

わが国の研究者らによる論議も既になされているところである¹⁴⁾。

3. 緩和医療における意思決定と臨床倫理

わが国の現状を鑑みると、終末期における意思決定ガイドラインが作成されるにしても、「延命治療をするべきか否か」という議論と同時に、まず患者自身が望む医療が行われるために、周辺環境の問題をどう整理・解決するか、ということが重要になる。

●インフォームドコンセントと自律性の尊重について

終末期における「意思決定」の問題は、病気の診断時から治療行為に関わる「インフォームドコンセント」の問題と切り離すことはできない。つまり、患者が医師をはじめ医療従事者から十分な説明を受け、治療の方針や終末期になった場合の延命治療の内容などを十分に理解した上で、自分自身の価値観に基づいた選択が可能な環境が整備される必要がある。

英国等と同様に、患者が「自分の病名や予後、治療について十分な情報を得る権利を持つ」ことが社会的に保証され、医療従事者が「わかりやすい説明と十分な情報を提供する責任を持つ」という環境の中で、はじめて患者はその権利に基づいた意思決定ができる。インフォームドコンセントは、患者が自分自身の健康問題に関する決定権を持つために、医療従事者と双方向で行う共同作業の一連の過程と考えられる。

英国において、生命倫理の面から強調されているのは自律性の尊重 (Respect for Autonomy)、善行 (Beneficence : A duty to act in the patient's best interest = 患者にとって最善となる行為をする義務)、無害 (Non-maleficence : A duty not to harm = 患者に害を与えない義務)、公正 (Justice) の4点である¹⁵⁾。特に終末期医療においては、「自律性の尊重」が基本的な生命倫理として強調されている。「自律性の尊重」は米国はじめ多くの国で「自己決定権の尊重」ということと同義とされているが、英国では自己決定に限らず人間を自律的な存在とする総合的な能力と捉えている。たとえば、道徳的直感をもてること、自己規律をもてること、外部からの強制を受けずに思考できること、そしてインフォームドコンセントが行えることなど、が「自律性の尊重」として捉えられており、個人的な能力としてだけでなく、それが実現できる社会的環境も包含している。したがって、自律性が病気や事故などで低下し損なわれている場合、自律性を守るための社会的な仕組みが必要となる。それが、「事前指示書」であり、「医療代理人の指名」ということである。治療の差し控えと中止という問題も「自律性の尊重」という観点から捉え、様々なガイドラインを作成している。この点はわが国の医療における意思決定のあり方を考えてゆく上でも参考となる観点である。

●苦痛緩和のための鎮静と相応性の原則

鎮静の倫理的な基盤として、英国では“二重効果の原理 (Doctrine of Double Effect)”が基本的な臨床倫理として示されている。この原理によれば鎮痛薬の投与や鎮静によって患者の苦痛を緩和することを意図した医療行為は、一方で患者の生命予後を短縮させる可能性があったとしても、実施する医師の「意図」があくまで苦痛を緩和することになれば倫理的に許されるとする¹⁶⁾。しかし、「二重効果の原理」には批判もある。明らかに生命予後が短くなる状況で許されるのか、また、鎮静によって死期が早まるという医学的根拠は乏しいといった批判である。

鎮静ガイドラインでは、「患者の状態（苦痛の強さ、他に緩和される手段がないこと、予測される生命予後）、予測される益 benefits（苦痛緩和）、および、予測される害 harms（意識・生命予後への影響）からみて、鎮静がすべてとりうる選択肢のなかで、最も状況に相応な行為であると考えられる」場合、倫理的には「相応性の原則 (principle of proportionality)」として許容できるとした。しかし、相応性の原則にも批判はある。益と害の比較は予測されうることに限っては可能であるが、医療は不確実性を伴い予測範囲外のことも起こりうる。また、行為の結果として生じた害が倫理的に許されるには「意図」を問題としなくてもよいか、といったことである。これは、治療の中止・差し控えの倫理的基盤にも共通した問題である。

鎮静をはじめ、臨床上のジレンマが生じうる医療上の決定について、その基盤となる生命倫理上の基本原則がなにか、さらに学際的な立場からの検討が必要と考える。

4. おわりに

患者が自分自身の医療に参加する権利は、1978年のプライマリ・ヘルスケアを提唱した「アルマ・アタ宣言」に明示されている¹⁷⁾。1981年の世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」¹⁸⁾に記された11原則で、医療における患者の権利はより明らかとなった。米国や西欧・北欧諸国においては、患者への十分な説明と患者の同意に基づいた医療サービスの提供を基本とすることが普及している。わが国では1990年に日本医師会生命倫理懇談会から「日常診療における『説明と同意』とは、医師の患者に対する説明と、患者がその説明を理解・納得した上で、患者が同意することをいう。医師の説明とは、医師が、患者にわかりやすく、患者が理解できる言葉で、病状、診断、予後及び治療方法などについて説明することである。患者の同意とは、医師がとろうとしている処置について、患者が理解・納得して、承諾することである。」との定義づけが行われた¹⁹⁾。1991年には患者の権利のあり方をまとめその法制化を主張する「患者の権利法をつくる会」が設立され²⁰⁾、1992年には日本弁護士連合会が「患者の権利の確立に関する宣言」においてインフォームドコンセントが患者の権利の不可欠な構成要素として認めているが、患者の権利が法律として制定されるには至っていない。

