

11

倫理的問題

1 基本的な考え方

終末期がん患者に対する輸液療法の適切さを考えるにあたっては、原則として、次の事項に配慮する必要がある。

- ・患者の最善の利益の実現，患者の QOL の向上
- ・患者の自己決定，患者の事前指示（リビング・ウィルを含む），患者の希望の尊重
- ・十分な対話の重要性
- ・医療行為の侵襲性に対する認識
- ・延命治療の差し控えと中止は倫理的には違いがないことの認識

基本的な考え方としては、以下のようなものがある。（重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ，重症疾患の診療倫理指針，医療文化社，2006）

- ・医療は患者の最善の利益のために行われるべきである。患者の利益が第一の目的であり，その他の目的の優先順位は低い
- ・医療的介入の善し悪しの結果は，生存期間など統計的数値の改善からだけで判定すべきではない。患者が人格をもった個人として，医療に満足したのか，十分に利益を享受できたか，患者の主観的な QOL が向上したかという観点から振り返って評価する必要がある
- ・医療は複雑な人間関係のなかで行われるが，主たる対象は患者個人である。患者は独立した個人として処遇されるべきである
- ・点滴 1 本，飲み薬 1 錠でも患者の心身に影響を与える。病棟でのルーチン検査やケアでさえ患者の人生を左右する。医療の侵襲性は大きい

2 一般的な倫理原則および行動規範

生命・医療倫理の確立を経て，いくつかの重要な倫理原則が社会的に受け入れられるようになってきた。現在，最も広く受け入れられているものは，次の 4 つの事項である。

- ・自律（自己決定権の尊重）原則
- ・与益（最大利益）原則
- ・無加害原則
- ・正義（公平）の原則

また，自律原則に含まれることもあるが，

- ・患者のプライバシー尊重（診療行為の方針決定という文脈では，許可なく体に触れられない権利や「そっとして（ほって）おいてもらう」権利の意味で使われる）の原則も重要である。また，可能な限りの延命を目指す，
 - ・生命の神聖性原則
- も並存する。

これらの一般的な倫理原則や概念から、医療と医療現場の人間関係における主要な行動規範や患者の権利が導き出される。それらには、次の事項が含まれる。

- ・医療者は何が最善かについて患者と一緒に考える必要がある
- ・医療者は患者の尊厳を守るべきである
- ・患者には自分にとって何が利益なのかを定義する権利がある
- ・患者が受ける医療のゴールは患者自身で決定できるべきである（「重症疾患の診療倫理指針」）
- ・医療者は患者個人の信念、人生計画、宗教観などを尊重する義務がある
- ・医療者は自分の信念を他者に対して強要してはならない（「重症疾患の診療倫理指針」）
- ・患者は治療を拒否する権利を有する
- ・医療者は患者に治療方針の最終的な決定権を与えるべきである

そして、行動規範や患者の権利保障の出発点になるのが、次の事項である。

- ・十分な説明に基づいた患者の希望

したがって、医療における患者の自律性と患者の権利——特に自らの価値観や尊厳に基づいて治療を選択する権利、を尊重するためには、インフォームド・コンセントとインフォームド・リフューザル（refusal, 拒否）に関する患者の権利を保障することが必須である。さらに医師には、医学的に効果および利益のない治療を継続する義務はないことも国内外で認識されている。また、前述の四原則のうちで、患者に害を与えないという原則は重要であり、患者に害しか与えない行為や利益に比較して害が著しく大きい行為は倫理的に許容されない。

3 意思決定のプロセス

これらの倫理原則や行動規範を医療現場での実際の意思決定に活かすためには、一貫性のある包括的意思決定プロセスが必要である。終末期がん患者に対する輸液療法に関する必要かつ十分な意思決定を実行するためには、多くの事項を漏れなく検討する必要がある。一般的な倫理的意思決定の流れの一例を示す。

「重症疾患の診療倫理指針」より

- 1) 医学的事実を明確にして整理する
- 2) 当該事例についての関係者の意思、特に患者および家族の希望を明確にする
- 3) 関連する倫理的問題を明確にする
- 4) 患者に対する診療行為の目的、誰が最終的な治療決定権をもつのか明確にする
- 5) 決定を実行し、その結果を再評価する

患者の医学的状況、医学的介入の予測される臨床的アウトカム、どの時点で輸液が無益な治療と考えられるかの判断、意思決定に係る関係者の希望、患者および代理意思決定者の意思決定能力、関係者間のコミュニケーションと関連情報の理解度の確認、倫理的問題の明確化、倫理的葛藤を生じている点の明確化、関連する倫理

