不足情報

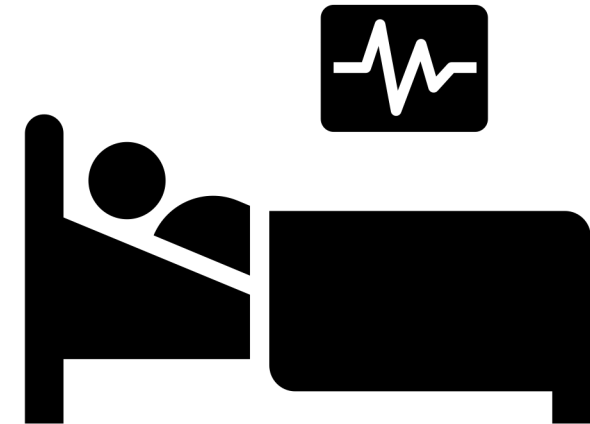
●代理意思決定者は誰か/患者の価値観を最もよく反映できる人物か

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、代理意思決定者は現時点ではない。

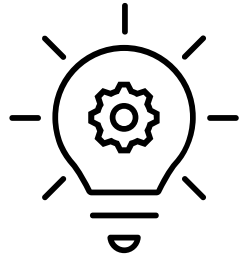
A氏には長年連れ添った妻がいるので、妻が最もA氏の価値観を反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思

A氏は意識清明で意思決定能力は十分に維持されているので、推定意思を考慮する必要はない。



A氏には亡くなった弟がいた。**弟は間質性肺炎を患い、最期は挿管・人工呼吸管理された状態で亡くなっており、A氏は最期まで誰とも話せず死ぬのは嫌だ、と**考えていた。



対立している価値判断の背景を明らかにする

管を入れないでくれ

価値判断



過去

現在

未来

弟は間質性肺炎を患い、最期は挿管・人工呼吸管理された状態で亡くなった

最期まで誰とも話せず
に死ぬのは嫌だ

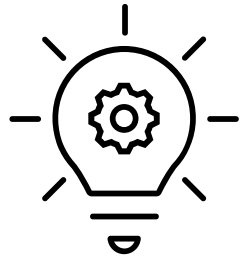
間質性肺炎で亡くなった弟と同じように最期まで挿管・人工呼吸管理が続く

STEP3：倫理的課題を解決するための計画

STEP4：計画の実施

関係者の感情へのアプローチ

関係者の価値判断へのアプローチ

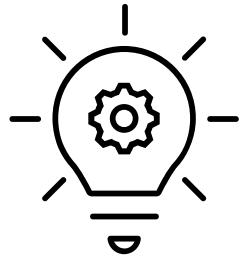


関係者の感情へのアプローチ

倫理的課題の渦中にある人たちには、強い感情が生じる

コミュニケーション・スキル 『NURSE』

- | | |
|----------------|--|
| N : Name | 感情を言葉で示す 「こんな話を聞いて、驚かれましたよね」 |
| U : Understand | 理解を示す 「いきなりこのような話を聞かれて、そのように感じるのは当然だと思います」 |
| R : Respect | 敬意を示す 「Aさんのお体を心配されながら過ごされ、大変でしたね」 |
| S : Support | 支持を示す 「奥さんがどのような決断をされたとしても、私たちは全力でサポート致します/一緒に考えていきましょう」 |
| E : Explore | さらに掘り下げて聞く 「そのことに関して、もう少し詳しく教えてもらえますか？」 |



関係者の感情へのアプローチ

④周囲の状況

●家族等の思い（推定意思は「患者の意向」へ）

妻：「やれることは全てやってください。お願いします。」

●治療中・後の家族等に生じる負担

ARDSへ進行し、人工呼吸器が離脱困難になった場合、あるいは離脱できても身体機能が低下した場合、介護を要する状態になるため、妻への負担は増大する

●ソーシャル・サポートの活用状況

現在、活用しているソーシャルサポートはない。

●医療者の考え

主治医：「挿管・人工呼吸管理をするべきだが、**本人が拒否しており、どうすべきかわからない**」

看護師：「メリットのある治療をA氏は拒否しているが、**このまま呼吸状態が悪化するのを待つのがA氏にとって最善なのだろうか**」

●病院の決まり(院内・部署内のルール)

面会制限があり、妻は入院以降、A氏に面会していない。

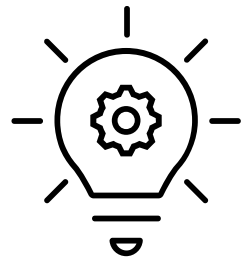
●事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

