

第4回 終末期医療のあり方に関する懇談会

平成21年4月14日(火)
17時00分～19時00分
専用第18・19・20会議室

議事次第

1. 開会

2. 議題

(1) 「終末期医療に関する調査」解析結果(追加報告)

川島孝一郎 委員 調査解析ワーキングチーム委員長

(2) これまでの議論の整理

(3) 委員からの発表

林 章敏 委員 緩和ケアの潮流と輸液・リビングウィル

樋口 範雄 委員 不明確な法の伝える明確なメッセージ

(4) その他

3. 閉会

【配布資料】

委員及び参考人名簿

座席表

資料1・・・「終末期医療に関する調査」前回調査(平成15年)から回答
傾向に変化のあった設問

資料2・・・これまでの主な意見

資料3・・・林委員提出資料

資料4・・・樋口委員提出資料

「終末期医療に関する調査」 前回調査(平成15年)から回答傾向に変化のあった設問

○ 前回調査(平成15年)と今回調査(平成20年)を比較して、回答に5%以上差がみられた設問とその所見を示した。

(1) 終末期医療に対する関心

【問1】

近年、終末期医療に関して「安楽死」「尊厳死」「リビングウィル(書面による生前の意思表示)」などの問題が話題になっていますが、あなたはこれらに関心がありますか。(○は1つ)

看護、介護において、「非常に関心がある」者が増加した(看44%→51%、介40%→45%)。

(2) 病名や病気の見通しについての説明

【(医療従事者)問6】

あなたの担当している患者(入所者)が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し(治療期間、余命)について、まずどなたに説明をしますか。(○は1つ)

医師で「本人へ」とする回答が年々増えた(48%→65%)が、介護職では「家族に説明」とするもの(68%→79%)が増えた。

【(医療従事者)問7】

あなたは病名や病気の見通しについて、患者(入所者)や家族が納得のいく説明ができていますと考えていますか。(○は1つ)

医師・看護・介護ともに「できている」とする回答が前回・前々回よりも減っており、介護職は顕著である。(医87→85%、看62→53%、介77→53%)

(3) 治療方針の決定

【(医療従事者)問8】

あなたの担当している患者(入所者)が治る見込みがない病気に罹患した場合、その治療方針を決定するにあたり、まずどなたの意見を聞かれますか。(○は1つ)

家族の意見を聞くとした者が医師では減少(28→22%)し本人の意見を聞く者が増えただが、逆に看護(11→20%)、介護(36→42%)では家族の意見を聞く者が増加して

いる。

(4) 死期が迫っている患者に対する医療のあり方

あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている場合、

【問4補問2】

(問4で「2どちらかというとな延命医療を望まない」「3延命医療は望まない」をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような医療・ケア方法を望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

「痛みを始めとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点を置く方法」が減り(般 59%→52%、医 84%→71%、看 83%→71%、介 75%→61%)、医師・介護で「自然に死期を迎えさせるような方法」を選ぶ人が増えている(医 13%→18%、介 21%→29%)。

あなたの家族が治る見込みがなく死期が迫っている場合、

【(一般)問6補問2】 (問6、5で「2どちらかというとな延命医療は望まない」「3延命医療は望まない」をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような医療・ケア方法を望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

【(医療従事者)問9補問2】(「2どちらかというとな延命医療は中止したほうがよい」「3延命医療は中止するべきである」をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような医療・ケア方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

「痛みを始めとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点を置く方法」が減っている(般 67%→54%、医 86→74%、看 86%→72%、介 74%→55%)。

(7) リビング・ウィルと患者の意思の確認方法

【(一般)問14-1補問1, (医療従事者)問20-1補問1】

(リビングウィルについて1「賛成する」をお選びの方に) 書面による本人の意思表示という方法について、わが国ではどのように扱われるのが適切だとお考えですか。(○は1つ)

医師で「法律を制定すべきである」者が増加し(48→54%)ている。

【(一般)問14-1補問2, (医療従事者)問20-1補問2】

(リビングウィルについて1「賛成する」をお選びの方に) 死期が近い時の治療方針

についての意思について入院（入所）前、入院（入所）時、あるいは、入院（入所）後に、病院や介護施設（老人ホーム）から、書面により患者（入所者）の意思を尋ねるという考え方についてどのように思いますか。（○は1つ）

リビング・ウィルについて、「賛成する」と回答した者のうち、死期が近いときの治療方針についての医師について病院や介護施設から、書面により患者の意思を尋ねるという考え方に賛成する者は医師(68→77%)、介護(74→81%)で増加した。

【（一般）問14-1補問3，（医療従事者）問20-1補問3】
（リビングウィルについて1「賛成する」をお選びの方に）書面に残すとしたらいつの時期が良いと思いますか。

看護で「入院時」が増加(18→26%)し、「いつでもかまわない」者が減少(28→22%)している。

（9）終末期における療養の場所

2）脳血管障害や認知症によって全身状態が悪化した患者

【（一般）問11，（医療従事者）問16】

あなたが高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養したいですか。（○は1つ）

一般国民では「病院」を希望する者が増加し(38→44%)、「老人ホーム」を希望する者が減っている(25→15%)。

医師では「自宅」が減り(49→41%)、介護では「老人ホーム」が減っている(26→18%)。

【（一般）問13】あなたの家族が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養させたいですか。（○は1つ）

【（医療従事者）問19】あなたの担当する患者（入所者）が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養させたいですか。（○は1つ）

一般国民では「老人ホーム」を希望する者が減っている(17→11%)。

看護では「自宅」が増え(23→37%)、「療養型医療機関」が減っている(38→24%)。介護でも「療養型医療機関」が減っている(26→15%)。

(10) がん疼痛治療法とその説明

【(医療従事者) 問11-2】

あなたは、モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、患者(入所者)にわかりやすく具体的に説明することができますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

医師で「説明できる」者が減り(42→36%)、医師・介護で「説明できない」者が増加している(医6→12%、介59→68%)。

(11) 終末期医療体制の充実

【(一般) 問16、(医療従事者) 問22】延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、医師と患者の間で十分な話し合いが行われていると思われますか。(○は1つ)

【(医療従事者) 問23】あなたの施設では、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われていると思いませんか。

行われているとしたものが増加傾向であり、「十分に行われていると思う」とした看護(9→17%)、介護(9→27%)が増加している。

「終末期医療のあり方に関する懇談会」

これまでの主な意見(第③回まで)

【テーマ別・未定稿】

【終末期の定義】

- 余命6ヶ月を終末期とすることには議論の余地がある。(町野座長①)
- 終末期は、高齢者やがん患者だけを対象にしているものではない。(樋口委員①)
(池主委員②)(藤田参考人②)
- どういうふうなものが終末期かという定義をきめることはなかなか難しい。時間をかけ、十分議論していくべき。(宝住委員②)
- 終末期というのは、どういう状態を想定するかによって、それに対する対応が異なってくる。整理が必要と考える。(池上委員②)
- 救急で運ばれてくる患者は既に意思表示が困難である等の問題があり、他の患者と分けて考える必要がある。(山本委員②)
- 筋ジストロフィーやALS等の難病では、告知や病気の進行過程にそれぞれ特殊性があり、他の疾患と画一的に議論することは難しい。(福永参考人③)
- 終末期という概念自体が定義できないとアメリカのNIH(National Institutes of Health)では言われている。(川島委員②)
- 終末期の定義をどうするのか、生を支えていく体制をどうするかも含めて、もっと議論を深めていかなければならない。(橋本参考人②)

