

2002 年度発足 坂総合病院 第 12 回倫理委員会 報告

日時：2004 年 11 月 06 日（土）午後 4 時 - 6 時 15 分

場所：坂総合病院南 8 階大会議室

出欠：歯科医師 1、宗教家 1、弁護士 1、患者 1、医師 4、事務局 3、

議題

内容：

1. 倫理問題審議

「高血圧薬物治療研究会 大規模臨床研究 COPE trial」

a、委員長から、表記研究について概要報告があり、討議した。

b、確認。 今回は担当医師が欠席のため、以下質疑事項を確認して次回に審議結論を出すこととした。

- 次回 12 月 4 日(土)、糖尿病・代謝科科長の参加を得る。
- 以下の回答を準備してもらう。

主体となる科

実施責任者

実施対象医師(糖尿病・代謝科科長一人か、他の医師も参加するのか)

試験期間

情報を保管するに当たっての体制、システム、責任者

同意書に坂病院の ID ナンバーを付け加えたい。

副作用についてどのような配慮をするのか、患者への説明など

- 副作用「歯肉肥厚」(添付文書 P15)について。 患者への医師の説明など取り扱いについて付記することとした。

2. 第 11 回委員会 (04.09.04) 報告について確認した。

3. 終末期医療に関する討議

章立て到達 04.11.06 現在 (第 章を変更した)

第 章、終末期医療の現状と課題

1、社会的背景 いまなぜ終末期医療が問われているのか

- (1) 終末期の医療をめぐる経過と現状
- (2) 「死」の概念と終末期医療
- (3) 終末期医療概念の未確立
- (4) 自己決定権と終末期医療
- (5) 高齢者と終末期の医療

終末期の判断が困難であること、

食事の摂取の影響が大きい、

本人の意思確認の困難なことが多い、

医療経済の視点から

2、坂病院における現状と課題

(1) 現状

(2) 課題：基本的な考え方を含め認識を一致させる必要のあるもの

第 章、終末期医療に関わる諸概念

1. 終末期状態、
2. 終末期医療、
3. 延命医療、
4. 緩和医療、
5. 尊厳ある死、尊厳死、
6. 安楽死、
7. 自然死
8. リビングウィル、
9. DNR、
10. セデーション、
11. 脳死、
12. 心臓死、

<参考資料> QOL、パターンリズム、成年後見制度、安楽死が正当化される要件、advance directive、日本における脳死の定義、植物状態の定義、

第 章、終末期医療における基本的考え方

章立て項目変更 04.10.15

1. 終末期医療の対象と定義（概念の再確認）
2. 終末期医療のあり方
 - (1) 「緩和医療」の概念を主軸においた終末期に行われる医療の提起
 - (2) 緩和医療を実践する上での留意点
 - 医療チームとして関わっていくことの必要性
 - 医療スタッフ間のコミュニケーションの必要性
 - 家族とのコミュニケーションの必要性
 - 患者とのコミュニケーションの必要性
 - 心理的、精神的援助
 - 死別後のサポート
3. 患者の意思の反映および自己決定権の尊重
 - (1) 終末期医療に関する患者の自己決定の尊重
 - (2) 終末期状態を知らせる上での留意点
4. 高齢者の終末期医療
 - (1) 認知機能障害が進んだ高齢要介護患者への対応
 - (2) 「みなし末期」の是非
5. 臓器移植と終末期医療

以下は検討されている章立て

第 章、終末期医療実施にあたっての行動指針

- 「がんの場合の対応」
- 「突然の交通事故、脳卒中など救急の現場での対応」
- 「老衰・寝たきりの場合の対応」

第 章、医療従事者の教育、研修、成長

第 章、用語の見直しについての整理、まとめ

- 終末期医療
- 告知

- 看取り
- みなし末期

4、「第 章、終末期医療における基本的考え方」の討議

a、「1．終末期医療の対象と定義」の討議 (P18)

意見 「定義」の部分

- P18、「病気に対抗する治療の時点」と言うのはわかりにくい。開始時期は緩和医療のときもあれば治療継続中の場合もある。という意味か。 根治的治療、積極的治療、治癒的治療の最中であっても、という内容をわかりやすく入れる。
- P18、近い将来死が不可避となった人で、積極的な医療をしているが、終末期医療という認識をすることがあるという意味か。 そのとおり。やや矛盾あるが、緩和医療でなくても終末期の医療ということである。さらに文言を検討する。
- 「終末期医療」という医療行為があるように表現しないほうがよい。終末期には緩和医療もあれば積極的治療もある。

