

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 全体
◆内容： ガイドラインのあり方 について

(2) ご意見

終末期にその人の命をどうするかについては、その場で考えなければならないことがたくさんある。簡潔明瞭なガイドラインを目指すなら最小限を規定すべきであるし、人工呼吸などの延命治療の中止という深い部分まで踏み込むガイドラインにするのであれば、想定されるさまざまな状況に対して細かく規定したガイドラインにする必要がある。今回のガイドラインは簡潔明瞭に書こうとしているが深い部分まで踏み込んでいるので、結果的に「帯に短したすきに長し」になってしまって、実際の現場では有効に機能しない可能性が高いと考えたが、ないよりは良いかもしれない。本決まりになるまでに、十分議論が尽くされて、誰から見ても納得がいくものになってほしい。またその結果に応えられるだけ、国民の中での死に対する考察も深まることも、同時に期待する。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： (3)

◆内容： 多専門職種からなる委員会の設置について

(2) ご意見

病院、施設の規模などによりその内部のみで当該の委員会を設置困難な場合があるでしょう。そこで、地域、周辺の医師会をまとめた単位に特命委員会を設けて（県医師会でも可）、必要ならば終末期医療について相談できるようにしてはどうでしょうか？

どのように「生き抜くか」、「最後を迎えるか」は生への考え方からくるものであり、個々人によって自ずと違って来る。終末期医療の判断に躊躇する、又はそもそも困難な事例もあります。そこでは関係者の合意が得られないものの、しばしば「とりあえず何々を」と何らかの行為がなされます。これが結果的にはその後の終末期のあり方を決定してしまう。即ち、決断するのではなく成り行き任せになる。やはり、最初、初期（修正可能な時期）の段階で終末期のあり方を確かにしなければなりません。そこで、上記のようにより専門、経験のある委員会を置いて医療機関が困った時に気軽に相談して最初から適切な対処がとれるようにすべきであろう。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： /

◆内容：終末期医療及びケアの在り方について

(2) ご意見

1. 不快な症状等の緩和の一助として、
歯科医師等による口腔ケアが必要
と考える。

2. 歯科口腔外科を標榜する

歯学部附属病院等で口腔がん
の治療が実施されていることから

医療・ケアチームの一員として歯科

医師も明記する必要があると

思う。（「2. 決定手続き」も同様）

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1

◆内 容： 終末期医療のあり方 について

(2) ご意見

医療チームには、どのような専門職種が必要なのか、看護チームの話し合いに、患者自身や家族はどのように参加できるのか、を検討することが重要だと思います。

また、どのような場合であっても、安楽死や自殺幫助は認められないと、考えることさえ拒絶するのではなく、認められる可能性があるのか、あるとすればどう言う場合なのかについて議論すれば、より望ましい医療や看護のあり方を考える際に役立つと思います。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2

◆内 容：患者の意思がわからない場合 について

(2) ご意見

患者の意思を家族の話から推定するのは無理でしょう。あくまで家族の意見として考えるべきです。患者にとっての最善の方針もわかるわけはなく、やはり周りのひとびとにとっての最善の方針と考えるべきです。それゆえ、患者の意思は末期になる前に、元気なうちから、確認しておく体制が大切と考えます。

50歳代、女性、医師（勤務）

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 3

◆内 容：合意が得られない場合 について

(2) ご意見

委員会を別途設置するのではなく、さらに必要と思われる倫理学等の専門家を加えて話しあうべきだと思います。 もとのチームが一番状況に通じているわけなので、あくまで彼らが中心となって何度も話し合うべきでしょう。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号：2（1）

