



臨床倫理セミナー第2回 -すべてやっってください- それって本当ですか？

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

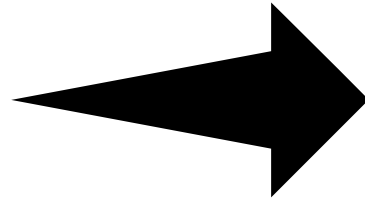
こんな経験はありますか…？



医師



看護師



家族

患者の状態を『終末期』と判断している

侵襲的な治療を『すべてやってください』と話している

本セミナーの目標

- Goal 01 クリティカルケア領域において、代理意思決定者がどのような体験をしているのか、理解できる
- Goal 02 四分割法を活用し、事例の状況を整理することができる
- Goal 03 事例で直面している倫理的課題を解決する方略を検討できる

本セミナーの流れ

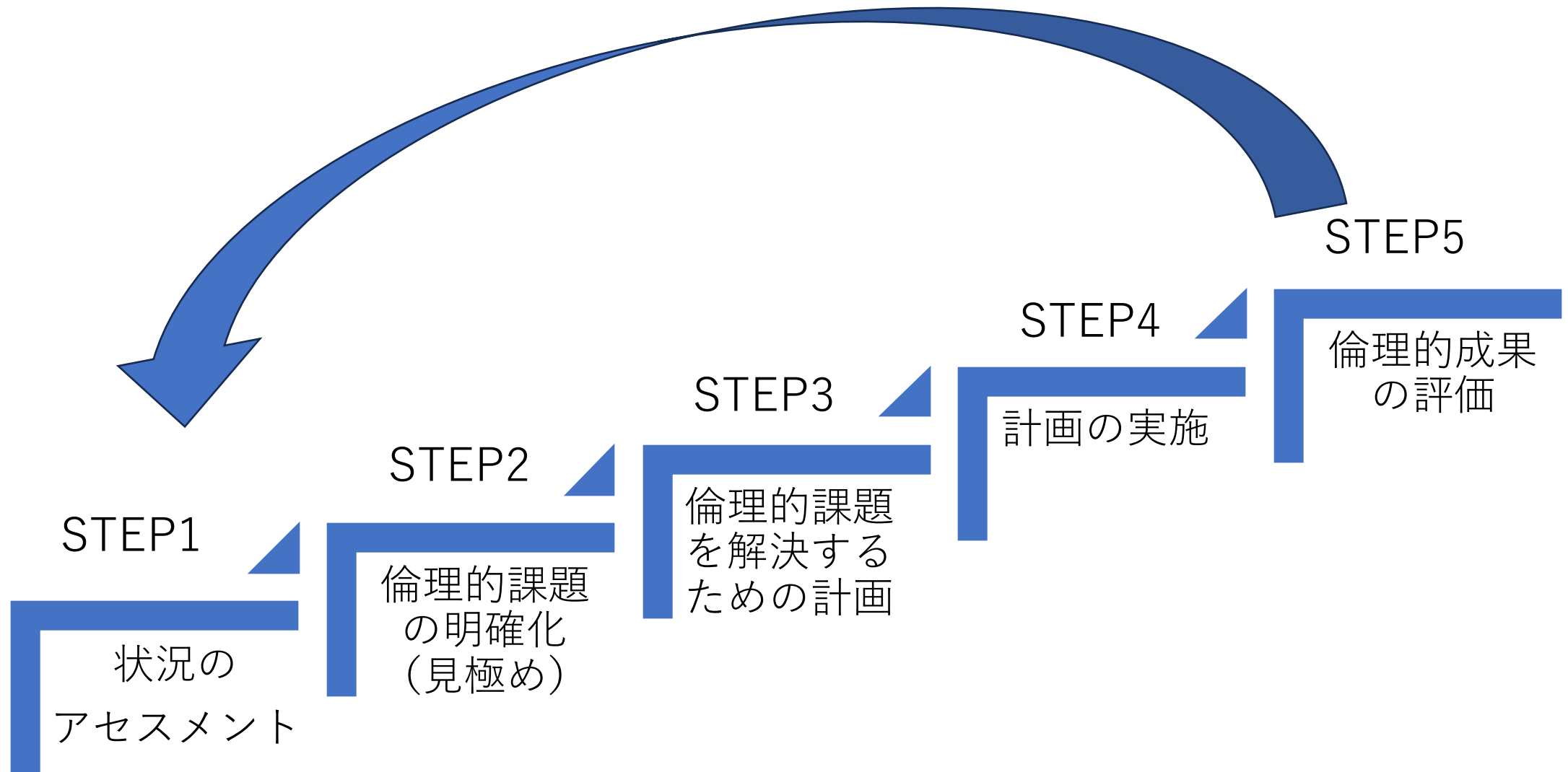
- Section 01 前回の復習（倫理的課題を解決するためのコツ）
- Section 02 クリティカルケア領域における代理意思決定者の体験
- Section 03 事例展開



