

終末期医療のありかたについて

20.12.20
名古屋医専
勝又義直

講演内容

1. 終末期の医療中止報道相次ぐ
2. 人工呼吸中止事例の法的対応
3. 安楽死と尊厳死の違い
4. 尊厳死についての従来の議論
5. 本人承諾と代理承諾について
6. 代理承諾の限界
7. 尊厳死の論点の整理
8. 終末期の医療判断の各国比較
9. 厚生労働省ガイドライン(2007)
10. 日本学術会議報告(2008)
11. 医療現場の判断への信頼

1. 終末期の医療中止報道相次ぐ

- (1) 羽幌病院事件: 2005年
・90代男性の誤嚥窒息例
- (2) 射水病院事件: 2006年
・7名の末期患者
- (3) 紀北分院事件: 2007年
・80代女性の手術後脳死状態



2. 人工呼吸中止事例の法的対応

年	病院	警察	検察
2004	羽幌病院	書類送検	不起訴
2006	射水病院	書類送検	
2007	紀北分院	書類送検	不起訴

3. 安楽死と尊厳死の違い

- ・安楽死: 苦痛を取ることができない例で、致命的な薬剤を投与すること。基本的には本人の要請がある場合。
- ・尊厳死: 過剰な医療を辞退し、尊厳のある死をむかえること。基本的には本人の事前指示に基づく。

4. 尊厳死についての従来の議論

- (1)「本人意思」に基づく尊厳死は許容されるとの考えが多い。(医療判断の一つ)
- (2)「本人意思」が推定できる場合もよいが、推定もできないときは「生命維持優先」……医療中止は刑事責任(殺人)と法律家(社会)は考える傾向にある: 法理論と現場の状況の解離
- (3)実際の終末期では、「本人意思」が不明確な場合が多いので現場の戸惑いが大きい。

5. 本人承諾と代理承諾について

- (1)適法な「医療行為」と「傷害行為」の違い
 - ・適正な目的
 - ・適正な手段 すべてを満たす必要がある
 - ・患者の承諾
- (2)患者の承諾が取れない場合
 - ・小児、意識不明、認知症、精神障害等は、代理承諾を得る
 - ・代理承諾も取れない場合: 善意の管理者が判断

6. 代理承諾の限界

- (1)患者にとって危険な判断には制限
 - ・小児の輸血を親が拒否(エホバの証人)
 - ・乳児の救命のための手術を親が拒否
- (2)終末期の医療停止はどうか
 - ・代理承諾になじまないとの考えもある
 - ・一方で延命医療継続が常に最善の医療なのかとの疑問もある

7. 尊厳死の論点の整理

- (1)本人意思の位置づけ
 - ・本人は拒否する権利がある: 自然死法で規定
 - ・本人意思の絶対視はできない: 法規定は否定的
- (2)医療代理人の位置づけ
 - ・本人が指定した代理人の判断を尊重: 法で規定
 - ・家族の代表(キーパーソン)に意見を聞く
- (3)医療判断を助言する倫理委員会
 - ・米国で発達した病院内の迅速な助言機関
 - ・日本では未整備(研究審査の倫理委員会中心)

8. 終末期の医療判断の各国比較

国	自然死法	医療中止	法定代理人	現場の委員会
ドイツ	検討中	慎重だが可	あり	あり
オランダ	あり	可	あり	あり
米国	あり	可	あり	あり
日本	なし	困難	なし	なし

9. 厚生労働省ガイドライン(2007)

- ・ 医療チームとして判断
- ・ 本人、家族の希望を十分に聞く
- ・ 最終的には医療チームが患者にとって最善の医療を行う
- ・ 判断困難な場合は適切な委員会に助言を求める
- ・ 具体的なガイドラインではないが、最善の医療に特に限定的な内容(医療の中断や差し控えの禁止)は触れていない

11

10. 日本学術会議報告(2008)

- ・ 亜急性型(予後が半年以内など)の終末期に限定……高齢者の慢性型終末期の議論は今後の課題
- ・ 患者の自己決定の尊重の観点だけでは解決のつかない場合、延命に全力を尽くすことを前提に、関係者の衆知を集めて最善の選択を行える余地を残す
- ・ 終末期医療内容の質の確保が重要

14

11. 医療現場の判断への信頼

- (1) 個々の症例は様々
 - ・ 詳細なガイドラインがなじむか
 - ・ 一人の判断にはリスクがある
 - ・ チームによる判断はより安全
- (2) 医療現場の判断への信頼を高める
 - ・ 多様な症例に対応できる臨床力
 - ・ 患者側の死への対応力(事前指示など)
 - ・ 困難な症例への助言の仕組み(委員会)
 - ・ 多くの人にこの問題を気づかせる試み

11

おわりに

- ・ 終末期は医療者の問題だけではない
- ・ だれもが家族や介護者として終末期を体験する
- ・ だれもがいつかは終末期を迎える
- ・ 終末期医療はすべての人の問題

