

	く。そのPcが今まで大切にしてきたものを出来るだけくみとり、対応してゆきたいと思う。
172	最期まで“その人らしさ”を尊重すること。その為に“その人らしさ”を知ろうと情報収集することが大切。協力が得られなかったり情報がない場合もあるが、その時は「人間であること」「様々なハードルを越えて生を歩んできた人」と念頭に、接するよう心がける。
173	その人らしく生きられるようサポートしてあげたいと思う
174	患者様の思いを大切に、患者様が穏やかに過ごすことができるように援助していく必要がある。そのことが尊厳につながると思います
175	様々な年代、病期の患者様が入院されて来るので、その方一人一人に合った緩和ケアと患者様と一緒に考えていくことが尊厳につながるのでは…と思う。緩和ケアというものを、症状のコントロールのみに当てるのではなく、生きる希望を持ちつづけられるなら、緩和ケア病棟に入院していても、積極的治療も受けられる…などのように広い可能性が持てる患者様も居ると思うので。
176	高齢化している、認知症の人が多い現状。なかなか教科書通りにはいかない。
177	尊厳とは良くわからないが死にあたりその人が生きてきたようにしか死ねない。えらそうなやつは最後までえらそうに品格なく有難うの意味の知らずに死にすぐに忘れられる。苦しい中で有難い意味のわかる人生を送って来た人は、忘れない。
178	・最期まで自分が大切に扱われていると実感できること。・誰かの為に必要とされていること。・自分の体のこと、これから先起こりうる程度知らされ、わかっている(理解)されていること。・死が訪ずれるその日まで“生きている”と実感できること。(最後は家族になるのかもしれませんが)
179	・人間として、日々の営みが出来(食べる、排泄、ふろに入る、を営みさらに今までのやり残したこと、伝えたいこと、残された時間を有意義に過せるよう)・残された能力はギリギリまで活用できる
180	身体能力が低下していく中で尊厳を守るケアはナースにとって人手も時間もケアリングも最も必要となる大切な局面と考える。あまりにもあたり前のケアだが一般病棟の配置人員では困難で目をつむられること、仕方ないとされてしまうことが多いと思う。緩和ケアにおける十分なスタッフの配置によって実現されているケアの重要性を理解してもらうことはとても重要と思う。
181	個人がその自己の力で人間としての尊厳を保つことが難しくなった時、医療者は、その人になりかわって守らなければならない。
182	自分のことを知る、自分のことを自分で決められるというのが(状況によりけりだが)大切だと思います。
183	患者様ひとりひとりが、その人らしく最期まで生きること。そのためには、十分なコミュニケーションで意志を尊重し、ケアを提供する者として患者様に屈辱感を味わせることがないよう、関わるのが大切。
184	目標を持つこと。倫理とのからみ。理想と現実のギャップ。
185	ペインコントロールが主体で患者様自身に、痛みが取れた(軽減された)後の目標を持っている方が少ない。意欲も低下している方も多いため、質問10～11に関してもっと上手に関われれば、自律のレベルも向上し、尊厳も保持出来るのではないかと思います。
186	自分はこうでありたいと思う患者様の気持ちによりそい支えていけるようになりたいと思う。人生の最期だからこそ、その方の希望にできるだけ沿えるようにし、その方の思いを大切にしていきたいと思う。
187	その方の生前の生き方などふまえ、その人らしく過ごせたらと考えている。
188	家族の意見がバラバラで、患者の死に対し受け入れができていない場合、患者が安らかに眠りたいという思いに応えるケアが困難な場合があるが、これは、我々が家族へ死が近くなってきた時点で患者の思いを伝え、確認していく必要がある。また、入院時、自分の意志を伝えられない状態にある患者の場合は、家族の希望を聞く事となるが果たして、これが、患者さんの望みかどうかと考えさせられる事もある。他の病院から転院してこられ数日で看とる事もあるが、そのような時も情報が少なく患者本人がどのような最後を迎えたいのかわからないままの場合が多い。
189	同じ疾病であっても、人それぞれ思いは異なるもので、とても難しいものだと思います。最期まで“その人らしさ”を尊重しケアをするにあたって、家族、本人との意見の違い等あり、常に関わり方に悩むものです。自分の思いをおしつけず、相手の心に耳を傾けることが何より、大切なことだと思います。
190	家族が後悔しないように患者様とともに過ごせること。患者様が家族と良い時間を過ごすこと。
191	患者さまの思い、また、ご家族の思いを把握することが大変大切である。その為には人間関係をきずきあげ、コミュニケーションを十分に持つことが大切である。患者さま、ご家族を知ることが大切であり、重要である。
192	尊厳を大切にしたい気持ちはありますが、アンケートにあったようなケアはなかなか実践できていないと感じたので、できるようにしたいと思いました。
193	人によって尊厳の価値は違うと思います本人のニード、価値感を常に念頭においてケアすべきであると思います
194	満足感は各患者様によって違い、評価は困難。天国と交信できる江原さんにたのむか?「終末期医療」「尊厳」はPCU入院か一般病棟入院かで、質が大きく違う。患者様にあきらめてもらう現状はおかしい。終末期医療が出来る医師ははたしてどれほどいるのか?医師の緩和医療に対するそうきゆうな対策が必要。
195	癌と告知を受け、その後その方がどのような最期を迎えたいと思われているのかというお気持ちを大切に、それにそったケアの提供(どのような場所でのように死を迎えたいのか。その為にはトータルペインのコントロール重要である。しっかりとした症状説明も必要である)(例)食事が入らなくなってもjudせず自然になくなりたい最後までBL挿入しない、家人だけの看取りでお願いしたい等
196	PCUにいて期間が短かったりすると尊厳はむづかしいその人を知らないとその人にとっての尊厳とは何かを見い出せない又、旅立つ人はPCUの感想としてあまり残さないもので尊厳が保てるとはやはり評価がむづかしい
197	来世への希望がない場合苦しみを乗り越えて終末を迎えるのは非常にむづかしい。苦しみに意味を見出せないならそれを受容するのはむづかしい。身体的にも精神的にも苦しみをのりこえる事なしに光の中に入る事はできない。
198	最近では、最後まで治療を希望される方が増えております。その方々の尊厳について考えてゆかなければと感じております。
199	徐々に体力が低下していき、人の手をかりなければならなくなった時の葛藤! 尊厳を主張する事は大切だが、その為に、つらい状況に陥る事もあり、どちらが、本人にとって楽なのだろうかと思う事があった。ケースバイケースではあるが、余命と病状の進行は人それぞれ違い、一概に、尊厳を大切にするとこの事の大切さと、見ている側のつらさ、メリット、デメリット等きちんと、尊厳を主張しようとする人達に伝えて欲しい。
200	今回のアンケートで尊厳について考えるkeywordがとでもたくさんあることに気づいた。そして、患者様と深く関わっていないことに気づいた。
201	理想的には患者様のはっきりした意思がうかがえる時から、一人の人間として、どう最期を生きぬきたいかを知り、それを尊重すること。又、実際に思われていた事を行ってゆく過程で思いもなかった苦痛があるのであれば、情報を提供してケアの調整をはかり苦痛の軽減を行ってゆくこと。
202	最期まで歩いてトイレに行きたい。皆に迷惑かけないようになら、早くかせて欲しいと話されるが、現実には厳しい。
203	自分らしく死にたいとPcが願っていても、家族など関わる人の考えも様々で、どのように話し合い考えていくのか難しい
204	終末期にあつてその疾患や障害の程度で意思表示に差はあつてもしてほしいこと、してほしくないことの自律性は皆様にあり、それを尊重してケアすることが尊厳を守ることだと考えています。

