

東海大學法律學院醫事法研究中心
醫事法學術研討會系列（7）
『社會變遷與醫療法制發展』

國際學術研討會

終末期医療と法

神戸大学大学院法学研究科
丸山 英二

I 日本での事件

事案	時期	概要	司法処分等
東海大学附属病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死]	1991.4.	多発性骨髄腫で入院中の患者の長男等から治療行為の中止を求められ、点滴等の治療を中止。さらに、「薬にしてやってほしい。早く家につれて帰りたい」と要望され、塩化カリウム等の薬物を患者に注射して死亡させた。	横浜地判1995.3.28. 医師/殺人、懲役2年執行猶予2年確定。
国保京北病院 (京都府) [積極的安楽死]	1996.4.	末期がんで入院していた昏睡状態の48歳の患者に医師の独断で筋弛緩剤を投与。約10分後に死亡させたとして、病院長が翌年殺人容疑で書類送検された。	実際に使用した量が致死量に満たないため不起訴。
川崎協同病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死(前者に焦点が置かれた)]	1998.11.	気管支喘息発作で意識不明状態の患者に対し、主治医が気管内チューブを抜管した。しかし、患者が苦しうに見える呼吸を繰り返したことから、主治医は准看護婦に命じて、筋弛緩剤を静脈注射し、患者を死亡させた。	横浜地判2005.3.25. 殺人、懲役3年、執行猶予5年→東京高判2007.2.28. 懲役1年6月執行猶予3年→最終2009.12.7. 上告棄却。
道立羽幌病院 (北海道) [治療中止]	2004.2.	食事の誤嚥で心肺停止となった患者(90歳)に人工呼吸器を装着。主治医は「脳死状態で回復の見込みはない」と家族に説明し、人工呼吸器を外して患者を死亡させた。	殺人容疑で書類送検。2005.5.→不起訴。2006.8.(因果関係認定困難)

射水市民病院 (富山県) [治療中止]	2000.9-2005.10 (2006.3に報道)	2000年以降、末期状態の患者7名(54~90歳、男性4名、女性3名)に対して、家族の希望により、外科部長らが人工呼吸器を外し、死亡させた。	元外科部長と元外科第二部長を殺人容疑で書類送検(厳重処分を求めず)2008.7.不起訴。2009.12.
和歌山県立医大附属病院紀北分院(和歌山県) [治療中止]	2006.2. (2007.5.に報道)	脳内出血で運ばれてきた88歳女性の緊急手術後に人工呼吸器を装着。女性が脳死状態となったため、医師が人工呼吸器を外し、死亡(心停止)させた。	殺人容疑で書類送検(刑事処分求めず)2007.1.不起訴。2007.12.
多治見病院 (岐阜県) [治療中止]	2006.10.	食事をのどに詰まらせ、救急搬送で蘇生後、人工呼吸器が装着されたが回復が見込めない患者について、本人の「再起不能なら延命治療をしないで」との文書と家族の依頼で、倫理委員会が呼吸器を含む延命治療の中止を決定したが、県の「国の指針もなく、時期尚早」との意見で治療が中止されないまま患者は死亡。	
亀田総合病院 (千葉県) [治療中止]	2008.4.	筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者が提出した「病状進行で意思疎通ができなくなった時は人工呼吸器を外して」という要望書について、倫理委員会はその意思を尊重するよう病院長に提言したが、病院長は「現行法では呼吸器を外せば(殺人容疑などで)逮捕される恐れがある」として、呼吸器外しに難色を示した。	

射水市民病院事件

- ◆2000年以降、末期状態の患者7名(54～90歳、男性4名、女性3名)に対して、家族の希望により、外科部長らが人工呼吸器を外し、死亡させた。外科部長は殺人容疑で70回以上にわたる事情聴取を受けた。
- ◆事件の特徴
 - ・対象患者が7人もいた。外科部長はこの後も呼吸器取外しを続けようとしていた。
 - ・終末期の判断や呼吸器取外しの判断が外科部長単独でなされていた。また、患者の意思を確認することもなされていなかった。
 - ・看護師長から報告を受けた院長が問題視し調査委員会を設置し、県警にも報告していた。

