

兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
兵庫県立リハビリテーション
西播磨病院
医療と倫理と法

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
丸山英二

1

目 次

- 医療・医学研究の場面における生命倫理4原則（原理）
- インフォームド・コンセント
- アドバンス・ケア・プランニング(ACP)と「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」
- 母の看取りとインフォームド・コンセントの難しさ

2

医療・医学研究の場面における 生命倫理4原則（原理）

3

生命倫理の4原則

- (1) 人に対する敬意(respect for persons)
 - 自己決定できる人については、本人の自由意思による決定を尊重する。
 - 自己決定できない人(子ども、精神障害者・知的障害者)については、人としての保護を与える。
 - 個人情報の保護 (2003.5.個人情報保護法成立)

4

生命倫理の4原則

- (2) 危害を加えないこと(nonmaleficence)
 - 患者・研究対象者に危害を加えないこと。
- (3) 利益(beneficence)
 - 患者・研究対象者の最善の利益を図ること。
[将来の患者のために医学の発展を追求すること。]

5

生命倫理の4原則

- (4) 正義(justice)
 - 人に対して公正な待遇を与えること。
 - ★相対的正義——同等の者は同等に扱う。
 - ▼配分的正義——利益・負担の公平な配分
 - ・医療資源・臓器の配分(先着順、重症度順、期待される効果順、提供者との年齢の対応……)
 - ・研究対象者・ドナーの選択
 - ・研究対象者・ドナーと受益者・レシピエントの集団的対応関係
 - ▼補償的正義——被害を受けた人に対する正当な補償

6

The Barcelona Declaration

【ヨーロッパの生命に関する倫理・法における基本原理】

Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw

- Autonomy——自律
- Dignity——尊厳
- Integrity——不可侵性(bodily integrity)・統合性(ethical integrity)・
廉潔性(research integrity)
- Vulnerability——弱さ, 傷つきやすさ

※米国由来の生命倫理4原則では、人に対する敬意に包摶されるところが多い。

7

インフォームド・コンセント

8

インフォームド・コンセントの要件

◆インフォームド・コンセント(informed consent)

インフォーメーション(=情報・説明)に基づいた同意(「承諾」という言葉もほぼ同義で用いられる)

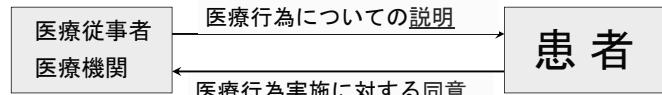
◆インフォームド・コンセントの要件

- ① 医療行為や医学研究を実施する際には、あらかじめ患者や研究対象者の同意を得なければならない(同意要件)。
- ② 同意を得る前提として、当該医療行為・医学研究について適切な説明をしなければならない(説明要件)。

◆インフォームド・コンセントの要件を満たさずに、医療行為や医学研究を行うと、たとえ過失なく行われた場合、あるいは身体的損害が生じなかつた場合であっても、不法行為ないし債務不履行をおかしたものとして、損害賠償責任に問われる。

9

インフォームド・コンセント



◆インフォームド・コンセント[情報・説明に基づいた同意]は、診療の場合、医療従事者・医療機関が患者から受ける(得る)もの。

×「手術を週明けに控えたXX年XX月XX日、主治医からのインフォームド・コンセントがあった。」

×「一通り、手術とそのリスクのインフォームド・コンセントが終わって、『何か質問は?』と聞かれた。」

(坂井律子『くいのち』とがん——患者となって考えたこと』、岩波新書、2019、30、32頁)

10

インフォームド・コンセントの理念

◆自己決定権の尊重——本人に同意能力が認められる限り、そして、他者や社会に危害を及ぼさない限り[社会的に許容される限り]、自分自身に関する決定は自らが下し、他者によってコントロールされてはならない。

◆患者の生命・健康(ひいては幸福)の維持・回復——医療が達成を目指す患者の生命・健康の維持・回復は、個々の患者の視点に立つ立場から捉えられたものでなければならない。

[例]輸血は、身体的生命の維持の視点からは、生命・健康の維持に資するが、宗教的生命を重視するエホバの証人にとってはそうではない。

末期患者の場合に、生命の延長か、苦痛の軽減と残された時間の活用か、視点によって生命・生活(ライフ)の意味が異なってくる。

11

インフォームド・コンセントの成立要素[医療の場合]

