

日時：2005 年 04 月 02 日（土）午後 4 時 - 6 時 10 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 2、事務局 2、

議題

1. 当日配布資料への意見

「川崎協同病院 患者死亡：殺害認定 医師に有罪」

「呼吸器外し患者死亡：広島」 (2005 年 3 月 26 日付け朝日新聞)

「USA：シャイボさん死亡」の記事（夫は尊厳死、両親は延命措置を主張）

- アメリカのものは本人が植物状態になって延命治療を中止してよいというケースですからあまり参考にはならない。
- 川崎のケースは家族の同意なしにやっていることなので、有罪はやむを得ない。QOL が良くなるとは考えられないが植物状態で生き長らえる可能性はあったのだから、その状況で抜管というのはいない。

——広島の場合に議論が集中した——

- 広島の場合はどうか。記事は問題があるというスタンスだが。——70 代女性が肺炎、気管内挿管、人工呼吸器装着したあとで、容態が悪化し、家族が希望して外した。——もしこの患者さんが「いわゆる延命治療、気管内挿管、人工呼吸器とかしないという合意」があれば、チューブを入れる前にたぶん死亡している。——抗生物質や薬物療法でも回復困難ならあきらめるという判断は日常的な判断として行われている。このケースは日常的に器械まではつけないようにしましょうという判断より先までがんばってやって、最終的に治療を中止した判断が問題ありとされているので、議論の課題になる。医者の実感として、普段やっている「この人は 85 歳で認知症になって時間が経っている方で重症肺炎だし器械までつけるのはどうか」という説明はこの記事のスタンスでは「問題あり」となるのではないか。
- この例は、家族だけが判断して本人の意見が反映されていないということが問題か？
- この記事で、県警が入ったことが疑問。誰が問題視したのか、県警に告発したのか、新聞記事になったから入ったのか、どういう経過でそうなったのか、さまざま疑問がある。
- 2 年ほどまえに北海道で、90 代の患者さんで、延命しても数時間という段階でスイッチを切ってしまったことに対して、殺人になるのではということで、警察が入ったこともあった。——社会的にはこのようなことを問題視するような状態にあるのではないのか。
- 末期の状態、人為的に器械をとめる行為を認知するという法律は現在はない。安楽死法、尊厳死法などの検討必要か。
- 記事によると、延命しても一両日中ということで、まもなくというわけではない。それが器械を外したために 30 分以内で亡くなった。器械を抜いたために命が短くなったということが比較的是っきりしている状況がある。——川崎の判決も、自殺の権利や死ぬ権利を承認したということではなくて、人間として尊厳ある人生を最後まで送るという権利を尊重するうえで、患者本人の意思に基づいて治療を中止したわけではない事例である。広島の場合も当然の本人が意思を表明できるケースだったのかどうか、

家族が本人の意思を代弁できる状態だったかどうかということが課題にはなる。

- ほとんどの場合、本人は事前の意思表示していないことが多い。大体、脳卒中を繰り返す、痴呆症などとなると、意識はあっても、意思表示はできない。代理である家族との共同の意思決定となる。——そうすると、川崎の例で、該当医師のコメント「医師が臨床現場で患者さんや家族と向き合いながら行なった延命治療の中止が事後的に殺人罪で処罰されることになれば、延命治療を施すこと自体に抑制がかかりかねない」という、このコメント自体（このケースがそうだとは言わないが）は非常に良く気持ちが分かる。代理の意志決定の社会的・常識的に認められるガイドラインみたいなものがないと、現場では恐くてやっていけないと思った。——「中止できない」と言われれば、「着手できない」となる。
- 延命治療は一旦始めてしまったら、簡単には止められないということと理解できる。
- 川崎の例は、医師個人の判断だけではなく、事前にまわりの人との話し合いを行なっていればこんな事にはならなかったのではないか。倫理委員会とか病院の組織がかかわっていれば、複数で判断すれば、簡単な抜管にはならなかっただろう。
- 川崎の記事で、病院自体の組織的な関わりなど、また以前の事故調査委員会でも指摘されている。
- 川崎の例で、裁判長は「家族の依頼がないのに抜管し・・・」とある。では依頼があったらいいのか？という問題がでてくる。さらに、広島の場合は家族の合意があったとしても社会的に問題視される。——延命措置を「やらない」という選択と「やってしまったものを止める」という選択は全然違うというところに注目せざるをえない。
- 一般に、医師の説明の仕方で、誘導されるということもあるでしょうね。
- 医師が科学的客観的に患者家族へ説明できるかということが大事で、注意しなければいけない。広島の場合はもういったんやったら止められないということでしょう。
- 欧米では、終末期で「延命の器械をとめる」ことが「治療しないこと」と認知されている。日本の社会の中ではまだ受け止められていない。——やはり家族には延命治療を始める前にきちんと説明が必要である。家族との意思の疎通があれば、延命措置の中止後に大きな問題にならない。
- 川崎の例では、あえて筋弛緩剤を使ったことは医師の判断としてどうか、また裁判官の心証としてどうか。
- 通常、延命措置の停止として、筋弛緩剤まで使用することは考えられない。これは賛成できない。——したがってあまり医師の行為を擁護できない。
- 今回の我々のレポートにも反映させているが、この件について、もう一度振り返ってみる。また、行動指針に反映させるようにしたい。——家族との関係などももっと検討し、「終末期状態での治療の中止、次の治療への留意点」など検討加筆して論議していきたい。

