
= 理論と実践 = 緩和ケアの倫理

臨床倫理学の理論と実践

臨床倫理検討システム開発プロジェクト

臨床倫理学の営みの中心となるのは、個別の事例についての臨床倫理的検討を適切なものとしていくために、その基礎となる知見を得ることであろう。それは、検討システムの開発とともに、タイプ分けされた臨床場面に応じて、特化した倫理的ルールを見出し、必要に応じてガイドラインをつくるといったことを通してなされる。このような知見は、実際に現場において有効なものでなければならない以上、理論的検討と個別症例を通しての検討とが相互に反響しあい、浸透し合って進むことが望まれる。そのような理論と実践との共同作業の場を本誌は《理論と実践》という共通タイトルの下で設けることとする。

今回は、未だ不十分ではあるが、そのような試みを、緩和ケアという医療・看護のジャンルについて行ってみた。次号以降は、さらにさまざまな現場における個別症例を通しての研究・報告と理論的検討との交流を期待したい。皆様からの寄稿をお願いする次第である。

* 本格的研究はどうもおっしゃる方でも、「このようなタイプのケースについて症例があるので、考えたいのだが」というようなことで結構です。皆様の医療現場での小人数の研究・学習としてなさるといっても結構です。本プロジェクトまでお申し出いただければ、皆様とプロジェクトとの共同研究ということで進めたく、参加をお待ちしております。

緩和ケアの倫理

清水 哲郎*

はじめに

緩和ケアにおいては、医療目標は、R1-1 (QOL を高く、かつ、余命を長くすることを目指す) に基づいて、一般に次のように設定される。

緩和ケアは、対象となる人の QOL の推移に注目し、これを全体として可能な限り高めることによって、今後の余命期間に互る QOL の積分を可能な限り高めること (= R1-1) に寄与することを目指す¹。

これは、緩和ケアについてのWHOの報告書²の見解でもある：

「パリアティブ・ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、……最終目標は、患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフを実現させることである。

.....

パリアティブ・ケアは……死を早めることも死を遅らせることもしない。(Palliative care neither hastens nor postpones death.)」
(WHO1990 : 2.1)

つまり、ここでは QOL をターゲットとすること、

そして、余命を長くすることも、短くすることも意図しない(目的としない)ことが言われている。

このような緩和医療の目標設定は、個別事例の臨床倫理的検討に際して、特化されたルールとして機能する。すなわち、検討シート (1-2) で挙げられる諸選択肢のメリット・デメリットに基づいて、医療側が考える選択の方針は、(a) 残りの生命の長さには抛らず、今後の身体的QOLが全体としてなるべく高くなるものを優先するということになる。もちろん、これはあくまでも、医療側の仮の判断であって、これに[II:患者の意思と生活]の情報が加わることによって、(b) 患者・家族の生活全体に互るQOLを考慮に入れて再評価をし、かつ、(c) それと患者・家族が表出している希望や意思との調整をするという経過を辿って検討を加えることになる。

ここでは、さらにこのような倫理的観点からすると、進行ガン・末期ガン患者等を対象とする医療の現場でしばしば生じる問題について、どのような考え方をすることになるか、ということについて、一般的なことをまとめておく。これはガイドラインというわけではないが、個別の検討に際して、倫理原則をどのように適用していくかを考える際の指針となる。

以下では、(1) 進行がん患者に対する単なる症状コントロールではない、症状の原因となる身体的異

* 東北大学大学院文学研究科

¹ これは清水哲郎『医療現場に臨む哲学』(勁草書房 1997) 139 頁の定義の改訂版である。

² WHO, Cancer pain relief and palliative care (WHO Technical Report Series 804), 1990; 世界保健機関編武田訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア』(金原出版 1993)

常への対応をどこまでやるかという問題と、(2) 緩和ケアの見地から何らかの治療をすること、または

中止することが、余命を縮める可能性がある場合、どう考えるかという2点に亘って考える。

1 過 と 不足 の狭間で

このことについては、『エドモントン緩和ケアマニュアル』³ 第1章が、有益な方向を提示しているので、これをパラフレイズしつつ紹介する。

ここでは、進行ガン患者に見られる様々な代謝や血液の異常 (abnormality) について積極的な治療をするかしないかの決定をしなければならない状況が考えられている。同書はまずここで参照すべきルールとして、有力4原則⁴を、挙げたうえで、次の点を指摘する。

