

第3回 終末期医療のあり方に関する懇談会

平成21年2月24日(火)
17時00分～19時00分
弘済会館 4階 萩

議事次第

1. 開会

2. 議題

(1) ヒアリング：終末期医療のケアのあり方について

福永 秀敏 国立病院機構南九州病院院長

石島 武一 聖ヨハネ会桜町病院名誉院長

(2) 「終末期医療に関する調査」解析結果について

川島 孝一郎 調査解析ワーキングチーム委員長
仙台往診クリニック院長

(3) その他

3. 閉会

【配布資料】

- 資料1 これまでの懇談会での主な意見
- 資料2-1 福永参考人提出資料①
- 資料2-2 福永参考人提出資料②
- 資料2-3 福永参考人提出資料③
- 資料3 石島参考人提出資料
- 資料4 「終末期医療に関する調査」結果の解析について
- 資料5 「終末期医療に関する調査」に関する意見

第3回終末期懇談会	資料1
平成21年2月24日	

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)

終末期医療のあり方に関する懇談会

第3回終末期懇談会

資料2-1

平成21年2月24日

命と向き合う～医療現場からのメッセージ～

国立
南九州病

独立行政法人国立病院機構
南九州病院院長 福永秀敏

私の立ち位置

- 医師になって40年近く、臨床医として確かな治療法のない難病医療に携わってきた。
- 1984年からALSの在宅医療と人工呼吸管理をすることになった。そして条件整備ができたなら、在宅ケアが、患者・家族にとって最も満足できる医療と思う。
- また平成になって格段に進歩した筋ジストロフィーの終末期医療では、しっかり生きるための教育、死と向き合う教育の重要性を感じた。
- 平成17年4月から、緩和ケア棟(25床)を運営している。
- それぞれの生き方があるように、それぞれの死にも方もある。人生は一つの物語であり、医療者はその物語を意義あるものにするための援助者でありたいと思う。

メイヨークリニック での研究 (1980~1983)



メイヨークリニックでは「いい看護、やさしい看護、ほっとする看護」が提供されているといわれている。

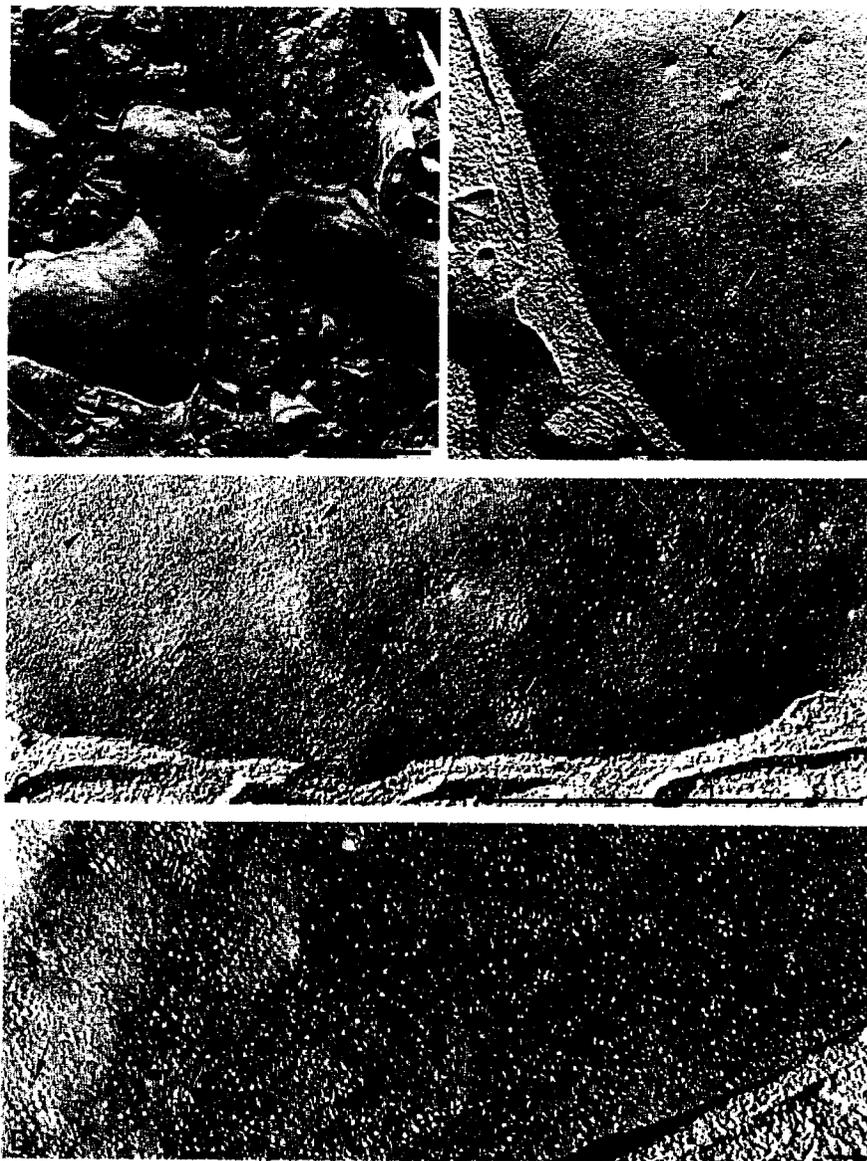


FIG. 2. Presynaptic membrane P-faces in diaphragm muscles of mice treated with pathogenic LEMS IgG for 52 days. (A) Branching nerve terminal (N). The fracture plane traverses the interior of the terminal and then skips to a large expanse of the presynaptic membrane P-face. Synaptic space, junctional folds, and junctional region of muscle fiber (M) surround the nerve terminal. A representative region of the presynaptic membrane (asterisk) is shown at a higher magnification in C. (B, C, and D) Only a few active zones (arrows) and several clusters of large membrane particles with more than five particles per cluster (arrowheads) can be observed (compare with Fig. 1). In B and C, the arrangement of the particles in some clusters suggests aggregation of linearly arranged active-zone particles (x). (Bars = 1 μ m in A-C and 0.1 μ m in D; $\times 14,000$ (A), $\times 57,400$ (B), $\times 75,600$ (C), and $\times 92,500$ (D).)

