

200501313A

平成 17 年度
厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業報告書

「終末期医療の質の向上に関する研究」
(17-医療-001)

主任研究者

林 謙治

国立保健医療科学院

平成 18 年 3 月

目次

はじめに	主任研究者 林謙治
1. 終末期医療のあり方を考えるための共通基盤を構築する	林謙治・・・1
資料I 終末期医療の基本方針（富山医科薬科大学）	
資料II 終末期医療に関する指針（川崎協同病院）	
2. 終末期医療の意思決定における検討課題	
1) 法的・倫理的課題	町野朔・・・29
2) 法的・倫理的考察－英国例を参考に－	児玉知子・・・33
3) 日本医師会より（資料提供）	土屋隆・・・41
4) 日本救急医学会における立場と課題	島崎修次・・・47
3. 医療現場の対応	
1) 医療現場のジレンマ：一般病棟における対応	松島英介・・・55
2) 在宅ホスピスにおける死の教育（資料提供）	川越厚・・・57
3) 家族ケア	田村恵子ら・・・73
4. 医療供給体制の現状	
1) 緩和医療の普及状況	児玉知子・・・91
2) 在宅における終末期医療	
－アンケート調査の結果より－	伊藤道哉・・・95
5. 終末期医療のエビデンス	
1) 意思決定のエビデンス－国内資料検索より－	児玉知子・・・107
2) 予後判定のエビデンス	
－終末期に関する生物学的指標と意思決定	
プロセスに関する考察－	有賀悦子・・・123
6. 終末期医療に関する調査（平成15年）再分析	
林謙治、児玉知子、熊川寿郎、角間辰之	
1) 施設別の実態と取り組み、そのI 医師による回答	・・・129
2) 施設別の実態と取り組み、そのII 看護職員による回答	・・・161

研究組織

主任研究者

林 謙治 国立保健医療科学院 次長

分担研究者

児玉知子 国立保健医療科学院政策科学部 主任研究官

研究協力者

作業班

熊川寿郎 国立保健医療科学院経営科学部 主任研究官

中板育美 国立保健医療科学院公衆衛生看護部 主任研究官

水嶋春朔 国立保健医療科学院人材育成部 部長

有賀悦子 国立国際医療センター緩和ケア科 病棟医長

伊藤道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野 講師

研究班

池上直己 慶応義塾大学医学部医療政策管理学教室 教授

角間辰之 久留米大学バイオ統計センター 教授

甲斐克則 早稲田大学大学院法務研究科 教授

川越厚 ホームケアクリニック川越 院長

志真康夫 筑波メディカルセンター病院 診療部長

島崎修次 杏林大学病院 高度救命救急センター長

田村恵子 淀川キリスト教病院看護部ホスピス 主任看護課長

土屋隆 日本医師会 常任理事

町野朔 上智大学法学研究科 教授

松島英介 東京医科歯科大学大学院 心療・緩和医療学分野 助教授

研究協力（施設訪問・情報提供）

池永昌之 淀川キリスト教病院 ホスピス長

内富庸介 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部 部長

岡部健 医療法人社団爽秋会岡部医院 理事長

中保利通 東北大学医学部附属病院緩和医療部 副部長

（五十音順、敬称略）

はじめに

主任研究者 林 謙治

本研究班「終末期医療の質の向上に関する研究」は3年間の計画で平成17年度に開始した。主任研究者は平成16年度に単年度研究として「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」を実施した。したがって、現在進行中の研究は内容的につながりがあるものの別個の研究班である。17年度の研究班の進行中に偶然延命医療中止に関する事件が発生し、多くの方々から照会があったが、研究班としてはあくまで学術的な立場から見解を述べるに止まるむねご理解いただいた。

いずれにしても終末期における延命治療中止・差し控えの問題は尊厳死に係わる倫理的問題であると同時に刑法とのかねあいがあり、議論の多いところである。尊厳死は単に病気が不可逆であるとか、苦痛に耐えられない状況ということのみならず「尊厳」の意味を問うならば個人的価値観そのものを問題にしているという面をおろそかにできない。こうして考えると、「個人の尊厳」は個人が自ら表明することが基本であり、それをやがて家族そして医療側に伝えていく必要がある。なかんずく医療側に伝わるまでは時間がかかることはいわば当然と言わねばならない。したがって、「個人の尊厳」は受け止める側からすれば点としてではなく、むしろプロセスとしての線で理解する必要がある。こうしたアプローチが昨今の議論の文脈から欠落しているという反省が生まれてこよう。延命治療中止・差し控えの問題の解決手段としていきなり行政ガイドラインの作成や立法の推進との主張もあるようだが、「個人の尊厳」をプロセスとして理解しないならばやがて弊害の方が大きく膨らむ危険性を秘めているように思える。

