

報告

臨床倫理の四分割表を用いた管理栄養士による
終末期栄養ケアの倫理的ジレンマの分析

A Qualitative Research in Ethical Dilemma Focusing on Nutrition Care at the
End of Life, Using the Quadrant Table of Clinical Ethics

五味郁子¹⁾*, 根岸凌子²⁾, 樋口良子¹⁾, 藤谷朝実³⁾

1) 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科

2) 神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科保健福祉学専攻

3) 淑徳大学看護栄養学部栄養学科

Ikuko Gomi¹⁾, Ryoko Negishi²⁾, Ryoko Higuchi¹⁾, Asami Fujitani³⁾

1) School of Nutrition & Dietetics Faculty of Health & School Work,
Kanagawa University of Human Services

2) Department of Health & Social Work, Graduate School of Health & Social Work,
Kanagawa University of Human Services

3) Faculty of Nursing & Nutrition, Shukutoku University

抄 録

【目的】本研究は、管理栄養士による終末期栄養ケアの倫理的ジレンマについて、臨床倫理の四分割表を用いて分析し、対立する価値を明らかにすることを目的とした。

【方法】臨床経験10年以上の管理栄養士に対し、半構造的インタビュー調査を行い、終末期患者について語られた4事例を分析対象とした。インタビューの逐語録をもとに、セグメント化を行い、似た概念をまとめサブカテゴリーを命名し、「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「周囲の状況」に分類した。さらに、事例ごとに臨床倫理の四分割表を作成し、対立するサブカテゴリーを分析した。

【結果・考察】終末期栄養ケアに関連して、『栄養状態』『経口摂取の可否』『栄養学的に最善の栄養ケア』『実際の栄養補給法』のサブカテゴリーが「医学的適応」に分類された。「QOL」には、『食事・栄養補給による予測される負担』『残りの人生への希望』が分類された。終末期には、積極的な栄養補給は控え、患者が食べたいものを無理なく食べられることを管理栄養士は『最善の栄養ケア』と考える一方で、家族や「患者の意向」が尊重された『実際の栄養補給法』と、その『食事・栄養補給による予測される負担』との対立に倫理的ジレンマを感じていることが明らかになった。終末期栄養ケアにおいては、『食事や栄養補給による予測される負担』や『残りの人生への希望』をQOLに含めて対応する必要があることが示唆された。

キーワード：臨床倫理、終末期、栄養ケア

Key Words : Clinical Ethics, End of Life, Nutritional Care

I. はじめに

医療の高度専門化、多職種によるチーム医療の推進のなかで、管理栄養士もその一員として、患者や要介護高齢者に対して、疾患別の栄養療法や低栄養状態を改善するための栄養ケアを行っている。一方、高齢化にともない、死亡者数は年々増加¹⁾しており、終末期あるいは看取りのケアに関与する管理栄養士も増えていくと考えられる。

終末期のケアとしては、『『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年学会の立場表明²⁾ (2012)、さらに日本医師会の「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・啓発³⁾ (2020) をふまえ、ケアに関与する専門職は患者本人の意思の尊重がきわめて重要であることが示された。しかしながら、終末期の高齢者は、約70%が自ら意思決定できない状態であるとの報告⁴⁾もあり、さらに、代理意思決定者として家族であっても終末期の高齢者本人の意思を推定することは困難や不確かさがあることが、システマティックレビュー⁵⁾で報告されている。特に、国内では、胃瘻などの経管栄養の導入に至る意思決定プロセスの報告が主であることが示されている。日本老年医学会の「人工的水分・栄養補給 (artificial hydration and nutrition, AHN) の導入」に関するガイドライン⁶⁾では、本人にとっての無益・益・害をふまえたAHNの差し控え、減量、中止について示されているが、人工栄養の中止を選択した意思決定プロセスは明らかとされていない。

また、同ガイドライン⁶⁾において、管理栄養士は医療・介護・福祉従事者に列挙されてなく、終末期の栄養ケアにおける管理栄養士の役割は明確でない。終末期に至る前段階まで、専門職として管理栄養士は、低栄養状態の予防・改善を目標に栄養ケアを行う。これは、低栄養状態が臨床アウトカムや予後に影響することが明らかとなっているためである^{7,8)}。一方で、終末期の患者に対して、管理栄養士が、栄養補給法の決定プロセスへの関わり方や、積極的な栄養補給を中止する過程に、戸惑いやジレンマを感じているのではないかと推測した。高齢社会を迎えているわが国において、終末期の栄養ケアのあり方は早急に検討すべき課題であり、終末期の

