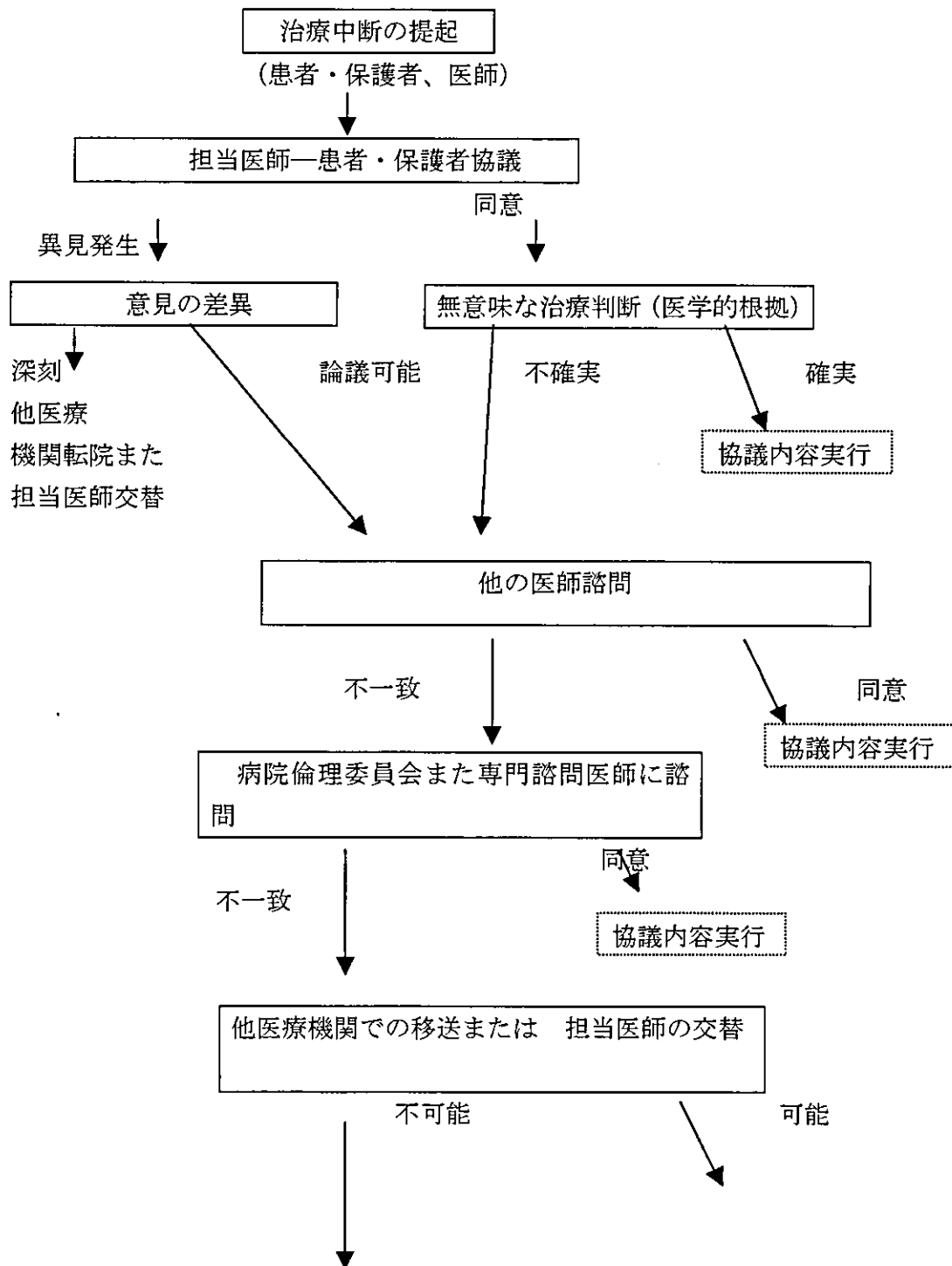


図1. 延命治療中断の決定過程



深刻な医療倫理問題の内在；  
家族要求の受容拒否患者状態の再評価

(資料) 韓国のホスピス・緩和医療制度化推進の現況

1) 政府のホスピス法制化の推進発表:2002年8月7日

- ホスピス専門病院の指定
  - －末期患者の痛み緩和治療のため専用の病床設置義務化
  - －小型病院（10-30病床）のホスピス専門病院の転換誘導
- ホスピス健康保険報酬の新設
  - －ホスピス専門病院に対する健康保険報酬上の incentive 付与
  - －一日当たり定額制で包括報酬制の認定
- ホスピス専門病院の指定
- ホスピス専門人材の育成
  - －医療法施行規則にホスピス専門看護師制度の導入のための根拠条項設置

