

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2008 年度 在宅医療助成 指定公募（前期）
研究報告書

在宅末期医療における治療の差し控え・中止に関する基礎的研究
-在宅医療の促進に向けた、末期医療の実態および意識調査と
それに基づく要件・手続きの検討-

九州大学大学院 医学研究院・博士課程
福岡県福岡市東区馬出 3-1-1
上 白 木 悦 子

平成 21 年 8 月 30 日

1. 研究目的

末期医療における治療の差し控え・中止については、欧米諸国ではすでに一定の社会的合意が得られている。しかし、わが国では、治療の中止等によって患者が死亡した場合、現在でも医師に対し刑事捜査がなされるとともに、そのことが広く報道されるなど、大きな社会的問題となることがある。こうした状況においては、医師が患者の意向を尊重した医療を行うというよりも、警察捜査を恐れて萎縮した医療を行うという、いわゆる防衛医療がもたらされる可能性がある。現に、申請者が行った簡易な聞き取り調査の中でも、在宅医療を受けていた患者が、その末期に医療機関へ搬送され、生命維持治療が開始されたケースがあった。このケースにおいては、医師は、医療機関へ搬送すれば患者の生命を維持できるため、在宅医療を継続することにより患者が死に至った場合、医師に法的責任が発生するのではないかと考えたという。

以上のような事態が生じるのは、在宅末期医療における治療の差し控え・中止の問題に関して、法的・倫理的に何が許され何が許されないかにつき、具体的な検討が進められてこなかったことに原因があるように思われる。つまり、患者側から見れば、在宅医療における生命維持治療拒否権の問題であり、医療側から見れば、在宅医療における治療行為の差し控え・中止の許容性の問題についてである。いうまでもないが、「最期をどう迎えるか」を考察するにあたっては、先の問題の検討は避けては通れない。というのは、患者が「最期をどう迎えるか」を考え、その結果、在宅医療を受けることを決め、また、延命医療を受けないことを決めたとしても、先の検討が進んでいなければ、前記のように防衛医療等が生じ、患者の希望が容れられない可能性が生じるからである。

そこで、本研究は、わが国の在宅末期医療の現場の実態と末期医療に携わる医師の率直な意見とを調査し、早急に問題点を整理したうえで、在宅末期医療における医療の差し控え・中止に関するルールを検討することを目的とする。

2. 方法

1) 予備調査及び質問紙の作成

質問紙作成にあたり、予備調査として、在宅医療に携わる医師3名を対象として、聞き取り調査を実施した（平成20年11月～12月）。本予備調査の結果と先行研究を踏まえ、質問紙を作成した。

2) 調査項目

①末期医療に関する事件の影響の有無

富山県射水市民病院などで生じた末期医療に関する事件が、回答者の末期医療の

方針に影響を与えたか否かについて尋ね、その具体的内容を調査した。

②在宅末期医療の差し控え・中止に関する施設の方針の有無

回答者の所属する診療所で、治療の差し控え・中止について、施設としての方針を策定しているか否かについて尋ね、その具体的内容を調査した。

③在宅末期医療の差し控え・中止について話し合う体制の有無

回答者の所属する診療所で、治療の差し控え・中止について、複数の医療従事者で話し合える体制があるか否かについて尋ね、その具体的内容を調査した。

④医療の差し控えにつき、家族の意向と医学的判断が異なる場合の対応

終末期にある患者の具体的事例を示し、家族の意向と医学的判断が異なる場合に、医療を差し控えるべきと考えるか否かについて尋ねた。

⑤治療義務の限界

終末期にある患者の具体的事例を示し、医学的に適応がないと考える治療について調査した。加えて、患者本人の意向が不明な場合、それらの治療を実施するか否かについて尋ねた。

⑥人工呼吸器の差し控えと中止

「いったん人工呼吸器を装着したら、取り外さない」という考え方について、回答者が法的・心情的にどのように考えるかについて尋ねた。

⑦延命治療に関する患者の自己決定権

延命治療を拒否する患者の権利を認めてよいと考えるか否かについて尋ねた。加えて、治療拒否権が認められる患者の余命について、具体的内容を調査した。

⑧回答者の属性

性別、年齢、医師経験年数、診療所の母体、診療所の病床の有無、在宅医療に従事する医師数について調査した。

⑨自由記載

自由記載形式で、在宅における末期医療の問題について意見を集めた。

3) 調査対象

全国の在宅療養支援診療所（総数 10520 施設）のうち、無作為に抽出した 1 割の診療所の責任者（総数 1052 名）を調査対象とした。ただし、宛先不明などの理由で返送されてきた 11 名を除外したため、最終的な調査対象は 1041 名であった。在宅療養支援診療所は、在宅医療を提供する診療所であり、往診や訪問看護の提供が 24 時間可能な体制を確保している施設をいう。

4) 調査方法

全国の在宅療養支援診療所の施設長宛に、調査説明書と質問紙を郵送した。送付リス

トの作成には、独立行政法人福祉医療機構のホームページを用いた。調査票は無記名自記式であり、直接研究者へ返送してもらった。質問紙の発送日は、平成 21 年 7 月 30 日、回答の締め切り日は、平成 21 年 8 月 14 日とした。

5) 分析方法

各項目について、単純集計を行った。分析には Dr. SPSS II を用いた。

6) 倫理審査

本研究は、高知女子大学社会福祉学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3. 結果

401 施設 (38.5%) から回答を得た。

以下、本調査で得られた結果を示す。

1) 末期医療に関する事件の影響の有無

(1) 影響の有無

末期医療に関する近年の事件 (Box.) を提示したうえで、それらが回答者自身の診療等に影響を及ぼしたか否かにつき尋ねた。

Box. 関連事件・ガイドラインの報道年月日等

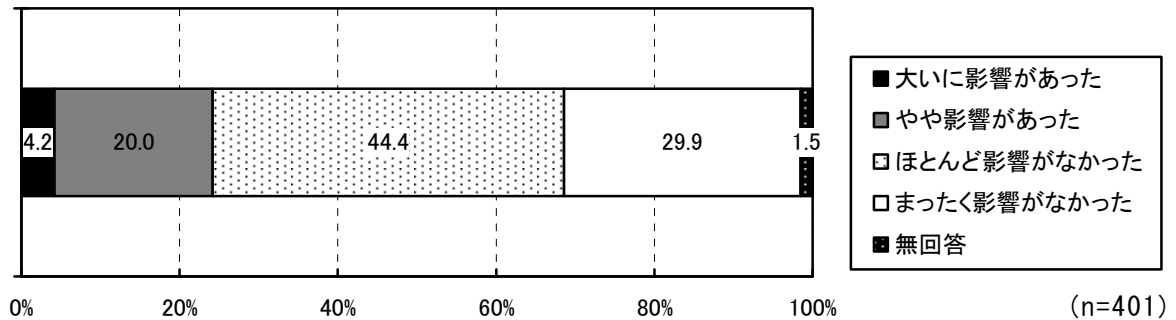
事件・ガイドライン	報道年月
① 北海道立羽幌病院	2004 年 2 月 (約 5 年前)
② 富山県射水市民病院	2006 年 3 月 (約 3 年前)
③ 厚生労働省・終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	2007 年 5 月 (約 2 年前)
④ 日本救急医学会・救急医療における終末期医療に関する提言	2007 年 10 月 (約 2 年前)
⑤ 日本医師会・終末期医療に関するガイドラインについて	2008 年 2 月 (約 1 年前)

結果は以下のとおりである。

表 1. 影響の有無

n=401
n (%)

①大いに影響があった	17 (4.2)
②やや影響があった	80 (20.0)
③ほとんど影響がなかった	178 (44.4)
④まったく影響がなかった	120 (29.9)
⑤無回答	6 (1.5)



