

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1

◆内 容：終末期医療及びケアあり方 について

(2) ご意見

1. 「終末期医療に関するガイドライン」は、介護保険制度の「看取り介護」においても適用されるものと解してよいか。
2. 介護保険制度では対象者を「医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断したもの」（厚生省告示第23号・平成12年2月10日）としているが、同一の内容を想定しているのか。
3. ガイドライン(たたき台)では「多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。」とあり、判断基準は特に示されていないがこれを示すべきではないか。
4. 介護老人福祉施設においては「多専門職種の医療従事者」に介護従事者を含めてよいか。
5. 介護保険制度の「看取り介護」では、医師の診断に基づき多職種合同チームを設け判断することとなっているが、介護老人福祉施設の場合、医療従事者は少数の医師(大多数が嘱託医師)及び看護師のみであり、医学的知識を有する者が少ない。その場合のガイドラインを示してほしい。
一案として、可能な限り入院させ、その結果をもとに施設の医療・ケアチームを設置し、「看取り介護」の開始を判断する方法もある。その場合、病院の協力が得られるよう、行政的に制度化してもらいたい。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1—①

◆内容：「医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて」について

(2) ご意見

終末期になる以前に、ある年齢になったら「医療の事前指定書」を記入することを制度化することが必要である。自分がどのような医療を受けたいか、あるいは受けたくないかを日頃考える習慣を国民につけてもらうような取り組みが必要。事前指定書に関しては、気持ちが変わったらいつでも変更できることを明らかにしておく必要がある。

医学的妥当性と適切性は医療専門職からみれば当然の思想であるが、妥当でかつ適切な医療を受けることが即ち患者のQOLに繋がるとは限らないことから、その医療の結果がどのようなものになるかの長短両所を説明すべきである。その上で、患者に選択させたほうがよい。患者が意思決定できないような状態のときには事前指定書に沿うことになるが、その場合も家族に確認することが重要である。

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号：2 (1)

◆内容：患者の意思の確認ができる場合 について

(2) ご意見

① 患者一人でインフォームを受けたとしてもどこまで理解できるか疑問である。特に専門用語が使われたら、ほとんど理解できないだろう。また、医療専門職から言われると反論できず、押し付けになる虞がある。

家族も日頃接触の多い家族と遠方に住んでいる家族とでは、患者に対する思い入れが異なり、ただ身元引受人に伝えればよいというものではない。

そのためにも、患者と家族全体との終末期医療を考える機会をつくる意味合いもあって、ある年齢に達したときに「医療の事前指定書」の制度化を願う。

② 患者自身が意思決定できるとは限らない。患者の意思が再確認できるとは限らない。同意書を誰に書いてもらうかが明記されていない。

「医療の事前指定書」は本人と代理人2名が署名することになっている。事前指定書に沿って医療の内容を決定した場合、患者本人が署名できない状態ならば、代理人が署名すればよい。

「同意書」という表現は医療者中心の表現である。「患者自身の選択」という視点がない表現である。

(1) ご意見を提出される点

- ◆項目番号：2(3) _____
◆内 容：多専門職からなる委員会の設置 について

(2) ご意見

ただでさえ忙しくて思うような医療・看護が行えないという現場から乖離した案である。治療方針の決定のために委員会にする必要はなく、多専門職によるカンファレンスでよい。ただし、終末期に関する医療の内容と看取った家族の感想を定期的に調査し、看取りの作法・手法・技法を進化させていく仕組みとしての委員会の設置は必要である。

他医療機関・他施設との、ベンチマーキングができるような指標ができる
とよい。

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2

◆内容：終末期医療及びケアの方針の決定手続き について

(2) ご意見

1. ガイドラン(たたき台)では終末期医療は、本人の意思決定を基本とし、本人の意思確認ができない場合は、家族等の話から本人の意思推定、推定できないときは家族等の助言を参考に本人に最善の治療方針をとっているが、

介護保険制度の「看取り介護」では、「回復の見込みがないと診断したもので看取り介護計画について本人または家族等の同意が得られたものに加算するとしており、看取り介護開始について本人の意思決定を明記されていない。

これを統一すべきではないか。

2. (2)の②の「家族等の助言を参考」について具体的に示してほしい。
3. (2)の③の「家族等の中で意見がまとまらない場合」、医療機関ではない介護老人福祉施設での対応についてガイドラインで示してほしい。
4. 本人の意思確認は、何時の時点で行うか、ガイドラインでは専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームドコンセントの結果、本人の意思決定を基本としている。

介護老人福祉施設の場合、次の方法で本人の意思確認を行いたいが如何か。

- ①入所時に本人の終末に関する意向を確認する。例えば、「終末期医療に関する確認書」及び家族等の同意書を作成する。
- ②その後の変化については、随時確認し、経過を記録する。
- ③「本人の意思決定が出来なくなった場合は、家族等の話から本人意思を推定する。