【終末期医療に関する説明】

- 病気が今後の生活にもたらす影響について、医療者側が十分説明すべきだが、実態上できていない。(田村委員③)(川島委員①)
- 患者の側から見れば、個々の状況が違う中で、現実的な判断を迫られる。医療者の側は圧倒的にたくさんの情報を持っているが、患者の側は、情報を持っていない人が大部分である。(伊藤委員②)
- 患者の意思決定に対する相談支援等を医療チームで取り組むシステムを整えるべき(田村委員②)
- 本人の意思をいかに知ることができるか、それをどう確認していくか、プロセスを明確にするべき。(林委員②)
- 本人が死に対してどう考えているか、また、家族と考えを共有しているかという点が重要。(林委員②)
- 健常時から自分の最期について考えることについて進めていくべき。(永池委員③)

【終末期におけるケア】

- 多くの患者は「緩和ケア」＝「死を迎える」ことだと思っている。これが緩和ケアを勧めるに当たって難しいところ。また、医療に対する知識の差で、随分緩和ケアに対する受け止め方も違う。(樋口委員①)
- 「パラレルケア」という考えは、がんに対する治療と並行して緩和医療を行っていくことである。病気のはじめから最期まで支え続けるという姿勢の中で、がん治療と緩和医療とが並行して行われることである。(林委員①)
- 医療を「どこで支えるか」ではなくて、「誰と支えるか」が大切。そういった支えなくして安心感のある看取りは得られない。(櫻井委員①)

- 医療者の患者に対する説明が不十分である点や緩和ケアが十分にできていない点等が、尊厳死容認につながっているのではないか。(川島委員②)

【リビングウィル・法制化】

- 調査結果の中で、リビングウィルと法制化について、高齢者からの支持率が低いのはなぜか。意思表示した書面を書き換えができないと思っている人が多いことを反映しているのではないか。(伊藤委員①)
- 全日本病院協会としては、法制化には反対しているが、ガイドラインは作っている。これを普及していかない限り、法整備すべきでない。(木村委員②)
- 終末期に関しては、本人の意思を尊重すべきであり、これに医療者側は対応できるように法整備が必要。(中川委員③)
- 法律側も医療側も一緒になって、前向きに議論する必要がある。具体的な病態像によってどうするかを検討する時期である。(中川委員③)
- 現実問題として、一定の指針は作って欲しい。そうしないと医療現場で身動きのとれない状況が続く。(石島参考人③)(福永参考人③)
- 法制化というのは、現時点の日本では無理な部分があるのではないかと感じる。(富樫委員代理②)
- 人の死のあり方について、国が決めるべき問題ではないし、ガイドラインを作るべきではない。将来作らなければならないとしても、今すぐの話ではない。患者・家族としてはまずは十分説明を受けることが必要であり、その環境づくりが重要である。(伊藤委員②、③)
- 患者・家族を中心とした、それぞれの価値観にどう寄り添いながら終末期医療を決定していくかが大事である。法律よりも、病気等に関する説明を十分にされたかを確認し、保障する仕組みを整えていくことをまず議論すべきである。(田村委員③)
- 第一には法に頼るべきではないということ。人の生き方は様々であるが、法律はどうしても画一的になる。倫理と法では倫理が優先する。人の生き死には本当に個人的な倫理の問題なので、法に頼るべきではない。(樋口委員③)

【その他】

- 終末期の調査の結果等について、国民に周知していくこと、「プロセスガイドライン」について、国民や医療現場に周知することが重要。(永池委員①)
- 暮らしを支えるために終末期医療をどう考えたらいいかという観点が見えない。(櫻井委員③)
- 「プロセスガイドライン」は、最低限のもので、画一的でなく、法律的でもない点に意味がある。その上に積み上げていくに当たっては、個々の患者の事情を踏まえていかざるを得ない。(樋口委員③)
- 患者と医療従事者との間で様々な観点でずれが大きい。(伊藤委員③)

第4回終末期懇談会

平成21年4月14日

資料3

緩和ケアの潮流と輸液・リビングウィル

聖路加国際病院緩和ケア科

林 章敏

緩和医療とは

- 緩和医療 (Palliative Care) とは治癒を目的にした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状コントロール、精神的ケア、社会的、霊的な問題のケアが第一の課題となる。
緩和医療は疾患の初期的段階においても、
癌治療の過程においても適用される。

1989 WHO

全人的痛みを理解

身体的苦痛

- 痛み
- 他の身体症状
- 日常生活動作の低下

精神的苦痛

- 不安
- 孤独感
- うつ状態

全人的痛み

スピリチュアルペイン

- 人生の意味への問い
- 苦しみの意味
- 罪の意識

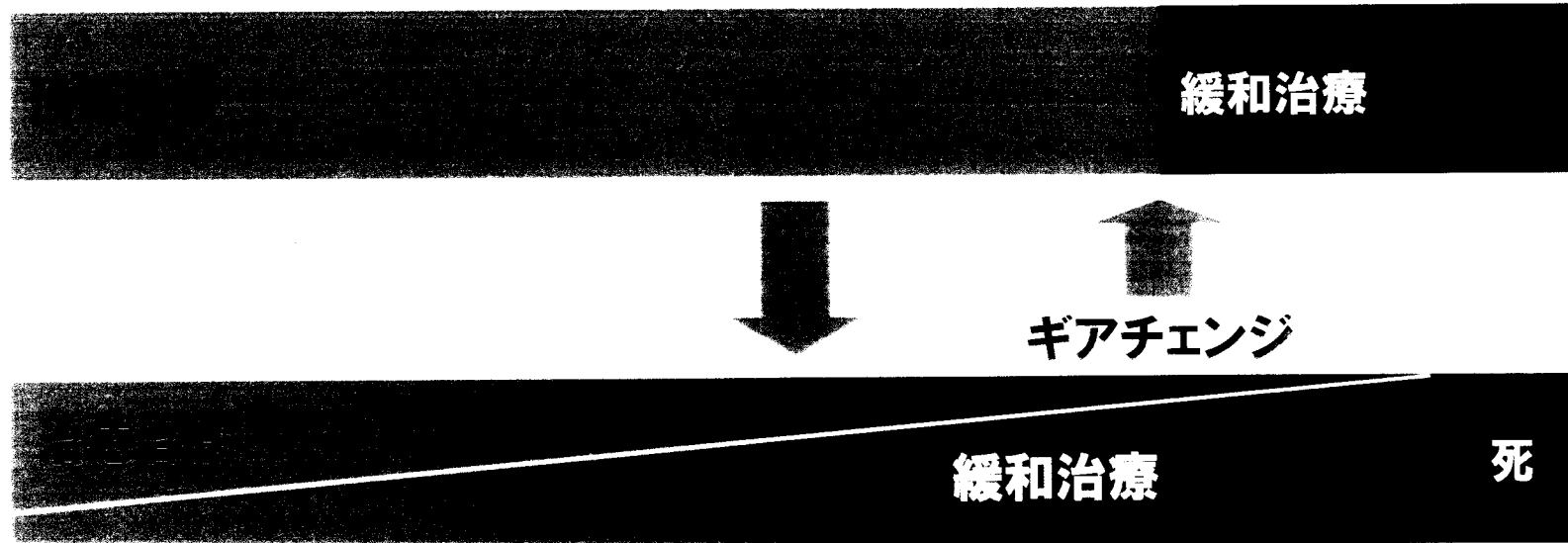
社会的痛み

- 経済的問題
- 家庭内の問題
- 人間関係

緩和ケアの定義（2002年） WHO

- 「緩和ケアとは、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、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価をおこない、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である。」
- Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

