

(6) 患者が意思表示できない場合、家族が「食べられないので点滴をしてほしい」と希望する時に、適切なケアは何か？

推奨R205:

■患者・家族へのケア

□評価

- 患者がどのように希望していたかを患者の生き方や価値観をもとに把握する
- 患者・家族の病状認識、輸液・栄養・食事に関する知識、経験、信念、希望を把握する
- 家族が患者の死が迫っている状況などのように受けとめているかを把握する
- 患者の身体症状(口渇、嘔気嘔吐、疼痛、せん妄など)を把握する

□家族へのケア

- 家族の思いの表出を促し、支持的な関わりをする。どの家族がどのように考えているのかを把握し、必要であれば家族全体で話し合える場をコーディネートする
- 患者の示していた意思が尊重できるように家族とともに考える
- 輸液の目的、利益・不利益について説明する
- 家族が参加できるような、患者の苦痛緩和につながるケアをいっしょに実施する

■医療チームの対応

- 家族のつらい状況を医療チームが共有する
- 輸液の内容や方法、必要性を再検討する

55

(6) 患者が意思表示できない場合、家族が「食べられないので点滴をしてほしい」と希望する時に、適切なケアは何か？

Communication

ポイント: 家族のつらさに焦点をあて、傾聴する

「〇〇さん、ご覧になっていて(そばについてらして)何か気になることや心配されていることはありませんか。」  
「(食べれなくなったから点滴くらいしてあげたい、という家族の表出に対して、)そうですね。できる限りのことを差し上げたいですね。私たちもできる限りのことを〇〇さんに差し上げたいと思います。」

ポイント: 家族の抱える無力感に対し、輸液以外の方法で家族が参加できるような、患者の苦痛緩和につながるケアを一緒に実施する

「ご家族のみなさんにも声をかけていただいたり、マッサージをしたりして差し上げると〇〇さんも安心されると思いますが、私たちといっしょにしてみませんか。ほかに〇〇さんがよろこばれることはどんなことがありそうか教えていただけませんか?」

56

(7) 患者は希望しないが、家族が「食べられないので点滴をしてほしい」と希望する時に、適切なケアは何か？

推奨R206:

■患者・家族へのケア

□評価

- 患者の病状認識、輸液・栄養・食事に関する知識、経験、信念など、患者が点滴を希望しない背景を把握する
- 家族の病状認識、輸液・栄養・食事に関する知識、経験、信念、希望を把握する
- 患者の経口摂取状況、身体症状(口渇、嘔気嘔吐、疼痛、せん妄など)を把握する

□精神的ケア・コミュニケーション

- 患者の示していた意思が尊重できるように家族とともに考える
- 患者と家族の互いの意思を伝える方法、ともに話し合う方法を検討する

□家族へのケア

- 家族の思いの表出を促し、支持的な関わりをする。輸液の目的、利益・不利益について説明する
- 家族の抱える無力感に対し輸液以外の方法で家族が参加できるような、患者の苦痛緩和につながるケアをいっしょに実施する
- 家族のつらい状況を医療チームが共有する
- 輸液の内容や方法、必要性を再検討する

57

(7) 患者は希望しないが、家族が「食べられないので点滴をしてほしい」と希望する時に、適切なケアは何か？

Communication

ポイント: 患者が示していた意思が尊重できるように、家族とともに考える。

「〇〇さんが点滴を希望されないのはどうして、とか、何かおっしゃっていましたか?…そうですね、…とおっしゃっていたのですか。(〇〇さんは私たちに、『点滴をすると腹水がふえて、よけいにくるから点滴したくない』とおっしゃっていました。最近腹水がふえてきたので、たしかに、点滴が負担になっているのではないかと考えます。患者さんにはあまりいい効果を実感できていないのですね。でも、ご家族としてみると、食べられない分栄養を少しでも、と思われるんですね。迷いますよね。」

ポイント: 家族の思いの表出を促し、支持的なかわりをする

「〇〇さんが食事を食べられないことを、ご心配なさっているんですね。ぜんぜん食べてくれないと残念ですね」

ポイント: 家族の抱える無力感に対し、輸液以外の方法で家族が参加できるような、患者の苦痛緩和につながるケアを一緒に実施する

「食べることに以外に、ご家族のみなさんと一緒にアルバムを見たり、マッサージをしたりして差し上げると患者さんも喜ばれると思いますが、いかがですか?ほかに〇〇さんが大事にされていることはどういうことがありそうか教えてくださいませんか。」<sup>58</sup>

(8) 終末期患者に1000mL/日の維持輸液を行う場合、生活への支障をきたさないケアの工夫は何か？

推奨R207:

■患者・家族へのケア

□評価

- 患者の活動状況、身体状況、希望する生活スタイル、一日の過ごし方を把握する
- 点滴に対する患者の認識やそれに対する負担感について把握する

□身体的ケア・実際のケア

- 患者の活動状況、身体状況、希望する生活スタイルにそって患者の負担が少ない輸液方法を検討する  
例 ● 日中のみ・夜間のみ・間欠的な輸液 ● ヘパリンロックの使用  
● 中心静脈ポート ● 皮下輸液など
- 入浴や散歩は、患者の希望する時間に点滴をヘパリンロックし、点滴の刺入部を防水フィルムで覆って行う
- チームで共通したやり方で行う

■医療チームの対応

- 輸液の内容や方法、必要性を再検討する

59

(8) 終末期患者に1000mL/日の維持輸液を行う場合、生活への支障をきたさないケアの工夫は何か？

Rationale/Communication

ポイント: 患者の活動状況、身体状況、希望する生活スタイルにそって患者の負担が少ない輸液の方法を検討する

「点滴をしていても入浴ができないわけではないので、点滴の時間について相談させてください。決まった時間だけ点滴をして、他の時間は点滴をはずして自由に過ごせるようにもできます。夜だけ、とか、日中だけとか、決まった時間とかだけとか、生活の合わせて点滴することもできます。〇〇さんの生活のリズムから考えてどういう方がいいと思われませんか?」

60

(9) 1000ml/日の輸液を24時間継続して受けている終末期癌患者が夜間の頻尿に伴う不眠を訴えた場合、適切なケアは何か？

推奨R208:

■患者・家族へのケア

□評価(以下の点を把握する)

- 不眠や頻尿による苦痛の程度
- 不眠や頻尿の要因(膀胱炎、ダグラス高の腫瘍、腹水による膀胱容量の減少、高血糖による多尿など)
- 患者の生活スタイル(排尿パターン、睡眠・活動パターン)
- 患者の経口摂取状況、身体症状(口渇、嘔気嘔吐、疼痛、せん妄など)

□身体的・実際のケア

- 患者の活動状況、身体状況、希望するライフスタイルにそった輸液の施行方法をともに考える。夜間の輸液の減量・中止などが可能かを検討し、夜間の輸液が必要と考えられた場合は患者の負担が軽減できるような方法を提案する  
例 ● 夜間のみポータブルトイレや安楽尿器の使用 ● ハッドの利用 ● 寝前の排尿など
- 患者の生活リズムが整うよう日々の患者のスケジュール(特に、面会、外出・外泊など)に合わせ、輸液を行う時間帯を検討していく
- 不眠・頻尿に対する薬物療法およびケアを検討する  
例 ● 室温調整・換気などの環境調整 ● 足浴 ● マッサージなど
- 輸液以外で不眠や頻尿の要因となっているものなかで、働きかけが可能なことに対して、対策を共に考え試行する

■医療チームの対応

- 間欠的輸液や輸液量の減量を検討する  
例 ● 1日量の減量 ● 夜間のみ減量: 日中80ml/時間、夜間20ml/時間
- 携帯用注入ポンプを使用した輸液速度の調整など
- 輸液の内容や方法、必要性を再検討する

61

(9) 1000ml/日の輸液を24時間継続して受けている終末期癌患者が夜間の頻尿に伴う不眠を訴えた場合、適切なケアは何か？

Communication

ポイント: 患者の活動状況、身体状況、希望する生活スタイルにそった輸液の施行方法をともに考える。夜間の輸液の減量・中止などが可能かを検討し、夜間の輸液が必要と考えられた場合は患者の負担が軽減できるような方法を提案する

「夜トイレで何度も起きてしまうのはしんどいですね。点滴はお昼間だけにするという方法がありますが、それでもよろしいでしょうか？」  
「転んでしまったら大変なので、夜はベッドの横で用を足せるように、準備しておきましょう(ポータブルトイレ・尿器・安楽尿器)」  
「夜寝る前に、一度トイレにいったらおきますか。こちらから声をおかけしますね。」

62

(10) 口渇による苦痛の緩和に有効なケアは何か？

推奨R209:

■ 口渇による苦痛の程度を把握する

■ 口渇の原因を探索し、有効と思われる原因治療を行う

- 例 ● 高カルシウム血症や急性嘔吐による脱水に対する治療
- 口腔内カンジダ症に対する口腔ケアや抗真菌薬
- 抗コリン性薬物の減量・中止
- 呼吸困難による口呼吸に対する酸素や薬物治療

■ 口渇を緩和する薬物療法を検討する(塩酸cevimelineなどコリン作動薬)

■ 口渇を緩和するケアを提案し、患者の好むものを選択する

- 例 ● 含嗽をすすめる ● 少量の水分摂取・氷片・かき氷・シャーベットなど
- 患者が好むものを噴霧 ● ガーゼやスポンジスティック(スワブ)・綿棒の利用
- 加湿器の設置する ● 間など乾燥時のネブライザー

