

委員提出意見

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会
第一回検討会で協議された内容に関する意見

委員：仙台往診クリニック
川島孝一郎

注) 赤字は、ガイドラインに追加補充した文章とその根拠
青字は、ガイドライン内の既存文章に対する注釈・根拠

① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、**十分な情報提供がなされた上で¹⁾**、医療的妥当性と適切性を基に、患者の意思を**尊重して²⁾**、多専門職種**の医療従事者等³⁾**から構成される**医療・ケアチーム⁴⁾**によって慎重に判断すべきである。

注) **十分な情報提供¹⁾**：医療情報（主に本人の身体に関わる現在の状況と、後続する因果的過程及びその結果を含む）と生活情報（主に本人に関する医療情報に基づく家族全体の生活環境・介護力・収入等の生き方の変化と対応、考えられる範囲での将来予測を含む）の両者が同等に提供されることが必要である。

医師はもはや疾病論・症候論に基づく身体情報のみでは説明責任を果たしたことはならない。豊富な生活情報に基づいて、身体変化がもたらす生活変化にまで踏み込んだ情報提供を行わなければならない。『生き方の説明』が求められる時代である。

を尊重して²⁾：患者の意思を第一としながら、しかし、現在の危難に対する本人・家族を含めた多専門職種全体での協議が、最も「今を反映している」結論になると考えられる。

- ・そもそも、意思は必ず周囲の影響を受けながら構成されるものであり、周囲から隔絶した本人の独立した意思ではあり得ないこと
- ・患者の意思は常に変化すること
- ・過去の事前指示はその時の事情によって作られたものであり、現在を反映するものとは限らないこと
- ・事前指示が医師の責任回避のための道具と化してしまう危険性があること

等³⁾：医療従事者以外を含む他専門職種を意味する。医療従事者特に医師のみでは、医療情報の提供だけが行われてしまい、「どのように生活環境が変わるのか・その変化の中でどのように生きるのか」が現在はまったく説明されていない。

医師が医療行為を決定する権限がある故に、数々の医療事故・呼吸器はずし等が医師の先行・単独行為によってなされてきた。失敗を繰り返さないためにも、医師の決定を確実にするためにも、多専門職種による決定プロセスが不可欠である。

必ず MSW・地域連携室職員等が関与し、さらに必要な場合は行政の障害高齢課・居宅支援及び施設支援事業所職員・民生委員等の在宅ケアの参加を含むこと。生きられ

る環境の整備。

医療・ケアチーム⁴⁾：

- ・医療法における医療提供体制。

わが国では「医療法」第1条の2において医療のあり方が示されている。「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。(《改正》平13法153)」これは、医療の担い手が、いわゆる「チーム」で医療を提供することをうたったものである。

- ・診療報酬上の評価が、多職種のいわゆる「チーム医療」に対して行われている例を示す。

- ・リハビリテーション総合計画評価料：480点

“医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し”

- ・いわゆるチーム医療に関する業務の評価（加算）

- 栄養管理実施加算：12点（1日につき）

施設基準：“医師、管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、栄養状態、摂食機能、食形態を考慮した栄養管理計画を作成”

- 医療安全対策加算：50点（入院初日）

施設基準：“医療安全対策の研修を受けた看護師、薬剤師等専任の医療安全管理者を配置”

- 外来化学療法加算：（1回につき 300点→400点）

施設基準：“専任の医師、薬剤師、看護師等を配置し”、文書による患者への情報提供

- ・終末期医療、緩和ケアにおける医療の提供は、チームによってなされる。

国立国際医療センター 緩和ケア科 「診療マニュアル（V.1.5）（緩和ケアマニュアル）」 2004/01

（http://www.imcj.go.jp/sogoannai/kanwakea/images/manual/manual_v1_04_01.pdf）

患者のためのケア

医療スタッフは、すべての患者の不快感に注意をはらい、適宜、診断・評価を多職種で行う。不快感とは、身体・精神両面の問題をさす。症状

の緩和目標は、患者本人のニーズ、自己決定を最優先して設定し、医療者の価値観が先行しないように努める。

チーム医療

患者の意向と異なる家族の申し出や、患者の意思が確認できないときの家族の求めには慎重に対応し、多職種でミーティングを持つなどする。さらに、終末期の鎮静など倫理的問題を含む場合は、単独のスタッフでの判断は禁忌である。

不快な症状を呈しやすく病状変化の速い悪性腫瘍については、特に症状緩和や心理的支援が重要となる。必要に応じた専門的な関わりを多職種で行う。

- ② ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

コメント [M1]: 主語の明示

注) 疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和: 現在の緩和医療においては疼痛コントロールに抵抗する稀な痛み以外は、癌性疼痛は完全に緩和されることが常識である。さらに、最終的には鎮静によって完全に苦痛を取り除くことが可能であり、人間は100%身体的・心理的苦痛からの開放がなされる。

