

序文

2019 年末から世界中で大流行した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により、クリティカルケア領域の看護師の皆さんは、今までと同じように患者とのコミュニケーションが取れない、家族との時間を提供できない、そして何よりも患者の最期の看取りを患者一人で迎えるという状況に、ケアとは何かというジレンマや、十分なケアができないという不全感を感じたことでしょう。

クリティカルとは、危機的状況を意味するといわれています。身体的・心理的危機状況にある患者と共にいる家族も危機状態にあることが考えられます。私たちは患者の身体状況の回復に尽力しながら、治療による効果をアセスメントします。場合によっては、医師と予後についての議論をすることもあるかもしれません。つまり、クリティカルケア領域の看護師は患者の回復をゴールにしつつも、患者の最悪な状況（予後不良、つまり看取り）に対する準備を行うことを求められているともいえます。この状況を「hope the recovery and prepare for the worst」と表現する人もいます。ここでの prepare は、**患者の意思（意向）を知ること / 患者の人生を知り、患者の価値を理解すること / 家族とコミュニケーションをとり、患者の思いを推定すること**、など深いかわり（ケア）です。これはインフォームドコンセントに立ち合うことやインフォームドコンセント後の理解状況を把握することのように、患者や家族の情報を収集するというものではなく、向き合って話を聴くという状況から、徐々に横に座り（物理的なものではなく、横にいるような距離感である）同じ方向を向きながら、患者や家族が見ている景色（価値・希望）を共有すること、そして同じように悩み、一緒に考えることを意味し、これが寄り添うことだと私は考えています。

クリスティン・タナーの「臨床判断モデル」¹⁾では、実践のプロセスを「気づき」「推論」「反応」「省察」と示しています。倫理的実践も同じであると考えます。私たちが、患者・家族、同職種、他職種の抱える「もやもや感」「倫理的ジレンマ」「倫理的苦悩」に気づき、起こっている事象の情報を整理し、多職種で協議し、倫理的課題や問題に対して多職種で解決策を実践していくこと、そして実践後は省察し、次の事例に活かしていくこと、このプロセスが私たちの倫理的実践力を向上させていきます。しかし、「気づく」ためには知識が必要です。また相手をよく知ろうという気持ちも必要です。情報の整理や推論、実践には先輩や同僚の支援が必要なときもあります。支援を受けましょう。もやもやした気持ちや引っかかったときには、同職種や他職種、そして何よりも患者・家族と語りましょう。

本書は、クリティカルケア領域で日常的に経験する事例に対して、倫理的な思考と実践をプロセス化しています。事例をただ経験するのではなく倫理的課題や問題に気づき、その気づきを基に情報を整理したうえで、私たちはアセスメントや多職種と協議をし、多職種チームとしてのゴール設定と方略を決めていきます。そして看護師として踏み込んで（実践）いくさまを、本書では記述しています。

最後に、臨床現場で「もやもや感」や「ジレンマ」、「苦悩」を抱える読者の皆さんに、編者からのメッセージがあります。プロセスを追う読者の皆さんには、事例の情景が目につかぶだろうと思っています。倫理的実践に迷ったときに、本書が皆さんのヒントになれば嬉しいです。

2024 年 5 月
宇都宮 明美

❖文献

- 1) Tanner CA : Thinking like a nurse : A research- based model of clinical judgement in nursing. J Nurs Educ. 45(6) : 204-211, 2006.

執筆者一覧 (※五十音順)

編集

宇都宮 明美 (関西医科大学)
大江 理英 (兵庫県立大学)
牧野 晃子 (聖路加国際大学)

執筆

伊藤 真理 (川崎医療福祉大学)
宇都宮 明美 (関西医科大学)
大江 理英 (兵庫県立大学)
大下 良子 (近畿大学奈良病院)
小野寺 敦啓 (昭和大学病院)
鎌田 未来 (東京ベイ・浦安市川医療センター)
上石 響 (がん研有明病院)
北出 茉利 (金沢医科大学病院)
木戸 蓉子 (浜松医科大学医学部附属病院)
後藤 順一 (河北総合病院)
小松崎 朗子 (聖路加国際病院)
齋藤 大輔 (関東中央病院)
酒井 周平 (旭川医科大学病院)
島内 淳二 (日本医科大学付属病院)
嶋田 一光 (日本医科大学付属病院)
島津 かおり (聖路加国際病院)
高梨 奈保子 (船橋市立医療センター)
瀧 洋子 (東京医科大学八王子医療センター)
津田 泰伸 (聖マリアンナ医科大学病院)
長崎 祐士 (日本医科大学付属病院)
中村 真巳 (埼玉医科大学国際医療センター)
新山 和也 (埼玉医科大学国際医療センター)
二瓶 啓徳 (済生会横浜市東部病院)
萩原 志帆 (東京医科大学病院)
牧野 晃子 (聖路加国際大学)
宮岡 里衣 (岡山大学病院)
門馬 康介 (山形県立中央病院)
山岡 綾子 (兵庫医科大学病院)