Section 01 前回の復習

(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

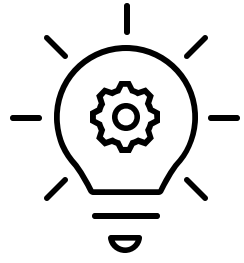


STEP1：状況のアセスメント（情報整理）

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



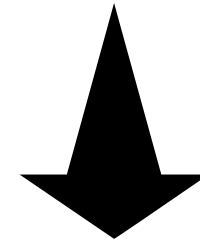
困っていることを言語化し書き出す

今、きちんと治療すれば治る可能性が高いのにな…

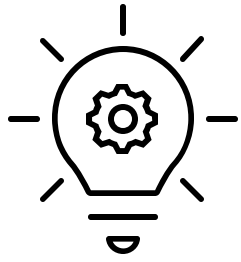


困っていること：

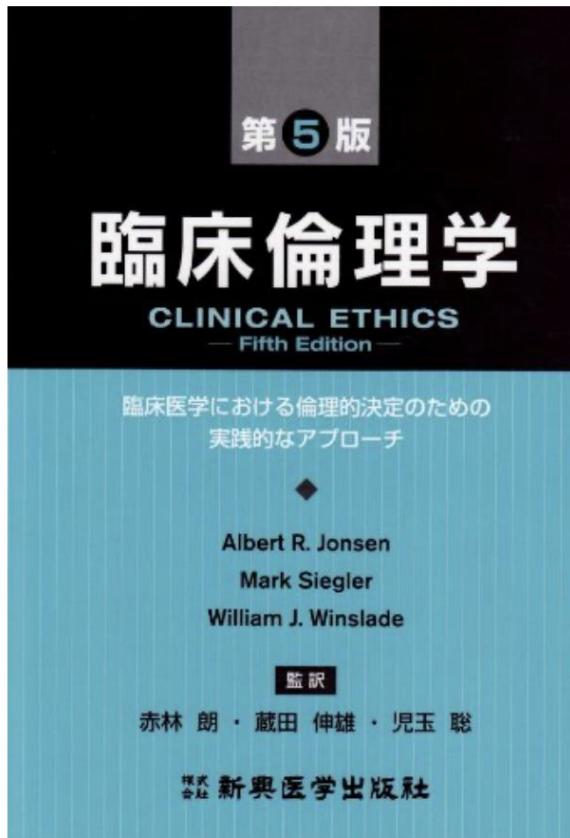
利益が大きいと考えられる治療を患者さんが拒否している。今後、どのように治療・ケアをしていくべきか？



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



情報を四分割表に整理する



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）

- 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）

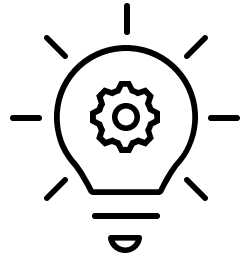
- 患者の意思決定能力
- 治療・ケアに対する患者の思い・考え/その背景（事前指示含む）
- 患者が日頃大切にしていること（価値観）
- 代理意思決定者は誰か/患者の価値を最もよく反映できる人物か
- 家族が考える患者の推定意思

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
- 事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律



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



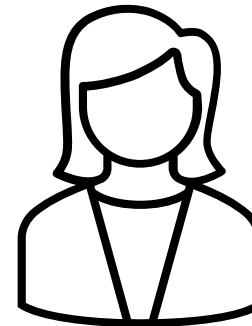
理学療法士

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



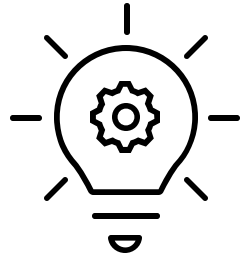
家族

患者の死生観や人生で
大事にしてきたこと
趣味・嗜好

STEP2：倫理的課題の明確化（見極め）

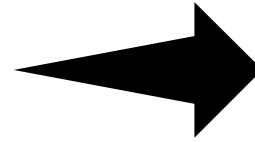
倫理的課題のタイプを同定する

対立している価値判断の背景を明らかにする



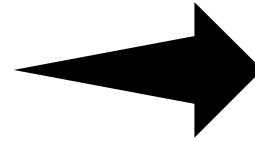
倫理的課題のタイプを同定する

『～すべき』同士が対立している状況



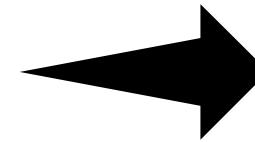
倫理的ジレンマ

組織的制約によって
医療者が最善を
尽くせない

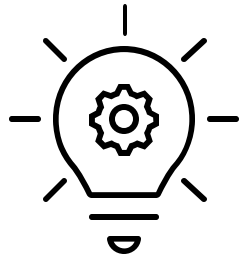


Moral Distress

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



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



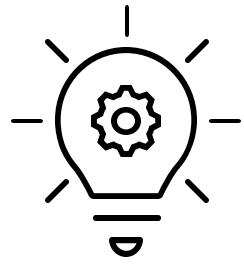
今後の予測
希望

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

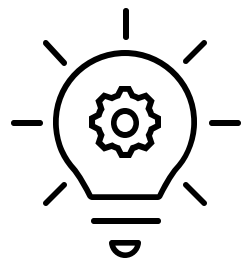
敬意を示す 「Aさんのお体を心配されながら過ごされ、大変でしたね」

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？」



関係者の価値判断へのアプローチ

表出された意向

価値判断



現在

過去

未来

過去の体験
や教育

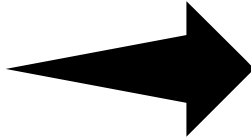
価値観の
形成



今後の予測
希望

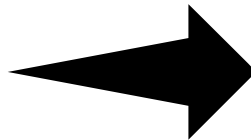
STEP5：倫理的成果の評価

倫理的ジレンマ



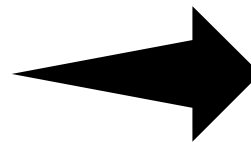
対立している倫理原則や価値どちらも適用できるようになる/優先度が決定できる

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



section 02 クリティカルケア領域における
代理意思決定者の体験

代理意思決定者の体験

Aさんは大変厳しい状況です。今後のことを考えなくてはなりません。



そんな…
できることは何でもやって
ください！



代理意思決定者の心情

突然の出来事に対する衝撃
記憶を消失するほどの混乱

上澤ら(2020)

①強い衝撃
と混乱

②強い不安
と恐怖

患者の転帰を決定するのは、
根本的な重症度ではなく、
自分たちの決断であるという
感覚 Nelson J, et al. (2017)

③希望・
奇跡を願う

④後悔・
自責の念

患者の予後が悪いことを明確に
認めながらも、より良い結果を
望む Nelson J, et al. (2017)

