

厚生科学研究費補助金  
平成16年度厚生労働科学特別研究事業  
報告書

---

終末期における望ましい医療の内容に関する  
ガイドラインの策定に関する研究  
(H16-特別-024)

主任研究者

林 謙治

国立保健医療科学院

次長

平成17年3月31日

# 目次

はじめに 林 謙治

## 総論

- |                  |       |
|------------------|-------|
| 1. 研究の背景と目的      | 林謙治   |
| 2. 本研究の基本フレーム    | 長谷川敏彦 |
| 3. 終末期医療の定義と対象疾患 | 児玉知子  |

## 各側面分析

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 4. 疫学             | 長谷川敏彦、児玉知子<br>雑賀久美子 |
| 5. 終末期医療の経済分析     | 長谷川敏彦               |
| 6. 終末期医療の法的課題     | 平野美紀                |
| 7. 社会文化からみた終末期医療  | 森雅文                 |
| 8. 終末期医療と生命倫理     | 倉田顕                 |
| 9. 終末期医療の国際動向     |                     |
| 10. 終末期医療をめぐる国内動向 |                     |
| 11. 緩和ケアの方法と現状    |                     |

## ケース研究

- |         |     |
|---------|-----|
| 1. 韓国   | 金基玉 |
| 2. 台湾   |     |
| 3. 中国   |     |
| 4. イタリア |     |
| 5. オランダ |     |
| 6. イギリス |     |
| 7. アメリカ |     |
| 8. フランス |     |

厚生労働科学研究費補助金  
平成16年度特別研究事業報告書  
終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究

主任研究者 林 謙治 (国立保健医療科学院 次長)

研究要旨

近年の医学の発展は、疾患の治癒率の向上、生存期間の延長等を可能にし、保健医療水準の向上に多大な貢献をしてきた。終末期医療についても医療技術の進歩により延命治療が可能となる一方、患者本人の意思の反映、家族の意向への対応等、医療現場における対応のあり方について難しい問題が惹起されている。現時点においては、情報の非対称など終末期医療に対する社会的コンセンサスが十分に形成されていない状況にあり、終末期医療における望ましい医療の内容や、延命治療の不開始、中止の是非を決定するために必要な手続き等に関するガイドラインの作成、普及を図ることが重要と考えられる。本研究においては、上記の必要性に鑑み、患者本人及び家族の意思確認方法、延命治療の不開始、中止の決定に係る手続き、がん患者の緩和ケアのあり方、持続的植物状態への対応のあり方等について、医療現場における指針となるガイドライン作成に向け、終末期医療の定義と疾患とこれまでの国内での終末期の医療状況、また国際的な動向も鑑み、医療現場における望ましい終末期のあり方を検討した。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名

研究協力者 長谷川敏彦 (国立保健医療科学院政策科学部部長) 児玉知子 (国立保健医療科学院政策科学部) 雑賀公美子 (大阪大学大学院医学系研究科) 平野美紀 (東京都精神医学総合研究所) 森雅文 (国立保健医療科学院政策科学部) 倉田顕 (UFJ総合研究所) 金基玉 (国立保健医療科学院政策科学部) 福島知子 (東京大学大学院人間環境学研究所) 大西絵里香 (東京大学医学部)

A. 研究の背景と目的

本研究は、昨年の末期医療に関わる調査結果を基に、基本的事項を整理、枠組みを

提示し、いくつかの選択肢を用意して、この根拠を収集することにより、来年度以降のガイドライン作成に資することにある。

B. 研究方法

1. 終末期医療のモデル化

研究の背景並びにこれまでの終末期 (末期) 医療に関する国内外の取り組みを医学、経済、社会、文化的背景からレビューした。

問題の項目と課題を①告知・情報開示・治療の選択肢提示 ②意志 (意思) 決定・治療選択③緩和医療の3分野でstake holder別に患者、家族、医療提供者、メディア、国民、保険者などの視点で検討した。

## 2. 疫学分析：

### 1) ICDコーディング

末期医療の定義に従い、疾病を同定した。

2) 死因基本分類 (ICD-10) から平成14年人口動態調査より、厚生労働省の定める難病 (特定疾患) 116疾患のうち公費対象45疾患中、有効な治療法や回復・治癒の見込みが無く、末期をある程度予測できる疾患について分析を行った。

