

8. 苦痛緩和について

終末期の患者が最もして欲しいことは、苦痛緩和であり、その解消のために最大限の努力をする。疼痛緩和処置は、「富山医科薬科大学疼痛緩和治療マニュアル」に基づいて行う。

9. 積極的安楽死について

直接に患者の生命を終わらせる技術を当院では用いない。

10. 必要に応じて、患者は別紙様式1及び別紙様式2に、医療側は別紙様式3にそれぞれ必要事項を記入し、保存する。

11. この方針を遂行するに当たって、倫理委員会の判断が求められた場合には、倫理委員会を開いて検討し、結論を意見として述べる。主治医は、これを参考として対処する。

12. この方針については、随時見直しを行い、その時点の状況に最も適合するものに改定していく

備考

1. チーム編成で述べた担当医および看護婦(士)の人数は、それぞれ3人程度とし、チームの責任者は主治医とする。

2. DNR方針の決定に当たっては、「家族を含めた本人の事前の意思があること、医学的判断から適切と考えられること 及び医療側と患者・家族側の意見の一致が見られること」を規準とし、患者及び家族側から変更の申出があれば、これに従うものとする。

3. 基本方針の実施に当たって、Q&Aを作成して添付する。Q&Aは、必要に応じて追加する。

4. 18歳未満の患者であっても、本人の理解力に応じて疾患についての説明を当然行うものとする。

5. この「終末期医療の基本方針」及び「富山医科薬科大学疼痛緩和治療マニュアル」は、院内ネットワークでアクセスできる。

*** 終末期医療の基本方針に関するQ&A ***

Q:ここで言う「患者さんの自己決定権を尊重した医療」とは、具体的にはどのようなことを指すのですか。

A:患者さん自身が自分の死のあり方を考えたり、また、日本尊厳死協会の運動なども起こっています。医療側としては、このような患者さんの要求を十分に理解して治療を行う必要があります。しかし、医療側にとって、患者さんがそのように要求するから といって、短絡的にそのとおりの処置を行うわけにも行きません。延命治療を全く行わないことや、抗癌剤の投与及び放射線治療を全て止めてしまうことが必ずしも患者さんのためになるとは限りません。栄養補給が必ずしも過剰な延命治療と言えない場合もあるし、水分補給のための輸液を延命治療としないという考え方もあります。

「過剰な延命治療の拒否」を申し出ている患者さんや「Living Will」を提出している患者さんをそのような意思表示のない患者さんと差別して対応したりすることも誤りです。

一方、「死」は患者さん個人の問題だけではありません。患者さんの死は家族にとっての問題であり、また、場合によっては、もっと広く患者さんを取り囲む社会の問題でもあります。これらの問題を解決するためには、終末期から死に至る全経過を通じて、当事者間の十分な話し合いが必要です。そして、その相互理解に基づいて、患者さんが医療内容を選択するということが「患者さんの自己決定権を尊重した医療」です。

Q:この基本方針では、対象を悪性腫瘍に限定していますが、それは何故ですか。

A:「不治かつ末期の状態」と判断できる疾患は、現在のところ悪性腫瘍に限られるからです。その他の疾患では、効果が期待できる治療方法が皆無であるとは言えなかったり、治療によって病状が好転したりすることがあるので、末期であると判断することが困難であるためです。

Q:どうしたら円滑なチーム医療を行うことが出来るでしょうか。

A:通常は担当医と看護婦(士)で相談すればよいわけですが、場合によっては、このメンバーでは解決できない問題が起こってくる場合があります。そのときは、必要に応じて専門職者の参加が必要になります。ただし、このような専門職者は、現状では人材難のため簡単に話し合いに参加できない場合もあります。いずれにしても、患者さんのプライバシーに配慮して、多くの人の意見を取り入れるよう心掛けてください。チームの話し合いで最も大切なことは、構成員が情報を共有して、率直かつ十分な議論をすることです。偉い先生の一声で方針が

決定するという事は好ましくありません。看護婦長が司会をすることで円滑な話し合いができていくという例があります。ただし、チームの話し合いの決定事項についての最終責任は、主治医にあります。

Q: チームの中で話し合いを行ったが、なお問題の解決ができない場合にはどうしたらよいでしょうか？

A: 議論の経緯と問題点を明記した書類を作成して、倫理委員会委員長(病院長)に提出してください。倫理委員会で適切な対応を考え、意見を述べます。

Q: チームが話し合いをする場所、患者さん側と医療側が話し合う場所及び患者さんと家族が話し合いを持つ場所等の確保はどうしたら良いでしょうか。

A: 残念ながら、当院の病室には、これらのための専用の場所が確保されていません。しかし、医療側が話し合う場所はカンファレンス室等を有効に利用することで解決し、また、終末期の患者さんは出来るだけ個室を使うように工夫してください。最初から、場所がないから駄目だというのではなく、現在の状況のなかでできるだけ問題を解決する努力をしてください。また現状で解決できる問題も含まれています。病院長に相談してください。

