

報 告

クリティカルケアにおける臨床倫理分析・調整ツール
ACTce-CCMの開発山勢博彰, 田戸朝美, 山本小奈実, 立野淳子¹⁾, 須田果穂, 佐伯京子²⁾

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)
小倉記念病院 看護部¹⁾ 北九州市小倉北区浅野3-2-1 (〒802-8555)
山口大学医学部附属病院 看護部²⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 臨床倫理, クリティカルケア, 問題志向型システム, ツール

和文抄録

我々は、クリティカルケアで看護師が活用する臨床倫理分析・調整ツールACTce-CCMを開発した。作成過程は、構成概念の設定とプロトタイプ版の作成、プロトタイプ版による架空事例への適用、フォーカスグループインタビューに基づく構成概念の明確化、倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査の4段階で実施した。完成したACTce-CCMは、情報整理とアセスメントの枠組み、問題の分析と統合、問題リスト、目標、ケアの実践と倫理調整で構成される。情報整理とアセスメントの枠組みは、病態と治療、QOLとQOD、患者の意思、家族の心理・社会的状況、医療チームの状況、周囲の状況の6つの枠組みがある。問題リストは、患者の問題、家族の問題、医療者の問題の3つがある。目標は、医療チームの目標、患者/家族にとって期待される成果の2である。ケアの実践と倫理調整は、患者への直接的ケア、家族への直接的ケア、医療チーム調整の3側面で構成される。

I. はじめに

クリティカルケアでは、突発的な事故や重篤な疾病、身体的侵襲の大きい手術などによって生命の危

機状況に陥っている対象に集中的なケアが実施される。生と死に直接対峙する現場では、心肺蘇生を施すか否かというDNAR (do not attempt resuscitation)、予期し得ない状況で訪れる突然死、脳死患者からの臓器提供、救えない命への終末期ケア、家族の代理意思決定、医療職が個々に抱く価値観の相違から生じる医療チーム内のコンフリクトなど、クリティカルケアではさまざまな倫理的問題が生じやすい¹⁾。

こうした倫理的問題を解決する方策として、関連学会より臨床倫理指針等が提唱されている。日本集中治療医学会による「集中治療に携わる医師の倫理綱領」(2005年)²⁾と「集中治療に携わる看護師の倫理綱領」(2011年)³⁾、日本集中治療医学会と日本救急医学会等による「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～」(2014年)⁴⁾、日本集中治療医学会の「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」(2011年)⁵⁾などがよく知られている。

しかしこうした指針等は、基本的方針を示すだけのものであって、臨床で生じる倫理的問題について、具体的なアセスメントや問題抽出方法を提供するものではない。そのため、臨床での実際の倫理的問題への対応は、個々の医療チームや看護師のアセスメントと判断に拠るものがほとんどで、実践レベルのケアまで導くことは困難である。また、クリティカルケアではCNS-FACE II⁶⁾などの既存のアセスメントツールや危

機モデルを用いて倫理的問題から派生する患者と家族の心理的問題を分析することはあるが、包括的な視点で倫理的問題そのものを分析し、解決策を実践することは十分とは言えない状況である。

そこで我々は、クリティカルケアで生じる倫理上の問題についてアセスメントし、問題志向型システムに沿って問題とケアプランを適切に導くことができる臨床倫理分析・調整ツールACTce-CCM (Analysis and Coordination Tools of Clinical Ethics in Critical Care Medicine)を開発した。

II. 方法

ACTce-CCMの作成は、既存の倫理分析方法と各指針の検討による構成概念の設定とプロトタイプ版の作成、プロトタイプ版による架空事例への適用、フォーカスグループインタビューに基づく構成概念の明確化、倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査の4段階で実施した。

1. 構成概念の設定とプロトタイプ版の作成

まず、現在臨床の場で実施されている既存の倫理分析方法⁷⁾に基づき、原則論、物語論、手順論の側面から構成概念を検討した。次に、関連学会の倫理と対応に関する指針について精査し、ACTce-CCMの構成概念を設定した。この概念構造に基づいてプロトタイプ版を作成した。