205	終末期に限らず、尊厳とはその人自身がその人らしく、自分らしさをどう考えているかと考える
206	その人の生き方をありのまま、そのまま受け入れ認めていくこと。生きることも死ぬことも過去の人生も含めてその人そのものであり、線を引くべきことではなく全ての人が、死ぬまで生きる存在だということだと思ふ。そのすべての段階で常に尊厳が大切にされるべきであると思ふ。
207	最後まで自己の尊厳を保つことは難しいことなので、家族と本人が話ができる間に話しあう必要あり
208	患者さま、ご家族のそばによりそい、きめ細かいケアをしながら最期まで力を信じてそばにいつづける事が終末期ケアにおいては大切だと思っています。その人の大切にしてきた物を(事を)一緒に大切にできる事が必要なケアの1つと思っています。
209	患者様の「尊厳」が保たれるためには、何よりも症状コントロールがはかれることです。症状が落ちついた後、死に関することや、今後のあり方について等の思い(スピリチュアル・ペイン)が語られます。そのスピリチュアル・ペインに対してのケアをすること(しながら)尊厳が保たれると考えます。また、患者様ご自身が生きることと死ぬことに対して、どのような意志を持っておられるかにも違いはあると思ひます。
210	ホスピス・緩和ケア病棟に来られる方の大半は、身体的苦痛の除去を期待して来られ苦痛にあえぐ人は、性格まで変化してしまい、本来の自分が出せないのではまず症状コントロールだと思ふ。そして、その人が何を大切にされているか、何を望んでいるのかを口に出せるような環境を整えてくる限りその要望に答えてあげたいと思ふ。
211	医療者側もそうかもしれないですが、未告知(告知は済んでいてもその後の悪い経過は伝えなくて欲しいと家族の強い希望あり)の方との関わりでしっかり意志決定出来る時期を逃がし心残りがあつたのではないかと思ふ場面があり、尊厳とは個人、家族とズレがあると難しいなと感じる
212	終末期であることで意識レベルの低下がある方が多く、本当の意味で「尊厳」を保持するのは困難なのかもしれない。
213	・さまざまな「尊厳」に対応するため、マンパワーのさらなる充足が必要。・より丁寧なインフォームドコンセントが必要。
214	最後まで自分らしく、考えをもって生きていけるように
215	とても難しくおもいます。特に、自ら思いを訴えることが困難な方や、認知症の方の思いがくみとれず、医療者の勝手な判断や思いこみ、自己満足がないかとふり返ってしまいます。
216	その人らしく、その人が望むように手をさしのべ苦痛なく、最期の時を迎えられるように援助したい。
217	病気で弱っていても、最期まで見とどけたいと思ふ。スタッフは家族ではないが、それに近い存在でもあると思ふ。共に笑い、泣いたりしてどれが最善か考えながらケアに当たりたいと思ふ。家族も同様に、辛い日々を送っていたであろうことを、お互いに厳重し合い生きていくことではないかとも思ふ。
218	発語出来ない場合など本人の意志が確認できない時、とても難しい。本人の意志確認できないままケアをして後悔が残る。本当はイヤだったかも…と想像する。
219	患者様を大切な1人の人と思ひ、大切にお世話すること。患者様の考え、希望を尊重してケアすることと考えます。
220	患者様の思い、家族様の思いをききながら、患者様のその人らしさを最期迄維持させるようにもっていきたいのですが。
221	その人が希望する形で最後を迎えて頂きたいと思つてます場所であったり、家族との関係であったり看護処置であったり。自己決定を優先したいと思つてます。情報提供(IC)を行い、患者様が自分で選んで頂きたい。でも、それを希望しない患者様もいらっしゃるの、個々の患者様に応じた対応ができるように努めていきたいと思ひます
222	病棟：指定の規準の人数は居るが、一人あたりの患者数が多くゆっくりと関わる事が出来ない事がある。忙しさが伝わらない様にしているつもりだが、伝ってほしい気をつかう言葉をきかれる事もある(スタッフみんなの意見)スタッフ：受けとめる姿勢、共感する関わりを心がけているが、上手く本人の思いや不安をひき出せない事もある。又、知識や経験も少なく話し合いながら(カンファレンスしながら)すすめていっている。尊厳：患者様が『患者』としてではなく『一人の人』として生を終える時、その時間の過ごし方や迎え方を自己決定していく権利がある。病気による苦痛症状の緩和をはかりながら、必要な情報を提供し、自己決定後もそれを支える準備と環境が整っていれば行っていけると思ふ。生き方も最期の迎え方も(サポートが提供できれば)自ら選び、すごしてもらう事。その人も役割があり、価値のある人だと伝えていく事が『その人らしく』を支える事につながると思ふ
223	事前にどう死にたいかと記入されていればよいと思ひます。
224	OT・PT・作業療法士の関わりがもっとあつたら、患者の思いを支えられるように感じてます。
225	患者様が今まで生きてこられた人生を思い、その重さを感じて大切にすまた大切に接する。患者様だけでなくご家族や友人たち等周囲の方々の思いも大切に思い患者様に接する。
226	尊厳について「できた、できなかった」とは評価しづらいものだと思ふ。相手側の評価が入ってはじめて、自分したことが客観視できるのではないかと
227	緩和ケアにおいて、生命に対して畏敬の念を持ち、患者様の人格を尊重して接し、その人らしく生が全うできる様に援助することが重要です。身体的・精神的・社会的苦痛を緩和すること、援助する時、患者様の人格、意志を尊重するとともに家族の思いも尊重すること、理解することが、尊厳につながるのではないかと思ひます。
228	理想的な終末期の患者・家族像を医療者が追い求める事は、おしつけになると思ひます。「その人らしさ」を大切にしたいケアは難しいと思ひます。
229	その人が生きてきた生活スタイルが保てること残された時間を有効に使えるように目標を表現する手伝い
230	当然、保持されなければならないものだが、その程度については、患者・家族・医療者、共に又、個人個人でも考えや受け止め方が違うので難しい。
231	残された日々を「その人らしく生きる」ために、尊厳を保持することは最重要課題であると思ふ。しかし、それができたかどうかの評価はむずかしく、十分にできていないと感じることも多い
232	終末期に関わらず患者様の尊厳については常に考えるべきである
233	・これからどう過ごしてゆきたいか。誰とどう過ごしたいのか、出来るだけ明確にし、できるだけ、そうできるように援助するように心掛けています。そうするためには、症状コントロールが重要であり、まず症状コントロールに着目しつつ、他にニーズがないかアセスメントして、その人らしく過ごせるようにサポートしていきたいと思つて関わっています。
234	いかなる場合においても「一人の人」として接することが大切であると考えます。
235	最後までその人らしく普通の生活ができること。セルフケア能力が低下しても周囲のサポートでそれは可能になると思ふ
236	・その方が生きる上で大切にしてきたことを把握することが大切。プロセスを知らなければ尊厳を考えることも難しいと思ふ。例え医療者との見解がちがう場合でもその意向をくみとることが尊厳を持って対応することになると思ふ
237	ご本人らしさというものを大切にしたいと考えているが、今までのご本人らしさが現在のご本人らしさと一致しない場合もあり、可能な限り、話し合ったり、触れ合いを通して感じとろうと努力することが、必要だと感じている。
238	具体的なケアの介入を求める方もいれば、何もせず、ただ見守ってもらうことを求める方もおり、その真意をしっかりとアセスメントしたもとの後者の

	ケアも患者の尊厳を大切にケアといえると思っています。“何もしたくない”患者さんもありその尊厳も守りたいと思っています。
239	自分らしく自由に過ごせる
240	◎その人らしさ、本来の姿にどう近づけるか
241	今、自分の目の前にいる方に対して大切にやさしく接していきたい。
242	その人らしくあること。その人の希望にそってあげること。時々、患者さんの意思より家族の意思(患者と考えが異なる)を強く要望され、家族の満足感のための処置や対応になることがある。それを無視することもできない(残された家族の気持ちを考えると)ため、互いが満足できるような援助法をみつけながら介入していきたいと思う。
243	何をもちて尊厳とするのが、Ptの言葉をどうとらえ、どう判断するのが悩む。セデーションについてはいつも、カンファレンスでもDr、Ns間の意見も違い。判断にむずかしい。
244	痛みが特にならない様コントロールしていかなくてはならない。ADLも落ちていく一方の中、患者様が遠慮することなく、依頼できる環境づくりが必要。
245	周りの医療者サポートは、ほんの手助けの一つにしかすぎず、一番は愛する人と患者本人、(家族・恋人・友人etc)との残された時間の過ごし方そのものが、患者が一番望む自分らしいと思える環境であり必然的に尊厳が尊重されてる状況となってくると思う。
246	身体的な症状が緩和されていると各項目の高次の項目に関するケアにも注目しているが、身体的な症状が緩和されていないとなかなか他のところにPt、fa、医療者ともに目が向けられない。しかし、どんな状態の人にもその人らしくいられるようにケアしていけたらいいなあと思う。
247	「その人らしく」という気持ちで日々関わっている。
248	あらゆる側面から見たその人“個人”を大切に關わると共に、残された時間を、周囲の状況に縛られることなくその人らしく過ごせるように瞬間、瞬間の感情、行動を大切なものとして關わることが必要だと考えています。“尊厳”という言葉をよく使いますが、実際どういふのか記述するとすると難しいと改めて感じたので、今後も深めていきたいと思っています。
249	患者様の尊厳を大切にケアができるかどうかは、スタッフの能力も関係あるが、患者様自身の生き方や人とのかかわり方などに影響されることも多いと思う。どちらかという患者様に影響をうけて、尊厳を保てるようなケアができることが多いと感じている。
250	それまでの人生を生きてきた1人の人として尊び、受け入れる(又は認める)ことだと思う。ケアする上で最も大切なことであると思う。
251	患者様に限らず、人として尊厳というものはどのような立場や状況におかれても存在し、重要視されなければならないと思う。特に、終末期にある方に対しては、特に、最期の最期(息をひきとって)まで「人」として、關わる意識をもち続けていく必要があると思う。
252	今まで生きてきた中で培われた意志、考え、思い、希望、生き方、生活の仕方などが無視されるのでなく大切に思われ、それらをそのまま続けられるよう最期まで生きていけること。
253	大切だが難しいこと。常にその患者様(ご家族様各々)の尊厳というものを意識し、自分自身も考えながら看護を行っていきたくと考えている。しかし“尊厳”がその患者様(ご家族様)にとって何なのか?私達医療者側が考えていることと、相手が考えたり望んだりしている、あるいは大切にしていることが同じなのか評価が難しいと考えている。尊厳が私達の尊厳ではなく患者様の尊厳であるように気を付けたい。
254	できることが徐々にできなくなる患者様にとって尊厳を守るといふのはとても大切と思う。しかし、症状緩和ができていてこそとも感じている。不十分では患者自身の考えや受け止め方も違ってきてしまう。医療者として症状マネジメントをした上で患者様と関わっていきたくと思う。「その人個人」として最期の時まで大切に關わりたい。
255	ホスピスの患者は死に至るまで、身体機能が衰え、ADLが低下し、自立した生活がおくれなくなります。そういった過程で患者は様々なことを失くし喪失の連続であります。そういう状況でも最後まで「自分らしさ」を感じられるようにいわゆる自己の存在価値を持ち続けられるように、患者をありのまま受け止め、關わっていく(支持していく)ことが、私にとって最大の「尊厳」だと考えております。
256	「尊厳」を終末期の患者様だから…と考えたことはないです。1人の人間としてどの対象にも尊厳の保持は大切であり倫理的な看護介入を…と心掛けているつもりです。
257	患者様が最後を迎えられるその時まで、人間らしく、患者様らしく、生きることができること。
258	患者様を全人的にとらえること。Nurseはへるくだるのではなく、人間同士1対1という考えでケアすること
259	どの患者様にも平等に安楽に過ごして頂きたい。個人にあった方法を一緒に考えチームで対応していく。
260	患者さんが大切にしている思いにどこまで、私たちが気づき、援助できるのか。何を大切に生きていく方なのか、知る努力が必要になると思います。
261	終末期は疾患の内容に関わらず、全ての人が通過する期間であり、その人が生を終える大切な時期である。患者様のみならず、その家族も含め、その人らしいQOLを充分配慮した最後を迎えるため、一、人間として身体的・精神的・社会的にトータルサポートすることが大切であると考える。
262	患者様のこれまでの生きてこられた姿を思い浮かべ“その人らしさ”を大切にケアを行い、患者様の希望に添った看護や治療ができればそれが尊厳につながっていくと思います。
263	人生の最終ゴールにむかう状況に他人である医療従事者がどここの部分まで踏み込んでよいのかと非常に悩む。患者本人が家族と共に思い残す事ない時間を過ごす為私達医療従事者はまず双方の思いと置かれている状況様々な事情等を的確にとらえ、最終的には何よりも患者本人の尊厳を第一に考えたケアを提供出来ればと考える。患者本人はもとより周りの家族が時を振り返った時にその人らしかったと言えるような最期であるよう医療従事者として尊厳という2文字を常に念頭において人々と関わりをもっていければと考える。
264	その人がその人らしく自分の人生をこう生きたい、こうしたいというのがあって、それをそのものごとく、思っあけて、対応していく事が尊厳につながるのではと考えます。
265	個人の尊厳を考える時、それを守り、尊重する医療者の価値観・死生観人生経験が大きく関係することがある。多種の価値観をチームとして一つにまとめることの難しさを感じている。チームスタッフ、患者、家族が一つになった時、一人の“人”の尊厳が保たれ、生かされているように感じる。
266	“尊厳”というものは、自分の意志に添えることを言うと思うのだが、意志の強すぎる方は、医療者のすすめや方針に同意されずに安楽な方針をとれない方もいて、とても難しく、よくわからなくなる。
267	その人の存在、価値感を大切にすることが「尊厳」ということだと思っていたが、21項目に分けられるということに改めて知った。
268	最後までその人らしさを尊重して大切にしていけることが1番だと思う。意識レベルが低下したり、せん妄状態になったとしてもそこを大切にしていけないといけないと思う。排泄に対して最後までトイレに1人でいきたいと思っているが、身体能力が低下している場合でそれが困難なことが多くある。安全管理も大切になってくるため、どっちを重視したらよいか考えることが多くある。

