

# がん医療における 多職種臨床倫理教育のための ケース活用ガイド



国立がん研究センター中央病院  
臨床倫理支援室



がん医療における  
多職種臨床倫理教育のための  
ケース活用ガイド

# 目次

## 内 容

はじめに	3
本ガイドの使い方	4
倫理的問題に関連した10のテーマ	
1. がん治療一般（積極的治療の是非など）	6
2. 生命維持治療（人工的な水分・栄養補給や人工呼吸器など）の差し控えや中止	8
3. 苦痛緩和のための鎮静	10
4. 妊孕性の温存	12
5. 告知（本人への情報提供の制限）	14
6. 同意能力・代理決定・事前指示	16
7. 治療拒否	18
8. 療養場所の選択	20
9. 医療資源の配分（スタッフの配置など）	22
10. 抑制・行動制限	24
メモ	26

## はじめに

がん医療の現場では、患者と家族、医療者それぞれにとって葛藤を伴い、関係者間で合意が得られにくい選択に直面することがあります。

例えば、患者や家族からの、以下のような希望に直面することがあるかもしれません。

- ・「死んでもいいから抗がん治療を続けてほしい」
- ・「将来、子どもを持ちたいので、がん治療の開始を少し待ってほしい」
- ・「本人には病状が厳しいことを絶対に伝えてほしくない」
- ・「本人がつらそうにしているので、これ以上の延命治療は止めてもらえないか」

こうした場面では、「どのような支援を行うことが最善か」、医療者自身も迷いを抱えることがあります。また、職種や立場はもちろん、医療者個々の価値観によっても思いはさまざま、関係者間で十分な合意が得られないこともあります。

そのため、「この判断でよかったのだろうか」「もっといい選択があったのではないか」と、医療者自身が不全感を抱えることも少なくありません。

これらの解決の一助として、昨今、倫理カンファレンスや臨床倫理コンサルテーションによるサポート体制が少しずつ広がりを見せています。

倫理カンファレンスでは、実際のケースに即して、「何が患者にとっての最善なのか」を多職種で話し合います。特に深刻な倫理的ジレンマを伴うケースの場合、「どちらを選んでも望ましいことが起きそうにない」状況の中で、「どうやったらより許容できる選択が可能か」、苦渋の選択を強いられる話し合いが求められます。

より意味深いカンファレンスを行うために、普段から一人ひとりが実際のケースに即して倫理的な側面からケースを読み解いていく力を身につけていくことが大切です。

このガイドは、がん医療で行き当たることの多いテーマを題材に、倫理的な側面から話し合い、ケースを読み解く力を養うための教育資材として作成しました。ぜひ、多職種での連携を深めながら活用いただければ幸いです。

## 本ガイドの使い方

本ガイドでは、がん医療における倫理的問題に関連した10のテーマについて、臨床倫理の観点から、概要と検討のポイント、参照にできる書籍の紹介をしています。

- 1.がん治療一般（積極的治療の是非など）
- 2.生命維持治療（人工的な水分・栄養補給や人工呼吸器など）の差し控えや中止
- 3.苦痛緩和のための鎮静
- 4.妊孕性の温存
- 5.告知（本人への情報提供の制限）
- 6.同意能力・代理決定・事前指示
- 7.治療拒否
- 8.療養場所の選択
- 9.医療資源の配分（スタッフの配置など）
- 10.抑制・行動制限

これらは、臨床倫理に関する既存のケースブック10冊（次ページ参考）から、がん医療に関するケースを抽出し、教育目的での活用を念頭に分類したものです。

本ガイドは、がん医療に従事している医療関係者を対象に、以下のような場面で、多職種のグループワークなどで活用いただくことを想定しています。

- ・教育・研修の際に、模擬ケースとして取り上げていただく。
- ・各病院内でのケース検討の際に、参考資料としていただく。

また、各テーマについて、既存のケースブックから参照できる箇所や関連書籍を紹介していますので、本ガイドを「索引」としても活用できます。

## 参考) 本ガイドで紹介するケースが掲載されているケースブック一覧

書籍タイトル	出版社	出版年
具体的なジレンマからみた看護倫理の基本	医学芸術社	2005
ケースで学ぶ医療福祉の倫理	医学書院	2008
ケアを深める看護倫理の事例検討	日本看護協会出版会	2011
臨床倫理ベーシックレッスン 身近な事例から倫理的問題を学ぶ	日本看護協会出版会	2012
カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方	日総研出版	2012
ナラティブでみる看護倫理	南江堂	2013
こんなときどうする？ 在宅医療と介護 ケースで学ぶ倫理と法	南山堂	2014
臨床のジレンマ 30 事例を解決に導く 看護管理と倫理の考え方	学研メディカル秀潤社	2014
看護実践のための倫理と責任 事例検討から学ぶ	中央法規出版	2014
がん看護の日常にある倫理 看護師が見逃さなかった 13 事例 (がん看護実践ガイド)	医学書院	2016

このガイド作成に先立って実施した過去のケースブックの分類方法に関する詳細な検討や、がん医療における倫理的課題の特徴については以下の文献を参照ください。

中田亜希子・和田千穂子・木村安貴・田代志門「がん医療における倫理的問題の特徴を考える——国内の臨床倫理ケースブックの分析から」『生命倫理』  
2018 ; 28(1): 31 - 39.