2. プロトタイプ版による架空事例への適用

倫理的問題がある紙上架空事例を作成し、プロトタイプ版による分析と計画立案までを研究者内で実施した。事例は、「慢性心不全の急性増悪の加療目的にて緊急入院した事例」、「急性心筋梗塞後に蘇生後脳症、DIC、多臓器障害を起こした事例」とした。各事例の情報を整理し、アセスメントである分析と統合、看護上の問題の抽出、医療チームの目標設定、ケア実践と倫理調整の看護計画を立案した。一連の作業により、情報整理上の漏れ、分析視点の不足、問題抽出と目標設定の難易性、ケア立案の簡便性などを検討した。

3. フォーカスグループインタビューに基づく構成概念の明確化

クリティカルケアで生じる倫理的問題とそれに対する看護師の倫理調整などの実際をフォーカスグループインタビューにて調査した。調査内容は、臨床

で経験した倫理的問題、その時の情報収集と整理方法、アセスメントの内容、目標設定、倫理調整とケアの実践とした。

対象者は、急性・重症患者看護専門看護師、救急看護/集中ケアのいずれかの認定看護師の資格を持つ看護師、看護系大学でクリティカルケア看護を専門とする教育研究者とした。インタビューは2つのグループに対して各1回行い、1グループ目は13名を対象に2017年11月に実施し、2グループ目は1グループとは異なる7名を対象に2018年3月に実施した。インタビュー時間は約80分で、進行役とファシリテーターは研究者が務めた。

インタビュー後に内容を分類整理し、その内容がACTce-CCMの構成概念に適合するかを研究者内で検討した。

4. 倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査

クリティカルケアで生じる倫理的問題とそれに対する看護師の倫理調整等の実際に関する質問紙調査を実施し、ACTce-CCMによってその倫理的問題が整理され、倫理調整等の対応が可能であるかを分析した。調査内容は、所属部署と経験年数の基本属性、倫理的問題の実際、問題分析上の困難と工夫、倫理調整の実際とし、自由記述で回答を求めた。対象は、日本看護協会の専門看護師登録者ホームページで急性・重症患者看護専門看護師であることを公表している216名。調査は2018年8月に実施し、質問紙を郵送して調査協力への同意が得られた場合に回答と返送をしてもらった。

5. 倫理的配慮

フォーカスグループインタビューと質問紙調査の実施にあたり、所属機関の研究倫理審査委員会から承認を受けた(管理番号498 & 524)。フォーカスグループインタビューでの発言者は匿名化し、質問紙調査は無記名調査として回答者個人が特定できないようにした。また、対応した事例が特定できる情報は収集せず、回答内容に含めないこととした。

III. 結果

1. 構成概念の設定とプロトタイプ版の作成

臨床倫理の原則論に基づく分析方法は、倫理原則に照らして問題整理や推論を行う方法である。医療倫理では、自律尊重、無危害、善行、正義の4原則⁸⁾

が知られている。また、看護実践の倫理原則には、4原則に誠実と忠誠を加えたものがある⁹⁾。これらの原則は共有と応用の利点があるものの具体的内容は無く、抽象的で複数の原則が対立する場合には不向きである。

物語論による分析は、患者や家族などの対象者の人生の文脈に置き換えて推論する方法である。「その患者にとって危害とは何か?」、「その家族にとっての正義とは何か?」など、患者と家族の視点で分析できるものの、一貫性のある客観的枠組みでのアセスメントは不可能で、短時間での分析ができないというデメリットがある。

手順論は、ある一定の手順に沿って検討できる方法で、臨床の場面で具体的に活用でき、規則や実際の判断または行動レベルで推論し、医療者側の実践を導くことができる。分析を医療者の作業手順に組み込むことが可能で、網羅的な情報整理ができる利点がある。代表的な方法がJonsenらの4分割法¹⁰⁾である。これは、医学的適応、患者の意向、Quality of Life (QOL)、周囲の状況の4区分で構成されている。

関連学会の倫理と対応に関する指針は、医療者の倫理綱領と生死に関わる倫理的問題が生じやすい終末期関連の指針を精査した。日本集中治療医学会による「集中治療に携わる医師の倫理綱領」、「集中治療に携わる看護師の倫理綱領」、日本救急看護学会の「救急看護師の倫理綱領」¹¹⁾は、医療者の基本的役割や基本的実践を謳ったものであり、様々な倫理調整が必要な場面での医療者の姿勢について言及されている。しかし、個々に生じる臨床事例に対する倫理分析や解決法を導くものではない。「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～」は、チーム医療の観点から終末期場面での具体的な対応がリストされているものの、臨床倫理全般を広く捉えるものではなく終末期に限定されている。日本集中治療医学会の「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」は、こころのケアの基盤となる5つの中核的要素（家族の権利擁護、家族の苦痛緩和、家族との信頼関係の維持、家族が患者の状況が理解できる情報提供、家族のケア提供場面への参加）を設定し、直接ケアを実践する直接的アプローチと、ケアに関連した管理・調整を主とした管理的アプローチの視点でリストされ、看護師によるケアに焦点化されてい

