


第3回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会



# 第XV次日本医師会生命倫理懇談会 答申について

2017年12月22日

公益社団法人 日本医師会

副会長 松原 謙二

## 第XV次生命倫理懇談会 諮問及び委員名簿

### <委員>

- ◎高久史磨 (前 日本医学会会長)  
○大中正光 (福井県医師会会長)  
安里哲好 (沖縄県医師会会長)  
岩尾總一郎 (日本尊厳死協会理事長)  
川本利恵子 (日本看護協会常任理事、平成29年6月26日まで)  
熊谷雅美 (日本看護協会常任理事、平成29年6月27日から)  
久米川啓 (香川県医師会会長)  
権丈善一 (慶應義塾大学商学部教授)  
齊藤勝 (青森県医師会会長)  
清水哲郎 (岩手保健医療大学学長)  
須藤英仁 (群馬県医師会会長)  
田中秀一 (読売新聞東京本社調査研究本部主任研究員)  
徳永正靱 (山形県医師会会長)  
鍋島直樹 (龍谷大学大学院実践宗教学研究科教授)  
樋口範雄 (武蔵野大学法学部特任教授)  
平松恵一 (広島県医師会会長)  
町野朔 (上智大学名誉教授)  
横田裕行 (日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授)  
渡邊芳樹 (元 駐スウェーデン日本国特命全権大使) ◎=座長、○=副座長

### 諮問

「超高齢社会と終末期医療」

### <専門委員>

- 畔柳達雄 (日本医師会参与・弁護士)  
奥平哲彦 (日本医師会参与・弁護士)  
手塚一男 (日本医師会参与・弁護士)

# 答 申 目 次

## I 超高齢社会における終末期医療の現状と課題

1. 終末期医療と日本医師会  
—これまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ
2. わが国の社会の現状と終末期医療
3. 現在における課題

## II 本人の意思決定とその支援

1. 原則となる考え方
2. 事前指示書の普及と課題
3. 高齢者の意思決定支援
4. 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向
5. 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

## III 終末期医療におけるケアの質

1. 超高齢社会における終末期のケアの質
2. 本人の意思に基づくケア
3. 緩和ケアの考え方と実践
4. スピリチュアル・ケア—心理・社会的問題と医学以外のアプローチ
5. 在宅での生活および看取り

# I 超高齢社会における終末期医療の現状と課題

## 1. 終末期医療と日本医師会

—これまでの生命倫理懇談会の議論の大きな流れ

## 2. わが国の社会の現状と終末期医療

## 3. 現在における課題

### 【要旨】

これまで4期にわたり生命倫理懇談会で検討してきた、終末期医療に関する議論の流れを概説した後に、超高齢社会を迎えた我が国の社会・医療現場の現状や、海外における近年の「医師による自殺幫助」（Physician Assisted Suicide ; PAS）の合法化の動きについて説明。

その上で、現在における課題として、①患者の意思決定による終末期の生き方と意思決定支援の仕組みの工夫、②終末期医療の質の向上を図るには、どのような取り組みが必要か。その場合の質の向上とは何か—の二点を挙げ、それぞれ第2章、第3章で見解を示している。

## これまでの生命倫理懇談会の主な議論の整理(6頁～)

- 形式的に「いのち」を捉えて延命を図ることを過剰な医療とし、従来の延命至上主義からの脱却を繰り返し主張している。それは患者の尊厳ある死(尊厳ある生)を侵し、患者の意思にも最善の利益にも反している場合があるという認識に基づく。
- 医療側では多職種による医療・ケアチームによる判断を、他方で患者の意思を尊重することが何より重要だが、実際には家族の理解も同じように重要であり、これら関係者の合意を目指す努力とプロセスが重要である。
- 尊厳死法の法制化については、そのメリットを十分に認識しつつも、日本医師会としては、法制化に伴うデメリット(法律への過剰な対応のおそれと濫用の危惧)が大きいとして、医師会自体を含む関係機関によるガイドラインによることで、法的な免責も得られる状況が望ましいとした。

