

終末期医療に関する調査等懇談会報告書骨子(案)

2009年12月24日

1. 終末期医療に関する調査結果 (別紙参照)

- 終末期医療に対する関心は高い(80～96%)が、自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、家族で話し合ったことがある者は半数程度(48～68%)であり、十分に話し合ったことがある者は少ない(3～7%)。
- 病態ごとに異なるが、治る見込みがないと診断された場合の延命医療については、消極的である割合は大きい。自分自身に比べて、家族には、延命医療を望む割合は大きくなっている。
- 一般国民において、リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方に同意する者は以前の調査結果よりも増加傾向であるが、法制化には否定的である。
- 延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、医師と患者・入所者の間で話し合いが、不十分であると思われる(51～67%)。
- 終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準について「詳細な基準を作るべきと考えている者」よりも、「一律な基準ではなく医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよいと考えている者」の方がわずかに多く、意見が分かれている。
- 死期が迫っている場合の療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている。
- 「WHO方式癌疼痛治療法」についてよく理解している医療者が少なく、わかりやすく具体的に説明することができる医療者も少ない。
※WHO方式癌疼痛治療法：WHO公表のがん性疼痛緩和のガイドライン

2. 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見

(終末期の定義について)

- 終末期は、高齢者やがん患者のみを対象にするものではない。

○救急の現場では突然にやってくる死がある。

○終末期のとらえ方は、年齢、疾患、患者の死生観、患者を取り巻く環境により、多様であり、画一的に定義することは難しい。

○「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄と記されている。

(終末期医療に関する説明について)

○高齢の方ほど、医師からの病気の病名や病気の見通しについて、知りたくないという割合が多い。

○医療者側と患者側では、圧倒的に情報量の格差がある中で、患者側は現実的な判断を迫られている状況にある。

○医療者側が十分説明すべきだが、実態上できていない。

○治らない病気の患者に対して、支える医療を患者に説明する必要がある。

○患者側が十分な情報をもとに意思決定ができるように、例えば相談支援等を医療チームで取り組むシステムを整えるべき。

(緩和ケアについて)

○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、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、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・ライフを改善するためのアプローチである（2002年WHOの定義）。

○対象としているのは、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者と家族である。

○治癒を目的とした治療の初期から緩和医療が関わり、次第にシームレスに緩和医療に移行していくのが現在の大きな流れである。

○緩和ケアを進める上で、多くの患者が緩和ケアに対して死のイメージを連想してしまうことが、一つの障壁となっているとの指摘がある。

○患者を初めから最期まで支え続けるという姿勢で、治療と緩和が並行して行っていくという考え方が大切である。

○暮らしを支えるとか、生きるための緩和ケアをもっと大事にして欲しい。

○特別養護老人ホームでも緩和ケアは必要で、医療との連携は大切である。

(リビング・ウィル、法制化について)

○終末期に関しては、本人の意思を尊重すべきであり、これに医療従事者側は対応できるように法整備が必要である。

○人の死のあり方については、国が決めるべき問題ではなく、まずは、患者・家族が十分説明を受けることができ、患者が本音を語れる環境整備が重要である。

○法律は画一的になり、倫理と法律では倫理が優先するという観点からは、人の生き死には個人的な倫理の問題であるので、法に頼るべきではない。

○リビング・ウィルに記載されている内容は、常に変わる可能性があるので、患者が意思を表明できなくなった時点で、代弁者が代わって決定できるように、代弁者も併せて規定する必要がある。

(延命医療の不開始・中止について)

○プロセスガイドラインに従って延命医療を中止した場合に刑事事件にならないのかという不安がある。

○人工呼吸器の不開始は不作為であり、中止は作為であり、法律論的には異なるというのが一般的考え方である。一方で、その行為によってもたらされる結果は同じである。

(終末期相談支援料について)

○名称や75歳以上に限定したことは問題であったが、相談活動に対して相談料というのが診療報酬上認められるというのはとても重要である。

○相談ではなく、患者さんや家族の方の悩みを聞く場、それを語り合える場を保障することが先であり、それを料金体系化するというのは、いかながなものか。

(そのほか)

○家族で話し合いをしている者の方が、延命医療に対して消極的である。

○次回の意識調査を実施する際には、過去との比較もできるようにしつつ、質問の目的に沿った回答を得やすくするよう、アンケート用紙の質問内容を見直す必要がある。

○医療に関してみんなが納得していない。

○患者の立場からすると終末期は、感じの悪い言葉ではないか。

3. まとめ

○終末期をめぐる問題については、個人の死生観が多様であり、終末期においてどのような医療が提供されるべきか多様な意見がある。

○終末期医療については、今後も議論を続けることが重要である。

I 意識調査の概要

表「終末期医療に関する調査」回収結果

対象者	対象施設	調査人数(人)	回収数(人)	回収率(%)
一般国民	—	5,000(5,000)	2,527(2,581)	50.5(51.6)
医師	計	3,201(3,147)	1,121(1,363)	35.0(43.3)
	病院	2,000(2,000)	648(792)	32.4(39.6)
	診療所	1,081(1,034)	368(425)	34.0(41.1)
	緩和ケア	120(113)	75(78)	62.5(69.0)
	不明	—	30(68)	—
看護職員	計	4,201(3,647)	1,817(1,791)	43.3(49.1)
	病院	2,000(2,000)	854(986)	42.7(49.3)
	診療所	1,081(1,081)	310(347)	28.7(32.1)
	緩和ケア	120(113)	89(83)	74.2(73.5)
	訪問看護ステーション	500(500)	303(314)	60.6(62.8)
	介護老人福祉施設	500(-)	242(-)	48.4(-)
	不明	—	19(61)	—
介護施設職員	介護老人福祉施設	2,000(2,000)	1,155(1,253)	57.8(62.7)
総計		14,402(13,794)	6,620(6,988)	46.0(50.7)