①患者に同意能力があること

②医療従事者が(病状、医療従事者の提示する医療行為の内容・目的とそれに伴う危険、他の方法とそれに伴う危険、何もしない場合に予測される結果等について)適切な説明を行ったこと(説明要件)

③医療従事者の説明を受けた患者が任意の(→意思決定における強制や情報の操作があってはならない)意識的な意思決定により同意したこと(医療行為の実施を認め、医療行為に過失がない限り、その結果を受容する)(同意要件)

12

<p style="text-align: center;">同意能力</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆患者の意思に適合するものでないかぎり、医療行為が実施されることはない、というインフォームド・コンセントの保障が与えられるためには、患者に同意能力があることが前提となる。 ◆同意能力とは、<u>患者のインフォームド・コンセントが有効であるために必要とされる患者の理解・判断能力である。</u> ◆<u>本人に同意能力がない場合には、その意思決定に従って医療行為の実施の可否を決めるすることはできず、家族など代諾者による代理決定が必要になる。逆に、本人に同意能力があるかぎりは、精神保健福祉法に基づく措置入院や感染症法に基づく(入院勧告に従わない場合の)入院措置のように、他者に対する危害を防止するために医療を強制的に実施する場合を除いて、患者の意思決定に反した医療行為を行うことはできない。</u> 	<p style="text-align: center;">同意能力の前提となるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆自らの疾患、提示される医療行為、他の選択肢、おののに伴うリスク、などに関する医療従事者の説明を理解できること。 ◆自らの置かれている状況など現状を正しく認識できること。 ◆自らの考え方・価値観に照らして、説明・状況の評価・検討と決定の意味の理解ができること。 ◆自らの考え方・価値観に照らして、医療行為の実施・不実施について理性的な決定をなしうること。
<p style="text-align: center;">子どもに対する医療と インフォームド・コンセント</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆患者が未成年者の場合、かつてはすべて<u>同意能力がないもの</u>と取り扱われた。 ◆現在では、未成年であっても、当該医療行為に関して、<u>理解力・判断力を十分備えた者</u>については同意能力を認めることができるとするものが多い。 ◆同意能力が認められれば、未成年者本人の同意のみで医療行為を行うことが可能である。もっとも、現実には、親権者の同意があわせて求められることが多い。 	<p style="text-align: center;">子どもに対する医療と インフォームド・コンセント</p> <p>【同意能力が認められる年齢の目安】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆<u>10歳代前半を掲げるものもあるが、その多くは、親の明示・黙示の同意</u>(場合によっては包括的同意)がある場合が想定されている。そのような場合であれば、<u>日常的な診療所レベルの医療行為</u>に関しては<u>10歳～12歳程度以上の精神的能力</u>があれば、患者本人の同意の有効性を認めてよい。 ◆より侵襲性・リスクの程度の高い医療行為に関しては、より高い精神的能力が必要である。 ◆親が賛同しない場合にも本人の判断を尊重するという、同意能力を認めることの本来の意味・法的帰結を前提として考える場合には、一応の目途となる年齢として<u>15～18歳</u>が掲げられる。
<p style="text-align: center;">同意能力</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆同意能力は、同意の対象となっている医療行為に応じて定められなければならないものであり、概略的に定められるべきものではないとされている。 <p>例 手術(15～18歳程度)</p> <ul style="list-style-type: none"> 輸血(～輸血拒否:18歳、15歳) 生体肝の提供(原則として20歳) 死体肝の提供(15歳) 精神科病院への任意入院(15歳)——「同意能力とは、概ね平均的な義務教育修了程度の知的機能に基づく、少なくともある程度合理的な意思決定をなし得る能力であり、精神医学的には自己の病とその程度、及びそれより生じる問題について現実検討できる能力である」(平成3年度厚生科学研究費「精神医療における告知同意のあり方に関する研究」班「精神障害者の医療及び保護の制度に関する研究」(分担研究者・高柳功)) 献血(16歳) 	<p style="text-align: center;">子どもに対する医療と インフォームド・コンセント/アセット</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆理解力・判断力が十分でない年少の者には、同意能力は認められず、同意は親権者や未成年後見人から得ることが求められる。 ◆親の代諾権限の根拠は、子に対する身上監護権に求めることが可能であるが、実質的には、親は子どもの最善の利益を図る決定を下すものと想定されることや<u>家族の自治の尊重</u>によるものであろう。 ◆本人の同意能力が否定される場合にもできるだけ本人の希望を尊重するという趣旨で、本人の理解能力に応じた説明をしたうえで本人からアセット(assent——「了解」、「賛意」などと訳される)を求めることが推奨されることが多い。 ◆いざれにせよ、乳幼児については同意能力は否定される。

