

クレジット:

UTokyo Online Education 東京大学朝日講座 2018 辻外記子

ライセンス:

利用者は、本講義資料を、教育的な目的に限ってページ単位で利用することができます。特に記載のない限り、本講義資料はページ単位でクリエイティブ・コモンズ 表示-非営利-改変禁止 ライセンスの下に提供されています。

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

本講義資料内には、東京大学が第三者より許諾を得て利用している画像等や、各種ライセンスによって提供されている画像等が含まれています。個々の画像等を本講義資料から切り離して利用することはできません。個々の画像等の利用については、それぞれの権利者の定めるところに従ってください。



2018 朝日講座 「居場所」の未来

最期まで自分らしく生きるには ～記者がみた終末期～

2018年12月12日

朝日新聞 辻 外記子

今日、お話すること

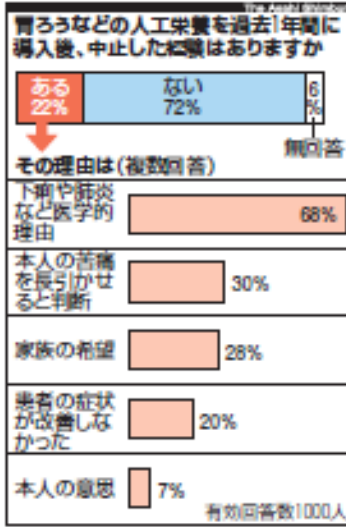
- 取材現場から 選択の難しさ
- 米国では
- 厚労省の意識調査
- ACP
- 救急車呼びますか？
- マイ・エンディング 皆さんは？

人工栄養中止 医師2割経験

胃ろうの手順整備

老年医学会

高齢者医療を担う医師の2人に1人が、過去1年間に胃ろう（人工栄養）などの人工栄養法を途中で中止したり、最初から差し控えたりしていたことが、朝日新聞社と日本老年医学会の共同調査でわかった。中止を経験した医師だけでも、約1割に達する。胃ろうなどの人工栄養法を途中で中止したり、最初から差し控えたりしていたことが、朝日新聞社と日本老年医学会の共同調査でわかった。中止を経験した医師だけでも、約1割に達する。胃ろうなどの人工栄養法を途中で中止したり、最初から差し控えたりしていたことが、朝日新聞社と日本老年医学会の共同調査でわかった。中止を経験した医師だけでも、約1割に達する。



胃ろうの目的は、自分の口で食事をとれなくなった患者が、回復するまでの栄養補給だ。本人の不快感が少ない上、介護者が手入れしやすく、導入数が増えた。厚生労働省の調査では、胃ろうにした認知症の高齢者約1千人の半数が、84.7日以上、生存していた。一方で、回復の見込みも患者・家族の事情を考慮せずに使うケースも増加。意識もなくなり、寝たきり状態が長く続く高齢者の存在が問題になった。

今回、朝日新聞は同学会と共同で、終末期の高齢者

胃ろう
口から食べられなくなると同時に、人工的に栄養や水分を補う方法。おなかに直挿し、ほとんどの穴を開けて管を通し、胃の中に直接流動食や水分、薬を入れる。不



への人工栄養の実態を摸るため、同学会の医師会員4440人を対象に6月上旬、アンケートを送り、1千人(回答率23%)から回答を得た。この結果、過去1年間に、胃ろうなどの人工栄養を中止したり、差し控えたりした経験のある医師は51%を占めた。中止は22%で、1人あたり平均で4.0回、中止していた。

中止の理由を複数回答で聞くと、「下痢や肺炎などの医学的理由」が68%と最多で、「本人の苦痛を長引かせる」が30%、「家族の希望」28%と続いた。医師側から家族に中止を提案した医師も12%いた。

まない延命につながることもある。胃ろうなどを中止すれば、一般的に患者は1週間から10日で亡くなる。一方、患者側は中止を希望したが、法的、倫理的問題があると考え、中止しなかった医師も11%いた。また、48%の医師が差し控えを経験していた。平均で6.7回だった。家族の希望が69%で最多で、「患者の苦痛を長引かせると判断」が48%、「本人の意思

を家族から伝えられた」が42%と続いた。病院への入院時や施設への入所時に、人工栄養の導入や中止について、24%の医師が書面で意思を確認していた。同学会の指針は、人工栄養法について、患者本人や家族の意思を尊重し、支援するのが目的。状況により中止や差し控えも選択肢となる手順を示す。

▼調査結果は28日付で特集する予定です。

延命治療せず6割経験

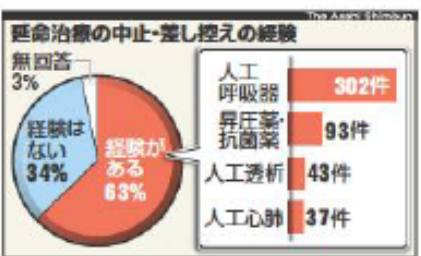
救命センター、搬送の高齢者に

全国の救命救急センターの6割以上が、過去1年間に高齢者に対して人工呼吸器や人工心肺などの装着を中止したり、差し控えたりした経験のあることが、朝日新聞社の調査でわかった。救命医療で「最後の善」とされる救命センターでも、回復が見込めない患者に対し、家族や本人の希望があれば、延命治療を控える動きが広がっていた。▼3面II家族と医師の苦闘

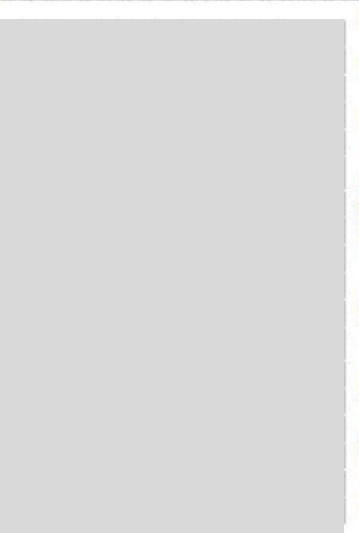
本社調査

「本人・家族が希望」7割

全国254の救命救急センターに10月、高齢者への終末期医療の実態を聞いた。57%の145施設から回答があった。この1年に



全国254の救命救急センターに10月、高齢者への終末期医療の実態を聞いた。57%の145施設から回答があった。この1年に救急搬送された65歳以上の高齢者に、人工呼吸器や人工心肺、人工透析などの積極的な治療を中止したり差し控えたりした経験の有無と件数を尋ねた。この結果、63%にあたる91施設が