生命に関わる決断の是非を自問
自答する
清水ら(2007)

代理意思決定者が感じる自責の念

- 患者に治療・手術を薦めてしまった
- 状態が悪くなったとき、急変したとき、傍に入れなかった
- 救急車を呼ぶタイミング/病院に連れて行くタイミングが遅かった
- 日頃、何も親孝行していない/楽しい思いをさせてあげなかった

自分にもっとできることがあったのではないか？自分がもっと違う判断をしていたら、こんな状況にならなかつたのではないか？

その発言は、自責の念の裏返ししかも…？

もっと一緒にいてあげたい
もっとできることをしてあげたい

もっとできることは
あるはずです！



治療を止める決断は
できません！

私がこの状況を作ってしまった
私のせいだ
何とか助けてあげないと
私が守らないと

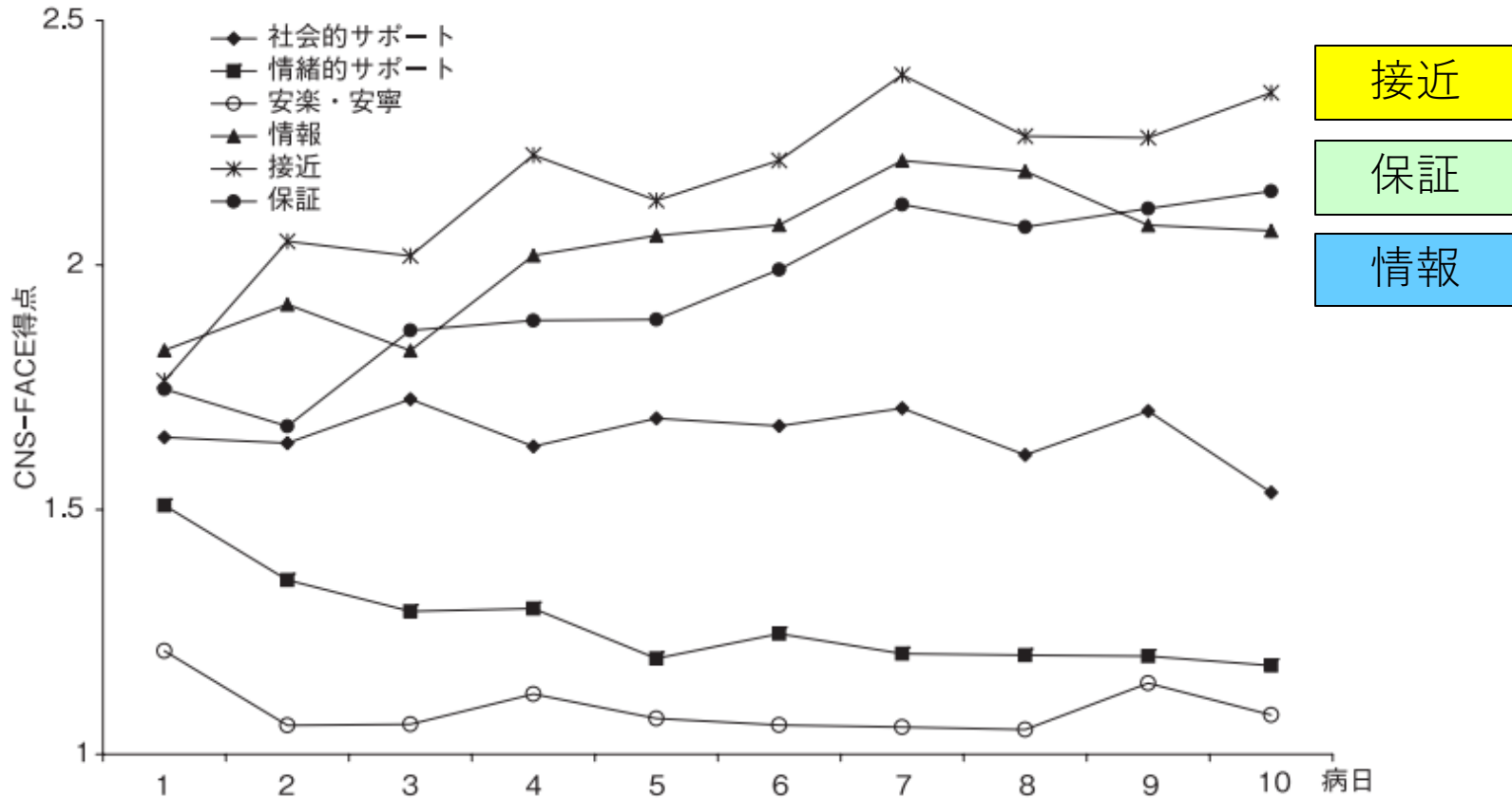
自責の念が強い代理意思決定者へのケア

NURSEを用いたコミュニケーション（傾聴）

接近のニーズを満たす

ケアへの参加を促す

接近のニードを満たす



入院から10病日目までの各ニードの平均値の変化 (n = 59)

急性・重症患者の家族
は接近のニードが高い

+

強い自責の念

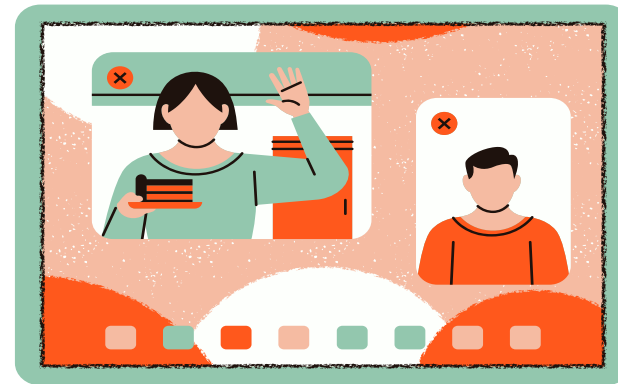


より高い接近のニード

接近のニーズを満たす



- 面会時間の調整(面会制限の緩和)
- 頻回に面会へ来れない・遠方の場合は、遠隔面会 (Zoom等の使用)