第2に注目したいのはここ十数年来がん疼痛緩和の技術的進歩である。現在の技術では意識覚醒のまま95%のがん疼痛はコントロール可能とされている。残りの5%はSedation（鎮静）によるほかないが意識を保つことが困難である。したがって、尊厳死で挙げられる条件のうち「苦痛に耐えられない状況」は過去に比べ医療環境として大きく変わってきているという事実がある。ここで言う苦痛とは肉体的苦痛に限られていることはすでに名古屋高裁で裁定されたところである。

第3に指摘しておきたいことは本報告書「終末期医療の再分析」の中でも示したように疼痛コントロールはじめ緩和ケア全般の技術、患者への対応、在宅ケアとのネットワークなど終末期患者のケアにおいて緩和ケア病棟は他の施設に比べ断然リードしていることは明らかである。もちろん今後解決すべき問題も多々あるが、技術的な見通しが立つところまできている。以上の状況を鑑みると終末期医療の大きな課題は医療システムとして今後どのように展開し、いかに定着させていくかに掛かっている。その暁には現在抱えている終末期の多くの倫理的問題は医療技術・システムのなかに吸収される可能性が出てくる。

第1章

終末期医療のあり方を考えるための共通基盤を構築する

国立保健医療科学院 林謙治

はじめに

高度医療の進展により、かつて死を免れない状態であっても現在では救命が可能である場合が少なくない。今日疾病の回復がもはや期待できない場合、なかんずく死が月日の単位で予想される終末期においても、医学処置によって生命が人為的に保たれている状態はしばしばみられるようになった。こうした医療のあり方は人間の尊厳を損なうとの主張があり、延命治療の中止や差し控えを求める社会的な動きがある。他方、延命治療の中止や差し控えは倫理的観点あるいは法的観点から容認できないとの意見があり、社会的コンセンサスが得られていない。このような社会環境のなかで、国内において今まで安楽死と関連したいくつかの裁判が争われ、そのなかで延命治療の中止・差し控えに関わる法倫理的条件が提示されたこともあって、近年終末期医療のあり方は大きな注目を浴びている。

国においては平成4年以来、終末期医療のあり方について数回にわたって検討が行われてきており、また、終末期医療に関するマスメディアの報道等により国民の認識はある程度深まりつつあるように見受けられる。さらに、医療体制の整備によって終末期への対応が改善された部分もあるものの全体として今後検討を加えねばならない課題が多く残されている。筆者は平成16年度に厚労省科学特別研究として「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」をタイトルとした研究課題を進めてきており、今までの研究成果を集約してガイドラインの策定の妥当性を検討してきたが、一層精査する必要に迫られ、平成17年から3年計画で「終末期医療の質の向上に関する研究」をタイトルに引き続き調査を実施している。

1. 認識ギャップを埋めるために

終末期医療のあり方を考えるにあたってさまざまな側面が議論の対象になるが、医学的な問題もさることながら医療福祉体制にかかわる問題、法律的な問題、倫理的問題、経済的な問題等が絡み合い、そのうえ文化的な修飾も加わって整理するのは容易ではない。筆者が実地調査を踏まえつつ、終末期医療に関心のある各分野の専門家と意見交換を行うなかでひとつ気になったのは、この性格上、問題のスペクトラムが広いためにやむを得ないところでもあるが、個々の専門家による他分野の事実把握が必ずしも十分でなく、そのための意見の不一致がしばしばみうけられる。時によっては同じく医師であっても働く場によって終末期に対する考え方、対応のしかたに大きな隔たりがあることも珍しくない。したがって、ガイドラインの策定を考え、各分野の専門家の意見を調整するにしてもまず実態を見極め、事実を確認することが欠くことのできない作業である。その中で議論すべき基本的な事項は幾つかあるが、まず、最初に挙げておきたいのは死を迎える場所に関する歴史的な考察である。死を迎える場所は医療サービス、介護サービスの内容や性格を規定するので医療福祉の変遷と現在のあり方と関連して議論する必要がある。つぎに高齢化の進展により医療の役割が Cure を中心とした機能から Care を中心とした機能へ移行しつつあることと関連する。近代医療の黎明期において Care から脱皮して Cure にシフトしたが高齢社会が進むにしたがい再び Care に回帰せざるをえない状況が出現している。Cure から Care への回帰は必然的に医療サービスの提供体制に変化をもたらす。

