

特 集

呼吸療法における終末期医療の問題点

人生の最終段階・終末期医療における呼吸サポートを考える
～呼吸ケアを担当する看護師の立場から～

清水孝宏

キーワード：終末期医療、呼吸療法、呼吸ケアチーム、看護

I. はじめに

この患者さんは気管挿管人工呼吸管理を望んでいたのだろうか。患者さんの意思はいったいどうであったのだろうか。このようなジレンマを感じることが日々の臨床で少なからず存在する。これは呼吸療法に限定したことではなく、意識のない高齢者に経腸栄養が延々と行われている場面にも共通する。患者に意思決定能力がある場合、患者に意思決定能力がない場合もある。また、代理で意思決定を行う家族やそれに代わるキーパーソンが存在するケース、代理意思決定者もいないケースなどさまざまな状況が考えられる。

一方、医療者側は、治療を行う医師、治療と患者の日常生活を援助する看護師、医療機器と患者の安全を守る臨床工学技士などがかかわっている。2025年に向けて患者の高齢化は急速に進み、患者や家族を含めた一般市民が直面する人生の最終段階、終末期における意思決定を、我々医療者側からサポートする体制を整えていかなければならないだろう。本稿では呼吸ケアに携わる看護師の立場から倫理的な側面をどのように調整すべきかを、事例を紹介しながら考えてみたい。

II. 意思決定と代理意思決定

健康な時に、死ぬ間際の最後をどのように迎えるかを普段から家族同士で話し合うことは少ないのでないだろうか。著者の父親は今年85歳を迎える。日常生活

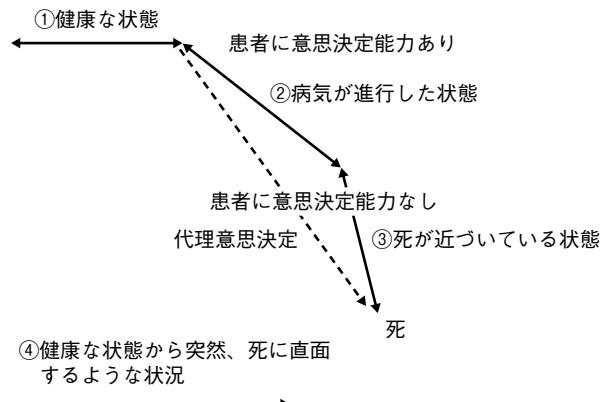


図1 健康な状態から死に至るまでの過程

活は自立しているが、高齢が故これからさらに健康になることは考えにくい。3年前に家族が入院したをきっかけに、人生の最後をどのように迎えたいかという話題を、両親、兄弟がそろった機会に出てみた。すると本人は「自分の意思がない状況で生かされるのは嫌だ」という自分の意思を話し始めた。あれから3年が経過し、これから全身麻酔下の手術を予定している。手術前に再度、本人から人生の最後を迎えるとしたらどのように迎えたいのかを聞かなければならないと考えている。

健康な状態から死に至るまでの過程を図1に示す。①健康な状態、②病気が進行した状態、③死が近づいている状態、④健康な状態から突然、死に直面するような状況の4つの段階で考えることができる。①のような健康な状態の時に、意思決定能力が高い段階で意思決定を行うことは今後ますます一般市民への啓発が

望まれるであろう。②の病気が進行した状態に至る前では、外来診療や入退院を繰り返すような場面がある。この段階は主治医あるいは看護師が積極的に意思決定を支援する時期であろう。③の死が近づく場面、あるいは④の健康な状態から突然、死に直面するような状況になると、この段階で患者自身の事前意思がなければ家族またはこれに代わる者の代理意思決定となる。

