

第2回 終末期医療のあり方に関する懇談会

議事次第

平成20年12月15日(月)
17時00分～19時00分
中央合同庁舎5号館 9階 省議室

議題

1. 「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム設置について
2. 終末期医療のあり方について(ヒアリング)

橋本 操	日本ALS協会会長
藤田 敦子	特定非営利活動法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表
井形 昭弘	日本尊厳死協会理事長
池主 憲夫	社団法人日本歯科医師会常務理事
土屋 文人	社団法人日本薬剤師会副会長

3. その他

(配布資料)

資料1・・・「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム設置について(案)

資料2-1・・・橋本参考人資料

資料2-2・・・藤田参考人資料

資料2-3・・・井形参考人資料

資料2-4・・・池主委員資料

資料2-5・・・土屋参考人資料

「終末期医療に関する調査」結果を解析するための ワーキングチーム設置について(案)

○ 背景

第1回終末期医療のあり方に関する懇談会において、「終末期医療に関する調査」結果の解析が必要であると意見が出されたことから、ワーキングチームを設置する。

○ メンバー

池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教授
伊藤 たてお	日本難病・疾病団体協議会代表
川島 孝一郎	仙台往診クリニック
林 章敏	聖路加国際病院緩和ケア科医長
町野 朔	上智大学大学院法学研究科教授
ワット隆子	あけぼの会会長

(50音順)

○ スケジュール

12月中に、「第1回ワーキングチーム」会議を開催し、その後数回の会議を経て、1月中を目途に「終末期医療に関する調査」結果の解析(案)を「終末期医療のあり方に関する懇談会」に提示する。

生の環境崩壊

平成20年12月15日

日本ALS協会

会長 橋本 操

懇談会目的

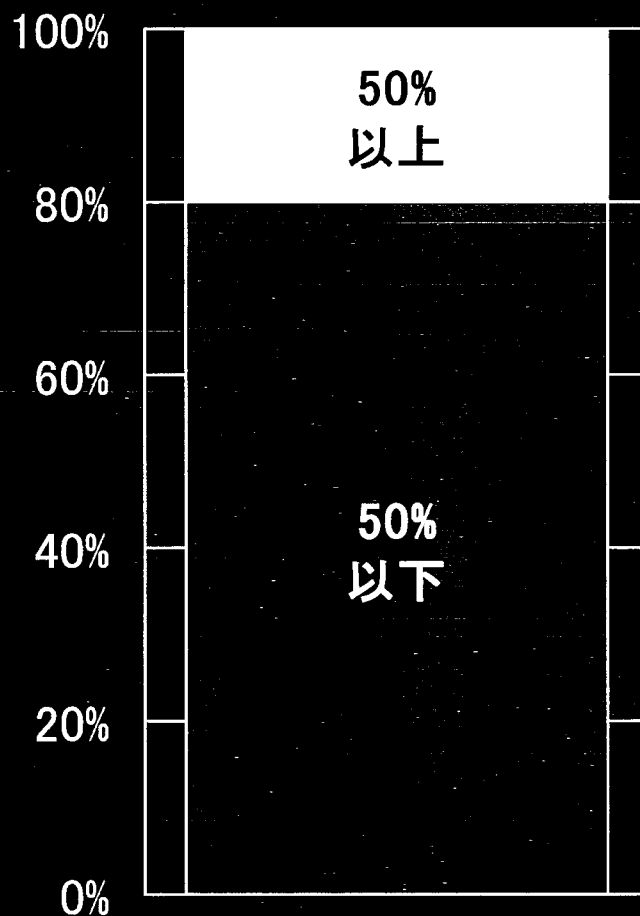
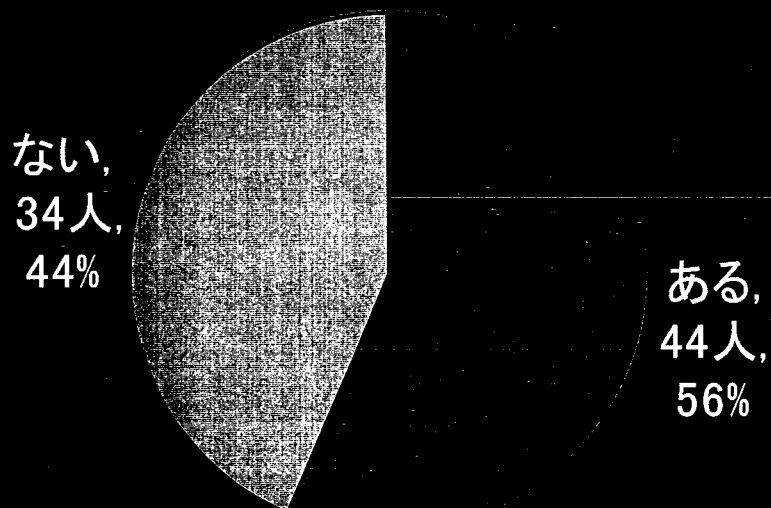
患者の意思を尊重した
望ましい終末期医療のあり方検討

