

## 終末期医療のあり方に関する懇談会 これまでの懇談会での主な意見

### 〈終末期の定義〉

- 調査の中で余命6ヶ月をターミナルとしているが根拠は？（①）  
→厚生労働省としては定義していないが、平成10年、15年調査については便宜的にそうになっている。調査設計の際に議論になったところ。（事務局①）
- 余命6ヶ月をターミナルとすることには議論の余地あり。（町野座長①）
- 植物状態の定義も難しいし、どういうふうなものが終末期かというのなかなか難しいので、長い間では十分議論していかないと駄目だ（宝住委員②）
- 終末期という概念自体が、NIHでは定義できないとはっきり言っている。（川島委員②）
- 終末期の定義のあり方について、先ほど各委員の方がおっしゃったとおり定義をどうするか、生を支えていく体制をどうするかも含めて、そこをもっと議論を詰めていかなければならない（ALS協会橋本参考人②）

### 〈ケアのあり方〉

- 延命治療を実施したりするのも含んだものが緩和ケアである。（林委員①）
- 多くの患者は緩和ケアイコール死を迎える病院だと思っている。これは緩和ケアを勧めるに当たって難しいところ。緩和ケアで有名な病院に転院をとっただけで、かなり難しい。また、それまで治療に当たってくれていた主治医との信頼関係を打ち切りたくないという人も多い。医療に対する知識の差で、随分緩和ケアに対する受け止め方が違うと思う。（樋口委員①）
- パラレルケアという考え方とは、がんに対する治療と並行して緩和医療を行っていく。はじめから最期まで支え続けるという姿勢が治療と緩和と並行して行われる。そうした意味のものが緩和ケア。（林委員①）
- 人工呼吸器を付ければ、費用的に生活をしていくことができるのであれば、問題はそういう療養生活を支える条件があるのかないのかだ。（伊藤委員①）
- 延命治療を望まない人が多いという説明だったが、確実に望む人もいる。多数だからという言い方で説明されることが果たして適切なかどうか。説明が欲しい。（伊藤委員①）
- 末期医療6ヶ月の中で各々の立場の人が、どういった対処をしていくかが大切。（池主委員①）
- 医師が患者の家族に在宅医療問題について説明したことがあるのかどうかの調査がない。患者は皆目見当のつかないままに、つまり自分は生きる望みがないと思って、最期を迎えるという方向にデータがスライドしてしまう。これからは治らない病気を支える支え方を病院が教えることが大切。（川島委員①）
- 最終的には制度的な規定みたいなものに、具体化していかなければ意味がない。在

宅医療にも落としどころがあるだろうし、この懇談会で議論したことを、介護保険の改訂や在宅医療とかとの連携をしていくことが必要だが、その辺があまり連携が取れているようには思えない。今後はやはりそういう上へのぼったり審議会みたいのに引っ張っていかないと、なかなか具体的な形ではうまくいかないのではないか。

(池主委員①)

- 特別養護老人ホームに看取り介護加算がついて、怖い感じがある。(櫻井委員①)
- どこで支えるかではなくて、誰と支えるかが大切。医療の支えなくして安心感のある看取りは得られない。(櫻井委員①)
- 意思決定の相談支援という部分、それからがんの患者さんの、いろいろなチームで取り組み、心理社会的な部分をきちんとバックアップして相談支援をするという、医療の中でいろいろなコメディカルチームを組んでいる部分を、どれだけ本当に活性化してシステムとしてきちんと整えるかというところが、まず医療のあり方として求められる(田村委員②)
- 本人の意思をいかに知ることができるか、ということなのではないか。本人の意見をどのようにして私たちが知り、それをどのようにして確認していくか。そのプロセスをある程度ははっきりしておかないといけない。(林委員②)
- 本人の意思がまず大事であり、その次に本人の意思がとれない方は家族という感じ(富樫委員代理②)
- ご本人が死を意識し、それに対してどういう考えを持つかも大切です。それをどう家族と、もしくは大切な人と共有しているかということです。それが本当に、いざというときに非常に重要な意味を持つのではないか(林委員②)
- 高齢期の問題というふうに絞ってしまうと、あまりにも課題が重すぎてなかなか結論が出ないのではないか。もっと早い時期に、看取りという問題を正面から捉えるような制度的対応というか、システムづくりというのが必要です。(池主委員②)
- 患者の側から見れば、たった1回こっきりの話で、しかも個々によって非常に状況が違うという、極めてリアルな状況の中での判断を迫られる。医療者の側は圧倒的にたくさん情報を持っているが、患者の側はまずそういう情報を持っていない人が大部分である。(伊藤委員②)