る。ただし、情報整理とアセスメントの区分は提示されていない。これらの指針は、作成するツールにそのまま活用できるものではないが、看護師による倫理調整等の実践の視点として重要であった。

以上の検討により、手順論による手法を採用し、情報の整理、分析と統合、問題のリスト、目標設定、ケアの実践と倫理調整で構成するプロトタイプ版を作成した。

情報整理は、Jonsenらの4区分で周囲の状況に入っている家族と医療チームの情報を別区分として設定し、QOLには死の質としてQuality of Death (QOD)を加えた。よって、「医学的適応」、「患者の意向」、「QOL/QOD (Quality of Death)」、「家族の心理・社会的状況」、「医療チームの状況」、「周囲の状況」の6区分とした。ケアの実践と倫理調整の枠組みは、「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」の中核的要素を取り入れ、「権利擁護」、「苦痛緩和」、「信頼関係の維持」、「情報提供」とした。

2. プロトタイプ版による架空事例への適用

慢性心不全の急性増悪の加療目的にて緊急入院した事例では、6区分の全てに情報が整理でき、分析視点の漏れは無かった。一方、「急性心筋梗塞後に蘇生後脳症、DIC、多臓器障害を起こした事例」では、「医学的適応」の区分で情報は網羅できるものの、病態が複雑であったため、分析の焦点化が円滑に進めなかった。

問題のリストと目標設定では、両事例とも患者・家族側の問題と医療者側の問題を容易にリストすることができた。ケアの実践と倫理調整であるケア立案では、問題リスト毎にケアのポイントは整理できたものの、個別性のある具体的なケアを立案するまでには至らなかった。

この架空事例によるプロトタイプ版の試行により、情報整理における統一性に問題点があることがわかったため、さらに6区分に下位項目を設定した。

3. フォーカスグループインタビューによる構成概念の明確化

臨床で経験した倫理的問題として、治療撤退のタイミング、治療の効用とリスクの対立、患者意向が不明な時の対応、家族の代理意思決定ができないこと、治療方針を巡る医師と看護師の対立などが取り

上げられた。これらの問題を6区分で整理し、架空事例への適用後に追加した下位項目によって分析の焦点化を図った。また、「医学的適応」という区分名では治療の適応があるか否かの情報に限定してしまうため、「病態と治療」という区分名とした。

実際に取り上げる目標設定では、看護に特化した目標、医療チームが共有する目標、それぞれの職種毎の目標、患者の権利に関する目標、看護の目標を包含した医療チームの目標が取り上げられた。これらの目標は、医療者側の目標と、患者・家族から見た目標とに大別することができた。倫理調整とケアの実践では、「権利擁護」、「苦痛緩和」、「信頼関係の維持」、「情報提供」などでケアを立案できたが、ケースによってはこの項目には入らない直接ケアを実施していたり、権利擁護という漠然とした項目には具体的なケアがリストできないなどの問題点が見出された。

以上から、ACTce-CCMの情報収集と分析の枠組みは、「病態と治療」、「患者の意向」、「QOLとQOD」、「家族の心理・社会的状況」、「医療チームの状況」、「周囲の状況」の6区分とした(表1)。問題リストは、「患者の問題」、「家族の問題」、「医療者の問題」、目標は「医療チームの目標」、「患者/家族にとって期待される成果」とした。倫理調整とケアの実践は、全てのケアが網羅できるように「患者への直接的ケア」、「家族への直接的ケア」、「医療チーム調整」とした。

4. 倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査

対象とした216名のうち43名から回答があった(回答率20%)。所属部署は、ICUが27名、管理部門が4名、外来・その他が12名。看護師の平均経験年数は21.2年、専門看護師としての平均経験年数は4.6年であった。

倫理的問題の実際は、「治療の効果とリスクから治療方針が決定できない」、「終末期の判断が困難」、「意識障害等で意思確認ができない」、「治療によって救命できるがQOLは低下する」、「家族間で意向が異なる」、「医療チームで目標を共有できていない」、「医療者が倫理的問題を認識しない」などがあった。問題分析上の困難には「各医療者の価値観などの違いにより方針が統一できない」、「適切な倫理カンファレンスが実施できない」、工夫していることは「分割表を用いた倫理分析」、「学会ガイドラインやアセスメントツールなどの活用」などがあった。

