

2006年2月3日

財団法人宮城厚生協会

坂総合病院 院長 山田 裕 殿

終末期医療における考え方と行動指針

について、以下答申します。

坂総合病院倫理委員会
委員長 小熊 信

	ページ
はじめに	1
第 I 章、終末期医療の現状と課題	3
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) 終末期医療に関する概念の変遷と課題	
(2) 「死」の概念と終末期医療	4
(3) 未確立な終末期医療概念	5
(4) 自己決定権と終末期医療	
(5) 高齢者における終末期医療	7
① 困難な終末期の判断	
② 高齢者における非経口的栄養補給と終末期医療	
③ 高齢者における困難な意思確認	8
④ 医療経済から見た高齢者の終末期医療	
2、坂病院における現状と課題	9
(1) 現状	10
(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課題	10
第 II 章、終末期医療に関わる諸概念	11
1. 終末期状態、	11
2. 終末期医療、	
3. 延命医療、	
4. 緩和医療、	12
5. 尊厳ある死、尊厳死、	13
6. 安楽死、	
7. 自然死	14
8. リビングウィル、	
9. DNR、	15
10. セデーション、	
11. 脳死、	
12. 心臓死、	
<参考資料>	16
——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、	
<参考文献>	17
第 III 章、終末期医療における基本的考え方	19
1. 終末期医療の対象と定義	19
2. 終末期医療のあり方	

(1) 「緩和医療の概念」を主軸においた医療の提起	
(2) 終末期医療を実践する上での留意点	20
• 医療チームとして関わっていくことの必要性	
• 患者と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	
• 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	21
(1) 終末期医療に関する患者の自己決定権の尊重	
(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) 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	23
——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	23
(1) 意思表示が可能な場合の対応のあり方	24
(2) 意思表示が困難な場合の対応のあり方	
(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	25
第IV章、終末期医療実施にあたっての行動指針	26
1. 終末期のがん疾患などの場合	26
2. 認知機能障害の進んだ高齢要介護患者の場合	
3. 突然の交通事故、脳卒中など救急の現場での対応	27
(ア) 蘇生により心拍が再開したが死が避けられない状態で回復が望めない時	
(イ) 蘇生に反応無く、死亡宣告するとき	
おわりに	29

<行動指針の付属文書>

蘇生術を行わない（DNR）指示に関する指針

I、DNR指示を考慮する場合

II、DNRの決定

III、DNR指示の決定における手順および留意点

手続きフローチャート

DNR指示決定にあたってのチェックシート

手続き様式1、2、3、

終末期医療における考え方と行動指針

はじめに

本委員会は、2004年度の主要な課題として「終末期医療における倫理上の課題」というテーマを取り上げ、2年半にわたる議論を重ねてきた。このテーマは、2002年に本委員会を立ち上げる時に実施した当院職員へのアンケート調査で、本委員会で最も優先的に検討してほしいテーマとしてあげられた課題である。その後、このテーマを中心に実施された看護師等の座談会では、当院の診療現場での終末期医療に関する課題や疑問がさまざまな角度から指摘された。この座談会の中で浮かび上がってきた問題点は、「救命」を第一義としてきた我々医療者が、診療現場で「終末期患者」をどのように位置付け、どのように対応し、どのような目標に向かって看護をし、そしてこのような理念的、実践的課題を医師や看護師をはじめ、終末期患者に関わる職員間でどのように共有されるべきなのか、という課題に集約されていた。また「医師毎に終末期患者への対応が異なっている」という指摘に象徴されるように、最も中心的立場に立たなければならない医師でさえも、これらの課題に対する「迷い」や「戸惑い」を抱えながら診療している姿が垣間見え、このような古くて新しい課題が依然として診療現場に存在していることがうかがえた。

一方、社会的にも終末期医療に関わる話題として、「安楽死の是非」、「尊厳死の法制化の是非」、「高齢者医療における限定医療の是非」などのテーマが、多種多様な側面から取り上げられており、この問題に関する関心の高さと課題の深淵さが感じられる。そこで今回本委員会は、「終末期医療のあり方」の課題に関して当院内外での問題意識の高まりに鑑み、この問題がかかえる現状での課題とこれに関わるさまざまな概念の整理を行なった上で、「終末期医療のあり方」に関する当院としての倫理上の考え方と具体的な行動指針の作成を試みた。

当初、終末期医療の論議の対象をどの範囲までに広げるかの検討がなされたが、近年の診療現場における高齢者の著しい増加、救急医療に積極的に取り組んできた当院の歴史的背景を考慮して、「悪性疾患の終末期患者」という狭義の対象にとどめず、「高齢者医療」や「救急医療」の領域にもまたがった広義の概念として捉えた議論を行なうこととした。

2年半の検討の中で、本課題に関する種々の概念とその周辺領域の課題の整理に多くの時間が費やされた一方で、「生」の探求を第一義としてきたこれまでの診療現場で、「終末期医療」をどのように位置付け、その目標をどのように規定したらよいか、というテーマに議論が集中した。その結果当委員会における議論の終着点として、「終末期とは、生から死へと向かう時間的尺度によって定義される概念であるが、そこで行なわれる医療理念は、死の直前まで人間の尊厳性を追及、保持していくことを目標として患者や家族を支援していくことである」という考え方に到達した。そしてその理念を実践化していく上での具体的な手法として「緩和医療の概念」を基軸においた取り組みを提案していくこととした。したがって今回提起した「終末期医療」とは、我々が診療現場で頻用してきた「看取り」や「看取り患者」という用語に象徴されるような消極的な医療を意味するものではなく、「人間の尊厳性の重視」という本来医療が内包している本質的な理念を個々の患者において“完成させる”という、より積極的な解釈のもとに提起されていることに留意しなければならない。

このような概念に到達する論議の過程で、「終末期においても希望のない、絶望感しか感じられないような境遇に患者を追いやらないように留意してほしい」という要望が、議論の節目ごとに特に外部委員から表明され、このような観点で「終末」という文字どおり絶望感を与える

ような用語の使用自体にも疑問が提起された。

このように「終末期医療」に関して本委員会が今回提起した概念は、我々の「終末期医療」に対するこれまでの考え方や行動指針に一定の見直しを求めるものであるが、この答申を糧に当院の「終末期医療」に関する議論が熟成されていくことを期待するものである。

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) 終末期医療に関する概念の変遷と課題

—海外における変遷—

医学、医療が進歩し、生命維持装置の導入や様々な薬剤を駆使した医療技術によって、従来は不可能であった治療が可能になってきた一方で、回復の見込みがなく、死期が迫っている患者に対しても延命医療が施されるようになった。近代の医学は患者が活着している限り最後まで治療を施すという考え方から従ってきたが、単に延命を図る目的だけの医療が、果たして患者の利益になっているのか、むしろ患者を苦しめ、人間としての尊厳を害する結果になっているのではないか、ということが新たな疑問として指摘されるようになってきた。すなわち医学の進歩がもたらした、これまでの「死」の概念や終末期医療の考え方に大きな変化をもたらした、社会的問題として顕在化させるきっかけとなった。

特に米国や英国においては、過度の生命維持医療は行うべきでないとの考え方から患者が平穩のうちに死を迎えることを容認する新しい倫理観が展開されることとなった。例えば、尊厳死（人間性の尊厳を維持して死ぬ権利）の考え方は、こうした生命維持医療の進歩に伴って生じてきた過剰な延命医療の不開始・中止を認めるものとして、1970年代のアメリカの判例（カレン事件）に示され、これはその後世界で初めてカリフォルニアの州法として法制化された（自然死法 Natural Death Act, 1976）。一方、生命維持医療などによる生物学的救命をあくまでも探求していく考え方に対して、「疾病の根治より痛みや他の身体症状の緩和、または精神的、社会的、霊的側面のケアを尊重する」という概念が、いわゆるホスピスケアという形で1967年に英国にて誕生した。その後これは患者の権利を尊重し活動するホスピス運動として、全世界へと波及していった。これを受けて1989年にWHOは、緩和医療を後述のように定義し、緩和医療の概念を近代医学における医療理念の1つとしての位置づけを明確にした。すなわち「緩和医療とは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的な医療であり、医学的な治癒を目指すのではなく、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題への対応を優先する。最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好なQOL^{*1}を実現すること、末期だけでなくもっと早い病期の患者に対しても、がん病変の治療と同時に適用すべき医療である」と定義されている。

—国内における変遷—

わが国においても、日本尊厳死協会（1975年日本安楽死協会が発足、1983年に改称）が、尊厳死を推進するための活発な運動を展開し、1981年には日本で初めて聖隷ホスピスが、次いで淀川キリスト教病院ホスピスが設立され、緩和医療が行われるようになった。こうした実践的な活動は、終末期医療のあり方に関して治癒が期待できない医療は、「敗北の医療」といった今までの認識に転換を迫る動きとなった。これはさらに1989年に提言された厚生省の「がん末期医療に関するケアのマニュアル」や1992年の日本医師会生命倫理懇談会による「末期医療に臨む医師の在り方についての見解」など、各方面からの見解表明や提言に反映される結果となった。さらに1996年に延命治療の中止を骨子とした、日本学術会議（死と医療特別委員会）より提言された見解や1990年から開始された「緩和ケア病棟」の認可、

「臓器移植法」の制定などが我が国の終末期医療に関する議論に新たな論点をもたらすこととなった。このような国内における社会的背景の変化は、我々医療人としても従来からの“生物学的生の追求”のみを医療活動の最終目標としているだけでは、「患者の死への対応」、「終末期医療のあり方」に象徴される新たな課題には、十分答えられないことを示している。

——川崎協同病院事件からの教訓——

終末期医療を考え行く上で先般発生した「川崎協同病院の事件」は、同じ医療理念を共有する当院として看過できない事件であり、本件から学ぶべきことがあるとすれば当院としてもこれを謙虚に受け止め、「終末期医療のあり方」を考えていく上での教訓を明らかにしていかなければならない。本件は、「気管支喘息の重積発作で意識不明となり、挿管下での人工呼吸療法中の患者に対し回復の見込みがないと判断した主治医が、気管チューブを抜去したうえ筋弛緩剤を投与して死亡させた」というものである。

内部調査委員会報告によると、主治医が患者の状態を家族に説明する際、「脳死状態」という表現を使用していたが、その後の医学的検討でそれは誤りであることが実証されている。このことは、事件発生の個人要因、医師をはじめとした看護師等のスタッフの「脳死」と「植物状態」の違いなど「死」の概念についての正しい理解、延命治療中止をめぐる倫理的、法的な理解の不十分さとして指摘されている。また、組織要因、つまり病院組織としてなぜ事件を防ぎ得なかったのかについては、業務の多忙さ、集団的な検討体制の欠落、病院としての危機管理や医療倫理についての認識が不十分で、教育やシステムの運用が有効になされていなかったことなどが背景にあると分析されている。一方、外部評価委員会は、調査報告書をもとにその内容の検討評価を行っている。その中で「単に一医師が引き起こしたものと断定し難く、むしろ病院全体の組織構造や組織運営体制にあるのではないかと考察され、その検証のため総合的評価を行った」「結果として、病院組織の理念と医療現場で展開される医療とのギャップ、未だパターナリズム^{※2}の世界にある医師・患者関係や医師・看護師とのチーム医療の未熟さなどの問題点を指摘することになった」とし、最後に「今回の川崎協同病院の事例は、同病院に特異的なものではなく、この事例を起こすに至った要因の多くは、わが国の病院に潜在的に存在しているものとして認識される必要がある」と述べている。これは当院としても重要な教訓として受け止めるべき内容である。

(2) 「死」の概念と終末期医療

近年、「死」の定義が2つ存在するという新しい状況が生まれ、終末期医療のあり方に大きな変貌をもたらしている。また、「死」のとらえ方が、民族や宗教の違いはもちろん前述した歴史的経過や社会的状況の変化により、さらに複雑で個別的なものとなってきており、その多様化した死生観への対応が終末期医療における重要な課題となっている。

「人の死」を厳密に定義することは必ずしも容易ではないといわれている。医学、哲学、宗教、倫理学、社会学、文化人類学等の様々な立場からの考え方があり、また、個人の価値観、死生観の相違からも異なってくる。例えば、日本人の多くは「死」を「終結点」ととらえているが、欧米などにおける宗教的な死生観では、「死」を必ずしも「終結点」とはとらえておらず、「生物としての人の死」は基本的に理解しても、「復活」という言葉に象徴されるような「生から死後の世界へ」の継続性が維持されている概念として捉えられる傾向にある。このように「死の概念」は、国や民族、宗教の違いのみならず、個々の人間においても多様性が存在することを認識しなければならない。