16

【研究成果発表会】

『終末期医療に対する国立長寿医療センターの試み』

国立長寿医療センター

三浦久幸

2004年から本研究班の活動が開始となっているが、開始当初、国立長寿医療センターで亡くなられた方の診療録を個別に検討し、高齢者の終末期における実態調査を行った。この結果、延命治療をするかしないかなどの重要な医療決定の際に、患者本人の意思がほとんど反映されていない実態が明らかとなった。多くの場合、重要な決定は家族の同意のもと、主治医が決定していた。しかしながら、関係者の意見が分かれるなど、苦悩する状況であった。研究班は、並行し、海外の先進国における終末期医療の現状調査を行ってきた。調査した国々では、医療に限界があることを一般の方々が理解し、「人間らしい、その人らしい死を迎えるために」どうすればよいのかを国家レベルで検討し、対応を始めていた。いずれも、患者さんを第1人称とした医療体制の構築を目指していた。本研究班は、2007年に国立長寿医療センター内の医療倫理委員会の立ち上がりにあわせ、早期に自身の終末期について考えていただくための試みとして、当センターの通院患者さんを対象に「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」の調査を開始した。これは終末期の疼痛治療の希望の有無、死を迎えたい場所の希望に加え、心臓マッサージや人工呼吸器などの希望の有無、自分が判断できなくなったときの代理人（医療代理人）の指名により構成されている。事前指示書（あるいは指定書）と呼ばれてきた書式である。現在約90名の方が提出されている。このような試みなどを踏まえ、今後の高齢者の終末期医療のありかたについて考察した。

<略歴>

- 1984年 山口大学医学部卒
- 1990年 ゲッティンゲン大学（ドイツ）研究員
- 1993年 名古屋大学医学部大学院修了
- 1994年 岡崎国立共同研究機構生理学研究所能動輸送部門助手
- 1995年 名古屋大学医学部老年科入局
- 1999年 国立療養所中部病院内科医師。その後第4内科医長を経て
- 2004年 国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長
- 2006年 同部第1外来総合診療科医長
- 2008年 同センター地域医療連携室医療連携推進チーム長併任

長寿科学総合研究事業・研究報告会 兼市民公開講座
2008. 12. 20

「終末期医療に対する
国立長寿医療センターの試み」

国立長寿医療センター
第一外科総合診療科医長
地域医療連携推進チーム長
三浦久幸



医師の倫理観の隔たり 1)

「許されるべきでない」
臓器提供責任検査見守る



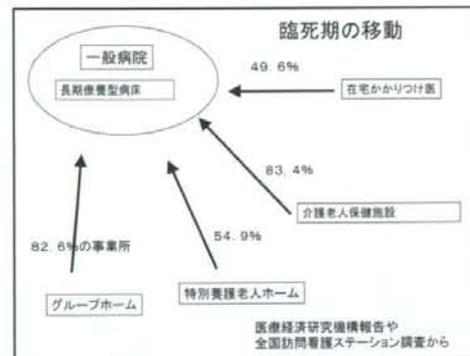
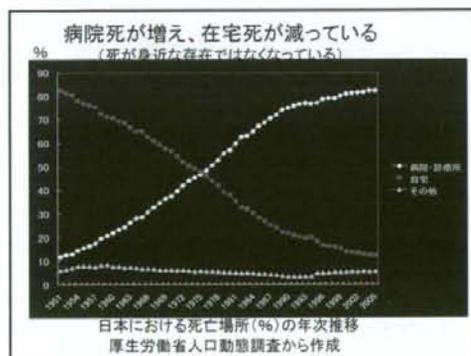
高齢者医療の現場の苦悩
一経営採算をすべきだったのかどうか



本当に必要だったのか

この数年間の国内での終末期医療の主な動き

- H18年3月 富山県の射水市民病院で、終末期患者に対する呼吸器はずし問題
- H18年10月 県立多治見病院で倫理委員会が呼吸器外しを容認したが、院長・県の判断で施行されず
- H19年4月 日本尊厳死協会による疾病別の治療中止基準の発表
- 同年4月 佐賀県医師会が終末期ガイドラインを発表し、この中で事前指示書の内容を公表
- 同年5月 厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」
- 同年5月 国立長寿医療センターで終末期の事前指示書開始
- 同年5月 国会の有志議員連による「臨死状態における生命措置の中止等に関する法律案(要綱)」公表
- 同年10月～ 日本救急医学会、全日本病院協会、日本学術会議、日本医師会が終末期ガイドライン(あるいはありかた)を発表
- 同年4月 後期高齢者医療制度の開始に伴い「後期高齢者終末期相談支援料」が設定されたが、反対意見にて7月凍結



事前指定(示)とは

・事前指定(示)とは、もともとはAdvance Directiveの和訳。

1991年の米国 患者自己決定権法

事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するかを、意識が清明なうちに表明しておく

①リビング・ウィル

生前に行われる尊厳死に対してであれば「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」といった意思表示のこと。またそれを記録した「遺言書」などのこと