倫理調整の実際は、「患者の利益を第一に考え対応」、「苦痛緩和を充分行う」、「各種カンファレンスの開催」などであった。

実際に対応している倫理的問題は、ACTce-CCMの6区分によって整理し分析をすることが可能であることを確認した。問題分析上の困難性は、医療チームとしての統一した取り組みが不十分であることが主として取り上げられたが、医療チームの状況を分析し医療チームの目標を指向できる本ツールで網羅できることが確認できた。

IV. 考察

構成概念の設定とプロトタイプ版の作成では、原則論、物語論、手順論のそれぞれの利点と問題点を検討した上で手順論を採用した。これにより、一定の手順に沿って倫理的問題を整理し、臨床の場面で具体的に活用できるものとした。また、各学会等が提唱する指針等を検討し、看護師によるケアに焦点化できるように構成概念を設定し、プロトタイプ版を作成することができた。この特徴は、クリティカルな状況という限られた時間に網羅的に情報を整理し、具体的なアセスメントが可能で、看護師のアセスメントから倫理調整等の実践に至る問題志向型システムに則っているところにある。また、情報整理の区分に家族と医療チームの区分を設定し、死の質であるQODを加えたことにより、生死に関わる場面での家族ケア、チーム医療に重点が置かれるクリティカルケアの特徴を踏まえたものとなった。

プロトタイプ版による架空事例への適用では、6区分の全てに情報が整理できることを確認したが、事例によっては分析の焦点が定まらないことがあった。しかし、実際の臨床事例で問題を焦点化できるように6区分の下位項目を設定し、病態や治療などが多岐に渡っても整理の視点を統一して分析しやすいように改善することができた。ケアの実践とケア立案では、架空事例の限界として個別性のある具体的なケアを立案するまでには至らなかったものの、倫理調整等のケアを導けることがわかった。この事例への適用によって、情報整理と分析、問題抽出と目標設定などのツールとしての課題が明らかになり、幾つかの改善をすることができた。

フォーカスグループインタビューでは、臨床で経

験した倫理的問題を6区分とその下位項目で整理し、分析の焦点化が可能であることを確認した。この情報整理と分析の側面により、問題をリストし、看護に特化した目標、医療チームが共有する目標などを取り上げることも可能であった。よって、臨床で経験する実際の倫理的問題は、ACTce-CCMの構成概念に適合した整理と分析、目標設定ができるこ

とが裏付けられた。

倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査では、倫理的問題がACTce-CCMの6区分によって十分に整理し分析できることがわかった。問題分析上の困難性に関しても、ACTce-CCMにより医療チームの状況を分析し目標設定ができることで困難を少しでも解決できるツールになっていることが確認できた。

表1 ACTce-CCMの臨床倫理の6分割表

| | |
|--|--|
| <p>〔病態と治療〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病態 2.治療の実際 3.治療方針 4.治療の影響 | <p>〔QOLとQOD〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.QOL 2.身体的苦痛と緩和 3.QOD 4.心理社会的状況 |
| <p>〔患者の意思〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.患者の病識 2.理解力と判断能力 3.コミュニケーション 4.治療への要望 5.代理意思 6.意思決定の背景 | <p>〔家族の心理・社会的状況〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.家族構成と患者への関わり 2.家族の認識 3.家族ニーズと心理状態 4.家族コーピング 5.家族へのサポート 6.その他 |
| <p>〔医療チームの状況〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.医療チームの目標 2.患者/家族との関係 3.医療チームの関わり 4.（代理）意思決定支援 | <p>〔周囲の状況〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.入院環境 2.法律と倫理指針 3.社会・経済状況 4.宗教と慣習 5.その他 |

表2 ACTce-CCMの臨床倫理の分析と統合

| |
|---------------|
| 〔分析〕 |
| 1.病態と治療 |
| 2. QOLとQOD |
| 3. 患者の意思 |
| 4.家族の心理・社会的状況 |
| 5. 医療チームの状況 |
| 6.周囲の状況 |
| 〔統合〕 |

