

2002 年度発足 坂総合病院 第 16 回倫理委員会 報告

日時：2005 年 06 月 04 日（土）午後 4 時—6 時

場所：坂総合病院 東 2 階患者教室

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

内容：

1. 第 15 回委員会（05.04.02）報告について確認した。

2. 終末期医療に関する討議 ②

——章立て到達

「はじめに」

第 I 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
 - ①終末期の判断が困難であること、
 - ②食事の摂取の影響が大きい、
 - ③本人の意思確認の困難なことが多い、
 - ④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 II 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 III 章、終末期医療における基本的考え方

——2005.06.04

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上での留意点
 - 「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
 - 「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
 - (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 —— ——2005.06.04
- 第IV章、終末期医療実施にあたっての行動指針 ——（案）
- 「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V章、医療従事者の教育、研修、成長 ——（案）
- 第VI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

3、「第Ⅲ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 ——事務局から説明。

P.23—「知らせること」の決定とその後の配慮—医療チームの対応—

- （説明）変更点：下線が変更した部分。——「そういう患者を看護師はずっと見ていなければならない」という部分を「苦悩する姿」と表現。——また「対応技術を学んでいく必要がある。」を追加した。
- 以前よりはわかりやすい表現になっている。

- 具体的な対応技術とは？ ⇒ 認定看護師は勉強してきているので、学習し広めていきたい。
- もともと終末期は苦悩がいろいろあるわけで、知らされていないがために（理解できない、納得してないことで）さらに一層苦悩を増幅させているということを表現した内容にしないといけない。 ⇒ ● 「苦悩の増幅」の内容を付け加える。

P.24— (3) 終末期患者の臨死状態における治療決定にあたっての留意点

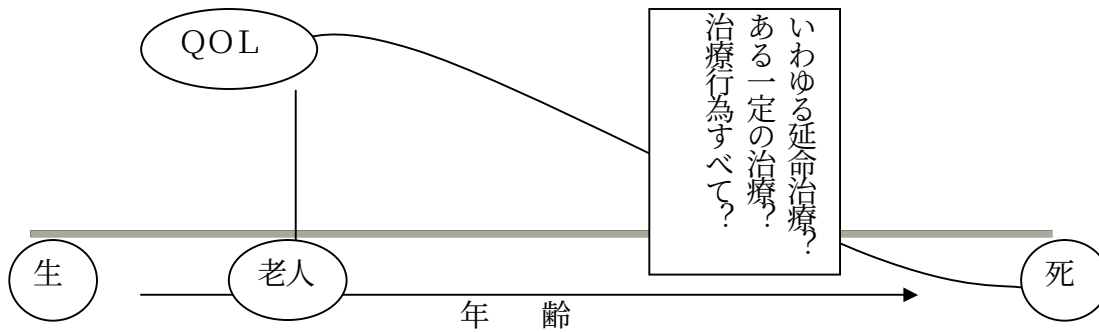
— 延命治療・DNRの指示・リビングウィル —

- (説明) 前回の議論をふまえ変更した。今日配布した5/18朝日新聞は前回議論にした北海道の件の第二報で、医師が書類送検されたという内容。——
- 家族は同意している、やはり社会的には問題とされるようだ。本人ではなく、家族の同意というのが、どういう意味があるのかということになる。いったん始めてしまったものは、止めることはできないということもある。
- 「すべて許容されるわけではない状況」 ⇒ 「基本的には許容・・・」「許容は極めて困難・・・」という表現にしたほうが良い。
⇒ ● 厳しい状況になる、との内容にする。“すべて”を削除する。
- DNRの指示 ⇒ 同意を文書で残すかどうか検討課題。

P.24—4. 高齢者の終末期医療

- (説明) 前回の指摘から、図で、年齢と死の受け止め方を表してみた。
- 意見：図に関して、老衰の開始点が早すぎる。65歳くらいのところから、S字カーブで表現したほうがよいのではないか
- 文章が難しい。「医学的見地」とか、「高齢者に内在する特性」とか、記述が必要かどうか？ ⇒ ● 疾病と加齢（老化・老衰）によるなどの表現に検討する。
- ⇒ 今までは、主にがんを想定して検討してきた。高齢者と終末期をどう見るか、接点はどうかなど事務局で検討した。
- ある文献に。老化・老衰というのは・・・頭の細胞の働きが老化・老衰（アルツハイマー・認知症とか）。頭を養っている血流が老化（脳血管疾患）。体の老化が進む。3つのことが進んだ状態をいうとある。
- 高齢者で意思表示ができなくなっていく状況が問題。
- 若い人の死（への接近）と高齢者の人の場合の死（への接近）というのは、一般に受け止め方が違うのかなと思う。死亡年齢によって。「早いね」とか「よく全うした年齢だ」とか。
- 「終末期の概念」ががん末期と高齢者の末期とでは違うのかなという印象。——不可逆的にすむ場合と、必ずしも不可逆的でない場合と。
- ここの内容は、高齢者だけに当てはまる内容かどうか。——意思表示の有無は、年齢には関係ないので。
- ⇒ 高齢者の死について、疾病か、老衰か、で受け入れられるかどうか、一致されればよいと思う。
- 老年医学会でも年齢規定については一致されていない。
- 個人差があって、“どこからが老年・・・？”という合意ができるということは表現できないのではないかなと思う。
- 医師の判断で、「この人はもう年だから・・・」とか規定するのは危険。70歳でも青年の気持ちでいる人もいれば、50歳くらいでもう年だからと言う人もいるし。