しかしこの緩和医療を実践できる医師は医師全体のわずか15%である。自分の緩和医療技術が劣っていることを、「本人がづらい・痛いと言っているから」等にすり替えて死期を早めることが行われてはならない。

本人の意識がない場合は「無意識・深睡眠・昏睡」であり、苦痛が一切ないと解釈されるので安楽死する必要がない。

精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケア: 患者だけではなく、家族も含めた生活者全員のケアが必要であり、死後のグリーフケアも病院医療の中に含まれる。

- ③ 積極的安楽死や自殺補助等の死を目的とした行為は医療行為ではない。十分な緩和によって、終末期医療及びケアのプロセスが適正に履行されるように努めるべきである。または、

- ③ ①②を踏まえて、十分な緩和を行うことにより積極的安楽死・自殺補助を医療として回避し、終末期医療及びケアのプロセスが適正に履行されるように努めるべきであるとすべきである。

注) 「積極的安楽死」⁷⁾: 削除には反対。理由を以下に示す。

- ・緩和が充分に行える医師が 15%しかいない現状においては、自分の技術のなさを安楽死に転嫁して、これを実行してしまう危険性が否定できないこと 注⁴⁾
- ・意識がない状態の呼吸器装着者は「積極的安楽死の要件」に該当しないのではありません。必要がないにも拘らず、既に多くの患者が（水面下において）呼吸器をはずされてしまっている実状を防ぐこと
- ・「積極的安楽死の要件」については、現在の緩和医療の水準であれば十分な緩和によって、この要件を満たす症例は出現し得ないにもかかわらず、それを明確に理解している医師が非常に少ない。現状において、この文言を削除すること自体＝呼吸器をはずせる、と誤解する可能性があり危険である。「治療行為の中止」を拡大解釈されないためにも、適切な表現を用いて記載することが望ましい。

・積極的安楽死・自殺幫助は医療ではない、ということを検討会が明示しておかないと、削除したことにより、検討会自体が積極的安楽死を容認したと批判される⁸⁾。

・尊厳死を望む団体も、安楽死を認めていない。

・WHO は安楽死を法律で認めるべきでない、との立場を明示している。

WHO の見解(がんの痛みからの解放と積極的支援ケアに関する WHO 専門委員会, 1989 年)

WHO 専門委員会はパリアティブケア(緩和ケア)における治療法が発達している現在、安楽死を法律によって認める必要はないとの立場をとる。なぜなら、痛み苦しみながら死ぬことを避けるための実際的な方法が存在するので、法律によって安楽死を認めよとの圧力に従うことなく、パリアティブケアの実践に集中すべきである。委員会の結論は以下のようにまとめられている。

- a. 生命維持治療が疾患の経過を好転させず、死への過程を延長するにすぎなくなり、しかも患者の希望に合致しないとき、生命維持治療を開始しないことも、あるいは中断することも、倫理的に正当である。
- b. 意識がない患者や意思を表明できない患者の代わりに、患者があらかじめ指名した家族、保護者、近親者と協議した上で、医師がこのような決定を行うことも倫理的に正当である。
- c. 患者の命を縮めるかもしれないとの理由のみによって、痛みその他の症状の治療に必要な量での薬の投与を差し控えるべきではない。
- d. 安楽死(薬を用いて死を積極的に早めること)を法律で認めるべきではない。

・米国神経学会は、安楽死や自殺が、仮に法的に許容されるようになったとしても、学会としては認めないという立場を鮮明にしている。

米国神経学会倫理人権小委員会による公開表明

医師の手を借りた自殺、安楽死、そして神経内科医による患者の死を直接的に目的とし

コメント [M2]: 検討会が積極的安楽死を容認したととられかねない。

コメント [M3]: 「安楽死とは違います "Dying with dignity" is different from "Euthanasia". 尊厳死と混同しがちですが、安楽死は第三者が苦痛を訴えている患者に同情して、その患者を「死なせる行為」です。それに対して尊厳死は不治かつ末期の患者本人の「死に方」のことで、「死なせる」こと（殺すこと）とは違います。」
(日本尊厳死協会)

たそれ以外のすべての行為、それらの行為が法的に許容されるようになったとしても、当学会はそれがその事実によって道徳的あるいは倫理的に認められるという意味ではないことを確認する。学会は死にゆく患者に対する適切な思いやりのある介護を提供することができなかつた社会、そして現代医学の失敗が、医師がその行為のなかで人の死を加速させたり、加速する手助けをすることが許容されうるといふ主張を正当化させるとはみなさない。

The Ethics and Humanities Subcommittee of the American Academy of Neurology. Assisted suicide, euthanasia, and the neurologist [Position Statement]. *Neurology* 1998; 50: 596-598.