—— 2つの死 ——

「生物としての人の死」は、瞬間の出来事ではなく、一定の時間をたどって進行する現象として捉えることができる。心臓が止まった瞬間に体のすべての細胞が死ぬわけではないからである。私たちは通常、体のすべての細胞が死ぬのを待たずに“死”を判断している。これまで、死の三徴候（「心臓停止」「自発呼吸停止」「目の反射運動の消失」）をもって人の死と臨床的に判定してきた。これは心臓の拍動が不可逆的に停止することを重視するため「心臓死」と呼ばれる。しかし、近年、臓器移植を推進する立場から心臓死に至る前の段階における、科学的合理性を持った「新しい死=脳死」が社会的に受容されつつある。これにより前述した人間の内面的感性に基づく「死の概念」の多様性のみならず、科学的、生物学的観点からも「2つの死」が存在することとなるが、一方で「脳死」を人の死と認めない考え方も根強くあり、「死の概念」への理解をより複雑なものとしている。

一方、現代社会における高齢化の進行は、生物学的死を個々の人間にとってより身近なものとし、これから派生する現代人の心の変化が終末期医療に関わる問題を社会的に顕在化させる要因の1つになっているのではないかと考えられる。すなわち個々の人間が「死の接近」を自覚するようになった時に、「自分の死はどうあるべきなのか」、「そのときに周囲にどうしてほしいのか」を個々人が考えるようになってきており、このような背景が終末期医療における「自己決定権の尊重」という社会的規約につながってきているのではないと思われる。しかし、このようにさまざまな側面において「死の概念」が多様化しつつある中で、医療者側は、「死は医療の敗北」といった「死」を対時的に位置付けるような一面的な観点のみでは「現代の個別的な死生観」に十分応えられなくなってきていることに留意しなければならない。

(3) 未確立な終末期医療の概念

終末期医療の定義は、未だ確立されておらず、特に傷病名、疾病、傷害の状態および死に至るまでの期間などについては不明確である。つまり、終末期医療の考え方を整理していく上での問題点は、終末期医療それ自体の構成要素、例えば対象者や期間をどうするか、どの時期から始まるのか、どのような医療を指すのか、などというような概念の整理ができておらず、未だ統一されていない状況にある。このことは、日常診療において、医療者間や医師・患者間で終末期医療の理解が共有化されていないため、様々な場面で認識のずれが生じてしまうなど、診療現場での対応を困難にしている大きな要因の1つと考えられる。これは、当院でも同様な問題を抱えており、「終末期医療の概念」が未だ未確立であることが今日の「終末期医療」を考えていくことうえで解決を困難にしているもう一つの要因と考えられる。

(4) 自己決定権と終末期医療

すでにわが国の医療では「自己決定権の尊重」が普遍化した概念として受容されているが、現代の「死に対する概念」が個別的で多様化しつつあり、また「終末期医療」に対する概念や考え方が未だ流動的であるという背景下では、終末期医療においてもより一層患者の「自己決定権」が尊重されなければならないと考えられる。その際、「終末期医療」のもつ特性を考慮すると患者、家族への対応やその進め方について一定の規範の作成が必要である。

——終末期の告知、説明——

終末期医療が始まる時点（治癒的医療から緩和医療中心となる段階）での告知、説明と同意、を行なった上で治療目標を共有していく必要があるという観点で、現状はどのようになっているであろうか。実際には、終末期であるということを医師と家族は理解しているが、

患者本人が現状を共有しないまま、医療が進められるというケースも少なからずあると思われる。しかし終末期における診療の目標設定、すなわち緩和医療か根治優先の治療かという目標を患者本人との間で共有していくことがケアの質をあげていくために必要であり、この点では終末期の告知は必須の要件と思われる。こういった状況を考えると終末期医療においてもその特性に十分配慮しながら可及的に正確な情報を本人に伝え、その上で本人の治療方針に対する意思確認を得ていく必要があると考えられる。その際、理解力が低下していることが多い高齢者であることに留意してより一層わかり安い説明に配慮していくことは言うまでもない。

——事前指示書の役割と取り扱いについて——

終末期医療の最後の局面においては、延命治療の可否、その範囲、方法などについて議論になるが、これらの課題は前述したように「自己決定権の尊重」に関わる課題である。その際重要なことは、患者がどのような「死」を選ぶかではなく「死に至る過程」についての自己決定がどのような形で、どのように表現され、それがどのように周囲に認識され、理解されていくかということが問題となる。表現の形態1つとっても、事前指示書の1つである「リビング・ウィル」もあれば、日本尊厳死協会が事前の作成を推奨している「尊厳死の宣言書」も存在する。

しかし一連の事前の意思の表明については、下記の様な指摘もある。すなわち、「リビング・ウィル」での患者の意思表示は、作成する際、その病状も療法もまったく未来的、仮定的、想像的なもので、インフォームド・コンセントとは前提を異にするものである。だからこそ、この意思が尊重されるためには、インフォームド・コンセントと異なる論理化が必要である。つまりこれらの事前指示は、主治医－患者間の対話性、同時性に欠ける意思表示であることを認識するとともに、それはそれで自己の身分の処分として有効なものか、それとも現に植物状態になってからの現場の工夫と配慮とにより補強されることによるのかなど、なお熟考を必要とする。中止を検討する時点で明確な意思表示が存在しないときには患者の推定意思によることは是認されるから、リビング・ウィルは有力な証拠となりうる。しかし、家族の意思表示で補う場合には家族および医師側双方の立場につき厳格な要件が課せられている」との指摘であり、本人の事前意思表示であってもその取り扱いには一定の要件があり、その取り扱いにも十分な配慮を必要とする。

——事前の意思表示と延命治療に関わる対応——

2004年7月に報告された終末期医療に関する意識調査（終末期医療に関する調査等検討会）では、リビング・ウィルについて、賛成が国民59%、医師75%、看護職75%、介護職76%であり、おおむね事前指示については、社会的には受け入れられつつあるのが現状のようである。一方、自分が痛みをともなう末期状態になった場合に、単なる延命治療は「やめたほうがよい」「やめるべきである」と回答したもの、一般74%、医師82%、看護職87%、介護職83%と、単なる延命治療をやめることには国民は肯定的である。しかし、この場合、「人工呼吸器等生命維持のために用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療は続けるべき」とする割合が最も多く、単に延命治療の中止といってもその定義と範囲については、個々の患者において一定の幅があり、一律に論じることの困難さを示している。こういった状況から、リビング・ウィルなどの生前意思表示（延命治療の中止）は、基本的には社会的に認知される範囲のもとで一定の要件を満たしていれば、自己決定権の尊重という観点で尊重されるべきであることに異論はないと思われる。しかし、「延命治療の一律的な中止」は、その方法や範囲によっては「措置した直後の死亡」とか「自殺幫助的な医療行為」と受けとめられることにもなりかねず、事前意思の趣旨は基本的に尊重されるとの前提のもとにその

具体的な態様、方法については、その時代の社会的規範や社会的通念に照らして慎重に判断していかなければならない。

(5) 高齢者における終末期医療

高齢化社会を迎えた現在、がん患者と同様に高齢者の終末期医療に対する対応が重要な課題となっている。2000年4月に介護保険制度がスタートし約7年を経過した今、要介護認定患者は全国で約441万人、宮城県でも77,252人(2006年8月調査)と確実に増えている。サービス内容では、施設から居宅へという傾向が顕著となっており、終末期の療養場所が一般病棟から緩和ケア病棟、さらには在宅療養と選択肢が拡大されてきている。こういった状況からも、高齢者自身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現状にあること、そして、がん患者とは違った特性をもつ高齢者に対する医療側の対応が重要な課題となっている。

ここでは、高齢者医療の特性を考慮して、以下の4つの観点から高齢者における終末期医療のあり方と問題点について言及する。

① 困難な終末期の判断

「広い意味で高齢者の終末期は、長い人生を振り返るライフステージの最終章であるが、いつから、あるいは何歳からが人生の終末期かとなると、それは人それぞれで異なり、明確な区切りを設定することは困難である。しかし終末期の医療という視点でこのことを考えてみると、高齢者が病気になり、その回復が疾病の絶対的重症度のみならず疾病と患者の体力(寿命)との相対的重症度によって困難と判断されたときに、それを終末期と認識されることになると考えられる。前者の場合には、他の悪性疾患と同様に「終末期」の判断を行っていくこととなるが、後者の場合は相対的重症度の尺度によって判断を求められることになるため、その判断は個々の高齢者によって異なり、一律に規定できない困難さが存在する。このような患者の場合には、本人や家族はもちろんのこと、医療関係者でさえも「終末期」の時期を確定することにとまどいを感じることも少なくない。それゆえに、終末期医療についての説明と同意を本人、家族から得る時期の判断は特に難しいともいわれている。」(奈良東病院「高齢者の終末期医療を考える会」報告書より)

② 高齢者における非経口的栄養補給と終末期医療

高齢者が病気になった場合、まず食事の摂取が減少しこれに伴って体力も急速に減退していくことが多い。また、高齢者に多く見られる脳血管障害や神経系疾患、そしてこれらの後遺症的状態下では、嚥下機能がおかされ、経口摂取が困難になることが多い。これらの現象は高齢者医療に特徴的な病態であるが、有効な非経口的栄養補給がなかった時代では、死が避けられず、「最期の状態」と認識されていた。これに関連するものとして、一時的に食べられなくなったり、弱ったりした場合、高齢であることや元の病気を理由に適切な治療(透析や酸素療法など)あるいは栄養の補給など何もしないでそれをその人の末期とみなす、いわゆる「みなし末期」と呼ばれているものがある。そしてこのような認識は、現在でも欧米の一部では踏襲されていて、非経口的栄養補給がなされないことも多々あるようである。このように高齢者医療における「終末期状態」を「経口摂取が出来なくなった状態」をもって定義付けする考えかたもある。しかし、現在わが国では病院や在宅でも経管栄養や中心静脈栄養が行われるようになり、経口摂取が不能になった高齢者でも長期に生存している例も珍しくない。また、「虚弱・要介護のレベルにある高齢者は、急性疾患などによって容易に摂食困難に陥るが、多くは治療によって疾患が軽快すれば、経口摂取が

再び可能となる。しかし、もし治療しなければ死に至ることも少なくなく、このような摂食困難に対して、それを不可逆的なものとみなして医療を実施しないとすれば、それは延命治療の放棄ではなく、治癒の可能性をも放棄してしまうことであり、危険な考え方である」との指摘もある。このようにわが国の現状では、高齢者において「経口摂取が不能な状態」のみをもって高齢者医療における「終末期状態」と定義づけしていくことには、合理性が認められないと思われる。

③ 高齢者における困難な意思確認

高齢者との対応において『患者の意思』確認が困難になることは少なくないが、これには、老人性痴呆、脳血管障害による失語症や意識レベルの低下、後遺症状態等で多く見られる。また虚弱、要介護の高齢者では肺炎などの急性疾患により急速に死に至ることも多く、このため高齢者の終末期はその多くが数時間から数日であって『患者の意思』が明らかにされる機会が得られないことが多々あると思われる。このようにコミュニケーションを介した意思確認の困難さや高齢者における終末期の時間の短さなどから、高齢者の終末期の自己決定をめぐる問題は『自己の意思表示を表現する能力、機会がない場合の対応をどうするか』という課題に移っていくことと考えられる。

しかし、本人が意思の疎通ができない状態や判断能力が低下している場合には、本人の意思確認はできないことが多く、リビング・ウィルなど事前指示書が未だ法的効力が確立されていない我が国では、家族と相談し治療やケアの方針が決定されているのが実情である。これに対して「本人の意志の正確な反映という点では、家族といえども第三者であり、本人の意思確認を可及的に何らかの方法で探求すべきである」という指摘もある。