2. 第14回委員会（05.02.05）報告について確認した。

3. 倫理審査に関する委員長提案

- a、「治験（臨床研究）申請に対する承認要件の審査」（項目）
- b、「臨床医学研究に関する倫理審査申請書」
- c、前回審査の「承認書」紹介
 - 時間とれず、次回の討議とした。

4. 終末期医療に関する討議

——章立て到達

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、パターナリズム、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

——2005.02.05

1. 終末期医療の対象と定義
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) 緩和医療を实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
 - 患者の意思を把握するうえでの要件
 - 「病状を知らせる」上での留意点
 - 「知らないでいたい希望」を表明した患者への配慮
 - 「知らせること」の決定とその後の配慮 ——医療チームとしての対応
- (3) 侵襲的延命治療・DNRの指示・リビング・ウィル
- 4. 高齢者の終末期医療
 - (1) 高齢者の特性から見た終末期医療
 - (2) 認知機能障害の進んだ高齢要介護患者への対応
 - (3) 「みなし末期」の考え方は採用しない
- 5. 臓器移植と終末期医療

——以下は検討されている章立て ——

——2005.02.05

第 章、終末期医療実施にあたっての行動指針

- 「終末期のがん疾患などの場合」
- 「認知機能障害の進んだ高齢要介護患者の場合」
- 「突然の交通事故、脳卒中など救急の現場での対応」

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

- は確認事項。

a、修正箇所の説明と討議・確認 ——事務局から。

p. 21 ——人間として耐えられない(削除) 「従って」を「なお」と修正。
但し(削除)

(2) 冒頭の部分、「本人の意志尊重を重視」する内容に変更

カンファレンスを行なっていれば良いということではないとの指摘(削除修正)

