

中止・差し控えを実施するとすれば死の切迫性を含む余命判断が明示的にせよ、暗示的にせよある時点でなされるわけだが、要するに患者やその家族の心理的状況を斟酌しながら対応に慎重であるべきとする意見として受け止めたい。

患者の意思確認の項では先に羅列した通りであるが、総括すると治療中止・差し控えについての患者・家族の意思はその時の状況により変化しうるものであり、意思の確認は容易ではないことを物語っている。おそらく意思確認の困難の程度は次項にあるような治療中止・差し控えの内容・範囲にもよると思われるが、医師からではなく患者本人ときには家族からリビングウィルや積極的な申し出があった場合に医療側は困惑することが想定される。実際、過去に訴訟となった事例は家族から何らかの形の要請があり、その後医師と患者家族との関係が悪化したケースが多い。民間団体によるリビングウィルの法制化への動きはいわゆる「尊厳死の権利」の主張であると同時に潜在的に医師の懸念を払拭するという側面がある。

治療中止・差し控えの項では人工呼吸の中止と薬物の追加がとくに留意すべきとする意見はもったもであり、どちらも継続すれば潜在的に過剰な医療となりうるモラル・ハザードがある一方、中止すれば直接死亡につながるおそれがある。しかしながら、末期がんにおいて人工呼吸器の装着を想定することは非現実的とする意見もある。そうであるとなれば、検討すべきは薬物（鎮痛を含む）および補液・栄養補給が中心になるわけだが、場合によっては治療差し控えがかえって延命になることもあることを考え合わせると、もっぱら臨床判断の範疇に入る事項であり、司法の立ち入る余地は少ないと考えられる。このことはとりもなおさず、QOLの維持が目標であることを意味し、その意味を（患者）家族に十分説明したうえで同意をうることが大切である。以上のように整理するならば、末期がんにおける治療中止・差し控えは最終段階で蘇生するかしないか(DNR)という問題に帰着する。本報告書にはイギリスの患者向けDNR指針を参考資料として掲載した。

治療中止・差し控えの除外事由規定の項では筆頭項目に「患者の意思が確認できない場合」をおいたが、がんが最大の死因である高齢社会を迎えた今日、そして大多数の患者が事前に意思表示をしていない状況のなかで、「患者の意思が確認できない場合」を除外すると除外対象は膨大な数に達するとの指摘があった。がんの場合、最後まで意識が保たれていることが多いとしても意思表示をする気力が失われているとの指摘もあった。「臨床治験該当者」については除外対象とするのではなく、むしろ臨床治験からはずすべきとする意見があった。死亡を治験のエンドポイントとすることはあるが、末期にいたって除外対象から外しても積極的な意味がないことは確かである。

「臓器移植予定者」についても病気腎移植は例外的事件とみなせば、すでにドナーとして意味が消失しているので除外対象に含める必要がないとの意見は理解できる。最後に判断障害者の場合であるが、別章「終末期医療の論点を整理する」においてわが国の法整備との関連で問題点を指摘した。家族や親族がいない判断障害者が除外対象

となった場合に過剰治療のハザードがある一方、良かれ悪しかれすべての責任は医療側が背負うことになり、医療のあり方として望ましい姿ではないと思われる。患者の人権を守るという観点からも今後検討すべき課題である。

全国の病院から多数の意見を頂き、大変参考になった。この場を借り謝意を表したい。以上の検討した結果を踏まえ、次年度研究に役立てたい。

## 第2章－3－2

---

### 全国調査 —アンケート自由記載—

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治

---

アンケートの中に自由記載の項目を設け、終末期医療についてコメントを求めたところ、多くのご回答を頂いたのでトピック別、病床別に分類して掲載する。(尚、編集時に文体を統一し、判読不能な部分については一部省略させて頂いた。)

- 
1. インフォームドコンセント・意思決定に関して
  2. 緩和医療・ターミナルケア・チーム医療に関して
  3. 倫理委員会について
  4. 延命治療について
  5. 終末期医療ガイドラインについて
  6. その他
- 

#### 1. インフォームドコンセント・意思決定に関して

①49床未満 なし

#### ②50－99床

- ・ 当院小老人病院のため、ほとんど紹介転院患者で終末期に関しては紹介元病院で告知等は終了している。(都道府県記載なし)
- ・ 超高齢患者が多い為、個人意思を考慮することは難しい(認知症がある場合が多い)。確かに末期がんの患者も居るが、終末期治療は苦しまない為の自然死を望む家族が多いことは確か。(栃木)
- ・ 当院は終末期がん患者が入院することが少なく(2～4人ぐらい)、またその状態も遷延性意識状態ないし自己判断の出来ない方が多く、延命治療の中止よりもその内容で悩むことが多い。(愛知)
- ・ 医療知識が十分でない患者の意見をあまりに重要視することにも問題があるように思われるが、専門家が末期と判断した患者に対して延命をはかる必要はないと考える(家族に迷惑をかけたくないから延命拒否という人が多いのは事実、しかし一旦はじめた延命治療を中止するというのはどうかと考える。はじめに十分判断して延命治療は行わないというのなら納得もできるが途中で中止するというのは問題

がある。除痛など十分行われていたとしても、中止することで患者に苦痛を与えないとは言いきれない。3週間の余命であるならあえて中止することはないと考える。(福井)

