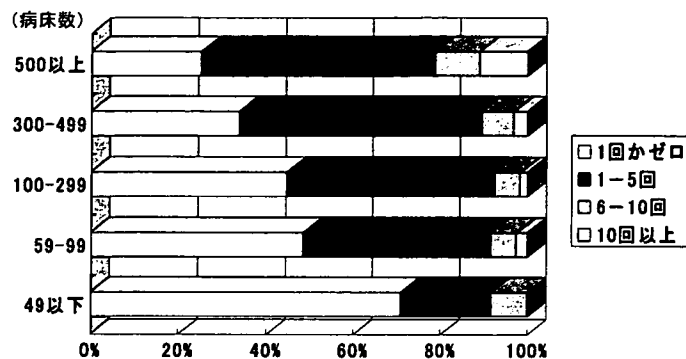


倫理委員会開催頻度（病床別）

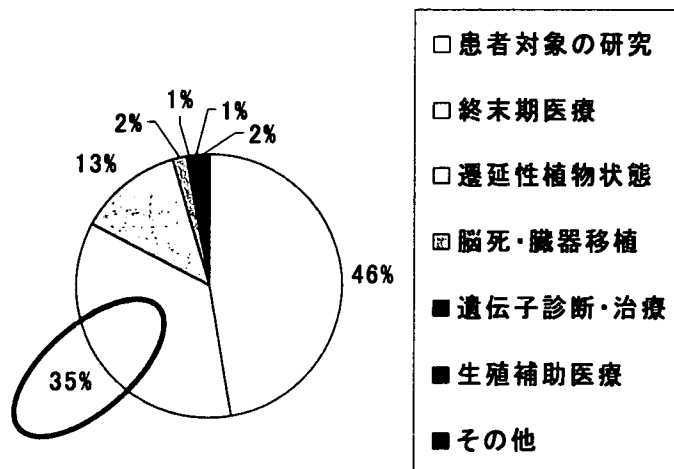


明文化された指針やガイドラインの共有について（269病院）

（複数回答）

- 病院全体で共有（84.0%）
- 医局または各科内で共有（13.4%）
- 多職種の医療チームで共有（8.2%）
- 医師個人に任せている（7.4%）
- 医師個人に任せている（重複なし）（5.0%
14病院）

臨床現場で遭遇する頻度の高い倫理的問題



「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）」 に対する全国の一般病院からの意見について

国立保健医療科学院 林謙治 児玉知子

近年、終末期患者の治療中止・差し控えについて訴訟や警察の介入が起こるたびに大きく報道されており、社会的関心がきわめて高い。本研究班では多くの終末期医療に携わる医療従事者、研究者（法学、医学、福祉等）およびマスメディア関係者から個別的に「治療中止・差し控え」に関する意見を聴取してきた。これと合わせて欧米諸国におけるこの問題の取り扱い方について調査を行ってきた。その結果、死に対するうけとめ方はじめ、医療体制、医療関係者・患者さらに一般国民の医療の場における人権のとらえ方、そして法整備など各国の実態に大きな違いがあることを明らかにすることができた。他方、国境・文化を越えて医療現場で直面する法的・倫理的問題には共通するジレンマがあることも確認できた。こうした社会環境のなかでガイドライン作成への要求や法的整備を促す動きが活発になってきている。これに応じて、厚労省からすでにガイドラインが発表され、複数の学会においても試案が用意されており、そのほか病院で独自に院内ガイドラインを策定するところもある。それでも現在なおガイドラインや法的整備をめぐる議論が尽きず、「終末期医療のあり方」にそれだけ根深い問題があることを示唆している。その論点について別章「終末期医療の論点を整理する」で詳しく述べた。