②医療代理人の指名—通常の事前指示書は①と②両方により構成される

事前指定書(主にレイト・ミー・ディサイド)、事前指示書、患者の事前の意思表示書(日本医師会ガイドライン)、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示(DNAR)等、使用する団体・機関のこれまでの経緯により、様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。

ポスター掲示

「私の医療に対する希望 (終末期になったとき)」 希望調査開始のお知らせ

この「私の医療に対する希望(終末期になったとき)」調査票では、将来ご本人が終末期を迎えた時に、どのような医療を希望されるかを記載・提出していただけます。終末期になって、ご自身で治療方針を判断できなくなったとき、この希望調査票にご家族や担当医師に見せます。ご自分の希望を現しておかれた方は、医師受付で記載用紙をお受け取り頂き、調査票提出のご予約をお取りください。



事前指示書の例(国立長寿医療センター使用文書)

私の医療に対する希望 (終末期になったとき)

1. 蘇生処置希望

2. 人工呼吸器希望

3. 人工栄養・水分希望

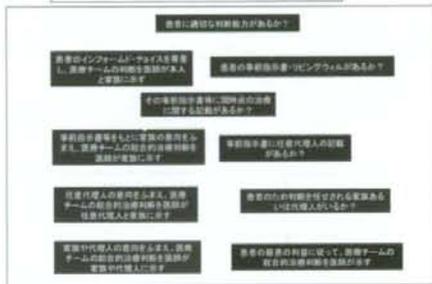
4. その他希望

5. 医療代理人の指定

事前指示書

事前指示書を用いた医療決定プロセス

病態が明らかで、状態が悪化している場合に用いる



これまでの提出状況

H19年5月の取得開始以降、H20年現在までに86名(51-91歳、平均74.8歳、男:女=47:39)の希望調査票が提出された。

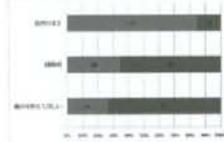
主たる基礎疾患

COPD(13名)、肺癌(10名)、糖尿病(5名)、狭心症(3名)、関関節性肺炎、逆流性食道炎、股関節痛、脳梗塞(各2名)及びその他で、呼吸器疾患が多い状況であった。

主たる受診診療科

呼吸器科(36名)、循環器科(10名)、高齢総合科(7名)、内科(5名)、消化器科(4名)及びその他で、呼吸器科受診が約半数であった。

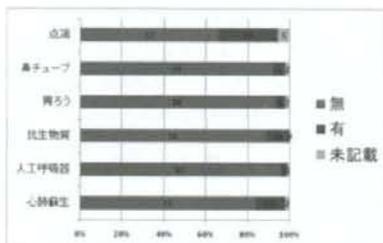
鎮痛剤利用率-最期を迎える場所



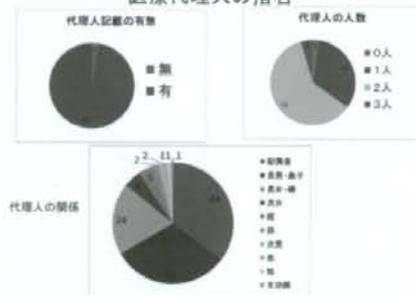
最期を迎えたい場所



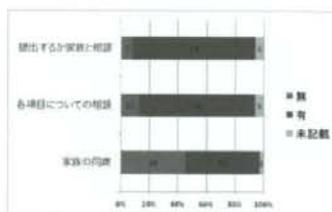
各延命処置の希望



医療代理人の指名

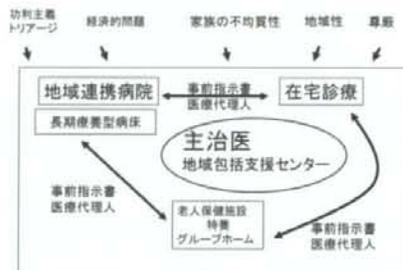


提出に際し家族との相談の有無・同席



自己決定を尊重した地域連携モデル

—地域での倫理ジレンマへの対応—



死の文化を豊かに



「医者が病気でなしに、人間を見てくれることを切望する。医者の「良心」は、病人の人間としての威厳を顧慮すべきだからである。／晩年は矛盾に満ちた時代である。／その矛盾の中で、一番現代的なものは、自分は美しく死にたいのに、みにくく死ぬことしか許されないことだろう」