III. 事例

本事例をまとめるにあたり、倫理的配慮として患者のご家族から研究、事例発表、学会などでデータを使用する許可を書面でいただいた。

事例：86歳、女性

主病名：腸閉塞、筋硬直性ジストロフィー

既往歴：十二指腸潰瘍、腸閉塞。要介護度1で、デイサービスを利用し排泄は介助でトイレ誘導可能なレベル、入院時は意思の疎通は可能であった。

経過：約2週間排便がなく、糞便性腸閉塞の診断で入院となった。腸閉塞に対し胃管挿入による減圧と排便処置として下剤投与や浣腸が行われた。入院第2病日に血圧低下と努力呼吸、下顎呼吸、二酸化炭素の貯留を認めたため一般病棟で気管挿管となりICUに転棟し人工呼吸管理となった。その後、第9病日に呼吸不全と腸閉塞が改善したため人工呼吸器から離脱し抜管となった。第15病日に一般病棟で再び頻呼吸と努力呼吸を認めた。呼吸ケアチームがその当日に回診しており、呼吸不全の再燃に対し気管挿管、非侵襲的陽圧換気(noninvasive positive pressure ventilation: NPPV)、高流量鼻カニュラ酸素療法などについてご家族と呼吸管理方針の検討を行った。この時点で、患者の意識レベルはJCS II-30でようやく頷く程度となっていた。呼吸ケア担当看護師として、ご家族である次男と長女に再度気管挿管になる可能性があるがどのように考えているかを尋ねると、気管挿管は望まないとの返答で、高流量鼻カニュラ酸素療法の開始となった。第16病日には意識レベルはIII-200まで低下。ご家族は、気管挿管は望まないものの、呼吸状態が改善することを期待しNPPVを希望された。NPPV開始後、一時的に意識レベルは改善したが、徐々に酸素を增量することになり、マスクを外すことが困難となっていました。この時点で神経内科医が診察し、筋硬直性ジストロフィーの可能性が示唆されていた。

第22病日にはマスク圧迫による鼻梁部の潰瘍を形成し、次男と長女から「マスクがきつそう」「きついのをどうにかしてあげたい」との訴えがあった。ご家族には現在のNPPVを中止すれば呼吸不全が悪化する可能性が高いことを伝えたうえで、マスクによる潰瘍の悪化を防ぎ、患者の負担軽減を目的に高流量鼻カニュラ酸素療法へ戻すことを提案した。この提案に対しご家族から「是非お願いします」との返答があり、主治医と相談し高流量経鼻酸素投与デバイスへ変更した。変更後は徐々に呼吸が浅くなり、その日の夜に永眠された。

IV. 事例の考察

本事例は、入院前から患者の事前意思決定がないまま気管挿管人工呼吸管理となり、一時人工呼吸器から離脱し抜管したものの呼吸不全が再燃し、NPPVそして高流量鼻カニュラ酸素療法の後、死を迎える経過となった。呼吸不全が再燃した段階で患者自身が意思決定を行うことは困難であり、次男と長女による代理意思決定を優先させたことになる。

厚生労働省がまとめた『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⁾では、医師などの医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それにもとづいて医療・ケアを受ける患者本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、患者による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることを最も重要な原則としている。本事例のように、患者の意思が確認できなくなった時に家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとって最善の方針をとることを基本としている。また、家族らが患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかを、患者に代わる者として家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の方針をとることを基本としている。

日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会が2019年に合同でまとめた『救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド』²⁾の中に、救急・集中ケアの終末期看護における看護師の基本的役割と対応がまとめられている(表1)。

本事例では、患者の家族(次男と長女)に再度気管

表1 看護師の基本的役割〈ケアの5側面における目的〉

- ①患者・家族が全人的苦痛緩和できるよう支援する
- ②患者・家族が治療やケアを選択・意思決定できるように支援する
- ③患者・家族の悲嘆過程を支援する
- ④多職種と連携しチーム医療を推進する
- ⑤看護師が直接ケアやチーム医療を推進させ体制を整える

(文献2より引用)

挿管になる可能性があることを説明し、どのように考えているかを尋ね、気管挿管は望まないとの意思決定を得るに至っている。これは患者・家族が治療やケアを選択し、意思決定するための支援であったと考えられる。もし仮に、この段階で気管挿管は望まないという患者家族の意思が確認できずに時間だけが経過していれば、望まない気管挿管が行われ、気管切開あるいは気管挿管したまま死亡していたことも十分に考えられる。我々医療提供側の医師や看護師は、終末期の呼吸不全患者に対しては可能な限り意思決定を先延ばしにしないよう支援することを提言したい。