Q: チームを編成して終末期の患者さんに対応するとき、宗教家がチームに加わる必要とされるのはどんな場合でしょうか。

A: 患者さん本人の宗教的必要性が強い場合です。死に直面した患者さんが不安の中で、心の平和を獲得するために宗教力を必要とするとき、スタッフは、患者さんの望みに応じられるように努力することが大切です。ただし、宗教家のチームへの参加は、患者さん及び家族に対して布教活動をしなないという条件付きでなければなりません。

Q: 「延命治療」というのは、どのような治療を指すのですか。

A: 人工呼吸器や心電図モニターを装着し、静脈に輸液や栄養補給のためのチューブを挿入するなどの生命維持装置を体中に施す医療技術が開発され、このような医療技術が生まれる前なら助からなかった命が救われています。最初は、治療上の必要があつてこのような生命維持装置を付けるわけですが、有効とされる治療方法の効果が医学的に期待できないと判断される時期においても、その生命維持装置を外すことができない状態が生まれます。体中にたくさんのチューブが張り巡らされている状態をスパゲティにたとえて、「スパゲティ症候群」と呼び、過剰な医療の象徴とみなされる風潮も出てきています。

終末期の患者さんは、必ずしも人工呼吸器を装着されているわけではありませんが、輸液や栄養補給のためのチューブが静脈に挿入されていたり、場合によっては、必要がないと考えられる心電図モニターが装着されています。助けることができない患者さんにこのような治療を延々と続け、患者さんに大きな負担と犠牲を強いる医療を「過剰(無駄)な延命治療」と呼んでいます。

Q: 無駄な延命治療の中止は、どのような条件下に許容されていますか。

A: 「東海大学の安楽死事件」の判決文において、横浜地方裁判所は

- 1 患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にあることが、先ず必要である。
- 2 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。
- 3 治療行為の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、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、全てが対象となつてよいと考えられる。しかし、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。

という判断を示している。しかし、実際には、個々の事例についての数多くの議論が必要でしょう。

Q: 「尊厳死」とは、どの様に定義されていますか。

A: 一般的には、「回復不能な終末期の患者さんに、本人の意思に基づいて、無駄な延命治療を停止して、苦痛の緩和を図りながら自然で安らかな死を迎えてもらう」という意味で用いられています。ただし、欧米諸国では、このような場合に「尊厳死」という呼称は殆ど使用され

ていません。それというのも、この呼び方には誤解を招きやすい側面があると指摘されているからです。欧米では、それを「自然死」と呼んだり、単に「延命治療の停止」と呼ぶのが一般的です。

Q: Living Will とは、いったい何ですか。

A: Living Will とは、そのまま翻訳すれば、「生前発行の遺言書」です。即ち、本人が死亡する前に効力を発揮する遺言書のことを意味します。日本尊厳死協会は、これを「尊厳死の宣言書」と呼んでいます。判断能力が明確にあるとき(通常は健康時)に、予め自分の終末期のあり様に関する希望を述べておくもので、これがあれば、終末期に、例え判断能力を喪失しても、本人の意思に沿ったあり方の選択が可能になります。米国では多数の州が法律によって Living Will に法的効力を付与しています。しかし、Living Will の難点も指摘されています。つまり、健康時と終末期では人間の気持ちや願望に変化が生じることが考えられるからです。そのために、Living Will の有効期限を区切ったり、更新したりする等の工夫も米国ではなされています。

Q: 医療スタッフが患者さんや家族から「延命治療を拒否する」という内容の申出、あるいは、尊厳死について相談を受けたり、また Living Will を提出されたりしたときには、どうしたらよいでしょうか。

A: 先ず、患者さんや家族とよく話し合っ、て、どういう考えなのかを聞くことが大切です。一時的な感情で死にたいというのか、どのような治療内容を望んでいるのか、また、何故 Living Will を所持するようになったのか等について、具体的に聞いてください。いずれにせよ上司に報告してください。上司とは、看護婦では当該病棟の婦長、医師ならば指導医→チームリーダー→病棟医長→診療科長の順位を指します。相談を受けた個人が自分の考えで行動したり、相談を受けた個人の意見に従って患者さんが行動を起こすこと等がないようにしてください。このことに関しては、必ず前記のチームを作って対応してください。患者さんが抱えている問題のなかには、医師と看護婦だけで解決できないものも含まれています。そのときには、前記の専門職者が参加して問題の解決に当たるとよいでしょう。