筋ジストロフィー病棟に入院してきた 小学4年生の疑問

- どうして僕は薬を飲まなくていいの？
- 僕は生まれてからずっと病気だよ。
手や足の病気で ほかはどこも悪くないから
地域の学校に帰りたい。
- この病棟で、歩けるようになって退院した人
はいるの？
- 病気が治らないなら家に帰りたい。
『治るよね』問いくる子等の澄める眼に
うんと言う嘘神許されよ

当時は20歳まで生きることが一つの目標だった



「天寿とは」

もっとも健康な少年だった

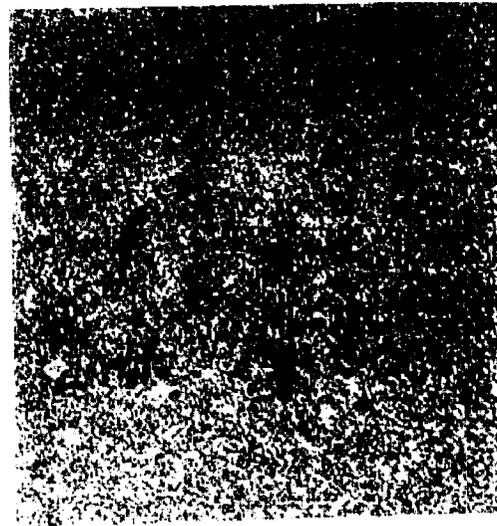
平成8年6月、梅雨のさなか、漆黒の闇から間断なく小雨が降りしきる。富満君の亡骸は僚友に見送られながら静かに家路へと向かった。

亡くなる数日前まで英検3級の勉強をしていた

「自分のしたいことはしたいし、そのために精一杯の努力をする」といいつつ実践してきた彼の夢は、叶えられなかった。ただ私たちスタッフの胸の中に、代えがたい大きな贈り物を残してくれた。健康とは体が自由に動くことだけではないのかもしれない。(難病と生きる、より)

愛する人は 今は世になき 流れ星

輝き消えた美しき母



難病を生き延びた少年、故 富満誠一君(十六才)と、その墓石に刻まれた母に捧げる歌

生を燃焼 轟木敏秀君の35年

・・・現在の体の状況は、いつ死が訪れてもおかしくない状態です。自分の意思で動かすことができるのは、両手の親指だけです。そのうちの左手の親指一本だけで操作可能なパソコンのキーボード、マウスも可能になるMK1(ゆり電子)でインターネット・ワープロなどさまざまなことに取り組んでいます。

・・・寝たきりの生活でありながら、やる気さえあれば可能性は無限大に広がっていきます。

轟木(難病と難病と在宅ケア)から



轟木君(34歳)

左上が電動ミラー
(Todoroki ミラー)

平成10年来、毎年秋に、敏秀に係わりのあったメンバーで、
追悼登山とお墓参りをしている。

(霧島連山新燃岳頂上にて)



筋ジス患者の終末期ケア

彼らが才能を発揮する前に、死なせていた

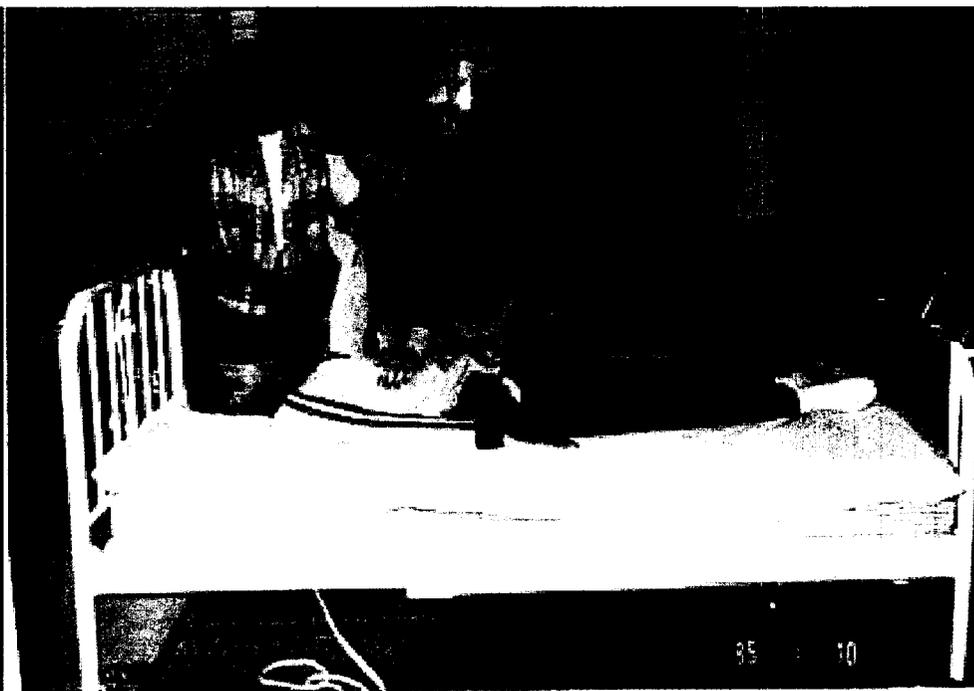
1. 「しっかり生きる」ための教育
2. 死と向き合うための教育
3. 自我の完成と人間的成長を助ける教育