ギアチェンジからシームレスなケアへ



シームレスケアからパラレルケアへ

癌を対象とした治療

緩和医療

シームレスケアからパラレルケアへ

癌を対象とした治療

緩和医療

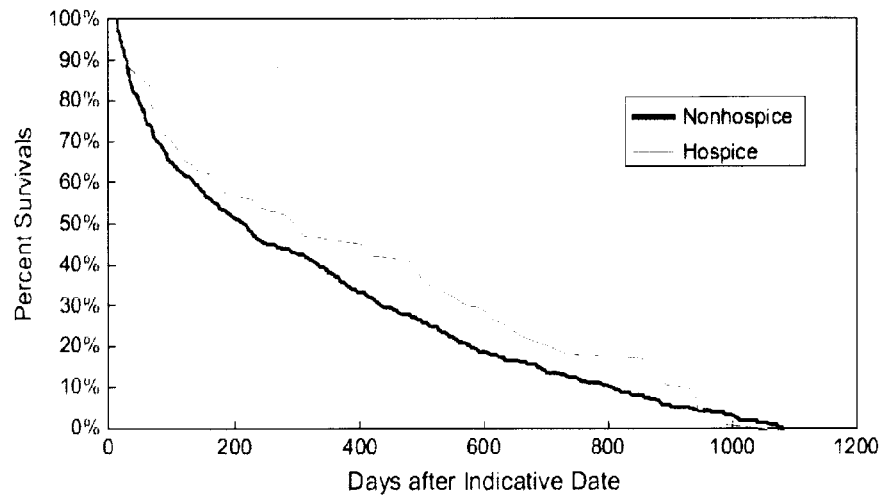


Fig. 1. Survival curve for patients with CHF.

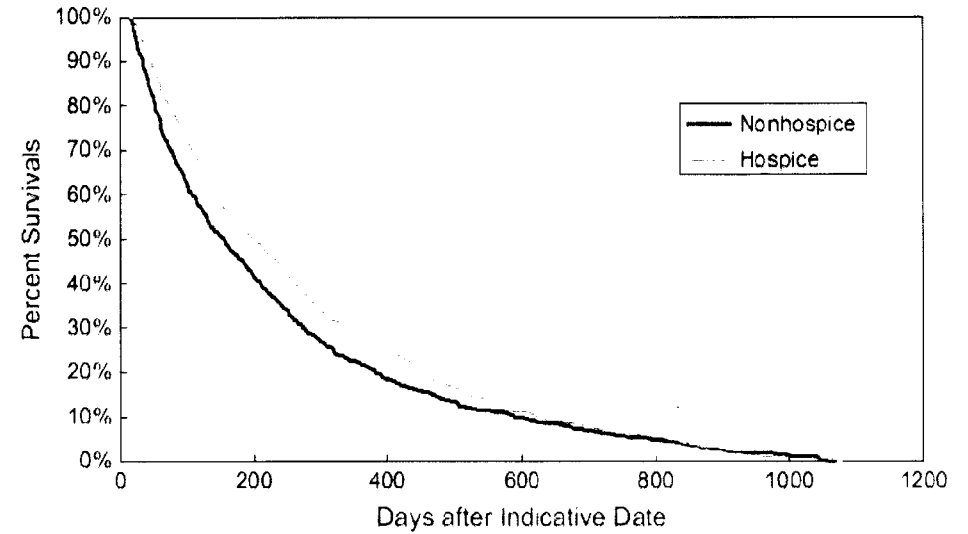


Fig. 3. Survival curve for patients with lung cancer.

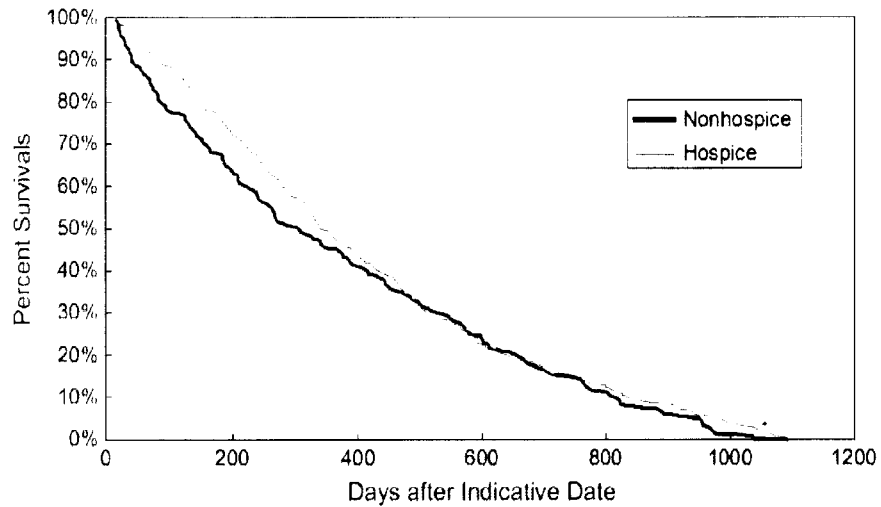


Fig. 2. Survival curve for patients with colon cancer.