3) がんについて、1987年、1990年、1993年、1996年、1999年、2002年の患者調査データを用いて、往診・訪問診療を受けている患者数をまとめ、1日当たりの平均入院患者数を推計した。

### 3. 経済分析

文献検索、インターネット情報を収集し、情報のメタ分析を試みた。

### 4. 法的課題の分析

法学的枠組みから末期医療の課題を検討した。

### 5. 生命倫理による分析

生命倫理の原理を用いて、末期医療の課題を分析した。

### 6. 国際動向

現地調査や文献調査により、国際的状況の全体及び各国の状況を把握分析した。

## C. 結果

### 1. 終末期医療のモデル化

#### ① 告知・情報開示

患者本人の受容能力・判断力、リビングウィル作成の有無、医療提供者からの情報提示内容と告知後のフォロー体制、また国民に対する医療情報に対し、医療不信ではなく望ましいターミナルケアへの

コンセンサスを普及させるためのメディアの役割などが挙げられた。

#### ② 意思決定

患者自身の価値観、判断能力、代理決定の必要性の有無 (代替判断、最善利益判断)、医療機関における組織的な連携と患者援助、終末期医療をサポートする制度 (診療報酬や緩和医療従事者の人員確保)、死に対する国民の関心と緩和医療への認識が挙げられた。

#### ③ 緩和医療

これまで病院医療提供者中心に普及がなされてきた経緯を振り返り、患者の全人的苦痛を緩和しQOLを高めるため、家族や周囲のものを含めた緩和医療環境の創設、地域を含む在宅での緩和医療と周辺機関の連携強化の必要性が挙げられた。

## 2. 末期医療の定義と対象疾患

世界保健機関 (WHO) の緩和ケア (palliative care) の定義は、「生命予後に危険のある病態 (life-threatening illness) に関連した問題に直面する本人と家族の生活の質 (QOL: Quality of Life) を改善する方法であり、早期発見や適切な評価、疼痛や他の身体的、精神的 (心理的)、霊的な問題への治療など、苦痛を予防もしくは開放することでもたらされる」と定義している。

平成4年の日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会では「末期医療」(終末医療)とは、「患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床に就いてから死を迎えるまでの医療を指し、その期間は、人によってまちまちであろうが、6カ月程度、あるいはそれより短い期間のものが想定される」としており、厚生労働省でも同様の

定義を使用している。

米国がん協会などでは、現在はがんのどの段階においてもPalliative Careを享受できること、一般に予後6ヶ月以内の場合、Hospice Careを受けると位置づけている。

## 2. 疫学

1) ICDコーディングでは

2) 難病

平成14年度では少なくとも総数11776名（男性5456名、女性6320名）の患者が、ある程度予測のつく末期状態を迎えていたと予想される。これは、特定疾患患者の2.95%（男性3.44%、女性2.62%）である。中でも推定登録数（1997年度累積登録数を用いて）の20%を超えていた疾患は、エイズ、特発性拡張型心筋症、アミロイドーシス、劇症肝炎で10-20%台であったのは、重症急性膵炎、結節性動脈周囲炎であった。

3) がん

末期医療の定義を6ヶ月間として日本でのがん末期患者の有病者は17万人、年間発生で33万人と、障害・老人を除いて最大の負担となっている。患者調査を用いると、非手術死亡の患者は年々増加傾向にあり、2002年には年間約1万4千人、1日当たりの平均患者数は1987年に1万人程度だったものが2002年には3万人まで増加している。在宅・往診の患者は1987年で420人であったのが2002年には950人と増加している。しかし、緩和ケア病床数は2500床にすぎず、必要の10%に満たない。

## 3. 終末期医療の経済的分析

がんなどの疾患の緩和医療と高齢者における終末期医療について、府川の分析（19

98）によると、死亡者一人当たり1年間（死亡前）の医療費は、生存者一人当たり1年間の医療費の4.3倍に達しており、年齢層が低くなるほど末期医療費が高くなっている。これらの分析の問題は、既に収拾したデータに基づく研究で、末期区分がどうかの同定が必要で、今後縦断的データにもとづく分析が必要と考えられる。