できるか

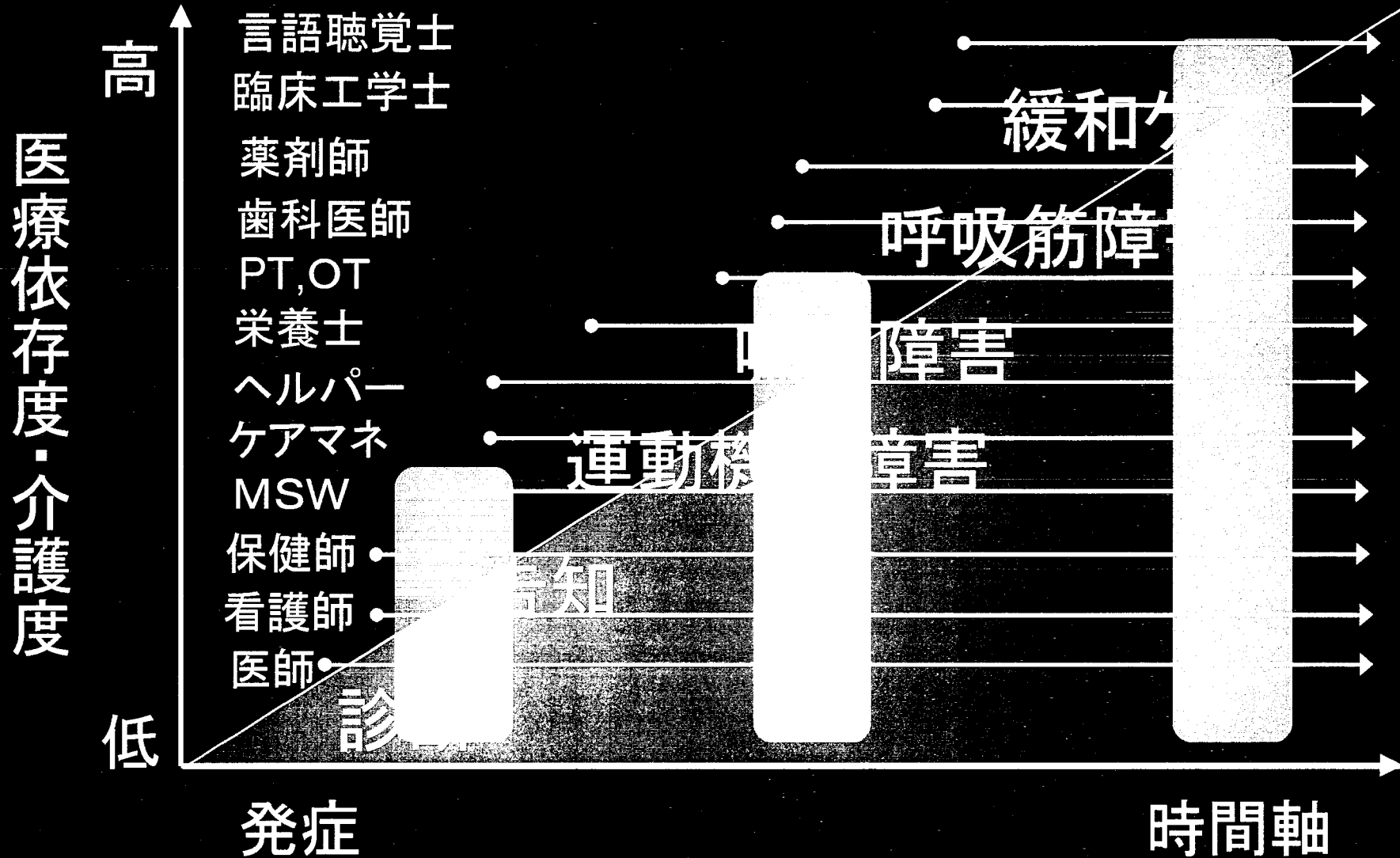
医療・保健・福祉関係者の対応・言動への不満

不満を感じた人のうち、相手へ自分の本音を何割位伝えることができたか

不満を感じた割合



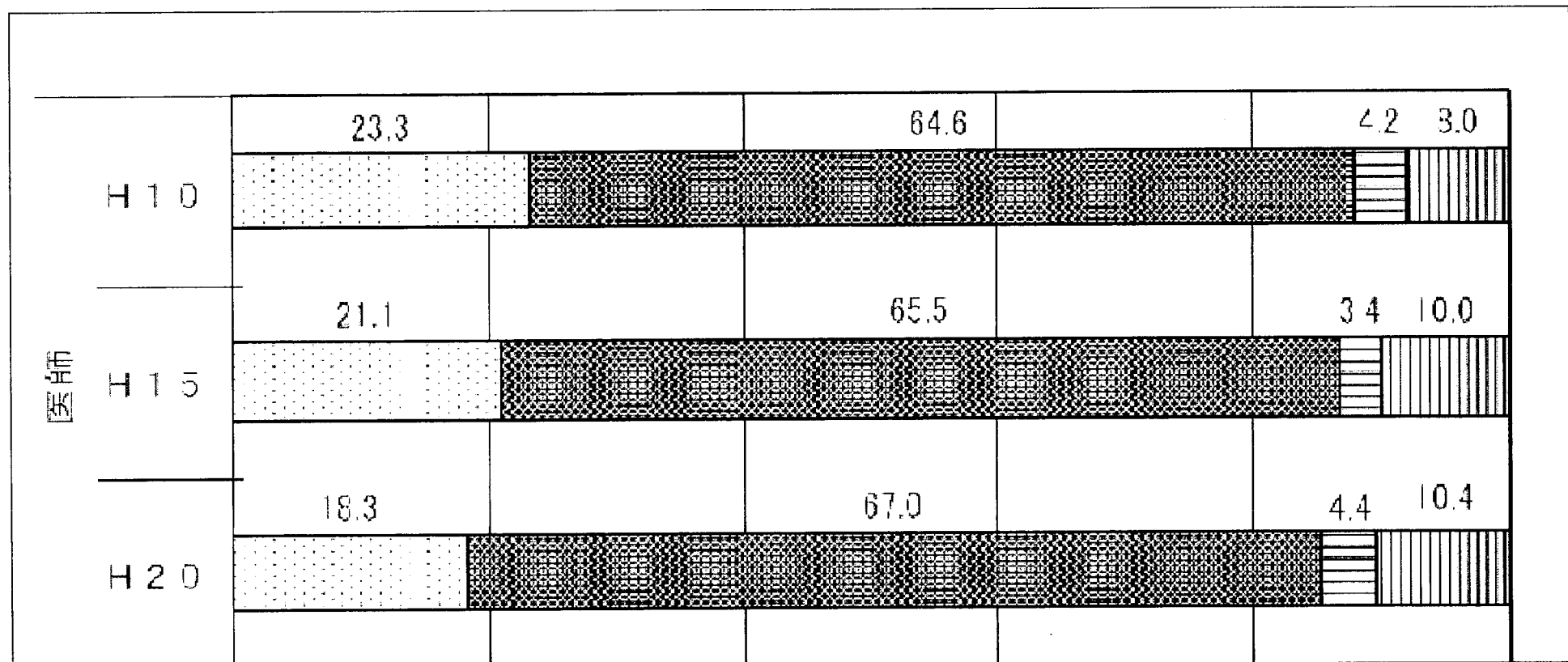
経時での課題



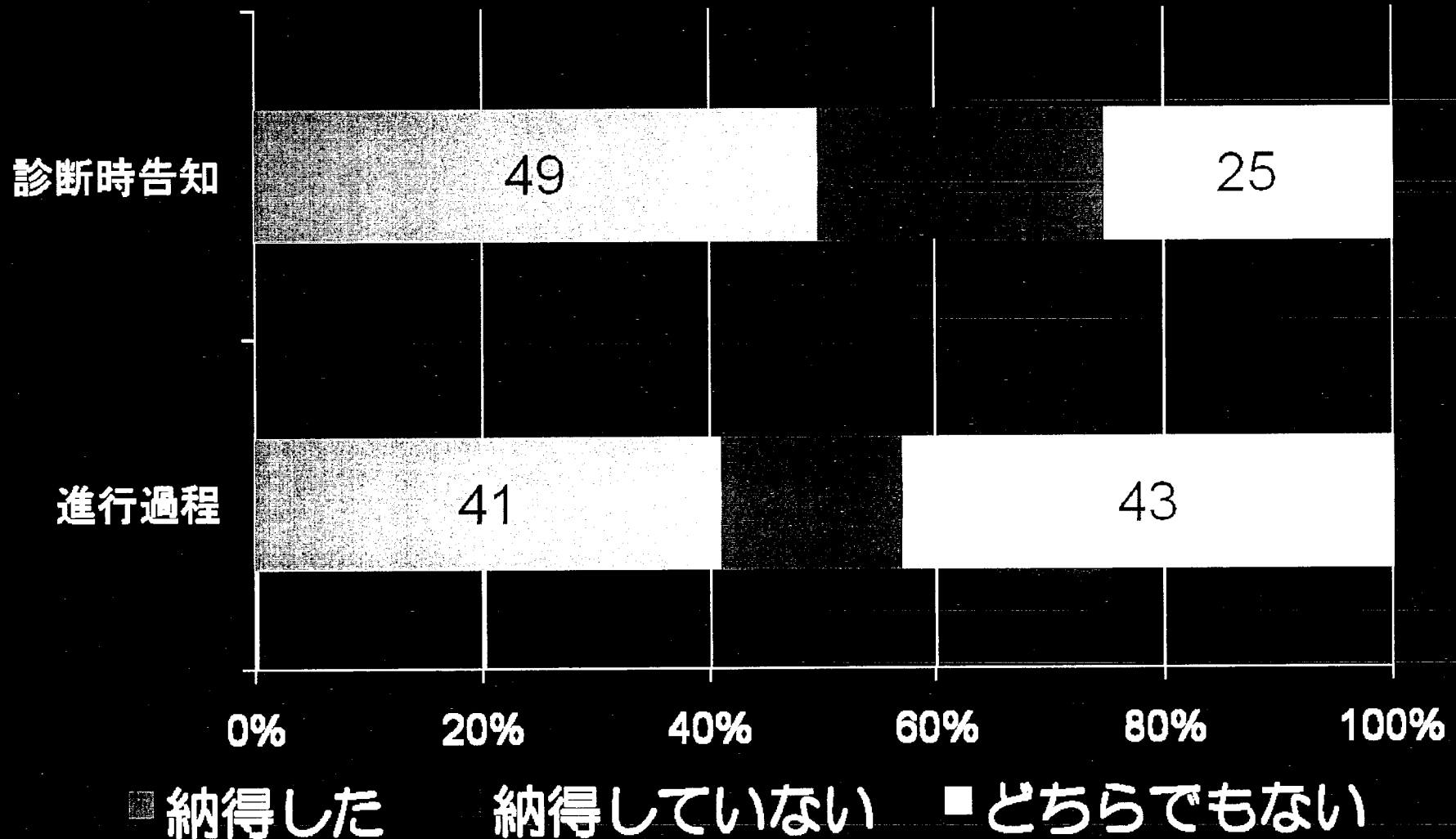
「納得」 — 医師の視点 —

【(医療従事者) 問7】

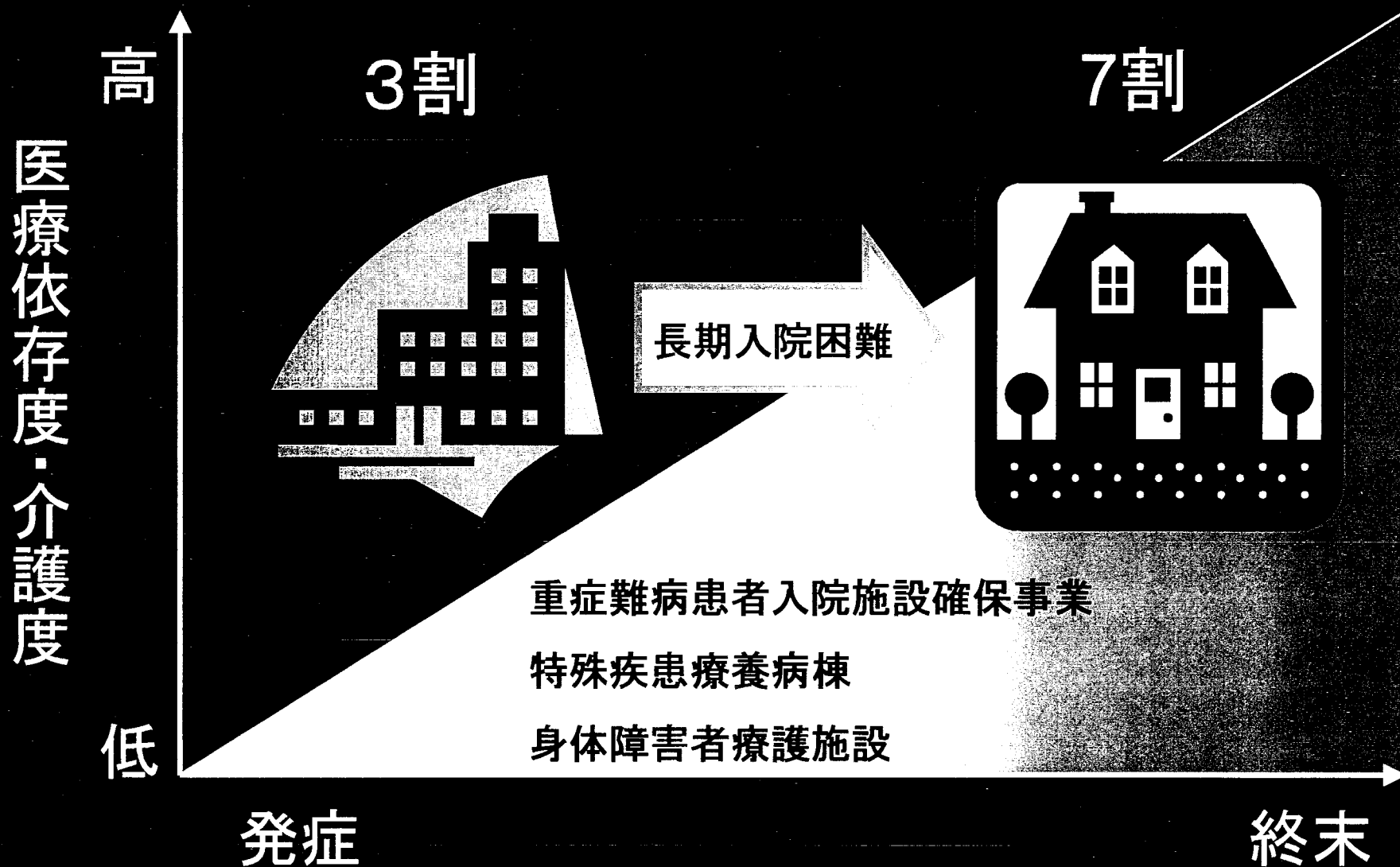
あなたは病名や病気の見通しについて、患者（入所者）や家族が納得のいく説明ができていると考えていますか。(〇は1つ)



「納得」—患者の視点—

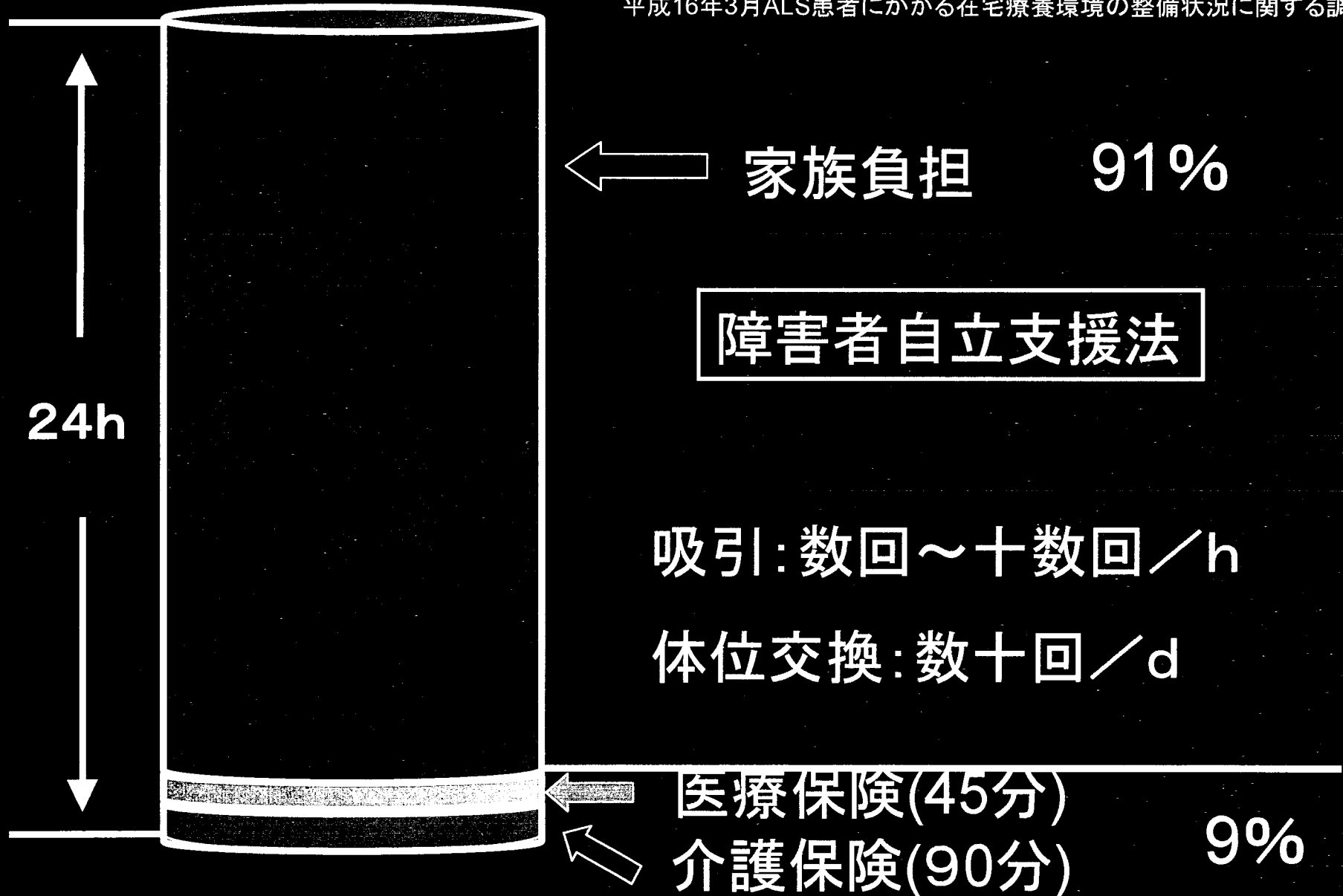


療養環境の崩壊

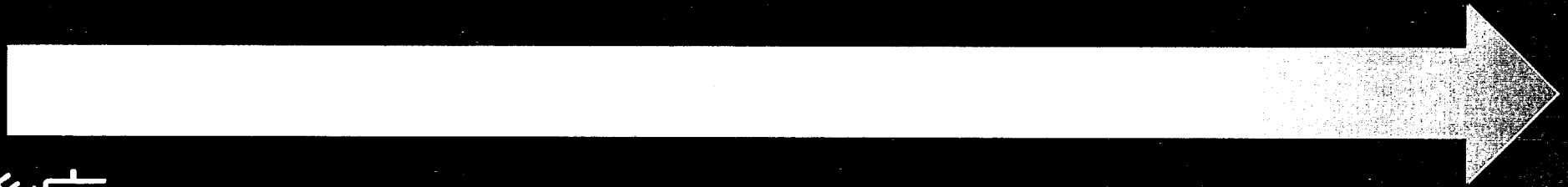


在宅介護の脆弱さ

平成16年3月ALS患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究



政策優先順位は

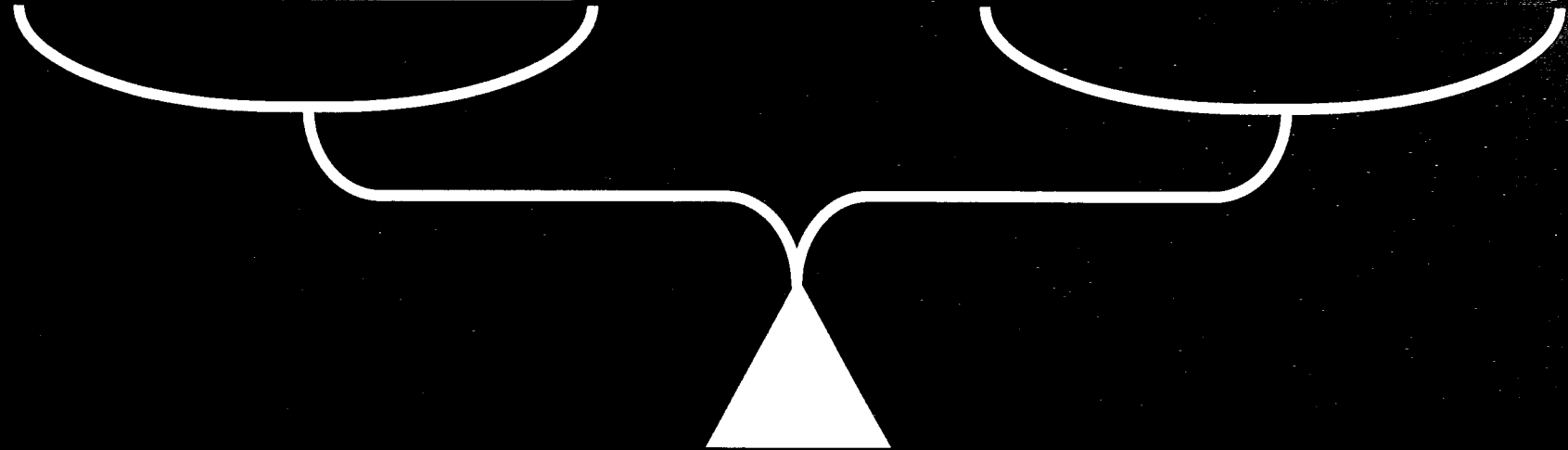


発症

本音・納得・環境崩壊

生の
環境整備

環境整備



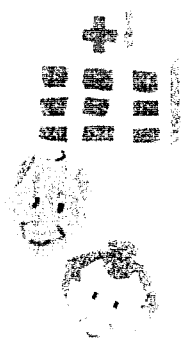
あるALS療養者の場合

- 60歳
- 一人暮らし(独居)無職
- 身障手帳1級、四肢麻痺
- 要介護度3(6月)
→要介護度5(11月)
- できれば治療を続けて生きていきたい
- 長期入院先がない
- 「早く一筆書くように」と言われて悩んでいた