筆者が上記別章のなかで述べたマクロ的アプローチは医療環境の変化への対応および近代社会における人権の保護という意味でまさに 21 世紀的課題であり、検討するに時間を要する。とは言え、今後の議論をさらに一歩進めるという意味で当面ミクロ的にできることから始めるというステップを踏むことが重要であると思われる。今回、研究班では「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）」を提示し、全国の病院から意見を求めることにした。「がん」に限ったのは①年間死亡者の約三分の一を占め、最大の死因であること②病状の経過、そして終末期という不可逆的病態である判断がある程度予測可能であること③したがって、緩和ケアを含む治療方針について患者およびその家族からの理解をうる時間的余裕を比較的確保しうるケースが多いこと、などの理由による。調査は全国の 4911 の一般病院を対象に試案を郵便回答で意見を募った。調査票の宛先は病院長とした。回答は自由記述の形式をとったために回答数は限定的であったが、288 病院から詳細な意見が寄せられた。提示した試案は以下の通りである。

終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）

1. 目的：本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってもっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。
2. 適用対象：終末期がん患者
*なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態（PVS）等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。
3. 終末期の判定
客観的指標（緩和医療学会ガイドライン参照）もしくは複数の医師（専門科の異なる医師が望ましい）による反復判定により、余命3週間以内の判定がなされたとき
※客観的指標の例：
 1. Palliative Prognostic Score (Pirovano M et al.: J. Pain and Symptom Management, 17(4) 231-239, 1999)
 2. Palliative Prognostic Index (Morita T.: Support Care Cancer, 7, 128-133, 1999)
4. 患者の意思確認（下記のいずれかによる）
 - 1) 本人の文書による事前指示（2年以内の文書であること）
 - 2) 本人の口頭による意思表示：医療側は立会人のもとで記録方法を決定する
 - 3) 家族による患者の意思推定と同意
配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主催者となるべきものが「遺族」の代表とする※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要（筆跡、立会人等）
※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする
5. 治療中止・差し控えの範囲
人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺（人工臓器）、薬物などすべての治療行為を含む。
※「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁（大学医師安楽死事件）の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為とする。
6. 治療中止・差し控えの除外事由規定
 - 1) 患者の意思が確認できない場合（病状により直接的・間接的に確認ができない場合）
 - 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および15歳未満の未成年者
 - 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース
 - 4) 臨床治験該当者
 - 5) 臓器移植予定の者
 - 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合

1. 試案への主なコメント

1) 目的について

- 「死の権利の否定」の明文化に疑問
- 「尊厳ある死」の意味が不明瞭
- 治療差し控えは治療中止のなかに含まれるのか、区別が必要
- 治療とケアの区別はあるか
- 中止ではなく、差し控えの姿勢でいくべき
- 「もっとも望ましいプロセス」は患者・患者の家族に限ればよい
- 医療側も患者側にもわかりやすいガイドラインがよい
- 緩やかなガイドラインがよい
- ガイドラインの一人歩きが懸念される
- 法的裏付けが必要

2) 適用対象

- がんから始めるのはよい
- がん患者より救急やPVSのほうが難しい
- 疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい
- 終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい

3) 終末期の判定

- 余命判定に科学的根拠が十分でない
- 余命判定は確率論的な問題であり、期間を設定するのは個々のケースについての判断に適切ではない
- 余命3週程度では患者に意思決定能力が乏しい
- 余命判定の意義は患者のその後の過ごし方として参考とすべき
- 余命判定は家人の求めに応じてすべき
- 余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない
- チームによる判定が必要
- 複数の医師による反復判定ができるほど医師が確保できない

4) 患者の意思確認

- 事前指示を2年以内に限る根拠が明確でない
- 意思確認の方法・時期の優先順位を決めるべき
- 本人の文書による同意は日本の文化になじまない
- 先に告知を希望するかどうかを確認すべき
- 元気な時と実際病気になった時の意思は異なる、家族も同様

- 直前の意思確認が必要
- 本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか
- 本人が意思表示できず、家族もいない場合どうするか
- 本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要なし
- 家族による推定は取り入れるべきではない
- 家族以外の法定代理人も認めるべき
- 遺族の代表はケースバイケース
- キーパーソンの決定は家族の承諾が必要
- 立会人の選定が難しい
- クレームをつけるのは本人より家族である
- 法律のうらづけがない意思確認は意味がない
- カルテに法的根拠があるので、カルテ記載で十分