1) 死亡の場所について

現代社会では病気の治療は病院・診療所等の医療施設で行われ、死にいたる場合でもほとんどは最後の瞬間では病院で迎えることが常態となっている。しかしながら、医療の歴史をふり返ると治療の場あるいは死を迎える場が医療施設となったのはごく最近のことである。

表 1 死亡の場所別にみた年次別死亡(%)

年次 Year		施設内 Hospitalized		施設外 Nonhosp	
		病院 Hospital	その他 Others	自宅 Home	その他 Others
1951	昭和 26 年	9.1	2.6	82.5	5.9
1955	30	12.3	3.2	76.9	7.7
1960	35	18.2	3.8	70.7	7.4
1965	40	24.6	4.0	65.0	6.4
1970	45	32.9	4.6	56.6	5.9
1975	50	41.8	4.9	47.7	5.6
1980	55	52.1	4.9	38.0	5.0
1985	60	63.0	4.3	28.3	4.4
1990	平成 2 年	71.6	3.4	21.7	3.3
1995	7	74.1	4.7	18.3	2.9
2000	12	78.2	5.2	13.9	2.8
2003	15	78.9	5.2	13.0	2.8

人口動態統計より改変

ちなみに日本の場合を例にあげると、表 1 に示したように戦後間もない昭和 26 年(1951 年)においては病院での死亡は全死亡数のわずか 9%を占めるに過ぎず、それに比べ自宅での死亡は圧倒的に多く 83%にものぼる。病院での死亡が 50%を超えたのはそれから 28 年後の昭和 54 年(1979 年)以降であり、さらに 24 年後の平成 15 年(2003 年)に 79%に達し、この間 1985 年(昭和 60 年)まで加速度的に増加したが、その後増加の割合が鈍化してきている。他方自宅での死亡は逆に減少が続き現在(2003 年)では 13%を数えるに過ぎない(1)。

表2 三大死因の病院および自宅における死亡(%)

年次 Year		悪性新生物 Malignant neoplasms		心疾患 Heart diseases		脳血管疾患 Cerebrovascular diseases	
		病院 Hospital	自宅 Home	病院 Hospital	自宅 Home	病院 Hospital	自宅 Home
		1960	昭和 35 年	31.6	63.6	10.6	82.4
1965	40	43.9	51.0	15.1	77.1	10.4	83.7
1970	45	56.6	38.0	22.3	69.3	19.0	75.1
1975	50	70.5	23.9	29.8	60.7	30.2	63.0
1980	55	80.0	14.4	40.2	49.7	44.1	49.0
1985	60	86.4	9.1	52.0	39.2	56	37.5
1990	平成 2 年	90.2	6.4	62.1	31.4	64.6	30.2
1995	7	89.8	7.0	64.8	27.4	69.7	23.2
1999	11	90.4	6.5	66.9	24.9	75.5	16.8
2000	12	91.0	6.0	67.7	24.0	77.1	14.7
2001	13	90.9	6.0	67.9	23.7	77.3	14.1
2002	14	90.7	6.2	68.0	23.9	78.3	13.3
2003	15	91.0	6.0	68.1	23.8	78.9	12.7

人口動態統計より一部改変

昭和 35 年(1960 年)以降の病院での死亡割合を三大死因別にみると悪性腫瘍がもっとも高く、昭和 35 年(1960 年)時点では悪性腫瘍死亡者の 30%以上が病院で死を迎えている。同年の心疾患による病院死亡の割合は 10.6%であり、脳血管疾患では 5.7%、そして全死因では死亡全体の 18.2%であった。悪性腫瘍の病院死亡割合はそれから 20 年後の昭和 55 年(1980 年)までの 5 年ごとの増加率は 10%以上であった。平成 2 年(1990 年)に飽和状態に近い 90%台に達して以来、その割合はほとんど変わらず現在(2003 年)でも 90%台の水準を維持している。これに比べ、心疾患および脳血管疾患の病院死亡割合は未だに増加が続いており、2003 年ではそれぞれ 68%、79%と今後とも伸びる余地があることを示している(表 2)。悪性腫瘍の病院死亡割合が心疾患や脳血管疾患に比べ高率であるのはそれだけ医学的処置が必要であることの証であるが、なかんずく疼痛ケアは自宅では困難とされたものと推察される。