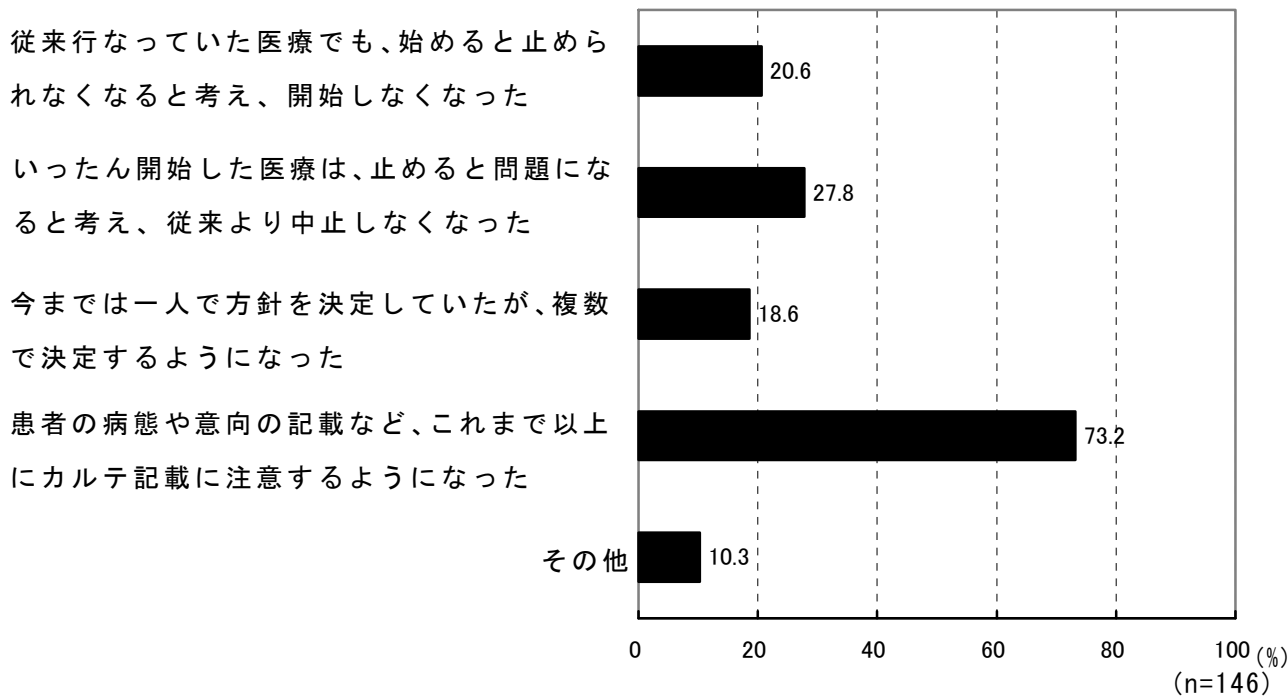
(2) 影響の内容

表 1. で①、②を選択した者を対象として、影響の内容について調査した。結果は、以下のとおりである（複数回答可）。

表 2. 影響の内容

	n (%)
従来行なっていた医療でも、始めると止められなくなると考え、開始しなくなった	20 (20.6)
いったん開始した医療は、止めると問題になると考え、従来より中止しなくなった	27 (27.8)
今までは一人で方針を決定していたが、複数で決定するようになった	18 (18.6)
患者の病態や意向の記載など、これまで以上にカルテ記載に注意するようになった	71 (73.2)
その他	10 (10.3)
複数回答	

n=146



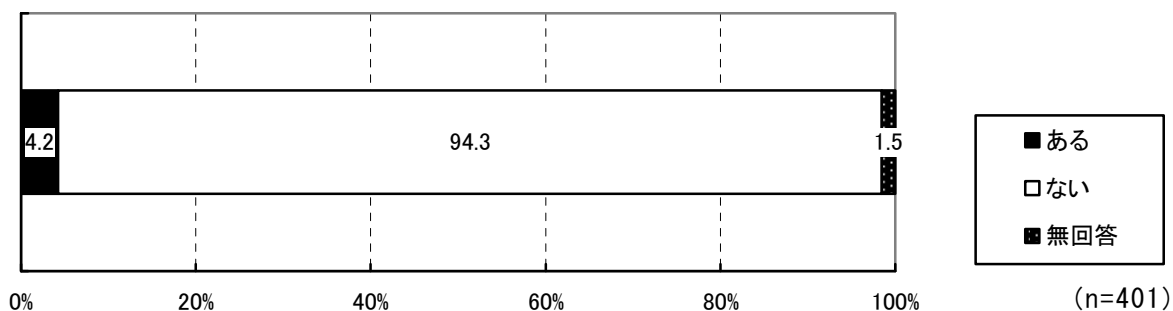
2) 在宅末期医療の差し控え・中止に関する施設の方針の有無

(1) 院内指針の有無

末期医療の差し控え・中止に関する院内方針の有無につき、以下の結果が得られた。

表 3. 院内方針の有無

n=401	
	n (%)
ある	17 (4.2)
ない	378 (94.3)
無回答	6 (1.5)

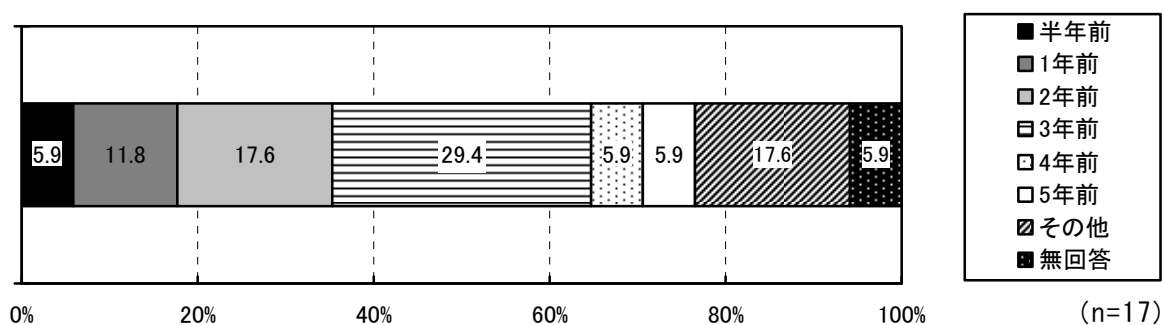


(2) 院内方針の作成時期

院内方針を作成している 17 施設における、作成時期につき、以下の結果が得られた。

表 4. 院内方針の作成時期

	n (%)
半年前	1 (5.9)
1 年前	2 (11.8)
2 年前	3 (17.6)
3 年前	5 (29.4)
4 年前	1 (5.9)
5 年前	1 (5.9)
その他	3 (17.6)
無回答	1 (5.9)



