

終末期の医療倫理



医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア

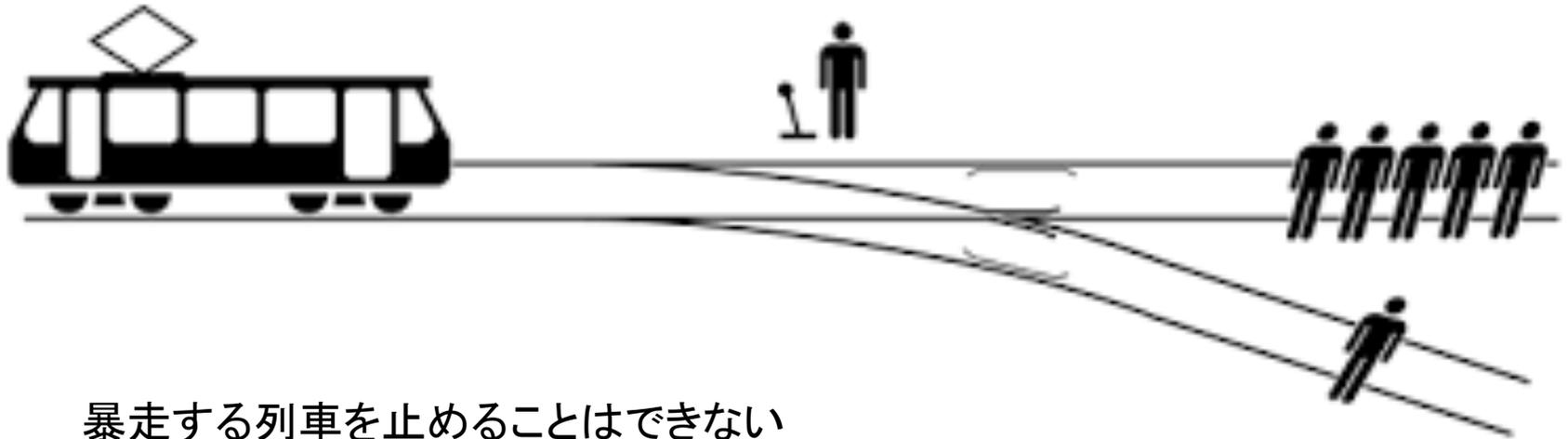
川崎高津診療所

松井英男

倫理学

- 論理の一貫性, 体系性があり対立する事象の選択などの是非が問われる問題に関して論理的に考えられるようにする方法・学問
- 方法論として,
 - 3段論法 (2つの前提と結論)
 - 概念分析 (定義, 解明, 分割, 類似性)
 - 一貫性と事例比較 (思考実験)
 - 倫理の4原則からの推論
 - 推論の誤謬 「自然」「神を演じる」「すべり坂」

暴走列車問題



暴走する列車を止めることはできない
そのままだと5名の死者が出る
ポイントを切り替えれば1名の死者が出るが5名は助かる
このような状況下での倫理的な判断は？

医療の分配問題

- 医療費が限られている場合, 大きな利益を (死が迫っている人の生命を存続させる) 少数の人々に与える方が, ささいな利益 (早世の可能性を下げる) を多数の人々に与える方がよいのか? (「救助原則」は是か?)
 - コレステロールを下げる薬 (スタチン) か 腎代替療法 (血液透析や腎臓移植) か

医療倫理

- 医療従事者と患者との間を調整するための規範
- 医師の職業倫理であり, 患者の診療に際して心得ておく義務
- 生命倫理や臨床倫理, 研究倫理などが派生

医療倫理の4原則

- 自立性の尊重（自己決定権）
- 善行原則（最善の利益）
- 無危害原則（害悪や危害を及ぼさない）
- 公平・正義の原則（社会的な利益や負担は公平に配分）この他に，
 - 法律の尊重
 - 権利の種類と地位
 - 応報的（刑罰と犯罪のつりあい）

終末期の医療倫理

- 病名告知とインフォームド・コンセント
- 事前指示
- 安楽死
- 終末期医療
 - 終末期とはいつなのか
 - がんと良性疾患(慢性疾患・老衰)の違い
 - 輸液・鎮静の問題