国立長寿医療センター 在宅医療支援病棟

在宅医療支援病棟の連携イメージ



人工呼吸器と患者の意思

高齢者の終末期における人工呼吸器装着の適応については議論のあるところであるが、最近では患者自身が延命治療を望まず、自然な最期を迎えたいとの希望を申し出ることも多い。平成16年度から平成17年度の2年間に当院呼吸器科を死亡退院された111人について調査してみると、心肺蘇生術（CPR）や侵襲的人工呼吸療法を希望したのは3人のみであった。1人は心筋梗塞での急変時であり、もう1人は間質性肺炎で57才と比較的若年であった。残りの1人は非定型抗酸菌症であったが、家族の意見が一致せず、本人の意思も曖昧のまま、息子の嫁の責任感から、死の直前に挿管されてCPRが行われた。本人の意思を代弁すべき代理人が誰なのかを明確にしておくことが望まれた。

気管内挿管を必要とする従来の侵襲的人工呼吸療法に比べ、鼻マスクを用いた非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）は終末期でも比較的容易に受け入れられていた。我々は平成15年からの過去4年間で48人の患者にNIPPV導入を試みており、44人（92%）が導入に成功していた。そのうちの2人（4%）は離脱して退院し、19人（40%）はNIPPVをしながら退院した。NIPPVの最大の特長は患者が常に自分で施行するか否かを決められることであるが、嫌がる患者に家族の希望を汲んで最期まで施行し続けた症例があり、自己決定権や自然死について考えさせられた。

自己決定権と自然死

日本における終末期医療を考えるため、諸外国の現状を視察した。ドイツとオランダでは、いずれも患者の自己決定権が最重要視されており、事前指示書や院内臨床倫理委員会にはかることで、延命治療を中止して人工呼吸器をはずすことが認められていた。これはオランダでの積極的安楽死とは全く別の考え方であった。アメリカでも同様で、これは自然死として法律で認められていた。

一方我が国では人工呼吸器を取り外した医師が殺人容疑で捜査を受けるなど、病院、マスコミ、警察ともに困惑しているのが現状である。患者の尊厳を保つためにも、終末期医療のありかたについてオープンな議論が必要である。

終末期の在宅医療

高齢者が長年住み慣れた自宅で家族に囲まれて安らかな最期を迎えられるようにするにはどうしたらよいか。我々はまず肺癌患者を対象に、在宅での看取りを可能にする要因を検討した。統計学的に有意な要因は、輸液や酸素や吸引などの医療処置が無いこと、アルブミンやコリンエステラーゼといった栄養学的指標が高いこと、社会復帰支援室の介入があることであった。

在宅医療の先進国であるデンマークと、ホスピス発祥の地イギリスを視察して明らかになった事柄はいくつもあるが、なかでもトレーニングされた専門看護師を中心とした終末期医療体制の確立、寄付金とボランティアの活用などは、我が国がこれから在宅医療を推進するにあたって参考とすべき大変重要なポイントであると思われた。

<略歴>

- 1985年 名古屋大学医学部卒業
- 1985年 名古屋掖済会病院
- 1990年 健康保険東濃病院（現岐阜社会保険病院）
- 1993年 名古屋大学医学部第一内科
- 1996年 名古屋第一赤十字病院
- 1998年 米国テキサス州ベイラー医科大学に留学
- 2000年 国立療養所中部病院（2004年 国立長寿医療センター）

呼吸器疾患と終末期について

国立長寿医療センター
包括第三内科医長
中島 一光

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

はじめに

- わが国では高齢社会を迎え、肺炎、肺がん、肺気腫などの呼吸器疾患が増加し、呼吸不全によって終末期を終える高齢者が多くなってきた。
- 我々は、高齢者の終末期医療における呼吸不全治療のあり方を、患者の意思を尊重する立場から検討することにした。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

人工呼吸器と患者の意思

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

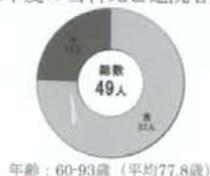
調査対象と方法

- 対象：
平成16年度に
国立長寿医療センター呼吸器科から
呼吸器疾患で死亡退院した人について
- 方法：
診療録から後ろ向き調査をした

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

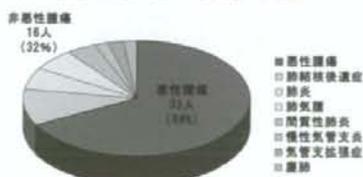
調査実施患者数

- 平成16年度の当科死亡退院者数：



医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

調査患者の疾患内訳



医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

悪性腫瘍の患者

悪性腫瘍患者33人において

- ・ 侵襲的・非侵襲的、いずれの人工呼吸療法も実施した人は いなかった
- ・ 積極的な心肺蘇生術を希望された人も いなかった

長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

非悪性腫瘍の患者

一方、非悪性腫瘍患者の16人にも

- ・ 侵襲的人工呼吸療法や心肺蘇生術を希望する人は いなかった
- ・ 但し、CO2ナルコーシスが7人おり、認知症を除く6人に、非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）が試みられていた。

長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

調査の結果

- ・ 今回の調査では、呼吸器疾患の高齢者は、終末期に人工呼吸器や心肺蘇生術など積極的な治療を望んでいなかった。
- ・ 肺機能が低下している高齢者の場合、いったん人工呼吸器を装着すると容易に器械依存的になってしまうため、人工呼吸器からの離脱が困難となることを敬遠した可能性がある。