## 4. 終末期医療の法的問題

現在では、社会的コンセンサスとして尊厳死と安楽死の混同がみられるなど、混沌としている。日本の「尊厳死」に限って法律的に厳密な解釈をすれば「同意があれば囑託殺人罪」「同意がなければ殺人罪に該当する」可能性がある。しかし法律的な議論がきちんと整理されておらず（東海大学病院事件で傍論として判示されているが直接事件と関わらない部分である）、議論がオープンに行われていないという現状である。

一方で、法律に触れる可能性があるのであれば、医療側もそれらを公表するのは躊躇するのは当然である。そもそも医療行為について、患者の同意があまり重視されていなかったことを考えれば末期医療にだけ患者の同意を重視するというのも整合性がないように思われる。

なお、患者の同意というのは、拒否権も含むと考えるのが通常であり、情報を開示した上で、同意・非同意する権利が患者の権利であるとするものであるが、日本の医療では、情報を開示しただけでインフォームドコンセントの要件が満たされたと誤解している場合が多く見受けられる。また一方で、同意さえあればいいという、風潮も見受けられる。周辺領域（代替手段や福祉

の充実、精神的なケア等々)の発展も重要な課題である。

## 5. 終末期医療と生命倫理

生命倫理の観点では①当事者(患者本人)、②周囲の人間(家族、介護者)、③医療従事者という3つの視点から問題提起が行われている。各々①アドヴァンス・ディレクティブ・リビングウィルに関し、判断ができない状態にあるケース(未成年・精神疾患・痴呆患者)の示した文書の有効性。②代理人としてふさわしいものは、当事者(患者)の最善の利益を追求するものであるが、必ずしも家族がふさわしいとは言い切れないため、代理人決定に必要なガイドラインが必要である。③積極的安楽死は日本の生命倫理領域では認めないという見解が大勢を占めているが、欧米の生命倫理では必ずしもそうではない。また、当事者や周囲の人間からの要望などにより「慈悲殺」を行ってしまうケースがある。

## 6. 終末期医療の国際動向

### 1) 蘭国

オランダにおける特徴として、末期医療において生命維持装置等の不開始・停止などの行為は医療行為の枠組みの中に位置づけられ、法律的にはまったく問題とされない。さらに一歩進んで、意図的に患者の生命を短縮する行為(安楽死)は、2002年施行の法律(要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法)によって一定の条件が整っている場合にのみ刑罰的にも医師は処罰されないことになった。

### 2) 韓国

韓国では1997年12月の「ボラメ病院事件」で、治療を中断して退院後に患者が自宅で死亡したことに對し、医師が殺人幫助罪を宣告された。2001年に大韓医師協会に発表された倫理指針の中で、回復不能患者の診療中断の内容によって意図されていない「手動的安楽死」の論議が起こり、臨終患者の肉體的死を迎えることができるよう、医療現実に適用可能な社会の受容できる対案及び手続きが必要であるという経緯から、2002年5月「臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針」が発表された。

### 3) 英国

英国では1967年に現代のホスピスの原型となるセント・クリストファー・ホスピスが設立され、1985年に緩和医療学会が設立された。日本との違いにチャリティ層の厚さがあり、英国で200を超えるホスピスが、3分の1程度しか公的資金に依存せず運営されている。また、GP(一般医)に登録するプライマリ・ヘルスケアシステムが確立されており、ホスピス・緩和ケアプログラムからケアを受けるようになっても、在宅では同主治医からのケアが可能となっている。終末期の医療方針に関しては患者が決定し、告知された内容を家族に告知するかどうかに関しても、本人が法的・倫理的権限を持っている。

### 4) 伊国

イタリアの緩和ケアの形態は、①施設を基盤とするもの(ホスピス)、②在宅ケアを中心とするものに大きく分かれるが、もともと重視されていることは医療サービスの継続性を保証するネットワークの構築であ