269	ターミナル期では病状の進行に伴い、精神面でも「弱者」と家族も思いがち。「その人らしく生きる」とは誰が決めるのか？と思うことがよくあり、「その人らしく生きた」と思えるような最期を迎える方は少ないように思います。
270	大事なのは、その人の意志が最後まで貫き通され、その人らしく生き、最後を迎えられる事だと思う。その為には、意識のしっかりしている時期に、その人の意志、どう過ごしていきたいのかを確認していく姿勢も大切だと思う。
271	とても重要。一人一人の「尊厳」の意味を十分理解することでケアの立案へ結びつく。一番その人らしさが重要視される終末期において「尊厳」はとても重要である。しかしなかなか「尊厳」への介入はむずかしいと思う。
272	その人を知ろうとする態度と力が必要、又、それを支えるだけの気力、とスタッフが必要。
273	・本人の死生感がはっきりしていれば、それを大事にしたい。・「尊厳」とは、これと一概にはとらえにくい。一人一人、皆違う。その人らしい最期を迎えられるように、サポートできたらと思う。しかし、たいへんなテーマではある。医療スタッフの満足であってはならない。家族として、とらえていきたい。
274	尊厳を守りたいという思いはあるが家人の立場とスタッフの考えが相違する事が多いように思う
275	その方の生き方、人生においてこれまで大切にされてきたことや、価値をおくことを知り、そこにチームとしては批判は行わないで、そのままの形をその人らしさ、その人らしく生きていけるよう、チームで共有して支えること。
276	その人らしさを最期まで大切にケアにあたっている。
277	終末期でなくても尊厳を守ることが大切であり重要なことであると思う。その中で終末期における患者は、自分の存在価値のことや人生のこと命のことなど特に直面して考えているためこの“尊厳”をより重要視することがQOLの向上やスピリチュアルペインへの苦悩へのケアに対してもかかわってくと考えています。
278	患者様がその人らしく最後まで生きていけることが、大切なことであり、その援助をできるかぎり行っていくことが必要だと思う。
279	本人の意志、家族の意向がはっきりしている場合は、それか、ケアにも反映され、尊厳は保たれやすいように感じるか一方で、脳メタやせん妄など、本人の意志確認が困難でかつ、家族のサポート力が少ない場合は本人の尊厳が保たれているのか、ケアにも悩むことが多い。チームでの方向性の選択も、難しくなることが多い。結果として本人の意志＝尊厳が保たれたかどうかの感覚が持ちにくくなる。
280	緩和病棟だけでなく、医療においては全てが患者が主役、またサポートする家族と患者の関係性が重要で、尊厳を守るか、否かはそこから始まっていると思う。良い人間関係と、基本的なケアがなければ、患者への良質な医療は提供できないと考えている。
281	いかに自らが最期までどのように生きていきたいかを考えられ、周囲(Faや医療者)に語るができるか。その語られたことをサポートしていくこと。
282	一言で言い表すことが出来ず、患者個々に異なると思います。そのことに関わる時、Nsのパワーがとても必要です。これから少しずつ学んでいきたいとします。
283	患者様それぞれの思いがあり、人それぞれ違うことを理解し、一番よい方法を皆で考え選択していく。
284	その患者様や御家族が希望されること生きることの思いこうしたいという思いをかなえられるように私たちが出来ることを一生懸命させていただき支えていくことが尊厳につながると思います。
285	終末期にある患者様が、どのように最期を迎えたいと思っているのか、その思いに少しでも添えられるように関わっていくことだと考えています。
286	終末期の患者様は、身体的、心理的悩み苦痛が強く、尊厳を保つ事がとても困難であるが、大変重要な事であるので、大切にしていきたいと思えます。
287	その患者様の意志とするものが、はっきりと出されていけば(家族がわかっている)そのまま良いと思えますが、私たちがそれを考えて、本人に当てはめようとしてはいけないと常に考えています。しかし、言葉や態度は、その人を傷付けることもありうるので気をつけなくてはならないと思っています。
288	とても大切であり、常に心にとめて介入すべきものと思っています。患者さんが「どうしたいか」を尊重し介入する上で、又注意しなければならないのは、転倒等のリスクも常に高まるということ。それが難しさでもあると考えます。
289	ご本人がしっかりと尊厳について、思いをもっておられたならば、理解できることがあると思うが、意識レベルの低下など、第3者がいろいろな思いを、くむことになればかなり難しいと思います。しっかりとしているうちに、ご本人への確認が必要と考えます。
290	・Ptや家族がどのような死を迎えたいのか、最期の時間をどのように過ごしたいのかを知り、可能な限り、希望に沿って援助していくこと。・死への恐怖をとり除くことはできないが、少しでも寄り添っていくこと。
291	問1にある設問の全ては、その方が大事に思っていることを、尊重したいと考えています。尊厳は、一律に決められないと考えていますさまざまな理由から、一般的に快適と思うことは異なります。個々の考えを尊重することが尊厳を保持することととらえています
292	患者の人間としての尊厳をそこなわないこと。そこに達するには、的確な情報とケアが患者に提供され、サポートし、患者自信も意思決定できることが大切だと思う。
293	患者様を大切に思う上で重要である。
294	いつも患者さんに視点をおいて常に患者・家族医療者との間のコミュニケーションを有効にすることで患者様の希望など大事にしていくこと患者様の存在を大切に思っていく
295	自分自身が大切にされているとしっかり思えて、感じることができ、そして、自分で、自分自身をそまつにせずさせること。
296	とても難しいことだと思います。患者の意向を尊重しながら、言いなりになるのではなく、しっかりコミュニケーションをとって、現状を身体的にも理解し、適切な治療、ケアを提供することだと思います。辛いから楽にしてほしい、もう終わりにしたいと言うPt, familyに対して、しっかり向きあって対応していくことが大切だと思います。
297	患者様の考え(症状コントロール・生活スタイルなど)が、大切にされるリビングウィル
298	前ページのアンケートの様に様々考えながら関わる事ができたら良いと思うが患者様個々により死に対する考え、告知の有無など様々でありその時々で関わりが違ってくる。私達医療者にとって教えて頂く事は沢山あり、ここ(緩和病棟)で出会えた事をありがとうという気持ちを持ち関わっている。
299	出来る限り、患者様をとりまく人々(スタッフも含め)の愛情をいっぱい感じて苦しみの中にも幸せを感じて頂けるよう関わりたいです
300	一人の人間として、これまで生きてきた時間をふまえ、尊重し接することが重要と思ひながら勤務に従事しています。“こうすることが正解”ということではなく、各々についてゴールがあるのだと思います。しかし、具体的にどのようにしてゆけばよいのか、日々迷っています。
301	他者との関係を保ち、自分で自分のことを決断する自由をもち、自分は大切にされているという感覚を持続させること。又、最後まで、その人らしくあったと誰もが思える生活ができること。

302	Ptさんそれぞれが大切に思っていることを知り、理解すること、そして、それを共に支えていく姿勢をもって、関わっていきたいと思っています。今回のアンケート項目定義が理解するのが難しかったこと、また、一概に「とても重要」なのか「重要でない」と判断するのが悩みました。
303	患者さんを大切にすること患者さんが大切にしている事を私達も大切にすることは必要だと考えるが、現実的には困難な事もある。終末期の患者さんだけでなく、患者さんへの尊厳はいつのstageにおいても大切だと考える。
304	患者のこれまで歩んできた人生、価値観をありのまま受け止めることを医療者は大切にしなければならない。徐々に衰弱すみADL低下、認知力低下等起こる中でも常に患者のQOLの維持できるよう介入していく必要がある。
305	尊一品位品格と地位気品 厳—いかめ—威厳がある—おごそかでいかめしい様子しくて近寄りたくない 辞典を調べると上記の様に書いてありました。人生のしめくりはご自身が納得して受け入れられ、また周囲のFaもそれを尊重して受け入れられる環境を整えられるように私達がお手つだいをして、エンドステージをむかえられるようにしなければいけない。またその個々により対策、対応も違う。一生に一度誰にもやってくる死を少しでも“良かった”と思える事があるように関わっている。
306	その人らしさを理解し、大切に支え、チームで最善を尽くすこと
307	終末期ということでADLの低下やボディイメージの変化など、失われていくものが多い中、人間としての尊厳を守ってもらっていると実感できることは生きる力になり、生きていく人として存在する上で非常に重要である。最後まで屈しない力、闘病意欲にもつながっていくのかもしれない。しかし病気に立ち向かおうとする患者がいるとすると、私たちは全面的にそれを支持していくことはできないと思う。アプローチの中で病気とつき合う方法、死を受容することへの関わりを深めていく必要もある。様々な生き方があるが、その人らしさを支える一方必要なケアを促していくのも私たちの重要な関わりだと考え、その人が死を迎えるまで成長し続ける人として尊重した関わりだと考える。
308	今まで生きてきたその人なりの生活習慣を守り、人間対人間として係わる。家族または介護者とも、同様に、情報を密に係わる。
309	患者様にとって人生の最も終末の時期に、その人らしく生きていけるのか、患者様だけでなくその方をとりまく家族や知人の方ともより良いコミュニケーションを図っていく事が大切だと思う。
310	どの様な状態になろうとも患者様の尊厳は「とても重要な事である」を捕らえなければいけないと思います。医療者側と患者様が考える「尊厳」にはいくつもの相違点があることを知り、医療者側のみが自己満足で終わらせないためにも患者様、患者様をとりまく環境を中心に「尊厳」とは何かを考えながら、接することができたらと思います。
311	その人らしい終末とはどういうものかを考え、よりそれに近づけるようにケア出来たらと考えています。
312	私たちは体と心のバランスを考え、体に対しておいついてない場合、無理にわからせようとする傾向があります。ある程度の情報提供は必要ですがその後は患者さん自身の待つという事につながるのではないかと思います。
313	Ptの意志の尊重、どのようなことを大切にしているか、最期まで、それを守れるよう、ケアしていこうとする姿勢

厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」に対する意見 —QOLと緩和ケアの立場からの検討—

分担研究者 伊藤 博明 独立行政法人国立病院機構新潟病院神経内科

研究要旨

厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」に対し、神経難病のQOLと緩和ケアの立場から当班としての意見書を作成する目的で、このガイドライン(たたき台)を分析した。

共同研究者

中島孝 独立行政法人国立病院機構新潟病院神経内科

呼吸器の取り外し」についての言及がない。入院(施設)医療・ケアについてのみを対象としていると思われる。文書化、および「自己決定」の強制にならないような配慮が必要である。

A. 研究目的

厚生労働省は平成18年9月に「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」を公開し、広く国民の意見を求めている。神経難病領域の終末期医療も、この対象である。我々は昨年度から、より良い神経難病医療・ケアをめざして事前指示のあり方についての検討をおこなっており、このガイドライン(たたき台)に対しても当班としてのコメントが必要である。

D. 考察

進行性疾患である神経難病では終末期の定義は不可能であり、「終末期」医療ではなく、診断時から緩和ケアの概念で対応すべきである。その際、個別の緩和療法はpalliationとして捉えることができる(図1)。遷延性意識障害や臓器移植法の対象となる脳死など、このガイドラインの対象ではない病態を明記すべきである。

B. 研究方法

神経難病のQOLと緩和ケアの立場から、このガイドライン(たたき台)を分析する。我々の意見と比較して、①賛同できる事項と②不足あるいは不十分と思われる事項を列挙する。その上で②に対して、具体的提言をおこなう。

医療者のパターンリズム、患者の単なる希望のどちらでもなく、患者・家族(等)および多専門職種のコミュニケーションを基になされるインフォームドコンセントを基礎とし、その継続プロセスの後に医療行為の「自己決定」がなされる(図2)。本人の意思表示が困難なときは、多専門職種ケアチームに対する診療付託の選択でもある。

C. 研究結果

①賛同できる事項:多専門職種(multidisciplinary)の医療・ケアチームを基本とした。不快症状の緩和のみでなく患者・家族の精神的・社会的援助を必要とした。死を目的とする行為は医療とは言えないと明言した。医学的判断など、インフォームドコンセントにおける医療従事者の役割に関して、「専門的な医学的検討を踏まえた上で」として言及した。決定事項の再確認を明記した。本人の意思確認が不能の場合の方法に言及した。代理決定機関ではない、多専門職種による委員会の設置が提言された。

身体の恒常性が人工呼吸器を含めた全体として維持されている場合に、ウィニング過程なく人工呼吸器を中止することは呼吸療法の積極的中止である。この場合は短時間で不可逆の状態となり死に至ることから「積極的」安楽死と同次元の行為と考える。

在宅医療・ケアと連携した形で、「終末期」医療・ケアのガイドラインを拡張するべきで、将来的には非悪性疾患の緩和ケア制度も考慮すべき事項である。

②不足、あるいは不十分と思われる事項:対象となる病態が不明確である。「終末期」の定義、あるいは疾患・病態によっては定義不能であること述べる必要がある。「人工

検討・助言をおこなう多専門職種による委員会は、当事者のコミュニケーション不足を補う機能であり、治療方針等の決定機関ではない。法律家が参加してもかまわないが、方針の最終決定は現場の医療・ケアチームであるべきである。この委員会は、臨床現場の質を高めることで現場での決定を可能にする機能を期待されている。

E. 結論

不完全ではあるが大きな前進であると評価できる。在宅・地域での「終末期」医療・ケアのあり方と連携について検討し、病院（施設）と統合した形の神経難病緩和ケアを目指すべきである。

以上、厚生労働省のガイドライン（たたき台）を分析し意見を述べた。班員との議論のうえで、当班としてのコメントを作成する予定である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 伊藤博明: 事前指示書のあり方 難病と在宅ケア
12(2):47, 2006
- 2) 伊藤博明、中島孝: 在宅神経難病患者の QOL
(特集 神経内科の医療・介護 ―現状と課題―)
神経内科 65(6):542-548 2006

2. 学会発表

伊藤博明ほか: 神経難病の緩和ケア
―がんと比較して―. 第 47 回日本神経学会総会
2006.5.13 東京

図 1

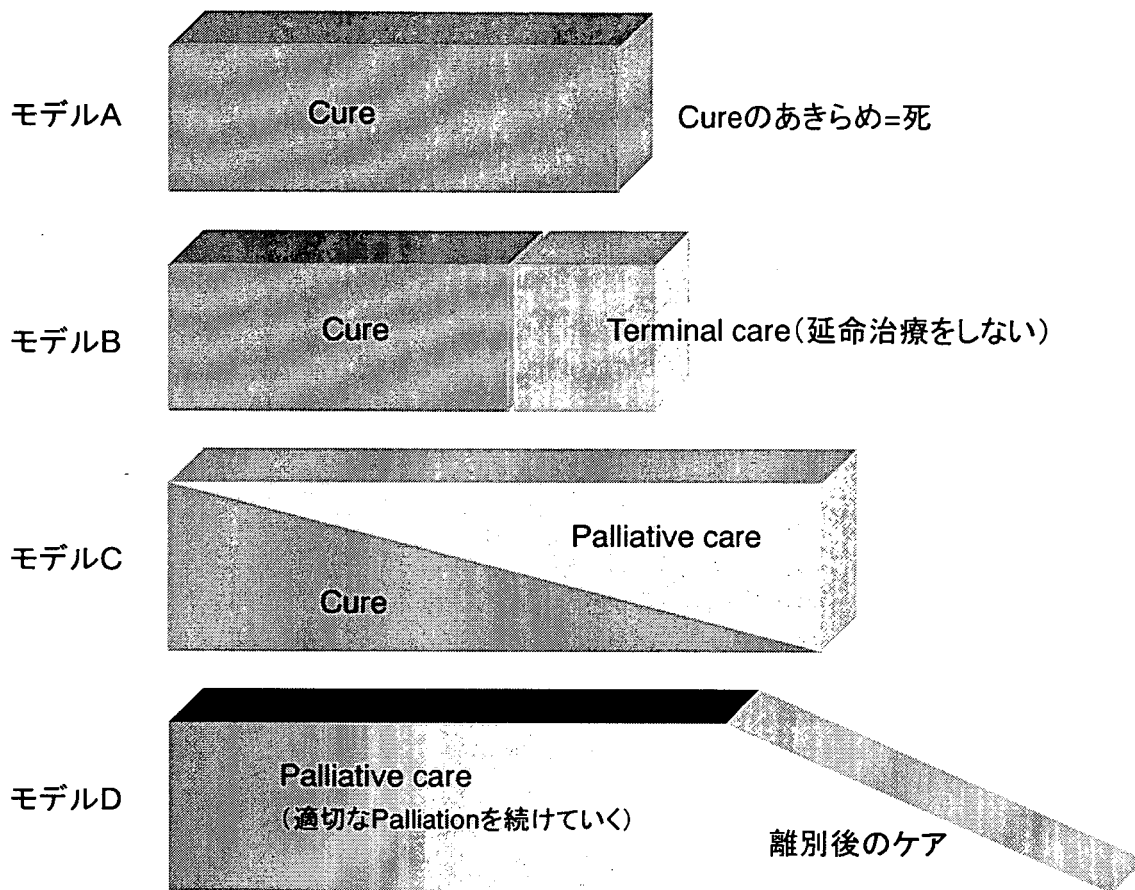


図 2

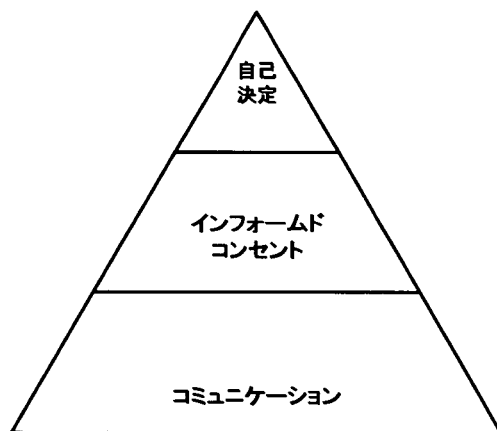


図 1 緩和ケア概念に至るケアモデルの歴史的過程

モデルA,Bの反省にたつて、構築されたモデルC、Dが近代的な緩和ケアモデルである。

神経難病のような診断時点で根治療法がない場合は、モデルDのように診断時点から症状緩和(palliation)をおこなっていく過程が緩和ケアである。

図 2 自己決定のありかた

「自己決定」はいつでも変更できるが、継続するコミュニケーションと新たなインフォームドコンセントのプロセスが必要である。

QOL 向上に資する在宅医療における「事前指示」のあり方について
—在宅医療に取り組む医師対象調査より—

分担研究者 伊藤 道哉 東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

研究要旨

2006 年 4 月以降、在宅療養支援診療所及び連携施設として新たな在宅医療に取り組むであろう施設に対し、在宅医療における事前指示の諸問題について在宅終末期ガイドラインの策定に資する提言を行うことを目的に調査票調査を実施した。事前指示を普及させる方策として重要なもの(3つまでの複数回答)では、全施設回答で、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」が最も多く、48.8%。ついで「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」48.6%、「事前指示の書式を標準化する」40.8%であった。診療所みの回答では、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」50.7%、「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」48.5%、「事前指示の書式を標準化する」41.9%であった。先に実施した調査結果と比較すると、事前指示阻害要因として、病院神経内科医師は、「法的根拠が無い」約 16%、在宅診療に携わる医師は約 10%である。事前指示推進策として、病院神経内科医師は、「法的根拠を与える」約 17%、在宅診療に携わる医師では約 14%（診療所のみでは約 12%）である。立法化については、病院医師の方がやや賛成の割合が高い。しかしその割合は決して高くない。書式の標準化については、事前指示阻害要因として、病院神経内科医師は、「書式が標準化されていない」約 15%、在宅診療に携わる医師では約 13%である。調査結果から、在宅医療に積極的な医師は、事前指示の法制化を必ずしも望んでいないことがうかがわれる。さらに、この 4 月以降、実際に在宅支援診療所にて、在宅医療を実践する医師に対し、再度事前指示、及び、在宅終末期医療ガイドラインについて調査を行う必要がある。

共同(研究)協力者

川島孝一郎(仙台往診クリニック)

濃沼信夫(東北大学大学院医療管理学分野)

A. 研究目的

2006 年 4 月以降、在宅療養支援診療所及び連携施設として新たな在宅医療に取り組むであろう施設の医師に対し、在宅医療における事前指示の諸問題について調査票調査を実施し、在宅終末期ガイドラインの策定に資する提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