定義の2段目の部分は、削除か文言修正か事務局で内容検討する。

b、「2．終末期医療のあり方」の討議 (P18-19)

- P19、「従って、終末期医療の過程の中で結果的に余命が短縮されることがあったとしても」の文章で「終末期」という言葉は不適當。「余命が短縮されることがあったとしても」については「短縮してもよい」と受け取られる可能性ある。 文言の検討が必要。 余命が短縮される可能性は否定できないが、安楽死という概念はないという内容にすべき。 事務局でさらに検討する。
- P19、「消極的、積極的安楽死という概念の入り込む余地はない」は、医療側としては困る事態も考えられる。「消極的安楽死」と受け取られる医療行為は臨床現場ではありうることである。 「いわゆる安楽死」とか文言を検討する。

c、「3．患者の意思の反映および自己決定権の尊重」の討議 (P20)

P20、を修正提案して説明し、討議に入った。

- 問題の立て方は理解できる。
- P20、「複雑で個別的な死生観」との言葉に違和感がある。「死生観」に個別性があるかどうか。終末期医療あり方、自己決定の内容、治療の選択、死の迎え方などの考え方は個別的であるが・・・。

すでに第 章(P3 など)で使用している。生とか死をとらえる場合、多様化した価値観の反映、として考える。「複雑」という言葉について再検討してみる。

継続した検討課題として、答申全体の最終文章作成でも検討することとしたい。

これに代わることは、削除を含めて事務局でも検討する。

「知りたくない権利」の尊重について

- (当日資料)「知りたくない権利」の尊重には異論ある。その権利を尊重して終末期医療のあり方を考えられるかどうか。 知りたくないという「気持ち」「気分感情」は尊重するが「権利」としてはどうか。考え方のすり合わせが必要。
- この権利の尊重を前提とすると現場ではどうするか。 現在は実際に現場では、医師から患者に直接聞くわけにはいかず、「あうんの呼吸」で処理されているのではないかと。告知できる患者、告知しないほうがいい患者、家族に相談すべき患者などを診察の中で

選択しているのではないか。

- 「知りたくない人」は医師にお任せ、家族にお任せという立場の人になるか。
 - 本人は知りたいのに家族が「本人には知らせないで」という場合もある。
 - 本来の医療のあり方は、「知らせずに治療することはありえない」だろう。「ガンの告知、終末期の告知」に限って、「知らせること」が問題になる。
 - 患者は、告知されなくても大体(悪性疾患ということ)を認識している。患者の中には「告知されないからガンじゃない」と言いながらガン治療を受けている人もいる。
 - この課題は行動指針にかかわって大問題になると思うので、議論をしっかりと深める必要がある。悪性腫瘍だけでなく、今後は遺伝病の診断などにもかかわって大きな複雑な問題になる。
 - この権利の尊重が必要と考える。「知ることによる悩みの自己解決」か「知らないことによる悩みからの開放か」、選択は個々人による。問題は深い。あみのかげかたを狭くしない、緩和医療の実践ということを保証しておけば現場では困らない。
 - 医療者への教育という点では、大事な課題提起と考える。
この項は継続検討として次回委員会でも討議する。
- d、「4. 高齢者の終末期医療」の討議 (P20-21)
- この文章では「急性期疾患を患った高齢者は終末期」というように誤解される。このような高齢者に対して「一般に緩和医療の考え方で治療する」というのは、無理がある。変更が必要。
 - 急性期の高齢者は、終末期になりうる危険のある状態をよく認識することが重要ということだろう。
 - (国外の)英文の論文では、延命医療について、QOL向上とするかどうかは患者が治療法を選択する、医療の有効性無益性は医師が判断する。と書いてある。医療資源に限りがある中で高齢者医療の選択についてもかなりはっきりと打ち出されている。
 - みなし末期の表題は「みなし末期の否定」を打ち出したほうがよい。
全体として、次回への継続検討とする。
- e、前回の質問事項で宿題となったものを資料提供した。
- セカンドオピニオンについて、
 - 終末期医療にかかわる診療報酬上の取り扱いについて、
 - 「緩和期癌」という呼称について(新聞記事)

5. 委員会討議と答申の開示について

- 第1回から第10回までの委員会報告書、ホームページ公開の件 基本確認した。

6. 次回の倫理委員会開催日程

2004年12月04日(土)午後4時から6時、場所は、南8階大会議室

- 委員会終了後懇親会を開催することとした。
- 次回は、臨床研究の審議、第 章の討議、を中心とする。

以上。