る。緩和ケアの主要な対象は悪性腫瘍の末期段階にある患者とその家族であるが、それ以外の疾患を排除するものではない。イタリアの社会/文化(宗教)的特色として①緩和ケアにおいて、安楽死/尊厳死の問題は(原則的に)浮上しない(カトリックによる禁止)、②鎮痛剤の使用に対する宗教的忌避(2001年以前はこの傾向が強く、緩和ケアの発展が遅れたとの指摘がある)③悪性腫瘍の患者に対する余命告知に際しての「集団的決定権」の重視 ④ボランティア(非営利団体/宗教団体)の活動—豊富な社会資本である。

#### 7. 結論

終末期医療には医学領域のみならず、社会・文化的要素を考慮する必要性があり、各国調査からも終末期医療に関する社会的関心度が高く、今後は法的整備・ガイドラインを含めた環境整備が重要と考えられた。

8. 研究発表・学会発表 なし

9. 知的所有権の取得状況 なし

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生科学研究費補助金  
平成 16 年度厚生労働科学特別研究事業  
報告書

---

終末期における望ましい医療の内容に関  
するガイドラインの策定に関する研究  
(H 1 6 - 特別 - 0 2 4)

(改 訂 版)

主任研究者

林 謙治

国立保健医療科学院

次長

平成 17 年 3 月 31 日

# 目次

はじめに	林 謙治
総論	
1. 研究の背景と目的	林 謙治
2. 本研究の基本フレーム	長谷川敏彦
3. 終末期医療の定義と対象疾患	児玉知子
各論	
4. 疫学と経済分析	長谷川敏彦、児玉知子 雑賀久美子
5. 終末期医療の法的課題	平野美紀
6. 社会文化からみた終末期医療	森雅文
7. 終末期医療と生命倫理	沖永隆子
8. 終末期医療の国際動向	
1) イギリス	児玉知子
2) オランダ	平野美紀
3) ドイツ	長谷川敏彦
4) イタリア	福島知子
5) 韓国	金基玉
6) 台湾	
7) アメリカ	大西えりか他
8) フランス	
9. 終末期医療をめぐる国内動向	
資料：ガイドライン集	
イギリス (邦訳)、ドイツ (邦訳)、アメリカ (邦訳)、韓国	

厚生労働科学研究費補助金  
平成16年度特別研究事業報告書

終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究

主任研究者 林 謙治 (国立保健医療科学院 次長)

研究要旨

近年の医学の発展は、疾患の治癒率の向上、生存期間の延長等を可能にし、保健医療水準の向上に多大な貢献をしてきた。終末期医療についても医療技術の進歩により延命治療が可能となる一方、患者本人の意志の反映、家族の意向への対応等、医療現場における対応のあり方について難しい問題が提起されている。現時点においては、情報の非対称など終末期医療に対する社会的コンセンサスが十分に形成されていない状況にあり、終末期医療における望ましい医療の内容や、延命治療の差し控え（不開始）・中止の是非を決定するために必要な手続き等に関するガイドラインと共に、その前提となるインフォームドコンセントのガイドライン作成、普及を図ることが重要と考えられる。終末期医療の定義や対象となる疾患については多くの見解があるため、本研究においては、これまでの国内での終末期の医療状況や国際的な動向を踏まえ、医療現場における望ましい終末期のあり方を検討するため、現在国内死因のトップとなり、緩和ケア体制・知識普及においてモデル疾患とされ得る末期がん患者への対応に関するガイドラインの検討を行った。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名

研究協力者 長谷川敏彦（国立保健医療科学院政策科学部部長）児玉知子 金基玉（国立保健医療科学院政策科学部）雑賀公美子（大阪大学大学院医学系研究科）平野美紀（東京都精神医学総合研究所）福島知子（東京大学大学院人間環境学研究科）大西絵里香（東京大学医学部）他

A. 研究の背景と目的

本研究の目的は、これまでの終末期医療に関わる調査結果を基に、基本的事項を整理したうえで、これらの根拠を収集して選択肢を用意し、枠組みを提示した。今回は、緩和ケア対象の発端となった末期がん患者に対象を特定することで、より質の高い緩和ケアを提唱し、さらに来年度以降の対

