

看護学教育研修部門セミナー

臨床倫理のモヤモヤ、解決するヒント！ ～これは、本当に患者さんのため？何のため？～

福島県立医科大学附属病院 集中治療部

急性・重症患者看護専門看護師 井上貴晃



本セミナーの目標



- 『これが本当に患者さんのためになっているのか?』と感じたとき、どのように対応すればよいか理解できる。
- 特に、四分割法を使用した臨床倫理の展開方法について理解できる。



臨床ではどんな倫理的課題に遭遇するか

- 医療者が推奨する治療・ケアを患者が拒否するケース
- 患者・家族が適応のない治療を望むケース
- 医療チーム内で治療方針をめぐる意見の相違が生じたケース
- 患者の意思決定能力は不十分だが、完全に失われているわけではないケース

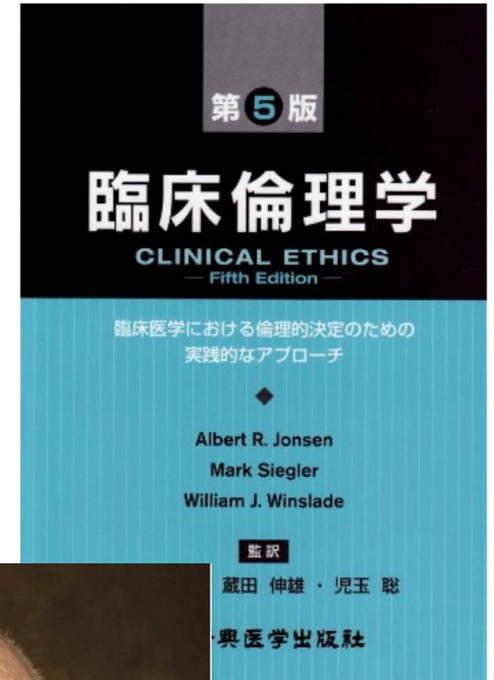


PART I. モヤモヤを感じたらどうするか

1. 臨床倫理とは何か

有名なのは、Jonsenらの著書
『Clinical Ethics』

“ Clinical ethics is a structured approach
to
ethical decisions in clinical medicine”
(臨床倫理は、臨床医学における倫理的
決定を行うための体系的アプローチである)



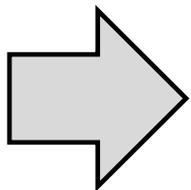
1. 臨床倫理とは何か

●Siegler (1990)による定義

日常臨床において生じる倫理的問題を認識し、分析し、解決を試みることにより、患者のケアの質を向上させること

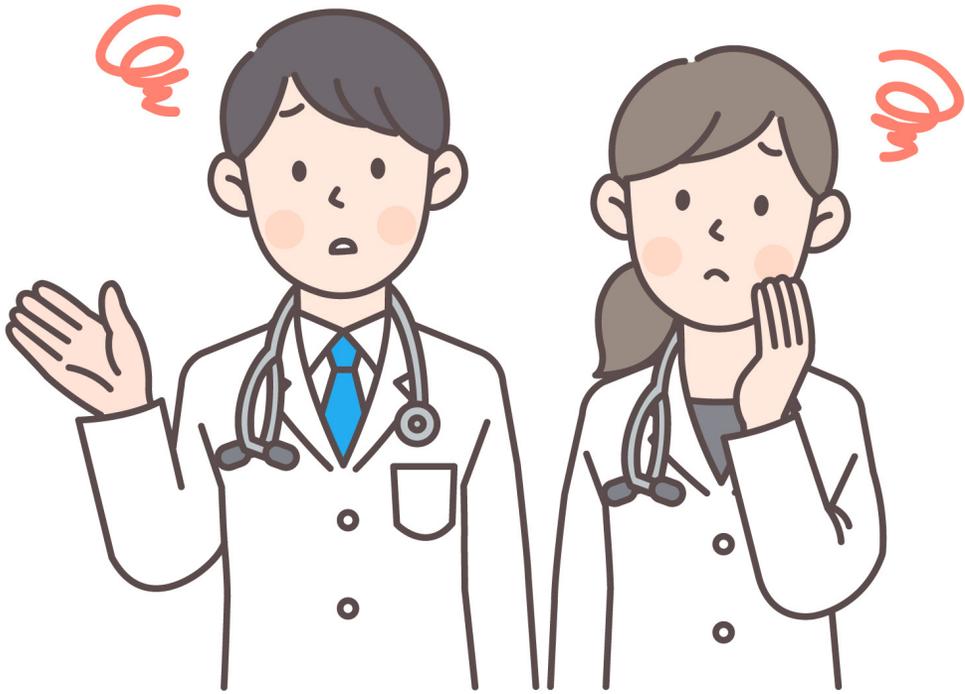
●白浜雅司 (2001) による定義

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点について、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



これらの定義から、臨床倫理とは、『**倫理的課題を認識・分析し、関係者の価値観に留意しながら、患者にとっての最善の利益になる方法を模索していくこと**』と言える

2. 倫理的課題（問題）とは何か



Key Point

「何かがおかしい」「何か引っかかる」

目の前の出来事が自分の価値観に反している場合に生じる

<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課題

3. 『価値判断の違い』はなぜ生じるか？



教育背景の違い

医学教育と看護学教育の
違いなど

これまでの経験・体験

死別体験、痛みを伴う体験、
など

それぞれ異なる
価値観が
形成されている

4. 倫理的課題のタイプと臨床倫理のアウトカム

倫理的課題のタイプ (モヤモヤの原因)

- 倫理的ジレンマ
(原則vs原則、価値vs価値)
- 原則や権利の侵害
- 道徳的苦悩
(周囲の制約により自分の役割が果たせず、感じる苦しみ)