◆内容：患者の意思の確認ができない場合 について

(2) ご意見

当院は、多くの2次救急病院と同じく日常的に多くのCPA患者を扱う病院で、夜間や時間外(これは通常の時間の3/4を占める)にこうしたことが発生している。また、厚労省の政策の一環としての医療費削減や新研修システムの結果として医師減少をこうむって勤務する医師が減少している。終末医療すなわち挿管や心臓マッサージを行うか否かの決定を行う場面は、癌患者が主ではなく通常のこうした2次病院では多くは緊急に来院した患者においてである。この点、統計では全く不明である。すなわち、問いとして、延命の患者はどういう場合に発生しているかという点につき吟味が必要であり、ことがん患者のような慢性疾患の患者を念頭に、このような議論を行ったとしても、解決できるのは多くて20%程度の場合に過ぎないと思われる。がん患者が確かに多く、重要な問題だとしても、このような問題だけに、国費をつぎ込診、ガイドラインらしきものを作成するのはいかがかと思われる。ちょっと想像をしてもらえば、日本中の多くの病院で、心停止や脳死に近い患者(多くはお年寄り)に対して、人工呼吸器治療を選択するかどうかについて、専門委員会を作成して云々というのは、確かに聞こえはいいものの非現実的である。もし、国がまじめにこの問題に取り組もうとするのであれば、365日24時間その決定を担わされているきわめて疲弊しきった医師たち(こうした医療が日本の政治的決定によりG8の国で最低となっているのは厚労省が最もよく知っているとことと思われるが)の代わりに電話一本でこうしたことを国の責任において5分以内に対処できるシステムを構築することが基本だと思われる。G8最低の医師数の現場の時間外に合議で決定するという責任逃れの政策を作成したというお題目を唱えてもなんら実効的ではなく、一部の特定機能病院などのみが可能なだけで、日本の多くの、特に地方の医療を担う病院の現状からして、単にお茶を濁しているに過ぎないとしか思えない。現状の医療経済で、こんなことに時間外にいちいち会議を開ける救急病院があるとはとても思えない。現状の医療現場は、各医師が寝る暇や休日も働いてようやく維持できているのに、この上こうした会議でなどというものしばしば開催することを現場に押し付けて国が責任逃れをするのならば、現場はますます混乱を呈するし、恐らく多くの病院はこうした意思決定をしなければならない救急患者を受け入れるのを拒否するのは明白である。この点熟慮されたい。末期癌患者をどうするかは実は大半問題なく処置されており、実はさほどの問題ではない。日本中の問題の多くは時間外救急患者の咄嗟の処置で生じていることを十分認識して議論していただき、現場を混乱させる結論を出すのをさせていただきたい。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号：

◆内容：全体を通じて

(2) ご意見

全体を通じて、2点あります。

1点目

インフォームド・コンセントの理念や患者の自己決定権から逸脱しています。例えば、「1 終末期医療及びケアのあり方」では、「① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、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慎重に判断すべきである」としています。これでは、患者の意思決定の後に、医療者による「慎重な判断」となり、患者の意思決定は何のためにあるのかわかりません。「医療者による慎重な判断」は、患者（と家族）の意思決定を支援するためにあるのが、インフォームド・コンセントの理念です。

したがって、①は「終末期における医療内容の開始、変更、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慎重に判断された医学的妥当性と適切性を基にして患者が意思決定できるように支援し、それによる患者の自己決定を尊重すべきである」とするのが妥当です。

2点目

「患者にとっての最善の治療方針」が数カ所出てきます。インフォームド・コンセントや患者の自己決定という理念は、権利概念の他に、「患者にとっての最善の治療方針」を患者以外の者が判断することは論理的に不可能という現実から出てきました。この点につきましては、米国でインフォームド・コンセントの成立過程から明らかです。したがって、例えば、「(2) 患者の意思の確認ができない場合」の①は、「家族等の話等から患者の意思が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」ではなく、「家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、その推定意思を尊重する」にするのが妥当です。（この点、②も同様、③は困難に遭遇しますが、第三者機関（倫理委員会）などの判断になるでしょう。）

50歳代、男性、医師（勤務）

意見

項目番号 1-①

内容 構成される医療・ケアチーム

意見

具体性に欠ける。

スタッフ、職種の少ない小さな病院も想定して欲しい。

意見

項目番号 2(2)②

内容 家族の助言

意見

このような場合どこまで家族の助言を尊重するか。たとえば、チームはこれ以上継続しても意味がないと判断。しかし、家族は徹底的に継続希望。どちらを尊重するのか。もし、家族ならば、このガイドラインを作る意味がない。

意見

項目番号 2(3)

内容 委員会を別途設置

意見

だれが設置するのか。自分の病院で1の①の医療ケアチームを作れるかどうかの小規模病院では不可能。国が県が設置しておいてくれて、それを利用できるということなのか。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号：__2__ - (2) _____

◆内 容：植物状態を終末期医療に含めて扱うべきではない
について

(2) ご意見

千葉療護センターは自動車事故による脳損傷で植物状態あるいはこれに近い
重度の後遺症を持った患者を専門に治療する病院です。

一般に植物状態は回復が困難と考えられていますが、適切な治療をすれば改
善が見られる場合があることは多く経験しています。またその生命予後も交
通事故による植物状態の場合を見ると比較的良好で、終末期の定義である「死
期が迫っている状態」ではありません。