1984年4月

日本で、おそらく初めての
「体外式陰圧人工呼吸器」を
在宅で、Sさんに使って
もらった。

2年余り24時間の胸押し
補助呼吸から開放されて、
喜ばれた。
でも、6ヶ月ほど経ったある朝、
眠るように亡くなりました。

私が在宅ケアと取り組む
「きっかけ」を作ってくれた
患者さんである。





お母さんに指示するSさん、在宅だからできる
「この頃が一番充実していたかも・・・」とお母さん

吸引問題を考える機会 になった患者さん

ご主人が一人で奥さんの看病にあたっていた。夜間も吸引の度に起きていた。眠れる時間は訪問看護の2時間だけ、という日が続いた。せめてヘルパーの来る夜間の吸引をお願いできないものか…



看護師等によるALS患者の在宅支援に関する分科会

(厚労省医政局:平成15年2月～5月)

一定の条件でALS患者に、非医療職による痰の吸引を認める

その条件とは

- ・ 主治医か看護師から吸引方法の指導を受ける
- ・ 患者自身が文書で同意する
- ・ 主治医らとの緊急時の連絡支援体制の確保

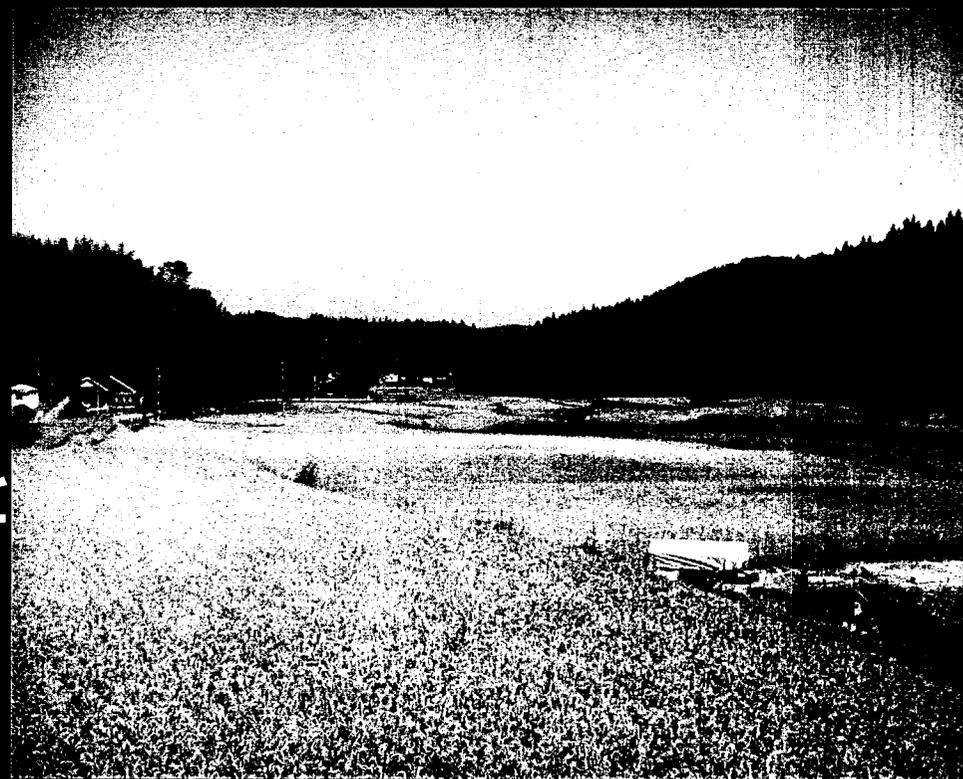
「本音は自分でもよくわかりません。60歳という、昔ならちょうどいいくらいの歳です。でもあと半年の命だと、私も家族も心の整理ができないのではないかと思います。あと1年から2年ぐらいの延命が、ちょうどいいのかなと思ったりして…」自分でA4の黄色い紙を持って、リクライニングのベッドにもたれながら、きちんとした文字ですらすらと書いていく。声はかすれて聞き取りにくいですが、四肢の筋力はかなり良く保たれている。



Mさんはいわゆる球麻痺型のALS(筋萎縮性側索硬化症)で、今回胃瘻造設のために入院された。頬が少しこけて整った顔立ちは、凜としたなかに世俗を超越したような清々しさも感じられる。私は暇な時間に立ち寄って、雑談して帰ることが多くなった。

「山岡鉄舟は胃がんで、座ったまま死んだそうです。私も最初のころは、人間は動物なんだから、食べられず、息ができなくなったら死ぬのは当然だと思っていました。50歳を過ぎたころから、これからの人生はもうけものと思ってましたから」と書き連ねる。今まで「呼吸器を付けたくない」との考えを変えなかったのは、このような考えが基本にあったのだと初めて理解できる。