- ・ 現場の混乱は相当進んでいる。医師が定員の半数程度になってくると、全く余裕がなくなり、3分診療どころか1分間で2時間分の説明をし同意を得なければならず不可能と不十分の連続。又、これに医療訴訟や理不尽な患者からの要求が増え、必然的に萎縮医療にならざるを得ず、本人の意向より家族の意向をいやいや重要視せざるを得ない状況。患者が死ねば訴えるのは家族であるから、家族の意向は絶対であろう。患者への説明の3倍～5倍の時間を家族へかけて説明している現況では尊厳ある死もむなしく響く。又、法律家や弁護士が医療に関わるのは迷惑。彼らは人の作った生命という不確実なものを、ただの人間が作った法律に当てはめる事が危険だという思想が欠落した最近の裁判を見ると医療そのものを否定しているように感じる。だから医師が減っている重要な事は医療費をもっと上げて、現場の医師の裁量権をもっと引き上げる事、あとから結果だけを見て医師を裁判にかけない事、一日も早く改善して欲しい。(神奈川)
- ・ 認知症の末期患者、遷延性植物状態の患者など本人の意識確認ができない例が多く家族も意思決定はできず、こちらから誘導することが多いのが現状である。(大分)
- ・ 終末期の治療において患者自身の判断力が低下し、必ずしも的確な対応をとれないことが多い。多くは主治医の見識にかかってくる。このあたりがチームケアの難しいところかと思う。(石川)
- ・ 終末期医療の内容としてがん患者よりも、意思表示のできない、高齢の患者、認知症の患者などが圧倒的に多い。(神奈川)
- ・ 最近の問題点としては、経済力の問題が上げられる。特に医療行為が必要な場合、負担金支払能力が無い患者ないしはご家族間のトラブルが生じやすくなっている。癌助成制度が存在すれば容易ではある。(東京)
- ・ 当院は外来は別として、入院患者は老人であり(時に意識障害を伴う若い終末期患者様が入院されることがある)基本的に認知症を有していることが多い。したがって終末期でも家族は当然の如く患者様本人への病状・病名・余命の告知は断られる。したがって、本人への告知率は0%である。当院での終末期医療とは、疼痛に対する治療・患者様の精神的安定(徘徊・奇声・不安行動等からの解放目的)・家族に対して患者様の死への受け入れが大切な状態である。(福岡)
- ・ 終末期をみない急性期の病院のドクターのムンテラに矛盾する事が終末期に起こる事があり、ガイドライン等の必要性や病院連携等の重要性を感じる。(茨城)
- ・ “終末期医療”を行うに当たり、常に”これでよかったのであろうか”という自問の念が強い。”尊厳ある死”に対し、医療スタッフ、その他の十分なサポートや環境に、まだ至らない点が多々あるのを反省している。患者様の家族の意思の統一が

一番難しいと思われる。時間のファクターが更に困難としているが、可能な限り説明し、トラブルをさけるように心がけている。(東京)

- ・ 延命治療は差し控えないということが主旨だと思うが、医療者としては①治療行為について責任をもつこと。②家族も患者の気持ち・意思を尊重してほしい。③特に告知に関しては家族も患者の立場になってほしい。患者が判断をするにあたり一番頼りとするのは家族だと思うから。(大分)
- ・ 終末期の終局的な医療の選択は「延命措置を行う、または継続する」とするか「延命措置を行わない、または中止する」とするかのどちらかを選択することとなるのであるが、正にその選択について、第三者が「患者にとっての最善の治療方針」をとることができるであろうか。(中略) 医療チーム、ケアチームは患者および家族に専門的立場からの意見として今後の見込みと、治療の見込み、どのような病状(苦しさ etc) についての情報を伝え、患者および家族による意思を尊重した措置だけが許されると考える。例えば患者が延命措置の中止を希望し、家族が反対した場合、家族に対して患者の意思を尊重してはどうですかという程度の進言をするのが限界であると思う。第三者の価値観を押し付けるべきではない。仮に法的に明確な延命措置の適応について定められれば、その法の枠内での行動としてガイドラインと類似の方向のことは受け入れられるが。(鹿児島)
- ・ この分野は、難しくケースによって対応が異なると思われる。その分やりがいはあるが・・・。一番大切なのは、しっかりインフォームドコンセントが成され、医師(医療者)、患者、家族が良い関係にでき、患者(家族)が満足してもらえらるであろう。(群馬)
- ・ 終末期、植物状態の患者さんの意思確認はすでにできない状態が多くある。もうその時は、社会的判断が求められているのであって、その場合の指針が欲しい。(宮城)
- ・ 病名告知、余命告知は例えば40才台50才台の人生途中の人、80才90才のある意味で余命を生きている人と同じようには論じられないと思う。短縮された残りの生をどう生きるかを支援するための病名告知、余命告知といつ御迎が来るかを意識している人との違いである。(沖縄)
- ・ 癌末期は終末期としてイメージできるが、高齢者で認知症や寝たきり患者の肺炎や心不全・腎不全などの終末期は積極的治療をすれば救命できる可能性もあり、積極的治療をするか否かの判断が問われることになる。患者の意思表示ができないため、家族との話し合いになるが、経済的利害と感情論などから家族の意思統一ができない場合、医療側が困惑することになる。救命なのか延命なのかの判断もむずかしい。(福井)
- ・ 現在重要課題と考えているのが、高齢者で殆んど意思疎通困難で明らかに回復困難な患者への胃瘻、延命についての考えが職種・主治医によって異なることである。

(愛知)

- ・ 当院では病状について患者及び家族に納得がゆくまで説明し治療法を決めている。終末期医療または治療については主として主治医が決めるが、他科医師も積極的に意見を述べ参考にしてもらっている。(1人の患者に複数の医師がかかわり大学病院の専門医も加わっている。)(愛知)
- ・ 入院患者のほとんどが高齢者であり認知症を有し理解力・判断力が低下している状態。当院は療養型病床で多くは紹介元病院で既に告知についてや癌に対する治療方針が示されており、これを当院入院時に再度確認し、引き継ぐ形をとっている。(宮崎)
- ・ 主として90歳以上の癌患者に対し個人情報保護法施行以前は家族に説明していた。殆んどは「高齢だから」という理由で手術など拒否されていた。現在は本人に説明をさせて頂いているが、本人も「家族と相談して決める」と答えることが多いようである。しかし各医師により考え方に差がある。(広島)

### ③300-499床

- ・ 当院は循環器専門病院であり、終末期医療の対象となるのは、救急、急変、慢性病態の変化などでほとんどの患者さんは意識のない場合が多く、慢性病態の悪化中や予定手術患者さん、外来は患者の意思確認が困難である状況。その場合、家族の判断が大きな要因となる。(都道府県記載なし)
- ・ 何故多専門職種の医療従事者から構成された医療ケアチームが判断するのか、患者家族は？患者は？。従来は医師と患者間さらに患者家族間とで話あわれるのが日常であり、Ns、師長が加わり、必要に応じて心理士や精神科医のサポートがあったというのが実情であろう。緩和ケアチームのケアを話し合うならよいが、終末期医療に関し、多職種で話し合うことを、国が打ち出したことは現状からかけ離れ、より医療を困難なものにするのではないか。(富山)

### ④500床以上

- ・ およそ12の科で癌治療が行われており、「告知率」などは科によっても医師個人によっても差があるので、なかなか難しい。(北海道)
- ・ 初診時告知の可否を問うアンケートを実施しており、又電子カルテ情報として、告知拒否者は全体で確認できるようにしている。なお、現実の告知率というのは医者の思いと「充分説明されている」という患者側の受け止めとのギャップもふまえると、統計的な数字を一人歩きさせるのは如何かと思える。それでもお伝えすることが当院でも一般的になっていると思われる。終末期のあり方として一つ理解しておくべき視点は、医学的問題としてさえ「死」をあつかえばいいという訳にいかない側面が多々あるという事であろうか。それと標準化になじまない個別性、特に身体事象すべてがそもそもプライベートな問題だが、特に「死」の周辺はある意味「秘め事」でもある。個々の案件の選択過程について公的文書(本人家族の署名を前提