栄養ケアのニーズ、その対応方法について体系的に整理する必要がある。

本研究は、患者の意思、家族の意思決定、ガイドラインの適用、各専門職によるケアが相互に複雑で、管理栄養士が困難に感じた栄養ケアについてインタビュー調査を実施し、本報告では、管理栄養士による終末期栄養ケアの倫理的ジレンマについて、臨床倫理の四分割表を用いて、分析し、対立する価値を明らかにするとともに、終末期栄養ケアにおいて考慮すべき点を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象

臨床経験10年以上で、救急・ICU患者、終末期患者、精神疾患患者、在宅高齢者に対する栄養ケアに従事する管理栄養士8名に対し、インタビューガイドを用いた半構造化インタビュー調査を実施した。インタビューは録音し、録音データのテープ起こしは専門業者に委託し、得られた逐語録から分析を行った。合計13事例が語られ、そのうち終末期患者・高齢者について語られた4事例を本報告の分析対象とした。

2. 分析方法

1) 研究デザイン

半構造的インタビューガイドを用いた質的記述的研究。

管理栄養士による栄養ケアを臨床倫理的に分析した報告は、先行研究上では見出せない。栄養ケアは医療の一環として実施され、特に終末期栄養ケアは人工的水分・栄養補給の導入の問題といった終末期医療における倫理的問題と重なることから、本研究の分析に、臨床倫理上の課題を分析、解決するための枠組みとして臨床現場等で用いられているJonsenら⁹⁾による「臨床倫理の四分割表」を用いることとした。

臨床倫理の四分割表は、医療倫理の4原則に基づいて医学的適応 (善行・無危害)、患者の意向 (自律尊重)、QOL (善行・無危害・自律尊重)、周囲の状況 (公平・公正) の4項目について検討するものである。

2) 分析手順

分析手順は、インタビューの逐語録を繰り返し熟読し、1事例ごとに、患者の状態(医学的、栄養学的情報)、患者の思い、家族の思い、管理栄養士や各専門職の見解、施設内の動きなど栄養ケアに関連する文脈を抽出した。抽出した文章を1文ずつにセグメント化し、セグメントを要約し、要素とした。各要素を類似する分類でまとめ、サブカテゴリーを命名した。コアカテゴリーを臨床倫理の四分割表の四項目(医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況)⁷⁾とし、作成したサブカテゴリーをコアカテゴリーに分類した。

そのあと、1事例ごとに、コアカテゴリー内でサブカテゴリーを意識し、時系列に整理して落としこみ、臨床倫理の四分割表を作成した。終末期の栄養ケアで管理栄養士がジレンマを感じた局面を明らかにした。サブカテゴリーの作成ならびに臨床倫理の四分割表の検討は、終末期の臨床倫理的分析の実践事例を参考にし¹⁰⁾、一人の分析者による主観的影響を防ぐため、二名以上で分析・ディスカッションを繰り返し行った。また、分析結果がインタビューに答えた管理栄養士の意に反していないか、必要に応じて本人に確認を得た。

3. 用語の定義

1) **終末期**: 日本老年医学会による定義²⁾を参照し、終末期とは、“身体的状態が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療や栄養学的に最善の栄養ケアによってもそれらの好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態”と定義し、これに今回は、“高齢で自死を望む強い思いが不可逆である状態”を特別に追加した。

2) **栄養ケア**: 栄養ケアは、“患者個別の栄養アセスメントに基づいて、患者にとって最善と管理栄養士が考える栄養ケア”と定義した。栄養ケアには、目標とその目標を達成するための食事や栄養補給法に関する内容が含まれる。終末期であれば、病態や栄養状態、食事(水分・栄養)摂取量の変化、経口摂取の可否、食べることの意義、患者の思い、栄養補給による回復の見込みや延命効果について全人的にアセスメントし、その患者にとって最善の栄養ケアを提案する。

4. 倫理的配慮

本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号: 保大第17-74)。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の属性

分析対象の事例を語った管理栄養士は、診療所勤務の40歳代(事例1)、病院勤務の30歳代(事例2)、長年の病院勤務を経て教育機関に勤務している60歳代(事例3)、介護保険施設に勤務している50歳代(事例4)であった。