(NHK スタジオパーク「延命治療中止 医療現場は？」2008年07月25日 <http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/200/10486.html#more> [2008.7.23.に元外科部長らが送検された射水市民病院事件についてのニュース解説])

射水市民病院事件[送検]

【送検に際しての県警の態度】

- ◆送検の理由について県警は「心停止前に呼吸器を外せば、患者が死亡することは分かっていた。現行の法体系では殺人罪に問わざるを得ない」と話した。(朝日2008.7.23)
- ◆他方、「呼吸器を外さなくても余命が2、3時間だった患者が3人、12～24時間が3人だった。残る1人も呼吸器を装着したままなら数日間は生存した可能性があったが、回復不能で、遺族にも処罰感情はないという。県警は送検時に付ける意見書に『嚴重処分を求め』とは記載しなかった。」(毎日2008.7.23)
- ◆同意書などの書面はないが、家族の同意はあったようである。

射水市民病院事件[不起訴]

- ◆富山県の射水市民病院で末期がんなどの患者7人の人工呼吸器を外して死亡させたとして、殺人容疑で書類送検された男性医師2人について富山地検は21日、いずれも不起訴(嫌疑不十分)とした。
- ◆理由を「人工呼吸器の装着から取り外しまでの一連の行為は、延命措置とその中止行為に過ぎず、殺人罪と認定するのは困難」などと説明した。
- ◆地検は発表で、不起訴の理由として、(1)被害者の死期を早めて、その生命を断絶させるための行為でない、(2)人工呼吸器取り外しと被害者の死亡との因果関係について疑問が残る、(3)医師2人に殺意は認められない——の3点を挙げた。(読売2009.12.21)

東海大学付属病院事件 横浜地裁1995年3月28日判決

【事実の概要】

多発性骨髄腫で、あと数日の命と診断された患者(58)がいびきをかくような荒い苦しそうな呼吸をするのを見かねた患者の長男(32)らが「苦しみから解放させてやり、早く家につれて帰りたい」と執拗に要求したのに応えて、担当医(34)は、栄養や水分補給のための点滴を中止し、エアウェイを取り外し、ホリゾン(呼吸抑制の副作用がある鎮静剤)、セレネース(呼吸抑制の副作用がある抗精神病薬)を静脈注射、さらに、ワソラン(徐脈、一過性心停止等の副作用のある不整脈治療剤)、塩化カリウム製剤(心停止を引き起こす作用がある低カリウム血症治療薬)を静脈注射して、心停止により死亡させた。横浜地裁は殺人罪の成立を肯定して、医師を懲役2年執行猶予2年に処した。

積極的安楽死が許容される要件

(横浜地裁1995年3月28日判決)

「医師による末期患者に対する致死行為が、積極的安楽死として許容されるための要件をまとめてみると、①患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること、②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと、④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、ということになる。」

治療中止が許容される要件

(横浜地裁1995年3月28日判決要旨)

◆治療行為の中止は、患者の自己決定権の理論と、意味のない治療行為を行うことはもはや義務ではないとの医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件の下に許容される。

【[意味のない]治療行為の中止が許容されるための要件】

- ① 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること(複数の医師による反復した診断によるのが望ましい)。
- ② 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要であるが、その段階で患者の明確な意思表示が存在しないときには、患者の推定的意思によることもできる。

治療中止が許容される要件

(横浜地裁1995年3月28日判決要旨)

◆治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など、すべてが対象となってよいと考えられる。しかし、どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。

川崎協同病院事件

【事実の概要】

気管支喘息重症発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま入院中の患者(58)に対して、担当医師であった被告人が、気道確保のために当該患者の気管内に挿管されていたチューブを抜き取り、呼吸確保の措置を取らずに死亡するのを待ったが、予期に反して患者が苦悶様呼吸を示したため、准看護婦に命じて筋弛緩剤を投与させ、よって患者を死亡させたとして殺人罪に問われた。

