

はじめに

人はそれぞれ固有の人生を生きています。そこで、その人ががんに罹患したとしても、その人の価値観や人生観を尊重し、少しでもその人らしく生活し続けることができるように、看護師は多職種・多部門、施設－地域間で協働しながら看護に携わります。

がん治療は日々進化しており、治癒や生存期間の延長、症状緩和など、患者に益をもたらす一方、がん治療によるさまざまな副作用症状、機能障害、外見の変化などにより患者の生活に大きな影響を一時的または恒久的に及ぼします。そのためがん治療による生活や人生への影響を嫌がって、根治を目指せる治療であったとしても患者はそれを拒否し、自分らしさや QOL を優先する場合があります。また患者と家族等の意向が異なる場合もあり、医療者としてがん治療による益と害のバランスをとることが難しい状況に直面することが多々あります。患者の価値観が多様化しているなか、そもそもその患者にとっての益とは何か、最善とは何かを考えさせられることが多くなりました。

さらに、がん治療の場は外来・在宅に移行しています。診断や治療の選択肢、今後の見通しに関する説明は外来で行われることがほとんどであり、どの治療をどこで受けるのか・受けないのか、どこで過ごすのか（療養場所）というような意思決定により、その人の人生の長さも質も変わります。しかも、患者は自分のことだけでなく、家族や職場など、さまざまな関係性のなかで意思決定をしていますし、患者を取り巻く人々も、がんという病気により影響を受けていることから、これらを調整しながら多くを外来で対応することが求められるようになりました。

本当にこれでよいのだろうか、という“もやもや感”“倫理的ジレンマ”をもつことが多くなったからこそ、看護師はそこで立ち止まり、他者に伝え、何がよりよいのかを「患者－家族等患者をとりまく人々－医療者間」で話し合いながら考え実践する倫理的配慮ががん看護の土台になります。

わが国では毎年、新たにがんと診断される人が約 100 万人となり、日本人の 2 人に 1 人が生涯のうちのがんに罹患する時代です。このことから、看護師は、どこで活動するにおいても、つまり、どの医療施設、介護施設、地域・在宅、行政や教育現場においても、がん看護に携わることが多くなりました。

本書では、第 I 章でがん看護における倫理をとりまく状況を概観し、看護師の立ち位置や看護師に求められる役割、意思決定支援に関する基本的事項、多職種チームや地域でつなぐ倫理的配慮、組織での取り組みについて取り上げています。第 II 章では、がん看護を実践する際に直面するさまざまな倫理的問題について架空の事例を設定して解説しています。なお倫理を考える枠組みについては何を使ってもよいこととしました。

どの項目から読み始めていただいても構いません。

倫理的配慮に基づいた皆様の日々の実践に本書を活用していただけたら幸いです。

2024 年 12 月
濱口恵子

執筆者一覧

(※執筆順)

編集

- 濱口 恵子 (がん研究会有明病院トータルケアセンター)
後藤 志保 (がん研究会有明病院看護部)

執筆

- 濱口 恵子 (がん研究会有明病院トータルケアセンター)
石垣 靖子 (北海道医療大学／名誉教授)
竹之内沙弥香 (京都大学大学院)
江口 恵子 (相良病院)
小園 香奈子 (マギーズ東京)
祖父江由紀子 (東邦大学医療センター大森病院看護部)
後藤 志保 (がん研究会有明病院看護部)
千崎 美登子 (北里大学病院看護部)
田墨 恵子 (大阪大学医学部附属病院看護部)
渡邊 知映 (昭和大学保健医療学部)
市川 智里 (国立がん研究センター東病院看護部)
北川 善子 (九州がんセンター看護部)
矢野 和美 (一宮研伸大学大学院)
藤原 由佳 (清水メディカルクリニック)
花出 正美 (がん研究会有明病院がん相談支援センター)
高屋敷麻理子 (岩手県立大学看護学部)
塗木 京子 (久留米大学病院緩和ケアセンター)
向井 未年子 (愛知県がんセンター看護部)
二井矢ひとみ (東札幌病院看護部)
森 文子 (国立がん研究センター中央病院看護部)
東樹 京子 (国立がん研究センター東病院看護部)
梅岡 京子 (奈良県立医科大学附属病院看護部)
山口 久美 (順天堂大学医学部附属練馬病院看護部)