また、患者家族からの「マスクがきつそう」「きついのをどうにかしてあげたい」という訴えに対しては、高流量経鼻酸素投与デバイスへの変更を提案し、主治医と調整している。患者の死後、取り残された家族には患者のために何をしてあげられたのかを振り返る時が訪れる。その時に「きつそうな思いをさせた」という感情が残れば家族の悲嘆につながる可能性が高い。この残される家族の悲嘆過程を支援する目的で、高流量経鼻酸素投与デバイスへの変更を提案している。これは患者・家族の全人的苦痛を緩和するための支援であったと考えられる。

本事例を振り返ると、患者自身の事前意思決定はなかったが、次男と長女の意思決定がはっきりしており、家族そして患者本人にとって最善のケアが提供できた事例であったと考えられる。普段の臨床では、本事例と同等に困難な事例も多数経験する。次に、困難な事例について本邦のガイドラインや指針などからどのように対応すべきかを考えてみる。

V. 呼吸不全の終末期事例

例として考えてみたい。80代の患者が尿路感染症で入院となった。既往に慢性腎不全があり、入院後に敗血症ショックから気管挿管人工呼吸が開始された。そ

の後、人工呼吸器からの離脱が困難となり、気管切開と血液透析も検討されている。患者は敗血症ショックに陥った段階から意識は回復していない。

以下に、日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会が合同で作成した『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⁾の内容にもとづき解説する。本ガイドラインは、主治医を含む複数の医師と看護師らとからなる医療チームの総意をもとに、医療チームで判断ができない場合には施設倫理委員会にて、判断の妥当性を検討することを勧めている。また、患者や家族らの意思は揺れ動くことや、のちに検証を受けた時に備え、医療チームによる方針の決定や診療のプロセスを診療録に記載すること、ガイドラインの使用については各施設の選択に委ねられていることなどが記載されている。

1. 家族らはすべての治療をお願いしたいと申し出ている

『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⁾では、患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合は、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本としている。これは主治医単独で患者家族と話し合うのではなく医療チームで話し合うこととしている。この医療チームと家族との話し合いの総意としての意思を確認し対応する。しかしこの事例は家族らが積極的な対応を希望しているケースである。このような場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行ない得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を説明し、なお積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をしている。

2. 家族らが延命措置の中止を希望している

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法を選択する。このケースで考え得る延命措置の減量または終了について考えてみる。

気管挿管人工呼吸管理中においては、人工呼吸器の設定変更をそれ以上実施しないこと、酸素濃度を現状

維持することが、延命措置の減量と考えられる。そして延命措置の終了とは、人工呼吸器を終了し気管チューブを抜去すること、あるいは気管挿管された状態で人工呼吸器を終了し、いずれもオピオイドを使用した緩和ケアに移行することである。

本ガイドライン³⁾では、このような生命維持装置の終了においては短時間で心停止となることもあるため、状況に応じて家族らの立会いのもとに行うことを注意喚起している。また、患者や家族らの意向はいつでも変更できることを伝え、状況によっては後戻りできない場合があることも十分に説明することを明記している。

3. 患者の意思が確認できないうえに身元保証人がいないケース

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。このようなケースではとくに主治医を含む複数の医師と看護師らとからなる医療チームの総意をもとに、医療チームで判断ができない場合には施設倫理委員会にて、判断の妥当性を検討する。

4. 主治医は行っている治療を延命と考えずに積極的な治療を継続するケース

主治医と患者の関係は、治療を施す側と受ける側でそれまでに築き上げた深い絆がある。また、主治医と患者のかかわる期間が長ければより深い関係性が構築されるであろう。患者を治療したいとの強い思いから最後まですべての治療を積極的に行う医師も多く、その治療が延命につながらず患者の体を傷つけていることさえある。おそらく医師もそのことに気づきながらも後には引けない状況なのではないだろうか。

ガイドライン³⁾では「患者が救急・集中治療の終末期であるという判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師（複数科であることが望ましい）と看護師らとからなる医療チーム（以下、「医療チーム」という）の総意であることが重要」と述べている。もしこのようなケースに遭遇したのであれば、多職種でのカンファレンスを開き、ガイドラインの記載を読み合わせ、主治医が孤立しないよう努力をすべきであろう。

