

第2章

「倫理的に正しい」とは
どういうことか？

まず倫理四原則から考える

医師B | 「倫理的に正しい」という言葉がありますが，なんだかあやふやでとらえどころがないという印象をもつ方が多いようです。

医師A | それでは，「倫理的に正しい」とはどういうことか事例で考えてみましょう。

事例

慢性閉塞性肺疾患（COPD）の進行期で，急性増悪を繰り返す患者。過去1年間で2回ほど人工呼吸器による治療が行われている。再びCOPD急性増悪による呼吸困難で来院し，挿管しなければ救命は困難な状態であったため，救急外来で気管挿管され，人工呼吸器管理が開始された。前回退院後，家では「もう二度と挿管されたくない。次に悪くなった時はそのまま逝きたい」と言っていた。鎮静薬を減量すると興奮して暴れるため，本人とのコミュニケーションはできない状態。家族は本人の意思を尊重して抜管してほしいと考えている。

医師X | 今抜管したとして，人工呼吸器なしで呼吸ができる確率は50%くらいだと思います。つまり50%は救命のためには再挿管が必要になるわけです。もし抜管後に呼吸不全になったら，救命のために再挿管を行うべきです。

看護師 Y | でも、ご本人はこの状態を望んでいないはずだから抜管すべきだし、その後に呼吸不全になったとしても再挿管せずに緩和ケアをすべきですよ？

医師 Z | 仮に抜管して、再挿管を行わずに死亡したら刑事事件として訴追される可能性がありますよ。

医師 B | 話が噛み合っていないようですね。

医師 A | それぞれが話している内容に妥当性はあるのですが、**自分がどこの側面の話をしているか意識しないと、いつまでたっても話が噛み合わない**という例ですね。医師 X は医学的側面、看護師 Y は倫理的側面、さらに医師 Z は法的な側面からの話をしています。すべて重要なことですが、医学的な側面から妥当と考えられる内容、倫理的な側面から妥当と考えられる内容、そして法的な側面から妥当と考えられる内容をそれぞれ分けて考え、最後にそれらの内容をふまえて結論を出す必要があります。

医師 B | 今何をディスカッションしているのか、お互いに意識する必要があるということですね。

医師 A | よく倫理と法を勘違いしたり、混同したりしている人がいます。訴えられたらどうしよう、という気持ちはわかりますが、訴えられるかどうかばかり考えると、本来考えなくてはならない患者中心の医療から離れていってしまいます。倫理的に妥当であるかどうかについては以下の4つの原則から考えます。

倫理四原則◆^{1, 2}

- ① 自己決定の尊重 (Autonomy) : 患者の意思を尊重しましょう
- ② 善行 (Beneficence) : 患者に善いことを行いましょう
- ③ 無危害 (Non-maleficence) : 患者に害を加えないようにしましょう
- ④ 公正 (Justice) : 限りある医療資源を公正に配分しましょう

医師A | まず「① 自己決定の尊重 (Autonomy)」とは、言葉のとおり、患者の意思を尊重することが大切というのが大原則です。患者に意思決定能力があるときは、患者に治療選択肢の医学的妥当性を説明したうえで決定してもらうことで達成できます。ただし、患者が自分の病態や予後、そして治療によって期待される効果や負担について十分理解していることが必要です。患者に意思決定能力がないときは、リビング・ウィル、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) (➡ 第15章)、そして代理意思決定者が参考になります。その際、代理意思決定者は患者の価値観を十分理解して「患者ならどうするか？」といった観点で考えることが「自己決定の尊重」には大切です。患者がどのように考えていたのか情報を得るために、かかりつけの医師や普段ケアをしている看護師などがいた場合には、以前 ACP を行っていないかを問い合わせることも必要です。

② 善行 (Beneficence) と ③ 無危害 (Non-maleficence) では、これから行おうと考えている医療行為は患者にとって良いことか、危害を与えることにならないか、吟味します。ただ、医療には良い点 (ベネフィット) だけでなく、副作用や合併症といった悪い点 (リスク) があり、患者にとってのベストは何か、天秤にかけること (balancing) が必要です。このbalancingは患者の価値観に沿って行うことになります (Patient-centered approach)。また、患者にとって害であるか、利益であるかの判断は、そのときの治療にかかわっている医療従事者の感覚に多分に左右されてしまう点を認識しておくことが重要です。

④ 公正 (Justice) については、医療資源の適切な配分をすることが重要になります。90歳の重症患者と20歳の重症患者が救命救急室にいと仮定します。ICUには1床しか空きがない、どちらの患者を

-
- ◆1 Wright MT, et al. A basic decision-making approach to common ethical issues in consultation-liaison psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 2009 ; 32 : 315-28. PMID : 19486816
 - ◆2 Jonsen AR, et al. The four topics. In : *Clinical Ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 8th ed. New York : McGraw Hill Education, 2018.