2)ホスピス機関支援事業

- 『末期癌患者ホスピス市範事業』実施：2003年から2年間
  - －ホスピス従事人材教育費：5千万(won)
  - －ホスピス機関5箇所運営費支援：約1億5千万(won)
  - －必須的部品購入及びホスピス看護費用の一部補助

3) 2003年から末期癌患者に麻薬投与の許可

4) 癌管理法制定及び公表:2003年

5) 「ホスピス緩和医療の制度化方案」シンポジウム(国立がんセンター) 2005年1月

- －ホスピス緩和医療の健康保険認定、経済的支援、ホスピス緩和医療特別法制定の必要性等討議

6) ホスピスに関する法律案の発意(ハンナラ党): 2005年3月4日

- －医療機関種類にホスピス緩和病院の追加(医療法改定案)
  - 目的:医療法にホスピス医療病院の設置根拠及び基準を示すことによって、関連医療サービスの実的向上と、末期患者と家族の生活の質を高める

ー療養給付対象にホスピス緩和医療の追加(国民健康保険法の改定案)

7) ホスピス機関利用の現状

ー2003 年ホスピス緩和医療機関を利用したがん死亡患者数(3,266 人)は、1 年間のがん死亡者(6 万 4 千人)の約 5.1%

(参考文献)

1. 高允錫 (Younsuck Koh) : 「臨終患者の延命治療中断に関する大韓医学会の医療倫理指針」、第 30 次総合学術大会 医療と社会 シンポジウム発表資料、大韓医師協会、ソウル、 2002 年 5 月
2. 尹英鎬(Yoongho Yoon) : 「ホスピス・緩和制度化の現況及び発展課題」、国立癌センターシンポジウム発表資料、国立癌センター、ソウル、2005

(注釈)

韓国レジデント制について

韓国では医科大学 6 年卒業後、専門医(specialist)になるまでに修練病院で intern(1 年) と resident(4 年) として勤務するが、この期間を専攻医と呼ばれる。大韓専攻医協議会 (The korea intern resident association) という機関も存在する。

### 台湾における緩和医療の現況

蔡 淑娟

---

#### 1. 台湾の緩和医療の経緯

1990年代までの台湾には、ホスピスケアや緩和医療が一般に普及しておらず、死について語ることも禁忌であるとされ、末期がんや終末期を迎えた他疾患の患者は適切な治療やケアを受けることができなかった。しかし、1989年に台湾ホスピス・緩和医療学会 (Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine) が創立され、その後、1990年に台湾最初の緩和病棟が Mackay Memorial Hospital に設立、終末期患者のケアは徐々に重要視されてきており、2000年には「ホスピス・緩和医療条例」が最初の法的なものとして DOH (Department of Health) により頒布された。緩和ケア病棟を有する病院の数は2005年3月現在では、26であり、在宅緩和ケアを提供する医療機関も33に上った。「ホスピス・緩和医療条例」では末期がんや終末期を迎えた他疾患の患者を対象にしているものの、緩和病棟に入院できるのは主として末期がん患者にとどまっている。緩和医療費に関しては一部特殊な医薬品を除けば、殆どは国民健康保険によって支給されている。台湾の国民健康保険制度では、がん患者はそもそも自己負担が免除されているため、入院した場合は個室や二人部屋を利用する差額ベット代、在宅ケアを利用した場合は訪問者の交通費のみを請求される。

#### 2. 事前宣言書

また、患者さんの意志決定を尊重するため、DOHによる定められた内容の事前宣言書 (Advance Statements) が取り上げられている。その趣旨として、患者が自分で終末期の医療方針を決定できるということは他国と同様であるが、台湾の慣習や文化によって、治療の内容を先に家族と相談することが一般的である。しかし、最終的には本人に告知しなければ、法的な責任が問われるため、家族が患者に告知することを拒むなら、病院や医師は人情と法的なものどちらを重んじるべきか、しばしば困難な状況に陥る。事前宣言書の中でも意志決定が不可能になる事態に備え、事前に代理人を指定することができるが、意志決定能力がある間に本人が決めなければならない。また、未成年の者には保護者 (法的代理人) の署名が必要となっている。

(編集協力：児玉知子)

(參考資料)

1. 安寧療護的疑問與解答。財團法人天主教康泰醫療教育基金會，2002.
2. 知情同意書。國家衛生研究院，2004.
3. Hospice Foundation of Taiwan, <http://www.hospice.org.tw/research/twsite.htm>

