

委員からの事前提出意見

○池上委員

- ・回収率の具体的な数値を記載。
- ・「医療福祉従事者」：医師、看護師、介護職員とした方が、職種ごとに分析している実態を反映。ちなみに、介護老人福祉施設の看護職はいずれか？
- ・P4.II.1 家族に伝えるための話し合い重要性について、「重要であると思われるが、詳しく行っていたのは3%に過ぎない。しかし、家族等の中から、あなたに代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことに賛成であるのは63%であったので、一般国民向けに話し合いの普及啓発」としては。（私は、医師が普及啓発に重要と考えています。）
- ・ガイドラインについて。ガイドラインに沿った体制、及び周知に関して。担当した患者が亡くなることに遭遇が1ヶ月に1人以上と、それ以外で異なる傾向を示していることを記載。確かに介護老人福祉施設の方が認識が高いが、それは遭遇経験の相違に基づいている可能性があります。

○川島委員

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」結果と今後の方策について

*クロス集計結果について

回答者の傾向を知るうえで必要な分析であり、結果を解釈して、政策に活かす意義は大きい。しかし、報告書等で発表する場合に、分析結果の一般論を踏まえて、それはそれとして、個別具体的に人生の最終段階における選択を行うべきであることを明記する必要がある。

「受けたい治療」についての一般国民の回答で、治療を希望する者の属性は、処置の内容によらず、男性、低年齢、高学歴、高収入で、身近な人の死別体験がない、という傾向がうかがわれる。この結果の解釈については、特に慎重であるべきである。実際に治療を選択する場合、ひとりひとり状況が異なるので、調査結果にあらわれた属性の傾向によらず、個別に意思決定支援のプロセスを重ねることが重要である。

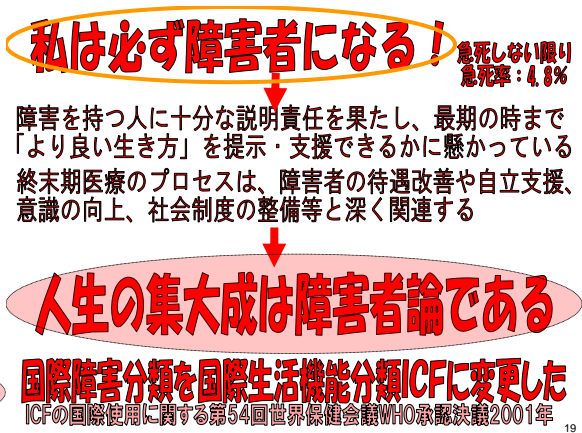
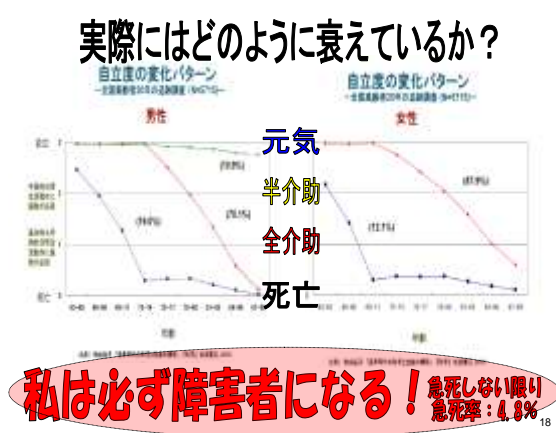
*今後の方策について

1) ガイドラインの活用については、現任者の教育・研修のみならず、医学・歯学・看護・

介護等の学生教育における医療倫理教育の充実が重要である。医育機関等教育現場の取り組みについて、文部科学省と連携して実態を把握し、医療教育の実をあげる方策を打ちだすべきであろう。今後の内科、総合診療等専門医教育においても、人生の最終段階における意思決定を支える教育を重視すべきである。

また、研究倫理審査委員会とは別の、臨床倫理に特化した委員会のあり方について、今後さらに検討していく必要がある。

2) 日本人の衰えの行程において、90%以上が半介助・全介助を経て死亡する(東京大学秋山弘子教授データ：図1)ことが知られている。



半介助・全介助の後に死亡する行程そのものが、心身障害を持ちながら最期を迎えることに等しいことからすれば、人生の最終段階を論議すること自体が、すなわち心身障害者論について論議することとなる。障害を持つ人に十分な説明責任を果たし、最期の時までより良い生き方を提示・支援できるかに懸かっている。