2) 医療の Care から Cure への変遷

近代医学発祥の地であるヨーロッパにおいて19世紀までは疾病の救命率が低く、医療は Cure（治療）よりも Care（看護もしくは介護）に重点を置かざるを得なかった。Cure が期待薄であるために病院に収容されるのは集団としてケアを受けるために入ってくる貧困者であり、旅人であり、傷病兵である。不治の病を抱える患者をケアの対象としている当時の施設の性格から推測されるように、病院の設立は宗教と戦争が深く結びついている(2)。初期の病院は実際修道院の施設の一部として運営されていた。現在観光名所として知られているパリのアンヴァリッド(Invalid：傷痕軍人)は1675年にルイ14世が建てた傷病兵の収容施設であり、当時の施設の性格をよく反映している。アンヴァリッドでは病院のほかに教会や傷病者住宅を併設しており、現在の老健施設や介護施設の機能を彷彿させる。わが国においても事情は似ており、江戸時代に将軍吉宗による小石川療養所の設立があったが、貧困者の療養を目的とした。西洋式の病院導入は幕末ポンペイによるとされている。入院治療の形態が普及するのはずっと後のことである。

20世紀に入るまで、十分な Care を受けるには施設よりもむしろ個人的に看護者を雇うことができる裕福な家庭と家族に囲まれながら静養できる豊かな自然環境が必要とされた。したがって療養の場は自然に家庭が中心になり、治療は医師による往診が主流であった。こうした情景はアメリカの西部劇にもよく描かれている。現代風に言えば在宅ケアである。わが国でも仮に医療保険および介護保険がなければ十分な在宅ケアを受けるには現在でも相当な負担を強いられるに違いない。

以上のことを述べたのは時代における医療の水準と疾病のありようが Cure と Care の重点の置き方を修飾し、病院に入ることと自宅で療養することの意味づけを社会的なコンテクストのなかでわれわれは今一度意識にのぼらせる必要があると感じたからである。近年になって病院を利用するようになったのは病院に疾病の治療が期待できるようになったというのが最大の理由にほかならない。治療水準の飛躍的向上と病院の効率的かつシステムティックな看護とが一体となって近代医療が構築されてきた。他方、核家族化や高齢化などの進展により家庭介護力の著しく低下したため、家族による介護を中心とする在宅治療（療養）が前近代的医療形態としてみなされるようになった。治療が奏効せず不幸にして不治の病であると判明した場合でも臨終を迎える時はやはり病院に滞在することが一般的となった。

近代医学の発達で医療を Care から Cure 中心に転換していった過程で医学教育の内容は必然的に治療に焦点を当てるようになった。近代の医学教育は患者の救命・病氣

の治癒をめざすことが至上の課題と意識されるようになり、医学部・医科大学から巣立った医師はそれを自らの社会的な使命と認識して患者に対応する姿勢をとるようになったのはいわば当然のなりゆきである。それはとりもなおさず、医師は患者の救命・病気の治癒を職責上の成功とし、不治の病は医師としての無力感あるいは医療の敗北と受け止めることとつながる。医師ばかりでなく、社会も医療に対して救命・治癒の役割を期待してきたし、現在においてもさらなる進歩を望んでいることに変わりはない。

3) Cure から Care への回帰

近年でこそ SARS や新型インフルエンザ等の新興感染症が注目を浴びているが、1970 年以前では結核が国民病といわれるように感染症が蔓延した時代があって疾病の構造が現在とはかなり異なっている。高齢社会の到来に伴い慢性疾患がむしろ前景にたつようになり、不治の病が疾病構造のなかで優勢を占めるようになった。不治の病であるからといって直ちに死亡するというわけではないが、治療の目標が治癒ではなく病態のコントロールにある。病状が進行した場合であっても治療の方向はその時の病状にあった病態のコントロールには変わらない。つまり Cure ではなく病状の進行に合わせて治療面とともに看護・介護面も含めて Care への重点的傾斜が病状のあるステージにいたった場合必要になってくる。

ここで1つ重要なことはわが国の人口高齢化のスピードがドイツやイタリアと並んで先進諸国のなかでもっとも速い部類に入るという事実である。また、医療サービス提供体制は世界でもっとも充実した枠組みが構築されてきた。それだけに新しい時代に適合する医療福祉体系、法体系など社会体制そのものの再構築に大きなエネルギーが必要になり、そして終末期医療問題に象徴されるような医療のあり方が問われるようになったが、終末期医療問題は実は単なる医療問題ではなくより多次元の社会問題を内包している問題と言えよう。

2. 終末期における医療

平成16年度「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)において、各組織・団体による終末期の定義を紹介した。