入れるか。20歳の患者は90歳まで「公平に」生きるために、今生き延びる権利がある、だから20歳の患者をICUに入れる、という考え方があります。一方で、90歳の患者の家族の立場から考えると、「どんな患者でも、どの年齢でも、同じ医療を受ける権利がある」という公正原則も成り立つかもしれません。立場や価値観により、公正か公正でないか、意見が分かれることを知っておかないと衝突の原因となります。医療資源が不足した有事にはこの原則が非常に重要になりますが、医療資源が不足していないときの現場では、この原則よりも患者本人に焦点を絞った他の3つの原則が優先されます。

以上のように、四原則のうち②善行原則、③無危害原則、④公正原則は、治療にかかわっている人の立場や価値観で妥当性が高まったり低まったりします。しかし、①自己決定の尊重は、治療にかかわっている人全員が、「患者の意思や価値観を尊重する」という1つの目標に向かえるため、四原則のうちでは最も揺るぎないものとして、倫理原則のなかで最上位に位置づけられることが多いわけです。しかし、不足している血液製剤を無制限に輸血されてでも生き延びたいという意思のある患者がいたとしても、ほかに救命の可能性が高い患者がいてその限られた血液製剤を配分しなければならないとすれば、公正原則のほうが上位に位置づけられることになり、自己決定の尊重が必ずしも常に最上位であるわけではありません。

自己決定の尊重、治療義務の限界

医師B | 医療倫理について議論するときによく話題に出る東海大学安楽死事件、川崎協同病院事件という有名な事件があります。何となくは知っているのですが、詳細については理解していません。説明していただけますか？

医師A | 東海大学安楽死事件は1995年に判決が出ました。多発性骨髄腫の末期患者が高度の苦痛を訴えていました。それに対し、主治医は安楽死目的でカリウム製剤を静脈注射し、患者が死亡しました。病院から警

察に連絡され、主治医は殺人罪に問われました。川崎協同病院事件は、重症喘息発作にて心停止し、低酸素脳症による昏睡状態に陥った患者のケースでした。家族には「植物状態になる可能性が高い」と病状説明されていました。約2週間後に抜管し、その後、苦悶様呼吸が出現し家族から何とかするように迫られたため、主治医は筋弛緩薬を投与し、患者は死亡しました。主治医は4年後に起訴され、殺人罪に問われました（➡MEMO ①）。

川崎協同病院事件は最高裁まで上告されました。治療を中止する根拠として、自己決定の尊重、治療義務の限界の2つについて吟味されました。つまり、① **きちんとした医学的情報に基づいた自己決定が尊重されている**、または② **何をやっても助からない、の2つを考慮することが必要**ということです。治療を中止するためには、法的にみて①または②（どちらかを満たせばよい）といえるかについてはあいまいな部分が残ります（➡MEMO ①）。しかし医療倫理上は、①かつ②ではなく、①または②であることが重要です。そうでなくては、1%でも救命できる可能性があるかぎり、患者や患者の意思を推定した家族が望まない治療を、身体を拘束してでも行うという非倫理的な状況が生まれてしまいます。

①に関しては、主治医から医学的情報が十分に家族に伝わっておらず、回復をあきらめた家族の要請で中止されたことから、推定意思とは認められませんでした。②も医学的検討が不十分であり、妥当でないと判断されました。つまり①、②ともに、十分に医学的に吟味されておらず、適切に家族に「正しい医学的情報」が伝わっていなかったことが問題でした。川崎協同病院事件は、本来は、呼吸困難に対して筋弛緩薬ではなくオピオイド（麻薬性鎮痛薬）を使用した適切な緩和ケアが、医学的には必要だった事例かと思います。

医師B | この2つの事例について考えると、正しい緩和、看取り、家族の心のケアについての医師に対する教育がとても大切だと強く感じます。

医師A | 多くの人はお亡くなりになる直前に、下顎呼吸または死戦期呼吸とよばれる、一見苦しそうに見える呼吸をしますよね。そうやって人は死

んでいくわけです。もし延命治療の中止や緩和を目的に抜管を行うのであれば、多くの場合に下顎呼吸が起こります。すでにご本人は苦しさを感じていないかもしれませんが、まだ苦しさを覚えている可能性も残ります。ですから抜管を行う前に苦痛緩和目的にオピオイドを開始し、抜管後は十分な緩和が得られるように薬剤を追加投与する必要があります◆³。ご家族には、「お薬でしっかりと呼吸困難感を治療しているので、一見苦しそうな呼吸でも実際は苦しさを感じていないから大丈夫ですよ」「呼吸の音がゴロゴロしていてもビックリしないでくださいね」などと前もって伝えて、家族の心のケアを行う必要があります。医師がこのようなことを行えるようにするための教育なしに、延命を中止するための抜管が広がっていくのは危険だと思います。家族がびっくりしないように、人は死ぬ間にどのような過程をたどるか、事前に説明できなければなりません◆⁴。