### 米国における終末期医療

種田憲一郎

---

#### 1. 目的

日本における終末期医療に関するガイドライン作成に参考となるような、米国における終末期医療に関わる課題等をレビューする。

#### 2. 方法

主としてインターネットを利用した文献検索や学会等のホームページから得られた情報を基にレビューを行った。

#### 3. 結果

##### 1) 米国の終末期医療を取り囲む環境・背景

米国の平均寿命は1900年には47歳であったが、2000年には75歳（女性は77歳、男性は73歳）となり高齢化が進んでいる。<sup>1</sup> そして現在の主な死亡原因は心疾患、癌、脳卒中、慢性呼吸器疾患、外傷、そして糖尿病である。<sup>2</sup> 1900年頃には人々は自宅で最期を迎えていたが、今日ではほとんどの米国人は自宅ではなく病院で看取られている。そして、かつては家族によって支払われていた終末期医療費用は、今日、医師および病院に対する費用としてメデイケアによって支払われ、その費用の額は一個人の人生全体における医療費の額のうちかなりの部分を占めているといわれている。<sup>3</sup>

2030年には1950年代に出生したベビー・ブーマー達が85歳をむかえ、約900万人の米国人が85歳以上となる。<sup>4</sup> これに対して、高齢者を介護する人々の数は減少し、不足すると考えられている。その原因の一つは介護者の労働環境の劣悪さであるといわれている。また、米国政府によると、2050年までには、現在の貨幣価値で長期ケアに関わる費用は3790億万ドルに達するだろうと推測されている。<sup>5</sup>

##### 2) 終末期の考え方（RAND研究所の報告書より）

米国における終末期医療の系統的考察にあたっては、米国のRAND研究所の終末期医療に関する研究報告書（“Living Well at the End of Life”）<sup>6</sup>が参考となると思われるので、その内容を一部要約して以下に紹介する。

米国のシステムは高齢者の慢性疾患の新たな課題に徐々に適応してきているが、十分とは言えない。慢性疾患による重要な課題の一つは、従来は明確だった治療に対する考え方が曖昧になってきていることである。そして、死の過程そのものが不明確になりつつある。

1960年代に“死に直面している”患者が非常に積極的な介入治療によって適切に治療されていないことが認識され、1970年代にはホスピス台頭を引き起こした。しかしながら、このモデルはある時期から急激に“終末期”へ移行し、治療も積極的な医療行為からホスピス医療にある日を境に以降するという考え方(“Transition (移行)”モデル)に基づいており、慢性的疾患に病んでいる高齢者にはこれらうまく当てはまらない。

図1 従来の“Transition (移行)”モデル

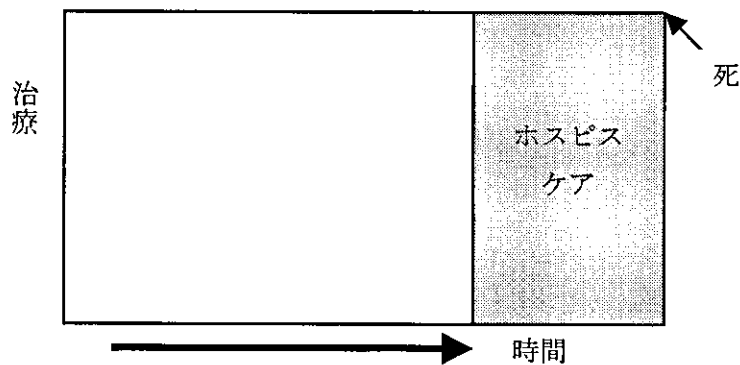
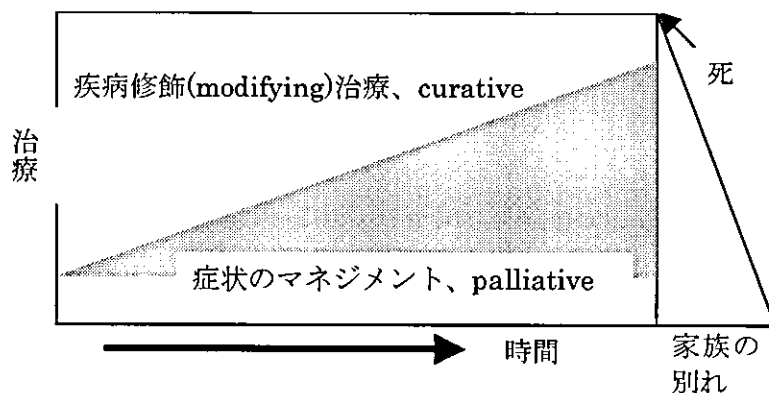


図2 “Trajectory (曲線)”モデル



(図1) 彼らの病状は回復するかも知れないし、安定するかもしれない。多くの慢性的にわずらっている高齢の患者の医学的予後は不明瞭であり、彼らはとても重症で死ぬかもしれないが、また長年生き続けることもありうるのである。終末期医療(end-of-life care)を palliative または comfort-oriented care とよく言われるが、その言葉の定義

