

## 序言

医療における適切なインフォームド・コンセント、自己決定権の尊重、情報開示など、患者の人権を重視した医療が問われるようになって久しい。実際の医療現場では、今もなお医療との関連で発生する社会的問題や医療者の業務責任、医療における倫理的、道義的問題など十分な人権への配慮がなされているとは言いがたい。

このような状況の中、救急医療領域では、状況が複雑なために生じる倫理的側面が多く、看護者は看護実践の倫理を重視してケアすることが重要な課題となっている。あらゆる看護場面に存在する倫理問題の相談・調整を担う看護者は、倫理的側面をどのようにとらえ、また、患者・家族等の擁護者として役割を担いながらどうケアの実践に関わるのかなどについて明らかにする必要がある。

「救急医療領域における看護倫理」ガイドライン(以下、本ガイドラインとする)では、様々な現象の中で、何がどう倫理的問題であるのかなど、どのように倫理的課題を模索するのか、また看護ケアの倫理などについて、実践者である看護者が考えなければならない基本的な考え方を示した。

### 1. 「救急医療領域における看護倫理」ガイドラインの意義

救急医療現場の医療倫理は解決が困難なものが多いといわれている。そのような状況がなぜ生じるのかを考えなければならない。本ガイドラインは、救急医療を受ける患者の特性とはどのようなことを理解し、「何を拠り所に倫理的課題を考え解決するのか」など、ケア倫理に則った看護実践が展開できる考え方の基盤となる。

## ケア倫理

1. アドボカシー：患者・家族の権利を守るために積極的に支援する
2. 責任責務：看護上の法的責任を果たすことで、援助を求めている患者を受容して、患者の要求に応えようとしたかどうかを知る
3. ケアリング：患者・家族がどのような世界を経験しているかについて関心を示すこと、相手を理解する
4. 協力：看護ケアのプログラムを計画する上で、他の人々とともに積極的に参加し、強調し助け合う  
ケアの倫理は「原則」や「義務」や「権利」ではなく、関係性を重視する  
ICN看護師の倫理綱領参照

### 2. 倫理的問題に対する救急看護師の基本姿勢

- 1) 高齢者や疾患構造の複雑化などから、必ずしも病気・病態による発症とは限らず、それらに続発する疾患や潜在する病気の顕在化などにより、急激に「死」に至ることも少なくない患者に対し、常に人の命・尊厳の尊重を判断基準として、患者・家族等の権利を擁護することを救急看護師の基本姿勢とする
- 2) 「人格や価値観が尊重され、医療提供者との相互の協力関係のもとで良質な医療を公平に受け取ることができる」患者の権利を基盤に、関係者と最善の努力を行なう
- 3) 患者の権利を擁護し、中立的立場で患者・家族等が必要とする情報を提供するとともに、患者・家族等の心情や心理的变化を受け止める
- 4) 救急看護を実践する看護者は、ケア倫理を理解し倫理的感受性を大切にして看護を展開する。そのために、倫理的問題を認識し実践的対策を立てることができるよう倫理的意思決定能力を養う
- 5) 倫理が問われる場合には、何らかの『ジレンマ』がある。その時には、社会的規範に従い「何をすべきか」「何が正しいのか」正当化の根拠を示す。答えが出ない場合には、その理由を考える

### 3. 看護倫理の実践への活用

看護倫理の実践への活用は、以下の救急患者の特性や救急患者に生じる問題を理解し看護を展開することが求められる。

1) 救急患者の特性を理解する

- (1) 本人が意識障害、あるいは鎮静によって本人の意思の確認ができない
- (2) 本人の意思決定が家族や保護者等、医療者にゆだねられやすい
- (3) 治療選択など、意思決定に時間的余裕がない

2) 救急患者に生じる倫理的問題を理解する

- (1) 本人に意識障害があり、意思決定ができないために十分な時間をかけた上での「自己決定」を基本にした通常のインフォームド・コンセントが成立しない
- (2) 本人に意識障害がある、あるいは意思決定ができない患者の場合には、家族等の代諾を得ることになる。しかし、突然の出来事により家族間等での意思決定が困難である
- (3) 緊急の治療を要するが、患者に重い障害（植物状態を含む）が残る場合や救命率が低い場合には、患者の負担が大きく家族等が治療を拒否することがある
- (4) ターミナル期など、本人が尊厳死を希望し救命治療を拒否することがある
- (5) 死を望み自殺企図や自傷行為を繰り返す患者の場合（何らかの精神障害がある場合も含む）、本人と医療者との間で治療選択に関する意見が対立することがある
- (6) 虐待、ドメスティックバイオレンスや事件性が疑われる場合には、第三者（警察やマスコミ関係者）が介入することが多い。本人のプライバシーに立ち入り、その方法・保障は施設にまかされている
- (7) 脳死患者・家族等では、臓器提供、移植医療に伴う諸問題を抱えている