最近、発行された「世界のリビングウィル」（発行：日本尊厳死協会）では、こうい

った「患者の権利」の法制化を前提にリビングウィルなどの事前指示や医療上の代理人について、法律を制定している国々の現状がまとめられている。英国は、法律を制定せずに裁判の判例などに基づいた「慣習法」の立場をとるが²¹⁾、一方で、英国ではすでに紹介したように医療関連団体や専門学会が事前指示や意思決定の過程に関する詳細なガイドラインと文書を準備しており、これらが慣習法に基づいた法的な裏づけを持つと考えられる。すなわち、英国においては、終末期医療に関連したガイドラインとそれらに実効性をもたせるための法律上の整備は、車の両輪のような関係にあるようである。今後、わが国の終末期医療における意思決定に関しては、わが国の現状に即した方法論の確立と、それに必要とされる倫理的・法的基盤をどう体系付けて整備するかを含めた包括的議論が行われる必要があるであろう。

(注1：ここでは、イングランド&ウェールズとスコットランドを総称して「英国」と呼ぶものとする)

(注2：本原稿執筆現在、英国上院では医師の自殺補助法案に関する討議が行われている)

<参考文献>

- 1) Mount B: morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: definitions and fact, not anecdotes. J Palliat Care 12:31-37,1996
- 2) 緩和医療学会：苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン.2005年3月発行
- 3) The Patient's Charter for England: Putting the Citizen's Charter into practice in the National Health Service. <http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm>
- 4) "Your guide to the NHS": Friday 26th January 2001, Reference number: 2001/0055
- 5) Advance statements about medical treatment -code of practice, BMA, April 1995. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/codeofpractice>
- 6) Advance statements - BMA Views, BMA, revised May 1995. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/advancestatements>
- 7) Consent toolkit, 2nd Edition, BMA, February 2003 <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/consenttk2>
- 8) Seeking patients' consent: the ethical considerations, GMC, November 1998. <http://www.gmc-uk.org/standards/CONSENT.HTM>
- 9) Seeking consent working with children, DoH, November 2001.
Seeking consent working with older people, DoH, November 2001.
Seeking consent working with people with learning disabilities, DoH, November 2001.

- 10) End of life decisions –views of the BMA, BMA, June 2000.
- 11) Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making, GMC, August 2002.
- 12) Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation, BMA, January 2002.
- 13) Good Medical Practice in Paediatrics and Child Health, Royal College of Paediatrics and Child Health 2002.
- 14) 玉井真理子他、重症新生児の治療停止および制限に関する倫理的・法的・社会的・心理的問題。成育医療研究委託事業研究「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」分担研究班 2001 年度報告書
- 15) Ethics in Public Health, Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press, 2001.
- 16) End of Life Issues – Ethical Issues, UK Clinical Ethics Network. www.ethics-network.org.uk, 2005.
- 17) アルマ・アタ宣言, Declaration of Alma-Ata ; WHO,1978.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1
- 18) 患者の権利に関するWMAリスボン宣言。1981年(1995年修正)
<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html> (日本医師会による邦訳)
<http://www.wma.net/e/policy/14.htm> (世界医師会サイト：英語)
- 19) 日本医師会第Ⅱ次生命倫理懇談会「『説明と同意』についての報告」平成2年1月。
- 20) 「患者の権利法を作る会」1991年設立 <http://www02.so-net.ne.jp/~kemriho/>
- 21) 日本尊厳死協会：世界のリビングウィル.2005年11月発行

<追記>

* 本稿は共著者加筆の上、下記に掲載。

児玉知子、志真泰夫「緩和医療における意思決定と倫理的課題－英国における終末期医療関連ガイドラインから」病院, Vol65. No.2, p127-131, 2006

第2章－3

日本医師会より

(資料 終末期医療をめぐる諸問題)

資料提供 日本医師会 土屋 隆

終末期医療をめぐる諸問題

はじめに

医学・医術の進歩はめざましく、これまで不治の病とわれてきた癌疾患のようなものに対しても有効な治療方法が見出され、また、救命医療の発達により、これまで諦めざるをえなかった生命が救われ、かなりの程度の延命も可能となった。

