

臨床倫理メデイエーション

21 現場の医療をめぐる臨床倫理(1)

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

生の最終段階における医療」と定義をし直した。その意図は、最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるという考え方による、としている⁶⁾。

2. 事例紹介

(1) 経過

本人は70歳。配偶者、娘夫婦、孫3人と同居していたが、20年前に、クモ膜下出血、右麻痺、水頭症(V-Pシャント)、全失語となりPEG(G(胃瘻))造設し、15年在宅介護していた。2年前に、A病院に脳梗塞で入院。その後、右大腿頸部骨折、誤嚥性肺炎を繰り返した。施設対応が難しくB病院へ入院。B病院入院時、意識はJCS30、寝たきり状態のため、障害者施設病棟にて療養していた。胃瘻の経管栄養で嘔吐し、それによる肺炎も繰り返していた。配偶者と娘は介護熱心でほぼ毎日面会をしていた。家族は、看護や介護に関しても病院の治療医療体制にも満足していた。6カ月後、肺炎治療に全力を尽くすが、呼吸状態悪化、呼吸停止から一時心停止、挿管他の救急蘇生施行。心拍再開したが、JCS30、低酸素症状が続いた。家

1. 終末期とは

2007年5月、厚生労働省(以下厚労省)の終末期医療の決定プロセスの在り方に関する検討会は、厚労省のガイドラインとして「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。その後、日本医師会は「終末期医療のガイドライン2009」を提示し、2016年3月には、日本医師会として第4次生命倫理懇談会から「今日の医療をめぐる生命倫理―特に終末期医療と遺伝子診断・治療について―とする答申を公表した⁷⁾。

厚労省も日本医師会も、「終末期」については明確な定義はしておらず、両者とも、その終末期のありようについては、「終末期は多様で

あり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべき(日本医師会)」「どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき(厚労省)」とする⁸⁾。

また、全日本病院協会においては、「終末期」については、以下の三つの条件を満たす場合とし、①医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、③患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること、の3つを挙げている⁹⁾。

一方、「終末期医療」については、厚労省は「人

族来院時、主治医より気管切開の説明があり、承諾した。しかし、その後、配偶者より、「気管切開をしないでほしい。延命処置はしてほしい」と訴えがなされた。それに対して、医師は、「気管切開をすれば状態は改善する。これは延命ではなく治療である」と説明した。配偶者・娘の双方からは、「生きていてほしいが、痛いことはもうこれ以上させたくない。これまで自分が介護してきた。死なせたたくない。しかし、気管切開はさせたくない。きれいなままにして生きたい」との要望がなされた。

う家族の思いを共有し、そのために必要なことは何かを確認する。看護では臥床に伴う褥瘡等の発生防止について確認する。

② 繰り返す肺炎による低酸素血症

胃瘻でも唾液と一緒に口腔内の雑菌が、放射能低下のために気管に入り、肺炎を起す。また、気管切開をしていても肺炎は起こる。随時の気管内吸引が必要であり、この時には、咳嗽反射が起きる。低酸素血症の改善がみられない場合には、治療継続の有無の判断が必要となる。医師はこれらのことを詳しく、しかも家族が理解できるように説明しなければならぬ。なぜなら、気管内吸引による反射は患者の咳込みと表情の変化が一時的に起きる。苦しんでいるように家族には見えることがある。また、看護師が声などを患者にかけずに黙って気管内吸引をすれば、その行為が尊厳を軽んじている、とも解釈される。

必要ならば当事者以外の考えを求めて、何が最善かを再考する。家族にとっては意思決定する際の参考にもなる。

(2) 問題をどう設定するか

「脳梗塞後の繰り返す肺炎に対する気管切開をするか否か」という治療と「延命とそのあり方」への家族の希望との間に発生したと考える。別の表現をすれば、この患者の、今、ここでのQOLの質の変化のあり方がコンフリクトとして現れていると考えることができる。以下、いくつかの治療・看護上の問題について検討してみることにする。

① 寝たきりで意識はJCS30

治療については家族の意向が代理意思決定をする。苦しませたくない、傷つけないとい

③ 医療記録について

家族との話し合いの内容についてカルテに要点を適切に書くことが必要となる。倫理委員会

の開催のほか、複数の関係者で討議して、患者と共有しながら、その経過と結果を記録に残す。そして、必ず通常の臨床記録のようにエビデンスとその総体評価、益と害のバランスを考量した論拠のある医療記録にする。