とする等々)のない決定がすべて排除されるべきというドライな関係が看取りの医療を全面的に支配する時代というのも別の意味で新たな遺族悲嘆のテーマになりそうか。脳死ドナーの遺族の方は長年、判をついた自分の行為を自問自答し続けるものだとも言われる。(静岡)

- ・ 余命告知に関しては、診断時(病名告知時)に行う場合と、終末期が近づいて行う場合とでは全く事情が異なる。(愛知)
- ・ 患者が自己決定できないということは十分なI.C.がされていないことか、段階を経たI.C.がされていないこと。また患者自身も治療などの選択を他者へ依存することも理由だと思う。そして、揺れ動く患者のサポートも十分でないことも理由だと思う。倫理的な側面から日々の関わりを見ると、本当にその選択が患者にとってよいのか、時々疑問に思うことがある。他職種も含めたカンファレンスを行っているが、第三者側からみてどうなのか、妥当な選択なのか、アドバイスがもらえる場があるとよいと思う。(大阪)

## 2. 緩和医療・ターミナルケア・チーム医療に関して

### ①49床未満 なし

### ②50-99床

- ・ 私は施設長業務をこなしながらの terminal care をやっている状況。多忙な部下達にも terminal care をやれとはとても言えない。倫理委員会はもちろん必要と思うが、それ以前の問題の医療ケアチームが欲しい (man power 不足で物理的に無理) 当施設の周辺には terminal care をやっている施設が他に1つもない。在宅 terminal をやっている患者さんやその家族に安心を提供する後方支援を何とかこなしているのが現状である。(神奈川)
- ・ 終末期は主治医のみにまかせるのではなく、医療ケアチームできちんと判断し文書化することの必要なケースは一定割合あると思う。きちんと確立しておくことが大事だと思う。(鳥取)
- ・ 当病院(極少病院=約50床)は全ての患者様を引き受けている。照会先の診療情報提供者と連携室の責任者が連携をとり、紹介先病院の方針に従うのが当初は治療の方針である。その後はご本人(意思疎通あれば)のご意見を大切にしてご家族と何度も話し合いをしてご家族とコミュニケーションを大切に、主治医(専門医)、院長、看護婦、介護者とパラメディカルスタッフと連携しながら終末期医療を展開している。ご本人を苦しませないように、ご家族が不安を抱かないよう、ご家族がお気づきの点はスタッフに申し出る様をお願いしている。ターミナルケアに関しては患者様症例により基本的医療がアクティブ治療かをご家族と話し合い決定する。(茨城)
- ・ 医学領域の倫理問題の検討はあくまでも医師を中心とした医療従事者が主体とな

り責任を持って行うべきものとする。他の分野からの専門家の参加も必要とは思  
うがあくまでもオブザーバー、あるいは協力者としての立場にとどめるべきで、そ  
れらの方々がいつの間にか中心となるようなことは、本末転倒も甚だしい。生殖医  
療や再生医療などを読存法解釈とするのではなく、要望、時代の側に新しく法望し  
て協力するのが第一の責務ではないだろうか。代理母で出産した子の遺伝子上の親  
を認めないことなど、将来子供が成人して損害賠償を要求されたら国は敗訴するの  
は確実であろう。(中略) 医と法は対等の立場であるべきが、法(しかも時代遅れ  
の) 指向に流されている。(熊本)

- ・ 当地域は高齢化率が 40%近い、過疎・少子・高齢化の町である。入院患者の大半  
は寝たきり、意識障害のある方である。入院患者の平均年齢も 84 歳(男 82 才、  
女 86 才)であり、アンケートに答え得る状況にない。しかも、内科常勤医はたっ  
たの 2 名で、受け持ち患者も 1 医師あたり 30~40 名である。日々の外来診療と  
病棟業務に追いまくられる日々で全くゆとりのない状態である。(都道府県記載な  
し)

### ③100-299 床

- ・ 当院は平均年齢 85 歳の療養型病床 100 床の病院である。がん終末というせまい  
終末ではなく、人生の終末を総合的に看取っている。中には 90 歳をこえて集中治  
療で救命を希望するケースもあるが、たいてい一定の時がくれば退院を促され、転  
院をくり返すうちに正しき道を悟られる方々もいらっしゃる。緩和ケア病棟で、6  
ヶ月をすぎたので退院させられたケースも入院されてきた。緩和ケア、がん終末で  
余命 6 ヶ月をすぎると「どこでもいから出ていけ」となるのか。がんばりだけで  
なく、あらゆる年齢、あらゆる疾病で終末はおこりえる。総合的な対応を望む。(栃  
木)
- ・ 当院は介護療養病床のみなので、認知症や高次脳機能障害などで、判断が困難な患  
者がほとんどである。患者の意思が推定できない場合の「最善の治療方針」とは表  
現があいまいである。現在できる医療行為をできうるかぎり実施するという内容に  
とらわれてしまうのではないだろうか。(福井)
- ・ 当院は高齢者・障害者を中心とした医療施設でターミナルケアとなる患者は年間 5  
人程度、それも発見が遅れ natural death となったり high risk のため in-op と  
なるようなケースが多い。医療者も家族もあきらめに近いところがある。なるべく苦  
しまないで送ってくださいという家族の声が多く、今後どのように対処していくか  
は緩和ケアのガイドライン、研修、講習会を通じ各個人に応じた終末を迎えられる  
よう配慮を工夫していかなければならない。(秋田)
- ・ 当院は障害者一般 199 床の病院のため、癌の終末期等の後方支援が中心の病院で  
ある。急性期病院での癌の治療等が終了もしくは継続途中など、さまざまな患者さ  
んでも延命のためでなく緩和のための抗がん剤の使用等もときにある。(茨城)