象者を広げたガイドライン作成に資するものとする。

B. 研究方法

1. 終末期医療のモデル化

研究の背景並びにこれまでの終末期（末期）医療に関する国内外の取り組みを医学、経済、社会、文化的背景からレビューした。

問題の項目と課題を①告知・情報開示・治療の選択肢提示 ②意志（意思）決定・治療選択③緩和医療の3分野でstake holder別に患者、家族、医療提供者、メディア、国民、保険者などの視点で検討した。

2. 終末期医療に関連する用語の定義

国内外のこれまでの定義について検討した。

### 3. 疫学分析：

1) がんについて、1984年、1993年、2002年の患者調査・退院票を用いて、死亡退院・非手術患者の入院回数を合計し、steady stateの前提のもとに、1日当たりの平均入院患者数を推計した。

2) 終末期医療死因基本分類 (ICD-10) から平成14年人口動態調査より、厚生労働省の定める難病 (特定疾患) 116疾患のうち公費対象45疾患中、有効な治療法や回復・治癒の見込みが無く、末期をある程度予測できる疾患について分析を行った。

### 4. 法的課題の分析

国内の過去の判例を分析し、法学的枠組みから末期医療の課題を検討した。

### 5. 生命倫理による分析

国内外の事例を検討し、末期医療の倫理的課題を分析した。

### 6. 国際動向

現地調査や文献調査により、国際的状況の全体及び各国の状況を把握分析した。

## C. 結果

### 1. 終末期医療のモデル化

下記の3段階が繰り返し行われるものとする。

#### ①状態確認

(病態・必要とされるケアの把握)

#### ②意志決定

(意志決定者同定、説明と同意、ケアの選択と治療の差し控え・中止方法)

#### ③実施・評価

(適切性を再検討、結果の評価)

今後さらに検討すべき課題の項目として、意志決定時の患者自身の価値観と判断能力 (評価方法)、リビングウィルの有無とその記録方法、代理決定の必要性の有無 (代替判断、最善利益判断)、医療機関における組織的な連携と患者及び家族・介護者に対する物理的・精神的援助、終末期医療をサポートする公的制度 (診療報酬

や緩和医療従事者の人員確保)、死に対する国民の関心と緩和医療への認識を高め、社会的コンセンサスを形成するためのメディアの役割などが挙げられた。

### 2. 緩和ケアおよび終末期医療の定義

世界保健機関 (WHO) の緩和ケア (palliative care) の定義は、「生命予後に危険のある病態 (life-threatening illness) に関連した問題に直面する本人と家族の生活の質 (QOL: Quality of Life) を改善する方法であり、早期発見や適切な評価、疼痛や他の身体的、精神的 (心理的)、霊的 (spiritual) な問題への治療など、苦痛を予防もしくは解放することでもたらされる」だが、終末期の範囲をがん、神経難病、エイズ等不治の疾病とするのみならず、最近では植物状態や、高齢者、障害者等福祉ケアの対象者を含む考えもあり、時期も予後6ヶ月以内というかつての定義から特定困難という意見もある。

### 3. 終末期の疫学

終末期の古典的な不治の疾患の中では、がんが最も多く、ついで難病であり、エイズは少ない。老人障害者を含めると最も多いがんでは、患者調査票から推計すると、予後を6ヶ月間とすると罹患数の50%で15万人となる。1日当たり平均患者数は1984年に3万人程度だったが2002年には3.5万人とあまり変化していない。がん死亡退院者は増加したが、在院日数が減少したからと考えられる。2002年には緩和ケア病床数は2500床で、死亡退院在院患者全体の10%に満たない。

難病では、1992年度特定疾患総患者の2.95%、総数11776人であり、エイズ、特発性拡張型心筋症、アミロイドーシス、劇症肝炎のうち20%超と考えられる。

終末期医療を経済的に分析すると、がん等の疾患の緩和医療と高齢者における終末期医療の府川による分析では、死亡者一人当たり年間 (死亡前) 医療費は、生存者一人当たり年間医療費の4.3倍で、年齢層が低いほど末期医療費が高くなっているが、これは既に収集したデータによる研究で、末期区

