

簡単アンケート第11弾:終末期医療

(2012年1月実施)

JSEPTIC臨床研究委員会

アンケート作成者:若竹春明(聖マリアンナ医大救急医学)

藤谷茂樹(東京ベイ・浦安市川医療センター)

対象:集中治療に興味のある方、もしくは実際に携わっている方(職種は問わない)

日本の集中治療室において、終末期医療はタブー視されてきましたが、避けては通れない分野の一つです。しかしながら、日本では終末期医療を学問とする系統的な指導がなされておらず、各施設が手探りで対応をしているのが現状だと思います。今回の簡単アンケート調査は、集中治療に興味のある方、実際携わっている方が、終末期医療に対してどのような事を考えながら治療をしているのか、実態を覗きこむことができるとてもいい機会となります。”INTENSIVIST”で念願でした“終末期医療”特集に着手することができ、皆さんに人生の一大イベントである終末期医療に少しでも関心を持っていただき、真摯に向きあっていただければ幸いです。

このアンケートは今までに私たちの施設でも問題になった事例を基に作成したものです。コメディカルの方々も答えやすいように問題も配慮しておりますのでご協力よろしくお願いたします。3月10日のJSEPTICセミナーで専門家の方々に討論していただく予定にしております。

言葉の定義

- ※ **Withdrawal**(治療の撤退):生命維持装置(人工呼吸器、PCPS、透析など)を積極的に中止する行為。
- ※ **Withholding**(治療の差し控え):生命維持装置には手をつけませんが、それ以外の追加医療は行わない対応。
- ※ **Futile care** (無益な治療):行われている治療が目標とするゴールを達成できない、治療効果がまったくない、永久に意識が戻らない、集中治療から離脱できない、などにも関わらず継続されている治療。

アンケート作成者:若竹春明(聖マリアンナ医大救急医学)

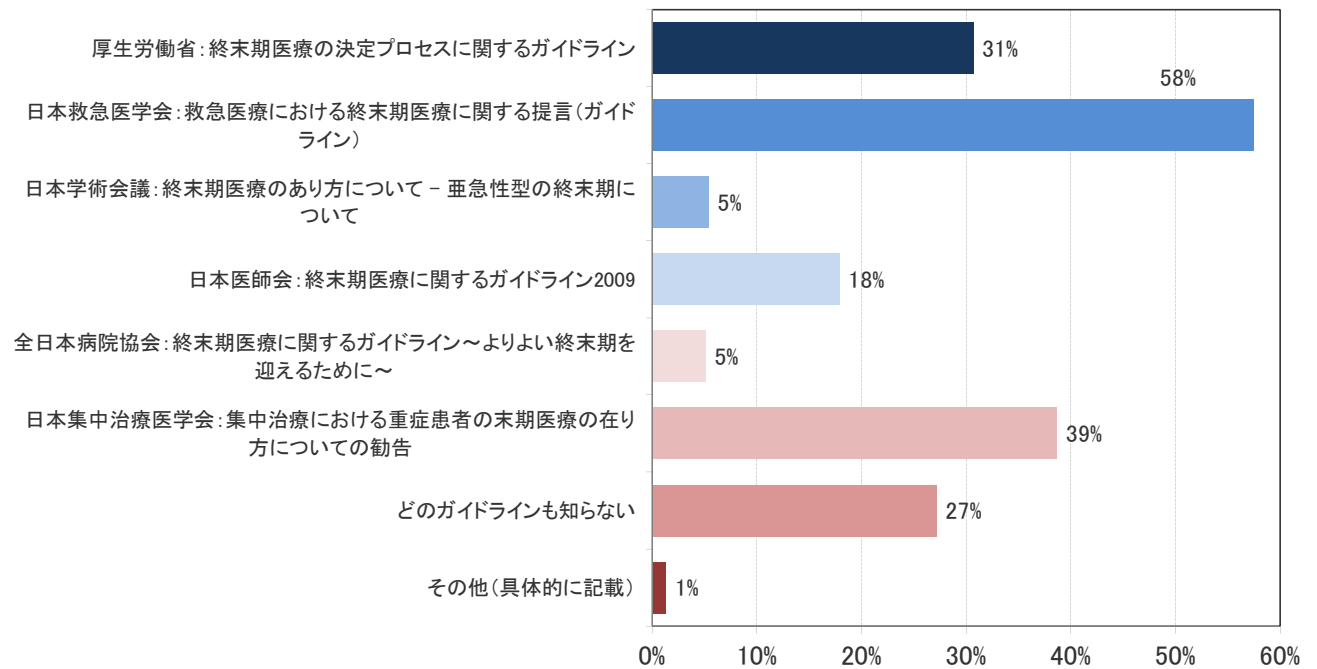
藤谷茂樹(東京ベイ・浦安市川医療センター)

回答者数:313名

=症例シナリオ=

質問1. 国内の終末期医療に関するガイドラインで、あなたが知っているものはどれでしょうか？

(複数回答可)



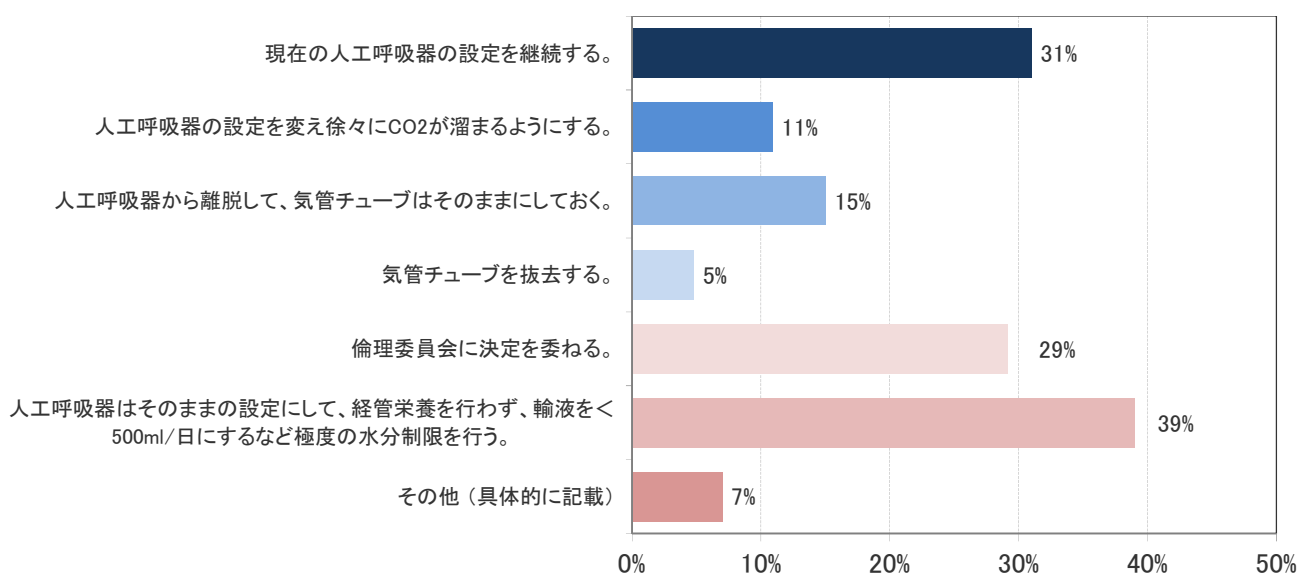
*その他(具体的に記載)回答者 4名

- アメリカのものは多少知識がある。
- 日本循環器学会 循環器疾患における末期医療に関する提言 。
- 日本老年医学会:高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン。
- 救急看護学会
- 循環器疾患における末期医療に関する提言。

症例シナリオ

70歳の男性が CPA で救命センターに搬送されました。来院時は心室細動、30分後に洞調律になりましたが、3日経過しても対光反射を含む脳幹反射も自発運動も認められません。バイタルサインは昇圧剤なしで落ち着いています。患者本人が遺書をもっており、意識のない状態で生命維持装置に依存しながら生きることは希望しないと明記されています。患者は、人工呼吸管理(自発呼吸なし)を受けています。脳波にはわずかな徐波を認めます。

質問2. 患者のご家族の意見を聞き、全員が治療の **withdrawal**(治療の撤退)に賛成しているとしたら、呼吸管理について、あなたは医療従事者としてどのような選択をしたいと思いますか？もしくは、どの選択肢が許容範囲だと思いますか？



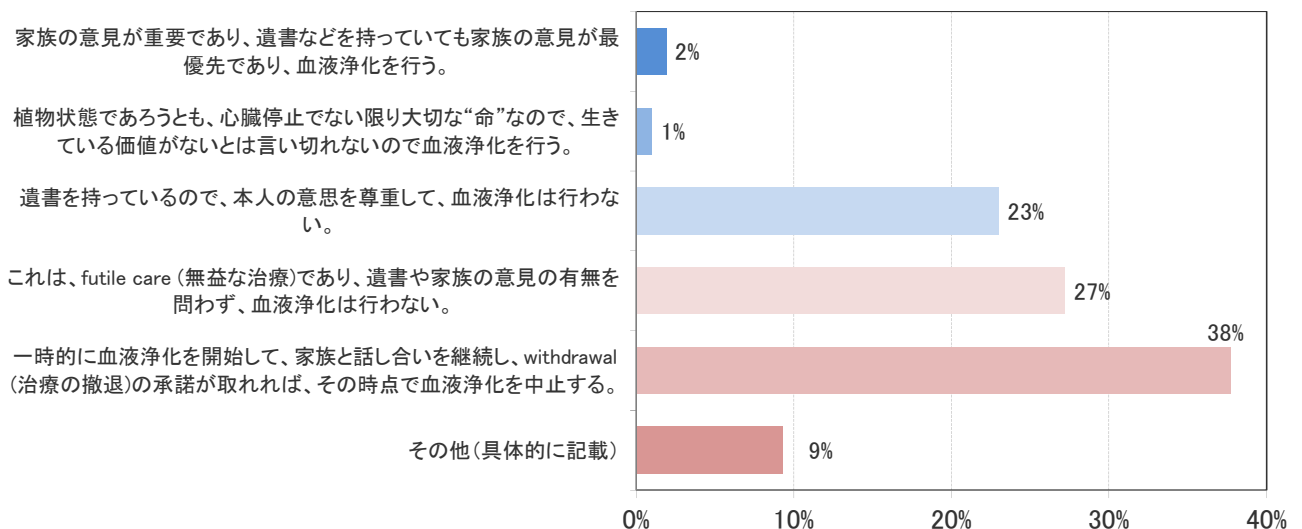
*その他(具体的に記載)回答者 22名

- 遺書を家族や救急隊が把握していないのが問題だと思います。
- 患者の希望は意識のない状態で生命維持装置に依存しながら生きることは望んでいない。患者自身の意思を尊重するのであれば、希望通りに生命維持のための処置は中止してよいと考える。しかし、家族と患者のこれまでの歴史があり、家族の悲嘆は十分にケアしなければならないと考える。そのため、患者の希望に沿うことは患者の死を伴うことである為、家族のケアを行い家族の希望を再度確認して、その希望を尊重する。家族のケアなしに上記の選択肢のいずれかを選択することはできない。
- 自発呼吸が保たれている場合は、抜管を選択肢とする。
- 気管チューブをそのままにして、人工呼吸器を外したいところだが、できない。
- 数日から数週で心停止を迎える可能性が高く、呼吸器設定はそのままに昇圧薬含めた積極的治療と水分栄養管理を制限する。自発呼吸が経過中であるならば人工呼吸離脱を目指し、離脱できたら再度装着しないという方針を家族と相談する。
- FiO₂を下げる。
- 可能であれば人工呼吸器からの離脱を図る。離脱できない、もしくは離脱したところで家族に意思を確認し、本人のリビングウィルに従う希望が出れば、そこで倫理委員会に諮る。
- 倫理委員会と医療チームでの話し合いおよび家族とのカンファレンスを十分にしたのちに気管チューブを抜去する。

