終末期における延命治療

松戸市立福祉医療センター　東松戸病院
保健福祉医療局局長・内科
山﨑　俊司
〒270－2222 千葉県松戸市高塚新田１２３の１３
℡047-391-5500

去る平成 18 年 4 月 15 日 ACP 日本支部の講演会で「終末期における延命治療」というパネルディスカッションが開催されました．当日のスライドや抄録は http://www.icim2002.org/acp/html/index02.html に掲載されているので，参照してください．私もディスカッサン トの一人として参加しましたが，このテーマはもっと広く議論すべきであると考え，小林教授のお勧めもあり，内科専門医会誌に投稿することとしました．以下は，私の述べた意見と白浜先生の提案に対する私のコメントです．諸先生方の議論の契機となれば幸甚です．

Ⅰ　病院勤務医からみた終末期医療の問題点

1）医療者側の問題点

1．急性期病院での治療 では，救命が重要であることはいうまでもありません．しかし，患者様の予後を考慮せず，また，患者・家族に十分納得のゆく説明をせずに延命治療をおこない，突然転院を迫ることが往々にしてあるようです．

2．急性期病院・慢性期病院を問わず，何が蘇生処置なのか患者・家族が十分に理解されていないのにもかかわらず，蘇生拒否（Do Not Resuscitate Order DNR）を承諾させることがあります．これは，医療のパターナリズムの名残りかもしれません．

3．DNR と治療の差し控え，中止との混同． DNR は蘇生をしないことであって，治療・ケアをしないことではありません．しかし，DNR のある患者様には治療やケアを差し控える傾向があります．また，現場の人手不足の関係もあるのか，DNR であれば多少目が届かなくても良いのだという風潮が感じられることがあります．

2）患者・家族側の問題点

1．事前指示書(Advance Directives AD)は，他の先生方のご指摘のように普及しておりません．当院で行っている患者様向けの講演会の際に AD の話をしたことがありますが，「AD の効力が保障されていないなら作成しても仕方がない」といった人がいました．ある程度の法的な認知が必要ではないだろうかと考えます．また，高林先生が提示されたように，地域共有電子カルテを利用した，AD の提示などのシステムも今後必要にります．

2．医師にお任せするという患者・家族がいまだに多く見受けられます．具合の悪いときにいろいろ言われても理解できないためかもしれません．白浜先生が指摘したように，日本人の精神構造から，家族や世間を慮って自分の意見が言えない人もいるようです．その結果，自分では責任がとれないので，医療者に決定を委ねたいということではないでしょうか．そして，辻本氏の主張するように，患者・家族側にも主体性を持つという努力は必要です．

Ⅱ　白浜先生の提案に対するコメント

1）終末期の治療について（特にがん以外の）のエビデンスを蓄積すること．

→全く同感です．日本の緩和ケアは，がんの終末期のケアに限定される傾向があります．私は，良性慢性疾患の終末期にも広げるべきだと考えています．数年前，日本緩和医療学会の理事より，当面混乱をさけるため「緩和医療学会の対象はがん患者に限る」というコメントを聞いた覚えがあります．現在の緩和医療の分野は麻酔科，放射線科，精神科の医師が活躍しており，内科医はやや影が薄い．しかし，非がんの患者様も扱うには，内科専門医の活躍が必要です．

また，がんの患者様についていえば，ADの利用可能性が高いと思われますが，慢性疾患については難しい点が多々あり，これからの課題は多々あると考えます．

2）いったん治療を始めたら中止できないということではなく，一定期間治療してみて回復しないときに治療を打切ることを確認した上で治療をはじめる体制を確立する．

→全く同感です．

3）終末期患者が最終的にどのような生き方をしたいかを話すことを避けないこと．

→状態が悪くなる前に議論しておく必要があると思います．白浜先生は「友人の死など」をきっか

けとして議論することを提案していらっしゃいましたが，私はもっと若いうちから始めるべきだと考えます．たとえば性教育と同様に，死の教育も実施してはどうでしょうか？死の教育のない性教育は，非常に浅薄なものではないでしょうか？

4）医師だけで決断するのではなく，患者・家族，他の医療スタッフを含めたチームで話し合って患者にとって最善の終末期の治療方針を決めていくこと.

→医療者に対して医師が過剰なリーダーシップ？を発揮し，他の職種の意見に耳を貸さないことが見受けられます．また，医師はチーム医療を配慮し，他の職種の意見を尊重すべきであることは当然ですが，他の職種あっても医師からも尊敬されるように一層の研鑽が必要であります.

5）患者・家族の手の届かない高度医療の枠組みの中で終末期医療が決められるのではなく，患者の人生観と医療の双方がわかる，かかりつけ医が治療の決断に関与すること.

→患者様が入院してしまった場合かかりつけ医の役割をどう発揮するか体制づくりが必要でしょう．多忙で関与できない開業医もいるでしょうし，保険点数もつけるべきでではないかと考えます．ただし，特に都市部ではかかりつけ医という概念が希薄で，かかりつけ医を持たぬ場合の対応も検討する必要があるでしょう.

山崎先生のコメントへのご返事

佐賀市立国民健康保険三瀬診療所　白浜雅司

私の提案に対する貴重なご意見に感謝します。先生の提案に対する再コメントです。

1）終末期の治療について（特に癌以外の）のエビデンスを蓄積すること。

多くの内科医が、どこまで治療するかを悩んでいます。もっとこのあたりのエビデンス（最初は個人的経験でもいいと思います）の検討がされる場があるといいと思います。救急、循環器、呼吸器、肝臓、腎臓など各分野の専門の医療をやっている内科専門医の先生方こそが、最先端の治療のメリットと限界を提示できると思うのです。ぜひ新しくできる内科専門医部会で継続して検討

していきたいですね。

3）終末期患者が最終的にどのような生き方をしたいかを話すことを避けないこと。
生きる力を育む教育という言葉がありますが、生きる力の教育には、死の教育、性の教育も必要でしょう。私が村の中学生に心配蘇生の実習をお願いしたのは、まさに自分でも倒れた人の命を守るために何かができるということを体験的に身に付けて欲しいと願ったからですし、小学校の道徳の時間では、NHK 交響楽団のチェリストの方が、ホスピスで治療を受けながら、最期の演奏会を行うビデオを見せて、人間が最期の時期をどうすごすのかを、考えてさせていました。授業参観で親の意見も聞いたりして、とてもいい試みだと思いました。在宅での死だけでなく、病院の死であっても、臨終の場に子供を同席させることは大事な教育の機会なのでしょう。

4）医師だけで決断するのではなく、患者・家族、他の医療スタッフを含めたチームで話し合って患者にとって最善の終末期の治療方針を決めていくこと。

5）患者・家族の手の届かない高度医療の枠組みの中で終末期医療が決められるのではなく、患者の人生観と医療の双方がわかる、かかりつけ医が治療の決断に関与すること。

医師間、多職種間、医療機関同士のチーム医療については、言うはやすく行うのは大変ですよね。このことについてはスライドに載せた HIV 患者の大石さんの言葉から教えられます。自分の仕事だけを一番とせず、相手の仕事を理解して連携して、最終的に患者家族が、納得できる医療を提供できるプロの医師として働きたいですね。

このような貴重な意見交換の場を与えてくださった多くの方々に感謝するとともに今後ともこのような大事な問題に内科専門医の先生方と取り組んでいけたらと願っています。よろしくお願いします。