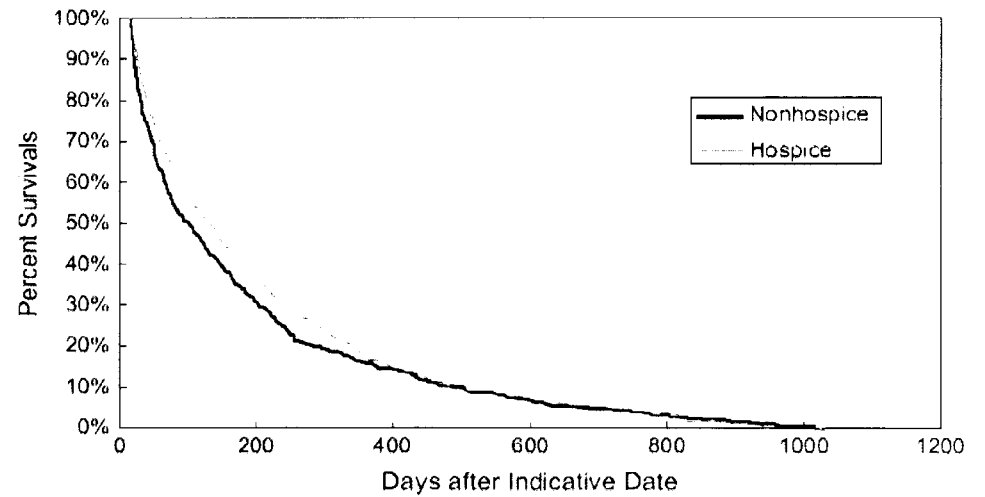


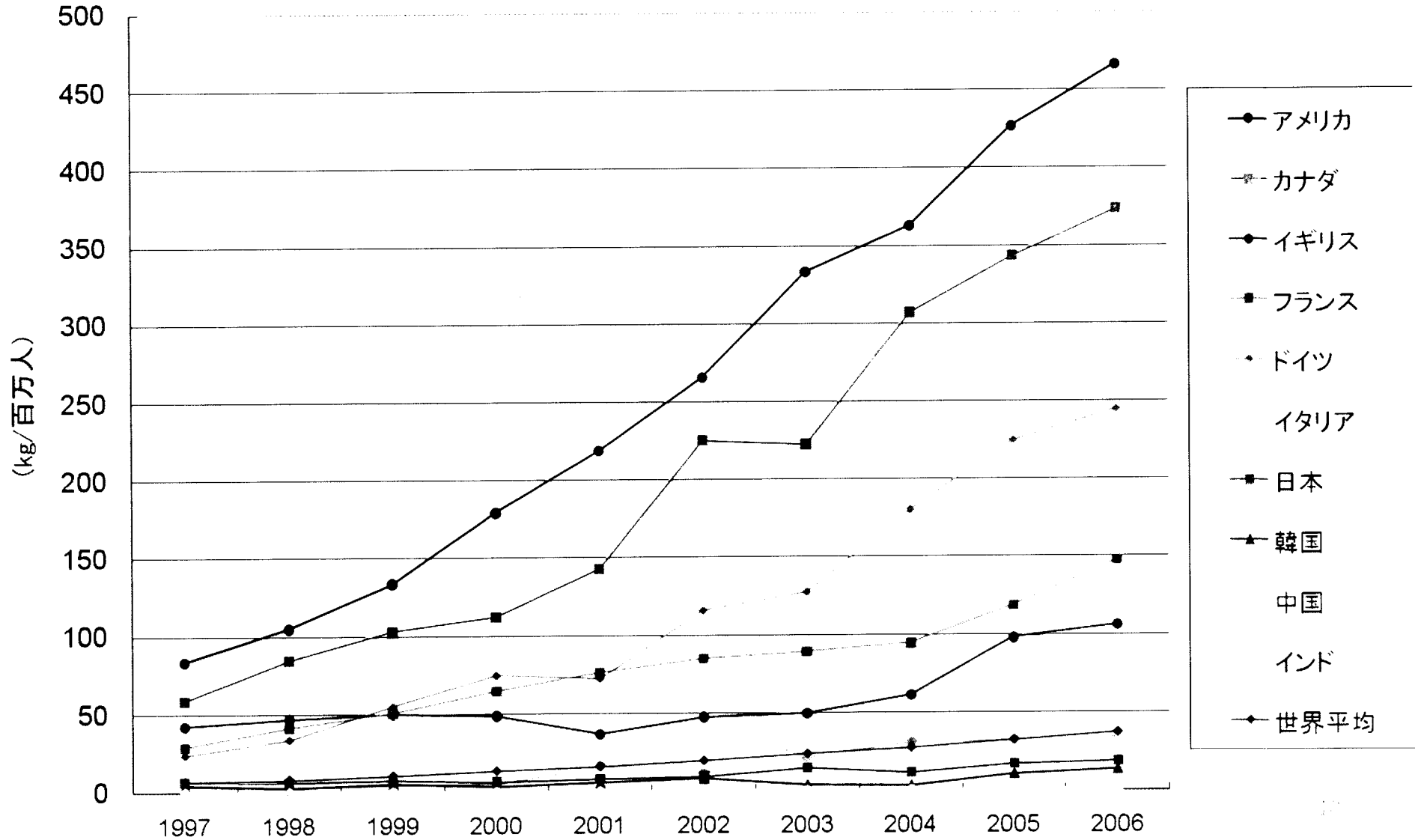
Fig. 4. Survival curve for patients with pancreatic cancer.

ホスピス緩和ケアを提供する形態

1. ホスピス・緩和ケア病棟
2. 一般病棟の緩和支援ケアチーム
3. ホスピス・緩和ケアの専門外来
4. 訪問診療、訪問看護、訪問介護などの地域における在宅サービス
5. デイケア
6. 地域コンサルテーションサービス