■ 唾液の分泌を促す

- 例 ● レモン水、酸味のあるドロップやパイナップルの小片を口にふくむ(冷凍でもよい)
- ガム ● 顎のマッサージ ● 口腔内保湿用ジェル(オーラルバランス<sup>®</sup> など)
- 口腔内の保湿用洗口液(オーラウエット<sup>®</sup>など) ● 人工唾液(サリベート<sup>®</sup>)
- 太白ごま油・白色ワセリン・オリーブ油

■ 口内炎の予防と観察、口渇症状が出現する前にセルフケアの指導を行う

63

## 一般的な倫理原則及び行動規範

- 生命・医療倫理の確立を経て、幾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通りである。

- 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

64

## 基本的な考え方

- 終末期癌患者に対する輸液治療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

65

## 内容

- I はじめに
- 1. 背景・目的
- 2. 適用の注意
- 3. 定義
- II 推奨
- 1. 概念的枠組みと全般的な推奨
- 1) 概念的枠組み
- 2) 全般的な推奨
- 2. Clinical questions
- 1) 身体的苦痛・生命予後
- 2) 精神面・生活への支援
- 3) 倫理的問題
- 3. Case studies
- III 背景
- IV 作成過程
- V 資料

66

### Case studies一覧

- A 体液貯留による苦痛のない患者への輸液の開始
  - A-1 癌性腹膜炎
  - A-2 肺癌
- B 体液貯留による苦痛のある患者への輸液の開始
  - B-1 癌性腹膜炎
  - B-2 肺癌
- C 輸液施行中に状態が悪化した患者への輸液治療の修正
  - C-1 癌性腹膜炎
  - C-2 肺癌
- D 生命予後が1週間以内と考えられる患者
  - D-1 静脈経路が確保できなくなった場合
  - D-2 気道分泌症状の悪化
  - D-3 肝不全による意識低下
- E その他の病態
  - E-1 モルヒネによるせん妄
  - E-2 原因の特定できないせん妄
  - E-3 消化管閉塞による大量の消化液ドレナージ
  - E-4 高カロリー輸液施行中の高血糖

67

### A 体液貯留による苦痛のない患者への輸液の開始 A-1 癌性腹膜炎

原疾患 胃癌 癌性腹膜炎  
病態 癌性腹膜炎による消化管閉塞

経口摂取  
水分摂取 できない  
栄養摂取 できない  
嘔吐 経口摂取すると嘔吐する

予後指標  
推定される生命予後 1~2か月  
PS=2 るいそう(軽度)  
意識 清明  
安静時呼吸困難 なし

脱水による苦痛  
口渇 あり  
体液過剰による苦痛  
浮腫 なし・足背に1cm以下  
胸水 なし  
腹水 なし・症状はない

68

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・1500mL/日(600kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【C】
- ・1500mL/日(1000kcal/日、窒素5g/日)の高カロリー輸液を行う【C】
- ・2000mL/日(1600kcal/日、窒素10g/日)の高カロリー輸液を行う【活動量によってCまたはD】
- ・2000mL/日(800kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【D】
- ・人工的水分・栄養補給は行わない【D】

#### Rationale

- ・口渇：脱水による口渇が緩和する可能性 (R040)
- ・嘔気嘔吐：1000mL/日程度の輸液が推奨 (R030)
- ・総合的QOL：1000-1500mL/日の輸液が推奨 (R110)
- ・浮腫、腹水：<1000mLで悪化させず、>で悪化する可能性 (R021、R090)
- ・生命予後：1500mL/日程度により予後を改善する可能性 (R110)

69

### A 体液貯留による苦痛のない患者への輸液の開始 A-2 肺癌

原疾患 肺癌  
病態 癌性悪液質

経口摂取  
水分摂取 問題なく可能  
栄養摂取 30-50%  
嘔吐 なし

予後指標  
推定される生命予後 1~2か月  
PS=3 るいそう(軽度)  
意識 清明  
安静時呼吸困難 なし

脱水による苦痛  
口渇 なし  
体液過剰による苦痛  
浮腫 なし・足背に1cm以下あり  
胸水 なし・症状はない  
腹水 なし

70

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・輸液治療は行わず、薬物療法や食事の工夫を行う【B】
- ・1000mL/日(400kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【D】
- ・1000mL/日(800kcal/日、窒素5g/日)の高カロリー輸液を行う【D】
- ・2000mL/日(800kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【E】
- ・2000mL/日(1600kcal/日、窒素10g/日)の高カロリー輸液を行う【E】

#### Rationale

- ・胸水、浮腫：<1000mLで悪化させず、>で悪化させる可能性 (R050、R090)
- ・生命予後：水分摂取に問題のない肺癌患者に対して輸液治療が生命予後を改善するという根拠はなく積極的に推奨する手段ではない (R120)

71

### B 体液貯留による苦痛のある患者への輸液の開始 B-1 癌性腹膜炎

原疾患 胃癌 癌性腹膜炎  
病態 癌性腹膜炎による消化管閉塞

経口摂取  
水分摂取 できない  
栄養摂取 できない  
嘔吐 経口摂取すると嘔吐する

予後指標  
推定される生命予後 2週間~1か月  
PS=4 るいそう(著明)  
意識 清明  
安静時呼吸困難 なし

脱水による苦痛  
口渇 あり  
体液過剰による苦痛  
浮腫 下腿まであり  
胸水 なし  
腹水 あり：緊満し腹満の自覚症状あり

72

Recommendations and rationale

Recommendations

- ・500-1000mL/日(200-400kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【C】
- ・輸液治療は行わない【C】
- ・2000mL/日(800kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【E】
- ・2000mL/日(1600kcal/日、窒素10g/日)の高カロリー輸液を行う【E】

Rationale

- ・口渇：輸液の効果は乏しい (R042)
- ・腹水、浮腫：<1000mLで悪化させず、>で悪化させる可能性 (R021、R091)。
- ・嘔気・嘔吐：体液貯留症状を悪化させる不利益とのバランスから輸液量は、1000mL/日以下が望ましい (R031)
- ・生命予後：PSの低下と体液貯留症状のため高カロリー輸液は積極的な適応とはされず、500-1000mL/日の維持輸液を推奨 (R111)。

73

B 体液貯留による苦痛のある患者への輸液の開始  
B-2 肺癌

原疾患 肺癌

病態 癌性悪液質

経口摂取 問題なく可能

水分摂取 30%

栄養摂取 30%

嘔吐 なし

予後指標

推定される生命予後 2週間～1か月

PS=4 るいそう(著明)

意識 清明

安静時呼吸困難 なし

脱水による苦痛

口渇 なし

体液過剰による苦痛

浮腫 下腿まであり

胸水 あり:呼吸困難感あり

腹水 なし

74

Recommendations and rationale

Recommendations

- ・輸液治療を行わない【C】
- ・500-1000mL/日(200-600kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【D】
- ・1000mL/日(800kcal/日、窒素5g/日)の高カロリー輸液を行う【E】
- ・2000mL/日(800kcal/日、窒素0g/日)の維持輸液を行う【E】
- ・2000mL/日(1600kcal/日、窒素10g/日)の高カロリー輸液を行う【E】

Rationale

- ・胸水・浮腫：<1000mLで悪化させず、>では悪化させる可能性 (R050、R091)。
- ・経口的に水分が摂取できているため、必要以上の水分を供給する輸液治療は体液貯留による苦痛を悪化させる可能性がある。
- ・生命予後：高カロリー輸液、維持輸液のいずれも生命予後を延長する効果は期待しにくく、積極的に検討するべき方法ではない (R120)。

75

C 輸液施行中に状態が悪化した患者への輸液治療の修正  
C-1 癌性腹膜炎

原疾患 胃癌 癌性腹膜炎

病態 癌性腹膜炎による消化管閉塞

経口摂取 できない

水分摂取 できない

栄養摂取 できない

嘔吐 経口摂取すると嘔吐する

上記のために高カロリー輸液2000mL/日(1600 kcal/日、窒素10g/日)を2週間施行したところ、全身状態が以下のように変化した。心不全、肝不全、腎不全の合併はない。

	輸液前	輸液後
予後指標		
臨床的予後の予測	1～2か月	2週間～1か月
PS	3	4
るいそう	中程度	著明
意識	清明	清明
安静時呼吸困難	—	—
脱水による苦痛		
口渇	+	+
体液貯留による苦痛		
浮腫	足背のみ+	下腿まで+
胸水	—	—
腹水	+:症状はなし	+:緊満し症状がある

76

Recommendations and rationale

Recommendations

- ・現在の輸液を、維持輸液500-1000mL/日(400 kcal/日、窒素0 g/日)以下に変更する【B】
- ・現在の輸液を、高カロリー輸液1000mL/日(800 kcal/日、窒素5 g/日)以下に変更する【C】
- ・現在の輸液を継続する【E】

Rationale

- ・口渇：体液貯留症状のある患者の口渇に対して輸液の効果は乏しく看護ケアで対応できると考えられる (R042)
- ・腹水・浮腫：1000mL以下への減量が緩和する可能性 (R022、R091)
- ・嘔気・嘔吐：体液貯留症状を悪化させる不利益とのバランスから輸液量は、1000mL/日以下が望ましい (R031)
- ・生命予後：PSの低下・体液貯留症状があり高カロリー輸液を積極的に施行する適応はない (R111)。低蛋白血症の改善を意図した高カロリー輸液を2週間続けても全身状態が悪化しており蛋白合成に効果が認められないことが示唆される。