④ その他

入院治療費用は障碍者医療がカバーしており負担がないため、このケースでは問題視されていないが、負担があればどうなるのか。また、今後は、在宅で看取することもある。この場合、家族の経済力が問題になることもある。

こういった問いをたて、このようなケースでは生命倫理の4原則(respect, nonmaleficence, beneficence, justice)に照らし合わせ、今、必要な治療と処置、予期できる合併症、予期せぬ事態への対応、予後、家族の精神的支援、医師のプロフェッションナリズムを担保する法的、倫理的配慮を検討して情報共有し合意形成プロセスを、家族と共に持つ。

勿論、問題はこれらだけでは不十分、むしろ、QOLやインタレストを考える際は、これまでこの連載で述べてきたようなさまざまな倫理問題を考えていくことが必須である。しかしながら、医療の現場では診療上の重要度の高い医療

刑事上の責任の発生の有無についての問題がないのか、弁護士の見解を求めることはシステムとして整えておく。

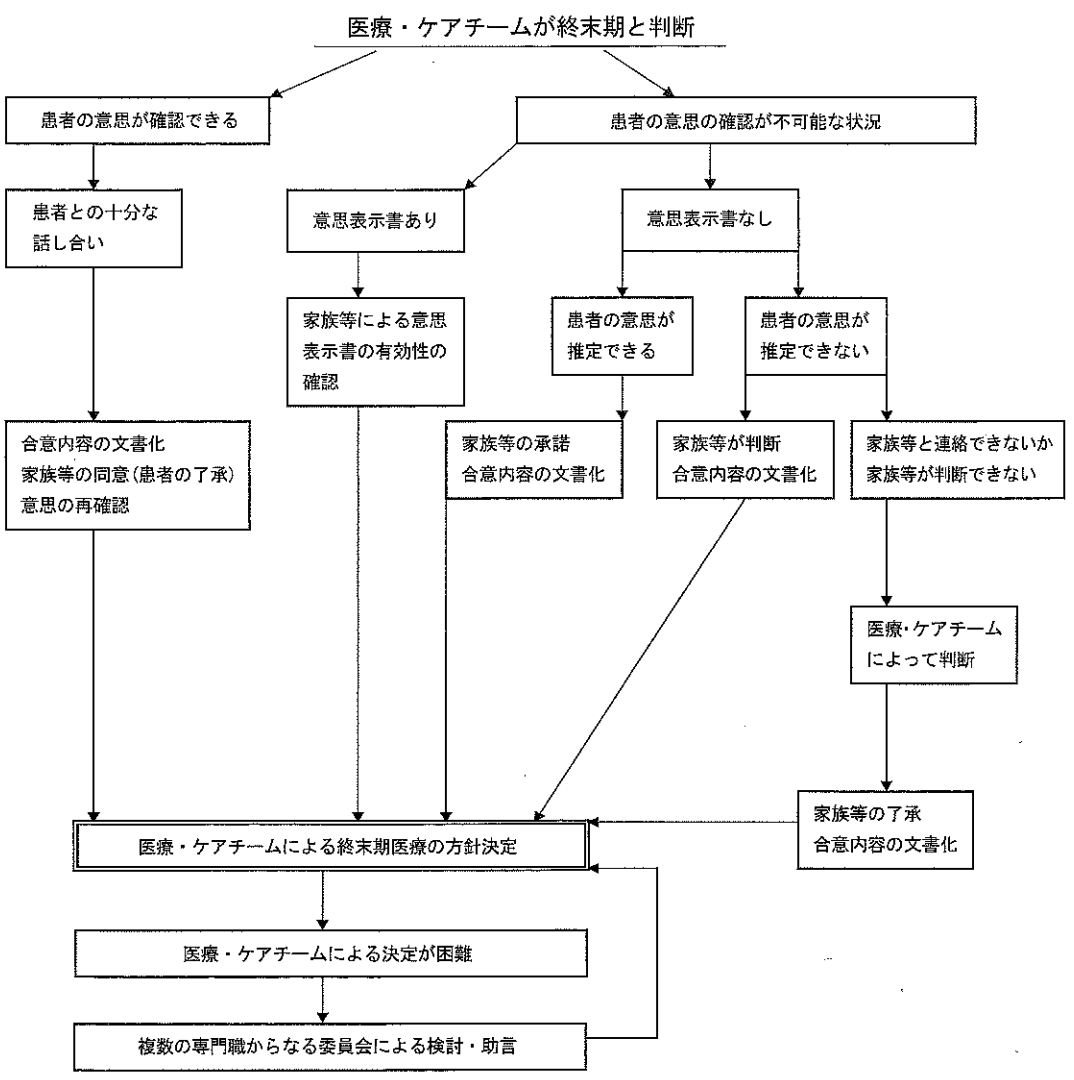
3. 終末期医療の方針チャート

2007年の厚労省の終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインは表1に示す (http://dlmed.or.jp/dlmed/teiteikaiken/20070822_1.pdfより引用)。