5) 治療中止・差し控えの範囲

- 横浜地裁の医療範囲は医療側の意見を入れておらず、不適當
- 人工呼吸の中止は安楽死につながる
- 法的根拠が必要
- すべて中止は実際的に困難
- 段階的中止の方法もある
- 透析、心臓ペースティングも入れる
- 人工呼吸中止と薬物追加が特に問題となるので詳細規定が必要
- 緩和ケアに必要な薬物は除外してならない
- 補液は差し控えるべきではない
- 輸液、栄養補給は医療チームと家族の話し合いに任せるべき
- 終末期がんでは人工呼吸、人工心肺は差し控えるべき
- 末期がんでは人工呼吸は一般に行われぬ
- 末期では治療差し控えのほうが延命になるケースもある
- 「治療はいつか有用でなくなる」という社会的認識が必要
- QOL を維持するための医療の概念が普及しなければガイドラインは悪用される
- 点滴したくない認知症末期患者を縛ってまですることはできない
- 蘇生しない (DNR) ことを中心に検討したほうがよい

6) 治療中止・差し控えの除外事由規定

- 除外事由規定該当者が多い
- 末期がんではほとんど意思確認ができない

- 「本人が意思決定を撤回」の場合も入れるべき
- 認知症が多いので除外するとガイドラインにならない
- 認知症患者に後見人や家族がいる場合は認められるではないか
- 認知症でもさまざまな程度がある
- 15歳未満の中学生でも意思判断できる場合がある
- 臨床治験該当者は除外するのではなく、むしろ臨床治験をやめるべき
- がん末期の臓器は移植する意味がない
- 合理的理由の判断はケアチームが行うべき
- 脳死の場合であれば除外規定は必要ではない

2. 考察

ガイドラインの必要性については概ね賛同を得ているが、各論的にはさまざまな意見があった。ガイドラインの性格としては①厳密で制限的なものよりも全般的に緩やかなものがよい②疾病ごとのものよりも概括的なものを希望する③法的裏付けのあるものを望む④医療側・患者側双方にわかりやすいもの、などの意見が目立った。実用性を重んじる医療現場としてはもっともな意見であるが、実際の場面における医療側と患者側の関係はどうなっており、それをどのようにとらえるか、つまり関係の向上・改善に重点をおくか紛争回避に重点をおくかによって組み立て方や文言の使い方に違いがでてくるであろう。

目的の項では「尊厳のある死」という概念は抽象的で、ガイドラインという実用的性格になじまないとする意見がある。それよりは第2パラグラフのQOLの維持・向上に限定したほうがわかりやすいという指摘があった。そのほか、治療中止のなかに治療差し控えが含まれるではないかという疑義も出されていた。医療行為のなかで両者の区別を整理する必要があるかも知れない。

適用対象の項では末期がんで治療中止・差し控えの対応に困難を感じるよりも、むしろ救急やPVSへの対応に困惑を感じる声がある一方、がんから始めるほうが今後の議論を深めるに役立つという認識を示された。

終末期の判定の項では単に治療中止・差し控えの医療範囲を決めるための終末期判定ではなしに①病名告知との関連および②死の権利を認めることが余命判定の前提である、などのように終末期にいたるまでのプロセスに一貫性が保たれるべきであるとの意見があり、この指摘はガイドラインの目的とも関連するので重要な課題であると受け止めている。余命3週間以内を終末期とする提案に多くの批判的な意見が寄せられた。主な理由を拾いあげると①科学的根拠が十分でない②余命判定は確率論的であり、個々のケースに対応する臨床の場にはなじまない③余命判定はその後の治療・ケアのあり方を検討する臨床判断であるべきで、患者や家族を精神的に追い込むようであってはならない、などが挙げられた。以上、すべてもっともな意見であるが、治療

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ともであり、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。そうであるとするれば、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。

終末期医療ガイドライン研究班試案に関する大規模調査

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治

昨年度は 4,911 病院を対象とした全国調査により、終末期医療におけるインフォームドコンセントとケアの実態が明らかになった。さらに、本研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」について、288 病院から詳細な意見が寄せられた。本年度は、試案に寄せられた各意見への賛否を調査した。

