

コラム C病院実録シリーズ①：トップの決断がカギをにぎる

延命治療の中止に関する原則は、C病院では以下のとおりとなっています。

- 「一度始めた治療は、延命治療を含めていつでも中止することができる」という病院全体のコンセンサスがある。
- その方針が決まれば、透明化されたプロセスで行う。
- その根拠が厚生労働省の『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』^{A)}である。ガイドラインの骨子は、①医学的妥当性を十分に吟味し、患者、家族に理解していただく。②そのうえで患者自身が意思決定する。患者に意思決定能力がない場合、患者ならどうするか、患者にとってのベストは何か、代理意思決定者とともに考える、③十分な緩和ケアは常に行う。

倫理コンサルト、倫理委員会、多職種カンファレンスが機能していくためには、このようなコンセンサスが必要になります。C病院の例を振り返ってみます。

■「足し算」の医療のみでよいのか

病院倫理委員会（看護師、医師、事務、管理、顧問弁護士）での議論は、得てして法的に病院が守られることが軸になりがちです。そうすると治療の中止や不開始は問題とされることが多くなります。何かを続けることはOKですが、中止はNGとなりやすいのです。「足し算」の医療は法的にも問題になりにくい一方、やめるとなると問題になります。

例えば、認知症末期患者の経鼻胃管チューブからの栄養が一例です。患者は違和感や苦痛からチューブを抜去することがあり、治療の継続には、時に両手の拘束が必要になります。「命は大切だから本人の推定意思がどうであっても、両手を拘束してでも治療を続けるべきだ」という強い意見をもつ声の大きい人が1人でも倫理委員会にいた場合、そこでの決定はその方向に流されてしまいがちです。強い意見の人、声の大きい人に対抗するためには大変な労力と心のパワーが必要です。これは厚生労働省のガイドラインでも警鐘をならしているところです（➡第2章）。委員の1人が「すべてを続けるべきだ」という意見をもっているということは、4分割表という手法でいう「右下（周囲の状況・環境要素）」にすぎませんが（➡第3章）、その他の要素がどうであったとしてもその委員の意見により方針が決定されてしまう傾向があります。これでは患者の価値観などに基づいた個別化を無視して、生命至上主義がまかり通ることにつながりかねません。

■ 患者中心の判断でなければ現場が傷つく

かつて、ここ C 病院でも命が 1 か月永らえたものの、拘束したまま亡くなった認知機能が高度に低下した患者のケースがありました。倫理委員会での判断は、「人工栄養を中止することは認められない」でした。「経鼻胃管チューブはいやがっているのでやめてほしい、そこまでして少しでも生きていたいとは思わないと思います」という家族の意向に対し、病院は応えられませんでした。「母を助けてほしいと思って病院に来たのに助けてもらえなかった」「病院に来たのが間違いだった」という家族の言葉だけが残り、残された家族の悲嘆につながりました。主治医も看護師も傷つきました。「今後はこのような事例があっても倫理委員会にかけたくない」という声さえ上がりました。

この件をきっかけに倫理委員会を見直す空気ができました。しかし、倫理委員会としていくら議論を深めても、「法的に訴追される可能性を 1% でも低くする選択を行う」という姿勢であるかぎり、決して患者中心の判断にはならず、現場が傷つきます。倫理委員会の本来の役割は「現場が患者の価値観、最大限の利益に基づく判断を行うことを認め、正しいプロセスで方針を決定することをサポートし、現場を守る」です。決して「訴追される可能性が最も少ない方針を決定する」ことではないはずです。

■ 院内の意識を変えるきっかけ

意思決定が困難な事例に対し、患者や家族のために現場がどう向き合うかは病院マターであるべきです。初めはこのような問題をどのように病院マターにしていけばいいか、具体的な方法がわかりませんでした。そんなとき、厚生労働省のガイドラインができました。人生の最終段階の定義は「何をしても救命できない状態」ではなく、医学的妥当性と患者の価値観に沿って個別化できるという内容であり、まさに患者中心の医療を行うためにはありがたいガイドラインでした。「今後ガイドラインに沿って意思決定を行っていきましょう」という流れができました。病院のトップが「何かに準拠してやることが重要だから、これを憲法にしましょう」と言ったことで、トップダウンになり、急速に終末期医療に対する院内の意識が変わっていきました。このストーリーは一例ですが、やはりトップが決断してもらわなければなりません。

時を同じくして、病院機能評価への対応のため、私は「終末期ケア」のマニュアルを、入院運営委員会のほか、いろいろな意見を聞きながら作成していました。ここでも厚生労働省のガイドラインの定義を引用し、それにのっとることを明記

しました。慢性疾患で予後が短い(例えば6か月以内)ことが予想される所見など、エビデンスに基づいた情報を記載し、その予後と患者の価値観に基づいて患者を個別化して「終末期」を決定できるようなマニュアルにしました。また、個々の医師が勝手に判断してしまわないように、終末期と判断して治療の差し控えや撤退を行うためのチェック項目を細かく設けました。そして「病院はこの方針で行きます」とトップに後押ししてもらいました。

■ 実践しながら文化を作っていく

これで病院のスタンスは固まりました。病院も医療現場を把握しています。カンファレンスも堂々とできます。そのためのカルテ開示も可能になりました。いわば「刑事訴追のおそれがある」という意見に基づいた「Defensive medicine」から、患者中心の意思決定を行える病院に変わりました。倫理委員会が最終意思決定機関ではなく、特定のプロセスをふむことによって、患者または患者の価値観をよく知っている家族や医療現場が意思決定を行えるようになりました。

例えば、心停止後で神経学的な予後が絶望的な低酸素脳症の患者に対し、家族による患者の推定意思やその他の情報により多職種カンファレンスを開催し、その記録をしっかりと行うことで経腸栄養や人工呼吸器をやめることができるようになりました。苦痛を強制してでも1分1秒でも生き永らえることを優先せざるを得ない状況を脱しました。そういう選択肢ができたことが何より重要です。

やめてもよいかではなく、すべきかどうか迷った場合も同様です。例えば、胃ろうを作るべきかどうかで家族に倫理的ジレンマがあった場合、家族が本当に後悔しない選択の過程をサポートできるように、多職種カンファレンスを開くことが自然になりました。やること、やめること、いずれにおいても本来考えるべきジレンマと向き合い、疑問を解決し、考えるべきことを吟味し、話し合えるような文化ができ始めたのです。

● 文献

- A. 厚生労働省. 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 改訂 平成 30 年 3 月.<<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>> Accessed Jan. 22, 2021.