横浜地裁は殺人罪の成立を認め、医師を、懲役3年執行猶予5年に処した(家族の要請を否定)。控訴を受けた東京高裁は、殺人罪の成立については原判決を正当としたが、量刑については原判決を破棄して、懲役1年6月執行猶予3年とした(家族の要請を肯定)。最高裁は上告棄却。

治療中止が許容される要件 (横浜地裁2005年3月25日判決(抄))

- ◆末期医療において患者の死に直結し得る治療中止…は、患者の自己決定の尊重と医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠として認められる。
- ◆その自己決定には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが、不可欠の前提となる。
- ◆もっとも、末期医療における治療中止では、その決定時に、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくない。
- ◆このような場合に患者の自己決定を尊重するために、本人の事前の意思が記録化されているもの(リビング・ウィル等)や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等に基づいて、患者本人の真意を探求することが望ましい。

東京高裁2007年2月28日判決(要約)

- ◆尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要。
- ◆かりに、患者の自己決定権によるアプローチからみても、本事件の患者が自分自身の終末期における治療の受け方についてどのような考え方を持っていたのかを推測する手掛かりとなる資料は、証拠上、全く不明であり、また、抜管について家族の明確な意思表示があったとも認められない。
- ◆また、治療義務の限界によるアプローチからみても、抜管がなされた16日の時点で、[所論がいうように]患者が約1週間後に死に至るのは不可避で、死期が切迫していたとは認められず、以後の治療が無意味で、治療義務の限界に達していたとも認められない。

II 法案・指針・報告等

尊厳死法制化を考える議員連盟 終末期の医療における患者の意思の 尊重に関する法律案(仮称)・第2案 (2012年6月6日)

- 第7条 医師は、患者が延命措置の中止等を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合(当該表示が満15歳に達した日後にされた場合に限る。)であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、延命措置の中止等をすることができる。
- 第8条 延命措置の中止等を希望する旨の意思の表示は、いつでも、撤回することができる。
- 第9条 第7条の規定による延命措置の中止等については、民事上、刑事上及び行政上の責任(過料に係るものを含む。)を問われないものとする。

第5条 この法律において「終末期」とは、患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置(栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。)を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう。

2 この法律において「延命措置」とは、終末期にある患者の傷病の治癒又は疼痛等の緩和ではなく、単に当該患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置をいう。

3 この法律において「延命措置の中止等」とは、終末期にある患者に対し現に行われている延命措置を中止すること又は終末期にある患者が現に行われている延命措置以外の新たな延命措置を要する状態にある場合において、当該患者の診療を担当する医師が、当該新たな延命措置を開始しないことをいう。

ガイドライン・勧告

- ① 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年5月)
- ② 日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(2007年10月)
- ③ 日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会「終末期医療のあり方について——亜急性型の終末期について」(2008年2月)
- ④ 日本医師会第X次生命倫理想談会「終末期医療に関するガイドライン」(2008年2月)
- ⑤ 社団法人日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(2012年6月27日)

厚生労働省 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

厚生労働省 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

厚生労働省
「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

厚生労働省
「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

日本救急医学会ガイドライン(抄)(急性型指針)

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

(1) 家族らが積極的な対応を希望している場合

本人のリビング・ウィルなどを確認し、それを尊重する。家族らの意思が延命措置に積極的である場合においては、あらかじめ、患者の状態が重篤で救命が不可能である旨を伝え、その後家族らの意思を再確認する。

再確認した家族らの意思が、引き続き積極的な対応を希望している時には、その意思に従うのが妥当である。結果的に死期を早めてしまうと判断される対応などは行うべきではなく、現在行われている措置を維持することが一般的である。

日本救急医学会ガイドライン(抄)