臨床倫理のアウトカム

- 倫理的ジレンマが解消される
- 原則や権利が守られる
- 苦悩が解消される

最大のアウトカムは、患者・家族、医療者が治療・ケアに納得し、患者へ最善の利益がもたらされること

5. 臨床倫理を展開するうえでのコツ！



①臨床倫理ツールを活用してみる

②言葉の解釈に違いがないか注意する

③『事実』と『価値判断』を区別する

④患者・家族の発言の裏にある真意を探る

①臨床倫理ツールを 活用してみる

モヤモヤを解決する
手助けになるものは
あるかな？



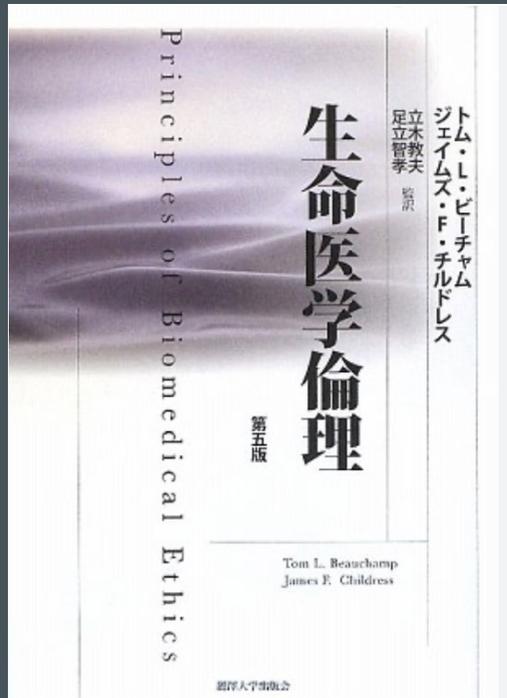
四分割法
清水の臨床倫理
検討シート

倫理的課題に対応するためには、手順を踏む必要がある。その問題を取り巻く状況を整理・理解するにはどうしても時間がかかる。

ただし、臨床倫理ツールを活用することで、状況の整理や分析をしやすくできる

- 原理・原則アプローチ
- ケース・アプローチ
- ナラティブ・アプローチ
- フェミニスト・アプローチ

原理・原則 アプローチ



ビーチャムとチルドレスの4原則 (欧米型)

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

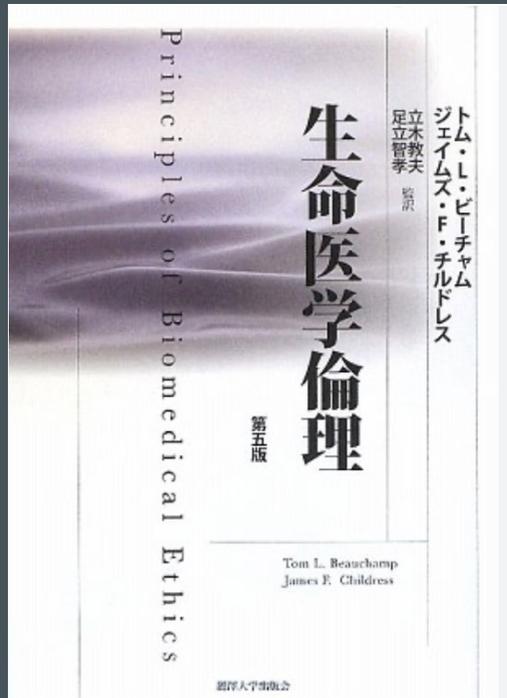
non-maleficence (無危害)

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)

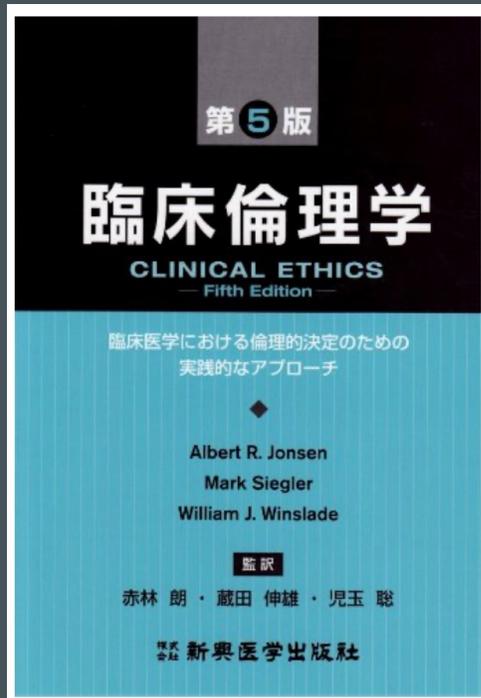
患者を平等かつ公平に扱う、
限られた医療資源を適正に配分すべきである

原理・原則 アプローチ



- 対立している原則がある
→ 倫理的ジレンマがあるという認識
- 解決策の根拠づけになる

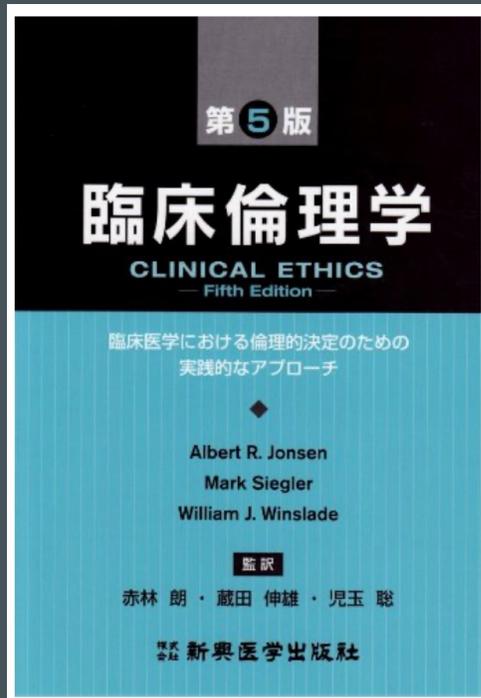
ケース・ アプローチ



ケース・アプローチの特徴

- 直面している問題の『**状況/文脈**』に焦点を当てながら展開する。
- 多職種で意見を出し合いながら、情報整理・分析をしていくことが必要。
- 原則アプローチ、ナラティブ・アプローチの要素も含まれている。