2. サブカテゴリーの作成

終末期の4事例を分析した結果、“医学的適応”に7サブカテゴリー、“患者の意向”に3サブカテゴリー、“QOL”に4サブカテゴリー、“周囲の状況”に5サブカテゴリー、計19サブカテゴリーを作成した(表1)。

『診断、経過、回復の見込み』に加えて、『栄養状態』、『経口摂取の可否』、『栄養学的に最善の栄養ケア』は医学的適応に分類した。管理栄養士が提案した栄養ケアや栄養補給法が、実際の栄養補給と一致しない場合、管理栄養士が、患者にとって最善と考えた栄養ケアを<栄養学的に最善の栄養ケア>とし、患者や家族の意向、多職種の検討を経て実際に行われた栄養補給法を<実際の食事・栄養補給法>とした。

“患者の意向”には、患者の発言内容や行動を通して、患者の意志が表れているものを<意志の表現>として分類した。認知症や意識障害といった意思表示の可否に関する要素を<意志表示の可否>とした。

“患者の意向”のうち、患者が患者らしく生きていくために好み、楽しみとしているもの、もしくはそれらを判断できる要素を<楽しみ、好み>、反対に、患者が感じる<不安や苦痛>を“QOL”に分類した。また、患者や家族の意向による<実際の食事・栄養補給法>が、誤嚥・窒息、病態の悪化といったリスクを管理栄養士が予測したものを<食事・栄養補給による予測される負担>として“QOL”に

表1 臨床倫理の4原則に分類したサブカテゴリー

医学的適応	患者の意向
(医-1)年齢、自立度 (医-2)診断、経過、回復の見込み (医-3)栄養状態 (医-4)経口摂取の可否 (医-5)栄養学的に最善の栄養ケア (医-6)実際の食事・栄養補給 (医-7)転帰	(患-1)意志の表現 (患-2)意志表示の可否 (患-3)推察される患者の意志
QOL	周囲の状況
(Q-1)楽しみ、好み (Q-2)苦痛、不安 (Q-3)食事・栄養補給による予測される負担 (Q-4)残りの人生への希望	(周-1)家族の思い、行動 (周-2)管理栄養士の思い (周-3)他職種の間わり (周-4)ガイドライン (周-5)風潮・慣習

分類した。さらに、「最後まで少しでも栄養のあるものを摂りたい」といった終末期に関連した思いを<残りの人生への希望>とし分類した。

“周囲の状況”には、家族、管理栄養士、他職種の思いや考え、行動をそれぞれ、<家族の思い、行動>、<管理栄養士の思い>、<他職種の関わり>に分類した。また、患者の治療方針やケアに関して参照した指針等を<ガイドライン>とし、その時代や場所での一般的な考え方を<風潮・慣習>と分類した。

2. 事例の分析

1) 事例1 (表2)

がん終末期の在宅療養高齢者の栄養ケアを担当した管理栄養士の語りをもとに、終末期の食事について表2を作成した。患者は、それまで経腸栄養剤(液体)を経口的に摂取し、栄養補給をしていたが、嚥下機能が低下し、液体は誤嚥のリスクがあり、また、終末期のため好きな食べものを食べてほしいと管理栄養士は考え、患者や家族と関わっていた。一方、患者は、それまでの経腸栄養剤を継続して摂取する

ことを希望した。その後、担当医の了承のもと、経腸栄養剤の摂取が継続された。

経腸栄養剤は低栄養状態の改善を目的とする場合の手段的な人工的な食品であり、最期の食事には適していないと管理栄養士は考えた<(周-2)管理栄養士の思い>が、患者と家族には「少しでも栄養のあるものを食べたい」「栄養剤を飲めば元気になれる」というポジティブな思いや期待<(Q-4)残りの人生への希望>が推察され、経腸栄養剤に対する価値観のギャップがあった。また、経腸栄養剤(液体)の誤嚥のリスク<(Q-3)食事・栄養補給による予測される負担>が管理栄養士にジレンマを感じさせた。

2) 事例2 (表3)

緩和ケア病棟の担当管理栄養士の語りをもとに、がん末期患者の食事について表3に整理した。患者は病状悪化にともない、好みの果物等を前にしても開口不良となっていた。患者は「口から食べることは望んでいない」と管理栄養士は推察し、経口摂取の是非は予後に影響する段階ではないと捉えてい