長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

NIPPV

- ・ 非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）はいつでも**自分の意思でマスクをはずす**ことができるため、終末期の迎え方を高齢者が自分自身で選択できる点が評価される。
- ・ しかしその導入は必ずしも容易ではなく、受容できない人が6人中3人いた。
- ・ また、患者自身の理解と協力なくしては呼吸器の使用を継続できないため、**認知症の患者における適応は今後の課題である。**

長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

次の検討

- ・ 呼吸器疾患の終末期には、高齢者は必ずしも積極的な治療を望んでいるとは限らなかったが、さらに調査症例を増やして検討した。
- ・ また、患者の意志を尊重した治療法の確立が望まれるなか、NIPPV症例の実態を明らかにする。

長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

方法

- ・ 対象：
期間を平成16から17年度に広げて国立長寿医療センター呼吸器科から呼吸器疾患で死亡退院した人について
- ・ 方法：
診療録から後ろ向き調査をした

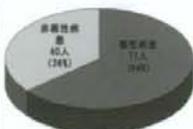
長寿科学総合研究結果報告書
2008.12.20

患者数と疾患内訳

・平成16-17年度
当科死亡退院者数



・疾患内訳



医療科学総合研究センター
2008.12.20

悪性疾患の患者

悪性疾患患者71人のうち

- ・人工呼吸器装着や心肺蘇生術を施行されたのは
心筋梗塞を合併して急変した1人だけ

医療科学総合研究センター
2008.12.20

悪性疾患でない患者

一方、非悪性疾患患者40人のうち、

- ・2人に侵襲的人工呼吸器が使われた。
 - 1人は間質性肺炎で、
 - 1人は非結核性抗酸菌症であった。
- ・非侵襲的陽圧換気法 (NIPPV) を希望した人は合計8人であった。

医療科学総合研究センター
2008.12.20

人工呼吸器を装着した症例 (1)

人工呼吸器を装着した2人のうち、

1. **間質性肺炎**の症例は
 - 患者の年齢が57才と若く、
 - 患者本人も家族も人工呼吸器装着の希望を明確に表明していた。

医療科学総合研究センター
2008.12.20

人工呼吸器を装着した症例 (2)

2. もう一人の、**非結核性抗酸菌症**の症例では終末期治療に関する本人の意思は終始あいまいであった。
 - 近くに住む次男は人工呼吸器の装着に対して否定的であったが、
 - 長期出張の留守を任されていた長男の嫁が人工呼吸器の装着を強く要望した。心肺蘇生術も施行された。

医療科学総合研究センター
2008.12.20

代理人の問題

・この症例においては

「患者本人に代わって意思決定をする代理人が誰なのか」が明確ではなく、結果的に患者本人の意思がきちんと反映されたのか、誰のための処置であったのか、疑問が残った。

医療科学総合研究センター
2008.12.20

NIPPVの現状と問題点

- ・ここまでの、当院呼吸器科から死亡退院した高齢患者の大多数が、終末期に人工呼吸器の装着を望んでいなかったことを報告したが、あわせてNIPPVの有用性についても述べた。
- ・我々は次に、呼吸器疾患の急性期にNIPPVを施行した患者の状況を調べ、高齢呼吸不全患者の終末期医療におけるNIPPVの現状と問題点を明らかにした。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

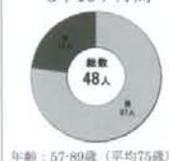
当院におけるNIPPVの現状

平成15年4月～平成19年1月までの約4年間に、呼吸器科に入院しNIPPVを装着した患者で年齢、性別、基礎疾患、導入の成否、転帰について調べた。(終末期でない症例も含む)

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

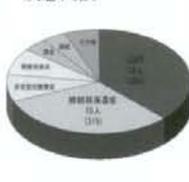
NIPPV施行患者数

- ・平成15年4月から3年10ヶ月間



年齢：57-89歳（平均75歳）

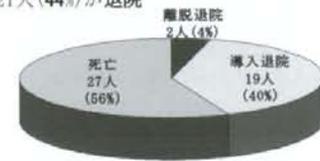
- ・疾患内訳



医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

NIPPV導入の成否と転帰

- ・44人(92%)が導入に成功、4人(8%)が拒否
- ・21人(44%)が退院



医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

自己決定と自然死

- ・死亡したケースの中には、患者本人が明確にNIPPVの装着を拒否したにもかかわらず、家族の意向で装着し、最後まで患者の意思が無視されたまま死を迎えたケースがあった。
- ・インフォームドコンセントや自己決定権について、現場の苦悩が現れたケースがあったためその概略を提示する。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