インフォームド・コンセントの要件の適用免除事由

◆緊急事態[ICの客観的前提の欠如]

患者の状態の急変+救命・健康維持に迅速な対応が必要な場合
時間があれば、患者は同意したであろうことが推定できること
省略できるもの——説明と同意の場合:説明のみの場合

◆治療上の特権[ICの主観的・客観的前提の欠如]

真実の説明で患者の健康／判断能力が損なわれる場合

◆第三者に対する危険を防止するためには必要な場合[社会的必要性] ——他者に危害を及ぼさない限りでの自己決定尊重](精神障害、感染症など)

19

どのような内容を説明するか

- ◆病名・病態、提示される医療行為(目的、方法、付随する危険)、代替可能な他の方法、何もしない場合の予測など
- ◆患者から「医療行為がなされる以前にその説明を聞いておきたかった」と主張されても仕方がないような事項
 - ①通常の患者の決定に重要であると考えられる事項
 - ②医師が知る／知りうる当該患者の事情に照らして重要であると考えられる事項
- については説明を尽くしておくことが必要。
- ◆医療水準に照らしてその発生を回避することが不可能とされる死亡や合併症の危険についても説明が求められる。

20

プロセスとしてのインフォームド・コンセント

- 患者や代諾者は説明の意味を正しく理解できているとは限らない[←後掲の私の体験]。
- 聴くと見るとでは大違い、見聞きすることと体験することでは大違い。
- 現実に見ること、体験することで、希望が変化する可能性がある。
- 身体の状況が変化する可能性もある。



- 契約の締結のような一回限りの合意では、患者の希望の実現は困難
- 患者や代諾者が自らの判断を後に後悔しないように、その希望を確認することが有益 [説明⇒質問⇒回答⇒確認などのプロセス]
- その際には、自分が患者であれば、家族が患者であれば、と想定して接する姿勢が重要[時間的制約などがある中で可能な限り]
- IC文書に入らないやりとりはカルテ、看護記録等に記録しておく。

21

医療行為に附隨する危険の説明

「医師は、提案された治療に対する患者の理的な同意の基礎を形成するに必要な事実についてはすべて説明しなければ、患者に対する義務に違反したことになり、責任を追及されることになる。同様に、医師は、患者の同意を引き出すために、処置や手術の知られたる危険を過少にしてはならない。同時に、医師は、患者の幸福(welfare)を他の何よりも重視しなければならず、このことは、医師に、二つの行動方針の選択を強いることになる。一つは、どんなに可能性が低くても、外科的処置・手術に付随するすべての危険を患者に説明することである。これは、過度に不安に陥っている患者をさらに心配させることになるかも知れず、その結果、患者は、じつは最小の危険しか存在しない手術を受けることを拒否するかもしれない。このやり方はまた、不安それ自体の生理学的影響のために、現実に危険を増大させることになるかもしれない。もう一つのものは、患者は各々異なる問題を呈すること、患者の精神状態は重要で、場合によっては決定的であるかもしれないこと、危険の要素を話す際には、インフォームド・コンセントに必要な事実の完全な開示に矛盾しないような一定程度の裁量が行使されなければならないことを認識することである。(Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 154 Cal. App. 2d 560, 317 P.2d 170 (1957))」

22

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) と 「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」

23

アドバンス・ケア・プランニングとは

- ◆アドバンス・ケア・プランニング:人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス(厚労省、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・解説編)
- ◆ACP(Advance Care Planning)——将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者の意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者本人、患者の家族、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている(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、33, 2017.11)

