

## 臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学 医学部  
総合医学教育センター

中西 淑美

## 27 在宅医療の終末期をめぐる臨床倫理(2)

最期に向けての生き方は、人それぞれの死に意味があることを了解することから始まる。事前指示書(Living Will)、人生の最終段階における意思決定の書面通知書AD(Advanced Directive)や、エンド・オブ・ライフケアEOLC(End of Life Care:以下EOLC)、事前医療・ケア計画ACD(Advance Care Planning)などは、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化する自身の余命や死の意味について考えることである。しかし、最期を迎える多くの人は、何も具体的に語らない。語ったとしても、「もう少し生きたい」、「寂しい」、「楽しかった」、「ありがとう」等の短い言葉かもしれない。

## 1. 長期在宅療養群における

## 臨床倫理的対話事例

## ①事例1の概要

在宅期間が17年1カ月間の認知症を伴った81歳女性患者である。介護者は娘さん1人だが、介護体制はしっかりしており、意思疎通はできていた。最近、次第に食事や返事をしなくなり、反応が日毎に少なくなった。意識低下に対して、このまま在宅療養をすべきかどうか、娘さんは悩んでいる。また、一人で母を看取ることに対する不安(医師に診せないまま、母を死なせたくない。何より母にはまだ生きていてほしい。医師はいつ来てくれるのか。死の判断は? 連

絡の方法などどうするのか? 等)がある。

本事例を、Jonsonの四分割法で提示しよう(この分類については、川口篤也氏の許諾を得て使用している<sup>1)</sup>)。アンダーラインに考えられる課題の一例を示した(図1)。

EOLCとは、その人の意思決定を尊重し、その人らしく生き生きと生きることができるよう包括的なケアを提供し、死後に残される人々までもケアの対象として実践することである。これが、すなわち、その人の善行と無危害と自律性尊重の原理に基づいたQOL(Quality of Life:以下QOL)につながる。

倫理的配慮に基づく医療メデイエーションの実践は、このためにある。医療メデイエーションを行ってゆく中で意思決定と関連する三つの壁が日常的に起こる。一つ目は、認知機能障害、二つ目は意識障害、三つ目は精神・運動機能障害である。

事例1では、意識障害が在宅療養で起きた。この事例では、どうすれば意志疎通が可能なのか、できなければ長年看病介護してきた娘さんと患者との関係から、対話過程を検討する。その対話過程は、意識低下の起きる前に、医師、看護師、介護士などに患者や娘さんが何を語っ

図1 死期が迫っている長期療養中のAさん (81歳・女性) 何を優先して対処すべきか？

①医学的適応 善行と無危害の原則

- #1 認知症進行…ほとんど寝たきり これまでは会話できていた
- #2 意識レベルの低下…呼名反応少ない 娘の声には反応する  
自律神経症状を伴う意識変容を認める
- #3 長期臥床によるADL低下…ほぼ全介助 (娘さんが実施)

#2の原因とその治療実施の有無が問題点

②患者の意向 自立性尊重の原則

- ・寂しいので入院は希望せず 在宅で死にたい
- ・せん妄のため自己判断能力はない (娘さんが代理人)
- ・診察には協力的
- ・娘さんと離れたくない

家族の元に居続けたいを維持する

④QOL 善行と無危害と自律性尊重の原理

在宅で娘さんに看取られて治療なし、をQOLとして良いか？

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則

- ・娘さんのしっかりと計画された全面介助あり
- ・患者のために何かしたい
- ・このまま一人で見ていいのか、不安
- ・患者には回復してほしい
- ・無職 年金で暮らしている
- ・自宅は街の中心部から離れている

娘さんの介助の社会的支援の方法・手段の選択

⑤医療メディエーションによる協働意思決定の対話過程

QOLの実現のため、「誰が」「いつまでに」「何を」するか？

事例1のJonsenの四分割法を用いた倫理メディエーションの検討例

図2 震災後認知症・廃用症候群になったBさん (93歳・女性) 在宅医療として何をすべきか？

①医学的適応 善行と無危害の原則

- #1 認知症進行…ほとんど寝たきり これまでは会話できていた
- #2 廃用症候群…骨萎縮、心拍出量低下、体重減少、血栓塞栓症、うつ状態、関節拘縮、筋萎縮
- #3 長期臥床によるADL低下…ほぼ全介助 (娘さん)

