

作用のある鎮静剤および抗精神薬を通常量を超えて、また通常を超える速度で続けて静脈注射した。しかし、それでもなお苦しそうな呼吸がおさまらないことに立腹した長男から、すぐに息を引き取らせるようにしてほしいと強く要請されて殺意をもって、徐脈、一過性心停止等の副作用のある不整脈治療剤である塩酸ペラパミル製剤の通常の2倍の使用量を患者の左腕に静脈注射をし、患者の脈拍等に変化もみられなかったことから、続いて、心臓伝道障害の副作用があり、希釈しないで使用すれば心停止を引き起こす作用のある塩化カリウム製剤を、希釈することなく患者の左腕に静脈注射をし、患者を急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた。

・判決内容

(概要)

- ・医学の進歩は様々な病気を克服してきた。
- ・しかしなお、現代医学の知識と技術をもってしても治癒不可能な病気が存在する。
- ・こうした病気に冒された患者が、治療を継続しても間近に死を迎えざるを得なくなりながら、医学の進歩によって延命治療がされ、直る見込みのないまま、苦しみながら命を長らえる事態が出現した。
- ・こうした医療のあり方が、患者の自己決定権（病気への対応については患者自身が決定すること）の思想が高まり、生命の質（QOL）を問う考えが出、終末期医療のあり方が問題とされるようになった。
- ・延命治療の進歩・普及により、尊厳死・自然死の思想が広まり、安楽死についても新たな思潮が生まれた。
- ・本件は患者が現代医療では知立不可能ながんの一種である多発性骨髄腫に冒され、末期状態にあった。
- ・家族からの要望により治療行為の中止が行われ、続いて苦痛緩和の措置がとられ、さらに苦痛から免れさせるために生命短縮の措置が取られた。
- ・医療従事者が、本件のような措置をとることの選択を迫られる場面は、少なからずある。そこで本件は、終末期医療の法的な限界を考えさせる。

(治療行為の中止の要件について)

(一) 治療行為の中止は、意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという、患者の自己決定権の理論と、そうした意味のない治療までを行うことはもはや義務ではないという医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件の下に許容されると考えられる。

- ・患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあることが、まず必要である。
- ・治療の中止が患者の自己決定権に由来するとはいえ、その権利は、死そのものを選ぶ権

利、死ぬ権利を認めたわけではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたと過ぎないと考えられまた、治癒不可能な病気とはいえ治療義務の限界を安易に容認することはできない。

- ・死の回避不可能な状態に至ったか否かは、複数の医師による反復診断によることが望ましい。

(二) 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要である。

- ・中止が具体的に検討される時点で、患者自身の明確な意思表示が存在することは望ましいとともに、その意思表示は患者が自己の病状や治療内容、将来予想される事態について、十分な情報を得て正確に認識し、真摯な持続的な考慮に基づいて行われることが必要である。したがって、病名告知いわゆるインフォームド・コンセントの重要性が指摘される。
- ・中止を検討する段階で患者の明確な意思表示が存在しないときには、患者の推定的意思によることを是認してもよいと考える。
- ・患者自身の事前の意思表示がある場合は、それが治療行為の中止が検討される段階での患者の推定的意思を認定するのに有力な証拠となる。
- ・事前の意思表示も、中止が検討されている段階とあまりにかけ離れた時点でなされたものであるとか、その内容が漠然としたものに過ぎないときには、事前の意思表示がないと同様、家族の意思表示により補って患者の推定的意思の認定を行う必要がある。

- ・患者の事前の意思表示が何ら存在しない場合の対応については、

- 1) 医療現場での現実
- 2) 今日国民の大多数の人が延命医療の中止を容認する意見を有していながら、具体的には患者の実際の意思表示がある場合が圧倒的に少ないという現実間のギャップがあること
- 3) 具体的に治療を中止すべきか否かについては、医師による医学的観点からの適正さの判断がなされ、家族の意思表示があったからといって全ての措置が中止されるわけではないこと
- 4) 患者の過去の日常生活上の断片的あるいはエピソード的言動から患者の推定的意思を探ろうとするよりも、むしろ家族の意思表示による方が、はるかに治療行為の中止を検討する段階での患者の意思を推定できるのではないかと思われる

以上の考慮により、家族の意思表示から患者の意思を推定することが許されると考える。

- ・家族の意思表示から患者の意思を推定する条件

- 1) 家族が患者の性格、価値観、人生観等について十分に知り、その意思を適確

に推定しうる立場にあること

- 2) 患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と適確な認識をもっていること
- 3) 患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示であること

(三) 治療行為の中止となる措置は、薬物投与、人工透析など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など、すべてが対象となると考えられる。どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。

(安楽死の要件について)

(一) まず、患者に耐えがたい激しい肉体的苦痛が存在することが必要である。

苦痛の存在は現に存在するものだけでなく、生じることが確実に予想される場合も含まれる。精神的苦痛が末期患者の大きな負担になり、それにより死を願望することもあり得ることは否定できないが、現段階では肉体的苦痛のみに限られるべきであると解すべきとする。精神的苦痛は、その有無、程度の評価が一方的な主観的訴えに頼らざるを得ず、客観的な症状として現れる肉体的苦痛に比して、生命の短縮の可否を考える前提とするのは、自殺への容認につながり、生命の軽視への危険な坂道へと発展しかねない。このため現段階では精神的苦痛は除かれるべきであると解される。