なお、上記の書籍の中には既に絶版になっているものも含まれていますが、そうした場合は図書館等を利用していただければ幸いです。

# 1.がん治療一般（積極的治療の是非など）

がん治療における最も難しい意思決定の一つに、抗がん剤などの積極的な治療をどこまで続けるかということがあります。とりわけ、医学的には中止が妥当だと判断されてもなお、患者・家族が積極的な治療を望む場合や、患者と家族の治療の意向が食い違う場合には、医療者と患者・家族の間で対立が生じたり、患者と家族のはざままで医療者がストレスを抱えたりすることがあります。また、標準治療以外の補完代替療法や未確立な医療を患者・家族が希望する場合も、医療者と患者・家族との間で対立が生じがちです。

いずれのケースでも、治療の医学的妥当性を慎重に吟味することと併せて、「なぜそのような治療法を望むのか」、患者や家族の思いに十分に耳を傾けることが出発点となります。また、こうしたケースでは、医療者側でも、職種や立場、個々の価値観によって意見が分かれることがあるため、医療チームの間での話し合いも重要な意味を持ちます。

## ケース検討の際のポイント

### 治療の実施・継続がもたらすメリット・デメリットの評価

- ・ 生命予後の評価
- ・ 治癒や延命に加えて、今後の患者の生活・人生に与える具体的な影響の検討
- ・ 治療しない選択肢との比較検討

### 患者の意向の確認

- ・ 十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・ 本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・ 家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・ 本人が意向を表明できないときの考え方（6.を参照）

### 医療者側での判断の違いについての話し合い

- ・ 医学的評価以外に、どのような価値判断が対立に関係しているか
- ・ 立場や職種の違いが判断の違いを生み出していないか

## 本テーマに関係するケース

### 「急な決断に対する意思決定支援（振り返りの検討）——短時間での意思決定をめぐる問題」

（『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、136 - 141頁）

- ・ 外来化学療法中の患者が両下肢に痺れを感じて乳腺外科を受診したところ、同日中に骨転移の緊急手術となり、動揺をしたまま手術・入院した。翌日看護師が訪問すると、患者は転移や手術についてもっと考える時間が欲しかったと訴えた。

### 「医師との価値観の相違により患者の苦痛軽減が図られなかった」

(『ケアを深める看護倫理の事例検討』、78 - 84頁)

- ・化学療法後、口腔内アフタが多発。患者は不安と苛立ちをみせ、看護師は疼痛緩和を提案するが、医師が聞き入れない。

### 「患者の意向を踏まえた治療の選択——語られていない患者の思いやニーズへの対応」

(『がん看護の日常にある倫理』、89 - 97頁)

- ・緩和ケアチームも介入している抑うつ傾向の患者。医師は症状マネジメント後に抗がん剤治療をすることを提案し、妻も治療方針を受け入れて患者を応援するも、本人は治療への意欲がわからない。治療を開始してよいのか。

### 「化学療法の中止を求める患者への対応」

(『臨床倫理ベーシックレッスン』、113 - 132 頁)

- ・放射線治療と化学療法の追加療法となった患者。放射線治療は継続しているが、3クール目の化学療法を本人の意思で中断・抜針してしまった。

### 「医療チームの中での意見の違い——医師と看護師の提案する方針が異なる」

(『がん看護の日常にある倫理』、162 - 173 頁)

- ・化学療法中に肺炎罹患後、廃用性の筋力低下が進行した終末期患者。外来通院が可能なのに歩けないという理由で入院治療や抗がん剤治療を継続すること、家族の支援不足による肺炎再発リスクなどについて医療者の意見が分かれる。

### 「がんによる疼痛に苦しむ在宅患者に緩和治療を提案するとき」

(『こんなときどうする？ 在宅医療と介護』、10 - 14 頁)

- ・退院後に疼痛緩和治療を開始した在宅患者。しばしば苦痛の表情をうかべるため、訪問看護師がさらなる疼痛緩和を在宅医に提案したが、在宅医からは拒否されてしまう。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

Albert R. Jonsen, Mark Siegler and William J. Winslade 著 (赤林朗・蔵田伸雄・児玉聡監訳)  
『臨床倫理学 第5版 臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』(新興  
医学出版社、2006年)

バーナード・ロウ著 (北野喜良・中澤英之・小宮良輔監訳)『医療の倫理ジレンマ 解決へ  
の手引き——患者の心を理解するために』(西村書店、2003年)

Colleen Gallagher and Michael Ewer edits., 2017, *Ethical Challenges in Oncology: Patient  
Care, Research, Education, and Economics*, Academic Press.

## 2. 生命維持治療（人工的な水分・栄養補給や人工呼吸器など）の差し控えや中止

人工的な水分・栄養補給や人工呼吸器などに代表される生命維持治療（life-sustaining treatment）の差し控え（始めないこと）や中止という判断は、患者の生命に直結するものであり、医療者にとっても患者・家族にとっても悩ましい選択です。特に、いったん始めた生命維持治療を中止することへの心理的なハードルは高く、患者・家族が望んでいても躊躇する医療者が多い現状があります。

ただし、厚生労働省のガイドラインを始め、国内のガイドラインは一定の手続きを踏むことで生命維持治療の中止を許容しており、その際にはあくまでも個々のケースに応じて検討することが求められます<sup>1)</sup>。また、本来は治療の差し控えの決定についても同様に慎重に判断されるべきですが、中止に比べて十分な検討が行われない傾向にあります。