M農園の向こうには
四季折々の姿を見せる
霧島山系を遠望できる。
まさに「現代の桃源郷」と
でも表現できようか

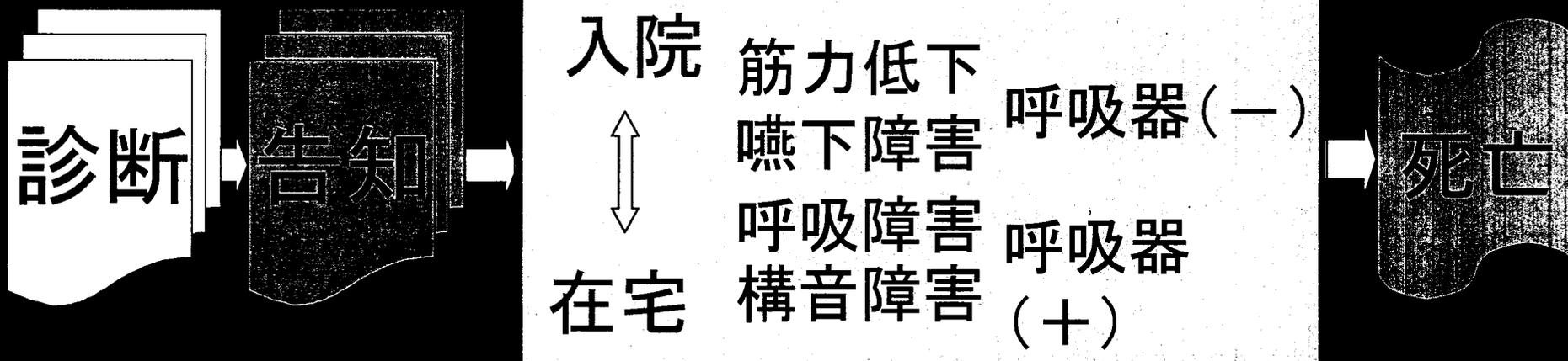


実はこの日に伺ったのはM農園の見学ではなく、A先生に頼んで定例の在宅訪問に同伴させてもらったのである。2年ほど前、青天の霹靂とでもいうべきか、奥様がALSを発病された。…庭から掘り炬燵のある居間に上がり込んで、私は、「生きてナンボという考え方もあるのではないのでしょうか」とご家族に話していた。当初、それほど延命について力説するつもりはなかったが、居間からも眺められるこの上ない景色が、「今このまま死んでしまっっては、もったいないじゃないの」と、素朴に思ったというのが正直なところかもしれない。

Mさん(62歳女性)からのメール

- ・今日は弱音を吐かしてください。気管切開を受けてもうすぐ4ヶ月になろうとしています。手術を受けるにあたってはいろいろ悩みました・・・やっぱり生への執念ってすごいですね。ところが最大の誤算は、落ちたものを一人では取れないという現実です
(20年7月)
- ・(照川さんの記事を読んで)私は、患者の意思が確認できる(事前に)仕組みを作っておけば、呼吸器をはずすことに賛成です。生きる意欲を失っているのに、苦痛に耐え、人の手を煩わせながら生き続けるのは辛すぎます(20年10月)
- ・先生は不思議な人ですね。現実を受け入れざるを得ませんが、先生と話しているうちに、希望を持って強い気持ちで毎日を過ごすよう努力しようと思えてきました。(21年2月)

ALS診断後の一般的経過



人工呼吸器の使用状況と主な療養場所

(平成20年12月末)

	在宅	入院	施設 入所	合計(%)
人工呼吸器使用	24(18.9)	37(29.1)	4(3.2)	65(51.2)
気管切開のみ	5(3.9)	0	0	5(3.9)
その他	40(31.5)	13(10.2)	4(3.2)	57(44.9)
合計	69(54.3)	50(39.3)	8(6.4)	127(100)

現在の当院の神経内科病棟の現状

病名	年齢	性	呼吸器	胃ろう	意思伝達の方法
ALS	79	女	(-)	(+)	TLS
ALS	77	女	(+)	(+)	TLS
ALS	81	男	(-)	(+)	TLS
ALS	73	女	(+)	(+)	TLS
ALS	45	女	(+)	(+)	TLS
ALS	67	男	(+)	(+)	まばたき
ALS	78	女	(+)	(+)	まばたき
ALS	62	女	(-)	(-)	文字盤
ALS	79	男	(-)	(+)	まばたき
ALS	55	男	(+)	(+)	伝の心
ALS	82	女	(+)	(-)	まばたき

病気になった人しか
わからない。

患者さんや家族の思いを
少しでも代弁できたら、という
思いで書きました。

喜びも、悲しみも、怒りも
理不尽さ、すべての気持ちが入り
混じっているのが、医療
の現場です。

でも日ごろ、患者さんが
「一生懸命」前向きに、病気と
立ち向かう姿に勇気づけられ
ます。

病む人に学ぶ

福永秀敏
独立行政法人国立病院機構
南九州病院 院長



患者さん一人ひとりの思いを、実情をドラマをこれほどまでに
いさよと情れる感動が他にいないか—

フリーライター 渡辺一史 (第25回読者会シンポジウム 第34回大石一朗賞受賞者)

院長としての経営哲学も未来志向型であり

本書は正に福永イズムの結晶といふべき名著—

名古屋学芸大学 学長 井形昭弘

終わりに

- 終末期医療をどのように位置づけるか、困難な作業であるが、開かれた議論を経て、一定のコンセンサスが得られることを期待している。
- あいまいな指針が好ましいと思う反面、臨床の現場では、治療の中止など、より具体的な指針であって欲しい気持ちもある。
- 臓器移植のドナーカードのようなもので、事前の意思を明らかにすることもできるのではないだろうか。
- 人は等しく死を免れない運命にある。超高齢社会を迎えた今、健康なときこそ「人生の終幕」への想像力を働かせることが必要ではないだろうか。