ケース・アプローチ



挿管した
くない



呼吸状態を
改善するには
挿管すべき



善行原則

VS

自律尊重
原則

挿管しないという
患者の意思を尊重
すべき

- 患者は、『なぜ挿管したくない』と思っているのか？
- 患者はどのような思いで治療に臨み、何を目標としていたのか？
- 患者は何に価値をおいて生きてきたのか？

状況/文脈を捉える

医療者



医療者-患者間の関係性

医療者のコミュニケーションスキル

医療者間関係性

患者のQOLや最善の利益に関する医療者の考え・偏見

患者のADL

病状/治療の理解度



患者

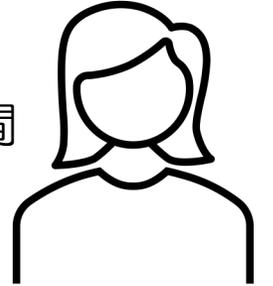
疾患の重症度/切迫性/予後

患者の思い/価値観/大事にしてる目標

治療選択肢

患者の精神状態

家族



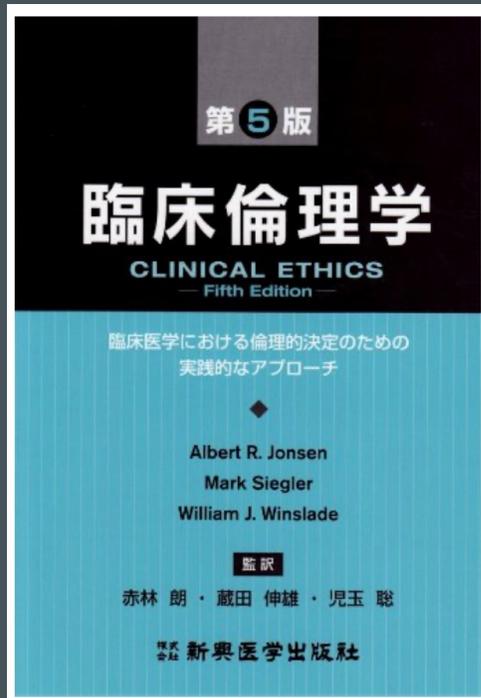
家族-患者間の関係性

- 家族員それぞれの思い
- 家族員間関係性/協力体制

資源・環境

- 使える医療制度/ソーシャル・サポート
- 院内のルール (面会含む)