1) 医療の立場からみた終末期の定義を構成する基本要素

医療の立場からすると、終末期の定義は基本的には「病態進行の可逆性」に対する判断と「余命」の予測という2つの要素にもとづいている。「病態進行の可逆性」は第一に根治治療を継続するかどうかに関わる問題であり、治療に対する反応をもって医学的に判断される。第二に根治治療を断念せざるをえない状況のなかでQOLをどれだけ高めることができるかという問題に焦点が絞られる。第2の要素である余命を科学的に予測することは必ずしも容易ではないようである。その理由は死亡にいたるまでの病態生理学的根拠の蓄積が十分でないことにもよるが、死亡にいたるまでの過程で多くの医学的介入が行われるために予測がますます困難になるということと関連する。

研究班のメンバーの経験によれば、例えばがん患者の場合余命1ヶ月以内の予測はおおよそ可能であるとしている。看護の立場ではADLの観察から週単位の予測が可能だとしている。がん患者の余命判定が重要なのは根治治療よりは緩和ケアを中心とする意思決定の分岐点をどう設定するかということと関連する。ここで誤解してならないのは「緩和ケアを中心」という意味は医学的介入を中止するというのではなく、QOLを最大限に高めるトータルケアに全力を尽くすという意味である。この時期は患者および家族にとって延命治療の中止・差し控えが念頭に浮かぶ可能性のある時期という意味でも重要である。

2) 終末期の医療サービス提供体制

冒頭で述べたように、死亡の場所にみる限り現在では病院での死亡は圧倒的に多い。ただし、疾患別(2003年)にみると、悪性新生物の病院死亡は91%ついで脳血管疾患が79%、そして心疾患がもっとも低く68%であり、逆に心疾患の自宅死亡が24%と3疾患のうちでもっとも高い(表2)。このように疾患によってバリエーションがみられるばかりでなく、病態管理がうまくいっている場合には一旦退院して通院・自宅療養という形態もあり、あるいは病態が固定化して老健施設等に移る場合も当然ありうる。したがって、病院死亡が圧倒的に多いからといって発病してから死亡にいたるまで継続して病院に入院しているとは限らないし、医療保険による在院期間の制限もあるので同じ患者が一カ所に止まることは少ないと思われる。終末期の定義にもよるがラスト・ステージのみに限定するならば終末期は圧倒的に病院で迎えることに違いない。ただ、医療は本来連続したものでなければならぬはずであり、とくに終末期の倫理的な問題を語るときに医療の連続性が大きく影響することがある。

2004年の人口動態統計によれば、全死亡者数は102万人であり、うちがん死亡者数は32万人と全体の31%、心疾患は16万人で16%を占め、脳血管疾患は13万人で13%を占めており、3大死因で全体の60%に達する。先に述べたようにがんの病院死亡が最も高いが、その理由の1つとして疼痛のコントロールが関連しているように思われる。実際がんへの医療提供は一般病院以外に緩和ケア病棟が設置されていることが特徴的である。

一般病院が緩和ケア機能を持っていることをうたうには日本医療機能評価機構の認定を受ける必要がある。2002年より緩和ケアに関連する診療報酬と評価機構の認定が関連づけられた。2006年現在、全国の全病院数9077のうち認定された病院数は1956であり、約22%である。緩和ケア病棟は施設基準と人員配置基準を満たすことが要求され、2005年10月現在では全国で151施設2846ベッドが認定されており、そのうち大学付属病院は5施設である(3)。緩和ケア病棟の診療報酬は包括払いであり、日額3万7千5百円と定額制である。在宅ホスピスケアを運営している診療所は日本在宅ホスピス協会によれば559カ所となっており、全診療所数(平成15年、96050施設)の0.58%にあたる。費用面については医療の面では医療保険、日常生活の面では介護保険によってまかなわれている。そのほか老健施設等で最後を迎えることもある。

以上の類型から見てわかるようにすべての病院で緩和ケア機能が充実しているわけではなく、また、一般病院は基本的性格として治療機能の充実が求められていることはいうまでもない。緩和ケア病棟は病院に付設されている場合と独立している場合との2通りあるが、最近施設数・病床数の増加は著しいものの絶対数は少ない。施設は医療のための空間のみならず生活空間も大きなウェイトが置かれているので日々の生活スタイルはおのずと一般病院と異なる。在宅ホスピスはあくまでも日常生活を中心とするいわば「癒しの治療」を目指すものであり、患者の条件の許す限り自由な行動が可能である。これについても運営のノウハウが一般診療所と異なる面が多く、普及しているとは言い難い。