「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 における手続きの流れ(イメージ図)

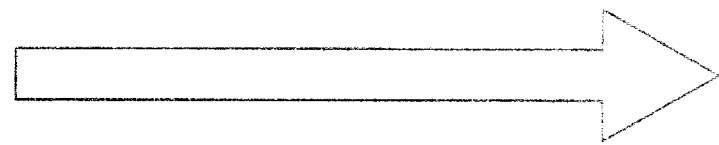
患者の意思が
確認できる場合



**意思決定の
前に**
**どのような
相談支援が
必要なのか**

患者の意思が
確認できない場合

- 患者の意思を確認できる場合
- 患者の意思を確認できない場合は、十分に話し合う等



医療・ケアチームで
病態等のため決定が
困難な場合

多専門職種から
なる委員会



・複数の専門職で構成
・治療方針等について
検討・助言を行う

助言

家族の中で意見が
まとまらない場合等



終末期医療及びケアの方針決定

相談支援の不足

- 区役所や福祉事務所で手続きしたいが、外出支援がない。自宅で転倒、骨折。
- 要介護度3. 料理は家事援助ヘルパーの作り置き。食事介助がなく食べられない。
- 家族がいない。→ケアマネや保健師の負担増→倦厭される。→要介護度3でもすでに支援もケアもかなり難しい。
- 一度入院すると二度と在宅に戻れない。
- 長期入院はできないから、呼吸器は付けてもらえない。

周囲の者の負担が圧力に変異

- 進行性神経難病、悪化する一方。
- 次第にコミュニケーションが困難に。
- 業務以外のさまざまな仕事が発発的に生じる
- とても支えきれないと思う。生きていても辛いだけなのではないかと思う。

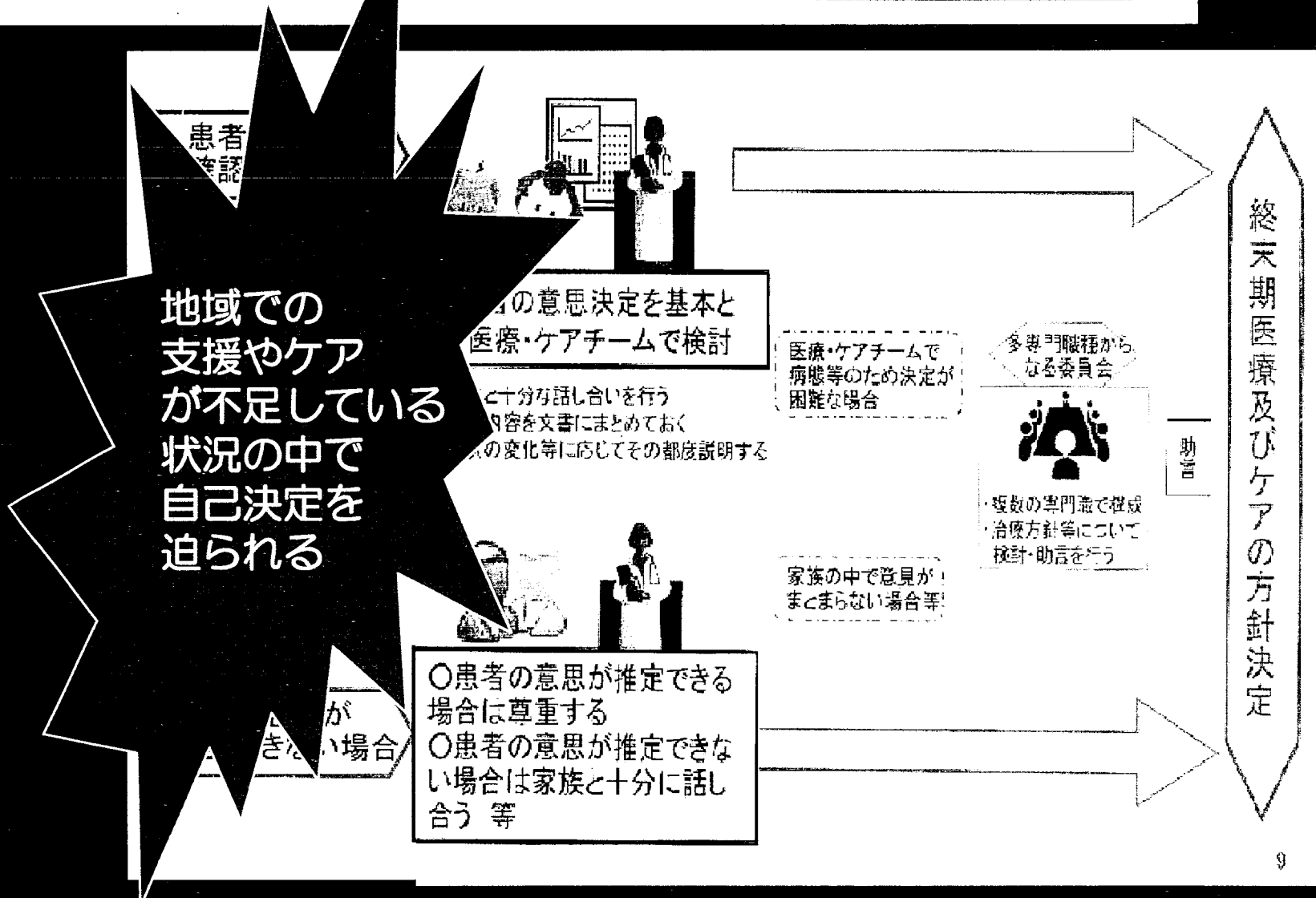
→

「家族がいないのに、呼吸器なんて無理」「一度つけたら後悔しても外せないよ」

「早くどうするか、決めてください」

- 【調査】呼吸療法前のALS患者には、どのような相談支援や介護が必要なのだろう。
- 【中間報告】(資料参照)
 - ・ 制度へアクセスできない。
 - ・ かなりの相談支援が必要だが、制度でカバーできず、「制度の谷間」になっている。
 - ・ 業務外の仕事の負担は計り知れない
- 社会の
- 満足な支援ができない。それではQOLが低くなるから、善意で治療を
-

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 における手続きの流れ(イメージ図)



地域における患者の意思決定をささえる支援

月	日にち	時間	支援内容
4月	4月12日	17:00～21:00	自宅訪問(療養環境調査)
	4月13日	17:00～21:00	自宅訪問(療養環境調査)
	4月14日	17:00～21:00	自宅訪問(療養環境調査)
	4月16日	15:00～17:00	カンファレンス参加(支援体制調査)
	4月17日	14:00～15:00	保健士に相談
	4月20日	15:00～16:00	支援体制の相談(デイケア)
	4月27日	17:00～21:00	自宅で転倒:自宅訪問(状況把握のため)
	4月28日	18:00～22:00	自宅で転倒:自宅訪問(状況把握のため)
	4月29日	17:00～18:00	30日より緊急入院のためペットを預かりに行く
5月	5月2日	(13:00～14:00)	カンファレンス(支援体制調査と今後の方針検討)
	5月4日	(15:00～17:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)
	5月5日	(15:00～17:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)
	5月6日	(13:00～14:00)	娘さんと電話(これまでの状況・家族の思い・調査)
	5月10日	(17:00～19:00)	Drと病院訪問(入院の状況把握・今後の意思確認)
	5月14日	(13:00～16:00)	病院訪問(支払いの代行)
	5月17日	(16:00～21:00)	東京(打ち合わせ)
	5月18日	(13:00～17:00)	東京(重度訪問養成講座参加・K氏と打ち合わせ)
	5月20日	(18:00～19:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)
	5月25日	(13:00～16:00)	病院訪問(支払いの整理・代行)
	5月29日	(13:00～16:00)	病院訪問(支払いの整理・代行)
6月	6月2日	(15:00～17:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)/甲谷さんお見舞
	6月5日	(13:00～15:00)	病院訪問(支払いの整理・代行)
	6月6日	(18:00～19:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)
	6月7日	(19:00～20:00)	学生ヘルパーへの説明
	6月10日	(18:00～22:00)	学生ヘルパーへの説明・支援の打ち合わせ
	6月13日	(18:00～19:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)・12日のカンファでの退院後のプランを本人と話し合う
	6月16日	(13:00～15:00)	病院訪問(支払いの整理・代行)・傷病手当の記入と病院への届け
	6月22日	(16:00～22:00)	病院訪問・支援の打ち合わせ
	6月23日	(14:00～22:00)	病院訪問・その後支援の現状報告・打ち合わせ・学生ヘルパーへの説明
	6月24日	(10:00～20:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)・自宅環境調査・支援の打ち合わせ・入院生活支援・自宅へ郵便物
	6月25日	(14:00～19:00)	外出支援(ペット危篤)・リハビリ技師より日常生活の介助に関する助言を受ける・外出届代筆・病院～デイケアの送迎・デイケア内での介助・携帯電話のプリペイドカード購入・ATMでお金の引き出し

6月26日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)・支援体制の調査・打ち合わせ・入院生活支援・携帯電話介助(ケアマネと連絡)・公衆電話介助(福祉事務所との交渉)・自宅へ郵便物、エンシュア、傷病手当申請書、年金の入った袋、湿布剤、軟膏を取りに行く。
6月27日	(10:00~21:00)	外出支援(区役所へ障害年金への切り替え他サービスなどの聞き取りと自宅へ郵便物を取りに行く)・外出届代筆・病院~区役所~自宅の送迎・入院生
6月28日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)・支援体制の調査・打ち合わせ
6月29日	(10:00~22:00)	病院訪問(入院の状況把握・調査)・16:00~外出支援(甲谷氏オープニングパーティ)・支援の打ち合わせ
6月30日	(10:00~21:00)	病院訪問(カンフェレンス参加→退院後の生活調査)・打ち合わせ・入院生活支援・宇多野病院主治医に意見書の依頼

7月1日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院・退院後の支援調査)・打ち合わせ・新学生ヘルパー希望者への説明
7月1日	(21:00~25:00)	入院生活支援・スペースALS DIにて打ち合わせ
7月2日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院中・退院後の支援調査→京都難病支援センター)・打ち合わせ・入院生活支援・難病相談支援センター訪問
7月3日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院・退院後の支援調査)・NS・看護師長と話し合い・打ち合わせ・入院生活支援
7月4日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院・退院後の支援調査)・看護師長と話し合い・ケアマネとの打ち合わせ・入院生活支援
7月5日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院・退院後の支援調査)・打ち合わせ・傷病手当記入と届け
7月5日	(15:00~14:00)	自宅から病院にエンシュアを届ける・入院生活支援
7月6日	(10:00~19:00)	病院訪問(入院・退院後の支援調査)・打ち合わせ・入院生活支援・外出先での介助(食事介助・トイレ介助)・外出支援(医療的ケアネット(京都アスニー)講習会参加)・病院~京都アスニーの送迎
7月7日	(19:00~00:00)	退院後の打ち合わせ
7月8日	(16:00~23:00)	カンフェレンス参加(退院後の支援体制)・事業所他打ち合わせ・入院生活支援・病院~梅津富士園の送迎・外出先での介助(移動介助・移乗介助)
7月9日	(13:00~19:00)	退院後の支援体制・事業所・学生ヘルパーと打ち合わせ
7月10日	(13:00~21:00)	入院生活支援・外出届代筆・病院~梅津富士園(ケアプラン受け取り)および自宅の送迎・自宅の掃除・整理・外出先での介助(食事介助・トイレ介助)
7月12日	(17:00~22:00)	自宅の掃除・整理・外出届代筆・入院生活支援・タクシーへの移乗介助(行き先の案内)・自宅から病院まで送る

7月

7月13日	(13:00~22:00)	入院生活支援・退院に必要な荷物の整理・タクシーへの移乗介助(行き先の案内)・外出先での介助・退院・自宅で在宅生活の打ち合わせ
7月16日	(18:00~20:00)	新学生ヘルパー希望者への説明と在宅生活の打ち合わせ
7月18日	(13:00~17:00)	外出支援(仏教大学での当事者講演)
7月19日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
7月20日	(18:00~22:00)	在宅生活支援の打ち合わせ(学生ヘルパー等)
7月21日	(13:00~15:00)	外出支援(重度訪問養成講座参加)
7月22日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導・収支の管理と指導
7月24日	(18:00~20:00)	新学生ヘルパー希望者への説明
7月25日	(13:00~18:00)	住居探し(相談・下見)
7月26日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
7月28日	(13:00~18:00)	住居探し(相談・連絡)
7月29日	(15:00~18:00)	住居探し(連絡・下見)
7月29日	(19:00~20:00)	Sさんに住居探しの報告・間取りの説明
7月30日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
※)入院生活支援・外出先での介助の内容として、食事介助・煙草介助・移乗介助・移動介助・トイレ介助・買い物があり必要があれば行った。		

8月	8月2日	(18:00~20:00)	在宅生活の調査・収支の管理と指導・傷病手当記
	8月2日	(13:00~18:00)	住居探し(相談・連絡)
	8月3日	(13:00~18:00)	住居探し(相談・連絡)
	8月4日	(18:00~20:00)	在宅生活の調査
	8月6日	(13:00~16:00)	在宅生活の調査・収支の管理と指導・支払いの代行
	8月7日	(13:00~14:00)	住居探し(相談・連絡)
	8月10日	(16:00~20:00)	在宅生活の調査
	8月12日	(13:00~14:00)	転居先の大家さんとの交渉(物件要改修のためいつから見学可能か)・不動産業者との連絡
	8月13日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
	8月15日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
	8月18日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの調整・話し合い
	8月19日	(17:00~20:00)	在宅生活の調査
	8月24日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの調整・話し合い
	8月27日	(11:00~17:00)	重度訪問養成講座に即して学生への介護説明
	8月28日	(13:00~17:00)	重度訪問養成講座に即して学生への介護説明
8月31日	(15:00~19:00)	重度訪問養成講座に即して学生への介護説明と今後の打ち合わせ	