77

C 輸液施行中に状態が悪化した患者への輸液治療の修正  
C-2 肺癌

原疾患 肺癌

病態 癌性悪液質

経口摂取 問題なく可能

水分摂取 30%

栄養摂取 30%

嘔吐 なし

上記のために維持輸液1600mL/日を2週間施行したところ、全身状態が以下のように変化した。心不全、肝不全、腎不全の合併はない。

	輸液前	輸液後
予後指標		
臨床的予後の予測	1～2か月	2週間～1か月
PS	3	4
るいそう	中程度	著明
意識	清明	清明
安静時呼吸困難	—	—
脱水による苦痛		
口渇	+	+
体液貯留による苦痛		
浮腫	足背のみ+	下腿まで+
胸水	—	—
腹水	+:症状はなし	+:呼吸困難感がある

78

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・現在の輸液を、500-1000mL/日以下に漸減・中止する【B】
- ・現在の輸液を継続する【E】

#### Rationale

- ・胸水・浮腫：>1000mLの輸液が悪化させる可能性(R051,R091)
- ・生命予後：高カロリー輸液、維持輸液とも生命予後を延長する効果は期待しにくい(R120)
- ・1500mL/日の輸液施行中に胸水・浮腫の体液貯留症状による苦痛が悪化し、輸液が苦痛の増悪の原因になっている可能性がある

79

### D 生命予後が1週間以内と考えられる患者

#### D-1 静脈経路が確保できなくなった場合

全身衰弱により十分な水分を取れない終末期肺癌患者に対して、維持輸液1000mL/日が施行されていたが、末梢静脈が確保できなくなった。肺転移による呼吸困難のためにモルヒネの持続的静脈投与を受けている。低酸素血症による意識混濁が認められるが過活動型せん妄はない。モルヒネの投与量はかわっておらず、呼吸数の減少・ミオクローヌなど過量投与の徴候はみられない。

経口摂取	
水分摂取	できない
予後指標	
推定される生命予後	1週間以下
PS=4	
意識	混濁
安静時呼吸困難	あり
体液過剰による苦痛	
浮腫	あり:足背
胸水	あり:症状なし
腹水	なし

80

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・モルヒネを持続皮下投与あるいは経直腸投与に変更し、輸液は中止する【B】
- ・モルヒネを持続皮下投与に変更し、500mL/日の皮下輸液を行う【B】
- ・中心静脈を確保する【D】
- ・モルヒネ、輸液とも中止する【E】

#### Rationale

- ・モルヒネ投与は呼吸困難の改善に有効なことが示されており、持続皮下投与、または、経直腸投与で経静脈投与と同等の効果を得ることができるため、持続皮下・経直腸投与で継続投与するべきである。
- ・輸液については、皮下投与が侵襲性の少ない投与経路であるため、皮下投与で継続するか、患者・家族の希望によっては中止も選択できる
- ・死亡が1週間以内に生じると考えられる患者に中心静脈を確保することは、刺入時の出血や気胸など合併症のリスクや刺入に伴う患者の苦痛を考慮すると推奨できないが、皮下輸液を使用できない場合や苦痛緩和のための経静脈的薬物治療が必要な場合など状況によっては利用しうる場合もある
- ・静脈投与経路が維持できないことを理由としたモルヒネの中止は、苦痛の出現や離脱症状を引き起こす可能性があるため推奨しない

### D 生命予後が1週間以内と考えられる患者

#### D-2 気道分泌症状の悪化

衰弱により十分な水分を取れない終末期肺癌患者に対して、維持輸液1500mL/日が施行されていた。気道分泌が増加したため気道吸引を行うようになってきたが、気道分泌と気道吸引による苦痛を訴えている。

予後指標	
推定される生命予後	1週間以下
PS=4	
意識	混濁
安静時呼吸困難	あり
体液過剰による苦痛	
浮腫	あり:足背
胸水	あり:症状なし
腹水	なし

82

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・現在の輸液を、500mL/日以下へ減量または中止する【B】
- ・臭化水素酸スコポラミンを投与し、かつ、現在の輸液を500mL/日以下へ変更または中止する【B】
- ・現在の輸液を継続し、臭化水素酸スコポラミンを投与する【D】
- ・現在の輸液を継続し、気道吸引で対応する【E】

#### Rationale

- ・死亡直前期の気道分泌による苦痛では、輸液量を500mL/日にすることで苦痛が緩和される可能性がある(R060)。
- ・胸水、浮腫は1000mL/日以下で著明には悪化させないが、それ以上では悪化させる可能性がある(R051、R091)。
- ・原疾患の増悪による呼吸不全が生じており、1500mL/日の水分投与が生命予後を延長する効果は期待しにくく、積極的に検討するべき方法ではない(R130)。

83

### D 生命予後が1週間以内と考えられる患者

#### D-3 肝不全による意識低下

痛性腹膜炎による消化管閉塞のために経口的に水分摂取のできない終末期肺癌患者に対して、高カロリー輸液2000mL/日(1600 kcal/日、窒素10g/日)が施行されていた。肝転移による肝不全が進行し、肝性脳症のため意識疎通ができなくなった。

予後指標	
推定される生命予後	1週間以下
PS=4	
安静時呼吸困難	なし
体液過剰による苦痛	
浮腫	あり:足背
胸水	なし
腹水	あり:症状なし

84

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・現在の輸液を、維持輸液500・1000mL/日以下に変更または中止する。【C】
- ・現在の輸液を、維持輸液2000mL/日に変更する。【E】
- ・現在の輸液を、継続する。【E】

#### Rationale

- ・腹水、浮腫は1000mL/日以上では悪化させる可能性がある(R022, R091)
- ・死亡直前期の気道分泌は500mL/日以下で緩和される可能性がある(R060)
- ・臓器不全がある推定予後1週間以内の患者では水分投与によって生命予後を延長する可能性は低い(R130)
- ・一般的に非代償性肝不全では、高カロリー輸液は適切ではない

85

### E その他の病態

#### E-1 モルヒネによるせん妄

経口的に十分な水分を摂取できていた終末期癌患者に鎮痛のためモルヒネが投与された。投与後よりせん妄状態となったが、せん妄の他の要因はない。経口摂取量が減少し、軽度から中程度の脱水所見がある。疼痛を含む身体症状は緩和されている。

#### 予後指標

推定される生命予後 1～2ヵ月

PS=3

意識 混濁

安静時呼吸困難 なし

体液過剰による苦痛

浮腫 なし

胸水 なし

腹水 なし

86

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・1000mL/日程度の経静脈・皮下輸液を行い、モルヒネを他のオピオイドに置きかえる【B】
- ・輸液は行わずに、モルヒネを他のオピオイドに置きかえる【C】
- ・1000mL/日程度の経静脈・皮下輸液を行い、モルヒネを減量する【C】
- ・1000mL/日程度の経静脈・皮下輸液を行い、モルヒネは中止してNSAIDsなど非オピオイドによる鎮痛を試みる【D】
- ・輸液は行わずに、モルヒネに加えて、抗精神病薬を投与する【D】

#### Rationale

- ・オピオイドによって生じたせん妄:オピオイドローテーションに加えて、輸液を行うことにより改善が期待できる(R070)。
- ・生命予後:せん妄により経口摂取が減少していることから、輸液を行うことで脱水を防止し、生命予後の延長に寄与すると考えられる。

- ・脱水が軽度であれば、経口的な水分摂取により経過を見ることも可能な場合がある
- ・モルヒネ以外のオピオイドを使用しにくい環境であれば、モルヒネの減量も選択肢になる
- ・NSAIDsなどで鎮痛がはかれる可能性はあるが他に比較して優先する方法ではない
- ・抗精神病薬の併用投与はせん妄症状を緩和する可能性はあるが、原因の除去に比して優先される方法でない

### E その他の病態

#### E-2 原因の特定できないせん妄

これまで経口的に十分な水分を摂取できていた終末期癌患者が、突然、せん妄を呈した。肝・腎障害、電解質異常などはなく、頭蓋内病変、感染症もない。経口摂取がほとんどできなくなり、中程度以上の脱水所見がある。疼痛を含む身体症状は緩和されている。

#### 予後指標

推定される生命予後 1～2ヵ月

PS=3

意識 混濁

安静時呼吸困難 なし

体液過剰による苦痛

浮腫 なし

胸水 なし

腹水 なし

88

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・1000mL/日程度の経静脈・皮下輸液を行い、必要にあわせて抗精神病薬を投与する【B】
- ・輸液は行わずに、症状にあわせて抗精神病薬を投与する【D】

#### Rationale

- ・せん妄:脱水に応じた輸液により改善する可能性がある(R071)。
- ・生命予後:せん妄により経口摂取が減少していることから、輸液を行うことで脱水を防止し、生命予後の延長に寄与すると考えられる。

89

### E その他の病態

#### E-3 消化管閉塞による大量の消化液ドレナージ

癌性腹膜炎による消化管閉塞のため、経口的に水分補給のできない終末期癌患者に対して高カロリー輸液1500mL/日が投与され、経鼻胃管が挿入された。経鼻胃管から1500mL/日の小腸内容の排液があるため、輸液量を3000mL/日に増量したところ、腹水、浮腫、経鼻胃管からの排液が増加した。

