

特集

呼吸不全終末期の管理

呼吸不全終末期における倫理的問題

宇都宮明美

キーワード：代理意思決定，インフォームドコンセント，倫理コンサルテーション

はじめに

集中治療領域においては、患者に意識障害を認める場合が多く、医療・治療に関する意思決定が家族に委ねられることが多い。患者は無駄な医療を拒否していたが、急変時に家族が「できる限りのことはしてほしい」と希望された、また、治療当初に装着した人工呼吸器に依存しており、救命は不可能だが延命状況となった多臓器不全患者の事例では、容貌が変化していく患者を見て患者家族が「楽にしてあげたい」と訴えるなど、医療者が直面する倫理的問題は多くある。ここでは呼吸不全終末期に焦点を当てて、倫理問題の現状と課題を明らかにする。

I. 呼吸不全終末期における倫理的問題

急性期に先駆けて生じた人工呼吸器装着・取り外しに関する倫理的問題としては、神経内科領域の筋萎縮性側索硬化症患者の呼吸器装着の問題が2008年頃から検討され始めていた。荻野¹⁾は、日本神経学会認定専門医に対して終末期ケアの現状調査を実施しているが、人工呼吸器の取り外しに関して患者または家族から依頼された経験を持つ医師が21%であったが、ほとんどのケースができない、またはすべきでないに対応している一方で、取り外しの権利は何らかの条件がクリアされれば認めてもいいという意見と認めるべきでないという意見が二分したとしている。神経疾患に関

しても統一した見解はなく、担当医や医療チームの判断に委ねられているのが現状といえる。

II. 急性呼吸不全における倫理的問題

3学会合同の終末期ガイドライン²⁾では、終末期を「不可逆的な全脳機能不全」「生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的な機能不全となり、移植などの代替手段もない」「その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても近いうちに死亡することが予測される」「回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した」の4状況が定義されている。松嶋ら³⁾の研究では、脳死とされうる状態または既に癌の終末期状態と診断されている症例では医療者間で異論はなかったものの、各臓器の不可逆性や数日以内の死亡予測に関して、意識が保たれている状態にもかかわらず、終末期と判断して経皮的心肺補助(percutaneous cardiopulmonary support: PCPS)、体外式膜型人工肺(extracorporeal membrane oxygenation: ECMO)の回路交換を行わないと判断するなどの事例においては医療者間でも意見の相違があり、終末期と判断して積極的な治療を控えることに抵抗を感じていると述べている。また、脳死以外の疾患では、どの状態から「不可逆的」で「終末期」であるかの医学的な判断は未だ定まっておらず、現状では医療者の知識や経験、考え方によって終末期の判断が流動的で、施設間でもその判断に差が生じる可能性を指摘している³⁾。

表1 人生の最終段階における方針決定の手続き（患者の意思の確認ができない場合）

- 家族が患者の意思を推定できる場合
その推定意思を尊重し、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする
- 家族が患者の意思を推定できない場合
患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、
患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする
- 家族がいない場合および家族が判断を医療チームに委ねる場合
患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする

（厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」より抜粋）

PCPS、ECMO からの離脱については、施設ごとに基準は設けられているが、心肺機能が改善せず、離脱不可能な場合の対応については明言されておらず、PCPS、ECMO の回路交換の時期に合わせて継続を判断しているのが現状である^{4,5)}。

Ⅲ. 意思決定と倫理的問題

集中治療領域では意思決定に際して、患者の病状から意思決定能力の低下により患者が望む治療の選択や最期の迎え方を決めることができない、代理意思決定をする家族の意向が不一致である、患者の病状から家族が短期間で意思決定をしなければならないなどの倫理的問題が考えられる。このため、医療者は限られた時間の中でインフォームド・コンセントのプロセスを踏むことが重要である。

稲葉⁶⁾は、意思決定には家族、医療者、社会が深く関与し、日本では「家族と一緒に決定する」という傾向が強く、その理由として法的な自己決定権の基盤が脆弱なことと共に日本の文化的背景が影響しており、法的整備のみでは状況が変化することは難しいと指摘している。日本には終末期医療倫理に関する法律が少なく、明確な法的基準がないのが現状である。このような場合、ガイドラインなどの法的ペナルティのない社会的規範に行動が拘束される部分が多い。ガイドラインにはさまざまあるが、厚生労働省⁷⁾の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」は、是非を線引きする性質の法律とは違い、「患者本人の意思が確認できる場合は、患者の意思決定を基本とし、確認できない場合は家族の意思も確認しつつ患者にとって最善の治療を選択する」という決定のプロセスに焦点を当てているのが特徴的である（表1）。