平成 18 年 2 月～3 月、全国で「在総診」、「在医管」、「在医総」を申請して在宅医療に取り組む 4,173 の病院・診療所の医師に、郵送自計方式で調査を実施した。有効回答は 494 件(有効回答率 11.8%)であった。発送先 4,173 件の内訳は、以下の通りである。

- ・ 6 都府県(東京都、大阪府、宮城県、香川県、福岡県、大分県)のウェブサイトから得られた、何らかの在宅

医療を行う(在総診等)病院・診療所 ……………

3,009 件

- ・ 学会名簿・文献から得られた、積極的に在宅医療を行っていると思われる病院・診療所 ……………1,164 件
- ・ (日本在宅医学会会員名簿/NPO 在宅ケアを支える市民診療所全国ネットワーク会員名簿より 893 件、『在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本』全国在宅ケア医の最新情報。2005 年版より 271 件)
- ・ 本調査・分析では、(1)全施設、(2)診療所、(3)診療所—6 都府県、(4)診療所—学会名簿・文献、(5)診療所—学会名簿・文献—都市(東京都及び政令指定都市を持つ道府県)、(6)診療所—学会名簿・文献—地方(“都市”以外)の、6 種類の群で分析した。

C. 研究結果

昨年 1 年間(2005 年 1～12 月)の在宅看取り数

1 年間の在宅看取りの人数について、全施設では、「0

人」24.8%、「1人」以上「5人」未満を答えたのは37.5%であった。1施設あたりの平均は6.6人であった。診療所のみでは、「0人」が23.3%、「1人」以上「5人」未満が39.9%であった。6都府県では平均3.3人、学会名簿・文献では平均10.2人であった。

「在宅で最期を迎える希望について、文書等で患者・家族より事前指示を徴すること」について、全施設の回答は、「全く妥当」25.3%、「概ね妥当」55.6%、「妥当でない」9.8%、「わからない」9.3%であった。診療所のみでの回答では、「全く妥当」23.7%、「概ね妥当」56.8%であった。

「文書等で患者・家族より事前指示を徴することが妥当でない」理由は、「在宅で最期を迎える時、最も大切なのは医師と本人家族との信頼感であり、事前文書など有ってはならない」「最期を自宅で迎えることを直接家族に質問することが難しい場合もあり、全てにおいて可能とは限らない」などであった。

「事前指示のメリットとして重要なもの(3つまで)」全施設回答(N=461)は、「本人の自己決定が明示される」が50.8%、「本人が望まない治療を強要されない」46.6%、「本人の自己決定を共有できる」37.5%であった。診療所のみでの回答も同傾向であった。

「事前指示が普及しない阻害要因として重要なもの(3つまで)」全施設の回答(N=466)は、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知が行われていない」が58.2%、「事前指示の前提としての自己決定に患者がなれていない」53.9%、「事前指示が尊重されず、家族が治療方針を変更してしまう場合がある」37.8%であった。診療所のみでの回答も同傾向であった。

「事前指示を普及させる方策として重要なもの(3つまで)」全施設の回答(N=453)は、「事前指示の前提としての病名・病態・予後告知を推進する」が最も多く、48.8%、「事前指示の前提としての自己決定についての教育を充実させる」48.6%、「事前指示の書式を標準化する」40.8%であった。診療所のみでの回答も同傾向であった。

D. 考察

事前指示の定義

2003年世界医師会がヘルシンキ総会で採択した「Advance Directives (Living Wills) (事前指示ーリビング・ウィル)」に関するWMA声明の前文第1文によると「事前指示とは、記載され署名された書面または証言された口頭による陳述であり、意識を喪失または他の方法で自分の意思表示ができなくなった場合に、自分が受けることまたは受けないことを希求する、医療に関する希

望を記録したものと定義されている。

An advance directive is a written and signed document or a witnessed verbal statement whereby persons record their wishes regarding the medical care they wish to receive, or not receive, if they become unconscious or otherwise unable to express their will.

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION
STATEMENT ON ADVANCE DIRECTIVES (“Living Wills”).

Initiated: October 2001, Adopted by the WMA General Assembly, Helsinki 2003.

<http://www.wma.net/e/policy/wl4.htm>

日本医師会も、この定義を採用している。日本医師会医事法関係委員会 答申 終末期医療を巡る法的諸問題について 平成16年3月（日本医師会編：国民医療年鑑 平成15年度版、春秋社、464-498頁、2004年9月）

早稲田大学の甲斐教授は、「患者の意思を尊重するにせよ、「報告書」(厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」報告書 2004年7月)も提言するように、立法というハードな方式ではなく、選択肢としては、書面に限らず多様な方式を採用するガイドライン方式のような柔軟な対応をすることの妥当性が導かれるように思われる」として「尊厳死問題についてのガイドライン要綱の私案」を提示している。

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。

(甲斐 克則:終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任—川崎共同病院事件第1審判決に寄せて、ジュリスト No.1293、98-106、2005年7月)

甲斐教授の指摘は、在宅終末期の場合にも当てはまる点が多いように思われる。

事前指示書・リビングウイールについての留意点

事前指示書・リビングウイールについては、十分な説明責任が果たされ、公平な視点からの判断が行われた後に記載されたものであることが前提である。

しかし、実際には、医師の説明の多くは、疾病論・症候論に基づく身体情報のみの説明に終始し、それによってどのように生き方が変わるのか・生活がどのように変化するのか等の、生活情報は説明されない。

また、リビングウイールは、健康なときに作成されたものであったりするために、実際に直面している身体変化・生活状況を反映していない場合が多い。

不十分な説明による事前指示書・リビングウイールは本来の機能を発揮しえず、むしろ本人にとって危険であることを認識すべきである。

平成18年9月15日、厚生労働省医政局から、わが国で最初の終末期医療に関するガイドラインのたたき台が発表された。以下にたたき台を示す。

「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)

本ガイドライン(たたき台)は、患者の意思の確認方法、治療内容の決定手続きなど終末期医療に関する主な事項について、厚生労働省として広く関係者、国民の間の議論のたたき台を提供するものである。今後、有識者からなる検討会を立ち上げ、幅広く議論を行っていただく予定である。

1 終末期医療及びケアのあり方

① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。

② 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

① 専門的な医学的検討を踏まえた上でインフォームドコンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。

② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

① 家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

② 患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考にして、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

③ 家族や家族に準ずる者がいない場合、家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 多専門職種からなる委員会の設置

上記(1)、(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合

・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）
分担研究報告書

等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討・助言を行うことが必要である。」

このガイドラインたたき台に対する、パブリックコメントが募集され、平成18年12月、医政局長により、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」が設置された。

平成19年3月まで、2回の検討会が開催され、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関するガイドライン（案）」および「解説編」についての検討が重ねられている。

E. 結論

在宅医療に積極的な医師は、「在宅で最期を迎える希望について文書等で患者・家族より事前指示を徴すること」に概ね8割が賛成である。しかし、事前指示の法制化を必ずしも望んでいないことがうかがわれる。2006年4月以降在宅支援診療所を申請した診療所（5月1日8595施設、7月9200施設、10月で10000施設）の医師に対し、事前指示の形式、書き換え頻度等具体的内容、及び、在宅終末期医療のあり方について、再度調査を行う必要があると考えられる。

また、厚生労働省終末期医療ガイドライン案は、主に、病院等入院医療を対象としており、在宅医療に関する終末期医療のあり方については、今後在宅医療に特化したガイドラインの整備をはかる必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 伊藤道哉, 濃沼信夫: 終末期における医療供給体制の今後の課題、保健医療科学、Vol.55, No.3, 225-229 2006.
- 2) 伊藤道哉: 在宅療養支援診療所と調剤薬局の課題、クレコンレポート; 28, 1-6, 2006.
- 3) 伊藤道哉, 濃沼信夫, 川島孝一郎: 在宅療養に積極的な医療施設の医師を対象とする「事前指示」に関する調査, 病院管理, Vol.43, Supplement, p.102, 2006.
- 4) 伊藤道哉: 看護支援システム導入に向けて看護

部が覚悟すべき留意点、月刊看護きろく、Vol.16, No.12, 21-24, 2007.

- 5) 伊藤道哉: 在宅における医療関連行為, NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第12回全国の集い in 長崎 抄録集, p.27, 2006. (単行本)
- 6) 伊藤道哉: 医療福祉と倫理、幡山久美子 編: 臨床に必要な福祉、弘文堂、17-30, 2007. (総ページ数 233)
- 7) 伊藤道哉: 神経難病と介護保険、阿部康二 編: 神経難病のすべて、新興医学出版社、1-6, 印刷中, 2007. (単行本)
- 8) 濃沼信夫, 川島孝一郎, 伊藤道哉, 武吉宏典: 在宅医療の医療経済、日常診療に活かす老年病ガイドブック8、高齢者の退院支援と在宅医療、メジカルビュー社、210-217, 2006.

2. 学会発表

- 1) 伊藤道哉, 濃沼信夫, 川島孝一郎: 在宅療養に積極的な医療施設の医師を対象とする「事前指示」に関する調査、日本病院管理学会、名古屋、2006年10月19日
- 2) 伊藤道哉: 家族性腫瘍の経済問題、日本家族性腫瘍学会、大阪、2006年6月17日
- 3) 吉原律子, 伊藤道哉, 中嶋啓子, 山下千鶴子, 船本太栄子, 篠崎良勝, 政野逸子: 在宅における介護職の行う医療関連行為の検討, NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク第12回全国の集い in 長崎、2006年9月17日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

終末期における法と判例

分担研究者 稲葉 一人 科学技術文明研究所 特別研究員

1 終末期医療における問題意識

終末期、特に、近時延命治療の中止の問題は、事柄が起こるとマスコミ等の関心を引き、洪水のような報道がなされるが、そこで立ち止まり関係者が議論し、しっかりしたコンセンサスを作らないまま終わってしまっている。そのため、議論がつながらず、また次の問題を引き起こしている。東海大学事件(1991)、京北町事件(1996)、川崎協同事件(1998)、羽幌病院事件(2004)、そして、射水市民事件(2006)しかりである。

延命治療の中止の問題は、狭義の倫理の問題から、医療資源の配分といった領域、また、法的な問題にまで連なる。特に、法的には、「延命治療の中止とはなにを指すのか」、「消極的安楽死とどこが違うのか」「法的にはどこまでが合意されており、どこからが合意されていないのか」といった点などが十分議論され、共有されているとはいえない。