- ・ 終末期医療のケア方針が十分機能した作業チームによって行われるためには、日常的な医療現場における情報支援・カンファレンスが行われていることがまず必要条件と思われる。各職種が日々様々な業務のため忙しくなっており、一定の時間を各職種がとることが大変困難になっている。又、これまでの医師主導の医療ではなく本当はチームで行う医療になっている事が必要と思われる。(京都)
- ・ 終末期医療の根本は死の受容だと思う。がんが見つかったから同一病院で主体となる医師がずっとかかわっていればそれは可能である。(千葉)
- ・ 患者の命は本人のもので、家族のものでない。家族の経済的理由や迷惑などの理由で、生き続けることのできる患者を治療しないで殺すことは絶対にしない。(徳島)
- ・ 当病院における緩和ケアは WHO の提唱にある「緩和期早期からの緩和ケアの提供」をポリシーとして、終末期の患者のみならず、がん早期いわゆる化学療法患者に対する緩和ケアを実施している。それは、昨今の緩和的手術、化学療法、放射線療法という考え方が普及している中で、時代の流れに乗った運用ともいえる。しかし、健康保険上における施設基準は、包括医療の中で行われ、更に化学療法(高価な薬剤)においては出来高払いを認めるものの、入院料が「その他の入院料」となり、大きな損失となっている。是非とも入院料の改めを強く要望するものである。化学療法と緩和ケアは併用できる制度が必要である。(山形)
- ・ 自己決定できる患者さんについては十分話し合っ方針立てをしているのであまり問題にはならないが、本人が意志表明できない QOL も低い高齢者の場合、「患者にとっての最善の医療」とは、受け手によってかなり広義に解釈もできるが、臨床では日々迷う場面である。医療従事者の価値観により、最善と考えられればそれで良いと理解してよいのだろうか。(愛知)
- ・ 終末期医療及びケアは個々の患者によりその内容は異なり (case by case)、また迅速な対応が必要な状況もあり、緩和チームはフットワークの軽さも必要と考える。(大阪)
- ・ 今後在宅での終末期に向けての対応が必要と考え、院内で相談している。(兵庫)
- ・ 多種の専門職からなる医療ケアは理想であると思うが、癌の末期はある程度の病院でなければ出来ないと言うことであろうか。癌によらず終末期医療の多くは、どのような医療施設で行われているのが現状なのだろうか。終末期を開業医が在宅にて行っているケースも多く。アンケートの構成そのものが都市型思考ではないだろうか。(福島)
- ・ 終末期患者及びその家族に対する精神的ケアには多くの時間を要する。一般病院では、患者及び家族に十分な時間を割く余裕が日本の医療現場にはないように思う。ホスピスやがん専門病院であれば、終末期医療を充分に実践できるスタッフ数、診療報酬体系があると考えるか？(岐阜)
- ・ 老衰や良性疾患の末期(心、呼吸疾患など)、胃潰瘍出血で手術不能例などの終末

期を扱っている。別途、検討されるケースで、先進的な倫理委員会をもつ大病院からの転院例ばかりである。当院では終末期に転院を余儀なくされたケースもあり、（余命6ヶ月を超えて生存したのでホスピスから退院、脳転移四肢マヒで治療終了で転院、胸水貯まっているが退院促し）、他のケースと平等に扱っている。（栃木）

- ・そもそも病院では延命治療が当たり前なのだろうか？病院全体の緩和医療、在宅医療を行っている。郡部の基幹病院だからこそできるのかもしれない。最近では在宅で看取る患者さんも多くなってきており、その経過は一般病棟で亡くなる患者さんにフィードバックされている。究極的には場所と介護力を提供して家で亡くなるのと同じように「自然にみえる」看取りをできるような緩和医療を目指している。であるから昇圧剤や人工呼吸器をこちらから提供することもなく、輸液や人工栄養は、症状コントロールの視点から中止や減量を相談する。それで何か問題になったことはない。（群馬）
- ・終末医療及びケアに対して病院としての統一した方針はなく、各科・各位医師の判断に委ねられている。場合によっては“緩和ケアサポートチーム”を病院として立ち上げたいと思っている。（北海道）

#### ④300－499床

- ・当院では終末期医療に関して患者からまたは家族からの申立のあるケースはきわめて稀。余命3ヶ月程度なら体力のある限り一応は化学療法等を試みる。余命3週程度なら緩和療法となる。通常は家族に対して予後の見通しは告知するが、患者本人には絶望的宣告はしていな。したがって終末期の対応は家族の意志（希望）を重視する。これまでレスピレーターを取り外し例は皆無である。（北海道）
- ・当院は療養病床主体の病院であり、終末期医療については1997年から熱心に取り組んでいる。①1997－1999年の2年間は、役職医師と役職看護師で1ヶ月に1回死亡された方あるいは、ターミナル期の患者さんの事例検討を行った。その中で役職医師、看護職の終末期に対する共通認識を持てるようになった。②1999年からは各病棟でターミナルケアカンファレンスと死亡後2週間以内に死亡後カンファレンスを多職種で行っている。参加者は院長、担当医師、看護部長、担当看護師長、看護職、介護職、医療ソーシャルワーカー、栄養士、リハビリテーションスタッフ（PT,OT,ST）、薬剤師等である。大半の患者さんは終末期は認知症や意識障害でご本人の意見を聞くことが困難であり、ご家族の意見が優先されている。③将来的にはご本人の元気なうちに意思を確認することも必要であろうが、そのタイミングが難しいと感じている。④このような体制で検討しているので、当院では今のところ、外部の委員会に意見を聞くなどの必要性は感じていない。⑤しかし、一般病院等で高度な判断が必要な場合は多専門職から成る委員会も有用と考えている。（北海道）

### ⑤500床以上

- ・ 「最善の治療方針」とあるが、具体的に開始、変更、または中止とすべきではないか（神奈川）
- ・ H19年度から相談支援センターを更に充実、又専任のセンター長を設置する予定。（愛知）

### ⑥病床記載なし

- ・ どういう末期状態であれ本人が治療を希望したら治療を続行できたらと思う。本人の意志より、治療の効果、入院日数が優先される。治療ではなく緩和を選択する人、又最後まで治療する方も本人の自己決定と思う。緩和病棟に勤務していると「最後まで！治らなくても病気と向き合って、闘っていたかった」という方もある。「自己決定」と言われても、病院で治療しないとわれれば退院せざるを得ない。治療効果や余命を考えたら「緩和」へと私たちも思うが、それを決めるのは、医療者ではなく、本人・家族と思う。「癌難民」等悲しい言葉もある。一般病院を追われ、何百万もする民間療法に走る方もいる。最後だから、行く所がないから、「緩和」では患者様がかわいそうと思う。（都道府県記載なし）