1. 方法

昨年度、全国一般病院宛に研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」に対する自由記述回答が 288 病院から寄せられた。これらの意見を分類し、対象者を 4 分の 1 に絞って、各意見への賛否を調査した。方式はデルファイ法に準じた単回デルファイ法とし、回答は原則無記名とした。

対象機関：国内 1,032 病院

全国 9,239 病院（「2004 年版病院総覧」記載）のうち、昨年度アンケート調査時に無作為抽出された 4,911 病院リストから、さらに 4 分の 1 を無作為抽出し、国内全てのがんセンターと大学付属病院、昨年度記名付き回答のあった病院を加え 1,032 病院とした。

実施方法：郵送によるアンケート調査

（病院長宛送付。記入は病院長もしくは終末期医療に関する担当者）

実施期間：平成 19 年 11 月～12 月

調査項目：研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」について寄せられた 288 病院の意見から、「目的」11 項目、「適用対象」4 項目、「終末期の判定」8 項目、「患者の意思確認」18 項目、「治療中止・差し控えの範囲」17 項目、「治療中止・差し控えの除外事由規定」11 項目の計 69 項目について、「はい」「いいえ」「わからない」から 1 つを選択回答とした。

結果：対象 1,032 病院のうち 392 病院から回答があった（有効回答率 38.0%）。

終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）

1. 目的：本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってもっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。

2. 適用対象：終末期がん患者

*なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態（PVS）等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。

3. 終末期の判定

客観的指標（緩和医療学会ガイドライン参照）もしくは複数の医師（専門科の異なる医師が望ましい）による反復判定により、余命3週間以内の判定がなされたとき

※客観的指標の例：

1. Palliative Prognostic Score (Pirovano M et al.: J. Pain and Symptom Management, 17(4) 231-239, 1999)
2. Palliative Prognostic Index (Morita T.: Support Care Cancer, 7, 128-133, 1999)

4. 患者の意思確認（下記のいずれかによる）

- 1) 本人の文書による事前指示（2年以内の文書であること）
- 2) 本人の口頭による意思表示：医療側は立会人のもとで記録方法を決定する
- 3) 家族による患者の意思推定と同意

配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主催者となるべきものが「遺族」の代表とする

- ※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要（筆跡、立会人等）
※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする

5. 治療中止・差し控えの範囲

人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺（人工臓器）、薬物などすべての治療行為を含む。

※「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁（大学医師安楽死事件）の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為とする。

6. 治療中止・差し控えの除外事由規定

- 1) 患者の意思が確認できない場合（病状により直接的・間接的に確認ができない場合）
- 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および15歳未満の未成年者
- 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース
- 4) 臨床治験該当者
- 5) 臓器移植予定の者
- 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合

1. 目的について

（本文）本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってももっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。

「死の権利」の明文化することに関しては、賛成・反対意見の大差なく30数%であり、わからないとの回答が25%を占めた。「もっとも望ましいプロセス」については、患者・患者の家族に限ればよいとする意見への賛成は35%で、反対が42%と上回っており、患者とその家族だけがもっとも望ましいプロセスを選択することについて、医療従事者は疑問をもっているといえる。これは、患者や家族がもつ医療における情報の非対称性が1つの要因と考えられる。時として死を求める患者の希望を受け入れるかどうか、安楽死・自殺補助の議論にもつながるものであり、医療従事者としては妥当な判断ともいえる。今回の質問では「もっとも望ましいプロセス」について、具体的な場面設定をしていないことから断定はできないが、このような要因が回答を左右したと推測される。

「治療中止・差し控え」について、治療中止ではなく、差し控えの姿勢をとるべきとの意見は47%、そうでないとする意見は31%であった。諸外国では治療の中止と差し控えは倫理的に差異がなく、同等に扱うべきとするのが主流となっているが、国内においては刑

法との関連で、現在でも同等とされていない。治療差し控えは治療中止のなかに含まれるのか、区別が必要とする意見が 65%であり、今後もこの区別についての議論は続くと考えられる。