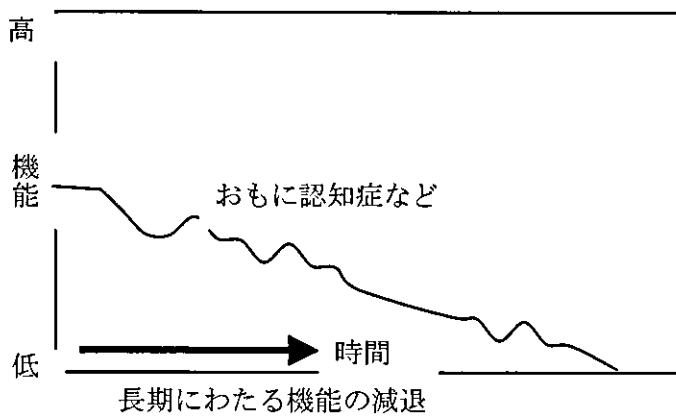
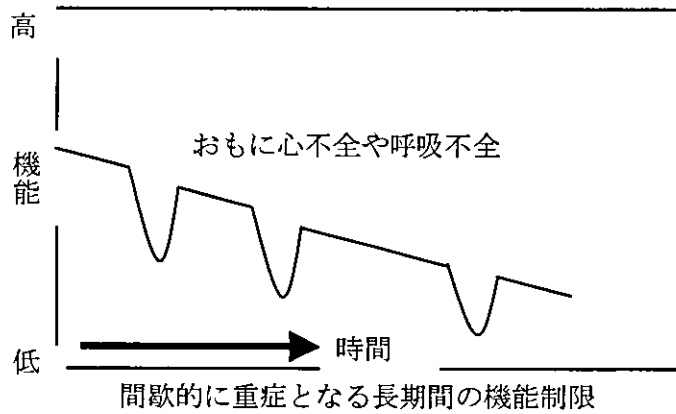
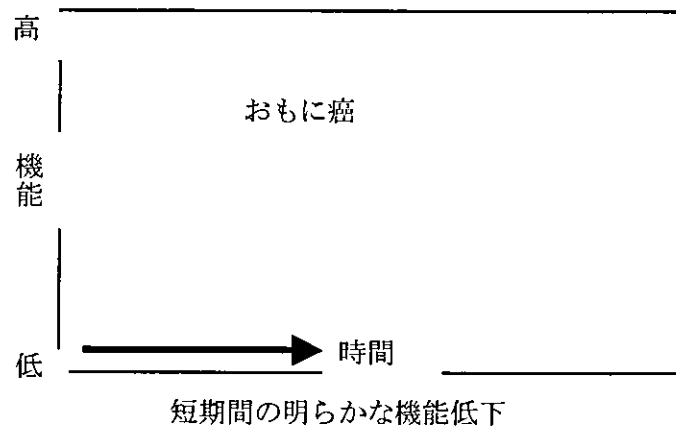
はいまだ広く認められたものはない。palliative care というと従来の治療を排除することのようにとらえられるが、多くの場合、疾病そのものに対する (curative) 治療と症状のコントロールを行う緩和 (palliative) 治療の両者が必要である。そして死が近づくにしたがって後者の割合が徐々に優位になるが、治療によってはさらに疾患の進行を防ぐかもしれない (“Trajectory (曲線)” モデル)。

(図2) 死に直面した状況を考えるとき、死ぬまでに残された時間がどれだけかということよりも、患者の虚弱性・もろさに注目すべきである。したがって、重症な疾患で終末期にある患者はいつ死ぬかということで認識されるのではなく、“薄氷の上で生活”しているような状況、すなわち病気を長期に患っていたり、生活機能が制限されていたり、いつでも症状が増悪する可能性があるといった状況によって、彼らが死に直面していることを証明できる。

終末期の患者のためのケアを捉える際に有用な方法の一つは、時間の経過にともなった機能の低下を曲線で描き、大きく次のような三つに分類することである(図3)<sup>7</sup>：  
①短期間のうちに明らかな低下を示す場合(癌などが典型例、メデイケアの死亡患者の5分の1)、②間歇的な増悪と突然死も起こりうるような長期間にわたる機能低下を示す場合(臓器不全が典型例、メデイケアの死亡患者の5分の1)、③長期にわたって徐々に低下する場合(認知症、麻痺を伴った脳卒中などが典型例、メデイケアの死亡患者の5分の2)。残るメデイケアの死亡患者の5分の1は、突然死や分類不能なものである。



図3 慢性疾患を伴った高齢者の終末期における3つの機能低下曲線



いずれの分類に該当するにしろ、重要なことは診断そのものが必ずしも必要なサービスを規定するのではなく、必要なケアは経過とともに出現する機能障害や症状によって同定されることである。

