

2002年度発足 坂総合病院 第19回倫理委員会 報告

日時：2006年02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. 倫理問題の審査報告 承認書発行の報告を確認した。

- (1) 循環器科「本邦における冠動脈ステントシステム Tsunami の市販後臨床評価」(超音波診断カテーテルによる測定)
- (2) 小児科「自閉症の遺伝的要因の検索」
- (3) リハビリ科「エスアップ」及び「エスアッププラス」の摂食による摂食嚥下リハビリテーション効果の確認と製品使用マニュアルの作成、については、条件が満たされたら承認することとする。

2. 第18回委員会(05.12.03)報告について確認した。

3. 終末期医療に関する討議 「第4章の4、高齢者の終末期医療」

24ページ。前文の考え方の部分。新たに修正した文章をもとに。

- この文章は高齢者でなくて良性疾患の終末期医療という内容ではないか。本質的には、認知機能が落ちて身体機能も落ちて代理決定の状態、80歳以上、さらにコミュニケーションできない状態。を想定していくことが必要でないか。高齢者一般を論立てるとあまりにも広すぎる。年齢と疾病が平行に低下するというでない。
- ここ2-3回、議論のポイントがなかなかむつかしい。判断は、個人差がすごく大きい。マニュアル、座標軸、基準としてまとめられない。
- 歯科の場合、高齢者で歯を抜くときに悩むことが多い。介護者が口をきれいにできないとか、介護者がいないとか、ケースバイケースで判断が必要である。本来は1本でも残してあげるのがいいのだが。
- 平均寿命に近い人の場合は、治療の視点が違ってくのではないか。家族から、「これ以上の治療はもういい」「苦しめたくない」といわれると医師も受け入れやすい。点滴のみで行こうかとか言う考えになりがちだ。これが高齢者特有の医療の特徴ではないか。最終的にそこに家族の意向があれば受け入れていくことになる。ただし治療後のADLも判断要素になる。
- 例として。前立腺がん。手術の目安としては、10年間元気でいられるかということで目安にするが、年齢、その他ある。80歳の高齢でも今は告知する傾向があるが、この年齢の場合、手術治療せずの申し出が多い。他の治療法でということが多い。若い人の場合より、高齢者は「QOL落ちて延命か」「QOL考えていまのままか」迷う。
- 高齢者の死について、一般の認識と医師の認識と違いある。埋める必要あるそれは倫理上の課題である。治療は、それぞれ個別に検討すべき課題。十分話しって今後を選んでいくということであろう。実際には、年齢というより、治療見通し、Q

OLの提示で選択することがほとんどである。「年だから」という意識は医師にはあまりない。

- 医師、医療者としては、あまり年齢によって治療提示を判断するのは良くない。
- 家族は、高齢者がかかえたとき、家族は年齢で妥協することがある。危険である。
本来は「もっと元気に、もっと元通りに」という家族の願いであるはず。考えてみると、あまり高齢という論を立てると良くない。危険になる。医師も同調すると良くない。「ともに営む医療」がよい 家族サイドと医師サイドとコミュニケーションとりながらの治療決定がよい。「ともに営む医療」で一つ一つ解決していくのが大事。
- 高齢は、今までできたことができなくなるとか、認知症では考えられないことする、が、生きてる。生きてることを大事にしたい。
- いま現場では、入院、在宅、その後のその先の(亡くなる前の)医療をどうするか、が問題になっている。
- 高齢者の終末期状態をどう想定するか。一般の人の認識は。「がんの末期」とかはある程度分かりやすいが。どこが終末期か、をどう理解しているか。
- 「事例」 いまは健康、大たい骨骨折、寝たきり、いずれ認知症、肺炎が何か病気になる、入退院を繰り返して、身体機能が落ちて、人工栄養、胃ろう造設、また肺炎などの繰り返し、呼吸が落ちる、人工呼吸器かどうか、「ここからどう対応するか」を考えることになる。これがいまの論議の焦点であろう。
- 「いまなら元に戻る」かどうか。素人からみても「もう意識や体力が戻りそうにない」ことを理解し納得した。この辺が終末期状態の認識であろう。
- そういう中で、「事前指示書はありうるか」指示書を書くタイミングは、あるかどうか。
- 日本では、事前指示書ははやらないだろう。遺言もあまりはない。遺言も増えてはいるが一般にはなかなか書かないことが多いようだ。多数が作成するという状況ではない。
- 終末期状態認識は提案の文章でよい。委員会として合意。
- その前文を、改めて検討する。医師と一般の認識の違いあり、埋める必要ある、今後の倫理課題である。などの内容として。次回事務局から提案する。