的原則の特定、当該事例に関する現在に至るまでの議論の整理を行う必要がある。

また、当該事例に関わる現実的要因（経済的問題、社会的問題、法的問題、施設の方針、公的またはそれに準ずる関連倫理指針など）を明らかにし、最終的な意思決定の根拠（患者の希望、事前指示、家族の代理判断、医師の意見）と最終決定権をもつ者は誰かを決定し、最終的な診療行為の目的、つまり何のために輸液を行うのかを特定することが重要である。

さらに、度重なる話し合いが必要であり、その過程で患者がなぜ治療を希望または拒否するのかを明らかにしていくことが大切である。具体的で信頼性の高い事前指示を作成するための早期の話し合いが求められる。一貫性のある意思決定プロセスを実現するためには、病院倫理委員会や公式な倫理カンファレンスが重要な場合がある。最終的には、医療者が、常に自分の決定を明確な理由根拠に基づいて説明できるようにしなければならない。

医学的介入の予測される臨床的アウトカムの査定には、患者自身による現在のQOLの評価と、「どのような行為が自分にとって最善の利益になるか」に関する検討が必須となる。また、治療方針を検討するのは、誰の利益のために治療を行うかを常に考えることが必要である。

患者の最善の利益を一義的に定義することは困難だが、一般的に次の項目を考慮すべきである。(British Medical Association Ethics Department. Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law, 2nd ed, BMJ Books, London, 2004, pp108-9, pp351-364)

- ・患者に意思決定能力があり、判断に必要な情報を得ることができる場合、患者自身が、何が自分にとって最善の利益なのか、そして、提案されている治療の利益が不利益に勝るか否かについての最も適切な判断者である
- ・患者が意思決定能力を欠いている場合には、多くの事項を勘案して何が患者の最善の利益になるのかを考えなくてはならない。勘案事項は以下が含まれる
 - * 患者の事前に表明された希望を含む、患者の希望と価値観
 - * 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的哲学
 - * 患者が何を最善の利益とみなすかに関する、患者に近い人々（親族、配偶者、治療にあたっている人、代理意思決定者）の見解
 - * 提案されている治療と他の選択肢を考慮したうえでの医学的判断
 - * 治療が行われた場合の改善の可能性とその程度の大きさ
 - * 将来、患者により大きな選択の余地を残すことができる治療の選択肢の有無
 - * 治療の侵襲性
 - * 改善不可能な重度の苦痛の経験

診療上の決定に関して意見の一致がみられず、患者に意思決定能力があるときは、上記の項目を参考にして患者自身が何が最善の利益かを決定する。患者に意思決定能力がない場合、患者の家族を含む代理判断者と医療チームは、以前の患者の希望や人生観などを十分に参考にしつつ、患者にとって最善と考えられる診療方針を決定する。

4 倫理的意思決定の問題点

今まで述べてきたように、基本的な倫理の原則を出発点に、一定の手続きで意思決定を行うことが大切である。しかし、倫理的問題に対する意思決定過程にはさまざまな問題が生じうる。

例えば、複数の倫理の原則（自律、与益、無加害、正義、生命の神聖性など）のなかで、何を優先の原則にするのかについて意見の不一致が生じる。患者が所属する文化によっても価値観は異なり倫理的葛藤の原因となる。患者や家族が属する世代や受けてきた教育によっても、価値観は違ったものになる。誰が最終決定権をもつかについても異なる意見が出る場合もある。また、患者と医療者の間でも、治療の意義や価値に関して違った意見が出てくることも想定される。

また、患者や患者からの積極的治療の要求が、医療者にとっては無益なものに思える場合もある。逆に医療チームには受け入れがたい患者の治療拒否の希望もある。このような場合の根本的な価値観の一致は困難であり、話し合いを重ね共通点を見出し、誰もが受け入れられる一定の選択肢を模索することが必要となる。

現実的問題として、患者の意思表示がはっきりしない際の倫理的判断は非常に難しい。インフォームド・コンセントの過程や事前の意思表示で明示された患者の希望がない場合、たとえ患者と近い家族でも患者のために代理判断を行うのは困難を伴う。したがって、可能な限り患者の希望を明らかにする必要性がある。

5 特に輸液に関する問題

輸液は、人工呼吸や人工透析、外科的介入など、患者に対する侵襲性や負担が大きいと考えられている治療と区別して考えられる場合がある。その理由として、輸液は医学的介入や治療行為ではなく患者にとって基本となるケアであり、患者の医学的状況や患者の希望にかかわらず、常に行われるべきだとの意見も挙げられる。この点についても文化や世代、あるいは価値観による相違が生じる。

