

ホスピス・緩和ケアをめぐる生命倫理

執筆：鶴若 麻理

早稲田大学 人間総合研究センター 助手

■ ホスピス・緩和ケアとは

WHO (世界保健機関) は、緩和ケア (Palliative care) を、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、生きがいや人生の意味などのスピリチュアル (spiritual) な問題に関して評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ (生活の質、生命の質) を改善するためのアプローチとしている。その理念は、だれにでも訪れるいのちの終わりに敬意を払い、患者の苦痛を可能な限り緩和し、最期まで患者がその人らしく生きていくことができるように支えることである。

ホスピス・緩和ケアをめぐる生命倫理をめぐる文献は内外ともに少ないが、本稿では諸外国の文献や看護師の倫理的ジレンマを通して、どのようなことが問題となっているのかを検討したい。

■ 末期ケアをめぐる倫理的問題

ホスピス・緩和ケアに限定せず、末期ケアをめぐる倫理的問題について、臨床現場で看護師が感じている倫理的ジレンマを検討しながら整理してみたい。

雑誌『Nursing Ethics』(1997~2006年) を中心に検討してみると、看護師から見た、末期ケアにおける倫理的問題は、①患者の権利や尊厳に関する問題、②医療者の義務や決定に関する問題、③医学的治療・ケアに関する問題、④病院・医療管理にかかわる問題、に大別される。

①患者の権利や尊厳に関する問題

安楽死や自殺^{ほつじふ}補助などの終末期をめぐる患者の意思決定、患者の事前指示、代理意思決定をめぐる問題などである。安楽死や自殺補助については、その是非よりもむしろ、患者がそのような要請をするようになった背景や症状緩和の不適切さへの議論が展開されている。

②医療者の義務や決定に関する問題

患者への医療情報の開示、真実をどのように知らせるかというコミュニケーションの問題、医療方針をめぐるチーム内での意見の対立、チーム内でのコミュニケーションの欠如、医療者と患者または家族との価値観の対立など。

③医学的治療・ケアに関する問題

苦痛をもたらす医療行為、終末期における身体症状の緩

和、セデーション (鎮静)^{*1} の判断や時期など。

④病院・医療管理にかかわる問題

スタッフの過労働、チーム内での権力の不均衡の問題、人的資源の不足など。

■ ホスピス・緩和ケアにおける生命倫理をめぐる諸問題

● 諸外国の文献から

Hermesen^{*2} は、緩和ケアに関する論文を調べた結果、その中の1.9%しか倫理的問題に焦点をあてた論文はないことを示し、そのほとんどが倫理的推論をめぐる方法論についての議論であり、医師や看護師が臨床で直面する倫理的ジレンマについて検討した論文は少ないと述べている。

その中でいくつか諸外国の文献でホスピス・緩和ケアと生命倫理に焦点をあてた論文を見ていこう。

アメリカにおける二つの調査では、末期患者の予後についての希望を失わせない効果的なコミュニケーションの在り方^{*3}、また末期ガン患者や家族に対する医療情報の開示^{*4}の問題が挙げられている。スペインの看護師を対象にした調査では、安楽死、セデーション、医療情報の開示方法などが倫理的問題として挙げられている^{*5}。台湾では、真実を告げること、ケアの場所、治療方針、水分栄養補給、輸血、代替医療、セデーションが挙げられている^{*6}。カナダの調査では、末期患者とのコミュニケーションの困難さ、不十分なスタッフの問題を挙げている^{*7}。

倫理的問題の一つとして、積極的安楽死や自殺補助をめぐる議論は多い。ホスピス・緩和ケアと積極的安楽死は、人間の苦しみを軽減すること、終末期の医療化への反対、終末期患者の自己決定の尊重、死が最も悪いことではないという点において、共通の価値観を有していると指摘されている^{*8}。18名の進行性末期ガン患者に対するインタビューの結果、積極的安楽死や自殺補助を希望する要因は、現在の痛みよりもむしろ将来の痛みへの恐れが、関係していることが明らかになった^{*9}。

諸外国の文献を見ていくと、ホスピス・緩和ケアにおける倫理的問題は多岐にわたっているが、特に臨床現場でジレンマになることは、真実を知らせることそのものについてではなく、いかに希望を失わずに、末期患者へ医療情報の開示を行い、死にゆく人を支援していくかというコミュニケーションに関する課題であった。