CONTENTS

I章 総論

- 1 がん看護と倫理 2
- 2 人を尊重すること；組織で取り組む倫理的配慮 15
- 3 意思決定支援とアドバンス・ケア・プランニング 22
- 4 多職種チーム・地域でつなぐ倫理的配慮 32

II章 日常にある倫理的問題と実践

※本書掲載の事例はすべて架空の事例です
※事例内の患者名はすべて仮名であり実在しません

がんであると伝えること

- 事例① ▶ **本人へ病名や病状を説明する際に
家族の意向が影響するの？** 42
即日入院で、家族が先のがんの診断を知り、本人には伝えられていない
- 事例② ▶ **ガイドラインで推奨されない治療を
希望する場合でも、患者の要望は尊重すべきなの？** 50
わが子に病気を知られたくないため、手術創の小さい腹腔鏡下手術を希望している

がん治療方法の選択

- 事例③ ▶ **手術による失声を受け入れられないから、
治らなくても放射線治療に決めたのに…** 57
気管切開を受け入れたものの、「こんなはずじゃなかった」と患者が言っている
- 事例④ ▶ **がんの切除を目指し、積極的に抗がん薬治療に臨む
患者の意向に寄り添えていない** 65
手術適応になるかの確証はなく、抗がん薬の導入により副作用が現れ
生活の質が低下する可能性がある

- 事例⑤ ▶ **自尊心が低下した状態で治療をやめたいと言う** 71
患者の意向をどう考えればいいのか？
家族に迷惑をかけたくないと患者が言っている

ライフステージとがん

- 事例⑥ ▶ **患者から「妊娠を優先させたいという思いは** 78
許されないのでしょうか」と相談を受けたけれど...
妊娠を望んでいるために乳がん治療の中断を希望している
- 事例⑦ ▶ **認知症を抱える高齢者は侵襲の高い手術を** 84
自分の意思で決定できるのか？
患者は認知機能が低下し、自分が抗がん薬治療を受けたことを忘れている
- 事例⑧ ▶ **なんとなく違和感があるなか淡々と診療と** 92
ケアが進められているけれど、このままでいいのか？
患者の不満が聞かれることはないが、患者主体でない医療・看護が続いている
- 事例⑨ ▶ **患者・家族・職場と意向が異なる状況なのに** 102
このまま職場復帰をすすめていいのか？
全身状態が悪化している患者から職場復帰の申し出があり、周囲が反対している

キーパーソンとのかかわり

- 事例⑩ ▶ **患者の在宅療養の希望と家族の介護負担の** 108
どちらが優先されるのか？
患者は自宅に帰りたいが、家族は介護負担を心配している
- 事例⑪ ▶ **がんが進行しつつあるなかで、** 114
キーパーソンは同僚でいいのか？
がん薬物療法が中止となり、がんの進行が予測されるなか、
キーパーソンがどのようなサポーターになり得るのかわからない

苦痛緩和と DNAR

- 事例⑫ ▶ **終末期のがん患者の持続的鎮静の開始は、** 122
どのように決めればいいのか？
患者の妻と母親の間で、鎮静に対する意向に相違がある
- 事例⑬ ▶ **患者の苦痛を緩和したいのに** 129
本人が拒否するのはどうしてなの？
患者が医療用麻薬の使用を納得しない
- 事例⑭ ▶ **DNAR 指示は誰のため？** 138
患者に DNAR の意向を確認せず、医師は治療の必要はないと判断している