(3) 院内方針の内容

院内方針を作成している場合のその内容について、以下の結果が得られた (複数回答可)。

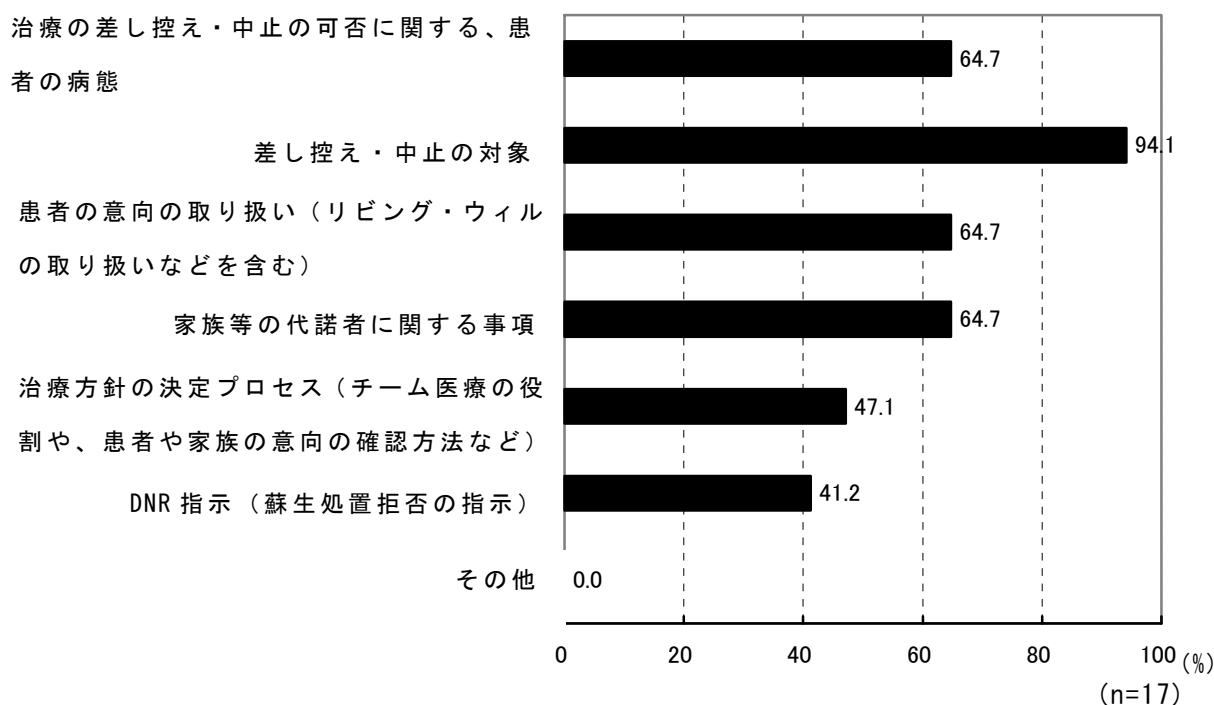
表 5. 院内方針に含む事項

	n (%)
治療の差し控え・中止の可否に関する、患者の病態	11 (64.7)
差し控え・中止の対象*	16 (94.1)
人工呼吸器	9 (56.3)
心肺蘇生 (CPR)	9 (56.3)

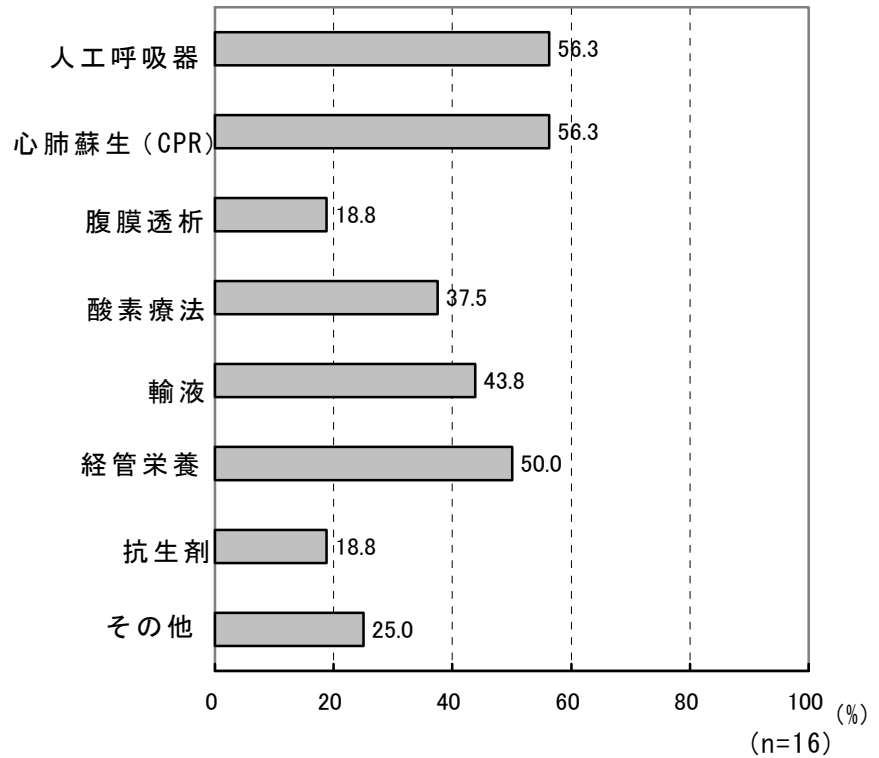
腹膜透析	3 (18.8)
酸素療法	6 (37.5)
輸液	7 (43.8)
経管栄養	8 (50.0)
抗生剤	3 (18.8)
その他	4 (25.0)
患者の意向の取り扱い（リビング・ウィルの取り扱いなどを含む）	11 (64.7)
家族等の代諾者に関する事項	11 (64.7)
治療方針の決定プロセス（チーム医療の役割や、患者や家族の意向の確認方法など）	8 (47.1)
DNR 指示（蘇生処置拒否の指示）	7 (41.2)
その他	0 (0.0)

複数回答

*人工呼吸器、心肺蘇生（CPR）、腹膜透析、酸素療法、輸液、経管栄養、抗生剤、その他については、「差し控え・中止の対象」を選択した回答者（16名）に対する割合（%）を示す



<差し控え・中止の対象>



3) 在宅末期医療の差し控え・中止について話し合う体制の有無

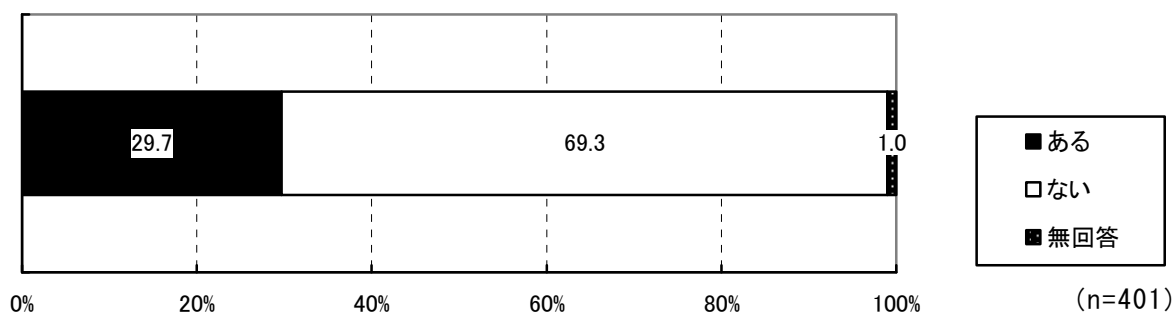
(1) 在宅末期医療の差し控え・中止について話し合う体制の有無

在宅末期医療の差し控え・中止に関して、複数の医療従事者で話し合える体制があるか否かにつき尋ねた。結果は、以下のとおりである。

表 6. 在宅末期医療の差し控え・中止について話し合う体制の有無

	n (%)
ある	119 (29.7)
ない	278 (69.3)
無回答	4 (1.0)

n=401



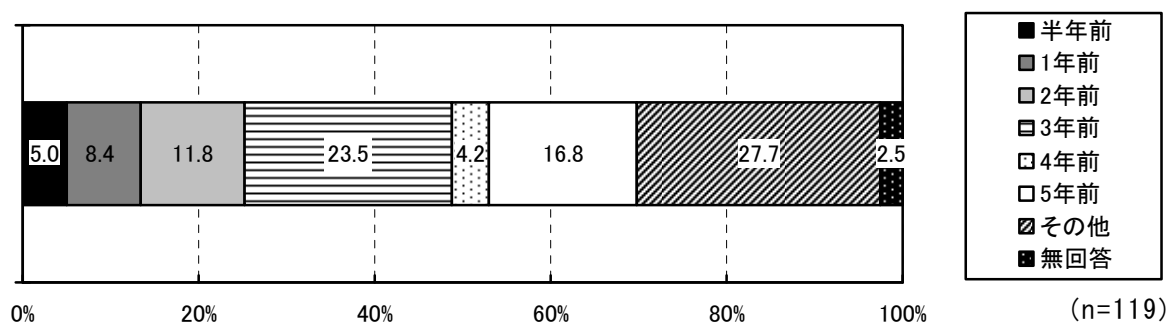
(2) 上記体制の設置時期

在宅末期医療の差し控え・中止に関して、院内で検討する体制があると回答した 119 施設につき、その設置時期を尋ねた。結果は、以下のとおりである。

表 7. 院内体制の設置時期

n=119

	n (%)
半年前	6 (5.0)
1 年前	10 (8.4)
2 年前	14 (11.8)
3 年前	28 (23.5)
4 年前	5 (4.2)
5 年前	20 (16.8)
その他	33 (27.7)
無回答	3 (2.5)