がんが最大の死因という実態があるので緩和ケアとの関連でもう少し詳しく述べたい。本来緩和ケアはがんに限らずすべての疾病に対して必要とされる時期に適用されるべきであり、また、身体的疼痛のみならずあらゆる苦痛に対するケア(Total care)として考えることができる。これらの医療提供体制の違いにより終末期の患者への対応もしくは重点の置き方が異なってくるのは当然である。したがって医療側が提供するサービスが患者側の求めるものとなるべく一致することが望ましい。そのためには医療—患者間の相互理解が第一歩となる。終末期の倫理問題のジレンマは少なからず医療—患者間の相互理解によって解消されると思われる。

3. 終末期医療の倫理的・法的問題

患者の病態はどのような状況であれ、医療の役割は患者の QOL を少しでも高めることを目的としている。しかしながら、終末期にある患者本人もしくは家族が延命治療の中止あるいは差し控えを医療側に求めることがある。

1) 裁判所の判決による安楽死・尊厳死の要件

わが国の今までの裁判では薬物注射等の積極的手段により死に至らしめている場合（安楽死）有罪判決が下されている。横浜地裁が「東海大安楽死事件」の判決において安楽死が合法となりうる4要件を示した。すなわち①肉体的に耐え難い苦痛②死期が迫っている③苦痛を和らげる他の方法がない④患者の明らかな意思表示尊厳死の4要件である。そもそも安楽死は法的に認められていないのでこれらの要件は判決における傍証に過ぎず、そういう意味では論理的にこれらの要件は必要条件であっても十分条件を同時に満たしているとは言い難い。一方、人工呼吸器の取り外しにより死に至らしめた場合で有罪とされるのは本人もしくは家族の同意が得られたことが確認できないケースである。ところが最近家族の同意が得られたと思われるようなケースがある。

人工呼吸器の取り外しについては横浜地裁が先に示した4要件とは別に尊厳死3要件の中で示されていることが注目されている。それらは①死が不可避な末期状態にあり②家族による推定も含む患者の意思表示が認められ③自然の死を迎えさせる目的に沿うという3要件が満たされるならば延命治療の中止がみとめられ、人工呼吸器の取り外しは治療中止の行為に含まれるという解釈になっている。最近問題となった富山県射水市民病院の人工呼吸器の取り外しの7ケースについては診療記録に「家族の同意が得られた」という記載があるが、その信憑性の有無が捜査の焦点となっていると報道されている。

2) ガイドライン作成の妥当性をどう考えるか

現在のところ安楽死を是認する動きはみられないが、尊厳死の法制化や医療ガイドラインの作成を求める声がでてきている。本研究班では医療ガイドライン作成の妥当性を含めて検討しているところであるが、核となる問題点は尊厳死がどのような条件のもとで倫理的であり、合法的であるかということにつきる。確かに横浜地裁が「東海大安楽死事件」の判決において尊厳死の要件が示されているが、法的枠組みが必ずしも明確でないなかで、ガイドラインは司法判断を超える立場を取ることが困難ではあるまいか。その裏返しとして、将来起こるかも知れないケースについて合法性の有無を

予見することができない以上、ガイドラインは決して違法阻却性を保証するものではないというのは無理の主張であろうか。

延命治療中止・差し控えを仮に積極的に肯定するには患者の人権を保護する意思決定に関する何らかの法的枠組みが必要であると考えている。意思決定については稲葉一人氏が整理した問題点が参考になると思われるので引用する(4)。

1. 「本人から事前指示書ないし口頭で一定の状態になれば延命治療中止の要望が表明された場合、これに従うこと」は倫理的、法的か。
 - 1-2 延命を求めない本人の事前意思に反して、家族が延命治療を求めた場合はどうか。家族内で意見が不一致の場合はどうか。
2. 「事前に本人の意思確認ができず、家族らが延命治療を拒否したとき、本人の意思を代行したとしてこれに従い、治療方針を決定すること」は倫理的、法的といえるか。
 - 2-2 家族内の意見が一致しなかった場合はどうか。
3. 未成年者の親権者ないし未成年者後見人の場合はどうか。
4. 成年後見人・任意後見人にはどのような権限があるか。

以上の問題提起に対し、第1項は自己決定権に関する問題である。自己決定権の起源は自然権の中核をなす生存権の主張に由来するものであり、社会契約論的思考から保証されるようになった権利であるが、死の権利として普遍的に議論されてきたわけではないところが論点となろう。第1項の2および第2項は本人の意思表示の優位性をどう位置づけるかの問題である。仮に本人の意思決定を絶対優位と認めるならば、安楽死やその他の愚行権も認めることになる。逆に共同体主義の立場にたてば、個人の自由よりも社会のコンセンサスが優先され、したがって社会の最小単位である家族の意見は尊重されなければならないことになる。第3項は未成年者の意思決定が可能とみなされる年齢区分をどうするかの問題である。これについては15歳以上が適当とする意見があり、また、新生児のような場合保護者(両親)の同意というよりも「話し合いのガイドライン」(5)を提唱している研究がある。第4項については成年後見制に関する権限の範囲に対する問いかけである。成年後見制は現在のところ当該者の意思決定が困難な場合代理権者の権限は経済的問題にのみに限定されており、医療行為についての代理決定権を持たない。これに対し医療行為も含むべきとする法的整備を求める動きがある(6)。