(二) 患者について死が避けられず、かつ死期が迫っていることが必要である。

苦痛の除去・緩和の利益と生命短縮の不利益の均衡からして、死が避けられず、死期が切迫している状況ではじめて、苦痛を除去・緩和するための死をもたらす措置の許容性が問題となり得るといえる。

(三) 患者の意思表示が必要

患者の自己決定権の理論が、安楽死を許容する一つの根拠であるから、安楽死のためには患者の意思表示が必要である。

(四) 安楽死の方法について

消極的安楽死・・・延命治療を中止して死期を早める不作為型

間接的安楽死・・・苦痛を除去・緩和するための措置をとるが、それが同時に死期を早める可能性をもつ（*下記添書き）

積極的安楽死・・・苦痛から免れさせるために意図的積極的に死を招く措置をとる
消極的安楽死・・・治療行為の中止の範疇に入る行為であるので、その許容性を考えれば
足りる。

* 間接的安楽死

主目的が苦痛の除去・緩和にある医学的適正性をもった治療行為の範囲内の行為とみなしえることたとえ生命の短縮の危険があったとしても苦痛の除去を選択するという患者の自己決定権を根拠に許容される。

終末期医療の実際において医師が苦痛か死かの積極的安楽死の選択を迫られる場合は唐突に繰るのではなく、末期患者に対してはその苦痛の除去・緩和のために種々の医療手段を講じ、こうした様々な手段を講じてもおお耐えがたい苦痛を除去することができずに、最終的な方法として積極的安楽死を選ぶと考えられる。

患者の自己決定権としての意思表示は、積極的安楽死を行う時点での明示の意思表示が要求され、推定的意思では足りないというべき。

安楽死許容条件

- (1) 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること
- (2) 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること
- (3) 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- (4) 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

(考察)

患者当事者のリビング・ウィルに関しても言及してはいるが、その後、この要件に基づいて治療停止が行われたケースはなく、一般的にも日本ではリビング・ウィルに基づく治療停止は殺人罪に問われる可能性が高いと考えられており、判決の趣旨を徹底させるうえでは何らかの立法措置が必要であろう。

4. 安楽死をめぐる国内状況のメタ分析

1950年、国内で初めて安楽死に関する判決が行われた。東京地裁が扱った母親を毒殺した事件であるが、その後も介護する家族が「苦しんでいる家族を楽にしてやりたい」という意志で生命を絶つというケースが相次いだ。特に半身不随など疾病による障害があり、十分な介護資源が整っていない時期でもあったと思われ、家族介護の中で家族自らが家族の命を絶つという凄惨な状況であったことが伺える。

これが、1991年の東海大学安楽死事件では、医師が末期状態の患者を苦痛から開放

するために医療技術を用いて積極的に死を迎えさせ、社会に大きな波紋を投げ掛けた。1977年に大阪地裁での末期がん患者を夫が刺殺した判例、1995年高知地裁に夫が軟骨肉腫による疼痛に苦しむ妻を殺害した判例があり、日本に初めてホスピスが開院したのが1981年（浜松市 聖隷ホスピス）であったことを考え合わせると、当時国内に緩和医療が普及しておらず、苦痛をみるに忍びなかった家族または医師が安楽死を行ったことが示唆される。

この傾向が1990年代に入ると筋弛緩剤の投与など、安楽死の現場が家庭から病院へ移ってきたという現状がみられる。特に1997年には国民の約80%が病院で死を迎えるようになったとのデータ報告もあり、死の現場が家庭から病院へ移ってきたこと、また病院で死を迎えることによる近代医療との接触、つまりは延命措置の問題が浮上してくる。2002年には川崎協同病院で重症気管支喘息の患者に対して気管内チューブ抜去が行われるなど、「延命措置によって患者のQOLが損なわれるかどうか」の判断を、誰がどうやって行うかが問題の焦点となってきた。2005年には、90歳代の患者に対して人工呼吸器のスイッチを切った事に関して書類送検もなされており、今後は終末期の延命措置の中止や有無、本人が判断できない場合の対応など意志決定の段階での問題点（チーム医療体制の整備や法定代理人などの問題）などが、今後は議論の対象となっていくと考えられる。

5. まとめ

安楽死（積極的安楽死）については、名古屋高裁判決及び横浜地裁判決を中心として判例の蓄積があるが、いずれも終末期医療における医療資源の不足が背景となっている。現状としては、終末期医療の充実こそが急務であり、安楽死（積極的安楽死）については早急な法制化は周辺環境の整備を含めて慎重に検討する必要がある。一方、消極的安楽死（治療停止）に関しては年表からみてとれるように持続的に高まっている。世界的な趨勢から考慮しても何らかの立法措置が必要であろう。