24

<p>アドバンス・ケア・プランニングとは</p> <p>ACPは、[終末期の医療に関して]①下す必要が生じうる決定の種類について学び、②それらの決定について事前に検討し、そして③他の者——家族と医療従事者——に自分の希望を知らせること、を内容とします。多くの場合、それらの希望は事前指示書(an advance directive)。あなたが能力を喪失し、自分で話せなくなつた場合に効力が生じる法的文書)に記録されます。</p> <p>事前指示書は終末期医療に関してあなたの価値観や希望を表明することを可能にします。事前指示書は、新たな情報やあなたの健康状態の変化による状況の変化に応じて調整可能な生きた文書(a living document)と考えることもできます。</p> <p>(Advance Care Planning: Healthcare Directives, National Institute on Aging, https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives [拙訳])</p>	<p>事前指示書(advance directive, AD)とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ADの主要なものとしてリビングウイルと医療に関する委任状があります。 ◆リビングウイルは、あなたがどのような治療を希望するかについて医師に伝えるために役立つ書面で、あなたが希望する治療、希望しない治療、各々の選択の条件について述べることができます。 ◆医療に関する委任状は、あなたが医療に関する決定を下すことができなくなった場合に、あなたに代わってその決定を下す医療に関する代理人を指名する法的文書です。代理人はあなたの価値観や希望についてよく知っていることが必要です。 <p>(Advance Care Planning: Healthcare Directives, National Institute on Aging, https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives [拙訳])</p>
<p>事前指示書の問題点</p> <p>①当該治療が問題となる時点での判断ではない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・想定と異なる現実、考え方の変化 <ul style="list-style-type: none"> ——治療・ケアについての指示 ——代理人の判断 ・リビング・ウィル(狭義)——すべての事態・治療を想定できない。 ・代理人任命——本人が代理人の行為を監督できない。 <p>②事前指示書を作成する人は多くない。アメリカでは、23% (1982), 15% (1988) (Cruzan, 497 U.S. at 289 n.1)。わが国では、2017年でも5.3% (厚労省調査, 2018)。</p>	<p>患者の認識</p> <p>ACPの目的≠治療方針のコントロール</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ACPを、治療の選択に対するコントロールの点から捉える患者はほとんどない。 ・患者は、ACPを、人生の最期が近づくときに生じる社会的、心理的、情緒的问题の点から捉える傾向がある。 ・患者は、ACPを、主として、意思決定能力を失った後に自分の医療に関わる決定をコントロールできる手段と考えることはしない傾向がある。 ・患者は、病気の経過の中で、自分の希望が変化する可能性があること、医療・ケアに関して自分が表示した選好がつねに従われるわけではないこと、家族や医療従事者は自分自身の判断で表示された選好に従うべきか否かを決定していることを受容し、治療に関する決定は信頼する医療従事者に委ねて満足であった(喜んで委ねる)こと、を報告する多数の研究がある。 <p>S. Johnson et al. [University of Sydney, Australia], Advance Care Planning for Cancer Patients, Psycho-Oncology 25:362 (Review Article, 2016).</p>
<p>「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」</p> <p>策定の背景</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。 ○ 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。 ○ パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。 <p>※平成26年度に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。</p> <p>ガイドラインの概要</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人生の最終段階における医療及びケアの在り方 <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めることが重要。 ○ 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。 2. 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続 <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、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行う。 ○ 患者の意思が確認できない場合には、家族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、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。 ○ 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。 <p>(第1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2・2017.8.3)</p>	<p>厚労省プロセスガイドラインの経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会(第1回2007.1.11～第3回2007.4.9) <ul style="list-style-type: none"> ⇒「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007.5.21) ◆終末期医療に関する意識調査等検討会(第1回2012.12.27～第4回2014.3.24) <ul style="list-style-type: none"> ⇒「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015.3.19) ◆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(第1回2017.8.3～第6回2018.3.23) <ul style="list-style-type: none"> ⇒「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」(2018.3.14)