人生の最終段階における医療のプロセスは、障害者の待遇改善や自立支援、意識の向上、社会制度の整備等と深く関連する。

このことから、WHOが2001年に、国際障害分類(ICIDH)を改編し「生活機能=生きることの全体」を中心にすえた国際生活機能分類(ICF)を取り入れることが、心身障害を経て亡くなる大部分の国民に関わる、人生の最終段階における医療にとって必須の内容となるものであると考える(以上図2)。

次回以降の終末期等の医療提供体制や、人生の最終段階等の医療提供体制の論議の際には、絶対に欠かせない国際生活機能分類を取り入れることを提言する。

○川本委員

*本調査の結果について、適切な表記となるよう以下の点について修正を求めたい。

p.3 一つ目・

3. 医療福祉従事者としての人生の最終段階における医療について（回答者：医療福祉従事者）

- ・担当される死が間近な患者（入所者）の治療方針について、7割以上が医師や看護・介護職員等の関係者ととも患者本人や家族と十分な話し合いを行っていた。

<意見>

この7割は、「十分行っている」、「一応行っている」という二つの回答を含んだ割合である。“十分”と“一応”では、話し合いの内容のレベルの差があり、意味合いが異なるため誤解を生ずる恐れがある。それぞれ正確な数字を明記すべきではないか。

p.3 二つ目・

- ・担当される死が間近な患者（入所者）の治療方針の決定に際して、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているのは2割、知らないものが3～5割であった。

<意見>

今後、ガイドラインの普及にむけた具体的な方策を検討する上では、ガイドラインを知っているのに「参考にしていない」と回答した者が一定の割合あったという結果は重要である。明記すべきではないか。

4. 施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況（回答者：施設長）

p.3 一つ目・

- ・死が間近な患者の治療方針について、医師と看護・介護職員等の関係者が集まって十分な話し合いについて、病院と介護老人福祉施設の8割以上で行われていた。

<意見>

この8割は、「十分行われている」、「一応行われている」という二つの回答を含んだ割合である。“十分”と“一応”では、話し合いの内容のレベルの差があり、意味合いが異なるため誤解を生ずる恐れがある。特に所属別の回答では、病院では「十分行われている」22.3%、「一応行われている」58.8%と「十分行われている」の割合が低い。それぞれ正確な数値を記載すべきである。

*以下の事項に関する意見

1. 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保について

<意見>

国民が、意思表示の書面（リビングウィル/事前指示書）を作成するには、終末期の医療や療養の方法に関する選択肢の情報や具体的な終末期の療養がイメージできなければ困難であろう。

まずは、終末期の療養方法が選択できるよう十分な情報提供を行なうとともに、健康なうちから人々が生老病死について考える風土の醸成と、例えば子供の頃から生死に関する教育を行う等の議論が必要だ。

2. 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療提供体制の整備について

(1) 患者の意思の尊重とプロセスガイドラインについて

p.4 一つ目・

- ・ガイドラインを「知らない」と回答した医療福祉従事者が3～5割であることについて、ガイドラインの普及啓発等をどのように進めていくか。

<意見>

- ・調査結果では、患者本人や家族との話し合いを「行っている」場合であっても、ガイドラインを「参考にしている」という回答割合は低く、終末期ガイドラインは使わずに話し合いを行っているものと推察される。一方、話し合いを「行っている」という回答者では、大まかな基準や法律に定めない形でのガイドラインを望む回答が多かった。

以上の結果から、終末期医療に携わる医療者のニーズを踏まえ「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の内容やボリュームなどの妥当性、有用性について調査し見直しを行ってはどうか。

- ・医療職、介護職の多くは、病院や介護施設など、就業する場での専門分野の知識や経験は身につくが、終末期の医療や療養の仕方に関する幅広い知識は習得しにくい。

終末期医療に携わる医療従事者は、所属する場に因らず、患者や家族の望みに応じて適切な情報提供と意思決定支援を行えるよう、基礎教育から継続教育にわたって継続的に終末期医療について学ぶ機会が必要である。