- 家族立会いの下、自発呼吸の停止を確認して頂く。
- 人工呼吸器の設定は特に変えずに、気管チューブもそのままにして、経過を見ていく。
- 自発呼吸が数回でもあれば呼吸器離脱、なければ強制換気 3 回 or CPAP mode など。
- 法律を考えなければ、呼吸器を離脱する。患者の意思が記載されているいが、法律上「死」というものが確立されていない。
- 酸素濃度 0.21、PEEP5 として、水分制限を行う。
- 設問の「全員」というのが、家族と医療者を含む全員なのか、医療者の全員なのか不明確でした。
- withdrawal と withholding の間に、(医療従事者を含む他人ではなく)患者自身に取って、決定的な倫理的差異はない。
- 医療チームが withdrawal に賛同するならば、賛成意見を付けて倫理委員会に諮問する。
- 酸素濃度は 21% に、輸液 < 500mL/日にするなど。
- 気管チューブを抜去したいが、上司はリスクを犯す選択を選ばない。
- 本人の意思を尊重し本人にとって最も良い選択を考える。
- If spontaneous respiration is available, 3rd choice may be done as a kind of weaning.
- 脳幹反射がないのなら、積極的に治療の撤退を行わなくても生命予後は厳しいのでは？
- 可能な範囲でウィーニングを行う。

質問3. 上記患者が、1週間経過した時点で無尿となりました。遺書には、植物状態になってしまったら生命維持装置を離脱して欲しいという内容が書かれています。しかしながら家族は、1秒でも長く生きて欲しいと要望し、血液浄化(人工透析)を希望しているとします。治療方針についての議論中、あなたは医療チームの一員として質問されました。

あなたの意見は、下記のうちどれが最も近いでしょうか？



***その他(具体的に記載)回答者 29 名**

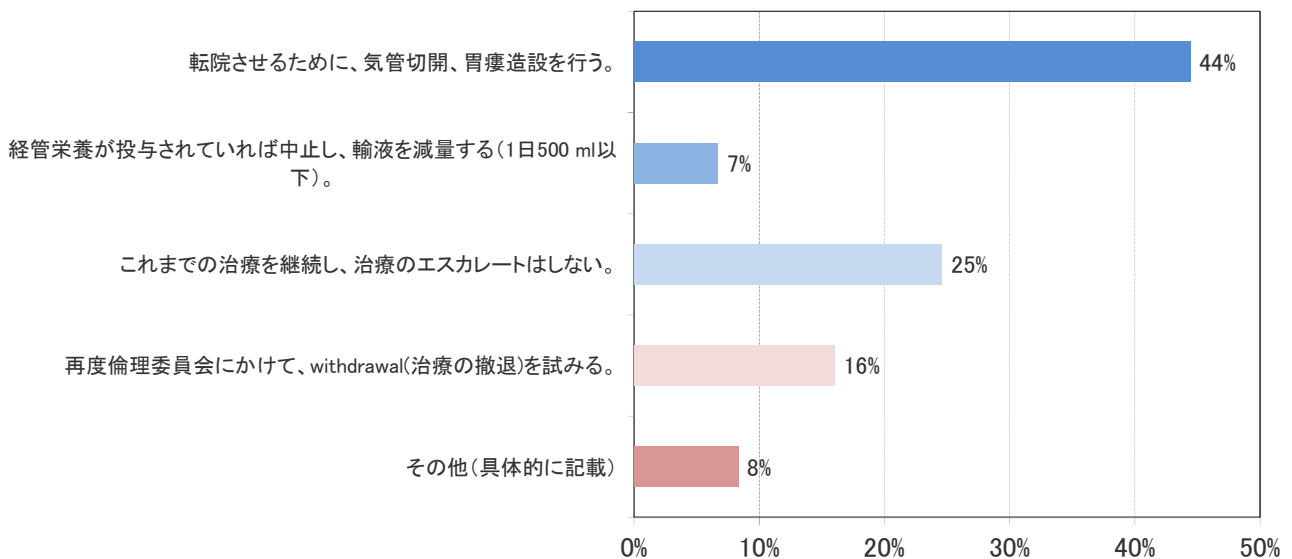
- 家族の意見は重要だと思うが、透析をしても全身状態の改善が見込めないことを説明し、本人の意見を今一度確認し、それでも透析を希望するならば、最後の選択肢を選ぶ。
- 透析をしない方向に家族を説得する。

- 家族に医学的適応がない(困難)を説明し、行わない。
- 家族に方針決定の確認をする。
- 無益な治療であると考えるため血液浄化を行わない選択をするが、患者の死の予期悲嘆中の家族であるため、家族のケアを行い、無益な治療であることを理解できるよう関わる。
- 血液浄化を行うことが‘無益な治療’となる可能性があることを踏まえて家族と治療方針を再度検討した結果、家族からの意向があれば実施する。
- 医学的にも社会的にも人工透析は適応外であることを説明する。
- 基本的に本人の事前医師を重く受け止めるが、futilityも踏まえ家族との discussion の場を設ける。
- 患者が脳死なのか、そうでないのか、家族が今後の経過について十分理解しているのかなど状況によると思います。
- futile care であることを家族に伝え、自分の家族であれば行なわないであろうと言って withdrawal の説得をする。説得できなければ血液浄化を行う。
- 可能な限り家族との話し合いを進め、「なぜ家族が延命を望むのか」を明らかにし、一緒に妥協策を検討する。患者の意向に沿った決定に近づきたい。決定が長引きそうならひとつ上の選択肢をとる。
- 家族の思いを傾聴しながら、できる限り透析しないよう説得する。
- 遺書が公式な文書でないのなら、家族にそのことも相談し、再度意思を確認し、それでも希望するなら家族の意思決定を擁護し、人工透析を行う。
- 腎機能の回復が見込めるなら、短期的な血液浄化を考慮。
- 倫理委員会に決定をゆだねる。
- まず遺書が患者本人の判断能力が十分にある状態で書かれている事を確認し、そうならば時間をかけて家族を説得し、血液浄化を行わない様にする。家族が説得駅内ならば一時的に血液浄化を始めるが説得は継続する。
- 家族と話し合いを継続し、本人の意思と治療の無益について説明、血液浄化は行わない。
- 遺書が本人の価値観、普段言っていることと矛盾しないか家族に確認し、矛盾がなければ、家族と十分議論し血液浄化は行わない。
- 患者にとっての「最善の利益」(そのようは「生」は望ましいものかといったこと)を考えることと、医療行為の正義(公正性、公平性;医療資源の有効利用も含めて)を検討の主眼とすべきで、患者の事前意思や家族の要望が、それらを上回ってよいという倫理的根拠はない。
- 人工透析の適応でないことを家族に説明する。
- 家族・コメディカルを含めた臨床倫理カンファを行い意思決定、その中で withdrawal(治療の撤退)への誘導。介護への負担の覚悟も家族に確認する。
- 遺書が書かれた状態の問題もあり、判断は難しいが、私が日ごろかかわっていた患者なら、患者の意思を尊重する。
- 生前意思、公平性から鑑みても futile care で行わない方向とするが、家族にも十二分にその意味を理解できるように時間を賭けて説明しコンセンサスを得るようにする必要がある。よりもっと多く多職種で話す。
- 倫理委員会にかける。
- 患者の想いと家族の想いにズレが生じているため、再度家族間で話し合いを持つ機会をもってい

ただ、その上で家族が出した答えを尊重し、その選択を実施する。

- まず植物状態なのか脳死なのかを正確に診断する。次に植物状態と脳死の違いを家族に説明する。以降はこの患者が脳死か植物状態かによりプロセスが異なる。
- 無益な治療であり、最初から家族に透析の選択肢を呈示しない。
- 御家族を説得して血液浄化を行わない。
- 倫理委員会に諮ります。

質問4. 上記患者が、倫理委員会で **withdrawal**(治療の撤退)はしないよという結論になりました。1週間経過して、バイタルサインも落ち着いています。わずかに対光反射があり、人工呼吸器をはずすと1分間に12回程の自発呼吸が認められますが、自発運動、自発開眼は認められません。家族も毎日の付き添いで疲労困憊しています。転院先の病院は、抜管されているか気切管理されていて、胃瘻経管栄養患者しか受け入れをしません。あなたは医療従事者としてどのような選択をしたいと思いますか？もしくは、どの選択肢が許容範囲だと思いますか？



