

特集

呼吸療法における終末期医療の問題点

呼吸療法における終末期医療の臨床倫理的課題

瀧本禎之

キーワード：医療倫理，臨床倫理，治療の差し控え，治療の中止

I. はじめに

臨床現場における意思決定を扱う臨床倫理において、呼吸療法の取り扱いは、患者の生死に直結しやすいことから、大きな倫理的ジレンマを含んだ問題の1つである。

日本呼吸療法医学会倫理委員会が実施したアンケート結果からは、倫理的に困る問題として「治療の差し控えがどこまで許されるか」「回復の見込みのない患者への気管挿管、人工呼吸」「人工呼吸やECMOを中止することについて」が挙げられている。これらは、治療の差し控えに関する倫理的問題、治療の中止に関する倫理的問題、である。この差し控え・中止の2つの課題がどのような倫理的課題を含んでいるかについて以下に検討する。

II. 医療倫理の四原則

上記の問題に関する倫理的課題の考察は、医療倫理の四原則の観点から行う。医療倫理の四原則は、医療、医療従事者における重要な倫理的な義務、価値観について述べたもので「自律尊重原則」「善行原則」「無危害原則」「正義・公正原則」からなる。

1. 自律尊重原則

自律尊重原則は、消極的責務および積極的責務という形で定式化される。消極的責務は「自律的な人の意

思決定は尊重すべきである」というものである。一方、積極的責務は、患者が治療上の決定を下すために必要な情報を開示し、自律的な決定を促進することである。現在の臨床場面で必須のものとして考えられているインフォームド・コンセントは、自律尊重原則の消極的責務にもとづいた倫理的概念である。しかし、インフォームド・コンセントを取得しているだけでは、医療者として十分に自律尊重原則に従って行為しているとは見做すことができない。なぜなら、医療者には、消極的責務と積極的責務の両方の責務が要請されているからである。すなわち、医療者には、患者の意思決定に際して積極的な支援を行う義務があるということである。緩和領域で提唱されるアドバンス・ケア・プランニングなどは、自律尊重原則の積極的責務に則った行為といえる。自律尊重原則はその他にも「真実を語ること」「他人のプライバシーを尊重すること」「守秘情報を保護する」などを要求し、医療者による真実告知や個人情報保護や守秘義務といったものに関連している。

2. 善行原則

善行原則は、他人の利益のために行為すべきであるという道徳的責務である。この原則は、最善の結果をもたらすために、利益と害悪を比較考量することを含んでいる。善行原則は「害悪や危害を防ぐべきである」「害悪や危害をなくすべきである」「善をもたらしたりそれを促進すべきである」という3つの形をとる。ここでいう害悪とは、臨床においては疾患や症状であり、

医療者が、もっとも医学的に適切で患者にとって利益が多いと思われる治療行為を行うように努めること、予め患者の危険を回避するように努めることは、善行原則にもとづいた行為である。また感染予防や転倒予防といった、臨床における予防的措置も「害悪や危害を防ぐべきである」という善行原則から要請されるのである。

3. 無危害原則

無危害原則は、「危害を引き起こすのを避けるという規範」、あるいは「害悪や危害を及ぼすべきではない」ことであると定義される。医療者が治療行為を行うに当たって、患者にできるだけ痛みや苦痛を与えないように配慮することや、合併症や副作用を可能な限り避けるように配慮しなければならないのは、この無危害原則にもとづいている。無危害原則は善行原則とは異なり、医療者だけではなく、すべての人に科せられている。そのため、病棟において騒いで他の患者の療養を邪魔するような患者は、無危害原則に反しているといえる。

4. 正義原則

正義原則は、「社会的な利益と負担は正義の要求と一致するように配分されなければならない」という責務である。正義原則は、“形式的な正義”の原則を含んでいる。形式的な正義の原則は「等しいものは等しいように、等しくないものは等しくないように、扱わなければならない」という公平性に関するものである。医療者は、正義原則にもとづいて医療資源を公正に配分することが要求される。

倫理原則同士が衝突する場合の、倫理原則の適用については、比較考量が用いられる。これは、当該状況においてより適切と思われる原則に従うというものである。つまり、従うべき倫理原則が相反してしまうような場合、どちらの倫理原則に従うほうが今回は適切かを判断し、優先すべき倫理原則を適用することになる。