#### 予後指標

推定される生命予後 1～2ヵ月

PS=3

意識 清明

安静時呼吸困難 なし

体液過剰による苦痛

浮腫 あり:下腿

胸水 なし

腹水 あり:苦痛あり

90

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・ソマトスタチンの投与を行い、輸液量を1500mL/日に減量する【B】
- ・薬物治療は行わずに、輸液量を1500mLに漸減する【C】
- ・現在の輸液を継続し、ソマトスタチンを投与する【D】
- ・現在の輸液を継続する【E】

#### Rationale

- ・腹水、浮腫: <1000mL/日以下で悪化させず、>で悪化させる可能性(R022、R091)。3000mL/日の輸液は、腹水、浮腫がより一層増悪する可能性が高いほか、胸水や気道分泌などの体液貯留症状も増強させる可能性が高い(R050、R060)。
- ・生命予後: 脱水にならないように1500mL/日程度の輸液を行うことが生命予後の延長に寄与すると考えられる(R110、R111)。
- ・薬物療法を加えることで、消化管からの分泌が抑制され、経鼻胃管からの排液量が減少し、経鼻胃管を抜去できる可能性がある(R033)。

91

### E その他の病態

#### E-4 高カロリー輸液施行中の高血糖

癌性腹膜炎による消化管閉塞のため、経口的に水分補給のできない終末期胃癌患者に対して高カロリー輸液2000mL/日(1600kcal/日、窒素10g/日)が投与されていたが、それまで正常であった早期血糖値が200台から300mg/dLに上昇してきた。糖尿病の既往はない。高血糖を来す薬剤や、感染症の悪化など高血糖をきたす治療可能な病態の合併は疑われない。多尿、脱水の所見は認められない。

#### 予後指標

推定される生命予後 1~2か月  
PS=3から4に低下しつつある るいそう(著明)

意識 清明  
安静時呼吸困難 なし

#### 体液過剰による苦痛

浮腫 下腿にあり:増悪している  
胸水 なし  
腹水 あり:症状はないが増悪している

92

### Recommendations and rationale

#### Recommendations

- ・現在の輸液を、維持輸液1000-1500mL/日(400-600kcal/日、窒素0g/日)に変更する【C】
- ・現在の輸液を、高カロリー輸液1000mL/日(800kcal/日、窒素5g/日)に変更する【D】
- ・現在の輸液を継続し、インスリンの持続投与による血糖管理を併用する【E】

#### Rationale

- ・高血糖は、糖尿病の既往がなく、高血糖を来す薬剤が投与されていないことから、投与カロリーの過剰が原因として考えられる
- ・高カロリー輸液は患者の全身状態の改善に寄与しているとは考えられず、腹水や浮腫などの体液貯留による苦痛を悪化させている可能性がある。
- ・インスリン投与により低血糖のリスクや血糖測定が増えることにより患者の負担が増加する

93

### 内容

#### I はじめに

1. 背景・目的
2. 適用の注意
3. 定義

#### II 推奨

1. 概念的枠組みと全般的な推奨
  - 1) 概念的枠組み
  - 2) 全般的な推奨
2. Clinical questions
  - 1) 身体的苦痛・生命予後
  - 2) 精神面・生活への支援
  - 3) 倫理的問題
3. Case studies

#### III 背景

#### IV 作成過程

#### V 資料

94

## 臨床倫理介入に関する研究

熊本大学大学院医学薬学研究部  
宮崎大学医学部  
国立病院機構宮崎東病院  
医療法人財団慈生会野村病院  
聖路加看護大学精神看護学  
京都大学大学院医学研究科  
東北大学大学院医学系研究科

浅井篤  
板井孝彦郎  
塩屋敬一、齊田和子  
三浦靖彦  
室間真美  
福原俊一  
出江紳一

本研究は、ファイザーヘルスリサーチ研究「神経難病のQOL向上を目指す非薬物的介入の開発と効果の検証に関する研究」(主任研究者東北大学大学院医体不自由分野出江紳一教授)の一部である。研究資金は「第14回ファイザーヘルスリサーチ振興財団共同研究助成」から提供された。

1

## 【背景】

- わが国の医療現場には多種多様な倫理的問題が存在し、医療を受ける人々も医療従事者も深刻な悩みを抱えている。わが国では、研究倫理領域とは異なり臨床倫理的な介入の手順や仕組みが未確立であり、また倫理的問題が最も頻繁に生じる終末期における治療中止等に関わる法も現時点では整備されていない。
- 臨床現場に倫理的問題が生じた場合、関係者のみによって恣意的・独断的に処理されている可能性がある。わが国の医療施設では、関係者の依頼に応じた臨床倫理(または倫理)コンサルテーション活動や、臨床または病院倫理委員会での迅速な対応等の日常的臨床倫理的介入はごく一部の機関でしか行われていないと推測される。

2

## 【背景・目的】

- 全国640の臨床指定病院を対象に横断的量的調査を行った長尾らの研究では、倫理コンサルテーションという仕組みありと答えた施設は24.7%であった。実際の活動の頻度や内容、それらに対する依頼者の評価についての資料はほとんどない。
- 本研究ではこのような現状を鑑み、臨床倫理コンサルテーションの必要性、効果、あり方、問題点を明らかにすることを目的とした。また、わが国で医療を受ける人々と医療従事者のニーズに応じた倫理コンサルテーションにあり方は不明である。したがって誰でも利用できる倫理コンサルテーション案の作成とコンサルタントの基本的素養とスキルを明らかにすることも重要である。宮崎大学医学部生命・医療倫理学分野主催の臨床倫理コンサルテーションを利用したことがある医療従事者を対象に研究を行った。

3

## 【研究方法・分析法】

- 研究対象者: 以下の3条件を満たした方:
  - 1) 南九州地方で神経難病医療または終末期医療に関わっている医療従事者。職種は問わない(看護師、医師、作業療法士、理学療法士、ソーシャル・ワーカー等)
  - 2) 宮崎大学医学部社会医学講座生命・医療倫理学分野助教授板井孝彦郎氏が主催する臨床倫理コンサルテーション「倫理相談」(面談、電話、メール等で医療従事者の相談にのる活動)を受けたことがある。
  - 3) 本研究について説明を受け、その趣旨を理解しインタビュー参加に書面による同意をした。
- 研究方法: 研究対象者に半構造的インタビューを行い、逐語録を質的に分析した。(Philippe Mayring: Qualitative content Analysis. In: Flick, U. et al. (editions) A Companion to Qualitative Research SAGE Publishers, London, 2004, 266-291.)

4

## 【研究方法・分析法】

- 倫理委員会承認: H18年1月20日 熊本大学大学院医学薬学研究部等倫理委員会承認(倫理第144号)
- 質問内容
  - 「臨床倫理コンサルテーションを受けるきっかけになった問題は何だったか」
  - 「受けてみてよかったことは何か」
  - 「患者さんへの接し方やあなた自身の考え方で変わったことはあったか」
  - 「物足りなかったことはあったか」
  - 「倫理コンサルタントにはどのような技術や素養が必要か」
  - 「わが国において臨床倫理コンサルテーションは必要か」

5

## 【結果】

- 参加者は全18名
- 女性14名、男性4名
- 年齢
  - 20台 3名
  - 30台 4名
  - 40台 10名
  - 50台 1名
- 職種
  - 看護師10名
  - 医師4名(神経内科3名、ターミナルケア1名)
  - 医療福祉関連職種4名(ソーシャル・ワーカー2名、介護支援専門員1名、特殊機能指導員1名)

6



## 結果のまとめ1

- 臨床倫理コンサルテーション依頼のきっかけ
  - 診療方針に迷って
  - 医師と患者またはその家族の間に入って
  - 患者またはその家族に対する対応に困って
  - 医療従事者間の意見の不一致やコミュニケーション不足をきっかけに
  - 「もやもや」して
- 臨床倫理コンサルテーションに関する評価
  - 診療方針に関する具体的アドバイスを得る
  - 新たな気づきを得る
  - 疑問点や問題点の整理ができる
  - 同職種間の煮詰まりを打開できる
  - 感情的、心理的サポートが得られる
  - 現場への波及効果
  - 医と倫理の分業による適切なプロセス

7

## 結果のまとめ2

- 臨床倫理コンサルタントに要求される事項
  - 知識
  - コミュニケーション・スキル
  - 人柄
  - 社会的立場
- 臨床倫理コンサルテーション有効活用を妨げるもの
  - 「倫理」という言葉のネガティブなイメージ
  - 余裕の無さ
  - 倫理を語ることに対する抵抗感
  - 問題意識欠如
  - プライド
  - 諦め
- わが国における臨床倫理コンサルテーションの今後
  - 高い必要性
  - 24時間体制、フルタイム・コンサルタント、施設に常駐
  - 守秘の徹底と信頼関係
  - すばやい対応とすばやい回答
  - 臨床倫理教育・啓発
  - 臨床倫理活動の重要性を積極的にアピール