当院：『**医療行為における合意形成および同意取得に関する基本方針**』

厚生労働省：『**人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン**』

少しお話し
しませんか？





関係者の価値判断へのアプローチ

管を入れないでくれ



過去

現在

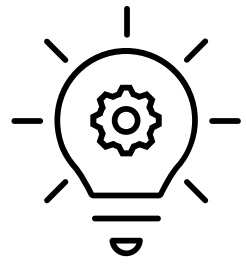


未来

弟は間質性肺炎を患い、最期は挿管・人工呼吸管理された状態で亡くなった

最期まで誰とも話せず
に死ぬのは嫌だ

間質性肺炎で亡くなった弟と同じように最期まで挿管・人工呼吸管理が続く

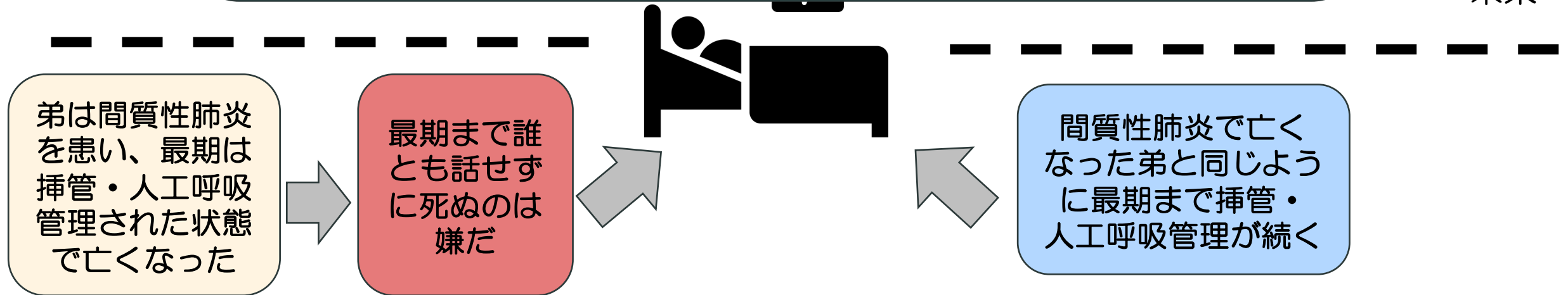


関係者の価値判断へのアプローチ

今回のA氏の疾患は細菌性肺炎であり、A氏の弟が罹患した間質性肺炎とは異なる。そのため、未来の視点での誤解を解消し、A氏の「最期まで誰とも話せず死ぬのは嫌だ」という価値観（過去の視点）を尊重することが大事である。

過去

未来



本事例における具体的な行動計画

【医師の行動計画】

①誤解の解消：

A氏が過去に経験した弟の状況とは異なること、現在は延命の段階ではないことを十分に説明する。

②A氏の価値観を反映したWorst Caseへの備え：

万が一、呼吸機能が改善しない状況に陥った場合、挿管・人工呼吸管理が継続されることは、A氏にとって望ましくない。A氏の価値観を十分に尊重するため、苦痛緩和とのバランスを考慮しつつ、抜管のタイミングを関係者みんなで検討していくことを説明する。

【看護師の行動計画】

①妻への危機介入：来院時に妻の心理状態を把握し、感情へ対応する。

②A氏にとって何が最善かを妻と共に考える：

妻と、A氏の日頃の生活についての話をしながら、A氏の価値観に触れ、A氏の治療選択を妻が支持できるように支援する。

本事例における具体的な行動計画

【医師の行動計画】

①

効果・利益のある治療を患者が受けられないことが、
② 最悪なパターン



患者の価値観を尊重しつつも、最適な治療を受けることができるようにすることが大事である。そのため、
① ② 患者の価値観をベースにWorst Caseに備える

【看護】

①

②

妻と、A氏の口頭的生活についての話をしながら、A氏の価値観に即して、A氏の治療選択を妻が支持できるように支援する。

続
こめ、
討

STEP5：倫理的成果の評価

- ・ A氏は、挿管・人工呼吸管理が弟のときのような延命治療ではないことがわかり、挿管・人工呼吸管理について同意した。「でも、苦しいのは嫌だな」と話されたため、人工呼吸器を離脱する過程で少し負荷をかけることもあるかもしれないが、基本的には十分に苦痛緩和を実施していくことを説明し、A氏は納得した。

**善行の原則 vs 自律尊重の原則
というジレンマは解消された**

- ・ 妻は自身の思いばかりを話していたが、NURSEを用いたコミュニケーションを展開していくうちに、「この人は本当に話すことが好きでしたから、ずっと話せない状態はつらいのだと思います。でも、治る可能性が高いのだから、まずは管を入れて頑張ってみよう。」と、A氏の価値観を尊重する発言が見られるようになった。

Take Home Message

- 倫理的課題を解決するためのステップは、STEP1：状況のアセスメント、STEP2：倫理的課題の明確化、STEP3：倫理的課題を解決するための計画、STEP4：計画の実施、STEP5：倫理的成果の評価、と進めていく。
- 状況(情報)を整理する際に、医学的適応・患者の意向・QOL・周囲の状況から構成される四分分割表が非常に役立つ。
- 倫理的課題は価値判断の違いが原因で生じることが多く、関係者間には強い感情が生じる。そのため、倫理的課題を解決するための計画としては、感情へのアプローチと価値判断へのアプローチの2つを考える必要がある。

参考・引用文献一覧

- Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade. (2002). 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡. (2006). 『第5版 臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のための実践的アプローチ』, 新興医学出版社.
- サラ T. フライ, メガン-ジェーン・ジョンストン. (2008) / 片田範子, 山本あい子 訳. (2010). 『看護実践の倫理 倫理的意味決定のためのガイド第3版』, 日本看護協会出版会.
- 清水哲郎, 会田薫子, 田代志門. (2022). 『臨床倫理の考え方と実践 医療・ケアチームのための事例検討法』, 東京大学出版会
- 堂園俊彦, 竹下啓. (2020). 『倫理コンサルテーションケースブック』. 医歯薬出版株式会社.
- 平岡栄治, 則末泰博. (2021). 『終末期ディスカッション』, メディカル・サイエンス・インターナショナル.
- 吉武久美子(2017). 『看護者のための倫理的合意形成の考え方・進め方』, 医学書院.