家族は代理意思決定者となるが、代理意思決定とは「意思決定能力が消失した患者に代わって、代理人(多く

の場合は家族)が医療に関する意思決定を行うこと」⁸⁾と定義される。ただし、代理意思決定者の多くは、代理意思決定者の役割を知らない、医学的決定をする準備ができていない、意思決定の過程に心理的負担が大きい、患者の意向とその理由がわからない、代理意思決定者自身の希望・意向と患者の意向を区別することが難しいなどの課題を抱えている。集中治療における代理意思決定の場合には、患者が生命の危機状態にある、突然の発症で事前に家族と話し合っていないなどから、家族の代理意思決定に対する支援が必要となることが多い。このため、患者が何を望むかを基本とし、それが不明な場合、患者の最善の利益が何であるかを家族と多職種医療チームが十分に話し合い、合意することが重要であるとされている⁷⁾。

臨床倫理検討に際しては、医療者の基本的な姿勢を表現するものである倫理原則を念頭におくことを清水⁹⁾は指摘している。倫理原則としては、①相手を人として尊重する（患者〈家族〉とどのようにコミュニケーションをとり、選択・決定に至るか）、②できるだけ相手の益になることを目指す（どうすることが患者にとって最善か）、③社会的に見ても適切である（しようとしている選択は社会的観点から見ても適切か）の3点になる。

機械的補助療法を用いることの多い集中治療においては、上述の3点を考える時に、医学的無益性の検討を行うことは避けられない。Bernat¹⁰⁾は、医学的無益性を「その医療行為が、患者の医学的な状態を改善させないことが科学的根拠をもってわかっている場合、医学的に無益と呼ぶ」と定義している。無益性の考え方は医学的見解によるものであり、この無益性を多職種間で共有する時や家族への説明の際には、視点の違いや解釈の違いから誤解を招きやすいため、丁寧なコミュニケーションが必要である。

表2 終末期における治療方針の確認

- 積極的な治療を希望している場合
あらためて患者の状態を正確で平易な言葉で説明し再確認する
- 延命措置の中止を希望する意思がある場合
延命措置を減量、または終了する
- 医療チームに判断を委ねる場合
患者にとって最善の対応を検討し、家族と合意形成を図る

(日本集中治療医学会・日本循環器学会・日本救急医学会「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～」より抜粋)

表3 インフォームド・コンセントの構成要件 (文献12より作成)

- 前提となる要素
 - ・理解と決定のための能力
 - ・意思決定を行う際の自発性
- 情報に関わる要素
 - ・医療スタッフの情報の開示
 - ・医療スタッフによる治療計画の推薦
 - ・上記の2つに対する理解
- 同意に関わる要素
 - ・治療計画に同意するという決定
 - ・選択した治療計画に対する権限の委譲

IV. 意思決定のための インフォームド・コンセント

集中治療領域での意思決定の特徴として、多くが患者不在の代理人による意思決定であること、意思決定までのプロセスに急を要すること、意思決定の問題が患者の生命に直結することが挙げられるが、一方で、全てが不確かさと曖昧な状況の中で、代理意思決定者が心理的混乱のまま意思決定をしているため、代理意思決定者は葛藤や後悔を残しているといわれている¹¹⁾。このため、代理意思決定者が患者の権利を擁護し、納得して意思決定が行われるよう支援していく必要がある。

日本集中治療医学会・日本循環器学会・日本救急医学会は、患者の意思が確認できない場合の対応として、家族と十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとること、家族に現状を説明し、意思決定支援を行うこと、家族の総意としての意思を確認し対応することを提言している(表2)²⁾。

一方、インフォームド・コンセントの構成要件(表3)として、3つの要素と7つの項目が挙げられている。3つの要素とは、前提となる要素・情報に関わる要素・同意に関わる要素である。7つの項目としては、前提