なお、医療現場では医師が作成したDNAR（Do Not Attempt Resuscitation）<sup>2)</sup> 指示が拡大解釈され、DNAR 指示の出ている患者に対しては一切の生命維持治療を行わないといった理解が示されることもあります。しかし、DNAR 指示はあくまでも心肺停止時の心肺蘇生処置に限った指示であり、その他の生命維持治療については別途判断する必要があります。DNAR 指示の作成は、医師が、医学的に蘇生が無益となった場面に備えて、患者の希望を聞きながら行います。

### 1) 治療中止に関する法的な判断について：

医師の手による安楽死事件として有罪判決を受けたものは、わが国ではこれまで2件ありますが（東海大学病院事件と川崎協同病院事件）、それらは筋弛緩剤や塩化カリウムといった薬毒物を用いて死なせたいいわゆる積極的安楽死を行ったケースです。他方、人工呼吸器の取外しという生命維持処置の中止を行ったケースは多数ありますが（代表的ケースは射水市民病院事件）、それらについては刑事裁判になっていません。日本の司法制度は、生命維持処置の中止と積極的安楽死の間に重大な区別を設けていると考えてよいでしょう。

### 2) DNAR：

患者本人または患者の利益に関わる代理者の意思決定を受けて心肺蘇生法を行わないこと。

## ケース検討の際のポイント

### 生命維持治療の差し控えや中止がもたらすメリット・デメリットの評価

- ・延命に加えて、今後の患者の生活・人生に与える具体的な影響
- ・DNAR指示の拡大解釈がされていないか

### 患者の意向の確認

- ・十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・本人が意向を表明できないときの考え方（6.を参照）

## 関連するガイドライン及び院内指針の確認

- ・厚労省ガイドラインの定める手続きを充足しているか
- ・生命維持治療の中止に関する院内の方針

## 本テーマに関するケース

### 「延命処置を望まず、終末期を自宅で迎えたい患者と、介護力に不安をもつ家族」

(『ケースで学ぶ 医療福祉の倫理』、77 - 81頁)

- ・患者は人工呼吸器装着や蘇生を希望していないにもかかわらず、妻に希望を言えず、妻は病院でできる限りの治療をしてほしいと考えている。娘は在宅となった場合の介護能力に不安を感じている。

### 「家族の希望により人工呼吸器を装着したが、なおも苦しそうな本人に悩む家族」

(『ケースで学ぶ医療福祉の倫理』、100 - 104頁)

- ・医療者には人工呼吸器の装着をしたくないと伝えていた患者が、妻には直接希望を言えなかった。意識が低下する中、妻が人工呼吸器を希望して装着したが、患者の苦しそうな表情に「こんなはずではなかった」と後悔している。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会編『終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン 2013年版』(金原出版、2013年)

日本老年医学会『高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン2012年版——人工的水分・栄養補給の導入を中心として』(医学と看護社、2012年)

日本集中治療医学会「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」(2017年)

Nancy Berlinger, Bruce Jennings, Susan M. Wolf 著 (前田正一監訳)『ヘイスティングス・センター・ガイドライン——生命維持治療と終末期ケアに関する方針決定』  
(金芳堂、2016年)

会田薫子『延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』  
(東京大学出版会、2011年)

箕岡真子『蘇生不要指示のゆくえ——医療者のためのDNARの倫理』  
(ワールドプランニング、2012年)

樋口範雄『続・医療と法を考える——終末期医療ガイドライン』(有斐閣、2008年)

### 3. 苦痛緩和のための鎮静

がん医療では、医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要です。

しかし、臨死期において、残念ながらあらゆる手段を尽くしても苦痛の緩和が達成されないケースに直面することがあります。こうした場合に選択肢の一つとなるのが「苦痛緩和のための鎮静 (palliative sedation)」です。

とりわけ、中止する時期をあらかじめ定めずに患者を深い鎮静状態とする「持続的深い鎮静」については、意識の低下によって周囲とコミュニケーションをとるなどの人間らしい生活が遠ざかること、結果的に死亡まで持続的な鎮静状態が維持されることもありうることから、倫理面での慎重な検討が求められます。

また、鎮静に関する意思決定の特徴の一つとして、鎮静が必要な苦痛の強い状態になったとき、既に患者本人の意向を確認することが難しい場合が少なくありません。そのため、その鎮静が、本当に患者が望む選択なのかどうか、医療者も家族も思い悩むことがあり、それがさらなる葛藤を引き起こすことにもつながります。

## ケース検討の際のポイント

**患者の予後予測は適切か**

**鎮静以外に患者の苦痛を和らげる他の手段はないか**

**鎮静の時期や方法は妥当か**

**鎮静の目的の共有（安楽死との区別）**

**患者本人の意向**

- ・十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・本人が意向を表明できないときの考え方（6. を参照）

**関連するガイドラインの確認**

- ・日本緩和医療学会の「手引き」が定める手続きを充足しているか

## 本テーマに関するケース

### 「セデーションをめぐる家族内意思不一致の中で、患者が苦痛のうちに死を迎えた」

(『ケアを深める看護倫理の事例検討』、120 - 127 頁)

- ・患者の意に反した緊急塞栓術が息子の同意によって行われた。その後、外泊するまでになったが、敗血症を併発した。患者が苦痛に悶える中、妻は苦痛緩和の鎮静に同意するも息子が反対し、患者は数時間後に他界した。

### 「医療者と代理意思決定者の対立——患者の状態にそぐわない家族の要求」

(『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、118 - 123 頁)

- ・患者の意識レベルが低下して苦痛から不穏状態となった。患者は眠ることもできなくなっており、医師は苦痛緩和のための持続鎮静が必要だと感じて家族に提案したが、急変するのならば嫌だと家族は拒否する。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

日本緩和医療学会「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き  
2018年版」(金原出版、2018年)

森田達也『終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか？——苦痛緩和のための鎮静(セデーション)』(医学書院、2017年)

Sigrid Sterckx, Kasper Raus and Freddy Mortier edits, 2013, *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press.