日本福祉大学在宅ターミナルケア研究会の調査（社会旬報 2002.3.21）では、「病名を知っていたのは家族が 94.7%に対し本人では 39.9%である。また、意思表示していた人が文書でわずか 0.5%、口頭で 24.4%、一番多いのは不明 31.3%で、障害のために意思表示不能が 17.0%も存在する。」とし、結果として「ターミナルケアでは、療養場所も含めケアの方針を選択する自己決定を尊重しようにも、前提となる病名告知率も意思表示率も低い現状にあることが確認された」と報告している。我々もこうした現状を認識し、少なくとも判断力がある患者に対しては、正確な情報を提供した上で本人からの意思確認を求めていく努力が必要である。

④ 医療経済からみた高齢者の終末期医療

高齢者の終末期医療に関して医療経済の観点からは、2つの異なる見解が存在している。一つは高齢者医療費が今後さらに国の財政を圧迫するということから、過度な医療に歯止めをかけ、在宅や介護を充実すべきという主張と、もう一つは、高齢であろうとなかろうと年齢に関係なく同じように治療対応すべきであり、必要な医療は受ける権利があるという主張である。

——過度な医療に歯止めをかけるべきという主張——

今日、老人医療費の高騰が、医療保険制度の危機の主因として理解されており、さらにその終末期医療についても、「今後は高齢者、特に後期高齢者（75歳以上）の死亡数が急増することから、終末期医療費の規模は今後急速な拡大が見込まれ、遠からぬ将来において医療保険財政を圧迫する恐れがある」との意見が存在する（社会福祉・医療事業団による「福祉ターミナルケア」に関する調査研究報告書より）。このような分析は、「長期的には、超高齢期（80歳以上）における過度な医療にどう歯止めをかけ、介護に移行させるか

が議論されるべきである。要介護状態になった際、延命より質の高い生活を重視するという理念は、医療界から反論があるものの、一般論としては、そういった方向を目指す必要がある」（西村周三、日経新聞 2000.10.24）という政策的な見解につながっている。また、高齢者医療制度に関する日本医師会や健康保険組合連合会・経済団体連合会/日本経営者団体連盟などの団体は、いずれも診療報酬の包括化を指示しており、さらに、日本医師会（案）も「終末期医療は「看取り」の医療に対する国民的合意形成を推進する」と表明している。これらの意見は、高齢者に対する医療の提供は経済的観点から一定制限を加えなければならない、という基本的な考え方に立脚しており、今後の動向に留意していく必要がある。

——高齢者の生存権を尊重すべきで財政圧迫は根拠がないという主張——

一方、後期高齢者の終末期医療費は、医療保険財政を圧迫する恐れがある、との問題意識に基づいた動きに対し、警鐘を鳴らす報告が存在する。日本病院会医療経済税制委員会報告書では、「実際は終末期医療費が一般の医療費と比較してさほど高額ではなく、また死亡年齢が高くなるにつれむしろ減少していくことが、国立人口問題研究所のレセプト分析から実証されている」と報告されている。また某病院における生存退院者と死亡退院者の分析からも一件一日あたりの入院費は、いずれの年齢層でも死亡患者の方が低く、また後期高齢者の入院費は前期高齢者より低いことが明らかにされている。このような分析からは、「高齢者は病気に罹患しやすく、回復にも時間を要し、若い人と比較して医療費がかかるのはむしろ当然のことであり、このような自然の摂理を理由に“老人の終末期に対する医療の制限”を提唱することは、前述した経済的分析の不確実性からも老人の生存権を無視した差別発言である」という考えを支持することになる。

このように高齢者における終末期医療のあり方について、主として医療経済の観点からの見解として、社会現象として存在する高齢者の人口比率の高さという点から過度な医療を抑制していくべきである、という考え方がある一方で、高齢者一人一人の終末期医療費を見た場合必ずしも高額ではなく、高齢者の人格権、生存権を尊重すべきだ、とする相反した2つの見解が存在する。そしてこのような社会経済的な観点と「みなし末期」という言葉に象徴されるような「高齢者の終末期に関する多様な概念の存在」が複雑に絡み合っ、高齢者の終末期医療への対応をより困難にしていると考えられる。

以上、高齢者の終末期医療における特性と配慮すべき観点を4点に整理した。医療経済及び政策面から高齢者への医療を制限していく、という基本的な考え方に基づいて高齢者の医療費が包括化、制限されていく現状に対し、我々がどう考え、どのような医療を展開するかが問われており、「高齢者の特性に見合った医療の展開」という視点からもこの課題に対する我々の基本的な考え方や行動指針を確立することが早急の課題となっている。

2. 坂病院における現状と課題

全職員に対するアンケート調査（2003年3月）では、倫理委員会としてとりあげてほしいテーマとして「終末期医療」に関わるものが約8割を占める結果となった。つまり、倫理的問題として職員の最大の関心は、終末期の医療にあり、このテーマは社会的状況から必要とされているだけでなく、坂病院の現場においても切実な課題となっていることが示唆される。以上の認識から倫理委員会は、「終末期医療をめぐる諸問題」についての検討を開始するにあたり、より現場の具体的な声を反映させるため看護部座談会（2003年9月）を開催した。以下に左記の座談会で出された様々な意見を整理して記載した。

(1) 現状：

全職員アンケートおよび看護部座談会では、「告知を実施するか判断、告知のしかたは医師によって差がありすぎる」、「終末期であることや余命については、本人でなく家族に告知しているケースが殆ど」、「たまたま担当した医師の考えや力量によって治療方針が変わってしまうのはおかしい」、「中にはここまで延命しなくてもと思うときがある」、「高齢者の治療方針を本人抜きで家族が決定していることが多い」、「こういう事例は医師だけでなく他職種を交えたカンファレンスで検討したい」、「医師、看護師への教育は疾患中心で、“心のケア”に関する教育経験が少ない」「現状では医療の提供側である自分達が、終末期医療に対してトレーニング不足のためとても不安である」などの意見や疑問が出された。また在宅医療の現場からは、「在宅で終末期を迎える患者は増えているが、病状が知らされていない場合が多く、対応に戸惑う」、「高齢ということもあり、コミュニケーション困難な場合が多く、家族と相談している」、「DNRの方針であってもいざとなると救急車で病院に搬入され、余命 3、4 日が数ヶ月となるケースもある」というようなことが指摘された。

これらの意見に共通していることは、がんの告知から終末期に至るまでの対応において、現場での行動形態が個々の医師の考え方や性格、感性などに大きく影響されているのではないかと指摘である。したがって、患者との人間関係をいかに保持し発展的に高め、患者との信頼関係を築いていくかということも、医師個人の資質に依存するかたちとなっている。その背景には、二つの問題があると考えられる。一つは、医師・患者関係におけるパターンリズム、二つ目は、医師の裁量権が必要な場面で発揮されることは当然であるが、個々の患者における医療方針の決定や医療を実施する過程での、医師と看護師、患者や家族も含めた合意形成していく上での配慮の不充分さ、コミュニケーション不足があると思われる。他方、「心のケア」に関して医師や看護師等への系統的な教育、研修が十分になされていないため、個々の対応が個人の経験や考えに委ねられる傾向にある。その結果、医師や看護師それぞれが対応に苦慮し、時には当該患者への対応が消極的になっている可能性が示唆される。

これまで当院では、終末期医療の位置づけや概念を職員間でどのように共有し、それを1人1人の医師や看護師の資質に照らしてどのように具体的に行動していくべきか、というような議論や作業が系統的に行ってこなかったため、これらの課題に関して種々の問題が潜在化していると考えられる。

(2) 課題：基本的な考え方も含め認識を一致させる必要がある課題

1. 医療従事者と患者の関係のあり方
2. 告知（終末期）のあり方について
癌の場合、病名を知らせる段階においてもその判断や知らせ方が統一されていない、という当院の現状をふまえ、最低限どのような項目を告知すべきであるか、を明らかにする必要がある。
3. 延命医療について
 - ・ 延命医療をどこまで行うべきか
 - ・ DNR の定義とその決定のあり方について
 - ・ リビングウィルへの対応
4. 終末期における医療の提供のあり方について
 - ・ 緩和医療の概念の整理
 - ・ 家族への援助
5. 医療従事者の教育、研修

第Ⅱ章、 終末期医療に関わる諸概念

終末期医療について議論を行っていく際に、課題自身の難解さもさることながら、その周囲に様々な概念や用語が包含されていることも議論を困難にしている。例えば、「尊厳死」と「安楽死」の違いについて、「尊厳死は消極的安楽死であり、安楽死は積極的安楽死である」と理解されることが多いが、「尊厳死」と「安楽死」とを混同することによって実際の診療現場で取り返しのつかない悲劇的な結果を招くこともある。このため本課題についての議論を今後当院で進めていくためには、終末期医療に関わる種々の概念や用語についてその定義や考え方を整理し、理解していくことが必須の要件と考え、以下に記述した。

1. 終末期状態

当委員会で議論した「終末期の医療」という概念は、疾患を限定したもの(がん疾患、ALS(筋萎縮性軸索硬化症)など)ではなく、その範囲を広く解釈して議論を行った。このため「終末期状態」の定義を「日本老年医学会の終末期の定義」から引用した。

終末期状態とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来死が不可避となった状態」である。(日本老年医学会の定義) 期間は数週間から数ヶ月(6ヶ月)とされることが多いが、終末期の定義に具体的期間の規定は難しいといわれている。

2. 終末期医療

一般には、「終末期状態の患者を対象とする医療」と定義されるが、当倫理委員会の議論の中で、「終末期医療とは、治癒的医療から緩和医療に移行する時点から始まる医療」との見解が示された経過をふまえて、その概念を補完する意味で「清水哲郎氏の見解」を以下に引用する。

「終末期医療とは、『病気に対する治癒的ないし積極的な医療 (curative therapy) 中心から、緩和医療(palliative therapy)中心の医療へ漸次その移行が為される段階以降の医療』を指している。ただし、その移行は必ずしも延命治療を止めるということの意味しない。強力な治癒的治療の続行よりも、緩和医療を選択するほうが、少なくとも患者の残りの人生にとってよりよいと判断しているが、さらに延命を図っていくという判断を含む場合もある。また、病気に対抗する治療はもうしないということに必ずしも帰結せず、個々のケースによってはそれが行われる場合もある。いずれにせよ、残りの人生をよりよいものとするための環境を保つことを目指して個々の選択がなされ、個々の患者に応じたケアがなされる。その延長線上で、まさにターミナル段階に入った際には、何らかの生命維持処置をするかしないか(やめるかやめないか) または蘇生を施すかどうかといったことが見極められる。こうして死の一手手前まで患者と向き合い、患者とともにあるケアの実践が目指される。」

3. 延命医療

当院では、「患者が死に直面し、回復が望めない臨死状態にあるにもかかわらず、単に死期を延ばす目的の医療」を「延命医療」として定義付けることを提案する。

「延命」という言葉には、英語で2つの表現があり違う意味で使われるが、日本語では表現が同じであるため、誤解が生じやすい。1つは、“life - sustaining”であり、これは生命をкаろうじて維持しているということの意味し、もう1つは“life -

prolonging”で人間として生きている時間、生存期間を延ばすというニュアンスが強い。これを医療にあてはめると、前者は「患者が死に直面し、回復が望めない臨死状態にあるにもかかわらず、単に死期を延ばす目的の医療“life – sustaining therapy”」となり、後者は「患者の苦痛を緩和して、人間の尊厳を維持しながら生存期間を延ばすことを目的とした医療“life – prolonging therapy”」となる。

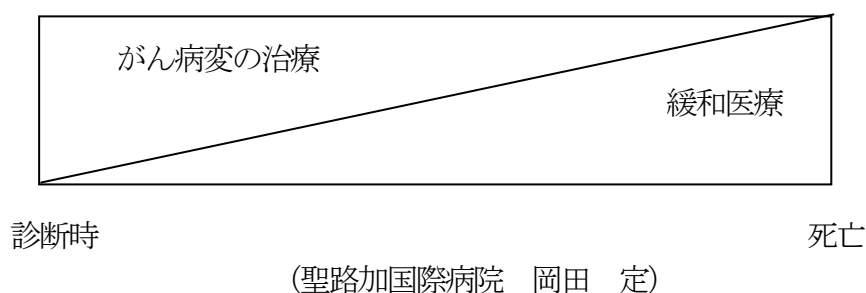
4. 緩和医療

- ・ WHO の定義：

「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的な医療であり、痛みや他の症状のコントロール、精神的、社会的、霊的な問題を優先する。最終目標は、患者と家族にとってできる限り良好な QOL を実現することであり、末期だけでなくもっと早い病期の患者に対しても、がん病変の治療と同時に適用すべき医療」