病名告知

- 「自己決定権」が重要視される
- 原則告知であるが、「誰がどう告げるか」「告げた後にそうするか」が重要
- 「知らなくてもよい権利」は患者の「自己決定権」と相反することがある
 - 告知を控えたり先延ばしするときは、しかるべき家族の同意が必要

インフォームド・コンセント

- 意思決定能力(判断能力*)を備えた患者が、誰からも強制されない状況下で、十分な情報の開示のもと、説明内容を理解した上で医師の奨励する診療計画に賛同し、当該行為を患者に行うことを許可するもの

*治療同意の判断能力とは、

- 1) 選択を表明する
- 2) 治療の意思決定に関する情報を理解できる
- 3) 自分の状況、とくに自分の病気とその治療を選択した場合に起こりうる効果に関する情報の重要性を認識する
- 4) 関連情報のもとで論理的な過程で治療の選択を比較考察することができる

患者の意思が確認できないとき

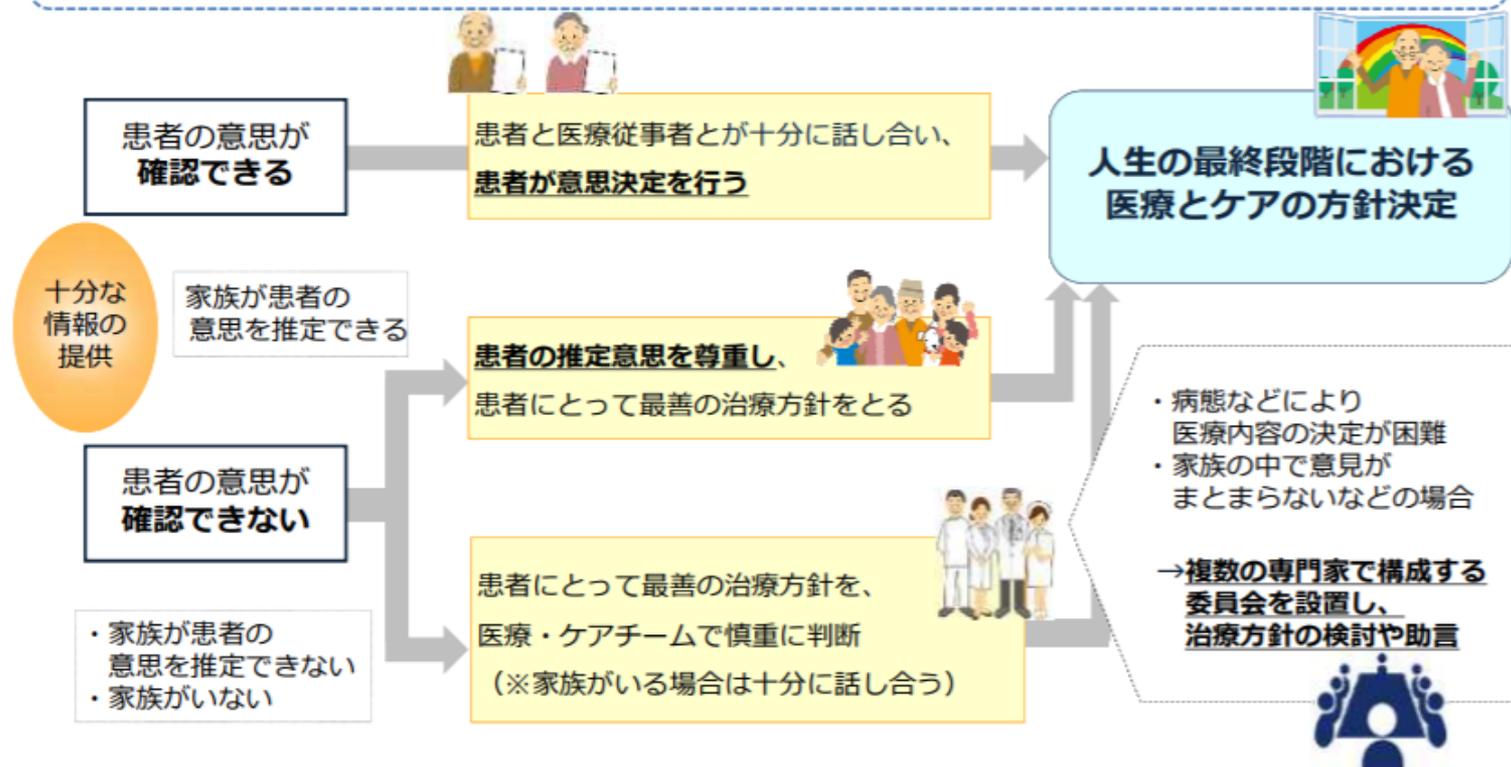
- 超高齢者, アルツハイマー病, 意識障害患者, 知的障害などでは意思決定能力がない
- 家族などによる代行判断, 事前指示, 最善の利益の追求