主要国のオピオイド消費量

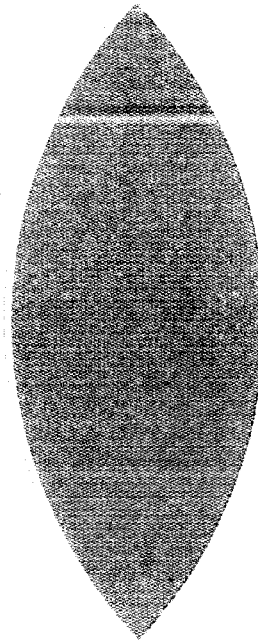
Source; INCB 2007 Report



緩和ケア病棟の新しい役割

Palliative Medicine Unit

- 高度先進医療も含めた症状緩和のための積極的なアプローチ
- 教育、情報提供、救急対応等も含めた支援型性格



Palliative Care Unit

- いわゆる従来のホスピス的な役割
- 終末期の方に介護を中心としたケアを提供する

がん診療連携拠点病院、在宅医療との関係構築

望まれる緩和ケア診療体制

診療所, 訪問看護ステーション等による外来、訪問

病院の一般診療科の外来、入院診療

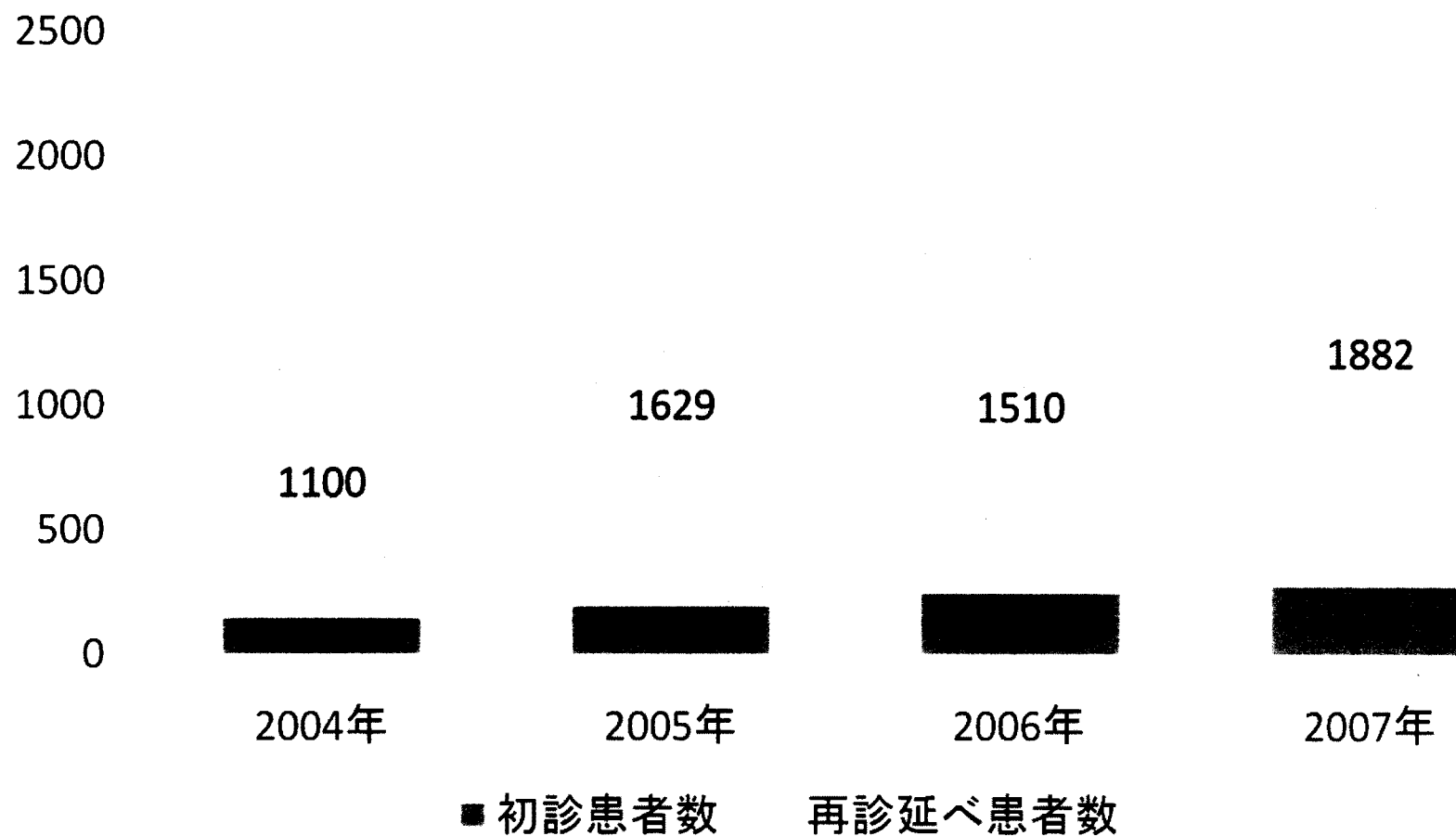
緩和ケア外来
緩和ケアチーム

緩和ケア病棟

いのちを支えるもの

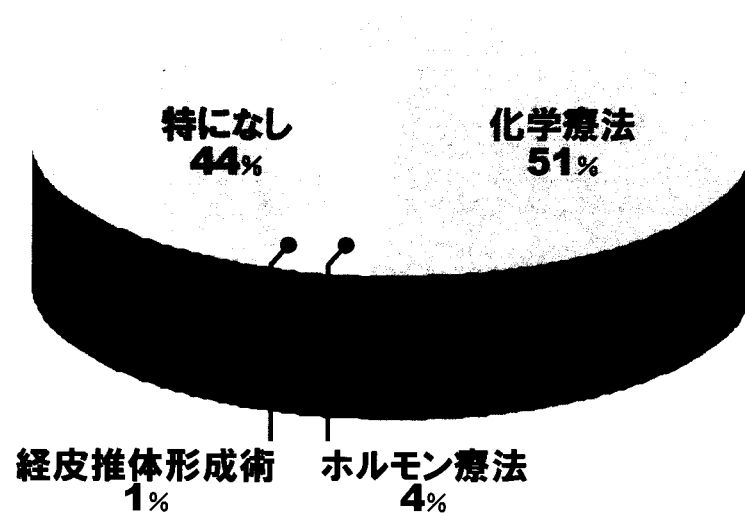
聖路加国際病院緩和ケア科の実際

緩和ケア外来受診数の推移

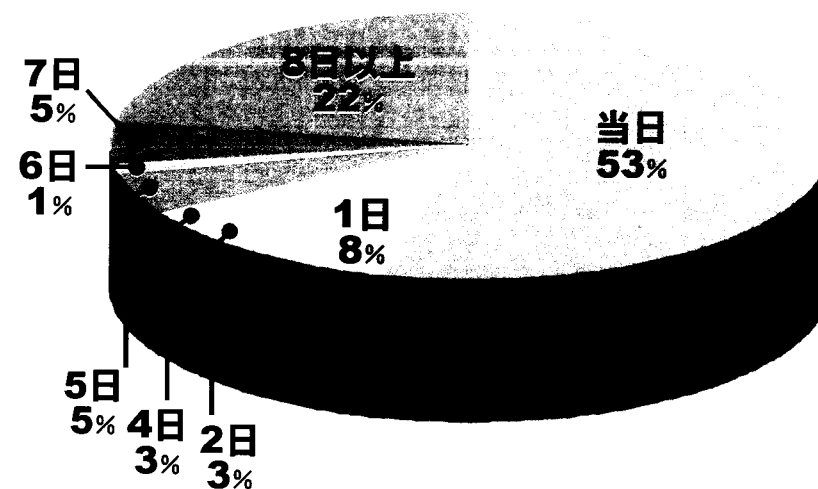


緩和ケア外来の他科併診依頼の内訳

依頼元科の治療内容 (n=80)