(参考) 下の図に示すように、緩和医療は終末期の患者のみならず、本来すべての患者に疾患初期から提供されるべき医療である。

<がん病変の治療と緩和医療>



※当倫理委員会では、WHOの定義に対して疑義が出された。それは「治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する・・・医療」といいながら一方で「末期だけでなくもっと早い病期の患者に対して・・・適用すべき医療」ということに矛盾があるという意見である。——当倫理委員会では、「歴史的に最初の段階では末期状態の医療という認識が、その後の世界的な経験の積み重ねや権利意識、認識の発展の中で付け加えられてできあがった定義」と理解することとした。——日本でも、緩和医療の対象は、癌だけでなくエイズ、難病神経疾患、さらには難治性慢性疾患をも含み、病名や病期にとらわれない新しい医療形態として認識されつつある。

- ・ 緩和医療の目ざすもの：

単なる時間的延命を図るのではなく、少しでも QOL の高い状態でその人らしい人生を全うできるように援助することである。

死を早めるものでもなく、延ばすものでもない。つまり、その原則は、苦痛等を除去するという仕方でも QOL を高める努力をすることにある。「生きるに値しない生ならば死を」ではなく「生きるに値しない生ならば、生きるに値するようにせよ」という考え方をとるのである。よって、少なくとも緩和医療の範囲では、「安楽死＝意図的な死」が選択される場面はありえないことになる。(清水哲郎著「医療現場に臨む哲学」より)

- ・ 緩和医療、緩和ケア、ホスピスケア、ターミナルケア

緩和医療と緩和ケアは同義語とする。ホスピスケアという用語もほぼ同じ意味を示すが、

歴史的経緯からより象徴的な用語として使われる。ターミナルケアもほぼ同義語であるが、より死期が近い時期の緩和医療の意味として使われる。

また、“Care”という言葉は、日本では“nursing care”（看護ケア）という意味で使われることが多く、「医療」の中の一部である狭い範囲を意味している。しかし、本来の使い方からすると、医療は“health care”とほぼ同義語と考えられており、その中に医学的ケア（medical care）、看護ケア（nursing care）、薬学的ケア（pharmaceutical care）、精神・社会的ケア（psycho-social care）が含まれている、という見解もある（聖路加病院 日野原）。

このように、様々な言葉が使用されている現状にあるが、**当院では「緩和医療」という言葉に統一することを提案する。**

5. 尊厳死、尊厳ある死

「尊厳死」を「尊厳ある死」と同義に使うことを提案する。

- ・〈尊厳ある死〉は、欧米の概念では「人間としての尊厳を保った死」である。定義からいって尊厳ある死は目指されるべきものであり、これは目標ないし理念をあらわす概念と理解できる。
- ・日本においては「尊厳死」というと、終末期にあたって緩和医療のみを受け、むだな延命治療を拒否して、死ぬに任せるという死に方を指すものとして使われる傾向がある。ここから新聞等では「尊厳死」を「消極的安楽死」と同一視する論調も見られる。しかしそれは「尊厳ある死」の実現したい理念を指す本来の用法と、それを実現するための特定の状況での方途・手段を指定する用法とを混同した理解であって、適切ではない。（清水哲郎著「医療現場に臨む哲学」より）

6. 安楽死

「死期が迫った患者に対して、肉体的精神的苦痛から解放するために、意図的に死なせる行為のこと」である。

〈尊厳ある死〉が実現されるべき理念を示すのに対し、〈安楽死〉はターミナル段階にある患者を——消極的であれ積極的であれ——意図的に「死なせる」行為、手段に注目した概念である。意図的に死をもたらし方法には、大きく二つに分けられる。

積極的安楽死：死期が迫った患者に対して、現代医学上不治の傷病者の激しい肉体的苦痛を除去するために、患者本人の嘱託または承諾を得て自然の死期に先立ち人為的に直ちにその生を終わらせること。

（死なせること killing）

消極的安楽死：死期の迫った患者に対して、苦痛を継続させるにすぎない延命治療を患者本人が拒否するならば、それ以上の延命措置をしないで、死ぬに任せること。（死ぬに任せること allowing to die）

* 法律の観点から：

安楽死は、病者の死期を早めるものであるから刑法上、嘱託殺人罪（刑法 § 202）ないし殺人罪（刑法 § 199）に該当するが、厳格な要件^{*4}の下で行われた場合は正当行為（刑法 § 35）と解するのが通説である。しかし、現実的には、緩和医療が発達した現在の状況を踏まえると、この厳格な要件の(1)「耐え難い肉体的苦痛がある」と(3)「肉体的苦痛を除去、緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がない」という状況は極めてまれと考えられる。よって、どんな形であれ死に直結するような医療行為、即ち積極的安楽死は認められない状況にあると考えられる。（日本医師会の医師の職業倫理指針でも「医師は（積極

的) 安楽死に加担すべきでない」明記されている。)

また、終末期において予後に悪影響を与えるような医療行為の法的妥当性については、その時の一般的医療水準を基礎にして容認されうる行為、社会の人々がそれは正当な行為であると認められれば、許容されることになると考えられる。例えば、苦痛緩和の目的でモルヒネを使用し、それを徐々に増量し、ある時それが死を招いたとしてもそれは違法行為とはならない。このようなケースは間接的安楽死という分類で表現されるが、安楽死に関する何種類かの呼称を理解したとしても、現実的には法的妥当性に直結する保障はなく、現実的にはあまり意味がない。それよりは、個々の医療行為がその時の医療水準に照らして、また救命と患者の精神的肉体的苦痛の緩和、一般的な生活レベルの確保からみてバランスが取れているかどうか、その時々法律体系や一般的な社会通念からみて正当化されるかどうかといった視点で判断していくことが必要である。

(川崎協同病院事件の外部調査委員会報告書より一部抜粋)

(※ モルヒネの使用について：現在の医学では、適量の使用ならばモルヒネの使用が死を早めることはない。あくまでも過剰な投与の場合に死亡するということであって誤解のないようにここに注記する。)

7. 自然死

医療の現場で「自然に死なせて欲しい」という言葉に遭遇することはよくあるが、この「自然死」という概念は、人為的な手法で行われる「安楽死」という概念に対して対時的に位置づけられる感がある。しかし「自然に」という言葉が意味するところの具体的な行為として、「まったく治療をしないのか」、「水分の補給はどうするのか」、「栄養補給はどうするのか」、「薬剤の投与はどこまでするのか」などの諸点において医療側、患者側の双方にて社会的な合意が形成されているとはいえず、個々の患者毎に相談しながら「自然な死に方」が行われているのが実情である。

このように「自然な死に方」と言う概念には、まだ未確定で多様な課題が内包されており、この点では知識人の中でも意見が分かれている。すなわち、「自分で摂取する力がないのに栄養や水分を強制的に補給されるというのは、自然な死に方ではなく、自然に衰え食物を取らなくなって枯れるように死ぬのが自然である」と言う見解(山崎、和田 1992 年)もあれば、他方、「栄養・水分補給は延命治療ではなく、最後まで続行されるべきケアであり、栄養確保を故意に中止する措置は人間の尊厳と自然死の本質に反する」と言う見解も存在する。(近藤、沢田 1996 年)。このように「自然な」という概念は未だ確立されていないが、厳格的な定義づけに際しては、「自然といわれることも自然には実現せず、人為的に演出せざるを得ない現代医学の宿命」が存在する限り、実際には決め手となる説明は困難であると言わざるを得ない。(清水哲郎著「医療現場に臨む哲学」より)

8. リビング・ウィル

これは、本人が判断能力のある時点で将来判断ができなくなった場合に備えて、自分が受ける医療に関する希望を予め表明しておく「事前指示書」(advance directive^{※5})の1つである。現在、アメリカの多くの州で法制化されているが、日本ではまだ法的な根拠が与えられていないため、「日本尊厳死協会」が「尊厳死の宣言」を作成して会員の意思を登録し、法制化されていない現状でも、尊厳死を希望する人達の意思が生かされるようにとの活動もみられる。このように我が国では、リビングウィルの扱いについて、どこまで尊重

されるべきか、どのような形のリビングウィルであれば認められるのかなど、いくつかの重要な問題が未解決のまま残っており、現実には慎重な対応が望まれる。

9. DNR

Do Not Resuscitation の略で、終末期状態の患者に心肺停止が起こったとき、心臓マッサージ、電氣的除細動、気管内挿管、人工呼吸器の装着などの蘇生処置を行わないことを意味し、事前の方針確認として使われる。

※ 最近欧米ではDNRよりもDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)という言葉を用いる傾向にある。DNRという言葉は蘇生する可能性が高いのに治療しない、というイメージが強いのに対して、DNARは蘇生の可能性はもともと低いため蘇生を試みることを控える、という意味で用いられている。

10. セデーション

セデーション＝鎮静・眠らせること。

終末期状態での技術的対処として、「セデーション＝沈静・眠らせる」ことが、肉体的苦しみから避難する次善の方途としてある。緩和医療の一環として適切に行われる限り、倫理的には問題ないと考えられている。

ただし、セデーションが安易に選択されてはならない。その理由は、セデーションは意識レベルを落とす行為であり、患者を「人間らしい生」から遠ざけてしまう可能性を包含していることに常に留意しておく必要がある。

※一方、日常診療においても積極的な治療を目的に行われる人工呼吸器装着時などに患者の安静を保つための医療行為として実施されこともある。

11. 脳死

① 全脳死：大脳や小脳、脳幹を含む全ての脳の機能が不可逆的に停止した状態をいう。

多くの国ではこれが脳死の定義として採用^{※6}されており、一般には人工呼吸器により酸素を供給し続けても、心臓の動きは数日から数週間で停止する状態である。

※これに対し、「植物状態^{※7}」は全く異なり、生命維持に必要な脳幹機能は完全に温存されている状態である。

②大脳死：大脳が「死に」、脳幹が「生きている」状態。

生命維持に必要な脳幹の機能が完全に温存されている状態。

③脳幹死：脳幹の機能（生命維持機能＝呼吸、血圧、循環、代謝）が停止した状態。

（脳幹＝間脳＋中脳＋橋＋延髄、狭義の脳幹＝中脳＋橋＋延髄）

12. 心臓死（死の三徴候と心臓死の判定）

「心臓停止」「自発呼吸停止」「目の反射運動の消失」の三徴候が揃った状態。

これは脳死と区別し「心臓死」と呼ばれる（心臓の拍動が不可逆的に停止することを重視するので「心臓死」とも呼ばれる）。これまでの「死」の一般的などらえ方であり、従来から存在する死の定義は、この三徴候による「心臓死」を意味する。

<以下、参考資料>

※ 1. QOL Quality of Life

生活の質、生の質という意味。

QOLの評価、特に医療におけるQOLを評価する対象として、以下の内容が挙げられている。

- ・身体環境：身体活動の可能性、身体的状態、精神的状態
- ・医療環境：医療者側との関係、コミュニケーション、医療の決定において患者は自由を得ているか、医療がなされる環境（病室など）
- ・状況認識：自己の病状をそれなりに適切に認識していることは、今後の生き方を選択することにより自律的にする意味で自由度を広げていることになる。認識すること自体がQOLを高める要素である。

QOLに入らない要素：ある死生観なり宗教的信念などについては、公共的評価はできない。（清水哲郎著「医療現場に臨む哲学」より）

※ 2. パターナリズム 医療父権主義 家父長主義

患者の最善の利益を決定する権利と責任は医師側にあり、医師は自己の専門的判断を行なうべきで、患者はすべて医師に委ねればよい、という考え方。温情主義とも訳される。古いパターナリズム医療は盲目的、一方的な信頼（従属）を前提としたが、現代の医療ではお互いに人間として尊敬し、信頼しあう関係が理想とされるようになった。

※ 3. 成年後見制度（2000年4月改定）

成年後見制度は、精神上の障害により判断能力が不十分なため、自由な意思決定が困難な成年者に対して、これを法的に保護し、援助する制度である。この制度自体は民法に由来しているために、自己決定の範囲、代理決定の範囲が限定されている。医療現場で起こる可能性のある手術、輸血、延命治療、気管切開や胃瘻の増設などの可否に関する行為を後見事務の対象とは想定されていない現状にあり、今後法的問題も含めた論議の展開が予想される。