表2 事例1の臨床倫理の四分表

医学的適応	患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> ・がん終末期（治療困難）、自宅療養患者(医-1,2) ・嚥下障害があり、とろみ付あるいはゼリー状の食品が適している。終末期として、食べたいものを食べることを優先する栄養ケア（医-4,5) ・患者の意向で、これまでに低栄養予防のために経口摂取していた経腸栄養剤（液状）をひき続き摂取(医-6) ・不足する栄養量・水分量を静脈栄養で補給(医-5) 	<ul style="list-style-type: none"> ・生きたいと思っている（患-1,2） ・慣れ親しんだ栄養剤がいい（患-1） ・最期まで栄養があるものを食べたい。栄養剤を飲めば元気になれる。（患-3）
QOL	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・慣れ親しんだ栄養剤がいい（Q-1） ・最期まで栄養があるものを食べたい（Q-4） ・食べたいものを尋ねても、食べやすい食品を提案しても、関心を示さなかった。（Q-3） ・栄養がある栄養剤を飲めば、延命できると期待している。（Q-3,4） ・慣れ親しんだ栄養剤は液状で、嚥下機能に適さないため、誤嚥のリスクがある。誤嚥性肺炎になったら致命的になる可能性もある。（Q-3） ・亡くなった後、家族によれば、食べたいものが食べられなかったというような後悔はなく、頑張りきったという思い。（Q-4） 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は、患者と同じ気持ちで、最期まで栄養があるものを食べてほしいと思っている（周-1） ・管理栄養士は、栄養剤が最期の食事になるかもしれないことについて抵抗感。本当に食べたいものを食べたほうが良いと思っているが、その思いは患者・家族に伝わらないもどかさ。「本当に食べたいもの」を尋ねても栄養剤以外の回答は得られず、納得できない気持ち。（周-2） ・医師は、本人が望むならば液状の栄養剤も少しなら良いと了承した（周-3） ・亡くなった後、家族は、患者の頑張りきった生き様に労いの気持ちを示し、管理栄養士にも感謝の思いを伝えた（周-1）

各文末の()内は、サブカテゴリーのナンバリング。表1を参照

た。一方、頻繁にお見舞いに来る家族が、食べ物や強引に患者の口に入れる様子が度々見られた。家族は、患者に迫る死期を受け入れられず、食べないことが死期を早まらせると考えていると推察された<(周-1) 家族の思い、行動>。患者は苦痛そうな表情をし<(Q-2) 苦痛、不安>、誤嚥や窒息のリスクもあり<(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負担>、患者本人の意向ならびにQOLが尊重されたとは言えない状況が明らかになった。<(周-1) 家族の思い>と“患者の意向”、“QOL”が対立し、家族が患者に苦痛を強いている状況に管理栄養士はやり場のない思いを抱いた。

3) 事例3 (表4)

事例3は、管理栄養士にとって胸に刻まれている20年前の事例である。患者は、低栄養状態・意識不

明で救急搬送されてきた。管理栄養士は、患者は回復可能で終末期には該当しないと考え、まめに患者訪問し、食事量が増えるための支援をした。一方、患者は、意識回復後も自分の気持ちを語ることはなく、食事拒否という態度を示した。また、とても悲痛な目を管理栄養士に向けたことがあった。その後、患者は回復し、退院に至ったが、退院後1週間で再び、脱水と意識不明で救急搬送され、患者は餓死を望んでいることが推察された。カンファレンスにて、延命を望まない患者の意志を汲むことが合意され、最低限の輸液投与のみで、積極的な栄養補給を実施しないことを決定した。管理栄養士は「自分の栄養ケアが独り善がりであったことを痛感し」「いまでも患者さんのあの時の訴えかける目を思い出すと涙が出る」と語った。

事例3について、患者の餓死したい意向<(Q-4)