接近のニーズを満たす

ORIGINAL ARTICLE

Cláudia Severgnini Eugênio¹, Tarissa da Silva Ribeiro Haack², Cassiano Teixeira¹, Regis Goulart Rosa³, Emiliane Nogueira de Souza¹

Comparison between the perceptions of family members and health professionals regarding a flexible visitation model in an adult intensive care unit: a cross-sectional study

成人集中治療室における柔軟な面会モデルに関する家族と医療従事者の認識の比較
：横断的研究

- 同行した親族95名とケアチームのメンバー95名を分析した。
- 柔軟な面会による不安やストレスの減少に関する親族の認識は、チームの認識よりも高く（91.6%対58.9%、 $p < 0.001$ ）、情報提供に関する認識も家族の方がより肯定的であった（86.3%対64.2%、 $p < 0.001$ ）

接近のニーズを満たす

ORIGINAL ARTICLE

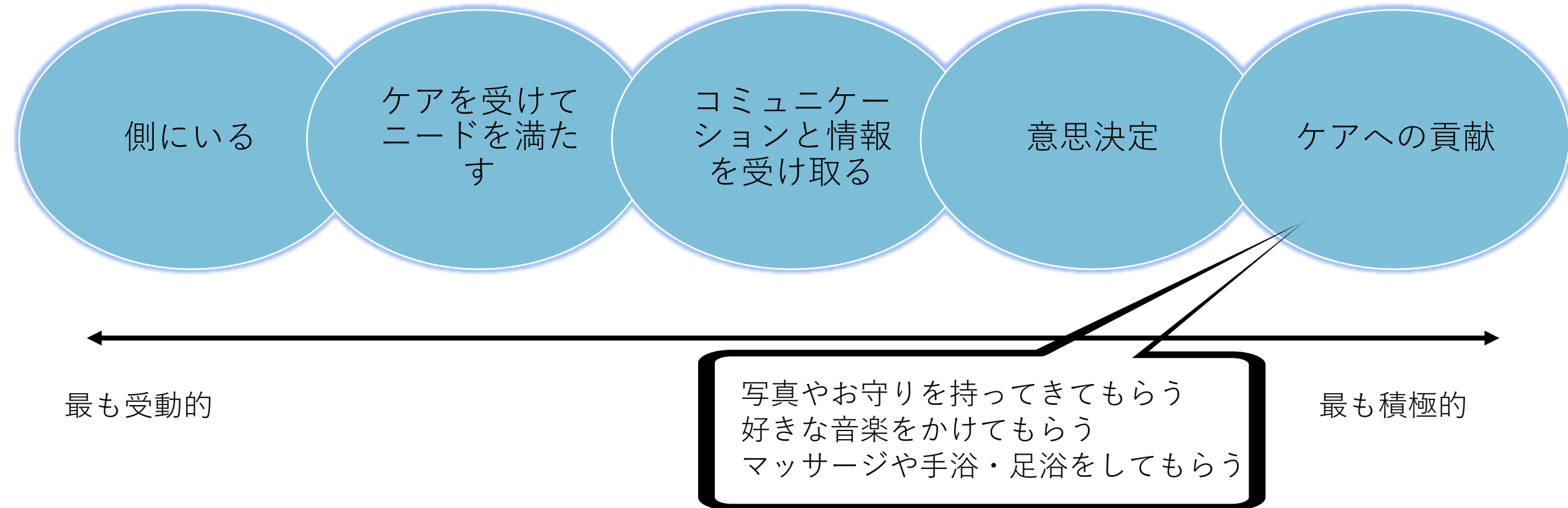
Cláudia Severgnini Eugênio¹, Tarissa
Ribeiro Haack², Cassiano Teixeira¹
Goulart Rosa³, Emiliane Nogueira de


る柔軟な
家族と医療

柔軟な面会により、代理意思決定者である家族
の苦悩は減少するかもしれない

は、チームの認識よりも高く（91.6%対58.9%、 $p < 0.001$ ）、
情報提供に関する認識も家族の方がより肯定的であった
（86.3%対64.2%、 $p < 0.001$ ）

ケアへの参加を促す (family involvement)





section 03 患者家族が『すべてやっ
てください』というケース

事例紹介



患者：A氏、70代男性、妻は他界、一人娘の長女は隣県に在住

既往歴：高血圧、糖尿病

疾患：消化管穿孔

現病歴：

令和○年△月□日、A氏は起床すると、強い腹痛を感じたが、大事な農作業があるため、手元にある鎮痛薬を内服して我慢し、受診せずにした。

□+3日、腹痛と高熱で動けなくなり、近隣県に在住の長女へ電話した。その2時間後、長女が到着し、救急要請、A氏は大学病院へ搬送された。消化管穿孔と診断され、緊急でハルトマン手術、洗浄ドレナージ術、人工肛門造設術を施行され、術後にICUへ入室した。

ICU入室後のA氏の経過

POD0

腹部感染症による
低血圧遷延のため、
PMX + CHDFが
開始された

POD2

回復が困難で医療者は
終末期と判断したため、
今後の治療の方向性を
家族と話し合うことにな
った

術中から低血圧が遷延、
術後は

- ・ノルアドレナリン0.25 μ
- ・ピトレスシン 2単位/hr

を使用し、sBP70台中盤、
mBP40台後半で経過した

POD1

PMX + CHDFが継続さ
れたが血圧は安定せず、
造設したストーマが
夜間に黒色に変化した
* 広範囲のNOMIが
疑われた

POD3

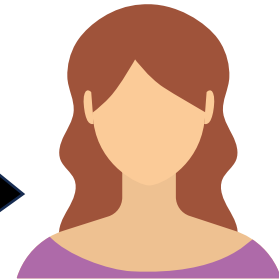
家族への病状説明時



主治医

Aさんは大変危険な状態で、数日以内に亡くなる可能性が高いです。今は、血圧を上げる薬も最大限に使用しており、心臓が止まったときは、心臓マッサージをしても効果はなく、Aさんの体を傷つけるだけになってしまいます。