しかし、このような恩恵がもたらされた反面、われわれ医療者は新たな問題に直面することになった。(中略)ここでは、終末期医療に携わる医療関係者が置かれている現状を再検討して、医師が現時点で認識しておくべき問題点について検討する。

I. 問題点の整理

さまざまな検討が行われてきたが、議論の対象とされる「終末期医療」「末期医療」の定義がその報告書により異なるような状況にあるため、その結果、議論がしばしば混乱する原因となっている。そこで、日本医師会医事法関係検討委員会(赤倉昌巳委員長)がまとめた答申「終末期医療をめぐる法的諸問題について」¹⁾のなかの定義に則り、「終末期医療」を「狭義の終末期医療と」「広義の終末期医療」とに分けて、それぞれの場合に起きる問題点を整理した。

つまり、「狭義の終末期」とは、「疾病・障害により少なくとも2週間以内に、長くとも1か月以内に死が訪れるのが必至の状態である期間」であり、その間に行われる通常の医療を「狭義の終末期医療」と呼ぶことにする。「広義の終末期」とは、「生命維持装置の適用にもかかわらず、合理的な医的判断の範囲内では、死を招かざるをえないような疾病・傷害によって引き起こされる不治の状態、生命維持処置の適用は患者の死の瞬間を延期することだけに役立つ状態で生存している期間」と考え、そこでなされる医療を「広義の終末期医療」と定義しておくことにする。

1. 狭義の終末期医療

狭義の「終末期医療」とは、一般的に言えば、患者が1、2週間、長くとも1ヶ月間で自然に死に至る終末期を迎えたときになされる医療であり、患者が自然に死を迎える

過程でなされる衣料ということになる。しかし、たとえば、癌のように、多くの患者が終末期の癌性疼痛に苦しみ、鎮痛を主たる目的とする「緩和療法 (palliative care)」の導入が必要とされる疾病もある。つまり、終末期医療の中にも、通常の医療を施しながら経過をみていけばよい、医療専門職である医師が日常的に行っているものと、これに対して、緩和療法のような特別の治療処置を要するものがある。これには、2つの法的な問題がある。

その第1は、緩和療法が効果的である場合に生じる問題である。緩和療法は、WHO (世界保健機関) の基準に基づく場合でも、最終的にはオピオイド製剤の使用が必至とされる。同剤の使用は一方において麻薬取締法による厳重な管理と配慮が必要であり、同時に他方において生命短縮の可能性がある。過大投与、過量投与は絶対に避けるべきである。しかし、患者の症状から医学的に許容される範囲の量を使用した場合には、その結果、ある程度生命が短縮されてもやむをえないのであり、法的にも許されると考える。この点については先進職の見解はおおむね一致しているようである。

さらに、第2の問題は、通常の緩和療法によっては効果が得られない、または、効果がなくなった場合である。法律的には「安楽死」の可否の問題が考えられるが、医師は決して関与すべきではない。緩和療法に類した医学的処置を施しながら、安らかな死を迎えられるよう医師は努力すべきである。

2. 広義の終末期医療 – 延命医療について

広義の終末期医療、特に「延命処置・医療が講じられている患者の延命医療の中止」が最も大きな検討課題である。延命処置が講じられた経緯との関係で、問題は2つに分かれる。

第1は、事故などによって救急救命の必要から患者の意思を確認することなく呼吸器を装着し、中心静脈、胃管などを通して栄養・水分補給をしているが、患者の意識が回復せず、かつ、呼吸器、栄養補給なしでは生きていけない状態が長期に続いている場合である。この場合は、まず PVS (persistent vegetative state; 遷延性植物状態) 患者であるか否かという検討が必要である。PVS 患者と確定された場合には、生命維持装置の取り外しについて、患者の事前指示があったか否か、あったとしてそれに従うべきか否か、なかったとすればだれの指示に基づき処理すべきかなど、さまざまな困難な問題を考え解決する必要がある。

第2は、たとえば ALS (筋萎縮性側索硬化症) 患者が、あらかじめ、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターなどで呼吸器が装着されたため、後刻、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは、呼吸困難な状態で本人の希望選択により呼吸器が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような例である。

この場合は、必ずしも終末期とはいえない時期に、患者が取り外しを求めたとき、医

師は患者の自己決定権行使に従うべきか、したがった場合の法的問題は何かという議論と関係する。

II. 3つの問題点

検討対象を以上のように定めると、対象となる患者の多くは慢性の経過をたどっており、患者および家族など患者を取り巻く人々と医師、および医療者との接触・交流の機会が少なくないことが特徴として挙げられる。したがって、医師・医療者と患者・患者家族との信頼関係を築き上げ、皆で共同して終末期の問題に対処し、解決していくことがこの問題の基本であり、出発点である。