ケース・ アプローチ



ケース・アプローチとしての四分割法

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

Jonsenらは、『自分達の方法は症例（文脈/状況）と密接に結びつき、抽象的な原則や理論とはゆるやかに結びついている』と述べている。

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？

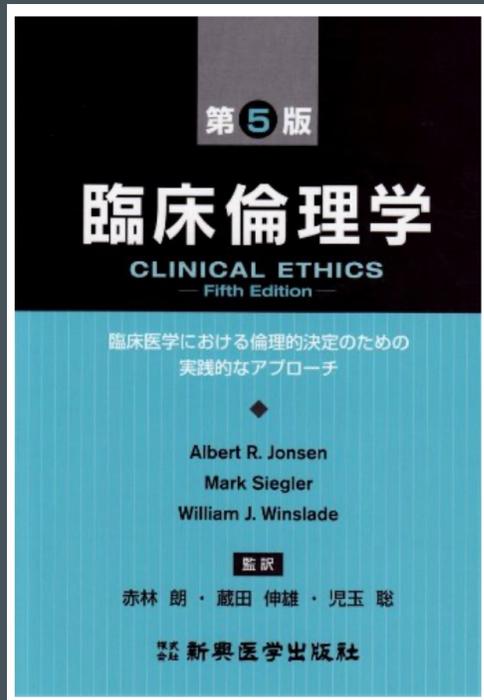
③QOL（善行・無危害・自律尊重原則）

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？

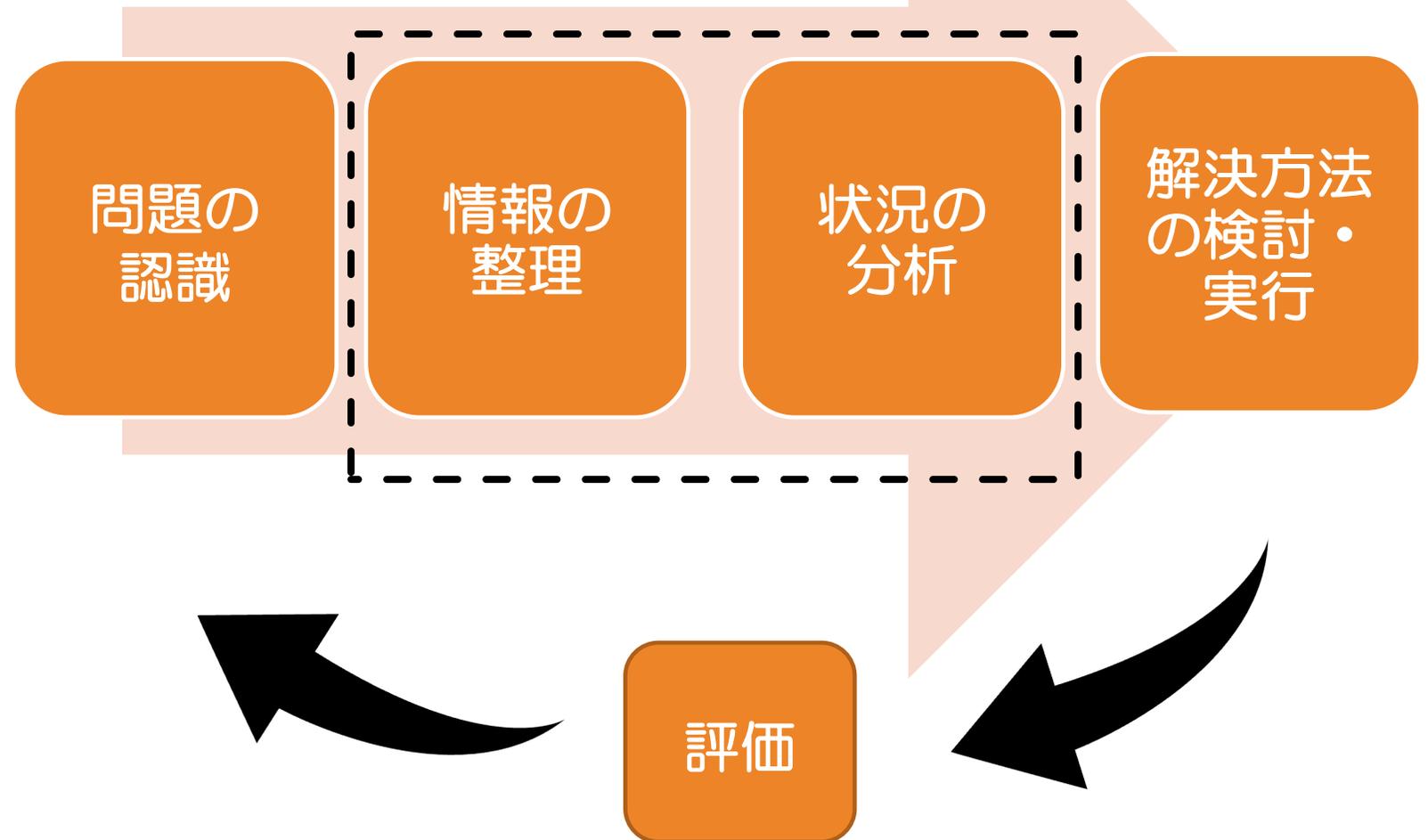
④周囲の状況（正義・公正）

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？

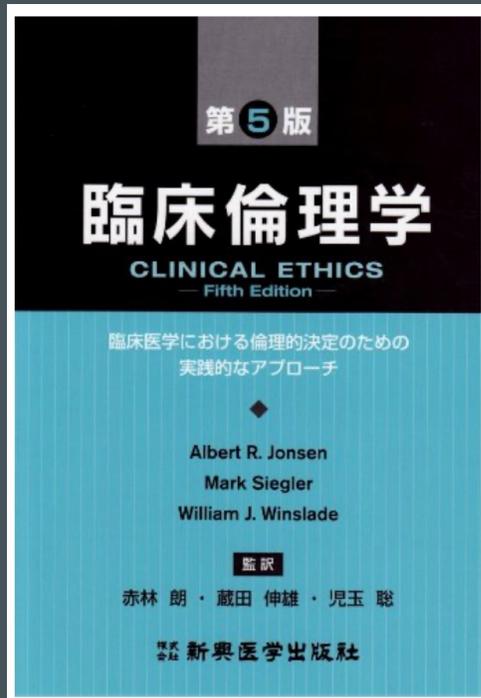
ケース・アプローチ



ケース・アプローチの 手順

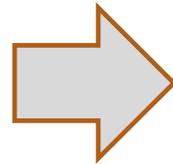


ケース・ アプローチ



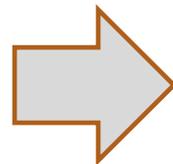
四分割法の限界

- 情報の整理に際して、『時間（あるいはプロセス）』が反映されにくい。



医学的適応は変動するし、患者の意向も変わる場合がある。そのため、情報は適宜、追加・修正していく必要がある。

- 今後どうしていくべきかという指針を示す力が弱い。



倫理的課題の解決に向け、多職種で意見を出し合い、解決策を見出す必要がある。

②言葉の解釈に違いがないか注意する



- 特に、告知などBad Newsを含む内容が説明されるとき、患者や家族には強い感情が生じる
- 医療者間でも認識が統一できていない言葉が使われている



医療者-患者・家族、医療者間で言葉の解釈が異なる場合がある

解釈の違いを 生みやすい言葉

- 『延命』 :
 - <患者>
治る見込みが十分にある中での一時的な挿管・人工呼吸管理
 - <医療者>
医療者は無益な状況下での心肺蘇生
- 『DNAR』 :
 - <医療者間>
 - ・DNARだから、積極的な治療は何もしないんでしょ？
 - ・DNARだから、心肺停止時にCPRをしないんでしょ？

例えば、QOLに関する議論

③『事実』と『価値判断』を区別する



『価値判断』を『事実』と誤認して情報整理や議論を進めると、患者にとっては価値の押し付けになってしまう

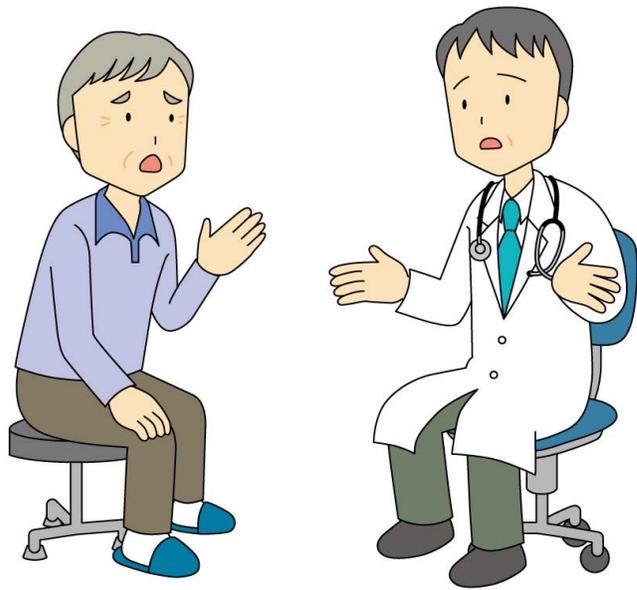
【事実】

ベッド上で寝たきりの患者。ADLは全介助。身振り手振りでコミュニケーションは可能。

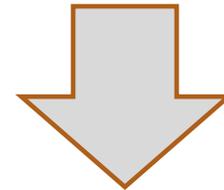
【価値判断】

- 医療者：
寝たきりでADLが全介助なので、QOLは悪い。
- 患者：
ADLは全介助だが、様々な人に支えられていることを実感し、意思疎通も可能であり、QOLは悪くない。
- 家族：
排泄が自分でできず、QOLは悪い。