年齢等不詳

終末期のガイドライン作成といっても癌の終末期と老衰の終末期を分けて議論すべきと思います。とにかく癌が扱われがちですが、老人保健施設、在宅では老衰による終末期の患者の扱いに非常に戸惑いを覚えます。食べられなくなったら、点滴をするのか、胃ろうをいれるのか、本人の意思確認が第一といって認知症のある患者の意思をどこまで本人の意思というのか。経験的には認知症のない老人に将来胃ろう作成を望むかと聞くと全員望みませんが、いざ、認知症が進み飲み込みが困難になった患者の耳元で大きな声で「食べられなくなっていましたから、鼻から管を入れていいですか!」と聞くとほぼ全員がわずかに首を縦に振ります。国も、医師のためのガイドラインと合わせて、医療費削減を考えるなら、老衰による終末期のガイドラインをしっかりとつくり、そこにあてる手当てを十分にとるべきだと思います。

また、私は現在特養、老健、在宅の終末期を診ていますが、特に特養、老健での終末期医療に対する整備の絶対的な不足を感じます。自分は毎週家族を集め老衰に伴う終末期の診かたを相談していますが、施設内で終末期医療をやるというのは医師にとって非常に労があるにもかかわらず何の手当ても無いので、これでは特養の終末期医療は進みません。今後はどれだけ国が在宅に誘導しても、やはり施設で最期を迎える人が増えるはずで、国も特定施設などの有料ホームに在医総管をつける無駄な金があるなら、より重症度の高い介護施設でまじめに終末期医療やっている医療に重点を置くべきです。でないと、現状では特養の患者は全員老衰すれば病院に送られ胃ろうを作られるという不経済が続くはずで、

年齢等不詳

終末期医療についての患者の意思による医療指示書の確認について。

終末期医療の設計は、患者本人の意思をどのようにして確認し要望を実現するかの問題であり、家族の意向は二次的であり、場合によっては家族の意向は患者の意思に反する場合が生ずる。これは、危険率の大きい手術や、臓器移植の場合のインフォームドコンセントとその確認とは本質的に異なるものである。

終末期医療には以下の二つの異質な医療行為を含む。

1. 苦痛緩和の医療と人生最後の質を上げるための医学的援助に限る場合。
2. 過剰な生命維持装置装着の拒否や、人工的な栄養補給・水分補給を行わないとの要望がある場合の対応。

この二つには社会的に混同出来ない基本的な違いがある。

1. の場合には患者本人の希望であり、その意向に沿うのが当然であり、本人以外の関係者に異論は生じないと思われる。
2. の場合は言い換えれば、医療技術的には生命を長引かせる可能性がある場合においてそれを行わず、結果的に生命を短縮する行為である。この場合には、家族の意向と反する場合や、家族間で意見の食い違いが起こったり、相続権者にとっては利害関係が生ずる可能性も生ずる。

したがって、終末期医療指示書を必要とするならば、

終末期医療指示書に関する患者の意思の確認には、患者と利害関係の生じない第三者の確認がもっとも患者の要望を忠実に証明する方法である。

ただし、国内のある公立病院のガイドラインの例を見ると

過剰な延命資料を拒否する申し出

私は、現在の私自身の病状を十分に認識し、過剰な延命治療を拒否する申し出をいたします。

署名： 患者氏名、 家族代表氏名(患者との続柄)

蘇生処置を行わない要望書

私は、現在の病状を十分に認識し、家族とも話し合っ、最期の時にも無意味な蘇生処置が行われず、自然な死が迎えられるよう要望いたします。

署名： 患者氏名、 家族代表者氏名(患者との続柄)

となっていて、何れも、家族の署名を要求している。

このような場合、医療機関側にとっては以下のような困難に直面する。

家族代表としての署名者の法律的な有効性。

家族代表の認定を誰が行うか(当事者の申請で有効か)

民事上の問題

生命を短縮する可能性のあることから相続権者間の争いに巻き込まれる可能性が考えられる。

以上の困難を避ける最も問題の少ない解決策としての提案は、

遺書(遺言)と同じような法的拘束力のある「死亡選択遺書」として法制定を確立する。

その場合には、患者本人の自筆ならば、必ずしも、弁護士や司法書士、第三者の署名が無くても有効とすることが出来る。

アメリカの事例

Living will、 Treatment directive、 死亡選択遺書(Babylon 辞書による)

この事項は、アメリカでは州法のカテゴリーであり、現在法律的に明確な州とそうでない州がある。

現行の2,3の州政府の書式に共通するのは、具体的にリストアップされた条件にマークする方式である。

表示項目は、終末期の場合と植物人間の場合に分けてそれぞれの場合について、延命方法としての生命維持装置の装着可否と、栄養補給チューブや、人工的な水分補給のプロセスの実行拒否についての意思確認をするものである。