Q: 別紙様式1の「過剰な延命治療拒否の申出」、及び別紙様式2の「蘇生術を行わない要望書」に記載されている家族代表者とは、どのような人を指すのですか。

A: 診療経過の中で行われる患者・家族との話し合いにおいて、家族を代表する人を決定していただきます。もしも、家族がいないときには、空欄にしておいてください。

Q: 延命処置を拒否する意思の表示の項に「意思決定能力がある患者」と定められていますが、患者の意思決定能力が低下したために、この基本方針の対象となるか否かの判断

に苦しむようなケース、あるいは、意思決定能力のない患者や未成年の患者について延命処置の停止が問題になるようなケースが出た場合にはどうしたらよいでしょうか。

A: その状況と問題点を明記した書類を作成して、倫理委員会委員長(病院長)に提出してください。倫理委員会で判断して、意見を述べます。

Q: 告知の問題をどのように取り扱ったらよいでしょうか。

A: できるだけ告知をして医療を行う方がよい結果を生むとされています。ただし、事前に患者さんの性格をよく知った上で、状況に応じて適切な言葉を選ぶ必要があります。

このとき、家族にだけ話して、患者さん本人には何も話さないのは、後に問題が生じやすいとされています。また、告知をした後に患者さんの様子に特に注意し、十分な援助がなければならないことは言うまでもありません。いずれにしても、前述のスタッフチームで上記のことを十分に話し合っ、告知に関する方針を決定します。また、延命治療の拒否を認める場合には、原則として、既に告知がなされていなければなりません、告知のあり方との関連において、議論を深めなければなりません。

Q: 蘇生術を行わない(DNR; Do not resuscitate)方針とはどういうことですか？

A: 終末期医療における蘇生術は過剰な延命治療の一つです。しかし、診療全般について、予め自身の意思を表明する「過剰な延命治療拒否の申出」と、死直前・直後の「蘇生術を行わない要望」は、別のもので考えてください。

蘇生術とは、一般的に気道狭窄・閉塞に対する気道の確保、呼吸停止に対する用手・機械的人工呼吸及び心臓マッサージを指します。血圧を維持するための過度な輸液や強心剤の投与、形式的な心腔内への強心薬の注入も終末期の蘇生術に当たります。なお、死の直前・直後には、家族が直視できない死前喘鳴やあえぎ呼吸が見られる場合があります。疼痛緩和マニュアルにはその対処が書いてありますので、参考にしてください。

Q: 疼痛緩和治療マニュアルの使用について心掛けておくことは、どのようなことでしょうか。

A: 終末期医療の中心は、苦痛の緩和であり、その中で最も有効とされる治療が疼痛緩和治療です。疼痛緩和を上手に行うことによって、患者さんの生活の質(QOL)が著しく向上します。現在、麻薬の使用量が担当医師によってまちまちであったり、適切な技術が使われていなかったりすることが指摘されています。このマニュアルを参考に治療計画を立ててください。また、症例検討の際に、どのような疼痛緩和を行ったかを示して、勉強会を持つのも良い方法でしょう。

Q: 診療録の記載に関して留意しておくことは何でしょうか。

A: チームで話し合った内容、患者さんあるいは家族に対する説明の内容、告知の際の状況、患者さんの要望及び蘇生術を行わない(DNR)方針の取り決め等について、一括して別の記録欄を設け、その都度整理して記録して置くといでしょう。記録の責任者は主治医とします。

チームの構成メンバーの変更があった場合に、整理された記録を一覧することによって、新しい担当者がこれまでの経緯を明瞭に理解できるし、整理された記録は、不当な医事紛争を避けることにも役立ちます。

Q: 積極的安楽死とか尊厳死とか言う用語についての正確な知識やこのような問題に関する見解などが欲しい場合には、どうしたらよいでしょうか。

A: 庶務課(内線 2037)に資料が用意してありますので、参考にしてください。また、このようなこと扱った多くの書物が出版されていますので、それらを参考にするとよいでしょう。末尾に参考文献を紹介しておきました。

(別紙様式1)

富山医科薬科大学附属病院長 殿

過剰な延命治療拒否の申出

私は、現在の私自身の病状を十分に認識し、家族とも話し合っ、本日、過剰な延命治療を拒否する申出をいたします。

平成 年 月 日

患者氏名 印

家族代表者氏名 印

(患者との続柄)

(別紙様式2)

富山医科薬科大学附属病院長 殿

蘇生術を行わない要望書

私は、現在の病状を十分に認識し、家族とも話し合っ、本日、私についての蘇生術が行われることがないよう要望いたします。

平成 年 月 日

患者氏名 印

家族代表者氏名 印

(患者との続柄)

(別紙様式3)

延命治療拒否の記録

1. 過剰な延命処置の拒否について

ア. 最初に「過剰な延命治療の拒否」の申出を聞いた年月日

イ. 報告の経路(最初の報告者に○印を付ける)

医師: → → →

看護婦: → →

ウ. 手段(相当するものにx印を付ける)