医師B | どのように延命を中止すべきかを知らない医師が行うと、死戦期呼吸や家族の動揺に対応できず、医師すらパニックになり、誤った判断をしてしまうかもしれないということです。

◆³ Truog RD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit : The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2001 ; 29 : 2332-48.

PMID : 11801837

◆⁴ 緩和ケア普及のための地域プロジェクト。これからの過ごし方について.<<http://gankanwa.umin.jp/pdf/mitori02.pdf>>Accessed Jan. 22, 2021.

MEMO ① 終末期医療にかかわる事件の判例概要

日本で終末期医療において医師が関与して患者を死に至らしめ、裁判になった事件として、1995年の横浜地裁判決（東海大学安楽死事件）と、2009年の最高裁判決（川崎協同病院事件）の2つが挙げられます。

東海大学安楽死事件は、地裁のみで最高裁まで行っていない。地裁の判決は、「法の解釈としての判例」とまではよべないという意見があるそうです。また、「本件で起訴の対象となっているのは、医師が末期患者を積極的に死に致した行為である」にもかかわらず、その前の治療中止行為の一般的要件を論じており、その部分は、判例ではなく傍論であると考えられるそうです。東海大学安楽死事件の判決の重みづけは理解しておく必要があるようです。

この2つの事件は、いずれもカリウム製剤の注射や筋弛緩薬の投与という積極的安楽死を伴う事件であり、逆にいえば、単なる治療行為の中止だけで裁判になった例はこれまで存在しません。ただし、川崎協同病院事件の最高裁は治療を中止するとしても説明が不適切であったと判決で述べており、ここでは、治療中止にふれている部分だけを紹介します^{A)}。

東海大学安楽死事件（横浜地裁、1995年に判決）^{B, C)}

1991年の事件である。患者は56歳の男性、多発性骨髄腫。入院にて化学療法を受けていたが、状態が悪化し意識が低下した。骨髄腫末期状態であった。苦しそうにしていたため、家族から尿道カテーテルや点滴中止の要望が出された。さらに苦しそうにしていたので、楽にしてくれるようにと家族から要求を受けた主治医は、ジアゼパム、ハロペリドールを投与したが、改善しなかった。患者が、苦しそうに呼吸をしているため、主治医は家族から「苦しそうな状態から解放してやるためすぐに息を引き取りさせるようにしてほしい」と強く要請された。主治医は、ペラパミル、KCLを静脈注射し、患者は死亡した。この事件では、殺人罪の成立が認められ、医師に懲役2年、執行猶予2年の判決が出された。控訴されず、判決は確定した。

判決で次の1、2の「治療行為の中止の要件」が述べられた。

1. 治癒不可能な病気に罹患し、回復の見込みがなく、死が避けられない末期状態である
2. 治療行為の中止を求める患者の意思表示がある（治療行為中止時点で、意

たくしない場合に比べ、寿命が延びる可能性すら報告されています。

川崎協同病院事件の司法判断では、「自己決定の尊重」「治療義務の限界」のいずれの観点からも適法とすることができなければ殺人罪として認められる、とありますが、どちらか一方を満たせばよいのか、両方とも満たさなければならないのかは大きな問題です。もし両方とも満たさなければならないということであれば、患者や家族が医学的な情報を十分理解したうえで治療を中止したいと決めても、治療義務の限界の条件を満たさなければ治療を中止できないことになり、その患者や家族にとって非常に辛い状況になります。参考文献 D (63 ページ) によると、どちらか一方の条件が満たされれば、治療の中断をしてもよいという前提で判断がなされています。

●文献

- A. 100 歳時代の到来で求められる人生を再設計するための法制度とは～日・米法の対比から考える超高齢社会の課題～. Geriatr Med 2017 ; 55 : 1273-81.<<https://www.lifesci.co.jp/special/interview-オピニオンを聞く%E3%80%80 樋口・範雄-氏/>>Accessed Aug. 7, 2021.
- B. 池田守ほか. 終末期医療の中止と刑事裁判例の歴史. Intensivist 2012 ; 4 : 17-24.
- C. 平成 7 年 3 月 28 日. 東海大学安楽死事件 横浜地裁判決.<<https://square.umin.ac.jp/endoflife/shiryo/pdf/shiryo03/04/312.pdf>>Accessed Aug. 7, 2021.
- D. 稲田朗子. 川崎協同病院事件最高裁判決. 高知論叢 (社会科学) 第 105 号 2012 年 11 月 47-69.<https://kochi.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=6267&item_no=1&page_id=13&block_id=21>Accessed Aug. 7, 2021.