3) 患者・家族等への関わり上の留意点

- (1) 本人や家族等の価値観を尊重し、個々の患者の病態や背景に見合った最善の看護を提供する
- (2) 暗黙の同意とパターンリズムに陥らないよう、患者・家族等が治療などについて、十分な、インフォームド・コンセントのもと、自らの意思で治療を決定する権利を行使できるように介入する
- (3) 養育遺棄や虐待が疑われる場合や暴力、自傷（自殺企図等）、他傷、業務上過失、犯罪など、社会的個人的背景に根ざした場合の患者には、第三者（警察やマスコミ等）が介入することが多く、個人情報（及び情報資産）の管理を適正に行なう
- (4) 患者の所持品は、個人情報の視点からも適正に保管する

4) 患者・家族が生命予後や機能障害を認識することが困難な場合の対応

- (1) 時間的切迫性が著しく高い状況下で、突然の危機的状況に置かれた患者・家族の不安や苦痛・恐怖などの苦しみに対し、共感的態度で接する
- (2) 本人および家族に悪い知らせを伝える時、医療者間で十分に情報を共有し、患者・家族が現状を理解でき、意志決定のプロセスを辿ることができるようにかかわる
- (3) 人権や自己決定権が最大に尊重され、医療行為に協力できるようインフォームド・コンセントを実施する

5) 患者に意識障害がある場合の対応

疾患による意識障害、認知力の低下、小児・乳幼児、または鎮静薬使用中（不安・興奮の強い患者、人工呼吸器装着中等）の患者

- (1) 本人の身元を特定する
- (2) 本人の書面による意思表示（尊厳死、臓器提供等）を確認する
- (3) 本人の意思尊重のために、入院前の本人の意思確認が可能か、家族の承諾によって決定可能か、成年後見人の承諾によって可能かなどの確認を行なう
- (4) 家族等が意思決定を行なう場合、家族等が患者の病状について十分理解し受容していることを確認したうえで家族等が意思決定できるようにかかわる
- (5) 一時的な意思決定能力低下がある患者の場合には、事後に必ずインフォームド・コンセントを実施する

## 参考文献

- 1) 「ICN看護者の倫理綱領」：2005年国際看護婦協会（ICN），翻訳日本看護協会）
- 2) メディカ出版：エマージェンシー・ナーシング，救急医療で直面する倫理的問題，2004．
- 3) 宮岡等・久村正樹：救急現場における臨床倫理，エマージェンシー・ケア，メディカ出版，2006，51-54．
- 4) 内布敦子：看護界における倫理（看護倫理）の動向，大阪大学大学院医学系研究科医の倫理学教室オンライン版，2006．Mm
- 5) 社団法人日本看護協会：インターナショナルナーシングレビュー，研究におけるモラルと倫理，1997．
- 6) 厚生労働省：臨床研究に関する倫理指針，2004．

## 資料（事例）

### 1．DNAR（救命の可能性がない患者で、癌末期患者を含む）事例

#### 事例紹介

高齢の患者がCPAOAで来院。救急隊の情報では、通院中の病院はあったものの患者受け入れを断られたとのことであった。救命救急センターは初診であった。CPR実施中に家族と連絡が取れ、状況を簡潔に伝えた後至急来院してもらった。その後、他の病院で末期がんを宣告され一時帰宅をしていたことがわかった。家族が来院した頃には心拍が再開していたが、人工呼吸器管理下で昏睡状態であった。家族から本人のDNARの意思を伝えられたが、すでに蘇生された状況で治療を中止することはできないと医師から伝えられた。家族が困惑したため看護師が介入した。

#### 考え方

DNAR(do not attempt to resuscitate)とは、心肺蘇生術 CPR(cardio pulmonary resuscitation)を行わないという指示のことである。

蘇生を行わないという決定DNRは、

蘇生術が無益である（一時的に循環や呼吸を改善しても、患者のトータルな状態を改善しないあるいは苦痛だけを加える）という臨床上の判断

患者（あるいは患者の代理人）の意向

蘇生が成功した時の患者のQOLの3点を考慮してなされる。

（Jonsen: Clinical Ethics、日本語訳「臨床倫理学」より）

本事例においては、本人の意思が尊重できなかった結果になった。理想としては通院中の病院と連携を取り、本人家族の希望に沿う形で医療が継続されることが望ましいが、救急外来の時点ではインフォームド・コンセントを図り、看護師が家族に介入することが望まれる。