- 以下の図は、医師の説明。



- ⇒医療者として、客観的な見地から捉えて判断をするような文章にしている。医療者と家族で「終末期」との認識が共通になったときから、終末期医療が始まるものと捉えた。
- 新聞に取り上げられているのを見ると、医師の思惑が働きすぎているように思えてならない。その後、白か黒かという判定をしようとしているように思える。

P.25— (2) 意思表示が困難な場合の対応のあり方

- 6行目「死が避けられず」⇒削除
- 「極めて死に接近した状態」というのは、今にも亡くなりそうな状態をいうのか？機能が停止していく状態をいうのか？ 臨死状態という理解でよいのか。
- ⇒そうではなく、その前の状態。病気が活発化しているような状態。——期間を特定するのはなかなか困難。
- 在宅の寝たきりの患者さんを「終末期」ととらえるかどうか……………。
- “DNR”として良いところとは、どの状況なのか、この議論のポイント。
- ⇒ガイドラインが必要。⇒結局、その判断は我々がするのではなくて、きちんと客観的に説明するのが義務。医師が「もういいのでは？」などの誘導はいけない。
- 家族と状況を共有できる状態。患者と家族が、「治療を十分にやった」という認識が得られるかが課題である。そうでないと関係を損なう。
- “臨死（死の直前の状態）”と“臨終（死亡したときの状態）”を確認しておく。——臨死はマニュアル用語、医療者の使う言葉。患者側に向けて使う用語ではない。
- 患者家族へは、どのように説明しているのか？
- ⇒特に家族には段階的に話していく。これからの病状見通し、罹患の繰り返し可能性、だんだん重篤化する可能性、治療の各段階について。——医師として言いにくい部分もある。それが責められないかどうか。 ⇔そのような説明が許されるのは、いつからなのかという部分をマニュアル化したいということですね。 ⇒これについては、今回は言及していない。（P.25の真ん中あたり）個々に違う。
- 問われているのは、どのように死を迎えるか、その経過・過程であり、医療者・家族が認識を共有できているかどうか、である。

P.26— (3) 「みなし末期」の考え方は採用しない

- 「生存を否定する」という表現は、治療を打ち切るとか、治療をおこなわないとか、行為を書いたほうが良い。
- 「環境にはない……………」の箇所はいらないのでは？ これは環境を整えば行うとも取れる。（目指しているかのようにも捉えられる。環境を待っているようだ。）

- ⇒「いまの日本では・・・高齢者が長期に生存している例も少なくない。」という感じにし「環境」のところは削除。
- 2つのことが混在しているので、「みなし末期の定義と事実」を書いて、「それを当院では否定する」ということを書いたほうがわかりやすい。——その後に、理由を述べる。「また回復することがある」「永続的ではなく一過性もある」「人工栄養で長期に生存しうる」
- ただし、画一的に人工栄養で長期生存を図るということでもない。——この表現を検討する。

⇒●全体の文章を再検討する。

P.26—5 臓器移植と終末期医療

- 臓器移植については、「次の答申課題」として、別立てで今後検討するので、ここでは触れない。

4. 「第IV章 終末期医療実施に当たっての行動指針」の討議

a、医師から説明。——P.27—行動指針

3つの例で作成する。

(1) [終末期のがん疾患などの場合]

- ①基本原則：本人の意思決定
- ②セカンドオピニオン：受け方などを具体的に情報提供を行う。
- ③緩和医療に徹するというという決定の援助。
- ④緩和医療に徹する場合：臨機応変に対応する。
- ⑤患者・家族をサポート
- ⑥方針も変更できることを説明
- ⑦いわゆるDNRの同意書について：新病院では同意書いただくことになるが、臨死時期になったら、再度説明・合意。
- ⑧⑨亡くなった後の対応

b、質疑応答

- ④の療養場所についてはこだわらない、押し付けないとは？
⇒坂病院では療養の場所を押し付けない。
⇒「終末期における療養の場所については・・・」という文構成にする。
- 方針を変更した場合は、緩和ケア病棟を出てもらう？
⇒そうです。（緩和ケアではない）治療を行う場合は一般病棟でなければならない。
行える行為が決まっているので。
- ⑧を入れた理由は？
⇒時系列で書いていって、亡くなったときは主治医が死亡診断書を説明しなさい。
ということ。 不要かもしれない。

5、委員長からの提案文書（治験と研究の審査手続き）は次回以降討議とした。

■次回委員会日程——~~9月3日（土）~~を変更しました。

10月1日（土）午後4時、東2階患者教室です。（05.08.10 記入）

以上。