### <さまざまな終末期>

- 終末期にはいろいろな人がいて、70歳以上だけをターゲットにしているわけではないということを含め、くれぐれも誤解のないように。(樋口委員①)
- 子どもが病気になったとき、家族の支援がなくてはとても立ち行かない。しかも若い親御さんが多いわけですから、経済的にも精神的にもさまざまなところで支援が必要だ(近藤委員②)
- 突然やってくる死、そして心拍再開がなった後での終末期を、どういうふうに考えるのか。この場でも考えて結論は出るか出ないかわかりませんが、報告書なりに活かしていただくことが大事ではないか(山本委員②)
- 意思表示できない人が突然救急に飛び込んで来て機械呼吸になってしまう。そういう人はどこまで機械呼吸が要するのかという問題は、まさにこれこそ何らかの工夫で考えていかないといけない(中川委員②)
- 終末期というのはどういう状態を想像するかによって、また連想するかによって、それに対する対応が異なってきますから、そこを整理しないと、それぞれの終末期

像に対応した発言になりがちではないか(池上委員②)

- 救急医療後の問題についてですが、そういう呼吸器を中止するとか、しないという話は、単純に手技をどうするかという話ではない。その方々は、いまこの世に存在している。存在しているのを、存在するなど言っているのは人間が言っているわけです。それでいいのか。(川島委員②)
- 本人のニーズがどこにあるかということが問題なので、そのことをどのようにして認定するかというのが1つの問題。本人のニーズに応じて医療は行われているか、その体制を確立しなければならない。ご本人、さらにご本人を支える家族の人たちに対するサポートの体制の整備も必要(町野委員②)

### 〈法整備・ガイドライン〉

- リビングウィルについて、高齢者からの方が支持率が低いのはなぜか？ 書き換えができないと思っている人が多いことを反映しているのかどうか。(伊藤委員①)
- 何らかの提案ができないと、5年前と同じ結論で終わってしまうのではないか。個人の主張を尊重するとガイドラインにはあるが、終末期には現実的に無理がある。家族の意思も大切である。(中川委員①)
- 「患者が拒まない限り、決定の内容を家族にも知らせることが望ましい」とあるが、ガイドラインができていない。それぞれの場合で医療者、患者、家族の間で相談して納得のいくような結論をだすという、その決定に至るプロセスをきちんとやるのが大切。次の懇談会で、いままでのような質問対応でいいのかどうか、きちんと確認しておかないといけない。法律とか倫理委員会とかの問題もある。(①)
- プロセス論は、プロセスさえ経ればよいという考え方も危険である。倫理委員会を通したので延命治療をやめてもよい、のような事件が新聞報道されたところ。(町野座長①)
- 生命倫理、法の問題などもある。(ヒアリングを)できる限り行っていきたい。(町野座長①)
- 現場としては、特に救急医療であるとか神経難病の部分とか、ある面では緩やかな法整備も必要だと感じている(中川委員②)
- 医師が自分たちの至らないところのツケを患者や家族に回して、その中には説明責任の不十分さとか、緩和医療が十分にできていないとか、環境整備がうまくできていないとか、いろいろなことがあるわけです。それを知らないうちに患者にツケを回していて、尊厳死容認という形になりはしないか。ここが最も私は危惧するところ(川島委員②)
- 全日本病院協会としては、現在のところ法制化には反対しています。ただ、ガイドライン作りというのはやっている。それをどんどん広げていって国民の間に合意するものが生まれない限りは、法律を作って法整備をしてはいけない(木村委員②)
- 死をよく考えていると法制化というのは、日本の現時点では無理な部分があるのではないか(富樫委員代理②)
- いま国が決めるべき問題でもないし、ガイドラインを作るべき問題でもないと思います。いずれ作らなければならないとしても、いますぐの話ではないだろう(伊藤委員②)
- ガイドラインを作るか、法律が必要かというのは、おそらくここでの議論はそこまですでに済んでいると思いますが、結局のところ現在、それを使わなければ本人のニ

ーズに応えた医療ができない状態なのか、そこがいちばんの問題(町野委員②)

#### <終末期相談支援料について>

- 新たな生を考える、限られた中でも生を考えるということで相談を診療報酬の中で立てたことは、私はとても意義があったのではないかと思うので、後期高齢者医療制度の中にあつた相談料を、名前も変えて、もう一度しっかりと組み立て直したほうがいいのではないか(中山委員②)
- 相談機能の能力を持ったがんの専門看護師や認定看護師、ソーシャルワーカーも含めて、そういう相談機能を持った人たちの相談活動に対し、相談料というのが診療報酬の中で認められるような道を作っていくことは、とても重要(中山委員②)
- 終末期相談支援料という文言を変えて、より良い生き方支援のための相談料とでもしていただく(川島委員②)
- 相談ではなくて、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証することが先ではないか。安易に相談と言うべきではないと思うし、ましてやそれを料金体系化するというのは、いかがなものか(伊藤委員②)

#### <意識調査の解析について>

- 今日のヒアリングと意識調査の結果と、多少でも関連させていく必要があるのではないか(池上委員②)

#### <その他>

- 前回調査から今回の調査まで、国民に終末期の広報活動をしたのか。ガイドラインは国民・医療現場にどう周知したのか。(永池委員①)