## 4. 妊孕性の温存

がん治療の実施により、性機能や性腺機能に不可逆的な障害が起きることがあるため、特に生殖年齢にあるがん患者に対しては、「将来、子どもを持ちたい」という希望がある場合に、妊孕性温存に関する情報が提供される必要があります。

ただし、年齢や、もともとの妊孕能、がん治療の緊急性や患者の社会経済的状況によっては、妊孕性温存ができない場合があります。また、たとえ妊孕性温存ができたとしても、実際に子どもを持つに至るかどうかは不確実です。

妊孕性温存は性腺機能に影響を与えるがん治療の開始前に実施する必要があり、短期間のうちに重大な判断をしなければなりません。がん治療の開始が差し迫っているときやがんの予後が不良な場合には、「将来、子どもを持ちたい」という意向をどこまで尊重するか、患者本人、家族、そして医療者は葛藤を感じます。

### ケース検討の際のポイント

がんの予後、治療による予後改善の見通しはどの程度か

がん治療による性機能、性腺機能への影響は

妊孕性温存の選択までの時間的な制約はどの程度か

妊孕性温存のためにどのような方法が利用可能か

パートナーの有無とパートナーの意向は

患者本人の意向

- ・ 十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・ 本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・ 家族やパートナーとの人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・ 患者が未成年者の場合、親の意向はどうなっているか (6. を参照)

## 本テーマに関するケース

「迅速に導入が必要な治療における意思決定——抗がん薬治療と妊孕性温存治療のどちらを優先するか」

(『がん看護の日常にある倫理』、98 - 108 頁)

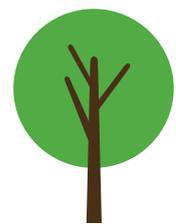
- ・不妊治療中の患者の再発・転移が判明した。告知時に、医師は抗がん剤治療を勧めたが、患者は妊孕性の低下を理由に抗がん剤治療に同意せず、既に妊娠している可能性も否定できない。患者は、どうしても抗がん剤治療をしないといけないのなら、卵子保存をしてから受けたいと希望している

## 関係するガイドライン・参考文献等

日本がん・生殖医療学会編『乳がん患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療の手引き2017年版』（金原出版、2017年）

日本癌治療学会編『小児、思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2017年版』（金原出版、2017年）

大須賀譲・鈴木直編『がん・生殖医療ハンドブック——妊孕性・生殖機能温存療法の実践ガイド』（メディカ出版、2017年）



## 5. 告知（本人への情報提供の制限）

がんの診断の告知は、古くからがん医療において医療者が倫理的ジレンマを感じる場面とされてきました。現在では、がんの診断の告知は一般的になってきましたが、告知をめぐる問題は、今なお難しい問題に行き当たることがあります。

とりわけ予後の告知については、医療者の間でも「どこまで何を伝えるべきか」についての価値観が一致しないことがあります。特に患者が未成年の場合、病名はともかく、具体的な予後をどの程度、どのようなタイミングで本人に伝えるべきかについては、患者（患児）・家族の個別の事情に即した慎重な判断が求められます。

告知に関連して、倫理的な検討の例として取り上げられた国内のケースは、家族の意向が特に強く出てくるものが多いのも特徴です。患者本人がいないところで、家族から強く本人への情報提供の制限を求められた場合、医療者はどこまでこうした申し出に応じるべきでしょうか。患者中心のがん医療の実現のために、個々のケースに応じて医療者にできることを考える必要があります。

### ケース検討の際のポイント

#### 告知のメリット・デメリットの評価

- ・告知が必要と考えるのはなぜか
- ・「何について」「いつ」「どのように」情報提供することが望ましいか
- ・告知後の患者サポート体制はどうなっているのか、どうしたらよいのか

#### 本人・家族の意向

- ・患者本人の意向はどうか、患者が告知を望んでいない場合にはどうするか
- ・患者本人の意向を推察できるような手掛かりはないか
- ・家族が強く反対している場合、その理由は何か

### 本テーマに関係するケース

#### 「思春期患者の告知をめぐる問題——思春期の患者への終末期の告知問題」

（『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、124 - 129 頁）

- ・疼痛が悪化している10代の患者に対し、予後告知をせずに治療を希望する家族と、あまり期待できないと思いながらも免疫療法を勧める医師。患者が自分の予後を知らないままに今回の治療を続けることに看護師は疑問を感じる。

#### 「患者に対する Bad News の「伝え方」に関する問題」

（『看護実践のための倫理と責任』、110 - 116 頁）

- ・家族の希望で告知されなかった高校生の患者。本人は告知を希望しているが、母親が告知を承諾しない。

「がん患者の予後告知の問題——予後の告知をせずに、方針が代理意思決定されたことで感じた看護師の疑問」(『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』66 - 173 頁)