そのようななか、現在なお、未解決の2つの問題があること、および最近になって新しい問題が1つ発生していることが明らかになった。

第1は、患者の意思を最上位においた場合、狭義の終末期には当たらないが、健全な判断能力を有し意識明瞭な、いずれ延命医療の差し控えを、あるいはすでに延命医療を受けている患者が、延命医療の中止を求めた場合に、医師はこれに従わなければならないのか、また従った場合に刑事責任を含めて法的責任を問われないかという問題である。

欧米先進国では自明の理とされる「患者の自己決定権」という言葉が、法理論家の間で日常的に語られてはいても、その行使をどこまで、わが国の医師が、そして法律家が許容しているかは依然として不明確である。わが国の「終末期医療」についての議論の出発点とされる、平成4年の日本医師会第III次生命倫理想談会「『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告」²⁾、平成6年の日本学術会議「死と医療特別委員会報告—尊厳死について—」³⁾が、いずれも患者の意思を最上位におき、終末期医療において患者の明白な治療の不開始（差し控え）・中止の意思表示があるならば、これを許容すべきであると主張したにもかかわらず、法務当局者は終始沈黙を守り、これにこたえなかった事実が存在する。

また、東京大学医科学研究所（東大医科研）事件の平成12年2月29日最高裁（3小）判決は、信仰上の理由から輸血を拒否する患者の手術を実施する医師に対して、緊急時には輸血をする方針であることを患者に明確に伝えるべき義務を課し、患者がそれでも手術を受けるか否かについて自己決定する機会を与えなければならないと判示することによって、「患者の自己決定権」を正面から承認している。

しかし、だからといって、たとえば呼吸器の装着などの生命維持治療によって生命を維持する意識明白なALS患者が、生命維持治療中止の意思表示をした場合に、司法が、直ちにそれが現行法制度上も当然に許容される意思決定であると認める判断を示すかは疑問である。つまり、現場におかれた医師は、患者が自己決定権を行使したからといって、その内容の実現が刑罰法規に触れる場合には、医師は、当然のこととして、患者の権利実現に協力できる状況にないことを意味している。したがって、医師が患者の意

思実現に協力する場合には、患者の意思に加えて社会的に正当とされる事由が存することが必要となる。

第2は、患者の意思確認の法的手段として” advance directives・living wills”（事前指示・リビング・ウィル）“の励行を先進諸国はもちろん、わが国でも一部の識者が進めてはいるが、その定着度はきわめて低い状況にあることである。その結果として、延命医療の差し控え・中止、特に中止が問題になる圧倒的多数の日本人が、意識を喪失する以前に、あらかじめ医療についての事前指示などしていないという現実がある。

このような実情のなかで、われわれ医療者はどうすべきか。患者本人の意思、患者の自己決定権尊重を貫く限り、事態の解決は不可能である。ここでは正確に言えば、患者の意思は不存在であるため、家族・友人などを通じて本人の意思を探索し、あるいは客観的状況を考慮して本人の意思を擬制するなど、さまざまな法的手段を用いて事態の解決を図る必要がある。家族などの間から代理人を指名して、この者に代理人としての判断ないしは代行判断をさせるやり方、あるいは、何が患者本人の最善利益であるかを考えて判断する方法を採用する国もあるが、アメリカの多くの州、およびヨーロッパの一部の国では、争いがあるときには裁判所において最終的な判断を求めることができる体制が整っている。

わが国では、事故などで患者が意識を喪失した場合に、成年後見制度により成年後見人を選任する道はあるが、その役割は被後見人の財産の保護管理であり、医療方針の決定などは対象外である。わが国でも、この種の問題を処理するための裁判制度の創設は絶対に必要である。人の生死の問題は、直接、刑罰法規など公序にも関係するので、法治国家を国是とする以上、この種の問題を裁判所の所管外として放置することは許されないと考える。

しかし、このような制度創設には時間がかかることも事実である。そのため、その制度ができるまでの次善、三善の策を講ずる必要がある。一般的に言えば、ある人が病気にかかったとき、患者の同居の家族など、患者と日常的に行き来をし、患者を直接・間接に面倒をみている家族が患者保護者の役割を果たしている。通常は夫婦、親子、兄弟などであるが、医師はこれらの人々と連絡を取り合いながら医療を行っている。

そこで、これらの家族を患者の利益擁護者とし、家族集団あるいはそのなかから選任された代表者に十分な情報を提供したうえで、治療の差し控え・中止を決定するという処置を取らざるをえないのが実情である。これらの人々が、患者の真の利益を代表していることが担保される限り、医師は患者の利益代表者と十分に話し合い、その意思決定に従って、治療の差し控え・中止をすることも許されると考える。