現在、このガイドラインは改訂が予定されている。厚労省が2018年3月の公示を目指し、現在、医師・看護師らに向けた終末期医療の指針(表1参照)の改訂作業を進めている。改定指針は、2018年4月から医療現場で用いられる予定である。

新しい指針では、患者・家族と医師・看護師等による、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning、以下ACPと称す)といわれる、患者に対する今後の見通しや治療について、機会があるたびに話し合うことが重視される。ACPは、人生の最終段階における

表1 終末期医療の方針決定に至る手続き



行為や患者の最善のアウトカムを目指して検討すること、そして、そのことは患者と医療者の意思決定支援になることはいままでもない。

このように、医師は終末期医療の方針決定を行う際に、特に慎重でなければならぬ。

たとえば、終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等、特に中止に際してはその行為が患者の突然の死亡に結びつく場合があることを、家族に情報開示し理解できるように説明することはプロフェッショナルとして当然の行為である。ただ、問題はその説明が誰にどのようについて実施されるかということである。それも継続的にする必要があるのである。

(3) 終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等の決定に際しての基本的な注意

①患者の意思が確認できる場合

まず、患者の意思を基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は十分に患者家族に配慮しながら患者と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。この場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再

確認を行う。また、患者が拒まない限り、決定する。

以上のことを経て、内容を家族等にきちんと知らせる。

救急時における医療の開始は原則として生命の尊厳を基本として実施する。

②患者の意思の確認が不可能な状況下の場合

「患者自身の事前の意思表示書(以下、「意思表示書」という)」がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。

また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として最善の治療方針をとることとする。

家族等との連絡が取れない場合、または家族等が判断を示さない場合に、家族等の中で意見がまとまらない場合に際しては、医療・ケアチームで判断し、原則として家族等の了承を得ることとする。法的検討が必要な場合もある。特に、代理意思決定については、高度の認知症、

遷延性意識障害など、病態や病状によって、その都度話し合いを重ねることは重要である。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

③医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難な場合

患者と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られないように、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。責任も持つ。

④終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合

診療ガイドラインもふまえて、当該施設において終末期のガイドラインがあればそれに従う。ガイドラインがない場合には、倫理コンサルタントや倫理メディエーターや第三者、患者の思いを共有できる家族と医療・ケアチームによって方針を決定する。その際、医師は十分に患者家族に配慮しながら、十分な話し合いをする。これらの一連の対話過程そのものの内容を文書にまとめる。誰にも責任帰属が発生しないように配慮する。そして、その決定が、民事上及び

医療について、あらかじめ本人や家族、医療従事者などが繰り返し話し合っておく実践の取り組みである。新指針では、自宅・介護施設で療養する患者にも対象が広げられ、救急蘇生の場で問題となる、「本人の望まない蘇生について」も話し合うことも視野にいれている。本人が意思表示できなくなることを想定し、家族を話し合いに参加させ、多職種連携で繰り返し話し合い、文書化することも視野にいれる必要がある。

※ACP(アドバンス・ケア・プランニング)について
本連載の7回から10回にかけて「多様な死の時代—安楽死と尊厳死」の連載記事を参照していただきたいが、国際的にEOL(End-of-Life Care)やQOLが問われている。ACPは、前述したように、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指し、患者の価値を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組み全体をいう。ACPの目的は、患者の意思を尊重した医療やケアを提供し、尊厳ある生・尊厳ある死を実現することであり、患者の意思確認のために、かかりつけ医や多職種の連携・協働と、地域での支援が重要であるとされる。また、ACPは、インフォームド・コンセントが同意書をとることだけでなく、アドバンス・ディレクティブ(事前指示)の文書を作成することのみではない。ACPでは、患者の病状と治療に寄り添いながら、今後患者の意思決定能力がなくなっても、患者自身が語ったことや、書き残したもののから患者の意思が尊重され、医療スタッフや家族が、患者における最善の医療を選択できるような患者中心のケアを提供することを重要視する。