症 例

- ・ 症例 60歳代 女性
- ・ 肺非定型抗酸菌症による荒蕪肺
- ・ 人工呼吸器装着等、延命処置は希望しない
- ・ CO2ナルコーシスとなった
- ・ 当初NIPPVに同意したが、3日目から拒否
- ・ 夫はNIPPV中止を快諾せず
- ・ 意識状態に応じてNIPPV脱着を繰り返す
- ・ NIPPVをつけられたまま死亡

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

3つの問題点

1. いつでも外せるから、とマスクの装着を説得したのに、外して欲しいと懇願する患者の意思を無視したことは、**インフォームドコンセント上問題**ではないか？
2. 泣いて嫌がる患者に、苦痛を伴うマスクを装着することは、**自己決定権の侵害**であり、**傷害**ではないか？
3. 「死んでも嫌だ」と拒否する患者に、「嫌でも仕方ないだろう」「やってみて奇跡を信じよう」等、無理やり治療を押し付けたことは、**家族を含めた医療側の集団的なパターンリズム**ではないか？

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

インフォームド・コンセント

本人の同意がなければ、

いかに患者を治そうという善意に満ちた治療行為であっても、患者に苦痛を与えることは**傷害**である。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

事前指示書

事前指示書には次の2つが必要。

1. 自分の終末期医療のあり方に関する**明確な指示**。
2. 自分が判断できない場合の**代理人の指名**。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

代理人の指名

- ・ 何らかの理由で患者本人が治療に対する意思ができない場合には、家族などの近親者に意見を求めるのが現実的である。
- ・ この場合、**家族内で意見の一致**がみられなかったり、あるいは意思決定が患者の意思の代弁ではなく**家族の希望**であったりするなど、問題となるケースもみられる。
- ・ そのため、事前に患者自身が自ら代理人を指名しておくことが重要となってくる。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

適切な代理人とは

- ・ 留守を預かった嫁としての責任
- ・ 身勝手な夫に苦勞した妻
- ・ 年金の問題など

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

肺疾患末期における人工呼吸療法

- 先のケースで、患者の意思を優先してNIPPVを中止したらどうなったのであろうか。程なくCO2ナルコーシスから呼吸停止を来したであろう。
- NIPPVは肺の換気を改善しようとするもので、肺の疾病自体を治す治療法ではない。従来の人工呼吸器でも同じことである。
- 自然に任せれば死が避けられない状況において、器械をつけて少しでも死期を先に延ばそうという試みは、治療というよりむしろ延命処置的。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

自然死と安楽死

- そのままにすれば自然に死が訪れることを自然死という。
- 人工呼吸器による延命処置をやめれば、当然延命処置を続けるよりは死期が早まるけれども、自然に死を迎えさせること(自然死)と死期を早めること(安楽死)とを根本的に区別して考えるのが、現在の欧米における考え方となっている。
- 日本ではその区別がしっかりと理解されないまま、安楽死と混同されている。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

人工呼吸器をはずすこと

- 視察したドイツ・オランダ・アメリカのいずれの国においても、本人が文書で治療拒否の事前指示書を書いているなら、延命治療を中止し、人工呼吸器をはずすことが可能であった。
- これはオランダで行われている安楽死とは全く異なるものとの認識であった。
- 自分の死に関する自己決定権 (Autonomy) の考え方が最も重要視されている。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

西欧では

- ドイツでは、病院内で臨床に関する倫理委員会を開いて問題を検討する。
患者が事前指示書を書いていない場合には、家族もしくは法定代理人をたてて裁判所が判断。
- オランダでは、患者の既往歴や現病歴を把握している家庭医の役割が大きい。
- アメリカでは、連邦政府が「患者の自己決定権法」を定め、リビングウィルを法的に認めた。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

日米間での大きな違い

- 2005年3月、アメリカでは約15年間にわたって植物状態が続き、尊厳死をめぐる議論となった女性(テリー・シャイボー)が、栄養補給装置をはずされて14日目に死亡した。
- 夫が尊厳死を要求しているのに対し、両親が治療継続を求め、連邦最高裁まで争われた結果であった。
- 最後は大統領を巻き込んだ大論争に。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

同じ2005年3月、日本では

- 一方、わが国では1998年に気管支喘息の発作で心臓停止状態からこん睡状態となった患者が、気管内チューブを抜かれた後に筋弛緩剤を投与され死亡した事件(いわゆる川崎協同病院筋弛緩剤事件)の判決公判が横浜地裁で開かれた。
- 被告の医師に殺人罪で懲役3年、執行猶予5年が言い渡された。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

終末期医療と刑法

- 終末期治療にあたり、何よりも患者の意思が尊重され、医師も刑法の殺人罪などで裁かれることがなくなるようにするには、**法整備**に加え、**事前指示書の整備**や**院内臨床倫理委員会**の設置などの取り組みが必要であると思われた。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