慢性疾患を抱えた高齢者がよい終末期を迎えられるための信頼できる医療システムとは、次の7つの事項を約束してくれるシステムである：正しい医学的治療、信頼できる症状の軽快、継続的なケア、ケアの過程において驚嘆させられることがない、個々の患者に合わせたケア、家族への状況の配慮、そして毎日を最適に過ごすために必要な支援。RAND 報告書は、これらを先に述べた終末期の機能の低下の分類毎に検討するが、信頼できるケア・システムを提供するための方法の一つであろう、と提言している。

### 3) 個々の症例へ対応するための倫理的ワークアップ表“臨床倫理の4分割表”

米国における個々の症例への対応、とくに対応の困難な症例に対する意思決定支援ツールとして、米国の Jonsen らが開発した臨床倫理の4分割表(“4 boxes”)が参考となるので以下に紹介する。(表1)<sup>8</sup>この4分割表を利用した症例の分析の過程は基本的な“倫理的ワークアップ(ethical workup)”と考えられ、医師が患者の主訴を分析する際に行う“病歴と身体所見”のワークアップと同様の過程であると言われている。

4分割表とは、臨床における全ての患者面接の際に考慮すべき基本的そして本質的4つの課題を示している。この4つの課題について検討することにより、各症例が抱える事実・問題を整理することができる。4つの課題とは：

- Medical Indication (医学的適応)：臨床的診断や治療方法
- Patient Preferences (患者の意向)：患者の価値観
- Quality of Life (生活の質)：全ての医療は患者の QOL を改善するためである
- Contextual Features (周囲の状況)：医師患者関係を越えた患者を取り巻く状況。例えば、家族、法律、病院の規則など。

これらの課題について事実を整理した後、以下のような質問項目について検討する：

- 何がこの症例の問題であるか
- 何が対立する課題であるか
- 類似の症例が存在したか。
- 明らかな典型例(a paradigm case)が存在し、その典型例の解決方法は多くの医療者や公衆の賛同を得ていたか。
- 今回の症例と典型例とではどのような点が類似しており、どのような点が異なるのか。

これらを検討することによって、通常は何が問題で実施可能な対策が同定される。もしも対策が立てられない際には、正式なコンサルテーションが助けとなる。

表1 4 boxes (臨床倫理の4分割表)

出典: Albert R. Jonsen, Mark Siegler, and William J. Winslade, *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, 4th edition. New York: McGraw-Hill, Inc., 1998

<p><b>MEDICAL INDICATIONS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What is patient's medical problem? history? diagnosis? prognosis?</li> <li>2. Is problem acute? chronic? critical? emergent? reversible?</li> <li>3. What are goals of treatment?</li> <li>4. What are probabilities of success?</li> <li>5. What are plans in case of therapeutic failure?</li> <li>6. In sum, how can this patient be benefited by medical and nursing care, and how can harm be avoided?</li> </ol>	<p><b>PATIENT PREFERENCES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What has the patient expressed about preferences for treatment?</li> <li>2. Has patient been informed of benefits and risks, understood, and given consent?</li> <li>3. Is patient mentally capable and legally competent? What is evidence of incapacity?</li> <li>4. Has patient expressed prior preferences, e.g., Advance Directives?</li> <li>5. If incapacitated, who is appropriate surrogate? Is surrogate using appropriate standards?</li> <li>6. Is patient unwilling or unable to cooperate with medical treatment? If so, why?</li> <li>7. In sum, is patient's right to choose being respected to extent possible in ethics and law?</li> </ol>
<p><b>QUALITY OF LIFE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. What are the prospects, with or without treatment, for a return to patient's normal life?</li> <li>2. Are there biases that might prejudice provider's evaluation of patient's quality of life?</li> <li>3. What physical, mental, and social deficits is patient likely to experience if treatment succeeds?</li> <li>4. Is patient's present or future condition such that continued life might be judged undesirable by them?</li> <li>5. Any plan and rationale to forgo treatment?</li> <li>6. What plans for comfort and palliative care?</li> </ol>	<p><b>CONTEXTUAL FEATURES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Are there family issues that might influence treatment decisions?</li> <li>2. Are there provider (physicians and nurses) issues that might influence treatment decisions?</li> <li>3. Are there financial and economic factors?</li> <li>4. Are there religious, cultural factors?</li> <li>5. Is there any justification to breach confidentiality?</li> <li>6. Are there problems of allocation of resources?</li> <li>7. What are legal implications of treatment decisions?</li> <li>8. Is clinical research or teaching involved?</li> <li>9. Any provider or institutional conflict of interest?</li> </ol>

#### 4) 沈静 (sedation) や飲食の自発的中止 (ACP-ASIM ガイドライン)

終末期における沈静 (sedation) や飲食の自発的中止に関しては、米国内科学会 (American College of Physician-American Society of Internal Medicine) がガイドラインを発表している。(表2)<sup>9</sup>終末期医療を受ける患者の中には、包括的な医療を受けているにも関わらず、苦痛が増し、死期を早めることを希望する患者もわずかであるが存在する。そのような患者にとって、医療者による自殺補助や安楽死が法律上・倫理上も問題があるため、沈静や飲食の中止が唯一の手段となっていることがあり、本ガイドラインの意義は大きいと思われる。