ただし、この利益代表者が、時に、患者にとって最大の利害関係者になりうることも留意しておく必要があるかもしれない。このような措置は、現段階では法的な手続きではないので、倫理委員会等の承認を経るなど、より慎重な手続きを踏む必要があること

は当然である。

第3は、老人保健法、介護保険法の制定によって誕生した「在宅医療」という新しい法的な制度、枠組みとの関係である。在宅医療の対象患者は広範であり、しかも地域によってさまざまである。脳出血後遺症で長期間寝たきりの患者、痴呆状態のために日常生活を営むのに支障のある老人はもちろん病院治療を打ち切られた終末期ないしはそれに準ずる癌患者も含まれている。また、在宅患者のなかには、呼吸器、胃管、経鼻管などを装着された患者も次第に増えている。すべてを一律に論じることはできないが、これらに対して、医師のみならず看護師、ケースワーカー、行政がどのように対処すべきかは喫緊の検討課題であり、早急に解決すべき問題である。

おわりに

望ましい終末期医療の実現を目指し、その議論の叩き台とするために、現時点における「終末期医療の問題点」について考察し、医療現場における留意点についても言及した。最後に、これらの諸問題を解決するために必要とされる環境整備に関して、日医・医事法関係検討委員会答申の提言を紹介して結びとしたい。

【 提 言 】

1. 法的整備の提言

延命治療の差し控え・中止は、刑法の諸規定、なかんずく自殺関与あるいは同意殺人さらには殺人の問題と境界を接している。医師は常に訴追の不安に曝されながら、この問題を処理しなければならない立場におかれている。多くの先進国ではこの種の問題処理のために、裁判所の関与を求め得る制度が確立しており、わが国でもこのような制度の必要性は、今後増しこそすれ、減ずることはない。たとえば既にドイツで実施されている健康事務代理人制度、その活動を監督しあるいは許可する権限を有する後見裁判所的な機能を家庭裁判所などに付与する法制度など、広義の終末期医療、延命医療の差し控え・中止などを裁判所が審理するための法的整備を可及的速やかに行うべきである。

2. 施設ガイドライン、地域医師ガイドラインの作成

医療施設、地域医師会あるいは各種医療団体は、地域の特性や医療施設の状況に応じ終末期医療についてのガイドラインを作成し、これを公表したうえで、それに従った診療を行うことを考えるべきである。特に、延命治療の差し控え・中止については明確なガイドラインを作成し、厳格にガイドラインを守った手続き、措置を講ずるべきである。

3. 専門学会による代表的な疾病ごとのガイドラインの作成

末期医療における治療の差し控え、中止が特に問題となるALS, PVSなどの疾患については、関連する専門学会がガイドラインを作成することが望まれる。

4. 倫理委員会の設置・充実

医師、科学者、法律家、学識経験者などで構成される倫理委員会が、医療施設、都道府県医師会などに設置されることが望まれる。

5. 終末期のあり方に対する国民的共通認識の醸成

臨死とその看取り、治療中止についての患者の自己決定なども含めて、終末期医療のあるべき姿について国民的な議論を深め、共通認識を醸成するために、国を挙げて取り組むことが望まれる。

文献

- 1) 終末期医療をめぐる法的諸問題について 日本医師会医事法関係検討委員会答申
平成16年3月
- 2) 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告 日本医師会第III次生命倫理懇談
会答申 平成4年3月
- 3) 死と医療特別委員会報告—尊厳死について 日本学術会議・平成6年5月

(本文は「国民医療年鑑」医療改革の視点 平成16年度版 日本医師会編より著者の許可を得て引用)

第2章－4

日本救急医学科医における立場と課題

－救急医療における終末期医療の特長と問題点についての報告－

杏林大学医学部救急医学教授 島崎修次

1 救急現場における終末期医療の背景と現状について

(1) 救急医療現場での終末期の現状

いわゆるホスピスと救命病棟では同じ“終末期”と言ってもその状況は大きく異なる。例えば進行癌を一例にあげると、癌の診断から治療にわたる比較的長い経過があり、その間に患者自身と主治医との信頼関係が構築され、またじわりと訪れる死を避けられないものと受容する時間的猶予が本人にも家族にもある。

一方、突然発症した重篤な病気や不慮の事故などの患者が搬入される救命病棟では、先ほども全く健康と思われていた人に突然に死が目前に迫る事態となる。われわれ救急医はどのように厳しい状況であっても全力を傾けて救命のための蘇生や治療を行い、たとえ救命できなくとも、1分1秒でも長く生命を維持するよう努力する。救急患者自身にはすでに意識もなく、おそらく急に暗闇に放り出されたようなものであろうが、患者の家族にとっては、全く青天の霹靂である。家族はまもなく訪れる肉親の死についての説明を理解することも受容することもできず、担当医との信頼関係も構築されないままで、心理的にはパニック状態である。