患者の尊厳を保つために

- 終末期の治療のあり方を、患者と共に考え、悩み、サポートしていくことが我々医療従事者の重要な仕事となってきた。
- バスターナリズムと延命至上主義を見直し、**患者の自己決定を支え、最期の時まで患者本人の尊厳を保つ努力が求められている。**

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

終末期の在宅医療

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

終末期の在宅医療

- 高齢者が住み慣れた**自宅で、家族とともに、安らかな最期を迎えることができるよう態勢を整備していくことは、高齢社会を迎えた我が国のきわめて重要な課題である。**
- 日本の年間死亡者は現在の110万人から2040年には170万人に増加すると見込まれているが、当センターにおかれた「在宅医療推進会議」では「在宅で最期を迎える人の割合を現状の約12%から5年後には25%にまで引き上げる態勢づくりを目指すべきだ」としている。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

終末期の在宅医療

- 我々呼吸器科では、まず高齢肺がん患者に的を絞って、在宅で終末期を迎えるために必要な要因を探ることにした。
- また在宅での終末期医療の現状について、アメリカ、イギリス、デンマークのホスピス事情を視察したので報告する。

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

肺癌患者の在宅での看取りを可能にした要因の検討

対象患者	検討要因
2003年4月1日～2007年1月31日 呼吸器科に入院 同一主治医が担当し 病院又は在宅で看取られた43人	年齢 性別 病名や余命告知の有無 医師から最終入院までの期間 本人や家族や医療者の療養場所の意向 国民健康保険や主治医の種別 各種医療行為（麻薬、輸液、吸引、酸素）の有無 栄養学的指標（血清アルブミン、総コレステロール、ロリンエステラーゼ）
対象患者の年齢と性別 65歳以上：31人 （男性24人、女性7人） 65歳未満：12人 （男性7人、女性5人）	

医療科学総合研究発表委員会
2008.12.20

在宅での看取りを可能にした要因

多変量解析の結果、次の7つの要因が関与

1. 酸素のないこと
2. 吸引のないこと
3. 輸液のないこと
4. アルブミン値が高いこと
5. コリンエステラーゼ値が高いこと
6. コレステロール値が高いこと
7. 社会復帰支援室介入のあること

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

在宅医療を支える看護と介護

- ・ 自宅での看取りを可能にした要因を、当院で経験した症例において検討してみた。
- ・ 結果は、「比較的元気なうちに、社会復帰支援室の介入がある場合に可能となる」ことが判明した。
- ・ これらのケースでは、病状が悪化したとって再入院することなく、自宅で最期を迎えたのであるが、恐らくそれを可能にしたのは、往診医と訪問看護・介護の力であったことは想像に難くない。

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

アメリカ

- ・ デイケアでは、看護師たちがチームを組んで高齢者一人一人のケアプランをきめ細かく話し合い、積極的なケアが実践されていた。
- ・ 医師であるメディカル・ディレクターのもとで、ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner) という看護師がチームリーダーとなり、看護師それぞれの任務が効率よく分業化されている。

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

アメリカ

- ・ 緩和ケアのスタッフにとっては、人工呼吸器の取り外しに立ち会うことも重要な任務。
- ・ 緩和ケアのスタッフは、患者が死を迎えた後の遺族の心のケアまでカバーしている。
- ・ ここでもナース・プラクティショナー (NP) がプログラム・コーディネーターをつとめていた。
- ・ 在宅ホスピスにおいては、教育を受けた専門看護師が、服薬指示から死亡の確認まで、かなりの裁量を与えられている。

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

欧州では

1. デンマークの在宅医療
 2. イギリスのホスピス
- ・ 日本とのあまりの差の大きさに、愕然とするばかりであったが、その内容をいくつか報告しておく。

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

デンマーク

- ・ ホスピスか在宅か、本人ではなく緩和ケアチームが決める。
- ・ ターミナルケアは全て無料であり、さらに患者家族には介護休暇と介護手当が支給される。しかし家族は身体的介護をするとは限らず、むしろ精神的介護を期待されている。
- ・ 亡くなる1-2日前(直前)は自宅に24時間スタッフが付く。
- ・ 従って癌患者が病院に戻ることは少ない。

医療科学総合研究発表会
2008.12.20

デンマーク

- ・家庭医は「専門医」であり、一人あたり約1500名程度の受け持ち患者リストを持っている。
長い間の患者との付き合いで密接な関係を築いている。
- ・家庭医だけでは難しいときには、専門医を呼んだり、緩和ケアチームと電話相談したりする。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

デンマーク

- ・在宅医療の要はナース。病院ナースが介護プランをたててレポートを作成し、在宅ケアのナースへバトンタッチする。
- ・在宅ケアのナースはミダゾラムの注射もできるし、そのタイミングも判断している。
- ・リビングウィルはないが、栄養点滴をしても栄養にならないこと、水分点滴の害について、症状悪化時のDNRなどについて、あらかじめ患者・家族と繰り返し話し合いを持ち、よく説明してある。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