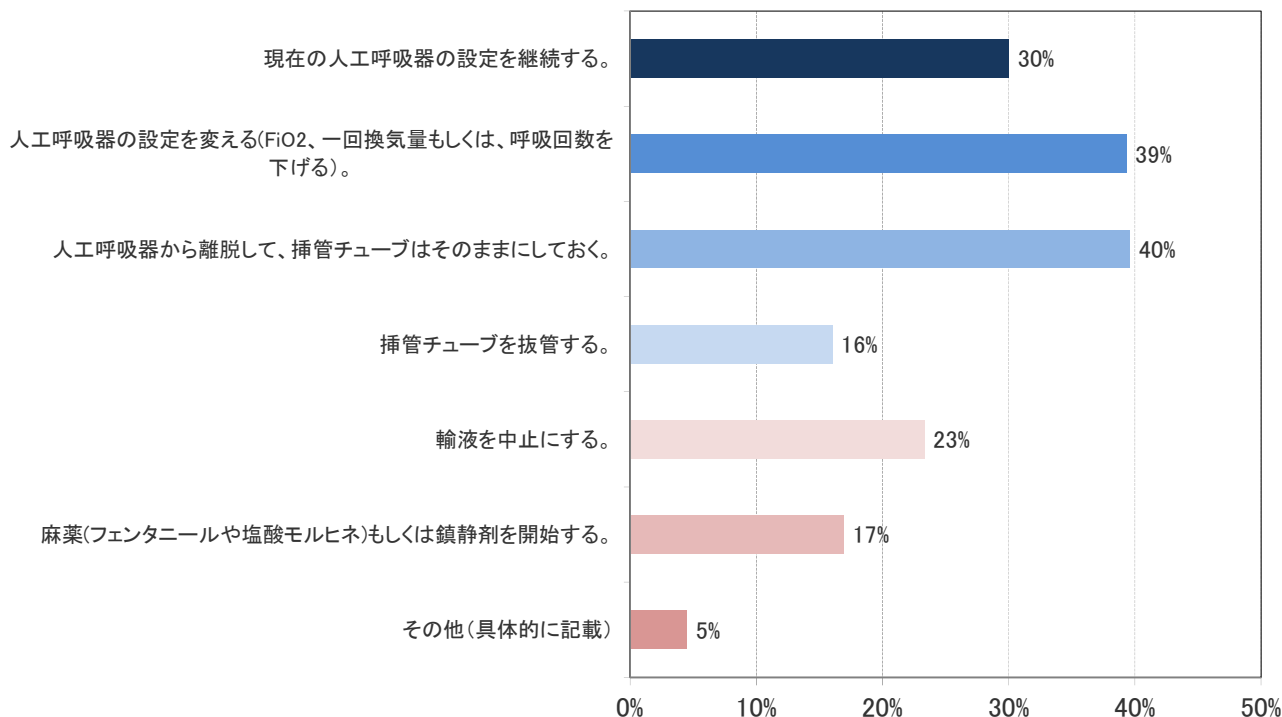
* その他(具体的に記載)回答者 26名

- 12回でも自発呼吸があるので抜管する。但し再挿管しないことの同意はとっておく。
- 基本的にはエスカレートしない。倫理委員会で気管切開、Gtubeの適応を判断してもらう。
- 生命を絶つ援助は出来ない為、人としての姿を維持するよう気切、胃瘻の管理は必要と思います。
- 毎日の疲労で家族は疲労困憊しているため、まず毎日の付き添いから家族を解放できるよう関わる。疲労困憊状態では家族は適切な判断ができない。そのため、家族の疲労が緩和するまでは、現在の治療を継続し、患者の意向をふまえて、再度家族と話し合いを行う。
- 転院させるために気管切開を行うのではなく、家族が同意し患者本人のためだと思えるようになった時点で気管切開や胃瘻造設を行うべきである。
- 現状治療を継続しつつ、状態が安定しているなら気切や胃瘻増設について家族へ説明し同意が得られるなら実施する。
- 上記すべてを家族に確認する。withdrawによる予期できる事柄を説明し、withdrawを選択す

る。

- 家族・スタッフと情報の共有を行い、Discussion する。
- もう一度ご家族と話し合う。
- 本人の意思を尊重できるように家族と繰り返し相談して、どのレベルの治療を継続するのかを決めていくが、積極的治療をあくまで望まれるならば気管切開、胃ろう増設後転院とする。
- 家族の意向を確認し、転院の希望があれば気切・胃ろう増設をする。複数回の意思確認でも家族が希望しなければ、二番目の選択肢とする。
- 2-3 週間程度は挿管したまま補液を絞ってそのときを待つ。
- 家族に倫理委員会の決定について再度の周知をする話し合いを行い、その上で withdrawal を希望するのであれば、その旨を改めて倫理委員会へ伝え再度検討をお願いします。
- 家族とよく話し合い、もう気管挿管をしないと決めて抜管を試みる。
- 自発呼吸が認められるのであれば、気管切開後人工呼吸器を離脱させ、胃瘻造設は行わず最小限の輸液投与を継続し転院先を探す。
- 家族の意向に沿う(転院希望であれば気切・胃瘻、そうでなければ現治療の継続で治療レベル up はしない)。
- これまでの治療を継続、さらに 1 週間この状態が続けば気切、胃瘻を行って転院とするかも。
- 別の転院先を探す。既に経管栄養が投与されているのであれば継続するが、されていないのであれば新たな投与は行わない。呼吸回数はかろうじて正常範囲内であるので抜管する可能性はある。
- 多くの病院の倫理委員会の決定は、刑事・民事による裁判を必要以上に恐れるあまり、倫理的判断よりも法的判断が重視される傾向にある。「最善の利益」と正義原則に照らして、妥当な倫理的決定を行うことが望ましい(つまり、治療の撤退である)。
- 家族に気管切開、胃ろう創設の意向を確認し、その結果で対応を決める。
- もう一度患者家族と話し合い、どこをゴールとするかを話し合う必要がある。いずれも、これまでに withholding とされて来ている、あるいは治療再開とされてきている事実と患者の生前意思も含め家族の意向との相違がないかを話し合い、方針を決めていく必要がある。
- 家族と相談し治療方針を決定する。
- 呼吸器のウィーニング(エスカレートなし)。
- 家族が、転院を望んでいれば、気管切開や胃ろう造設もありと思う。転院を望んでないなら、これまでの治療の継続。
- 管理上の理由で気切はするが、栄養は最小限の経管栄養程度に留め、胃瘻は造設せず、気切・経管栄養で転院可能な施設・病院を探す。その間に肺炎等を来しても積極的には加療しない。
- 再度倫理委員会にかけるが、転院のための気管切開を行う。胃瘻については倫理委員会の結論を待つ。

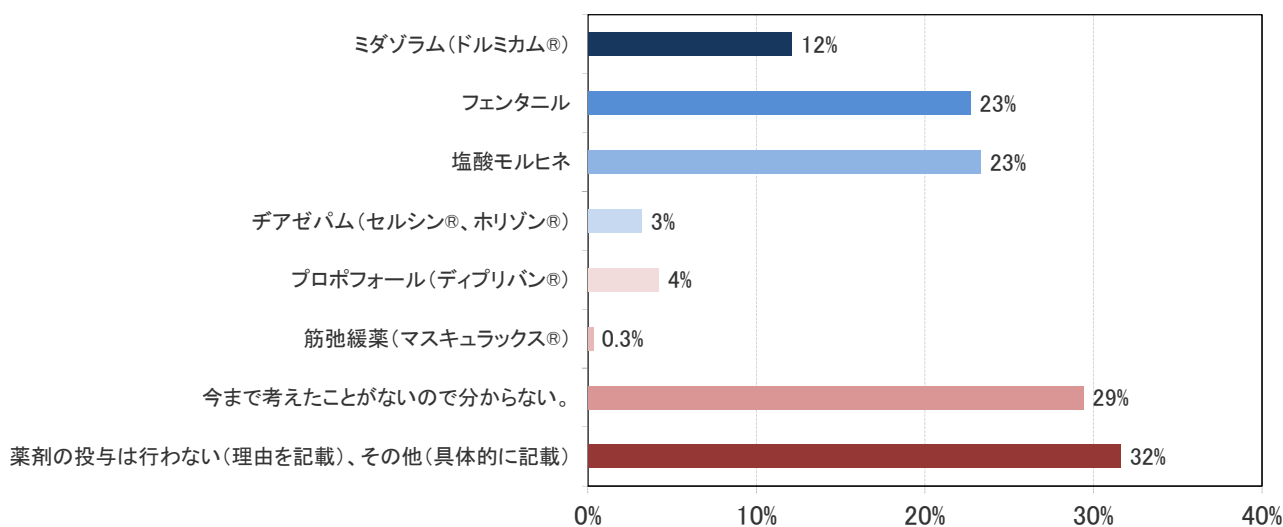
質問5. 倫理委員会で、本人と家族の希望があれば **withdrawal** (治療の撤退)の許可が出ました。呼吸回数は6回/分です。呼吸数以外のバイタルサインは落ち着いており昇圧剤は使用されていません。あなたはどのような **withdrawal** (治療の撤退)が許容できると思いますか？(複数回答可)



***その他(具体的に記載)回答者 14名**

- 治療の撤退をするとどのようなことが起こるか家族に丁寧に説明する。家族が現状をどのように受け止めているのかを理解したうえで、治療方針を決定する。
- オピオイドは鎮静のためには用いないが、苦痛があればそれを緩和するためには用いる。
- 補液、経管栄養を最小限にしぼる(が、一旦開始されてしまったものは完全には中止しない)。
- 人工呼吸器を本人の呼吸の **support** のみとする。
- 挿管チューブを抜管し、**airway** が保たれていれば、そのまま経過観察とする。
- 離脱後すぐに心停止を迎えるような状況では離脱はしないと思います。
- 輸液は中止しないが最小限とする。
- 輸液を減らす。
- 苦痛の表情があればフェンタニルを開始。
- 経管栄養を中止 輸液のみとする。
- ウィーニングを試みる。
- We have to be sure the permission from ethical committee of a hospital might not be effect when some legal troubles would happen.
- 輸液を少量にする。
- 栄養の中止と補液の減少

質問6. 記患者に薬剤を投与することとしました。生命維持装置を離脱(挿管チューブを抜管)するとして、どのような薬剤を使用しますか？(複数回答可)