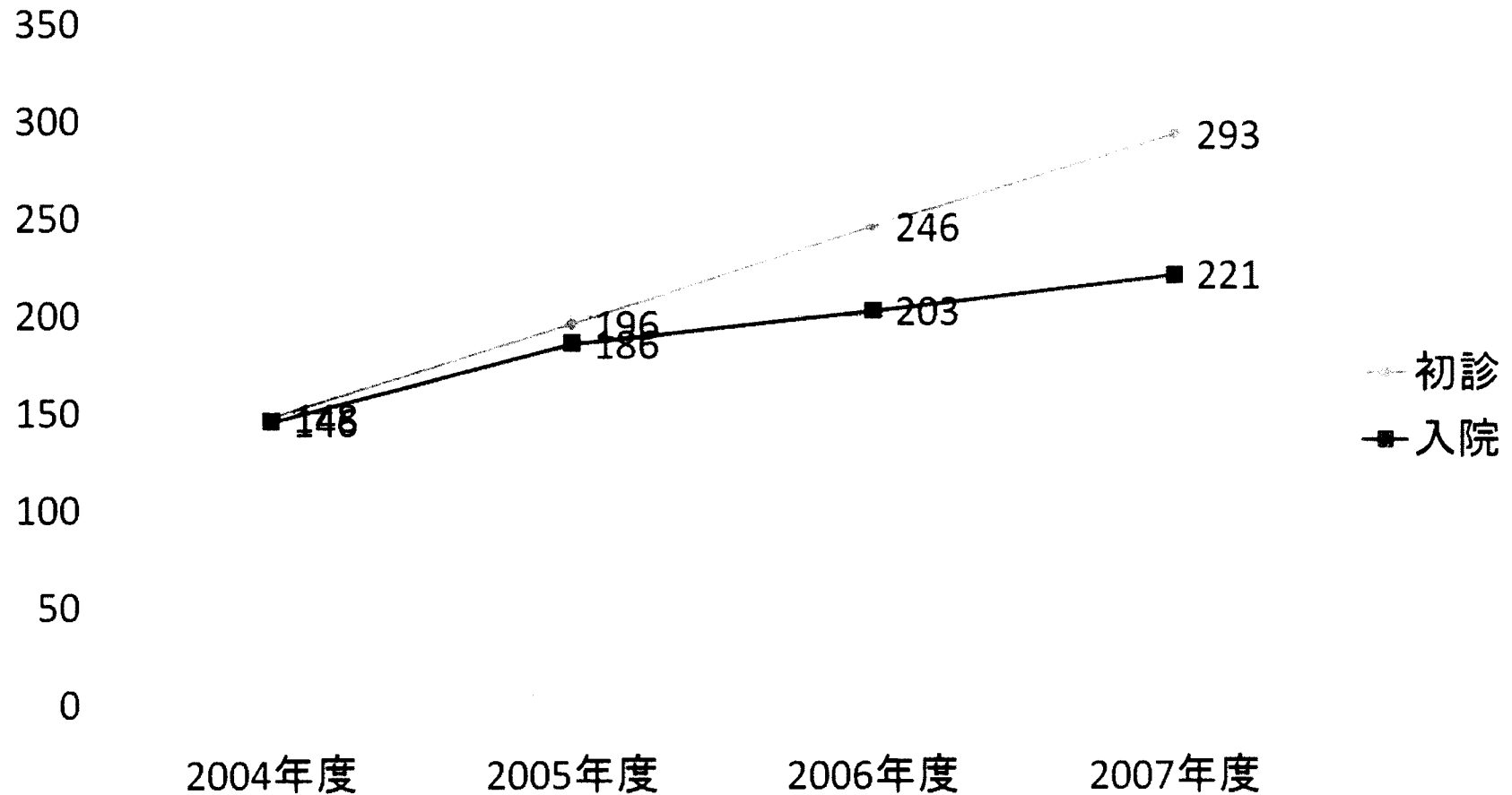


依頼日から受診日までの日数 (n=80)



完全予約制であるが、必要に応じて当日あるいは翌日の迅速な対応している。

当院外来初診数と 外来からの入院実数の推移



相互コンサルテーション状況

2007/4~11

| | |
|----|------|
| 入院 | 121件 |
| 外来 | 42件 |
| 転棟 | 13件 |



| | |
|----|------|
| 入院 | 120件 |
| 外来 | 46件 |
| 転棟 | 33件 |

全般的な推奨(1)

【患者・家族の価値観、意向、個別性の尊重】

○ 輸液治療は、患者・家族の価値観に基づいた治療の全般的な目標と一致しなければならない。単に検査所見や栄養状態の改善は治療効果を決める主たる指標にはならない。

○ 輸液治療を行う際には、患者・家族の意向が十分に反映されるべきである。

○ 輸液治療は、個々の患者の状況に応じたものでなくてはならない。すなわち、「輸液をする」、「輸液をしない」といった一律的な治療は支持されない。

【評価】

○ 輸液治療の選択肢を検討するときには、総合的なQOL指標や満足度、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響、および倫理的・法的妥当性などについて包括的に評価しなければならない。

○ 終末期の脱水は、必ずしも不快ではなく、単に検査所見や尿量・中心静脈圧などの改善は治療効果を決める主たる指標にはならない。

○ 輸液治療によって生じる効果は定期的に反復して評価し、修正されるべきである。

【利益と不利益のバランスの最大化】

○ 輸液治療は、その利益と不利益のバランスを最大化するように行われなければならない。

【人工的な水分・栄養補給以外のケア・治療の重要性】

○ 経口摂取の低下した終末期癌患者に対しては、輸液治療などの人工的な水分・栄養補給のほかに、食欲低下を改善する薬物療法、看護ケア、心理的ケア、意思決定支援、生活支援などの患者・家族へのケアを行うことが必須である。

全般的な推奨(1)

【医学的推奨の要約】

- Performance Statusの低下した、または、消化管閉塞以外の原因のために経口摂取ができない終末期癌患者において、輸液治療単独でQOLを改善させることは少ない。
- Performance Statusがよく、消化管閉塞のために経口摂取ができない終末期癌患者において、適切な輸液治療はQOLを改善させる場合がある。
- 終末期癌患者において、輸液治療は腹水、胸水、浮腫、気道分泌による苦痛を悪化させる可能性がある。
- 終末期癌患者において、輸液治療は口渇を改善させないことが多い。口渇に対して看護ケアが最も重要である。
- 終末期癌患者において、輸液治療はオピオイドによるせん妄や急性の脱水症状を改善させることによってQOLの改善に寄与する場合がある。
- 静脈経路が確保できない／不快になる終末期癌患者において、皮下輸液は望ましい輸液経路になる場合がある。

聖路加国際病院における リビングウィルへの取り組み(案)

私のリビングウィル
自分らしい最期を迎えるために

名前 _____

診察券 I D _____



聖路加国際病院

もし、あなたが病気や事故で意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合、どのような治療を望まれますか？

当院では、「患者との協働医療」を実現するため、患者の価値観に配慮した医療を行うことを、基本方針としています。誰もが必ず迎える最期においても、できるだけその方らしい最期を迎えていただけるように考えています。

そこで今、お元気な時に、意識や判断能力の回復が見込めない状態になった場合をあらかじめ想定していただいて、その際にはどのような治療を望まれるか、そのご意思（私のリビングウィル）をお示しいただけないでしょうか？

なお、どのような場合でも、痛みなどの苦痛の緩和は並行して行うことができます。また、ご本人と相談できる場合はいつでも相談の上で治療方針を検討させていただきます。

聖路加国際病院における リビングウィルへの取り組み(案)

署名・同意される方々へのお願い

ご本人へ

○ご本人の直近のご意思を確認したいと思います。何回でも書き直すことが出来ますから、お考えが変化した時、もしくはご自身の誕生日等、定期的に更新されることをおすすめします。

同意されるご家族の方へ

○ご本人の意思を十分にご理解、ご納得された上でご署名ください。

同意される医療職の方へ

○ご本人の意思決定能力について十分に判断の上、ご署名ください。

○ご家族がいらっしゃる場合は、ご家族の意思を十分にご確認ください。

○署名後に診療録に記録して下さい。

下記の5つのうち、ご自身のお考えに最も近いものに○をお付けください。

1. 人工呼吸器、心臓マッサージ等生命維持のために最大限の治療を希望する。
2. 人工呼吸器等は希望しないが、高カロリー輸液（ゆえき）や胃瘻（いろう）などによる継続的な栄養補給を希望する。
3. 継続的な栄養補給は希望しないが、点滴等の水分補給は希望する。
4. 水分補給も行わず、最期を迎えたい。
5. その他