この書式には2名の証人の署名が必要である。

証人資格

ウイスコンシン、テキサス州の州が決めている書式では、

証人は本人と血縁関係や夫婦、遺産の分与権やどのような法律的制限をも持たない人物であること。 Wisconsin

証人のうち一人は治療計画をした主治医でなく、本人と血縁関係。夫婦でないこと、遺産分与権や財産請求権が無いこと。本人と関係のある医療関係者やヘルスケアなどの管理職、雇用者でないこと。 Texas

ジョンズ・ホプキンス病院の書式

特に資格条件無し Johns Hopkins Medicine


10月31日 2006

終末期医療に関するガイドラインへの意見 II

患者の終末期医療に関する確認書の種類とその取り扱い。

患者の要望に基づく終末医療要望書は以下の、3種類によって異なる取り扱いをすべきである。

I. 患者が終末期の医療について、漠然とした希望条件を家族に表明している場合。

医療方針は医療チームが患者の意向を聞き、家族の意見を含めて作成する。

この場合、書面の宛先は担当医療責任者とし、家族の確認署名が必要である。

II. 患者が専門家の助言を得て作成した終末期医療指示書を所持している場合。

書面の宛先は、医療責任者、家族または法的代理人でなければならない。

終末期医療指示書に記載されている患者の意思の確認は、この指示書を作成した医療チームに属した者を除き、患者と血縁関係や、利害関係の生じない的確な第三者によってなされているべきである。

III. 死亡選択遺書

社会のシステムとして、遺書(遺言)と同じような法的拘束力のある「死亡選択遺書」としての法制定を確立する。

その場合には、患者本人の自筆ならば、書式にとらわれず、必ずしも、弁護士や司法書士、第三者の署名が無くても有効とすることが出来る。

ただし、この場合、処置が医療上の責任義務に抵触する場合は医師の判断が優先する。

40歳代、女性、会社員

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1

◆内 容： 終末期医療及びケアの在り方
について

(2) ご意見

出来る限りの痛みの緩和に努めて頂いても、あとは痛みと戦うだけなどという状態になった場合、それは、本人にとってはもちろんのこと、家族にとっても医療団にとっても、ただツライだけの状態だと思います。ですから、積極的な安楽死については、是非ともご検討いただきたい。ガン患者としてお願いいたします。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1 ①

◆内 容：終末期医療の判断について

(2) ご意見

享年86歳の父（膀胱癌）を4年前に看取り、三年介護してきた84歳の母が二度目の脳梗塞により緊急入院して三週間になります。

父は高齢のため手術はできず、ぎりぎりまで自宅にて療養していました。本人も家族も大変でしたが、納得しての入院でした。

入院五日目にて意識がなくなり、家族のこともわからない状態に陥り、家族の誰もが死を受け入れました。そのまま苦しまずに旅立ってもらいたいと皆が望んだのです。家でも十分苦しんだのですから。悔いのない介護をしたのですから。

にもかかわらず、「大学病院は生命を維持させることが命題。何も治療を受けないというわけにはいかない」と、痛む治療を施し、拒むことが罪悪と言わんばかりに輸血を薦められ、結局1ヶ月近く苦しむだけの延命に終わりました。

そして「延命治療は受けたくない」とずっと言ってきた母が、今また、病院側の「基本的ケアで中止することはできない」と、栄養と水分補給の下、ぜいぜい息をしながら、もう動かぬ両手足に点滴の針をうたれ、痰の吸引のたびに顔を苦しくゆがめているのです。

21歳の息子は「ばあちゃんは拷問を受けている」と言い放ち、娘も主人も57歳になる姉も私もみなその思いです。

終末医療のあり方が早く立法化し、過剰医療を正してもらいたいと切に願います。

人はいつか死ぬのです。平均寿命を超していれば、実子が望めば、チームも簡素化していいのではないのでしょうか。

ケアチームによって慎重に判断されるべきは、80歳以上では判断を仰ぎたいという思いの本人、家族に限定しても差し支えないと思います。

高齢者の家族は「年なのだから」と納得した思いが潜んでいるので、チームによる慎重な判断より主治医と上司（やはり二名は欲しい）の判断で十分です。静かに逝かせてもらえることが、亡くなった後も「あれでよかった」と死を穏やかに受け入れることにもなりますから。

70歳以上、男性、無職

終末期医療、厚生労働省ガイドライン案を医事新報で拝見しましたので、愚見を述べさせていただきます。

2. 意見

全体を通しての意見ですが、積極的安楽死は医療の問題としては認められない、と記載されています。しかし、終末期医療と安楽死とは不可分の関係と思います。何年か前に横浜地方裁判所で、安楽死の認められる条件が示されたと思います。ぜひ、ガイドラインに入れてください。