(1) 異常に対処しようとしてやり過ぎると、治療の副産物が患者に悪い結果をもたらしてしまう(患者に害をおよぼすなという倫理原則に反する)。しかし、だからといって、異常への措置が症状上の好結果をもたらす場合に、それをしないならばみすみす症状の改善をし損なうことになる(患者の利益を追求するという倫理に反する)。そこで、し過ぎることとしなさ過ぎることとの間で、丁度いい点に達しなければならない(“A balance need to be achieved between”)。

つまりここでは、医学的視点から「異常」と判定される事態に直に対応するのではなく、あくまでもその「異常」が患者の「症状」つまり患者のQOLという観点での問題にどう現れるかについて評価しつつ、考えている。「異常」にだけ目をとめて、その正常化をしようとする、そのための治療がかえって患者のQOLを低下させる副産物を生じることがある。しかし、異常を正常化させるための措置が患者のQOL向上をもたらすという場合には、それをしないことは患者の利益を見過ごすことになる。

(2) 個々の患者毎に、その考えや意思、そして状況は異なっている。したがって治療上の決定は、個々の事例に応じてなされるべきであり、その結果、一見同じような病態であっても、選択される治療は異

なるということもある。ただし、その決定に至る筋道が個々ばらばらであってはならないのであって、きちんと規則正しくコントロールされたプロセスを辿って決定に至るべきである(つまり、ここでは臨床倫理検討システムと私たちが呼んでいるような、何らかの学問的に認められた手順が求められていると解することができる)。

以上が基本的考えであって、同マニュアルはこのような考えをさらに敷衍して、4段階の手順として展開している。それは結局次のような考え方である。

異常ではなく、QOLの低下・向上を評価して治療方針を立てる
 医学的・生物学的に異常であるというだけでは、それに対処する理由にはならない。それが患者の現在および将来のQOLにどのように影響しているか(=症状) またそれに対処することがどのように影響するか(=治療に伴うメリット・デメリット)を見極める。

【ステップ1】問題となっている異常がどのような問題をはらんでおり、またどのような有害な結果をともなっているかをはっきりさせる。つまり、異常であることが問題なのではなく、それが患者の現在ないし今後のQOLに影響するかもしれないから問題なのである。例えば、「貧血」という異常に対しては、「息切れ、嗜眠、胸痛」が、また、「高カルシウム血症」に対しては「傾眠、錯乱、口渇」が、という具合に枚挙される。

また、ここでの症状の評価としては、「患者の諸症状が組み合わさった全体の中で、ある特定の問題に伴う不快さを位置付けよ」とある。

例としてはほぼ次のようなことが挙げられる。末期患者ではあるが、まだ衰弱と軽度の腹痛といった

³ Jose Pereira & Eduardo Bruera, *The Edmonton Aid to Palliative Care*, Edmonton AB, 1997 邦訳: 石谷邦彦監訳 『エドモントン緩和ケアマニュアル』(先端医学社 1999)。

⁴ 本誌 16 頁参照。

症状しかない状況で、肺炎になった場合、それに伴う稔髪音、咳、呼吸困難、発熱等の症状は、患者の諸症状全体の中で高い位置を占めている。したがって、この異常に対処することは、患者の症状を大きく改善する(= QOL を高める)ことになる。ところがその同じ患者がしばらく後になって、重篤な嘔気、疼痛、譫妄が出てき、また寝たきりとなった状況で、再び肺炎になった場合には、その肺炎に由来する諸症状(不快さ)は、患者の諸症状全体の中では、それほど重要な位置を占めてはいないのである。

【ステップ2】異常を治すことがどのような問題をはらんでいるか、また、治すことが患者のQOLにどのような影響を及ぼすかをはっきりさせる。

例えば、静脈内ルートを維持することは、不快感を伴い、また患者の動きを束縛するという問題があるし、手術をすれば、それにはそれなりの危険がある、といったことである。

【ステップ3】以上のような評価に基づき、異常に対して介入すること・しないことそれぞれについての肯定的要素と否定的要素とを枚挙して、比較考量する。

【ステップ4】理想的な行為の方針について、患者、家族、および他の医療従事者との合意を推進する。

ここで興味深いのは、エドモントンのマニュアルは、最初に有力4原則を挙げたわけであるから、「患者の自律尊重」という原則に従うのかということ、必ずしもそうではなく、ステップ4で当事者皆の合意を目指すという考え方をしている点である。これは本プロジェクトのコンセプトと一致する。同マニュアルは、事実上はむしろ本プロジェクトの提案する原則システムに則っているようだ。

また、ステップ1~3は、本プロジェクトの検討シートの1A-2で求めていることを、より具体的にしたものにならない。そして、「異常だから対処する」ではなく、「異常がかかかくのQOL上の不都合を結果している/するであろう、かつそれに対処することは、QOLに関してしかじかのメリット・デメリットをもたらすであろう」ということをしっかり評価した上で、全体として患者の益になるかどうかを判断するということである。これは、本稿最初に言及した緩和ケアの目標設定と一致する考え方である。