4. 終わりに

今まで述べたように、尊厳死と関連して延命治療中止・差し控え問題にいかに対応するかについてクリアしなければならない問題が多い。このなかに倫理観・生命観に係わる事項が少なくないだけに専門家の間のみならず国民の間でも異なる意見が存在することは確かである。個人的な意見であるが、仮にガイドラインを作るにしても法的整備がまったく必要がないということにはならないと考える。立法でなくとも例えば尊厳死を希望する書面を受け付ける司法の窓口（例えば家裁）を設けることも一案である。

参考までに、がんに限定しているが現在のところインターネット上公開されている終末期医療に関するガイドラインの1つとして富山医科薬科大学のものがある(7) (資料1)。同ガイドラインでは延命処置を拒否する意思表示については意思決定能力のある患者のみに限定し、他の者は代行できないとしている。川崎協同病院もインターネットに終末期医療に関する指針（ガイドライン）を公開している(8) (資料2)。同指針では一定条件を満たす難治性疾患を対象にしており、人工呼吸器は患者が希望してもとりはずすことを禁じている。今後多くの医療機関からの公開が期待される。

法学者からの提案では甲斐克則氏によるものが発表されているので以下引用し紹介したい(9)。本ガイドラインでは疾病の種類を限定していない。

- 1) 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として患者の現実の意思表示または事前の意思表示（2年以内のもの）を中心に考えるべきである。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて予後が絶望的な場合にかぎり、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。
- 2) 患者の事前の意思表示については、書面（リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ）のみならず多様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族および担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認することを要する）。
- 3) 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療ならびに中断の時期については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである。

- 4) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、家族等の近親者に十分な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。
- 5) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として栄養分・水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することが望ましい。その際、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。

確かに延命治療中止・差し控えは倫理的・法的に検討すべき課題ではあるが、近年医療の進歩により緩和ケアの技術が向上してきており、かつて耐え難い苦痛に悩むケースは今後減少することが期待される。また、緩和ケア病棟ではトータルケアをめざす立場上、入院前のコンサルテーションが充実してきており、表3に示したように病名告知などのインフォームド・コンセントが今後一層の努力が期待されるとしてもそれ以外の施設に比べ進んでいるようにみうけられる(10)。

表3 あなた(医師)は病名や病気の見通しについて、患者や家族が納得のいく説明ができていると 考えていますか。(○は1つ)

	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床	療養病床	その他	
できている	94 22.1%	27 34.6%	106 20.0%	24 13.1%	16 21.1%	267
ある程度 できている	267 62.8%	48 61.5%	357 67.4%	134 73.2%	50 65.8%	856
できていない	15 3.5%	2 2.7%	19 4.0%	6 3.3%	1 1.3%	43
わからない	49 11.5%	1 1.3%	48 9.1%	19 10.4%	9 11.8%	126
合計	425	78	530	183	76	1292

平成16年厚労省終末期医療に関する調査(再集計)

実際、研究班が訪問調査した限りでは、根治治療を行わないことや最後の瞬間には蘇生せず、自然の死をみとるなどかなり日常的に行われているようにみうけられた。まだ少数であるが、在宅緩和ケアを施行しながら死を看取るということも技術的に困難でなくなってきた。多くの人が可能であれば自宅で死を迎えることを希望している。このような医療サービス提供体制がさらに普及すれば医療側と患者側のコミュ

ニケーションが一層好ましい方向に進むことが期待され、多くの倫理的や法的ジレンマはこうした医療環境のなかに自ずと吸収されてしまうと思われる。最近発表された日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会による「ふたたび終末期医療について」のなかでも在宅ケアの一層の推進が提唱されている(11)。冒頭で「死亡の場所について」で多くの紙面を割いたのは尊厳死を倫理的・法的問題のみに集約するのは適切でないと考えたからである。