そんな！助かる手術をしたんですよ？
まだ父の手は温かいですよ！父は生きているんです！
心臓マッサージも、やってみないとわからないですよ？
父を助けられる可能性がある治療はすべて
やってください！



長女

この状況、どうしたら良いんだろう…？

でも、家族は胸骨圧迫をして欲しい、助かるための治療をすべてやって欲しいと言っている…



胸骨圧迫をしてもAさんは助からない。むしろ、胸骨圧迫でAさんの苦痛は強くなってしまう…

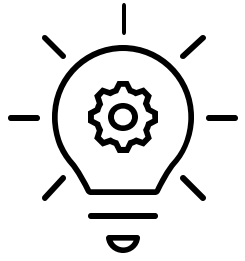
病状説明に同席した看護師

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

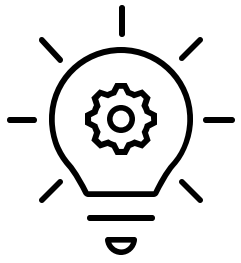
不足している情報があれば、患者・家族・多職種から収集する



まずは何が起きていそうか、困っていることを書き出す



- A氏は不可逆的な状態であり、終末期の段階と考えられる。A氏に胸骨圧迫や他の侵襲的治療を追加しても、A氏の苦痛になるだけなのではないか？
- 家族である長女は、胸骨圧迫を含め、助かるための治療を「すべてやってください」と話している。この意向を無視するわけにはいかない。



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する - 医学的適応

●診断と予後：

消化管穿孔に対し、ハルトマン手術、洗浄ドレナージ、人工肛門造設術を施行されたストーマの壊死があり、広範囲NOMI疑い

カテコラミン・バソプレシン製剤をMAX量使用、PMX併用しているが循環は安定せず
生命予後は悪く、数日以内に亡くなる可能性が高い

●治療・ケアの目標：

<医療者> 終末期のため、胸骨圧迫などの侵襲的処置の追加はせず、緩和中心の医療へシフトする

<患者> 意識がなく、不明

<長女> 助かるための治療はすべて行い、患者を救命・延命させる？

●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）

【胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加】

<メリット> A氏は終末期の段階と考えられ、あらゆる侵襲的治療がもたらすメリットはない

<デメリット> 侵襲的治療の追加により、逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう危険性がある

侵襲的治療の追加により、A氏の苦痛を増大させてしまう

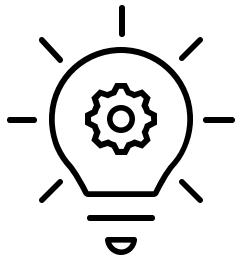
侵襲的治療を追加しA氏の苦痛が増大することで、長女のPICS-Fのリスクが高まる

●医学的無益性

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏の生存に影響を与えず、生理学的無益・質的無益な状況である。

●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

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – 患者の意向

●患者の意思決定能力:

A氏は挿管・人工呼吸管理、鎮静、意識障害により、情報の理解・状況の認識・論理的思考・選択の表明の4要素が阻害されており、意思決定能力は欠如している。

●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）：

A氏は上記の通り、意思を表出する能力が阻害されており、現状に対する思いはわからない。また、慢性進行性疾患ではないため、事前指示もない。

●患者が日頃大切にしていること（価値観）：

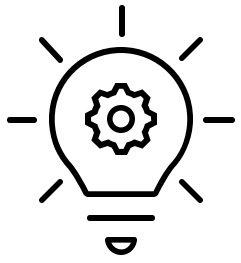
A氏がどのような人物なのか、何を大事に生活してきたのかは把握できておらず、不足情報。

●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：

長女は隣県に在住しているが、4年前まではA氏と同居していた。また、A氏-長女間の関係性は良好であり、長女がA氏の価値観を最もよく反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思：

長女は助かるための治療を『すべてやって欲しい』と話しているが、これは長女の思いであり、推定意思ではない。現状、長女は推定意思を考えられる状況にない。



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – QOL

●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：

<患者> A氏の価値観や推定意思がわからず、A氏にとって最も悪いQOLはわからない。

<医療者> 一般的に、終末期にある状況で苦痛を増大させる侵襲的治療は、Quality of Death (QOD)を低下させてしまうのではないか

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見：

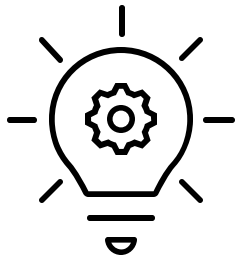
高齢、独居、終末期にあると判断される状況

●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：

胸骨圧迫を含む侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高い。A氏は意識障害があり、苦痛に対する忍容性は確認できない。

●治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響：

胸骨圧迫を含む侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高く、QODを低下させるかもしれない。侵襲的治療・処置の回避、鎮痛・鎮静薬の使用、利益のない過剰輸液の回避などは、A氏の苦痛を軽減させ、QODを高めることに繋がるかもしれない。



困っていることを中心に、情報を四分分割表に記載する – 周囲の状況

●家族等の思い：

長女は、「そんな！助かる手術をしたんですよ？まだ父の手は温かいですよ！父は生きているんです！心臓マッサージも、やってみないとわからないですよ？父を助けられる可能性がある治療はすべてやってください！」と話している。

