

Thu. Jul 7, 2016

第F会場

シンポジウム(多領域専門職部門)

シンポジウム(多領域専門職部門) (II-TRS01)

死にゆく子どもを持つ家族の多職種協働によるチーム
アプローチ

座長:

船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

萩原 綾子 (神奈川県立こども医療センター)

1:00 PM - 2:30 PM 第F会場 (シンシア サウス)

[II-TRS01-01] 小児の看取りにおける倫理的課題

○船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

1:00 PM - 2:30 PM

[II-TRS01-02] 急性期医療領域でのこどもの看取り

○植田 育也 (埼玉県立小児医療センター 集中治療
科)

1:00 PM - 2:30 PM

[II-TRS01-03] チームで実践する End-of-lifeケア

○田村 恵美 (筑波大学附属病院)

1:00 PM - 2:30 PM

シンポジウム(多領域専門職部門)

シンポジウム(多領域専門職部門) (II-TRS01)

死にゆく子どもを持つ家族の多職種協働によるチームアプローチ

座長:

船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

萩原 綾子 (神奈川県立こども医療センター)

Thu. Jul 7, 2016 1:00 PM - 2:30 PM 第F会場 (シンシア サウス)

II-TRS01-01~II-TRS01-03

[II-TRS01-01] 小児の看取りにおける倫理的課題

○船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

1:00 PM - 2:30 PM

[II-TRS01-02] 急性期医療領域でのこどもの看取り

○植田 育也 (埼玉県立小児医療センター 集中治療科)

1:00 PM - 2:30 PM

[II-TRS01-03] チームで実践する End-of-lifeケア

○田村 恵美 (筑波大学附属病院)

1:00 PM - 2:30 PM

1:00 PM - 2:30 PM (Thu. Jul 7, 2016 1:00 PM - 2:30 PM 第F会場)

[II-TRS01-01] 小児の看取りにおける倫理的課題

○船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

近年医療技術の急速な進歩は、従来救命不可能であった病気に対しても医学的治療介入をし、ときに完治できるようになった。一方生命予後不良で回復不可能な末期患者に対しても機械的な操作（人工呼吸器など）により半永続的に延命可能な時代となった。この事実は、患者の生と死が自然な形で経過するのではなく、発達しすぎた医療技術により操作できる人工的な過程に変わってしまったことを示す。こうした中「本人の最善の利益と尊厳を中心に本来傷害行為にあたる医的侵襲行為をどこまで endless に継続するのか」という倫理的課題が、現在多くの臨床の現場で問われている。

しかし日本では死がタブー化され、医療現場において本人の最善の利益を中心に法的代理人である家族と医療チームの倫理的な話し合いが充分なされていないのが現状である。一方欧米では、そうした臨床倫理教育の導入がなされ、通常の医療行為の範疇で医的侵襲行為の差控えや中止、安らかな看取りのケアやグリーフケアの学術的な研究が進んでいる。

2012年、日本小児科学会倫理委員会の小児終末期ガイドラインワーキンググループが、「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン」を公表した。そして家族と医療チームの話し合いによる協働意思決定（shared decision-making）の重要性を学会として正式に提起した。

今後臨床現場で大切になる臨床倫理の基本的なキーワードは、生命・障害予後の科学的判断、侵襲的治療介入の是非、児の最善の利益、協働意思決定、終末期コミュニケーション、事前ケアプランなどである。その土台となる概念は、自然死の容認、緩和ケア、そして patient & family-centered care（尊厳・尊重、情報共有、参加、協働）である。その基本的課題は、「どのように予後不良な重症児のトータルケア（いのちの輝きと安らかな看取り）を多職種協働で大切に支援するか」ということである。

1:00 PM - 2:30 PM (Thu. Jul 7, 2016 1:00 PM - 2:30 PM 第F会場)

[II-TRS01-02] 急性期医療領域でのこどもの看取り

○植田 育也 (埼玉県立小児医療センター 集中治療科)