Living Will あるいはこれに準じる書面 その他の書面 口頭による訴え

2. 不治かつ末期であることの診断

患者 は、病名 病期

であって、不治かつ末期の状態であることを診断する。

平成 年 月 日

医師氏名 医師氏名

3. 蘇生術を行わない(DNR)方針についての取り決め

患者に対する説明担当者 主治医氏名

*** 終末期医療の基本方針に関する文献一覧 ***

1. 死と医療特別委員会報告-尊厳死について、日本学術会議・死と医療特別委員会 pp1-6
2. 「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告、日本医師会雑誌第107巻第7pp1209-1217
3. 尊厳死について 植松 正、第5回大学医学部・医科大学倫理委員会連絡懇談会 pp41-45
4. 終末期をめぐる諸問題、第8回大学医学部・医科大学倫理委員会連絡懇談会、pp54-80
5. 終末期医療における法と倫理、唄 孝一、第14回大学医学部・医科大学倫理委員会連絡懇談会
6. 尊厳死とその法理 植松 正 Geriat. Med. 29:1273-1276, 1991
7. 「蘇生術を施さず」の指示に対する家族の同意・病院の方針を再考する JAMA(日本語版)1991年6月号 pp108-113

8. 安楽死・尊厳死運動のアメリカの現状と日本尊厳死協会の課題 沖 種郎
ターミナルケア 3: 190-194, 1993
9. 尊厳死への道とその限界 石原 明 ターミナルケア Vol2(11), 1992Nov. 709-713
10. 尊厳死思想の問題点 澤田愛子 朝日新聞 1994/11/21 付け「論談」
11. 命の終端における医療の決定について カール・E・シュナイダー ジュリスト
1995.10.1(No.1076) pp130-136
12. 延命治療 適切な実施のためのモデルの提唱 JAMA(日本語版)1995年8月号
pp91-98 13 .自殺幫助に医学界は慎重な態度 JAMA(日本語版)1995年3月号 pp27-29
14. 尊厳死と安楽死 村上誠一 雷鳥3月号
15. 東海大学安楽死裁判が持つ意味と影響 メディカル朝日 第24巻第5号 37-46
16. 尊厳死と安楽死 ターミナルケア懇話会 平成7年11月27日 於、北日本新聞ホール
17. わが国での安楽死の法制化は時期尚早 星野一正 国際バイオエシックス研究センター
ニューズレター 第19号 1996年 冬
18. 末期医療からみた命 澤田愛子著 朱鷺書房、大阪、1996年
19. 死の変容 柳田邦男、河合隼雄編 岩波書店、1997年(澤田愛子「尊厳死とリビング
・ウィル」所収)
20. 安楽死か尊厳死か 坂井昭宏編 北大図書刊行会、1996年 21.刑法における生命
の維持 齊藤誠二著 多賀出版、1987年
22. いつ死なせるかーハーマン病院倫理委員会の6ヶ月 リサ・ベルキン著 文芸春秋刊、
1994 23. ホスピスの理想 箱石匡行、内田詔夫編著 金港堂、仙台、1997年
24. Mortal Choices Ruth Macklin, Houghton Mifflin Company, Boston, 1987
25. 安楽死 尊厳死 末期医療 町野 朔 ほか7名編著 信山社出版、1997年

資料II

川崎協同病院 終末期医療に関する指針

1. はじめに

(1)患者の終末期医療についての私たちの基本姿勢

当院において終末期医療を行うとき、医療生協の「患者の権利章典」にうたわれている「知る権利」と「自己決定権」を尊重し、患者が自己決定できるための情報を、提供しなければならない。

私たちは、いかなる場合も患者自身が求める最善の終末期医療が行われるように努力しなければならない。そのために私たちに必要なのは、患者が何を一番求めているかを知り、家族を交えて十分に話し合い、その人らしく生き抜く姿勢に寄り添うことである。主体は患者であり、私たちがその患者の「生のあり方や価値」について評価してはならない。

重要な医療行為を行う場合あるいは中止する場合は、「一人で決めない」「一回で決めない」ことを原則とする。

(2)「終末期医療」の定義

終末期とは「難治性の疾患を患い、現在のあらゆる医療技術を駆使しても治癒の見込みがなく、死が避けられず、余命6ヶ月程度、あるいはそれより短い余命の状態」と考える。

終末期医療はこうした状態にある患者に現れている症状や精神的、身体的苦痛の緩和を主眼とする。

2. 終末期医療に関する指針

(1) 当院では、患者の死を意図して行うカリウム製剤、筋弛緩剤などの投与は、たとえ患者が希望しても、これを禁止する。人工呼吸器に依存している患者の人工呼吸器の使用中止（人工呼吸器をはずすこと）についても禁止する。

(2) 患者の意思について

(3)-2による確認ができた場合、以下の治療を中止または開始をさしひかえることができる。

1. 酸素投与
2. 化学療法（抗癌剤）、輸血、人工透析、人工臓器
3. 栄養管理としての中心静脈栄養や経管栄養
4. 水分や電解質補給としての末梢静脈からの点滴

但し、この場合主治医やその患者に関わるスタッフ間で十分な検討を行わなければならない。この場で倫理的な問題があると意見が出された場合には主治医または関係するスタッフから、院内倫理委員会に申請し、同委員会は審議の結果を申請者に報告する。