## わが国の社会の現状と終末期医療(7~10頁)

- 老老介護と呼ばれる現象が増加し、高齢者世帯に占める独居高齢者の割合が36.2%(2030年)になるとの推計もある。また、年間死亡者数が150万人(2025年)を超えて高齢多死社会を迎え、その中で相当数が、孤立死、孤独死のおそれがある。
- 平穏で適切な死に至ることを個々の高齢者について実現することが、現在最も重要で喫緊の課題である。現在では、病院ではなく、在宅医療での看取りや高齢者施設での看取りのあり方をどのように考えるか、救急体制と終末期医療の適切な関係はどのようなものであるか、さらに終末期に限らない緩和ケアの実現などが重要な課題として意識されるようになってきた。
- 終末期医療について、法律ではなくガイドラインで一定のルールを定めているのが、わが国の大きな特色となっている。現状としては、「関係機関が作成した終末期医療をめぐるガイドラインを遵守することで法的な免責も受けられることが望ましい」という状況が実現しているとも言える。(①射水市民病院事件のような事案をメディアが取り上げるような事態は生まれていないこと、②NHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が放映されても関係者に対し捜査の動きもないこと、③この問題で唯一の最高裁判決となった川崎協同病院事件判決より)

## 現在における課題<sup>(11頁)</sup>

- ① 患者の意思決定による終末期の生き方と平穏な死を実現するための意思決定支援の仕組みをどのように工夫するか。そして、在宅・施設・病院で、望まない医療を防ぐための具体的な方策は何か。言い換えれば、どのような仕組みやプロセスを用意するか。 ⇒ 第2章
  - ② 終末期医療の質の向上を図るためには、どのような取り組みが必要か。その場合の質の向上とは何か。 ⇒ 第3章
- ※ 海外における医師による自殺幫助（Physician Assisted Suicide；PAS／Physician Assisted Dying；PAD）の合法化の動きについては、わが国では海外の動きに追随するのではなく、終末期医療の質の向上を図る方向で倫理的な対応が進められており、その対応に異論はないとしている。（10、11頁）

## Ⅱ 本人の意思決定とその支援

1. 原則となる考え方
2. 事前指示書の普及と課題
3. 高齢者の意思決定支援
4. 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向
5. 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

### 【要旨】

本人の意思決定支援における、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の重要性を指摘するとともに、それは本人の自己決定にとどまるのではなく、医療者側からのアプローチがなされ、本人、医療・ケアチーム、家族等の関係者が話し合いを繰り返すものであり、そうしたことが可能となるような仕組みを作り上げていくことが必要である。

また、意思決定支援につきましては、地域包括ケアシステムの中で考え、かかりつけ医が大きな役割を果たすべきである。



## 原則となる考え方<sup>(12頁)</sup>

本人の意思決定支援について基本となる考え方は次の3つになる。

- ① 最も判断が困難な場合は、本人の意思が分からず、医療の現場でどのような対応をすべきか判断に困る場合である。このようなケースでは、患者の最善の利益を基準に、医療・ケアチームで判断する他ないが、このようなケースを増加させないための方策が考えられるべきである。
- ② 本人の意思が明確でないものの家族等が存在して、その意思を推定させる情報を提供してくれる場合は、一定の意義がある。しかし、それは次善の策というべきである、患者本人の意思決定支援の努力がなされるべきである。
- ③ したがって、本人による意思決定支援を行うことが本来であると考えられる。それをどのように支援して、最善の選択肢がとられるケースを増やすかが、現代の課題である。

## 事前指示書の普及と課題(12~15頁)

- 厚生労働省の意識調査では、約7割が事前指示書の作成に賛成しており、その重要性の認識は一定程度存在する。
- しかし、同調査によると、実際に作成している人は3.2%であり、そのような決断を先送りしている傾向がある。
- また、リビングウィルに関しては、それが自発的意思表示書であるほか、作成時点で、どれだけの情報を得、理解しているかが問われる上、それが現実に問題となる場面の情報(病状)は作成時点とは異なるという根本的課題もある。
- そこで、医療者がイニシアティブをとって、終末期の対応に関する希望を聞き、それをカルテに記録する動きが広まってきた。アメリカでは、POLST(Physician Orders for Life Sustaining Treatment)と呼ばれる医師の指示を作成する動きが広まりつつある。
- POLSTを含むACP(Advance Care Planning)の重要性が日本でも認識されつつあり、厚生労働省をはじめ、ACPを円滑に行うための試みが始められている。