2. 適用対象：終末期がん患者

(本文) なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態 (PVS) 等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。

疾患については「がんから始めるのはよい」「がん患者より救急や PVS のほうが難しい」とする意見が 60%以上を占めたが、20%前後は「わからない」としており、終末期患者を定義することへ難しさが伺われる。また、「終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい」とする意見には賛成 39%、反対 35%、わからない 23%となっており、医療従事者においても意見が分かれることが明らかになった。「疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい」とする意見も同様に、賛成 32%、反対 26%、わからない 39%であった。欧米において、特にヨーロッパにおいては、disease oriented (疾病原因重視) であるよりは、physical function oriented (身体機能重視) であり、英国のように life-threatening illness (死に至る病態) を重視して、いかなる疾患へも (例えば心不全、腎不全、神経難病など) 対応できる状況になっている。

3. 客観的指標について

客観的指標 (緩和医療学会ガイドライン参照) もしくは複数の医師 (専門科の異なる医師が望ましい) による反復判定により、余命 3 週間以内の判定がなされたとき

判定については「余命判定は確率論的な問題であり、期間を設定するのは個々のケースについての判断に適切ではない」とする意見が 74%と多数であり、「チームによる判定が必要である」と考える医師が多い (79%)。また、余命判定についても「余命判定の意義は患者のその後の過ごし方として参考とするにとどめるべきである」67%、「科学的根拠が十分でない」65% (反対 11%、わからない 21%)、「余命 3 週程度では患者に意思決定能力が乏しい」53% (反対 16%、わからない 29%) であった。具体的に「複数の医師による反復判定ができるほど医師が確保できない」とする意見は 46%であり、反対意見の 36%を上回った。しかし、「余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない」「余命判定は家族の求めに応じてすべきである」の意見には反対がいずれも多く (40%台)、賛成意見は 25%前後にとどまった。

4. 患者の意思確認

1) 本人の文書による事前指示 (2年以内の文書であること)

2) 本人の口頭による意思表示: 医療側は立会人のもとで記録方法を決定する

3) 家族による患者の意思推定と同意

配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主権者となるべきものが「遺族」の代表とする

※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要(筆跡、立会人等)

※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする

患者の意思確認において、圧倒的賛成意見を占めたのは、本人、家族それぞれ「元気な時と実際病気になった時の意思は異なる」という意見である(88%)。また、多数を占めた意見は「クレームをつけるのは本人より家族である」「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」「立会人の選定が難しい」(いずれも80%前後)である。これらについては、今後も議論が進むと考えられるが、現実的には各種団体において、統一されたフォーマットを使用したり、入院時におしなべて確認をとるなどの措置がとられつつある。

意思確認については、「法律の裏づけがない意思確認は意味が無い」とする意見も49%と半数にみられている。この背景には、家族間で意見が異なる場合の意思決定に際して医療従事者の対応が困難となっていることが推察され、「遺族の代表はケース倍ケースである」73%、「意思確認の方法・時期の優先順位を決めるべきである」58%(反対18%、わからない21%)等の意見に象徴されていると思われる。「先に告知を希望するかどうか確認すべきである」74%と多数を占めているのは、日本におけるインフォームドコンセントが、現状では患者本人のコンセントを必須としていないことを示している。

「直前の意思確認が必要である」73%、「本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要はない」反対55%(賛成21%、わからない21%)、という意見は、医師が患者の事前指示や患者の意思決定が変わりうるものであることを前提に考えていることが示唆される。

今後の議論の課題としては、①立会人の選定、②本人が意思表示できず、家族もいない場合の対応、が考えられる。

5. 治療中止・差し控えの範囲

人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺(人工臓器)、薬物などすべての治療行為を含む。

※上記「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁(大学医師安楽死事件)の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為に相当。

判決の医療範囲は「医療側の意見を入れておらず、不相当である」とする意見(41%)

には、わからない (33%)、反対意見 (22%) との差が大きくない。しかし、「法的根拠が必要である」78%、「すべて中止というのは実際的に困難である」80%、「段階的中止の方法もある」85%となっており、具体的な治療の中止については、法的裏付けも明確にしたうえでの実施が望まれている。