急性期医療の領域では、救命治療を進めながらも常に絶対的な予後不良を示す所見の出現について監視をする必要がある。その場合には、救命治療と並行し、その終了点をも同時に考えることになる。例えば治療中に、循環状態は保持されているのに急速に瞳孔が散大固定となってしまった場合。この場合には、治療を続ける傍ら中枢神経系の精査を行う。治療可能な病態が除外される代わりに、原因が明らかな脳ヘルニアが判明した時には、いつまでも盲目的に同じ強度の救命治療を続けていくわけにはいかない。この様に、こどもが予後不良であり、終末期であることを診断した場合には、医療者は、まずは速やかに、平易で直接的な言葉で家族にそれを伝える事が大切である。

予後不良の宣告の後には、医療者は家族の中に「うちの子はこの後どうなるのか……」との思いがわき出てくるのを見逃さないように努める。これは家族にとっての、こどもの死の「受け止め」である。（「受け入れ」ではない。急性期の「受け入れ」はおおよそ困難である。）まずは看取りの医療の開始点として、「予後不良の告知」が家族の心の中に入り込んだ瞬間を捉える必要がある。そのためには、告知後にこそ医療者は家族の近くに寄り添うよう、心掛ける。

次に、家族のこの思いを受けて、最後に残された時間をこの子と過ごすための方策を共に考えることを始める。看取りをおこなう際に、医療者は、異常な医学的所見への対応という、これまで診療の常識を一時保留する必要がある。そのままの姿勢での診療は、すなわち無為な延命となり、それは心停止までの時間を長くすることになる。そして、それは必ずしもこどもの幸福につながらない可能性があるということを想定する。

本発表では、「難しいですね。」「ケースバイケースですね。」という従来の結末から一歩踏み込んで、新し

い指針の示された時代に則した、これからの急性期医療におけるこどもの看取りについて考えてみたい。

1:00 PM - 2:30 PM (Thu. Jul 7, 2016 1:00 PM - 2:30 PM 第F会場)

[II-TRS01-03] チームで実践する End-of-life ケア

○田村 恵美（筑波大学附属病院）

小児医療の現場では、診断技術・治療方法の確立と治療薬の開発そして高度医療が年々進歩し、治癒率・生存率が高まっている。しかし、どんなに治療を重ねても「死」の転帰をたどるこどももいることは事実である。「死」からもっとも遠い存在にあるとされているこどもが、入院し過酷な治療を受けても生命維持が困難であるとなった場合、私たちができることはこども・家族にとって最善のケアを提供し、そのこども・家族が End-of-life をどう過ごしていくかのプロセスをともに歩んでいくことが求められている。

特に、心疾患をもつこどもは、生まれた時からあるいは生まれる前から胎児診断によって、病気を宣告され、病とともに生きて生活していく。その運命を受け入れ、ともに歩んでいく家族そしてこどもは、幾重に重なる治療と人生における意思決定を繰り返し、人生の最終段階を迎えなければならない状況は、こども・家族だけでは対処しきれない状況である。今ある命を救うために、積極的な医療を提供してきた医療者は、可能な限り、その子のもつ不快な症状や痛みを十分に緩和し、最期までその子らしいこどもの尊厳を尊重したケアを提供し続けるケアへとギアチェンジしていくことが求められる。

急性期医療の現場での End-of-life care は、治療を受けているその子を中心に家族介入し、その子・家族が予期悲嘆の中で揺れる気持ちのプロセスを理解しながら気持ちに寄り添い、時を歩んでいく姿勢が必要である。どんな状況においても、最期まで懸命に闘う命をあきらめず、その中に生きる希望と生きている時間の中でどんな状況下にあってもし続けるこどもの成長・発達をともにチームで支えることが重要であり、さらにともに存在することの意義・意味があると考え。こどもへの全人的ケアを提供していくために、医療者一人一人が治療戦略に参加し、チームで支えていくことが必要であると考え。