3. 次回の調査への提言

<意見>

- ・家族形態の変化を組み込んだ調査の実施

今後、独居世帯が増加し家族形態のあり方も変化していく。終末期医療の選択において家族以外の第三者に相談をして決定したり、患者本人のみで意思決定をしなければならない状況も生じるだろう。

本調査は、旧来からの家族形態を前提として設計されているが、今後の終末期の医療の方向性を検討するには、将来の新たな家族のあり方や国民の意識などを組み入れた調査を実施すべきであろう。

- ・調査の項目設定においては、例えば、家族や知人などの終末期に際し、医療や介護をどう選択すべきか判断に困った経験の有無などを尋ねたうえで、様々な回答を得ると、今後の具体的な対策が検討できるデータ収集が可能となるのではないか。
- ・医療職、介護職が患者との話し合いについて「一応行っている」「行っていない」と回

答する者が一定数あったことから、十分行えない背景について検証し、対策を講ずるべきではないか。

○中川委員

・報告書の1ページ目Ⅰ2三番目と四番目の・に次のように書かれています。自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて、一般国民の約7割、医療福祉従事者の7-8割が賛成していた。

・前問で、書面の作成に賛成と回答した者のうち、実際に書面を作成している人は一般国民の約3%であった。

私は、この差こそ、私どもが今後解決に取り組むべき事項と考えています。その解決の糸口として、4ページのⅡ1三番目の・のように携帯カード等の工夫が大切になると考えています。無論そのカードにどのような内容を含めるかは十分な検討が必要でしょう。

○樋口委員

今回の調査を基に、今後追求すべき施策についてより明確な提言をすべきだと考えます。

1 今回の調査（前回までの調査でも同じ傾向がうかがわれると思いますが）から明らかになった国民・関係者の多数の願いは、以下のように要約できます。

- ①一定以上の延命治療に消極的
- ②できれば「家」またはそれまでに居住していた空間で、穏やかに死にたい
- ③本人の意思を尊重することに賛成
- ④しかし、決められない人は家族等の代理人で
- ⑤法律で決めるのではなく、専門家によるガイドラインで

2 そうだとすると、今後、政策として目指すべき方向性は明らかなです。

- 1) 終末期医療・介護、緩和ケアの充実。これは後の5)につながる。
- 2) 終末期についての希望を聞く機会を増やす。

*それは家族に対しても同様であり、たとえばいざというときに救急車を呼ぶべきかどうかについて話し合う機会を増やすとともに、その判断について相談できる体制作りを図る必要がある。

3) しかし、機会を設けても、それでもそのような問題に答えたくない人が多いはずである。リビング・ウィル先進国であるアメリカでも実際に作成している人は3割という話も

聞く。そこで、そのようなケースでは、「少なくとも誰に委ねたいか」を聞く機会を設ける。

「この病院の医療ケアチームと家族に」、というならそれは厚労省プロセス・ガイドラインの趣旨と違わない。あるいは、家族、友人にというなら、それも有効な自己決定である。

4) 法律ではなくガイドラインという希望が多いのであるから、老年医学会等のガイドラインの啓発普及（現場からの意見を入れた改善も考える）を図るべきである。病院、介護施設、その関係者、そこにいる人たちの家族への理解を求める。

5) 自宅等、安らかな看取りの場を設定し支援。これは家族への支援にもなり得る。

6) 「法律ではなく」ということとの関連では、在宅で死亡した場合に、警察が介入するような事態を防ぐ施策も必要である。地域の医師から死亡診断書が受け取れるような仕組みを明確化する必要がある。従来、終末期に関する法の介入（のおそれ）は、看取りの措置が同意殺人罪に当たる可能性があるとするような議論と、在宅での死亡後に、警察による検視介入を受けざるをえないという、いずれも異常な対応だった。これを防ぐことが必要である。

7) なお、今後、増加する問題として、相談できる人もいない孤立死と、認知症の人の死亡の問題がある。これらについては、特に慎重で実際の状況に具体的に対処できるような工夫が必要である。

これらの方向性を明記した報告書にすることに意味があるのではないかと考えます。

○山本委員

- ・調査結果の数値が、～割と～%が混在しているので、%に統一した方がよい。