※ 4. 安楽死が正当化される要件

日本における判例（東海大安楽死事件）—積極的安楽死が容認される要件—

- (1) 耐え難い肉体的苦痛がある
- (2) 死が避けられず、その死期が迫っている
- (3) 肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がない
- (4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示がある

補足事項：医師が行うという前提で、死をもたらす手段が本人に苦痛を与えたり、残酷な方法であってはならない。

※ 5. advance directive

事前指示書といわれ、自らの希望をあらかじめ書面で知らせておく方法で、リビング・ウィルもこの形式の1つである。2003年9月世界医師会総会にて「アドバンス・ディレクティブに関する宣言」など、生命倫理に関する決議が採択された。その中で、正式に作成された患者の「生前の意思」は十分尊重されるべきであると説明している。

※ 6. 日本における脳死の定義

「脳幹を含む脳全体の機能の不可逆的な停止」＝全脳死である。

(臓器移植法 第六条；「『脳死した者の身体』とは、脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定された身体をいう。)」

※ 7. 植物状態の定義 (日本脳神経外科学会)

(ア) 自力で移動ができない

(イ) 自力で食物が摂取できない

(ウ) 糞尿失禁状態がある

(エ) 目でものを追うが、認識できない

(オ) 簡単な命令には応ずることもあるが、それ以上の疎通ができない

(カ) 声は出すが、意味のある発語はできない

以上の6項目を満たし各種の治療が奏効せず、3ヶ月以上の長期にわたり継続し、ほぼ固定した状態をいう。

参考文献

- 1) 「末期医療に臨む医師のありかた」についての報告 日本医師会生命倫理委員会
- 2) 「医師に求められる社会的責任」についての報告 日本医師会生命倫理委員会
- 3) 「死と医療特別委員会」最終報告—安楽死について— 日本学術会議
- 4) 「ターミナルケアの現状と問題点をさぐる座談会」 日医誌より (2003. 3 月収録)
- 5) 「リビング・ウィル」光石忠敬 日医誌より (2003. 6 月 1 日)
- 6) 「都立病院における末期医療のあり方について」 東京都立病院倫理委員会
- 7) 医療現場に臨む哲学 清水哲郎著 勁草書房 ISBN4-326-15324-5
- 8) 医療現場に臨む哲学Ⅱ 清水哲郎著 勁草書房 ISBN4-326-15347-4
- 9) 安楽死と尊厳死 保坂正康著 講談社現代新書 No. 1141 ISBN4-06-149141-5
- 10) 医療の倫理 星野一正著 岩波新書 201 ISBN4-00-430201-3
- 11) インフォームド・コンセント 水野 肇著 中公新書 No. 958 ISBN4-12-100958-4
- 12) 命の始まりと終わりに 柳澤桂子著 草思社 ISBN4-7942-1065-5
- 13) 「終末期医療の基本方針」富山医科薬科大学倫理委員会承認 (平成9年5月6日)
- 14) 「日本救命救急検討委員会のDNRの定義及び救急現場でのガイドライン」抜粋文
- 15) 「DNAR、延命医療の中止」三瀬村国民健康保険診療所：白浜雅司
- 16) 「松戸市40診療所、病院の共有カルテの中に取り込まれている事前指示書(平成13年10月24日版)」
千葉大医療情報部：高林克日己
- 17) 「高齢者の終末期を考える会報告書」奈良東病院 原 健二 (1999. 5. 31)
- 18) 「老人への医療は無意味か」医療法人石心会理事長 石井暎禧 社会旬報(1998. 2. 1)
- 19) 「高齢者の終末期とその周辺」浴風会病院 横内正利 社会旬報(1998. 3. 1)
- 20) 「みなし末期という現実(上)石井氏への回答」石井暎禧 社会旬報(1998. 5. 1)
「みなし末期という現実(中)石井氏への回答」石井暎禧 社会旬報(1998. 5. 11)
「みなし末期という現実(下)石井氏への回答」石井暎禧 社会旬報(1998. 5. 21)
- 21) 「医療保険改革と『老人終末期医療』事実に基づいた改革を」
日本病院会医療経済税制委員会報告書「制度と政策の変革を目指して」(2001. 3)

- 22) 「終末期医療費は医療危機をもたらすか」 石井暎禧 社会旬報(2001. 1. 21)
- 23) 「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」日本経済機構 池上直己ら(2001)
- 24) 「特集：高齢者医療制度の行方」福岡市医師会医療情報室 (2001. 4. 27)
- 25) 「今後の高齢者医療のあり方について」四病院団体協議会 (2001. 4. 27)
- 26) 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」
- 27) 「緩和医療」 聖路加国際病院内科 岡田 定
<http://www.naika.or.jp/manual/46.html>
- 28) 「プライマリ・ケアにおける末期医療を考える」赤倉正巳 北海道医報 (2003. 12. 1)
- 29) 「重症患者の治療方針の決定に対する医師の意向、背景」
<http://rinro5.Osaka-u.ac.jp/~tetsuoship/kanwa/background.html>
- 30) 「わが国の医療を考える 第6回終末期医療の重要性 Part 1」
http://www.yanoresearch.jp/lifescience/japan/health/think_2001.06.10.html
- 31) 「わが国の医療を考える 第6回終末期医療の重要性 Part 2」
http://www.yanoresearch.jp/lifescience/japan/health/think_2001.07.23.html
- 32) 「患者の死と剖検依頼」九州大学大学院医学研究院病態修復内科学 石橋 大海
<http://www.naika.or.jp/manual/49.html>
- 33) 「人が生きている？死んでいる？自分って誰？」新潟大学歯学部 塚田博子
<http://medc.umin.ac.jp/jmet/student/hito/tsukada..html>
- 34) 「ALS ガイドライン」日本神経学会治療ガイドライン
http://www.neurology-jp.org/guideline/ALS/4_04..html
- 35) 「新成年後見制度の概要と倫理問題」今田隆一(全日本民医連倫理委員)
- 36) 川崎協同病院における「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」についての調査報告(2002. 7. 31)
(内部調査報告委員会報告書、外部評価委員会報告書)
- 37) 「患者自己情報の提供に関する対応指針—いわゆる「告知」などの重大な患者自己情報の提供のあり方を中心に—」
全日本民医連 倫理委員会 高石光男(民医連医療No. 376/2003年12月号)
- 38) 「鹿児島生協病院におけるリビング・ウィル対応指針とその解説」
全日本民医連 倫理委員会 西畠信(民医連医療No. 378/2004年2月号)
- 39) 「病棟における倫理問題と共同の営み」
全日本民医連理事 東京・特定医療法人健和会 西畠信(民医連医療No. 365/2003年1月号)
- 40) 「施行以来6年経過した臓器移植法と脳死をめぐる状況」
全日本民医連 倫理委員会 宮城 今田隆一(民医連医療No. 377/2004年2月号)
- 41) 「高齢者の在宅死と終末期ケアの質—在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査の結果から—」 日本福祉大学在宅ターミナルケア研究会 近藤克則 社会旬報(2002. 3. 21)
- 42) 潮流「高齢期の療養場所は病院を希望」 社会旬報(2004. 1. 21)
- 43) 「終末期医療に関する調査検討会報告書—今後の終末期医療のあり方について—」厚生労働省意識調査2004年7月
- 44) 「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」 厚生労働省発表2006年9月
- 45) 「ふたたび終末期医療について」の報告 日本医師会第IX次生命倫理懇談会2006年2月

第三章、終末期医療における基本的考え方

1. 終末期医療の対象と定義

対象：「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来死が不可避となった状態の患者」である。

定義： 終末期医療とは、上記患者を対象とした医療であり、時間的尺度に基づく概念として捉えられる。つまり、近い将来、死が不可避となった状態の患者に対する医療全般を包括した医療を指す。終末期に行われる医療の内容は、患者の自己決定を基本に選択され、患者の希望に沿った様々な医療、具体的には緩和医療中心の医療だけでなく、治癒的ないし積極的医療も含めて展開されることになる。

但し、持続性植物状態患者は、終末期医療の対象から除外されることに留意する。

持続性植物状態患者への対応について、尊厳死や延命治療という観点から様々な議論がなされているが、この状態は死に向かっての不可逆性は存在しないので、終末期医療の対象にはならない。従って本指針の対象から除外する。

2. 終末期医療のあり方

(1) 「緩和医療の概念」を主軸においた医療の提起

今日終末期医療に関する様々な議論が展開されるようになった背景には、「生と死をどのようにとらえていくか」という、歴史的に常に模索されてきたテーマが、近年の「医学の発達」、「高齢化社会の到来」、「価値観の多様化」などの多面的な要因により、より顕在化されてきたと考えられる。それは「終末期医療」、「安楽死」、「尊厳死」、「緩和医療」、「リビングウィル」など、数多くの用語が存在していることにも象徴されている。

しかしこの課題が多面的な側面を持っているにしても、その根源には「人間の尊厳ある生(存在)」を常に探求していきたい」という人間本来の願望、理念が存在しているものと、思われる。

「終末期の状態」を単に「迫りつつある死を受け入れていく、単なる時間的尺度」と位置づけるのではなく「人間の尊厳ある生の探求」という、より本質的な「人間の目標」に照らしてこれを「医療」の範疇に反映させた場合、少なくとも2つの要件が担保されなければならない。一つは「存在としての生」であり、もう一つは「人間として耐えられない精神的、肉体的苦痛からの解放」である。

終末期においては、前者（「存在としての生」）の有限性が時間的尺度において事前に認識されているという点においては特異的であるものの、“死”の直前まで“生”が存在しているという普遍的原理は、通常の患者と同様、共通に存在している。従って終末期患者においても後者（「苦痛からの解放」）の要件が十分満たされている環境が提供できれば、「人間の尊厳ある生」を最後まで持続させることが可能となるのではないだろうか。

緩和医療とは、「患者から肉体的、精神的苦痛を可及的に取り除いて QOL の維持・向上を目標とする一連の医療行為」と定義されており、この概念は、「人間の尊厳ある生の探求」に必須の要件である「人間として耐えられない精神的、肉体的苦痛からの解放」という目標と合致する。

当院における終末期に行われる医療の目標は、「人間の尊厳ある生の探求」におき、その具体的な指針として「精神的、肉体的苦痛からの解放によるQOLの維持、向上」におくこと、すなわち「緩和医療の概念」を中心に置くことを提案する。

なお、この概念に基づく医療の過程の中では、「人間として耐えられない精神的、肉体的苦痛から解放するために意図的に死をもたらず」という、いわゆる安楽死という概念の入り込む余地はないことを確認したい。

※ 終末期における医療内容は、患者の自己決定による選択が原則であり、緩和医療以外の治癒的医療などを選択肢から排除するというではない。

(2) 終末期医療を实践する上での留意点

終末期の医療の方針を決定し実践する過程では、患者本人の意向を最大限尊重することを前提とした医療チームと患者および家族との合議的アプローチが基本となる。

● 医療チームとして関わっていくことの必要性：

終末期医療はチーム医療であり、医師だけでなく、看護師をはじめ心理士やケースワーカー、薬剤師など各分野の専門スタッフの協力が不可欠である。終末期医療では複合的な苦痛への対応が必要であり、その点で医師と患者だけの関係ではなく、医療従事者がチームとなって関わっていくシステムが各診療現場で構築されていることが必要となる。これには、病状や方針説明、メンタル面での支援、経済的支援など多面的な対応が各職種毎に求められていくこととなる。そしてチーム医療を有機的に進めていくためには、医師の発言や考え方だけに依存することなく、看護師など他の職種も対等の立場で議論できる民主的な職場環境が必要である。

● 患者とのコミュニケーションの必要性

終末期医療における患者とのコミュニケーションの重要性は、他の患者への対応と同様、重視していかなければならないことは言うまでもない。それは働きかける側から働きかけられる側への一方通行ではありえず、患者と医療者との双方向の共同行為でなければならない。しかし、現実には当該患者が必ずしも共同行為のパートナーとして対応能力があるとは限らず、特に重い病に直面して戸惑う患者では、一見対応能力があるようにみえても実際は、本来の対応能力が失われていることもまれではない。また死に直面した人の深い悲しみや不安には測りしれないものがあり、診察や処置だけに時間を使うのではなく、ベッドサイドに腰をかけて同じ高さの視線を維持しながら患者とのコミュニケーションに時間をかけることが必要である。その際、患者の訴えに耳を傾け不安に共感することや病状や方針については何度でもわかりやすく説明をしていくことが、医療関係者に求められる要件である。