患者・家族にとって水分・栄養補給は、しばしば患者に対する誠実さの表現、文化的規範、ケアのシンボル、最後まで希望を捨てないことの証であり、極めて象徴的な意味が大きい。また、他の延命治療の中止を検討するときよりも、患者・家族のみならず医療者にも強い感情的反応を引き起こしうる。そのために他の治療と比較して、より一層いったん始めると中止することは非常に困難な場合があり、患者の全身状態が悪化したあとも継続することとなりがちである。

しかし、終末期がん患者に対する輸液は医学的な治療の一つであり、侵襲性を認識する必要がある。人工的に管を使って水分・栄養を与えることと患者が食べたいものを食べたいときに食べる経口摂取とは、患者にとっての意味は異なる。患者を取り巻く人間関係（家族、医療者）を重視し、家族の希望に配慮することは極めて大切なことであるが、患者の希望と患者の最善の利益の実現を第一の目的とした意思決定を常に行うべきである。

また、医療チームは、患者自身の判断に基づいて QOL の向上に貢献しない治療は行うべきではない。つまり、患者の QOL を改善させない治療は行うべきでなく、

また、患者に害を与える介入も行うべきでない。患者の利益にならない輸液は中止しうると考えるのが倫理的に妥当であり、輸液の差し控えと中止には倫理的に違いはないと考えるべきである。一方、状況を十分に考えることなく、患者の希望や利益を考慮することなく、関係者との十分な対話を経ることなく、終末期がん患者に対する輸液療法の是非を一方的に決めつけてはならない。患者のQOLは主観的なものである。輸液をすることで患者の精神的安寧が、より大きな不利益を与えることなく得られる場合は輸液を行うべきである。判断が困難な場合には、暫定的に輸液を開始または中止し、治療が患者の利益になるかどうかを定期的に評価する方法（time-limited trial）は推奨できる方針である。

また、患者の希望や利益に基づいて決定された輸液に関する方針を担当する医療者が倫理的にどうしても受け入れられない場合は、その患者のケアから外れることも検討されるべきである。医療者の自律性や良心は、患者に害を与えない限りにおいて尊重されなくてはならない。

（浅井 篤）

資料 終末期の輸液療法に関連する倫理指針

- 「説明と同意」についての報告（日本医師会「第Ⅱ次生命倫理懇談会」，1990年1月9日）
 - ・「リビング・ウィルを尊重した場合は，延命処置をしなくても違法性はないものと考えてよいであろう」
- 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告（日本医師会「第Ⅲ次生命倫理懇談会」，1992年3月9日）
 - ・「本人が署名した文書がない場合でも，本人が口頭で自分の意思を明確に表明したならば，やはりそれを尊重してよいであろう」
 - ・「患者本人の意思を尊重するという自己決定の考え方からすると，法律の定めがなくても，本人の意思を尊重して，たとえば生命維持装置を止めても，医師は法的責任を問われないものと考えられる」
 - ・「末期医療に入った者がその文書に基づいて指示を行い，その治療に責任をもつ医師がその指示を正当なものとして認めたときは，医師はそれに従って行為することが望ましい」
 - ・「ひとの治療において尋常な手段が何であるかについてはなお今後，討論を必要とするであろうが，栄養の補給，感染防止，褥瘡の予防・治療などは，生命を維持する必要にして最小限の基本的療法と考えられる」
- 医師の職業倫理指針（日本医師会，2008年6月）
 - ・「患者が正常な判断ができないような状態では，患者の事前の文書による意思表示（アドバンス・ディレクティブ，リビング・ウィル）を確認することも大切である」
- 「医療の実践と生命倫理」についての報告（日本医師会「第Ⅴ次生命倫理懇談会」，2004年2月18日）
 - ・「アドバンス・ディレクティブは，患者の，その時点よりはやや以前の意思を知るための重要な手がかりの一つと考えるべきで，これにより末期医療についての治療方針が万事決定されるとみなすことには，慎重さを要する」
 - ・「末期医療にあたって，医師がもっとも尊重しなければならない要点は，“患者の利益”である。“患者の利益”は，（…中略…）とにかく第一には苦しみを感ぜないことであろう。その他については，患者の意思を十分に尊重し，患者自身がこれこそ自分の利益・幸福だと感じる方向を探り，実現していくことが医師の努めである」
 - ・「今日においては，本人が信じる“人間としての尊厳”を保ったまま死を迎えたいとする患者の自己決定は，基本的には認められるべきである」
 - ・「医師たるものは，単に患者が安楽に死ぬことを援助するのではなく，その患者が人生の終末を立派に生きようとしている努力を最期まで支援することも必要である。（…中略…）節度ある，適切な医療を受けて生を全うした後に迎える死こそ，尊厳ある死であろう」
- 死と医療特別委員会報告—尊厳死について（日本学術会議「死と医療特別委員会」，1994年5月26日）
 - ・「尊厳死問題を延命医療の中止の是非という観点から捉え，医療の原点は患者の利益の保護にあるという前提にたち，医学的に見て「助かる見込みがない」，あるいは医学的な回復不可能性