- ・地裁という下級審の判例である。
- ・傍論

以上のことにより、当委員会は、決定プロセスを重視するのであり、決定がなされるプロセスの積み重ねを最も重要とする⁹⁾。

コメント [M4]: 判例拘束的な上級審の判断ではない。「判示部分は、極論すれば、実態のない言葉の羅列にすぎない。判例拘束的な上級審の判断であれば格別、そうではないこの判決から、われわれ実務家が一定の規範を導くことは困難であるし、むしろ危険ですらある。」と指摘する法律家もある(畔柳達雄：医療事故と司法判断、判例タイムズ社、2003年10月)

「終末期医療に関するガイドライン」（たたき台）について —意見書—

社団法人 日本看護協会

【ガイドラインに加筆・修正していただきたいこと】

<要 旨>

- 1) 十分な情報提供に基づく患者の意思決定を尊重すること
- 2) 患者の家族の範囲には、患者にとって最も身近で重要な者を含めること
- 3) 多専門職種からなる委員会に関して、第三者機関の活用を可能とすること

日本看護協会（以下、本会という）は、看護職をはじめとする医療従事者が、患者の権利及び尊厳を尊重しながら、その人らしい最期を迎えることができるよう役割を果たすために、以下の事項が重要と考えます。

1) 十分な情報提供に基づく患者の意思決定を尊重すること

医療従事者は、常に医療の主体である患者とその家族を支援し、患者の権利及び尊厳を尊重する立場にある。そもそも「患者の意思」とは、患者（とその家族）が納得のできる十分な情報提供を受けたうえで、主体的に決定されるものとする。加えて、生死にかかわる重大な決定は、その病状の進行や時間の経過等に伴い揺れ動くことが多いとされる。

そのため、「1 終末期医療及びケアのあり方」の「①」中の「終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、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」を、「終末期医療における医療内容の開始、差控え、変更、中止等は、患者及び家族が納得できる十分な情報提供を行ったうえで、患者の意思決定を尊重し、医学的妥当性と適切性を基に」に改め、さらに「情報提供を行う際には、意思決定は一度限りのものではなく、何度でも変更が可能であることを患者及び家族に説明する」という文言を追加する。

また、終末期医療及びケアの方針決定や医療内容の実施の過程などの経緯については、可能な限り詳細に記録に残す必要があることも明記する。

2) 患者の家族の範囲には、患者にとって最も身近で重要な者を含めること

患者の意思の確認ができない場合、患者がその人らしい終末期を過ごすためには、患者にとって最も身近で、患者のことを十分に理解している者が患者の意思を推定することが必要である。

近年では、夫婦別居生活や婚姻関係のないままの共同生活など、多様な家族形態が存在している。そこで、ガイドラインにおける「家族」には、婚姻関係等に縛られない、患者にとって最も身近で重要な者を含めるということを明記する。

3) 多専門職種からなる委員会に関して、第三者機関の活用を可能とすること

治療方針の決定に際し、医療内容に合意が得られない場合等、多専門職からなる委員会の助言は大切なものであり、この委員会が機能することが重要となる。「2 終末期医療及びケアの方針の決定手続」の「(3)」に示されている「多専門職種からなる委員会」は、中規模以上の病院等に設置することは可能と思われるが、職員数の少ない小規模病院や社会福祉施設、在宅医療を担う診療所やクリニック等では、その設置は困難である可能性が高い。設置が困難な場合は、当該地域を包括する第三者機関（例えば、医療安全支援センター等）の活用を可能とすることを、選択肢のひとつとする。

【ガイドラインの普及に向けた今後の課題】

<要 旨>

- ・ 終末期及び終末期医療に関する教育を徹底すること

本会は、今後ガイドラインが活用されるためには、以下の点が課題であると考えます。

患者やその家族が主体的に意思決定を行うことを可能にするには、医療従事者が、いのちの終結のあり方に関する議論や多様な事例を通し、終末期及び終末期医療に関する知識・技術を高めながら、チーム医療のあり方や倫理的検討について理解し、実践することが必要である。

また、患者の望む終末期医療を提供するためには、医療従事者だけでなく、患者自身が自らの望むいのちのあり方について日頃から家族等の親しい者と話し合い、決定しておくことが必要である。そのため、今後、広く社会に対して、死に関する教育を行うことが課題であると考えます。