平成6年5月26日の日本学術会議・死と医療特別委員会報告—尊厳死につ
いて」<http://www4.ocn.ne.jp/~tachi/gakujyutukaigi-houkoku.htm> におい
ても、4. 延命医療中止の条件の項で「・・・医学的に見て患者が回復不能の
状態（助かる見込みがない状態）に陥って居ることを要する。単に植物状態
にあるだけでは足りない」とされています。

諸外国には植物状態の定義はいろいろありますが、我が国では文書化された
定義としては1972年に日本脳神経外科学会から出た、植物状態の定義が
唯一のものと思います。この定義によると、簡単な命令に応じる場合も植物
状態に含めています。

以上のように、植物状態の患者の中には、ある程度のコミュニケーションが
とれ、生命予後も比較的良好な状態の者も含まれていて、適切な治療により
改善している事実があります。

よって植物状態の患者を終末期医療に含めて扱うことは人道的にも問題があ
ると思われます。

平成16年の終末期医療に関する調査等検討会報告書では植物状態について
触れられていますが、以上のような理由から植物状態は改善を目指して積極
的な治療を行うべき状態であり、終末期医療の中で植物状態が扱われること
について危機感を抱くものであります。

50歳代、男性、医師（勤務）

前略

ネットにて「終末期医療に関するガイドライン」に関するご意見の募集についてを拝見しました。

終末期医療は国民の多く実際に自分たちが遭遇する可能性の高い問題として関心を寄せており、このような形で意見を述べる機会を与えていただけることは、まさにIT時代ならではの方法で、このようなことを実行された貴局に敬意を表します。

1) 植物症の定義について

我が国における明文化された植物症の定義は1972年に日本脳神経外科学会から出されたものが唯一のものと思われます。この定義は現在行政方面でも遷延意識障害の定義として使われる場合が多く見られます。この定義では命令により手を握る程度の認知機能のある場合も植物症としています。一般には植物症は2004年の終末期医療に関する調査等検討会報告書に見られるように「周囲に対する意識がなく、言語や身振りによる意思の疎通ができない」状態と理解されています。植物症の議論をする前提として、まず、植物症の定義をしっかりと定めそれを国民に周知させていただきたいと思ひます。

2) 植物症診断の困難性

いかなる植物状態の定義においても、ある時点で植物症であるか否かを判断するのはかなり困難です。海外の論文においてもその誤診率は28%、37%、43%などの驚くべき数字が報告されています。これは法的脳死診断と大きく違うところです。また、私自身も、入院してくる患者で前の病院主治医は認知機能が確認できないとしていた患者が入院時点で認知機能の確認できる場合も数例以上経験しています。

3) 植物状態患者の回復の可能性

植物状態は一般に回復不可能とされていますが、千葉療護センターでは多くの植物状態の患者が機能改善を示しています。また、海外の論文の大部分が少数ではあるが回復する症例があることを認めています。

4) 植物状態の患者の生命予後

植物状態の患者はその状態に陥ってから数年以上生存するケースが多く、特に交通事故などの外傷による若年者の例は数十年生存しその間にある程度の改善の見られる場合

も多く、決して、治療の可能性がない死期の迫っている状態ではありません。

5) 世界的傾向

全世界的に見ると、近年の植物状態に対する議論は、植物状態は痛みもつらさも認知できないのだから、水と経管栄養を中止してもよいのではないかという議論が盛んでした。私が植物状態の患者の家族と多く接した経験から、我が国においてはその国民性からこのようなことは多くの場合受け入れがたいとの印象を強く持ちます。海外においてもごく最近このような傾向に反する動きが出てきているように思います。添付資料3末尾の前ローマ法王の発言、添付資料4の最新のサイエンスに掲載された論文などから、今後高度先進医療機器を使用した植物症における脳機能の研究により、植物症のように見えても脳が機能していることが明らかにされる可能性があります。

以上の様な理由から、現時点で終末期医療の対象として、植物症を含めることは不適當で、あると考えます。

[Redacted text block]

以上私見も交え、率直に意見を述べさせていただきましたが、お役に立てば幸いです。よろしく願いいたします。

2006. 9. 26

[Redacted text block]

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1 - ①
◆内容： 医療・ケアチームについて

(2) ご意見

終末期における医療内容の開始、変更、中止などは、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべき。また2-(3)ではもう一つ別途に同等の委員会を設置しとある。