9月1日	(19:00~8:30)	学生ヘルパーの夜勤指導
9月3日	(13:00~14:00)	不動産業者との連絡(物件の竣工予定日確認)
9月4日	(18:00~20:00)	在宅生活の調査
9月8日	(18:00~20:00)	在宅生活の調査
9月11日	(18:00~20:00)	在宅生活の調査
9月16日	(15:30~19:00)	医療的ケアの指導(バイパップ・胃糞管理)
9月18日	(15:30~19:00)	医療的ケアの指導(バイパップ・胃糞管理)

9月

9月18日	(15:00~16:00)	不動産業者との交渉(貸付制度の申請中であるために支払いが遅れる旨)
9月18日	(17:00~17:30)	不動産業者との連絡(保証人は不要・条件として入居者の収入が確認できる書類)
9月21日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの調整・医療器具の話し合い
9月22日	(12:00~13:00)	新居の下見
9月22日	(15:00~17:00)	社会福祉協議会に福祉資金貸付制度の相談
9月26日	(10:00~20:00)	外出支援と新居訪問, 引越し準備についての打ち合わせ
9月26日	(16:00~20:00)	Sさん自宅で貸付制度の必要書類(免責)を探すが、見つからず
9月26日	(17:00~17:30)	スカパーの解約手続き
9月27日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの調整・在宅支援体制の話し合い
9月28日	(15:00~16:00)	不動産業者との交渉(契約書、重要事項説明書受け取り)
9月29日	(9:00~16:00)	デイケア~社会福祉協議会、区役所間のタクシー乗介助(行き先案内)・福祉資金貸付制度(相談)・不動産の契約書類代筆代印
9月29日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの相談
9月30日	(16:00~19:00)	福祉資金貸付制度(連帯保証人のお願い)・T先生から契約料金借りる・不動産業者に契約書提出

10月

10月1日	(15:00~16:00)	連帯保証人の印・連帯保証人から印鑑証明書を受け取る
10月1日	(18:00~20:00)	貸付制度書類の代筆・連帯保証人に収入・資産など確認・右京区の民生委員に連絡
10月2日	(18:00~21:00)	在宅生活の打ち合わせ
10月3日	(11:00~11:30)	右京区の民生委員に連絡
10月3日	(16:30~18:00)	福祉資金貸付制度(右京区の民生委員に調査票を渡す)
10月4日	(17:00~19:00)	学生ヘルパーの相談
10月4日	(15:00~16:00)	右京区・北区の民生委員との連絡
10月6日	(15:30~19:00)	福祉資金貸付制度(右京区の民生委員に調査票を受け取る)
10月7日	(17:00~22:00)	在宅支援の打ち合わせ
10月8日	(11:00~12:00)	北区の民生委員との連絡
10月9日	(9:00~11:00)	福祉資金貸付制度(北区の民生委員に調査票を渡す)
10月9日	(11:00~19:00)	新居の下見・玄関の福祉器具の調整・
10月10日	(17:00~20:00)	引越しの準備・整理
10月13日	(19:00~21:00)	福祉資金貸付制度(北区の民生委員との連絡・調査票の受け取り)
10月14日	(17:00~20:00)	在宅支援の打ち合わせと引越し後の生活について話し合い
10月14日	(14:00~17:00)	不動産業者に必要書類の顔写真の撮影と提出
10月16日	(9:00~10:00)	社会福祉協議会に福祉資金制度申請書の提出
10月20日	(10:30~11:00)	社会福祉協議会と連絡(連帯保証人の源泉徴収、借主の免責を証明する書類提出のこと)

10月20日	(11:00~12:00)	社会福祉協議会に免責書類のコピーを提出
10月20日	(15:00~17:00)	新居に福祉器具の搬入、操作の説明を受ける
10月22日	(10:00~19:00)	新居の掃除
10月23日	(9:00~00:00)	引越しの手伝い・新居の整理
10月23日	(10:00~19:00)	北区区役所転居届けの提出・大家さんとテレビのBS/CSのアンテナ取り付けについての相談・北福祉事務所のhさんから福祉電話取り付けについて電話・ガス会社に電話と訪問対応・電気会社に電話と
10月24日	(15:00~20:00)	介護事業所とスロープ製作
10月27日		新居の片付け・収支の管理・指導
10月28日	(19:00~20:00)	洗濯機の部品を探す・イズミヤにて注文

11月	11月5日	(19:30~20:30)	イズミヤに洗濯機の部品を取りに行く
	11月9日	(13:00~14:00)	Sさん宅で福祉資金の決定書を受け取る
	11月11日	(12:00~12:30)	Sさんの12月分の家賃について不動産業者から電話を受ける。
	11月13日	(18:00~18:30)	nさんより契約書について電話を受ける。(nさんはSさんの代理で電話)
	11月13日	(18:30~19:00)	不動産業者から12月分の家賃と契約金、契約書のこと確認の電話をする。
	11月13日	(19:00~20:00)	Sさんの家で契約書を探す。
	11月15日	(17:00~18:00)	不動産業者に書類のコピーの提出、契約書を受け取りに行く。
	11月16日	(19:30~20:00)	Sさんに新居の契約書、火災保険の領収書を手渡
	11月18日	(15:00~16:00)	福祉資金貸付制度(連帯保証人に印をもらう)
	11月20日	(12:00~13:00)	福祉資金貸付制度(必要書類を郵送)
	11月27日	(17:30~18:00)	不動産業者から契約金の一部(福祉資金で支払うことになっている)について電話を受ける。
	11月27日	(18:00~18:30)	Sさんに福祉資金について電話で確認
	11月27日	(18:30~19:00)	社会福祉協議会に福祉資金について電話で確認
	11月27日	(19:00~19:30)	不動産業者に電話
	11月28日	(11:30~12:00)	社会福祉協議会から電話で福祉資金のことについて説明を受ける。
	11月28日	(12:00~12:30)	京都府社会福祉協議会に電話
	11月28日	(16:30~17:00)	不動産業者に電話で福祉資金の説明する
11月28日	(17:00~19:00)	京都府社会福祉協議会に行き、福祉資金申請書の訂正をする。	
11月28日	(19:00~20:00)	Sに訂正した福祉資金申請書を渡す。	

終末期医療に関する懇談会

－がんにおける問題点並びに課題－

NPO法人

千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表

日本ホスピス・在宅ケア研究会理事

藤田 敦子

がん対策推進基本計画 H17年

全体目標(10年以内)

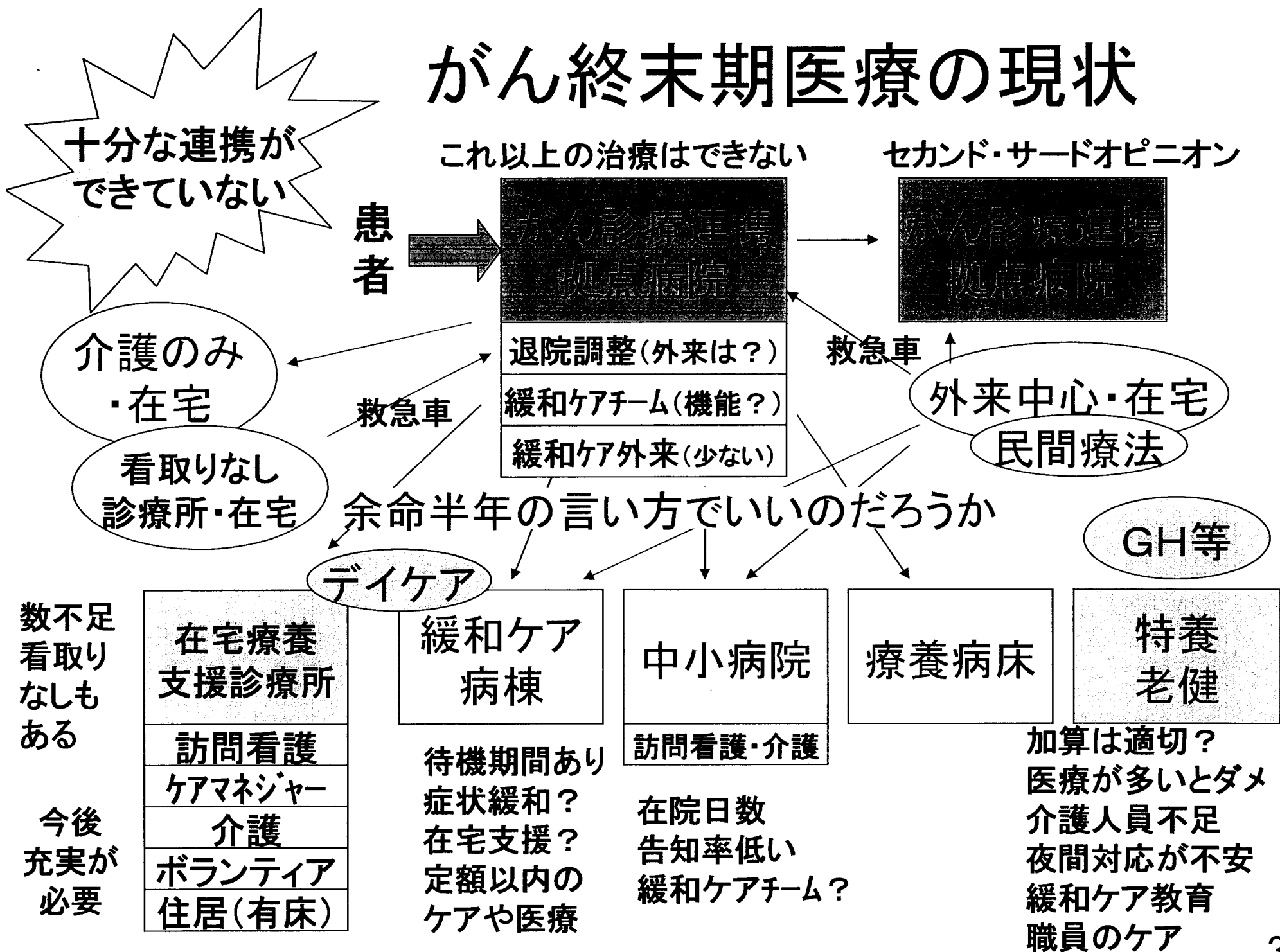
がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

全てのがん患者及び家族の
苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上

治療の早期からの緩和ケアの推進

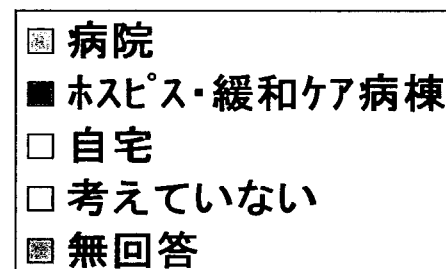
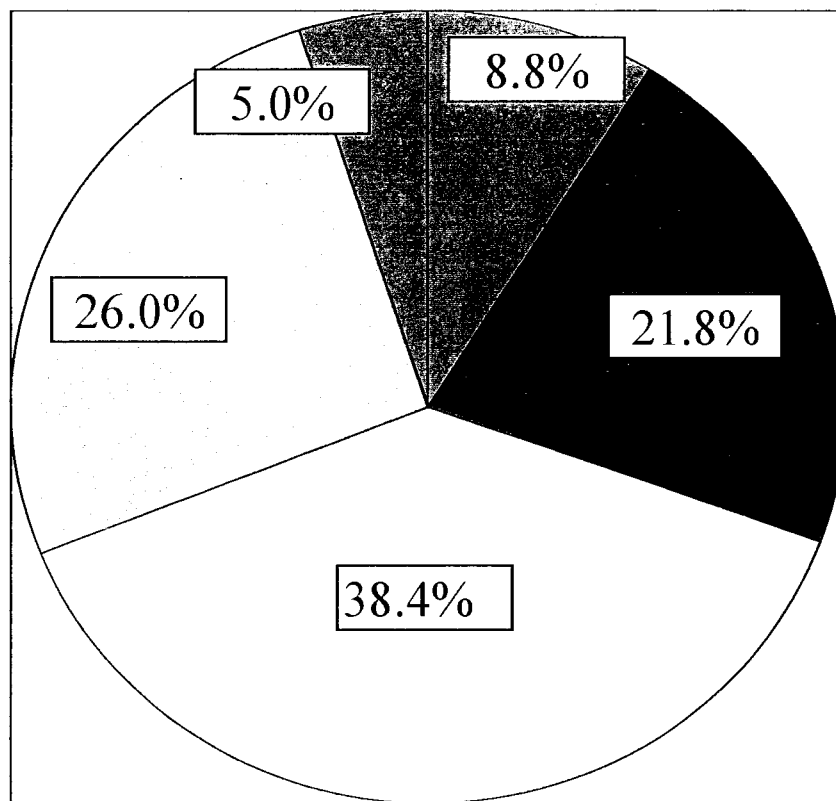
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件に緩和ケアチームの設置を定める(H18)
 - ・がん診療に携わる一般医師に対する緩和ケア研修
 - ・緩和ケアについての専門的医療従事者の養成研修
 - ・緩和ケアについての一般国民への普及啓発
 - ・がん戦略研究事業
 - ・がん診療連携拠点病院の整備指針の改定等
- ・緩和ケア病棟の要件変更(一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持たせる)
 - ・在宅支援として、拠点病院に専門的な緩和ケアを提供できる外来を設置
 - ・地域で療養している在宅療養者支援として、在宅緩和ケア支援センターを設置
 - ・全人的な緩和ケアを患者の療養場所を問わず提供できる体制の整備
 - ・緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携 等