中止や差し控えの理由を複数回答で聞くと、「家族から本人の希望を伝えられた」が7割で最も多かった。この中には家族の付度も含まれているとみられる。数日内に死に予測されると医学的に判断した「は5割、苦痛を長引かせ、本人の益にならない」とチームが判断した「が3割」を続いた。呼吸器を中止すると、早ければ数分で亡くなる。初めから装着しない差し控えは、患者の死期を早めるといふ点では同じだが、中止に比べ、家族にも医師にも心理的な負担が少ない。

一方、21%の31施設では、延命治療の中止や差し控えを検討したものの、実際はしなかった経験があった。理由は「家族の意見がまとまらない」が最多で、「医療チームと家族の意見が不一致」「法的に問題があると考えた」と続いた。終末期医療を巡っては？

救命救急センター
急性心筋梗塞(こうそく)や脳卒中、頭部の外傷など命に危険が及びかねない、最も重い患者を24時間態勢で診る救急施設。人口100万人あたり最低1カ所の設置が目安で、全国に254カ所(6月時点)ある。

004、06年に北海道や宮山で医師が人工呼吸器を外し、患者が死亡したことが明らかになり、外した医師が書類送検され、いずれも不起訴となった。
日本救急医学会は07年、条件付きで延命治療の中止を認める指針をまとめた。本人の意思が書面などで明らかで家族も同意したり、本人や家族の意思が不明でも医療チームが末期と判断したりすれば、人工呼吸器などを中止できると定めた。(江外記子 日経電子)

延命「母は望まないのでは…」

家族と医師、苦悩の治療中止



人工呼吸器で治療中の患者。唾液(だえき)などが肺に入らないように、ケアが必要だ(画像の一部を処理しています)

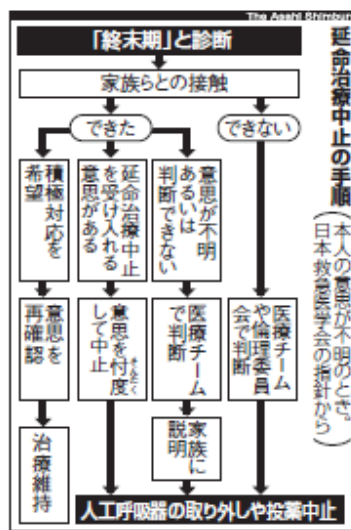
最期が迫った高齢者には、人工呼吸器の中止など延命治療をしない動きが、救急医療の現場で広がっている。患者本人は何を望み、救命救急はどうあるべきか。家族も医療チームも悩みながら、治療からの「撤退」を決断している。

「救命は、難しい状態で。もって、数時間から数日」と考えます」

今年1月の深夜、青森県八戸市立市民病院の救命救急センターで医師が、女性(88)の家族に伝えた。女性はその日の夕方、自宅で脳梗塞で倒れ、搬送された。意識も呼吸もなく、すぐに人工呼吸器が着けられた。入院から3日後、女性の子どもや孫ら5人が集まって、

「救命は、難しい状態で。医師が説明した。このままICU(集中治療室)で人工呼吸器の治療を続けるか、個室に移って呼吸器をやめることもできます。どうしますか」

ICUの待合室。家族だけで話し合った。「呼吸器を外すのは嫌だ」おばあちゃん子だった孫(33)が反対した。今年の正月も、笑って娘を抱っこしてくれたばかりだった。



年	内容
2004年	北海道立羽幌病院で医師が人工呼吸器を外し、患者が死亡したことが判明
06年	富山県射水市民病院が、医師が呼吸器を外し、がん患者ら7人が死亡したと発表
07年	和歌山県立医大付属病院が、紀北分院の医師が脳死状態の患者の呼吸器を外し死亡と判明
07年	日本救急医学会が終末期の延命治療中止の指針を公表

いずれの医師も殺人容疑で書類送検されたが、不起訴

■終末期医療を巡る主な動き

60代の長女が言った。「意識が戻らないんだから、このままではかわいそうだ」

女性は働き者で、人に頼るのは嫌いな人だった。機械をつけて、生きながらえるのは、本人も望まないのではないかと、話し合いは1時間以上続いた。

「もう、薬にしてあげよう」

異論は出なかった。翌日、家族の総意として「延命治療を中止して欲しい」と主治医に伝えた。

治療の中止は家族だけでなく、医療スタッフ側への心理的な負担も大きい。元主治医は取材に「延命治療を中止し、安らかに送ってあげることが、患者さんの尊厳を守ることにつながると思う。だが、できれば、中止はしたくない」

家族が納得して意見をまとめるのも、難しいと考えれば、全力で救命を続ける方が楽だ。最後は、お互いに覚悟がないとできない」と振り返った。

家族会議の翌日、女性の人工呼吸器が止められた。次女らは女性の手を握り、顔をさすった。呼吸は止まったり、再開したりを繰り返した。中止から8時間後、静かに息を引き取った。

た。孫は「後悔はありません。最期のばあちゃんはいつもの優しい顔だった」。

同病院の今明秀・救命救急センター所長は話す。「かつては患者や家族にとって大切なことであったら困ると、延命治療を中止することは難しかった。学会の指針が迫るべになり、医師側の意識も変わってきていると思う」(月籠影手)

延命治療の中止が問題になったのは、2004年以降、北海道や富山の病院で医師が患者の人工呼吸器を外し、死亡したのがきっかけだった。不起訴になったが、医師は殺人容疑で書類送検され、「刑事責任を問われかねない」という意識が、医療現場に広がった。