鶴若 麻理 Mari Tsuruwaka

1975年生まれ。早稲田大学大学院人間科学研究科修了。専攻は生命倫理学、老年社会学。分担執筆に『クリエイティブ・エイジング』(ライフサイエンス)『社会学的まなざし』(新泉社)『アジアの少子高齢化と社会・経済発展』(早稲田大学出版部)などがある。

●我が国におけるホスピス・緩和ケアをめぐる倫理的問題

我が国ではホスピス・緩和ケアにおいて倫理的問題はどのように考えられているのだろうか。ホスピス・緩和ケアで働く医療従事者を対象とした調査で、臨床において疑問や葛藤を抱く問題の中に倫理的問題に関するものが多く含まれているという報告がある⁴⁾。その調査では、ホスピススタッフが倫理的問題として挙げたカテゴリーは次の七つであった。

- ①「自律した存在としてのかかわり」(患者の意思に添ったケアが提供できているか、患者よりも家族の意向が優先されていないか、など)。
- ②「害を与えない」(民間療法への協力をすべきか否か、技術不足によって時間内に十分なケアが提供できない、など)。
- ③「人間としての尊厳の尊重」(せん妄や意識障害のある患者に対して、尊厳を尊重できているか、適切な言葉遣いができているか、など)。
- ④「公平性・平等であること」(訴えの多い患者とそうでない患者の対応への違いなど)。
- ⑤「希望に応える」(どこまで患者の希望に応えるのか)。
- ⑥「真実を伝える」(家族の意向で真実を知らせないなど)。
- ⑦「その他」(ホスピス内のシステムの問題やスタッフ間のコミュニケーションの問題など)。

また松島ら⁴⁾によって、緩和ケア病棟に勤務する看護師450名を対象に、臨床現場で遭遇する倫理的問題などについて質問紙調査が実施されている。結果は、緩和ケア病棟に勤務する看護師は、患者の自律や人間として尊重する、症状を緩和することについて、実践できていると評価する者が多かった。

しかし具体的に、セデーションの時期、終末期の栄養補給の問題、転倒の危険性があるときに患者の行動を制限すべきか否かなど、看護師が悩み、葛藤することは多いことが示されている(図1)。自由記述欄を検討してみると、「患者と家族の意向が異なるケース」「患者に真実が知らされないままケアが行われる

ケース」などが倫理的葛藤のケースとして抽出された。

筆者は、ホスピス・緩和ケアにおける生命倫理の問題として、終末期の事前指示を取り上げ、ホスピス・緩和ケアにおけるリビングウィルの提示状況などについて調査した。その調査⁴⁾からは、ホスピス・緩和ケアにおいては、「患者と家族の意向が異なるケース」「患者の判断力が低下したケース」「ホスピスに希望して入院したのではない患者のケース」など、臨床現場で文書としてリビングウィルが必要となるケースが抽出された。自由記述欄を丹念に見ていくと、「ホスピスに希望して入院したのではない患者のケース」の多くは高齢者で、判断能力があるかないかにはかわらず、家族の希望を優先して、高齢者に病名や病状を伝えないケースがあることが示されていた。

以上のように、我が国においては、ホスピス・緩和ケアにおける倫理的問題に取り組んだ研究はわずかであるが、セデーション、終末期の栄養補給、医療情報の開示、代理意思決定、家族と患者をめぐる意思決定の問題などが倫理的問題として考えられていた。これらの倫理的問題は、チームや病院組織のシステムの問題、人員配置などの労働条件、業務上の権限などと複雑に関係し、現場で解決しにくい問題ともなっている。特に家族の意向が優先され、患者の意思に添ったケアの提供ができない、また家族との関係性の中で患者に真実が知らされないままケアが提供されるという問題は、臨床現場で共通して浮かび上がる重要な倫理的問題であろう。

■ ホスピス・緩和ケアと高齢者

最後に、ホスピス・緩和ケアと高齢者について考えてみたい。

岡安⁴⁾の実施した二つのホスピス・緩和ケア病棟の2002~2004年までの年間入院患者と性・年齢の調査(表1)によれば、両緩和ケア病棟とも30歳、40歳台は少ない。信愛病院緩和ケア病棟は高齢者施設の併設などの関連から、70歳台でピークを示し、70歳台~90歳台までの集計は、ほかの年代の集計の半数以上で