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

(2) 家族らが延命措置中止に対して受容する意思がある場合

家族らの受容が得られれば、患者にとって最善の対応をするという原則に則って家族らとの協議の結果により以下の優先順位に基づき、延命措置を中止する方法について選択する。

① 本人のリビング・ウィルなどが存在し、加えて家族らがこれに同意している場合はそれに従う。

② 本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。

日本救急医学会ガイドライン(抄)

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

(3) 家族らの意思が明らかでない/家族らで判断できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法についての対応は、主治医を含む医療チームの判断に委ねられる。その際、患者本人の事前意思がある場合には、それを考慮して医療チームが対応を判断する。

(4) [略]

医療チームによっても判断がつかないケースにおいては、院内の倫理委員会等において検討する。このような一連の過程については、診療録に説明内容や同意の過程を正確に記載し、保管する。

致命的な治療中止の要件

- ◆ 患者が不可逆の末期状態にあり、死期が切迫していること。
- ◆ 対象となる治療の効果が小さいこと。
- ◆ 患者の意思に基づくこと。
(推定的意思も許容される。それも得られないときは、最善の利益を図ること)
[適切な説明・情報提供]
[医療・ケアチームによること]
[意見不一致の場合の委員会による対処]
[記録の保存]
[疼痛治療など quality of life に配慮した医療・ケア]

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

Ⅲ アメリカでの状況

生命維持治療拒否権の確立(1976～)

- ◆ クインラン判決(In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A.2d 647 (1976))
——合衆国憲法上の権利として認められたプライバシーの権利に基づいて、予後がきわめて暗い場合に身体的侵襲の程度が大きい生命維持治療を拒否する権利を認め、さらにその権利の(後見人としての)父親による代理行使を承認した。
- ◆ クインラン判決以降、多数の裁判所が、①合衆国憲法上のプライバシーの権利と、②判例法上の(患者の同意なく加えられた医的侵襲を不法行為と扱う)インフォームド・コンセントの法理に基づいて、生命維持治療(人工的水分栄養補給を含む)を拒否する権利を認めた。

生命維持治療拒否権の確立(1976～)

- ◆生命維持治療が問題となる場合には、患者に意識のないことが多い。しかし、裁判所は、意思決定能力の有無に関わらず生命維持治療拒否権を認め、自らその権利を行使できない患者については、他者によって代理行使されることを容認してきた。
- ◆代理行使のやり方については、①患者に意思決定能力があったときの希望、価値観等から患者本人が下すと思われる判断・決定を推定して、それに従った決定が下されるべきものとする代行決定(substituted judgment)の基準が掲げられ、②患者の希望、価値観等が把握できない患者については、患者の最善の利益となる決定を求める最善の利益(best interests)の基準の適用によるべきものとする裁判所が多かった。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

自然死法——リビングウィル

- ◆決定すべき時点において判断能力を欠く患者に対する対応——リビング・ウィル(広義)・advance directive(事前指示書)
- ◆アメリカではリビングウィル(広義)の要件・効果を定める法律が、1976年、カリフォルニア州で制定されて以降、現在では、すべての州で制定されている。
- ◆その内容としては、意思決定能力が失われた場合に備えて、
 - ①治療の実施・不実施をあらかじめ指示する書面(Instruction Directive:リビング・ウィル(狭義))と、
 - ②本人に代わって医療に関わる決定を下す代理人を任命する書面(Proxy Directive; Health Care Power of Attorney)について要件と効果を規定するものが多い。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

事前指示書の効果——免責

- ◆アメリカの州の法律には、すべて、法律の要件を満たした事前指示書にもとづいてなされた医療の実施・不実施について民刑事責任を免除する規定がおかれている。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