（引用・参考文献）

第VIII次生命倫理懇談会報告書

<http://www.med.or.jp/nichikara/seirin15.html>

在宅ホスピスケア

http://www.hoken-pal.co.jp/gan_nandemo/zaitaku/zaitaku.html

都立病院の患者権利章典

<http://www.byouin.metro.tokyo.jp/osirase/hokoku/kenri.pdf>

安楽死を巡る言説 しなのめ会

<http://www.arsvi.com/0p/et-dc.htm>

医事法学(末期医療) < 2 >

<http://www.toshiyukinamai.com/page020.html>

02/10/28 第1回終末期医療に関する調査等検討会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/10/txt/s1028-3.txt>

02/12/12 第2回終末期医療に関する調査等検討会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/12/txt/s1212-5.txt>

第6回 終末期医療に関する調査等検討会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/txt/s0604-2.txt>

第7回 終末期医療に関する調査等検討会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/txt/s0623-5.txt>

日本の医療費の実状

<http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/resept2.html>

終末期医療費は医療費危機をもたらすか

www.sekishinkai.or.jp/ishii/opinion_tc03.htm

終末期医療のあり方—医療資源の効率化を！

<http://www7.plala.or.jp/machikun/shuumatuki.htm>

医療制度および医療保険制度改革案

www.dpj.or.jp/seisaku/koyou/BOX_K000382.html

02/10/28 第1回終末期医療に関する調査等検討会議事録

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/10/txt/s1028-3.txt>

がん末期における 在宅ホスピス・外来・入院医療費の比較分析と評価 報告書

www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/ashinoyoshikazu.pdf

高齢化社会の医療費はどの程度必要なのか

<http://www.orth.or.jp/seisaku/sapporo2003/content/zaigenkibo.html>

医事法学(末期医療) < 3 >

<http://www.toshiyukinamai.com/page022.html>

相模原事件

<http://www.arsvi.com/0p/et-2005s.htm>

Terri Schiavo (テリ・シャイボ)

<http://www.arsvi.com/0p/et-usa05.htm>

終末期医療に道標示す～筋弛緩剤事件、被告に有罪～

<http://www.chunichi.co.jp/00/kgw/20050326/1clkgw000.shtml>

誌上討論「高齢者の終末期医療について」

<http://www.okinawa.med.or.jp/kaihou/200303/pdf/kourei-067.pdf>

高齢化社会とバイオエシックス

http://www.bioethics.jp/licht_94geron-j.html

ALS 医療と医療倫理

<http://www.clg.niigata-u.ac.jp/~miyasaka/place/ALSpaper.html>

『安楽死・尊厳死・末期医療——資料・生命倫理と法 II』

<http://www.arsvi.com/0b/970420et.htm>

I. 2002-2004年 終末期医療に関する調査等検討会議事録

(検討事項と内容)

- 1) 医療施設、社会福祉の終末期医療の実態調査
- 2) 国民、医療従事者及び介護・福祉施設職員の意識調査
- 3) この結果を踏まえて、終末期医療の現状の問題点と課題を整理し、望ましい終末期医療の在り方を検討する。

<末期医療と終末期医療の違い>

「末期医療」…6ヶ月と定義。法律の問題としては、どのようなことになったら医療の区切り、あるいは制限を決めるかと言う問題として議論されている、つまり「要件」の問題。

「終末期医療」…終末期状態における医療として何が適切なものか、現在の状態・国民の考えを考慮する必要のある医療。

(検討会で出された「終末期医療」の3分類)

(櫻井) 案

- ・「疼痛を伴うような癌の末期」
- ・「脳卒中などの末期」(急性期) ⇒
- ・「うんとご高齢の末期」

(町野 朔議長：上智大学法学部教授) 案

- 「苦痛を伴う末期状態についての医療」
- 「老人についての末期医療」
- 「遷延性植物状態：尊厳死状況」

(検討会で取り上げられた資料の具体例)

- 1) 日本における死亡の場所 (97万人/年)：病院(78%)、老人ホームや老人保健施設(2.6%)、自宅(13.5%)：
 - *65歳で年齢区分をしても、大きな差異なし、65歳未満ではその他(路上死：事故死)が多い傾向
- 2) 1960年代～1990年代にかけて病院死の増加(2002現在 76万人：病院、13万人：自宅)
- 3) 年齢層が上がるとともに病院死の増加(若い方は病気で亡くなるケースが少ない)
- 4) 病院や診療所で死亡するのは北海道や九州に多い。
- 5) 死亡場所の国際比較、北欧系：病院の比率高い
- 6) 高齢者の入所施設内訳：
 - 「一般病床」いわゆる病院・診療所：急性期の患者
 - 「療養型病床」長期療養だが、高い医学的管理が必要であるところ
 - 「介護の療養型医療施設」家庭では受け入れることが困難である高齢者が入所
 - 「介護老人保健施設」医学的な管理の必要なよう介護の方が入所
 - 「介護老人福祉施設」かつての「特養」寝たきり患者を入所させる施設
- 7) 全国ホスピス・緩和ケア病棟
 - 108施設、2,042床 (H14.9月1日現在)
- 8) 緩和ケア病棟で行われていること：「積極的な治療」「精神的ケア(PT,OTによるリハビリテーション)