欧米のような本人の事前の意思を尊重する制度や、尊厳死法等の法的な整備がないわが国では、先例となるものも、東海大学事件判決(1995年(平成7年)3月28日)と川崎協同事件判決(2005年(平成17年)3月25日)の各横浜地方裁判所の判決だけである。

2006年9月15日には、厚生労働省から終末期医療におけるガイドライン(たたき台)が示され、2006年12月、日本救急医学会の特別委員会は、「患者本人や、家族を通じて患者の意思が判断できる場合、延命治療をやめ、人工呼吸器の取り外しができる」ことを盛り込んだガイドライン案を公にしている。

そこで、本稿では、今後終末期医療について議論をする際に必要な法的な資源(法・法の解釈、判例や、委員会等の成果)を示すことにより、同じ土俵で議論するための前提条件を示すこととする。

2 終末期問題を論ずる難しさ

(1) 法のけん欠問題

法は社会に生じた事柄を分析し、評価する道具である。しかし、法は万能ではない。そこには、法のけん欠と呼ばれる事態がある。法のけん欠を分類すると、一定の事案に適用すべき制定法が全く存しない場合と、既存の制定法の適用によっては、現実の社会生活に適合した解決が得られない場合に大きく区別される。終末期はど

ちらにあたるのか。法がそもそもないのか、あるいは、法が沈黙しているのか、法はあるが法の解釈や当てはめの結果が不相当なのか。

ところで、人の生の問題については、法は保守的である(例えば、自殺を直接罰する法はないが、自殺を支援する行為は罰せられる(刑法202条「自殺関与・同意殺人」)。しかも、一般的に、法学者は、事件が生じてこれを振り返って評価する(これが裁判である)ことには長けているが、これからどうするのか(今問われているのは、臨床での判断である)という行為規範を作成する作業は不得意である。そこで、法が不明瞭であればあるだけ、リスク(解釈の幅)を大きく考え、なにごとにも制約的に考えることとなり、そこに過度な萎縮が起こる余地がある。しかも、これまで(私も含めて)一部の法学者を除き、この問題の大きさと広がり配慮して、医療・社会へ訴えるという姿勢での発信は十分でなかったと感じる。そのため、法的に許される終末期の措置とそうでないものの区分、許される条件、更にこれを取り巻く人々への配慮の条件等が、コンセンサスをとれないまま今日に至っている。同時に、法制度としても、生前の意思(これにはリビングウィルと代理人を選定する持続的代理人制度がある)を法的に尊重する仕組みがなく(成年後見制度もこれを補っていない)、本人の判断能力判定の仕組みや、本人の意思と家族の意思との関係の調整等も遅々としてすすまず、立法化の動きも緩やかである。さらに、わが国では、事例が裁判所に持ち込まれることが少なく、議論が公的なフォーラムで検討されることが少なかったことも、終末期問題の解決を難しくしている一因である。

(2) 定義問題

多様な終末期とでも言えると思う。

終末期の問題を考えるにあたっては、その定義が大きなネックとなっている。

たとえば、一体、「終末期」とはいつからか、どのような人を対象とするのか。たとえば、平成9年に行われた旧厚生省の意識調査における用語集では、「末期状態の期間——末期状態の期間とは6ヶ月程度、あるいはそれより短い期間」とし、末期状態についての積極的定義は行われていない。疾患としてはなにを対象とするのか。悪性腫瘍に関しては終末期医療の内容は明確になりつつあ

るが、高齢者で認知症等の疾患では、原疾患はなにで、なにが標準的な医療かが不明確である。疼痛を伴った末期状態（主としてがんを想定できる）、持続的植物状態（主として、脳卒中、頭部外傷や交通事故等を想定できる）とともに、非悪性疾患による終末期の状態の問題も視野に入れると、この問題は大きな広がりを持つことができる。しかし、現在高齢者医療の中で、潜在的に問題とされるのは、この最後の、高齢者の方が次第に認知等のレベルが低下して終末期を迎えるにあたっての問題である。

また、安楽死や尊厳死という言葉自体価値的な意味を表象しており、同時に、「純粹安楽死」「間接的安楽死」「消極的安楽死」「積極的安楽死」「尊厳死」等に分けられたり、関連付けられているが、その間の関係については、厳密に論じられていない。

また、開始しないこと（withhold）と中止（停止）（withdraw）の定義も、統一されていない。

そのため、同じ言葉を用いながら違う場面を論ずるなど、かみ合った議論が難しい。

「治療の打ち切り」は、概ね間接的安楽死の一部に入るとされるが、その場面ごと、患者ごとに治療の内容が異なり、どのような状況で、なにを打ち切るとするのかにより、合法性等の条件の議論も異なってくる。

（3）海外問題

安楽死・尊厳死や「治療の打ち切り」について、オランダ、ベルギーや米国の一部では、法制化されているところもあり、その報告もある。しかし、正確な用語や分類を設定して、同じ条件で、多数の国を比較し、法や社会の制度、その受入れ度等を包括的に検討したレポートがなく、議論が「あの国ではこんなふうになっている」という単発の話題提供に終わりがちである。特に最近議論の活発な英国を始めとする EU 諸国や東アジア含めた、包括的で、エビデンスを示したレポートが期待される。

3 死についての法的な仕組みないし考え方

死に関する刑法の規定はシンプルである（法1）。

自殺（自ら命を絶つ行為そのもの）は法的には処罰規定がない（ただし、処罰は無意味であるので、刑事政策的に不可罰としたのか、そもそも違法ではないとするのかにより、以後の論点への関わりが異なる）が、「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁錮に処する」（刑法 202 条）とされ、本人でない者の（本人の）「自殺関与と同意殺人」を処罰の対象としている。

また、判決では「生命が地球よりも重い（最高裁判所判決昭和 23 年3月 12 日）」、「疑わしきは生命の利益に（in dubio pro vita）」（判例3参照、川崎協同事件一審判決：横浜地方裁判所平成 17 年3月 25 日判決）と主張されている。

ここから見とれる（刑）法の立場は、死について保守的で、生命倫理的に言えば「生命の神聖性原則」を重視する立場と評価される。したがって、法的な観点から、死につながる行為をする（または、死を防ぐ行為を意図的にしない）ことの違法性を一般的に論ずる場合、その要件は倫理的観点より厳しい要件が課される。

もともと、法は、ある行為が、ある一定の範囲（法的に決められた準則）を超えた場合に、違法（刑事的には、構成要件に該当し、違法性阻却事由がない状態を、民事的には、債務不履行や不法行為を、それぞれ基礎付ける）と、振り返ってみて、評価する規範として働く（評価規範）が、この評価規範の一部を体現した事例（後に掲げる横浜の二つの判決例もこの例である）を見ることにより、行為規範（ある事態に直面して、どのように行動すべきかを指し示すもの）を、ある程度の幅を持って推測することはできるが、その幅をどの程度に見積もるかについては、常に不確実さを伴う。

法のもとでの判断・決定のルール

（1）自己決定の原則

自己決定とは、他人を害さない限りで、自己の私的な事柄について自由に決定する権利、自己の判断に基づき好きなことをなす権利、個人個人が自ら「善い」と信じる生き方を追求する自由といわれる。この自己決定の尊重は、憲法 13 条に由来する。自己決定権は、各人が自己の意思と責任において生きる前提としての、自由権としての側面（フランス人権宣言4条）のほか、それを制度的に支える社会保障を求める社会権としての側面、自分たちの世界を自分たちの意思で運営する参政権・参加権という側面、そのための情報の公開等を求めるという知る権利をも包含する、複合的な権利である。

したがって、自己決定が問題となる場面やその発現のあり方は様々であり、現在社会の様々なレベルで議論がされている。その中でも議論が激しいのが、医療上の自己決定である。本稿で扱う、不必要・不自然な延命治療の拒否（尊厳死）、安楽死、（宗教上の理由による）輸血拒否、ICなどは、いずれも医療上の自己決定の問題である。このような問題意識は、伝統的なパターンリズム・近代医学の人間性軽視の克服、医療のあり方の変化、患者の意識の向上等、様々な要因が関連している。そして、

この問題に関連して、医師・患者モデルの新しい提唱や、ICについての新しいあり方が模索されている。

ところで、自己決定権の及ぶ範囲は広範囲に及ぶ。わが国では、後述するように、財産管理についてのみ議論や立法が先行し、医療上の事柄については、精神疾患患者に対する意思の代行（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）に関する規定があるだけである。なお、移植等に関する法規定も掲げる（法2）。

（2）本人の意思

① 意思能力ある患者の意思を尊重するというルール

憲法に基礎を置く（前文の趣旨、11条、13条等）自己決定権は、法的な価値に序列があるとすると、より高い地位に位置する。もともと、自己決定権に何を盛り込むか、自己決定権の内在的制約（固有の制限）はなにか、自己決定権と他の権利との調整するルールは何かについては、論者によってまちまちである。

自己決定権と同じような趣旨で出てきたのが、旧約聖書のエホバの証人に関する信者が、輸血拒否するという自己決定をどこまで尊重するかという論点との関係で最高裁判所が言及した人格権という考え方である。人格権とは、人が人として人格の尊厳を維持して生活する上で、その個人と分離することのできない人格的諸利益の総称をいうが、自由、名誉、プライバシー、身体などを基本内容とし、貞操、肖像、氏名、信用等も含まれると解釈される。エホバの証人患者への輸血事件として有名な、宗教的信念に基づく輸血拒否を、人格権の侵害を理由に損害賠償を認めた最高裁判例では、「患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重される。医師は、右の意思を知っていたなどの事情の下で、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態が生ずる可能性を否定し難いと判断したときは、患者に対し、そのような事態に至ったときには輸血するの方針を採っていることを説明して、手術を受けるか否かを患者自身の意思決定にゆだねるべきである。医師がこのような説明をしないで手術を施行し、右方針に従って輸血をした場合には、患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったことになり、同人の人格権を侵害したもとして、その精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う」と判示している（最高裁判所判決平成12年2月29日）。

もともと、この判決から、では患者の自己決定を尊重して（ないし従って）輸血をしなかった場合に、無問責かどうかについては、議論があろう。この判決は厳密には、「輸血するの方針を説明しなかった」という点が人格権の侵害となると言ったにすぎず、自己決定権を尊重すれば無問責となることまで読み込めないとするのは、大方の法律家の意見であろう。

② 意思能力がない場合に事前の意思を尊重する仕組みや判断

判例上は、意思能力ある患者の意思を尊重するというルールを支持する考えがでてきているが、決定をする際に意思能力がない場合、患者が事前に示した意思を尊重する法的な仕組みや判断については、極めて乏しい。