日本救急医学会は07年、本人や家族の利益にかなえば、医師が不安を抱かずに延命治療を中止できるよう、指針をまとめた。終末期の治療中止への手順を示した。これに従えば、医師が責任を問われることはないという学会側のメッセージも込めた。

だが、医師側の不安はぬぐえず、すぐには指針を導入しない施設が目立った。朝日新聞が07

広がる「みとる役割」

年末、全国の救命救急センターに行った調査では、「当面採用しない」「未定」との回答が6割。その6割は「刑事責任を問われたい保証がない」を理由にあげた。この数年、「自分らしい最期を迎えたい」という意思を元気づけるうちから示す人たちが増えた。治療方針への希望をリビングウィル(事前指示書)やエンディングノートなどの文書に事前に書く取り組みも各地に広がった。

日本救急医学会も總會などで、延命治療のあり方の討論会を開くなど、議論を深めてきた。こうした動きも受け、救急現場で指針は徐々に浸透したようだ。

今回の調査では中止や差し控えるに否定的な意見も根強いことも浮かんだ。呼吸器の中止は遠

法に「ならないか」「搬送されれば、積極的な治療を続けるをえない」などの意見も目立った。警察庁によると、学会が指針を作った以降も、延命治療の中止について、警察として、統一した見解をまとめたことはない。ただ、07年以降、終末期の患者の人工呼吸器を外したとして医師が書類送検されたという報告は同庁にないという。

日本救急医学会の終末期医療担当理事の横田裕行(日本医科大学教授)は「救命センターは、救命という役割に加え、治療から撤退も担う時代になってきた。患者・家族へ丁寧な説明ができる医師や看護師を育てていく必要がある」と話している。(辻外記子)

延命医療の選択、本人ができない時は—— 「判断引き受ける」47%

終末期に延命医療をするかどうか。本人に代わって判断してほしいと家族から事前に頼まれて「引き受ける」のは半数近くに「引き受けない」も1割以上いた。終末期の医療について本人が意思を残していても、家族の協力が得られずに思い通りになりにくい実態が浮かび上がった。

家族の議論不十分

調査は、2011年10月から12年1月にかけて、全国の男女2千人にアンケートし、48%から回答を得た。

延命医療について家族と話し合ったことがあるかの問いに、「十分に話し合っている」のは5%しかいなかった。「話し合ったことがある」は45%で、「全く話し合ったことがない」が48%いた。自分で判断できなくなった時に備え、事前に判断してもらう人を決めておくことには73%が「賛成」した。しかし、自分が判断を頼まれたらどうするかとの問いには「引き受ける」は47%にとどまった。「わからない」39%、「引き受けない」12%だった。

療を「望む」と答えたのは8%だった。胃ろうを「望む」は8.6%。厚労省の指針は終末期医療の内容容について、本人の決定を基本とし、意思が確認できない場合は、家族が推察して決めると定める。ただ、家族の間で考えが食い違う場合があり、任せる人を決めておくという考えが広まってきた。

自分で判断できなくなった時、治療方針を決める際に誰に医師と相談して決めてもらいたいかについては、「家族のうち1人が代表で」が53%と最も多く、「家族らが集まり話し合う」36%を上回った。

主任研究者の池上直己・慶応大 学教授は「本人がどういう最期を迎えたいか、希望を実現するには誰に託すかが重要な。家族などに引き受けてもらえるよう、よく話し合っておくことが必要だ」と話す。

(辻外記子)

元気なうちに意思伝える

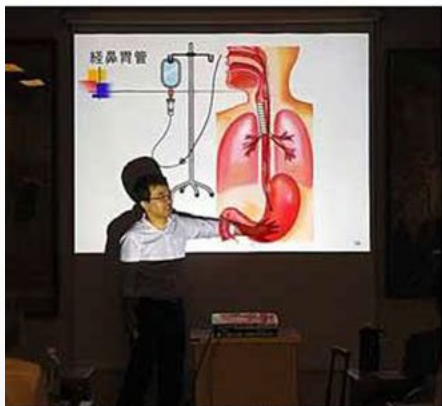
最期の選択

①

病氣から回復する見込みがない終末期に、どのような治療やケアを受けたのか。事前に自分で決めておきたいという人たちが増えている。そんな思いをサポートしようという動きも広がっている。

「人工呼吸器をつけないと、あと数日で亡くなりま

す。どうしますか」
北里大学北里研究所病院（東京）は2カ月に1度、通院患者の希望者を対象にリビングウイル（LW、事前指示書）セミナーを開いている。竹下啓・総合内科