このような判断や指示は撤回できることが重要

アドバンス・ケア・プランニング

「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」
方針決定の流れ（イメージ図）

人生の最終段階における医療およびケアについては、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進めることが最も重要な原則



安楽死の概念

- 死が当人の最善の利益かどうか
- 安楽死は,
 - 自発的: 判断能力のある大人が死を要望
 - 非自発的: 判断能力がなく意向表明ができない場合 (重度障害)
 - 反自発的: 当人の利益のために死ぬことを許すか死をもたらすが, 本人の希望に反する
- 安楽死は,
 - 積極的: 死を意図した行為を行う
 - 消極的: 死ぬのを許す 延命治療を差し控えるか中止する

*これ以外に, 医師の処方による自殺幫助(PAS)がある

安楽死は合法か？

- オランダ, ベルギー, ルクセンブルグ, オーストラリア(ビクトリア州)では「積極的安楽死」は合法である
- スイス, カナダ, 米国(オレゴン, ワシントン, モンタナ, バーモント, ニューメキシコ, カリフォルニア, ビクトリア州)では一定の条件が満たされれば医師による「自殺幫助」は法的に認められる

オランダでの条件

- 患者は今後, 耐えがたく終わりのない苦しみを被ることになる
- 「死にたい」という要求は, 自発的で十分に検討されている
- 医師も患者も他には解決策はないと納得している
- 医学的なセカンド・オピニオンが得られていて, 医学的に適切な仕方で生が終わること

世界保健機構(WHO)

- 緩和ケアにおける治療法が充実している現在, 安楽死を法律によって認める必要はないとの立場をとる

慈悲殺の事例

- リリアン・ボイズ 70歳 女性
- 重度の関節リウマチによる疼痛
- 主治医のコックス医師に殺してくれるよう頼む
- 医師は致死量の塩化カリウムを注射
 - 自分の患者への同情の念
 - 患者がそうして欲しいと考えていた
- この積極的安楽死は殺人未遂罪で有罪となった（英国コモンロー）
 - 作為か不作為か
 - 死を意図しているか予見だけか

東海大学事件(1991年)

- 多発性骨髄腫末期で危篤患者
- 患者家族(妻と長男)の懇請により栄養剤点滴, バルーンカテーテル, エアウェイの取り外しによる治療の中止(消極的安楽死)
- 呼吸抑制作用のあるホリゾン, セレネース注射
- 致死作用のあるワソラン, 塩化カリウムを注射(積極的安楽死)
- 急性心不全にて死亡

治療行為の中止の要件

1. 患者が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にある
2. 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、かつ治療中止する時点でも存在する
3. 治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など疾病治療の措置や、対症療法、生命維持のための治療措置がある。しかし、どのような措置をいつ中止するかは医学的に無意味であるという判断や自然の死を迎えさせるという目的に沿ってなされるべき

* 本件は2が欠落しているとされた

積極的安楽死の要件

- 苦痛除去の代替的治療がなく(緊急避難の法則), その選択を患者の自己決定に委ねる(自己決定権) 条件として,
 - 1) 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいる
 - 2) 患者の死がさけられずそれが迫っている
 - 3) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし, 他に代替的手段がない
 - 4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

本件は, 1), 3), 4)を欠いていたと判断され 安楽死を行った医師に
刑法199条 殺人罪を適用 懲役2年, 執行猶予2年の刑を科した(1995, 横浜地裁)

川崎協同事件(1998年)

- 気管支喘息発作で植物状態になった患者
- 気管内チューブの抜去, 筋弛緩剤を投与して死亡させる

安楽死の要件を満たしていない
家族からインフォームド・コンセントを得ていない

1審 横浜地方裁判所 2005年
殺人罪 懲役3年 執行猶予5年
2審 東京高等裁判所 2007年
殺人罪 懲役1年6ヶ月 執行猶予3年
3審 最高裁判所 2009年
上告却下 高裁判定決着