参考文献

1. 厚生労働省統計情報部：人口動態統計、1951・2003年
2. Raffel MW, Raffel NK: History of Hospitals, p127・150, The U.S. Health System (3rd ed.), Delmar Publishers Inc. Albany, 1989
3. 日本ホスピス緩和ケア協会：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>
4. 稲葉一人：医療における意思決定—終末期における患者・家族・代理人—、雑誌「医療・生命と倫理・社会」2(2), p.34・51,2003 (オンライン版)
5. 船戸正久：重症障害新生児医療のガイドライン作成のための基礎的研究、分担研究 (厚生労働省・成育医療研究委託事業、NICUにおける緩和的ケア：主任研究者 田村雅則)
6. 日本弁護士連合会：成年後見制度に関する改善提言、2005年5月6日
7. 富山医科薬科大学倫理委員会：
<http://www.toyama-mpu.jp/hp/hospital/TERMA.HTML> 終末期医療の基本方針、平成9年5月6日
8. 川崎協同病院：終末期医療に関する指針、
<http://www.kyodo-dr.com/introduction/p9.html>
9. 甲斐克則：終末期医療・尊厳死と医師の刑事事件—川崎共同病院事件第1審判決に寄せて、ジュリスト No.1293, 2005
10. 厚生労働省医政局総務課：終末期医療に関する調査 (再分析分) 平成16年
11. 日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会：「ふたたび終末期医療について」平成18年2月

資料 I

終末期医療の基本方針

富山医科薬科大学倫理委員会承認(平成9年5月6日)

近年の生命維持治療の長足な進歩に伴って、終末期医療のあり方が問われている。患者が生きている限り最後まであらゆる可能な治療を施すことは医療人として当然の責務であると思われる。しかし、延命治療の進歩はかつて存在しなかった生と死に関する複雑な問題を提起するに至っている。一方、現代社会は多様な道徳的感情や信念が存在し、個人によって考え方が異なる事を認識していなければならない。さらに、現代社会では、自らの考え方に基づいて自らのことを決定するという自己決定権が尊重されるようになった。

ここに、人命の尊重と患者の意思の尊重という二つの観点から、適切な終末期医療が行なわれることを目的として、この基本方針を策定する。

1. 基本精神

患者と医療従事者の相互理解に基づいて、患者の自己決定権を尊重した医療を行う。患者が不治かつ末期の状態にあつて過剰な延命処置を望まない場合、その意思に基づき、それを尊重して処置を行う。

2. 定義

「不治かつ末期の状態」とは、合理的な医学上の判断で不治と認められ、延命処置が単に死期を延長するに過ぎない状態を言う。当面は、明確に診断された悪性腫瘍を対象を限定する。また、「過剰な延命処置」とは、その処置によって患者が治癒に向かわずに、単に死期を延長するに過ぎない処置を言い、苦痛緩和のための処置は含まない。

なお、患者が「不治かつ末期の状態にある」ことは、主治医を除く複数の医師によって確認される必要があり、これを診療録に明記する。

3. 人員と施設

終末期の患者への対応は、主として担当医と看護婦(士)のチーム編成で行うが、必要に応じて、麻酔科医、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー(MSW)、心理の専門家、そして、

ときには宗教家等も参加したチームを編成する。また、患者側と医療側、あるいは患者と家族が十分な話し合いを持つための適切な面接場所を確保する。

4. 延命処置を拒否する意思の表示

これは、不治かつ末期の状態となった意思決定能力のある患者が、何らかの方法によって延命処置の拒否を申し出た場合をいい、この意思決定権は、他の者が代行できない。

18歳未満の患者は、意思決定能力がない者として対象から除外する。

5. Living Will を所持している患者への対応

本来は、Living Will を所持しているかいないかにとらわれることなく、患者にとって最も望ましい対応をしなければならない。ただし、患者が Living Will を提出しているときには、その要求の内容を十分に把握して対処しなければならない。

内容の把握に当たっては、必要に応じて上記の専門職者を加えたチーム編成で対応する。

なお、Living Will とは、日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書」、あるいは、これに準ずるものを指し、本人の署名捺印のあるものをいう。

6. インフォームド・コンセント

病状に応じて変化する治療内容を、その都度適切に説明し、同意を得、これを診療録に記載しておく。悪性腫瘍の場合、告知が問題になるが、必要に応じて前記の専門職者を加えた診療チーム内で話し合い、最も適当と思われる対応を選択する。

7. 治療方法の選択について

終末期の患者が過剰な延命治療の拒否を申し出ているときには、これを尊重して治療を実施する。治療方法の選択に当たっては、チーム内で十分な協議を行い、患者および家族の同意を得た上で、最も自然と思われる方法を選択する。

なお、蘇生術を行わない(DNR)方針についての取り決めは、事前に明確にし、診療録に記載しておく。治療方法の選択および蘇生術を行わない方針についての責任者は、主治医とする。