● 家族とのコミュニケーションと援助の必要性

終末期の患者を抱えた家族は、精神的に患者を支えていくという重要な役割を担いながら、経済的な問題などにも対応していかなければならないという、二重の苦悩を被っていることもしばしば経験するところである。このように家族にとっては、患者との接し方についての戸惑いや生活上の不安など、患者とは異なった負担を抱えることとなることが多い。このため家族が抱えるさまざまな精神的・社会的課題に対しても患者本人への対応のみならず、医療側の支援が必要とされることに留意していかなければならない。

● 家族への心理的、精神的援助

生前の患者と家族との関係は、家族の死別反応に深い影響を及ぼすことが知られている。致死的疾患で余命いくばくもない患者を眼前にして、家族はさまざまな情緒に戸惑い、自

責的になることがしばしばある。このような状況下における医療スタッフの主な役割は、家族に自分の気持ちを率直に吐露してもらい、その話に傾聴することである。その上で、予期悲嘆や死別反応から生じる心身の状態が正常な反応であることを説明し（心理教育）、家族に情緒や考えを率直に表明できる機会や場所を提供し、最期まで患者と家族が情緒的に対話できるように援助することが必要である。その際、最も留意すべき点は家族に死別に関する情報を伝えるタイミングであり、家族の心理準備状態と医療スタッフとの信頼関係を見極めながら、徐々に、そして繰り返し伝えていくことが重要である。

- **死別後のサポート**

近親者を失った家族が陥りやすい心身症状に対処するために、適切な支援や情報提供などを行うこと（グリーフケア）が必要である。

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権の尊重

現代の多様で個別的な死生観に応えるという観点で、自己決定権の尊重は必須の要件であり、終末期の医療に際して患者がどのような医療を望んでいるのかを医療者側だけの視点だけで判断するのではなく、患者や家族と共同して検討していくことが重要である。特に本人の意思を正確に反映させていくためには、終末期であることを知らせるかどうかの判断から始まり、高齢者をはじめ個々の患者が判断しやすい、わかり易い情報提供という前提が必要である。

現在、欧米では患者の自立ないし自己決定権の尊重が医療倫理の中で原則的位置を占めており、これに基づいて、治療を拒否する権利や死を選ぶ権利が認められる傾向にある。しかし、医師の方針が絶対的であるということはもちろんのこと、患者の意思が絶対的であるとする理解も適当でなく、医師と共同して医療方針を決定し実行する過程に患者が参加できる環境が必要である。

※ 自己決定権の行使にあたっての年齢的制限について：

民法上は、15歳以上を自分の意思決定ができる年齢として、おおむねコンセンサスが得られている。一方、人格権は年齢に関係しない権利であるとする見解もあり、終末期医療において意思決定できる年齢を15歳で区切ってよいかという問題については、未だ社会的合意形成が得られているとはいえない。しかし、一般に、判断力が可能な未成年とは、社会的におおむね15歳と考えることが多く、当院としても15歳を「年齢的に区切る目安」として対応することとした。但し、これについては個々のケースで柔軟性を持って判断することが望まれる（判断力つまり当事者能力とは、医者と共同して医療方針を決定し、実行する過程に参加することができる状態のことである）。

(2) 終末期状態を知らせる上での留意点

終末期状態を知らせることは、その後の治療のあり方を正しく導き出し、その目標を共有すること、つまりケアの質を上げるという意味で必要かつ重要なことである。しかし、終末期であることを知らせる場合には、例えばガイドラインに沿って機械的に判断するようなやり方は行うべきではなく、それぞれの個別性を重視して行うべきである。

- **患者の意思を把握する上での留意点**

癌を含めた予後の悪い疾患の診断がついた場合、「本当の病名を知りたいか、予後や治療法も含めどの程度詳しく知りたいか、説明に同席してほしい人はいるか、家族が知らせる

ことに反対した場合どのように対応したらよいか」などについて本人の希望を確認することが必要である。その際、画一的に事前確認するというのではなく、診療過程の中でその時々状況に配慮しながら漸次行うことが望ましく、説明の際には「病状についていつでも説明を聞くことができること、知らないでいたい時にはその意思は尊重され、個々に合わせた対応が考慮される」ということを当院の考えとして説明しなければならない。また、患者の意思表示は、いつでも変更が可能であることの説明も忘れてはならない。

● 「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—

当院では患者に「病状を知らせること」を基本的原則とすることについて議論の余地はないが、さきに紹介した看護師座談会等でも指摘されているように、実際の医療現場では終末期の患者が自分の病状を知らないでいたり、自己のおかれている状況をよく理解できていないためにより一層苦悩を増幅させてしまうケースがまだまだ散見されている。このような状況を作らないためには、医師が患者に理解できる言葉で「病状を正確に知らせていくこと」が必須の要件となる。但し、医療上の観点から、知らせることが患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼすことが想定される場合は、医療チームとして種々の情報を総合的に検討し、家族と相談した上で（知らせるかどうかを）主治医が決定すべきである。また、誰がどのように知らせるかという問題では、セカンドオピニオン等も含め個々に最適と思われる方法を考慮する必要がある。

一方、医師が苦悩する患者に対して十分に寄り添い、対応することができていない現状に、看護師から批判的な意見が寄せられている。これは医師としての業務に関わる時間的制限に負うところが大きいと思われるが、他方、医師や看護師として苦悩している患者とのコミュニケーションのとり方など、具体的な対応技術が十分培われていないことに起因しているとも推測され、この面における今後の職員への系統的な教育、啓蒙が必要である。

● 病状を知らせる上での留意点

この点における重要なことは、終末期であることを直接知らされた時の患者自身の心理的な苦しみ、逆に知らないことによる不安や苦しみを十分理解し、個々事例に応じて慎重に対応していくことである。病状を知らせる上では、可及的に真実を述べることが重要であるが、これは何もかも言うということではなく、個々の患者の状況に合わせて病状や予後、特に終末期であることについては時間をかけ段階的に知らせることが必要である。

● 「知らないでいたい希望」を表明した患者への配慮

終末期状態であることを「知る権利」が主張される一方で、「知らないでいたい希望」を表明されることも医療現場では遭遇する。これは非常に難しい問題で、「心理的に耐えられないからそれ以上は聞かなくていいです」、と説明の途中で拒否される場合もあれば、「家族にまかせていますから」というように自分のことを自分で決めることが不得手で、家族と相談しながら決めていくというような場合など、多種多様である。しかしこのような場面でも「自分に知らせないでほしい」という意思表示は、知らないことに起因する正確な自己決定がなされないという矛盾を抱えることになるものの、自己決定権の尊重という観点からは1つの選択として尊重されなければならない、と言う前提でそれに呼応した対応が望まれる。しかし、往々にして患者の気持ちは、時間とともに変遷していくこともまれではないことに十分留意して、常にコミュニケーションを密にとり、信頼関係を構築する中で患者の意思を謙虚に受け止めていく姿勢が大切である。

(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——

臨死状態とは、医学的な判断として「極めて死に接近した状態」である。その際の医療方針の選択・決定にあたっては「臨死状態であること」「いよいよ死を覚悟する時期である」という認識が、医療者や家族の両者にとって共通のものになっていることが前提であり、医療行為を決定し実行する過程に、医師と患者・家族が共同して参加できる環境の提供が必要である。その上で、本人の意思表示（リビングウィルに代表される事前指示書等）の有無を確認し、医療行為を決定していくが、その際「延命治療を行うかDNRか」の選択にあたっては、次の点に留意する必要がある。

昨今の事例にみられるように日本では、「いったん開始した延命治療を人為的に中止する」ことが無条件に許容されているわけではない、という状況を認識する必要がある。

特に気管内挿管、人工呼吸管理等の延命治療の開始については、その有効性と限界を説明し、事前指示書もしくは家族の意向を考慮して慎重に決定する必要がある。また、心肺停止時のDNR指示を出す場合（すでに指示の方針が確認されている場合でも）、医師は、慎重かつ客観的な医学的判断と家族に対する明確な説明と同意のもとに決定しなければならない。

4. 高齢者の終末期医療

当倫理委員会は、すでに高齢者医療の特性として、①困難な終末期の判断、②栄養補給と高齢者医療、③困難な意思確認、④医療経済からみた高齢者医療、などの観点から検討した。

(第I章、1、の5)

一般に、高齢者の死は、「疾病による死」と「寿命による死」の二つの観点からとらえられることが多い。後者は多くの人にとってもっとも穏やかに受け入れられる「死の形態」であり、このことは高齢患者の家族が、「ここまでよくがんばってきた」「この年齢で、もうこれ以上苦しませたくない」などの言葉にもあらわれている。「寿命による死」は、年齢的要素によって規定されるものであり、このため高齢になればなるほど「死への接近度」は、疾病の重症度のみならず、「寿命」という時間的尺度に基づいた別の視点からの判断にも強く影響されてくる。したがって医療者側としても、高齢者の終末期を考える場合、「疾病による死」と「寿命による死」という高齢患者や家族の考える（悩みの背景にある）二つの概念を念頭においた対応が必要と思われる。そして「寿命による死」という判断のベクトルが優位になって行く場合に、「高齢者の終末期医療」という段階に移っていくものと考えられるが、その移行に明確な境界線を求めることは、困難である。このように「高齢者の終末期」の判断基準は明確になっておらず、疾病の要素のみ、あるいは年齢的な要素のみから「いまの状態が終末期かどうか」を判断するのは、困難であることが多く、その判断が時として患者、家族の感性に強く影響されることも多いと思われる。しかしそのような場合においても、疾病が引き金になって身体状態やQOLなどの諸条件が悪化していく中で、当事者や親族、医療関係者などが個々の状況を「人生の終焉」（寿命）と考え、その判断が両者間で共有された時をもって、「高齢者の終末期」状態と認識し、それに対応した医療が提供されるべきである。その際、医療職はあくまでも医学的、科学的観察、判断を優先させ、最終的判断において患者家族の心情に留意しながら、お互いの合意形成をめざしていくことが必須である。そして「終末期医療」と判断された以降の医療方針は、疾病とたたかうという視点だけでなく、意義ある生、寿命を全うするというQOLの視点、すなわち「緩和医療の理念」に基づいた医療が提供されるべきである。

一方、高齢患者の中には、認知機能障害がすすんだ要介護患者が多数存在しているが、このような意思疎通が不十分な高齢者に対して、終末期医療における自己決定権の尊重がどのようになされるべきであるのか、ということが問題となる。

さらに高齢者医療を社会経済的な視点でみた場合に、高齢者の摂食障害に対するいわゆる「みなし末期」という考え方に象徴されるような課題も存在している。

以上のように、高齢者という特性からその周辺には、非高齢者やがん患者の終末期医療とは異なった特異的な課題が見られる。従って医療者は、高齢者特有の課題や問題点を認識しながら、終末期状態の判断、医療の提供、患者、家族への対応などについて、ていねいで慎重な対応（対処、取り組み）が求められる。

以上の検討の中で、高齢者の終末期を単に年齢的要素だけで位置づけることに対する危険性が強く指摘された。すなわち「寿命による死」を強く意識することで「安易な治療放棄」になってはいけない、という指摘である。

その予防策として医師一人で判断するのではなく、集団的に客観的に判断することの重要性が指摘された。

当倫理委員会は、あくまでも医療者と患者が「ともに営む医療」という考え方を最後まで貫くことを求めたい。

(1) 意志表示が可能な場合の対応のあり方

高齢者であっても現実には老化の個人差が大きく、年齢的要素だけで画一的に対応するのは困難であることから、本人の意志表示が可能な場合は年齢に関係なく自己決定権を尊重した考え方で対応していく必要がある。