<p>ガイドライン2018改訂の概要 (2018.3.14, 厚労省ウェブサイト)</p> <p>1 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、<u>在宅医療・介護の現場で活用できるよう</u>、次のような見直しを実施 -「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」に名称を変更 -医療・ケアチームの対象に<u>介護従事者が含まれることを明確化</u></p> <p>2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から<u>繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)</u>の重要性を強調</p> <p>3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載</p> <p>4 今後、単身世帯が増ええることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大</p> <p>5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載</p>	31	<p>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 (2018.3.14)</p> <p>1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方 ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける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、本人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・ケアを進めすることが最も重要な原則である。</p> <p>また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。</p> <p>さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。</p>	32
<p>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 (2018.3.14)</p> <p>1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方 [続き] ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。 ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。 ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。</p>	33	<p>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 (2018.3.14)</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続 (1) 本人の意思の確認ができる場合 ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。 そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。</p>	34
<p>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 (2018.3.14)</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続 (1) 本人の意思の確認ができる場合 [続き] ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。 ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。</p>	35	<p>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 (2018.3.14)</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続 (2) 本人の意思の確認ができない場合 本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。 ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。 ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。</p>	36

<p>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(2018.3.14)</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続</p> <p>(2) 本人の意思の確認ができない場合 [続き]</p> <ul style="list-style-type: none"> ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。 ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。 	<p>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(2018.3.14)</p> <p>2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続</p> <p>(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置</p> <ul style="list-style-type: none"> 上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、 ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合 ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合 ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合 <p>等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。</p>
<p>37</p> <p>母の看取りと インフォームド・コンセントの難しさ</p>	<p>38</p> <p>母を看取って</p> <p>◆2011年8月30日、母を95歳で看取った。</p> <p>◆2002年2月に介護付老人ホーム入所。2011年初めまで要支援1～2で、単独外出もできていた(GPS端末携帯)。</p> <p>◆2011年初めからベッドに横になることが多くなる[以下、2011年は省略]。</p> <p>◆3月終わり：部屋のトイレに行く／ベッド横のポータブルトイレに座るにも難渋。</p> <p>◆5月13日：心筋梗塞で入院(バルーンで冠動脈開通、ステント留置後、6月9日退院)</p> <p>◆6月19日：下血で入院(自然に止血し、同30日退院)</p> <p>◆6月頃から：食欲が衰え、経口摂取が困難になる。</p> <p>たびたび、医師・看護師から、家族に、終末期医療をどこまで行うか、が問われた。家族は、本人に大きな負担にならないことを第一に、なるべく生命維持を図つてほしい、心肺停止時の心臓マッサージ、人工呼吸器は使用しないで、と希望を伝える。</p>
<p>39</p> <p>母を看取って</p> <p>◆7月8日に誤嚥肺炎で入院。</p> <p>◆経口摂取が難しくなってきたことを踏まえて、医師から、水分栄養補給について、</p> <ul style="list-style-type: none"> ①末梢静脈からの輸液を漸減して看取りに向かうか ②中心静脈栄養のポートを作成するか ③経腸栄養のための胃瘻を作成するか <p>の選択肢を説明され、その選択を求められた。</p> <p>①の選択をすることを家族は躊躇した。そうなると、状態が良くなると本人はホームへ戻ることを強く求め、その場合の看護のしやすさなどの点で、③の胃瘻造設が第一選択肢。</p>	<p>40</p> <p>◆胃瘻造設実施の判断——本人はうとうと状態が多くなっていた ⇒ 一次的な判断は家族が下して、その判断の可否を本人に求める。</p> <p>・家族の判断：母の自己決定の尊重？ 本人の推定意思の尊重？ 終末期医療について本人から希望を聴いたことはなかった</p> <p>本人にとって最善の治療方針——マイナス(苦痛と負担)の最小化 + プラス(意識のある程度の確保)の維持、が得られるとの判断</p> <p>・本人の済々同意「そんなものを付けないといけないのは情けないね～」</p> <p>◆7月27日：胃瘻造設</p> <p>◆8月15日：退院。しかし、経腸栄養剤が合わず、下痢ぎみ。</p> <p>◆8月26日：脱水によるショック・意識障害で緊急入院。</p> <p>輸液、強心剤、蜂窩織炎に対する抗菌薬の投与——ほどなく点滴が入らなくなり、敗血症を起こし30日に永眠。</p>