表3 ACTce-CCMの臨床倫理の問題リスト, 目標, ケアの実践と倫理調整

| | |
|--------------|--|
| 〔問題リスト〕 | 〔目標〕 |
| 1.患者の問題 | 1.医療チームの目標 (チーム内で共有・協働して対応する目標、看護が果たす目標) |
| 2.家族の問題 | |
| 3.医療者の問題 | 2.患者/家族にとって期待される成果 |
| 〔ケアの実践と倫理調整〕 | |
| 1.患者への直接的ケア | |
| 2.家族への直接的ケア | |
| 3.医療チーム調整 | |

表4 ACTce-CCM活用手引き

1. ACTce-CCMによる分析から看護実践の流れ

ACTce-CCMは、問題志向型システム（POS）に則って倫理的問題への対応を支援するツールである。そのプロセスは、6分割表による情報の整理、分析と統合（アセスメント）、問題リスト（看護上の問題）、医療チームの目標（目標設定）、ケアの実践と倫理調整（ケアプランと実践）である。

2. 6分割表による情報整理の視点

【病態と治療】

- 1) 病態
 - ✓ 診断名、現病歴、既往歴など
 - ✓ 現在の病態（急性・慢性、重症度、緊急度を含む）
 - ✓ 予後（生命予後）、残存障害
- 2) 治療の実態
 - ✓ これまでの治療内容（特に侵襲的治療内容）
 - ✓ 医学的に最善の治療であるか、他の治療方法はあるか
- 3) 治療方針
 - ✓ 治療の目標
 - ✓ 今後の治療内容（特に侵襲的治療内容）
- 4) 治療の影響
 - ✓ 治療の効果
 - ✓ 治療による副作用や弊害

【QOLとQOD】

- 1) QOL
 - ✓ 患者の身体的QOLの状態
 - ✓ 現在のQOLは患者にとって最善であるか
 - ✓ QOLを促進する、または妨げる要因（意欲、ADL能力、周囲の支援能力など）
- 2) 身体的苦痛と緩和
 - ✓ 患者の身体的苦痛症状
 - ✓ 身体的苦痛に対する鎮痛・鎮静、緩和ケアの状況
- 3) QOD（Quality of Death）
 - ✓ 患者のQODの状態
 - ✓ GOOD DEATHを促進する、または妨げる要因
- 4) 心理社会的状況
 - ✓ 患者の心理・社会的な状態
 - ✓ 患者のスピリチュアルな状態
 - ✓ 心理・社会的、スピリチュアルな問題への対応（患者自身の対処とケア）

- 5) 家族へのサポート
 - ✓ 家族を支える周囲の人的・社会的資源の存在
 - ✓ サポートの内容
- 6) その他
 - ✓ 家族の疲労、身体変調（疾病発症）など
 - ✓ 家族以外の利害関係者の存在

【医療チームの状況】

- 1) 医療チームの目標
 - ✓ 治療方針に対する医療チームの目標（目標の共有や不一致の有無）
 - ✓ 医療チームの目標における看護目標の妥当性・整合性
- 2) 患者/家族との関係
 - ✓ 患者・家族と医療者との信頼関係の状況
 - ✓ 患者・家族の医療に対するコンプライアンス
- 3) 医療チームの関わり
 - ✓ 医療チームの構成
 - ✓ 医療者の専門性の発揮と連携・補完の状況
 - ✓ 医療者の倫理的問題の認知状況
 - ✓ 倫理調整の実施状況
- 4) (代理) 意思決定支援
 - ✓ (代理) 意思決定の方法
 - ✓ 医療者による意思決定支援の状況

【周囲の状況】

- 1) 入院環境
 - ✓ 病院や部署の方針（施設が目指す医療の特徴、入院の方針、看護基準など）
 - ✓ 診療体制（主治医制、他科共同など）
 - ✓ ベッド環境や面接制限の有無
- 2) 法律と倫理指針
 - ✓ 適用される法律（虐待に関わる法律、違法薬物に関する法律など）
 - ✓ 適用すべき倫理原則 *資料参照
 - ✓ 適用すべき学会等の倫理指針（特に、教皇と集中治療関係）
- 3) 社会・経済的状況
 - ✓ 社会制度や保険制度の利用状況
 - ✓ 治療やケアに影響する経済状態
 - ✓ 患者・家族に存在する経済的利益と不利益
- 4) 宗教と慣習
 - ✓ 信仰している宗教
 - ✓ 特別な慣習
- 5) その他
 - ✓ 上記以外の周囲の状況