事前指示書の問題点

- ①当該治療が問題となる時点での判断ではない。
 - ・想定と異なる現実、考えの変化
 - 治療・ケアについての指示
 - 代理人の判断
 - ・リビング・ウィル(狭義)——すべての事態・治療を想定できない。
 - ・代理人任命——元来、判例法において、代理人の権限は、(本人が代理人の行為を監督することが可能な)本人に能力がある間に限られるとされていた。それを修正するのが、事前指示書の代理人任命部分(⇒本人が代理人の行為を監督できない)。
- ②事前指示書を作成する人はアメリカでも多くはない。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

事前指示書の問題点

- ① インフォームド・コンセントが同時的であるのに対して、事前指示書は「事前」のもので仮定的な要素を排除できない。
他方、本人がそのことも承知の上で作成した書面についてはそれを尊重するのが人に対する敬意を尽くすことになる。
- ② (a) 患者の自己決定法(Patient Self-Determination Act, 1990。連邦の法律)——医療機関は、患者に対して、入院・入所時に、法的に認められる医療に関する決定権、とくに医療を承諾または拒否する権利や事前指示書(advance directive)を作成する権利について書面で告知するとともに、患者が事前の指示書を作成したかどうかを患者の医療記録に記載することを義務づけられた。
- (b) 代理決定法(Surrogate Decision-Making Statutes, 州の法律)の制定。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

Surrogate Decision-Making Statutes の制定

- ◆① 患者が判断能力を失ったり、末期状態に陥ったりした場合、かつ、
- ② 事前指示書がないかそれだけでは足りない場合、
に、患者の家族等に医療に関する決定を下すことを認める法律・規定。合衆国50州のうち43州で制定 (See ABA Commission on Law and Aging, Default Surrogate Consent Statutes (As of 2009/11))。
- ◆決定権限は、配偶者、成年の子、親、成年の兄弟姉妹、などの順で与えられる(それ以外に決定権限を与えられる者としては、身上後見人、最近親の親族、孫、祖父母、友人、主治医、などが見られる)。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

Surrogate Decision-Making Statutes の制定

- ◆決定の際には、まず、患者の価値観などを反映するような決定(substituted judgment test)を求め、そしてそれが不可能な場合に患者の最善の利益を図る決定(best interests test)を下すよう求める法律が多い。

【免責】

- ◆このような規定が事前指示書に関する法律の中に置かれている場合には、その法律の免責規定が適用される。
- ◆独立の法律として制定されている場合には、法律の定める要件を満たした行為について、医療者(および代理決定者)について民刑事責任(および専門職の責任)を免除する規定が置かれていることが多い。

www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/

IV 現実の終末期医療管見

母を看取って

- ◆2011年8月30日、母を95歳で看取った。
- ◆2002年2月に介護付老人ホーム入所。2011年初めまでは単独外出もできていた(GPS端末携帯)。
- ◆2011年初めからベッドに横になることが多くなる[以下、2011年は省略]。
- ◆3月終わり:部屋のトイレに行く/ベッド横のポータブルトイレに座るにも難渋。
- ◆5月13日:心筋梗塞で入院(バルーンで冠動脈開通, スtent留置後, 6月9日退院)
- ◆6月19日:下血で入院(自然に止血し, 同30日退院)
- ◆6月頃から:食欲が衰え, 経口摂取が困難になる。
たびたび, 医師・看護師から, 家族に, 終末期医療をどこまで行うか, が問われた。家族は, 本人に大きな負担にならないことを第一に, なるべく生命維持を図ってほしい, 心肺停止時の心臓マッサージ, 人工呼吸器は使用しないで, と希望を伝える。

母を看取って

- ◆7月8日に誤嚥肺炎で入院。
- ◆経口摂取が難しくなってきたことを踏まえて, 医師から, 水分栄養補給について,
 - ①末梢静脈からの輸液を漸減して看取りに向かうか
 - ②中心静脈栄養のポートを作成するか
 - ③経腸栄養のための胃瘻を作成するかの選択肢を説明され, その選択を求められた。
 - ①の選択をすることは家族は躊躇した。そうなると, 状態が良くなると本人はホームへ戻ることを強く求め, その場合の看護のしやすさなどの点で, ③の胃瘻造設が第一選択肢。

