

2018年11月度キャンサーボード特別講演トピックス

医療倫理学 竹下 啓 先生

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

平成30年3月に厚生労働省より、同ガイドラインの改訂がなされた。
東海大学のガイドラインも主に同ガイドラインに則って構成されている。

1991年、東海大学病院で多発性骨髄腫の患者の主治医が、患者の家族から嘆願され、鎮痛剤・向精神薬を過量急速静注後、ワソランと塩化カリウムを注射し患者を死亡させた「東海大学事件」があり、医師は殺人罪で有罪となった。

この事件で「**安楽死**」という言葉が注目された。T.Hopeは「医師が患者の利益のために意図的に患者を殺すか、または、患者の死を許容すること」と定義したが、昨今は自発的・積極的安楽死のみを「安楽死」と呼ぶことが多く、他は①消極的安楽死は治療の差し控え・不開始・中止というようになった。②反自発的安楽死は単なる殺人で、③自殺幫助は自殺幫助である。

行為者の意図に基づいた分類では①直接的安楽死（死を早める行為を行う）、②間接的安楽死（cf. 緩和的鎮静）（死を早めることが予見される行為を行う；二重結果の原則・相応性の原則）となる。

医師による自殺幫助は、医師が患者の依頼に基づいて内服薬を処方し、自殺するのを助けることであり、日本では犯罪だが、一部の国や地域では認められている。

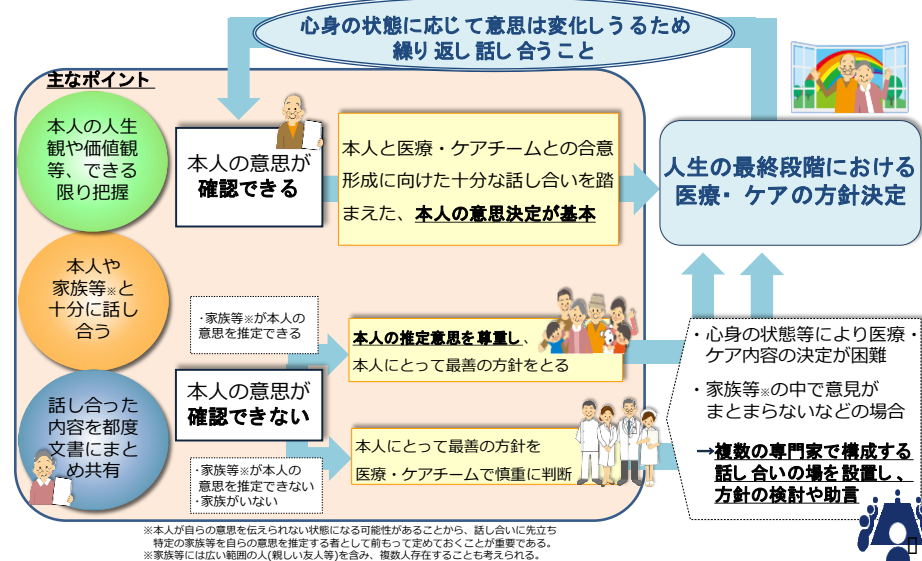
尊厳死とは、一般に、生命維持治療を差し控えたり中止したりして死を迎えることとされている。しかし、どのような死に尊厳があるのかはそれぞれの人の価値観によることなので、医療従事者として「尊厳死」という言葉を使うときには、慎重に意味を考えた方がよいと思われる。

生命維持治療のうち、人工呼吸器のように中止後時間的に近接して死亡につながる場合が、中止した場合に問題となりやすい。生命維持治療の差し控え（不開始）・中止の考え方のポイントは①自律尊重原則；本人の意思はどうか、②善行原則；患

者に利益をもたらす医療行為なのか、うらを返すと、その医療行為はもはや「無益なのか」（医学的無益性；生理学的無益性（医学的介入が成功しない）・質的無益性（介入は成功するがそこまでする価値がない））である。また、「延命治療」という言葉は、生命を維持すること以上の意味がない治療というニュアンスが強くなるため、あえてでなければ医療従事者は「延命治療」という言葉を使わない方がよい。

「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」 意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種職からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



人生の最終段階は医療・ケアチームとして判断することが求められており、医学的な状態だけでなく、本人の人生観や意思なども考慮するべきである。

Shared decision making（SDM：共同意思決定）は意思決定をプロセスとして捉え、考え方を共有し意思決定を行うことである。エビデンスレベルの高い治療法があり、他に選択肢が考えられない場合には不要（中山）・意思決定能力が低下している場合に有用（箕岡）・特別なことではなく、普遍的な意思決定のあり方で