ガイドライン上、両手段に共通でとくに重要と思われる事項は、①緩和ケアは必ず利用できる状態で、しかしながら現時点での苦痛を十分に取り除くことができない状態であること、②患者に判断能力があり、十分に情報が提供されるべきであること、③家族からの意見や同意もできるだけ得ること、④緩和医療や精神科・心療内科などの専門家からのセカンド・オピニオンを得ること、⑤直接的に患者の診療に関わっている他のスタッフからも意見を求めることを勧めている。判断のできない患者においては、両手段の対応は異なり、沈静に関しては患者が指定した代理人にインフォームド・コンセントをとり、重篤で継続した苦痛の治療のために行うことができる。もしも代理人がいないときには、医療チームのメンバーとコンサルタントの間で、他に治療法がないことを確認しておくことが必要である。飲食 (経口摂取) の中止に関しては、意思疎通がとれなくとも、飲食の希望があり飲食ができる状態であれば、それを中止してはならないとされている。

#### 5) 終末期医療に関する原則 (米国外科学会)

米国外科学会の倫理委員会は 1998 年に終末期医療に関する原則 (Statement on Principles Guiding Care at the End of Life) として、以下のように発表している。<sup>10, 11</sup>

- ・ Respect the dignity of both patient and caregivers.
- ・ Be sensitive to and respectful of the patient's and family's wishes.
- ・ Use the most appropriate measures that are consistent with the choices of the patient or the patient's legal surrogate.
- ・ Ensure alleviation of pain and management of other physical symptoms.
- ・ Recognize, assess, and address psychological, social, and spiritual problems.
- ・ Ensure appropriate continuity of care by the patient's primary and/or specialist physician.
- ・ Provide access to therapies that may realistically be expected to improve the patient's quality of life.

- ・ Provide access to appropriate palliative care and hospice care.
- ・ Respect the patient's right to refuse treatment.
- ・ Recognize the physician's responsibility to forego treatments that are futile.

(出典：Bulletin of the American College of Surgeons 1998;83(4))

#### 6) 透析の拒否や中止 (米国腎臓病学会)

米国腎臓病学会(Renal Physicians Association and American Society of Nephrology)による透析の中止に関するガイドライン (Clinical Practice Guideline on Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis) <sup>12</sup>, <sup>13</sup>には、次のようなプロセスを考慮することが推薦されている。

1. 意思決定を共有する (Shared decision making)
2. 情報提供による納得または拒否 (Informed consent or refusal)
3. 予後の予測 (Estimating prognosis)
4. 対立の解決 (Conflict resolution)
5. 事前指示書 (Advance directives)
6. 透析の中止または漸減・撤退 (Withholding or withdrawing of dialysis)
7. 非腎臓病患者 (Special patient group)
8. 時間制限付きの試行 (Time-limited trial)
9. 緩和ケア (Palliative care)

上記プロセスの中でもとくに参考になるのは第6番目で、このガイドラインによると次の4つの条件下では透析の中止・漸減撤退は適切であろうとされている：

- 意思決定能力のある患者で、十分な説明を受け、自発的な選択を行い、透析を拒否または継続中止を要求したとき
- 意思決定能力がない患者で、以前、口頭もしくは文章で透析を拒否または継続中止を示していたとき
- 意思決定能力がない患者で、適切に指名されていた代理人が透析を拒否または継続中止を示したとき
- 回復の見込みの無い患者で、考え・感情・意図的な態度を示すことができず、自身や周囲の状況について把握できないとき

#### 4. 考察

米国における終末期医療に関わる課題について参考となる情報をレビューした。高齢化と医療技術の進歩によって、死そのものやそれにまつわる医療に対する考え方が変化してきており、RAND 報告書に示されたような終末期における機能分類や治療・ケア

の開始時期等のモデルが終末期医療をシステムとして考える上で参考になると思われた。また、日常診療における具体的なアプローチとして、“臨床倫理の4分割表”、ACP-ASIM の沈静・飲食中止に関するガイドライン、米国腎臓病学会の透析中止に関するガイドラインなどが参考になると思われた。とくに十分なケアと情報が与えられている中で、患者自身の意思・希望の確認が第一であることが重要と思われた。

表2 終末期の沈静 (terminal sedation) と飲食の自発的停止に関するガイドライン  
 出典: Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Ann Intern Med. 2000 Mar 7;132(5):408-14.