I 章 総 論

- | | | |
|---|-------------------------|----|
| ① | クリティカルケア看護と看護倫理 | 2 |
| ② | 看護倫理に関する基礎知識 | 7 |
| ③ | 倫理的課題を調整するうえでの看護師の役割 | 13 |
| ④ | クリティカルケア領域における倫理的課題 | 19 |
| ⑤ | クリティカルケア領域における臨床倫理アプローチ | 23 |
| ⑥ | 倫理的感受性を高める看護師教育 | 35 |

II 章 臨床場面での倫理的課題

患者・家族ケアにおける課題

テーマ1 代理意思決定支援

- | | |
|--|----|
| 意思決定は誰が決めるもののなの？ | 46 |
| 終末期に本人の意向がわからない場合は
家族の意向で治療方針を決めていいの？ | 51 |
| 患者よりも家族の意向を優先して治療方針が決定されていいの？ | 56 |

テーマ2 苦痛緩和

鎮静していれば、鎮痛はしなくてもいいの？ 62

十分な疼痛緩和が図られないまま、鎮静薬を増やすことは
患者の回復につながるの？ 67

テーマ3 インフォームドコンセント

医療者間の見解のズレで、情報提供が進まなくていいの？ 74

同意書にサインをもらうことがインフォームドコンセントなの？ 81

テーマ4 家族支援

理解力がない家族だと本当に判断していいの？ 87

家族の意見が対立して決着がつかないときはどうしたらいいの？ 93

テーマ5 終末期ケア

患者の事前指示がないなか、意思疎通が困難だからといって、
延命治療を望む家族の言うとおりにしていいの？ 98

終末期になった患者の家族からの「人工呼吸器を外してほしい」
との希望に、どう対応すればいいの？ 104

DNAR を選択した患者と家族に対しては
何もできない / しないってことなの？ 111

テーマ6 機械的補助下にある患者

患者の価値・意向に基づく治療の選択が守られていない 118

患者の意思が確認できないなか、
救命の選択を家族からの発言のみで決めてもいいの？ 125

看護師に関する課題

テーマ1 ケア達成感

患者にとって必要と考えるかかわりができないときに感じる
やり切れない気持ちは仕方がないことなの？ 131

テーマ2 看護師の態度

医師の治療方針や家族への説明に違和感を抱くけれど 137

チーム医療に関する課題

テーマ1 医療チームとしての方針

患者の QOL と救命治療、どちらが大事？ 142

一度、気管チューブの抜管に失敗してしまったら
再挿管後には気管切開しないの？ 149

テーマ2 他職種との連携

意思決定できる患者の思いを他職種と共有できていない 155

患者の希望に沿った転院調整はできないの？ 161

組織に関する課題

テーマ1 組織管理

DNAR は誰が決めて、どのような行為を実施しないの？ 166

テーマ2 安全確保

「人工呼吸器離脱困難だけど一般病棟へ退室して」と
簡単に言わないでほしい 172

テーマ3 守秘義務

「家族にはしばらく内緒にしておいてほしい」という
患者の思いにどう寄り添えばいいの？ 177

❖略語一覧 184

終末期になった患者の家族からの「人工呼吸器を外してほしい」との希望に、どう対応すればいいの？

もやもや ポイント

- ① 家族の意向に沿って、人工呼吸器を外してよいのか
- ② 意思表示ができない患者の意向をどのようにとらえたらよいのか
- ③ 終末期にある患者と家族に対する看護師の役割ってなんだろう？