*この後すぐに対話は終了したため、この強い思いがある背景を把握しきれていない（不足情報）

●治療・ケア中・後の家族の負担：

長女は隣県から来ており、自身の家族（夫、小学生の息子）を自宅に残してきている。
長女は代理意思決定の負担が大きい。

●ソーシャルサポートの活用状況：

現在、活用している社会資源はない。長女は、A氏の治療に関して、夫に相談している様子。

●病院の決まり：

COVID-19に伴う面会禁止は5類感染症への移行により緩和されたが、ICUでは1日1回30分の面会制限がある。

●事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律：

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

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

医学的適応

●診断と予後：

消化管穿孔に対し、ハルトマン手術、洗浄ドレナージ、人工肛門造設術を施行されたストーマの壊死があり、広範囲NOMI疑いカテコラミン・バソプレシン製剤をMAX量使用、PMX併用しているが循環は安定せず生命予後は悪く、数日以内に亡くなる可能性が高い

●治療・ケアの目標：

<医療者>終末期のため、胸骨圧迫などの侵襲的処置の追加はせず、緩和中心の医療へシフトする
<患者>意識がなく、不明
<長女>助かるための治療はすべて行い、患者を救命・延命させる？

●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

【胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加】

<メリット>A氏は終末期の段階と考えられ、あらゆる侵襲的治療がもたらすメリットはない
<デメリット>逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう危険性がある、A氏の苦痛を増大させてしまう
A氏の苦痛が増大することで長女のPICS-Fのリスクが高まる

●医学的無益性

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏の生存に影響を与えず、無益な状況である。

●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

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる

QOL

●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：

<患者>A氏の価値観や推定意思がわからず、A氏にとって最も悪いQOLはわからない。
<医療者>一般的に、終末期にある状況で苦痛を増大させる侵襲的治療は、Quality of Death (QOD)を低下させてしまうのではないか

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見：

高齢、独居、終末期にあると判断される状況

●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：

胸骨圧迫を含む侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高い。A氏は意識障害があり、苦痛に対する忍容性は確認できない。

●治療やケアが全体的に患者のアウトカムに及ぼす影響：

胸骨圧迫を含む侵襲的治療・処置の追加は、A氏の苦痛を増大させる可能性が高く、QODを低下させるかもしれない。侵襲的治療・処置の回避、鎮痛・鎮静薬の使用、利益のない過剰輸液の回避などは、A氏の苦痛を軽減させ、QODを高めることに繋がるかもしれない。

患者の意向

●患者の意思決定能力：

A氏は挿管・人工呼吸管理、鎮静、意識障害により、情報の理解・状況の認識・論理的思考・選択の表明の4要素が阻害されており、意思決定能力は欠如している。

●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）：

A氏は上記の通り、意思を表出する能力が阻害されており、現状に対する思いはわからない。また、慢性進行性疾患ではないため、事前指示もない。

●患者が日頃大切にしていること（価値観）：

A氏がどのような人物なのか、何を大事に生活してきたのかは把握できておらず、不足情報。

●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：

長女は隣県に在住しているが、4年前まではA氏と同居していた。また、A氏-長女間の関係性は良好であり、長女がA氏の価値観を最もよく反映できる人物である。

●家族が考える患者の推定意思：

長女は助かるための治療を『すべてやって欲しい』と話しているが、これは長女の思いであり、推定意思ではない。現状、長女は推定意思を考えられる状況にない。

周囲の状況

●家族等の思い：

長女は、「そんな！助かる手術をしたんですよね？まだ父の手は温かいですよ！父は生きているんです！心臓マッサージも、やってみないとわからないですよね？父を助けられる可能性がある治療はすべてやってください！」と話している。

*この後すぐに対話は終了したため、**この強い思いがある背景を把握しきれていない（不足情報）**

●治療・ケア中・後の家族の負担：

長女は隣県から来ており、自身の家族（夫、小学生の息子）を自宅に残してきている。長女は代理意思決定の負担が大きい。

●ソーシャルサポートの活用状況：

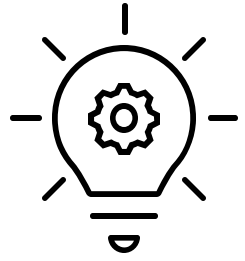
現在、活用している社会資源はない。長女は、A氏の治療に関して、夫に相談している様子。

●病院の決まり：

COVID-19に伴う面会禁止は5類感染症への移行により緩和されたが、ICUでは1日1回30分の面会制限がある。

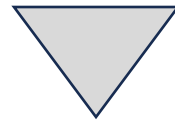
●事例に適応されるガイドライン等の推奨/法律：

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
人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン



不足情報があれば、患者・家族・多職種から収集する

- A氏はどのような人物か、何を大切に生活してきたのか（推定意思に繋がるA氏の価値観）
- 長女が『すべてやってください』と言っている背景

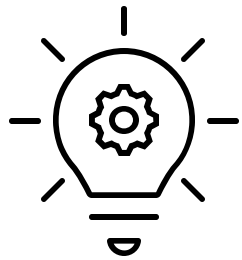


STEP3に繋がる

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

医学的適応

周囲の状況

● 診断と予後：

消化管穿孔に対し、ハルトマン手術、洗浄ドレナージ、人工肛門造設術を施行されたストーマの壊死があり、広範囲NOMI疑いカテコラミン・バソプレシン製剤をMAX量使用、PMX併用しているが循環は安定せず生命予後は悪く、数日以内に亡くなる可能性が高い

● 治療・ケアの目標：

<医療者>終末期のため、胸骨圧迫などの侵襲的処置の追加はせず、緩和中心の医療へシフトする
<患者>意識がなく、不明
<長女>助かるための治療はすべて行い、患者を救命・延命させる？

● 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

【胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加】

<メリット>A氏は終末期の段階と考えられ、あらゆる侵襲的治療がもたらすメリットはない
<デメリット>逆にA氏の生命予後を短縮させてしまう危険性がある、A氏の苦痛を増大させてしまう
A氏の苦痛が増大することで長女のPICS-Eのリスクが高まる