そのような経過の中で、当初は蘇生や救命のために装着した生命維持装置などを、「もう助からないから」と言って取り外すかどうかについては、家族としても一体どうしてよいかわからないし、決断などできる状況にはない。主治医の手にゆだねると任せられても、はずせばまもなく心臓が止まる装置には、医師といえどもそう簡単には手が出せない。

その結果として、すでに意識がないとはいえ、患者本人も望まないような延命措置を延々に行ってしまう、ただでさえ予期せぬ不幸を迎え悲嘆にくれる家族にとっては、いたずらに死期を遅延させられる“二重の苦痛”を与えてしまうことにもなりかねない。できることならこのような無意味な延命治療は回避したいが、救急現場の医師が自らの責任において治療を積極的に中止する行為はさまざまな誤解を招く恐れがある。

(2) 終末期における治療中止基準の欠如による問題点

救急現場では延命治療を中止することの方が妥当である状況があるにも関わらず、病状が複雑かつ重篤で治療も極めて困難であるために、死期の予測がそもそも難しい。

また死を確信できたとしても、以下のような理由により医師の判断だけにより延命中止を実行することは容易にはできない。中止の手段や方法にもよるが、医師が意図的に死期を早めることは、そもそも医師の倫理観に反するし、殺人や自殺幇助などの疑いをかけられる可能性もある。たとえ良識的な治療中止であっても、患者本人が事件や事故の被害者の場合には、加害者側からの非難を受けることすらある。またそのような事実が外部に漏れ、マスメディアにでも報道されれば、医師や病院が信頼を失う恐れもある。

(3) 救急現場における終末期医療の基準を作成する意義と方法

このような終末期医療の問題点が存在する救急医療現場においてこそ、合理的で妥当な終末期の判断と延命中止の基準が必要である。すべての医師が家族に理解を得てそれを遵守することにより、救急医療の終末期に対する社会的な理解と合意が形成され、問題解決につながることになるであろう。

しかしながら、救急医の間にも終末期の考え方や判断には多少のばらつきや幅があるため、救急医に対する意識調査を行い、学会が中心となり標準的な基準を模索する努力も必要となる。基準案が公表されたあとは専門医以外の多くの視点からの批判や意見を受け入れ、揉まれることにより完成度を高めて行くことが重要である。

2 救急医療に特徴的な終末期医療の問題点

以上の救急医療における一般的な状況から問題点を抽出する。①～⑧は、おおよそ時間軸にそって箇条的にまとめたものである。

- ①一般医療においては病気の進行が緩徐で、患者・家族および医療者に死の受容について熟慮する時間的・精神的な余裕がある。救急医療の現場においては突然の生命危機に陥った患者に対して迷うことなく反射的に生命を第一に考えて治療を開始している状況がある。
- ②そのような過程の中で、重要臓器の不全が不可逆的で代替手段がなく、生命が人工的な装置に依存している場合がある。高水準かつ高額な医療が継続される。
- ③患者の状態が、本来は集中治療の適応ではなかった、例えば悪性疾患や難病の末期であったことが、治療開始の後に判明することがある。つまり、蘇生術が一段落して患者が小康状態を得た後に、家族からの病歴の聴取によってそのようなことを知

る場合がしばしばある。

- ④しかし、一旦治療が開始されると、その治療水準を維持せざるを得なくなる。そのような不条理を感じながら治療を続けているのが現状である。
- ⑤死期の判定、つまり医療者による死の予想と患者家族による死の受容との間に乖離が大きい。思いがけず早く亡くなる、またはその逆の場合があって、家族が精神的に混乱することは否めない。
- ⑥脳死を臨床的に診断した後に必ずしも患者家族が「死」を受け入れることができるわけではない。すなわち「脳死は死である」という価値観を全ての国民が有しているとは限らない。この場合には、脳死となっているにもかかわらず、最終的に心停止で死亡を宣告する。脳死がそのまま死となる場合もあり、医学的に矛盾を感じる。
- ⑦治療に当たっては患者の身体的な状況を医学的に評価することに加えて、社会的ないし家庭的な背景、年齢、栄養状態などを総合的に考慮している。これらが“終末期”の判断をやはり難しくさせている。
- ⑧以上のことから理解されるように、延命治療に関わって、人的経済的な資源の損失と医療関係者の精神的な負担とがある。

3 治療方針の判断が難しい具体例（アンケートの準備から）

日本救急医学会「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」では、「以下のような患者が貴救命救急センター、あるいは集中治療室に入院している場合、先生はどのような判断をされるでしょうか。家族がいる場合には、どのような提案をされるでしょうか。」というアンケートを準備中である。ここではその一部を紹介する。