{ _____ }

年 月 日

本人署名 _____

家族署名 _____ 続柄 _____

医療者 _____ 職種 _____

不明確な法の伝える明確なメッセージ

- 第4回終末期医療に関する懇談会
- 2009年4月14日17時～
- nhiguchi@j.u-tokyo.ac.jp 樋口範雄

先回での中川翼先生のご発言

- 中川委員 もっと法律のほうも頑張ってほしいと思います。・・・座長の町野先生も苦しいところだと思えますけれども、法律の方がもう少し積極的に考える方向でないと、結局、我々医療者がそれなりに投げかけているのに、これはまだ早いとか画一的になると言っているのは、どうも私は納得がいかないのです。

課題→以下の項目は密接に関連する

★1 中川先生のご要望に応えること

「現場の悩みに十分法律家は答えていない」

★2 国民の多くはリビング・ウィルには賛成なのに、なぜその法制化には消極的か？

3 なぜこの懇談会に法律家は2人しかいないのか？ なぜ多くの法律家は必ずしも積極的でないのか？

4 アメリカではリビング・ウィルの法制化が行われているのに、アメリカ法専門の樋口はなぜ積極的でないのか？

2008年10月8日朝日新聞朝刊第3社会面

NHKニュース10月7日篠田記者

「倫理的には問題ない」 難病患者の呼吸器外し 千葉の病院倫理委見解
千葉県鴨川市の亀田総合病院(亀田信介院長)の倫理問題検討委員会が、周囲の人と意思疎通できなくなったら人工呼吸器を外してほしいという筋萎縮(いしゆく)性側索硬化症(ALS)患者の要望に対し、「倫理的には問題はない」などとする見解をまとめた。症状が進んだALS患者の呼吸器を外すことは生命を左右しかねない。患者団体によると、ALS患者のこうした要望に医療機関の倫理委が見解を示すのは珍しい。

ただ、倫理委は「呼吸器を外した人が刑事訴追される可能性がある」として、要望への対応は明言していない。

患者は県内の男性(68)。91年に難病のALSと診断され、翌年に呼吸困難になり、気管を切開して呼吸器をつけた。寝たきりだが、右ほおが数ミリ動くことを利用して、パソコンで文章を書き、家族らと意思疎通する。

家族によると、男性は「家族や友人、医療スタッフらとの意思疎通があつてこそ、人間らしく生きられる」と考え、それができなくなったら「呼吸器を外してほしい」と願っているという。

NHKニュースは「議論と調査が必要」「呼吸器外しを認める法律はない」

板倉教授の見解「囑託殺人に当たる可能性」

アメリカのcasebook(ロースクールの教材)の事例

Furrow他, Bioethics 1-5 (5th ed. West 2004)

「ある金曜の午後4時半、300ベッドの病院の顧問弁護士であるあなたのもとに電話が入った。電話をかけてきたのはスミス医師で、あなたの助言を求めてきたのだ。医師はジョーンズさんという37歳の患者を診てきた。患者は、肺癌の末期にあり、すでに骨に転移が生じていた。余命はせいぜいで1ヶ月というのが現在の状況であり、治療はもっぱら進行を遅らせるための化学療法と疼痛緩和に向けられていた。また、ジョーンズさんには心臓ペースメーカーも装着されている。

さて、そのジョーンズ氏がもう化学療法もやめて、ペースメーカーも止めてくれと言ってきた。この要請は繰り返しなされており、医師は患者が明確な意識のもとで一貫した意思を表明していると判断している。そこで医師はどうすべきかを相談してきたというのである」。

- 「倫理委員会で相談しなさい」という助言＝法律家として最善
- 嘱託殺人という類の記述につながっていない！

アメリカの医師国家試験問題

男性が事故に遭い、人工呼吸器を装着されてICUに運び込まれた。だが、あらゆる基準で脳死状態にあると判定された。臓器移植カードを所持しており、臓器提供の意思を明示していた。臓器移植チームが家族に連絡を取ったところ、臓器提供に反対するという。どうすべきか？

- A 人工呼吸器を止めて臓器を摘出すべきである。
- B 心臓停止を待って臓器摘出すべきである。
- C 裁判所の命令を得るべきである。
- D 家族の意思を尊重し臓器提供をやめるべきである。

アメリカ医師国家試験の示すこと

正解は D家族の意思の尊重。臓器提供はなし。

アメリカでは、法律上、脳死が死であり、臓器提供は本人(だけ)の意思によると明記。

しかし、法律だけで医療は動いていない。

アメリカでも

①法と医療(倫理)の役割は別 後者こそ重要

②リビング・ウィル法の適用がなくとも

実態 *リビング・ウィルを作る人は少数

*作っている人でも適用除外も多い

●患者本人の意思を尊重

●ただし、うつ病や自殺願望の場合は別

●問題があれば倫理委員会でも相談

これで医療の方針が定まる

★何でも法に頼る態度はとられていない

終末期と法の役割

1995年横浜地裁判決以降の主要な事件

- 1) 1996年、京都の国保京北病院長が末期癌患者に筋弛緩剤を点滴投与する事件。翌年、投与量が致死量未満であったとして不起訴処分。
- 2) 1998年、川崎協同病院。気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに筋弛緩剤を点滴投与して死亡させる。2002年になって医師が殺人罪で逮捕、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持。家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪としている。なお、この事件は最高裁に上告中である。
- 3) 2004年北海道立羽幌病院で、男性患者（当時90歳）が人工呼吸器を外されて死亡した事件が2006年送検。因果関係の立証困難で不起訴。

4) 2006年富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となった。筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでにない。

その後、2008年7月24日、県警は「嚴重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。朝日新聞2008年7月24日

5) 2007年、岐阜県多治見市の県立多治見病院。患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件。

6) 2007年、和歌山県立医大病院で呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検。

経緯

- 1987年 以来5年ごとに厚生労働省検討会
- 1993年 末期医療に関する国民の意識調査等検討会
(垣添忠生座長)
- 1994年 日本学会議死と医療特別委員会
意見表明「尊厳死について」平成6年5月26日
- 1995年 東海大学附属病院事件横浜地裁判決
- 1997年 末期医療に関する意識調査等検討会
(末舛恵一座長)
- 2002年 終末期医療に関する調査等検討会(町野朔座長)
- 2006年 射水市民病院事件の報道
- 2007年2月 川崎協同病院事件高裁判決
(執行猶予を半分に減刑/ 指針、立法の必要性を強調)
- 2007年5月 厚生労働省・最初のガイドライン