## 3. 倫理委員会について

（または広く“委員会”について、“生命倫理”等について）

### ①49床未満

- ・ 当院は医師固定は2名、1ヶ月交代が1名で構成されており、組織的に委員会活動は困難。問題あるたび担当医師を中心に関係者が協議して問題の対応にあたっている。当院で告知することはめずらしく、専門病院で済み、地域に帰ってくる患者が多く、その専門医との連携のもと継続医療にあたっている。（北海道）
- ・ 必要性等を含め病院規模によって随分違うと感じる。小病院においては比較的患者との関係が密であり、細やかな対応が取れていると感じている。（大分）

### ②50-99床

- ・ 倫理委員会が立ち上がって間がないので、経験不足は否定できない。臨床の倫理について日本国内で十分議論を深める必要がある。当院では後期高齢者の患者が多く、意思確認ができないことが多い。家族も核家族が進み、遠方に住んでいたりと、十分な意思確認ができないこともある。倫理専門家、宗教家、臨床倫理士などを集めた院外の委員会にゆだね、第三者機関として判定してもらう方が、公平、公正な判定できるかもしれない。（大分）
- ・ 入院患者は、大部分が他院からの紹介患者で、入院前に他院の主治医及び家族と治療方針について話し合っており、積極的な延命を希望されている患者は受け入れていない。理由は、他の患者への看護・介護に手が回らなくなるから。どの患者も自然体で死を迎えていると思う。（大分）

- ・ 2－(3)が現実には起こりうるのかどうか疑問である。終末期の医療が患者・家族・医療側の三者(もしくは二者)の間で最善の治療方針が決まらない(合意出来ない)という場合があるとは考えられない。よしんば、こういったケースが起こったとしても委員会を設置し、第三者的助言を行っても状況が変化するかどうか疑問である。(福岡)
- ・ 当院は小病院であり、正式な倫理委員会はなく担当医及び医局内での意思による判断に決定されている。(長崎)
- ・ 当院には倫理委員会が無い。医師、看護師、薬剤師、レントゲン技師、検査技師、管理栄養士が参加する病棟カンファレンスにてターミナルケア等は相談し、最終決定をするようにしている。(熊本)
- ・ 当院は年間50名の消化器を中心としたがん患者の死をみとっている。癌の治療はマニュアル的なものではなく、可能な限りの情報を患者さんに提供し、また終末期を支える家族と協力してその中で最もその患者さんに合った治療法を選択すべきと考える。その患者さん、家族の背景がわからない法律家等、第三者がメンバーに入るのはいかがなものかと思う。(静岡)
- ・ 倫理委員会を早急に立ち上げ発足の予定(埼玉)
- ・ 2段階論:院内の医療チームで結論がでない場合院外の医療チームの判断をあおぎ結論をだしていくようにすればよいと思う。(鳥取)
- ・ 終末期医療及び倫理委員会はなく、週1回の医局カンファレンスにて、治療方針につき検討している。(長崎)
- ・ 中小病院では形式にこだわった委員会という組織を設置することは大変困難と思われる。現在でも同じであるが現場でのカンファレンス等の利用が有効と考える体制の検討もしていただきたい。(都道府県記載なし)

### ③100－299床

- ・ さまざまな問題を相談できる安心できる組織があれば助かる。(群馬)
- ・ まず、終末期の定義をはっきり示して下さい。癌の終末期だけに絞るならいいが、その他の病気の場合、終末期と判断するのは困難と思われる。
- ・ 机上の空論の様に思える。現場は、もうこれ以上何とか委員会作るの・・・の考えである。現場を無視して施策を作るから、日本の医療(病院の医療)は崩壊にきている。崩壊を後押しするつもりならよいが・・・。(兵庫)
- ・ 当院では第三者を交えた臨床研究の倫理委員はあるが、生命、宗教に関するその委員会は未設置～検討中である。(新潟)
- ・ 「終末期医療及びケア」は現在主治医に任せられており、チーム医療にまではしていないのでチームで検討する機会を持ちたいと思っている。倫理委員会では実際には実症例に対して「尊厳死」に対する検討をし、介入した事例はない。が、準備は出来ていると感じている。(愛媛)

- ひとつの病院のスタッフで考えると、やはりパターンリズムに落ち入ると思う。特に、中小病院はパワーバランスがあるので・・・地方 中小病院では、ガイドラインという明文化されたものは必ずしも必要ないかもしれない。もちろん同意を得た記述は必要であるが、終末期だけでなくそこにいたるまで、どれだけ病院として医師として、きちんと対応し相談にのっていったかが大切だと思う。病院、地域として終末期をどのようにサポートするかというビジョンをきちんとしてチームをくまないと、全く意味をなさないただ論議する団体になるだろう。医師がエシックス、コミュニケーションをきちんと考え学ぶべきである。(長崎)
- 委員会を開く時間、マンパワー不足で困難。臨床の現場と乖離している。(島根)
- 病院全体として医療倫理問題に取り組みはじめたところだが、まだ“個々の善意”によるところが大きく病院全体としての解答がむずかしい質問もあった。(東京)
- 多種専門職間の検討会といっても、口頭での相談の型は行われるが、一同に集まって検討し記録を残すことは行っていない。方針決定されればカルテに記載される。(京都)
- 倫理委員会で検討するにしても、種々重大な問題が予想されるため、時間がかかるかと思われる。現在のような入院患者をみて、外来をみて一般の内科医が、それに十分な時間をかけることはとても難しいと思う。医師の仕事の負担を考えてほしいと思う。不十分な討論で結果だけ多数決とかで出すには抵抗があり、後味が悪いと思う。(福岡)
- 委員会設置は、色々難しく(個々の医師の考え方が違う)現在は、主治医の判断としている。(都道府県記載なし)
- 当院では治験の必要にせまられ倫理委員会を設置したが、まだ一度も開催していない。倫理委員会の討議は原則として公開すべきと思っている。(長崎)
- がんについては、ホスピスでの経験によれば倫理問題でのトラブルは少ない。一番問題になりうるのは延命処置の中止、差し控えだが、余命がかなり正確に判定できるがんの場合はあまり問題とならない。(東京)
- 「尊厳ある死」の定義を知らないが、ほとんどの患者さんは「自然の経過」をとっていると思われる。ガイドラインや倫理委員会での判断を求めるような症例は少ないと思われる。大部分患者は委員会での判断が出る前に病状が進んでしまうと思われる。終末期患者への対応が遅れてしまいそうである。プレゼン、会議開催の時間的負担も大きいと思う。(岩手)
- 医療現場における倫理委員会のようなもの以前に生命倫理については社会が十分な検証を行って本来あるべき姿を示すべきである。医療者あるいは倫理委員会はそのガイドラインに従って判断・判定を下す機能しか持ち合わせてはいけないと考えている。当院の倫理規定は一番に安全、二番に遵法となっています。従って法的根拠がなければ判断はできない。倫理委員会が勝手に決めることはもともと不可能な