④患者・家族の発言の背景にある真意を探る



- 患者：
『延命はしたくない』『化学療法をどうしても続けたい』など
- 家族：
『すべてやってください。お願いします。』など



発言や行動の裏には、価値観、価値観を反映した理由がある。この『理由の来歴』を把握することで、患者・家族の真意がわかる。

情報整理・議論（カンファレンス）を 展開する上での注意点

- なるべく多くの情報を収集・記載する
- 多職種がお互いの考えを尊重しながら、情報・意見を出し合う



PART II. 治療・ケアを患者さんが拒否しているけど、
これは患者さんのためになっているの？

事例

患者：A氏、80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。

STEP1：問題の認識

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…？

『モヤモヤ』や『違和感』がある場合には、まず立ち止まる。このような違和感は、何らかの倫理的課題に直面しているサインであると考え、その違和感の根拠を探ってみる。

STEP2：情報の整理

～ポイント～

- * 『情報が不足している』 『情報に誤りがある』 場合、不適切な倫理的意思決定に繋がる危険性がある。そのため、より多くの正確な情報を集めることが重要である。
- * 『事実』 と 『価値判断』 をきちんと分ける。

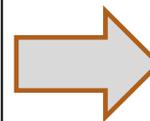
- 高齢者には席を譲るべきだ
- 困っている人がいれば助けるべきだ

倫理的姿勢



- 高齢者が辛そうな表情をしている
- 次の駅までは1分しかない

情報・状況



- 高齢者に声をかけて席を譲る
- 席を譲らない

倫理的意思決定

STEP2：情報の整理 - ① 『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

- 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 / 治療が奏功しない場合の計画
- 今後検討中、あるいは進行中の治療・ケアから、患者は全体としてどのくらい利益を得られるのか

●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】ARDSにまで至らなければ、**ベースラインの呼吸状態に戻る見込みは十分にある**

予後予測ツールがあれば、
それを使用した方が良い

●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。

STEP2：情報の整理 - ② 『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/患者の価値観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

STEP2：情報の整理 - ②『患者の意向』

意思決定能力はどうやって評価する？

情報の理解

状況の認識

これらの要素が100%維持できていることが必須ではない



論理的思考
(比較考量)

選択の表明

限られた意思決定能力の中で、
どう患者の意向を汲み取って
いくかを考えることが大事

●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。

STEP2：情報の整理 - ③『QOL』

Key Point

『QOL』は医学的適応や患者の意向に影響を与える
『QOL』の評価は、**患者-家族-医療者間で異なる**

- 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
- 患者が捉えるQOL / 医療者が捉える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

●患者が捉えるQOL / 医療者が捉えるQOL

• 医療者が考える現在のQOLと今後のQOL：

A氏は呼吸状態の悪化により安静度制限や食事制限もあるので、医療者は『現在のQOLは悪い』と考えている。また、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。

• 患者が考える現在のQOLと今後のQOL：

*患者が現在と今後のQOLをどう捉えているかは不明：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。

STEP2：情報の整理 - ④『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『制約』である
- * 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
- 医療者の考え
- 病院の決まり (院内・部署内のルール)
- 事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

●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。」

発言をそのまま記載する。記載者が勝手に解釈した内容にしない。

●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

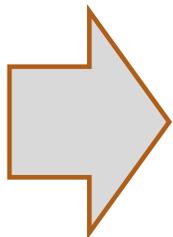
当院：『医療行為における合意形成および同意取得に関する基本方針』

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』

STEP2：情報の整理 - 多職種で情報を出し合う

ポイント：不足情報を多職種で補っていく

- ◎ **患者の治療目標** … 担当看護師、MSW、外来看護師、主治医
- ◎ 『**管を入れたくない**』という発言の裏にある背景
… 担当看護師、主治医
- ◎ **患者が大切にしてきたこと/価値観**
… 担当看護師、MSW、外来看護師、主治医、理学療法士



もし不足情報が多職種で話しても得られない場合、誰が、いつ、どのように収集していくのか、明確にしておく。

STEP3：状況の分析

◎倫理的課題のタイプは？

倫理的ジレンマ？原則や権利の侵害？道徳的苦悩？

◎関係者の意見や考え、価値観は明らかにされているか？



追加情報をふまえ、倫理的課題を生じさせている問題点を抽出する

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】ARDSにまで至らなければ、**ベースラインの呼吸状態に戻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**。完治を目標とする。

デメリット：挿管・人工呼吸管理に伴う**挿管チューブによる窒息性もある**。

●医学的無益性の有無

治療に対する適応性が**十分に保たれている**。また、**患者の意思決定能力が十分に保たれている**。また、**医学的無益性のある状況になる**。

患者にとって利益が大きい治療をすべきだ：善行原則

●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

●患者が捉えるQOL / 医療者が捉えるQOL

・医療者が考える現在のQOLと今後のQOL：

A氏は呼吸状態の悪化により安静度制限や食事制限もあるので、医療者は『現在のQOLは悪い』と考えている。また、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。

・患者が考える現在のQOLと今後のQOL：

*患者が現在と今後のQOLをどう捉えているかは不明：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

患者が同意しない状況では治療を進めることができない、患者の意思は尊重すべきだ：自律尊重原則

●代理意思決定

A氏は意識清明

A氏には長年連

ではない。

●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

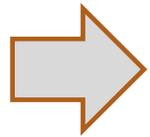
当院：『**医療行為における合意形成および同意取得に関する基本方針**』

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**』

STEP3：状況の分析

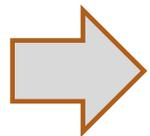
◎倫理的課題のタイプは？

倫理的ジレンマ？原則が阻害されている？道徳的苦悩？



倫理的ジレンマ
(善行原則vs自律尊重原則)

◎関係者の意見や考え、価値観は明らかにされているか？



一番重要な、A氏の価値観が明らかにされていない。『管を入れたくない』という発言の裏にある価値観の把握が重要かもしれない。

STEP3：状況の分析 - 不足情報の共有

◎患者の治療目標

… 妻も高齢なので、できれば生活上自分のことは自分でできるようにしたい。

◎『管を入れたくない』という発言の裏にある背景

… A氏には無くなった弟がいた。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に死ぬのは嫌だ、と考えていた。