Ⅲ. 呼吸療法の差し控え

呼吸療法の差し控えについて、患者からの意向によってなされる場合と、患者からの意向がなくても治療

が無効なために行われる場合の、二通りに分けて検討する。

まず、患者の意向によってなされる場合、患者の自己決定を尊重すべしという自律尊重原則と、有効な治療を行うべしという善行原則の対立の問題として考えられる。一方で、患者の意向がなく治療が無効なために行われる差し控えは、善行原則を果たしていないという問題として捉えられる。

ここで重要になるのは、善行の義務の程度である。義務の程度は、その治療によって得られる利益の大きさ（この場合、生命にかかわるほど大きくなる）と利益が得られる確率（達成確率）によって決定される。つまり、生命維持に必要な治療ほど、善行の観点から治療を行う義務が発生し、その目的の達成確率が低いほど義務が低くなると考えられる。治療目的の達成可能性が低い状態を無益性（確率的無益性）という。

生命維持治療を行うことによってその後の回復も期待できるなど治療効果が高く、それが達成される見込みが高い状態では、治療の義務が大きい、すなわち善行の義務を果たすことが要求される。一方で、生命維持治療を行っても、それが達成できる可能性が低いもしくは期間が短いなどの場合は無益性が高いと判断されるため、善行を果たす義務は弱くなると考えられる。無益性が大きいような場合、患者の希望があって生命維持治療を差し控えることは、倫理的に十分許容される。

一方で、生命維持治療の効果が認められる状況にもかかわらず、患者が治療を拒絶する場合には、善行と自律尊重の義務の衝突が問題になる。この場合は、患者の意向の確かさ、強さなどが重要となる。説明・説得にもかかわらず、患者が本人の価値観に沿って呼吸療法を拒絶する場合、患者の自己決定を尊重することは倫理的に許容される。問題になるのは、患者の意向が不明な場合である。患者の意向が不明な場合は、善行原則に従って治療介入を行うことが前提となるが、無益性が大きい場合のみ、生命維持治療を差し控えることも倫理的に検討の対象になる。

Ⅳ. 呼吸療法の中止

中止の場合にも、現在の呼吸療法の無益性が高いため中止をする場合と有効であるが中止をする場合、患者の意向がある場合とない場合の2×2の4パターンに

分けられる。治療の有効性によって善行の義務を果たす程度が変化すること、患者の意向があるかで自律尊重の義務が発生することについては、差し控えと同じである。しかし、中止の場合には、差し控えと比較して中止という行為を伴う点が異なる。作為をもって、治療を中止し患者にとって害=生命危機を引き起こすということが、無危害の原則に反する行為として、倫理的に問題になるのである。つまり、呼吸療法の中止は、善行原則と無危害原則の二原則に反することになり、善行原則に反するだけの差し控えと比較して問題点が多いと考えられる。ここが、中止と差し控えの差異である。

作為と不作為に倫理的な違いを認めない、つまり意図的に死に至らしめるのも、見殺しにすることも倫理的には差異がないという考え方があるが、現実的にはその心理的な抵抗感、作為を持って患者に害をなさないというヒポクラテスの誓いにみられるような医療者の職業倫理から考えても、道徳的な差異は存在すると考えられる。そのため、呼吸療法の中止が倫理的に許容される範囲は、差し控えよりも限定的である。つまり、呼吸療法の無益性が非常に大きいうえに、患者からのはっきりとした意向が認められる状況でのみ、中止が検討されるべきである。この場合は、善行原則の要請は弱まり、自律尊重原則からの中止の要請は強まるためである。この場合でも、慎重な話し合いと意思決定が必要と考えられる。

V. 手続き的正義

この話し合いは、一定の手続きに沿って行われる必要がある。一定の手続きに沿うことにより、手続き的正義が担保されるからである。手続き的正義とは、倫理原則が対立してしまった場合、また、倫理原則がうまく当てはまらないような時に参照する暫定的な解決方法のことである。手続き的正義においては、一定の適切な「手続（決定プロセス）」を経て導き出された結論は、「ひとまず正しい（正義にかなっている）」結論とみなされる。手続き的正義は、一律に存在しない治療の中止のような臨床倫理的問題においては、非常に重要な概念である。手続き的正義を満たしながら検討する具体的な方法として、各医療機関における委員会や倫理コンサルテーション、ガイドラインなどが挙げられる。