がん終末期医療の現状



患者・家族の願い 第4回がん患者大集会より

- がんになっても、家族と普通の暮らしがしたい
- 緩和ケアの充実で心豊かな終末を
- 最後まで人間らしい生活
- 一人暮らしをどう支えるか
- 在宅システムの推進（システムを整えてから在宅へ）



N=2,065

(うち医師31人、看護師273人、
他医療216人、福祉介護72人)

十分なインフォームド・コンセント(説明と同意)と 緩和ケアがある状態とは言えない

松島研研究 朝日新聞 2018年6月4日

調査: H16年10月～11月、全国中小病院(50床～300床)

無作為抽出(1000病院)、郵送法、回答145病院(14.5%)

結果: 全入院患者中、終末期患者は9.1%

病名告知 患者本人45.9%、家族95.8%

余命告知 患者本人26.6%、家族90.8%

延命処置確認 患者本人15.2%、家族86.8%

日本医師会調査 日経新聞 H20年10月8日

医師の4割が、がん患者らの苦痛を和らげる「緩和ケア」に診療の煩雑さの割に報酬が多くないといった理由で「かかわりたくない」と考えていることが、日本医師会が医師10万人を対象に実施した意識調査で分かった。緩和ケアという言葉を知っている医師が8割を超える一方で、内容を誤解しているケースも目立ち、同会は「普及には相談体制の整備などが必要」と指摘している。

調査は厚生労働省の委託を受け、今年1—2月に実施。診療所の医師約9万4000人と病院の医師約17万3000人を対象とし、それぞれ約5万3000人(回答率56.2%)、約4万5000人(同26.0%)が答えた。

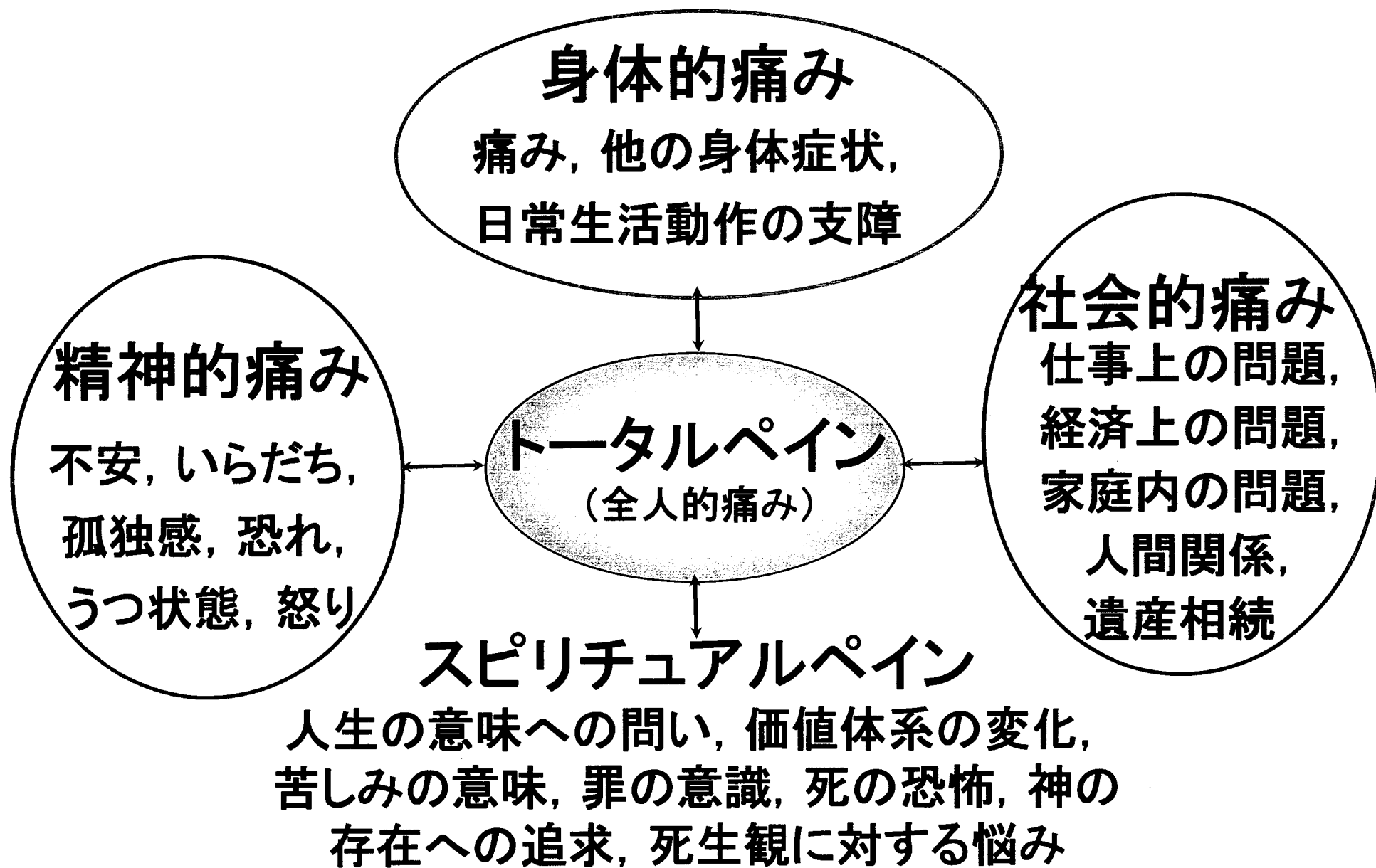
緩和ケアの正しい普及はされているのか？

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な・魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである。」WHO 2002年

質の評価が必要

- ・痛みと他の不快な症状の緩和
- ・生を肯定し、死を自然の過程ととらえる
- ・死を早めることも長らせることもしない
- ・心理的、スピリチュアル面の患者ケアを統合する
- ・死に至るまで可能な限り積極的に生きられるよう支援する
- ・家族に対して、患者の病状に対応できるように、また悲歎を乗り越えられるように支援する
- ・悲嘆ケアを含む患者と家族のニーズに応えられるようチームで対応する
- ・生活の質を向上させるとともに疾患の経過に良い影響を及ぼす

(WHO:緩和ケア 谷田訳)



がんの終末期医療の問題

- 今回の調査で、延命医療について確認ができるのか？

問4 治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月以内)・・

患者や家族が、死期を認識しているのか？

問4補問1 延命医療についての説明がないのに質問がある

延命医療の判断が全対象とも統一されていない

経口摂取以外は、延命医療なのか？水分、栄養

一番の問題は、セデーションでないか？

問4補問2 「2延命医療を中止して、自然に死期をむかえさ

せる様な方法」が全対象とも増加しているが、「1緩和医

療」を誤解しているのではないか？これを「尊厳死」と言う

のか？設問がおかしいと思う。自然に看取るは、何ひとつ

医療を提供しないことではないと思う

WHO方式疼痛治療法に則り、治療されているのか？

モルヒネ等の有効性と副作用の説明ができるが減少している

患者本人へのインフォームド・コンセント

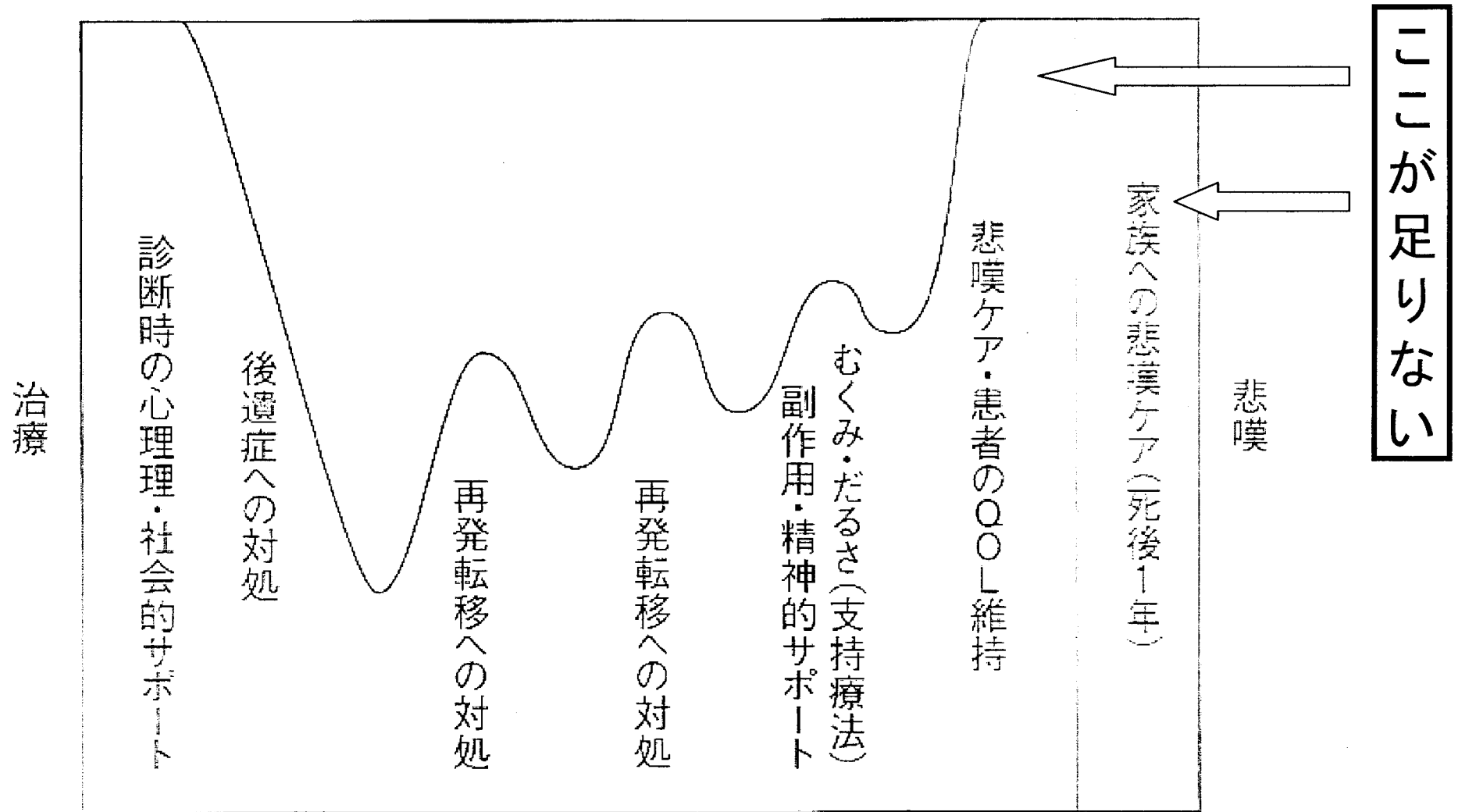
- ・病名、治療方法と副作用、再発・転移、余命、QOLからみた過剰な化学療法の中止について、十分な説明(わかるまで繰り返す)があり、同意しているか
- ・知る権利を放棄する権利もあることを説明しているのか
- ・事前の意思表示は、理解が本当にあるのか(お守り?)
- ・十分な時間をどう確保するか。経済的裏付け
- ・医師のコミュニケーション不足、患者を傷つけない範囲
- ・医師への遠慮、治療打ち切りの恐怖で本心を言わない
- ・医師以外が、説明をするのは無理なのか
- ・高齢者ほど、家族に任せる傾向がある
- ・家族の定義が難しい。誰に代理権を持たせるのか

患者の意思確認について

何故、がん、終末期、高齢者だけを問題にするのだろうか。
延命医療の中止、医師の責任問題だけが理由なのか？
「自分の生きる意味」「価値観」「生き方」を考えるためではないのか。どこで死ぬかでなく、「誰と」「何をして過ごすのか」「何を残していくのか」「目標」「生き甲斐」「自己実現」「QOL」は、本人の意思を必要とするからではないのか。

患者本人が意思を表明できる習慣を作ることが、今後は必要と思うすべての疾患で入院するたびに、問診に入れて確認したらどうか
「延命治療中止」でなく、病状説明・治療方針・予後説明・意思決定能力がない場合は、誰を希望するか。本人のみ、本人と家族(誰)家族のみ(誰)、指定された家族の同意。(未記入も可能。変更は何度でも可能。法的根拠はなし。その都度、十分説明をする)

患者・家族を支える仕組み-悲嘆ケアの充実



藤田案：治療に緩和ケアがかぶさり、治療と緩和ケアが一体

図② 家族からみた緩和ケアのあり方

緩和医療学10. 2008

死を医療だけに閉じ込めない

◎イギリスのホスピス緩和ケア・プログラム

対象の97%が、がんの末期の患者さん。在宅ケアやデイセンターの役割が大きい。公的でない民間非営利組織が母体となっていて、財源としても運営上もボランティアの支えが不可欠でした。

病院へもナーシングホームにもチームが出張している。

(近藤克則氏:参考文献「医療費抑制の時代を超えて」ーイギリスの医療・福祉改革)

◎死生観の再構築

「2007年問題」は、団塊の世代の方々がいかに地域コミュニティとのつながりを持てるか団塊の地域デビューと言われてきているのですが、それは、単に場所とか、そういったことではなくて、より根本的な「成長、拡大」を中心とする価値感から、いかに「老い」や「死」を受容しうるような「世界観」といいますか、そういう内面的な深い課題が同時にあるのではないか。それをここでは、もうひとつの「2007年問題」というふうにしております。

(広井良典氏:参考文献「生と死の時間〈深層の時間〉への旅」)

第16回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会in千葉 発表より

日本では、「がん終末期＝緩和ケア」として、看取りのみの緩和ケア病棟(余命半年)に閉じ込めていた。今でも、緩和ケアは十分理解されていない。終末期や延命医療のこともどういうことを指すのか本当に理解できている人は少ないだろう。気持ちは、その都度変化する。支える人、死生観が必要。ガイドラインは読んだが、あいまいなところが多い。結局、コミュニケーションだと思う。法整備は、現状ではするべきでないと思う。