(2) 意思表示が困難な場合の対応のあり方

——認知機能障害がすすんだ高齢要介護患者など——

虚弱、要介護の高齢患者には意思表示能力がないことも多く「本人の意思確認が困難」であることが多い。このような患者の終末期における意思表示の確認は、リビングウィル等の事前指示書がある場合には、それを優先し尊重することとなる。一方、事前の意思表示などが無い場合には、現実的には本人を最も知りうる立場にある家族との相談から導かれた判断に依拠することとなるが、そのような場合でも家族と医療チームとが共同の意思決定過程を大切にしながら、対応していくことを心がけなければならない。その際医師は、認知機能障害がすすんだ高齢要介護患者の全身状態について、医学的判断を慎重かつ的確に行ったうえで、家族に対してその容態が十分理解できるように説明しなければならないことは、言うまでもない。その上で、当該患者が「極めて死に接近した状態」、「QOLの悪化」、「寿命というものを受け入れる時期」であるなどの認識が医療者と家族間でともに共有された段階で「高齢者の終末期」が位置づけられ、その後の「緩和医療の概念にもとづく医療」に継承されていくこととなる。

(3) 「みなし末期」の考え方への対応

いわゆる「みなし末期」とは、高齢者の摂食困難状態を「末期状態」とみなして何も治療を施さないという概念である。

高齢者にみられる摂食困難において、それが不可逆的かどうかの鑑別が困難なことも

多々あり、治療してみなければわからないとも言われている。しかし一部の国では食事がとれなくなったら老衰と判断され、そのまま見守っているうちに息をひきとるケースが多く、国によって考え方も違っている。

今日の日本社会では、人工的栄養による管理によって摂食困難への対応が広く行われており、これにより高齢者が長期に生存している例も少なくない。したがって高齢者の一時的、恒久的摂食障害状態のみをもって、「治療の対象としない末期状態」との位置づけをしていくことは、現在の日本では医学的、社会的通念上認められる概念とは言い難いと考えられる。他方、高齢者の人格権、生存権および必要な医療を受ける権利は、高齢者という特性が故に、侵害される危険性が常に社会に潜在化しているとの認識の元に、我々は高齢者のこれらの権利も他の患者と同等に尊重されるべきであるとの理念を常に再認識しながら、日常の医療活動を実践していく必要がある。

以上2つの理由から、いわゆる「みなし末期」という考え方は、日常の医療活動を行っていく上での指針として当院では採用しないことを改めて確認する。(ただしこのことは、すべて画一的に人工栄養管理を実施するという事ではない)

5. 臓器移植と終末期医療

医療の効率化が声高に叫ばれている状況にあって、終末期医療のあり方も見直しを余儀なくされようとしている。法的脳死判定は臓器移植のために実施されるが、この手法が日常の臨床的脳死判定として転用された場合には、終末期の医療切り捨ての根拠にされてしまう危険性があり、倫理問題上からも注意が必要である。一方、脳死患者の生命予後は、絶対的に不良でその延命期間も短い、という見解にも科学的合理性があることや、脳死への国民的理解が以前より進んできた、という今日の社会状況から考えて、家族が脳死下での延命措置を望まない場合には、一定の要件下で臨床的脳死判定を行い、その結果を踏まえての医学的判断は、家族との間での理解と合意形成を前提に尊重されるべきであると考ええる。

※ 「臓器移植」の検討は、当倫理委員会としては今後の課題としたい。

第IV章、終末期医療実施にあたっての行動指針

1、終末期のがん疾患などの場合

- ① 基本原則：主治医・担当医は、治療手段や療養生活の方針について患者本人が主体的に意思決定できるように、必要な環境調整や心理・生活面への配慮のうえで、十分な情報提供を行いつつ、意思決定過程を援助する。
- ② セカンド・オピニオンについては「権利として存在する」ことを伝え、それを得るための具体的説明を行う。ただし、あくまで、自己決定を促進し納得のレベルを深くするための補助的な手段として位置づけ、基本的には主治医が情報提供と援助機能を完遂できることが望ましい。
- ③ 終末期に、緩和医療に徹する治療方針を決定する場合、患者本人が主体性をもって納得して選択できるように援助する。そのことを実現するべく、環境整備や家族への援助について可能な限りの努力で対応する。
- ④ 治療方針を決定する場合、療養の場所についてはこだわらない、おしつけない。入院の継続、在宅療養、介護施設の利用などの選択肢があり、本人の希望と苦痛の緩和という価値判断基準に照らして、臨機応変に、個別的に対応する。
- ⑤ 医療者は、患者に対して実際の援助を最期まで継続して行うのは家族である、という点をふまえる。家族の生活維持と患者本人の心理的・社会的な苦痛を軽減する対応とを、同時に達成できることを目標に努力する。
- ⑥ 緩和医療に徹する方針を、いったん選択、決定した場合でも、患者本人や家族がさらなる治療を探求する場合は、その機会が得られるように、いつでも協力する。また、こういった“方針の変更”はいつでも可能であることを患者および家族に説明しておく。
- ⑦ 「緩和ケア病棟（床）」入室にあたって、必要となる医療行為（急変時の蘇生術等）の確認については、申し込みの段階でおこなう。（一般的に急変時の蘇生術は行わない合意（DNAR）が確認されている。）

いよいよ（あと数日という段階に）死期が迫った場合、蘇生術は行わない合意（DNARオーダー）を、家族と面談し最終確認する。

- ⑧ 死亡時診察はその時点での勤務医師が行う。その後、主治医に連絡し、主治医が遺族と面談する。死亡診断書は、原則として主治医が作成する。
- ⑨ 緩和医療チームが関与したケースでは、死別後に遺族訪問を行い、病的な悲嘆状態にある場合は専門家に相談するという、いわゆるグリーフケアをめざしていく。（グリーフケア：近親者を失った家族が陥りやすい心身症状に対処するために、適切な支援や情報提供などを行うこと）

2、認知機能障害の進んだ高齢要介護患者の場合

- ① 認知機能障害の進んだ高齢要介護患者とは、脳卒中や痴呆症のため、自己決定のためのコミュニケーションができない段階に至った高齢要介護患者を指す。併行して身体機能障害が進行して寝たきり状態に至っていることが多い。

上記対象患者が、急性疾患により状態が悪化し生命に危険が及ぶような症状と判断された場合、主治医は「どのような治療手段や治療の場を選択肢におくか」を家族と確認する。

- ② その際の基本原則は、緩和医療の目標である QOL の維持や向上といった視点、また「患者

本人だったら、どのような主体的選択をしたらだろうか」という観点で、本人を最もよく知る家族と、豊富な医学的知見を有する主治医との、共同の意思決定過程を大切にすることである。

リビング・ウィル等の事前指示書がある場合は、それをできるだけ優先し尊重するように配慮する。

- ③ 家族の意思決定に関する支援の際、「介護施設や在宅でできる酸素吸入や点滴等の範囲での対応」という消極的な治療方針から、「気管切開や機械呼吸、血液浄化療法、外科手術、人工臓器補助など」の積極的な治療方針までの、治療の幅の広さを共有できるように予後の情報を含めて具体的に提示する。

積極的な治療方針を家族が希望する場合には、「少ない確率ではあるが、病状を回復して新たな小康状態に至る可能性がある」という観点で、家族の意向を尊重する。その際、患者本人の一時的苦痛、あるいは恒常的な QOL の低下、治療後に予測される家族の介護負担の増大、経済的負担の増大、長期化、療養環境の制限拡大などについても説明し合意を得る。

- ④ 医療者は、治療方針決定にあたり、「中止すれば死に至る治療行為を、いったん着手したら、法的には途中で止められない」ことを意識して対応する。

また、認知機能障害により当事者能力が失われた患者本人に代わって方針決定しなければならないという、「方針決定代行者の心理的負担の大きいこと」も十分に配慮して家族の意思決定を援助する。

- ⑤ いよいよ（あと数日という段階に）死期が迫った場合、蘇生術は行わない合意（DNAR オーダー）を、家族と面談し最終確認する。
- ⑥ 死亡時診察はその時点での勤務医師が行う。その後、主治医に連絡し、主治医が遺族と面談する。死亡診断書は、原則として主治医が作成する。
- ⑦ 緩和医療チームが関与したケースでは、死別後に遺族訪問を行い、病的な悲嘆状態にある場合は専門家に相談するという、いわゆるグリーフケアをめざしていく。（グリーフケア：近親者を失った家族が陥りやすい心身症状に対処するために、適切な支援や情報提供などを行うこと）

3、突然の交通事故、脳卒中など救急の現場での対応

はじめに：心肺停止患者が搬入された時には、救急現場では特殊な事情のない限り、当然のことながら、気管内挿管や心マッサージ、各種薬剤の投与などを行い、救命を試みる。この場合、家族は予期せず突然身内の死もしくは臨死状態に直面することになり前記の 1、や 2、とは性格を異にする。まず、医療者が対応するのは患者本人ではなく、患者の家族や付添い人となる。そして、短時間に状況を理解し納得してもらうことが必要になる。

また、ここでは心肺停止状態で搬入され、（1）蘇生術で心拍が再開したが死が避けられない状態で回復の見込みがないと判断された時の対応と、（2）蘇生に反応せず「死亡の宣告」をする時の対応の二つに分けて考える。

（1）蘇生により心拍が再開したが死が避けられない状態で回復が望めない時

- ① 心拍が再開し、患者の状況がつかめたら、家族に現在の状況や今後の見通しについてわかりやすく説明する。とくに「現在は心臓が拍動しているが、数時間から数日で心停止状態になる可能性が高い」などのように、近い将来に心停止になる危険性については十分に説明し家族の理解を求める。

- ② 救急現場での処置が終了したのち入院となる。死が避けられない状態にあると思われる患者に対し、人工呼吸管理を行わない妥当性について必ずしも社会的に合意がない現状では、人工呼吸器を装着することになる。その際は、家族ができるだけ接触し付き添って看病できるよう考慮する。
- ③ 自発呼吸がない患者に、いったん気管内挿管し人工呼吸を開始した後に、心拍がある状態で人工呼吸を停止したり挿管チューブを抜去したりすることは社会的に容認されていないため、当院ではこのような行為は現時点では行わない。ただし本人の指示（事前指示書）、家族の同意、回復の見込みが全くないという条件が確認され、生前に意思が表明されていればそれを尊重し、管理部にも報告相談し慎重に対応する。
- ④ 人工呼吸開始後の対応、DNR に関する対応は、事前に家族と相談し決めておくことが望ましい。
- ⑤ 「脳死判定」は厳密には法で定められた方法により確認が必要であり、安易に「脳死です」と宣告してはならない。家族から脳死判定を求められた場合、脳死移植を前提としないときは、理学所見や各種画像診断を実施し、家族に結果を説明することができる。
- ⑥ 患者が臓器移植カードなど持参し、かつ家族の希望があれば、しかるべき施設に相談する。現時点において当院では、脳死移植を前提とした脳死判定を行なっていない。

（２）蘇生に反応無く、死亡宣告するとき

- ① 救急の現場では、心肺停止になった確実な目撃証言が無いときには、蘇生術開始から 30 分経過すると蘇生を終了（救急医学会のガイドライン）とし、この時点で死亡確認をすることができる。
- ② 複数の医師で蘇生行為の中止判断をし、その結果を家族に告げる。
- ③ 死亡確認後、その死が「異状死」と認められた場合には警察への届出が必要になる。
- ④ その後の家族への対応が重要なのは言うまでもない。蘇生に反応しなかった事実関係や経過などを詳しく説明し、家族が冷静に死を受け入れられるように配慮する。将来的には、家族への適切な支援や情報提供などをおこなう仕組みがつけられることが重要と考える。

おわりに

終末期医療に関する当委員会の検討は2004年春から始まり、すでに2年半を超える検討期間となった。終末期とは何かという問いかけから始まって、現場では何が課題になっているのか出し合ってもらい、用語の定義、終末期医療のあり方、行動指針まで一つ一つ論議を積み上げてきた。論議は、ときには行きつ戻りつし、ときには原案をまるごと書き換えるなど試行錯誤の連続であった。

2年半を超える検討期間の中では、倫理問題を真剣に考えさせられるさまざまな事例が報道された。05年3月、川崎協同病院の筋弛緩剤投与（1998年11月）事件地裁判決は殺害を認定し医師を有罪とした。06年4月、北海道羽幌病院で医師が人工呼吸器をはずした（2004年2月）として殺人容疑で書類送検された（06年8月に不起訴）。06年4月、富山県射水市民病院では人口呼吸器取り外して外科部長が警察の取調べを受けた。高齢者ではないが、06年7月、大阪市近畿大学病院で重い病気で治る見込みのない赤ちゃんの延命医療を中止したとの報道がなされた。これらは終末期の倫理問題についてさらに真剣に考えなければならない課題が存在していることを浮き彫りにした。