(3) 終末期医療における所定の手続きについて

(3)・1 「終末期」の判定

患者の状態が「終末期」であるかどうかは、主治医を含む複数の医師が、医学的に十分検討した上で判定し、その理由を詳細に診療録に記載する。ただし、部長以上が主治医の場合同等あるいは上位の医師との協議で判定することとする。

(3)・2 患者の意思確認

1. 患者の意思を確認するため、その旨を記載し、本人が署名した文書を必要とする。本人の署名した文書が得られない場合でも、本人が口頭あるいはビデオや録音テープで自分の意思を明確に表明したものがあればよい。
2. 患者本人が意思表示できない場合には、本人が過去に示した言葉か家族や友人を通じて明らかになりかつ信頼できると推定される場合に尊重する。その場合には、そのことを確認した家族または友人などに文書を記載してもらう。

(3)・3 終末期医療の方針の確認

終末期医療の方針は必ず集団で検討し、出席者名及び検討・確認事項を詳細に診療録に記載すること。

3. 「患者の権利章典」に基づく自己決定権を尊重する取り組み

医療生協の「患者の権利章典」には、患者の自己決定権や知る権利がうたわれており、医療に関わるものは、終末期においても、これらの権利が十分に尊重されるよう注意をはらう必要がある。そのために職員と患者、家族がいつでも共に考え、深めていくことが重要である。

法的・倫理的課題

上智大学法学研究科 町野朔

1. 終末期医療における法と倫理

横浜地方裁判所は、平成7年3月28日の「東海大学附属病院事件」判決において、「医療の中止」「間接的安楽死」についての一般原則を示したうえ、具体的な医師の行為を違法と断定した（横浜地判平成7年3月28日判時1530号28頁）。これは起訴されていなかった行為に関するものであり、法律的には「傍論」に止まるものであったが、この判決は、医師が行った終末期医療に刑事司法が積極的に介入・処罰する意思を示した初めてのものでもあった。検察官はこの判決を受け、「川崎協同病院事件」において、筋弛緩剤注射（積極的安楽死）だけでなく、その前に行われた抜管（医療の中止）も殺人行為の一部であるとして、これを起訴し、横浜地方裁判所は、平成17年3月25日の判決において、それを肯定した（横浜地判平17年3月25日判タ1185号114頁）。

また、横浜地方裁判所は、平成17年2月14日の判決（判例集未登載）において、ALS患者の求めに応じて、人工呼吸器のスイッチを切り死亡させた母親に嘱託殺人罪を認めた。現在では、難病に罹患した患者を在宅で看護・介護する方向がとられているが、刑事司法は、在宅介護を続ける家族にも及んだのである。

このように、終末期医療への刑事司法の介入は、既に押し止めることができない状態になっている。医療者、介護者たちは、刑事司法に怯えながら、終末期医療に関わらなければならないのだろうか。医療者が病者の終末期においてどのように行動すべきかを示し、その不安を除くことは、法律関係者の責務である。しかしそれは、単に、「どうすれば処罰されないですむか」「刑務所の塀は何処から始まるか」を示すことに止ってはならない。処罰されないのなら、何をやってもいいというわけではない。終末期医療における行為規範は、適切な医療倫理に基礎を置く、医療倫理的規範でなければならない。そしてこれは、単に、「落としどころはどこか」ということであってもならない。

2. 終末期における病者の権利

他方では、終末期においても、恐らくはそこにおいては特に、自分の意思に基づいた適切な医療を受けることは、人々の望みである。人々は、自分たちの意思に沿った

医療によって、QOLを可能な限り維持しつつ、安らかな死を迎えたいと願っている。厚生労働省の行った3回の意識調査においても、終末期医療において自分たちの意思を尊重してもらいたいという人々の意識は、ますます高まっていることが示されている。リビング・ウィルを法制化することは「日本尊厳死協会」が「日本安楽死協会」であったころからの主張であり、一部の人たちの間では、これを参考にした法案の国会提出も考えられているようである。平成16年度の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」（以下、「平成16年度報告書」。これは、検討会委員の寄稿とともに、終末期医療に関する調査等検討会（編）『今後の終末期医療の在り方』〔中央法規、2005年〕として公刊されている）においては、リビング・ウィルの法制化の支持は、若干は減少しているが、それでも50%近くあることも明らかにされている。それが法律によるべきかについては議論の余地はあるにせよ、終末期における病者の権利を保障するための方策を考えることも、必要とされているのである。

人の生命はその人個人のものである。しかし人々は、同時に、法益主体である個人の意思を超越した生命の「尊重」「尊厳」「神聖」を考える。終末期医療は患者本人の意思を尊重して行われなければならないが、本人の生命の短縮に結びつく医療を許容することが、人々のこの意識を掘り崩すことになることになってはならない。終末期医療における病者の権利は保護されなければならない。しかし、人間の生命は尊重されなければならない。