8

## 臨床倫理コンサルテーション依頼のきっかけ: 診療方針に迷って

- インタビューに参加した医療従事者たちは多様な問題を抱え臨床倫理コンサルテーションを依頼していた。医師の多くは受け持ち患者の治療方針に関する迷いや倫理的妥当性に関する不安からコンサルテーション依頼をすることが多かった。また自分達医師の考え方が社会で通用する「常識」なのかについて疑問を持つ回答者もいた。依頼(を行ったこと)の振り返りのためのこともあれば現在進行形の事例に関する選択肢についてのこともあった。神経内科医は神経難病患者ケアにおける事前指示の適切な使用法について疑問が残った事例を経験し、その疑問をコンサルタントに相談した。緩和ケア医は患者のターミナル・セッションの開始時期について悩んだことを相談したと述べた。
- 「セッションを強く望むような患者さんだったんです。わたしたちから見てもそんなに眠らせないでほしいほど差し迫っていない、病状がそんなに差し迫っていないだろうと思っている患者さんが、もうその生きていてもしょうがないから早く死なせてほしいと...ある時期からもう眠らせてほしいっていうことでした。わたしたちも本当にそれでよかったのかなということがスタッフの中でもいろいろあったので」

9

## 臨床倫理コンサルテーション依頼のきっかけ: 医師と患者またはその家族の間に入って

- 看護師やその他の医療従事者は医師と患者またはその家族との板ばさみになって、自分の立場ではどのような役割を果たすべきかというジレンマに陥っていた。
- 患者の希望と家族の意向が食い違いを生じる場合でも、ケアにあたる人々はいかにすべきか悩む。
- また医師の見解も家族の気持ちも共に説得力がある場合、医師の指示のもとで活動する立場にある医療従事者の苦悩は深まった。
- 「例えば、人工呼吸器をつけないほうがいいという先生の意見もすごく分かるし、最後まで、一生懸命やってほしいという家族の意見も分かるし。そいつときに、どこまでわたし(看護師)が介入していいのかわかる」

10

## 臨床倫理コンサルテーションに関する評価(相談してよかったこと): 具体的アドバイスを得る

- すべてのインタビュー参加者が、職種を問わず、臨床倫理コンサルテーションによって自分たちが担当する患者の診療方針について個別的具体的なアドバイスが得られることを相談して得られた大きな利益のひとつとして捉えていた。現時点で日本社会において優勢な倫理的な考え方や風潮はどのようなものかも示唆され、それに基づいて医療従事者は方向性を修正し行動することができた。現場の問題に対する同定・分析法についての具体的な助言もあった。
- コンサルテーションによって法的な不安・疑問が解消することは最終決断を下す医師には重要だった。さらに、たとえコンサルタントから相談した問題についての「答え」(直接的な行動指針)を示されなくても、インタビュー参加者は自ら答えを見つけることができる場合もあった。その段階での「暫定的な答え」を手助けに、その後自分自身で「考え続ける」というプロセスが生じ、依頼者が「答え」を見出すきっかけになっていた。
- 「私たちの話を聞きながら、ポツと、こう、アドバイスを下さるので、私たちが「ああ、そうなんだ。これでいいんだ」とか、「こういう方向で行けばいいんだ」というのさやんと自分たちが分かって帰れる」

11

## 臨床倫理コンサルテーションに関する評価: 新たな気づきを得る

- インタビュー参加者は、自分が固定観念に縛られていたこと、視野が狭かったこと、自分が長年抱えていた考え方以外にも様々な見解が存在すること、患者の人権の重要性、自分の対人関係における問題点、倫理コンサルタントとの対話を通して、そして内省を通して気づくことができた。
- 依頼前は何となく「もやもや」していた思いが明確な問題として認識されることもあった。冷静さも取り戻せた。また医療現場の関係者間の対話の重要性と効果も再認識されていた。自分で考えることの意義も確認された。
- 「あ、そうなんだ」と、医師にはそういう意見があったんだと。「じゃ、先生、そこを先に言ってください」という感じで、次からうまいったり」

12

## 臨床倫理コンサルテーションに関する評価： 同職種間の煮詰まりを打開できる

- インタビュー参加者の多くが、看護師だけの話し合い、医師同士の対話、そして同じ施設で働く医療従事者だけによる問題検討の不十分さを指摘していた。同業者はおおむね同じような視野狭窄に陥っており、話し合ってもみな同じような考え方ができず、対話がすぐに煮詰まってしまうという問題点が指摘された。同じ職場で同じ職種に就く者は社会的には通用しない閉鎖的な常識と盲点を持っていた。同様の諦めも共有していた。医師同士では自分の患者ケアにおける「イデオロギー」など話し合わないというコメントもあった。外部の全く当事者ではない立場（第三者的立場）からの客観的で臨床現場の倫理に関する専門的な意見は、上記の現場の閉塞感を打開することができた。
- 「自分自身の考えに盲点がないかどうか、特に医者同士だと同じ盲点持っている場合もありますので、そういう意味では、倫理コンサルタントが医者ではありませんが、かえって別の僕らが持っている盲点を気がつかれる可能性が非常に高い」

13

## 臨床倫理コンサルテーションに関する評価： 感情的、心理的サポートが得られる

- 臨床倫理コンサルテーションは依頼者たちの精神的ケアにも一役買っていた。コンサルタントとの対話を通して、自分の悩みを語り、受け入れられ、共感されることで心が軽くなり精神的ストレスがある程度解消されていた。
- 「多分全然違う職種の、例えば友人とか、そういう人に話しても分かってもらえないところが、ここ（倫理コンサルテーションの場）ではわかってもらえる」
- またコンサルテーションの場で、他職種に対して日々蓄積する不満を話すことで「ガス抜き」的な役割を果たし、現場での人間関係に円滑化にも間接的な形で寄与していた。自分だけでは対応しきれない問題に直面したときはいつでも相談できるという状況も、医療従事者たちの精神的安定に貢献していた。
- 「自分じゃなんともできないことは、世のなかにはいろいろありますので、そういうときにやっぱりこう、あの駆け込み寺じゃないけれどもね。」

14

## 臨床倫理コンサルタントに要求される事項： 社会的立場

- インタビュー参加者にとっては、専門的知識、对人的技術、人柄の他にも、コンサルタントの第三者的立場と中立性が重要であった。
- 第三者的立場を維持するという意味で、コンサルタントは医療従事者でない方がよいという意見があった。
- また患者側または医療側どちらかに偏ったアドボケートにならないということも大切であった。
- 「どちらかというと、まあ、患者さんの立場から、ものを考えるような方だと、かえって僕のほうでは心を開きづらくなる」

15

## 臨床倫理コンサルタントに要求される事項： コミュニケーション・スキル

- 倫理コンサルタントにとって依頼者との間の良好なコミュニケーションは必須事項であり、一定以上のスキルが必要とされていた。
- インタビュー参加者たちは、倫理コンサルタントには冷静な傾聴的態度、共感的態度、気軽に相手をリラックスさせる雰囲気、お仕着せでない態度が必要だと考えていた。
- 適切なタイミングでの具体的なアドバイスも重要だった。途中で話しを中断せず、最後まで否定せずに話しを聞くことが求められていた。何を話しても安心という感覚が大切だとされた。
- 「全然緊張させない、何でも発言していい雰囲気というのがある」

16

## 臨床倫理コンサルテーション有効活用を妨げるもの：余裕のなさ

- 日常業務の多忙さ、時間のなさ、依頼者が相談可能な時間とコンサルテーション実施の時間帯のずれ、コンサルテーションを受けられる場所との距離が、必要に応じて十分なコンサルテーション依頼をうける妨げになっていた。
- インタビュー参加者は、一旦臨床倫理コンサルテーションのタイミングを選べると、時間的制約と倫理的相談をしようとする気力が委縮してしまうため、問題がそのままになる、「なあなあ」になることがあると述べている。わざわざ他の施設に出かけるにも多大なエネルギーを必要とした。
- 「ある意味もう流していたかもしれませんが、道義的な問題はやっぱりあるんだけど、立ち止まっていられないところがあって、いろんな症例があったって、一緒に勉強会とかケース検討とかしたら、いろんないい方向にいった症例もたくさんあったかもしれない。それも忙しくてなかなかもうその日の業務を済ませるのがやっとで。」

17

## 臨床倫理コンサルテーション有効活用を妨げるもの：諦め

- 問題意識が低くプライドが高い医師が指揮体系のトップにあり、患者診療において主治医がスタッフ間で話し合うべき、またはコンサルテーション依頼すべき問題の存在を一切認めない場合、看護師ら医療スタッフはそれ以上の試みを諦めるしかなかった。
- 看護師が医師と対等に話せない状況が残っている地域では、その傾向が顕著であった。倫理コンサルテーションをする気力は消え失せ、無力感が残った。
- 「主治医の意向がすごく影響する部分なので、主治医が「もう問題ないよ、これでいいんだよ」って言えば、それから、「いえ、でも……」ってなかなか言えないところがありますよね」

18

## 臨床倫理コンサルテーションの今後

- インタビュー参加者の意見では、わが国の医療現場における臨床倫理コンサルテーションの必要性は高い。医療従事者はみな悩んでおり、患者さんの人間性や人権を重視するためにも倫理的支援は重要であった。コンサルテーションは24時間体制で、フルタイムのコンサルタントが医療従事者が働く施設に常駐することが望まれていた。コンサルテーションにおける守秘の徹底と信頼関係が不可欠であった。
- コンサルテーション依頼に対しては、すばやい対応とすばやい回答が求められた。現行の病院内に設置されている倫理委員会では個別的な現場の問題に対処するという点では活動に限界があると指摘があった。今後の倫理コンサルテーションの普及のためには、医療従事者に対する臨床倫理教育、倫理問題に関する啓発、倫理的問題を扱う重要性についての積極的アプローチが必要とされた。
- 「倫理委員会はあるが、現場での、その日その日の困っていることを相談にのってもらえないという感じじゃないような気がしますね。…お墨付き委員会です」