医療安全と患者の尊厳

- 事例⑮ ▶ **転倒リスクがあるのに離床センサーマットを** 144
外していいの？
医療安全上の対応が、患者には「誰かに監視されている」と思われている

チーム医療と看護師の姿勢

- 事例⑯ ▶ **病状の進行した患者に積極的な薬物療法の** 151
選択でいいの？
医療チームのなかで治療方針に対する意見が対立している
- 事例⑰ ▶ **患者の安寧のために提供し始めたはずの** 159
ケアなのに…
患者の要望に応え続けることで、ほかの患者のケアに影響が出ている
- 事例⑱ ▶ **自分のミスがきっかけではあっても、** 167
患者の暴言を受け止め続けなければいけないの？
患者から理不尽なレッテルを貼られ傷つき、担当看護師として向き合うことに困難を感じている

コラム



医療者の提案と異なる療養場所の希望を言葉にできない	46
「どうしたいか決めてきて」は、自律性を尊重していることになるの？	48
頭頸部がん手術時のコミュニケーションの多様化と治療選択	63
手術ができない局所進行臓器がんの一次治療について	69
治療効果があると思込み、副作用を医師に伝えることを拒否する	77
遺伝性のがんについて子どもにどう伝えるか？	81
AYA 世代と向き合う心構え	82
IADL (instrumental activities of daily living)	91
高齢者総合機能評価 (CGA)	100
治療期に生じやすい「びっくり離職」	107
患者の希望をかなえるための退院のタイミング	113
成年後見制度を知り、備えるには	121
持続的鎮静を開始後に、家族から持続的鎮静を中止したいと希望があった	126
看護師も、がん終末期の患者の持続的な鎮静をして看取るのはつらい	128
痛みのアセスメント；痛みの意味	134
コミュニケーション	137
アドバンス・ケア・プランニング (ACP)	143
トイレ介助に付き添わなければならないけれど、 介助中に他患者に呼ばれてしまった	150
がんゲノム医療の現場で感じる倫理的問題； がん遺伝子パネル検査を受ける患者の看護	158
患者の最期の望みをかなえることは“特別扱い”なのか	165
メンタルヘルスと倫理	173



がん治療方法の選択

手術による失声を受け入れられないから、
治らなくても放射線治療に決めたのに…

気管切開を受け入れたものの、「こんなはずじゃなかった」と患者が言っている

もやもや
ポイント

- ① 標準治療として推奨される手術と患者の価値観を大事にした治療の選択をどう支援するの？
- ② 患者本人が選んだ治療方法ではあるけれど、本当にそれでいいの？

患者プロフィール 松田和夫さん、男性、70代後半

疾患名：下咽頭がん（Stage III）

家族構成：妻（70代後半）、長女（50代前半、独身）と同居

次女は他県在住



場面の状況

松田さんは、3カ月ほど前から食事が喉に引っかかる感じがしており受診した。診察した頭頸科医師からは、下咽頭がん（Stage III）であり、下咽頭・喉頭全摘が推奨された。本人も同席した家族（妻と長女）も当初根治手術を希望し、検査スケジュールが組まれた。松田さんは20歳から毎日飲酒しており、手術のため今日から断酒を行うことと説明された。松田さんは町内会長であり、人付き合いもよく活動を楽しみにしており、「秋祭りのことが気になる。引き継ぎもしたいし、できれば元気になって参加したい」と話していた。

一通りの術前検査が終了し、診察時に松田さんから「声が残せる治療ができるなら、やはりそれができないか」と話があった。家族によると隠れて飲酒もしているようであった。放射線科医師からは、アルコールによる肝機能低下もあり、化学療法併用は難しく、放射線治療単独では根治が望めず、粘膜炎や嚥下障害といった