***その他(具体的に記載)回答者 99 名**

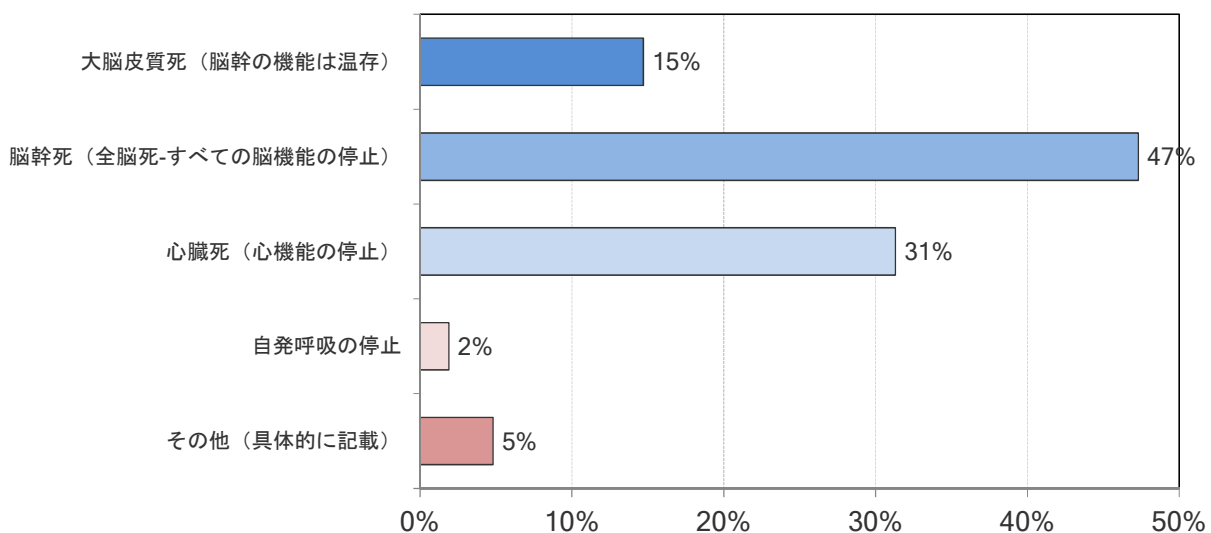
- 薬剤を投与する理由がない。
- 薬剤を投与する理由が不明。
- 薬剤を投与する理由がわからない。
- 必要ないと思うから。
- Futile care (無益な治療)であると考えるから。
- なんのための薬剤ですか？質問の意図がわかりません。
- 家族には意識が復活しないことを伝えて思うので、不必要な投薬は行わない。
- 挿管チューブの抜管は経験がなく、今後もしないと思います。
- 人工呼吸器離脱し、意識も無いので必要ない。
- 苦痛様表情がなければ、薬剤は投与しない。
- 必要性がなければ薬剤投与は不要と考える。
- どれも患者の現状には必要ない。
- 現在徐呼吸のため、薬剤投与が呼吸停止になる可能性があるから。
- 自然経過に任せるということなので、薬剤投与はふさわしくないと思う。
- 呼吸抑制をきたすような薬は使い難い。
- 使用する意味があるのか？
- 薬剤を与えることは、どの立場においても殺人行為になると考えるから。
- 疼痛、苦痛に関する記載なしで判断不能。
- 何のために薬剤を投与するのかわからない。チューブを抜去すれば、自然に呼吸は止まると思いますが？
- 明らかに死期を早めてしまうため。
- withdraw するからではなく、症状や苦痛に対して薬剤投与はありえる。その理論では安楽死につながり、尊厳死とは異なる。とくにこのような状況で筋弛緩薬はいかなるときにも使用してはならないと考える。

- 必要ない薬剤は使用しない。
- 投与する必要がないため。
- 患者が苦痛を感じないと考えられるので薬剤を投与する必要性があるだろうか。
- このような状況下で薬剤投与が有用なのでしょうか。
- 必要性を感じない。術後でも無く、抜管するので。
- 呼吸抑制をきたして積極的に心臓死を早める危険があるものは使用しないと思う。しかし、人工呼吸器離脱により患者が苦しさを感ずるのではないかと考える状況では家族に危険を話した上で了承を得て使用する。
- 薬剤を投与する意味が解らない。
- 本人の意思を尊重する。
- 鎮静の必要性の根拠が不明であるため。
- 抜管してみて、苦痛様表情などがあれば塩酸モルヒネを使用する。
- 意識レベルがないなら使わない。
- 薬剤投与により患者の死期を早める直接的要因となるため。
- 上記の薬剤はこの患者には必要ないと思う。
- チューブは抜かない。
- 痛み刺激に反応が無ければ不必要だと思う。
- 現患者において人工呼吸器離脱に際して薬剤を使用する目的がない。
- 自然に呼吸停止するのを待つ。
- 鎮静や鎮痛薬を投与することで、意識の評価が困難になるため。
- 緩和しなければならぬ苦痛があるのなら別だが、そうでなければ、救急医学会作成ガイドラインが定めるところの「薬物の過量投与や筋弛緩薬などの医療行為を行って死期を早める」ことに該当するから。
- 現在患者は大きな苦痛を感じていない状況であり、鎮痛・鎮静薬は不要である。投与することで呼吸抑制を来す可能性もあり、投与は不相当と思われる。
- すでに意識がなく植物状態だから。患者の苦痛、痛みがあると判断される場合にモルヒネを投与する。
- 患者の遺書、家族の積極的治療を望まないため。
- 抜管前にデカドロンなどのステロイドを使用することを考慮する。
- 薬剤使用により、呼吸抑制の発現の可能性が高いから。
- 患者に苦痛症状は出なさそう。あればフェンタなど考慮。
- 薬剤を投与することに対して社会的コンセンサスが得られていないと考えるから。また、現時点では患者に痛覚はないかと考えられ、薬剤なしでも安楽に最期を迎えられると考えるから。
- 死に至らしめる介入となる可能性があるから。
- 必要のない治療は実施しない方がいいと思います。
- 頻呼吸や、バイタル変化、苦顔を呈しているなど、薬剤が必要には思えないので、特に薬剤は使用しない。
- 鎮静や鎮痛薬が必要な状態であればそもそも withdrawal の対象ではないはず。設問が不相当では？痙攣はありうるかもしれないので筋弛緩剤は有りかもしれないが。
- 治療の撤退なので新しい治療は少なくとも行わない。
- 挿管チューブを外しても意識レベルの回復が期待できないため。

- 投与する必要がないため。
- 苦痛を感じている証拠がない限り投与せず。
- 意味がないから。
- 鎮静系の薬剤使用により、呼吸抑制の可能性があるため。
- 呼吸抑制に対しての恐れが多いので。
- 抜管するのであればその後は自然な流れに任せてよいと思うので。
- 患者本人の意思を尊重する。
- 現在の意識レベルでは鎮静は必要ないと考えられる。また、仮に自発呼吸がある場合妨げになる筋弛緩薬は投与しない。また、既に挿管チューブは抜かれており、鎮痛も必要ないと考えられる。
- 疼痛や苦痛を示す情報がないので必要性がない。
- 緩和の対象となる症状を認めないため。
- 意識状態が不良な為、必要なさそうである。
- 必要性がないと考える。
- 投与すべき症状がない。
- 抜管後痙攣や異常呼吸など家族が見ていられないほどの苦痛が患者にあると判断したら家族と薬剤の使用を検討する。しかし、この状況では植物状態の可能性も高く、痛みの感覚等は感じないことを家族に説明する。
- 必要性を感じない。
- 本人の苦痛を示す指標がなく、薬剤投与は必要と感じない。呼吸器離脱後の状態をみて判断する。
- 薬剤投与の理由がわかりません。
- 意識がなく、おそらく苦痛を自覚していないとも考えられ、痙攣も認めない状態では、上記の様な鎮静・鎮痛・抗痙攣薬の投与の適応はないため。抜管してから筋弛緩薬などはもつてのほか。
- 意識はなく、挿管状態でもないのなら、薬剤を投与する必要があるのか意味がわからない。抜管前のことなら、ミダゾラム or プロポフォールは使うかもしれない。オピオイドは少しでも安全な抜管を目指すため離脱する。
- 維持装置を離脱するだけで、十分に心臓死を早める可能性が高く、それに加えて薬剤投与を行う必要はないと思う。
- 呼吸抑制のある薬物は使いにくく、本人の苦痛も大きくないと考えられるため。
- 呼吸抑制の可能性があるため。
- 苦痛を感じるようであれば、モルヒネを使用する。
- 意識レベルが悪いため、鎮静剤や筋弛緩剤を使用する必要性はない？
- 抜管により、ある程度の治療の撤退は完了していると思うから。
- 不要
- 意識障害があるため。
- 挿管チューブを抜管後の呼吸状態と、患者の苦痛状況を考慮して薬剤は検討する。
- 薬剤が必要と判断しないから。
- 必要なし。
- It might not be acceptable to do aggressive interventions which make patients to be die, because Japanese society has not gotten accustomed to do so yet.
- 積極的な安楽死ほう助となる可能性があるため。

- 脳幹死と推測される(判定が必要ですが)。
- 基本投与しなくて良いと思うが、必要があれば麻薬の投与を考慮する。
- 薬剤が必要となる状況は、痙攣ですか？それなら多量のミダゾラムが多いです。苦しむのを見るのがいやだということでしょうか？この場合なら、苦しむ人を殺すわけにはいかないなので、薬剤が必要な状況は生じないように思います。慢性呼吸不全の増悪からの延命拒否では、モルヒネを使っています。外科の術後は、そのままフェンタニルを使います。
- 質問の意図が不明。何のために投与するのか？ 状況的に必要ないと思われるが。
- 鎮痛・鎮静を薬剤で追加する必要はない。
- 上記薬剤を投与する理由がわからない。
- 侵襲を受容しているとは思えず、薬剤は投与する理由なし。
- 意識のない状態であるから。
- 特に鎮静／鎮痛剤の必要性は無いと思う。
- 鎮静・鎮痛が必要なだけの意識状態とは思えない。
- 疼痛も混迷もないので、薬剤投与を行う理由がない。意識が戻ればそれはよいことだし、戻らなければ、CO2 ナルコーシスで十分な鎮静が得られる。
- 本例の場合、呼吸動態に影響のある薬剤を使わないで離脱。
- 意識が無いので、鎮静が無意味であるため。
- 薬剤を投与する目的は何でしょうか。

質問7. あなたの考える“死”の定義を下記の中から選択してください。



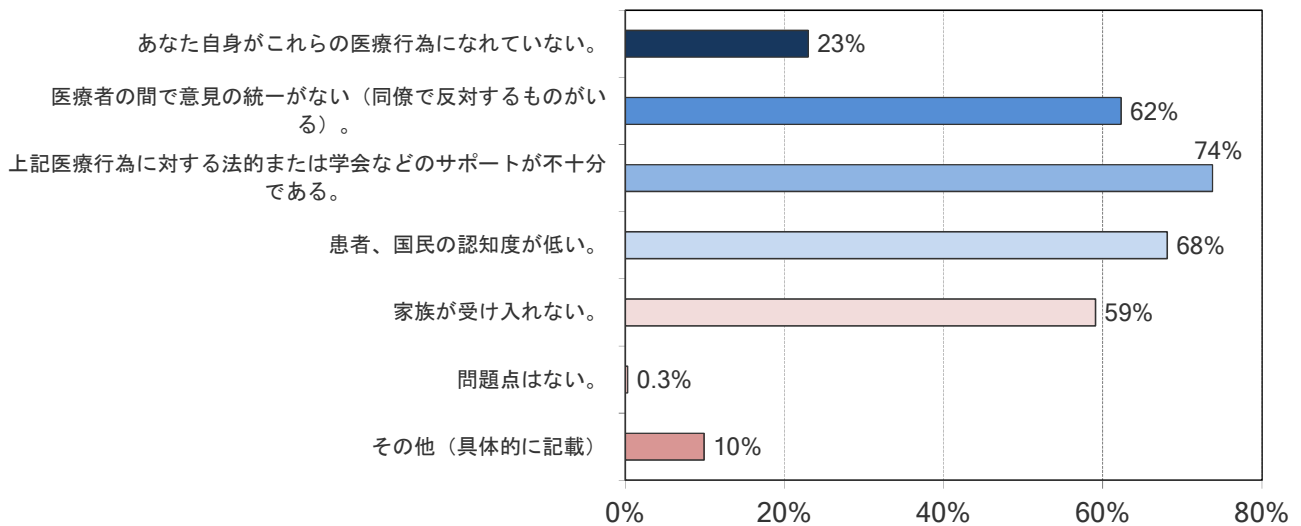
* その他(具体的に記載)回答者 15名

- その人によって違う。
- 脳幹死と心臓死は同等と考える。
- 心停止、脳幹死、家族の同意。
- 死はプロセスであって、絶対的な生、絶対的な死の間の部分では、(患者と)家族と、医療者の間に