まず、事前の意思を尊重する制度としては、国際的には、リビング・ウィル「書面による生前の意思表示」（「治る見込みがなく、死期が近いときには単なる延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておく、がんの末期などで実際にそのような状態になり、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する」（第4回終末期医療に関する調査等検討会報告書・平成16年）や、意思決定を第三者に依頼する持続的代理制度（durable power of attorney）がある。

わが国では、1994年に日本学術会議が尊厳死（「助かる見込みがない患者に延命治療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせること」）を容認し、事前の意思を尊重する提言を出した。しかし、リビング・ウィルを尊重することを定めた法制度はない。後述のように、遺言や、高齢者の財産管理の代理について規定した成年後見法では、医療上の決定は含まれない。

（2）家族の意思—事前の意思表示がないまま意識障害等になった患者の治療決定を行なう上での家族の意思

家族の意思がどのような効果を有するのかについて、法的には明確な規定はない。患者が承諾できない状態にある場合、つまり、精神疾患、意識障害がある場合などはだれがどのように判断するのかの問題が臨床で生じる。患者が未成年者の場合は、親権者や法定代理人の承諾の代行、代諾が可能とされるが、患者が成年の場合は、明確な根拠はないが、民法では、身分法分野で、配偶者の間では、同居・協力・扶養義務（民法752条）、親子の関係では、親権（監護・教育・財

産管理・代理・扶養）（民法820～824条）、親族（6親等内の血族、配偶者、3親等内の姻族、民法725条）との間では扶養の権利義務（民法877条）が生じ、相続法の分野では、子（民法887条）、直系尊属、兄弟姉妹（民法889条）、配偶者（民法890条）で相続権を有するし、財産法の分野では、父母・配偶者・子は、慰謝料請求権を有する（民法711条）としている。

しかし、これらの諸規定の解釈の結果、医療、特に終末期の段階で、どのような範囲で、だれに本人に代わる意思表示を有効にする権限を与えるのかについては、明確ではない。

なお、ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する指針では、代諾について次のような規定が置かれている。

「提供者本人から受けることができず、代諾者等からインフォームド・コンセントを受けられる場合の、代諾者の選定の基本的考え方

研究責任者は、代諾者について、一般的には、以下に定める人の中から、提供者の家族構成や置かれている状況等を勘案して、提供者の推測される意思や利益を代弁できると考えられる人が選定されることを基本として、研究計画書に代諾者を選定する考え方を記載しなければならない。

- 1 任意後見人、親権者、後見人や保佐人が定まっているときはその人
- 2 提供者本人の配偶者、成人の子、父母、成人の兄弟姉妹若しくは孫、祖父母、同居の親族又はそれらの近親者に準ずると考えられる人

6 具体的な本人や家族の意思の位置付け

(1) 患者が同意能力者である場合

患者本人に十分な意思能力がある限り、その行為能力（権利の主体となる地位のこと）の有無にかかわらず、患者本人が同意を与えることができると考えられている。

民法は、有効な法律行為（典型的には契約）をするには、その行為につき、通常人並みの理解及び選択能力を必要とすることを前提としている（明文の規定はないがこのように解釈することに異論はない）。これを意思能力という。したがって、意思能力を欠く人の意思表示は無効である。

意思能力は、6～7歳程度で備わるとされるが、行為（取引）内容により、意思能力があるかどうかは、相対的に判断される。しかし、医療における侵襲の場面は多岐にわたり、軽微な侵襲から、患者の死を帰結する可能性のある重大な侵襲行為までわたり、おのずから、後者に

はより高度な意思能力が必要とされる。また、意思能力は、あるかないかという二者択一的ではなく、段階的・漸次的に低減・喪失されていくものである。

したがって、ここでの意思能力の判断は、生物学的要素（主として病状）からストレートに判断を下せるものではなく、心理学的要素を加えるべきものと考えられている。

ところで、医療における自己決定は患者への説明と同意（IC）という形で実現されている。同意は、法的には、侵襲行為の違法性阻却事由（刑法35条）となる。この場合の同意は、概括（包括）的同意と、個別の同意を区別することが可能であろう。これは、それぞれ、医療契約締結に含まれる侵襲の同意と、その後の個別的な医的侵襲行為への同意とパラレルに考えられる。

「患者の同意と医的侵襲」

	種別		侵襲の違法性阻却の範囲
1	包括（概括）的同意	医療契約の締結に対する同意（承諾）で代替することができる	まず病的症状の医学的解明を求め、これに対する治療方法があるなら治療行為も求める ① 病的症状の医学的解明に必要な最小限の医的侵襲行為（触診その他の身体的侵襲の軽微な検査行為（レントゲン検査、血液検査）等） ② 当該医療契約から当然予測される危険性の少ない軽微な身体的侵襲（熱さましの注射、副作用の少ない一般的な投薬、骨折の治療、傷の縫合行為） ただし、この場合でも、患者から明確な意思の表示があった場

			合は個別的同意を要する。
2	個別的同意	当該具体的な医的侵襲行為ごとの同意	投薬、注射、麻酔、輸血、手術等
3	緊急事態における生命尊重原則	承諾を得られない場合	全ての緊急事態を回避するための医的侵襲行為

(2) 本人の生前の意志を尊重する制度－遺言

法律制度としての遺言は、遺言者が生前になした相手方のない単独の意思表示について、遺言者の死後に効力を認め、その実現を確保するための制度である。

この遺言は、遺言者の死亡によって効力を発生する(民 985 条1項)。遺言者が生きている限りはどのような効力も生じない。

遺言は要式性を有する(民 960 条)。旧法では、遺言では、相続に関する処分のほか、認知(旧民法 829 条2項)、後見人の指定(同 901 条)も可能であった。しかし、新法では「家」的な制度を廃止したため、遺言は相続に関連する問題を処理する方式として相当程度純化されている。

遺言は方式に従うほか、遺言でなし得ることが規定されている(財産処分(964、41Ⅱ)、認知(781Ⅱ)、相続人の廃除(892、893)と取消(894)、未成年後見人または未成年後見監督人の指定(839、848)、相続分の指定または指定の委託(902)、遺産分割方法の指定または指定の委託(908)、遺産分割の禁止(908)、相続人相互の担保責任の指定(914)、遺言執行者の指定または指定の委託(1006)、遺贈減殺方法の指定(1034 但書))。

すなわち、遺言という民法上の制度は、「生前」に効力を有する、「自己の医療上の意思決定」に対して、これを利用することはできない制度である。

(3) 患者の意思能力の判定

現実の医療の現場では、患者の意思能力を判定することは極めて難しい。前述したように、侵襲行為の重篤度等に応じて、必要とされる意思能力が相対的なものであり、二者択一的なものではなく、判断は、単に生物学的ではなく、心理的側面も考慮すべきとすると、現実の臨床で判断するには多くの戸惑いが生ずるであろう。

従前のわが国の裁判例では、人の法律的能力(意思能力、行為能力など)について、医学的診断に基づいて、画一的なかたちで、人の能力全般に対して概括的な評価を下してしまうという態度が支配的であったと評価されている。そこで、成年後見が導入されるにあたり、最高裁

判所事務総局家庭局は「新しい成年後見制度における鑑定書作成の手引」を作成している。しかし、これはあくまで、成年後見制度における保護の認定の場面で、(ある程度時間をかけて行う)裁判官(審判官)の判断の補助に用いられる鑑定書の作成の手引きであって、ここで問題となっている、臨床の現場での、今ここでの医療上の意思能力の判断には、示唆する点はあっても、これだけでは現場の戸惑いを解消するには程遠い。すなわち、臨床では、臨床的指標と法的基準とが常に一致するとは限らないし、時間的な緊急性等から第三者判断者が想定できない場面では、医療者が(与えられた時間内で)暫定的にでも決めざるを得ないし、判断能力判定の閾値が、患者の判断内容で変化する(一致すると閾値は下がり、不一致すると閾値が上がり、患者の判断能力に疑問を持つ)というバイアスが考えられる。

(4) 患者が同意無能力(意思無能力)である場合

患者が同意無能力者である場合は、医療侵襲行為は、本人以外の第三者が最終決定を下すしかない。

これは、次の三つの問いに文節される。

① 家族に、代行権限を認めることができるのか。

② 成年後見人等は医的侵襲行為に対する代行権限を有しているか。

③ 親権者及び未成年後見人は未成年者に対する医的侵襲行為に対する代行権限を有しているのか。

① 家族の権限

これまでの医療の現場では、(パターナルな)医師が自ら判断して行ってきた。しかし、現在では、患者らの自己決定が重視され、説明しないまま医療を進めるわけにはいかないし、事後に問題視されることを避けるために、説明は不可欠な要素である。しかし、臨床現場では、患者に意思能力がある場合ですら、医師は患者本人よりも家族の方に先に診断名などの情報を提供し、治療方針も家族の意思によって決定されることが多々あるし、がんの告知のような場合には、その問題が更に深刻化する。

そして、患者本人が既に意思(認識)能力を失っている場合には、家族に説明をすることになる。そこで、現場で

は、患者に代わって家族が、医療契約の締結のみならず、医療を受けることを代諾し、具体的な医療行為の意思決定の代行を行っている。

しかし、家族は、その範囲が不明であるうえ、仮にキーパーソンとしてもそれが間違いなくキーパーソンといえるのかまた、それを誰が判断するのという基本的問題すら、法的に決められていない。

そして、家族に、患者と並行して、また、同意能力のない患者に代わって意思決定をする権限があるのか、あるのならそれはどのような理由で、また、どの範囲(どのような要件を備えた)の家族にどのような権限が与えられるのか、家族に権限がないのなら、臨床での現状を法的にどのように評価すべきなのか。このようなこれまで当然検討を加えられなければならない問題について、法律家のこれまでの議論は十分でないし、立法的にも全く解決される見通しもあない。このような問題は、既にルール作りがされていなければおかしいはずである(アメリカでは、代行する家族の順位が決められている)。

家族が意思決定をする(できる)理由はいくつかを挙げることができる。まず、家族は、本人の意思をもっともよく知っている立場にあるからだとするものである。あるいは、医療者側からは、家族の了解・同意は、その後のトラブルを避けるための実践的な方法でもある、また、家族が医療費の実質的な負担者であるという点が挙げられる。し