陥りやすい「Defensive medicine」

医師 B | もう 1 つ、延命の中止について気になることがあります。たとえ患者の利益のために行ったことでも、何らかの形で裁判となったときに、法律家が患者の利益のためと理解してくれないことはあるのではないのでしょうか。

医師 A | その可能性がないとは言えません。例えば、倫理的には患者のために点滴をやめたほうがよかったケースなどが考えられます。不思議なことに、点滴を続けることは法的に大丈夫ですが、やめた場合には法に

ふれると考える法律家が多いようです。これは医療現場を知らない法律家と、現場の人間の感覚の乖離で、患者やその家族のためには極めて望ましくない状態です。そういうことをどこかで耳にしてしまうと、医師も看護師も、例えばうっ血性心不全でそれ以上の点滴は望ましくないときなどのように、普段は人を助けるために点滴をやめているシチュエーションでも、死にゆく人の点滴についてはいくら体がむくもうともやめることができない、といったことが生じます。

医師B | いわゆる「Defensive medicine」とよばれるものですね。自分たちがあとで責められないことが目的となった医療ですね。本当はどちらが患者のためか、じっくり考えなければなりませんね。

医師A | 「苦痛がないように最大限配慮してほしい、点滴も苦痛をとるのに役に立たないなら中止してほしい」という意思を過去に患者さんが示していたとします。それにもかかわらず、点滴をするとすれば「自己決定の尊重」および「無危害原則」にも反するため、倫理的に妥当ではありません。胸水があるような症例は、点滴で胸水が増えやすく、苦痛が増加する要因にもなるため、医学的にも妥当ではありません。このような状況では「点滴をしない」ことが緩和ケアとなります。さらに点滴を自己抜去してしまうから拘束をするということであれば、本人の意思に反するため、倫理的に妥当ではなく、さらにその抑制されているという状況は緩和からは真逆になるため、医学的にも正しくありません。それにもかかわらず、法的に刑事訴追される「恐れ」のために、患者の利益とは完全にかけ離れ、倫理的にも医学的にも正しくない「治療」がまかり通っています。**現場の人間が訴追の恐れを感じずに、患者のための判断ができるように、さらにそのような判断をした個人が責められないように病院のシステムを構築する必要があります。**具体的には、『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』にのっとった意思決定プロセスを行い、そのプロセスに基づいて行った意思決定は病院が責任をもつという形にする必要があります。

厚生労働省のガイドラインの意義

医師B | 厚生労働省のガイドラインは、どこまではしてよいかを線引きしてくれるガイドラインなのでしょうか？

医師A | 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』は線引きを行っていません。このガイドラインは「目の前の患者さんにとってのベストをみんなで考える」ということを基本概念としています（**➡MEMO ②**）。患者中心の意思決定の重要性を強調しており、患者ごとに個別化しようというメッセージになっています。そのために、医師だけで一度で決めずに多職種で相談する、常に緩和ケアをする、患者さんにとってのベストを考える、ということを強調しています。当たり前ですが、「**選択肢の医学的な妥当性が適切に説明され、患者さんが決める、もし、患者さんに意思決定能力がなければ、その患者さんの価値観をよく知っている人が導き出した答えであれば、それが答えである**」というスタンスです。これは、細かい「法律」や「条例」ではなく、「憲法」のような存在と言っていると思います。逆に「点滴は中止してよいが人工呼吸器は中止してはいけない」などという細かい線引きがなされてしまうと、患者ごとにケアを個別化できなくなります。そういう意味でこの厚生労働省のガイドラインは素晴らしいと思います。

医師B | もし法律を作るとしたら、「人工呼吸器はやめてはいけない」というような法律ではなく、「治療をやめるにしてもやめないにしても、患者に決める権利がある」という法律は必要かもしれませんね。

医師A | 確かにそのような当たり前のことが理解されていない現状を考えると、あえて法律で明文化することには意義があるかもしれませんね。

また、厚生労働省のガイドラインに準拠して終末期における治療の不開始、中止を決定するにあたっては、その判断のプロセスが病院の「文化」として成熟していることが必要です。現場の全員が「この患者さんにとって一番良い選択肢は何だろう」と考え、患者中心の意思決定にたどり着けるための、例えば4分割表（**➡第3章**）を用いた多職