25 ページ。「4、の(2) 意思表示が困難な場合の対応のあり方」

- 介護者の状態、環境、にも影響される、配慮、考慮、尊重、することを入れられないか。必須のことだが、言葉にすると難しい、あまり強調できないが、正確に家族に見通しを提示する、ということが大事なかと考える。
- 現実として家族介護をどうするか。本人の意思の尊重、と、本人以外の要素も入れるということになるがどうか。介護問題は、社会的に未解決の課題でもある。
- 介護問題などは、悩む、共有するだけでなく、医師、医療機関としてサポートする必要がある。
- 現実の場では家族の判断材料として要素となって、それら全体を含めての結論を(医療者として)受け入れるということになるのではないか。それのみを強調されると危険もあるが。ただし結論の「善悪」を、一概には判断できない。
- そういう場合、家族としては、「もうこれで終わりにしたい」という気持ちもあることだろう。

- 現場での、医師の受け止めはばらばらである。ずっと同じ医師が見てきて、だんだん治療が狭まってきて合意ができればいいが、実際は、在宅医師や担当医師、救急できた場合の担当医師、入院の担当医師が違っているときが多い。
- 介護のインフラを整備する課題もある。
- 大事なことは、「治療後の身体状況を含めてよく家族に説明する。」ということであろう。合意。
- 意思疎通のできない患者の場合で。医師の側は、回復の見通しがある場合、家族の（もうやめてほしいという）判断を押しきって治療するかどうか。これは難しい。本来は、救急搬入を何回か繰り返したときに、その後の対応を検討しておくことが必要である。救急で搬入されたら、病院としてはしっかり治療するのが義務になる。
- 家族の考え、介護見通しなど、根底の考えとしては、積極的治療を控えることについては、許容する。高齢者の病態に応じて、死が不可避と考えられた状態では、さまざまな要件を満たした上で、許容される。これを結論としたい。委員会の全体合意。

26 ページ。「(3) みなし末期」の考え方について、

- 医療者の考え方として、最近では、高齢者で食べられない患者で「胃ろうによる栄養補給に疑問を持つ」人もでてきている。
- 現場では、何回も脳梗塞になった患者さんなどの場合、いよいよ末期のときに、人工的栄養を選択するかしないか、その条件を提示する。もちろん選択しない場合の死の可能性にも言及することになる。
- 将来日本社会の価値観が変化する中で、さらに文章の変更がありうるだろう。

4、「第 章 終末期医療実施に当たっての行動指針」の討議

「(3) 突然の交通事故、脳卒中など救急現場での対応」の指針について、委員から紹介し、質疑を行った。あとは、次回の討議とした。

- 事故死の場合は、届出が必要か。かかりつけの病気で診療継続の場合、病死として矛盾がない場合を除いて、変死と判断できるものは届け出ることになっている。
- 坂病院としての、「異常死、変死」対応のマニュアルはこれからである。学会などのガイドラインもさまざまな見解がある。
- 警察への届出との関係では、この委員会でも検討事項とする。異常死の届出基準との関係でも指針に反映する。
- 脳死移植については、「臓器移植のための」脳死判定。ただし治療の継続の判定からの脳死移植については、検討事項。
- 脳死判定については、一般の人の理解度も検討事項である。脳死がわかっているひととよく分からない人への対応も課題。

次回委員会日程 2006年04月01日(土)午後4時、「新病院・2階カンファランス1」です。

以上。