治療行為については、「緩和ケアに必要な薬物は除外してはならない」75% (反対 10%、わからない 12%)、「透析、心臓ペースティングも入れるほうがよい」62% (反対 12%、わからない 22%)、となっており、緩和ケアに必要な薬物は治療中止の対象とはならないこと、また透析や心臓ペースティングなども終末期の治療として論議すべきとする意見が過半数を占めている。「人工呼吸中止と薬物投与中止が特に問題となるので詳細規定が必要である」65% (反対 15%、わからない 17%) とする意見が多く、今後の検討課題と考えられる。

人工呼吸器については、「末期がんでは人工呼吸は一般に行われたい」74% (反対 10%、わからない 18%)、「終末期がんでは、人工呼吸、人工心肺は差し控えるべきである」69% (反対 11%、わからない 18%) であり、がん患者の末期については、一般的には人工呼吸器はあまり使用されない現実があると考えられる。

輸液、栄養補給については、「補液は差し控えるべきでない」への反対意見 46%が、賛成 28%を上回っており (わからない 23%)、ターミナルにおける補液が患者にとって侵襲となる可能性もあることについての認識が広まっていることが示唆された。また「輸液、栄養補給は医療チームと家族の話し合いに任せるべきである」62% (反対 19%、わからない 16%)、「点滴したくない認知症末期患者を縛ってまですることはできない」79% (反対 4%、わからない 15%)、と患者の人権を尊重した医療を重視している傾向がよみとれる。

また「治療はいつか有用でなくなる」という社会認識が必要である」84%、とする意見が多数を占める一方、「QOL を維持するための医療の概念が普及しなければガイドラインは悪用される」とする意見には、賛成 47%、反対 15%、わからない 35%であり、社会一般で懸念されている“医療側の一方的な治療中止”について、医療従事者側でも同様の懸念があるのかもしれない。

6. 治療中止・差し控えの除外事由規定

- | |
|---|
| 1) 患者の意思が確認できない場合 (病状により直接的・間接的に確認ができない場合) |
| 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および 15 歳未満の未成年者 |

- 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース
- 4) 臨床治験該当者
- 5) 臓器移植予定の者
- 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合

除外事由規定については、病状に関するものでは、「末期がんではほとんど意思確認ができない」の意見には46%が反対であった。認知症患者については、「認知症でもさまざまな程度がある」53%（反対19%、わからない24%）という認識が主流である。しかし、「認知症患者に後見人や家族がいる場合は除外規定にいれなくてもよい」52%（反対18%、わからない28%）となっており、実際の現場ではがん末期の高齢者も多いと予想される。一方、「認知症が多いので除外するとガイドラインにならない」の意見には、賛成33%、反対35%、わからない29%で意見が分かれた。従って、ガイドラインにおいては、認知症患者を除外することなく、対応について適切に記述することが求められると考える。

また年齢について、「15歳未満の中学生でも意思判断できる場合がある」47%（反対23%、わからない27%）であり、ほぼ過半数の医師は15歳という年齢のみを意思決定の判断基準とはしていないことがわかる。

がん末期にあたり、「がん末期の臓器は移植する意味がない」46%（反対20%、わからない30%）とする意見がほぼ半数を占めた。

全体の除外規定項目として、「“本人が意思決定を撤回“の場合も除外項目に入れるべきである」84%とする意見が多く、その他に過半数を占めた意見は「臨床治験該当者は除外するのではなく、むしろ治験をやめるべきである」61%、「合理的理由の判断はケアチームが行うべきである」56%となっている。これらの意見には、反対意見よりむしろ「わからない」と回答する意見が25%前後を占め、判断の難しさを示している。