ことで、倫理委員会がなくてもこれら法的根拠があれば医療として遂行されるべき選択を考える。その都度倫理委員会にもってくるのはどうだろうか。例えば昏睡に陥った脳内出血を手術するのとか、終末期ではなくても手術するしないにかかわらず、場合によっては植物状態となると考えられる場合など常に問題が生じている。ご家族の立場は前述したようにあくまでご本人の代理としてであって、ご本人の利益のみが判断基準となるよう社会が決めていく必要があると思う。(広島)

- ・ 「病院に入院したのだから、延命治療が当たり前で、それをしないのは犯罪だから、責任を問われないように文書で同意を取りましょう。本人の意思ということで、患者さんに責任を負わせましょう。自分で考えるのは面倒だから、委員会に丸投げしましょう」という風潮になるのが目に見えている。かつてインフォームド・コンセントが同意文書重視、責任丸投げで歪んでしまった様に、終末期医療も患者さんの気持ちを無視した、思慮のない予告告知や延命治療の確認が様式的に行われるようになってしまうのだろう。委員会と言ってもすでに病院には委員会だらけであり、他専門職種といっても特に専門もない医師と看護師ぐらいしかいない。スタッフの少ない地方病院でまともに機能するわけがない。直接関われる数人で話し合えば、普通の問題は解決できる。(群馬)
- ・ 当院は療養型病床群であり、がん終末患者にがん患者は極く少なく2～3例/年。疼痛緩和を要する患者は1～2/年です。これらに対しては薬の使用案で対処している。多専門医師による倫理委員会の構成はできない現状である。(北海道)
- ・ 私の考える必要な倫理委員会と、その役割は次の通りである。
  - 1) 一次委員会 治療法決定に必要な事項の確認を行う。
    - A. 医学的予後見通しの正確性に関する検討
    - B. 患者の意思確認A, B それぞれについて適切な判断が行える委員を選定する。  
A, B が確認された場合、それ以上の一次委員会の役割はない。
  - 2) 二次委員会 患者の意思が不明確な場合、あるいは患者の意思が明確でも家族が同意しない場合に発生する問題について二次委員会を開催する。対応策に関し法的根拠を含めて二次委員会で検討を行う。それに適した委員を選定する必要がある(厚労省案の専門家委員会と同じ)。委員の選出範囲を広げればよいという性質のものではない。
  - 3) 委員会委員 一次委員会は固定メンバーでよいが、二次委員会はその都度、審議内容に沿って選ぶのがよいと思う。現状では、患者の意思表示があっても、それに従ってよい判断基準が明確ではない。医療行為の最終決定者もはっきりしない。どのような判断をしても最終決定者は訴えられる可能性がある。倫理委員会の役割も明確にしておかないと、倫理委員会も訴えられる可能性がある。倫理委員会を作っても、責任を避けるため、結局は曖昧な意見しか出ず、また、

倫理委員になることを拒否する者も出てくるのではないかと思う。(富山)

#### ④300-499 床

- ・ 終末期医療検討委員会は厚労省の9月14日発表の指針によって院長を委員長として8名の委員で10月1日より実施している。(大阪)
- ・ 当院では今のところ、外部の委員会に意見を聞くなどの必要性は感じていない。しかし、一般病院等で高度な判断が必要な場合は多専門職から成る委員会も有用と考えている。(北海道)
- ・ 今年6月倫理委員会を開催し、「当院における狭義の終末期における病院関係者の対応ルールについて」話し合った。この前に、病院運営委員会のメンバーの医師・看護師と話し合い、さらに医療局会議でも話し合った上で、その意見を参考に出した、という経緯がある。その中で、「国のガイドラインも出ていないのに作れるのか」といった意見があった。国として一応のコンセンサスは国民が概ね納得できる内容のものでなければいけないと思う。この為に議論の範囲を広げて行う必要があると思う。(鳥取)
- ・ 倫理的問題に関して、全ての医療従事者に、その意味が十分に浸透しているとは思えない。医療をうける側にもそのような意識が十分にあるとは思えず、根強いパターンリズムは今もなお現実的に多いように思える。権利意識は強くなっているばかりで、「生命の尊厳」ということを社会的に国をあげて、考えていくべきであると思う。(岐阜)
- ・ 医療機関に対するガイドライン策定は必要であり有用。しかし現場において最も困るのは、患者さん側との話が噛み合わない事があまりにも多い点である。医療提供側が患者さんへのアカウントビリティーを果たさねばならないのは言うまでもないが、病気の事ならともかく保険医療を始めとする政策に基づくことは国が医療材関へ通達する以上に判り易く国民に周知すべきと考える。医療提供側と受診側とのギャップはあまりにも大きく更に拡大していくように思える。(和歌山)
- ・ 実際に遺族との間でトラブル(クレーム、裁判など紛争)が生じた場合、医療行為の適否を判断するための公的な機関の設置が必要ではないか。(宮城)
- ・ 終末期医療、ケアチームは慎重な判断を下すために、構成メンバーを多専門職種の医療従事者を含めたり、さらにそれ以外の職種の意見を参考にする事は良い事と思われるが、現実的には時間、スペース、費用等の面からもむずかしいと思う。結局は主治医、家族、看護師の範囲内の比較的狭い医療チームによって「判断」が下されるのではないだろうか。(兵庫)
- ・ 当院は第一線の市中病院であり、患者診療はエネルギーで行っているが、各医師の診療の内容に立ち入ることはない。従って、診療倫理委員会は設けられているが、実際に活動した経験はない(臨床治験の経験もない)(山口)
- ・ とりあえず、看護師の発言力を強化するよう、院内体制を導くことかと考える。複

数の専門職からなる委員会の役割を、当面緩和ケアチームが果たしていこうかとの動きは院内にある。(大阪)