患者プロフィール 佐藤さん、男性、70 歳代
疾患名：肺がん（Stage I A）、間質性肺炎
家族構成：妻、長女の3人暮らし



場面の状況

佐藤さんの肺がんに対して胸腔鏡右下葉切除が施行された。術後第12病日目、間質性肺炎の急性増悪による呼吸状態の悪化があり、気管挿管・人工呼吸療法となった。ステロイドパルス療法、エンドキサンパルス療法を行うも呼吸状態は改善せず、人工呼吸療法も長期化となったため気管切開術が施行された。その後もステロイドパルス療法を行うも呼吸状態は改善せず、予後不良の状態となった。現状の治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、徐々に呼吸状態・全身状態が悪化することが予測されたため、医療チームで検討し、終末期の方針となった。

医療チームで話し合った内容を踏まえ、今後は積極的な治療を控え、家族との時間を優先していくことが主治医から妻に提案された。妻と長女は

涙ながらに医師の説明を聞き、「もう治らないってことですね。わかりました」と方針に同意した。数日後、妻から看護師に「人工呼吸器を外してもらえませんか。娘とも話し合って決めました」との希望が伝えられた。酸素化・換気も人工呼吸器に依存しており、人工呼吸器を外すことは困難な状態であった。佐藤さんは意識レベルが低下しており、本人の意向を確認することはできなかった。また、肺がんの手術のため遠方からセカンドオピニオンで受診し、手術をした経緯があり、延命治療や生命の危機的状態の際の事前意思や推定意思についても不明であった。担当看護師は、患者の意向が確認できない状況での家族の急な人工呼吸療法の中止の希望に対して、どのように対応すればよいか困惑した状況であった。

表 1 4 分割

医学的適応	患者の意向
- 肺がん（Stage I A）に対して胸腔鏡下右下葉切除術後である - 術後に間質性肺炎の急性増悪，気管挿管，人工呼吸管理，その後気管切開管理となった - ステロイドパルス，エンドキサンパルス療法を行うも呼吸状態の改善がみられなかった - 現在の治療に加えて，さらに行うべき治療方法がなく，医療チームは終末期の状態であると判断した - 生命予後は数日～数週間 - 今後の方針として，医療チームは積極的治療を中止し，家族との時間を確保することを提案した - 呼吸は人工呼吸器に依存しており，人工呼吸療法を中止した場合は短時間で亡くなると予測される - 医療チームには人工呼吸器を外すという計画はなかった	- 佐藤さん本人の意向は確認できない - 佐藤さんは肺がんの治療のために，セカンドオピニオンで受診し治療を受けている経緯から，がんに対して治療することを大切にしていた - 生命の危機的状態に至った場合の治療選択や延命治療への認識は不明であり，どのように最期まで生きたいかについての明確な意思表示はなかった - 代理意思決定者は妻と長女である
QOL	周囲の状況
- 佐藤さんにとって人工呼吸器の使用は生命の維持に直結している - 不適切な人工呼吸器設定による非同調や吸引などの侵襲的処置は佐藤さんにとっては苦痛になると考えられる - 佐藤さんの生活様式，喜びや楽しみ，生きていくうえで大切にしていること，死ぬよりつらいことなどの価値観に関連する情報が不足している - 人工呼吸器を使用することで，家族と一緒に過ごす時間が確保できる - 苦痛緩和のための薬理学的介入・非薬理学的介入が実施されていない	- 家族は最初，積極的な治療を控え，家族との時間を優先するという医療チームの提案に同意した - 泣きながら医師の説明を聞く様子がみられた - 医師の説明に対して，「もう治らないってことですよね。わかりました」との言葉が聞かれた - 数日後，妻は「人工呼吸器を外してもらえませんか」と話し，人工呼吸療法の中止を希望した - 人工呼吸器を外してほしいと希望した際も「娘とも話し合って決めました」と話した - 自宅は病院から 1 時間ほどかかるが，毎日面会に来ている - 現在の経済状況は問題ない - 妻は「もうこれ以上苦しそうにしている夫を見ているのはつらい。がんを治すために手術したのにこんなことになるなんて」との思いを吐露した - 妻は「こんなに苦しい思いをさせるぐらいなら，人工呼吸器なんてつけなければよかった。苦しい思いをさせてごめんね」と泣きながら話した - 終末期の医学的判断は，医療チームで「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」に基づき行われており，医療者間での同意は得られている - 医師・看護師共に生命維持のための人工呼吸療法の中止の経験はなかった - 悲嘆感情を示す家族への心理的ケアは行われていない