北里大学北里研究所病院が2カ月に1度開くリビングウイルセミナー。治療法やその効果などについて竹下啓・総合内科部長が説明する＝東京都港区

部長が「架空の話」と前置きし、10人の参加者に語りかけた。

「がんが進行した70歳の男性患者さんを想定してください」。人工呼吸器をつけないと数日で亡くなる

が、意識はなく、本人に装着の判断はできないというシナリオだ。「夫は猛烈サ

ラリーマンでした。最期くらい静かに迎えさせたい」と妻。長男は「父は何事も懸命にやる性格。1分でも長生きしたいはず」と、正反対の発言をする。

竹下さんは「LWがあれば、重要な手がかりになります。最期の迎え方について、医師らに伝える手紙の

ようなものと考えてください」と説明した。

セミナーを受けたLWを作りたいと思った人は、医師や看護師による約30分の個別面談を受けることができ。さらに主治医と話し

て文書を作成させる。人工呼吸器や透析、抗生物質など8項目の治療を受けるか、選ぶ。約4年で2

33人がセミナーを受け、60人が作った。

島根大病院はこの春、終末期の治療について元気な人も対象に、事前要望書の登録を始めた。8カ月間で

48人が社会福祉士と個別に面談。36人が作った。「こんな書類を探していた」

「作成して、さすがにいい気持ちになった。一生懸命生きます」などの感想が寄せられた。

小林祥泰学長は「納得のいく最期を迎えるには、早くから家族や主治医と話し

ておくことが大事。そのき

（注外配子）

朝日新聞社 無断複製転載を禁じます。すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。

願いノートに書き残す

最期の選択

④

最期について考えることを手助けする。そんな書籍やノートが相次いで発売された。それらを活用して地域のお年寄りに紹介する取り組みも始まった。

「びんびんころりが理想といいますが、今や、それが難しい時代なんです」

滋賀県守山市で10月にあった地域のお年寄りの集い。看護師の山田登喜子さんが約30人に、人生の設計図や老いについて語り、事前指示書「私の四つのお願い」を紹介した。

四つとは、「あなたの代わりには医療や介護に関する



看護師の山田登喜子さん（右）が「私の四つのお願い」を紹介したお年寄りの集い＝滋賀県守山市

判断をしてほしい人」「望む医療処置・望まない医療処置」「人生を充実させ、快適に過ごすために望むこと」「大切な人に伝えたいこと」。

「今から考えておけば、

自分らしく生きることを可能になります」と山田さんが呼びかけた。

参加者の一人、樋口一雄さん（76）の妻（当時72）は昨年3月、自宅で亡くなった。認知症などを患って寝

たきりが続き、最期は肺炎で容体が急変した。ずっと介護してきた一雄さんには、妻の希望を確かめるすべがなかった。「これではなかったのか。もっとしてほしいことがなかったのか。今も時々、考える。独り暮らしの自分が今後、倒れたらどうなるのか。近くに住む息子に「老衰なら昔からの栄養などは要らない」と伝えたい。集いの後、そう話した。

「私の四つのお願い」は、米国で約100万人が利用するという「5つの願い」を相模原市の内科医、箕岡真子さんがアレンジした。国内外の文献を調べ、たどり着いた。

5年前から医師や看護師向けの講演会で紹介するうち評判になり、ワールドプランニング社が2011年に出版した。2100円。

「家を終のすみかだ」と活動してきたケアマネージャ

「でももある山田さんが「お願い」の存在を知り、簡略版を使って、出前講座を企画した。山田さんは「病院には長く入院できず、先の行き場も治療方針も」どうしますかと聞かれる時代、「一緒に考えましょう」と

言っています。他にも、医師らでつくる「自分らしく生き」「死に」を考える会」の「私の生き方連絡ノート」は、483円。日本医療福祉生活協同組合連合会の「じぶんらシート」はウェブ上から無料で印刷できる。コクヨS&Tの「もしもの時に役立つノート」（1470円）は25万部売れたという。箕岡さんは「だれもが、いつか、意思表示できなくなる。周囲に心を聞いて話しておいてほしい。介護保険サービスを受け始めるような段階で、皆が最期にどうしたいか、書面で残しておくのが理想だ」と話している。（注外配子）

朝日新聞社 無断複製転載を禁じます。すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。

記者有論



科学医療部 辻外記子

終末期医療 本人の希望に沿うものに

命はだれのもので、終わりをどう決めるべきか。最近、よく考える。

朝日新聞社が日本老年医学会と共同で終末期の高齢者への胃ろうなど、人工栄養の調査をしたところ、千人の医師の半数が1年以内に、中止や差し控えを経験していた。

医学的な理由の他に、家族の希望や、本人の苦痛を長引かせる判断したためだ。

「一分一秒でも命を永らえさせること」を何よりの使命と考えてきた医師が、生活の質や家族の思いに配慮し、患者の死にも向き合い始めていることを実感した。

学会は8月末、終末期の高齢者の人工栄養についての指針を発表した。病状や年齢だけでなく、本人の価値観や生き方を考慮し、医療者と患者側が十分な話し合いをして決めていくこととするものだ。私

もこの動きに期待している。

私は半年前、70歳間近の父を亡くした。入退院を繰り返して、肺炎が悪化した。人工栄養の一つ、中心静脈栄養を始めても回復せず、量を減らしながらやめてもらった。

私たち家族は、父から何度も延命措置を望まないとの思いを聞いてきた。最後に入院した時、父は筆談で「えいよろ」とって「と栄養の中止を求めた。だから方針に迷いはなかった。それでも医師から「どうして? 本当にいいんですか?」と聞かれ、私たちの選択は正しくないのか、悩み、苦しんだ。

病院にも医師にも感謝している。でも、もう少し早くから、本人の価値観を重く受け止めてくれていれば、父の苦痛や家族の苦悩は減ったのではないかと、と今でも思う。人工栄養の中止も選択肢と

する学会の指針を運用していく上で「本人の思いより、家族の都合が優先されては困る」と心配する医師もいる。介護できないから栄養は不要という家族、患者の恩給や年金をあてにし、どんな状態でも長く生かして欲しい、と懇願する家族もいると聞く。

そうした懸念も十分に理解できる。家族の都合が最優先にならないためにも、終末期を自分はどう迎え、締めくくりたいのか、日頃から、身近な人に死生観を伝えておくことが大切になるはずだ。

日本老年医学会の先月の学術集会では「本人が何を求めているかを推定して寄り添う」という主張に、共感が寄せられていた。命は、自分自身のものだ。生き続けることも終わりにすることも、本人の希望に沿うものであってほしいと思う。

アメリカでは

2014年夏、米国国務省主催の医療政策プログラムに参加。5都市を巡り約60人に話を聞いた。

ユタ大のジェイ・ジャコブソン名誉教授（内科医）

「end of life care」を研究

- ・誰もが愛する人に囲まれ、自宅で死にたい。情報が豊かで、選択肢が多い状態を望んでいる
- ・人生の質と長さ、どちらを優先させるか。その回答は難しい。病状の変化により思いは常に変わる
- ・書類があればよいが、8割は持っていない