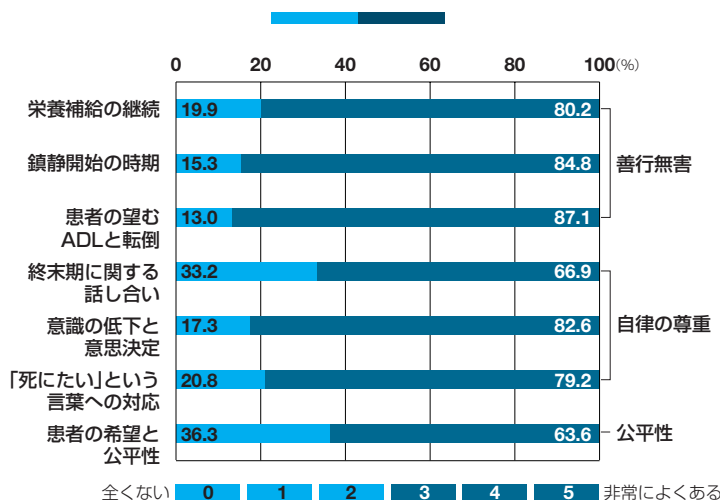


図1: 倫理原則に関するケースの悩み
質問: 以下の項目について悩むことがありますか?
0~2にチェック 3~5にチェック

出典: 松島たつ子・加藤雅志・鶴若麻理他, 2006, 終末期ケアにおいて看護師の直面する倫理的問題に関する調査, 第11回日本緩和医療学会総会, 神戸。

■表1：二つのホスピス(緩和ケア病棟)における性・年代別年間入院患者数
信愛病院緩和ケア病棟

年	年代(歳台)							計
	30	40	50	60	70	80	90	
2002	男性	0	1	7	4	14	7	40
	女性	0	1	5	10	22	15	58
2003	男性	2	0	5	11	22	9	54
	女性	2	2	13	16	19	10	66
2004	男性	0	2	10	22	22	8	67
	女性	0	2	9	19	21	19	75

ピースハウスホスピス

年	年代(歳台)							計
	30	40	50	60	70	80	90	
2002	男性	0	0	10	17	18	8	53
	女性	3	3	9	20	19	13	68
2003	男性	0	1	8	15	20	7	52
	女性	0	2	17	15	15	3	56
2004	男性	1	1	10	14	27	12	66
	女性	3	5	19	15	14	16	74

出典：岡安大仁, 2006, ホスピスケア：変わるもの, 変わらないもの, 老年医学, 44 (1), 45-50.

あった。ピースハウスホスピスも、各年度60歳台以上の集計が50歳台以下の集計の約2.5~3倍以上になっている。各ホスピス・緩和ケア病棟によって、その状況は変化すると予想されるが、ホスピス・緩和ケア病棟において、多病と多症候群のうえに、ガンを患う後期高齢者層の増加は今後見込まれている。特に高齢者は、認知症や、混乱、妄想、ガン治療による副作用としての全身衰弱や精神障害の問題があり、ケアに困難さが加わり、ホスピス・緩和ケアと徘徊病棟などとの関連を持ったケアプログラムの検討が指摘されている。

冒頭でも示したように、緩和ケアは身体症状などのマネジメント、心理社会的、生きがいや人生の意味などのスピリチュアルな問題に焦点をあてたケアである。その緩和ケアが高齢者の長期ケアにおいて有用ではないかという関心が向けられている^m。Stenzeliusらⁿは、75~104歳の高齢者の健康問題を、コミュニケーション、移動、心理社会的、消化、排泄、循環問題という六つに分け、それらへの症状マネジメントには緩和ケアの技術が有効であると指摘している(図2)。特に高齢者は、尊厳を失うことへの恐れなどを含めた死と死にゆくことに

いてのケアは求められるものであり、それらはまさに、心理社会的ケアを含めた緩和ケアの枠組みにかなうものであろう。我が国でも、高齢者ケアにおける緩和ケアについて、制度面や教育、技術の提供について今後検討されるべき課題であると考える。