1) 重症頭部外傷後の脳死例

16歳、男性。通学のために自転車にて走行中に左折してきたトラックに巻き込まれ、頭部を強打。来院時は呼吸と循環は安定していたが、昏睡状態で左側瞳孔は散大していた。頭部CTにて左急性硬膜下血腫と脳挫傷を認め、直ちに開頭血腫除去、外減圧術が施行された。しかし、術後も意識障害が遷延し、第3病日には脳死判定がなされた。家族は患者が脳死であることを受け入れず、人工呼吸器管理と、昇圧剤の投与を継続した。第7病日になっても家族は患者が脳死状態であることを受け入れず、治療水準の維持を希望した。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 現在の治療水準を維持する
- : 現在の治療水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

2) 不法入国による外国人労働者の出血性ショック

38 歳、男性。不法入国で就労している東南アジア人。作業中、腹部に鉄材が落ちてきて受傷。病院到着時血圧 60mmHg/触診、意識は清明であった。骨盤骨折、肝損傷と診断され、開腹止血術、動脈塞栓術が施行された。入院から手術終了時までの輸液量は 15000ml、輸血(MAP)は 50 単位であった。しかし、大量の輸液と輸血のために複合性凝固障害、DIC となり、血圧維持のために引き続き輸液、輸血を継続せざるを得ない状況であった。患者は人工呼吸器に装着され、意識もなく、意志の疎通はできなかった。患者の雇用主は支払いを拒否し、当該大使館に連絡しても身元は不明であった。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 現在の治療水準を維持する
- : 現在の治療水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

3) 労災による広範囲熱傷

22 歳、女性。作業中、工場の火災に巻き込まれ、逃げ遅れて受傷。来院時、意識は昏睡、血圧 80/50 であった。顔面を含む、四肢と体幹に計 70%の III 度熱傷と診断された。血液ガスで一酸化炭素ヘモグロビンは 53%であった。直ちに気管挿管を行ない人工呼吸器を装着。さらに、大量輸液による循環維持を行なった。第 2 病日になっても意識障害は遷延した。さらに、急性呼吸不全（急性肺障害）を来し、人工呼吸器の吸入酸素濃度を 100%にしても十分な酸素化が得られなかった。両親はすでに死亡し、5 歳上の姉がキーパーソンであった。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 現在の治療水準を維持する
- : 現在の治療水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

4) 悪性腫瘍末期患者の蘇生後脳症

55 歳、男性。肺癌の全身転移で自宅療養中であった。帰宅した妻が倒れている患者

を発見し、救急車を要請した。救急隊到着時心肺停止状態であったが、心肺蘇生術により搬送中心拍が再開した。来院時意識は深昏睡（JCS 300, GCS 3）で両側瞳孔は散大し、血圧も不安定であった。直ちに集中治療室へ搬送したところ、患者が上記のごとく癌末期であることが判明した。この時点で、人工呼吸器にて呼吸状態は安定し、循環動態も昇圧剤の減量が可能となり小康状態を得た。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 現在の治療水準を維持する
- : 現在の治療水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

5) 血液透析中の高齢者で蘇生後脳症

80 歳、男性。身寄りはなく認知症で介護施設に入所中で、週に 3 回血液透析を行っていた。食事中、肉片が気道を閉塞し心肺停止状態となった。介護士が肉片を除去し、直ちに心肺蘇生術を行った。救急隊が到着した時点では心拍は回復していたが、意識は回復しないまま当施設に搬送された。来院時意識は深昏睡、確実な気道確保の目的で気管挿管を施行した。集中治療室に入室となり、人工呼吸器に装着し呼吸管理を開始した。血圧は 120/90 で安定していた。第 2 病日、本来の血液透析日であったが、意識障害は遷延し、人工呼吸器に装着されていたままであった。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 血液透析を入院前のように継続し、現在の治療水準を維持する
- : 血液透析は行なわないが、呼吸と循環安定の治療は維持する
- : 集中治療を中止する
- : その他 ()

6) 高齢者不可逆的呼吸不全

75 歳、男性。慢性閉塞性肺疾患(COPD)を有し、在宅酸素療法を行っていた。孫の誕生日で家族そろって夕食を食べていた。その時、誤嚥が原因で呼吸困難を来し、当施設に搬送入院となった。入院当初より低酸素血症、及びそれによる意識障害を呈し、気管挿管を施行し人工呼吸器管理となった。人工呼吸器管理のためには鎮静薬が必要で、本人との意思疎通はできなかった。集中的な呼吸循環管理にもかかわらず、呼吸状態は悪化傾向で人工呼吸器からの離脱は困難と判断された。第 5 病日に気管切開の話をしたが、家族の承諾は得られなかった。第 7 病日、人工呼吸器の酸素濃度は 100%となり、それでも十分な酸素化が得られない状態であった。第 8 病日、血圧が低下し、循環維持のために大量のカテコールアミンが必要な状態となった。なお、家族は重篤な患者を案じて、毎日交代で家族控え室に寝泊まりをしていた。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 現在の治療水準を維持する
- : 現在の治療水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