(3) 院内体制の構成職種

上記、院内体制があると回答した 119 施設につき、その構成職種を尋ねた。

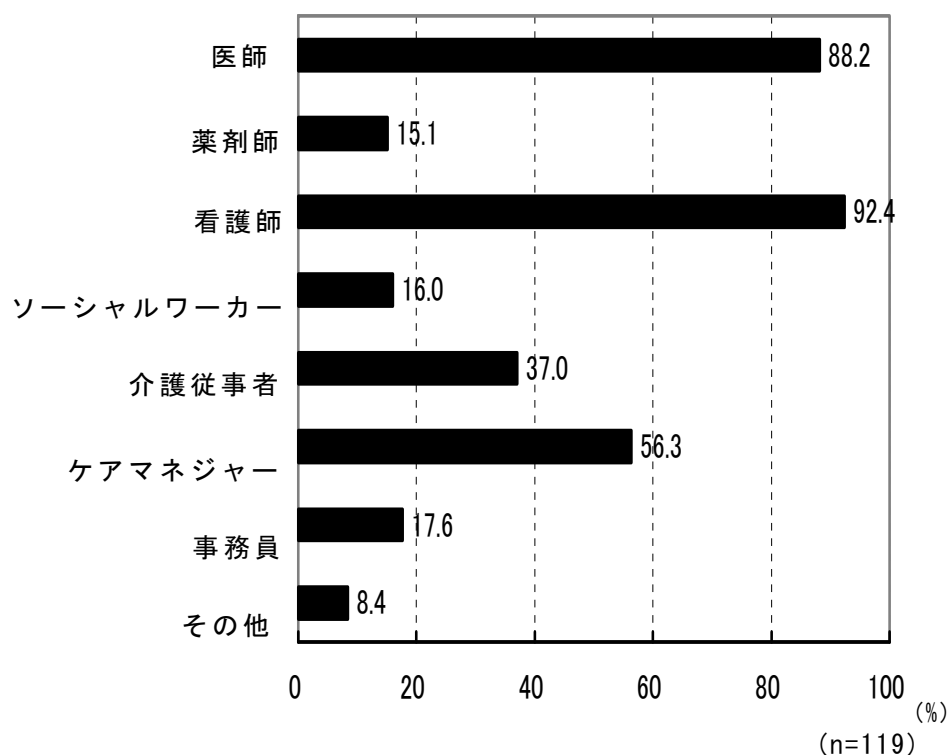
結果は、以下のとおりである（複数回答可）。

表 8. 院内体制の構成職種

n=119

	n (%)
医師	105 (88.2)
薬剤師	18 (15.1)
看護師	110 (92.4)
ソーシャルワーカー	19 (16.0)
介護従事者	44 (37.0)
ケアマネジャー	67 (56.3)
事務員	21 (17.6)
その他	10 (8.4)

複数回答



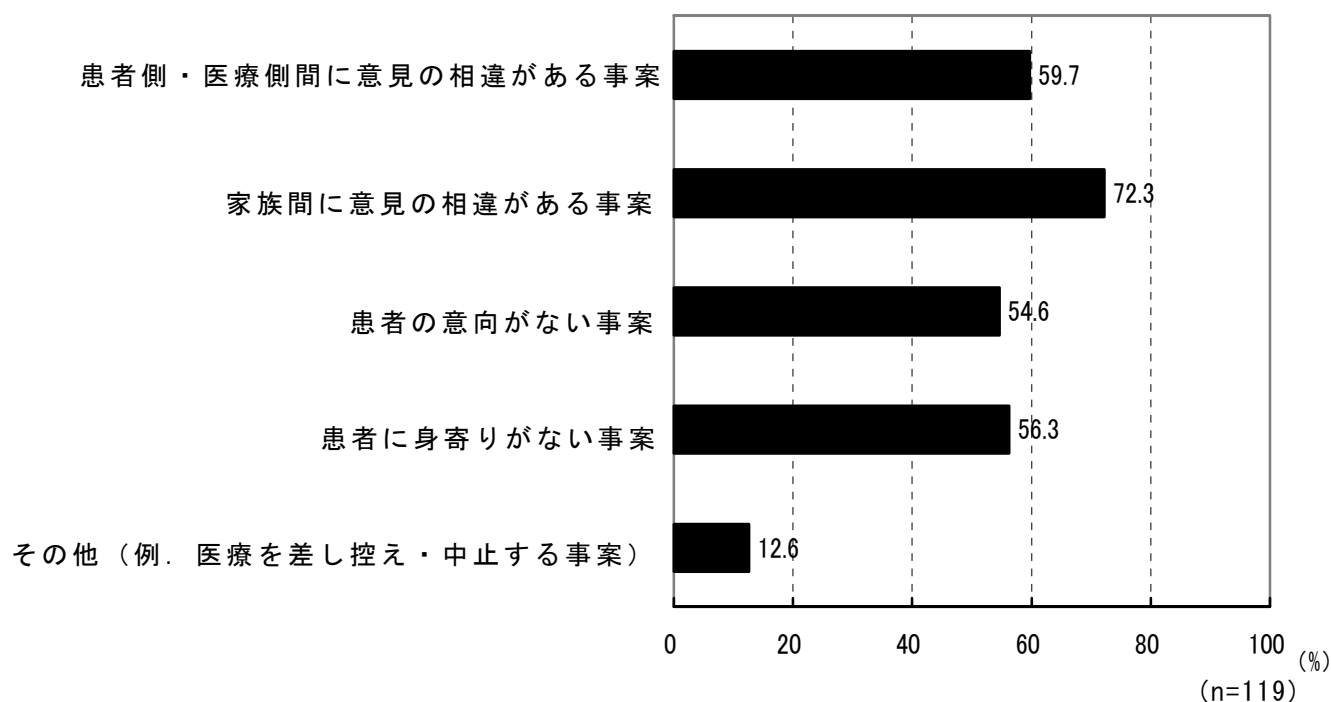
(4) 上記体制における話し合いの内容

上記、院内体制があると回答した 119 施設につき、当該体制において話し合われる内容を尋ねた。結果は、以下のとおりである（複数回答可）。

表 9. 院内体制における話し合いの内容

	n (%)
患者側・医療側間に意見の相違がある事案	71 (59.7)
家族間に意見の相違がある事案	86 (72.3)
患者の意向がない事案	65 (54.6)
患者に身寄りがない事案	67 (56.3)
その他（例．医療を差し控え・中止する事案）	15 (12.6)

複数回答



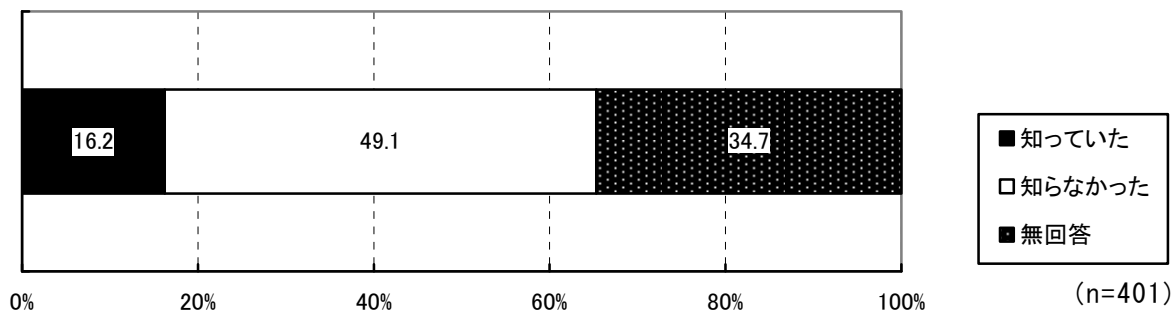
(5) 日本医師会「終末期医療に関するガイドライン」について

日本医師会は、「終末期医療に関するガイドライン（平成 20 年 2 月）」において、「在宅療養に従事する医師の判断を支援するシステム（例えば、委員会の設置等）を地域の医師会等で構築する必要がある」との方針を示した。ここでは、この方針を知っていたか否かを尋ねた。結果は以下のとおりである。