#1が#2・3を増悪させた。#2に対するリハビリの継続の有無

②患者の意向 自立性尊重の原則

- ・早く死にたい
- ・現在はせん妄のため適切な判断能力はない
- ・診察拒否、食欲無し、動けないことが情けない
- ・家族に迷惑をかけたくない

健康でいたい、しかし、何もできないという葛藤

④QOL 善行と無危害と自律性尊重の原理

在宅療養の継続の有無がQOL維持にどう関係するか？

③周囲の状況 忠実義務と公正の原則

- ・娘さん一家の戸惑い・介護の負担
- ・娘さんが代理人 母親を何とか助けたい
- ・母の終末期をどのように対応すべきか悩んでいる
- ・無職。年金で暮らしている
- ・自宅は東日本大震災で被災

人的・経済的・物理的・心的負担の解決

⑤医療メディエーションによる協働意思決定の対話過程

QOLの実現のため、「誰が」「いつまでに」「何を」するか？

事例2のJonsenの四分割法を用いた倫理メディエーションの検討例

ていたか、を共有し、「今、そこにある思い、希望である、インタレスト」を具体的に実現できるものとして把握することである。このインタレストは、患者の発話から求めることになるので、非常に移ろいやすく、脆く、明らかな確信としては捉えることができないことが多い。娘さんや医療・介護・福祉関係者による推測的なインタレストの把握に留まることもある。こうした場面でも、Jonsenの四分割法を活用した医療メディエーションが重要となる。

この事例では、医師と娘さんと患者さん本人とで、「寂しい」という言葉を真摯に受け止め、在宅療養を継続することになった。娘さんは最期まで母が回復す

ることを祈り、医師は、これまでの長い闘病生活について、娘さんと患者本人を労う日々を共に過ごした。ここでは、医師は「寄り添う」ことを医師の善行と考えた。そして、静かな最期を迎えた。

## ②事例2の概要

在宅期間は5年3カ月の93歳女性の認知症・廃用症候群の患者さんである。東日本大震災を機に認知症となり、一人暮らしだったために娘さん宅に引き取り、主に床上生活となった。在宅医療導入後、一時せん妄状態となった。母親思いの娘さんは、終末期やEOLCをどのように過ごさせるのが良いのか、また家族はどのように対応すべきか悩んでいる(図2)。

この事例では、家族中心の介護による家族の負担にならないような医療提供を行い、家族と患者と医師との間で、東日本大震災を乗り越えていこうという意欲と介護負担を軽減するための社会的リソースの提供を図った。これにより少しずつ対話が増えた。その後、ほぼ普通の会話や簡単な判断ができるようになり、週に1回位の割合で点滴注射を患者が希望するくらいにまで回復した。数日前より呼吸状態がおかしい

ときはあったが、通常の日々を過ごした後、最期は、呼吸苦もなく、夜に静かに永眠された。

## 2. 臨床倫理メデイエーションは

### 多職種間での効果的な倫理的対話過程をもつことである

高齢者は加齢のために状況変化に対して脆弱になる。たとえば、介護施設や老人保健施設等に収容された場合や、災害などによって長年の居場所が破壊され、それらに伴って日常生活の破壊などで、自己制御能力を失いがちである。死にゆく患者は、不安、不愉快さ、恐れ、孤立を感受し、それらを低減しなければ、身体的、精神的、社会的にストレスが一挙に増大し、心身の障害のみならず、生き方そのものの認知障害、そして、その人らしさの尊重や追求であるQOLの低下に直面する。

事例1、2に示したように臨床倫理メデイエーションでJonsenの4分割を活用することは、患者・家族と医療・介護・福祉関係者との倫理的問題の同定の対話促進に役立つ。ここで、その手順を要約すると、Jonsenの4分割では、①医学的適応(善行と無危害の原則)として、