納得があつてせんとくされる死がある。

- 患者によって変化すると思う。
- 自分自身が患者となったときのことを考えると「大脳皮質死」。現場では患者と家族の死生観による。患者・家族の意見が一致して「意識はなくても1分1秒でも長く命を永らえ、生を全うしたい」と希望すれば「心臓死」だろう。
- 死の3徴、移植を前提にした脳死。
- 大脳皮質死+生命維持不能(脳幹反射はあつても呼吸や血圧維持ができない状態)。
- 自己判断ができない状態で、回復が不可能。
- 大脳皮質死と考えますが、一般的には、心臓死で最後としています。
- 心臓死。ただし、脳死判定が有効な場合は脳死。
- 上記のどれか一つを満たす場合。
- 心臓死あるいは全脳死。
- 脳幹死に加えて、患者本人のリビング・ウィル。
- 三徴死。

質問8. **Withholding**(治療の差し控え)、**withdrawal** (治療の撤退)を行う上で、問題となるとすれば何が該当すると思われるか？(複数回答可)

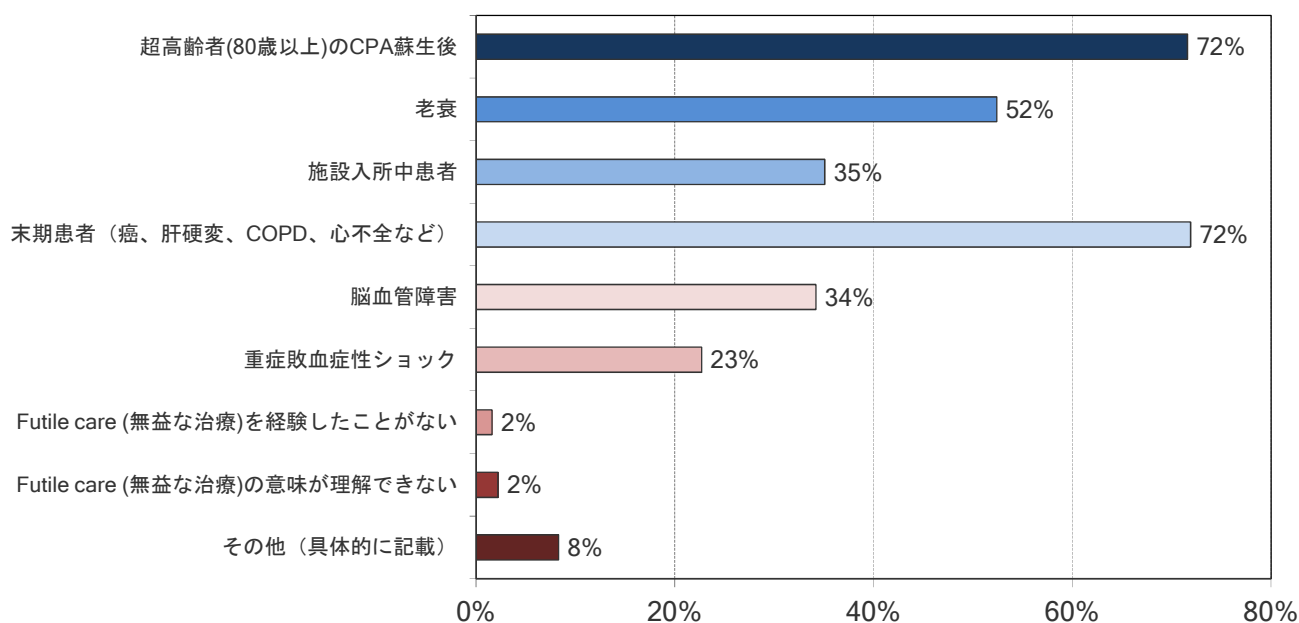


***その他(具体的に記載)回答者 31名**

- 司法が介入してくる恐れがある。
- あとで訴訟となる可能性がある。
- 各医師の経験値が低い。高度医療の集約化が進んでおらず、専門医師、コメディカルの不足。
- 医療者側と患者側の認識一致に至りがたい。
- 法的に守られない可能性が高い。
- 医療者の圧倒的な知識・意識の不足。
- どういう手続きをとれば、法的に問題がないかという、共通見解がないのが最も問題だと思います。

- 差し控えと撤退の違いや、治療自体が何を指すのか明らかでなく、それぞれ死生観が違ってしまっ点。
- 医師ならびに患者が成熟していないためと思います。
- 倫理委員会などの介入が必要。
- 法的な裏付けに乏しい。訴えられる危険を除外できない。
- 保険制度(自己負担が少ないことによるできることはなんでもしてほしいというモラルハザード)。
- 親や親戚の最期を看取るという意識、責任感、覚悟が家族にない。
- 家族間でも意見の違いがでてくる。
- 医療従事者の大半が「死の哲学」を持ち合わせていないまま、終末期ガイドラインが策定されていること(なので、倫理委員会に投げなければ、病院幹部が「ビビッて」しまう)。
- 治療チームで十分に話しあっても、病院がどこまで責任を持ってくれるか不安。
- 用語の定義が広まっていないので、医療者の大半はこの違いさえ認識できないのではないか。
- なにより現状では訴追の可能性があること。
- 法的根拠。
- 医師の説明を患者家族が本当に十分な理解しているのか定かではないこと。日本人のおまかせ気質やパターンリズムを考えると、どちらを選択するにしても、医療の透明性が保持されていないこと。組織の方向性に反する場合の保証がないこと。
- 医師が訴えられないような方針を決定してしまう(患者や家族を中心とした決定になりにくい)。
- 厳正な法律上の取り決めがないため訴訟が起こらないとは限らない。
- 今の施設設備では脳死の判定が困難。
- チーム相違ではなく、医師意見のみで決定されることが多いこと。
- 問題はその場合に訴訟になる可能性があるか、ないかだと思います。
- 逮捕、処罰。最悪、殺人とみなされる。家族が同意・希望したのにそんなことは言っていないと翻す可能性もあり信用できない、かかわっていなかった遠方の親戚などの横やりなどのリスクが多すぎる。
- 直接相談した家族以外の親族の受け入れ。一般市民の死に対する覚悟。
- 看護師が家族に「挿管すると抜くことができません」と説明してしまっている。
- 急を要する決定の際の倫理委員会の活動、倫理委員会の層の厚さ(医療専門の法律家の参加、多職種の参加)、親族の相続権利等の利益に関する問題との兼ね合い。
- 医師側よりも特に実際に患者を傍でみている看護側で抵抗があるように思う。
- 自分達で方向性を決断しなければならないという感覚をもつ御家族が少ない。

質問9. あなたの施設で、これは明らかに futile care (無益な治療)と思われる症例を経験されたことがあるか
 もしれません(個人的見解で構いません)が、どのような症例でしょうか？(複数回答可)

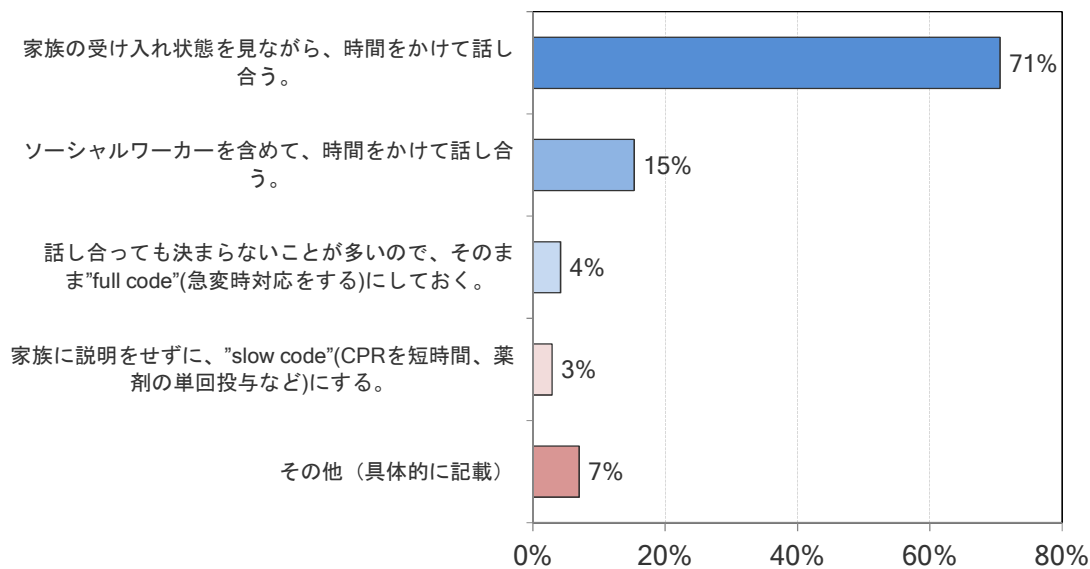


***その他(具体的に記載)回答者 26名**

- 対象患者が分かりません。
- 治療のゴールが見えずに悪化をたどる敗血症。
- 施設入所中で ADL 全介助の人。
- 身寄りの無いホームレス患者。
- 身寄りがない方。
- 末期心不全で ICD 入り、末期肝硬変、末期腎不全(シャントつまって、次のシャントの候補なし、腹膜透析も適応なしなど)。
- すでに心停止している方への PCPS など。
- あくまで患者個々人の判断だが。
- パラコート中毒(自殺企図)で連日に渡り持続血液浄化療法を実施。
- DNAR が決定しているのに、家族の動揺や施設職員・医療者の連絡・確認不足で蘇生処置をしてしまう。
- 誰にとつての無益の治療かは誰も判断できないと思う。
- 無益かどうかの判定は本人と家族を含めて行われることが重要であり、医療者のみの考えで判定できないと思う。
- 今回のアンケート調査で始めてこのコトバを耳にする人が多いのではないのでしょうか。
- 肝不全、他臓器不全。
- 高齢者の脳出血・梗塞後で PEG 増設はよくあります。場合によっては良くて植物状態しか見込めないのに外減圧される症例。
- 社会的に孤立した患者(家族や知人のいない患者)。
- 無益な治療を決める要素は様々であり、疾患や年齢でひとくくりにはできないと考えます。
- 重症・末期神経疾患。

