

- of Older People in the Community: a cross-sectional survey. *Lancet* 2002; **359**: 1466–1470.
- 31 Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Green-dale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. *J Am Geriatr Soc* 1998; **46**: 1008–1011.
- 32 Sindhusake D, Mitchell P, Smith W *et al.* Validation of self-reported hearing loss. The Blue Mountains Hearing Study. *Int J Epidemiol* 2001; **30**: 1371–1378.
- 33 Iwano M, Nomura H, Ando F, Niino N, Miyake Y, Shimokata H. Visual acuity in a community-dwelling Japanese population and factors associated with visual impairment. *Jpn J Ophthalmol* 2004; **48**: 37–43.

VI シンポジウム・研究発表会

いま終末期医療をどう考えるか？

平成18年度厚生労働科学研究 終末期医療に関する研究班総合討論会

(主催：国立保健医療科学院 林 謙治、東京医科歯科大学 松島英介)

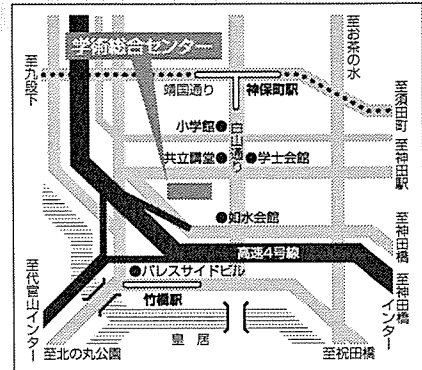
日時 **2007年2月25日(日) 14:00～**

場所 **東京都千代田区一ツ橋2丁目1番2号
学術総合センタービル 「一橋記念講堂」**

東京メトロ半蔵門線、都営地下鉄三田線、都営地下鉄新宿線・
神保町駅下車A8出口から徒歩3分

東京メトロ東西線・竹橋駅下車1B出口から徒歩4分

参加費 **無料** (ただし定員500名まで)



プログラム

14:00 開会の挨拶 (林 謙治)

討論Ⅰ：「終末期医療の現状と課題」 (座長：松島英介)

14:10 ①「終末期医療の論点」 林 謙治 国立保健医療科学院次長

14:30 ②「尊厳ある死について考える」

松島英介 東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野助教授

14:50 ③「終末期医療の医療供給体制について」

濃沼信夫 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授

15:10 ④「終末期における治療方針決定プロセスについて」

尾藤誠司 国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室室長

15:30 特別報告 「終末期医療の英国事情について」

児玉知子 国立保健医療科学院政策科学部主任研究官

15:40 質疑応答

16:10 休憩

討論Ⅱ：「各医療現場の動向」 (座長：林 謙治)

16:20 「救急医療の現場から」 有賀 徹 昭和大学病院救命救急センター長

16:40 「根治困難な患者におけるQOLとケア概念

—ターミナルケア概念から緩和ケア概念へ—

中島 孝 国立病院機構新潟病院副院長

17:00 「緩和医療における診療ガイドラインと終末期の意思決定」

志真泰夫 筑波メディカルセンター病院診療部長

17:20 特別発言 深尾 立 千葉労災病院院長

17:30 質疑応答

18:00 閉会

問い合わせ先——平成18年度厚生労働科学研究「終末期医療の質の向上に関する研究」

事務局／国立保健医療科学院政策科学部主任研究官 児玉知子

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

電話／048-458-6161 (事務：鈴木) FAX／048-458-6239

メール／tkodama@nipho.go.jp

終末期における治療方針 決定プロセスについて

手続きとしての適切性はどうあるべきか？

国立病院機構 東京医療センター
尾藤誠司

終末期ケアにおける重要な意思決定： 漠然としたイメージ

救命・延命的
医療は、さしひ
かえられるべき

正解は
どこに
あるのか？

救命・延命的
医療は積極的
に行われるべき

“無益な延命治療には反対”	“命は、常に尊く、重い”
“患者に苦痛を与え続ける ことは避けるべきである”	“弱者を切り捨てていく医療 はあってはならない”
“末期患者へのケアは、QOL や緩和を重視するべきである”	“治療の中止は、人殺しである”
	“奇跡を信じる”

延命治療中止、7割超が支持 厚労省調査

- 自分が末期がんなどで痛みを伴い、かつ余命に限りがある場合に、単なる延命治療は中止して欲しいと考える国民が7割を超えることが19日、厚生労働省が公表した「終末期医療に関する調査」で分かった。前もって、延命治療を拒否する考えを文書で残す「リビング・ウィル」（事前の意思表示）に賛成する人も6割と、初めて半数を超えた。

言い方でイメージは変わる

尊厳ある死

⇔

尊い命を
大切に

⇕

⇕

治療の中断
及び差し控え

⇔

延命治療
の継続

↑

↓

イメージ

実際の行為

患者の死に直結する治療の判断

治療開始を 差し控える 例: COPD+ 肺炎の患者に 人工呼吸器を 装着しない。	治療を中止する 例: 植物状態の 患者に対する 経腸栄養投与を 中止する。	死を目的とした 医療行為を行う 例: 緩和的呼吸 停止を目的に モルヒネの大量 投与を行う。
↓	↓	↓
しばしば 行われている	“尊厳死(?)”として その是非が 議論されている。	“安楽死”として タブー視されている

川崎協同病院事例

- 50代男性
- 気管支喘息発作>心停止>蘇生後
- 13日間昏睡状態>主治医から「これ以上の延命は忍びない」と家族に説明
- 15日目 気管チューブを除去>「楽にしてあげるから」と、鎮静剤・筋弛緩剤を投与

射水市民病院事例

- 50-90代の末期がん患者 7名
- 「意識がなく、「回復の見込みがない」状態
- 装着されている人工呼吸器を取り外し、呼吸不全により死亡
- 病院長から情報開示があり、捜査が入る。
- 主治医「家族に十分な説明をし同意を得た」「信念を持ってやった」

↓

共通する問題: “独善の正義と根拠”に基づいた判断であったこと

条件が整えば可能なのか？

- 患者が回復不可能な末期状態である。
- 患者自身の明確な意思を立証できるものがある。
- 治療が患者にとって苦痛をもたらすものである。



緩和ケアでは実践されている。

7

しかし、現実の高齢者医療の場面は…
ないものねだりの“条件”

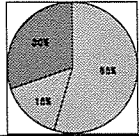
- “人工呼吸器”や“人工栄養”の対象となる患者は、通常昏睡状態など厳しい意識状態にある。
- 回復の見込みが“ない”と確実に査定するのはきわめて困難
 - 奇跡は常に起きうる。
 - 苦痛はどの程度のものか？
 - 患者自身の選好は？
- そもそも、“末期状態”における“無益”な、“延命治療”とは何なのか？

8

研究班事業：医師へのインターネット調査

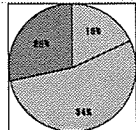
シナリオ：軽度認知症80代男性。脳卒中の発作による昏睡状態で入院。一命は取り留めたが、意識が回復する見込みは極めて低い状態。