デンマーク

- ・2002年
一病院死は全体の50%で、
一在宅死は22%であった。
- ・2006年
一患者の70-80%が在宅死を希望し、
一ガン患者の25%が在宅死した。
- ・亡くなる3ヶ月前に家庭医に診てもらおうと、在宅死は5倍に増えるという。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

デンマークのホスピス

- ・ホスピスの建物は、地域のボランティアや賛同者からなる理事会が資金を集めて建設し、所有している。
- ・その運営は州の仕事である。
- ・入居者は無料。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

デンマークのホスピス

- ・ホスピスに入る基準：
 1. 回復しない病状で、治療が終了しており、残りの寿命が短いこと。(平均入所期間は17日)
 2. 本人が希望すること。
 3. スタッフの働きにより患者に何か得るものがあること。
- ・ホスピスの目的：
 1. 在宅ケア態勢を支援すること。
 2. 専門家スタッフを教育・養成すること。
 3. 国に対し終末期医療に関する提言をする。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

イギリスのホスピス

- ・イギリスでは病院で亡くなる患者が66%であるが、国は今後さらにこれを減らしたいとしている。
- ・ホスピスの資金としてはNHSだけでは運用できず、寄付金(財団)で成り立っている。
- ・患者が最期を迎えるときは、財団がナースを派遣し、在宅で24時間ケアをしている。

医療科学総合研究促進委員会
2008.12.20

イギリス

- ・緩和ケアチームにおいて、医師はリソースであり、コンサルタントである。
- ・メインはあくまでもナースであり、クリニカル・ナース・スペシャリスト（CNS）が中心となる。
- ・ナースには何段階もの階級がある。
- ・2000年からナースコンサルタントが認められた。CNSが、患者と関わり合いながら、研究、教育、チームリーダをする。処方もできる。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

イギリス

- ・チームの目標は、患者が変わり行く状況に適応できるように支援すること。
- ・家庭医（G P）や緩和ケアができる訪問看護師（コミュニティーナース）と連絡をとることも重要な仕事。
- ・緩和ケアチームはガン患者以外にも、腎不全、心不全、認知症、HIVなどの患者にもかかわっている。
- ・自己決定を促し、グリーフケアもする。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

セントクリストファーホスピス

- ・シシリーソングダース女史が1967年に建てた施設で、緩和ケアの精神を世界に広げる活動をしている。
- ・ここでは、
 - －48%が自宅で亡くなり、
 - －30%がホスピスで亡くなり、
 - －20%が病院で亡くなるという。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

ボランティア

- ・コミュニティーとの連絡を構築するため、600人のボランティアを使っている。
- ・そのため職安のようなインフラがある。
- ・充実したボランティア養成カリキュラムがあり、トレーニングを受けなければならない。
- ・希望者のうち、ボランティアを続けられるのは50-60%である。
- ・約150人が遺族のグリーフケアをしている。
- ・寄付金を集めるのも大切な仕事。
- ・患者に直接かかわるのは24人で、特別なトレーニングをうけている。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

まとめ

アメリカ、デンマーク、イギリスの視察から

1. 専門看護師を中心とした終末期医療体制
2. 寄付
3. ボランティアの活用

などが、在宅医療を推進する際に参考とすべき重要なポイントであると思われた。

医療科学総合研究推進委員会
2008.12.20

『高齢者の終末期医療における看護師の役割

(患者・家族への支援を考える)』

国立長寿医療センター

林 尚子

終末期を考える場合多くの人は、自分の意思にそった安寧な死を迎えたいと願っている。近年終末期医療を論じることが多くなり、本人の意思の尊重がクローズアップされ「自己決定」「事前指示書」などに関する報道が行われるようになった。しかし、医療の現場では、高齢者は病気を抱え、身体的・精神的に衰弱している状況にあり、家庭とは違った環境の中で、自分に直面する多くの問題について自己決定することは難しいと思われる。また自らすべてを理解して、自分がこうしたいと希望したとしても、現実的には、家族などに及ぼす影響や経済的な負担などを考慮し、家族の希望を優先することも多々ある。私たちは高齢者の終末期看護の標準化を目指し研究を進めている。高齢者の終末期看護を考える場合、前述のとおり難しい状況ではあるが、患者が自分の病状経過や予後を理解できるように支援すること、患者や家族の訴えを傾聴しそれぞれの立場を受容することは当然の役割である。しかし、病院の多忙な看護業務の中ではその役割に限界を感じている。また患者にとっても、医学的な専門知識もなく、様々な情報が氾濫している状況での自己決定には限界がある。今後は、患者・家族の立場で自分らしい生き方を選択できるような調整が必要であり、看護のケアコーディネーターの育成が求められると考える。

<略歴>

- 1976年 国立名古屋病院附属看護学校卒業
(現名古屋医療センター)
- 1976年 愛知県、静岡県、岐阜県、三重県の国立病院勤務
- 2005年 国立長寿医療センター勤務