MEMO ② 終末期医療にかかわるガイドライン

患者の意思決定に利用できる終末期医療に関するガイドラインには、日本集中治療医学会や厚生労働省のものなどがあります。

日本集中治療医学会の『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』^{A)}

「救急・集中治療における終末期」とは、ICUなどで治療されている急性重症患者に対し、適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期、とされています。そのようなときに使用できるガイドラインです。主に臨床現場でジレンマを感じるのは、何をしても助からない事例というよりは、侵襲的な治療によって延命はできるかもしれない事例であることが多いため、このガイドラインを現場で利用する機会はあまり多くないかもしれません。

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』^{B)}

ここでの「人生の最終段階」の定義は、「人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3か月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態をふまえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です^{C)}」となっています。つまり、目の前の患者の価値観や現場の判断で同じ事象をみても、「最終段階」と判定する場合もあれば「最終段階ではない」と判断する場合もあります。医療・ケア行為の開始/不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止などに関する意思決定は、患者の価値観に沿って考えることが大切であるとされています。患者に決定権があり、もし意思決定能力がない場合は、家族などと協議し、患者の価値観に沿うことが大切であるとされています。もちろん、医学的適切性の重要性は強調されています。さらに、意思決定能力がなく、代理意思決定者が不在の場合は、「医療・ケアチーム」が、「本人にとっての最善の方針をとることを基本とする」となっています。2018年版から、アドバンス・ケア・プランニングの重要性も盛り込まれました。このガイドラインでは慢性期や急性期の区別をしていないため、「救急・集中治療における終末

期」としても使用することができます。

●文献

- A. 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会. 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.<<https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>>Accessed Jan. 22, 2021.
- B. 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.
- C. 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. 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. 改訂 平成 30 年 3 月.<<http://dementia.umin.jp/pdf/kaisatsu0314.pdf>>Accessed Jan. 22, 2021.

種カンファレンスなどの決まったプロセスが定着していることが必須です。声の大きい人、強面の人が、その人の価値観で決めるのはダメなのです。患者さんに決める権利がある、患者さんにとってのベストは何かという観点が最も重要で、ここはぶれてはいけないと思います。

法的な視点からの疑問

事例

認知症で、過去にも誤嚥性肺炎を繰り返しており、今回の誤嚥性肺炎では自然にお亡くなりになるのを見守ることを長女は希望していた。夜間に心停止となり、長女が到着するまでの間、心臓マッサージが行われていた。「DNAR (➡ 第14章) でお願いしたのに、なぜやるなといったことをやっているのか」と到着した長女が憤っている。医師は、病院のポリシーでは家族が来るまでは心臓マッサージをすることになっているためやむを得ず続けていた、と説明した。

医師B | 第1章でも述べたように、心臓マッサージは治療可能な原因を治療するまでの間、一時的に脳に血流を保つための治療であり、「死にゆく

人」に対して行う理由はまったくありません。さらに適応のない心臓マッサージは患者の体と家族の心理に大変な侵襲を与え、「死の質」(👉**第7章**)を大きく損なう行為です。本人または代理意思決定者がしないしてほしいと言っていた行為を無理矢理行うのは、傷害罪なのではないかと思ってしまう。

医師A | そのとおりですね。ありとあらゆる医療行為は医師の指示が必要ですが、心肺蘇生は、その不開始、中止に医師の指示が必要とされています。予期せぬ心停止時は適応がありますが、いわゆる疾患の末期で、予期された心停止の場合は、本人や家族と話し合い、通常は施行しないことが妥当です。このように病院のルールとして誰からも望まれない処置を行わなくてすむような整備が必要と思います。法的な観点から考えても、針を刺したり、皮膚を切ったり、胸を強く圧迫するような行為は通常であれば傷害です。しかし、医療においては「医学的に適応があること、医術的に妥当であること、本人の同意があること」がすべて満たされていれば、刑法35条によって違法性が阻却されます。しかし逆に考えると、これらが満たされていない場合は傷害罪に問われてもおかしくないのかもしれませんが。この事例では明らかに本人の同意はなく、医学的にも適応がありません。**法的なことを気にすると、不思議なことに現場では「するのは安全で、しないのはダメ」という結論になりがちです。**しかし、訴追されるリスクを避けたいのであれば、本人やその代理人が望んでいないことや医学的に適応がないことを行うことによる傷害罪の可能性についても、議論されるべきだと思います。