表 10. 日本医師会「終末期医療に関するガイドライン」における方針について

n=401

	n (%)
知っていた	65 (16.2)
知らなかった	197 (49.1)
無回答	139 (34.7)



(6) 上記支援システムの必要性について

上記、日本医師会における在宅療養を支援するシステムにつき、その必要性について尋ねた。また、必要と回答した場合にはその理由を、同じく、必要でないと回答した場合にはその理由を、それぞれ尋ねた（複数回答可）。

表 11. 在宅療養を支援するシステムの必要性について

n=401

	n (%)
必要と思う	138 (34.4)
必要と思わない	117 (29.2)
無回答	146 (36.4)

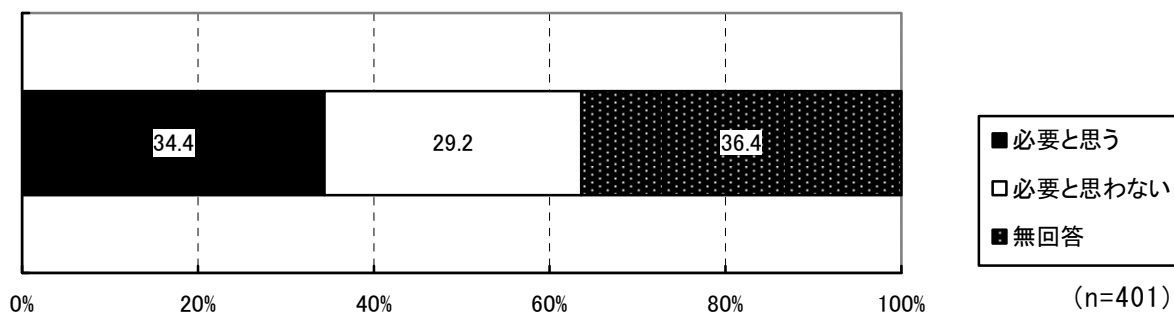


表 12. 支援システムが必要と思う理由

n=138

	n (%)
より専門的な助言が得られるから	55 (39.9)
判断の難しい事案がこれまで以上に生じるようになったから	49 (35.5)
責任追及を心配せずに、治療の差し控え・中止等を行なえそ	47 (34.1)

うだから	
当診療所独自で支援体制を整備することは難しいから	81 (58.7)
その他	3 (2.2)

複数回答

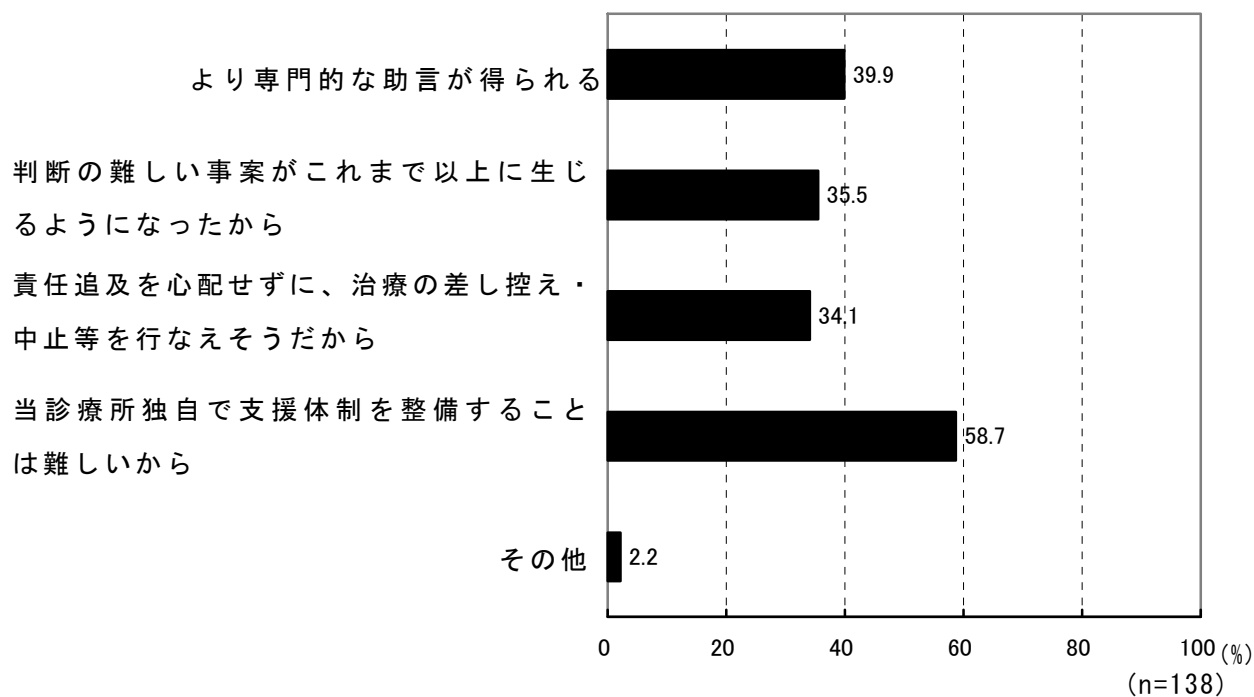
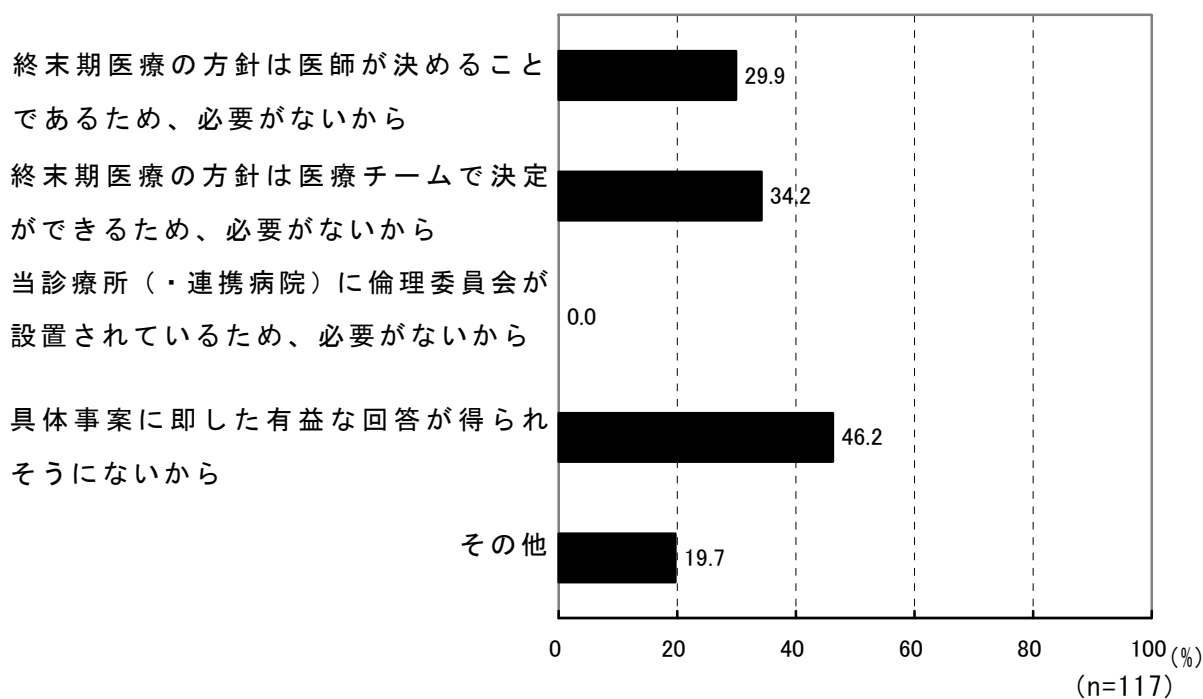