副作用もあることが説明された。

家族とも話し合った結果、松田さんは外来放射線治療を選択したが、腫瘍増大のスピードが速く、放射線治療開始にあたり気道確保のため一時的な気管切開が必要となった。気管切開のため入院した松田さんは、慣れない環境と気管切開による一時的な失声からせん妄状態となってしまった。本人は「声が出なくなるなんて聞いていない。こんなはずじゃなかった。もう治療をやめたい」と看護師に訴えた。面会に来た次女からは、根治のための手術をしたほうがよかったのではないかと発言があり、妻、長女も次女の発言から「治る確率の高い手術を今からでもできませんか。先生から説得してもらえれば本人も手術を受けると思うんです」と話された。

頭頸科医師から今後の治療について再度説明を受けた松田さんは、筆談で「先生は手術が一番いいってママに言ったらしいが、自分のいないところで話したのか。ずっと声が出ないのは自分だ。今でもこんなにつらいのに手術は嫌だ」と怒り出してしまった。

解説



何が倫理的問題なのか

プライマリ看護師は、松田さんはせん妄状態にあるとらえたが、医師の説明に対し手術を拒否する姿は、意思が一貫しているようにも見えた。本人の意向を尊重したいと思う一方で、今後、治療中の失声状態が変わらず、嚥下機能も低下してしまえば、本来望んでいた生活を送ることができないのではないかと悩んでしまった。そして、放射線治療を選んだ松田さんと家族ではあったが、気管切開などの処置が加わり、意思も揺らぐ状況が発生した。どの治療を選択するにしても、決断は急ぐ必要があり、がん看護専門看護師に相談があった。

そこで、状況を把握するとともに松田さんと家族の意向や意思を理解し、何が倫理的問題なのか検討した。

相談を受けたがん看護専門看護師とプライマリ看護師が中心となって、二転三転する松田さんと家族の意向や意思を理解し、家族と共に松田さんにとって最善の選択ができるよう、治療方針とケアを考えるため Jonsen の 4 分割表¹⁾を使用して情報を整理することとした (表 1)。

① 医学的適応を明らかにする

松田さんの腫瘍は 4cm を超え、下咽頭左孔壁から輪状後部までに至るものの、声帯の可動は両側とも問題なく T3 の Stage III であった。頭頸部癌診療ガイドライン²⁾によると Stage III の下咽頭がんでは、下咽頭喉頭全摘術もしくは化学放射線治療が推奨となっている。松田さんの場合、長年のアルコール摂取から肝機能低下があり、手術を受けるにしても出血リスクが高いこと、出血時の輸血は肝機能をさらに悪化させる危険があった。また松田さんのアルコール多飲歴は、術後のせん妄リスクと考えられた。放射線治療を行うとしても、化学療法の併用は

困難であるとの結果であった。

松田さんの術式では、声帯を含む喉頭を切除したのち、永久気管孔 (呼吸をするための孔) を頸部に新たに作成し、気管とつなぎ、呼吸はそこから行うため、発声もできなくなる。そして切除した下咽頭の部分を、部分的に切除した空腸を用いて口腔内と食道をつなぐため、食べ物が通る経路と、呼吸をする経路が別々になる (図 1)。

結果的に、放射線治療を選択した松田さんではあったが、腫瘍増大スピードが速く、放射線治療中に腫瘍が炎症に伴う腫脹を起こす可能性があること、治療効果が出るまでの間に腫瘍が増大することによる窒息のリスクを考慮し、治療期間中の一時的な気管切開が必要となった。下咽頭がんへの放射線治療は通常 2Gy × 35 回 7 週間で計画される。頸部のリンパ節転移の有無によるが口腔内、咽頭を含む頸部全体が照射部位となる。