ン、音楽療法、宗教的礼拝なども含む)」「遺族のケア」「その他(喫煙・飲酒、外来診療、在宅診療、勉強会など)」

9) ホスピスの変遷 (医療経済研究機構より)

- 1967年 セント・クリストファーホスピス (英国)
- 1974年 コネティカットホスピス (米国)
- (日本) 1981年 聖隷三方原病院の一般病棟でホスピス開始
- 1984年 淀川キリスト教病院のホスピス開始
- 1990年 医療保険制度でホスピス開始

10) 診療報酬上の位置付け

11) 意識調査 (H4年一般国民だけ、H9年一般国民から医療従事者まで拡大)

II. 終末期医療検討会議事録の要約

<p>第1回 (H14.10.28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ (厚生省) 尊厳死、リビング・ウィルの問題をどう考えるか。終末期に患者の意思が十分尊重され、それが反映される医療の在り方を考えたい。 ・ 終末期をどうとらえるか。(高齢者の終末期をどう含めるか) ・ 意志決定をどうするか。(リビング・ウィル、後見人) ・ 尊厳死の扱い(法的な問題・日本尊厳死協会)
<p>第2回 (H14.12.12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ アンケート項目の詳細について検討 ・ CPR(Cardiopulmonary Resuscitation 心肺蘇生), DNR(Do Not Resuscitate: 蘇生をしない)について ・ 各国ホスピスの現状について(スウェーデンその他)
<p>第3回 (H15.11.19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ H14年度終末期医療に関する調査単純集計結果概要 ・ リビング・ウィルの法制化、治療行為中止の問題 ・ 尊厳死法 ・ 刑事裁判の先行(横浜地裁:具体的には起訴されていない延命医療の中止について「これも殺人が成立する」と裁判長が明言) ・ 意志の集団決定(家族の意志など)
<p>第4回 (H16.2.20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ H14年度終末期医療に関する調査単純集計結果概要(改訂版) ・ 項目別に見た調査結果に関する問題認識および論点の整理 ・ 「終末期医療への関心」高い(80-90%:過去10-15年で変化なし) ・ 「患者への説明」内容について <ul style="list-style-type: none"> 医師の50%以上家族に説明。緩和ケア医は18%。 「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」医師・看護師・介護士も非常に多く、日本の医療の緻密で丁寧な説明の仕方と肯定的な意見あり 内容はどこまで詳しく話をするか ・ 「意志確認」方法について <ul style="list-style-type: none"> 二重、三重にする必要ありとの意見 「がんを中心にした意識のはっきりしている患者さん」と「その他の終末期医療の患者さん」と分けた方がよいとの意見 ・ 「緩和医療」内容について <ul style="list-style-type: none"> モルヒネの使用について、WHO方式への考え方 緩和医療教育の重要性について ・ 「意志決定」について

	<p>患者の意志と家族の意志 緩和ケアでは本人を中心とした意志決定を重視したい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「積極的安楽死」「尊厳死」について：法制化必要？（下記論議例参照） ・ <結論> <ul style="list-style-type: none"> ①WHO方式緩和ケアの普及 ②延命治療を中止するときを含めた上での終末期医療ガイドラインの必要性
第5回 (H16. 3. 24)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 項目別に見た調査結果に関する問題認識および論点の整理 ・ 「<u>終末期の療養の場所</u>」 日本－H13 から3年間のがん患者在宅死率6% 英国－病院55%、ホスピス緩和ケア病棟15%、在宅30%→変化なし 「在宅で最後のプロセスを支える方が人的にもコスト的にも大変」 ・ 「<u>リビング・ウィル（文章による生前の意志表示）</u>」 内容、意志確認、法制化などについて議論 ・ 「<u>医療現場における医療従事者の取組</u>」 単なる延命医療を続けるべきかどうかについての医師と患者の間の話し合いが十分なされていない。 終末期における治療方針について医療関係者の間で意見の相違が起こる。
第6回 (H16. 6. 4)	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>報告書の検討</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. はじめに 2. 意識調査の概要 3. 患者に対する説明と終末期医療のあり方 4. 終末期医療体制の充実について 5. 終わりに
第7回 (H16. 6. 23)	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>報告書の検討</u> ・ <u>ガイドラインのあり方について</u> 「積極的安楽死」と法律の解釈について

＊ 終末期医療検討会のポイント

- ・ がんの末期や植物状態だけではなく、特に高齢者の問題がクローズアップされた。
- ・ 日本における終末期患者について自己決定の問題のあり方（特に高齢者）が問題とされた。
- ・ 医療現場の問題
 - 「積極的な安楽死」
 - 「延命治療の中止」
 - 「患者本人の意志と家族の意志が異なる場合の法律的な処理」