#### ⑤500床以上

- ・ 終末期医療におけるガイドラインは、指針としては大切。複数の専門職からなる委員会設置といっても、早急な対応は困難であり、現実的でないと思われる。細部にわたったガイドラインでほとんどの件は対応できるように作成していただくのが良いと思われる。(山形)
- ・ 臨床での医療行為に関する倫理的問題は、いきなり外部機関に持ち込むのではなく、院内で当事者と共に検討できる他職種チームが必要である。(この他職種チームは固定メンバーとは限らない)うまく機能するためには倫理的判断が正しくできる能力を身につけるための教育がなされなければならない。ガイドラインに沿って考えることは役立つがこのガイドラインを活用する訓練(ワークショップ)が必要であろう。倫理的問題を検討する際には、当事者との利害関係のない中立的立場の者が参加し感情のコントロールを図りつつ十分な議論ができることと、事後のサポート体制もつくっておくことが大切である。(神奈川)
- ・ 現在の倫理審査委員会は、『ヒトを対象とした研究』を、科学のおよび倫理の見地から審査している。一方、臨床治験に関する課題は、別個のIRBで検討し、また生体肝移植適応委員会は症例発生の度に、委員会を開き検討する。しかし、近年では、臨床現場での事柄に倫理的検討を要する案件が多く、現在も、再生医療の問題、発症前遺伝子診断の要望、輸血製剤の多様化に伴うエホバ協会の方々の意見の変遷に関する検討などを求められている。私見だが、これらの多岐にわたる医療倫理に関する見解を持ち、地域のセンターとして発信してゆくためにも、さらに当機関で学ぶ医学生の臨床倫理教育を行うために、倫理学を修めた専任教員の存在のもとに医学部倫理委員会のあり方を再度考えることが必要と思う。(愛知)
- ・ これからの日本(近い将来、世界中)では、高齢者人口の増加により単位時間内に死亡する人間の数が幾何級数的に増加する。ヒトの最期および死後の儀式は、地球上の人口がまだ少ないときには、印象に残る方法がとられているが、死が日常的になるにつれて簡素化していく。終末期医療に関するガイドラインも、死が日常的になっていく近未来を想定して、国民の間の新しい道徳観念の醸成をリードするものでなくてはならない。ガイドラインを作成するに当たって、一部のマスコミや狂信的な似非文化人の干渉を恐れて、誰にも非難されないものにしようとする、わが国の移植医療に関する脳死の定義のように、厳しすぎて現実的には絵に描いたもちとなり、現実には添った決定をしたものが告発される危険性をはらむ。医療行為はそもそも、医師法に守秘義務があり、個人情報保護の観点からも、白日のもとにさらされる性質のものではない。ヒトの最期は、そのなかにあっても直近の家族を含めた最も個人的なものである。判断力が保たれている直近に本人の意志が明確に示



されている場合を除き、そこでは、客観的に予後を推定できる医師、看護師と直近の家族、本人および家族が認める親しい友人で、本人のことを考えて最も相応しい最期を演出するのが最も良いと考える。そこには、患者側からとくに請われた場合を除き、法律家、宗教家、生命倫理専門家を含めて第三者が絶対に立ち入るべきものではない。(埼玉)

- ・ 時間内の対応と時間外の対応(緊急臨床倫理委員会など)を念頭に置いた方策が必要と思われる。弁護士や他の法律専門家(有資格者)を、一定規模以上の病院に常勤あるいは、24時間FAXなどを利用した公的書類・記録による回答書、意見、議決により、病院が裁定可能とする。あるいは、地裁の仮決定を24時間可能とするなどの体制などを考慮する必要がある。(岐阜)
- ・ 複数の専門職からなる委員会は、日常的には院内に存在する必要があるが、より高次の判断が必要な場合に法律家を含む外部機関へ相談できる仕組みがあるといい。(愛知)
- ・ 日本はキリスト教文化国とは異なり、倫理と、医学的判断の常識、「法」の大元の考えに違いがある。医学的問題を倫理として検討するのは正しいと考えるが、「法」として検討するのはおかしい。日本の司法に悪い意味でガイドラインが利用されないことを願う。(福島)
- ・ 他職種による緩和ケアチームは、緩和ケアを行うチームであり、事例によっては延命治療などを中止することの決定を行う事にはかなり重責である。当院ではチームで難しいと考えた場合、倫理委員会にかけることになっている。日本の医療において死を直前にして本人に延命治療(揮管等DNR)を行うかどうかを聞くことは成されてこなかった。(元気な時は本人から聞いたりしているが、いざ死を前にしての事では困難さがある。)しかし中には自分から話す人も出てきた(死を前にして)。元気な時の意志と死を直前にしての意志は大きく変わることがある点を考えておくべきである。(東京)
- ・ 本院では、終末期の緩和医療と延命治療に関する問題はそれぞれ個別のチームが対応している。すなわち、前者には緩和医療に精通した医師、看護師、薬剤師、臨床心理士がチーム編成して主として末期癌での苦痛を緩和する医療を指導している(緩和ケアチーム)。後者に対しては、5名の診療科の医師(診療科長)、5名の看護師(看護副部長、師長)、および1名の事務職員からなるチームを別途編成し、主として手術時あるいは急変時に人工呼吸器を装着したがその後容態が悪化し意識・自発呼吸がともに戻らない場合の対応について診療科の要請に基づき協議している(診療・看護相談室)。一方、癌やその他の疾患で末期病態の患者に対し意識消失後は延命処置を差し控えるか否かについては、該当診療科が患者や家族と事前によく話し合ったうえで方針を決定しており、診療・看護相談室に相談が持ち込まれることはない。ただ、各診療科でも主治医1人で方針を決めるのではなく、必

ず症例検討会など診療科全体で決定している。以上のように、多くの病院では治癒が望めない疾患での終末期にはどのように対応するか、内容によって機能分担しているのではないだろうか。数百床の総合病院では常にどこかで重篤疾患の終末期があり、一つのチームで上記のことをすべての科にわたって行うことは不可能である。とくに各診療科でできることはやってもらいたい。そのためにも「終末期医療に関するガイドライン」は重要であるが、(厚生労働省の) たたき台では多専門職種の医療従事者からなる医療・ケアチームがすべてに関わらなければならず、大きな病院ではあまりにも非現実的である。(大阪)

#### 4. 延命治療について

##### ①40床未満 なし

##### ②50-99床

- ・ 高齢者においては、“通常の治療処置”と“単なる延命治療”の線引きが困難であるため、患者さんの考える(あいまいな)尊厳ある死を実現するのは容易ではない。医療者あるいは遺族が、いたずらに刑事責任を迫及されることのないように、法整備も同時に必要と思う。(茨城)

##### ③100-299床

- ・ 最低限の点滴、経管栄養等も「延命治療」になるのだろうか? 「延命」という言葉が良い意味でも悪い意味でも両方に使用されていると感じる。(山形)
- ・ 高齢者の終末期医療に関して人工呼吸器(サーボレスピレータ)を装着して延命処置の必要性はないと思う。当院は過去、植物状態の高齢者を人工呼吸器を装着し2-3ヶ月延命させられたケースが多々あり、現在では入院時にもしもの時には延命必要の可否を家族等にインフォームドコンセントして決定している。現在は殆どなく自然状態で見送っている。(岡山)