- 繰り返す誤嚥性肺炎。
- 病院からの強要により。
- 家族の受容のためのみと思われる超広範MI後のPCPS挿入とその維持。時間500ml外液で輸液をし翌朝10kg以上増えた水泡だらけの体を見て家族が『こんなに頑張らせてごめんね、中止して下さい』と申し出た。
- 蘇生後、全脳死となった児。
- 先天性神経疾患から以降した若年者の重症呼吸不全。
- 認知症末期患者。
- futile care (無益な治療)という概念自体が医療従事者主体の考えであって、反省しないといけないと思う。
- CPA蘇生後、脳死を確認すればすべてfutile。APACHEスコアなので、救命率が低いケースなども。

質問 10. 終末期(予後不良、1週間の生存が見込めない)にある患者のコードステータス(急変時の対応)を決めるのに、家族がなかなか意思決定できないことがあると思われませんが、あなたはどのような対応を取ることが望ましいと思いますか？



***その他(具体的に記載)回答者 22名**

- 担当医師が決める。
- DNARに家族を誘導する。
- 日本人は結局自分では決められない。医療側から、上手に導くような形で話を進める。
- こちらからDNRを勧め、同意を得る。
- 家族の意向を踏まえつつ、全てを家族任せにはせず医師の経験と良心とに従うことがある。
- 「死亡診断書」を書けるのは医師だけであり、これは医師(主治医)の考え次第と思う。設問10のケ

ースであれば(事件性がない限り)救命は無理であるということハッキリ家族に伝え、家族が納得できる!?看取りの環境を提供するのがよいと思う。スタッフ(看護師、コメディカル)のモチベーション維持にも配慮すべきでは？

- 「CPR するかどうか」ではなく、「CPR しても助けられない」ことの説明に重点を置き、蘇生処置は差し控えさせていただきたいと家族にお伝えする。
- 家族の受け入れ状態を見ながら家族と話し合うが、時間的猶予がないことは重々説明しておく。
- 決定するまでは full code にしておくが、家族には時間をかけて話をし、決定できるように促す。
- 家族の意思決定を誘導する。
- 医学的根拠のない延命的治療は行わない。
- 家族の受け入れ状態を見ながら、時間をかけて話し合い DNR とする。それまでの間に急変した場合は full code とする。
- 専門看護師にも介入してもらいリミットまでに何らかの結論がだせるようにかかわる。医療者だけで決めることはしない。
- 家族の受け入れ状態はみるが、”full code”は本人の苦しみを長引かせる、苦しみを与える旨の説明を行う。キーパーソンから IC を得る。
- ケースバイケースで上記の全てを試みる。
- 現実的対応としては、そのような家族の場合は待機していただき、急変時は CPR を見てもらって、recover の可能性がないことを理解していただいていることが多い。
- 多くの場合家族は決定できないことが多いので、ある程度の推奨を医療スタッフ側から提示して決定の助けとしてもらう。
- 家族の受け入れ状態を見ながら、時間をかけて話し合う。それまでは Full Code。
- 1番目と2番目の答え 両方。
- 「同症例での延命は身体の損壊に等しく行わない」と通達する。
- 家族に Yes/No の決断をせまるのではなく、CPR の適応がない、患者本人にとってメリットがない、という方向で DNR の方向に誘導する。
- futile であることを家族に伝え蘇生を行わない方向に議論を持っていく。ダメな場合は蘇生は行う。

質問 11. 終末期医療全般、このアンケートについてのコメント、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

回答者:81名

- アンケート作成、集計、お疲れ様です。
選択肢が、難しかったです。
日本の現状からすると、withdrawal(治療の撤退)が、大変難しいと考えます。
- アンケート後の集計結果を教えてほしい。またこの結果から、今後、どのように活かしていくのかも見えたらい。
- 症例の状況に一貫性がなく考えにくかった。
- 自分のことはすべて自分で決めてきた狩猟民族の欧米と、家長や名主に決めてもらって生きてきた農耕民族の日本人では文化が違う。欧米の dry なやり方は拒絶を招くだけの恐れがある。今まで通り他人が(医療従事者が)上手に、あたかも自分たちの意思で決めたかのように、導いて話を決めて

あげるやり方が現在のところ最良と思う。

ただ事実を並べるだけの informed consent は効果がない。futile care をした場合の具体的なイメージ(たとえば療養型病院での大部屋の様子とか)が目には浮かぶように話してあげるのがよい。

- 以前は家族の意向が最優先と考えていたが、理不尽な家族の希望や futile care を繰り返し経験するに従って、こちら(医師として)の意向を素直に伝え、なるべくその判断に任せて貰うよう説明している。
- 終末期医療の認識が医師、患者、大衆すべてで不十分であり、医療手技を中断できない制限が発生している。

その結果、大変な医療経済への負担をかけている可能性、また Futile Care が行われている現実がある。

国もその点に関して指示がないことから、施設間での大きな医療差が発生している可能性が高いのが実情と考える、

- 患者様や家族、医療者の価値観が多様であり、正しい答えはなく、また、答えも1つではないという思いで患者様・家族と話すようにしています。でも、医療者間でも多様な意見もあり、正直医療者側の意見の一致を図って患者様・家族と向き合えなくなることも経験しています。

このような取り組みや勉強会等の参加や話し合いに参加して、患者様・家族にとっての最期が、悔いが残らないように努力していきたいと思います。

- 思うことは多いのですが、出かけなくてはなりません。すみません。
- 蘇生後・重症脳血管障害例などで頻回に遭遇します。植物状態になったら、現在の医療システムでは、転院のために気切・胃瘻造設を考えざるを得ないのが実情です。
- 終末期医療を行うには、多職種でのチームアプローチが必要だと考えています。

今回のアンケートは医師の立場だけのアンケートのように感じられます。

患者家族をケアするには、看護の存在はおおきいと思います。

また、臨床工学士も、終末期医療にかかわっています。無益と思われる治療を行うに当たり、倫理的な問題を感じながら業務をおこなっていると思うので、臨床工学士の意見を聞いてください。

- 成人とともに、自分が死ぬときはどうしたいかを登録する制度をつくるのが望ましいと思う。もちろん随時更新可能で。
- 本人の意思について元気なときと終末期に至ったときと同一であるか。
- 尊厳死法を整備すると「望まない死」が起こりえる→法で縛るのは危険。
- 現行法では「望まない生」が起こるが「望まない死」よりは容認できる。
- PVSの人工栄養は苦痛を伴わず余命も長い→厳密には終末期ではない。
- 現実問題としてお金の問題、医療費や介護費の問題であることが多い。

- 家族の意見が個人の意見に優先されることをしばしば経験しました。また生前に終末期に関する living will を残している方も少ないと思います。

日本人の文化を尊重しつつ futile care を極力抑制できるような医療者側のみならず社会全体のあらゆる程度のコンセンサスを得ていければいいと思います。

- 法的整備、逮捕されないこと。
- 治療を行いながら、患者の状態に応じて決定していくことでしょうかから難しいことと思います。話し合いの進め方などをプロトコールに準じておこなえるようなガイドラインや指針を発表して欲しい。

医師会で決定するなど、あまり多くの団体でそれぞれが発表すりことにならないで欲しい。

- 終末期医療に関しては、病院間での違いがかなりあると思っています。
また、診療科の特殊性で一時的に良くなるが増悪を繰り返す患者の治療の差し控えに関して、医師が今後の治療を継続しても良くなるかもしれないもしくは悪くなるというICUができていないように思われる。
救急で来た患者すべてに同じ治療をするのではなく、患者のQOLがどのように変化しているのか、また家族がどう受け止めているのか、両者の意見が確認できる時点で確認すべきである。
患者の事前意思を確認するというのを日ごろの診療でこころがけ、記録に残すべきであると思う。
- 今後の医療の流れから考えると、施設内で終末期医療に中心的に関わる医療職(治療や看護の方針を家族や医療職に提案し決定する権限がある)が必要になると考えます。
- いくつかの質問が withdraw と安楽死を混同しているものが見受けられたので、この点は改善したほうがよいと思います。
全般的には、このテーマは救急・集中治療領域のみならず、医療全般にとって十分に考えていかなければならないことだと思います。
このことに目を向けていただいた JSEPTIC の皆様方を心から尊敬いたします。
- 「どういう手続きをふめば、法的に問題がない」かの、共通見解がなく、法的に医療者が守られていないのがもっとも問題だと思います。個人個人の医師が、倫理的に治療を撤退すべきだと思っても(自分の家族なら、全脳死なら、治療を撤退してあげたいと思っても)、かつ、患者家族がそれに同意してすら、治療を撤退できないのが現状です。撤退(人工呼吸器をはずす、抜管する、補液をゼロにする、それまでに開始されていた経管栄養を止める、それまで行われていた維持透析を止める)などすれば、刑事訴訟されかねません。それを賭してまで、「倫理的に正しいと思うから撤退する」「医療経済全体として Futile care だから撤退する」という行為を遂行する医師はいないと思います。
このアンケートも、「共通見解」ができる一歩になるよう、応援いたしております。
- 自宅の中で身近に死がある昔と較べて、いつか死ぬこと、家族が死ぬこと、友達が死ぬこと、自分が死ぬことについての認識が避けられてきている。私は、教育の中に医学を取り入れてゆこうよという立場。小学生のうちから心肺蘇生を学校で教え、死に至る大きな病気も少しずつ教えてゆく生活習慣の改善と、生活の質に繋がり、患者に陥る人間の数が減ることが期待できる。それと同じく死についても教える。教えると言うより、考える時間を持ってもらう。自らの避けられない死が目の前に来るとき近いものの死が目の前にあるときについて、ということを少しずつ頭の中に醸すことが長い目で見て必要なことなのではないか。
- 質問に答えていて、終末期医療がやっぱり難しいことがよくわかりました。
- 毎回お疲れ様です。
複数の医療従事者がこのような問題に介入できるような環境を作ることが重要だと思っています。
病院の規模や地域性によって異なるのでしょうか。
- 早期の法的整備が必要。
- 各施設の状況が最も別れるテーマかもしれません。今後 ICU 領域での調査が行われるためにも有益な調査だと思います。
- 終末期(予後不良、1 週間の生存が見込めない)の患者さんが CPA になった場合は、「急変」ではなく、普通に予想された経過だと思います。
- 一時的な改善、悪化を繰り返し次第に悪化へと向かう心不全にとってのターミナルケアはいわゆるガンなどと同じように考えてもよいのか。