論点

死に望む患者などに接する機会

の多い医師として、患者の「な

ら「安らかな死」を望むのは「あ

論点

もあと半年の命だ、私や家族の

最も重要な原則とする。この医療

中止の基準などは示されておら

日本の臓器移植法は「健やかに

く、よくある総論賛成、各論反対

あるとは考えないではない。「生

延命治療と尊厳死

委員論議委員

福永秀敏



福永秀敏

る。先着精結のための胃増強や

「尊厳死」に関しては、立法化

者にとつて最善の治療方針を

超えたという。超高齢社会は、

最大限してほしい、そして数カ

はな等しく死を免れない運命に

今日は敬老の日。多年にわた

している。過去に乳がんの手術

男性70・19歳、女性85・99歳と

ちで、次のような返事を書き送

ーム、介護付き有料老人ホ

知識や経験を労働市場に生かす

抑制)の中で、今後国民皆保

独り者が最期迎える場所

委員論議委員

福永秀敏



福永秀敏

さる方法があるのではありませんか

超高齢社会の安心できる暮らし

実性を伴うが、人口予測は確

それで日本は日本の超高齢社会

この四月から始まった後期高

として考えざるべき時である。



論点

女性から手紙をもらったが、そ

の内容は現代の世相を反映して

重たいものがあつた。八十六歳

の女性で、夫と二人息子に先立

たれ鹿嶋市のマンションで一

人暮らしである。モチベーション

プラタナス



医聖ヒポクラテスは、
この樹の下で弟子たちに
医学を説いたといわれる

天命を全うする医療とは



国立病院機構南九州病院長

福永 秀敏

(ふくなが ひでとし)

1972年鹿児島大卒。80年メイ
ヨーククリニック留学。98年より
現職。99年厚労省「筋ジストロフ
イー研究班」主任研究者。2007
年厚労省「医療安全管理者の質の
向上に関する検討作業部会」部会
長。著書に「病む人に学ぶ」など。

この11月、霧島市の家庭教
育学級合同研修会で講演する
ことになり、主催者との話し
合いで決められたタイトルが、
「命と向き合う医療現場か
らのメッセージ」というこ
とになった。

植物状態患者と高齢者の 終末期医療

厚生労働省
第3回終末期医療のあり方に関する懇談会
2009年2月24日

社会福祉法人 聖ヨハネ会 桜町病院
名誉院長 石島 武一

終末期の3型

1. 急性型

=眼前に死が迫っている状態(2週間以内?)
(救急室・ICU—救命に全力を尽くす)

2. 亜急性型

=短期間に死が予測される状態(6ヶ月以内?)
(癌末期が典型—緩和ケア・スピリチュアルケア)

3. 慢性型

=回復不能な植物状態

植物状態(Vegetative State-VS)

植物状態とは、覚醒しているが認知能力を欠いた状態
意識=覚醒(wakefulness)+認知(awareness)

1. 自己と外界を認知できず、他者との交流が不能
2. あらゆる刺激に対する意味のある反応行動が認められない
3. 言葉の理解なく、発語なし
4. 飲食物の嚥下は不能
5. 大小便失禁
6. 視床下部、脳幹の自律神経機能は保たれている
7. 自発呼吸はある
8. 覚醒—睡眠のサイクルはある
9. 脳神経、脊髄神経の反射はある程度保たれている

最低意識状態(MCS) (Minimally Conscious State)

認知能力が僅かでも存在することが証明できる。

すなわち;

1. 意識を伴った意味のある反応行動が再現性をもって証明できる
2. 反応行動の具体的な例:
 - ・簡単な命令に従う(目を閉じよ、手を握れなど)
 - ・身振りまたは言葉でyes/noを答える
 - ・笑い、泣く、発声、身振り、物に手をのぼす
 - ・物を目で追う、物を掴む……………etc(これらの反応行動には著しい変動がある)

植物状態の原因

1. 重傷頭部外傷
2. 重症脳血管障害(出血、梗塞)
3. 無酸素脳症(酸欠、一過性心肺停止)
4. 代謝障害・中毒
5. 認知症高齢者
6. 脳疾患(脳炎、進行性変性疾患等)
ただし閉込め症候群は除く(ALS等)

恒久的植物状態 Permanent VS(PVS)