19

## 【考察・依頼理由】

- 長尾らの研究(長尾式子他:生命倫理2005年;15:101-6)では、89%の回答者が倫理コンサルテーションの必要性がありと回答。倫理コンサルテーションを必要とする理由としては、「第3者として客観的に問題を分析し、論点を整理して欲しい」(75%)、「医療不信を軽減させたい」(53%)、「医療訴訟を未然に防ぎたい」(48%)、「医師と患者、家族間のコミュニケーションの調節をしてほしい」(46%)、「道徳的な責任を医師と共に負って欲しいから」(22%)というデータであった。これは今回の我々の結果と矛盾しない。
- また米国の研究(Duval G, et al. J Med Ethics 2001; 27: S24-29.)でも、米国医師が倫理コンサルテーションを依頼する引き金になる事項として、対立の解消、困難な患者や家族を担当する、欲求不満、恐怖、途方に暮れるなどの感情的反応、意思決定やケアプランを立てるため、訴訟の恐怖、外部の人々と倫理的問題を話し合う、患者、患者家族との意思疎通を改善するため、などがあつた。これらにも我々の調査と共通する知見が認められた。

20

## 【考察・姿勢】

- 医師が倫理コンサルテーションを依頼する理由と依頼しない理由を明らかにすることを目的とした研究(Orlowski JP他. J Med Ethics 2006; 32: 499-502.)では以下のことが明らかになった。
- 活用する医師の多くは、協同意見決定と異なる視点の重要性を確信していた。家族に客観的な見解を提供する、患者とその家族から自分が問題について十分に検討しているという信頼を得ることができる、医師と患者とその家族との意思疎通を促進すると考えていた。
- 活用しない医師の70%以上が「患者または患者家族とともに問題を解決するのは自分(医師)の責任である」と考え、「倫理コンサルテーションを使うと、患者や家族から、意思決定に関して彼らを助けたり導いたりする能力が自分には不足していると思われる」と危惧する者もいた。「倫理コンサルタントは外部から問題となっている事例の全体像と捉えることができない」という認識も理由だった。活用しない医師のなかには、自分が倫理的判断に熟練していると考えている人々もいた。
- これらの結果は今回の我々の研究が示唆するところと一致していた。我々の回答者も協同意見決定と意思疎通の重要性を認識していた。また過剰な倫理的自信や道徳的確信がより適切な意思決定の障害になりうることを示唆していた。

21

## 【考察・有益な倫理的支援】

- Hurst SA他. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. Journal of Medical Ethics 2007; 33: 51-7.
- Hurstらによる2007年発表の英・伊・スイス・ノルウェー四国で実施された調査では、医療従事者が有益だと考える倫理的援助の種類は、国によって大きく異なることはなかった。そして全体の81%の回答医師が何らかの形での倫理的支援が有益であると認識していた。
- 有益だと考えるサポートとしては、自分の判断が正しいという専門的保証、特定の助言を提供できる者の存在、様々な結果を比較考量する際の手助け、問題の明確化、代替案提示などがあつた。
- 有益と評価されることが少なかったサポートには、関連問題に関する倫理領域の文献提供、患者との対話促進についての援助、対立の調停などがあつた。
- これらの結果も我々の研究対象者の見解と一致しており、臨床倫理コンサルテーションを含む倫理的サポートの一般的構造は文化的な違いによって大きく変わる必要はなさそうである。

22

## 【限界】

- 今回のインタビューから得られた結果は、臨床倫理コンサルテーションを非常に熱心に活用している少人数の医療従事者の見解に基づいているため、主に同コンサルテーションの望ましい点に重きを置いた予備的な報告と位置付ける必要がある。
- また大部分の対象者が神経難病医療に関わる医療従事者であり、2名のみが終末期医療に従事していたため、今回の結果が現在の日本の医療現場に普遍的に当てはまると考えることはできない。
- しかし本研究はわが国で臨床倫理コンサルテーションを利用した医療従事者の生の声を捉えた初めての試みである。また同時に倫理コンサルテーション活動の問題点や「倫理を語ること」についても部分的ながら様々な洞察が得られた。

23

## 【結論・今後の検討課題】

- 問題点や現場の制約はあるものの、臨床倫理コンサルテーションの必要性は大きかった。今後、現場のニーズに応じた臨床倫理コンサルテーションその他の支援活動の開発・運用・発展が必要である。
- 今後の検討課題
  - 臨床倫理コンサルテーションのアウトカム評価のあり方
  - 臨床倫理コンサルテーション活用におけるバリアの打開策
  - 臨床倫理コンサルテーション普及と倫理コンサルタント育成のために必要な人材と環境の整備
  - いかに医療現場での倫理問題に関する対話を促進するか
  - 現場のニーズに応じた臨床倫理コンサルテーション手法の開発
  - 実質的な活動ができる臨床倫理委員会の設置・運用

24

## WS II - 0

### 「臨床倫理チェックリスト」 を用いた倫理的意思決定

1

## 約二時間の予定

- 1 資料配布、自己紹介
- 2 事例精読、直感的見解
- 3 プロジェクトについての説明、臨床倫理とは、臨床倫理アプローチの一例
- 4 事例検討、グループ・ディスカッション、プレゼンテーション
- 5 全体討論、その他の問題提起
- 6 臨床倫理コンサルテーション活動の紹介・おわりに

2

## 1 臨床倫理支援・教育・対話促進 プロジェクト

[http://www.kankakuki.go.jp/lab\\_a-1/rinrisoudan.html](http://www.kankakuki.go.jp/lab_a-1/rinrisoudan.html)

E-mail: rinrisoudan-adm@umin.ac.jp

3

## 目的

- 臨床倫理問題に対処するための支援活動を行う
- 医療専門職に対して効果的な臨床倫理教育を行うための教育介入ツールを開発する
- 一般市民と医療専門職の臨床倫理問題に関する対話と意思疎通を促進するための機会を作る

4

## プロジェクト活動

- 臨床倫理支援チーム:第3者機関として「倫理コンサルテーション活動」に関する研究事業実施中
- 臨床倫理教育介入ツール「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」作成・配布中
- 第一回九山地区臨床倫理集中講座「臨床倫理A to Z」H19年9月16・17日開催予定
- 本ワークショップ
- 昨年の活動
  - ・ 第1回臨床倫理教育ワークショップ(学部)(2006年11月26日 10時~17時)
  - ・ 臨床倫理シンポジウムよりよい終末期医療を考える(熊本大学薬点日「生命倫理を中心とする現代社会研究」班(熊本大学大学院文学研究科 高橋隆雄教授)主催(2006年10月22日(日)、熊本大学鳥屋キャンパス)のとき会場:患者の最善の利益を考える

5

## プロジェクト・メンバー(17名)

- |                           |       |
|---------------------------|-------|
| ■ 熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野教授 | 浅井篤   |
| ■ 宮崎大学医学部生命・医療倫理学分野助教授    | 板井孝吉郎 |
| ■ 科学技術文明研究所特別研究員          | 稲葉一人  |
| ■ 国立成育医療センター成育政策科学研究部室長   | 掛江直子  |
| ■ 熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学教授  | 北村俊則  |
| ■ 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所所長       | 白浜雅司  |
| ■ 熊本大学大学院社会文化科学研究科教授      | 高橋隆雄  |
| ■ 田尻法律事務所弁護士              | 田尻和子  |
| ■ 熊本大学大学院医学教育部博士課程        | 田上美季  |
| ■ 山口大学大学院医学系研究科医療環境学教授    | 谷田憲俊  |
| ■ 埼玉医科大学総合医療センター小児科教授     | 田村正徳  |
| ■ 北海学園大学法学部講師             | 千葉華月  |
| ■ 東京大学大学院医学系研究科研究員        | 長尾式子  |
| ■ 総合病院鹿児島生協病院小児科医長        | 西島信   |
| ■ 国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室室長 | 尾藤誠司  |
| ■ 医療法人財団慈生会野村病院副院長        | 三浦靖彦  |
| ■ 東京大学大学院医学部付属病院心療内科      | 瀧本稔之  |

6

## 2 臨床倫理総論

熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野  
熊本大学医学部附属病院総合診療部医師  
浅井篤

7

### あるインタビューから

ファイザーヘルスリサーチ研究「神経難病のQOL向上を目指す非薬物的介入の開発と効果の検証に関する研究」(主任研究者 東北大学大学院医歯学総合研究科江藤一教授)「臨床倫理介入に関する研究」

- コミュニケーションの取り方に悩んで
- 看護師と超慢性期病棟の患者との溝に悩んで
- 患者さんへの病名告知のことで
- 多数の高齢患者さんに対する対応に困って
- 重症患者のDNR指示に関する関係者の見解の不一致に直面して
- 問題がある医師がいて
- 自分たちの診療がどうしても理解されないかという謎があって
- 自分の行為が法に触れるのではないかという危惧・不安があって
- 受け持ち患者さんの鎮静について、これでよかったのかと悩んで
- スタッフとの相談だけでは迷いが残って

8

### 米国医師が倫理コンサルテーションを 依頼する引き金になる事項

Duval G, et al. What triggers requests for ethics consultations? J Med Ethics 2001; 27: 524-29