【患者の意思】

- 1) 患者の病識
 - ✓ 告知内容
 - ✓ 病状の理解の程度
 - ✓ 病識は適切であるか
- 2) 理解力と判断能力
 - ✓ 意識レベル
 - ✓ 認知力、理解力、対処能力、自己決定能力などの思考能力
- 3) コミュニケーション
 - ✓ 言語的、非言語的コミュニケーション方法
 - ✓ コミュニケーションを阻害するもの（挿管や鎮静など）
 - ✓ コミュニケーションの成立状況
- 4) 治療への要望
 - ✓ 患者の事前意思の有無（advance directives など）
 - ✓ 患者が望む治療と治療に対する拒否
- 5) 代理意思
 - ✓ 代理意思決定者とその判断能力
 - ✓ 代理意思決定者が推定する患者の意向
 - ✓ 代理意思決定者の意向
 - ✓ 医療者が推定する患者の意向
- 6) 意思決定の背景
 - ✓ 患者の生き方、目標、成長発達過程など
 - ✓ 入院や治療による価値観や人生観への影響
 - ✓ 意思決定する際の自由意思と自発性
 - ✓ 代理意思決定に影響する要因

【家族の心理・社会的状況】

- 1) 家族構成と患者への関わり
 - ✓ 家族構成とその関係性
 - ✓ 患者と家族の主たる役割と役割変更状況
 - ✓ 面会者と面会の状況、患者への関わり方
 - ✓ 家族待機状況
- 2) 家族の認識
 - ✓ 患者の病状、予後などの認識
 - ✓ 治療や看護に対する思いや評価
- 3) 家族ニーズと心理状態
 - ✓ 家族のニーズ（CNS-FACE IIの6側面などで整理）
 - ✓ 家族の不安や抑うつ、悲嘆などの心理状態
- 4) 家族コーピング
 - ✓ 日頃のコーピングと現在のコーピング
 - ✓ コーピングの焦点とコーピングモード

1

3. 分析と統合

6分割の側面毎に分析（アセスメント）する。統合では、全体像を把握するために6側面毎に分析したものを統合し、総論的アセスメントをする。統合は、次の問題リストを導くものであり、その根拠として位置づけられる。

4. 問題リスト

問題は、①患者の問題、②家族の問題、③医療者の問題の3つで構成される。
 患者の問題は、倫理的側面だけでなく、医学的問題を含めて明らかにする。「病態と治療」「QOLとQOD」「患者の意思」などから導かれる問題が主となる。
 家族の問題は、家族の心理・社会的問題と代理意思決定上の問題を明らかにする。「家族の心理・社会的状況」「患者の意思」などから導かれる問題が主となる。
 医療者の問題は、チーム内のコンフリクト、個々の医療者の専門的関わり、連携・補完状態などにおける問題を明らかにする。「医療チームの状況」「周囲の状況」などから導かれる問題が主となる。

5. 目標

目標は、①医療チームの目標、②患者/家族にとって期待される成果の2つで構成される。
 医療チームの目標は、チーム内で共有・協働して対応すべき目標、看護が果たすべき目標を明示する。
 患者/家族にとって期待される成果は、問題解決のための実践によって、患者/家族がどのように変化すれば良いのかを、期待される成果として明示する。

6. ケアの実践と倫理調整

ケアの実践と倫理調整は、①患者への直接的ケア、②家族への直接的ケア、③医療チーム調整の3つで構成される。これらは、3つの問題に対応するケアの3側面でもある。
 実施においては、「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」（2011年、日本集中治療医学会）などに基づいた組み立てが望ましい。
 患者への直接的ケアは、患者の権利擁護、情報提供、身体的ケア（苦痛緩和）、こころのケアなどがある。
 家族への直接的ケアは、信頼関係構築、家族ニーズへの対応、代理意思決定支援、心のケア、家族間調整などがある。
 医療チーム調整は、治療方針・問題・目標の共有、医療者間調整、(倫理)カンファレンスの開催などがある。
 情緒的ケア、コーピングの促進、家族ニーズを満たす、緩和ケア、危機介入、意思決定支援、悲嘆ケアなど、さまざまなアプローチ方法を参考にする。

2

V. 結 論

ACTce-CCMは、既存の倫理分析方法と各指針の検討による構成概念の設定とプロトタイプ版の作成、プロトタイプ版による架空事例への適用、フォーカスグループインタビューに基づく構成概念の明確化、倫理的問題と倫理調整等に関する実態調査の4段階を経て完成した。