Guideline Domain	Terminal Sedation	Voluntary Cessation of Eating and Drinking
Palliative care	Must be available, in place, and unable to adequately relieve current suffering	Must be available, in place, and unable to adequately relieve current suffering
Usual patient characteristics	Severe, immediate, or otherwise unrelievable symptoms (for example, pain, shortness of breath, nausea, vomiting, seizures, delirium) or to prevent severe suffering (for example, suffocation sensation when mechanical ventilation is discontinued)	Persistent, unrelenting, otherwise unrelievable symptoms that are unacceptable to the patient (for example, extreme fatigue, weakness, debility)
Terminal prognosis	Usually days to weeks	Usually weeks to months
Patient informed consent	Patient should be competent and fully informed or noncompetent with severe, otherwise irreversible suffering (clinician should use advance directive or consensus about patient wishes and best interests)	Patient should be competent and fully informed
Family participation in decision	Clinician should strongly encourage input from and consensus of immediate family members	Clinician should strongly encourage input from and consensus of immediate family members
Incompetent patient	Can be used for severe, persistent suffering with the informed consent of the patient's designated proxy and family members. If no surrogate is available, team members and consultants should agree that no other acceptable palliative responses are available	Food and drink (oral food and fluids) must not be withheld from incompetent persons who are willing and able to eat
Second opinion(s)	Should be obtained from an expert in palliative care and a mental health expert (if uncertainty exists about patient's mental capacity)	Should be obtained from an expert in palliative care, a mental health expert, and a specialist in the patient's underlying disease (strongly advised)
Medical staff participation in decision	Input from staff involved in immediate patient care activities is encouraged; physician and staff consent are required for their own participation	Input from staff involved in immediate patient care activities is encouraged; physician and staff consent are required for their own participation

## 参考文献

1. Centers for Disease Control NCfHS. National Vital Statistics Report. October 9 2001;49(12).
2. Centers for Disease Control NCfHS. National Vital Statistics Report. March 21 2002;50(6).
3. Hogan C, Medicare Payment Advisory Commission (U.S.). *Medicare beneficiaries' costs and use of care in the last year of life: final report, May 1, 2000*. Washington, DC: MedPAC; 2000.
4. *U.S. Census 2000*.
5. J. B. Broken and Unsustainable: The Cost of Long-Term Care for Baby Boomers. *Hearing of the U.S. Senate Special Committee on Aging*; 2002.
6. Lynn J, Adamson DM, Rand Corporation. *Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age*. Santa Monica, CA: RAND; 2003.
7. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. Jun 2002;50(6):1108-1112.
8. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 4th edition ed: McGraw-Hill, Inc.; 1998.
9. Quill TE, Byock IR. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med*. Mar 7 2000;132(5):408-414.
10. Statement on principles guiding care at the end of life. *J Palliat Med*. Fall 1998;1(3):213.
11. Statement on principles guiding care at the end of life. *J Am Coll Surg*. Jan 2005;200(1):114.
12. Clinical practice guidelines on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. Renal Physicians Association/American Society of Nephrology Working Group. *J Am Soc Nephrol*. Sep 2000;11(9):2 p following 1788.
13. Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the



appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. The Renal Physicians Association and the American Society of Nephrology. *J Am Soc Nephrol*. Jul 2000;11(7):1340-1342.

## フランスの終末期医療における治療停止に関する立法について

空閑 厚樹

---

### はじめに

フランス元老院 (Sénat) は、2005年4月12日深夜から13日にかけて終末期における治療停止に関する法律案を審議した後、同法案を採択し『患者の権利と終末期に関する法律』が成立した (LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie)。

同法案は、国民議会 (Assemblée nationale) においては全会一致で採択されたものの、元老院では野党社会党、共産党、UDF 中道連合が採決時に退席する中で与党 UMP によって採択された。

同法は「安楽死」を認めず、終末期において積極的な延命治療の制限もしくは停止を認める内容となっている。

同法の規定を1. 終末期において制限もしくは停止しうる医学的処置、2. 終末期における積極的治療の制限もしくは停止の決定過程、の二つの視点から整理し、以下に示す。なお、終末期に関しては「病名にかかわらず、重篤で不治の疾病に罹患し、進行もしくは終末期」(2条、6条、8条、9条) としている。

### 1. 終末期において、制限もしくは停止しうる医学的処置について

- ・ 理性に反する執拗さ (obstination déraisonnable) をもって遂行される予防、検査、治療の行為。(1条)
- ・ 無益、限度を超えたもの、もしくは生命の人工的な維持以外の結果をもたらさないとされる予防、検査、治療の行為。(1条)

### 2. 終末期における積極的治療の制限もしくは停止の決定過程について

#### 1) 情報提供

- ・ 医師が患者の命が縮まる副作用があるかもしれない治療を施す場合は、医師はそのことを患者本人もしくは「信頼しうる人」(両親、親族、主治医など) もしくは家族もしくは親族の一人に知らせなければならない。(2条)