等が挙げられた。

Ⅲ. 検討会で参考とされた資料

H13 看護振興財団	在宅ターミナルケアの調査
H13 ホスピス緩和ケア病棟連絡協議会	実態調査 78 施設対象（厚生科学研究費）主任：志真康夫（国立癌センター東病院緩和ケア病棟医長） ・建物、設備、人員、カンファレンスの内容、医療行為など
H14 介護療養型医療室連絡協議会（中川翼）	役員40名対象に各病院の終末期医療についてアンケート ・カンファレンス、延命医療の意志決定者（家族・本人）、死亡時のチューブ類と使用期間など

日本訪問看護振興財団	終末ケア体制のあり方に関する研究
日本福祉大学	在宅高齢者ケアのプライオリティに関する研究事業
厚生労働省	介護サービス調査 施設事業所調査
九州保健福祉大学	特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究 (時田純氏推薦)
H12 医療経済研究機構&日本総研	アメリカ、イギリス
H13 医療経済研究機構&日本総研	スウェーデン、オランダ、フランス
不明	ホスピス緩和ケア白書 (志真康夫氏推薦)
日本療養病床協会	意志決定者に関する研究 (詳細不明) (中川翼氏推薦)

IV. 検討会で取り上げられた尊厳死の問題点

(参考資料) 日本尊厳死協会のHP <http://www.songenshi-kyokai.com/dwd02.htm>

[日本尊厳死協会の設立目的]

The purpose of JSDD's foundation.

日本尊厳死協会は、1976年1月に産婦人科医師で、国会議員であった故太田典礼氏を中心に医師、法律家、学者、政治家などの同志が集まって設立されました。その目的は、自分の傷病が今の医学では治る見込みがなく、死が迫ってきたときに、自ら「死のありかたを選ぶ権利」を持ち、そしてその権利を社会に認めてもらおうというものです。つまり、尊厳死運動とは、人権確立の運動なのです。

日本尊厳死協会は、治る見込みのない病気にかかり、死期が迫ったときに「尊厳死の宣言書」(リビング・ウィル)を医師に提示して、人間らしく安らかに、自然な死をとげる権利を確立する運動を展開しております。

リビング・ウィルとは、自然な死を求めるために自発的意思で明示した「生前発効の遺言書」です。その主な内容は

- 不治かつ末期になった場合、無意味な延命措置を拒否する
- 苦痛を最大限に和らげる治療をしてほしい
- 植物状態に陥った場合、生命維持措置をとりやめてください

というものです。

注) 植物状態に陥った場合、生命維持措置をとりやめてください

部分が検討会で「積極的治療の中止」として法律にふれるのではないかと議論になっている。

V. その他の資料：（終末期医療に関する既存のガイドライン）日本語版

★がん疼痛

ガイドライン名	作成機関	収載雑誌、出版社(当館所蔵分類番号)
Evidence - Based Medicine に則ったがん疼痛治療ガイドライン (2000)	日本緩和医療学会	真興交易 2000 (M4.502/N) 要約:「今日の治療指針 2003」 p.1543-1553 (M2.1/Ko/03)
がんの痛みからの解放：WHO 方式がん疼痛療法 第2版	WHO	金原出版 1996 (M4.502/W)
がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア	WHO	金原出版 1994 (M4.502/W)
非薬物療法による除痛のガイドライン 鎮痛薬治療のためのガイドライン	WHO	「がんをもつ子どもの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」の中の P.35-42, p.43-48, 日本看護協会出版会 2000 (M4.502/W)
終末期の諸症状からの解放	WHO	医学書院 2000 (M2/W)
Management of Cancer Pain (1994) については以下の2つの翻訳版がある		
癌性疼痛治療のガイドライン：アメリカ合衆国での公式ガイドライン	AHCPR	克誠堂出版 1998 (M4.502/U)
がん疼痛の治療ガイドライン		癌の臨床 49(2):147-158, 49(3):247-257, 49(4):329-356, 49(5):435-445, 49(6):541-554, 49(7):637-643, 49(8):731-751, 49(9):949-992, 2003
実地診療ガイドライン がん疼痛 NCC N2002年版 (オリジナル)	National Comprehensive Cancer Network (NCCN)	癌の臨床 50(2):155-174, 2004

ターミナルケア・神経難病

がんの痛みからの解放：WHO 方式がん疼痛療法 第2版	WHO	金原出版 1996 (M4.502/W)
がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア	WHO	金原出版 1994 (M4.502/W)
非薬物療法による除痛のガイドライン 鎮痛薬治療のためのガイドライン	WHO	「がんをもつ子どもの痛みからの解放とパリアティブ・ケア」の中の P.35-42, p.43-48, 日本看護協会出版会 2000 (M4.502/W)
癌性疼痛治療のガイドライン：アメリカ合衆国での公式ガイドライン	AHCPR	克誠堂出版 1998 (M4.502/U)
終末期の諸症状からの解放	WHO	医学書院 2000 (M2/W)
「ALS 治療ガイドライン」(告知、在宅ケアなど含む)	日本臨床神経学会	http://www.neurology-jp.org/guideline/ALS/index.html

(財団法人日本医療機能評価機構：Minds 医療情報サービスHP参照)