- ・本人は、余命や病状の告知を希望しているが、精神的な落ち込みやすさや夜間の不安感などの精神的不安定を理由に、妻と医師が予後告知しないことで合意した。

「自分の病気を知るのが怖い患者への支援——転院時、病気について知らせないで欲しいと希望していた」(『がん看護の日常にある倫理』、109 - 118 頁)

- ・自分の病気を知るのが怖く、説明はすべて夫にしてほしいという患者。しかし不安から涙ぐむこともあり、病名はともかく病状を知らせるべきではないのかと医療者内でも意見が分かれる。

「悪い知らせを告げるべきか否か」(『具体的なジレンマからみた看護倫理の基本』、69-79 頁)

- ・妻が患者(夫)へ病状説明をしないことを切望し、医師は病名のみ患者に告げ、全身に転移している病状は伏せた。しかし、病状が悪化してくる中、患者は看護師に質問を投げかけてくる。

「予後告知を拒否する家族と医療者とのディレンマ」

(『臨床倫理ベーシックレッスン』、68 - 85 頁)

- ・予後数カ月の10代後半のがん患者に対し、両親が予後告知を希望せず、緩和ケアへの転科もできない。医療者は、残された時間を患者が有意義に過ごせないことに疑問を感じる。

「予後を伝えることができなかつたため、最後の時間の過ごし方に課題を残した家族」

(『ケースで学ぶ医療福祉の倫理』、121 - 125 頁)

- ・家族の希望で告知がなされなかつた患者は、退院や温泉旅行も拒否して治療を続けることを優先し、最期まで家族と過ごす時間を作ることなく亡くなった。

## 関係するガイドライン・参考文献等

ロバート・バックマン著(恒藤暁監訳)『真実を伝える——コミュニケーション技術と精神的援助の指針』(診断と治療社、2000年)

内富庸介・藤森麻衣子編『がん医療におけるコミュニケーション・スキル——悪い知らせをどう伝えるか』(医学書院、2007年)

西智弘『「残された時間」を告げるとき——余命の告知 ver.3.1』(青海社、2017年)

Timothy Gilligan et al. 2017, "Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline." *Journal of Clinical Oncology* 35(31): 3618-32.

## 6. 同意能力・代理決定・事前指示

本人の同意能力に不安があるという状況は、臨床倫理のケース検討で取り上げられる典型的な例の一つです。がん領域でも近年急速に高齢患者が増大しており、その中には、認知機能の低下に伴い、重大な意思決定の際に困難を抱えている患者も含まれています。また、小児がんのように、当初から両親が意思決定に深く関与する場合があります。

なお、今後日本でも、これからの医療・ケアについてや「どのような生き方を望むか」などについて、日頃から本人と家族、医療者などが繰り返し話し合い、思いを共有していく Advance Care Planning (ACP) の取り組みが普及していくことが見込まれています。日頃から関係者間で話し合いを重ね、本人の意思を確認しておくことで、たとえ本人の同意能力がなくなった際でも、本人の意思を推定することがしやすくなると期待できます。



### ケース検討の際のポイント

#### 同意能力評価に関する基本的な知識の理解

- ・同意能力評価の際の基本的な視点、診断名と同意能力は必ずしも一対一に対応しないこと
- ・精神科医や臨床心理士など認知能力に関する医学的な専門家の判断を求めること  
(実現可能な場合)

#### 代理決定や事前指示に関する法的知識の理解

- ・本人のことを十分理解していない家族・親族の同意は必ずしも必要ではないこと
- ・成年後見人は重大な医療上の意思決定に対する判断権限はないこと
- ・事前指示書についての特別な法律はないので位置づけは明確ではないが、各種ガイドラインでもその作成は推奨されており、事前指示書を用いた本人意思の推定は法的にも尊重されること

#### 本人の理解を向上させるためにできる工夫はないか

#### 家族による決定において「本人の最善」「本人の意向」が十分に反映されているか

#### 本人の事前の意向について確認しているか

- ・その内容はどの程度確かなものか、現在の患者の置かれた状況と合致するか

## 本テーマに関係するケース

「意思決定能力のみきわめと代理意思決定——せん妄状態にある患者の経口抗がん薬の継続または中止の決定」(『がん看護の日常にある倫理』、129 - 140頁)

- ・分子標的薬の変更後にせん妄が悪化。患者が妻に怒鳴ることもあり、抗がん剤服用の継続 / 中止の決定が妻の負担になっている。

「家族の意向と医療者の意見の相違——家族から痰の除去について中止の申し出を受けた」(『がん看護の日常にある倫理』、119 - 128頁)

- ・「苦しい」とだけ言う患者の吸引を、つらそうだから止めてほしいと患者の妻が訴えてきた。

「眠っているのか、眠らされているのか伝えられなかった大切な情報」

(『ナラティブでみる看護倫理』、26 - 33頁)

- ・苦しまないことを望む患者の疼痛緩和中にせん妄が出現した。抗精神病薬で患者は傾眠傾向となり、妻が薬剤を拒否し、鎮静剤を提案されても拒否する。

「患者の意向が反映されない代理意思決定への対応——本人の意向と家族の意向が異なるケースの対応」

(『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、148 - 153頁)

- ・静かな最期を希望していた患者が肺炎で苦しむ状況。妻は肺炎の治療と人工呼吸器を希望するが、医療者は本人の意思と異なると感じる。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

厚生労働省「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」  
(2018年)