臨床医の意識：上記患者に対する経腸栄養の開始について



- いずれかの方法で経腸栄養を開始すべき
- 経腸栄養の開始を差し控えるべき
- 上記の情報のみでは判断できない

臨床医の意識：上記の患者が肺炎、呼吸不全に陥った場合の人工呼吸器の装着について



- 人工呼吸器を装着すべきである
- 装着は控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

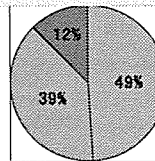
9

研究班事業：医師へのインターネット調査

シナリオ：軽度認知症80代男性。脳卒中の発作による昏睡状態で入院。人工栄養が開始され、半年が経過。意識はほとんど確認出来ないまま。

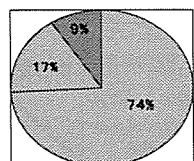
質問：上記の患者に対して、以下それぞれの行いは“延命治療”の種類には入りますか？

胃ろうから人工栄養を続けること



- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

上記の患者が重症肺炎になったときに、離脱まで最低7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着すること



10

医療の目的：

医療は患者の最善の利益のために行われる。



“患者の最善の利益”を患者および患者関係者とともに査定することが大切

11

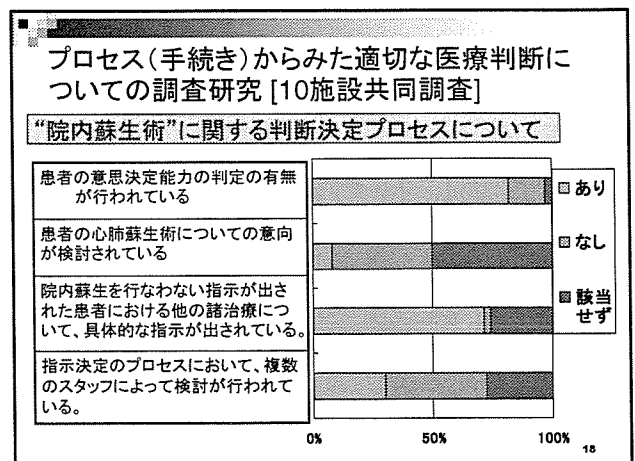
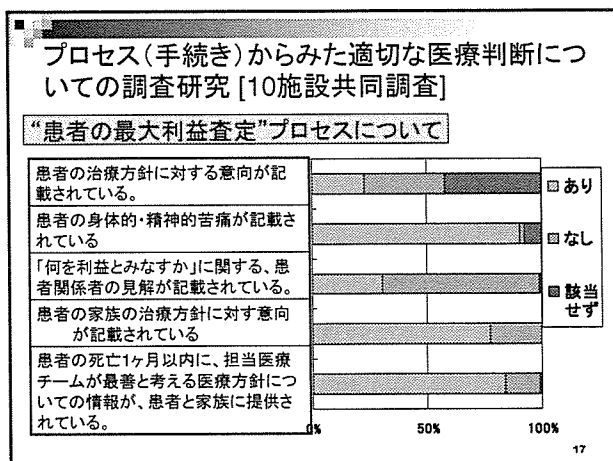
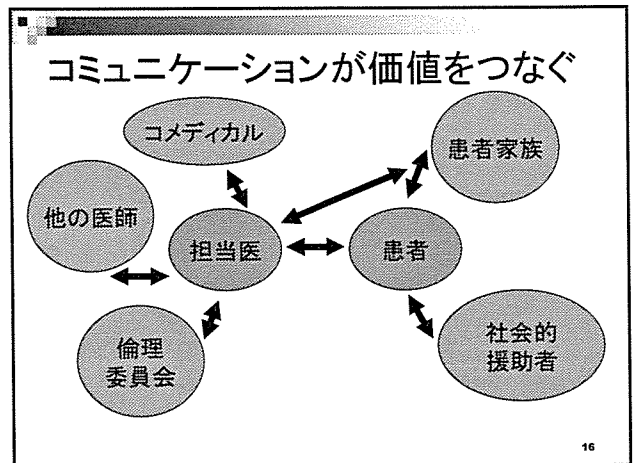
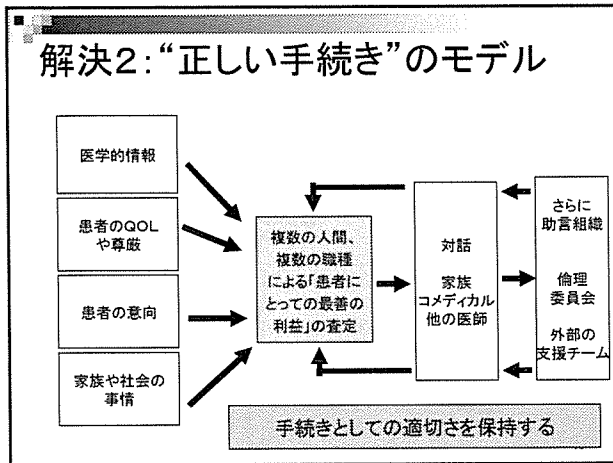
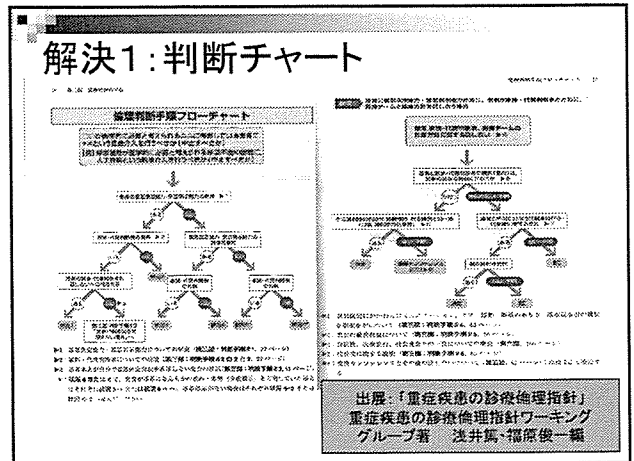
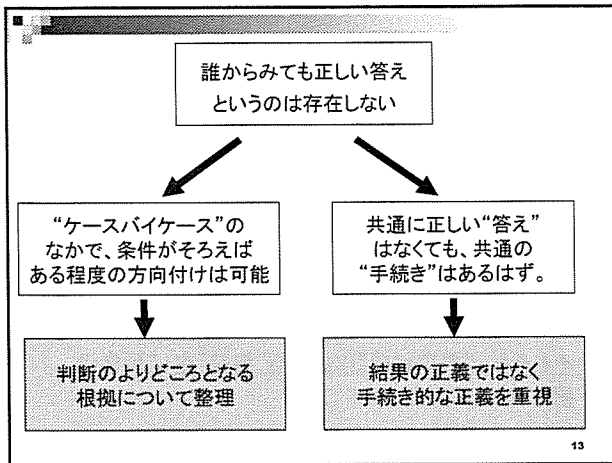
4分割法で“最善の利益”を考える

医学的適応	患者自身の意向
患者のQOL	周囲の環境



問題：その多くが判断根拠として明確なものではない。

12



臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクト

- 適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト
- 臨床倫理コンサルテーション研究事業

臨床倫理チェックリスト

- 手続き的正義を担保するためのマニュアルの内容
- 困ったときにいつでも開けるように、ポケットサイズの大ささ
- ワークショップ、セミナー等を通じて医療者に配布
- 今のところ無料