第 1 0 章

国際動向

国際的動向総括

長谷川 敏彦

1. 歴史的背景

この度、独国、蘭国、米国の三ヶ国でそれぞれ末期医療の臨床家、法律家、理論家に会うチャンスがあり、末期医療の現状やあり方について討論する機会を得た。また研究者の調査研究により、韓国、台湾等東アジアの国々を含む世界各国での末期医療への取り組みの現状も判明した。この調査や報告を基に国際的に展開されている動向を横断的に解析してみたい。

1) 終末期医療の最近の課題

末期医療の課題はこれまで長期に渡って医療界の主要な課題であったが、ここ数年、特に蘭の「安楽死法案」の成立以降、もう一度国際的に共通した関心事となっている。その背景にはEUの統合によりEU加盟国が相互の影響を受けていることもその背景にあると思われる

2) 意志決定過程の法的インフラの整備

意志決定過程の根幹を成す真実告知や知らされた上での同意 (Informed Consent) などの考え方については、関係者 (ステークホルダー)、即ち医療提供者、国民、法曹界、マスメディア、生命倫理学者などの議論に基づいて考え方が定義され、普及しそれに必要な法的整備もされてきている。特に米国では消費者運動や医療制度改革の影響を受けて80年代から議論が始まっており、欧州の多くの国々では90年代の前半に、遅くとも後半には整備が完了したと言えよう。

3) 末期医療の認知と普及、資源の開発

末期ケアの定義や技術についても英国や米国等における70年代、80年代の先駆的な活動を除けば90年代に認知され、技術が普及し資源が充実してきたと言えよう。言い換えれば急性期ケア、長期ケアとは別に末期ケアが医療システムの中で、一つのケアとして市民権を得、システムとして取り扱われる基盤が成立したと言えよう。特に独国に於いては、2002年に末期ケアが患者が受けられる医療の権利として認められるに至っている。

4) 最終末期医療の課題

いわゆる安楽死そしてケアの差し控えや停止について、近年国際的には意志決定過程や末期医療の認知及び普及に従って、更に踏み込んだ課題が議論されつつある。即ち最終末期状態における治療の選択や停止の課題である。蘭国の場合は、積極的な死亡介助、即ち安楽死が90年代から議論されその時点では専門集団、即ち医療界のガイドラインを基本とした意志決定過程のシステムが構築されたが、その後専門家からの要請もあり、2002年には「安楽死法案」の形となって法律化されるに至っている。積極的な死亡介助、即ち安楽死や尊厳死に関してはその後ベルギーを除いて立法化した国は存在しないが、国際的

には多くの国々で議論が起りつつあると言えよう。事実、現在多くの国々で終末期における鎮静剤の使用のガイドラインが作られつつあり大きな課題となっている。また積極的な診療のみならず、最終段階において緩和ケアそのものが苦痛を長引かせたり、増強したりする段階での一般的なケアの差し控えや停止についてのガイドラインも大きな議論のテーマとなっている。

5) 社会的合意形成の過程

皮肉なことに蘭国では専門家が専門家集団のガイドラインでは安楽死、尊厳死について法的に保護されないとの思いから法律の制定を要望したもののその結果としてむしろ意志決定が束縛されることに反発している現状があり、またベルギーでは終末期医療に関する体制が遅れていることから、焦って一挙に法曹界が独走し安楽死、尊厳死の法律を制定してしまったことから逆に医療提供者の理解や協力難しい状況となっている。

2. 医療の歴史的発展過程

この様に末期医療をめぐる国際的、歴史的な過程を分析すると3つの状況が存在している。

1) 意思決定のためのインフラの整備

まず第一番には末期医療以外の一般的な診療行為を含めた提供者と患者の関係の確認、そして意志決定過程の確立、更にはそれをめぐる法的な制度的な整備である。真実の告知やインフォームド・コンセントがそれにあたり、意志決定に際して本人に判断能力のない場合のガーディアン の位置づけ、あるいは行政が代替する機構の確立などである。

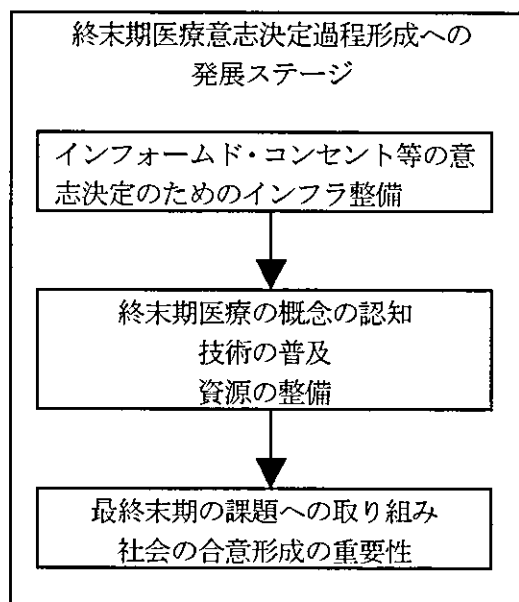
2) 終末期医療の確立

次いで末期医療がこれまでの医療の中で、医療界全体として取り組むべき独自の新しいケアの形態として認知されることが必要で、更にそれを支える資源や制度が整備される必要があると考えられる。日本では医療機能が比較的未分化で長期ケアと急性期ケアが混同して行われる歴史が長く続き、やっと近年二つの機能の分化について医療界も認知し、行政的にも制度が整備されてきた。これからは末期医療についてそのような過程が必要と考えられる。