3. 終末期医療の多様性

病者の権利を守りながら、医療関係者に適切な行為規範を呈示するという課題の遂行を困難なものとしているのは、終末期の多様性である。法律家は、末期癌のように、病者を死苦から解放するためには、その生命を積極的な行為によって終了させることが唯一の方法と考えられる「安楽死状況」と、遷延性植物状態のように、病者に人間らしく尊厳を保った死を迎えさせるために、単に生命を延長しているに過ぎない医療を中止する必要がある「尊厳死状況」の2つを考えてきた。しかし、交通事故などにより重篤な傷害を負った者、ALS、AIDSなどの難病患者、重篤な障害を持って出生した小児、痴呆の進行した高齢者など、医療関係者の適切な対応が求められているのは、この2つの場合だけではない。どのタイプの終末期医療について具体的なルールを定立すべきかについては、まだ大きな議論の対象であるが、我々は、これらの問題を視野に入れながら、終末期医療の問題を考察しなければならないことは明らかである。

「平成16年度報告書」は、①痛みを伴い、しかも治る見込みがなく、非常に死期が迫っている（1ヶ月程度あるいはそれより短い期間）、②持続的植物状態で治る見込みがないと診断された場合に加えて、③高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難になり、さらに、治る見込みのない状態の3つを終末期として考えている。池上直己は、回復の可能性で考えるのではなく、機能低下の経過からの類型化が必要であるとして、①がんにように、意識や認知能力が最後まで保たれているのが通例の場合には、疼痛緩和ケアを中心とした医療が求められる、②心臓・肺・肝臓など

の臓器不全により、機能低下が進行し、本人も積極的な医療を期待しないことがある場合には、適時に医療的介入を行うとともに、病者の意思を事前に把握しておくことが必要になる、③老衰・痴呆により、より長期的に機能低下が進行し、本人の意思を知ることが困難な場合には、医療より介護が必要であり、家族の意向を反映させることが求められる、とする（池上直己「終末期医療等に関する意識調査の課題と今後の在り方」終末期医療に関する調査等検討会（編）・前掲書 129 頁）。このように、病者の余命、病状の進行、機能の低下、意思能力の限定などによって、適切とされる医療も異なってくるのであり、積極的安楽死、消極的な医療の中止という単純な二分法だけで、問題を解決することはできないのである。また、「平成 16 年度報告書」、池上直己の類型化で十分か、どの類型にどのような考慮が必要とされるか、等々については、まだ十分な考察が行われていないのである。

4. 法的・倫理的概念の再検討

終末期医療の多様性の認識は、その法的・倫理的意味を検討するときに用いられてきた様々な道具概念の意味とその機能の再検討に至らざるを得ない。そのうちの幾つかを挙げると、次のような問題がある。

(1) 生命短縮の許容性が問題となる「終末期」とは何を意味するのか。それは「回復の可能性」と同義なのか。生物学的な意味での生命の終末期なのか、意識の回復の可能性がないことなのであろうか。前者だとしたら、それはどのような時間的数値を意味するのか。それは、生命の短縮をもたらす措置の種類との相関で決定されるべきものなのであろうか。

(2) 医療的介入の差し控え (withholding) と、開始された医療の中止 (withdrawal) とは区別されるべきものなのか。例えば、余命の長短にかかわらず、本人の希望に沿って ALS 患者に人工呼吸器を装着しないことは許されるが、彼に装着されている人工呼吸器のスイッチを切ることは、それが本人の希望であっても許されないと考えられているが、それは妥当なのか。妥当だとすると、その理由は何なのか。妥当でないとすると、両方とも許されるべきか、あるいは、両方とも許されないのか。

(3) すでに見たように、現在では、終末期医療は患者の自己決定に沿うべきだとされている。しかし、本人に意思能力がないときには、その推定的意思を基準とすべきであるともされる。しかし、推定的意思も自己決定なのであろうか。また、いつそれを認めることができるのか。自己決定ができない者には代行あるいは代理による決定を認めるべきだという見解もあるが、それは自己決定権の尊重に反して、他人決定を認めることではないのか。また、代行決定を認めるとしたら、それは誰に認めるべきなのか。

そもそも、自己決定はどうして尊重されなければならないのか。それは、本人の自律性 (autonomy) という価値そのもののためにそうすべきだということなのか。あるいは、本人の決定を本人の最善の利益 (best interest) とみなすべきだということだからそうなのか。後者だとすると、パターナリズム原理との関係はどのようなことに

なるのか。

(4) 終末期医療において、病者の家族はいかなる役割を負うべきか。横浜地方裁判所は、その意思は病者本人意思を推定させる要素であるとした。

日本の終末期医療においては、家族の意思決定を本人の決定と同視する傾向が伝統的である。他方、唄孝一ら医事法学者においては、医療の主体は、①患者、②その家族、③医師の3者だという考え方が強い。これを踏まえて、終末期医療において病者本人が決定できないときには、家族の決定を正面から認めるべきだという考え方も主張されている。この考え方は、「日本社会の家族的構成」を正面から肯定し、患者の自己決定権を埋没させることにならないであろうか。