日本尊厳死協会からの要望

2008 年 12 月 15 日

理事長 井形 昭弘

本日は本委員会に参考人として参加できる機会を与えて下さったことに感謝し、非常に光栄に存じています。以下意見を述べさせていただきます。

1. 尊厳死および法制化について

日本尊厳死協会は尊厳死(自然死)の出発点になったカレン裁判判決のあった昭和 51 年(1976 年)発足しました。創設以来、生と死に関する啓発運動を展開し、尊厳なる終末期のあり方を模索、リビング・ウイルを介して自分の死に様に関与できる権利、自然に死を迎えられる権利を主張してまいりました。平成 20 年「終末期医療に関する調査」でもリビングウイルを認める方は一般で 84%、医師で 93%に達しています。

さて、協会の会員数は末期医療に関する種々の事件が報じられる度に増加し、現在全国で約 12 万 2000 名を越えています。しかし、まだ尊厳死についてご存じのない方も少なくなく、現在会員増強運動を展開しています。もし、会員が 20 万、100 万あるいはそれ以上となれば国民の尊厳死への理解はより一層深まると考えています。

協会は会員のリビング・ウイル(尊厳死の宣言書)を登録し、リビング・ウイルの実現を支援しています。そのリビング・ウイルには「不治、末期或いは回復不能の持続的植物状態では単に死期を延ばすだけの延命措置を拒否します。ただ、苦痛を除去する治療は十分に行うことを希望し、措置結果の責任は自分にあります」と宣言しています。このリビング・ウイルは現在かなり浸透しており、当協会による死亡会員の遺族に対するアンケート調査でも毎年95%以上の方が「主治医にはリビング・ウイルを尊重して協力して頂いた」と答えています。

2005 年には 14 万名の署名を添えて尊厳死法制化を求める国会請願を果たし、それを受けて「尊厳死法制化を考える議員連盟;会長中山太郎先生」が発足、調査活動を精力的に開始し 2007 年には衆議院法制局から法案要綱素案が提示されるに至っています。その間、2007 年には厚生労働省、日本医師会あるいは専門学会から終末期医療に関するガイドラインが提示されました。これはいずれもわれわれの主張に沿って本人意思を最大限に尊重すべきことが強調されており、協会の運動の一つの成果でもあると思っています。ただ、このガ

ガイドライン通りに終末期医療が実施された場合、主治医の民事上、刑事上の責任について明確ではありません。もし、ガイドライン通りに実施すれば法的責任は問わないと保証されない限り、現場では延命措置の中止には躊躇があり、結果として患者の人権が無視され苦しみが強制的に、尊厳なる生を冒している場合が少なくありません。ちなみに日本医師会第10次生命倫理懇談会(私も一委員でしたが)の答申では「このガイドライン通り実施された場合、民事上、刑事上の責任が問われない体制が必要」との説明が附記されています。

現実にはこのガイドラインだけでは本人の意思に反し、苦痛を強制し人権を侵害しているかも知れない主治医の悩みには対処できていません。つまり延命措置の中止をせざるを得ないと悩む医師にとって十分な対応ができません。

主治医が苦渋の決断で延命措置の不開始、ないし中止を決断せざるを得ない状況でも、告訴の可能性やマスメディアの報道により決断できず、延命措置を続けざるを得ない状況を是非ご理解いただきたいと思います。

勿論、生命が尊重されるべき立場から不治、末期あるいは回復不能の植物状態での判定に疑義が生まれることは絶対に許されるべきでなく、協会でも各項につき学問的検討を続けており、また法制化の過程で脳死判定条件のような慎重なる条件が不可欠であると思っています。この点、私たちは国民的議論を期待して不治、末期などの判定基準の試案を提示しており、また、重症認知症は議論の末に尊厳死の対象としない決定をしています。

現実には誰が見ても不治、末期でありながら本人の意思に反して意味のない延命措置を続けられているケースも多く、これは第三者の価値観を強制しているともいえ人権に関する問題としても許されるべきでないと考えています。尊厳死は世界の多くの国で法制化され、法制化されていない国でも社会的通念として尊厳死が定着しており、わが国にのみこれを阻む理由は存在しないと思っています。

2. 反対意見について

一方、尊厳死反対の意見も若干ありますが、その多くは誤解によるものが多いのが現状です。

- 1) 「法制化すれば命を軽く見る風潮を助長する」との反対があります。しかし尊厳死が社会に定着している諸外国でも障害者や弱者に対する対応に些かも揺らぎや生命軽視の風潮はありません。脳死法制化のときも同様な反対がありましたが、脳死はドナーカードの保持者のみに限定する臓器移植法が施行されたため危惧された事象は起こらず全く

の杞憂でした。弱者にとって尊厳死は強制を伴うかも知れないとの危惧は人権思想があまり確立していない背景の反映でもあるように思います。

- 2) 安楽死との混同も少なくありません。安楽死は第三者が注射や毒物投与などの積極的な方法で死期を早めるもので、延命措置を拒否し自然の摂理に経過を任せて死を迎える尊厳死とは根本的に異なります。この点安楽死と尊厳死との区別の理解は徐々ながら進んでいると思います。

極端な誤解は「協会の最終目標は安楽死で、目的達成のためにさし当たり尊厳死を主張している」との主張ですが、これは全く事実無根で協会は安楽死には反対です。

- 3) 尊厳死が医療費削減が目的であるとの誤解もあります。協会は医療費抑制との関係を考えてきたことは一度もなく、また医療費削減の声の無かった時代にも一貫して主張してきました。

生きる価値のある生と価値のない生とを差別しているとの批判がありますが、われわれは本人の価値判断を基本としており、当を得ていません。生きたいと希望している方はそのように意思表示すれば社会は全力を挙げて支援すべきで、本人意思に反して延命措置の中止はあり得ません。

- 4) 高度に専門職能に属する「死への対処」は法制化に馴染まず、また法制化は現状をかえって制約するので法制化には反対との意見もありますが、現実に現場の主治医、患者、そして家族はルールが明確でないために対処に悩んでいます。

多くの方は尊厳死を希望しています。しかるに本人の拒否の意思が明確で尊厳死を認めたいと思いながら、延命措置を続けざるを得ない現場を是非ご理解頂きたいと思えます。

尚、ガイドラインや法案要綱素案には植物状態が対象から外されていますが、会員の多くは植物状態を念頭においており、是非尊厳死の対象としてご検討下さることをお願い申し上げます。

協会として尊厳死の法制化が実現し、健やかに生きる権利、安らかな死の権利が守れる社会の到来を強く希望して発言を終わります。

終末期における歯科医療

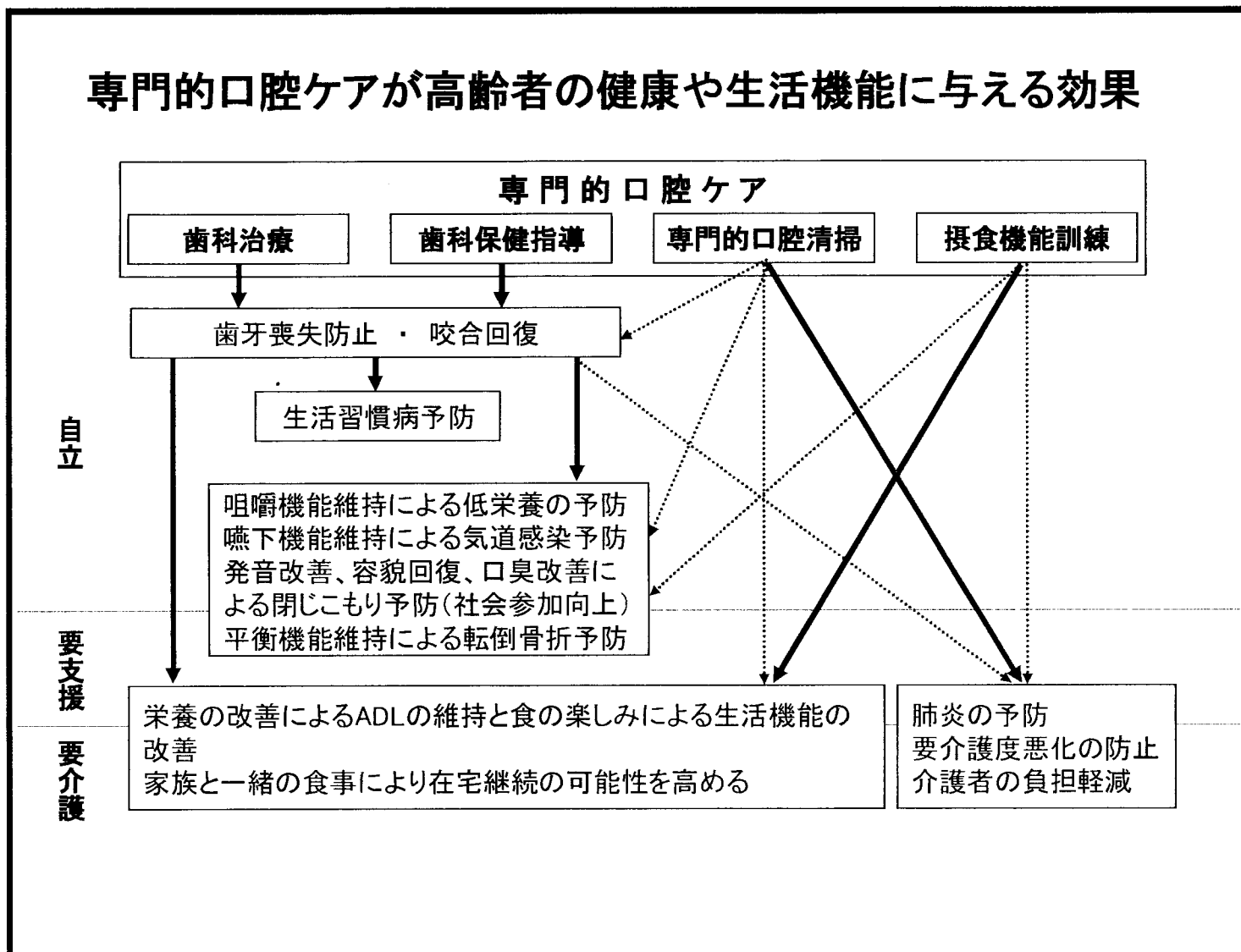
日本歯科医師会常務理事
池主憲夫

生きるとは食べること

“口にはひとの
ほとんどの幸福と不幸が集中する“

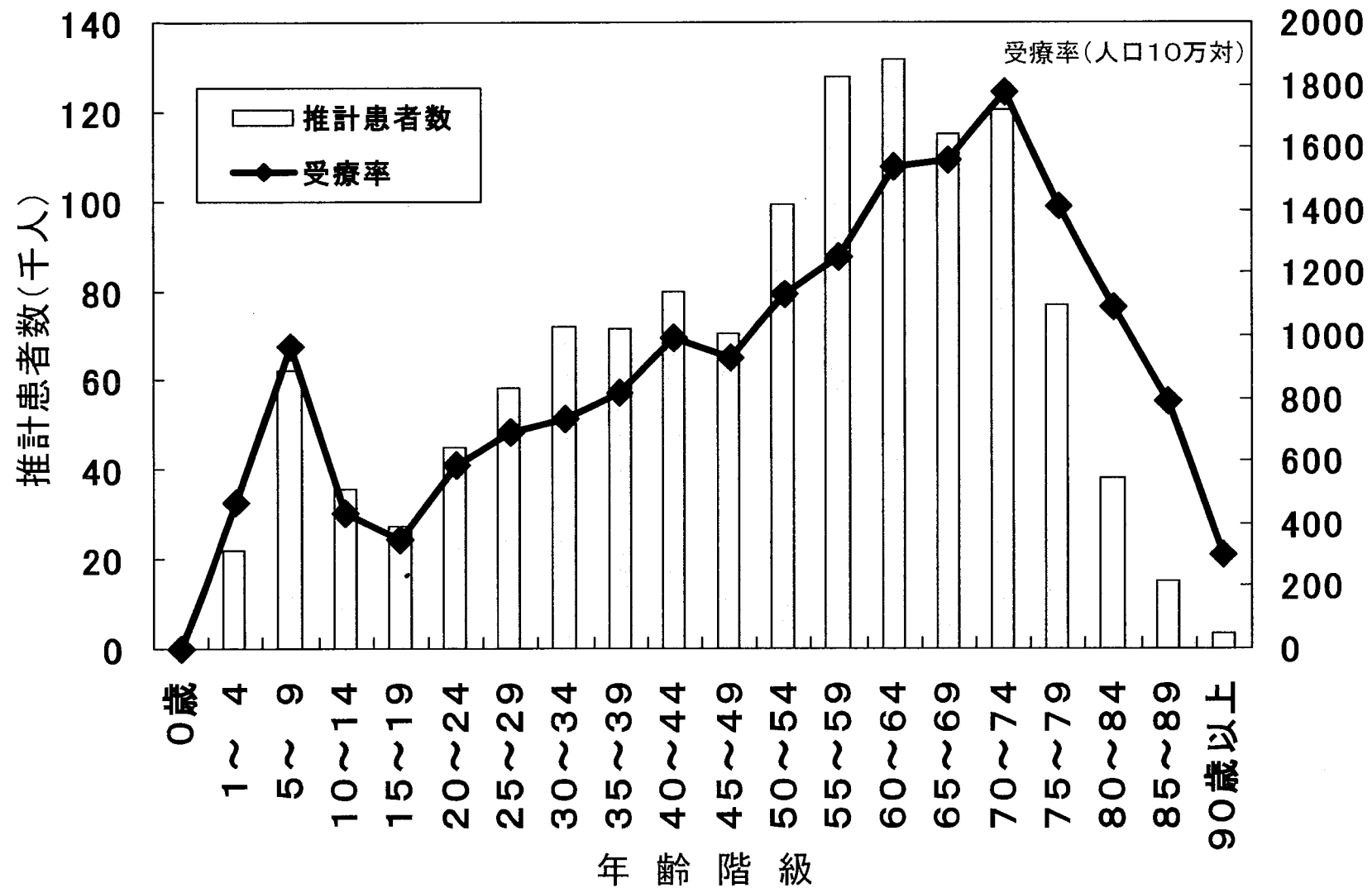
鷲田清一(大阪大学教授、臨床哲学):「食は病んでいるか」 ウエッジ

専門的口腔ケアが高齢者の健康や生活機能に与える効果



高齢者リハビリテーション研究会中間報告「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」(2004年1月)