3) 最終末期の課題への取り組み

最後に末期医療での末期医療のあり方、特に最終末期のケアの差止めや停止についてのガイドラインや法的整備は諸外国の場合には以上の二つのステップを経て行われており、日本においてもこれらを同時に総合的に推進する必要があるのではなかろうか。

そのためには社会的合意形成の過程が重要で、関係者即ち国民や医療提供者、そして法曹界がその課題を相互によく検討し、その議論の上にガイドラインや制度の整備を行うことが日本でガイドラインが根付く条件なのではなかろうか。



英国における終末期医療関連ガイドラインの検討

児玉知子

1. 背景

英国においては、1991年保守党政権下で「患者憲章」(The Patient's Charter for England)¹⁾が採択され、市民憲章(Citizen's Charter)をNHS(National Health Services)内で実行に移す目的で、人々の意見やニーズを聞き、サービスを標準化して提供しようという動きが見られた。これは1995年に改訂されたが、1997年労働党への政権交代により憲章そのものが見直され、新NHS憲章("The new NHS Charter – a different approach")として再発行された。その後2000年にはNHS10ヵ年計画の下に廃止され、代替として2001年1月に保健省(当時Gisela Stuart保健省大臣)がNHSガイド("Your Guide to the NHS")を発表した。このガイドでは患者憲章で謳われていた患者の権利と義務をより具体的に明確化すると共に、NHSが行うべき医療に対するコミットメントがなされた²⁾。2004年6月にはNHS改善計画(The NHS Improving Plan)が発行され、2008年までに達成すべき優先項目と10ヵ年改革計画が示されている。

2. 意志決定に関するガイドライン

このような医療改革を背景に、英国医療において患者の意志決定に関する社会的コンセンサスはどのように形成されてきたのだろうか。

英国NHSにおいて、生命倫理の面から強調されているのはRespect for Autonomy(自律性(自主性)の尊重)、Beneficence(善行:A duty to act in the patient's best interest患者にとって最善となる行為をする義務)、Non-maleficence(非有害:A duty not to harm患者に害を与えない義務)、Justice(公正)の4点であるが⁴⁾、特に終末期医療においては、“二重の倫理(Doctrine of Double Effect:例えば鎮痛薬の投与によって患者の苦痛を緩和する一方で、患者の生命予後を短縮させるかもしれない、というような二重の倫理が存在すること)”があることも認識されている⁵⁾。

医療従事者を対象とした専門職のためのガイドラインは BMA (British Medical Association) と GMC (General Medical Council) を含む様々な専門機関が関与して終末期医療に関するガイドラインを作り、改訂を重ねている。

GMC では 1998 年に患者の同意に関するガイダンス「患者の同意を求めて (倫理的配慮) Seeking patients' consent: the ethical considerations」を公表し、医師の手引きとした。その中では、特定の治療に関する同意には文書(written consent)の必要性を認めており、また前もってサインされた同意書が、それだけでは実行に関して十分な根拠とならないこと、医師もしくは医療チームは実際に治療を行う (もしくは行わない) 時期が近づいたら再度意志を確認すべきことなどが記されている。特に

- ・ 同意を得てから治療開始までの期間が長いとき
- ・ 提示した治療計画の中で、患者の同意が無効になるかもしれない、何らかの具体的な変化が患者に起こったとき
- ・ 治療のリスクや治療における他の選択肢について、新たに期待が持てるような関連情報が得られたとき

には、同意を再確認するように求めている。(その他のガイダンス等については Appendix 参照)

3. 治療の差し控え (不開始) と中止

BMA では 2000 年に 5 つの課題、1)治療の拒否 (Refusal of treatment)、2)安楽死 (Euthanasia)、3)医師による自殺幫助(Physician-assisted suicide)、4)治療の差し控え (不開始) と中止(Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment)、5)事前指示書(Advance statements)における医療専門職者の責務に関してコメントしている⁶⁾。この中で、BMA は延命治療が患者の利益とならないと判断された場合の治療の中止が法的・倫理的に許容されるものであり、積極的な死介助 (active killing) と明確に区別している。

2001 年、同じく BMA より「延命治療の差し控え (不開始) と中止 : 意志決定の手引き : Withholding and Withdrawing life-prolonging medical treatment: guidance for decision making. 2nd Edition, BMA, 2001」が発表されたが、この文書では、

- ・ Section 1.2 「患者の生命を延長させることは、通常、必ずしもではないが、患者に健康上の利益をもたらす。その質や治療の負担を問わず、是が非でも延命するという医学の目標は適切とは言えない。」

—Prolonging a patient's life usually, but not always, provides a health benefit to

that patient. It is not an appropriate goal of medicine to prolong life at all costs, with no regard to its quality or the burden of treatment.

- ・ Section 3.5 「経口栄養と水分補給は患者の基本的なケアであり、差し控えられるべきものではない。」
 - Oral nutrition and hydration form part of a patients' basic care and should not be withdrawn.