表 13. 支援システムが必要と思わない理由

n=117

	n (%)
終末期医療の方針は医師が決めることであるため、必要がないから	35 (29.9)
終末期医療の方針は医療チームで決定ができるため、必要がないから	40 (34.2)
当診療所（・連携病院）に倫理委員会が設置されているため、必要がないから	0 (0.0)
具体事案に即した有益な回答が得られそうにないから	54 (46.2)
その他	23 (19.7)

複数回答



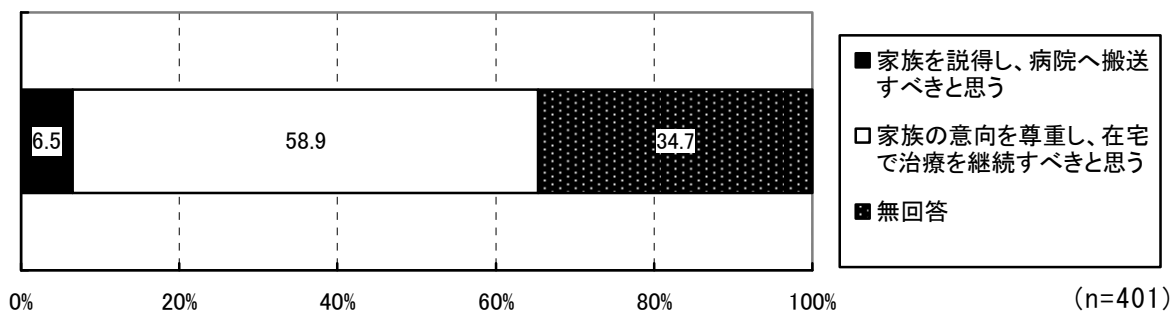
4) 医療の差し控えにつき、家族の意向と医学的判断が異なる場合の対応

ここでは、上記の場合につき、事例を示した上で、回答者の考えを尋ねた。

【事例 1】脳梗塞の後遺症で寝たきりの患者 A（80 歳）は、在宅で治療を受けていたが容態が悪化しました。医師は、患者を病院へ搬送し、積極的治療を行いたいと考えています。一方、家族は、これ以上の治療をせず、在宅で患者を看取ることを希望しています。認知症のため、患者の意向は確認できません。この場合、どうすべきと思いますか。

表 14. 事例 1 に関する回答

n=401	
	n (%)
家族を説得し、病院へ搬送すべきと思う	26 (6.5)
家族の意向を尊重し、在宅で治療を継続すべきと思う	236 (58.9)
無回答	139 (34.7)

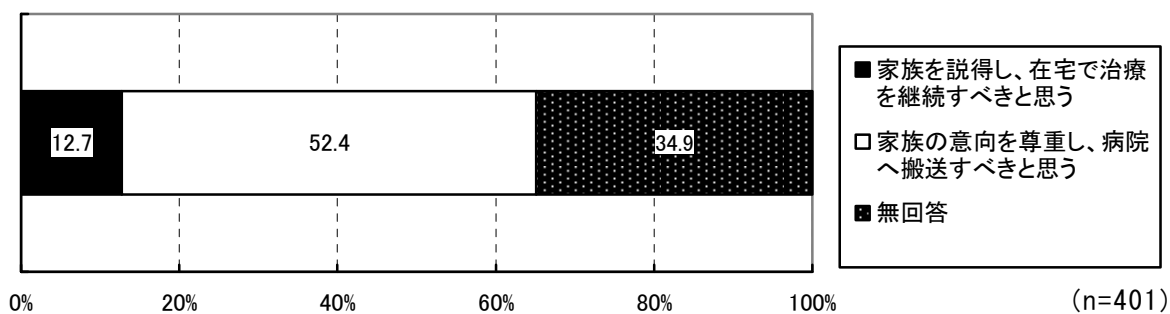


【事例 2】末期がん患者 B（80 歳）は、在宅で治療を受けていたが容態が悪化しました。医師は、病院での治療は適応がなく、在宅で看取することを考えています。一方、家族は、積極的治療を行うために、患者を病院へ搬送することを希望しています。認知症のため、患者の意向は確認できません。この場合、どうすべきと思いますか。

表 15. 事例 2 に関する回答

n=401

	n (%)
家族を説得し、在宅で治療を継続すべきと思う	51 (12.7)
家族の意向を尊重し、病院へ搬送すべきと思う	210 (52.4)
無回答	140 (34.9)



5) 治療義務の限界について

ここでは、治療義務の限界につき、次の事例をあげ、回答者の考えを尋ねた。事例は、以下のとおりである。

【事例】患者（60 歳、在宅療養中）は、肝臓がんの治療を受けていたがその効

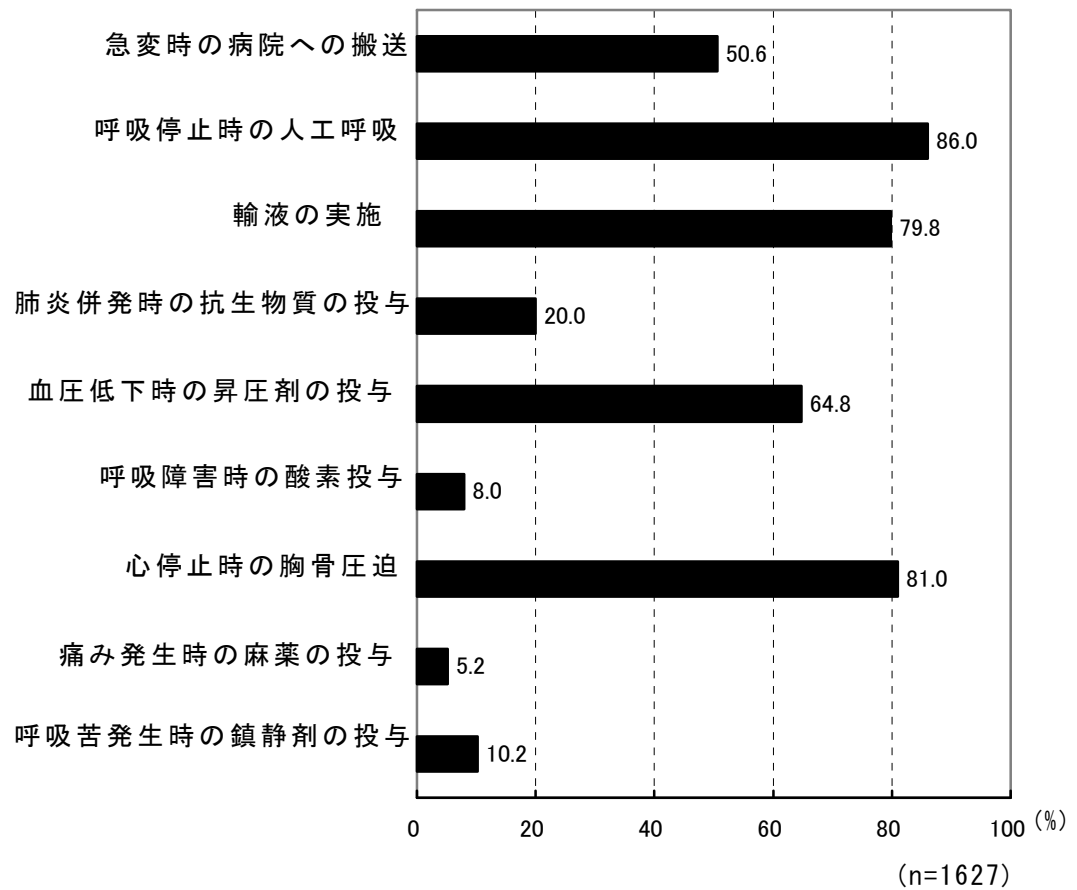
果はなく、現在、多発肺転移のため呼吸困難が出現している。経口摂取は出来なく、尿量が減少し、血清尿素窒素濃度（BUN）は高値である。余命は10日ぐらいと予想される。