4. 生きていくナラティブ

延命とは？ 治療とは？

延命と治療を切り離せるのか。それぞれの立場からの倫理的推論が必要である。

誰にも、寄り添うそばには物語がある。生きていくこと自体が物語として意味づけられており、意味と意味をつないでいくナラティブなのである。従って、この場合の認知の齟齬の焦点は、診断・治療とその看護に関する医療者と患者・家族間での色々な異なる情報収集とその具体的な解釈の上に、何が最善の医療かの合意を得ることにある。つまり、診療・看護の質的・量的制約の中で、個別患者の命の在り方を理解し、医療者と患者がともに受け入れ可能な状態の目標を設け、それを実現するという視点が重要になる。

終末期の医療での倫理問題は、患者の個別的QOLの実現と治療の質の変化を伴う継続や中止、看護ケアの質変化との間の齟齬にある。この時の認知的コンフリクトに対して、生命倫理の原理という物差しを活用することになる。この物差しで、患者のQOLを再評価し、「今ここで」QOLとして表現され、合意を得てゆ

くことになる。
そして、倫理メデイエーションでは、この「合意」を超えていく「合意」、まさに生み出されていく創発的な意思決定について、非援助として支援をしていくのである。このように、医療メデイエーション概念による対話の「過程」のありかたが、紛争などの認知齟齬以上に、倫理メデイエーションという場では重要になる。
倫理メデイエーションとは、多くの生きていくナラティブの相互作用が展開される場なのである。

- 参考文献
- 1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> 平成19年5月厚生労働省(アクセス2018年1月4日)
 - 2) http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf 平成20年2月日本医師会第X次生命倫理想談会(アクセス2018年1月4日)
 - 3) http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140402_3.pdf 平成26年3月日本医師会第XIII次生命倫理想談会(アクセス2018年1月4日)
 - 4) <https://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf> 平成21年5月社団法人全日本病院協会終末期医療に関するガイドライン策定検討会(アクセス2018年1月4日)
 - 5) 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 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000179014.pdf> 日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野同付属病院高度救命救急センター横田裕行 第2回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会資料4より 平成29年9月29日)
 - 6) <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/eol/acp/acp.html> 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部のアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)解説より(アクセス2018年1月4日)

受講生が主体の参加型の研修会

平成30年度厚生連院内感染予防対策研修会開催にあたって

日本文化厚生連業務部長 仲川 賢治

本稿では18年目を迎える厚生連院内感染予防対策研修会(主催・文化連、主管・ICHG研究会、以下研修会と称す)の特長や院内での課題、今後の病院の方向性等を案内させていただきます。

平成30年度は中級、基礎クラスの他に、中級を受講した方向けに最新の情勢を踏まえたアップグレードクラス、管理栄養士や調理師に向けた厨房クラスを開催します。より多くの方の参加をお願い申し上げます。

診療報酬改定を目前に控え、多くの医療機関で重症度、医療・看護必要度をどう向上させようかという声を聞きます。対策としては「在院日数の短縮」と「重症患者の集患」をバランスよく行うことが必要です。そして院内の患者実態に適合した病棟構成への転換が求められています。同時に忘れてはならないのが、平均在院日数が長くなってしまいう事態をどう回避するかです。そのためには院内感染はどうしても避けたいところです。

18年目を迎える研修会の特長と運営

この研修会の特長は、年齢、職種、経験年数等、背景が異なる多職種の方たちが自院での経験や疑問をぶつけ、他職種他病院の考え方や取り組みを知り、相互に認め合うことで仲間をつくれることです。

参加者からは日頃接することが少ない他病院の方たちと情報を交換することで、書物やインターネットからの情報とは違った、活きた情報や知識を得られると好評を得ています。

こうした取り組みが長年出来るのも、各厚生連で働く職員が、組合員や地域住民に医療、予防、高齢者福祉を提供する農協グループの一員として、同じ理念と使命を共有し、更なる実現を目指しているからだと考えます。

院内感染予防対策の目的は患者およびその家族、職員全員を感染症から守ることです。医療従事者は感染症の発生を予防(感染制御チーム:ICITの考え)するとともに、不幸にして院内感染が発生した場合、早期に診断と治療を行う(抗菌薬適正使用支援チーム:ASTの考え)ことで治療期間の短縮を図り、さらに耐性菌の出現と蔓延を予防するために努力しなければ