分の同定と縦断的データに基づく分析が必要である。

#### 4. 終末期医療の法的課題

「尊厳死」の法的な厳密な解釈については「同意があれば嘱託殺人罪」「同意がなければ殺人罪に該当する」可能性が示唆される現状である。また、患者の同意とは、情報が開示された上で、同意・非同意する権利であるが、国内の現行医療では、情報開示のみでインフォームドコンセントの要件が満たされたとの誤解もみられる。「尊厳死」と「安楽死」を混同するような論調もみられており、今後さらなるオープンな議論とともに、周辺領域（代替手段や福祉の充実、精神的なケア等）の発展も重要な課題である。

#### 5. 終末期医療と生命倫理

生命倫理の観点では意志決定に関し①当事者（患者本人）、②周囲の人間（家族、介護者）、③医療従事者という3つの視点から問題提起が行われている。

具体的には、①アドヴァンス・ディレクティブ／リビングウィルの扱い：特に判断ができない状態にあるケース（未成年・精神疾患・認知障害患者）の示した文書の有効性。②代理人：代理人は、当事者（患者）の最善の利益を追求するものがふさわしいが、必ずしも家族が適任であるとはできないケースも予想されるため、適切なガイドラインが必要。③安楽死：日本の生命倫理領域では「積極的安楽死は認められない」という見解が大半を占めているが、欧米では必ずしもそうではない。価値観については社会文化的影響が大きく、これらを勘案することが肝要である。

終末期医療の生命倫理については、国際的にもインフォームドコンセントの概念を基盤とした議論が行われており、これらを同時に整備していくことが必要と考えられる。

#### 6. 終末期医療の国際動向

2004年オランダが安楽死法を制定して以来、終末期医療には国際的にも関心を呼んでいる。しか

し、ベルギーが2003年医療界との調整なく性急に法律を制定した結果混乱を生じており、多くの国々で慎重な議論がなされている。

##### i) 英国

英国では1967年に現代のホスピスの原型となるセント・クリストファー・ホスピスが設立され、1985年に緩和医療学会が設立された。患者の意志決定に関してはDOH(Department of Health)がコンセント（同意・了解）に関する情報提供を行っており、与えられた情報を患者自身がどのように了解するか、児童や高齢者、意志決定不可能と判断される者を個別に対象として方針を打ち立てている。UK Clinical Ethics Networkのように、患者の意志決定や治療の差し控え・中止など医療上の倫理的問題に関して、各医療関連組織・団体（British Medical Association, General Medical Council, DOH, National Health Services）と協力したガイドラインや指針作成が行われている。事前指示書に関するガイドラインは、1992年から2度の改訂が行われており、医療従事者向けの実施要綱も定められている。

##### ii) オランダ

末期医療において生命維持装置等の不開始・停止などの行為は医療行為の枠組みの中に位置づけられ、法的に問題とされない。意図的に患者の生命を短縮する行為（安楽死）は、2002年施行の法律（要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法）によって一定の条件が整っている場合にのみ刑罰的にも医師は処罰されないことになった。

##### iii) ドイツ

ケルンでのがんを中心とする末期ケアの活動が進展し、現在ではミュンヘン大学の教育カリキュラムに導入されており、施設では治療差し控え、停止のガイドラインを策定しているところもあるが、連邦政府では作っていない。

##### iv) イタリア

緩和ケアは①施設（ホスピス）②在宅ケアに分けら

れ医療サービスの継続性を保証するネットワーク構築が重視されている。緩和ケアの対象は悪性腫瘍の末期段階患者とその家族である。社会/文化(宗教)的理由で①緩和ケアで安楽死/尊厳死は議論されず(カトリックによる禁止)、②鎮痛剤の使用に対する宗教的忌避(2001年以前はこの傾向が強く、緩和ケアの発展が遅れたとの指摘がある)③悪性腫瘍患者への余命告知での[「集団的決定権」の重視④豊富な社会資本であるボランティア(非営利団体/宗教団体)活動が特色である。