ということを要件として、患者の自己決定ないし治療拒否の意思を尊重して延命医療を中止し、患者の選択した生き方を医療従事者や近親者が理解して、残された人生を全うさせることが大切である」

- ・「延命医療の中止は一定の要件のもとに許容しうると考え、それが適切にかつ慎重に行われることを強く要望する」
- ・「生命の基本となる栄養補給は自然の死を迎えさせる基本的な条件であるが、鼻孔カテーテル及び静脈注射等による栄養補給は、その方法が人為的である点にかんがみれば、病状等を十分に考慮して、中止してもよい場合があると思われる」
- ・「診療契約の内容として、医師は患者の利益に最も適した方法で診療すべき義務があるから、延命医療を施す必要がない場合においても、苦痛の緩和に努め、除痰、排尿排便への配慮、身体衛生の保持といった基本看護を行う義務があることはもちろんである」

●終末期医療の基本方針（富山医科薬科大学倫理委員会承認、1997年5月6日）

- ・「患者と医療従事者の相互理解に基づいて、患者の自己決定権を尊重した医療を行う。患者が不治かつ末期の状態にあつて過剰な延命処置を望まない場合、その意思に基づき、それを尊重して処置を行う」

【参考文献】

- 1) Jansson L, Norberg A. Ethical reasoning concerning the feeding of terminally ill cancer patients. Interviews with registered nurses experienced in the care of cancer patients. *Cancer Nurs* 1989 ; 12 : 352-8
- 2) Mercadante S. Nutrition in cancer patients. *Support Care Cancer* 1996 ; 4 : 10-20
- 3) Day L, Drought T, Davis AJ. Principle-based ethics and nurses' attitudes towards artificial feeding. *J Adv Nurs* 1995 ; 21 : 295-8
- 4) Fainsinger RL, Chan K, Bruera E. Total parenteral nutrition for a terminally ill patient? *J Palliat Care* 1992 ; 8 : 30-2
- 5) Goldstein MK, Fuller JD. Intensity of treatment in malnutrition. The ethical considerations. *Prim Care* 1994 ; 21 : 191-206
- 6) Schwarte A. Ethical decisions regarding nutrition and the terminally ill. *Gastroenterol Nurs* 2001 ; 24 : 29-33
- 7) Miles SH. The terminally ill elderly: dealing with the ethics of feeding. *Geriatrics* 1985 ; 40 : 112, 115, 118-20
- 8) Breier-Mackie S, Newell CJ. Home parenteral nutrition: an ethical decision making dilemma. *Aust J Adv Nurs* 2002 ; 19 : 27-32
- 9) Bodinsky GN. Ethical dilemmas: a case study. *Gastroenterol Nurs* 1991 ; 13 : 206-8
- 10) Scanlon C, Fleming C. Ethical issues in caring for the patient with advanced cancer. *Nurs Clin North Am* 1989 ; 24 : 977-86
- 11) Davidson B, Vander Laan R, Davis A, et al. Ethical reasoning associated with the feeding of terminally ill elderly cancer patients. An international perspective. *Cancer Nurs* 1990 ; 13 : 286-92
- 12) Chapman G. An oncology patient's choice to forgo nonvolitional nutrition support: ethical considerations. *Nutr Clin Pract* 1996 ; 11 : 265-8
- 13) Meares CJ. Nutritional issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 2000 ; 16 : 135-45
- 14) Planas M, Camilo ME. Artificial nutrition: dilemmas in decision-making. *Clin Nutr* 2002 ; 21 : 355-61
- 15) Kinzbrunner BM. Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer* 1995 ; 3 : 28-36
- 16) 浅井 篤, 福原俊一編. 重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ. 重症疾患の診療倫理指針. 東京, 医療文化社, 2006