7) 服毒自殺で家族が疎遠

60歳、男性。一人暮らしで既往歴に鬱病があった。自殺目的で5%パラコート200mlを服用し、当施設に搬送された。来院時意識は昏迷状態で、血圧は60/30とショック状態であった。直ちに呼吸循環の管理を施行し、血圧は120/80に回復した。入院時は無尿であったが、入院12時間後には50ml/時間の尿量を得ることができた。しかし、第3病日、呼吸苦とともに低酸素血症が悪化し、胸部レントゲン上は著明な間質陰影(肺線維症)の所見を認め、気管挿管を行ない、人工呼吸器を装着した。また、このころから無尿(急性腎不全)となり、さらに心不全、肝不全を合併した。病状を兄弟に説明しようと思っても、彼らは来院せず、病院に任せると言って電話を切られてしまった。第5病日には全身浮腫が著しく、腎臓機能の補助だけでなく、心機能の補助のために持続血液濾過透析が必要と判断された。

- : 更に高度な治療を追加する
- : 持続血液濾過透析を導入する
- : 持続血液濾過透析は見合わせるが、その他の集中治療は継続する
- : 治療の水準を下げる
- : 治療を中止する
- : その他 ()

以上

有限責任中間法人日本救急医学会
救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会

委員長	有賀 徹	昭和大学病院 救命救急センター・救急医学科
委員	石松 伸一	聖路加国際病院 救急部・救命救急センター
	木下 順弘	熊本大学医学部附属病院 侵襲制御医学
	黒川 顕	日本医科大学付属第二病院 救命救急部
	島崎 修次	杏林大学医学部附属病院 救急医学
	田中 秀治	国士舘大学 体育学部スポーツ医科学科
	布施 明	川口市立医療センター 救命救急センター
	箕輪 良行	聖マリアンナ医科大学病院 救命救急センター
	横田 裕行	日本医科大学付属病院 高度救命救急センター

連絡先

有賀 徹

TEL03-3784-8744 (昭和大学 救急医学医局)

事務担当:TEL03-5840-9870 (日本救急医学会 後藤)

第3章-1

医療現場でのジレンマとその対応 — 一般病棟における対応 —

一般病院におけるがん告知の実態調査

東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 松島英介

1. 目的

わが国の終末期がん患者のほとんどが、ホスピスや緩和ケア病棟といった緩和医療専門施設や在宅での緩和ケアを受けて亡くなっているわけではなく、一般病院で亡くなっているのが実情である。そこで、一般病院では終末期にどのような緩和医療を行い、またこの緩和医療を行っていく上で、どのような問題を抱えているのかといった現状を把握するため、これまで全国の一般病院を対象にしたアンケート調査を実施してきた。このうち、患者本人への病名告知の達成率は、病院間でかなりの幅があることが明らかになり、平均 45.9%であることがわかっている。今回は、こうした一般病院の臨床医における、担当癌患者への告知をめぐる対応、その実態を把握する目的で、改めて調査を実施した。

2. 方法

全国の 50 床以上 300 床未満の一般病院（「2004 年版病院総覧」に記載されている 9239 病院から無作為抽出された）2397 病院に、調査依頼書、医師対象の質問票（33 項目）、返送用封筒を一式として郵送した。

3. 結果および考察

2397 病院に郵送したうち、返送件数は 510 病院、513 件（回収率：21.4%）であった。平均病床数は 138.6 ± 81.5 床、医師の性別は男性が 487 名（96.6%）、年代は 40 歳代と 50 歳代で 2/3 を占めた。

調査の結果は、担当患者に占める癌患者の割合が 2 割未満の医師は 62.7%であり、自ら最初の病名告知をした癌患者割合が 7 割以上の医師が 31.5%、1 割未満が 28.5%で、半数以上の医師が自ら告知した患者数よりもそうでない患者数が多かった。一方、約半

数の医師があえて未告知にしている患者割合を1割未満としていた。最初の告知対象者は「家族」が最も多く、次が「本人と家族」、「本人」であり、担当患者の中に占める癌患者割合の高い医師ほど告知率は高く、告知全般の実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は本人が多く、家族は少なかった。また、告知の際の望ましい面接方法はルーチン化されていたが、告知後の対応は十分ではなかった。さらに、告知方法および告知後の対応は医師個人によってある程度一貫していた。

第3章－2

医療現場でのジレンマとその対応 － 在宅ホスピスにおける対応 －

(資料) 在宅ホスピスにおける死の教育

ホームケアクリニック川越 川越 厚