となる要素に、理解と決定のための患者(家族)の「能力」、意思決定を行う際の患者(家族)の「自発性」、情報に関わる要素に、医療スタッフの情報の「開示」、医療スタッフによる治療計画の「推薦」、上記2つに対する患者(家族)の「理解」、同意に関わる要素に、治療計画に同意するという患者(家族)による「決定」、選択した治療計画に対する患者(家族)による「権限の委譲」としている¹²⁾。したがって、上記の要件が揃ってインフォームド・コンセントが成立するとされており、ただ説明をして同意書にサインを得ることがインフォームド・コンセントではないといえる。このインフォームド・コンセントのプロセスに焦点を当てると、医療チームは医学的(生物学的)データをもとに患者(家族)に対して「最善」についての一般的判断を説明する。その説明を受けた患者(家族)は、自らの価値観や希望である主観的情報を医療チームに説明をする。その説明を受けた医療チームは、最善な治療についての個別化した判断を伝え、患者(家族)は情報に基づき意思を形成し、両者で合意を形成していくことになる¹³⁾。

Curtisら¹⁴⁾は、ICUにおける終末期の患者家族の54%は、患者の診断、予後、治療について十分に理解していない一方で、説明した医師が話し合いの場で家

族側の話を聞いている時間は話し合った時間の25%しかなく、それにもかかわらず、医師は家族と十分な話し合いができていると認識していたと報告している。さらにこのことから医療者側の話し合いについては、医師だけではなく看護師を含む多職種を交えた検討会やサポートが重要であると述べている¹⁵⁾。しかし、実際には終末期医療の話し合いに看護師が参加するとしているのは、北中央ヨーロッパ62%、南ヨーロッパ32%、米国29%、日本39%であり、終末期医療の方針は、未だ医師のみで検討されることが多い¹⁶⁾。

インフォームド・コンセントプロセスに立ち会う看護師は、患者（家族）に必要な情報が提示されているか、患者（家族）の意思が尊重されているかを確認することが役割となる¹⁷⁾。看護師の役割として、梅澤¹⁸⁾は患者（家族）の情報のニーズや気がかりを把握し、医師や他の医療スタッフに伝える「代弁者」としての役割、患者（家族）に対し「情緒的サポート」を提供する役割、患者（家族）に対する「情報提供者」としての役割の3つの役割を示している。またこれに加え、患者（家族）の揺れ動く思いに添い続ける役割、最終的に患者（家族）が決定したことを支持する役割を射場¹⁹⁾は明らかにしている。つまり看護師には、患者（家族）が納得のいく意思決定ができるよう共に考え、寄り添うコミュニケーションが求められるといえる。

V. 倫理コンサルテーション

学会や厚生労働省委員会^{2, 7, 20)}では、医療チームによる判断が困難な場合には、倫理委員会に対して助言を求めるべきであると言及している。これは終末期医療・緩和医療領域において、合理的な理由に基づく判断のための支援や倫理コンサルテーションの必要性を示しているといえる。

倫理コンサルテーション体制が確立している米国においては、1976年のカレン・クインランの判例がきっかけといわれている。この判例は「責任ある医師が現在使われている生命維持装置を中止すべきと結論した場合に、後見人や主治医は、入院している病院に設置されている倫理委員会に相談すべきである。もし、その組織も現在の昏睡状態から多少とも認識力のある状態になるという理論的な可能性がないとの意見に達し総意した場合には、その時使われている生命維持装置は取り外されるべきである。このような行為の実施に

携わった者に対して、すなわち後見人、医師、病院あるいは他のいずれであっても、いかなる民事責任も刑事責任も科せられない²¹⁾」というものである。これがきっかけで、米国では各医療機関に倫理支援の機能をもった病院内倫理委員会設置の取り組みが積極的に行われた。その結果、1983年には医療機関の1%程度であった倫理委員会設置数²²⁾は、1998年には400床以上を持つ病院全てが倫理コンサルテーション体制を有するようになっていく²³⁾。

わが国では、2005年のデータとしては、臨床研修指定病院の24.7%が何らかの倫理的な問題に対する支援体制を持っていた²⁴⁾。しかしながら、現在の倫理委員会は治験審査や臨床研究における倫理審査と倫理コンサルテーションの機能の両方を担う委員会が多い²⁵⁾とされており、今後は、患者（家族）の権利擁護や医療チームの心理的負担軽減のための倫理コンサルテーション体制の確立と簡便なアクセスが急務といえる。