注) ()内は前回調査結果

II 患者に対する説明と終末期医療のあり方

1. 終末期医療に対する関心

○終末期医療に対して80%の国民が関心を持ち、医師、看護師、介護施設職員も高い関心を持っている(89~96%)。(以後、一般国民、医師、看護師、介護施設職員を、それぞれ般、医、看、介と省略する。)

○自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、家族で話し合ったことがある者は、般48%、医58%、看68%、介50%であるが、十分に話し合っている者は少ない(3~7%)。

2. 病名や病気の見通しに対する説明と治療方針の決定

○自分が治る見込みがない病気になった場合に、その病名や病気の見通し(治療期間、余命)について知りたいと思っている(般77%、医88%、看90%、介84%)。

○病名や病気の見通しについて、患者や家族に納得のいく説明ができていくかということに関しては、医85%(前回87%)であったが、看22%(29%)、介25%(14%)は「できていない」と回答している。

3. 死期が迫っている患者に対する医療のあり方(治る見込みがなく、死期が迫っている、6ヶ月程度以下を想定)

○自分の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般71%、医84%、看88%、介81%)。

○自分の家族の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般52%、医78%、看77%、介60%)。

4. 遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方(治る見込みがないと診断)

○自分の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般78%、医88%、看92%、介89%)。

○自分の家族の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般59%、医80%、看79%、介65%)。

5. 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方(治る見込みがないと診断)

- 自分の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般84%、医91%、看94%、介89%)。
- 自分の家族の場合は、延命医療に消極的な回答した者が多い(般65%、医86%、看87%、介70%)。

6. リビング・ウィルと患者の意思の確認方法

- リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方に「賛成する」と回答は般62%(前回59%・前々回48%)、医80%(75%・70%)、看83%(75%・68%)、介82%(76%)であり、国民の間に受け入れられつつあると考えられる。
- 書面による本人の意思表示という方法について、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」とする者は、般34%(37%・49%)、医54%(48%・55%)、看44%(44%・52%)、介37%(38%)である。
- この書面を作成した後も、状況の変化等によって、考え方が変わった場合、何度でも書き直すことが可能であると「知っている」と般36%、医76%、看67%、介57%と回答しているが、般25%が「書き直しは不可能」と思っていた。
- 事前に患者(入所者)本人の意思が確認できなかった場合、家族や後見人が、本人の意思の代わりとして治療方針などを決定するという考え方については、消極的なものも含めると過半数が肯定的であり、前回と比べ増加していた。(般60%(57%・57%)、医72%(67%・61%)、看65%(62%・51%)、介61%(60%))。
- 延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、医師と患者・入所者の間で十分な話し合いが、「不十分と思う」「行われているとは思わない」と回答した者が多い(般51%、医67%、看61%、介57%)。

7. 終末期医療に対する悩み、疑問

- 終末期医療について、悩みや疑問を「頻繁に感じる」「たまに感じる」者は、医84%、看88%、介84%である。
- 終末期状態の定義や延命治療の不開始、中止等に関する一律な判断基準について「詳細な基準を作るべきと考えている者」(医38%、看38%、介35%)よりも、「一律な基準ではなく医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよいと考えている者」(医44%、看38%、介41%)の方がわずかに多く意見が分かれるところである。

Ⅲ 終末期における療養の場所

1. 死期が迫っている患者の療養の場所

- 自分の場合の療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、最期まで自宅で療養したいと思っている者は11%である。一方で、一般国民において、自宅で最期まで療養可能と思っている者は6%であり、66%が困難であると感じている。

2. 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者の療養の場所

- 自分の場合の療養場所としては、医療関係者や介護施設職員は自宅(医41%、看38%、介40%)や介護療養型医療施設等(医28%、看25%、介16%)で療養することを望んでいる者が多いが、一般国民は自宅(22%)よりも病院(44%)で療養することを望んでいる者が多い。

Ⅳ がん疼痛治療法とその説明

- 「WHO方式癌疼痛治療法」について、「内容をよく知っている」「内容をある程度知っている」者をあわせると、医師47%(43%・46%)、看護師26%(20%・22%)であり、介護施設職員では、「知らない」者が37%(38%)であった。
- また、医師、看護師ともモルヒネの使用についてわかりやすく具体的に説明することができる者は、微減している。

Ⅴ 終末期医療体制の充実について

- 終末期医療において、今後重点的に行うべきこととして「緩和医療の普及」(78~85%)、「治療方針に関する患者等との十分な話し合い」(77~87%)、「チーム医療の充実」(56~71%)を考えている者が多い。