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

process vs. substance

射水病院事件→1人で決めないこと

当時の厚生労働大臣の約束

川崎協同病院事件判決でも強調

2007年1月岐阜県多治見病院に関する報道

「国の指針もない状況では・・・」

指針を出す

しかし、慎重に

プロセス・ガイドライン

内容は3点

- 1 医療ケアチーム
- 2 徹底した合意主義

本人の意思の尊重 しかし、家族も

- 3 緩和ケアの重視・充実の必要性

終末期もさまざま

- ①ガンの末期 ②救急の場合 ③高齢で慢性病

批判→相変わらず法は不明確

プロセス中心の、しかもガイドライン(法的効果のない指針)
→異なる立場からの疑問

- 1 実体的に、何をすれば法的責任(特に刑事責任)を問われ、何をしても法的責任を問われないかがわからない限り、現場は混乱するだけで意味がないとする議論
→医師・病院会など
- 2 プロセスを尽くせば何でもできる(患者を死に追い込むことができる)という不安・危惧
→ALS患者の会など

その後の動き

- 1 2007年6月「尊厳死法制化を考える議員連盟」要綱案
- 2 2007年11月 日本救急医学会ガイドライン
<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.htm>
- 3 2008年2月 日本学術会議終末期医療分科会報告書「
終末期医療のあり方について－亜急性型の終
末期について－」
- 4 2008年7月 射水市民病院事件送検(厳しい処分を求めず)
- 5 10月NHKで千葉の患者について報道
- 6 10月終末期医療のあり方に関する懇談会開始
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html> (上記3が資料添付されている)

延命医療中止の法案要綱案

2007年6月「尊厳死法制化を考える議員連盟」要綱案骨子
(定義)

- ・臨死状態は、すべての適切な治療を行っても回復の可能性がなく、かつ、死期が切迫している状態
- ・延命措置とは、患者の治癒を目的としないで単にその生命を維持するための措置(栄養、水分の補給を含む)

(延命措置の中止)

- ・患者(15歳以上)の書面による意思表示があり家族が拒まないとき、医師は延命措置の中止ができる
- ・臨死状態は2人以上の医師が判断

(効果) これらの要件を満たせば適法

(罰則)

- ・臨死状態の判定の書面を作成しなかったり、虚偽の書面作成などは 50万円以下の罰金

このままの法律が通ったら

★一方で、不本意な死の危険

★★他方で、この要件を満たさない限り、延命治療の中止ができず、不本意な生の危険

英語では

over-inclusiveness、under-inclusivenessの問題

日本語では、広すぎる・狭すぎるという問題

「適切な範囲での実施にならない」

法のもつ画一性・画一的適用という欠点のため

救急医学会ガイドライン

★(終末期医療に関する法的な明確性を期待したという気持ちはあるが)このガイドラインは、人の倫(みち)に適うことを行って法的に咎められることになるはずがないという考えによります。

★基本的な考え方・方法

救急現場では救命措置を中止する方が適切だと思われる状態があるにもかかわらず、その対応が明確に示されていない。したがって、…

日本学術会議(ガンと終末期医療)

2008年2月報告書

45 年前、名古屋高裁は積極的安楽死の六要件を、12 年前、横浜地裁は安楽死の四要件を示した。この要件がすべて満たされれば、適法な安楽死として認められ殺人罪には問われないとする、当該事件における裁判所の判断基準を掲げたものである。因みに現在に至るまで、この要件を満たして適法とされた、積極的安楽死の事例はない。これらの要件は、患者の終末期の耐え難い肉体的苦痛を除去したり緩和したりする手段が、客観的に見て他になく、患者の死だけが救いとなる事態を想定している。現在の終末期医療、緩和医療の進歩を考えれば、これらの要件はもはや役割を終わったものと考えられる。他方では、本報告書の対象とした「亜急性期における終末期医療」に関しては、未だ同法の判断基準は不明確なままである。

(一方で、末期医療の内容の充実はまだ十分でない)この事態を打開すべく国も、学会も、医療従事者もがん等の終末期医療の充実に向け、着実な取り組みを展開している。今後の大いなる発展が期待される。

医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の終末期医療全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそ重要であり、これこそ本来の終末期医療のあるべき姿と当分科会は考える

終末期医療のあり方について

— 亜急性型の終末期について —

終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の変更・中止等は、患者本人の意思表示が明確な場合には、患者の意思に従うべきである。少しでも長く生きたいと希望する患者には、十分に緩和医療を提供しながら残された生を充実して生きられるように適確な援助を行う。

緩和医療が十分に提供されていても、延命医療を拒否し、その結果、死期が早まることを容認する患者には、リビング・ウィルも含めその意思に従い、延命医療を中止する。

- ・ 患者本人の意思が確認できないまま終末期に入り、家族から延命医療の中止を要請されたときには、「患者に最善の医療」という観点から検討し、結論として要請を受け入れる場合と受け入れない場合があつてよい。

患者が何を望むかを基本とした、家族による患者の意思の「推定」を容認し、家族が患者の意思を推定できない場合には、医療チームは家族と十分に話し合った上で、患者にとって最良の治療方針を判断する。当分科会としては延命に全力を尽くすことを基本前提としつつも、関係者の衆知を集めて延命医療の中止を選択する余地を残すこととした。

なお、患者が拒否しうる延命医療の内容・範囲については、人工呼吸器や人工透析等の積極的治療のほか、鼻孔カテーテル及び静脈注射等による栄養補給についても、その方法が人為的である点に鑑みれば、病状等を十分に考慮して、中止してもよい場合があると思われる。

不明確な法＝実は明確なメッセージ

1 行き方・死に方は個人の自由の問題→画一はいや
「こうなったら死になさい・これでも生きなさい」の拒否

2 これまでの検察・警察・裁判所の態度

「法を過剰に恐れる必要はありません。これは法律の問題
ではありません」。→24枚目のスライド参照

3 終末期医療の倫理=何がよいかはわからない

そのときは、せめて手だてを尽くすのが人間の知恵

What がだめなら Howで。これがプロセス重視

今後とも、「何が本当にこの患者のためになるか」で悩むブ
ロセス、手だてを尽くすプロセスを定めること。

千葉の病院の事件でも

- 院長先生のためらい
- 法律的な点を理由にしているが、実は、
- 人の生死の判断に関するためらい(千葉県警が介入し起訴する確率は低い←射水市民病院事件すら起訴されていないから)

- ためらいや悩み・迷いがあって当然
- →それを不要にする法律なら危険

結びに代えて

わが国でも呼吸器外しだけで刑事処分された例はない

刑事司法への恐れ

→本来の医療者の考え方をむしろ阻害

いかに死ぬか、いかに生きるかの問題は、法律ではなく、医療倫理と個人の問題意識のあり方(それは変化するもの)による

補足資料：現代刑事法研究会第1回終末期医療と刑法(ジュリスト1377号2009年4月15日号)

井田良教授「少なくとも刑法上の評価にあたっては、「治療行為を最初から差し控えること」と、「開始した治療を中止すること」とは同列におくべきだ。

佐伯仁志教授(人工呼吸器を付けると外せないというので付けないという例があるというのは)「非常に不当なことだと思います」。・・・「プロセス・ガイドラインに従って判断がなされれば、そこに警察が介入することは考えられないのではないかと私は考えていました」。

山口厚教授「私も全く同感です」。

原田國男裁判官「本来ですと刑事事件になるべきでない分野のように思います」。