

延命中止手続き明確化

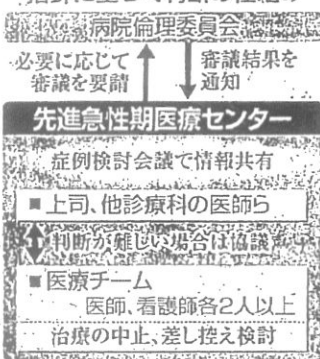
手を尽くしても助かる見込みがない患者の延命治療をどこまで続けるべきか。苦痛を引き延ばすことにならないか。終末期医療をめぐる医療従事者が直面する問いだ。北海道大病院の先進急性期医療センターは、治療中止や差し控えに関する手続きを明確にした独自指針を2011年から運用、病院倫理委員会も含めて重層的に判断する仕組みを構築してきた。

北海道大病院が独自指針



医療スタッフによる症例検討会議 (札幌市の院先進急性期医療センター)

北海道大病院 先進急性期医療センターの指針に基づく判断の仕組み



容体急変のため本人の意思が不明のケースも多い救急・集中治療の現場で、患者や家族とどう向き合うか模索が続く。日本救急医学会など3学会は昨年11月、共同で終末期医療の指針を公表した。主治医が抱え込むのではなく、必ず医療チームで対応することが鍵としている。

独善性排除狙う

北大病院ではこれに先駆け、先進急性期医療センターで、倫理委員会の承認を得て独自指針の運用を11年5月に開始。今年7月までの約4年間に、終末期の10〜90代の患者115人の延命治療を中止したり差し控えたりしてきた。60代以上が6割強を占める。

倫理委含め重層的に判断

センター部長の丸藤哲一医師は「患者に苦痛を与えただけの治療は見直すが、必要な治療は迷わずにできる」と指針の意義を強調する。

同センターの指針は医師と看護師それぞれ2人以上を含む医療チームで判断を求め、医療チームだけで判断が難しい場合は上司や他診療科の医師らと交えて協議するとしている。センター内の症例検討会議で情報共有し、必要に応じて病院の倫理委員会でも審議する。方針決定のプロセスを重層的にするこ

とで、判断の誤りや独善性を排除する狙いがある。患者の家族には繰り返し病状などを説明し、治療方針について理解と同意を得るとしている。

患者の家族には繰り返し病状などを説明し、治療方針について理解と同意を得るとしている。

取り外し見送り。一方、医療チームなどの判断と倫理委員会の意見が異なり、呼吸器の取り外しを見送ったケースもある。

指針の導入当初のことだ。事故で脳死とみられる状態となった患者について丸藤医師らは家族と相談、患者が延命治療を望む様子がなかったことを確認し呼吸器の取り外しを検討した。

これに対し、病院倫理委員は数カ月の審議の末、昇圧剤などの投与中止を認める一方、呼吸器の

取り外しは許可しなかった。患者の目に損傷があるため光に対する反射の有無を確かめる検査を行えず、厳密な脳死診断ができないことが理由だ。

患者の心臓が停止してなくなったのは事故から約半年後。丸藤医師は「早く家に連れて帰りたいという家族の願いをかなえられず残念だったが、倫理委の指摘ももったもたつた」と振り返る。

丸藤医師は「無理な延命治療で個人の尊厳を無視してはならないし、一方で助かる命が失われてはならない」と強調した。

丸藤医師は「無理な延命治療で個人の尊厳を無視してはならないし、一方で助かる命が失われてはならない」と強調した。

丸藤医師は「無理な延命治療で個人の尊厳を無視してはならないし、一方で助かる命が失われてはならない」と強調した。



北海道大病院の丸藤医師

3学会の終末期医療指針のポイント

(日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本看護学会)

基本的な考え方

- 終末期の判断やその後の対応は主治医個人ではなく、主治医を含む複数の医師、看護師ら医療チームの総意であることが重要

救急・集中治療において終末期と判断される例

- 脳死であると十分な時間をかけて診断された場合
- 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必要な複数の臓器が不可逆的な機能不全となり、移植などの代替手段もない場合
- その時点の治療に加えてさらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続していてもうちに死亡することが予測される場合

治療の中止、差し控えの選択肢の例

- 人工呼吸器などの生命維持装置の終了
- 人工透析の終了
- 昇圧薬投与などの中止、減量
- 心停止時に心肺蘇生を行わない (筋弛緩(しかん)薬投与などの手段により死期を早めることはしない)