年齢階級別歯科推計患者数及び受療率



(2005年厚生労働省患者調査)

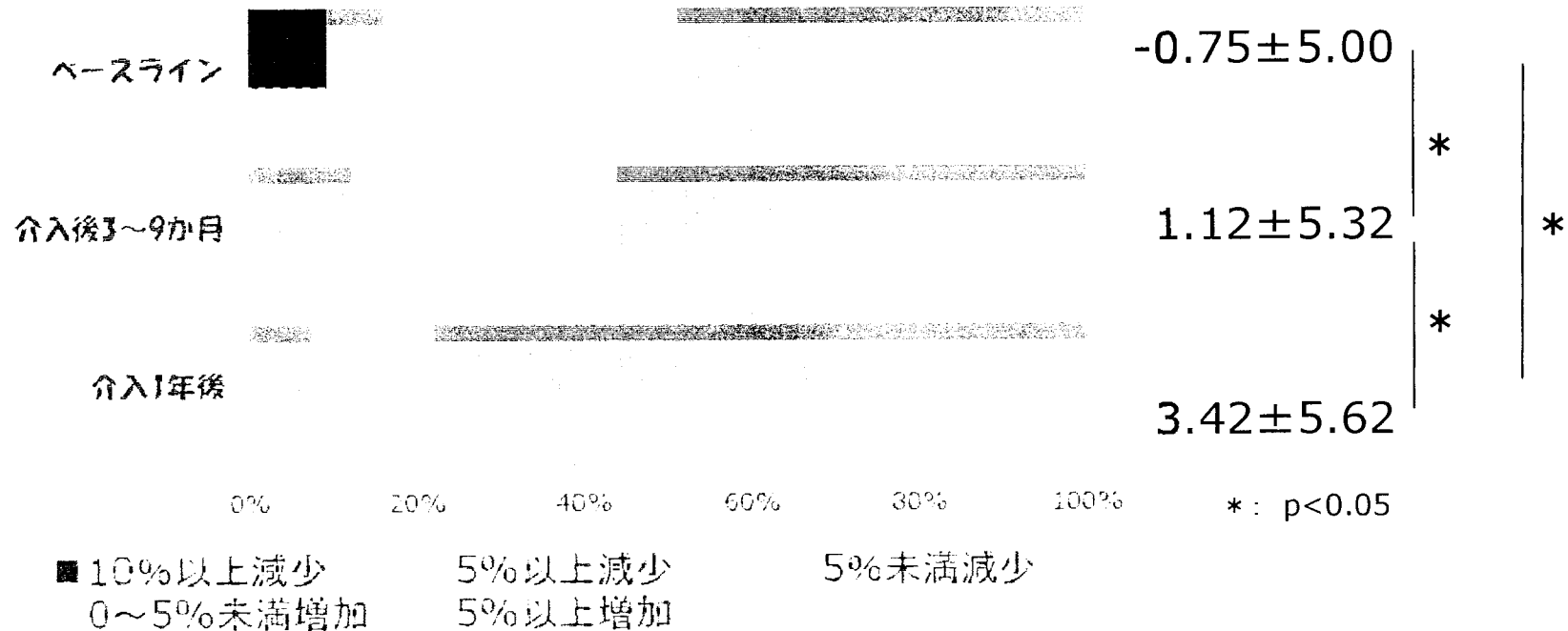
終末期における歯科的对応

1. 口腔に起因する疼痛の緩和
2. 摂食機能の維持と栄養状態の改善
3. 肺炎防止
4. 顔貌・コミュニケーションの維持

多職種連携による摂食支援による栄養改善

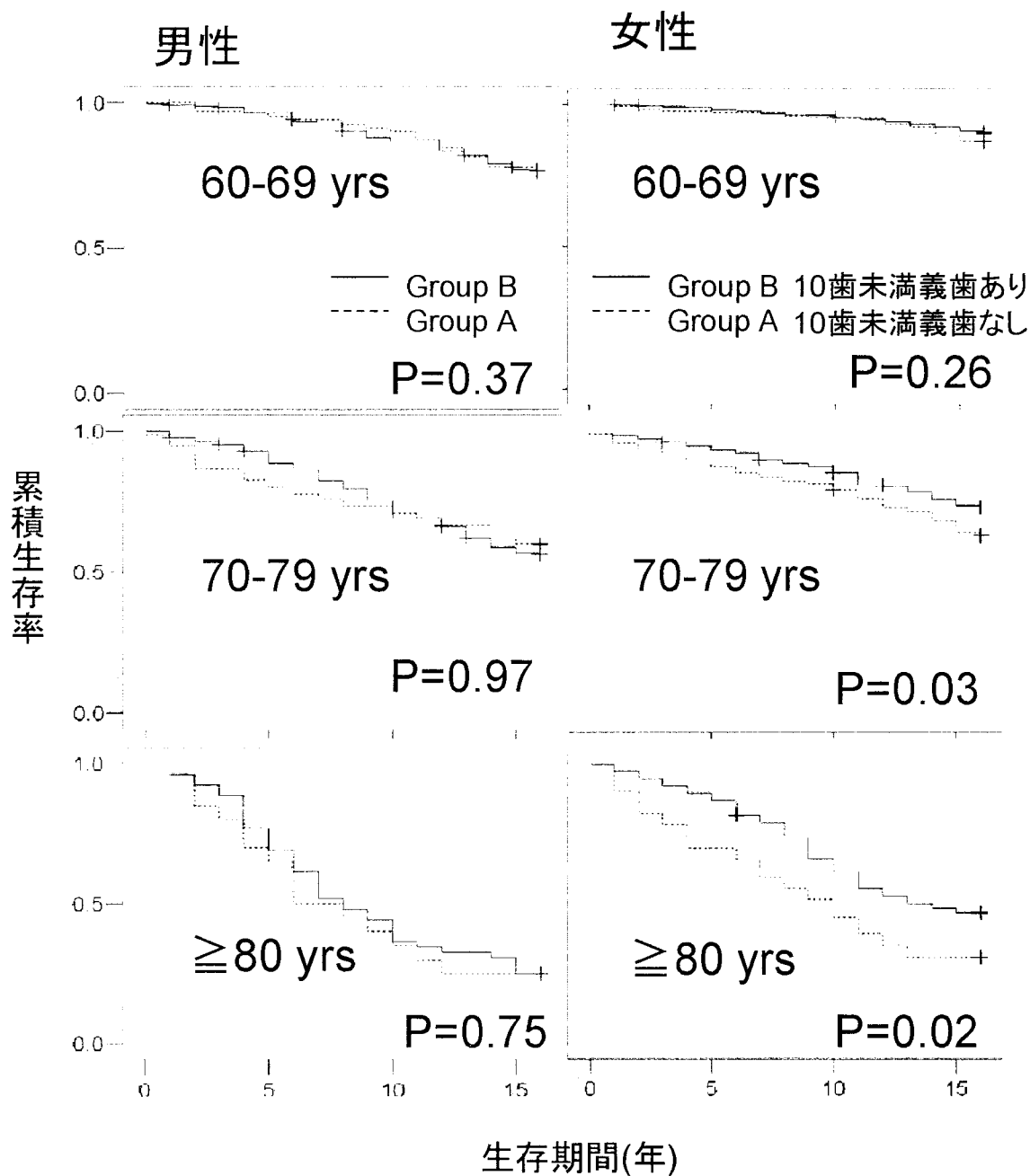
体重変化率(6ヶ月)の変化

体重変化率(MEAN±SD)



施設入所者50名(男性13名、女性37名 平均BMI19.1)に対し、多職種による摂食支援カンファレンスにおいて情報を共有し、立案された摂食機能評価を含むケアプランを実施した結果、6ヶ月後および1年後の評価時に統計学的に有意な栄養改善および体重増加が認められた。これにより前年度に比較して、肺炎の発症者を3割減少することができた。
 (菊谷ら 日本老年歯科医学 in press 2008)

義歯装着の有無は生命予後に関連する因子の一つである



沖縄県宮古島在住の40歳以上の住民5,688名を対象に口腔内状態と生命予後との関連について15年間のコホート調査を行った。その結果、男性では、機能歯数10歯以上群では、10歯未満群に較べて有意に累積生存率が高いという結果が示された。一方、10歯未満群をさらに義歯の有無で比較すると、女性では有意に義歯装着群が累積生存率が高かった。この結果から、義歯の装着は特に高齢者において、咀嚼機能の回復にとどまらず、生命予後にも関連する因子の一つであることが示された。

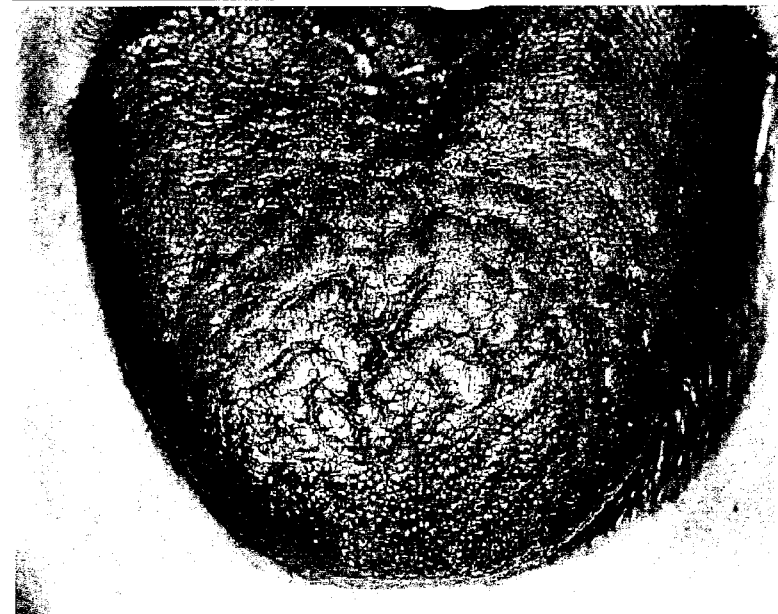
Fukai K et al.: Mortalities of community-residing adult residents with and without dentures, Geriatr Gerontol Int 2008,8:152-159

がん患者(抗がん剤治療)にみられた口腔乾燥症の一例



唾液が、過度に減少すると

- 咀嚼障害、嚥下障害、発音障害
義歯の維持力低下、味覚障害
- 口腔衛生の不良、口腔粘膜の外傷と潰瘍形成、粘膜の灼熱感
- カンジダなどの口腔感染症
- 進行性のう蝕など



資料提供: 静岡県開業 米山武義

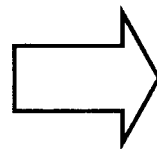
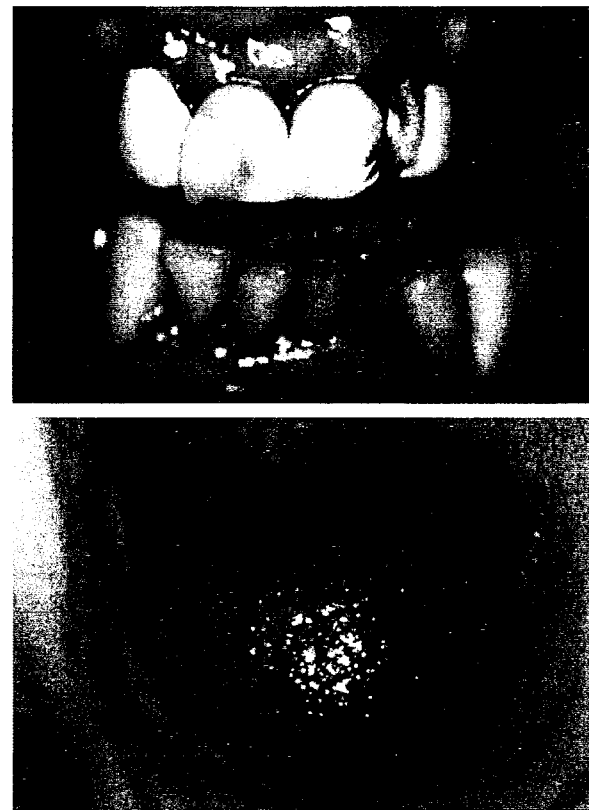
要介護者の歯科的支援例

(82歳・女性・要介護度4・脳梗塞、骨粗しょう症、パーキンソンニズム、日常生活自立度IV)