- 対立を解消したい
- 困難な患者や家族を担当する
- 欲求不満、恐怖、途方に暮れるなどの感情的反応
- 意思決定やケアプランを立てるため
- 訴訟の心配
- 外部(outside)の人々と倫理的問題を話し合う
- 患者、患者家族との意思疎通を改善するため

9

### 海の向こうでは(英国)

Slowther A, et al: case consultation, p45, in Clinical Ethics Support in the UK: A review of the current position and likely development, the Nuffield Trust, 2001

- HIV抗体検査を巡る守秘義務
- 患者の救命治療の拒否
- 患者の事前指示に基づく配偶者の延命拒否
- 学習障害がある患者へ深刻な情報を開示しないように親族が要求する
- 必要な医療を行うための拘束
- 患者の親族が患者情報を要求する
- 重度障害小児に対する心肺蘇生術施行に関する医療チームと両親の意見の不一致
- 治療の中断
- 事前指示

10

### 生命倫理学の主要7領域

- 臨床現場の諸問題(臨床倫理)
- 研究倫理
- 先端(先進)医療に関する諸問題
- 医療政策・医療資源配分について
- 医療専門職のプロフェッショナルリズム
- 公衆衛生領域の問題
- 生命・医療倫理教育に関する問題

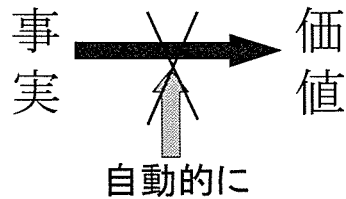
11

### 臨床倫理(Clinical Ethics)

- 臨床現場における倫理的問題に対処することを主目的とする(問題の同定、分析し、解決に向けての努力)
- 医療従事者・医療系学生に対する倫理教育
- 当該領域の臨床研究
- 「ある特定の患者の具体的な臨床場面で、より良い倫理的意思決定を模索するのが臨床倫理である」(藤沼)

12

ある事実から自動的に  
価値は導かれない



13

事実(可能性)と価値(実施の適切性)の関係

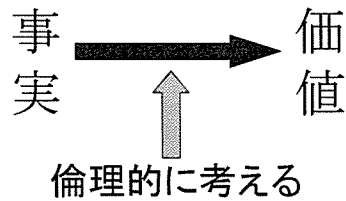
- 人工呼吸で延命が可能である



- 人工呼吸はした方が善い

14

事実と価値の関係



15

「倫理的に考える」って？

- 「倫理的に考える」ことは、
  - ・ 「何が正しいのか、何が間違っているのか」
  - ・ 「どんなことが善い事で、どんな事が悪いことなのか」
  - ・ 「どういう選択が適切で、どういう選択が不適切なのか」を考える
  - ・ ※「こういう医療行為をしても訴えられませんか？」について助言する分野ではない

16

一般的に受け入れられている  
医の倫理、生命倫理上の倫理原則

- 自律尊重 (respect for autonomy)
  - ・ 患者の自己決定を尊重する。
  - ・ 患者に真実を知らせる。
  - ・ 患者の秘密・プライバシーを守る。
- 善行・与益 (beneficence) : 患者が最大限の利益を享受できるようにする。
- 無害 (non-maleficence) : 患者に決して害を与えない。
- 正義 (justice) : どの患者に対しても常に公正、公平に接する。

17

私にとって価値あるもの

- 自由 (liberty) と自律 (autonomy)
- 無害 (no harm to others)
- 寛容 (tolerance)
- 謙虚 (modesty)
- Compassionate detachment (思いやりのある超然とした態度)

18

## 前提になる「原則的」な考え方

- 生は死より善い
- 健康でいることは病気であるより善い
- 快楽は苦痛より善い
- 長寿は短命より善い
- 治療手段があることは無いより善い
- 医療を受けられることは、受けられないより善い

## 臨床倫理を学ぶ目的

- 倫理的問題に関する知識・情報を得る
- 倫理的問題に関する感受性を高める
- 適切な倫理的議論・推論の方法を習得
- 医療現場における妥当な判断を導く
- 倫理的対話への抵抗感を取り除く

20

## 臨床倫理の限界

- 「唯一絶対的に正しい」という答えに到達することができない
- わが国で倫理的判断を下す時に依拠すべき倫理原則が確立しているとは言い難い
- 倫理ガイドライン間に、意見や態度の食い違いが見られることがある
- 倫理的に「正しい」と認識されることが、必ずしも現行法や制度と一致するとは限らない

21

## 人間は努めている間は 迷うものだ

(「ファウスト」天上の序曲、317行、ゲーテ格言集、高橋健二編訳、新潮文庫、154)

22

浅井篤・田上美季・尾藤誠司編  
臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチーム著  
適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」平成18年度報告書

23

## 意思決定プロセスにおいて 十分勘案すべき重要10項目

浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋

- 1 患者さんの医学的および心理社会的状況に関する的確な評価
- 2 患者さんの意思決定能力、理解、意向、将来に対する意向（事前指示）の確認
- 3 患者家族の理解、意向、患者さんとの関係の確認
- 4 患者さんおよび患者家族と医療従事者の間の十分な情報開示と意思疎通（コミュニケーション）
- 5 医療従事者間の十分な情報共有と意思疎通（コミュニケーション）

24

## 意思決定プロセスにおいて 十分勘案すべき重要10項目

浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋

- 6 関係者全員による患者の最善の利益実現を目指す努力
- 7 必要な記録と患者の医療上の権利の確認
- 8 健全で納得がいく意思決定のための十分な配慮
- 9 倫理問題検討のための医療従事者による「倫理カンファレンス」と「倫理コンサルテーション」によるサポート
- 10 質の高い診療提供のための医療従事者のQOL維持

25

## 患者さん（およびその家族）が意思決定する際に配慮すべき項目 チェックリスト・・・以下のことに十分配慮していますか？

浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋

- 医療チームは共感的な態度で接している
- 患者さんとその家族は、患者さんに関する医療情報について誤解していない
- 関係者間（患者さん、その家族、医療チーム）の意思の疎通は十分である
- 意思決定のために十分な時間が提供されている
- 患者さんが納得できない場合や迷っているときに質問を促しているか、他の医師・医療機関におけるセカンド・オピニオンの取得を勧めている
- 気持ちの整理に付き合っているか、必要な心理的援助を行っている
- 決断を追っていないか、求められたときにはアドバイスをしている
- 患者さんとその家族の間に入って、必要に応じて調整を行っている
- 患者さんの意思決定したことが本当に患者さんの利益になるのか、医療チームと家族で確認している
- 途中で変更が可能なことを説明してある
- 意思決定後の後悔、自責の念、迷いなどに対するアフターケアを行っている
- 患者さんが医療側が薦める治療を拒否した場合、代替案を準備している

26

## 倫理カンファレンス・倫理委員会での「臨床倫理のアプローチ法」

浅井篤・福原俊一編 重症疾患の診療倫理指針、医療文化社、2006年より

- 0 問題提起(設問の明確化)
- 1 事実関係の明確化
- 2 関係者の判断(希望・意向)を明確化
- 3 倫理的問題を明確化・Pros & Cons検討・理由
- 4 診療行為のゴール設定(患者の利益査定)、決定者決定
- 5 実施・反省

27

## 利益の定義は難しい

- 患者さんにとって最善の利益となる医療行為を探索するためのチェックリスト  
浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋

- ・ 担当医療チームは、どのような医療が患者さんの最善の利益になると考えているか
- ・ 担当医療チームが最善と考える医療行為は患者さんのQOL(身体的充足度・精神的満足度)を高めるか
- ・ 担当医療チームは最善と考える医療行為について、患者さんおよびその家族と話し合っているか
- ・ 「患者さんが何を利益とみなすか」に関する、患者さんに近い人々(特に親族、パートナー、ケアにあたっている人または代理意思決定者)の見解はどのようなものか
- ・ 関係者(担当医療チーム、患者さん、患者家族)は患者さんにとって最善の利益になる医療について一致した考え方をしているか

28

## 利益の定義は難しい

- 患者さんにとって最善の利益となる医療行為を探索するためのチェックリスト  
浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋

- ・ 患者さんは自分の病状を理解しているか
- ・ 患者さんに意思決定能力はあるのか
- ・ 患者さんの診療方針に対する意向はどのようなものか
- ・ 患者さんは自分のQOL(身体的充足度・精神的満足度)をどう評価しているか
- ・ 患者さんはどのような医療が自分にとって最善の利益になると考えているか
- ・ 患者さんの家族の診療方針に対する意向はどのようなものか
- ・ 患者さんの家族はどのような医療が患者さんにとって最善の利益になると考えているか
- ・ 患者さんの身体的・精神的苦痛は、提案されている治療によって改善できるか