厚生労働省による「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⁾もまた、手続き的正義の適用例である。呼吸療法の中止の検討においては本ガイドラインに則って行うことが推奨される。

ガイドラインでは、

- 【A】方針決定は、チームで取り組む
- 【B】患者の意思確認ができる場合の手続き
 - 患者と十分な話し合いを行う
- 【C】患者の意思確認ができない場合
 - (I) 家族が患者の意思を推定
 - (II) 患者にとっての最善

とされている。

まずは終末期であること、つまりさまざまな積極的介入の無益性が高い状態であることの確認が前提となる。そのうえで、患者の意識をしっかりと確認し、治療行為の無益性を鑑みて方針を決定することになる。患者の意思確認ができない場合は、家族が患者の意思を推定することになるが、ここで重要なのは家族の意向ではなく患者の意思の推定ということである。つまり家族に「どうしたいか」を尋ねるのではなく、家族に「患者は何を希望すると思うか」を推定してもらうのである。この時、推定の根拠が最近のもので明確なものであればあるほど、患者の意思推定は確かなものと見なされる。推定の確度は、呼吸療法の中止においては非常に重要である。善行と無危害に反する行為であるため、本人の意向が明らかでない場合は、よほど確かな意思推定がない場合は、中止は倫理的に推奨されないといえる。

VI. おわりに

最後に、呼吸療法中止に関する事例である川崎協同病院事件（1998年）を取り上げる。この事例は、以下のようなものであった。患者は、喘息重積発作を起因とした低酸素脳損傷によって深昏睡状態になり回復が見込めないものの、気管内チューブを挿管したまま自発呼吸は可能な状態であった。家族からの要請もあって、主治医が家族の目の前で、①挿管チューブの抜管、②苦悶状態に対して鎮静剤の静注、③さらに筋弛緩剤の投与を行い、患者を死亡させた。これに対して、①～③の行為が殺人罪に当たるとして刑事起訴されたものである。

横浜地裁の判決は、安楽死の条件として東海大学安楽死事件（1995年）の例を引用し、①治療不可能な病気に冒され回復の見込みなく死が避けられない末期状態、②治療行為の中止を求める意思表示が、中止の時点で存在すること（推定意思も可）、③治療義務の限界となっている、を挙げ、本件ではこれらいずれも満たさないとして、懲役3年執行猶予5年の判決であった。控訴後の東京高裁判決は、地裁と同様に殺人罪を認め懲役1年6ヵ月執行猶予3年となった。高裁では、安楽死の適法要件は具体的に示さなかったものの、①国民的な合意の形成を図るべき事柄、②国民の意識や意見の聴取、終末期医療にかかわる医療関係者の意見の聴取も重要、③実態要件と手続きの要件の双方が必要、との考え方を示しガイドラインなどの整備を提言した。上告後の最高裁は、気管チューブの抜管行為の違法性のみ判断に留まったが、①本件抜管時までに余命などを判断するために必要とされる脳波などの検査は実施されておらず、まだ2週間で、回復可能性や余命などについての的確な判断を下せる状況になかった、②家族からの要請は、病状などについて適切な情報が伝え

られたうえでなされたものではなく患者の推定意思にもとづくということもできない、と手続き的な不備を指摘し、上告を棄却した。この事例で重要なのは、気管チューブの抜管という中止行為の違法性が認められたわけではなく、その手続きの不備が指摘されたという点である。逆を返せば、状況限定的ではあるものの、一定の前提条件を満たしたうえで、適正な手続きを満たせば違法性を問われない可能性があるということである。これは倫理的な観点からみた際に、治療継続が善行となり得ない状況で、本人の意思確認が明確で、手続き的正義に則して適切に話し合い方針決定されたのであれば、呼吸療法中止も倫理的に許容されうるという考え方と一致しているといえる。

本稿の著者には規定されたCOIはない。

参考文献

- 1) 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。
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2019年8月31日閲覧)