◎患者が大切にしてきたこと/価値観

… 『自分のことは自分でやる』ということを徹底してきた。近所の友人と雑談し、週1回お酒を飲むことを楽しみに過ごしてきた。

STEP3：状況の分析

- 追加情報をふまえた上での問題点の抽出 -

- ◎自分で自分のことができなくなること、他者と話せずに最期を迎えることは、A氏にとって悪いQOLなのではないか？
- ◎弟が罹患した間質性肺炎と、今回の誤嚥性肺炎を『肺炎』という括りで同じものとして解釈しているのではないか？

STEP4：解決策の検討・実行

◎主治医

- … 間質性肺炎と誤嚥性肺炎の違いについて十分に説明し、現時点で多職種で検討した結果、挿管・人工呼吸管理がもたらす利益は高いこと、抜管・人工呼吸器離脱ができる可能性は高いことを説明する。
(あくまで一時的であることを強調する)

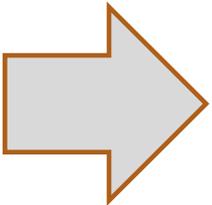
◎看護師

- … 医師の説明を受け、どう感じたかをA氏に尋ねる。A氏が感じたこと、思っていることを尊重し、A氏がどのような決定をしても、それを尊重することを伝える。
挿管・人工呼吸管理をする決定をした場合、十分な鎮痛管理をすること、早期に離脱・抜管できるように多職種で連携し尽力する旨も伝える。

STEP5：評価

倫理的課題のタイプは原則vs原則の『倫理的ジレンマ』
→アウトカムは倫理的ジレンマの解消

主治医から、間質性肺炎と今回の誤嚥性肺炎の違いを十分に説明され、A氏は『弟のときとは違うんですね。一時的なのであれば、わかりました。人工呼吸をお願いします。ただ、治らないのがわかった場合、延命はしたくありません。』と話された。



A氏は自身の意思で挿管・人工呼吸管理に同意し、善行原則vs自律尊重原則という倫理的ジレンマは解消された。
* 今後は、A氏の言う『延命はしたくない』という意思も考慮し、治療効果を含めた進捗状況を多職種で共有し、予防倫理に努めていく必要がある。



PART Ⅲ. 利益の無い治療・ケアを患者さんや家族が
求めているけど、これは患者さんのためなの？

事例

B氏(58歳 男性)は1年半前に肺がんの診断を受けた。その際に肝臓への転移と胸水貯留を認めたことから、手術の適応とはならず、薬物治療を受けることになった。これまでに数パターンの薬物療法を受け、悪心・嘔吐、下痢、腎障害、口内炎といった多くの副作用を経験した。しかし、十分な治療効果は得られず、がんは徐々に進行した。呼吸困難・倦怠感があり、激しい活動を制限しているが、身の周りのことはすべて自分で行っており、仕事も続けている。

主治医のC医師は、もはや治療効果を期待できる薬剤はなく、新たな薬物療法の実施はリスクが大きく、B氏の身体に深刻なダメージを与えると評価した。そして、これまでの診療経験からB氏の余命は2ヶ月程度と予想した。カンファレンスでは、同僚の医師も同じような意見を述べた。C医師はAさんに対し、これらのことについてしっかりと告知し、積極的な治療ではなく緩和医療を治療の主体にするようにすすめることにした。看護師もC医師と同様の意見であり、C医師の考えは間違っていないと思った。

事例 続き

B氏は現在、妻と二人暮らしで、二人の子どもは同じ町に住んでいる。家族関係は良好であった。今回も家族の全員がB医師からの病状説明に参加した。B氏の近頃の体調がすぐれないことから、妻と子どもたちはB氏に負担の大きな治療を受けて欲しくはなかった。

C医師は、B氏に対して、がんが進行していること、期待される治療効果をもつ薬物治療はないこと、これまでに投与した薬剤が効く可能性は極めて低いこと、次の薬物治療では負担と苦痛が予想される利益を上回ることを告知した。そして、十分な緩和医療を受け、苦痛が少ない生活を送ることを最善の選択肢として提案した。

しかしB氏は、「病状については良くわかりましたが、薬が効いてがんが小さくなる可能性がないわけではありません。まだやりたいこともあります。死にたくはないし、あきらめたくもありません。」と述べ、再度の化学療法を強く要求した。妻と子どもたちはB氏に再考を促そうと考えたが、躊躇した。

STEP1：問題の認識

医師・看護師：

これ以上化学療法を続けることはリスクが高く、B氏の利益にならない。
しかし、B氏は化学療法を続けることを強く望んでいる。B氏の希望通り、
化学療法を続けるべきなのだろうか？

C医師・看護師共に、モヤモヤした気持ちを抱えており、
このまま化学療法を続けることがB氏のためになるのかどうか、
疑問に思っている。

STEP2：情報の整理 -医学的適応-

●患者の診断(既往歴含む)と予後

診断名：肺小細胞癌、転移性肝臓癌

予後：【生命予後】**生命予後は数ヶ月（2ヶ月程度）**

【機能予後】肝不全は徐々に進行し、数週単位で悪化していくと予想される

●治療・ケアの目標

医療者の目標：B氏にとって侵襲を与えるこれ以上の化学療法はせず、苦痛緩和を図る。

患者・家族にとっての目標：『**やりたいことがある**』と話していたが、具体的な内容は不明。*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：さらなる化学療法の実施

メリット：『やりたいこと』の内容にもよるが、『化学療法を続けたい』というB氏の意思に沿うことができる

デメリット：副作用（悪心・嘔吐、下痢、腎障害、口内炎など）により、ADL・QOLが低下する、副作用が強くなることで、生命予後を短縮させてしまう

●医学的無益性の有無 / 治療が奏功しない場合の計画

これ以上治療効果を期待できる薬物療法はなく、さらなる薬物療法は**生理学的に無益**である。また、B氏にとっての『やりたいこと』の内容にもよるが、薬物療法を続けることで生命予後が逆に短縮し、『やりたいこと』ができなくなるの危険性もあり、**質的にも無益**と言える状況かもしれない。

●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

上記より、さらなる薬物療法はB氏に利益をもたらさない。

STEP2：情報の整理 -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)