01 意思決定プロセスの重要事項を必ず確認してください

- <意思決定プロセスにおいて十分配慮すべき重要10項目>
- 患者さんの意思および価値観の尊重に関する確認 10 11
 - 患者さんの意思決定能力、理解、意欲、行動に関する事項 (事前説明) の確認 10 11
 - 患者さんの理解、意欲、患者さんとの関係の確認 10 11
 - 患者さんおよび関係者(家族と患者さんとの関わり)の十分な情報共有と意思決定 (コミュニケーション) 10 11
 - 医療従事者の十分な情報共有と意思決定 (コミュニケーション) 17
 - 関係者(家族)による患者の意思決定の支援 (意思決定) 17
 - 必要に応じて患者の意思決定の権利の確認 13 17
 - 適切な時間的・意思決定のための十分な配慮 14
 - 倫理委員会からの意思決定支援による「倫理委員会」によるサポート 13 14
 - 質の高い意思決定のための医療従事者の教育、研修 12

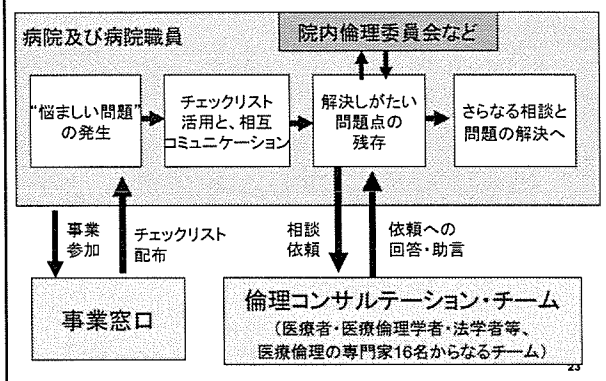
次に意思決定プロセスの基本的な流れを確認してください

- <意思決定の一般的な流れ>
- 患者さんの意思と価値観の尊重 10 11
 - 事前説明 10 11
 - 十分な情報共有と意思決定の権利の確認 10 11
 - 関係者(家族)による患者の意思決定の支援 (意思決定) 17
 - 必要に応じて患者の意思決定の権利の確認 13 17
 - 適切な時間的・意思決定のための十分な配慮 14
 - 倫理委員会からの意思決定支援による「倫理委員会」によるサポート 13 14
 - 質の高い意思決定のための医療従事者の教育、研修 12

臨床倫理チェックリスト: 内容例

- 10. 患者さん(およびその家族)の意向に関するチェックリスト
 - 患者さんと家族の意向は基本的に一致しているか?
 - 患者さんは偏った情報の影響下にないか?
- 11. 事前指示についてのチェックリスト
 - 患者さんが事前指示を残しているかどうか確認しているか?
 - 患者さんは事前指示を自由に変更、改定できることを理解しているか?
- 12. 患者さんにとって最善の利益を模索するためのチェックリスト
 - 患者さんの身体的・精神的苦痛は、提案されている治療によって改善できるか?
 - 関係者(担当医療チーム、患者さん、患者家族)は、患者さんにとって最善の利益になる医療について一致した考え方をしているか?

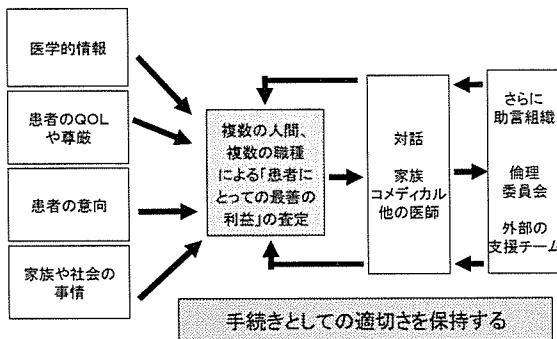
倫理コンサルテーション事業



まとめ:
重要な判断においてもっとも大切なこと

- 一人で決めない
- 一度に決めない

再度：“正しい手続き”のモデル



残されている懸念事項

- 正しい手続きと、倫理的に十分な考察により決定された判断が、違法性を問われる可能性は本当にはないのか？
- 「中止」は明らかに作為であり、「業務上過失致死」もしくは「殺人」の罪なのではないか？
- やはり、「中止」はできないから、「差し控え」という選択を取るしかないのではないのか？

26

懸念事項に対する明快な答えはまだない

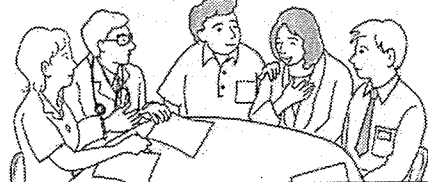
- 少なくとも、「差し控え」と「中止」の差異を直接取り扱った法令、もしくは判例はわが国ではない。
- 倫理的には「差し控え」の場合のほうが、医学的な回復の可能性査定が困難である場合が多く、むしろ問題。



差し控えと中止について同時に議論をし、それら判断の適切性について指針を作るべき

27

ご清聴、ありがとうございました！



倫理コンサルテーション窓口

〒860-8556 熊本市本荘1-1-1

熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野教授 浅井篤

HP: http://www.kankakuki.go.jp/lab_a-1/rinrisoudan.html

E-mail: rinrisoudan-adm@umin.ac.jp

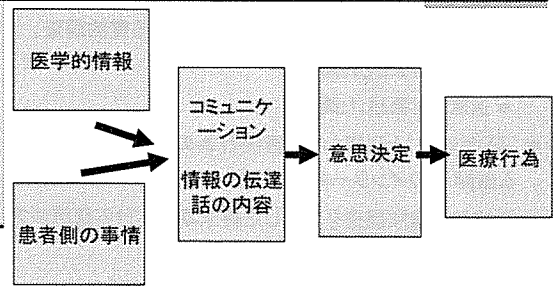
28

“延命治療”に移行する可能性のある治療行為に関する判断・行為プロセスの質改善のための研究

東京医療センター 尾藤誠司

1

医療サービスにおける意思決定のプロセス



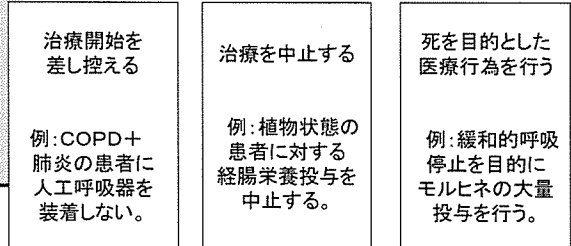
2

患者の死に直結する治療の判断を行う際の勘案事項

- A医学的に患者は回復可能か？
- B患者はどうしてほしいと思っているか？
- C患者に与える苦痛や尊厳の損失は？
- D社会的公正性は？法的な保護は？

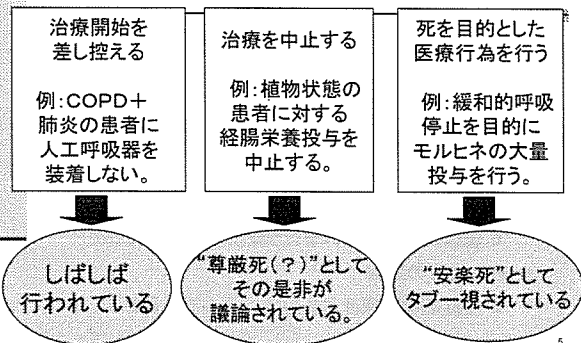
3

患者の死に直結する治療の判断



4

患者の死に直結する治療の判断



5

あきらかにされるべきこと

- 現場では、どうなっているのか？
- 患者にとってよい意思決定を行う際に、何が足りないのか？
- この議論は、「治療は中止されるべきである」「治療は続けられるべきである」という種類の議論なのか？