29

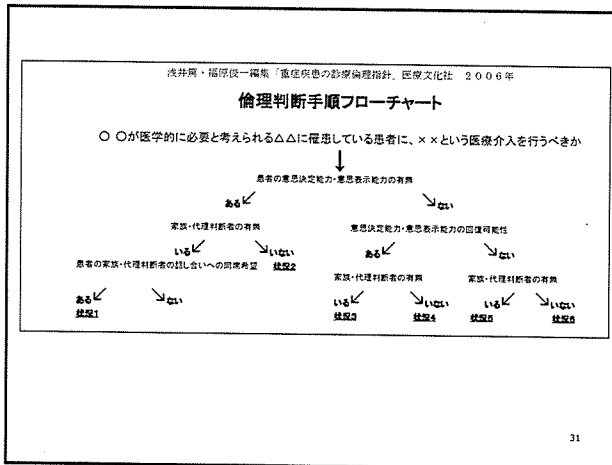
## 自己決定と患者の最善の利益の関係

自己決定に基づく選択 = 最善の利益  
↑  
対話・議論・再考・熟慮

浅井篤・福原俊一編 重症疾患の診療倫理指針、医療文化社、2006年より

30





**倫理カンファレンスにおける重要事項と検討の流れ（臨床倫理アプローチ）の一例（チェックリストおよび「重症疾患の診療倫理指針」**

**0 問題提起**

誰が診療方針・行為に関してどのような問題を感じ、また訴えているかを明確にする。

**1 事実を明確にして整理する**

1-1 医学的状況を可能な限り明確にする（診断、予後、医療行為の医学的適応）。

1-2 誰が関係者（特に家族）に含まれるかをはっきりさせる。

1-3 診療方針を考える上で重要な情報が患者・家族と医療チーム間および関係医療従事者間で十分に伝達・共有・理解されているかを確認する（コミュニケーション）。

1-4 各人の見解、希望、選好（意向）を支える意思決定能力を把握する。

**2 当該ケースについての関係者の判断を明確にする**

関係する個々人の見解、希望、選好（意向）を知り理解する。

**3 倫理的問題を明確にする**

3-1 どこに倫理的立場の対立・葛藤が生じているのかをはっきりさせる。

3-2 具体的問題を一般的な倫理概念や原則に置き換え、その意義や問題点を考える。

3-3 当該ケースに関わる倫理的問題について、今までに行われている様々な議論を理解する。

**4 患者に対する医療行為のゴールを設定する**

4-1 当該ケースに関わる現実的要因（経済的、社会的・法的問題、施設の方針、関連倫理指針など）を考慮する。

4-2 関係者が、それぞれの立場から、できるだけ他者の価値観に共感する努力をしつつ話し合い、患者の最善利益に合うよう、医療のゴールについて合意できるよう努める。

4-3 最終的な意思決定者（患者の希望、事前指示、家族の代理判断、医師の意見などの優先順位）を決定する。

**5 実行**

5-1 設定されたゴールを実現するための現実的選択肢・代替案を考案する。

5-2 設定されたゴールや選択された医療行為の倫理的妥当性を再検討し、誰に対してもその倫理的正当性を示せるようにする。

5-3 選択された医療行為を実施する。

**6 反省**

行われた行為の倫理的妥当性に対する関係者の満足と納得、問題点と今後の課題を検討する。

人間は疑問を持ち「なぜ」と問う動物である・・・

- Human beings are not only existentially ethical, but are existentially reflective as well. Human are questioning animals... Person also inquire into why they feel this is right or that is good. They ask why society endorses certain behaviors and sanction others.

■ James F. Drane, 1994, in *Clinical Bioethics*

「疑わしきは生命の利益に」

37

では……

- すべての疑いが解消したら……？

38

### テイクホーム・メッセージ

- 「最初から『答えは出ない』と言わないで」
- 「まずは各自で考える。その後みんなで考える」
- 「問題の分析だけでは答えはでない」
- 「手続き的正義と実体的正義を区別しよう」
- 「最後の『えいやっ！』は価値判断」
- 「WSだけでは不十分。みんなでもっと勉強しよう」<sup>39</sup>

## 延命治療・その継続を望むものは？

山口大学大学院医学系研究科  
医療環境学：谷田憲俊

1. 延命医療の由来
2. 導入と中止
3. なぜ延命医療を望む？
4. 結論

富山  
射水市民病院事件  
(2006年)



## 延命処置を継続する日本

- ・非難を浴びる医師たち  
北海道羽幌病院事件  
富山県射水市民病院事件  
(岐阜県立多治見病院事件)
- ・医師を有罪にしたいマスコミ・司法界  
家族は非難しない  
社会の反感 ← 司法の不条理
- ・大前提

**延命処置をすることが正しい**

## 北海道羽幌病院事件

脳波調べず「脳死」と判定 道立羽幌病院の呼吸器外し

北海道立羽幌病院で2月、主治医(32)が男性患者(90)の人工呼吸器をはずして死亡させた問題で、主治医の女性医師(32)は脳死の診断に一般的に必要な7項目のうち脳幹の反応をみる対光反射しか実施せずに、患者の家族に「脳死状態」と伝えていた。

心肺停止で搬送：14日午後1時過ぎ。蘇生で心臓が動き出した。

「考え得る診断名」「脳死状態(誤嚥(ごえん)による窒息)」とあり、治療計画の項目には「心拍は再開しましたが、大脳皮質、脳幹の機能は停止しています。人工呼吸器で生命維持の治療を行います。脳の回復の見込みはありません」

15日のカルテには「長男より、子ども全員で話し合った結果、脳死状態のため、レスピレーター(人工呼吸器)を外してほしいと申し出があった」「10時40分、(家族)3名同席でレスピレーターを外した」「10時55分、永眠」とある。(2004/05/15)

## 呼吸器外し患者死亡、「消極的安楽死」初の立件

- ・北海道立羽幌病院事件(2004年2月)
- ・北海道警は2005年5月18日  
殺人容疑で旭川地検に書類送検  
延命治療を停止(消極的安楽死)での  
立件は初めて
- ・2006年8月  
不起訴決定

## 富山の病院延命中止、院長「倫理上問題」



外科部長が人工呼吸器を取り外した問題で  
記者会見する麻野井英次・射水市民病院長



全員協議会で経過を説明する  
麻野井院長(28日、射水市役所)

## 延命中止 倫理委認める 「安楽死を」患者文書、県判断で結局見送り

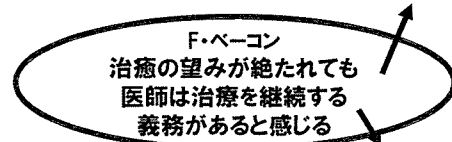
- ・岐阜県立多治見病院倫理委員会  
患者側の要請で、人工呼吸器による延命治療の中止を認める
- ・県が延命治療継続を命令
- ・患者は、80歳代の男性  
入所施設で食物をのどに詰ませた  
搬送時は心肺停止、治療で心臓が動き出し、人工呼吸器  
回復する可能性はない
- ・男性自筆の文書  
「重病になり、病床で将来再起(の可能性が)ないとすれば延命  
処置をしないでほしい。安楽死を望みます」(1996年7月14日)  
(2007年1月9日 読売新聞)

**延命中止 倫理委認める**  
**「安楽死を」患者文書、県判断で結局見送り**

- ・患者・家族の要請：人工呼吸器による延命治療の中止
- ・弁護士など外部委員を含む13人の倫理委員会  
 「24時間後に再度診断して回復不能と判断した場合、  
 病院長決裁を経て人工呼吸器を外す」
- ・県健康福祉部 ← 医療方針を決めるのは県！！  
 「国の指針が明確でなく、医師の責任が問われかねない」  
 院長が中止を決裁しなかった ← 医療方針決定は院長！！  
 患者は、倫理委開催の翌日、人工呼吸器を付けたまま死亡  
 (2007年1月9日 読売新聞)

**延命処置をすることは正しいのか？**

1. 医学の役割に「生命延長」はなかった  
 『ヒポクラテスの誓い』に記載がない  
 プラトンは健康を回復する望みのない生命延長策に反対
2. F・ベーコン、デカルトの思想（17世紀）  
 医学の役割 「健康保持」「病気の治癒」「生命延長」



アスクレピオス医療  
 への問いかけ？

**延命処置は正しい！**

1. 生命至上主義者にとって  
 中絶阻止のため、産科医を殺しまくる  
 延命を図る理由は？
2. 延命処置は、絶対的な善  
 日本人、とくにマスコミ人  
 延命治療を止めて、『死なせた』と表現  
 合理的人間にとっては？
3. 意味ある延命処置があるのか？

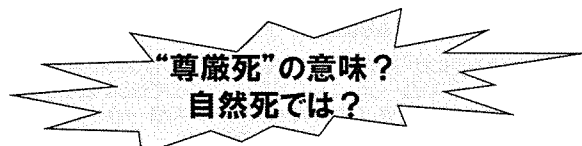
**尊厳死について**

平成六年五月二十六日  
 日本学術会議 死と医療特別委員会

**尊厳死**

「助かる見込みがない患者に延命治療を実施することを止め、  
 人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせること」  
 「単に延命を図る目的だけの過剰な治療の中止」

↑  
 間違ではないが・・・



**“法外な医療”とは**

**16世紀のカソリック理論家 D・ハネツ**

「患者は、通常の方法(栄養、衣服、薬)で生命が延長されるのは当然である。しかし、生命の質に不相当な痛み、苦痛、施術を命のためとはいえ道徳として強制されない。」

**1957年 ローマ法王ピウス12世**

「瀕死者も命と健康を保持する全てを受ける権利と義務がある。それは、個人、場所、時、文化に規定される通常の方法による。法外な治療を医師も患者も強制されない。法外な治療をせずに死に至っても、意図的に誘導した安楽死には相当しない」 (国際麻酔科学会で)

**“英雄的治療”を受けたワシントン**



1799年12月14日、立っている James Craik が脱血した。

“法外な治療”  
 害あって益なし

仏病理学者アンドラール (1797~1876年)  
 「疑わしいなら、何もしないほうがまし」  
 ↓  
 「イギリス人は人を殺すが、フランス人は死ぬにまかせる」