Scott Y.H. Kim (三村将監修・成木迅監訳)『医療従事者のための同意能力評価の進め方・考え方』(新興医学出版社、2015年)

成木仁・「認知症高齢者の医療選択をサポートするシステムの開発」プロジェクト編著  
『認知症の人の医療選択と意思決定支援』(クリエイツかもがわ、2016年)

日本弁護士連合会「医療同意能力がない者の医療同意代行に関する法律大綱」  
(2011年)

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」(2014年)

新井誠編『成年後見と医療行為』(日本評論社、2007年)

## 7. 治療拒否

医学的に妥当な治療法があるにもかかわらず、患者・家族からその治療を拒否されることは、医療者側に大きな葛藤をもたらします。最終的に患者には治療を拒否する権利があるとはいえ、医療者にとっては自分たちのミッションを脅かされるように感じられるからです。

また、治療拒否が患者の熟慮の結果ではなく、誤解や認識不足に由来している場合には、適切な介入が必要になることもあります。なお、患者の自己決定権が重要である一方で、医療者（特に医師）には医学的な最善を尽くす義務と裁量権があります。従って、患者・家族が誤解や認識の不足によって医学的に推奨される治療を拒否している場合に、医師が患者・家族を説得しようとすることは許容されます。

なお、宗教的理由に基づく輸血拒否の事例を含め、子どもの治療拒否については特段の検討が必要です。治療拒否の判断が子どもの最善の利益に適っていない場合には、医療ネグレクトに該当する可能性もあり、そのまま親の意向を受け入れることが許容できない場合があります。もちろん、この場合でも治療後の親子関係を考えれば、あくまでも話し合いによる解決を目指すことが優先されますが、最終的には法的措置の検討が必要になる場合もあります。

### ケース検討の際のポイント

#### 治療拒否によるデメリットの最小化

- ・拒否されている治療法以外に他の治療法はないか
- ・治療を拒否することによるデメリットは何か、それを最小化するための方策はないか

#### 患者本人の意向

- ・十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・本人が意向を表明できないときの考え方（6.を参照）

#### 関連するガイドライン及び院内指針の確認

- ・関連するガイドラインの定める手続きを充足しているか
- ・宗教的輸血拒否など治療拒否に関する院内の方針

## 本テーマに関するケース

### 「白血病を発症したダウン症児の治療を拒否する両親」

(『ケースで学ぶ医療福祉の倫理』、105 - 109頁)

- ・ダウン症の3歳児が、高熱のため緊急入院となり、急性リンパ性白血病の診断を受けた。医師は抗がん剤による化学療法を勧めたが、「子どもにこれ以上苦痛を与えたくない」と両親は治療を拒否している。

### 「患者の決断が最善とは思えないケースの対応——治療拒否の意思表示をした患者」

(『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、82 - 87頁)

- ・多発性骨転移、多発性肺転移がある50歳代男性患者。多発性骨転移の治療を行っていたが、術後に感染兆候がみられ、右股関節離断術が必要と診断された。患者は右足切断の必要性は理解しているものの、手術を拒否している。

### 「家族の希望で手術が取り止めになった」

(『ケアを深める看護倫理の事例検討』、128 - 136頁)

- ・大腸がん切除目的で入院した60歳代女性の患者。準備を進めるも、手術直前に息子が手術を拒否してきた。手術が最善の治療であること、手術しない場合の不利益について説明したが、患者は家族に従い手術をせずに退院、外来通院を継続している。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

宗教的輸血拒否に関する合同委員会「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」(2008年)

東京都病院経営本部「東京都立病院倫理委員会報告 宗教上の理由による輸血拒否への対応について」(2011年)

小山剛・玉井真理子編『子どもの医療と法 第2版』(尚学社、2012年)

玉井真理子他編『子どもの医療と生命倫理——資料で読む(第2版)』  
(法政大学出版局、2012年)

## 8. 療養場所の選択

療養場所の選択、特に自宅療養の選択は、患者本人のみならず、家族の人生や生活にも大きな影響を与えます。例えば、同居していた家族との療養生活を患者本人が希望していても、家族がそれを受け入れない場合、本人の意向を尊重することは困難です。また、住んでいる地域によって受けられるサービスに違いがあるなど、意思決定において社会環境の影響を大きく受けるのも特徴的です。さらに、自宅以外の療養先としても病院か施設か、また病院についても、一般病棟か緩和ケア病棟かといったことや、個室か大部屋かといったことまで、療養場所の選択は多岐にわたります。

潜在的に多くの選択肢がある中で、現実には選べる選択肢が限定されることもあり、患者の意向を尊重できない場合、医療者は葛藤を感じるようになります。

### ケース検討の際のポイント

#### 療養場所の選択肢ごとのメリット・デメリットの評価

- ・実際にどのような選択肢があり得るか、本人家族の社会生活への影響は
- ・長期的な視点で見た場合のメリット・デメリットは何か

#### 患者本人の意向

- ・十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・本人が意向を表明できないときの考え方（6.を参照）

### 本テーマに関係するケース

#### 「退院を進めなければいけないジレンマ——患者・家族の価値観を共有しながらの療養の場の選択」

（『がん看護の日常にある倫理』、151 - 161頁）

- ・痛みのコントロールには成功している60歳の男性患者へ、抗がん剤治療で効果が得られず継続を勧められないことが説明され、在宅もしくは緩和ケア病棟への転院が提案された。息子は継続入院を希望し、患者と他の家族はうつむく。