## 高齢者の意思決定支援<sup>(15～17頁)</sup>

### ① 独居生活者の意思決定支援

ケア提供者がそれぞれの人生や価値観について、できる限り情報収集をすることが必須であり、一定の意思決定能力があるうちに何らかの意思決定支援の仕組みに取り込む必要がある。

### ② 在宅での意思決定支援

在宅医療に医師が関与する中で、医師や訪問看護師、介護職など他職種の関係者が連携し、その中で、家族も含めてACPを繰り返し行い、本人の意思決定支援を行うことが重要である。

(なお、厚生労働省のガイドラインは、主に病院を対象に議論された経緯があるため、在宅での意思決定にうまく対応していない難点がある。)

### ③ 成年後見制度とその問題点

成年後見人には医療的判断をする権限がないとされているほか、任意後見契約を結んでいる場合を除いて、裁判所によって成年後見人が任命されることから、少なくとも意思決定支援の方策ではない。成年後見制度に頼る必要を少なくするような、意思決定支援、ACPのプランニングが重要である。

## 意思決定支援についての最近の行政、学会の動向 (17~18頁)

### ① 厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」普及へ向けての取り組み

厚労省では、標記ガイドラインが医療現場と国民に理解されるよう努めている。ACPの実践には、患者が死の準備について考える機会を設けることが必要であり、そのために医療従事者の中で専門的な人材を養成する事業を開始した。2016年度は、同事業で開発されたプログラム(E-FIELD)を用いて、「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」が開催され、本年度も、引き続き同事業を継続することとしている。

### ② 日本集中治療医学会「DNAR指示のあり方についての勧告」

2016年に発表された標記勧告の前文で「この十数年間で終末期医療(人生の最終段階における医療)のあり方に関する理解が深まり、患者の尊厳を無視した延命医療の継続は大きく減少していると私どもは信じている」としながらも、DNAR指示が広がる中で、その適用範囲(心肺蘇生措置をしないという指示)を超えて適用される例があるとして、適切なDNARの実践の指針を明らかにした。DNARという処置に限った勧告ではあるものの、DNARの指示についても繰り返し患者と医療・ケアチームで見直すべきものだとしている。

## 意思決定支援における“かかりつけ医”の役割<sup>(18~20頁)</sup>

- 何かあった時に救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡がとれなかった時にどうするかといったシステムづくりをしておくことが必要である。
- 意思決定能力を失った独居高齢者については、かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの治療の選択の歴史を遡り、本人の気持ちを探るための努力が重要である。
- QODの実現(死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現すること)のためにも、高齢者には「私の心づもり」などの作成に対する啓発と、(気軽に)相談できる体制が必要である。
- 併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見なおしていくことが望ましい。たとえば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、健診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。
- 高齢多死社会での量的対応を迫られる中では、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役として活躍することも求められる。(こうした研修には地域医師会が指導的役割を果たすべきである。)

## Ⅲ 終末期医療におけるケアの質

1. 超高齢社会における終末期のケアの質
2. 本人の意思に基づくケア
3. 緩和ケアの考え方と実践
4. スピリチュアル・ケア  
ー心理・社会的問題と医学以外のアプローチ
5. 在宅での生活および看取り

### 【要旨】

医療は無論のこと介護を含めたケアの質を向上させていくことが課題。「本人の意思に反するケアは質の良いケアとはいえない」という基本を確認した上で、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアを実現することの重要性を指摘している。

緩和ケアについては、終末期に限らず疾患の全時期を通じて早期から必要に応じてなされるべきであり、身体的苦痛だけでなく、精神的、スピリチュアルな苦痛への対応も含まれる。

在宅での生活や看取りに関しては、それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活を続けることを可能にするように努めるのが適切であるとしている。