終末期医療においては開始、変更、中止は病状によりタイムリーに判断が下されることが必要である。なんでも協議で決めるなら医者は要らない。

医療は担当医と本人と家族の同意で、本人と家族の責任で方針が決まる。終末期医療も例外ではない。終末期において何が問題になるかといえば、医療が介入したために自然の死を迎えられなくなった状況か、死の苦痛に医療が介入することにより、死を早めてしまう状況である。この辺の定義をあいまいにしていると、通常の医療行為まで煩雑な手続きを必要とし、終末期の特殊で重要な問題は何も解決しない。

他職種の専門家をチームとして二種類も集めることは難しいので実際には行なわれるという保証はない。また委員会が持つ責任があいまいである。結果に責任を持つのは、主治医でなく委員会なのかと思う。わかりにくい判断がまたそこに出来てしまう。行政が行なうべきことは、終末期の問題を正確に具体的に把握し何が必要なかを考えることである。

現場の困惑は、臨死期に人工呼吸器をつけたり、経管栄養のチューブを入れたりする死の回避処置を行なわなかった場合や、いたずらに死期を延ばしていると考えられるわかりきった段階で行なわれる医療行為に、どのような責任問題が発生するのかわかりきらないという身近な問題である。

法整備は国民にも拘束力を持つがガイドラインは担当者だけである。現場で終末期医療の方向性を決めているのは多くは国民で、国民の意識が変わらないとうまくいかない。年金恩給が切れると困るから一日でも長く生かしてくれなどという人のために医療現場は混乱している。起きていることを具体的に検討して問題解決のために法整備することを方針とするべきである。

自然に訪れる死は本来医療の対象ではない。皆保険における死の意味づけを国民的課題にするべきで、ガイドラインでお茶を濁し、現場の責任体制を崩しても仕方がないのではないかと思う。

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」へのご意見

1. ご自身の属性について（※ 必ずご記入ください。）

①年齢： 6 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

②性別： 2 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

③職業： 3 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2 (1)

◆内 容： 患者の意思が確認できる場合 について

(2) 意見

患者の意思が確認できるできないを論じる前に、もっと積極的に患者の意思を確かめる方策を講じることを、ガイドラインに盛り込むべきである。

すなわち、意識がなくなってしまうたり、あるいは、高齢や認知症等のために理性的な判断ができなくなってしまう前に、終末期になったときは、自分はどのようにしたいかという意思（リビング・ウィル）を書くことを日本社会としても、医療・ケアチームとしても推進すべきであることをガイドラインに盛り込むべきである。

そのためには、このようなリビング・ウィルを尊重すべきであるとの法制化も進めるべきである。

リビング・ウィルが一般的となり、これを尊重すべきことが謳われれば、射水市民病院事件は事件にならなかったと思う。政府としても、このような社会を作っていくべきではないか。

個人のリビング・ウィルは優先的に尊重されるべきであり、たたき

台にあるように、「その合意内容を文書にまとめておくもの」とは違う。これでは、医療側のパターンリズムになる恐れがある。ただし、1③にあるように、たとえ患者の意思であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認めるべきではない。

(1) ご意見を提出される点

- ◆項目番号： 2 (2)
- ◆内 容： 患者の意思が確認できない場合 について

(2) 意見

1) 家族の意向よりも、あくまでも本人の意思が尊重されるべきであることをガイドラインに盛り込むべきである。日本における脳死移植において、家族の意向が本人の意思よりも優先されているのは、日本国憲法第13条（自己決定権）違反である。したがって、意識がなくなってしまうたり、あるいは、高齢や認知症等のために理性的な判断ができなくなってしまう前に、必ず自分にも訪れるであろう終末期において、自分はどのようにして欲しいかという意思（リビング・ウィル）を確認することを、日本社会としても、また、医療・ケアチームとしても積極的に行うべきであることをガイドラインに盛り込むべきである。

2) 患者の終末期医療に関し、決定権を持つのは、医療・ケアチームでもなく、家族でもないことを、ガイドラインにおいて明記し、決定は(3)に書かれている「多専門種からなる委員会」においてなされるべきである。

3) どの時点で判断を行うべきかをガイドラインに盛り込むべきである。医療・ケアチームが判断してから、家族の意向を聞くという形がよいと思う。勿論、医療・ケアチームが判断する前に家族からの申し出があれば、その時点で判断すべきと思う。