##### ④300-499床

- ・ 「積極的安楽死」の定義が必要と思われる。医療行為の中止(差し控え)は「消極的安楽死」に含まれるとする意見もあるが、生命短縮が短時間におこるのであれば積極的安楽死は含めるべきものもある。(埼玉)
- ・ 終末期医療に関しては、医療行為が必要とされると判断できる期間は特に問題となることはないが、延命は医療界全体のコンセンサスが得られるような法的整備を早急に行う必要があると考える。現場では、裁判所により判例が違っており、そのために混乱が生じているように思われ、法的整備を早急に行い、その中で判断の基本となるものが需要ではないか。(香川)

##### ⑤500床以上

- ・ 患者が延命治療を望まないとき、あるいは末期のとき、どの程度の医療内容にすべきか具体的な内容が明示されたものが少ないので検討してほしい。(東京)

## 5. 終末期医療ガイドラインについて

### ①49床未満 なし

### ②50-99床

- ・ 小病院でありまだ不十分な点が多々あり、ガイドラインの作成は必要。(群馬)
- ・ 終末期医療に関して慎重を期するという事でガイドラインを作成しようという意図は十分わかるが、委員会を設置したり、ガイドラインにしばられたりすることで、かえって十分な医療ができなくなってしまう危惧を感じる。少なくとも現状で終末期医療の方向については、現場のスタッフと患者本人とその家族間で意思は一致していることが殆どであり、問題なのは終末期医療の内容の質の向上だと感じる。医療を行う側、受ける側ともに、状態の変化や心理の変化によってその方向性が変わっていくことはよく経験される。そういう変化に機動性をもって臨機応変に対応していくということが、この(厚労省の)ガイドライン案からは全く感じられない。また、中小病院での終末期医療は、このガイドラインを満たすことが困難であるということも大きな問題である。自分の馴れ親しんだ土地の病院で終末期を迎えたいという方も多くおられる。(兵庫)
- ・ 小病院であり、まだ問題となった事例数が少なく対応に一貫性がない。院内のガイドラインが充分出来ていない。(群馬)
- ・ 「終末期＝がん」でなく老衰等による(老年の)終末期を含めたガイドラインの作成を検討していただきたいと考える。(都道府県記載なし)
- ・ 終末期医療は現在当院では主治医とナースの人間関係を濃密にすることによって患者様やご家族の希望にそって行っている。例えばかなりきびしい状態でも外泊の希望があればナースを家までつけたりしている。医療の現場は役人が作るようなガイドラインには決してなじまないと考える。何もかもアメリカの制度を金科玉条のごとく追う必要ないと考える。日本人には日本人の人生観、人生の終わり方があり、海外の文献を持ち出してガイドライン作成をするのはナンセンスと考える。(岡山)

### ③100-299床

- ・ ガイドラインとともに、同意書についても指針を示してもらいたい。(佐賀)
- ・ そもそもガイドラインが必要か？ どういうガイドラインが必要か？ どこまでカバーすべきか？を含んでいない。(中略)どこまでふみこんだマニュアルとすべきか、また法的に問題が生じないかが残る。「慎重に」「十分な」判断は、ひとそれぞれ(医療者、非医療者、患者、患者家族等で)うけとめ方、理解度が異なる。それが医療紛争上の問題の一つである。これらに対して、もう少し具体的に述べなければ、日々医療に関わるものにはたえず紛争の火種がつきまとっていることになり、いくらガイドラインを作成してもなんら効力を発揮しえない。(神奈川)
- ・ 疾患別(がん、難病、救急、老衰など)のガイドライン作成が必須である。(山形)

- ・ 癌末期患者に対する終末期医療と超高齢者に対する終末期医療について、ひとまずは分けて考え、指針を呈示すべきと思います。(福岡)
- ・ 終末期の定義をもっと明確にすべきではないだろうか。がんの告知の時期、意思決定の時期は、症例により大きく異なることが、全く、考慮されていない様に思われる。ガイドラインは十分臨床を経験された医師を含めて作成していただきたい。(福島)
- ・ 国は次のことを明確にして頂きたい。①患者の意思と家族の要望が異なった場合、どちらが優先されるべきか。②倫理委員会の役割と責任について明確にする。③対応決定の最終責任者を明確にする：「慎重に判断せよ」と言うことは易しいが、結局最終判断者が必要であり、それは誰がなるのかを明確にして欲しい。管理者(院長)と主治医の意見が異なった場合、どちらが優先されるのか(最終責任者は院長になると思われる)。(富山)

#### ④300-499床

- ・ 制度としてガイドラインはあった方がよいと思うが、医療制度、社会が実行可能な経済的、法的指示をしていないのが現状である。したがって、医療側にだけ実施を求めても板ばさみになるだけ。社会のコンセンサスを得ることが先決。(愛知)
- ・ 治療に関する法律を決めてほしい。各病院や厚生省ガイドラインやマニュアルで決めることではないと思われる。(福井)
- ・ 人による死生観の差が大きいため、なかなか一般的、普遍的対応は困難である。がん終末期は個人の意思、家族の意見といっても、生きられるものなら生きたい、苦勞の程度により様々であり難しい。ガイドラインはゆるく普遍的なものに終止するしかないだろう。(都道府県記載なし)
- ・ 「国のガイドラインも出ていないのに作れるのか」といった意見があった。国として一応のコンセンサスは国民が概ね納得できる内容のものでなければいけないと思う。この為に議論の範囲を広げて行う必要があると思う。(鳥取)
- ・ ガイドラインができることについては、個人的にはよい事だと思うが、得手してガイドラインの運用は非人道的になる事があるように思う。(岡山)
- ・ ガイドラインには対象となる患者、ガイドラインを運用する人(ガイドラインを遵守しなければならない人)(医者か、病院管理者か、看護師か)が明記すべき。意思決定の手続きで「意見確認」の定義がない。(都道府県記載なし)
- ・ 終末期医療・ケアの選択には、1. 抗癌剤治療などの積極的治療 2. 緩和医療 の他に、3. 治療の差し控え、治療の中止も明記すべき。(愛知)
- ・ 今年6月倫理委員会を開催し、「当院における狭義の終末期における病院関係者の対応ルールについて」話し合った。この前に、病院運営委員会メンバーの医師、看護師で話し合い、さらに、医療局会議にて話し合い、その中で「国のガイドラインも出ていないので作れない」と言った意見があった。国としての一応コンセンサス