6

本研究班で行われている調査

- 終末期における重要な意思決定に関する質的調査。
 - 医師を対象とした調査
 - 遺族を対象とした調査
- “延命治療”と認識される医療行為の意思決定に関する医師へのインターネット調査
- 診療録と遺族調査を基にした終末期における意思決定プロセス評価
- 病院職員に対する倫理コンサルテーション事業

7

インタビューによる 終末期における重要な意思決定に 関する質的調査

8

取材の内容

- 体験の聴取
 - 医師として侵襲的治療に関するジレンマに陥った体験
 - 難しい臨床判断に陥る状況の説明、患者や家族との対話
- 気持ちの葛藤について
 - 迷いはどこからくるのか？
 - 情報や気持ちの整理の方法
- 意見について
 - 明らかにされるべきこと

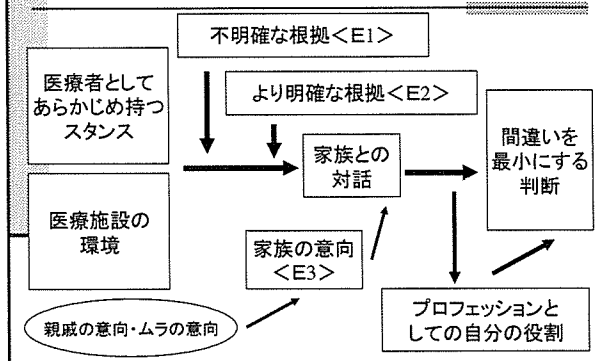
9

結果：取材協力者の特性一覧

- のべデータ：合計 25人、合計 22時間
- 年齢：平均値37才(25才 - 58才)
- 性別：女性 9/25人
- 協力施設数：14施設
- 職種：病院勤務医 14人・診療所医師 6人・大学病院医師 2人・看護師 3人
- 専門(看護師・研修医のぞく)：内科医 20人・外科医 1人・救命救急医 1人

10

結果：意思決定プロセスのモデル化



E1：判断根拠の多くは、不明確である

- 医学的根拠
 - 侵襲的な医療介入により、患者はどこまでよくなるか？
- 法的・倫理的根拠
 - 侵襲的な医療介入は(よくなるにしろ、よならないにしろ)中止することができるか？
 - 侵襲的な医療介入を行う義務が自分にあるか？
- 患者自身の意向
 - 侵襲的な医療介入を患者は望んでいるか？

12

E1: 以下の重要な検討事項は、査定困難である

- 患者のQOL
 - 胃ろうの造設などは、ある一面では患者のQOL上昇に寄与するかも。
- 患者の尊厳
- 家族や医療者の、患者への愛情
- 患者側・病院側の金銭的負担

13

E2 より明確な根拠 その1: ”患者が回復する見込みは0%ではない“

そこで見捨てることもできないから、あきらめた時点で一つ終わりなので、(中略)そのあと現実的に直面させられるのは、レセプトの症状経過のときにほとんど査定されて返ってくるんですけど、(中略)だからどの辺であきらめたらいいのかわかっていないのかもしれないです。だから、よほどバイタルが落ちてこない限りは、ぎりぎりまで治療を続けるようにしています。

“(回復の可能性が)何%であれば自責の念にかられないでいいとか。今は本当にとにかくやめた瞬間に確実に悪くなるのがわかってる。”

14

E2 より明確な根拠 その2: ”病院は病気を治すところである“ ”医療者は人を助けることを目的としている“

“医療側というのは自分がそういう(延命に関する)技術を持っていて熱心にする人がいて、そうすると特に誘導するというわけじゃないけど何かそうなりますよね。”

“だから何だかんだいっても高齢者医療といえども、医療というのは基本的にどうやって生命を延ばすかというふうなことがまず大原則で、そこからいろいろバリエーションがでますが、高齢者だからといろいろ出ますけどもどうしてもやっぱりそれ(救命・延命)をまず考えます。”

15

プロフェッションとしての推奨

- 自分の中にある「こうしたほうがよい」に対してどうすればよいのか？
- 技術者と宗教家との狭間

私は単なる医者です。神様でもないし政治家でも哲学者でもありません。1人の方のお命を確かに預かりするけども、その人をいつ殺していいんだと、この治療の選択は右にいくのか左にいくのか、私が勝手に決めていいんだってことは、そんな権限も能力も一切ないんです。私はくたびれます。(中略)医療技師だっていうのはそんなもんなんです。そこをわかってくださいなって私は言ってるんですけどね。

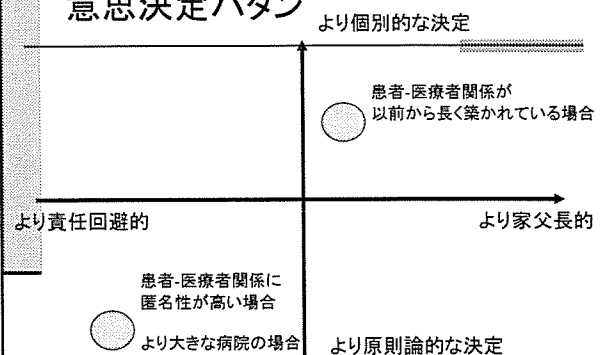
16

E3: 代理決定者としての家族の意向

- 代理人としての根拠はあいまい
- もともとの医療者と患者・家族との関係性にもよる。
- 家族の意向は、その地域の世間の意向も反映される。
- 多くは「最終的に家族の意見には従わざるを得ない」と認識
- 特に、家族の意向がアグレッシブであれば、侵襲が高い医療行為の差し控えを推奨することも躊躇される。

17

意思決定パターン

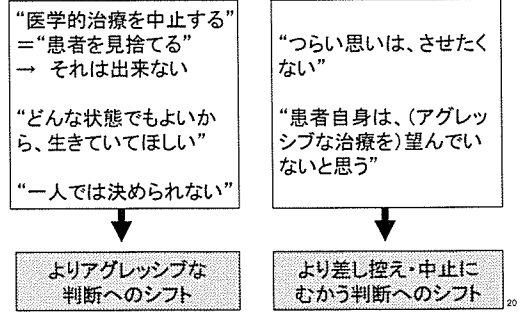


18

意思決定に影響を与える因子のまとめ

因子	意思決定への寄与度	積極的/消極的材料	意思決定ボタン
医師が持つ、「延命治療」に対する元々の見解	高い	消極的	常に積極的治療への判断
中止・差し控えに対する法的危険、職務執行怠慢としての危険	非常に高い	積極的	
慣例	非常に高い	両方	前例に基づいた判断
家族の意向	高い	やや消極的	
患者のQOLや尊厳	中等度	消極的	あうんの呼吸でできる判断
医学的な回復の可能性	低い	両方	
患者自身の意向の推測	低い	両方	