（1）上記事例の患者に関して、医学的に適応がないと考える治療について尋ねた。結果は以下のとおりである（複数回答可）。

表 16. 事例における医学的適応がないと考える治療

	n (%)
急変時の病院への搬送	203 (50.6)
呼吸停止時の人工呼吸	345 (86.0)
輸液の実施	320 (79.8)
肺炎併発時の抗生物質の投与	80 (20.0)
血圧低下時の昇圧剤の投与	260 (64.8)
呼吸障害時の酸素投与	32 (8.0)
心停止時の胸骨圧迫	325 (81.0)
痛み発生時の麻薬の投与	21 (5.2)
呼吸苦発生時の鎮静剤の投与	41 (10.2)
複数回答	

n=1627

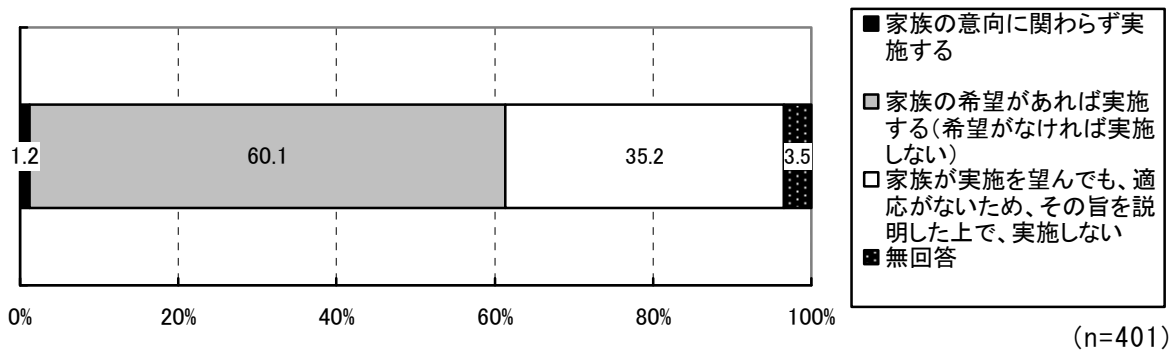


(2) 先の事例において、患者の意向が不明な場合に、回答者が(1)で選択した医学的に適応のない医療を実施するか否かについて尋ねた。結果は以下のとおりである。

表 17. 事例における医学適応のない医療の実施について

n=401

	n (%)
家族の意向に関わらず実施する	5 (1.2)
家族の希望があれば実施する (希望がなければ実施しない)	241 (60.1)
家族が実施を望んでも、適応がないため、その旨を説明した上で、実施しない	141 (35.2)
無回答	14 (3.5)



6) 人工呼吸器の差し控えと中止について

人工呼吸器について、いったん装着すると心停止にいたるまでそれを外さないという考え方がある。これに関して、回答者の考えを尋ねたところ、結果は以下のとおりであった。なお、患者は、人工呼吸器を外すと死亡することが予想されることを前提とした。

表 18. 人工呼吸器の差し控えと中止について

n=401

	n (%)
法的には	
そう思う	289 (72.1)
そう思わない	103 (25.7)
無回答	9 (2.2)

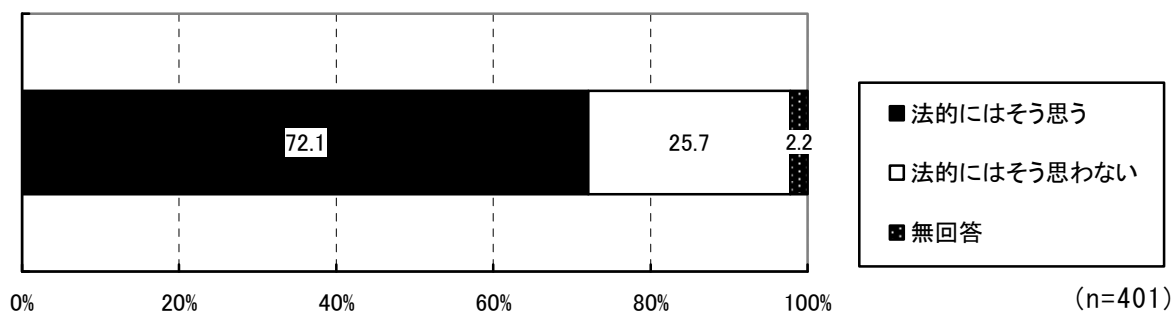
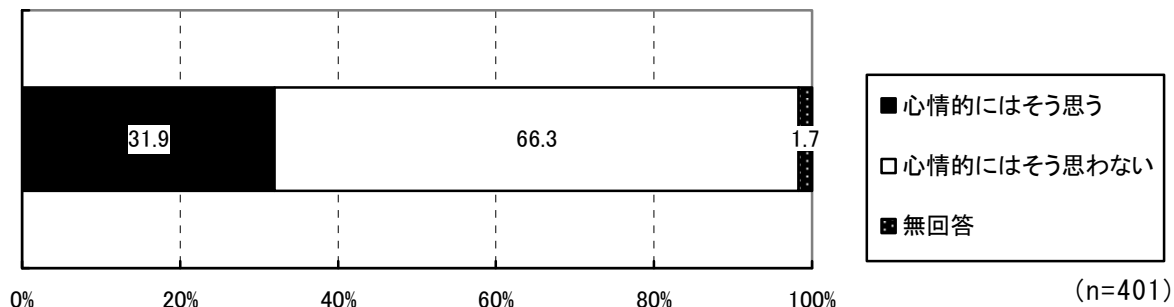


表 19. 人工呼吸器の差し控えと中止について

n=401

	n (%)
心情的には	

そう思う	128 (31.9)
そう思わない	266 (66.3)
無回答	7 (1.7)



7) 延命治療に関する患者の自己決定権

延命治療のあり方に関する患者の自己決定権を認めるべきと思うか否かにつき尋ねた。また、患者の自己決定権を認めるべきと思う、と回答した場合には、患者の余命がどれくらいから、延命治療の治療拒否権を認めてよいと考えるか、についても尋ねた。結果は以下のとおりである。

表 20. 延命治療のあり方に関する患者の自己決定権について

n=401

	n (%)
認めるべきと思う	368 (91.8)
認めるべきと思わない	18 (4.5)
無回答	15 (3.7)