p. 23 ——「要件」→「留意点」と変更

初診問診(画一的に問診するのは無理ありとの意見)→診療を進めながら確認していく
という感じに変えた。

「知らせること」の部分を具体的に修正した。

p. 24 「(3) 侵襲的延命治療・・・」の部分は先ほどの議論の中で変更となる可能性がある。

b、文書での意見から。

p. 21 (2)「チーム医療を進めるためには・・・」の2行は前文と重複で必要ない。

- チーム医療というものが医療者以外はわかりにくいので入れたので、残すこととした。

家族とのコミュニケーション:「また、」は必要ない。 ● 削除する。

p. 23 3.(2)「知らせること」の決定とその後の配慮

- 前半は、原文を採用し、後半は提案(具体的な医療技術を学ぶ)を採用する方

向で修正する。

「医療者」「医療従事者」「医療関係者」 最後に文章の全体点検で統一する。

c、p.24「第3章 3、(3) 侵襲的延命治療・DNR・リビング・ウィル」の部分について

- リビングウィル(事前指示書)というものが100%の基準かという点、最近疑問視する声もある。延命治療の停止についてはそれがすべてという点も慎重な意見が出されている。
- この委員会では、まったく救命の手段がないことを前提に論議を進める。
- 「本人の意思表示」と「本人の意思をよく推認できると認められる家族の意思表示」をもとに決定していく。
- これは癌の患者を前提としているのか？ 癌とは限っていない。時間的な尺度で捉えたときの終末期医療。たとえば「脳死」という診断などを想定する。
- この部分は終末期の最後の最期(数日程度)という、極めて死に近い状態に絞ったときの内容であり、そういう限定した論調にしたほうが良い。いよいよ死を覚悟しなくてはならない時期を想定して検討すべき。——そうするとあまり「侵襲的」という治療にはならない。——ここでは重症肺炎というより終末期の「いよいよ呼吸や循環の悪化の時期」にどうするかを記述したほうが良い。
- 患者との意思疎通がある場合とない場合が想定される。が、医学的・客観的にはもう数日程度で助からないという前提で検討する。
- ● 医師、看護師、家族が、いよいよ死を覚悟しなくてはならない時期、直近の死が迫っている時期だと共通認識できる状態という内容をいれる。
- 緩和ケアセンターへの入院・入所申し込み書に「挿管などはしない・・・」ということなどを入れてもいい時代だとは思いますが、坂病院の現状はもう一回最終確認してから延命治療の停止を行っている。
- 緩和ケアセンターの場合は、死が迫っていることを認識した人(患者本人が選択している)が入るので、問題とはならない。
- 家族から強く要望されたら当初から延命治療をしないことはありえる。問題は一旦延命治療を始めたらどうするかという内容にするか。
- 一番下に「なお、広島の場合のような状態で治療を中止することは法的に問題視される可能性がある、2005年の時点で賛否両論、現時点では限界」などの内容を入れる。将来的な状況はわからないが、現状では死に直結するような中止はすべての場合に容認されているわけではない。——したがって、その事を踏まえて延命的治療を開始するにあたっては、患者と家族の意思を尊重しながら判断しなければならない。という中身に修正する。
- 患者本人の意思が明確ではない場合(事前指示書なし)に家族から強く要望されたらどうか。広島の記事の場合だが。
- 川崎記事右下：東海大「安楽死」事件の判決によれば、「治療行為の中止」が医師に許される条件に、患者の意思表示か家族による患者の意思の推定がある。
- 本人の意思表示があきらかな場合に準じた(本人の意向を反映した家族の強い要望が・・・)
- 本人の意向を反映した家族の強い要望が認められれば許されるということであろう。
- ● まとめると、「本人の口頭または文書の意思表示」あり。「本人の意向を反映した家族の強い要望」が認められる場合。本人の意向が上記2つで確認できなかった場合で家族から治療中止を要望されたとき。——それにいまの時代背景を念頭において慎重に対応していく。という記述をしたい。

- 家族の定義は？ 2親等または、患者の意思を良く反映できる人。——3親等までは広げられないのではないか。——当院の診療録開示請求できる人は2親等と実際に長期に渡って介護していた人などとしている。
- 代理決定の問題：2親等といっても、その人が本当に適任なのか？という問題もある。患者の意思をよく代弁できる人。——社会的に見て、「自然な看取りになった」という認識が得られたらいいのではないか。
- 現場では、その家族が終末期の決定にあたって「適任かどうか」という判断は避けて考え方を出している。
- 通常は、問診や治療の経過などで、キーパーソンを確認しながらアセスメントしていく。
- ●以上の論議を反映して(3)は修正する。項目は「死がさしめまったときの治療のあり方について」とする。

c、「4、高齢者の終末期医療」について

- (1)は前文として、以下を(1)(2)とすることとしたい。 ●確認。
——「高齢者の特性からみた終末期医療」
- 3行目「年齢的な要素から、高齢者自体が終末期医療に最も接近している患者群として位置付けられるということである。」——ここは違和感がある。
- ●下線部分を削除する。
——「認知機能障害がすすんだ高齢要介護患者への対応」
- 6行目：「終末期と判断された・・・決定すべきである。」：冷たい言い方か。
- 「がん」は治るか治らないかだが、「高齢者」の場合は「寿命」をどう見るかなどを加えて検討が必要か。——これらの要素を前文に入れるか。
- 「老衰」という考え方、用語もある。
- 医師、看護師、家族が、直近の死が迫っている時期だと共通認識できる時期である。
- 「超高齢者・後期高齢者とか、認知機能障害が進んだ要介護～の人たち」などとしたほうがよいのかどうか。
- 高齢者の終末期医療の時期とは、「何らかの疾患を伴った生命が危険になった場合」を想定している。
- 終末期といっても、一定の回復の可能性ゼロともいえないとき、「寿命」という視点がどうしても入ってくるのではないか。
- 認知機能障害は「本人の意思表示、意思確認のできない人」という広い概念で使用する。
- 「老衰期」とか言う考え方か。——高齢者でも認知機能にさまざまあり、留意する内容とするか。
- もう一度、整理して提案する。

5. その他

- ◆ 委嘱状は各委員あて郵送ということとした。

6. 次回の倫理委員会開催日程

2005年、6月04日(土) 午後4時から6時

場所は、南8階大会議室
東2階患者教室です。

以上。