外傷性 { 35%は回復
35%は死亡
30%はVS

非外傷性 { 10%は回復
90%はVS

12ヵ月後の外傷性VS

3ヵ月後の非外傷性VS

恒久的植物状態

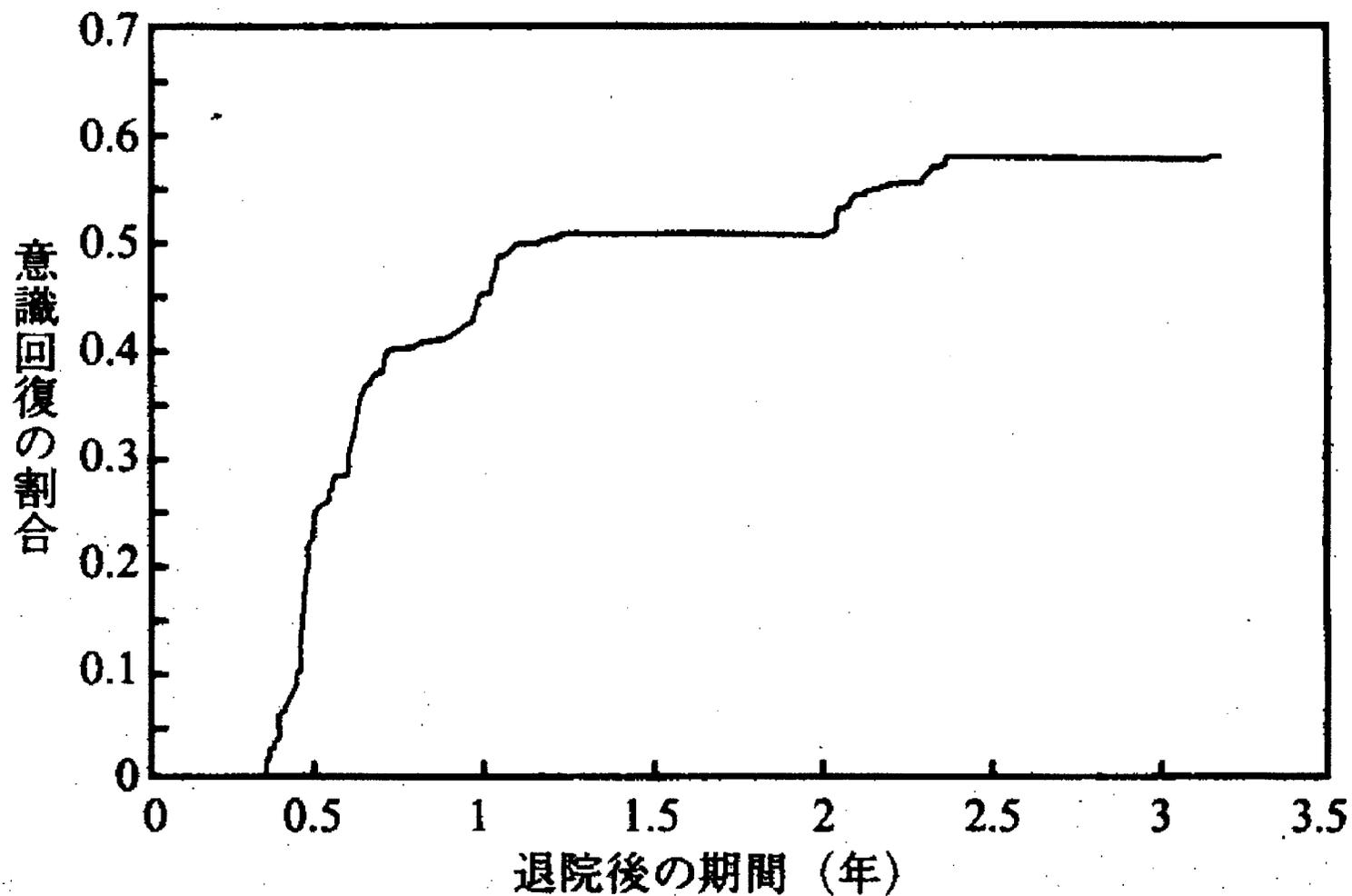
permanent VS(PVS)と呼ぶ

(遷延性植物状態 persistent VSとの差)

植物状態患者の意識回復曲線

植物状態で退院した84名の頭部外傷患者のその後

塚本泰：医療と法，1999，尚学社より



(Levin：注10)より引用)

VS患者の実体(脳外科71施設、1992,9)

	A 施設	C 施設	全 体
脳外科ベット数	47.7(平均)	32.2(平均)	36.3(平均)
PVS患者数	3.2(7.5%)	3.6(11.3%)	3.5(9.5%)
後方への転送	(56.3%)	(49.4%)	(51.8%)
ANH中止経験 のある施設	3/27(11.5%)	5/44(11.4%)	8/71(11.3%)

塚本泰：医療と法、1999，尚学社，より

植物状態患者の介護・治療

1. 栄養・水の人為的補給(Artificial Nutrition & Hydration:ANH)

- ・経鼻経管栄養法
- ・中心静脈栄養法
- ・胃瘻(PEG—Percutaneous Endoscopic Gastrostomy)

2. 全身管理

- ・全身清潔、排泄処置、口内衛生など
- ・喀痰吸引
- ・2時間毎の体位交換
- ・保温・保湿

3. 合併症の予防・治療

- ・肺炎、膀胱炎など

4. リハビリテーションと刺激療法

PVSに対する態度

1. ANHを差し控える(withhold or forgo)
2. ANHを途中で中止する(withdraw)
3. ANHを永遠に続ける

米国における延命治療中止裁判

1975 Karen Ann Quinlan(21歳女)

アルコールと睡眠薬→昏睡→人工呼吸器→3ヶ月後
両親呼吸器外しを提訴→1審却下→高裁認可
1年後呼吸器停止→呼吸再開→9年後肺炎で死

1990 Terri(Theresa Marrie) Schiavo(26歳女)

摂食障害→心停止→PVS→8年後に
夫: ANH中止を提訴、両親: 反対→7年間係争
2005 ANH中止の判決→13日後死亡

国際シンポジウム
延命治療と植物状態
—科学の進歩と倫理的ジレンマ—

**Life-sustaining Treatments
and Vegetative State**

—Scientific advances and ethical dilemma—

by

**World Federation of Catholic Medical Associations
and Pontifical Academy of Life**

March 17 ~ 20, 2004

Augustinianum University, Rome

ANH中止に対する各国の態度

1. イギリス:

王立医学会のガイドラインで基準を明記。

裁判所に申請して許可を受ける

2. アメリカ、オーストラリア、フランス、イタリー、

韓国、台湾、日本:

明確な基準なく意見分かれる。個々の裁判例。

3. オランダ、ベルギー、スウェーデン:

容認している。

日本カトリック医師会の調査 (2003年)