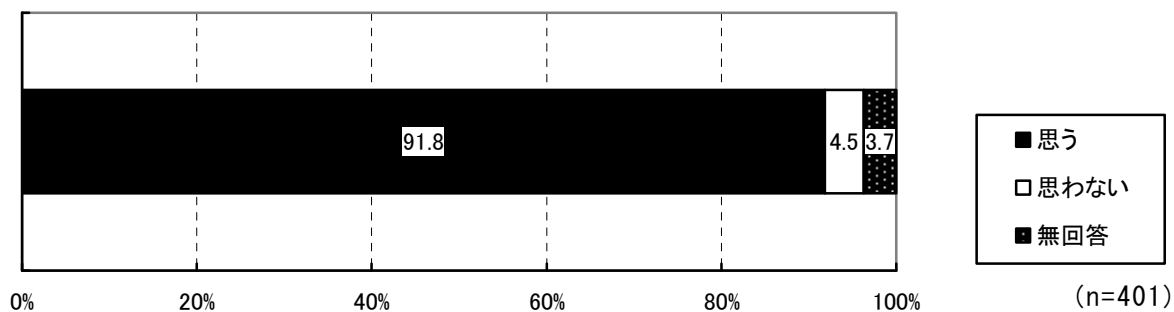
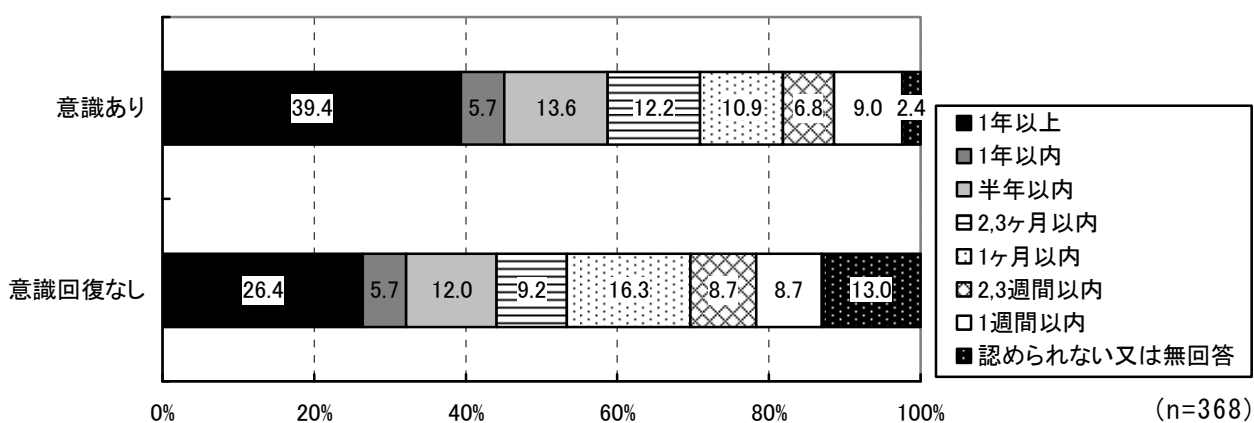


表 21. 延命治療の治療拒否権を認めてもよいと考える時期

n=368

	n (%)
患者の意識がある場合	
患者の余命が1年以上から	145 (39.4)
1年以内から	21 (5.7)
半年から	50 (13.6)
2,3ヶ月から	45 (12.2)
1ヶ月から	40 (10.9)
2,3週間から	25 (6.8)
1週間から	33 (9.0)
認められない又は無回答	9 (2.4)
患者の意識回復が見込めない場合	
患者の余命が1年以上から	97 (26.4)
1年以内から	21 (5.7)
半年から	44 (12.0)
2,3ヶ月から	34 (9.2)
1ヶ月から	60 (16.3)
2,3週間から	32 (8.7)
1週間から	32 (8.7)
認められない又は無回答	48 (13.0)



10) 回答者の属性

回答者の属性については、以下のとおりである。

表 22. 回答者の属性

n=401

	n (%) または mean±SD
性別	
男性	379 (94.5)
女性	16 (4.0)
無回答	6 (1.5)
年齢	
30代	11 (2.7)
40代	94 (23.4)
50代	180 (44.9)
60代	79 (19.7)
70代	30 (7.5)
80代	3 (0.7)
無回答	4 (1.0)
医師経験年数	
1～9年	6 (1.5)
10～19年	36 (9.0)
20～29年	169 (42.1)
30～39年	123 (30.7)
40～49年	45 (11.2)
50～59年	13 (3.2)
60年以上	2 (0.5)
無回答	7 (1.7)
所属病院の母体	
大学	1 (0.2)
民間	339 (84.5)
その他の公的機関	7 (1.7)
その他	42 (10.5)
無回答	12 (3.0)
所属病院の病床数	
無	342 (85.3)
有	55 (13.7)
無回答	4 (1.0)
有の場合の病床数(床)	16.8±6.5 (2-40)

4. 考察

1) 末期医療に関する事件の影響について

近年の末期医療に関する事件(冒頭 Box.)の影響については、「ほとんど影響がなかった」と回答した割合が最も高く(44.4%)、次いで、「まったく影響がなかった」と回答した割合が高い(29.9%)という結果であった。

影響を受けたと回答した者のうち、その内容として、「カルテ記載を徹底するようになった」(73.2%)という回答については、在宅終末期医療における透明性の確保や適正性の確保等の点から、意味がある。しかし、一方、「従来行なっていた医療でも、始めると止められなくなると考え、開始しなくなった」(20.6%)や、「いったん開始した医療は、止めると問題になると考え、従来より中止しなくなった」(27.8%)等の回答も一定割合で存在した。この点については、治療を受ける患者と医療従事者間で、当該患者の治療方針につき、事前に、かつ、十分に話し合われる必要性があることを示唆している。

2) 在宅末期医療の差し控え・中止に関する施設の方針の有無および話し合う体制の有無について

本調査における回答者のうち、9割を超える施設が、在宅末期医療の差し控え・中止に関する施設の方針は「ない」と回答した。また、約7割の施設が、在宅末期医療の差し控え・中止に関して、複数の医療従事者で話し合える体制は「ない」と回答した。

これらのことより、現状では、在宅療養支援診療所において、末期医療の差し控え・中止に関する判断が必要となった場合には、各診療所が、個別のケースに対して、独自の判断を行っているということがよみとれる。

3) 日本医師会「終末期医療に関するガイドライン」について

平成20年2月に日本医師会が示した、「終末期医療に関するガイドライン」において、「在宅医療に従事する医師の判断を支援するシステムの構築の必要性」が唱えられたが、これを「知っている」と回答した者の割合は、16.2%であった。また、この支援システムにつき、「必要と思う」と回答した者の割合(34.4%)と、「必要と思わない」と回答した者の割合(29.2%)は、ほぼ同じであった。そこで、それぞれの理由につき、詳細をみると、「必要と思う」と回答した者の回答理由としては、「当診療所独自で支援体制を整備することは難しいから」と回答した割合が高かった(58.7%)。また、「必要と思わない」と回答した者の回答理由としては、「具体的事案に即した有益な回答が得られそうにないか

ら」と回答した割合が高かった（46.2%）。

4) 医療の差し控えにつき、家族の意向と医学的判断が異なる場合の対応

ここでは、末期医療における患者の治療方針につき、患者の意向が確認できない場合の事例を設定した。事例 1 では、「家族は患者に対する積極的治療は希望せず、医師は患者への積極的治療を行いたいと考えている」という事例を設定し、事例 2 では「家族は患者に対する積極的治療を希望し、医師は当該患者に関しては積極的治療の適応はないと考えている」事例を設定した。

事例 1 においては、「家族を説得し、病院へ搬送すべきと思う」と回答した割合が 6.5%であったのに対して、事例 2 では、「家族を説得し、在宅で治療を継続すべきと思う」と回答した割合は 12.7%であった。また、事例 1 の「家族の意向を尊重し、在宅で治療を継続すべきと思う」（58.9%）と事例 2 の「家族の意向を尊重し、病院へ搬送すべきと思う」（52.4%）は、ほぼ同じ割合であった。

5) いったん装着した人工呼吸器の差し控えと中止について

「患者にいったん装着した人工呼吸器は、患者が心停止に至るまで外さない」という考えについて、心情的には「そう思わない」と回答した割合は 66.3%であったのに対して、法的には「そう思わない」と回答した割合は 25.7%であった。これは、現在、現場で、いったん装着した呼吸器は外さないという慣行があるといえるが、それは心情的には人工呼吸器の差し控えや中止を考えたいが、法的には許されないと考えているためであろう。

本稿（第 1 稿）では、調査結果を詳細に検討する為に、結果欄に紙幅を費やした。このため、ここでは、特記すべき事項についてのみ、考察した（詳細な考察は、第 2 報で行う。）

謝辞

本研究は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により実施した。ここに深く感謝申し上げる。