・患者の望みを家族に聞くことが、希望をかなえる手段の一つ。だが話をしていない家族も多い
【改善策】

→自分の体験や経験によって、人の気持ちは変わる。同じ病の患者でもう助からないという人、回復した人に会ってみたらどうか

→POLST(生命維持治療に関する医師指示書)の使用率を高める

体験に基づいて行動が変わるからこそ、事前の準備は難しい

エンド・オブ・ライフケア 導入の動き

人工呼吸器・胃ろうは、退院は…

最期の選択、患者と共に



患者の希望は何か。かなえるためにはどうしたらよいか。ケアの専門チームで話し合う＝愛知県大府市の国立長寿医療研究センター

命の限りが近づいた患者が、人工呼吸器をつけるか、栄養補給はどうするか。そんな難しい患者や家族の決断を、専門チームが手助けするケアが少しずつ広がってきた。エンド・オブ・ライフケアという。がん以外も対象で、意識がはっきりしない高齢者らの思いや望みも推しはかかって、家族らと満足いく最期を探ろうとしている。

国立長寿医療研究センター（愛知県大府市）は2011年10月、呼吸器が専門の医師や看護師、薬剤師らによるエンド・オブ・ライフケアチームを立ち上げた。国内では珍しい取り組みだ。
エンド・オブ・ライフケアは、90年に米国の医師が「本人が望む通りに過ごせるよう支援する」と緩和ケア関連の学会で発言したことに始まる。その後、欧米では少しずつ広まった。

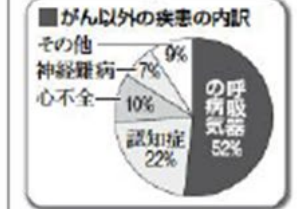
このケアは、主治医から依頼を受けて、専門チームが行う。患者の心身の痛みを和らげ、どこでどのような治療を受けたいか、家族や患者本人が決めるのを手助けする。チームは、家族らから元気だった頃の患者の性格や言動などを聞き取る。病棟スタッフをまじえ、週に1度、話し

合う。誤嚥性肺炎を繰り返す認知症患者に胃ろうをつけるか。重い肺炎の患者に人工呼吸器をつけるかといった方針を決める。本人が自宅で過ごしたいと希望しても、家族が介護に自信がないと認めることもある。家族に負担がかからない方法を示し、実現できそうな退院の時期を探る。チーム専属の緩和ケア認定看護師、横江由理子さんは「患者も家族も、医師が言うことの半分も理解せず、決めるをえないう場合も多かった。納得のいく決断へ導くお手伝いをしている」と話す。

チームは半年間でがんのほか、呼吸器の病気や認知症などの患者109人の支援をしてきた。

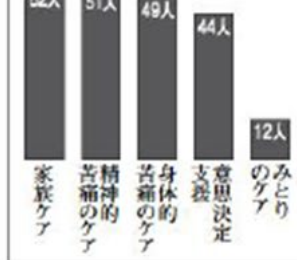
国立長寿医療研究センターのエンド・オブ・ライフケアチームの実績

2011年10月～12年3月、西川誠一医師ほか



チームが介入した内容

109人、複数回答



と判断したからだ。点滴を1日に500ccの水分を補給していた。
数日後、担当医からチームに今後の治療方針の決定についての依頼があった。横江さんが「頑張れる？」と女性に聞くと、首を横に振った。「余計なことではしてほしくない？」の問いにうなずいた。約2週間後、女性は意欲から降る雷を見て「葉になられた」とつぶやいた。家族には「世話になった」と話した。

チームは、点滴の水分量を1日200ccにし、様子を見てさらに減らした。心電図モニターや膀胱に入れた管も外した。一方、家族が週ごとやすいよう4人部屋から個室に移し、女性が好きだったお風呂の回数を増やした。
最後の入浴から2日後の2月末、女性は「なくなった。義理の娘(33)は」穏やかにすつと運じた。ここで「くくなる」とができた本当に良かった」と話す。

がん以外にも対象

エンド・オブ・ライフケアは、がん患者以外の患者も対象にしている。がんの末期の場合、栄養や水分の過剰な補給は、患者の苦痛になると考えられるようになってきた。一方、がん以外の高齢者らについて、どこまで治療やケアをするべきか、議論が本格化したのは最近のことだ。望めば延命できたり、家で過ごせたり、過ごし方は多様化している。

日本人には、面と向かって、死について語り合うことを避ける傾向があることも、こうしたケアが広がりない背景にある、との指摘もある。
そんな中、ケアを担う人材育成の動きも出てきた。千葉大学大学院看護学研究科は2年前、エンド・オブ・ライフケア看護学の講座を開いた。昨年度から終末医療や哲学の授業をしている。ケアを実践できる看護師を育てるプログラムづくりも計画中という。

結論を出すには、時間や経験のある支援者が必要だ。だが、これが多い、どう評価するか、課題も多い。今の診療報酬の仕組みでは、がんとエイズ以外の患者に緩和ケアをしても医療機関は報酬を請求できない。収入にならないと、どうしても、技術や時間が必要でケアは広がりにくい。また、

(注外記事)

記者有論



科学医療部 辻 外記子

尊厳死法案 人生の最後をどう生きるか

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。いわゆる「尊厳死法案」が、早ければ今国会に、議員立法として提出されそうだ。

私は「延命治療が患者の苦しみを長引かせることがある」と考え、法案が早く提出されれば良いのと思ってきた。だが、超党派の議員連盟ができて9年。いまま反対の声が根強い状況を見るにつけ、何かが足りないと感じるようになった。

この法案は、本人が延命治療を望まないことが書面などで明らかで、回復の見込みがなく死期が間近と2人以上の医師が判断した場合、延命治療をやめても、医師は責任を問われないというものだ。

しかし、事実上「死を急がされるのではないか」という不安は消えない。中でも障害者団体は「生きる権利が奪わ

れる」と強く反対する。患者本位というが、一部の患者の意思が尊重されるだけではないか。そんな疑念が、この法案への理解を妨げている。

米国で始まった「エンド・オブ・ライフケア」という考えがある。人生の最終段階を迎えた患者が、どんなケアを受けたいか。看護師らのチームが、本人の希望の把握に努める。価値観を重視するため、同じ病状であっても、人によって選択は異なる。国内でも採り入れる病院が出てきたが、まだ少ない。