支援前



支援後



歯科的支援による対象者の変化

2006年6月

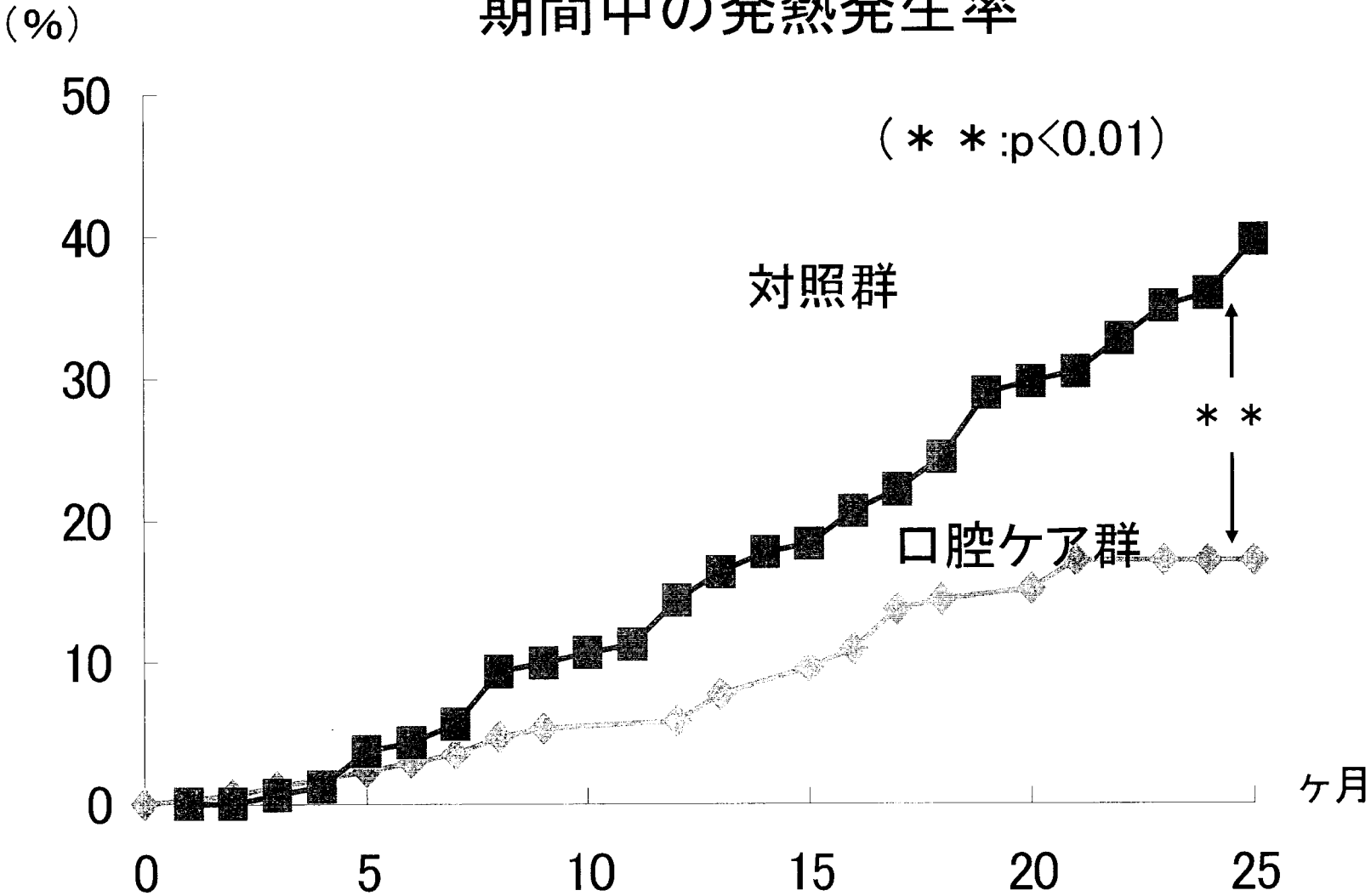
BMI15.7 摂取エネルギー1100Kcal

2008年7月

BMI19.0 摂取エネルギー1460Kcal

資料提供: 日本歯科大学 菊谷 武

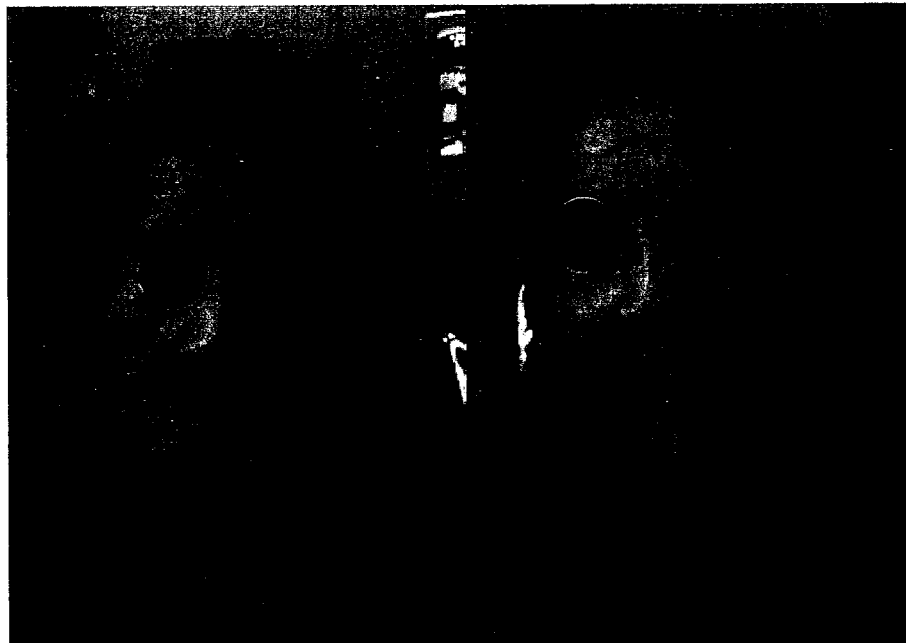
期間中の発熱発生率



(米山武義、吉田光由他:要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究、日歯医学会誌、2001)

全国11箇所の高齢者施設入所者336名を、無作為に口腔ケア群と対照群にわけた介入臨床疫学研究(2年間)。口腔ケアの内容は「施設介護者または看護師による毎食後の歯磨きと1%ポビドンヨードによる含嗽、さらには週に1回の歯科医師もしくは歯科衛生士による専門的、機械的口腔清掃」であり、明らかに介入群に発熱、肺炎発症および肺炎死亡者数の減少がみられた

義歯装着前後の 高齢者の表情



資料提供:三豊総合病院 木村年秀

資料提供:日本歯科大学 菊谷 武

医療・ケアチームにおける歯科

1. 地域連携

(身体情報・生活情報・医療情報・介護情報の共有)

1) 多職種連携

2) ケアカンファレンスへの参画

3) 在宅歯科医療

2. 患者本人と家族との歯科治療およびケアに関する意思決定の共有

終末期における歯科医療・ケアの意思決定に関わるチェック項目例

チェック項目	医療職による確認 本人・家族への質問・要望の確認	具体的対応
口腔内清掃状態 (良好・不良)	○	良好な口腔清掃状態の維持は、誤嚥性肺炎の予防になる。歯科医師・歯科衛生など専門家による口腔清掃を受けることで、その後の日常の歯垢除去が容易になり、しかも本人の爽快感は大きい。
口腔乾燥・口内炎・口臭の問題 (あり・なし)	○	口腔乾燥・口内炎が高度にみられると、口腔の運動が妨げられ、発音や摂食が困難になる。保湿を含めた口腔ケアは、会話を通じたコミュニケーションの維持と食べる機能の維持に有効である。 口臭の問題は、近親者や友人とのコミュニケーションの妨げになる。
残存歯等による口唇や歯槽粘膜の裂傷、潰瘍 (あり・なし)	○	残存歯が口唇や歯槽粘膜の裂傷、潰瘍の原因になることがある。口腔内に保護床を作成するなど対応が可能である。
義歯の使用状況 (問題あり、問題なし)	○	無歯顎者の場合、義歯の装着が、下顔面の構成を維持する。また、前歯部がその人の表情に果たす役割は大きく、これらが損なわれると、尊厳ある顔貌が維持できない。その際には、義歯を新規に作らなくても、所有している義歯に少し手を入れることで、顔貌の回復を目的とした義歯として装着可能とできる場合が多い。
歯や口のなかで痛いところはありませんか？	○	
歯をみがくお手伝いをしましょうか？	○	
歯・口が原因で、食べることが不自由な点はありませんか？	○	
歯・口が原因で、話すことや外観で気になることはありませんか？	○	

終末期における “生きる力”を支える歯科医療

- いまある時間をどのように有意義に生きるか
- その人がその人らしい尊厳をもった生き方

“生きる力”を支える歯科医療とは、口腔に関する疼痛や不快症状を軽減し、最期まで口から食べることを支援し、口腔機能の低下に起因する肺炎等の全身疾患を予防し、元気なときの会話、顔貌・表情を維持するための医療である。

平成20年12月15日

第2回終末期懇談会
平成20年12月15日

資料2-5

がん患者終末期における薬剤師の役割

社団法人 日本薬剤師会副会長

土屋 文人

背景（１）麻薬と薬剤師の関わり

モルヒネ製剤		1981	2000	2008	
注射	アンプル製剤	2	3	3	
	キット製剤	0	0	2	
内服	錠 剤	1	4	7	
	カプセル剤	0	3	9 (3)	
	散剤	原 末	3	3	3
		顆粒剤	0	3	5 (2)
	液 剤	0	0	2	
外用	坐 剤	0	3	3	
合計		6	19	34 (5)	

() 内は後発品の数

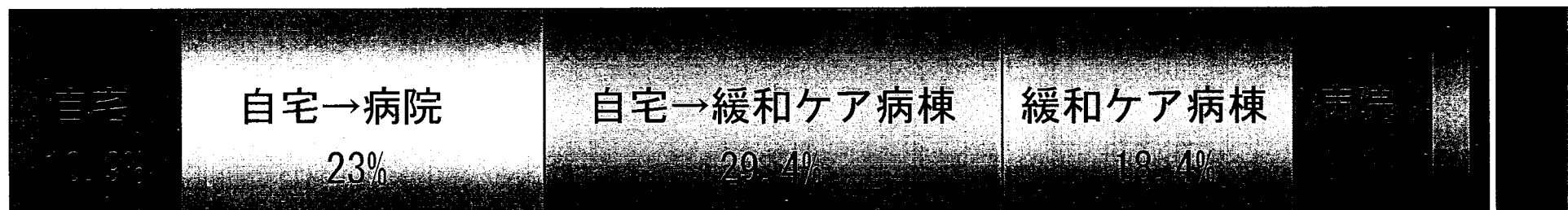
調剤上での工夫 → 製剤的特徴をふまえた
剤形・規格選択への助言

厳格な使用制限 → 積極的使用推進

背景（２）医療を取り巻く環境の変化

緩和医療チームによる対応が可能になった
外来化学療法が急速に普及しつつある
医療を受ける場所についての意識変化

厚生労働省平成19年度
「終末期医療に関する調査」より



6割以上がなるべく自宅で長く過ごしたい
そのうち10.9%が自宅での最期を希望

約5割が専門の緩和ケア病棟を希望

医薬分業が広く普及している

薬局が医療提供施設として医療法に位置づけられた
薬局が麻薬を取扱やすいように制度改正が行われた

背景（3） 病院薬剤師の業務変化

調剤室から病棟へ（受動的チーム医療から能動的チーム医療へ）

入院患者や家族・医師への対応

持参薬のチェック

製剤の特徴をふまえた薬学的観点からの助言

副作用のチェック

便秘，せん妄・・・

嚥下困難患者・認知機能低下患者への剤形選択

調剤方法の工夫・補助手段への助言

用量のチェック

輸液管理・栄養管理への処方支援

（ターミナルステージに応じた管理）

相互作用のチェック

外来化学療法への対応

外来患者に院内で使用された薬剤の情報を薬局薬剤師と共有

緩和ケアチームへの参画

診療報酬上は薬剤師がチームに存在していることが算定要件

薬局薬剤師と病院薬剤師の連携（共同の勉強会等の開催も）

背景（４）薬局薬剤師の業務変化

医薬分業の進展（地域医療におけるチーム医療への参画）

在宅医療への参画

麻薬・注射薬の取扱の増加

内服・外用の調剤のみならず TPN, 無菌調製を含む調剤も

薬剤選択への薬学的観点からの助言

用量のチェック

相互作用・副作用のチェック

嚥下困難患者・認知機能低下患者への剤形選択

調剤方法の工夫・補助手段への助言

輸液管理・栄養管理への処方支援

（ターミナルステージに応じた管理）

患者家族に対する薬剤情報提供

薬局薬剤師の退院時カンファレンスへの参画

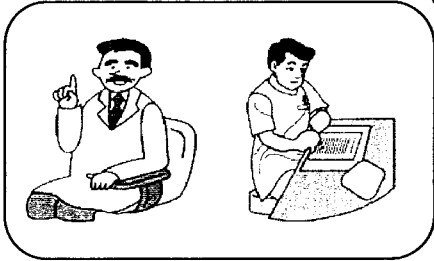
入院中に実施された医療についての情報共有

在宅医療支援に対する診療報酬上の評価

薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有のための連携

外来化学療法や複数医療機関からの指示情報等の共有, 共同の勉強会等

終末期医療における薬剤師の役割



医師への助言

医療機関・地域医療における
実効性のあるチーム医療の推進



患者や患者家族等
への服薬指導

薬剤の特性を含む薬学的観点からの助言

相互作用のチェック
副作用のチェック

嚥下困難患者・認知機能低下患者への
剤形選択・調剤方法の工夫・補助手段
等の助言

輸液管理・栄養管理への処方支援
(ターミナルステージに応じた管理)

薬剤選択への助言

病院薬剤師

調剤室から病棟へ
緩和ケアチームへの参加
注射薬も含めた調剤へ (抗がん剤の混合調製)
外来化学療法への進展
⋮



薬薬連携

薬局薬剤師

医薬分業の進展・定着
在宅医療への参画
TPN, 無菌調製等を含む調剤へ
退院時カンファレンスへの参画
⋮

麻薬

厳格な使用制限から疼痛緩和の手段として積極的な使用推進へ

流通に対する規制緩和

製剤的工夫 (徐放性製剤, 外用薬 (坐剤, 貼付剤)) がなされた薬剤の開発された
ことによる薬剤選択の幅の増加

モルヒネ系製剤	1983	2000	2011
注射	2	3	3
経口	0	0	3
経皮	1	4	7
外用	0	3	23
合計	3	10	36