まとめ

本調査で最も賛成意見が多かったのは、ガイドラインが「医療側も患者側にもわかりやすいガイドラインがよい」というものであった。終末期医療の専門職に対する詳細なガイドラインの整備が求められる一方で、患者の側にもわかりやすいガイドラインが求められていることは、昨今の医療にまつわるトラブルや訴訟件数の増加に関連しているかもしれない。その意味では、昨年5月に発表された厚生労働省の意思決定プロセスガイドラインは、一般国民にも分かりやすいガイドラインとなっており、ある程度満足のいく内容だったとも推察される。しかし、一方で「法律の裏付けが必要である」とする意見が70%を超えており、ガイドラインのみでは現状の医療現場には不十分であることも浮き彫りとなっ

ている。

次に賛成意見が多かったのは、患者の意思決定について「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(本人)」87.5%、「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(家族)」87.5%、であり、本人・家族ともに終末期においては事前指示のあり方が問題となった。本人の意思決定に関しては、「クレームをつけるのは本人より家族である」83.4%、「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」80.6%、という意見が多数を占め、終末期における家族の問題が指摘されている。欧米諸国と日本では、インフォームドコンセントのあり方に開きがあるように、患者と家族との関係も異なっている。“家族が望むようにして下さい”という患者の意思決定もあるであろう。事前指示を文書にすることは、提示される側にとっては明確でよいが、治療中止・差し控えの除外事由規定に「本人が意思決定を撤回、の場合も除外項目に入れるべきである」83.7%と多いことから、実際には文書を残しておいても、本人もしくは家族が事前指示について意見を変更することが想定され、再確認が必要であることが認識されている。また「事前指示を2年以内に限る根拠が明確でない」73.0%とする意見が多数であり、疾患によっては比較的病状が落ち着いているものから、いつ急変するとも分からない状態まで様々であることを考慮すると、あえて期間設定を行う意味があるのか、設定するならどのくらいの期間が妥当であるか、検討課題である。「本人の文書による同意は日本の文化になじまない」の意見に対して、いいえ58.7%、という意見が半数を超えており、調査対象となった医療側の意見では、文書化は必ずしも日本の現状に即さないという認識は低い。しかし、これについては、患者側の意見収集をしつつ国民の広い理解を求める必要があると考える。

治療中止・差し控えについては「段階的中止の方法もある」84.9%、「“治療はいつか有用でなくなる”という社会的認識が必要である」83.7%、「すべて中止というのは実際的に困難である」79.8%、とする意見が多数を占めた。このことは、治療をする・しないの二元論でなく、“有効でない治療は徐々に控えるべき”という極めて現実的な選択肢といえる。そこには、治療を徐々に中止していくなかで、本人や家族にとって、終末期の医療が患者の生命の終わりを迎える準備期間となり、死が避けられないという事実を患者・家族が受け止め、心の準備をする貴重な時間として過ごせるようにという配慮が感じられる。

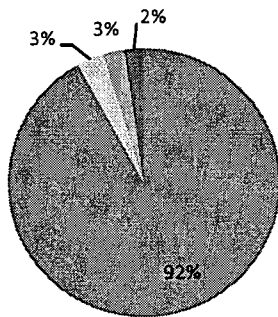
ここまで賛成意見が多数であるものに焦点をあてて考察してきたが、このような終末期の多様性のある医療において重要なことは、少数の反対意見にも考慮する、というスタンスであると考えられる。個人や組織の価値観が多様化している今日では、多数決の議論は個人の幸福に必ずしも繋がらず、一方的に不利益を被るものが出る可能性がある。特に疾患が特異的であり、他者にとって想像しにくいような病状や療養の場面においては、患者本人・個人の意見に、真摯に耳を傾ける姿勢が重要であろう。その意味においては、いかなるガ

イドラインも完璧ではなく、患者の権利を尊重した医療倫理の確立こそが、確実な方法と考えられる。昨今、欧米諸国で医療倫理、臨床倫理が重要視されているのも、このような背景があるのであろう。今後も国内の終末期医療の質を向上させるために、患者、家族、医療者間で議論が重ねられていくことを望みたい。

1. 目的

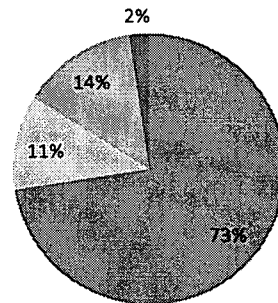
医療側も患者側にもわかりやすい
ガイドラインがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