ACTce-CCMは、問題志向型システムに沿って倫理的問題への対応を支援するツールである。そのプロセスは、6分割表による情報の整理、分析と統合、問題リスト、目標、ケアの実践と倫理調整で構成される。

情報の整理は6区分とし、「臨床倫理の6分割表」を様式1とした(表1)。様式2は「臨床倫理の分析と統合」で、6分割表で整理した情報をアセスメントする分析欄と、それを統合して問題点をアセスメントする統合欄を設けた(表2)。様式3は、臨床倫理の「問題リスト」、「目標」、「ケアの実践と倫理調整」で構成されるもので、看護計画書に相当するものである(表3)。また、活用法を解説した「ACTce-CCM活用手引き」を作成し、臨床での導入と活用が促進されるようにした(表4)。

本研究は、科学研究費基盤研究(C)「クリティカルケアにおける臨床倫理分析・調整システムツールの開発」(2017-2021年)によるものである。

本研究における利益相反は無い。

引用文献

- 1) 高見沢恵美子. クリティカルケア領域における患者・家族の倫理的課題. 日本クリティカルケア看護学会監修, 看護のためのクリティカルケア場面の問題解決ガイド. 三輪書店. 東京, 2013; 52-61.
- 2) 日本集中治療医学会. 集中治療に携わる医師の倫理綱領. 日本集中治療医学会. https://www.jsicm.org/publication/rinri_koryo.html. (参照2021-12-28)
- 3) 日本集中治療医学会. 集中治療に携わる看護師の倫理綱領. 日本集中治療医学会. <https://www.jsicm.org/pdf/110606syutyu.pdf>. (参照2021-12-28)
- 4) 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会. 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～. 日本集中治療医学会. <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> (参照2021-12-28)
- 5) 日本集中治療医学会. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針. 日本集中治療医学会. <https://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf> (参照2021-12-28)
- 6) 山勢博彰, 立野淳子, 田戸朝美, 山勢善江. CNS-FACE II～重症・救急患者家族アセスメントのためのニード&コーピングスケール～. 山口大学. <http://ds26.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~cnsface/user/html/about.html>. (参照2021-12-28)
- 7) 宮坂道夫. 医療倫理学の方法 (三つの方法論). 宮坂道夫, 医療倫理学の方法～原則, 手順, ナラティブ～. 医学書院. 東京, 2005; 48-78.
- 8) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford University Press. Oxford, 2001; 1-454.
- 9) Fry ST, Johnstone MJ (片田範子, 山本あい子訳). 看護実践の倫理～倫理的意思決定のためのガイド～第3版. 日本看護協会出版会. 東京, 2010; 54-56.
- 10) Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics: A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (9th ed.). McGraw-Hill. New York, 2021; 1-262.
- 11) 日本救急看護学会. 救急看護師の倫理綱領. 日本救急看護学会. http://jaen.umin.ac.jp/pdf/nursing_ethics_guideline20190217ver.pdf (参照2021-12-28)

Development of Analysis and Coordination Tools of Clinical Ethics in Critical Care Medicine

Hiroaki YAMASE, Asami TADO,
Konami YAMAMOTO, Junko TATSUNO¹⁾,
Kaho SUDA and Kyoko SAEKI²⁾

Clinical Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 1) Department of Nursing, Kokura Memorial Hospital, 3-2-1 Asano, Kitakyushu Kokurakita-ku, Fukuoka 802-8555, Japan 2) Department of Nursing, Yamaguchi University Hospital, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

We have developed ACTce-CCM— Analysis and Coordination Tools of Clinical Ethics in Critical Care Medicine. The preparation process was

carried out in four stages : construct setting and prototype creation, application of prototype version to fictitious cases, clarification of the construct based on focus group interviews, and a fact-finding survey on ethical issues and ethical adjustment. The completed version of ACTce-CCM consists of information organization and assessment frameworks, problem analysis and integration, problem lists, goals, care practices, and ethical adjustment. There are six frameworks for information organization and assessment : pathology and treatment, QOL and QOD, patient intention, family psychosocial situation, medical team situation, and the surrounding situation. The problem lists include those related to the patient, the family, and the medical staff. Goals include those of the medical team and the expected outcomes for the patient/family. Care practices and ethical adjustment consist of three aspects: direct patient care, direct family care, and medical team adjustment.