人工透析の中止

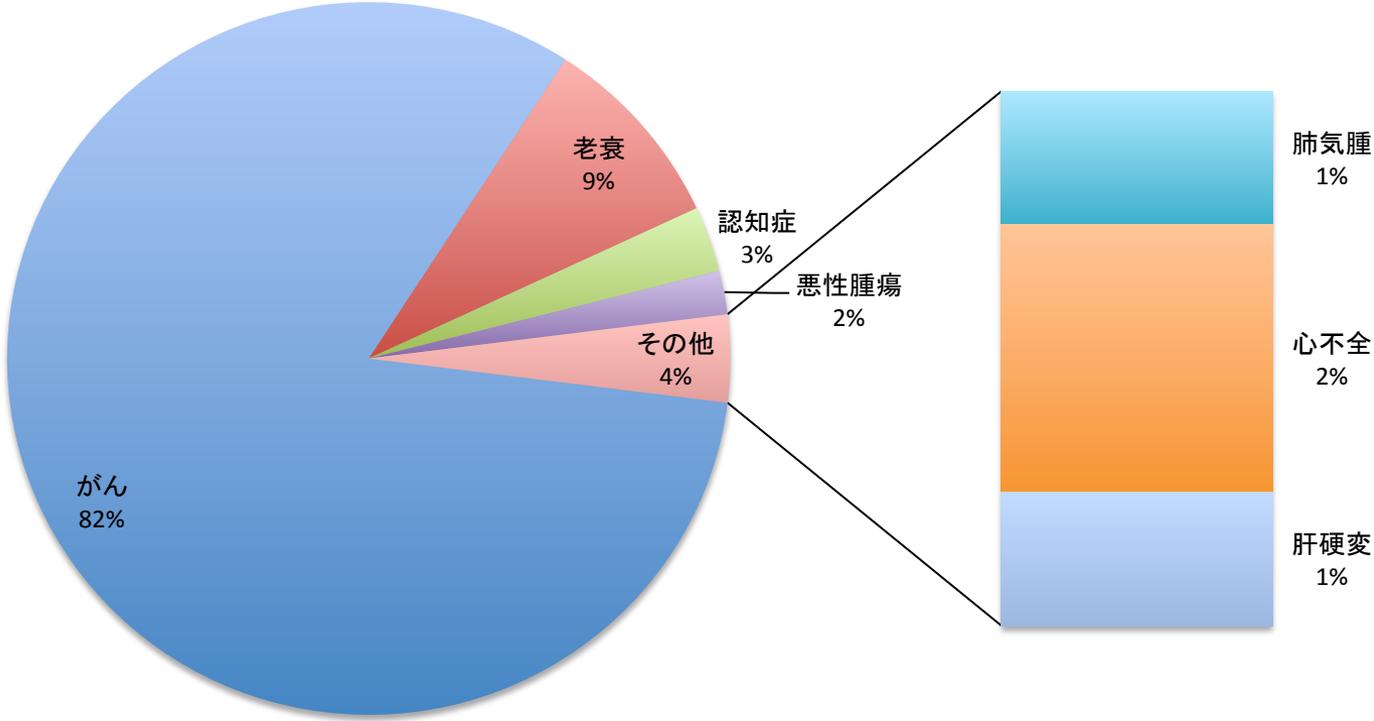
- 慢性腎臓病末期の女性患者
- 近医で透析していたがシャントが閉塞
- 都内の公立病院入院となり外科医より頸部からのアクセスの説明を受けたが治療を拒否、透析もしないことに同意（この段階では余命2週間を受け入れていた）
- 体調不良となり意識混濁のなかで透析中止の撤回を申し入れた
- 状態が持ち直した際には透析を再度拒否
- 苦痛の緩和治療を受け死亡