● 医学的無益性

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏の生存に影響を与えず、無益な状況である。

● 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

胸骨圧迫を含む侵襲的治療の追加は、A氏に利益をもたらさない。侵襲的治療の追加を回避し、緩和中心の医療へシフトすることで、A氏の苦痛は軽減され、人としての尊厳も守られる

● 家族等の思い：

長女は、「そんな！助かる手術をしたんですよね？まだ父の手は温かいですよ！父は生きているんです！心臓マッサージも、やってみないとわからないですよ？父を助けられる可能性がある治療はすべてやってください！」と話している。

* この後すぐに対話は終了したため、この強い思いがある背景を把握しきれていない（不足情報）

● 治療・ケア中・後の家族の負担：

長女は隣県から来ており、自身の家族（夫、小学生の息子）を自宅に残してきている。
長女は代理意思決定の負担が大きい。

● ソーシャルサポートの活用状況：

現在、活用している社会資源はない。長女は、A氏の治療に関して、夫に相談している様子。

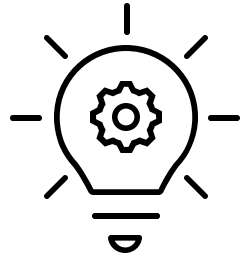
● 病院の決まり：

COVID-19に伴う面会禁止は5類感染症への移行により緩和されたが、ICUでは1日1回30分の面会制限がある。

● 事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律：

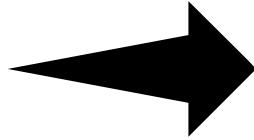
救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン
人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン

無危害・善行原則（医療者の価値） vs 長女の価値



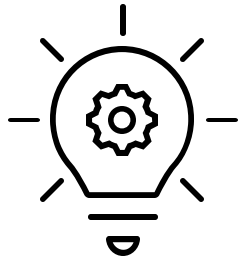
倫理的課題のタイプを同定する

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

医療者が考える最善と長女の思いの擦り合わせを行い、ジレンマが解消される



対立している価値判断の背景を明らかにする

助けるための治療を
すべてやって欲しい

価値判断
意向



過去

現在

未来

過去の体験
や教育
？

価値観の
形成
？



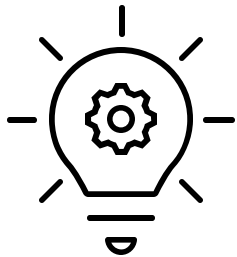
父は助からないかもし
れない
でも、助かって欲しい

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』

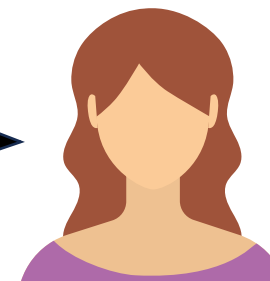
- N : Name** **感情を言葉で示す** 「こんな話を聞いて、驚かれましたよね」
- U : Understand** **理解を示す** 「いきなりこのような話を聞かれて、そのように感じるのは当然だと思います」
- R : Respect** **敬意を示す** 「Aさんのお体を心配されながら過ごされ、大変でしたね」
- S : Support** **支持を示す** 「奥さんがどのような決断をされたとしても、私たちは全力でサポート致します/一緒に考えていきましょう」
- E : Explore** **さらに掘り下げて聞く** 「そのことに関して、もう少し詳しく教えてください
も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

NURSEを用いて長女と対話



こんにちは。本日、Aさんの担当看護師の井上と申します。よろしくお願いいたします。

よろしくお願いいたします。Aの娘の恵美です。お世話になってます。



恵美さん、昨日の先生のお話しは、とても辛いものでしたね。(Name)

はい…数日前まで、電話したときは元気そうだったのに。信じられません…。



NURSEを用いて長女と対話



数日前に電話したときはお元気だったのですね。
信じられないという気持ちは当然だと思います。
(Understand)
恵美さんが救急車を要請したと聞きました。迅速な
対応だったと感じています。(Respect)

いえ、私が近くにいてあげたら、こんなことには
ならなかったはずです…
私が遠くにいたせいで、気づいてあげることができ
なかったんです…



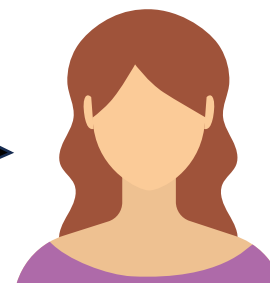
自分を責めてしまうほど辛いんですね。(Name)
そのような辛い思いを話していただき、ありがとう
ございます。(Respect)

NURSEを用いて長女と対話



私たちは、Aさんにとって何が最善かを、恵美さんと一緒に考えていきたいと思っています。
恵美さんお一人で苦しむ必要はありません。ご自分を責めてしまうほど辛い状況ですが、私たちが全力でサポートします。(Support)

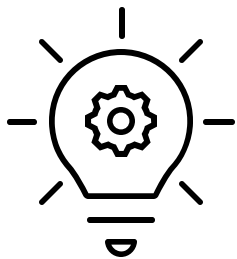
はい…ありがとうございます…
父のためにできることは何でもしてあげたいと思っています。



では、Aさんのためにできることをまず、一緒に考えていきましょう。
私たちは、Aさんがどのような方なのか、十分にわかりません。もしよろしければ、Aさんの趣味や大事にしてきたことなど、教えていただけますか？(Explore)

NURSEを用いたコミュニケーションを通してわかったこと

- 長女は、昨日の医師の話を『辛いもの』と捉えており、亡くなる可能性が高いというBad Newsは伝わっている。
- 長女は、A氏の体調が悪化したとき、傍にいたことができず、それが受診の遅れに繋がったと自責の念を抱いている。
- 医師に、A氏を『助けるための治療をすべてやって欲しい』と話していたが、『父のためにできることは何でもしてあげたい』と思っている。