## 終末期のケアの質と本人の意思に基づくケア (21頁)

- 「本人の意思に反するケアは質の良いケアとはいえない」ということが基本である。
- その上で、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアを実現することが重要である。
- また、終末期医療における意思決定支援の取り組みは、介護についても当てはまる。
- ACPを通じて、高齢者の生活をより生きやすくするためのサービスの情報提供等を行い、本人の意思に基づき、かつ本人の人生にとって最善となるケアが現在以上に実現することが望まれる。

## 緩和ケアの考え方と実践(21~27頁)

### ① 基本的な考え方

緩和ケアが取り組む諸問題は、身体的(医学的)問題だけでなく、心理・社会的及びスピリチュアルな問題も視野に入っている。また、家族も対象とされており、遺族になってからのグリーフ・ケアのその範囲に含めて考えられている。尊厳ある死(尊厳ある生)を実現するために、終末期であるか否かを問わず、緩和ケアの充実が必要である。

### ② 緩和ケアを巡る状況

がん疾患について緩和ケアが見出してきたことの多くは、非がんにも適用可能であり、そうした意識の浸透を図ることが重要である。本人が快適に過ごせるようにすることを目指す緩和ケア的対応が、高齢者にとって最善である可能性を考慮に入れつつ、治療・ケアを選択することが適切である。

### ③ 今後の緩和ケアのあり方

がん疾患についていえば、はじめから緩和ケアを導入し、疾患への対応と、QOLをターゲットとするケアが併せて行われるべきである。また、高齢者のがん治療を今後どのように進めていくかという直近の治療選択に関するプロセスは、ACPのプロセスと併せて包括的に進めるべきであり、本人の今後の人生にとっての最善を目指すという見地で決められるものである。



## スピリチュアル・ケア

### ～心理・社会的問題と医学以外のアプローチ (27～30頁)

- WHOの報告を見ると、スピリチュアルは「人がその生きる世界をどのように根本的(包括的)に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているかに関わっている」と把握するのが適切である。
- 東日本大震災を機に養成がはじめられた臨床宗教師は、宗教宗派を超えた協力を基調とし、病院、社会福祉施設などの公共空間で、布教や宗教勧誘を行わず、相手の価値観、人生観、信仰を尊重し、医療・福祉機関の専門職とチームを組んで、スピリチュアル・ケアと宗教的ケアを行う。
- 日本においては、緩和ケアを論ずる際に身体的苦痛が中心になる場合が多かったが、今後は宗教的ケアおよびスピリチュアル・ケアの重要性も増すことが予想される。

## 在宅での生活および看取り<sup>(30、31頁)</sup>

- 終末期におけるケアの質の問題を考慮するにあたり、ケアがどこで行われるかという問題も重要である。多くの人は在宅での生活の継続と、そこでの平穏な死を希望している。
- 在宅での生活や看取りに関しては、それが意思決定支援の結果としての本人の希望であり、その人生の最善と見込まれる限りは、住み慣れた環境でできるだけ生活続けることを可能にするように努めるのが適切である。
- そのためには、地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接する、かかりつけ医や介護職その他の関係者が、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる。

ご清聴ありがとうございました。

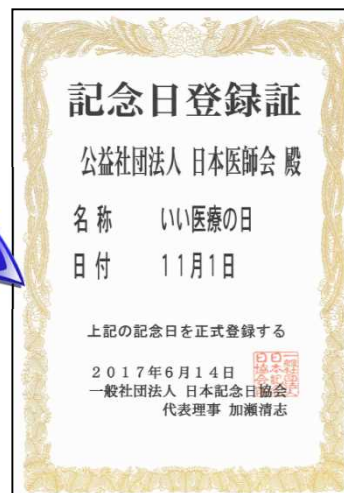


11月1日は  
「いい医療の日」

いい いりょう  
11月1日を  
「いい医療の日」に

日医では、11月1日を「いい医療の日」と定め、より良い医療の構築に向けて、国民の皆さんと考える日とすることを提案しています。

日本医師会  
Japan Medical Association



日本記念日協会に認定されました！

\*<http://www.kinenbi.gr.jp/>