<h3>いくつかの戸惑い</h3> <ul style="list-style-type: none"> ◆医師・看護師の説明を理解できない家族（直面して／時を経て得られる理解）。 氣管挿管——多くの場合、人工呼吸器への接続が想定されている。 強心剤投与の意味——患者の回復可能性によって異なる。 ◆うとうと～鎮静状態——当座は家族は楽。<u>死へ直結する判断の回避</u>。 ◆意思決定の限界 <ul style="list-style-type: none"> ・患者：その希望が全て実現できるわけではない（医療経済、有限な生命）。 ・二人の家族：揺れる視点 [⇒ 複数の家族：意見の対立] <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 一方で患者の負担の回避、自然な終焉を望みながら、他方で、ただひたすら生命の物理的延長を求めている家族。 ⇒ 臨終時、一方で人生のゴールとの理解、他方で、後に幾度となく、「あの時ああしておれば、もう少し生き続けられたかも」と思ってしまう家族。 <p style="text-align: right;">43</p>	<h3>報告者管見</h3> <ul style="list-style-type: none"> ◆具体的な医療行為に関して患者本人・家族が述べる希望に無条件に従うことが、人に対する敬意になるとは限らないのではないか。←誤認識の可能性 ◆Respect for personsの求めるところを広く捉えてみよう——患者が自分であれば、患者が家族であれば、と想定して接する姿勢。 ◆他方、抽象的な人生観・死生観だけではその内容の検討が不十分であったり、その表示が不十分であったりする可能性がある。具体的な医療行為等についての希望を表示することを求めつつ、本人・家族の希望の妥当性に関して話し合うことは重要ではないか。そのような話し合いの場を提供するものとしてACPは有用。 ◆ACPは、その意図においてrespect for personsに有効な取り組みであることは間違いない。 <p style="text-align: right;">44</p>
<h3>報告者管見——しかしなお……</h3> <ul style="list-style-type: none"> ◆米英豪加、欧州とわが国の文化の違いも踏まえる必要がある。 ◆Beneficence, nonmaleficenceから、本人に恐怖、不快、苦痛をもたらす可能性があるACPを無理強いすることは避ける。 ◆<u>有意義なACPのためには、人生観・死生観の確立が必要かもしれない。</u> ◆<u>本人の希望・意思—本人の人生観(生命観)・死生観の確立がないと表層的なものに終わる。</u> ◆<u>人生観(生命観)・死生観—一般的、普遍的な思考をすることが可能な、限られた期間しか存在しない主体 ⇒ 恐怖・苦痛</u> ◆『我々はどこから来たのか 我々は何者か 我々はどこへ行くのか』 (ポール・ゴーギヤン, 1898) <p style="text-align: right;">45</p>	<h3>スピリチュアルな領域</h3> <p>[スピリチュアル・ケアにおけるスピリチュアルの]領域については、次のような把握が適切である。「『スピリチュアル』は、『人がその生きる世界をどのように根本的に、ないしは包括的に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているか』」に関わっている。」 (日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」27頁(2017年11月))</p> <p style="text-align: right;">46</p>
<h3>死についてのスピリチュアルな認識の例</h3> <p>【宗教的死生観】「死に直面している患者の願いとは何か。……第3に、患者に湧き起つくる希望は、死を超えた彼岸に生まれ、愛する人々と再会することである。キリスト教では、死は終わりではなく、神の愛に迎えられ天に召されると教える。仏教經典には「俱会一處(くえいつしょ)」と記され、愛する人と死別しても、極楽浄土で必ずまた会えると説き、亡き人は仏となって残された人々の心を導いてくれると教えている。」(日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」29頁(2017年11月))</p> <p>死=彼岸での出生・愛する人々との再会、昇天、極楽浄土</p> <p>【非宗教的死生観】死は、人が生まれる前の状態に戻ること。亡きがらは残るが、出生前、懷胎前の状態への回帰。</p> <p>無→個人→無 両親→個人→無 両親→個人→子 先祖→……→祖父母→父母→個人→子→孫→……→子孫</p> <p style="text-align: right;">47</p>	<h3>【参考文献】</h3> <ul style="list-style-type: none"> ◆清水哲郎・会田薰子編『医療・介護のための死生学入門』(東京大学出版会, 2017年8月) ◆玉井真理子・大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』(有斐閣, 2011年3月) ◆手嶋豊『医事法入門 第5版』(有斐閣アルマ, 2018年9月) <p>※なお、当日のスライドは、後日、次のアドレスに掲出します。</p> <p>http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/lecture.html</p> <p style="text-align: right;">48</p>