#### v) 韓国

韓国では1997年12月の「ボラメ病院事件」で、治療を中断・退院後に患者が自宅で死亡したことに対し、医師が殺人幫助罪を宣告された。2001年に大韓医師協会に発表された倫理指針の中で、回復不能患者の診療中断の内容によって意図されていない「積極的安楽死」に対する論議が起こり、臨終患者の肉体的死を迎えることができるよう、医療現場に適用可能な社会の受容できる対案及び手続きが必要とされ、2002年5月「臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針」が発表された。

#### D. ガイドラインの検討

終末期医療のガイドラインの検討に当たっては、「治療の差し控え・停止」を中心に取り組んでいたが、諸外国では「緩和ケア」「真実告知」「本人の意志確認」等のガイドラインを策定し、それを踏まえて、「治療の差し控え・停止」に関するガイドラインを作成していることがわかった。また、対象疾患もエイズ、神経難病等と多様で、近年では高齢障害者を含む議論もあるが、今回は最も数が多く、治療不能の認定が比較的明確な中高年のがんを対象に検討を行った。

また、治療の意志決定は受益者を主体として提供者からの情報を用いて共同で行うことが必要とされる。しかし、近年現場では、意志決定過程での提供者の立場が問われることが多く、本ガイドラインでは「医学的」、「倫理的」、「法律的」にみて提供者が踏むべき、社会的に妥当だと考えられる「手順」を示すことを目指した。なお、ガ

イドラインの主旨から、経済的側面は一切考慮していない。

もとよりガイドラインは指針であり、法律ではないので、遵守すれば訴追を免れるものではない。本ガイドラインの主眼は提供者側と受益者側が一緒になって、いかにより良いコミュニケーションを図るかにある。結果として、誤解やトラブルをなくすことが期待される。「治療の差し控え・停止」に留まらず、検討課題が広範にわたるため、現時点では、ガイドラインとしてまとまるに至っていないが、ガイドライン案は、現場で試行され改善される必要があり、コンセンサスを得られた後も定期的に見直されるべきである。

今後、緩和医療が普及すればがん患者およびその家族の延命中止治療に対する認識は今のものとは大きく変化すると考えられる。しかし、現状では、延命中止治療に関する限り司法判断を超える医療行為を医療従事者に求めることは困難であると考えられる。従って、延命中止治療について社会的合意が得られるのは自然死を見守る姿勢であり、患者及び家族・介護者の意志を尊重し、チーム医療体制を整備して方針を決めることが望まれる。当面の間こうした方向性に沿うのは末期がん患者の在宅ケアであろう。

#### E. 結論

終末期医療には医学領域のみならず、社会・文化・倫理的要素を考慮する必要性があり、インフォームドコンセントのあり方や、本人・家族(及び介護者)の意志決定の尊重、身体的・精神的ケアを含めた包括的なQOL(生活の質)向上を目的とした終末期医療ガイドラインが必要と考えられた。今年度の研究成果を踏まえ、今後、がんを対象としたガイドラインを作成し、その改善を図るとともに、がん以外の終末期医療、延命治療の差し控え・中止、などに関するガイドラインの作成を進めていく。

5. 研究発表・学会発表 なし

6. 知的所有権の取得状況 なし

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

平成16年度  
厚生科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業報告書  
資料編

「終末期における望ましい医療の内容に関する  
ガイドラインの策定に関する研究」  
(H16-特別-024)

主任研究者  
林 謙治  
国立保健医療科学院

平成17年3月

## 資料編 目次

1. 「医療の実践と生命倫理」についての報告 日本医師会第Ⅷ次生命倫理想談会
2. Guidance on Clinical Ethics, the Clinical Ethics Committee, September 2004, Royal United Hospital Bath, NHS Trust, UK
3. Decisions Relating Cardiopulmonary Resuscitation, A Joint Statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing, March 2001.
4. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation, model information leaflet British Medical Association.
5. Advance statements about medical treatment - code of practice, British Medical Association, April 1995.
6. **임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침** (臨終患者の延命治療中斷に関する医療倫理指針) 大韓医師会 2002年5月.
7. Clinical Complex of the University of Munich, Recommendations regarding the question of changes in the therapy goal with seriously ill patients and the handling patient wills, Unabridged version, Research group “Patient orders” of the Clinical Complex of the University of Munich, Dr. G. D. Borasio, Peter Jacobs, RD Juergen Weber.
8. White Paper, Living Well at the End of Life, Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age, Joanne Lynn, david M. Adamson. RAND Health, 2003.
9. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.
10. 邦訳 : Brief Summary, Clinical practice guidelines for quality palliative care. Brooklyn (NY): National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2004. 67 p. [1463 references]