終末期とはいつか？

患者と家族：動けなくなったとき

医療従事者：生命活動の停止

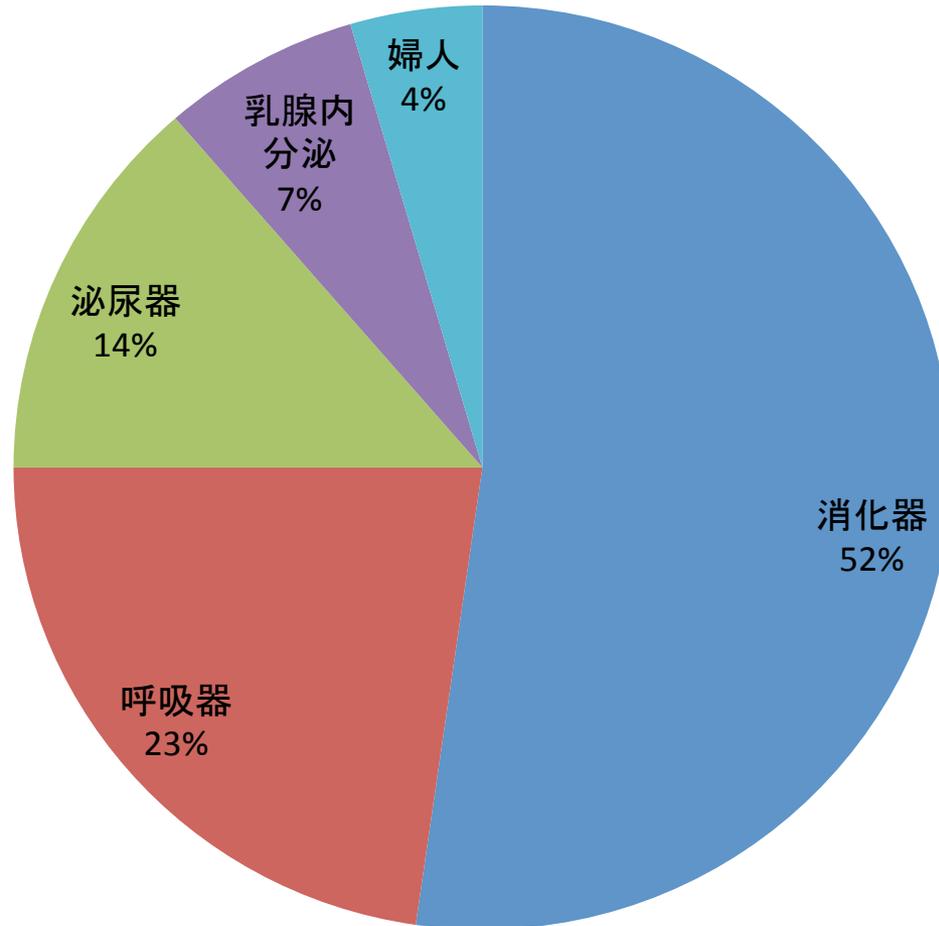
終末期医療患者の内訳



N=101

出所: KTCデータ

がんの種類



出所: KTCデータ

終末期医療の予後

がん 38日

良性疾患 103日

出所:KTCデータ
生存期間中央値

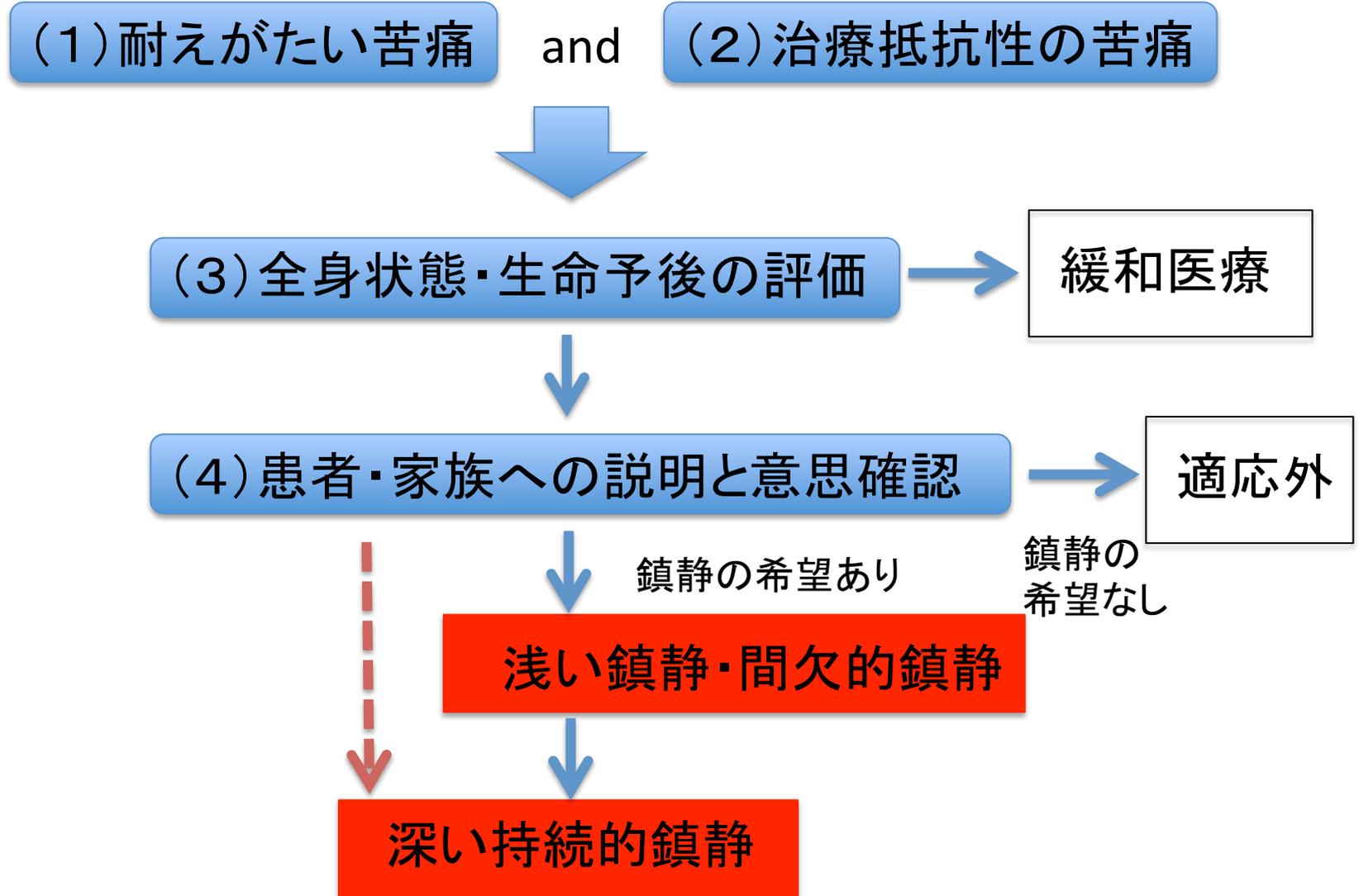
終末期の輸液

- がん終末期には原則としておこなわない
 - 浮腫, 胸・腹水, 喀痰の増量
 - 治療ではなく象徴的な行為
- 皮下注射の選択(高齢者)
- 腸閉塞が主な病態など, 予後が望める場合は選択すべき
- 減量・中止の場合は倫理的な問題が生じる
 - 消極的安楽死

終末期の鎮静

- 苦痛緩和を目的として意識低下きたす薬物を投与すること
- 患者の自立性の尊重
- 患者の利益は苦痛緩和
- 害益としては意識低下（対話ができなくなる） 呼吸停止（死期を早める）
- 善行原則と無危害原則が相反
- 二重効果・相応性原則から倫理的に正しい
- 積極的安楽死には相当しない（意図, 方法, 結果において異なる）

鎮静の方法



鎮静が必要な苦痛とは？

- 耐えがたい苦痛
 - 疼痛, 呼吸困難, 過剰な気道分泌, せん妄, 悪心・嘔吐, 倦怠感, 痙攣, ミオクローヌス, 不安, 抑うつ, スピリチュアルペイン¹⁾
- 治療抵抗性の苦痛
 - 全ての治療が無効, 予測される生命予後²⁾までに有効かつ合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がない³⁾