遺族調査の結果：
家族としての気持ちの揺れ



考察：現時点での示唆

- 患者の歴史の一部としての医療：かかりつけ医との連携
- 医療者のデフォルト意識の転換：疾病モデルから生活支援モデルへ
- 一人で責任をかぶらないシステム：院内倫理委員会のステートメントなど
- 医療者もゆれて、悩んでいることを共有

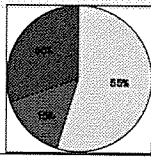
“延命治療”に関する医師への
インターネット調査：集計結果

結果：回答者分布

- 回答者数：304名 性別：女性15%
- 年齢：
 - 39歳以下 41%、40-49歳 42%、50歳以上 15%
- 卒後年数：
 - 10年未満 20%、10-19年 46%、20年以上 33%
- 診療分野
 - 小児科 2%、家庭医療 11%、一般内科 44%
 - 専門内科 21%、外科系7%、救急 9%
- 勤務施設
 - 無床 24%、-100床 13%、101-250床 17%
 - 251-500床 17%、501床以上 28%

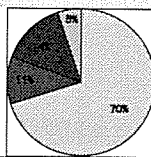
ケース1： 84歳男性、もともと軽度の痴呆があり、要介護度3の生活を送っていた。今回左の内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院。急性期は一命を取り留めたが、入院6日後の時点でも意味のある会話は全く不可能である。身体機能としては、ベッドに一日中臥床し、数時間おきに体位の交換が必要な状態である。口の中に唾液や痰がたまり、1日10度ほど口腔内を吸引している。栄養状態の維持のためには、そろそろ経腸栄養剤の投与が栄養管理上必要である。経鼻胃チューブ挿入、もしくは胃ろうの造設による経腸栄養剤の投与について家族に説明したところ、「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。本人の事前の意思を推察するような情報は無い。

上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうあるべきと考えますか？



- いずれかの方法で経腸栄養を開始すべき
- 経腸栄養の開始を差し控えるべき
- 上記の情報のみでは判断できない

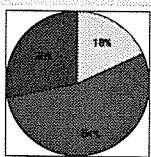
上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうしていますか？



- 経腸栄養を開始している
- 経腸栄養の開始を差し控えている
- どれもおおしとはいえない
- 運送したことがない

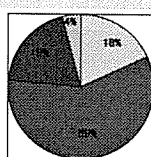
ケース2: 84歳男性、内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した上人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、数種類の内服薬以外は人工栄養の定時投与のみの状態で、寝たきりとなるものの全身状態は安定していた。入院20日目に急に呼吸状態が低下、大きな誤嚥性肺炎であることがわかった。低酸素血症、努力呼吸となり、救命・回復のためには人工呼吸器の装着が必要な状態となった。おそらく肺炎の治癒は可能と思われるが、人工呼吸器の装着は数週間必要になり、場合によっては気管切開も必要になるかもしれない。家族は、やはり「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。

上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうあるべきと考えますか？



- 人工呼吸器を装着すべきである
- 装着は控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

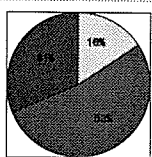
上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうしていますか？



- 人工呼吸器を装着する
- 人工呼吸器の装着は控えている
- どれもおおしとはいえない
- 運送したことがない

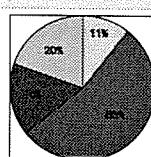
ケース3: 84歳男性、内頸動脈塞栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1、2と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した上人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、寝たきりとなるものの全身状態は安定していた。その後、胃ろうを造設した上28日目に療養型病床群に転院、6ヶ月が過ぎ、寝たきり、意思の疎通不能、1日10回の吸引と1日数回の体位交換が依然必要な状態である。ある日、病棟担当医であるあなたに、いつも見舞いに来ている家族(妻と長男)から、「もうかわいそうで見ていられないので栄養の管を抜いてほしい。」との依頼があった。

上記のような状況に対して、あなたは、家族の依頼に応じて人工栄養の中止をすべきであると考えますか？



- 中止するべきである
- 中止するべきではない
- 上記の情報のみでは判断できない

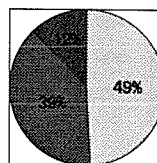
上記のような状況に対して、あなたは人工栄養の中止についてどうしていますか？



- 通常、中止している
- 通常、中止しない
- どれもおおしとはいえない
- 運送したことがない

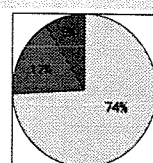
上記の患者に対する医療行為の中で、下記に示す医療行為について、あなたは「延命治療」の категорияに入ると考えますか？それぞれについてお答えください。

胃ろうから人工栄養を続けること



- 延命治療に入る
- 延命治療には入らない
- どちらともいえない

上記の患者が重症肺炎になったときに、離脱まで最低7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着すること

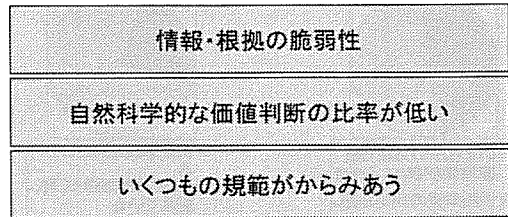


本調査の考察

- 長期にわたる行為である人工栄養よりも、より短期だが侵襲のおおきい人工呼吸器治療について、医師はより「延命治療」であると考え、「差し控えるべき」であると考えている。
- 「治療の差し控え」に比較して「治療の中止」についての抵抗感はより強い。
- 医師の間でも、認識が大きく分かれる。

31

なぜ認識が分かれるのか



32

重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著 浅井篤・福原俊一編 「重症疾患の診療倫理指針」

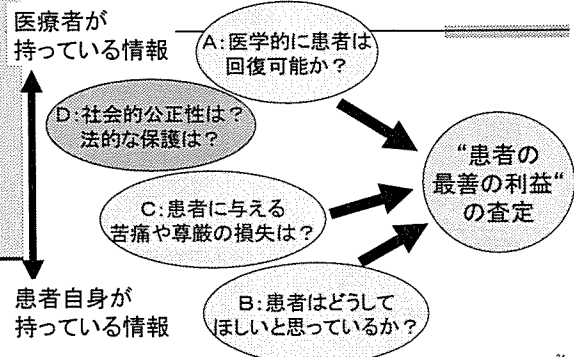
- 医療の目的：医療行為の一般的な指針を考えるにあたっては、まず医療本来の目的を確認する必要がある。本指針では医療の目的を次のように定義する。

