

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に 提出された意見の整理

平成 18 年 9 月 15 日～平成 19 年 1 月 5 日の間に、提出された意見を参考に整理したもの

1 終末期医療及びケアのあり方について

- 終末期医療に対する現状の問題点について、このガイドラインによってどの点の改善を目指すのかを十分に認識した上で、国民の生命・健康を危険にさらす結果とならないよう、慎重な検討を行うことが必要ではないか。
- 患者本人の自己決定に重きを置き、患者家族の意思が軽視されないよう、家族や近しい人々の思いを汲むようなガイドラインにすることも必要ではないか。
- 医療従事者あるいは家族の誰もが、無理に生命を短縮したというような罪悪感を持たせない、トラウマとならない様な具体的なルールを定めるべきである。
- 終末期医療の提供の場にあわせ、①一般病棟 ②ホスピス病棟 ③在宅 ④居宅施設の少なくとも4つのケースを想定したガイドラインが必要ではないか。
- 終末期の状態として、例えばがんの終末期と老衰の終末期といった状態の異なるものについては、分けて議論をする必要があるのではないか。
- 終末期医療の対象となるのは、死亡時期の予想される患者（例えば、末期のがん患者）ばかりでなく、予期せずに終末期に至る患者（例えば、脳卒中）の患者も多く含まれており、後者についても考える必要があるのではないか。
- 終末期における通常の医療にまで煩雑な手続きを必要とすることは現場に負担を強いることになるので、そうならないためにこのガイドラインの対象となる「終末期における医療」の定義が必要ではないか。
- 「終末期」を定義しないと「終末期と見なされる患者」が増えてしまう可能性があるのではないか。

例) 終末期医療の定義：

現在行っている医療行為を中止した場合、24時間以内に命が続かなくなることが予測される状態

- 医学的妥当性、適切性の判断は、現場の医療従事者が行うべきと考えるが、判断の根拠となる基準等についても研究の推進が必要ではないか。
- 終末期において提供されるそれぞれの治療法（人工呼吸器の使用、経管栄養、維持輸液の点滴、中心静脈経由の高カロリー輸液、気管切開等）のメリット、デメリットについて整理し、患者・家族に正しく伝えることが必要ではないか。
- 日本では集中治療という分野の医療が確立しておらず、人工呼吸器をつけるつけないの判断を、患者に直接関わるチームのみで判断している現状にあるが、第三者的な立場から、人工呼吸器の判断をする専門の医師を養成し、そのよう

な医師がかかわるようにする必要があるのではないか。

- 「積極的安楽死」について、「医療として認められない」とするのではなく、これまでの裁判例等を参考にしながら、より望ましい医療やケアのあり方を検討することも大事ではないか。
- 臓器移植を前提としない脳死の判断基準といったような治療の原則を定め、複数の医師による診断のもと家族の同意があればよいというルールを定めるべきではないか。
- 出来る限りの緩和ケアに努めても、最後は痛みと付き合うだけの状態になった場合は、本人にとっても家族にとっても精神的に辛いだけであり、そのような人のためのケアの在り方についても考える必要があるのではないか。
- 末期がんの患者の多くのケースは、医療現場において適切に対応しており、もっとも問題になるのは救急患者の場合であり、その場合はいちいち委員会などを開催するのは困難ではないか。
- このガイドラインを守ろうとすると、会議ばかりで非常に時間がかかり、現場を知らない机上の空論ではないか。
- 何が法的に許容される行為であるかという実体的ルールを、治療中止の場面も含めて明確にすることが必要ではないか。
- 治療行為の中止等を行った際の結果に責任を持つのが、「担当医」、「チーム」「委員会」のいずれか明示すべきではないか。
- 終末期医療を中止した場合に、医療従事者や家族等の法的責任が問われるかどうかについて明確にすべきではないか。免責項目を盛り込むべきではないか。
- 治療行為の中止を行った場合に法的な責任が問われないように尊厳死の法制化が必要ではないか。

2 患者の意思の決定プロセスについて

(1) 患者の意思が確認できる場合

- 患者の意思は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて変化するものであり、また、その変遷が重要なので患者の意思の変遷過程がわかるようにすることも重要ではないか。
- 医療機関の都合により過度な医療が提供されることを防止するという観点から、医療・ケアチームによる判断よりも、患者本人・家族の判断を優先させるということも重要ではないか。
- 患者の終末期医療にかかる希望を、当事者（家族や担当医師ら）が聞き出すことが困難な場合もあり、その際に外部の人（ボランティア等）を活用することも必要ではないか。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