1)深い持続的鎮静をおこなうコンセンサスがない

2)予測は困難 とくに良性疾患は治療する必要がある

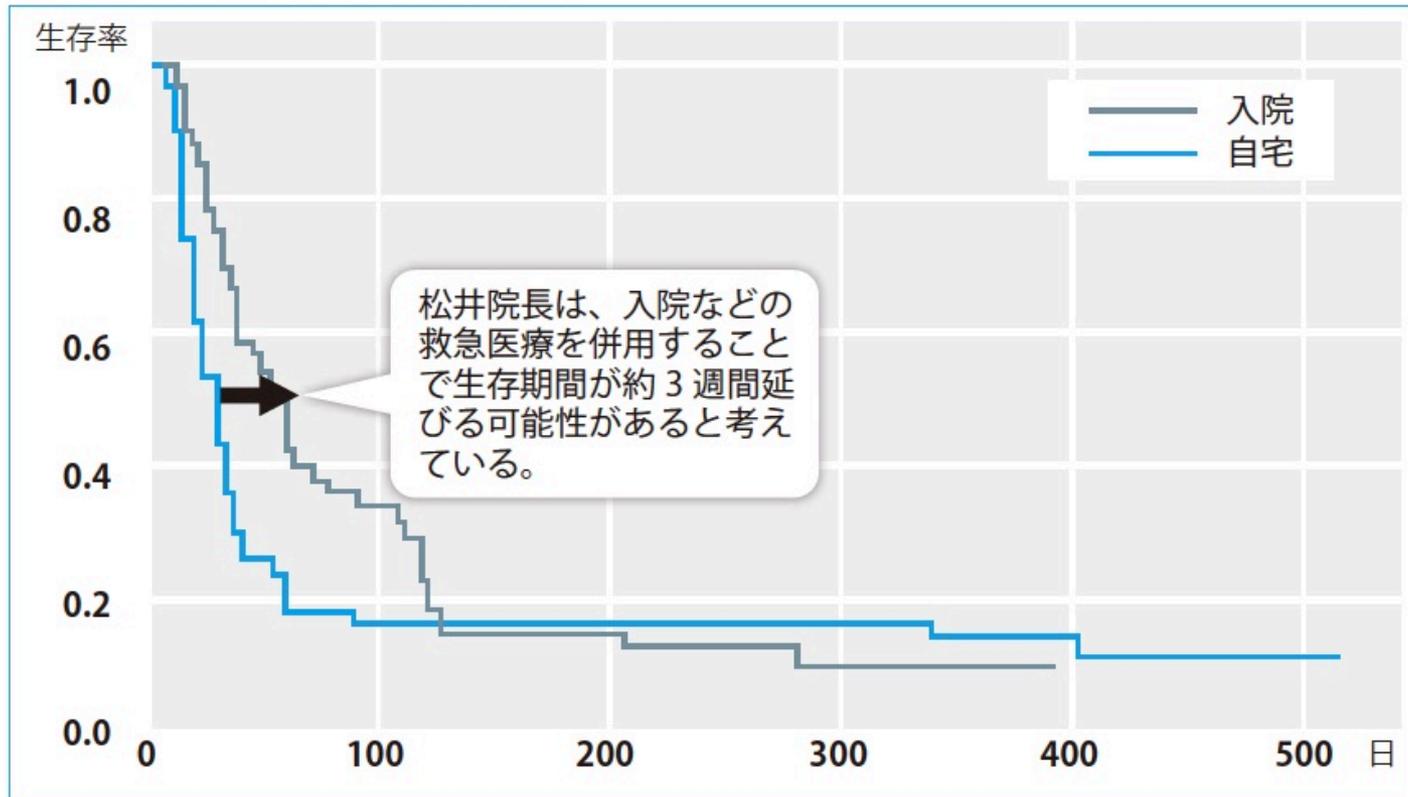
3)治療手段をまず検討する必要がある

終末期鎮静の問題点

- 積極的治療により軽減される苦痛もある
 - 肝臓破裂にたいする血管塞栓術
 - 誤嚥性肺炎治療にて予後が延長
 - 終末期前立腺癌の骨転移消失
 - 肺がん末期の喀血
- 急な状態変化が受け入れられるかどうか
 - その場は良くてもあとで問題になることがある
- 家族全員の同意が得られるかどうか
 - 意見がわかれて不施行となる

積極的緩和医療の効果

図：入院を併用することの意義



資料提供：松井英男氏

川崎高津診療所データに基づく

おわりに

われわれが提唱する「積極的緩和医療」は、「緩和ケア」ではなく、「キュア」による最後まで諦めない医療であり、QOLの向上をはかりつつ予後の延長をめざすものです