「病状については良くわかりましたが、薬が効いてがんが小さくなる可能性がないわけではありません。
まだやりたいこともあります。死にたくはないし、あきらめたくもありません。」

●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

B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。
B氏には同居している妻がおり、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

B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。

STEP2：情報の整理 -QOL-

●患者が捉えるQOL / 医療者が捉えるQOL

• 医療者が考える現在のQOLと今後のQOL：

呼吸困難・倦怠感があり、激しい活動を制限しているが、身の周りのことはすべて自分で行っており、仕事も続けているので、現在のQOLは悪くない。しかし、化学療法で副作用が強く出れば、QOLは低下してしまう。

• 患者が考える現在のQOLと今後のQOL：

*** 患者が現在と今後のQOLをどう捉えているかは不明：不足情報**

●QOL評価に影響を及ぼす医療者の偏見

余命が数ヶ月であること、薬物療法の治療効果が見られないこと

●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

前回の化学療法では、悪心・嘔吐、下痢、腎障害、口内炎が生じており、薬物療法を継続することで、これらの副作用が再度強く出ることが予測される。肝臓癌に伴う腹水貯留から、倦怠感、呼吸困難も生じている。

*** 今後、どのようにこれらの症状緩和をしていくのか、具体的な計画は現段階ではない：不足情報**

●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

『やりたいこと』が何を示すかは不明だが、治療効果が得られない状況でのさらなる薬物療法の実施は、B氏に強い副作用を誘発してしまい、QOLを悪化させる危険性が高い。

STEP2：情報の整理 - 周囲の状況 -

● 家族等の思い（推定意思是「患者の意向」へ）

妻・長女・次女：B氏に負担の大きな治療をして欲しくない。

● 治療中・後の家族等に生じる負担

B氏が入院したことで、妻は家のことを1人で行っており、負担は増加している。
一方で、近隣に住んでいる長女が妻の生活を手伝っている。

● ソーシャル・サポートの活用状況

高額医療費制度を活用している

● 医療者の考え

がんが進行していること、期待される治療効果をもつ薬物治療はないこと、これまでに投与した薬剤が効く可能性は極めて低いこと、次の薬物治療では負担と苦痛が予想される利益を上回る。緩和医療を受け、苦痛が少ない生活を送ることが最善の選択肢である。

● 病院の決まり(院内・部署内のルール)

面会制限があり、病状説明のときのみ、妻・長女・次女が15分面会している。

● 事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

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：肺癌、肝転移

予後：【生命】**生命予後は数ヶ月(2ヶ月程度)**

【機能】肝不全は徐々に進行し、数週単位で悪化していくと予想される

●治療・ケアの目標

医療者の目標：B氏にとって侵襲を与えるこれ以上の化学療法はせず、苦痛緩和を図る

B氏にとっての目標：『**やりたいことがある**』と話していたが、具体的な内容は不明。

***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：さらなる化学療法の実施

メリット：『やりたいこと』の内容にもよるが、『化学療法を続けたい』というB氏の意味に沿うことができる

デメリット：副作用(悪心・嘔吐、下痢、腎障害、口内炎など)により、ADL・QOLが低下する、副作用が強くなることで、生命予後を短縮させてしまう

●医学的無益性の有無 / 治療が奏功しない場合の計画

これ以上治療効果を期待できる薬物療法はなく、さらなる薬物療法は**生理学的に無益**である。

また、B氏にとっての『やりたいこと』の内容にもよるが、薬物療法を続けることで生命予後が逆に短縮し、『やりたいこと』ができなくなるの危険性もあり、**質的にも無益**と言える状況かもしれない。

●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

上記より、さらなる薬物療法はB氏に利益をもたらさない。

③QOL

●患者が捉えるQOL / 医療者が捉えるQOL

・医療者が考える現在のQOLと今後のQOL：

呼吸困難・倦怠感があり、激しい活動を制限しているが、身の周りのことはすべて自分でしており、仕事も続けているので、現在のQOLは悪くない。しかし、化学療法で副作用が強く出れば、QOLは低下してしまう。

・患者が考える現在のQOLと今後のQOL：

***患者が現在と今後のQOLを**

●QOL評価に影響を及ぼす医療者

余命が数ヶ月であること、薬物

●治療に伴い生じる患者の苦痛・

前回の化学療法では、悪心・嘔吐

で、これらの副作用が再度強く

困難も生じている。

***今後、どのようにこれらの症状緩和をしていくのか、具体的な計画は現段階ではない：不足情報**

●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

『やりたいこと』が何を示すかは不明だが、治療効果が得られない状況でのさらなる薬物療法の実施は、B氏に強い副作用を誘発してしまい、QOLを悪化させる危険性が高い。

患者にとって害のある治療・
ケアは避けるべきだ：
無危害原則

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)

「病状については良くわかりましたが、薬が効いてがんが小さくなる可能性がないわけではありません。**まだやりたいこともあります。死にたくはないし、あきらめたくもありません。**」

●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

B氏は意識

B氏には同

薬物療法を続けたいという患者の
意思を尊重すべきだ：
自律尊重原則

患者は現時点ではない。

である。

●家族が考える

B氏は意識

考慮する必要はない。

④周囲の状況

●家族等の思い(推定意思是「患者の意向」へ)

妻・長女・次女：B氏に負担の大きな治療をして欲しくない。

●治療中・後の家族等に生じる負担

B氏が入院したことで、妻は家のことを1人で行っており、負担は増加している。

一方で、近隣に住んでいる長女が妻の生活を手伝っている。

●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

疾患が進行していること、期待される治療効果をもつ薬物治療はないこと、これまでに投与した薬剤が効く可能性は極めて低いこと、次の薬物治療では負担と苦痛が予想される利益を上回る。緩和医療を受け、苦痛が少ない生活を送ることが最善の選択肢である。

●病院の決まり(院内・部署内のルール)