5. ルールの形式

我々は、以上の問題を考察しながら、終末期医療のルールの内容を考えなければならないが、そのルールがいかなる形式によって実行されるべきなのかも、重要な問題である。

終末期医療の規範は、日本尊厳死協会の主張するように法律によるべきなのであろうか。終末期のベッドサイドに法律が介入することを止め、医療者が自分たちで設定する自律的規範を指針とすべきなのだろうか。それとも、それはあまりにも医療に自由を与えるものであるから、両者の中間的存在である行政的倫理指針によるべきか。ここでは、他の生命倫理の問題領域において規制の必要性が議論されている場合と同じように、様々な考慮が交錯する。——強制力の存否とルールの実効性、医療者集団の自律性の存否、医療への信頼、人々の意見の反映、政策決定の透明性、民主的統制、医療権限濫用の可能性、ルールの硬直性、等々。

「平成16年度報告書」を受けて、厚生労働省はガイドラインの研究を開始することとした（岩尾總一郎「出版に寄せて」終末期医療に関する調査等検討会（編）・前掲書）。これは、法律、行政指針のような上からの規制より、医療者の自律性に基づいたルールが好ましいという態度であると思われるが、日本における終末期医療の実際、国民の医療への信頼などを考慮するときには、なお、基本的な検討を必要とする問題であると思われる。

第2章－2

法的・倫理的考察 ー英国例を参考にー

国立保健医療科学院政策科学部 児玉知子

はじめに

近年、終末期における延命治療中止と関連した司法判断が下されており、社会的にも大きな関心が寄せられている。特にがんの場合は、終末期も含めた患者および家族・介護者等の身体的・精神的苦痛を軽減する緩和医療のあり方が問われており、この分野での医療提供体制整備や人材養成が急務との認識が深まっている。緩和医療における意思決定のあり方を問う際には、まず患者自身やその家族・介護者が十分な情報提示を受けた上で、主体的に意思決定が実現されるような医療体制の整備が必要と考えられる。法的な整備も視野に入れた議論としては、国や州政府による「制定法」で緩和医療や終末期医療の問題に対応している米国、オランダ、オーストラリア、カナダ等の国々と異なり、英国では裁判の判例を積み重ねて法律とみなす「慣習法(Common Law)」を拠り所としていることから、緩和医療の先進国でもある英国の状況を考察し報告する。

1. 国内における動向

2005年3月、川崎協同病院事件裁判で有罪判決が下された。この事件では、患者本人の意思確認ができない状態にあり、医師と家族の話し合いで気管内チューブを抜管する処置を決定したとされているが、判決は治療中止を判断するための情報開示と説明が不適切であり、「早すぎる治療中止」であると指摘している。治療の差し控え（始めから行わない）・中止（一度始めた治療を中止する）の扱いは、欧米諸国では医療において同等の意味を持つ行為とされる国もあるが、わが国の現状では、例えば一度装着した人工呼吸器を外す場合など「治療の中止」の明確な手続きや手順の指針はなく、そのため医療現場での対応にジレンマを生じるケースも少なくない。終末期医療において、医師をはじめとする医療従事者のジレンマは、例えば医師が患者の事前指示文書（リビングウィルなど）を尊重して治療行為を差し控えたり中止したりしようとする場合、それを肯定する法的根拠が明確に定められていない点にも起因すると考えられる。

2005年1月に緩和医療学会から「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」（以下、鎮静ガイドラインと略）が発表された。苦痛緩和を目的とした鎮静は、国際的には倫理的にも法的にも許容できる苦痛緩和の手段として認められているが、未解決な問題も多く、1991年の東海大学附属病院におけるいわゆる「安楽死」事件での判決文では、

鎮静は「間接的安楽死」という表現で取り上げられ、国際的にも「緩徐な安楽死」(slow euthanasia)という表現で論争となった¹⁾。この鎮静ガイドラインでは、定義、分類から始まり、倫理的基盤、治療とケアの実際まで、臨床の実践的な指針となるように可能な限り明確な概念と臨床的な選択基準、手順が示されている²⁾。しかし、倫理的基盤の項ではガイドライン作成に当たって倫理的原則と意思決定過程について討論がされたが、解決できない問題も残っている。

2. 英国におけるインフォームドコンセントと終末期医療のガイドライン

英国(注1)では、1991年保守党政権下で「患者憲章」(The Patient's Charter for England)³⁾が採択された。これは市民憲章(Citizen's Charter)をNHS(National Health Services)で具体化する目的のために、市民の意見やニーズを聞き、医療サービスを標準化して提供しようとするものである。これは1995年に改訂され、さらに1997年労働党への政権交代により憲章は見直され、新NHS憲章("The new NHS Charter – a different approach")として公表された。その後2000年にはNHS10ヵ年計画の下で廃止され、2001年1月に英国保健省(Department of Health)が代替案として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にすると共に、NHSが担うべき医療提供体制のあり方が具体的に示された⁴⁾。さらに、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。