#### 「在宅療養者の病状が悪化したとき——急性期病院へ入院、それとも、このまま在宅での看取り？」

（『こんなときどうする？在宅医療と介護』、62 - 66頁）

- ・胃がんにより胃を全摘出し、認知症を併発している80歳代の在宅患者。同居の娘は、患者の希望も踏まえて自宅で看取ると話していたが、いざ病状が悪化したら、延命のため救急車を呼びたいと言いだした。

### 「患者と家族の意見の相違——療養の場の選択についての意見が患者と家族で異なる」

(『がん看護の日常にある倫理』、141-150頁)

- ・ 2カ月前からがんに対する積極的治療を中止し苦痛緩和を中心とした治療を行っていた患者。予後が約3カ月、在宅療養が可能で、患者は自宅退院を希望しているが、娘が介護の中心となる妻の心身の負担を理由に転院を希望している。

### 「患者の希望をかなえることができないジレンマ——終末期を過ごす療養先の選択の検討」

(『カンファレンスで根付かせる看護倫理 現場導入の仕方』、76 - 81頁)

- ・ 腫瘍のコントロールは困難な状態で緩和ケアチームのサポートを受けている20歳代女性患者。医療チームはホスピスなどへの転院が望ましいという見解を提示し、家族は同意したが、本人は慣れた環境である一般病棟にいたいと言う。

### 「病状変化による個室移動に対する患者の拒否——大部屋での急変を避けたい看護チームのステレオタイプな考え」

(『がん看護の日常にある倫理』、58 - 67頁)

- ・ 急変もあり得る終末期状態の患者に個室での療養を提案したが、本人は個室に入ったら終わりだと言い、個室への移動を拒否している。

### 「看病も介護もしない遠くの親戚が途中で介入してきたとき」

(『こんなときどうする？在宅医療と介護』、37 - 41頁)

- ・ 在宅療養を望む高齢の女性患者。息子夫婦が同居して在宅療養している。そこに普段はあまり顔をみせない遠方の弟夫婦がやってきて、入院を主張し始めた。

## 関係するガイドライン・参考文献等

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」  
(2018年)

大松重宏, 2007, 「がん専門病院における医療連携とソーシャルワーク——ソーシャルワーカーの立場から」『医療』61(4): 250 - 253.

福地智巴他, 2009, 「多職種によるチーム医療3——ソーシャルワーカーの役割」『治療学』43(4): 431-436.

## 9. 医療資源の配分（スタッフの配置など）

限られた資源をどのように配分したらよいかという問題は、病院で日常的に生じている倫理的課題の一つです。具体的には、チームでケアに当たる際に医療者をどう配分すべきかという問題や、ベッドや特定の医療機器などを誰が使うべきかといった問題がここに含まれます。

医療資源の配分の問題は、個人の問題である以上に、病棟や病院といった組織の問題であることも少なくありません。ケースの検討を通じて、病棟や病院のシステムを見直すきっかけになることも期待されます。



### ケース検討の際のポイント

#### 誰に（何に）不満が生じているのか

- ・関係者は誰か（患者、家族、スタッフ）、どのような意見を持っているか
- ・需要に対して、足りていないものは何か

#### さまざまな配分方法によるデメリットの比較

- ・デメリットや不満を減少させるためにできることはないか
- ・足りていないものを増やすことはできるのか

何をもって平等だと考えるか。形式的な平等か、ニーズに応じた平等か  
同じような場面で、次回も同じ行動をとった場合に矛盾は生じないか

## 本テーマに関するケース

### 「死期が近づいた患者を大部屋で看取る」

(『看護管理と倫理の考え方』、59 - 63頁)

- ・インフルエンザの流行で個室が満室となってしまった。終末期で意識混濁の患者を個室に移すことができず、看護師長が大部屋で看取ることを提案してきた。しかし大部屋では家族が看取るための環境が整えられない。

### 多忙な現場業務と患者の希望——頻回なマッサージ希望への対応」

(『がん看護の日常にある倫理』、79 - 88頁)

- ・少しでも楽になるようにと看護師が行ったマッサージで、表情が硬く口数の少ない患者と良好な関係が構築された。しかし、他スタッフがその患者を担当した場合でも毎日マッサージを希望されるようになった。チームとしての対応に苦慮している。

### 「受け持ち看護師と看護師チームの思いの相違——優先される患者の利益について、看護師間での意見が分かれる」

(『がん看護の日常にある倫理』、174 - 184頁)

- ・自立排便を希望する患者のためにリハビリを提案した看護師は、人手が少ない中車いす移乗を介助している。しかし、患者も看護師も大変な思いをしているこの行為は正しいのかという意見が出始めた。

### 「ベッドサイドで丁寧に患者に向き合いたいが仕事はかどらない」

(『具体的なジレンマからみた看護倫理の基本』、131-139頁)

- ・疼痛コントロール中の終末期患者に足浴とマッサージを看護師が就寝前毎日15分、1週間実施した。しかし、他の患者も同様に手厚い看護を望んでいるのではないかと、他の看護師の負担になってるのではないかと考え、迷いが生じている。