私自身、現在は致命的疾患には冒されてはいませんが、将来致命的疾患にかかった場合は負担の多い治療はお断りさせていただき、ぜひ安楽に一生を終わりたいと思っています。

このガイドラインの範囲外かと思いますが、無理な延命による医療費は本人、家族の大きな負担です。老人医療費も高くなります。命はお金に替えられないとは、奇麗事で、実際には無理に延命させられた場合の医療費は皆本人、家族の負担になります。

年齢等不詳

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」への意見

終末期医療及びケアの方針の決定手続きの（２）患者の意思の確認ができない場合

意思の確認については、慎重に行なうことを望みます。昨今は、傷病名を患者に知らせることはあたりまえになっていますが、精神的に弱い人もいますので患者や家族にとって最善な方針を選択することが必要だと考えます。

私の義父は、平成15年12月中旬に胃癌と肺転移の診断で正月までもつかわからないと言われてましたが、化学療法で胃と肺の癌は消失し、今でも生きております。患者には癌であることは今でも話していません。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

- ◆項目番号： 2(1)
◆内容： 患者の意思が確認できる場合 について

(2) ご意見

当方、医療倫理学を専攻としております大学4年生です。アメリカ合衆国における『延命治療に関する医師指示書 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment』の研究を行っております。

項目2(1)におきまして、患者の意思が確認できる場合は、医師と話し合いの上で確認された本人の自己決定に基づく判断をなすとされておりますが、その部分に疑問を感じました。

まず、その話し合いの中身が全く明確になっておりません。回復の余地がどの程度残っていればどうしてほしいのか（経口栄養が摂取できなくなった時点か、意識が戻ることはない判断された場合なのか）、また延命治療という言葉はどの程度（人工呼吸器装着のことのみに指しているのか、それとも点滴を行い水分補給することから含んでいるのか、等）まで適用するのか、そのあたりの内容に触れていません。医師がどの程度まで説明をするのかのガイドライン（テンプレート）が必要だと思います。

次に、自己決定に重きを置いており、患者の家族が全く無視されている点に疑問を感じました。癌治療における説明でも、まず家族に説明し、その意志を確認することが行われております。癌治療以上に生死に深く関わるこの問題に関して、家族の存在を全く無視していることに違和感があります。患者と家族の意志が乖離していた場合、その判断をめぐって訴訟問題が起きることも考えられます。延命治療を行った場合に介護を行い、入院費を払うのは家族であり、また、患者が死んだあとに残されるのも家族である以上、本人の意志だけですべてを決めてしまうようにとらえられるガイドラインを採用することは危険性があると感じます。

医師が治療を決める時代から、インフォームドコンセントが定着して患者が自分で治療を決めるようになって久しく思いますが、なにもかもが自己決定で済んでしまうことはないと感じております。家族、また近い人々と話し合い、医師も患者も含めて、まわりの全ての人が「いい最期だった」と納得できるようなガイドライン作成を望みます。自己決定に重きを置きすぎ、そこから取り残された人に不満を残すようでは「いい最期」にはならないのではないのでしょうか。

死は、死ぬ者にとっては全ての終わりかもしれませんが、家族など残された人々にとっては悲しみや寂しさなどをもたらす、生の中のイベントのひとつです。その部分を考慮に入れたガイドライン作成をお願いしたく、このたび意見させていただきました。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

- ◆項目番号：2. (1)、(2)、(3) について _____
◆内 容：患者の意思の確認ができない場合 について

(2) ご意見

2. (1) ②

患者の意思は、時間、病状の進行、家族関係によっても大きく変遷し、日によっても大きく変わるものである。どの時点での意思が、患者の本意なのか、定めにくい。

よって、患者の意思確認においては「更新（上書き）」していくよりむしろ、時系列的にそれを残していく方が適切だと思われる。過去を再考しながら、患者は意思決定を更新していくことからそう言える。よって、場合によっては、その時の患者の意思よりも、患者の意思決定の過程に重きを置く方が適切な場合がある。

(2)

「患者の意思＝家族の意思」となるケースは決して多くないのが実情である。病状が重い患者ほど、家族を思いやり、自分の意思とは対照的な決断・判断を示すことがある。その場合、2つの立場が考えられる。

1) 患者が表層的に取り繕った「患者＝家族」の意思を尊重することが患者の願いである。

2) 内在化している患者の真意を表象化することが患者の願いである。

2) の場合、患者の本心がなかなか聞き出せないという問題がある。

患者は、医療関係者および家族に対して、ある一定の距離を設ける節がある。自分の意思は自分で決定しなければいけないという面と、誰にも影響を受けてはいけないという面からである。そのため患者の真意を探るためには、出来るだけ患者と遠く、利害関係の少ない独立した相手がいることが望ましい。そうでなければ、よく言われているように、患者は患者としての役割を演じてしまうからである。