「尊厳ある死」の前に、「尊厳ある人生の最終段階」を担保する、こうしたケアを広めることが重要だ。

厚生労働省が昨年度、「終末期」という呼び方を「人生の最終段階」に変えようとした案も、医療行為だけでなく、個人の生き方に着目す

べきだとの考えからだろう。

医療技術の進化と共に、私たちの選択肢は広がる一方だ。「もう治療は不要。穏やかな最期を迎えたい」という願いと同時に、「もっと生きたい。頑張る」という思いをかなえる道も必要だろう。患者に必要な情報を伝え、様々な選択をサポートする態勢づくりを急いでほしい。

意識障害や認知症のため、本人の希望がわからないという難題もある。回復の見込みがなくなった時にどこまで治療をしてほしいか、家族らと事前に話し合い、思いを共有しておくことも大事だ。

よりよい最期は、それぞれの思いが反映されてこそ。一般の人に、この法案にもっと関心を持ってもらいたい。そして様々な場面で、患者の意思が尊重される工夫を、ひとつひとつ積み重ねたい。

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

話し合いにより大きな変化が生まれる可能性があります。

1. 考えてみましょう
2. 信頼できる人が誰かを考えてみましょう
3. 主治医に相談してみましょう
4. 話し合いましょう
5. 伝えましょう

人生の最終段階における医療体制整備事業
木澤義之・神戸大病院特命教授編集

ACP

- 生きる時間が限られているとしたら、あなたにとって大切なことは？
- こんな最期はいやだな、こんな治療やケアはいやだなと感じたことは？
- 「生き続けることは大変かもしれない」と感じるとすればどんな状況になった時か？
- 大変と感じる状態になったらどのように過ごしたいか？ その理由は

ACP

● 医療代理人; あなたの代わりに医療やケアについて相談し話し合う人のこと

● 誰に頼む？

配偶者／子ども／きょうだい／親戚／友人

なぜその人をお願いしたいか、理由は

● 医療代理人になってほしいと本人に直接伝えている？ その理由は

ACP

- 自分の考えを伝えられなくなった場合にどのような治療を望むか その理由は
 - 延命を最も重視／延命効果を伴った基本的、一般的な内科治療／快適さを重視
- してほしい、してほしくない治療やケアは？
- どこで治療やケアを受けたいか
 - 病院／自宅／それ以外（具体的な場所）

最期に受きたい治療は？

■意思決定計画の愛称募集

患者本人が望む医療やケアを最期まで受けられるよう、あらかじめ家族や主治医と繰り返し話し合う取り組みについて、厚生労働省は13日、愛称の募集を始めた。「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼ばれ、「患者の意思決定支援計画」と訳されることもある。愛称で知名度を上げ、死に関わる話題への抵抗感を和らげたいという。

9月14日到着分までを候補にし、今秋に選定委員会で選ぶ。委員会にはタレントの小籾千豊(こやぶ・かずとよ)さんや放送作家の小山薫堂さん、サントリーホールディングス社長の新浪剛史さんが参加する予定。

2018年8月14日 朝日新聞 朝刊27ページ

朝日新聞社に無断で転載することを禁じる 承諾番号:19-2930

ACPの愛称を募集
どんな名に????

最期の迎え方 対話重ねて

人生の最終段階で、望んだ医療を受けられるようにするための指針の改定案を厚生労働省がまとめた。積極的な治療を望まない、自宅や介護施設で最期を迎えたいといった希望に沿えるように患者や家族、医療者らが繰り返し話し合うべきだとする内容を加えた。有識者会議に17日に示し、おおむね了承された。

医療指針 11年ぶり改定へ

指針は2007年、富山県定。どこで過ごしたいか、食射水市民病院での延命治療中 べられなくなったときにどう止が社会問題化したことなど してほしいか。思いは病状のを受けてできた。初の内容改 変化などにより変わって定で11年ぶりとなる。07年の 定。このため、方針を決める指針は患者本人の意思決定を 話し合いを繰り返し行うこと基本とし、主治医の独断でな 報を提供し、話し合いの内容を医師以外のスタッフも入っ たチームで判断するとした。 は文書にまとめる。

改定案は、この原則は変え 認知症や病気の進行で患者 ずに病院だけでなく介護施設 の意思が確認できないことも や自宅でも活用しやすくす ある。この場合も家族らと話 る。看護師や社会福祉士、介 する。意思が表明できなくな 護支援専門員、介護福祉士ら める。意思が表明できなくな ったとき、誰に自分の思いを

治療法・過ごす場所…患者の意思優先

推定してもらおうか、前もって決めておくことも推奨する。 合意できない場合は、第三者が入った場を設けて検討、助言をする。第三者には、医療倫理に詳しい専門家や患者の担当ではない医療・介護スタッフが例示された。

厚生労働省は2月にも国民から意見を募ったうえで、案を確定。年度内に自治体や医療機関に通知する。

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、年間の死者数は2040年に168万人のピークに達する。12年の内閣府の調査で最期を迎えたい場所を聞くと、5割超が自宅と答えた。一方、15年の人口動態統計によると、亡くなった場所は自宅約13%に対して病院約75%。希望と実態に隔たりがあり、患者の思いをどうかなえていくかが重要な課題になっている。(野中良祐)

「人生会議」！

■「最期」への対話「人生会議」

望む医療やケアを最期まで受けられるように、家族や主治医と繰り返し話し合っておく取り組みについて厚生労働省は30日、愛称を、「人生会議」とすると発表した。「いいみどり」の語呂に合わせ、11月30日を「人生会議の日」に決め、広報していく。8月から公募し、1073件の中から聖隷浜松病院看護師の須藤麻友さん(29)の「人生会議」を選んだ。