関係者の価値判断へのアプローチ

助けるための治療を
すべてやって欲しい

**価値判断
意向**



過去

現在

未来

自分が遠くにいたせいで父の受診が遅れた

父のためにできることをするべきだ

父は助からないかもしれないでも、助かって欲しい

自責の念

自責の念への対応

NURSEを用いたコミュニケーション（傾聴）

接近のニーズを満たす

ケアへの参加を促す

接近のニーズを満たす

- 長女は、毎日面会に来ていたが、ICUの面会制限のため、1日30分しか面会できていなかった。
- そこで、急遽、倫理カンファレンスを開催し、長女の自責の念へアプローチすることの重要性を多職種で共有し、ICU担当医師、主治医、ICU師長の許可を得て、面会フリーとした。



ケアへの参加を促す

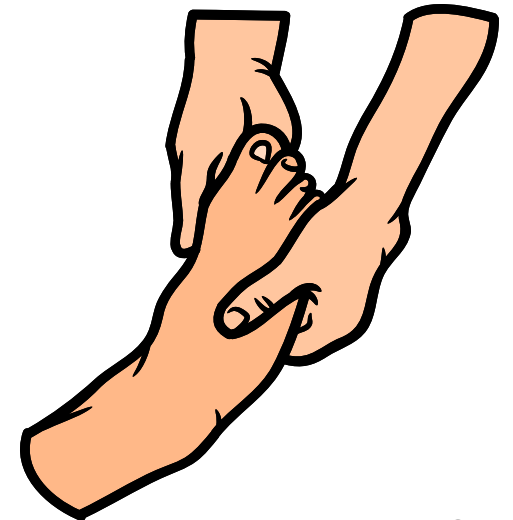
長女は、A氏のためにできることをしたい、という思いが強かったため、共にケアできる内容を検討していった

●長女へのケアの意味づけ：

家族での写真などA氏が大事にしているものや、お守りなどを持参してもらうなど、些細なことであっても、A氏のためになっていることを言語化し伝えた。

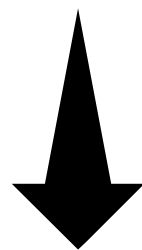
●リソースナースの活用：

マッサージなど快の刺激を与えることが得意な緩和ケア認定看護師に介入を依頼し、長女にマッサージの方法を指導してもらった。



STEP5：倫理的成果の評価

面会フリーにし、長女と一緒にA氏のケアをしていく中で、A氏に対する長女の声かけが、「お父さん頑張って!」から「お父さん、頑張ってるね」と変化していった。繰り返しNURSEを用いた対話を重ね、「父は、よく頑張っています。もう少しでいなくなってしまうこともわかってるんです。もう一度、父と話したかった…でも、これ以上つらい思いはしたくないよね。」と話された。



もう一度、主治医から今後の治療方針に関する話し合いをセッティングし、長女は胸骨圧迫を含む侵襲的治療・処置の差し控え、緩和ケア中心の医療へシフトすることに同意した。

無危害・善行原則 vs 長女の価値
という構図は、解消された

今回の倫理的課題を伴うケースの流れ

- 長女はA氏を助けるための治療を『すべてやって欲しい』と医療者に伝えており、A氏にとっての最善と長女の意向が対立するような構図だった。
- しかし、医師の話聞いて感情的になったり、看護師との対話から、Bad Newsは伝わっており、A氏が厳しい状況は認識していたと考えられた。
- 感情へのアプローチとして、NURSEを用いた対話を展開すると、強い自責の念が表出された。『すべてやって欲しい』という意向の背景には、①強い自責の念、②自責の念に由来するA氏のために何かしてあげたいという思い、が隠されていた。
- ①、②が長女の価値判断に影響を与えていると考えられた。そのため、価値判断へのアプローチとして、①を軽減し②を満たす介入として、面会制限の緩和、ケアへの参加を促す、という方略をとった。
- 結果として、自責の念が完全になくなったわけではないが、長女の強い感情は少しカームダウンし、A氏の立場でA氏にとっての最善を考えることができるようになった。そのタイミングで話し合いをセッティングし、対立は解消した。

Take Home Message



代理意思決定者の中には、強い自責の念を感じる場合があります、その強い自責の念が『すべてやっってください』という意向に繋がるケースもある



強い自責の念へのアプローチとしては、NURSEを用いた対話や、接近のニーズを満たすこと、ケアの参加を促すことなどが有効かもしれない



上記は、ICU看護師の実践としてできるものであり、今回のような倫理的課題は、ICU看護師が解決に大きく寄与する

引用・参考文献一覧

- ・ 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.
- ・ Engenio C.S., Haack. T., & Teixeira C. (2022). Comparison between the perceptions of family members and health professionals regarding a flexible visitation model in an adult intensive care unit: a cross-sectional study. *Tej bras Ter Intensiva*, 34, 374-379.
- ・ Jhonstone M.J. (2009). *Bioethics a Nursing Perspective*, 5th ed., Elsevier ,116.
- ・ Olding M., McMillan S.E., & Reeves S., et al. (2016). Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review, *Health expect* 19, 1183-1202.
- ・ 清水玲子, 中村美鈴, 平山美紀, 他. (2018) . 救急医療において延命治療の代理意思決定を行った家族の体験. 関西国際大学研究紀要, 19, 4-55.
- ・ 山勢博彰. (2006). 重症・救急患者家族のニードとコーピングに関する構造モデルの開発, 日本看護研究学会雑誌, 29(2), 95-101
- ・ 上澤弘美, 中村美鈴 (2020). 生命の危機的状態で初療室に救急搬送された患者の家族がたどる代理意思決定のプロセス. 日本クリティカルケア看護学会誌 16: 41-53.
- ・ 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, p41