面会制限があり、病状説明のときのみ、妻・長女・次女が15分面会している。

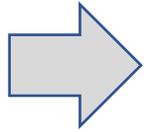
●事例に適用されるガイドライン等の推奨/法律

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』

STEP3：状況の分析

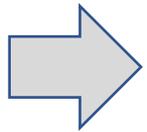
◎倫理的問題のタイプは？

倫理的ジレンマ？原則が阻害されている？道徳的苦悩？



倫理的ジレンマ
(無危害原則vs自律尊重原則)

◎関係者の意見や考え、価値観は明らかにされているか？



一番重要な、B氏の価値観が明らかにされていない。
『やりたいことがある』『化学療法を続けたい』
という発言の裏にある価値観は？

STEP3：状況の分析 - 不足情報の収集

◎患者の治療目標・『やりたいことがある』という発言の裏にある背景

… 大事なサッカー部の大会が1ヶ月後に控えており、生徒と一緒に大会に高い

◎患者が大切にしてきたこと/価値観

… Aさんは高校の教諭で、明るい人柄と興味深い授業内容から、生徒から人気があった。また、サッカー部の顧問であり、若いころには選手として活躍していた。高い指導力と地区大会における過去の優勝実績から、多くの部員の支持を集めている。部員と一緒にグラウンドに立ち、練習を見守ることはAさんの重要な日課である。

STEP3：状況の分析

－ 新たに入手した情報から考えられること

- ◎B氏にとって、生徒と一緒にサッカーの大会に出ることは非常に重要な目標である。
- ◎しかし、化学療法を続けることで、副作用が強く出てしまい、大会に出れなくなる危険性が高い。

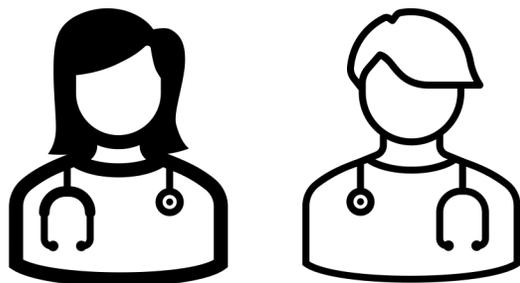
STEP4：解決策の検討・実行

◎主治医

… B氏の目標が明らかになったところで、目標と照らし合わせて、化学療法実施について、B氏ともう一度話し合う。

◎看護師

… 前回の辛い化学療法を体験してもなお、再度化学療法を受けようとしていたB氏を労う。そして、主治医の上記対応の後、B氏の思いを傾聴する。重要な発言をキャッチし、医療者間で共有していく。

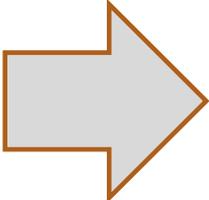


もう一度化学療法を実施すると、副作用が強くなり、1ヶ月後の試合には出れなくなってしまいます。Bさんの目標を達成するためには、症状を和らげる治療を中心にした方が良くと私たち医療者は考えています。Bさんの考えを聞かせてもらってもいいですか？

STEP5：評価

倫理的課題のタイプは原則vs原則の『倫理的ジレンマ』
→アウトカムは倫理的ジレンマの解消

主治医・看護師と共に、目標に沿って今後の治療内容をB氏と共に検討し、B氏は化学療法を受けず、症状緩和中心の治療・ケアを受けることに同意した。家族もB氏的意思決定に安堵した。

- 
- * 無危害原則vs自律尊重原則 という倫理的ジレンマは解消された。
 - * B氏の目標達成に向け、症状緩和に関する治療計画を多職種で検討していくことが今後の課題である。

まとめ

- 倫理的課題には、倫理的ジレンマ（原則vs原則 / 価値vs価値）、原則や権利の侵害、道徳的苦悩が挙げられる。
- 臨床倫理を展開する上でのコツは、①臨床倫理ツールを活用してみる、②言葉の解釈に違いがないか注意する、③『事実』と『価値判断』を区別する、④患者・家族の発言の裏にある真意を探る、である。
- ケース・アプローチの手順は、STEP1：問題の認識、STEP2：情報の整理、STEP3：分析、STEP4：解決方法の検討・実行、STEP5：評価、である。
- 四分割法は、情報の整理に役立つが、今後どうしていくべきかという指針を示すのが弱いので、多職種で解決策を検討していく必要がある。適切で、なるべく多くの情報が必要である。

参考・引用文献一覧

- アステラ, V. キャンベル (2014); 山本圭一郎, 中澤栄輔, 瀧本禎之, 他 編著 (2016). 『生命倫理学とは何か：入門から最先端へ』, 第1版, 勁草書房.
- Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade (2002); 赤林朗, 蔵田伸雄, 児玉聡 編著 (2006). 『臨床倫理学 臨床医学における倫理的決定のためのアプローチ』, 第5版, 新興医学出版社.
- 圓増 文 (2017). ディレンマ解決の取り組みにおける原則アプローチの意義について：臨床倫理の視点から, 応用倫理, 10, 1-16.
- 福井次夫, 浅井篤, 大西基喜. (2003). 『臨床倫理学入門』, 第1版, 医学書院.
- 服部健司 (2015). 臨床倫理学における対話の意味, 生命倫理, 25 (1), 22-29.
- 服部健司 (2011). 臨床倫理学におけるカズイストリの可能性, 生命倫理, 21(1), 52-60.
- 稲葉一人 (2015). 臨床倫理問題を臨床の現場で対話する (前編), 心身医, 55 (5), 390-397.
- 堂園俊彦 編著 (2019). 『倫理コンサルテーションハンドブック』, 第1版, 医歯薬出版株式会社.
- 堂園俊彦, 竹下啓 編著 (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.
- 日本臨床倫理学会 (2020). 『臨床倫理入門Ⅱ 各科領域の臨床倫理』, 第1版, へるす出版.
- 宮坂道夫 (2016). 『医療倫理学の方法 原則・ナラティブ・手順』, 第3版, 医学書院.
- Olsen D.P., 田中恵美子 訳 (2013). 倫理的意思決定：原則と関係性, 日本看護倫理学会誌, 5 (1), 84-102.
- 櫻井浩子, 加藤太喜子, 加部一彦 (2016). 『「医学的無益性」の生命倫理』, 第1版, 山代印刷出版部.