

末期医療のあり方

概要

67歳の男性Aは、2年前肺癌(小細胞癌)の診断を受け、以後数回化学療法と放射線療法を施行したものの、現在では腫瘍が多臓器に遠隔転移し、治癒の見込みがないとして腫瘍に対する治療は中止されている。また、多発性脳転移のため中枢神経機能が高度に障害されており、開眼はできるが自分で起き上がることができない。会話は一切できず、自力での摂食は不可能で、現在は経鼻胃管から最低限の水分と栄養が与えられている状態である。余命は通常1・2ヶ月と診断されている。

そのような状態のAが、医療ミスの可能性も疑われる肺炎を合併した。既に原疾患のために悪化していた呼吸状態が肺炎の合併によりさらに急速に悪化しており、通常のマスクによる酸素吸入では血中に十分な酸素が供給できない状況となっているが、気管内挿管を施行し人工呼吸管理を行えばさらに延命は可能であり、場合によると肺炎自体は治癒させられる可能性もある。しかし、それをしなければ一兩日中にも死亡する場合もありえる状況であった。この段階で担当医XはAの妻であるBと長男であるCに対して、すべての事実を伝え、これ以上の治療はいたずらに延命することにしかならず、安らかに死を迎えることが本人のためではないかという意見を述べ、肺炎の治療を行うか否かを家族の判断にまかせるとした。

妻Bは、Aがかねてより「機械に生かされるのは絶対に嫌だ」と話していたことを思い出したが、延命の可能性のあるAを見殺しにはできないと考えている。また長男Cは、Aの意思を尊重して延命治療を行うべきではないと考えているが、肺炎は病院側のミスであるのに治療を中止して良いのか疑問を抱いている。

また別に、Aは数日血中の電解質バランスが大きく崩れており、点滴による補正が望ましい状況であるが、そのためには中心静脈カテーテルを挿入しなければならず、医師Xは侵襲が大きいためあまり乗り気ではない。しかし、肺炎の治療を行うのであれば、いずれにせよ中心静脈カテーテルの挿入は必要ではあった。なお、Aは長期臥床のため褥創が発生しており、皮膚科医Yが毎週診察し、看護師に毎日の処置の指示を行っている。

・論点

末期の状態において併発した合併症は治療すべきか？

このケースでは、肺癌に肺炎を合併しているが、肺炎は治療すべきだろうか？

この論点を考える上で参考になる考えに次のようなものがある。

終末期医療とは、死が近づいている患者に対し、肉体的・精神的苦痛を取り除き、人間の尊厳を守って安らかに死を迎えられるように支援する医療である。その経過中起きる様々な合併症は、基本的にはできるだけ侵襲性の少ない手段によって治療を行うべきである。その治療を行うかの判断の基準となるものに、治療手段の“reversibility”すなわちその治療から離脱できるかどうかというものがあり、それが最も重要な問題となる。治療を行うことによって「元の状態」に戻ることができるかどうか、これが治療を行うかどうかの分かれ道となり、その可能性がほとんど期待できなければ、延命治療になってしまう。（末期医療の事前指示と延命医療 大内尉義 より）

末期の状態において併発した合併症が病院の「医療ミス」によるものである時、たとえどんな状態であっても治療すべきか？

このケースでは、肺炎は看護師のミスによって引き起こされた可能性が疑われている。医師は治療をしない方が本人のためだと言っているが、それでいいのであろうか？

この論点を考える上で参考になる考えに次のようなものがある。

医療ミスにより患者が肺炎を起こし、その結果亡くなったとしたら、理論的には刑法211条の業務上過失致死罪などにあたる可能性はある。しかし、これまで訴追を受けたのは、誰の目から見てもミスが明らかな単純ミスの類型の事件である。あくまでも可能性のレベルにすぎない場合であるのに、訴追を恐れて治療すべきかどうかを判断するとしたら、それが患者が望むこととは限らないという皮肉な結果を生む場合もあるかもしれない。（治療の差し控え・中止と判断を支援するシステムの重要性 岩田太 より）

患者が会話は一切できなくても意思表示はできる状態であれば、家族の意思は必要ないのではないか？家族の意思はどこから効力を発するのだろうか？

このケースの場合、患者は開眼でき家族の問いかけにうめき声で答えるとされているので、意思表示ができると考えることができる。たとえば、医師の問いにまぶたを閉じる回数で答えるなどの方法を取れば、患者の意思は確認できるのではないだろうか。