「法定後見制度」

精神障害の程度	旧民法	新民法	
軽度 「精神上の障害に因り事理を弁識する能力が不十分なる者」	なし	補助(14～17条) 補助人	原則として本人の行為能力に制限はないが、裁判所は、特定の法律行為について補助人の同意を要するとする審判をなすことができる(民16条1項)。この場合も、本人からの請求に基づかない場合は、本人の同意がないと審判をなしえない(同条2項)。
中度 「精神上の障害に因り事理を弁識する能力が著しく不十分なる者」	準禁治産	保佐(11～13条) 保佐人	原則として本人が行為することを認め、重要な行為に限って保佐人の同意を得て行う(民12条)。
重度 「精神上の障害に因り事理を弁識する能力を欠く常況に在る者」	禁治産	後見(7～10条) 後見人	後見人には、財産管理について包括的な代理権が与えられる(民859条)。本人の法律行為は、日常生活に関する行為を除いて、取り消し得る(民9条)。

かし、これらは、実質的な理由であり、法的な説明、つまり、なぜ、家族は本人の意思の代諾権を有しているかという問題に答えていない。推定相続人であるような家族は、本人の生命に関するような判断では、本人と利益が相反することもあり、常に本人の意思についての最善の理解者とはいえない。家族というくりだけで権限を導き出すことは難しい。

参考になる判決を掲げる(判例5)。これは、意思能力ある成人たる本人と親族との関係で、侵襲を伴う医療行為の選択に意見の齟齬があった場合である。これは、宗教上の輸血拒否者の両親からの輸血委任仮処分申請事件である。

② 成年後見人・任意後見人による代理決定の法的可能性

2000年に新成年後見制度が、介護保険制度と同時に導入され、高齢化社会を迎え、意思決定能力の低下・喪失の可能性のある高齢者に対して、法は、法定成年後見と任意成年後見という二つの制度を用意した。

a) 法定後見

法定後見の制度は、申立権者が、家庭裁判所に後見・保佐・補助のいずれかの審判の請求をすることから始まる(本人の申請意思に関わりないことで、法定といわれる)。補助については、鑑定は必要ではない(家事審判規則30条の9)。

裁判所が選任した成年後見人は、家庭裁判所が監督する法定代理人なので、その権限は、法律で定められている。民法は、①包括的な財産管理権、②財産に関する法律行為の代理権、③本人が行った法律行為の取消権、④本人が行った財産に関する法律行為の追認権を認め、これ以外の権限は認めていない。また、成年後見人は、「被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。」（民法 858 条）とされ、これが、「身上配慮義務」と言われ、後見のほか、保佐や補助にも、同様の規定がある。

「財産管理権」は、「財産の保存・維持及び財産の性質を変じない利用・改良を目的とする行為」で、財産管理に関する包括的な権限で、法律行為だけではなく、事実行為も含まれる。例えば、印鑑とか預金通帳の保管、年金等の入金及び出金の管理、所有不動産の賃貸又は売却等がある。「財産に関する法律行為」の代理権、取消権及び追認権は、あくまで、財産に関する法律行為に限られる。

また、身上配慮義務ないし身上監護は、例えば、「医療」「介護」は、それに関する契約の締結、契約の履行の監視、費用の支払い、不服申立、契約解除等の事務を行うものに限られる。また、「介護行為」等の事実行為については、成年後見人の権限に含まれない（法務省民事局参事官室「成年後見制度の改正に関する要綱案補足説明」1998 年）。

したがって、成年後見人等には、財産行為としての診療契約の締結代理権は認められるが、身上監護行為としての医療行為に関する決定権ないし同意権は含まれないことになる。

しかし、これを貫くと、成年後見人を選任した意義が医療行為の場面では大きく減殺されてしまう。この点解釈論として、成年後見人に、医療契約の内容となる身体処分についても、一定範囲の処分権限（代行決定権）を認めるべきとする学説があるが、少数説である。

b) 任意後見

任意後見制度は、将来の自分の判断能力が不十分になったときのことを考えて、本人の意思で他人に後見を依頼する制度で、後見人との間で任意後見契約（委任契約）を締結する（任意後見契約に関する法律）。この契約は、本人の判断能力が不十分な状態となり、家庭裁判所が任意後見監督人を選任した時点で効力を生ずる。後見人がどのような行為について代理権を有するかは、任

意後見契約により定められる。

法は、任意後見契約を、「委任者が、受任者に対し、精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分な状況における自己の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務の全部又は一部を委託し、その委託に係る事務について代理権を付与する委任契約であって、4条1項の規定により任意後見監督人が選任された時からその効力を生ずる旨の定めのあるものをいう」（同法2条1号）とする。

任意後見人ができる委任事務は、公正証書による契約で定められ、原則として、契約等の「法律行為」に限られ、「事実行為」としての介護サービス等は含まれない。具体的な介護サービスが必要なときは、任意後見人が本人の代理人として、介護サービス業者等と介護契約を締結し、その介護業者が介護を行うことになる。施設等への入所が必要なときは、後見人が本人を代理して、入所契約を締結する。

任意後見人の事務も、大きく分けて「財産管理に関する事務」と「身上監護に関する事務」に分けられる。「財産管理に関する事務」とは、預貯金の管理、不動産の管理及び相続における遺産分割協議等で、「身上監護に関する事務」とは、本人の生活や療養監護に関する事務で、生活に必要な物品の購入契約や介護や住居や医療に関する契約等の事務がこれに該当する。しかし、ここでも、身上監護行為としての医療行為に関する決定権ないし同意権は含まれないと解されている。もともと、任意後見人の権限の範囲は、法定代理人たる成年後見人とは異なり、契約に依存するので、権限の委譲が公序良俗等に反しない場合は、成年後見人より広い授權が認められる余地がある。

(3) 未成年者の親権者ないし未成年後見人

医療者は、侵襲を伴う医療行為をなすにあたって、原則として患者の承諾を得なければならない。この承諾は、患者自身の自己決定であり、医療行為の違法性を阻却する。しかし、このような原則は、幼児や精神病患者、意識不明の患者のように、患者が承諾できない状態にある場合には、問題が生じる。

未成年者であっても、承諾（判断）能力があれば、未成年者自身が承諾を与えることができることでは異論はないが、承諾能力の内容や、その具体的な年齢については、統一した基準はない。根拠を明示せず 15 歳ないし 18 歳、原付自転車の免許取得、女子の婚姻年齢、義務教育の最終年限から、15～16 歳という見解もある。

他方、承諾能力を欠いている場合には、親権者や法

定代理人の承諾の代行、代諾が必要とされる。未成年者に対して親権を行う者がいない場合等に後見が開始する（838 条1号）。後見が開始すると、後見人の選任を申し立てることができる。最後に親権を行う者が遺言により後見人を指定（839 条）しなかった場合は、親族等の請求により、家庭裁判所が後見人を選任する（841 条）。後見人は、監護教育をする権利義務を有し、居所指定権・懲戒権・職業許可権を持つ（857 条）。

代諾の根拠については親権の内容であると一般的に考えられている。そして、親権を行う者は、「自己のためにすると同一の注意を以って、その管理権を行わなければならない」（827 条）。

しかし、①承諾能力のない（あるいはある）という判断はどのような基準で行うのかという、成人の意思能力と同様の問題のほか、②両親の一方のみの承諾でいいのか、③親権者（特に両親）間で意見が不一致する場合はどうするのか、④親権者がいなく、後見人が選定されていない場合、事実上の監護者が代諾できるか等が問題として残っているほか、根本的には、成人の場合は、意思能力でいい（これは実質上7～8歳の能力）のに、未成年ではなぜ15歳前後になるのかという疑問を残している。

このように考えると、未成年の承諾能力は、上記基準を元にしながら、生命や重大な身体への侵襲の際には、意思能力を有する未成年には、十分な自己決定をするチャンスは与えることが必要である。具体的な意思能力のある未成年と未成年者の親権者・未成年者後見人との調整は、未成年者からの意見具申権を認める、ないし、未成年者と親権者等両者の共同決定をするということが考えられるが、未だ十分な議論はなされていない。

この点で参考になるのが、川崎「エホバの証人」の両親による10歳の子への輸血拒否事件であった。

事案は、昭和60年6月6日に、自転車に乗っていてダンプカー左後輪に両足を轢過された10歳の少年が、救急車で近くの病院に運ばれ、輸血の必要があると判断され、手術をしようとしたところへ両親が駆けつけ、自分たちはエホバの証人の信者であるから、子供に輸血しないようにと申し出た。医師団は、両親に輸血の必要性を強く説得したが、拒否を続け、事故の4時間半後、少年は出血性ショックで死亡した。

10歳の少年の場合、先の規準でいけば、承諾能力がないと考えられ、このような場合、患者本人に代わり、親権者・後見人等の法定代理人が代諾権者として、承諾を与えることになる。しかし、必要と思われる承諾を与えない場合はどうであろうか。

わが国では、このような場合は、治療にあたる医療者が判断して、解決することを余儀なくされる。本来、子供の法定代理人は、子供の監護について法的義務を負っているのであるから、子供の最善の利益に適う範囲で、代諾しなければならない。もし、代諾が、そのような最善の利益に合わない場合は、親権・監護権の乱用にあたる。この場合は、医療者は、このような法定代理人の意思に拘束されず、子供にとって最善の利益というべき措置をとることになる。

この問題は、臓器移植法見直しの中で、15歳以下の臓器摘出の決定を巡っても議論された。

6 先例

米国では、判例によって終末期の問題が整理されたたが（判例1）、わが国では、終末期の事例が裁判所に持ち込まれることが少ない（判例2）が、東海大学事件と川崎協同事件の判例は、いずれも、治療中止についての法学的判断として貴重である（判例3）。

これらの枠組みは、終末期における患者の自己決定の尊重と、医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠とする。そして、治療行為には、薬物投与、透析、人工呼吸器、栄養・水分補給を含むとしたうえで、一定の条件下において、すなわち、1) 治癒不可能、回復の見込みがなく、かつ、死が避けられない、かつ、2) 患者の意思表示（現在の意思表示、事前の意思表示、または、十分に推定される意思）がある、場合には、これらの治療を中止することが許容されるとしている。

その他、参考となる判例を、掲げておく（判例4, 5）。

もともと、地方裁判所の判決は、傍論（結論を導く際の必須の項目でない）であったり、1審判決であったりすることから、先例としての価値はそれほど強いものではない。とには留意する必要がある。また、治療措置の中止に、水分・栄養補給といった基本的なケアを含めていいのかについても異論があり、法学的に一致した見解はない（後述秋葉悦子、2004）。

7 主要な報告書

以下に、終末期問題についての主要な報告書の要旨を示す。1990年代の医師会の報告書は、本人の意思を尊重することで、主として延命治療が合法となると判断していたようであるが、その後、同報告書が意図した結果は国民や法律家にあまり評価されていないという現実を踏まえて、次第に本人の意思ではなく、最善の利益や、裁判所等による法的な判断をする仕組みの充実という方向にシフトしている。

説明と同意についての報告（日本医師会－生命倫理懇