VI. 実際の臨床における誤解

ひとつの事例を紹介する。高齢で、突然の急病で救急搬送され、気管挿管人工呼吸管理となった患者がいた。患者の家族から、患者本人には「もし病気が悪くなっても延命はしてほしくない」との事前意思があり、家族もその意思を尊重したいという思いが強かった。そこで家族は人工呼吸器の終了と気管チューブの抜去を申し出てきた。本事例に対し、呼吸ケア担当看護師として患者と家族の意思を尊重したいと考え、主治医と主治医以外の医師にその旨を伝えた。すると主治医からは目の前の家族が同意しても後から別の家族が訴訟を起こす可能性があるとし、別の医師はそのような安楽死は日本では認められていないとの考えであった。結局この患者は数日後に気管挿管人工呼吸のまま亡くなった。

日本医師会生命倫理懇談会（平成29年11月）の『超高齢社会と終末期医療』という報告書⁴⁾に、わが国の社会の現状と終末期医療についての記載がある。

- ①意識がなく、回復の見込みのない患者7名の人工呼吸器の取り外しが射水市民病院事件（2007年）としてメディアで大きく取り上げられた。しかしそれ以降、人工呼吸器の取り外しがメディアで取り上げられる事態は生まれていない。
- ②2016年や2017年にNHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が放映されても、関係機関に対し捜査の動きはない。
- ③人工呼吸器の取り外し問題で唯一最高裁判決となった川崎協同病院事件判決（2009年）は、終末期であるとの医療的判断に慎重さを欠き、病状や予後について十分な診察をせず、家族の同意や十分なインフォームドコンセントが行われていない抜管行為（延命治療の中止行為）を違法としている（逆にいえば、それらが備わった延命治療中止は合法となるということになろう）。

本事例は患者の事前意思があり、家族もその意思を尊重したいという思いがあった。そのため、十分なプロセス、つまり終末期という慎重な判断を医療チームで行い、家族との同意を書面に残せば違法にならないと解釈できる。

先述した『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⁾にも延命措置中止への対応が詳細

に記されている。また厚生労働省の『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⁾でも医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止などは、医療・ケアチームによって医学的妥当性と適切性をもとに慎重に判断すべきとしている。

日本老年医学会の「立場表明」⁵⁾では胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきであり、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性がある時には、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要があるとしている。

事前意思があり、家族もその意思を尊重したいという思いが明確なケースに、延命措置中止について医療・ケアチームとして検討せず、患者とその家族の意思を尊重しない医療行為の継続こそが問題と考えるべきである。

VII. おわりに

今回、人生の最終段階、終末期医療における呼吸サポートを考えるというテーマで、呼吸ケアを担当する看護師の立場からいくつかの事例を紹介しながら解説した。著者自身は倫理の専門家ではない。ひとりの臨床家、ひとりの看護師として日々患者や家族、それを取り巻む我々医療者側と向き合っている。「なんとなくおかしい」「なにか違和感を覚える」というところから目を背けずに向き合うことが、倫理的な問題を取り扱うには大切な心構えだと考えている。倫理的な問題に対し答えが出ないこともまた倫理的な問題の特徴である。しかし、目を背けずに向き合うことの繰り返しが倫理的問題解決の糸口と考えている。

本稿の著者には規定されたCOIはない。

参考文献

- 1) 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。改訂平成30年3月。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-0000197701.pdf> (2019年8月20日閲覧)
- 2) 日本クリティカルケア看護学会終末期ケア委員会、日本救急看護学会終末期ケア委員会：救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド。2019年5月25日。
https://www.jaccn.jp/guide/pdf/EOL_guide1.pdf (2019年8月20日閲覧)
- 3) 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～。平成26年11月4日。
<https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf> (2019年8月20日閲覧)
- 4) 日本医師会生命倫理懇談会第XV次生命倫理懇談会答申：超高齢社会と終末期医療。平成29年11月。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf (2019年8月20日閲覧)
- 5) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 日老医誌. 2012; 49: 381-4.
- 6) 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン－人工的水分・栄養補給の導入を中心として。平成24年6月27日。
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf (2019年8月20日閲覧)