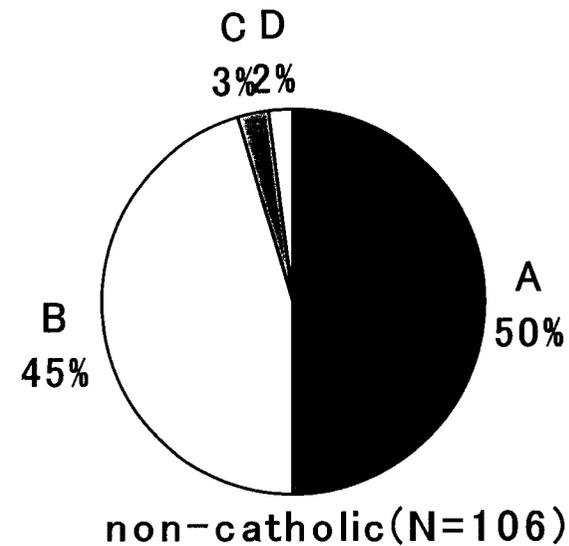
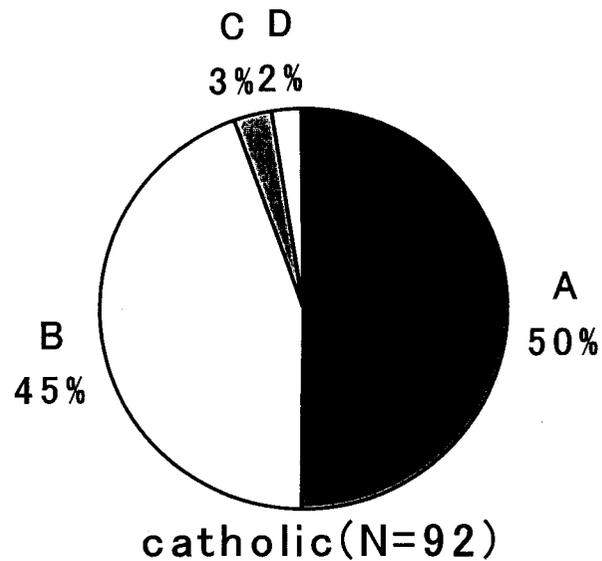
対象：26カトリック病院で働く450人の医師

回答者：198(44%)

カトリック医師： 92

非カトリック医師：106

貴方はPVS患者に延命治療をしていますか？
(延命治療とはANH等を指し、人工呼吸器は除く)