2 延命 と 縮命 の狭間で

WHOの緩和ケア報告書は、既に言及したように、QOLを高めることに注目するが、死を早めようとも、先延ばしにしようともしないという立場をとっている。では、緩和のための治療が余命を縮める可能性を伴っている(=縮命が予想される)時、あるいは結果として余命が縮まったと考えられる時に、どう考えたらよいか。

この点について、WHO報告書は、結果として死が早まったとか延びたということを排除するものではないことに留意したい。たしかに同報告書は、意図的に死をもたらそうとする「安楽死」を拒否する

が、緩和を意図した治療ないし治療しないことや中止が死期を早める結果となることについては、許容している。

つまり、次のようなルールが、医療者側が医療方針を検討する際に、まず(検討シートAの1A-2において⁵)参照すべき一般的価値選択の基準となる(もちろんこれは緩和医療の知見に基づく医学情報の一部であって、これと患者・家族の意思と生活についての情報とを総合して、個別の選択がされることになる)⁶。

⁵ 本誌5~6頁参照。

⁶ 資料として、WHO報告書の該当部分を以下に掲げる:「痛みに対する適切な治療の実施をしないことには、弁明の余地がない。鎮痛薬を適切な量で使ったことが生を縮める結果になったとしても、それは過量投与によって意図的に生を終わらせることと同じではない。適切な痛みのコントロール法が死を早めることになったとしたら、それは、耐えられ得る尊厳ある生活のために必要な治療にさえ患者はもはや耐えられなかったということを意味するだけである。」(8.1)

「医療が提供できることが結局機能の延長に過ぎず、生きることをよりよくするというより、死ぬことを先延ばしにするものだと、患者が感じるようになったとき、医療は限界に達する。したがって、延命のための技術を適用することが、患者にそこから得られるはずの利益との間の均衡を越えた負担ないし苦悩をもたらすようになった場合に、これを中断することは倫理的に正当化され得る。」(8.2)

表：緩和死の分類

意図的	積極的	積極的《安楽死》；安楽死
	消極的	消極的《安楽死》；死を意図する治療停止
非意図的 (予想的)	積極的	QOL 保持を意図する治療が縮命を伴う場合
	消極的	QOL 保持を意図する治療停止が縮命を伴う場合

緩和目的の治療・治療中止に縮命が伴うことを許容する

- a. QOL を高めないし保持する医療行為が、副作用として死期を早める結果になる(と予想される)場合であっても、外によりよい選択肢がない限りそれを実行する。
- b. 延命治療が、患者にとって利益を上回る QOL の低下をもたらす場合には、中止が死を早める結果となると予想されるとしても、中止する。

ここで、緩和のための治療が死期を早める場合と、意図的に死なそうとする安楽死は違うということを理解すべきである⁷。

つまり、患者の苦痛の緩和をしようとするのが死を結果する場合を仮に「緩和死」というと、死が結果したのは、死を意図した行為の結果なのか、それとも死を意図したのではなく、ただ患者の苦痛の緩和を意図したことが、死期を早めるという副作用を伴ったということかによって、「意図的」と「非意図的」に大きく二分されよう。それらのさらなる区分と、「安楽死」との関係は別表のように理解できる⁸。

この表のうち、非意図的積極的緩和死が、「間接的安楽死」と呼ばれることがあるが、用語として不適切であり、無用の誤解を生むものとなっている。

【残された問題】上に挙げた考え方は、医療者に

とって通常は妥当と思われるだろう。しかし、非意図的縮命と「意図的に死なせる」という安楽死との境界線が、必ずしも明確でない場合に、医療者はこのルールに従うことをためらうのではないか。つまり、次のような状況が考えられる⁹。

- (i) 緩和を意図する医療行為の結果としての(あるいは予想された限りでの)縮命なのか、意図的な縮命なのか、他から判別できない(e.g. 苦痛を和らげる治療が極端に死期を早め、意図的に死なせる措置と事実上差がない、というような状況)
- (ii) 緩和のためにできることが、意図的に死なせる以外にない