生命の終わり=心臓死ではないことについての一般的認識が低いことへの認知度普及がいる。

- 医療的知識はさることながら、個々人の倫理観・死生観をしっかりとっていないと対応できないと痛感した。
- 患者本人の意思を確認できるツール(事前指示書、遺書など)をもっと世間一般的に浸透できるような流れが強まらない限り、日本人の性質上『死』をもっと身近にそしていつか何かを選択すべき時がくることを真剣に考えることができず、現在のようにたくさんの人々が苦しむことになるのではないかと思う。しかし、そのためには多くのことを整理していかなければならないのも事実である。今の医療現場では時間をかけて、家族の意思や今までの患者と家族の関わりの中でどのような選択をするのがよいのかを見つけ出していくことしかできない(できていないこともたくさんあると思う)。
- 死についての国民的議論の必要性を感じます。
- 集中領域の終末期がどの時点からと明確に言えるのか日々苦悩しています。また、本人の意思が不明なことが概ねであり、本人の意向を集中治療領域のスタッフが捉えきれない現状にあることや、統一したケアのためのカンファレンス時間を確保できないことも集中領域の終末期医療の難しさであると感じます。

患者自身の思いを尊重し、また家族に寄り添えるにはいかにチームとしてスタッフが連携していけるのかが重要で具体的には日々試行錯誤しながら実施しています。

今後のアンケートの希望として、CVP・SWG 管理の必要性について知りたいです。

- 集中治療室で長く勤務すると、誰のための医療か、誰のために治療をしているのか考えることが多くある。患者さんのための治療、ケアであるはずなのに、訴訟を起こされないように、訴訟が起こった場合に負けないようにとの考えが浮かぶことが悲しいと思う。
よりよく死なせるための医療が集中治療の中にもできればいいと思います。でも、その考えも自分が安心したいためだけかもしれません。

- これでいいのだろうかと常に悩みながら診療しています。私の周りでは **futile care** はたくさん行われている。医療資源、医療費にもかかわるからどうにかしたほうがいいと思うけど...
- 治療に関することは医師からの病状説明の仕方ひとつで家族の受け入れが左右されることがある。思い違いもある。医師からの病状説明でDNARが決定したとしても、その後の家族の受け入れや、精神的フォローを看護師が行うことが重要になると考える。
- 法整備がされないと、積極的な治療の中断はできない。状態をあえて悪く持っていく方法はやはり倫理的に問題があるように思う。現在は患者が延命をのぞなくても残された家族が希望する限りやめられない。転院先を探すのも家族、介護をするのも家族、経済負担も家族...になるので家族の意見は必要。

医師の死生観、治療方針によっても家族への説明の仕方が割れるのが現状。

昇圧剤の上限を決めておく(切れたら再度投与しない)、酸素濃度を変更しない(下げるが上げない)、採血検査や積極的な栄養をしないという差し控えが限界である。ER 搬送時や、治療開始まで(気管挿管はしてしまってもレスピレーターにつなぐまえに確認するようにしていくしかない)。

- **Withholding** は比較的抵抗はないが、**Withdrawal** は本人の意志が確認できない場合、抵抗がある。家族を誘導するのも医師の役目と周囲から言われるが、改善の見込みはなくとも現時点でときおり自発開眼したり、多少手を動かす患者に対し、**Withdrawal** に進むことにはかなり抵抗がある。いくら患者や家族のためとはいえそれもそれはきれいごとであり、死を早めていることにはかわりはないと思ってしまう。特に救命救急の場においては強くそう思う。自分が若いからだろうか?(医師 6 年目)

- 6.は、敢えて「地雷」の現状があるかどうかをアンケートしようという意図の設問であれば、意義深いと思います。
- インフォームドコンセントを行う、言葉の選び方、言葉の種類を持つ医師は良いのだが、ただ自分で判断がつかず、期待を持たせ、最終的には無益な？治療を行い、全力を尽くしましたがダメでしたと・・とする無難なケースが多い。患者家族も、医師を人としても見ているので、人間力の乏しい医師が行うと、本当の終末期医療と向け合えない気がする。
- これらの用語の定義を広めることが先決と思います。他にも、DNR と withdrawal や withholding を混同している人が多いようです。

その他、気づくことは、日本の急性期医療現場では、患者の **autonomy** (自律性) が無視され、家族にだけ了解を得て治療が決定される場面がまだまだ多いことです。その背景には、患者の **autonomy** に対する医療者の無理解、自らの将来を自らの意思で選択することに慣れていない文化的な背景もあるでしょう。

このアンケート調査に登場したきわめて西欧的なコトバの定義を、まず医療者とマスコミがよく理解し国民に広めていくべきだと思います。なぜなら、医療者として患者や家族によりよい終末期を迎えてもらいたいのに、マスコミに「揚げ足」を取られて患者、家族の意思が二の次にならざるを得ない現状、それによって急性期の貴重な医療資源 (ICU ベッドなど) が **futile** に投資され、本来その恩恵にあずかるべき人があずかれない場合があるという現状を改善するための第一歩になるからです。

これらの知識を理解した上で患者の状態が今どれに当てはまるか把握し、「患者や家族に最良な終末期を提供したい」と願いながら急性期における終末期医療を実践すると、実は日本的な“あいまいさ”を適用した方がよりよい状況もあることに気づくはずです。

- 回答が難しかった。
- 急性期の看護師は、患者の身体にかかわるケアが重点的に行われ、患者、家族の意思決定までのコミュニケーションの時間がとり辛いように思われる。患者・家族にもっとかかわり話を聞けるよう、職場のシステム・環境づくりが望ましい。
- ICU は終末期医療とかけはなれているようで、実はとても密接に関わっていると思います。ICU にたずさわる者だけではなく、医療に関わる人間はみな考えるべき、むしろ知っていなければいけない問題だと考えさせられました。

このテーマはとてもおもしろいと思います。

- なかなかこのような場面で意見を求められることがないため、大変悩みました。何が最も重要なのか、尊重しなければならないのか・・・非常に難しかったです。
- 医療の進歩に伴い、どこまで治療していくかは、今後もっと問題になってくると思う。超高齢化社会の中で、本当に必要な人が、集中治療を提供できるようにするには、日本人は特に、家族や友人など、普段から死に関して話し合う機会を設けていく必要があると思う。これまでの思想では、クリティカル領域での終末期医療はもっと深刻な問題になり、医療費も問題になると思うが、臓器提供なども必要な人に提供できるようにするためには、義務教育の段階から、国としてしっかりと考えることが大切ではないであろうか。家族で生き方だけでなく、死に関して考え、話し合う機会をつくるような風習を作っていくようにする必要があると考えます。
- **withdrawal** は医療スタッフ (特に看護スタッフ) への精神的負担も大きい。医師と患者家族のみで決定するのではなく、関係する医療スタッフ全員のコンセンサスを得る事も重要であると考え

- 重要な問題提起だと思うのでぜひ頑張って欲しい。
死と向き合わない限り今の医療不信はとどまらないと思うし、医療費の浪費もどうにもならないだろう。
- いつも大変悩む分野です。
それぞれの施設や個人・患者の考え方がるので、すべて統一するのは難しいかもしれませんが、もしそういったことが出来たら、それを理由に無駄な医療はなくすことが出来るかもしれません。倫理委員会を通すなどの時間的余裕はないことが多いです。
- 人口減少時代に突入し、出生より死亡の数が増える時代です。どのような死を迎えるかをより広く国民が意識して良い暮らしができる世の中になってほしいです。私は、新生児科医・小児科医として、こどもの命をより良く、より長く維持する事を商売としてやっていますが、私の考えは「それを超えて得られる benefit が無ければ、本人の苦痛を強いて行なう治療は行なわない」というものが基本です。簡単に答えのでない問題ですから、毎日思い出し、毎日考えるようにしています。
- 一問一問、選択をするのがとても難しかったです。
終末期医療は、どれが正解なのか、どの選択が正しいのか悩み続け、課題が多い分野であると思います。
患者さんの最期という非常に大切な場面に関わる医療従事者として、少しでも患者さんやその家族の気持ちに寄り添った医療を提供したいと思います。
- 対象にはコメディカルにも参加を呼びかけていますが、質問項目の多くは医療手技的なことが多く医師でないという回答が難しいものが多く妥当性に疑問を持ちました。
- 集中治療領域での終末期医療については、多くの医療者が困難感を抱えているにも関わらず、関心が薄いように思うため、このようなアンケートにより、意識が高まると良いと思う。
アンケート内容では薬剤の使用の部分は、鎮静剤以外の薬剤について(昇圧剤など)についてはどう思うのかなども聞いてみたいと思った。
- 現在の 70 歳ですと、かなりの ADL をお持ちの方と、そうではない方が混在しておりますので、CPA の要因や、CPA 前の ADL により、回答は異なってくると思われます。
ADL が十分な方で、心疾患・脳疾患ですと、治療の撤退は考えにくく、癌終末期患者においては、逆に、本人の意思を尊重し治療を撤退すると思います。
- 日本の状況を余り知りませんが、Advance Directive(事前支持)や DNR、Organ Donation など臨床倫理に関して、専門家だけでなく国民的なレベルでの啓発が重要と思います。
- 倫理学を学ぶことで、なにか決定的な知識や手段をえられるのではないかと(判断基準など)と臨床医は考えることが多いが、倫理学は正しい決定プロセスを教えてくれるだけで、何が正しいのかという判断の基準を与えてはくれない。この理解が足りないため、臨床医が望む答えを倫理学者は出してくれないと言う不満が出るものと思われる。臨床倫理での答えは、そのプロセスに準じて、当事者が十分に納得するまで時間をかけて話し合い、全員の合意が得られたものがその症例での正しい答えということになる、ということに多くの人に気づいて欲しい。法的問題への配慮は、十分に倫理的に考えた結論を出した後で、独立して行うべきである。
- 本邦においては、futile care や withholding の選択を余儀なくされる場合が多いと思います。この分野で世界標準を確立するのは、国民性や文化的背景も踏まえると、困難である気がします。次号 INTENSIVIST より色々学ばせて頂きます。
- 医療の技術は進歩しているが、終末期医療、futile care (無益な治療)を医師、家族の認識の薄さは、医療費への問題にもつながっている。日本人の死生観など複雑な問題が絡むが、今後、学会な