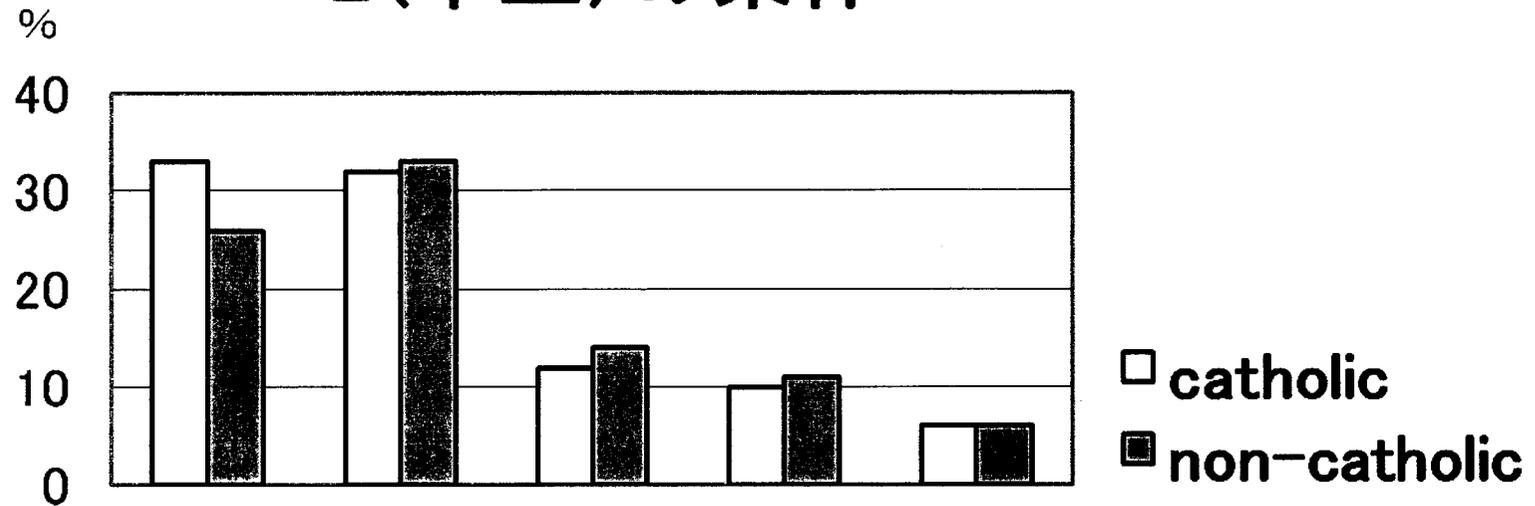
A: はい、必ず

B: 条件によっては中止もありうる

C: いいえ

D: 分からない

B(中止)の条件



① ② ③ ④ ⑤

① Living Willがあれば

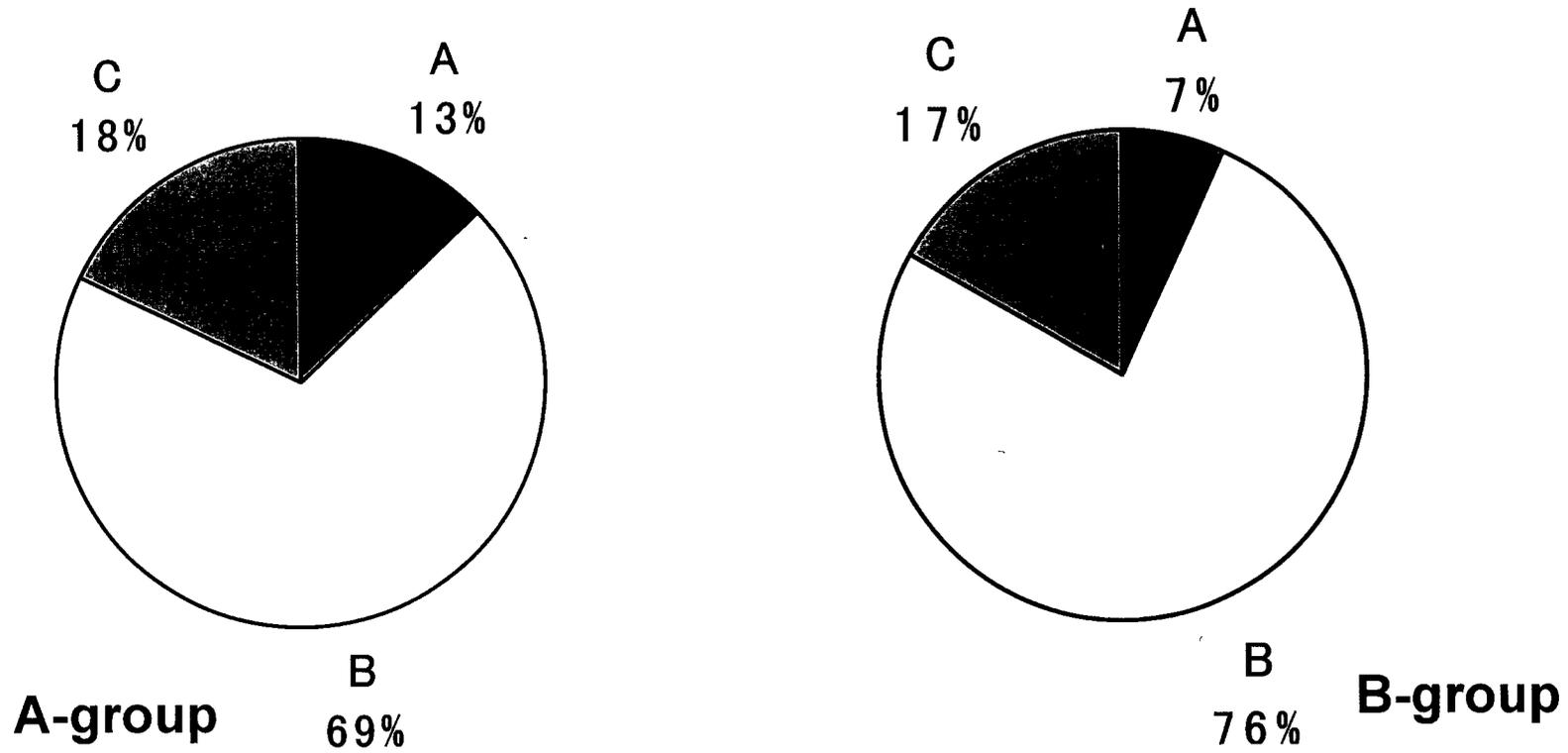
② 家族の反対

③ 患者が高齢なら

④ ①と②の組み合わせ

⑤ ①、②、③の組み合わせ

貴方が植物状態になったら治療を望むか



A: yes, B: no, C: unknown

教皇ヨハネ・パウロⅡ世の参会者へ呼びかけ

- 1.人の価値と尊厳は病気、傷害によっても変わらない。
- 2.人は常に人であり、「植物や動物」ではない。
- 3.植物状態にある患者は基礎的な健康のケア(栄養、補液、清潔、保温等)を受ける権利をもつ。
- 4.食物と水の補給は生命維持の自然な方法で、医療行為ではない。ordinary で proportionateである。
- 5.回復の見込みのない植物状態の患者の栄養と水を断つことは正当化されない。
- 6.死ぬことを知って断つことは不作為の安楽死である。

米国カトリック司教協議会からの質問に対する
教皇庁教理省の回答 (Aug.1, 2007)

Q1. “VS”患者に対する水と栄養の補給は道德上の義務か。

A1. 道德上の義務である。

Q2. ANHの行われている“PVS”の患者に対して、専門医が良心に賭けて回復不能と診断した時、ANHを中止できるか。

A2. できない。“PVS”といえども人間の基本的権利をもつ。ANHを含むordinaryでproportionateなケアを受ける権利を有する。

症例1(死亡時年齢 98歳. 男)

**2005. 2.10(96) 慢性硬膜下血腫の手術
術後認知症発症**

2005. 7. 6 特養ホーム入所(寝たきり、介助摂食)

**2007. 4. 5 意識喪失
再入院**

MRI:左前頭葉に広範な梗塞

以後、点滴のみ

2007. 4.23 家族、ANH拒否

6. 6 点滴不能。家族再度ANH拒否

6. 7. 心停止

症例2(死亡時年齢 66歳. 女)

- 1992(55) 認知症開始
- 1993 ピック病の診断
- 1999 特養ホーム入所
- 2002 寝たきり、介助摂食
- 2003.6. 発熱、食欲低下
- 9. 嚥下不能
- 夫、ANHを拒否
- 11. 6 点滴不能・見守り
- 11.11 心停止

現時点で最低限考慮に入れるべき事項

1. 生命を守る
2. 急性型終末期では治療に全力を尽くす。
 - ・ 短期間の苦痛除去は可能。生命短縮は無意味。
 - ・ 結果的にPVSになったら、慢性型の考慮対象になる。
3. 亜急性型終末期
 - ・ 現在の緩和ケア、スピリチュアルケアで対応可能。
4. 慢性型終末期(PVS)
 - ・ 脳障害性PVSでは一般的に呼吸器は不要である。
 - ・ 意識(認知能力)のあるMCSではANHは持続。
 - ・ 若い人ではANHの中止は少なくとも3年は待つ。
 - ・ いつ、どこで線を引くか？

PVSのANH中止に関する問題点

1. 日本人の生命観・倫理観(人間の尊厳観)
2. 医療者としての倫理観
3. 患者の最善益は誰が決める(Living Will?)
4. 家族の意識
患者への愛情
自己納得？
世間体？
実利？
5. 延命措置中止のプロセスのみ出しても無意味