このような動きの中で当倫理委員会が討議を進めたということは、時宜にかなったものと考ええる。

当倫理委員会では、用語や使用法の見直しについてもそのつど論議してきた。しかし言葉の意味づけや受け止め（語感）についても医療者側と患者・家族側とは違いがあり、当委員会でも一致を見ていない面があって結論は出ていない。

「終末期（医療）」、「末期（医療）」という用語は、「人生の終わりの時期の表現としては、あまりにも暗い、冷たい、悲惨なイメージである」「意義ある生を全うして、満足して死をむかえるという意味でふさわしい用語がないものか」という意見が多数だされた。委員会の議論を進めて行くなかで、事務局側より、当院では「終末期」を「緩和期」と置き換えて呼ぶようにしたいという提起を行った。これに対して、「緩和」という言葉の意味からいってふさわしい用語である、暗い冷たいイメージもなく使ってみたい用語である、などの意見が出された。時を同じくして、朝日新聞（2004年9月25日付け）日野原重明氏のコラムで、『末期癌を「緩和期癌」と、心の癒やしの期待を祈りつつ行う医療を「緩和期ケア」と改名するよう医学界に提言していきたいものです。』という文章が載った。しかし、実際に「終末期」を「緩和期」と置き換えて使用してみると、一般の人に理解されにくい、言葉の持つ意味がストレートに伝わらない、などの理由から、時期尚早であるという意見が大勢を占め、現在の環境のもとでは「終末期」という用語をそのまま使用することとした。「告知」という用語も、「病状を説明し理解を得るというより、死のみを宣告するような印象を受ける」「患者が精神的に落ち込んでしまうような言葉である」などの意見が出された。当倫理委員会では、この用語は「真実の説明」「真の病状説明」という用語に置き換えたいなどの意見が出された。

「看取り」という用語は、使い方によっては「患者に対して何もしないで死を待つような感じがする」「患者の死をただ見ていくとの印象を受ける」などの意見が出された。今後現場で使用する際に、「あの患者さんは看取り方針だから・・・」などの冷たい感じを与えないように慎重な使い方をしていくことが必要と考える。

以上のような議論を含めて、見直しや使用法を検討すべき用語はほかにもあるであろうが、今回は当倫理委員会で見解の出された用語について議論を紹介することとどめた。用語につい

ては今後とも「より適切な言葉」を探求する、現場や社会、各分野からの多くの提案や議論を期待する。

当倫理委員会の全体的な結論として、『当院における終末期に行われる医療の目標は、「人間の尊厳ある生の探求」におき、その具体的な指針として「精神的、肉体的苦痛からの解放によるQOLの維持、向上」におくこと、すなわち「緩和医療の概念」を中心に置くことを提案』（本答申・第Ⅲ章、2の(1)「緩和医療」の概念を主軸においた医療の提起)した。一方終末期医療を実践していく上で、医療者にも患者・家族にも多様な考え方があり、必ずしも社会的な合意が十分取れているわけではない状況にある。したがって、医療者はチーム医療のもとでの合議的アプローチを重視し、事後の説明責任が達成できるような所定の手続きを厳格におこなうことを合わせて提言した。知識や経験のある医療者は一般の人たちの判断や感覚も理解した上で、理性的・合理的な結論（治療方針など）が出せるように積極的な役割を果たすことが期待される。

医療現場にはさまざまな課題があり、患者・家族の期待もさまざまである。医療従事者が専門的な学習と研修などを受けながら自ら成長することは、患者一人一人が尊厳ある生を全うし家族を含めて納得のできる死を迎えられるように援助する上でとくに重要である。

当倫理委員会として、現在の社会情勢の中で坂総合病院として採用すべきであろう考え方や指針を答申としてまとめた。この答申内容は、今後の情勢の進展の中で、見直される部分が少なからずあるであろうし、さらに新しい行動指針が追加されることも考えられる。その際にも「人間が尊厳ある生を全うする」という視点からの接近を心から願うものである。またこの答申が公表されることで、終末期医療に関する論議がさらに深まることを期待してこの答申とする。

以上

蘇生術を行わない（DNR）指示に関する指針

DNR（Do Not Resuscitate）とは、終末期状態の患者（癌の末期、老衰、救命の可能性がない患者など）で、心肺停止時に蘇生術を行わないことをいう。DNRを医師が指示することを「**DNR指示**」という。

本ガイドラインでいう心肺停止時の蘇生術とは、心臓マッサージ、電氣的除細動、気管内挿管、人工呼吸器の装着、強心剤の投与など心肺蘇生のためのすべての手技、処置、投薬を指す。いわゆる終末期状態の患者に対する治療方針の選択とは異なるので、混同してはならない。

I、DNR指示を考慮する場合

- 1、患者、家族からの要請（事前指示書あるいは口頭で明確な意思表示）が出された場合、それをもとに医療者は患者家族とその後の方針を検討する。DNR指示を考慮する時期については、患者の病状や理解能力、感受性などを考慮し、画一的ではなく個別に対応していく。
- 2、進行性疾患で死の訪れが確実な終末期や老衰末期患者などで、心肺蘇生が妥当な処置とは考えられない患者を対象とし、以下の2つの要件を満たす場合に、医療者からDNRを選択枝の一つとして提示することができる。
 - (1) 医学的に死期が近い状態で、心肺停止がさし迫っていると判断される。
 - (2) 心肺蘇生をしても医学的に治療の効果が期待できないと判断される。（治療的限界、医学的無益性）

II、DNRの決定

1、事前指示書を携えている場合

患者の意思決定能力があるときに書かれた「終末期状態で心肺蘇生を拒否することを明示した文書」（事前指示書）を患者が携えている場合は、客観的な医学的判断（※2別紙チェックシートによる確認）の妥当性を前提に、この文書における患者の意思を尊重しなければならない。しかし、その時点で家族等から異なった意見が出された場合は関係者間で協議する。本来、事前指示書の作成の段階では患者・家族・担当医の十分な話し合いを持つことが望ましい。

2、意思決定能力のある患者の場合

意思決定能力のある患者はいつでも「DNR指示」を要請できる。要請を受けた担当者は速やかに患者家族を含めた関係者と協議を行わなければならない。この際、客観的な医学的判断（※2別紙チェックシートによる確認）の妥当性を前提に、患者の意思が尊重される。

3、意思決定能力のない患者の場合

意思決定能力のない患者でDNR指示が妥当と判断される場合、あるいは家族からのDNRの要望が出されてDNR指示を検討するのは、Iの2の「2つの要件」を満たす場合に限られる。

この場合、心肺蘇生のメリット、デメリットを十分説明した上での家族の同意が必要で

ある。連絡可能な家族がない場合は複数の医師の同意が必要である。

Ⅲ、DNR指示の決定における手順および留意点

1、 DNR 指示申請の手続き

本人または家族の方に、^{※1}指定の書類「心肺蘇生術を行なわない要望書」の記入をしていただく。身寄りのない意識障害のある患者の場合は、主治医が「DNR 指示申請書」へ記入する。

2、 DNR 指示決定・承認における妥当性の判断と手続き

(1) 医学的判断

DNR 指示が妥当かどうかの医学的判断は、できるだけ事前に主治医を含めた複数の医師が充分検討し決定する。判断内容はその根拠や討議内容とともに診療録に正確に記載し、協議に参加した複数の医師名を記載しなければならない。

(2) 医師、医療スタッフ間での意思統一

患者や家族の真意や置かれている状況を充分把握するために、医師のみならず看護師等複数の医療スタッフを加えたカンファレンスで^{※2}別紙チェックシートに基づき方針を確認し、意思統一をはかる。DNR 指示を診療録に記載する。

(3) 患者、家族との協議の原則と手続き

患者、家族との協議には、主治医に加えて看護師長または主任の同席を原則とする。その際 DNR 指示の決定によりどのようなことが起こるのか患者や家族に十分な情報を提示し、充分理解したことを確認しなければならない。患者と医師、患者と家族間のコーディネーターとして看護師長や看護主任がその役割を担う。

質疑内容について、具体的に診療録に記載する。参加者名は全員記載する。

種々の事情で看護師長が同席できなかった場合は、別途患者、家族との面談の場を設け、認識の状態や意思を確認する。

(4) 例外的な場合

時間外や救急搬入時などで、上記の一連の手続きが行なえない場合は、家族と面談し病状や予後、DNR の意味について十分説明をした上で、複数の医師とその時の担当看護師の同意のもとで DNR 指示を決定する。

3、 DNR 指示決定後の手続きと報告

(1) DNR 指示が決定された場合、主治医、診療科長、当該師長は「心肺蘇生術を行なわない要望書兼同意書」(DNR 指示同意書)に署名する。すべての事例について申請書に記入してもらい同意書に署名することとする。

(2) 身寄りのない意識障害患者の場合は、主治医、診療科長、当該師長が「DNR 指示申請書」に記入し、院長の承認を得る。

4、 DNR 指示決定後の修正、停止、撤回

DNR 指示決定後、状況の変化に応じ患者、家族、医師のどちら側からでも、いつでも指示の修正、停止、撤回を要求できる。

5、 DNR 指示決定後の留意点

(1) DNR 指示と心肺停止までの治療

DNR 指示はあくまでも心肺停止時に際しての対応を規定したものであり、それまでの治療行為に関する規定ではない。従って医学的に必要な治療、必要なケアは当然行なわなければならない。

(2) DNR 指示後の心電図モニター装着について

DNR 指示後の心電図モニター装着については、医学的に実効性がないから不要であるという意見がある。また家族が「静かにみとりたいので装着はしないでほしい」という場合もある。

しかしDNR 指示の患者といえども、様態の急変などその症状によって必要になる場合も想定され画一的に対応すべきではないと考えられる。

さらに社会的には、患者は人生最後の臨終時には家族にみとられながら亡くなることを希望するであろうし、家族（近親者）も臨終の場に立ち会うということを強く望むことが一般的である。

したがって医療者にとっては、“臨終の時期”を予測し家族に提示してあげることが家族や患者とのかかわりの中で最後に託された任務と考えられる。

以上のことを考慮し、当院としては、「DNR 指示患者に対する心電図モニターの装着」の是非は、事例ごとに判断する事とする。

※ 上記以外に倫理上の問題が発生した場合は、倫理委員会（事務局）にて検討する。

財団法人宮城厚生協会坂総合病院 院長 殿

心肺蘇生術を行なわない要望書

私は、現在の病状および予後について十分な説明を受け、家族とも話し合った上で、今後病状が変化し心肺停止におちいった場合、心肺蘇生術が行なわれることがないように要望します。

年 月 日

患者様署名 _____

家族も、上記の要望について同意します。

家族代表者署名 _____

(患者様との続柄： _____)

医療者側同意書

上記患者様の心肺停止時における心肺蘇生術を行なわない要望について、関係者の協議の結果、DNR指示（心肺蘇生術を行わないこと）をすることに同意します。

年 月 日

主治医署名 _____ 担当医署名 _____

当該科長署名 _____

当該師長署名 _____

財団法人宮城厚生協会坂総合病院 院長 殿

心肺蘇生術を行なわないことに関する同意書

私たち家族は、現在の本人の病状およびその予後について十分な説明を受け、本人の意向を推認した上で、今後病状が変化し心肺停止した際には心肺蘇生術が行なわれないことに同意します。

年 月 日

患者様氏名 _____

家族代表者署名 _____

(患者様との続柄： _____)

医療者側同意書

上記患者様の心肺停止時における心肺蘇生術を行なわないことについて、関係者の協議の結果、DNR指示（心肺蘇生術を行わないこと）をすることに同意します。

年 月 日

主治医署名 _____ 担当医署名 _____

当該科長署名 _____

当該師長署名 _____

財団法人宮城厚生協会坂総合病院 院長 殿

患者様氏名 _____ ID _____

「DNR指示」申請書

上記患者様は、心肺停止がさし迫った状態であり心肺蘇生術を実施しても医学的に治療の効果が期待できないと判断されますので、DNR指示をすることを申請します。

年 月 日

主治医署名 _____ 担当医署名 _____

当該科長署名 _____

当該師長署名 _____

「DNR指示」承認書

上記DNR指示申請を承認します。

年 月 日

財団法人宮城厚生協会坂総合病院

院長署名 _____