■ 医療の目的：医療は患者の最善の利益のために行われる。

“患者の最善の利益”を患者および患者関係者とともに査定することが大切

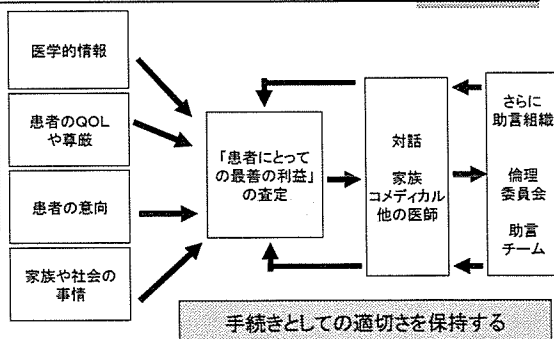
33

患者の最善の利益の査定



34

提案されるモデル



患者自身の意思が正確に確認できないとき、いかに“最善の利益”を査定するか？

- 事前に表明された意向・希望の証拠
- 患者の希望に影響を与える、宗教的・文化的背景
- 患者の人生に寄り添える、代理意思決定者の見解
- 患者が改善不可能な重度の痛みや苦痛を経験している可能性の査定
- 治療がもたらす改善の可能性
- 治療の侵襲性の正当性

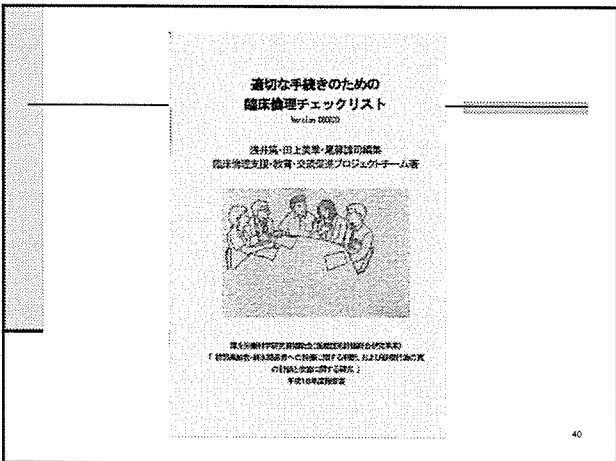
35

倫理コンサルテーション 事業計画

37

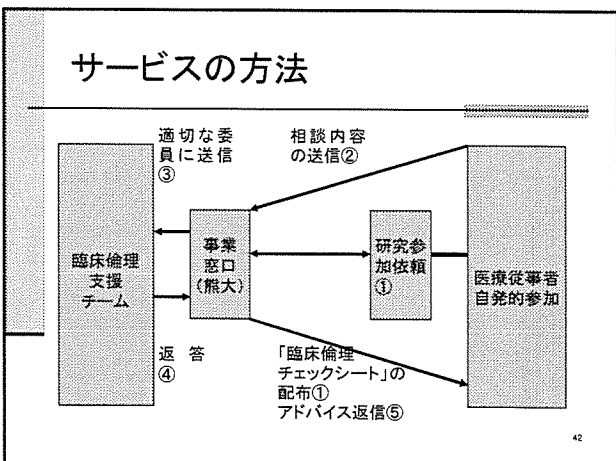
- 重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著 浅井篤・福原俊一編
「重症疾患の診療倫理指針」
医療文化社 2005年 12月 出版予定
- 意思決定における重要因子
 - 医学的状況の確認
 - 関係者間のコミュニケーション
 - 患者の意思決定能力
 - 家族の意向: 誰が最終的に決定するのか
 - 患者の事前の希望: リビングウィル等の存在
 - 患者の利益; 患者の利益とは?
 - 判断の合法性・社会性
 - 倫理カンファレンス、倫理委員会
 - 「三人寄れば文殊の知恵」
- 38

- ## 重要な医療判断を行う際の チェックポイント
- 治療を開始すること、続けることの医学的な有効性や、将来の改善の可能性について、十分検討されたか?
 - 患者自身の意向に関する情報は十分に入手されたか? 患者が意思疎通不可能なときは、間接的な情報がさまざまなコミュニケーションを通して入手・検討されたか?
 - 治療行為が与える患者への苦痛や、尊厳への影響について、十分検討されたか?
 - 上記の情報や査定が、医療提供側と受療側で共通認識として理解されているか?
 - 上記の情報や査定が、倫理委員会など担当医療チーム以外のグループによる見解と一致しているか?



01 意思決定プロセスの重要事項を必ず確認してください	次に意思決定プロセスの基本的な流れを確認してください
<p>＜意思決定プロセスにおいて十分確認すべき重要10項目＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 患者さんの置かれた社会的状況に関する情報は? > 12, 13 患者さんの意思決定能力、理解、意向、将来に対する意向 (事前指示) の確認 > 14, 15, 16 患者さんの意向、意向、患者さんとの関係の確認 > 14, 15, 16 患者さんおよび患者さんと医療従事者の間の十分な情報開示と意思疎通 (コミュニケーション) > 16, 17 医療従事者間の十分な情報共有と意思疎通 (コミュニケーション) > 17 関係者全員による患者の最善の利益実現を目指す努力 > 16 必要に応じて患者の意向と精神的支援 > 13, 17 適切な時期に意思決定のための十分な支援 > 14 倫理指針の目的のための倫理指針による「倫理カンファレンス」と「倫理委員会」の活用によるサポート > 15, 16 他の倫理指針のための倫理指針の活用 > 13 	<p>＜意思決定の一般的な流れ＞</p> <p>患者さんの意向と意向の確認 > 12, 13</p> <p>適切な情報開示 十分な医療行為 (診断・治療) の意味の共有、同意の取得 医療行為を行うための関係者間の関係性 患者の意思決定能力の確認 > 14 代替手段の必要性の確認 > 15 情報共有 > 16, 17 対 話 > 17, 18 インフォームド・コンセントまたは代替手段からの同意取得の意思決定 患者さんの意向と意向の共有 > 16, 17, 18 患者の意向と意向の確認 > 13 適切な意思決定 > 14 適切な時期に意思決定のための十分な支援 > 14 倫理指針の目的のための倫理指針による「倫理カンファレンス」と「倫理委員会」の活用によるサポート > 15 患者さんによる倫理指針の活用 > 13 その他に、付録1-2 > 14, 15 倫理コンサルテーション体制 > 14, 15 </p>

40



まとめ

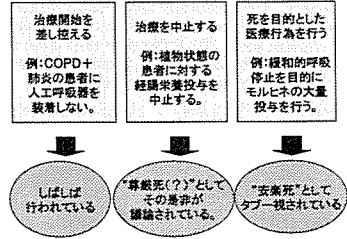
- 現場での臨床判断は複雑であり、よりどころとするべき根拠も脆弱である。
- そのため、適切な判断を行ううえで、現場での混乱が見られる。
- 「患者にとっての最善の利益」に基づいた意思決定を行うことが望ましい。
- そのためには、判断の是非ではなく、判断にいたる手続きの整理をする必要がある。

医師を対象とした“延命治療”の判断に関するインターネット調査

尾藤誠司¹、浅井 寛²
 1 NHO東京医療センター、2 熊本大学医学部生命倫理講座

背景

明らかに終末期であることが医学上査定される患者のみではなく、将来的に回復の見込みが極めて小さいと推察される昏睡状態にある患者や、脆弱高齢者に対する倫理的な医療行為を行うべきかどうかについての判断は、医療技術の発達に伴いますます深刻で解決困難な問題になってきている。