表3 事例2の臨床倫理の四分割表

医学的適応	患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> ・90代女性、寝たきり(全介助)(医-1) ・がん末期、緩和ケア(医-2) ・嚥下機能は低下していたが、好みの果物等は食べていた。病状悪化にともない、開口不良と口腔内のため込みもあり、食事摂取量はかなり減少。(医-3,4) ・栄養ケア：栄養摂取量が予後に影響する段階ではないと考えられ、嚥下機能に適した水分・食事を、味わえる範囲で提供する(医-3,5) ・患者の子にも、現在の患者にとって適した食事について説明したが、見舞いの度に、患者の口に強引に食べ物を入れる様子がみられ、危険であった。(医-2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下、コミュニケーション障害があり、以降の確認は困難。(患-2) ・患者本人の意向について、明確な発言はなかった。(患者-1,2) ・以前は好んで食べていた甘いものや果物にも、口を開けなくなった。口に入っても吐き出すこともあり、「食べたくない」「食べない」という意思が推察された。(患-1,3)
QOL	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・果物や甘いものを好んでいた(Q-1) ・病状の悪化にともない、どのように生きたいか、死にたいかの意向は不明。(Q-4) ・病状の悪化にともない、「食べたくない」「食べない」状態。(Q-2) ・意に反し、強引に食べ物が入られることは、苦痛となっておりと推察された。(Q-2,3) ・栄養・食事がとれても、予後がよくなる/延命効果があるとは考えにくい段階。(Q-3) ・強引に食べ物が入られることは、誤嚥のリスクがある。窒息、誤嚥性肺炎は致命的になる可能性もある。(Q-3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・子は、口から食べてほしいと、食事介助を続けた。強引に口に入れることもあった。(周-1) ・子は患者に迫る死を受け入れられていないと、推察された。(周-1) ・子は食べないと死期が早まると考えていると、推察された。(周-1) ・管理栄養士は、患者本人が言葉での意思疎通がとれないなか、食事摂取が苦痛と推察される行動を示している。その様子に目を向けずに経口摂取の継続を強いる家族の行動と本人の苦痛そうな表情に葛藤を感じた。(周-2)

各文末の()内は、サブカテゴリーのナンバリング。表1を参照

残りの人生への希望>は、管理栄養士にとって思いもよらぬもの<(周-2) 管理栄養士の思い>で、結果的に患者の意思と相反する栄養ケアをしたことになる。たとえ、患者の真意が判明していたとしても、餓死したい意向を尊重するのは難しく<(周-5) 風潮・慣習>、管理栄養士に感情的苦悩と倫理的悩みを生じさせた。

4) 事例4 (表5)

介護保険施設におけるターミナル支援の一環で、患者の食べたい意欲に対応した事例について表4にまとめた。患者が「パンを食べたい」と繰り返し言っていたことを受けて、医師を交えたターミナル会議で、食べたい意欲と嚥下機能にあわせて食パン2枚を提供することとなった。患者は笑顔で「おいしい」と話し、全量摂取した。患者は心不全末期であった

ことから、栄養補給量が過剰にならないよう管理栄養士は留意していた。まもなく浮腫が著明となり、亡くなった。

患者が亡くなった後のターミナル会議で、患者の意向に寄り添った食事対応<(患-1) 意志の表現><(Q-1) 楽しみ、好み>ができて良かったことに加えて、パン増量が心不全の増悪<(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負担>に関係した可能性について言及された。“QOL”のカテゴリー内の相反する結果の捉え方に、管理栄養士は倫理的葛藤を感じた。一方で、パンを増量しなければどの程度、延命できたかは不明である。また、管理栄養士は、「残された時間が少ないのであれば、病状が多少なり悪化しても良いから、食べたいものを食べたい」といった患者の気持ち<(Q-3) 食事・栄養補給により予測される負担><(Q-4) 残りの人生への希望>を把握