- ◆胃瘻造設実施の判断——本人はうとうと状態が多くなっていた
⇒ 一次的な判断は家族が下して, その判断の可否を本人に求める。
・家族の判断:母の自己決定の尊重? 本人の推定意思の尊重?
終末期医療について本人から希望を聞いたことはなかった
本人にとって最善の治療方針——マイナス(苦痛と負担)の最小化 + プラス(意識のある程度の確保)の維持, が得られるとの判断
・本人の渋々同意「そんなものを付けないといけないのは情けないね～」
- ◆7月27日:胃瘻造設
- ◆8月15日:退院。しかし, 経腸栄養剤が合わず, 下痢がみ。
- ◆8月26日:脱水によるショック・意識障害で緊急入院。
輸液, 強心剤, 蜂窩織炎に対する抗菌薬の投与——ほどなく点滴が入らなくなり, 敗血症を起こし30日に永眠。

いくつかの戸惑い

- ◆医師・看護師の説明を理解できない家族(直面して/時を経て得られる理解)。
気管挿管——多くの場合, 人工呼吸器への接続が想定されている。
強心剤投与の意味——患者の回復可能性によって異なる。
- ◆うとうと～鎮静状態——当座は家族は楽。死へ直結する判断の回避。
- ◆意思決定の限界
・患者:その希望が全て実現できるわけではない(医療経済, 有限な生命)。
・家族:揺れる視点
⇒ 一方で患者の負担の回避を望みながら, 他方で, ただひたすら生命の物理的延長を求めている家族。
⇒ 臨終時, 一方で人生のゴールとの理解, 他方で, 後に幾度となく, 「あの時ああしておれば, もう少し生き続けられたかも」と思ってしまう家族。

迷いと期待

◆最善の利益——生命維持と負担軽減

緩和医療と生命維持のせめぎ合い——例えば、強心剤投与

◆回復可能性と治療・栄養・水分等の継続／差控え・中止

判断の難しさ——虚弱[安定]期から終末期への移行の把握

予後; 病気/老衰; 精神的状態・意思疎通可能性の有無

医療・介護従事者への要望——終末期の経過の説明の充実

非指示的に・分かりやすく

大蔵暢「高齢者を包括的に診る・老年医学のエッセンス【その5】看取りパ
イロット——高齢者終末期医療」(週刊医学界新聞2927号2011年5月9日)

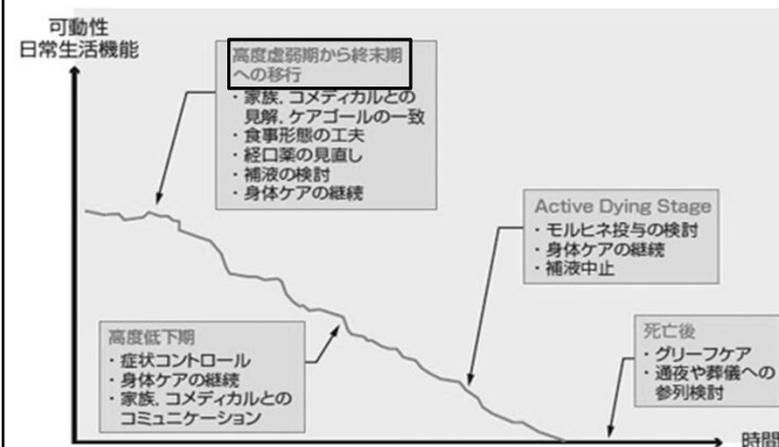


図 老衰終末期の可動性・日常生活機能の低下とその対応

【参考資料】

◆厚労省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>

◆救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言」

<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>

◆日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイド ライン: 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」(平成24年6月)

http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf

<http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/lecture.html>

※なお、当日のスライドは、後日、次のアドレスに掲出します。

<http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/lecture.html>

謝謝聆聽