． 参考資料

200/07/01 「終末期の意向 本人より家族重視 厚労省が調査報告 尊厳死達成には問題」
『シルバー新報』691:3

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb01News.nsf/0/3E5C68B921230CB449257034002163FB?OpenDocument>

「特別養護老人ホームで、終末期の病名や余命告知、治療方針や延命処置の要望を入所者本人に確認する施設はほとんどなく、家族の意思が重視されていることが、04年度の厚生労働省「わが国の尊厳死に関する研究」報告書（主任研究者＝松島英介東京医科歯科大学大学院助教授）から分かった。研究班は「尊厳死を達成するためには患者と家族の意思の違いが問題になる」と指摘。在宅や緩和ケア病棟との連携や、痛みの緩和が十分に行なわれていない実態もあり、こうした問題の解決が前提条件としている。

調査は、全国の一般病院と特別養護老人ホームを対象に実施。特養では昨年11月から12月にWAMNETから抽出した500施設を対象に行ない、29%にあたる145施設から回答を得た。

痴呆性疾患を持つ割合は65%、脳血管疾患は54%だった。年間死亡退所者数は9.9人。

余命6カ月以下の入所者の割合が「5%未満」の施設は約8割。本人への病名告知を行なっているのが「10%未満」と答えた施設は95%だった一方で、家族に対しては「100%告知」が61%と、本人より家族への告知率が高い。終末期の余命告知についても、ほぼ同様の傾向となっている。

入所者が治る見込みがない場合の病名や今後の見通しを、まず誰に説明するかについては「家族」が88%。「必ずはじめに本人に説明する」はゼロだった。

延命処置の要望を入所者に「100%確認する」のはわずか11%に対して、家族に確認する割合は52%と、いずれの項目でも家族重視が顕著となっている。

施設から病院の緩和ケア病棟やホスピスに紹介する割合が「5%未満」の施設が約9割を占めた。

終末期医療のために充実させるべき事項としては、「患者、家族への相談体制」、「医師・看護師や介護施設職員への卒前・卒後教育や研修」、「在宅での終末医療の体制づくり」が多くあがり、尊厳ある死のためには「本人が苦痛でないよう緩和すること」を最も重視するという結果が出た。

研究班は、「家族の意思が尊重されるわが国の特徴が明らかで、特に老年患者の意思のとりえ方には議論の余地が残る」と指摘している。」

2005/10/06 「延命措置停止の声に絶望 「会話聞こえた」と伊患者」

共同通信社

「【ローマ6日共同】2年前に交通事故で意識不明となり医師から回復不可能と判断されていたイタリア人男性(38)が、3カ月前に意識を取り戻し「周囲の会話は全部聞こえていた。栄養チューブを外そうかという声が聞こえ絶望的な気持ちだった」と、最近話し始めた。イタリアのメディアが5日報じた。

カトリックの影響の強いイタリアでは、尊厳死への反対も根強く、一部の識者は「植物状態に見える患者でも、生命は維持するべきだ」と主張。回復の見込みのない患者の延命措置停止の是非をめぐる議論にも影響を与えそうだ。

この男性は4児の父。内外の専門医を転々としたが、「回復不可能」と診断された。しかし、本人は「医者が『患者の意識はない』と話すのも聞いていた」という。

男性の母親は「医者は治らないと言ったが、意識はあると思っていた」。回復して話せるようになって最初の言葉は「お母さん」だったという。

植物状態の患者はイタリアに約6000人。同国では、今年3月に米国人女性が15年間意識がないまま栄養補給を止められ死亡したときも賛否の議論が高まった。」

刑法第211条(業務上過失致死傷等)

業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは50万円以下の罰金に処する。

重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。

肺炎治療をする メリット：患者の肺炎の苦しみを取り除ける

デメリット：患者の癌の苦しみからの解放を引き延ばしてしまう

尊厳死の本旨に反する

肺炎治療をしない メリット：患者の癌の苦しみからの解放を早める

デメリット：患者の肺炎の苦しみを取り除けない

患者は安らかに死ぬ事ができない

尊厳死の本旨に反する