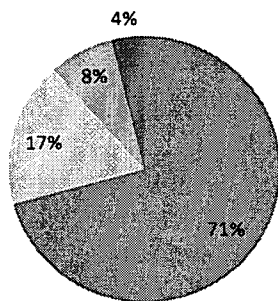
法的裏付けが必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



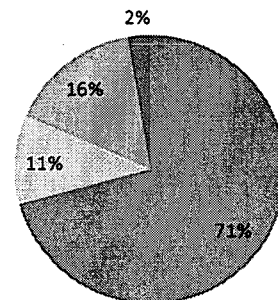
「尊厳ある死」について
定義づけが必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



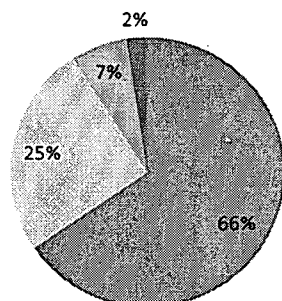
緩やかなガイドラインがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



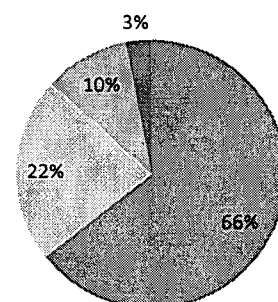
「尊厳ある死」の意味が不明瞭である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



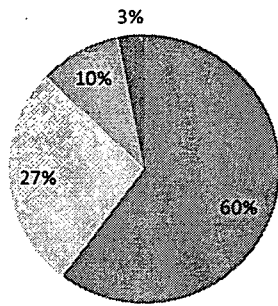
治療差し控えは治療中止のなかに含まれる
のか、区別が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



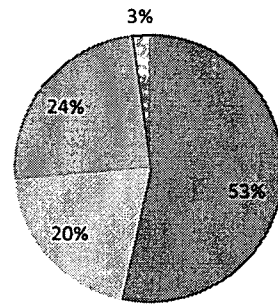
治療とケアの区別が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



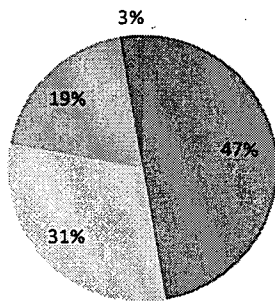
ガイドラインの一人歩きが懸念される

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



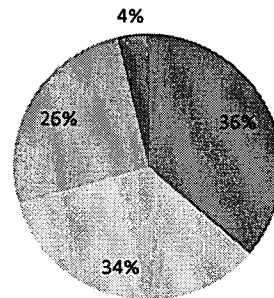
治療中止ではなく、差し控えの姿勢をとるべきである

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



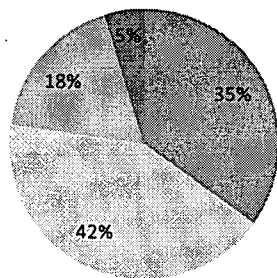
「死の権利」の否定を明文化することに疑問がある

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



「もっとも望ましいプロセス」は患者・患者の家族に限ればよい

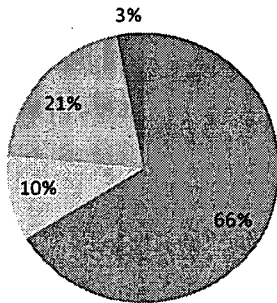
■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



2. 適用対象：終末期がん患者

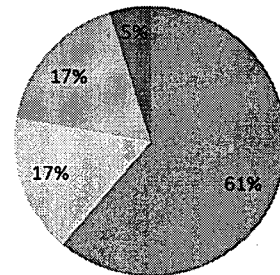
がん患者より救急やPVSのほうが難しい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



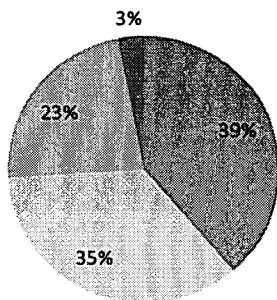
がんから始めるのはよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答