## 2) 決定過程（本人が意思表示できない状態にある場合）

- ・ 医師職業倫理規範によって定められた合議の手続きを尊重し、かつ「信頼しうる人」（両親、親族、主治医など）もしくは家族、そうでなければ近親者の一人、万が一の場合は本人の事前意思を尊重して、治療の制限もしくは停止の決定はなされなければならない。（5条）
- ・ 患者が「信頼しうる人」（両親、親族、主治医など）を指名していた場合、医師によってなされる検査、手術、治療における決定についての「信頼しうる人」の見解は、緊急の場合と不可能な場合を除いて、他の非医療関係者の見解に優先される。ただし本人の事前指示を除く。（8条）
- ・ 医師は無益な、過度の、もしくは人為的に生命延長のみを目的とした治療の制限もしくは停止の決定を下すことができる。ただし、それは医師職業倫理規範合によって定められた合議の手続きを尊重し、かつ「信頼しうる人」（両親、親族、主治医など）もしくは家族、そうでなければ近親者の一人、万が一の場合は本人の事前意思に諮った後に、この決定はなされなければならない。（9条）

## 3) 決定過程（本人の意思表示可能な場合）

- ・ （患者の治療拒否、中断の意思が患者の生命を危険にさらす場合…）担当医は他の医療チームのメンバーに助言を求めることができる。いずれの場合にも患者はしかるべき期間をおいた後にその決定を再度表明しなくてはならない。（4条）
- ・ 終末期の人物がすべての治療の制限もしくは停止を決めた場合、医師はその選択の結果について情報提供した後でその決定を尊重しなければならない。（6条）

## 4) 事前指示（directives anticipées）

- ・ すべての成人は自分の意思を表明できなくなったときのために事前指示書を作成することができる。これは、終末期における治療の制限と停止の条件に関する希望を示すものである。これはいつでも取り消しうる。（7条）
- ・ ある人物の無意識状態になる前3年以内に当該文書が作成された場合、医師はその患者に関する検査、手術もしくは治療のすべての決定についてこれを考慮しなければならない。（7条）

同法は以下の項目についてカルテに記録を残すことを求めている。

- ・ 実施された情報提供の手続きについて（2条）
- ・ 患者の意思表示について（4条、6条）
- ・ 医師の決定について（5条、9条）

また疼痛緩和医療を提供することで終末期の患者の尊厳を擁護し生命の質を確保することを、治療の制限もしくは停止にあたって（1条）、患者本人の意思表示の有（4条、6条）無（9条）にかかわらず、医師に求めている。

### 3. 事例

本法律成立のひとつの契機として、ヴァンサン・アンベール事件 (affaire Vincent Humbert) が挙げられている。自動車事故の後、肢体麻痺となり視覚を失ったヴァンサン・アンベール (2000年事故当時19歳) は、安楽死を認めるようシラク大統領に手紙を書いた。この手紙がメディアで紹介され、安楽死・尊厳死論争が高まった。その後、母親の手を借りてヴァンサン・アンベールの安楽死が実行され (2003年)、この事件をきっかけとして法案作成の準備が始まり本法律が成立した。

しかし成立した法律は安楽死は認めておらず、元老院における議論では、「この法案には自らの最後を決定する権利が欠けている。…死とは死にゆく者自身の事柄であることを医師は受け入れるべき時が来ている。」 (François Autin : ratt. CRC) といった批判や、提出された法案は「医師のために作成されたものであり、医学に最終決定権を与えるものだ」、「自殺は犯罪行為ではない」 (Jean-Pierre Godefroy : 社会党) という批判がなされた。

その一方、安楽死を認めることこそが医師に過度の権力を付与することになるという指摘や、治療目的の医学的介入を停止し疼痛緩和ケアを集中的に行うことによってしばしば死期が早まることがあるので安楽死は不必要であるという理由から、今回の立法は妥当なものであるとの意見もある (Régis Aubry : フランス疼痛緩和協会代表他)。

また、本法律が適用される医療現場では疼痛緩和医療の充実が必要不可欠であるが、現状では人材、薬剤、医療機器ともに不足していると指摘されている。たとえば、2004年時点疼痛緩和病棟において、モルヒネ投与用の機材が5000器不足していると推計されている。

(参考資料)

J. O. no 95 du 23 avril 2005 page 7089, LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Le Monde, *La proposition de la loi sur la fin de vie adoptée après un débat houleux au Sénat*, 14/4/05

Le Monde, *Accompagner la fin de vie*, 29/4/05

L'express, *Le droit de choisir sa fin?*, 11/5/05

Le Figaro, *Soins Palliatifs*, 16-17/4/05

Vincent Humbert, *Je vous demande le droit de mourir* (山本知子訳『僕に死ぬ権利をください』NHK出版)