本稿の著者には規定されたCOIはない。

参考文献

- 1) 荻野美恵子: ALS終末期ケアに関するアンケート調査結果. 臨床神経. 2010; 50: 1026-8.
- 2) 日本集中治療医学会, 日本循環器学会, 日本救急医学会: 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〜 <http://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> [Accessed 12/05/2016]
- 3) 松嶋麻子, 小川尚子, 小倉裕司ほか: 臨床倫理検討からみた救命救急センターにおける終末期医療の現状と課題. 日救急医学会誌. 2012; 23: 39-50.
- 4) 兼坂 茂, 佐藤督忠: 救急領域でのPCPSの基準. 経皮的心肺補助法PCPSの最前線. 松田暉編. 東京, 秀潤社, 2004, pp29-32.
- 5) 田鎖 治, 山崎祥子, 中谷武嗣: 経皮的心肺補助装置から補助人工心臓への移行. 経皮的心肺補助法PCPSの最前線. 松田暉編. 東京, 秀潤社, 2004, pp133-9.
- 6) 稲葉一人: 神経難病における終末期の「法・判例・ガイドライン」. 臨床神経. 2010; 50: 1031-2.
- 7) 厚生労働省: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> [Accessed 12/05/2016]
- 8) 服部俊子: コミュニケーションプロセスとしての代理意思決定. 太成学院大学紀要. 2012; 14: 215-26.
- 9) 清水哲郎, 伊坂青司: 生命と人生の倫理. 東京, 放送大学教育振興会, 2005, pp177-87.
- 10) Bernat JL: Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. Neurocrit Care. 2005; 2: 198-205.
- 11) 伊勢田暁子, 井上智子: 延命治療に関わる家族意思決定.

- 野嶋佐由美, 渡辺裕子編. 家族看護. 2003 ; 1 : 48-54.
- 12) Beauchamp TP, Childress JF : Principles of Biomedical Ethics (5th edn). New York, Oxford University Press, 2001, pp79-80.
 - 13) 清水哲郎 : 臨床倫理の考え方. <http://www.l.u-tokyo.ac.jp/~shimizu/cleth-dls/1004cleth&pal.pdf> [Accessed 12/05/2016]
 - 14) Curtis JR, Patric DL, Shannon SE, et al : The family conference as a focus to improve communication about end-of-life-care in the intensive care unit : opportunities for improvement. Crit Care Med. 2001 ; 29 : N26-33.
 - 15) Curtis JR, Vincent JL : Ethics and end-of-life-care for adults in the intensive care unit. Lancet. 2010 ; 376 : 1347-53.
 - 16) Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, et al : International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit : results of a survey. Arch Intern Med. 2005 ; 165 : 1970-5.
 - 17) 石本博江 : アドボカシー. 看護倫理—よい看護・よい看護師への道しるべ. 小西恵美子編. 東京, 南江堂, 2007, pp74-80.
 - 18) 梅澤志乃 : 医師～看護師の連携と看護師が伝える悪い知らせ. がん医療におけるコミュニケーション・スキル. 内富庸介, 藤森麻衣子編. 東京, 医学書院, 2007, pp115-27.
 - 19) 射場典子 : 第3章終末期における患者の意思決定. 緩和ケア. 東原正明, 近藤まゆみ編. 東京, 医学書院, 2000, pp63-71.
 - 20) 日本医師会 : 第IX次生命倫理懇談会. 平成18年2月 <http://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
 - 21) 星野一正 : 知っておくべき新しい診療理念 : リビングウィル. 日医会誌. 2002 ; 128 : 82-3.
 - 22) Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, et al : A national survey of hospital ethics committees. Crit Care Med. 1983 ; 11 : 902-5.
 - 23) Fox E, Myers S, Pearlman RA : Ethics consultation in United States hospitals : a national survey. Am J Bioeth. 2007 ; 7 : 13-25.
 - 24) 長尾式子, 瀧本禎之, 赤林 朗 : 日本における病院倫理コンサルテーションの現状に関する調査. 生命倫理. 2005 ; 16 : 101-6.
 - 25) 長尾式子, 三浦靖彦 : 倫理委員会とコンサルテーション. 緩和医療学. 2009 ; 11 : 40-5.