目的

- 一般に、延命治療と呼ばれるものになりうる医療行為を差し控える、もしくは中止するという点に関する臨床倫理的判断のばらつきについて、医師の中での意識の分布、および特性分布の差と、臨床判断のばらつきとの関連について比較検討する。
- 倫理的な判断が困難なケースに対して、医師がどれほどカンファレンスや臨床倫理専門家、もしくは倫理委員会へのアクセスを行っているかについて観察し、治療判断に対する意識との関連について検討する。

方法

調査のデザイン

- 調査方法：横断的インターネットWEB調査
- 調査対象：医師（予定サンプル数300名）
- 参加者のリクルート：
 - Total Family Care メールングリスト、内科専門医会メールングリスト、EBMに関する医師を中心としたメールングリストであるEBM、救急医療者を対象としたEMLメールングリストの4つに広報
 - その他4つの出版媒体で広報
- データの収集：研究調査専用で作成したインターネットホームページからの直接入力によるデータ収集
- 調査期間：平成17年1月10日～3月31日
- 承認倫理審査委員会：東京医療センター倫理審査委員会

調査の内容

- 年齢、性別、卒後年数、専門
- 倫理的に判断が困難な事例に直面した場合に、医師が、カンファレンスでの検討、臨床倫理専門家への相談、倫理委員会への申請などのリソースを用いているか否か
- 3つの事例シナリオを基に、“延命治療”になる可能性を持つ医療行為に対する治療の差し控えや中断についての意識を調査
- 判断の焦点：治療の“差し控え”と“中止”の差、治療行為の差（人工呼吸器治療と、経腸栄養による人工栄養療法との差）、および、急性期（発病後数週間）と慢性期（発病後6ヶ月）の差

結果

回答者分布

- 回答者数：304名 性別：女性15%
- 年齢：
 - 39歳以下 41%、40-49歳 42%、50歳以上 15%
- 卒後年数：
 - 10年未満 20%、10-19年 46%、20年以上 33%
- 診療分野
 - 小児科 2%、家庭医療 11%、一般内科 44%
 - 専門内科 21%、外科系7%、救急 9%
- 勤務施設
 - 無床 24%、-100床 13%、101-250床 17%、251-500床 17%、501床以上 28%

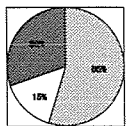
あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、同僚間で話し合うことはどれくらいありますか？

あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、院内でのカンファレンスなどで議論したことはどれくらいありますか？

あなたは、患者への人工呼吸器の装着や中止、もしくは経腸栄養投与の開始や中止などの判断に関して、倫理委員会や、医療倫理学などの専門家への相談を持ちかけたことはありますか？

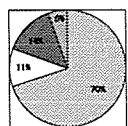
ケース1：84歳男性、もともと程度の認知症があり、要介護3の生活を送っていた。今回左の内頸動脈血栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院。急性期は一命を取り留めたが、入院6日後の時点で意識のある会話は全く不可能である。身体機能としては、ベッドに一日中臥床し、数時間おきに体位の交換が必要な状態である。口の中に唾液や痰がたまり、1日10度ほど口内を吸引している。栄養状態の維持のためには、そろそろ経腸栄養剤の投与が栄養管理上必要である。経鼻胃チューブ挿入。もしくは胃ろうの造設による経腸栄養剤の投与について家族に説明したところ、「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。本人の事前の意思を推察するよう情報は無い。

上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうあるべきと考えますか？



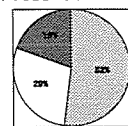
- いずれかの方法で経腸栄養を開始すべき
- 経腸栄養を開始を差し控えるべき
- 上記の情報のみでは判断できない

上記の患者に対して、あなたは経腸栄養の開始についてどうしていますか？



- 経腸栄養を開始している
- 経腸栄養の開始を差し控えている
- どちらかおおよしとはいえない
- 適したことがない

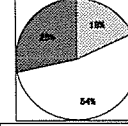
上記の患者に対して、医師の判断で経腸栄養の開始を差し控えることは、ある一定の条件がそろえば法的に許容されうと思いますか？



- 通常、許容される
- 通常、許容されない
- わからない

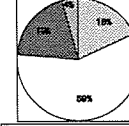
ケース2：84歳男性、内頸動脈血栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、数種類の内服薬以外は人工栄養の定時投与のみの状態で、寝たきりとなるもの全身状態は安定していた。入院20日目に急に呼吸状態が低下、大きな酸素性肺炎であることがわかった。低酸素血症、努力呼吸となり、救命・回復のためには人工呼吸器の装着が必要な状態となった。おそろく肺炎の治癒は可能と思われるが、人工呼吸器の装着は数週間必要になり、場合によっては気管切開も必要になるかもしれない。家族は、やはり「本人が苦しくないのであれば判断は任せます。」との返事であった。

上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうあるべきと考えますか？



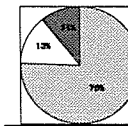
- 人工呼吸器を装着すべきである
- 装着は控えるべきである
- 上記の情報のみでは判断できない

上記の患者に対して、あなたは人工呼吸器の装着についてどうしていますか？



- 人工呼吸器を装着する
- 人工呼吸器の装着は控えている
- どちらかおおよしとはいえない
- 適したことがない

上記の患者に対して、医師の判断で人工呼吸器の装着を差し控えることは、ある一定の条件がそろえば法的に許容されうと思いますか？



- 通常、許容される
- 通常、許容されない
- わからない

ケース3:84歳男性、内頸動脈血栓による意識障害を伴う片麻痺にて入院し、ケース1、2と同じ急性期の臨床経過をたどった。6日目に経鼻胃チューブ挿入した上人工栄養を開始した。麻痺と意識の状態はそのまま固定し、寝たきりとなるものの全身状態は安定していた。その後、胃ろうを造設した上28日目に療養型病棟に転院。6ヶ月が過ぎ、寝たきり、意思の疎通不能、1日10回の吸引と1日数回の体位交換が依然必要な状態である。ある日、病棟担当医であるあなたに、いつも見舞いに来ている家族(妻と長男)から、「もうかわいそうで見られないので栄養の管を抜いてほしい。」との依頼があった。