としており、延命治療が真に患者にとって利益になるのかどうか、患者の QOL (Quality of Life : 生活の質) を評価することの重要性を指摘している。また、

- ・ Section 6 「感情的には、既に始められた治療を中止するよりも開始しない方が容易であるが、これら両行為に法的、もしくは道徳的に避けがたく実際的に重要性を持つ差異はみられない。」
 - Although emotionally it may be easier to withhold treatment than to withdraw that which has been started, there are no legal, or necessary morally relevant, differences between the two actions.

とし、延命治療の差し控え（不開始）と中止行為に倫理的な区別はしていない。同様に、GMC でも “Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making”⁹⁾の中で、下記のような類似する見解を表明している。

- ・ 19 : 治療が患者にとって最善の利益にならないと判断された場合、その治療を施すことに、倫理的、法的な拘束はなく、それ故その治療を開始するか中止するかを区別する必要はない。
 - Where it has been decided that a treatment is not in the best interests of the patient, there is no ethical or legal obligation to provide it and therefore no need to make a distinction between not starting the treatment and withdrawing it.

4. DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

終末期治療の拒否・差し控え・中止に関しては、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生をしない) の討議を抜きに考えることは困難であり、BMA と英国蘇生評議会 (Resuscitation Council, UK)、英国看護協会 (Royal College of Nursing) らは共同で、心肺蘇生に関連した患者のケアと意志決定について法的・倫理的基準の枠

組みをガイドライン化して提示している⁸⁾。ここでは、医療従事者向けのガイドと共に、患者用のパンフレットも準備され、心肺蘇生とはどういうものか、それを行うと、または行わないとどういう状態になると想定されるかなどが、医療従事者でなくとも容易に理解できるよう工夫され、plain English (理解しやすい平易な英語) として Crystal Mark (Clarity approved by Plain English Campaign) 付の承認を受けている。

このガイドラインでは、意志決定者に関して Scotland と England, Wales and Northern Ireland による違いがみられ、前者では弁護士の仲介をもとに意志決定代理者を選択できる。基本的には、患者以外の家族や友人が、患者に代わって意志決定することはできないと明記されており、患者の意志が確認できない場合に、医療従事者が家族や介護者、友人などの意見を参考にし、医師が治療に関する決定を行うとしている。

CPR(Cardio-Pulmonary Resuscitation:心肺蘇生)に関連する意志決定に関しては、competent adults(意志決定可能な/判断能力のある 成人)、incompetent adults(意志決定できない/判断能力を持たない、例えば精神疾患罹患者、認知障害のある成人)、children and young people (小児と青少年) の3者に分類された手引きが準備されており、英国王立小児医学・保健学会 (The Royal College of Paediatrics and Child Health) は、小児治療における治療の差し控えと中止における倫理的課題の同定と意志決定のための体制作りをしており⁹⁾、これに関して日本の研究者らによる論議もなされている¹⁰⁾。

(参考文献)

- 1) The Patient's Charter for England: Putting the Citizen's Charter into practice in the National Health Service. <http://www.pfc.org.uk/medical/pchrt-e1.htm>
- 2) "Your guide to the NHS": Friday 26th January 2001, Reference number: 2001/0055
- 3) NHS Improvement plan 2004: Putting people at the heart of public services: Department of Health, 24/06/2004: ISBN 0-10-162682-7, Cm 6268: Crown Copyright.
- 4) Ethics in Public Health, Oxford Handbook of Public Health Practice. Oxford University Press, 2001.
- 5) End of Life Issues – Ethical Issues, UK Clinical Ethics Network. www.ethics-network.org.uk, 2005.

- 6) End of life decisions –views of the BMA, BMA, June 2000.
- 7) Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making, GMC, August 2002.
- 8) Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation, BMA, January 2002.
- 9) Good Medical Practice in Paediatrics and Child Health, Royal College of Paediatrics and Child Health 2002.
- 10) 玉井真理子他、重症新生児の治療停止および制限に関する倫理的・法的・社会的・心理的問題。成育医療研究委託事業研究「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」分担研究班 2001 年度報告書

APPENDIX (GMC Seeking Patients' consent)

'Good Medical Practice', paragraphs 55-56. The General Medical Council, 178-202 Great Portland Street, London, W1W 5JE. 1998.

'The Ethical Conduct of Research on Children'. MRC Ethics Series. The Medical Research Council, 20 Park Crescent, London, W1N 4AL. 1991 and 1993.

'Responsibility in Investigations on Human Participants and Materials and on Personal Information'. MRC Ethics Series. The Medical Research Council. 1992.

'The Ethical Conduct of Research on the Mentally Incapacitated'. MRC Ethics series. The Medical Research Council. 1991 and 1993.

'Research Involving Patients'. The Royal College of Physicians of London, 11 St Andrew's Place, London, NW1 4LE. January 1990.

'Guidelines on the Practice of Ethics Committees in Medical Research Involving Human Subjects'. Second Edition. The Royal College of Physicians of London, 11 St Andrew's Place, London, NW1 4LE. January 1990.