## 関係するガイドライン・参考文献等

勝原裕美子『組織で生きる——管理と倫理のはざままで』（医学書院、2016年）

グレッグ・ポズナー／イワオ・ヒロセ著（児玉聡監訳）『誰の健康が優先されるのか——医療資源の倫理学』（岩波書店、2017年）

## 10. 抑制・行動制限

がん医療においては、治療経過中、やむを得ず本人の意思に反した処置が行われたり、自由な行動が制限されたりする場合があります。例えば、抗がん剤の副作用などの苦痛症状により患者本人では薬剤の管理が困難と考えられる場合には、誤用を防ぐために、本人の希望に反して医療者や家族が薬剤の管理をすることがあります。また、免疫力の低下などにより、感染予防の目的で面会制限や行動を制限したりすることなどがあります。最も深刻な場面では、術後せん妄などにより、やむを得ない場合に一時的な身体拘束が検討されることもあります。

しかし、本来的には他者に身体や行動を制限されることは、人間にとって最も基本的な自由に関わることであり、本人にとっては尊厳を傷つけられることにもつながりかねません。本人の自由を制限することを最小化し、より安全で適切な医療を提供するためにはどうしたらよいか、関係者での慎重な話し合いが求められます。

### ケース検討の際のポイント

#### 患者本人の自由を制限することに妥当かつ十分な理由があるか

- ・ 患者本人の自由を制限する理由は何か
- ・ 環境要因が十分検討されているか、十分なケアや支援が行われているか
- ・ 自由を制限せずに問題を解決する方法は他にないか
- ・ 自由を制限する場合でも、最も問題が少ない方法は何か
- ・ 制限を必要とする期間の見通し、制限を解除する条件は何か、いつどのように方針を見直すか
- ・ 制限を必要とする場合、制限により生じる合併症（弊害）などのリスクに対して必要十分なケアや支援は何か

#### 患者本人の意向

- ・ 十分な情報提供がなされ、その内容が理解されているか
- ・ 本人の意向の背景にある価値観は何か
- ・ 家族や周囲の人間関係が本人の意向に与えている影響
- ・ 本人が意向を表明できないときの考え方（6.を参照）

#### 関連するガイドライン及び院内指針の確認（特に身体拘束の場合）

- ・ 関連するガイドラインの定める手続きを充足しているか
- ・ 身体拘束に関する院内の方針

## 本テーマに関するケース

### 「管理上の安全と患者の自立——転倒防止のための拘束、行動制限と患者の働きたい希望」

(『がん看護の日常にある倫理』、46 - 57頁)

- ・過活動性せん妄の緩和目的で入院した患者には転倒転落の危険があり、離床センサーを用いた。しかし、1日に何度もセンサーが反応してしまい、看護師が何度も訪室していたところ、患者の興奮を強めてしまった。

### 「患者の自己管理の限界をどう捉えるか——認知機能が低下しているが内服抗がん薬を自己管理したい」

(『がん看護の日常にある倫理』、68 - 78頁)

- ・入院時から内服忘れがあるものの、ADLでは自立している患者。認知機能低下と考え、入院中は看護師管理として本人に手渡し、内服を確認していた。退院が決定し、独居であることから訪問看護を提案したが、患者が訪問看護を拒絶する。

### 「患者の尊厳と安全に関する問題」

(『看護実践のための倫理と責任』、102 - 108頁)

- ・脳腫瘍術後、不穏状態にある患者がチューブ抜去をするため拘束された。家族は承諾したが悲しそうに見える。他の手を考えるべきではないかと看護師は考える。

### 「面会時間などの規制の徹底か緩和か」

(『具体的なジレンマからみた看護倫理の基本』、141 - 149頁)

- ・化学療法のため感染症対策でクリーンルームに入るようになった9歳の女兒患者。患児本人にも説明は行っているものの、母親以外の面会謝絶に、看護師は患児の闘病意欲の減退を心配している。

## 関係するガイドライン・参考文献等

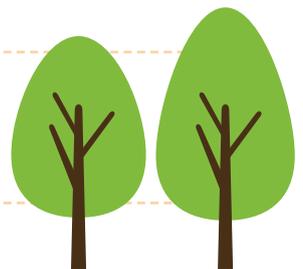
厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に」(2001年)

日本看護倫理学会 臨床倫理ガイドライン検討委員会「身体拘束予防ガイドライン」(2015年)

高崎絹子編著『「身体拘束ゼロ」を創る——患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術』(中央法規出版、2004年)

メモ

Handwriting practice area with 12 horizontal dashed lines.



**編集：**

田代 志門 (国立がん研究センター社会と健康研究センター 生命倫理・医事法研究部)

中田 亜希子 (東邦大学医学部 医学教育センター)

浦久保 安輝子 (国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供部)

**執筆協力：**

清水 千佳子 (国立国際医療研究センター病院 乳腺センター乳腺腫瘍内科)

一家 綱邦 (国立がん研究センター社会と健康研究センター生命倫理・医事法研究部)

里見 絵理子 (国立がん研究センター中央病院 緩和医療科)

宮田 佳代子 (国立がん研究センター中央病院 地域医療連携部相談支援センター)

和田 千穂子 (国立がん研究センター中央病院 看護部)

吉田 千香 (国立がん研究センター中央病院 看護部)

付記：本ガイド作成は、国立がん研究センター研究開発費「がん専門病院における臨床倫理支援体制の構築に関する研究」による研究成果の一部である。

---

## がん医療における多職種臨床倫理教育のためのケース活用ガイド

編者 田代 志門・中田 亜希子・浦久保 安輝子

発行日 2018年12月1日

発行者 国立がん研究センター中央病院臨床倫理支援室  
東京都中央区築地 5-1-1