表4 事例3の臨床倫理の四分割表

医学的適応	患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢女性、身の回りのことは自分ででき、自立生活していた。(医-1) ・低栄養状態、意識不明で救急搬送。(医-2) ・短期間での体重減少があり、低栄養状態。(医-2) ・回復の見込みあり。自宅での生活に戻れるように、食事摂取量のアップ。管理栄養士が頻りにベッドサイドを訪問し、食べたいものを聴取。(医-2,6) ・4~5カ月後、食事摂取量はもどり、退院。(医-7) ・退院して1週間後、脱水状態・意識不明で救急搬送。(医-2) ・積極的な栄養補給は差し控えることになった。最低限の輸液投与のみ。(医-6) 	<ul style="list-style-type: none"> ・意識回復後、食事を拒否した(患-1) ・自分の気持ちは言わなかった(患-1,2) ・熱心に訪問する管理栄養士に、悲しそうな目を向けた(患-1) ・その日を境に、観念したように食事を摂るようになった。(患-1,3) ・病院給食をありがたいと語った(患-1) ・食べられるようになって退院したのに、1週間で脱水で救急搬送されたということは、退院してすぐ意図的に絶飲食(断食)をしたと推察され、前回の入院経緯もふまえ、餓死をまくろんでいたと推察。(患-1,3) ・再入院後は、意識不明のまま、患者の意向は確認できず。(患-2)
QOL	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・自分の気持ちは言わなかったため、なにが人生の喜びであったか、あるいは苦痛であったのかは不明(Q-1,2) ・食事を食べれば、回復する見込みがあり、退院してもとの生活に戻ることができる。しかし、患者は延命は望んでいなかったと後に推察された。(Q-3) ・食事を拒否し続け、摂取しなければ、体重減少・低栄養状態が進行し、脱水のリスクがある。そのリスクを予防するために、強制的に経腸栄養や静脈栄養が行われる可能性がある。(Q-3) ・餓死を望み、延命のための栄養補給は望まないと後に推察された。(Q-4) ・強制的な経腸栄養や静脈栄養を避けるために、病院の食事を食べ始めたのかもしれない。(Q-2,3) ・回復し、退院に至った。本人の気持ちは不明。生きようと思ったとは言えない。(Q-4) ・退院してすぐ意図的に断食をしたと推察される。(Q-4) 	<ul style="list-style-type: none"> ・独居・見舞いもなく、家族については不明。(周-1) ・医療側は、回復・退院に向けて最善を尽くす思い。(周-2,3) ・管理栄養士と看護師、他職種との関係は良好で連携がとれていた。(周-3) ・患者本人の意思の尊重については、あまり重視されていなかった時代(20年前)(周-5) ・高齢者の低栄養改善がブームだった(周-5) ・食べられない患者に食べてもらえるようになんとかするのが、管理栄養士の当然の使命だと思っていた(周-2,5) ・管理栄養士は、患者が食べない理由や食べたいものを探るために、何度も患者訪問し、患者の人格や考えを推察できるようにになっていた。(周-2) ・回復し、退院に至ったとき嬉しかった。1週間後再入院を機に、患者の真意を理解し、混乱したが、患者の気持ちを尊重すべきではないかと考えた。(周-2) ・他職種も推察された患者の思いを汲むことに合意した。(周-4,5)

各文末の()内は、サブカテゴリーのナンバリング。表1を参照

しておけばよかったと心残りとなっていた。

IV. 考察

管理栄養士による終末期栄養ケアの倫理的ジレンマについて、臨床倫理の四分割表を用いて、分析した結果、事例1では<(周-2) 管理栄養士の思い><(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負担>と<(Q-4) 残りの人生への希望>の対立、事例2で

は<(周-1) 家族の思い・行動>と<(Q-2) 苦痛、不安><(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負担>の対立、事例3では<(周-2) 管理栄養士の思い><(周-5) 風潮・慣習>と<(Q-4) 残りの人生への希望>の対立、事例4では<(Q-1) 楽しみ、好み>と<(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負担>の対立を明らかにした。4事例において“QOL”をとりまく対立が顕著であった。また、事例3を除いて、<(Q-3) 食事・栄養補給による予測される負

表5 事例4の臨床倫理の四分割表

医学的適応	患者の意向
<ul style="list-style-type: none"> ・心不全。時々重症化し、長年かけて心不全末期に。(医-2) ・ターミナル支援、施設入所高齢者(医-1,2) ・食事意欲と嚥下機能に応じた食事を提供。(医-4,5) ・患者の意向をふまえて、食パン(嚥下機能に合うように工夫し)提供。(医-4,5) ・“おいしい”と全量摂取し、身体苦痛症状もないとアセスメントがあり、食パン2枚まで増量した。(医-5) ・浮腫が強くてから10日程して亡くなった。(医-7) 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度の認知症(患-2) ・「パンを食べたい」と繰り返し話していた。食べたい意欲(患-1)
QOL	周囲の状況
<ul style="list-style-type: none"> ・食パンが好き(Q-1) ・食パンが提供され、笑顔で“おいしい”と話していた。(Q-1) ・食パンによるエネルギー摂取量の増加は、心不全末期(病態)に影響するか。(Q-3) ・残された時間をどのように生きていきたいと思っていたかは不明。(Q-4) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族は、本人が望むようにしてほしいと言っていた(周-1) ・ターミナル支援として、患者の食べたい意欲にあわせて食事(食パン)を提供することに他職種も合意(周-2,3) ・管理栄養士は、日本緩和医療学会のガイドラインを参照し、栄養補給量が過剰にならないように、身体的苦痛症状等を観察し、十分留意していた。(周-4) ・亡くなった後のターミナル木阿木で、患者の意向に寄り添えたことはよかった。パン(エネルギー摂取量)の過剰で心不全の増悪を招いたかは不明と意見が交わされた。(周-3) ・管理栄養士は、患者の食べる意欲にあった食事をさいごに提供できたという思いと、パン増量が患者の体に負担をかけてしまったのか否か、エビデンスがなく決着しないもどかしさを感じた。(周-2)