- 患者の意思が確認できない場合においても、文書にまとめておくことが必要で

はないか。

- 「家族等」の対象となる者の範囲を明確にする必要があるのではないか。

例) ・(文書等で)患者が指定する者

- ・患者の世話をしている者
- ・主たる介護者である家族
- ・キーパーソンである家族

等

- 家族等の話等から推定する、「患者の推定意思」は患者本人の意思と同等に取り扱うべきではないか。
- 患者の意思を家族等の話等から推定するのは無理なので、本人の意見とは別の意見として取り扱うべきではないか。
- 患者本人の意思がわからない場合は、いかなる場合であっても提供する医療を中止することは不適當ではないか。
- 患者の意思を推定する等のために意見を求める家族等の中に成年後見人等(補助人、保佐人、成年後見人)も含むか否かも合わせて検討する必要があるのではないか。

(3) 共通する事項

- 医師と患者が話し合うべき事項を具体的に示す必要があるのではないか。

例) 患者が選択する治療行為の具体例等(人工呼吸器、維持輸液等)

余命はどの程度か

等

- 現場の医師は自分の専門とする領域以外の医療行為については必ずしも適切な医療を提供しているとは言えないため、特に終末期医療については適切な医療が提供されているかどうかについて、外部の者が関与することも必要ではないか。
- がんの患者等、急変の可能性のある患者とその家族には、入院の際にあらかじめ、もしもの場合に備えて、希望を聞き、書面を作成し診療録のわかりやすいところに保管するといったルールも必要ではないか。

3 「医療・ケアチーム」及び「多専門職種からなる委員会」について

(1) 医療・ケアチームについて

- 医療・ケアチームが行う判断の範囲を具体的にすることが必要ではないか。

例) 患者の意思決定が医学的に妥当であるかどうか 等

- 日本においては、チームで意見をまとめる際に医師(主治医)の発言力が強く、医師の意見がチームの意見となってしまうことが懸念されるのではないか。
- 別途「委員会」を設置するのではなく、「医療・ケアチーム」がもっとも状況に精通しているので、チームで何度も話し合い決定することが重要ではないか。

(2) 多専門職種からなる委員会について

- 委員会の多専門職種には、医療従事者に限らず、法律・哲学・倫理の関係者も含めてはどうか。
- 多専門職種からなる委員会を設置できるのは、一定規模以上の病院であり小規模の病院で、委員会を設置することは困難ではないか。
- 委員会の設置が困難な場合に対応するための、相談の窓口を設置することも必要ではないか。
- 病院の入院期間は短縮されることを求められる傾向にあるため、終末期医療について判断を行う委員会は、各医療機関ではなく、地域に設置し活用できるようにする方がよいのではないか。
- 委員会の判断や助言・決定を法的に保護する仕組みが必要ではないか。

4 在宅における終末期医療の意思の決定プロセスについて

- 在宅における終末期の患者の治療にあたっては、多くは診療所の医師が主治医であり、病院のようなチームでの判断や委員会の設置等は困難ではないか。
- 在宅医療を重視する観点から、地域におけるネットワークを十分勘案したシステムを構築することが重要であり、地域を活用することでより現実的なものとなるのではないか。

5 その他

- 厚生労働省で実施している「終末期医療に関する調査」は意識調査に重きが置かれており、終末期医療の実態を捉えるためには不十分であり、適切な実態把握が必要ではないか。
- 終末期の意思決定過程に関する情報を集約化し、社会に還元する取組も大切ではないか。
- 終末期医療の方向性は、多くの国民にとって重要な問題であり、広く国民で議論する契機とする意味でも、ガイドラインを広く周知することが必要ではないか。
- 法整備を行えば広く国民にも拘束力を持つが、ガイドラインでは担当者以外は目に触れることもない。国民の終末期医療に対する意識を変えるという意味でも法整備が必要ではないか。ガイドラインでお茶を濁して、現場に責任を押しつけるのでは仕方がない。
- 特別養護老人ホームや老人保健施設における終末期のケアに対する取組がおくられており、末期状態における療養の場所の選択肢を広げるという観点から、それらの施設においても最期を迎えられるような体制整備が必要ではないか。