どが積極的に行政などに働きかけが必要だと思う。

- このようなことをチームとして(医師・コメディカルなどと)、きちんと話し合ったことがないので、必要性を考えさせられました。

- 終末期医療には医学的側面、家族(患者本人)の死生観・倫理観、法的側面の3つの要素が関与するため全例一律な判断基準を設けることが困難になると考えています。

我々医療者はどうしても法的>医学的>家族という順で判断を決めてしまいがちですが、実際はまったく逆であることが本当は望ましいのではないかとも思っています。

少なくともこの多様性を含めて法的な安全性が保証されることが必要と考えます。

- まあ 難しい問題ですが、性急にことを運ばないことが肝要かと思えます。少なくとも医療チームは意思統一を図っておくべきでしょう。その上で家族との話し合い、倫理委員会などを進めれば、時間はかかってもいつか解決するかと思えます。ある程度 FUTILE であっても、その時間が重要であること(残される家族に取って)も多いと感じます。

- 多忙とは思いますが、医療者が、日々の医療を通じて、国民に終末期医療について、またその現状について、説明していく必要があるかと思えます。

またいのちについての教育、小学生の時から、が必要と思えます。

さらに、倫理委員会は、倫理委員をされる方、またそこにもっていくまでのプロセス、また倫理委員会開催そのものが医療者の負担になっていないでしょうか? 時間的にも、すぐに開催できない、またこの施設にあるわけでもない、というも問題です。そのあたりのサポートが必要と思えます。

教育の戻りますが、医療チームで考える時間、場を、教育の機会の提供など、普段から、終末期医療について、必須と思えます。

- 倫理的問題が関与する場面だからこそ、多職種カンファレンスやアプローチが必要である。必ずそこにはヒエラルキーが生じ、医師主体に陥りやすいのか、患者やその家族にとっての医療とはなんであるかをもっと問う項目が合っても良かったと思う。(看護師の視点から)。

- 現状の日本では **withdrawal** をすると警察が介入してくるリスクがあるため、法的な問題から整理していかないと、**withdrawal** を勧めていくということはなかなか普及しないと思う。

- 死生観や倫理観の転換と合意が無くてはこの話題が先に進むのは難しいと思えます。

特に行政(検察・警察)や司法(裁判所)が医療の限界、医療資源のあり方、判断への免責を認めなくては、結局は「犯人逃れ」のための手続きと決定者不在の軸のない決定が繰り返されるのではないのでしょうか?

人はいつか死に、生きるのには何らかの資源やほかの犠牲が伴うこと、(特に成人・老年の生死においては)その負担・責任は本来は自己で負う事を忘れるようなあり方はいかなものかと、高額医療が湯水のように消えていく治療が行われ、その一方で家族からの要求の多い、回復の見込みのない Pt.を見ると、切実に思えます。

- 以前、急性期医療に携わり、長期入院ができない今の医療制度から、気切を行い、胃瘻を造設して、後方病院に転院させておりました。しかし、現在、その後方病院となるようなケアミックス病院に勤務していて、人間としての健康寿命の考え方を一義に考えると、無理に気切や胃瘻は行わず、食事ができなければ、自然に寿命を全うしていただくようにしております。一方で、2000年から一時行われた外科手術の件数による診療報酬の増額により、80歳以上の症例にも様々な急性期医療が施され、本来の在宅での看取りが不可能となったりしている矛盾に日々葛藤しながら、家族にこれ以上の延命の無意味なことを話しながら、Soft landing の方向にもっていくようにしていますが、全ての症例

でそれが受け入れられることがなく、悩むことも多いです。尊厳死だけでなく、人的、コスト面でも人工呼吸・人工栄養(胃瘻やIVHなど)が後方病院の負担になっていることも現実にあります。都会の大病院中心のガイドラインと田舎のケアミックスの病院では、様々な点で状況が異なることも終末期医療の今後について、医療職のみならず、一般市民の方々、国政も過去に振り返って討議すべきかなと考えております。

- 家族もさることながら、医療関係者でも個人個人で「終末期」の概念が違うため、それによる意見の食い違いがあることが、「終末期医療」を難しくさせる1つの原因ではないだろうか。
- 医師の負うリスクが高すぎる。警察が医師に対して処罰的である。最近ではクレーマーが多く、家族が突然意見を翻したり、聞いてない・言っていないと言ったり、どこの誰が何を言ってくるかわからないので、治療をあきらめるというリスクは負えないのが現状。
- 最近では、重症患者の高齢化、脳低体温療法、PCPS等の発展により、終末期医療を意識せざるを得なくなりました。今まで、このことに対する教育がいままで余りにも無さすぎて、困っているというのが現状だと思います。
- 他者の意見を非常に聞きたいです、ガイドラインはあくまでもガイドラインであり法的根拠も何もないので。
- 死を受け入れる国民性が欠如していることが多い。特に都市部の一般市民に見受けられる思考と感じる。

死を受け入れることのできる医療従事者が少ない。死を回避するための治療を行ってきた医療者がほとんどであるからと思われる。

看取る医療、患者本人と家族とが満足できる逝き方を支援できる医療従事者が病院にいないことが、終末期医療の大きな問題点だと思われる。

そもそも、死は誰にでも生じる自然現象であり、その人にとって人生最後の大事なイベントであり、患者本人と家族とそれを支援できる医療従事者との信頼関係が成立していれば「倫理」や「ガイドライン」といった第三者の作ったルールなど必要なく当事者同士で素直に受け入れられるものであるのに、そのようなルールがわざわざ必要とされている現在の風潮に違和感を感じる。

- 治療の撤退(輸液を絞る、呼吸器設定を下げる、CHDFの除水量を増やすなど)は、命の操作をしているような感覚となり、周囲のスタッフにも倫理的ジレンマを残すことがあると考えます。法的な観点から見ても整備は不十分と言わざるをえず、医療者の安全と言う面からも、個人や少数グループの単位で意思決定するのは危険と考えます。もし、治療の撤退を行うのであれば、患者や家族はもちろん、病院全体の意思決定として慎重に行われるべきと考えます。
- 個人的な意見になりますが・・・
- 人は必ず最期には死が訪れる。そのことを医療従事者も認め、同じ道を辿るものとして看護、医療を展開していくことが大切だと思う。しかし、実際の現場では「忙しい」などの理由で十分看護や関わりが持てず、常に葛藤を抱いている医療従事者が多いと思う。十分な時間をかけて関わられるような環境が必要であり、日本全体が改善していくべき課題だと思う。
- シナリオ中の「遺書」は「advanced directive」の誤りではないでしょうか？
- 脳死～重度後遺症でも転院してのど元過ぎれば熱さ忘れる・・・こういう集中治療ではいけないと思います。

大震災の時、特養ホーム等でかなりの患者さんが亡くなり、介護の世界ではこれは「あってはならないこと」とされました。これを受けて、介護士達は必死で、津波や放射線に対する非難の練習をして

います。しかしまた同様な事態が起き、青壮年層の彼らが、入所者の避難に専心するあまり命を失ってはならないと思います。

その現場を作っているのは、一番上流の集中治療での *futile care* だと思います。

また年金問題、高齢者医療費の問題、これも作り出している原因は集中治療での *futile care* だと思います。

綺麗事ではなく、集中治療医自らが落とし前を付けるようにしないと、日本は滅びてしまうのではないかと最近思います。

- 終末期医療とは黒ヒゲ危機一髪の様なものだ。リスクをとりたくなかったら、患者の事など考えず、チューブだらけにして延命すればよい。患者が苦痛なく死ぬには、患者自身が事前指示書を書きリスクを引き受けるか、ドクターがリスクを引き受けるしかない。実際にチューブを抜くなり、スイッチを切るのは”誰か”がしないとといけないのだから。

- INTENSIVIST (終末期医療) 楽しみにしています。

- 医学的にターミナルと判断できる患者の、「急変」時(医学的には急変ではないが)対応について、心ましますか・しませんか、と家族に決断させるのは、医師の責任放棄(「家族が決断したから」という言い訳のため)に近いと思う。

わかりやすい言葉で、家族が納得できるように説明すれば、よほど理解度に問題のある家族以外は、対応に難渋することはない。

- 終末期の定義が様々であり、個々のケースによっても、時間経過においても、刻々と変化してしまいます。癌など終末期が一般に知られ、医療従事者の中でも意見が一致しやすい疾患は、同意を得やすく問題になりにくいですが、その他の疾患は、高齢や老衰を含めて、同意が得にくい。結局、医学的なことよりも、費用や家族の負担が、律速段階になることが多い。

医療従事者においても、その経験度や専門性で、様々な対応や見解がある。

この問題を議論したり、アンケート調査をすることは、非常に難しいと思います。

- 現在の日本で *withdrawal* するのは刑事罰の恐れがある。
倫理委員会をとおしても抜管は怖くてできない。
- 各施設、臨時の倫理委員会を開催しているのかを知りたい。
また倫理委員会を開催しても、学会が許容している抜管などしているのかを知りたい。
- 学会はもっと厚労省に働きかけるべき。(suggest ではありません、command です、negotiate かもしれません)
- 医療行為や処置は複雑多岐にわたるため、撤退を自然に行うのはきわめて難しいと感じます。救急部、ICU ローテート中にそう感じました。
- これだけ医療が進歩してきた時代に人を生かしておくことは昔に比べて非常に簡単になってきている。

しかし、それが医療従事者の混乱を招いていると思う。途中で死の定義の項があったが、これは非常に難しく、患者・家族の個々の価値観によって様々である。さらにその中には家族の人間模様も見え隠れしており、どの家族も1秒でも長く生きてほしいと思っているのは間違いである。自分の家族であれば間違いなく毎日面会にくるし、離れるのが辛いであろう。しかし、色々な理由で1度も面会にこない家族もいる。医者になって10年を過ぎたがいまだに理解できない。

とはいっても人は多様であり、だから終末期に対する考えを一元化しようとするのは非常に難しい。しかし、やはり尊重されるべきはあくまでも本人に意志が第一優先であり、家族の意志はその次であ

る。ただし、患者を見ていくのも家族である。今の世の中では生前にしっかりと自分の意志を示しておくべきなのかもしれない。そして家族とコミュニケーションをとっておかなければならない。時代の進歩とともにコミュニケーションツールが多様化し、その影響で直接会話をしなくても生きていける時代になった。終末期医療を考える際にはこういった社会の状況も十分に考慮しながら進めていかなければならないのかもしれない。

以上