医学的適応を考えると、根治性という点では手術が優位ではあるものの、その手術は非常に侵襲が大きく、合併症や術後せん妄リスク、避けられない失声といった機能障害や頸部に呼吸のための孔が開いているという外見の変化もあり、治療効果 (益) と合併症や機能障害 (害) のバランスを考えると手術が誰にとっても最適とも言い難い。一方で放射線治療を選んだとしても、腫瘍の大きさ、化学療法の併用が困難であることから、治療効果 (益) は手術より低いと考えられる。また、気管切開や放射線の有害事象による粘膜炎や誤嚥のリスクなど治療に伴う症状 (害) も経過とともに強くなることが予測され、こちらも簡単な治療ではない。腫瘍が残存した場合に、救済手術 (放射線治療後に残った腫瘍を手術で切除すること) の可能性はあるものの、松田さんの年齢や全身状態を考慮すると実施可能かどうかの予測は難しい。

表1 4分割表

医学的適応	患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> • 下咽頭がん (Stage III)。手術であれば咽頭喉頭全摘術で失声は免れない • 肝機能低下がある。出血のリスクが通常より高い。手術時に出血量が多かった場合、大量輸血による肝障害を起こす可能性がある • 喉頭温存をする場合、化学放射線治療が望ましいが、肝機能低下があり、化学療法は併用困難。放射線治療単独であれば、治療成績は手術を超えないだろう • 放射線治療の副作用として口内炎や放射線皮膚炎、誤嚥のリスクもある。長期的には口腔乾燥や味覚の低下がある • 放射線治療後は、再発がわかりにくく、再発したときに手術ができるとはかぎらない。残存腫瘍に対して救済治療として手術を行ったときに、放射線治療後の皮膚は創傷治癒が遅延する可能性があり、重篤な合併症を引き起こす確率が高い 	<ul style="list-style-type: none"> • がんとわかったときは、手術でとってもらおうほうがいいと思った • やっぱり失声したり、出血のリスクがあったり、死んでしまうかもしれない手術はやめたい。声を残す放射線治療がよい • 放射線治療をするのに、気管切開で声が出なくなるなんて思ってもみなかった。このまま声が出ないままになったらどうなるのか • 町内会の会長として、役割を遂行したい。治療するとなると引継ぎもしないとならない • できれば元気になって秋祭りに参加したい • 飲酒はやめたくない
QOL	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> • 失声を避けるべく放射線治療を選択したが、結果的に気管切開が必要となり、コミュニケーション手段が筆談に限られている • 放射線治療が奏功し、腫瘍が小さくなれば治療期間中でもレティナ®に変更して発声が可能となる • 気管切開している状態で、誤嚥のリスクもあり、食事摂取が経口から困難な状態である • 予期せぬ気管切開と失声、入院によりアルコール離脱症状をきたし、一時的なせん妄状態になっている 	<ul style="list-style-type: none"> • 同居しているのは妻と長女で、生活全般のサポートを行っている • 妻と長女は根治を望んでいるが、手術による失声や永久気管孔に対して不安があり、手術を勧めることにも迷いがある • 関西に住む次女は、頻繁な面会やサポートが難しく、手術を受けたほうがよいのではないかという思いはありつつも、松田さんや一緒に生活をする母親や姉の意向を尊重したほうがよいのではとも考えている • 家族は松田さんが今までの生活に近い生活が送れるようになってほしいと思っている • 病棟看護師は、松田さんの意向を尊重することがよいとは思っているが、放射線治療がよいことばかりでなく、手術がうまくいけば、根治が望めること、誤嚥の心配なく食事がとれるなどメリットもあるのではと思っている

② 患者の意向を把握する

下咽頭がんの手術では松田さんのように、失声を伴う下咽頭喉頭全摘術を提示されることが多い。永久気管孔のある生活というのは、これまでの生活様式と大きく変わるものであり、がん根治を目的とはいえ、治療方法の選択に悩み、迷いが生じることも推測できる。患者は、

それぞれの価値観や治療に対する期待、治療後の生活に適応できそうかなど熟慮して治療方法を選択する。頭頸部がんは、ほかのがん種に比較すると、患者数が少なく情報も少ない。専門病棟で働く看護師にとっては、術後の回復過程や社会復帰をする患者を多くみているため、代替発声やシャント術などで新たなコミュニケーション手段を獲得する術後のイメージが容易に