●事前同意書(Advanced Statements)について

このような背景のもとで、英国においては終末期医療におけるインフォームドコンセントをはじめとした患者の意思決定に関する社会的合意はどのように形成されてきたのだろうか。英国では様々なジレンマの生じる終末期医療の現場において、1995年に医師が患者の「事前指示書(Advanced statements)」に示された患者本人の意思に沿って延命治療をしなかった場合に法的訴追を受けないよう法律的に明文化しようとする法律制定の動きが起こった⁵⁾。1997年には英国政府が、この意思決定の過程を改善し明確にするために法律改正が必要なことを表明し、1999年10月、法律改正のための詳細な提案書を公表した。しかし、結局制法化には至らず、裁判による判例を法律とみなす「慣習法(Common Law)」によって、判断能力のある成人に対しては十分に説明された上で事前に治療拒否した場合には、通常の治療拒否と同様に法的効力を持つとされた。この法的な位置づけは「英国医師会」=BMA(British Medical Association)の「事前指示書」に関する実施規範においても詳細に記されている⁶⁾。BMAは1998年に意思決定時の同意に関して、同意のやり方を詳細に記した「同意のための文書セット

(consent tool kit)」を発行している⁷⁾。この文書セットでは「救急治療」「判断能力と意思決定能力の評価」「判断能力が損なわれた場合(成人、小児と若年者)」「最善(best interest)の決定」「事前指示書」の各項目に分類して、文書が提示されている。1998年には「全国医療評議会」=GMC (General Medical Council)からも、同意書の具体的な形式を示したガイドライン「患者の同意を求めて：その倫理的配慮(Seeking patients' consent: the ethical consideration)」⁸⁾が公表され、これらと並んで保健省からも、特定の対象が小児、高齢者、学習障害を持った人、とそれぞれに適応される3種類のガイドライン: Seeking consent working with children, Seeking consent working with older people, Seeking consent working with people with learning disabilitiesが公表されている⁹⁾。1998年にGMCが作成した患者の同意に関するガイドラインでは特定の治療に関する同意は文書(written consent)の作成を必要としている。しかし、前もってサインされた同意書だけでは実際の行為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思を確認すべきことなどが記されている。特に次のような条件の下では再度の確認が必要とされている。

- ・ 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

●英国における治療の中止と差し控えについて

BMAでは5つの課題:1)治療の拒否(Refusal of treatment)、2)安楽死(Euthanasia)、3)医師による自殺帮助(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の責務に関して、2000年にその立場を明確に公表している¹⁰⁾。BMAでは延命治療が患者の利益とならないと判断された場合、治療の中止は法的・倫理的に許容されるものであり、安楽死や医師による自殺帮助といった「積極的な死の介助(active killing)」と明確に区別している。(注1)

2001年に公表されたBMAの「延命治療の差し控えと中止：意思決定の手引き」では、次のように示されている。

- ・ 「患者の生命を延長させることは、通常、必ずというわけではないが、患者に健康上の利益をもたらす。しかし、QOL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。」(Section 1.2)とし、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:人生・生活の質)の観点から評価することの重要性を指摘している。

- ・ 「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。」(Section 3.5)とし、基本的ケアの内容を明示している。
- ・ 「心情的には、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。」(Section 6)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。

GMC でも “Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making”¹¹⁾ の中で、「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、したがって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。」と類似した見解を表明している。

●心肺蘇生処置の中止(DNAR=Do Not Attempt Resuscitation)について

終末期における治療の拒否・差し控え・中止に関しては、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生をしない) の検討を抜きに考えることはできない。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思決定について法的・倫理的基準の枠組みをガイドラインとして提示している¹²⁾。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、それを行う場合、または行わない場合にどういう状態になると想定されるかなどについて、医療従事者でなくとも容易に理解できるよう工夫され、理解しやすい平易な英語 (plain English) として Clarity approved by Plain English Campaign の承認を受けて公表されている。

●医療上の問題に関する代理人(Health Care Proxy)について

これらのガイドラインでは、医療上の問題に関する代理人 (医療代理人) に関してスコットランドとイングランド&ウェールズ・北アイルランドによる違いがみられる。スコットランドでは弁護士の仲介をもとに代理人を選択できるが、イングランド&ウェールズ・北アイルランドでは基本的には、患者以外の家族や友人が、患者に代わって意思決定することはできないとされており、患者の意思が確認できない場合に、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。

心肺蘇生 CPR(Cardio-Pulmonary Resuscitation)に関連する意思決定に関しては、「意思決定可能な成人(competent adults)」「意思決定できない、例えば精神疾患罹患者、認知障害のある成人(incompetent adults)」「小児と青少年(children and young people)」の三つに分類された手引きが準備されており、英国王立小児医学会(The Royal College of Pediatrics 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思決定のための体制作りをしている¹³⁾。これに関しては