各文末の()内は、サブカテゴリーのナンバリング。表1を参照

担>が関与していた。

終末期がん患者における倫理的ジレンマとして、江口¹¹⁾は「異なる価値のうちいずれを選択しても問題があり、いずれか1つを決めるのは難しい選択状況」と定義した。臨床現場では患者の意向やQOLが尊重され、価値やケアの方針として選択されることが多いと考えられる。本報告でも3事例は、管理栄養士が提案した<(医-5) 栄養学的に最善の栄養ケア>は行われなかった。患者や家族の意向が尊重された<(医-6) 実際の栄養補給>には、誤嚥や窒息、病態悪化といった<(Q-3) 食事・栄養補給による負担>すなわち危害があることを管理栄養士は予測し、その板挟みの状況に管理栄養士はジレンマを感じていたと考えられる。

しかしながら、事例4で管理栄養士が発言していたように、<(Q-3) 食事・栄養補給により予測され

る負担>やリスクをふまえた<(Q-4) 残りの人生への希望>について、栄養ケアの進行時には検討が及びにくい。終末期の栄養ケアでは、栄養学的に最善の栄養ケア、患者・家族の意向、実際の食事・栄養ケア、そして食事・栄養補給により予測されるリスクを十分検討する必要があると考えられた。

栄養学的に最善の終末期の栄養ケアとはなにか。日本老年医学会が「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」に続けて「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—」を公表し、胃瘻などの人工栄養補給の導入の差し控えが示されてから9年経ち、本研究では、胃瘻などの人工栄養補給に関する語りはなかった。また、胃瘻などの人工栄養補給もさる事ながら、経腸栄養剤の経口摂取も控え、患者の嗜好にあった、無理や負担のない量の摂取が、

終末期の栄養ケアの基本となっていることが4事例に共通していた。また、「経口摂取の是非は予後に影響する段階ではない」という発言もあったように(事例2)、終末期の栄養アセスメントでは、病状および低栄養状態が不可逆的であり、栄養補給が予後や延命に影響する状態でないことを管理栄養士は捉えていた。

そのうえで、患者の意向を尊重しようとする方針も共通していたが、QOLのサブカテゴリーは4つ、さらに事例ごとに患者の意向やQOLの要素は多様であった。事例1は患者本人が、事例2では家族が、積極的な栄養補給を選択した。先行研究¹²⁻¹⁴⁾において、胃瘻などの人工栄養を選択した意思決定プロセスに、人工栄養が生きる・命をつなぐ選択であることが挙げられていた。本研究でも、「食べる」という行為が生命維持に直結していることが、患者・家族の意思決定に影響したと考えられる。生きる・命をつなぐために、事例2では「少しでも食べてほしい」、事例1では「少しでも栄養のあるものを食べたい」となった。事例3では、逆に、死ぬために食べないという意思決定プロセスがあったと考えられる。終末期の栄養ケア“患者の嗜好にあった、無理や負担のない量の摂取”に対し、食べる・栄養補給が命に関わる局面で、管理栄養士は倫理的葛藤を感じていることが示唆された。

一方で、患者の意思決定支援のためには、医療チーム・ケアチーム内の情報共有と合意形成、患者・家族に対する情報共有と合意形成が必要であるとされる⁸⁾。すなわち、栄養や食事に関して、終末期の栄養アセスメントとして低栄養状態や脱水の不可逆性の評価、栄養補給法の選択肢、栄養補給法による延命の可能性や、本研究でQ-3に挙げられた栄養補給により起こりうるリスクについての情報共有が必要となる。今回のインタビュー調査では、チーム内の合意形成について詳細な把握はできていないが、今後、管理栄養士が終末期の支援に関わるうえで、これらの役割を担うことが求められると考えられる。また、日本老年医学会の「人工的水分・栄養補給(artificial hydration and nutrition, AHN)の導入」に関するガイドライン⁶⁾において、医療・介護・福祉従事者に管理栄養士を含めていくことで、終末期栄養ケアについて適切な判断や対応に有効であると