2018年11月度キャンサーボード特別講演トピックス

ある（竹下 啓）など、様々な考え方がある。

終末期の意思決定は通常の診療と同様に本人と相談するのが基本だが、終末期に70.3%の患者が意思決定能力を失っていたという報告がある。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、今後の治療やケアについて、患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合うプロセスで、治療やケアの内容、場所、患者の価値観、患者の代わりに意思決定をする人（代諾者）などについて話し合うことである。内容は文書に記録して共有し、状況に応じて繰り返し行うのが大切である。

ACPを行うことで患者の意思との一致率を上げる・話し合いの頻度を高める・入院率を下げる・希望しない生命維持治療の頻度を下げることができる。実際にACPを行うことで延命治療が少なく、ホスピスの利用期間が長く、患者のQOLが高くなり、延命治療の数が多いほど、遺族のQOLが低かったと報告されている。

人生の最終段階における生命維持治療の中止は、厚生労働省「プロセスガイドライン」に記されている。患者は人生の最終段階にあるのか、患者の意思はどのようなかなど、多職種による検討が必要である。主治医の独断による生命維持治療の中止は、倫理的に問題があるのみならず、法的責任を追及される可能性がある（川崎協同病院事件）。ある特定の状況で、「その生命維持治療を行わない」という意味でしかない。そのほかに必要な医療・ケアは当然に行う（特に緩和ケア、本人の苦痛を取り除くためのケアは最大限に行う）。Palliative Ventilator Withdrawalの在り方などは生命維持治療の中止時の緩和ケアは今後の大きな課題である。

家族等が本人の意思を推定できるのは、家族等が「代行判断基準」に基づいて判断できる場合である。代行判断基準とは、意思決定能力がない患者が意思決定能力を備えていたらしたと思える判断をすること（推定意思）。代諾者の考えと患者の望みの混同、代諾者の利益相反のリスクに注意する必要がある。新生児など意思決定能力を備えたことがない患者には対応できない。

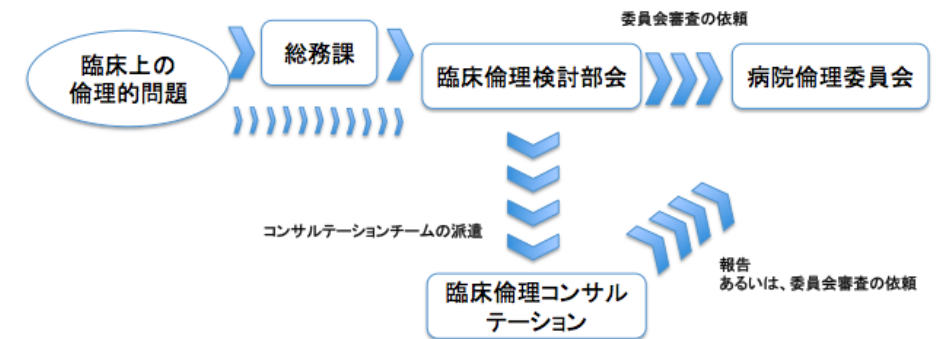
家族等が患者の医師を推定できないか、家族等が不在の場合には「最善の益基準」

で判断することとなる。最善の利益基準とは、最善の利益とは、理性的な人であれば選択する事項で、公平な立場からできるだけ客観的に判断するものである。意思の推定はできないとしても、家族等がいれば話し合うべきである。

倫理コンサルテーションとは、臨床において個々の症例に生じる倫理的問題に助言する活動のことで、医療において生じる倫理的問題を、患者や家族、医療者等が解決するのを助けるために、個人またはグループによって提供されるサービスである。

臨床倫理的問題の例としては自殺企図による蘇生後脳症患者の治療方針・認知症を伴うALS患者の人工呼吸器装着の意思決定・家族のいない認知症患者の胃がん手術・クロイツフェルト・ヤコブ病における病名告知・保護者の意見が一致しない重症心身障害児の治療方針・埋込型VAD装着中に重症脳出血を発症した患者のポンプ交換の可否などがあげられる。

医療倫理学領域では2019年度から下図のような体制で臨床倫理コンサルテーションを始められるよう準備中です。何かあったらご相談ください。



活動状況などはfacebook ページもご覧ください。