2018年12月1日 朝日新聞 朝刊37ページ

朝日新聞社に無断で転載することを禁じる 承諾番号:19-2930

救急不搬送10年で1.5倍

本人が拒否／現場で応急処置

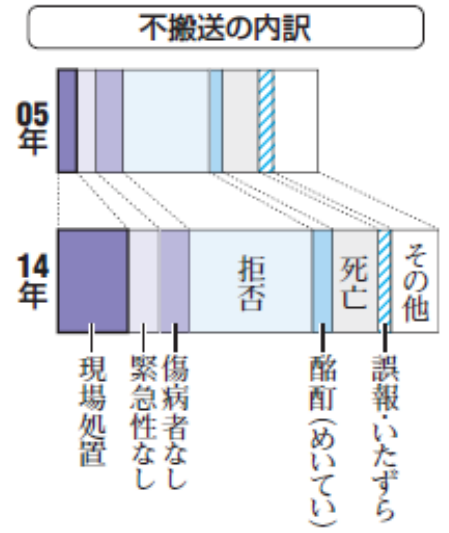
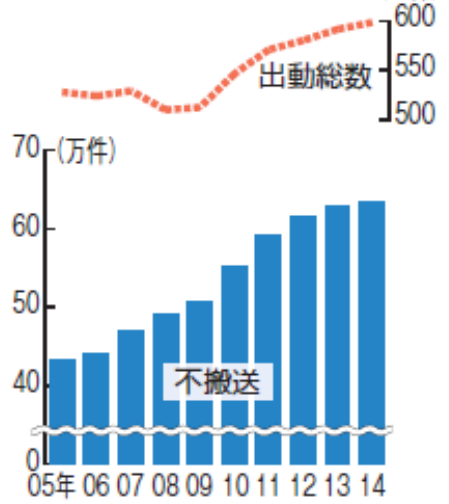
119番通報で出動した救急隊が、誰も運ばずに引き返す「不搬送」が、2014年までの10年間に約5割増えたことが、総務省消防庁への取材でわかった。高齢化などで緊急性の低い通報が増えていることが一因と見られる。「空振り」の出動が増え続けると、重症者の搬送に影響する恐れがある。▼3面「困ったら通報」ジレンマ

公開請求して得たデータによると、14年の不搬送は63万4千件。05年(43万3千件)と比べて46%増えている。一方、救急車の出動総数は59.8万件で、同じ期間では13%増にとどまっていた。出動に占める不搬送の割合は、大阪府(14.4%)や兵庫県(12.9%)、東京都、埼玉県(どちらも12.8%)など大都市圏で高かった。不搬送の理由は、家族らが通報したが搬送を拒む

「拒否」(32%)が最も多く、隊員が応急処置をして医療機関に搬送しない「現場処置」(18%)が次いだ。けが人や病人がいなかった例や、誤報・いたずらは計11%だった。具体的には▽体調が心配で救急車を呼んだが、隊員に血圧などを測ってもらい安心した▽家族が救急車を呼んだが、本人は病院に行く意思がない▽到着時に明らかに死亡していた――な

急変時に救急車呼ぶ？

救急隊の出動総数と不搬送の推移
数字は救急車の出動のみ (万件)



ど。高齢化や携帯電話の普及で、結果的に緊急性が低くても、119番する人が増えているとみられる。救急隊は現在、どんな通報でもほぼ出動している。山形市で11年、一人暮らしの大学生が自宅から通報したが、市消防本部が「意識や呼吸がしっかりしている」として救急隊が出動せず、

死亡した事件が起き、この傾向が強まっている。地域によっては、全ての救急隊が出動している事態が散発している。出動の増加に歯止めがかからないと、現場への到着に時間がかかり、一刻を争う重症者の搬送に影響しかねない。消防庁は、どんな理由で不搬送が起きているか把握

するため、自治体が担っているデータの集め方を見直す検討を始めた。救急業務に詳しい杏林大学の橋本雄太郎教授(医事法)は「救急隊の現状が市民や医療者に理解されているとは言いがたい。行政は困っていることをきちんと伝え、議論を深めるべきだ」と話している。(阿部彰芳)

「心肺蘇生望まぬ」救急現場であった 55%

昨年 全国の消防本部

対応方針を策定 45%

救急現場で終末期の患者側から心肺蘇生を拒否する意思を示されたケースが昨年、全国の728消防本部のうち、55・4%にあたる403消防本部であったことが総務省消防庁の調査でわかった。在宅医療が広がる中、救急隊員が難しい判断を迫られている現状が浮かんた。

▼34面||みとる家族は消防庁は5月、心肺蘇生を望まないと伝えられた際の対応について検討部会を設置。全消防本部に初めてアンケートを実施し、すべてから回答を得た。消防法は、救急搬送や心肺蘇生などを救急隊の業務と定めているが、蘇生中止に関する規定はなく、来年1月ごろまでに部会の意見をまとめる方針。

アンケート結果によると、心肺蘇生を拒否する意思を示されたケースは昨年、全体の半数超の403消防本部であり、少なくとも計2015件に上った。

拒否の意思が示された場合、「対応方針を定めている」と回答したのは45・6%。内訳は「心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する」が60・5%、「医師からの指示など一定の条件の下、蘇生を実施しない、または中断できる」が30・1%と分かった。

患者の意思を伝えたのは家族、介護施設の職員、医師の順で多く、本人の意思を示した書面で把握するケースもあった。

部会長を務める樋口範雄・武蔵野大特任教授（医療倫理）は「延命治療が難しい人生の最終段階で、自分の死をどう迎えたいか考える時代に、救急隊員が困惑している実態が明らかになった。部会で一定の方向性を示したい」と述べた。（角拓哉）

© 朝日新聞社 無断複製転載を禁じます。すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。

最期は蘇生望まないが：119番

回復の見込みがないならば心肺蘇生は受けず、穏やかな最期を迎えたい……。こんな思いを持つ人が増える中、昨年だけで全国のも割超の消防本部の救急隊が出勤後に、心臓マッサージや人工呼吸などの中止を家族らから求められていた。救急車はなぜ、呼ばれたのか。