考えられる。

管理栄養士の視点による困難事例について、臨床倫理の四分割表を用いた分析は、調べた限り他に報告はない。四分割表を用いたことによって、患者本人の意思、家族の思い、管理栄養士や他職種の関わり、さらに食べる・栄養補給によってもたらされる苦痛やリスクが整理され、終末期の栄養ケアの困難の実態を浮き彫りにすることができた。本報告は、終末期患者に絞ったが、インタビュー調査では、患者の意思の尊重が慎重とされる小児患者や精神疾患患者、神経疾患患者、意識不明の重症患者に対する栄養ケアについても語られている。今後、同様の分析や検討を行う。今回、終末期の定義に「高齢で、不可逆的で進行的な自死を望む強い意志がある場合」を特例として含め事例3をとり挙げたが、食事の拒否を症状とする拒食症も栄養ケアは容易ではない。本研究のような困難事例の質的検討が、管理栄養士の専門職としての関わり方を明確にし、栄養ケアのあり方の検討には必要であると考えられる。

本研究の限界は、管理栄養士の語りに基づいたもので、患者・家族の思いや他職種の見解は管理栄養士の推察を含むことが挙げられる。

V. まとめ

終末期の栄養ケアの倫理的困難について、管理栄養士の語りをもとに、臨床倫理の四分割表を用いて事例を分析した。その結果、QOLには4サブカテゴリーがあり、QOLをとりまく対立、特に、食事・栄養補給による負担が管理栄養士にジレンマを感じさせていることが明らかになった。栄養学的に最適な終末期栄養ケアは、積極的な栄養補給は控え、患者が食べたいものを無理なく食べられることを方針とする一方で、異なる食事や栄養補給となる場合の予測される負担や、残りの人生への希望をQOLの観点をふまえて考慮する必要があることが示唆された。

VI. 謝辞

本研究は神奈川県立保健福祉学大学令和2年度年度学長推薦研究の助成を受け実施されました。

インタビュー調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所, 人口統計資料集2021. V. 死亡・寿命. 図5-1 死亡数および死亡率:1947～2019年. 2021: http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2021.asp?fname=G05-01.gif [2021.8.19アクセス]
- 2) 日本老年医学会. 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年学会の「立場表明」. 2012: <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf> [2021.8.19アクセス]
- 3) 日本医師会生命倫理懇談会. 第XVI次生命倫理懇談会答申, 終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発. 2020: p.12
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200527_3.pdf [2021.8.19アクセス]
- 4) Silveria M.J., Kim S.Y., Langa K.M. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *New Engl J Med.* 2010; 362(13): 1211-1218.
- 5) 加藤真紀, 竹田恵子. 高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー. *日本看護研究学会雑誌.* 2017; 40(4): 685-694.
- 6) 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—人工的水分・栄養補給の導入を中心として—. 平成24年6月27日. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf [2021.8.19アクセス]
- 7) LigthartMelis GC, Luiking YC, et al. Frailty, sarcopenia, and malnutrition frequently (Co-) occur in hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2020; 21(9): 1216-1228.
- 8) Foo MXE, Wong GJY, et al. A systematic review of the malnutrition prevalence in hospitalized hip fracture patients and its associated outcomes. *JPEN.* 2021; 45(6): 1141-1152.
- 9) Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade著 赤林朗, 蔵田伸雄, 児島聡 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:
- 10) 箕岡真子, エンド・オブ・ライフケアの臨床倫理. 日経研出版. 2020; 86-100
- 11) 江口瞳, 終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発—信頼性・妥当性の検証—. *日本看護研究学会雑誌.* 2017; 40(4): 603-612
- 12) 相場健一, 小泉美佐子. 重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス. *老年看護学.* 2011; 16(1): 75-84.
- 13) 加藤真紀, 原祥子. 介護老人福祉施設入所高齢者の胃瘻造設における家族の代理意思決定プロセス. *老年看護学.* 2012; 16(2): 38-46.
- 14) 牧野亜沙美, 木内千晶, 箕浦とき子他. 高齢者の胃瘻造設を代理決定した家族の思いと医療者の関わり. *岐阜看護研究会誌.* 2013; 5: 43-50.