【参考文献】

- a Hermsen MA, 2001, Moral Problems in Palliative Care Journals, *Palliative Medicine*, 15, 425-431.
- b Daugherty CK, 2004, Examining Ethical Dilemmas as Obstacles to Hospice and Palliative Care for Advanced Cancer Patients, *Cancer Investigation*, 22(1), 123-131.
- c Taboada p, Bruera E, 2001, Ethical Decision-making on Communication in Palliative Cancer Care: a Personalist Approach, *Support Care Cancer*, 9(5), 335-343.
- d Nurez Olarte JM, Guillen DG, 2001, Cultural Issues and Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain, *Cancer Control*, 8(1), 46-54.
- e Chiu TY, Hu WY, Cheng SY, et. al., 2000, Ethical Dilemmas in Palliative Care: a Study in Taiwan, *Journal of Medical Ethics*, 26(5), 353-357.
- f Tower A, Macdonald N, Wallace E, 2003, Ethical Issues in Palliative Care. Views of Patients, Families, and Nonphysician Staff, 2003, *Canadian family physician*, Dec. 49, 1626-1631.
- g Hurst SA, Mauron A, 2006, The Ethics of Palliative Care and Euthanasia: Exploring Common Values, *Palliative Medicine*, 20, 107-112.
- h Johansen S, Hoken J C, Kaasa S, 2005, Attitudes towards, Wishes for, Euthanasia in Advanced Cancer Patients at a Palliative Medicine Unit, *Palliative Medicine*, 19, 454-460.
- i 岩本貴子・長澤裕子・二見典子他, 2005, ホスピスにおける倫理的課題への取り組み：スタッフの意識調査の結果から, 死の臨床, 28 (1), 80-86.
- j 松島たつ子・加藤雅志・鶴若麻理他, 2006, 終末期ケアにおいて看護師の直面する倫理的問題に関する調査, 第11回日本緩和医療学会総会, 神戸.
- k 鶴若麻理, 2006, ホスピス・緩和ケアにおけるリビングウィル, 生命倫理, 16 (1), 99-106.
- l 岡安大仁, 2006, ホスピスケア：変わるもの, 変わらないもの, 老年医学, 44 (1), 45-50.
- m Hallberg IR, 2006, Palliative Care as a Framework for Older People's Long-term Care, *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 224-229., Wowchuk SM, McClement S, John Bond Jr, 2006, The Challenge of Providing palliative Care in the Nursing Home, *International Journal of Palliative Nursing* 12(6), 260-267., Currow D C, Hegarty M, 2006, Residential Aged-care Facility Palliative Care Guidelines: Improving Care, 12(5), *International Journal of Palliative Nursing*, 12(5), 231-233.
- n Stenzelius K, Westergren A, Thormeman G, et. al., 2005, Patterns of Health Complaints among Elderly 75+ in Relation to Quality of Life and Need of Help, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(1), 85-102.

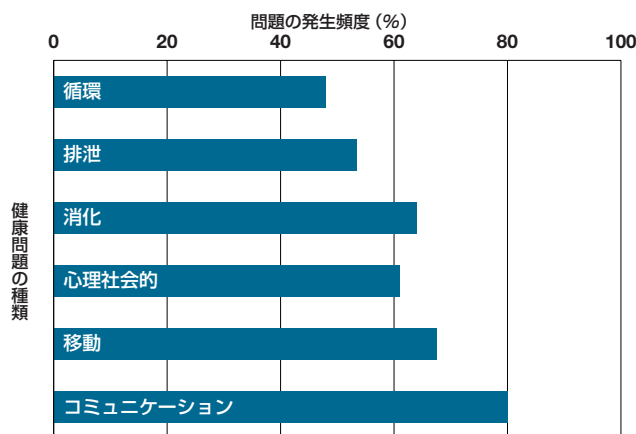


図2：家庭や施設で生活する高齢者(75~104歳)における健康問題の種類と発生頻度 (Stenzelius et al, 2005)

出典：Stenzelius K, Westergren A, Thormeman G, et. al., 2005, Patterns of Health Complaints among Elderly 75+ in Relation to Quality of Life and Need of Help, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 40(1), 85-102.