▼1面参照

みとる家族「動転」 救急隊割れる対応

患者の意思に沿い、心肺蘇生をやめた事例 消防庁の資料から

① 50代女性
胃がんで自宅療養中に呼吸状態が悪化。家族がかかりつけ医から病院に運ぶよう指示され、119番通報

→ 心肺蘇生を望まないとの家族の申し出があり、救急隊がかかりつけ医に確認。蘇生をせずにかかりつけ医へ搬送

② 90代女性
高齢者施設入所中に意識がなくなり、職員が119番通報

→ 処置開始後に到着した家族から蘇生を望まないと言われ、救急隊がかかりつけ医に確認。蘇生を中止、かかりつけ医へ搬送

③ 90代男性
高齢者施設入所中に意識がなくなり、職員が119番通報

→ 救急隊が処置中にかかりつけ医が到着。蘇生不要の指示書類が示され救急隊は蘇生を中止、引きあげた



埼玉県所沢市など5市を所管する埼玉西部消防局は昨年、蘇生を望まない患者の意思が示された際の手順書をまとめた。まず心肺蘇生を始め、かかりつけ医に連絡して指示があれば蘇生をやめる。今年8月までに14件が対象になり、うち8件で中止。トラブルは今のところないという。

担当者は、家族が本人やかかりつけ医と話し合い、みとる方針を確認しているも、「何とかして欲しい」と家族らが救急車を呼ぶケースもあると言う。「受け入れがたいところがあるのではないか」

消防庁の調査でも、本人が蘇生拒否の意思表示をしていたのに家族らが救急車を呼んだ理由を聞くと、「気が動転、パニックになった、どうしたらいいかわからない」が176件で最多。かかりつけ医に連絡がつかなかったり、突然の出来事に家族や福祉施設職員が慌てたりしたケースがあった。次いで「家族間の情報共有不足や意見の不一致」が71件と多かった。

会田薫子・東京大特任教

蘇生望まないのに119番

授(臨床倫理学)は「みとりの体制整備など救急車を呼ぶ前の段階で解決するべき課題は多い。消防組織だけでなく、地域医療全体の中で考えていく必要がある」と指摘する。

厚生労働省は3月、終末期医療の指針を改定し、最終段階で受けたい治療やケアを家族や医療者と話し合っただけでなく、「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」の考えを盛り込んだ。自身の考えを周囲に伝えることで、希望に沿わない蘇生を減らすことにつながる」と期待されている。

今年度からは施設でのみとりを後押しするため、深夜や早朝でも医師が往診できる体制を整えた特別養護老人ホームの報酬を厚くした。ただ、報酬の増額では解決しない課題も多い。

島根県出雲市で特養などを営む社会福祉法人「ひまわり福祉会」の常陸実・理事長は「本人や家族が蘇生

を望んでいなかったとしても、遠い親戚が「救急車を呼ぶべきだ」と異議を唱えることはよくある」と話す。

そもそも救急隊には患者を助ける責務がある。119番通報された以上、患者の意思だから心肺蘇生をやめてほしいと言われても、法令上不明確な点も多く、現場は対応に悩んできた。今回の調査では、蘇生中止を求められた際の対応が消防本部ごとに割れている状況も明らかになった。

ただ、中止を認める動きは徐々に広がっている。救急医や消防職員らが参加する日本臨床救急医学会も17年春に提言を発表。蘇生の開始を原則とし、かかりつけ医などに連絡して医師の指示があれば、中止できる手順をまとめた。

厚労省の昨年度の意識調査では、末期がんなどで心肺停止になった際、心肺蘇生を望まない人は約7割いた。(阿部彰考、水戸部六美)

記者有論

科学医療部

つじと きこ
辻 外記子

治る見込みのない病気になったとき、どんな治療やケアを受けたか。そんな患者の望みはどうすればかなえられるのか。この夏、米国務省が主催する医療政策のプログラムに参加したり、日曜版グローブの特集「生の終わりに」の取材班に加わったりし、自分の最期について、家族らと話しておくことの重要性を改めて感じた。人工呼吸器をつけたカレンさんの尊厳死を巡る論争が1970年代にすでにあった米国。薬物などを使い死期を早める安楽死を認める法律を3州がもち、はるか先をいく国だと思ってきた。だが研究者に話を聞くと、地域差が大きく、課題は日本とさほど変わらない気がした。

倫理に詳しいユタ大学のジェイ・ジャコブソン名誉教授は「終末期の希望がはっきりしている人は少なく、一緒に暮らす家族にも伝わっていない」と言う。まるで日本のような。「病状と共に、気持ち揺れる。どうするか判断は難しく、任される側の負担は重い」と続けた。スタンフォード大学のフィリップ・ピッツ教授は「死に関する議論が足りないため、終末期に適切なケアができないことがある」と指摘した。

ピッツ教授ら21人の有識者は9月、米国医学研究所のもとで「米

親しい人に語ることから

私の最期

国での死」と題した報告書をまとめた。米政府や国民に、医師らへの教育や、対話形式で患者の価値観や希望を聞いておくことの重要性を提言した。そのプロセスは、高齢でなくとも、病気が深刻でなくとも、それぞれが家族らと十分に会話することで始まると示す。話しにくいテーマを、周囲とどう共有するか。事前指示書やエンディングノートと呼ばれる書面に、希望を書いておくことも一つの手段だ。書くことをきっかけに、議論は深まると私は漠然と思ってきた。だが書こうとすると、死への現実味が増し、逆に家族と話すのが嫌になる。国内ではそんな調査結果がある。

グローブで紹介すると、「書けないのも普通と納得、安心」というお便りももらった。書けなくても悲観することはない。私自身、記事の掲載前に家族に自分の考えをつらつらと話したが、その内容や記事がエンディングノート代わりで、ノート自体は白いままだ。

「日常会話の中で、娘たちにそれとなく話すことも良いのかしらと思いましたが」というお便りも頂いた。「そうですね」と独りごちた。目的は、考えること、希望を伝えること。その後で書面に書き留めたいと思えば、なお良い。親しい人に語ることからまず一歩、進みたい。

グループワーク より良い死に方とは？

みなさん、自身の生き終え方について考えたことはありますか？

- ・人生最終段階（終末期）の治療への希望は？
- ・どこで過ごしたい？
- ・何を優先したい？
- ・誰に決めてほしい？