患者の現病歴や予後、選択可能な治療・ケアの把握をする。これは、エビデンス(Evidence)、すなわち、根拠に基づく医療である。また、②患者の意向(自立性尊重の原則)では、患者自身はどうしたいのか、を傾聴し、尊重する。患者のナラティブ(Narrative)の尊重である。さらに、③周囲の状況(忠実義務と公正の原則)では、家族など、患者を取り巻く人・環境の状況など、介護人、代理人も含めて検討する。これは、周囲のナラティブの確認である。そして、これらの①③を踏まえて、④QOL(善行と無危害と自律性尊重の原理)、すなわち、患者のQOLを最大限改善、向上させるにはどうしたらよいのかを、患者、家族、医師、医療者とともに、患者さんを対話過程の中心とした多職種カンファランス形式をとる。そのうえで、①のQOLの実現のために、具体的に「誰が」「何を」すべきか、を日々対話していくのである。EBM(Evidence based Medicine)と、NB M(Narrative based Medicine)の統合が実践されることにもなる。

この連載で繰り返し述べてきたように、医療メデイエーションは関係的理解の対話過程である。越えられない壁、解決できない問題、生き

ていく苦しさ、日常の様々な葛藤・対立・紛争、価値観、信念、イデオロギーなどの闘争レベルまで、さまざまな位相のコンフリクトに、倫理的にも医療メディエーションは協働意思決定の対話過程を実践できる。

### 3. 長期在宅療養経過後の死亡に

#### おける重要な「尊厳ある生」

ビクトール・フランクルは、その壮絶なナチスドイツの強制収容所における名著『夜と霧』のなかで、「どんな時も人生には意味がある」と述べている。また、彼は、自分の心を守るために、無感動・無感覚になることが必要だとし、あらゆる行動と生活は、ただ一つ命を守るという目的に集中するとも述べている<sup>①</sup>。フランクルは、ロゴセラピー (logotherapy: 実存分析的治療法) を唱え、意味 (meaning) は、すべての人生の状況のなかで見つけることができ、それを果たすための将来の目的を持っていれば死に負けないと唱えた。

長期在宅療養経過後の死にも、その生活の中ではごくまれた愛や価値のみならず、すべてに意味があることを受け入れ、それが、尊厳ある

生の成就につながると考えることがポイントである。今回の事例のみならず、長期在宅療養群には、全介助状態は稀ではない。そのような日常的に介護負担があるなか、目前の家族に改めて死が訪れることに對するさまざまな思いが去来するのが、長期療養経過中の死における倫理的なコンフリクトである。

肯定でも否定でもなく、患者の意向の確認と家族の患者への今、そこでの思いに配慮する。

今、そこでの思いは見えないことが多い。このことは、日常の中の小さなコンフリクトも蓄積しやすいくことを意味している。倫理的な対話に日々向き合うことが必要になる。

意味と意味を繋ぐもの、それがナラティブであり、単なる物語ではない。そこには、その人の尊厳ある生と死が、必ず存在するのである。

#### 参考文献

- (1) 川口篤也:「モヤモヤよさらばー臨床倫理4分割カンファレンス」、週刊医学界新聞、医学書院、第3103号、2014年12月1日
- (2) 諸富祥彦:「夜と霧ービクトール・フランクルの言葉」、コスモスライブラリー、2012

## 静岡県厚生連 特別養護老人ホーム いはらの里 長寿を祝う敬老会

静岡市清水区庵原町にある特別養護老人ホームいはらの里で、9月8日(土)『敬老会』が開催されました。入所者に感謝し、楽しんでもらうことを目的としており、長寿を祝う節目の年齢になられた入所者には清水区役所の大川寿之副区長より表彰と記念品が贈呈されました。

敬老会の開催に際して、同所の清水淑恵施設長は「いはらの里は、開所から9年5ヵ月目を迎えることができました。本日、喜寿77歳の方が3名、米寿88歳の方が11名、白寿99歳の方が3名、100歳以上の方が3名いらっしゃいます。これからは皆様笑顔で元気に過ごすことができますよう職員一同支援させていただきます」と挨拶しました。

贈呈式後には、地域住民の方による歌や演奏が行われ、入所者とそのご家族は、手拍子や口ずさみながら催し物を楽しみました。

(静岡県厚生連 業務部保健・医療・福祉課 深澤仁貴)



記念品を受け取る成田清治さん(103)