### 2．脳死および移植事例

#### 事例紹介

交通外傷で来院した30歳代男性。CPAOAで来院し一時的に蘇生したが、重度の脳損傷であった。身元確認のために所持品を確認したところ、免許証とともにドナーカードがあった。免許証から家族と連絡が取れ来院。入院して3日目、意識は回復せず脳死判定の実施について家族の意思を確認した。脳死判定に同意したが、本人のドナーカードの取り扱いについて家族間で意見が分かれていた。受け持ち看護師が介入し、家族との話し合いをもった結果、移植コーディネーターを呼ぶことに同意した。その後移植コーディネーターの介入によって、家族の意向に沿った提供方法が行われた。

#### 考え方

年間の脳死者の発生数は、3,000～4,000件と推定されている。社団法人日本臓器移植ネットワークによると1997年から2008年6月までの移植件数は1,695件である。脳死者の発生場所はほとんど（80%）が救命救急センターである（島崎修次「救急医学から見た脳死」より）。よって、救急現場に携わる看護師は移植問題に遭遇する可能性が高い。

救急臨床の場においては、患者・家族の意思を尊重し、他の医療関係者との調整を図ることが重要である。平成21年7月に「臓器の移植に関する法律」の一部が改正され、平成22年1月17日より順次施行される。改正によって「親族への優先提供の意思表示」が可能になる（厚生労働省 健康局疾病対策課臓器移植対策室）こともあり、移植コーディネーターへの速やかな連絡と引継ぎまでの慎重な対応が望まれる。

### 3．重度の障害がのこる事例

#### 事例紹介

80歳代男性。胸部大動脈瘤破裂で来院。既往に腎不全があり透析治療中であり、また脳内出血の後遺症で要介護認定1級を受けていた。担当医は大動脈瘤破裂に対して手術を実施することについてリスクを説明し、治療方針について選択を求めたが、本人は目を閉じたまま答えようとしなない。長男夫婦に確認したところ、本人の意思を尊重したいとのことであった。看護師が患者・家族に介入している間、医師の間で高リスクのため保存的治療の方針が決定された。

#### 考え方

患者、家族側の問題として、自己決定（自己責任）の概念があるかが問題になる。自己決定とは、自分で選択し、その理由を正しく説明でき、結果にも責任を持つという考え方である。実際は高齢者など自分で決められない人も多い。

患者が自分の意見を強く主張しないこともあり、特に救急場面においては身体的精神的危機的状況にあり、自己決定が曖昧になる。

家族の治療方針決定に対する影響力が大きい。その他、老人介護の問題、経済の問題など患者・家族の抱える問題を理解した上で介入することが望まれる。

### 4．親の宗教上の理由で小児への輸血を拒まれた事例

#### 事例紹介

8歳の少年が自転車走行中、軽自動車に接触し受傷。両親と一緒に救命救急センターに搬入された。診断では右大腿骨開放骨折と骨盤骨折、腹腔内出血を認めた。他に外傷は認めない。意識は清明、血圧は76/45 mmHg、HR146 回/min であった。来院時Hb10.4g/dlから輸液後Hb5.4 g/dlとなり血圧も徐々に低下した。直ちに輸血が必要であったが、一方の親が宗教上の理由で輸血を強く拒否している。

今後行う治療について話し、相対的無輸血について説明し同意を求めたが、両親は判断できないため、所属する宗教団体へ緊急に相談することを提案。結果、相対的無輸血に同意し治療が進められた。

#### 考え方

平成12年最高裁での宗教上の理由における輸血拒否問題判例では、絶対的無輸血（輸血以外に救命手段がない状態になっても輸血をしないこと）の合意は有効であることが示された。同時に相対的無輸血（輸血以外に救命手段がない事態になった場合は輸血をすること）を拒否された場合や、輸血拒否を明確に告げられており、およそその意思が変わることが期待し得ない場合においても、治療方針を治療開始前に十分説明する義務を果たす等の旨を遵守しなければならない。

これらは成人の事例を前提にしているが、子供の場合、アメリカやオーストラリア、ニュージーランドなど、いくつかの国のガイドラインでは、親の信仰を理由とする拒否は認められないとすることが多い。日本輸血・細胞学会は自己決定権の未熟さを理由に「15歳未満の患者には親が拒否しても輸血する」との指針案を示している（毎日新聞2007年7月1日）。

救急医療の現場で子供が輸血を必要とする場合は、交通事故など外傷に伴うケースが多い。家族に十分な説明をし、医療者・家族双方が納得できる結果を得る時間が限られるために、各施設においてガイドラインを作成されることが急務である。

#### 参考文献

- 1)山田卓生：宗教上の理由による輸血拒否，日本臨床麻酔学会誌，30(3)，2006.
- 2)東京都立病院倫理委員会報告：宗教上の理由による輸血拒否への対応について，東京都衛生局病院事業部，1995年9月1日.
- 3)阿部文明，野中明彦：エホバの承認に対する輸血に関する判決文精読による一考察，日本臨床麻酔学会誌，30(3)，2006.

平成19年9月30日 制定

平成21年11月18日 法人化により一部修正