# 「医療の実践と生命倫理」についての報告

平成16年2月18日

日本医師会 第Ⅷ次生命倫理懇談会

# 目次

概要		-----	P	①
<b>第1章</b>	<b>医師・患者関係</b>			
1	医師・疾病関係	-----	P	1
2	医師・患者関係の多様性	-----	P	2
3	医師・患者関係と法	-----	P	3
4	医師・患者関係における信頼確立への手だて	-----	P	4
<b>第2章</b>	<b>自己決定</b>			
1	欧米諸国にみる「自己決定」	-----	P	6
2	インフォームドコンセント	-----	P	8
3	患者の自己決定能力	-----	P	9
4	患者の自己決定と医師の対応	-----	P	11
<b>第3章</b>	<b>出生</b>			
1	着床前診断・出生前診断	-----	P	13
2	夫婦以外の配偶子もちいた不妊治療	-----	P	13
3	胎児	-----	P	16
<b>第4章</b>	<b>末期医療と患者の死</b>			
1	末期医療の捉え方	-----	P	18
2	人間の尊厳・尊厳死	-----	P	19
3	安楽死	-----	P	21
4	ガイドラインと医師の裁量権	-----	P	22
5	末期医療にあたる医師および医療機関のあり方	-----	P	23
<b>第5章</b>	<b>医療と社会</b>			
1	医療人としての自己管理の構築	-----	P	28
2	法と倫理	-----	P	29
3	医師に求められる社会的責任	-----	P	29
4	遺伝子解析	-----	P	30
5	国民皆保険制度	-----	P	32

## 概 要

日本医師会・第八次生命倫理懇談会は平成14年6月28日、坪井栄孝会長からの諮問「医療の実践と生命倫理」に応える目的をもって発足した。12名の委員により構成され、以来2年に亘り、11回の討議を重ねた。その結果、以下のごとき報告をまとめるに至ったが、その全文は30余頁に亘るため、ここ冒頭に概要——必ずしも文言を拾うかたちではなく、その意味するところを示す——を掲げる。

限られた時間の中で、与えられた課題について可能な範囲で広範な意見交換、論議が行われたが、そこには一つの底流ともいうべき、全体を通じて委員全員に共通した姿勢が感じられた。それは医療に関し、ことにその倫理面については、背景に横たわる社会全体の実情を無視することができず、やや大袈裟な言葉を使うとすればそれぞれの国、地域、民族がもつ文化と無関係ではあり得ない。最近の日本では、ややもすれば欧米先進諸国で行われていること、少なくともそこで理想とされていることがわが国にとっても有益、理想であるとして、必ずしも思慮深い検討を経ることなくそれに倣おうとする傾向があるが、それは適当とは考えられない。「医療の実践と生命倫理」についてもわが国にはわが国に、東洋には東洋に、独自のものがあってしかるべきであり、もう少し自らの伝統、文化、人々の考え方を見直し、それらに相応しい医療倫理を模索すべきであろうとするものであった。しかしさらに重要な点は、いわゆる東対西、東か西かといった対立的な構図ではなく、仮に東と呼ばれるものも、西と呼ばれるものも、それらの根底には少なからず共通するものがあり、われわれは東でも西でもなく、むしろそれらの基礎をなす、より根源的、人間的医療倫理をこそ探るべきであるとした点であろう。

報告書の内容を簡単に記述すれば、以下の通りである。

第1章「医師・患者関係」においてはまず、最近の医科学偏重の結果、ともすれば「医師・疾病関係」が「医師・患者関係」よりも優先されている現状に警告を与え、医師が医療の対象とするものは決して病気ではなく、病人であることを改めて強調した。その上で、医療行為の基礎となるものは個々の医師が