例えば、「肝癌が肺に広範囲に転移しており、入院してきたときには、階段の昇り降りでも息切れを感じる」程度であった患者についての問題提起がインターネット上でなされている¹⁰。このケースでは、呼吸困難感がついに他の手段では緩和できないほどになって、残された症状コントロールの手立てはセデーション(鎮静)だけと考えられるようになる。しかし、「医学的には、呼吸困難がある患者さんにセデーションをすることは、呼吸を抑制してしまい、その薬によって呼吸を止めてしまう可能性がある」ということを医師は予想している。また、意識レベルを下げることは、患者が家族たちと最後の交流をすることを妨げるという QOL 上のデメリットもある。そこで、医師は患者に説明をして、患者が「最後の手段ですね」と理解し、ぎりぎりまでこ

⁷ 清水 1997:169 ~ 187 頁、及び清水哲郎『医療現場に臨む哲学 II ことばに与る私たち』(勤草書房 2000 年):77 ~ 97 頁参照

⁸ 清水 1997:170 頁。

⁹ この点について詳しい検討は清水 1997:186,190 ~ 197 頁、清水 2000:83 ~ 86 頁を参照。

¹⁰ URL: <http://www.nhk.or.jp/forum/life/ikenA/3.4.html> :「地球法廷」(NHK衛星放送BS2主催)に、緩和ケアに携わる医師山田祐司氏が出された事例。

らえた上で、セデーションをして欲しいという意思を表明したため、親族の見守る中でこれを実行したところ、セデーションを開始してから数時間で死に至った、という。

これは上に挙げたルールの a. に基づき、患者の生活と考え方を十分理解した上での、また、患者の意思を尊重してなされたプロセスであり、緩和医療の論理としては倫理的に問題はないであろう。しかし、それでも治療にあたった医師には葛藤がある。この状況でこういう仕方でも積極的な安楽死を選択した場合と、見かけ上はあまり変わらないからである。だが、緩和のためのある治療開始の時点と死の時点との間が、この例よりももっと接近している場合も含めて、

* 医療者は何を意図して治療を実行したかは、医療者にとってポイントであり、ここを常に明確に意識することによって、安楽死との間に医療者の側で一線を引くことはできよう。

また、外側から評価する場合にも

* 「死を意図したとしか解釈できない」場合と「QOL 保持を意図したと解釈し得る」場合とは区別できる

のであって、そこで後者の場合には、医療者の善なる意図を推定することとなる（いわゆる「疑わしきは罰せず」の考え方）

【ALS における人工呼吸器装着】 これは例えば次のようなケースにも応用できる。ALS の場合、

症状が進行していく過程のどこかで、自力呼吸が困難となる。その際には、人工呼吸器装着をするかどうか、直ちに生死を分ける選択となる。そこで装着を選択したとする。その後さらに症状が悪化して、患者が「もう自分の生には積極的な内容が全くなく、したがって、人工呼吸器はただ徒に生を延ばすというだけの結果しかもたらしていない」と考え、これを外すことを求めた。

この場合、人工呼吸器の外し方には、本人にとって苦痛を伴わないような技術的工夫があるであろうが、それはともかく、外し終わった時が死の時点に他ならないということがある。このケースをそれだけ取り出してみれば、それは安楽死と外見上まったく変わらないように思われよう。しかし、以上の考察からすると、このようなケースにおいても、「死を意図したわけではなく、人工呼吸器装着続行が患者の QOL から見て益をもたらさず、かえって苦痛をもたらしているから、それを中止したのだ」という、行為の意味付けが可能であろう。このことにおいて、「もう死なせようと考えて呼吸器を外す」とことと外見は変わらなくても、行為として画然と区別され得るのである。もちろん携わる医療者は、心理的に非常に重いものを感じつつ、またためらいつつこれを遂行するということになるかと思われるが、それは「倫理的な」責めの感覚ではなく、一人の尊厳ある人の苦痛を緩和しようとする行為が、死という副作用を伴わざるを得ないという現実の厳しさ、哀しさの感覚として理解したい。

おわりに

ここでは、緩和ケアの論理と倫理について考察した。余命の長さではなく、QOL に優先的に注目すること がどのような局面においても、考え方の基礎になることが確認できたといえよう。QOL に注目して、これを高め、保持しようとすることは、延命を伴うこともあれば、縮命を伴うこともあるが、それは許容される。いずれにしても死がそう遠くない状況では、一般的に最後の日々をいかに充実させるかに価値の基準がおかれ、そのための環境設定として、量を大きくすることより、質を高めることの

ほうが重視されるのである。

ただし、ここで述べたことは、医療側として一般的にはまずどう考えるかということであって、このような考え方で治療方針の候補について考えつつ、患者・家族の個別の生活と意思についての情報を集め、個別に最善を考え、また患者側との合意を目指して、コミュニケーションを進めるというプロセスを経て、はじめて個別の選択・決定にいたることは言うまでもない。