上記のような状況に対して、あなたは、家族の依頼に応じて人工栄養の中止をすべきであると考えますか？

上記のような状況に対して、あなたは人工栄養の中止についてどうしていますか？

上記の患者に対して、医師の判断で人工栄養を中止することは、ある一定の条件がそろえば法的に許容されると思いますか？

上記の患者に対する医療行為の中で、下記に示す医療行為について、あなたは「延命治療」のカテゴリに入ると考えますか？ それぞれについてお答えください。

胃ろうから人工栄養を続けること

上記の患者が重症肺炎になったときに、離脱まで重症7日以上かかる見込みで人工呼吸器を装着すること

予測因子	オッズ比(95%信頼区間)		
	ケース1	ケース2	ケース3
女性 (vs 男性)	0.7 [0.3 - 1.5]	0.6 [0.4 - 1.1]	1.2 [0.5 - 2.7]
50歳以上 (vs 49歳以下)	0.8 [0.4 - 3.0]	0.7 [0.4 - 1.5]	1.2 [0.4 - 3.1]
外科系 (vs それ以外の科)	0.5 [0.2 - 2.1]	0.6 [0.3 - 1.2]	0.3 [0.1 - 1.1]
500床以上の病院 (vs より小規模)	0.3 [0.1 - 0.9]	1.3 [0.7 - 2.4]	1.3 [0.6 - 2.9]
診療所勤務 (vs 病院勤務)	0.9 [0.4 - 2.2]	0.8 [0.4 - 1.5]	0.9 [0.4 - 2.2]
東京都十県所在地在住 (vs 以外)	1.5 [0.7 - 3.0]	0.2 [0.4 - 1.2]	1.4 [0.7 - 2.7]
「しばしば同僚間でこの問題を経験しよう」 (vs それ以外)	0.4 [0.3 - 1.6]	1.0 [0.5 - 1.8]	0.8 [0.3 - 2.0]
「倫理専門家等に相談を持ちかけた経験あり」 (vs 経験なし)	2.1 [0.8 - 6.2]	1.0 [0.4 - 2.2]	6.4 [2.5 - 16.3]

考察と結語

- 特定のシナリオにおける、特定の「延命治療」に関連する医療行為に対して、医師の間でもその意識や行為に大きなばらつきがある。また、どの医療行為を「延命治療」であるとみなすかについてもばらつきがある。
- 「すべきである、すべきでない」という意識と、実際にどうしているかという間には少なからず不一致がある。
- 治療の差し控えや中止に対して、適切な判断を行ううえでは、倫理カンファレンス等における綿密な相談などが有用であると考えられる。
- 終末期に関連する医療行為の適切な判断のためには、そのプロセスを標準化し、質の担保を支援するための方路が必要である。

方路1: 実践的に医療者が利用できるコンサルテーション支援

臨床倫理コンサルテーション事業

窓口 〒800-8556 京都市中京区一ツ井一 京大大学院医学部医学研究科生命倫理学分野 2階 208号

ホームページお問い合わせ http://www.kankakukigo.jp/ibc_a-1/rfmisoudan.html
E-mail: rfarisoudan-admin@umin.ac.jp

方路2: 適切な手続きを担保するチェックリスト

【病院で死亡した終末期患者の診療方針決定プロセスの質評価に関する観察研究】

松村医院 松村真司
NHO東京医療センター 尾藤誠司
NHO東京医療センター 小崎真規子

平成18年度 厚生労働省科学研究費補助金 脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究班¹

2

【研究背景】

- 結果として「延命治療」に移行する恐れのある医療行為を終末期に近い患者に行うことについてはさまざまな議論がある。
- 現実には、担当医・患者・患者家族などの中で決定されている。
- しかし、この決定がどのように行われているか、そしてその決定が「適切に」行われているかは不明。

【ある症例】

95歳、男性、認知症。数年前より在宅療養。1月に肺炎で入院時、経口摂取が難しくなり経管栄養を勧められたが家族が拒否し自宅に退院。その後なんとか経口摂取していたが、3日前より発熱、治療するも反応せず、本日から水分は全くとれない。本人の意向、不明。奥様の意向、「苦しめないようにしてもらいたい」。娘の強い意向「自然に（いかせてほしい）」。

3

【研究目的】

- 病院で死亡した、脆弱高齢者・終末期患者の診療がどのように行われたか、記述する。
- 上記の患者らに関する、終末期における診療方針決定プロセスを一定の手順で評価する。

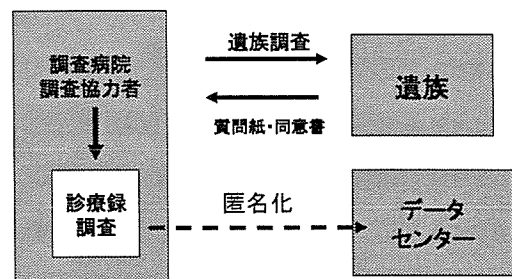
4

【研究方法(1): デザイン・対象】

- 研究デザイン
 - 診療録調査および患者遺族に対する質問紙調査を用いた横断研究
- 研究対象
 - 研究期間中、協力病院の内科において死亡した65歳以上の患者（入院期間7日以上）
 - 診療録調査は遺族ならびに対象患者の死亡時主治医の同意が得られた患者に実施

5

【研究方法2: 研究概要】



参加施設すべての倫理委員会における審査で承認

6

研究方法(3): 診療録調査

- 調査協力者が記載の有無を記述
- 調査内容
 - 患者特性
 - 担当科・担当医特性
 - 終末期の療養環境
 - 侵襲性の高い医療行為の実施の有無
 - 診療方針決定プロセスの評価

7

研究方法(4): プロセス評価項目

- 学際的エキスパート・パネルを用いたデルファイ法により作成
- 「患者にとっての最善の利益の査定」についての評価項目(10項目)
- 「DNR(Do not resuscitate)オーダー」についての評価項目(9項目)

8

研究方法(5) 患者遺族調査

- 自己記入式質問紙調査
- 対象
 - 第一連絡者として診療録に記載されている家族
- 調査項目
 - 特性
 - 病棟ケアに関する評価尺度(Care Evaluation Scale: CES) 全18項目
 - 終末期の診療方針決定に関する確認や話し合いの有無
 - 終末期の療養環境

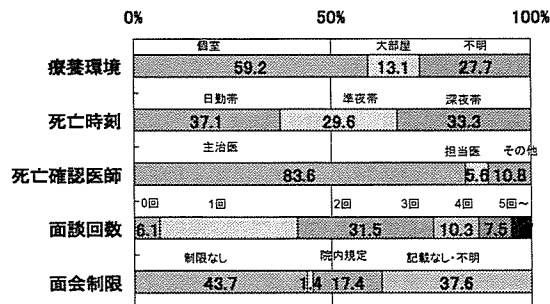
9

結果(1)

- 協力10施設 (現在、7施設で調査完了)
- 現時点での患者/患者遺族数 213名
- 患者平均年齢 80.5±8.2歳(65-101歳)
- 患者性別 女性 85名(40%)
- 入院期間
 - 7日-14日 47名(22%)
 - 2-4週間 60名(28%)
 - 1ヶ月以上 106名(50%)

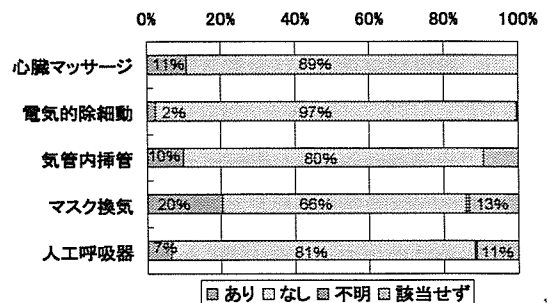
10

結果(2): 死亡時の療養状況



11

結果(3) 死亡時の医療行為



12