

平成18年度  
厚生労働科学研究費補助金  
医療安全・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」

主任研究者

林 謙治

国立保健医療科学院

平成19年3月

# 報告書目次

## 研究報告書

第1章 終末期医療の論点を整理する	林謙治・・・・・・・・・・	9
-------------------	---------------	---

## 第2章 終末期医療の実態調査

1. 終末期医療全国調査：インフォームドコンセントとケアについて	児玉知子、林謙治、松島英介・・・・・・・・	19
2. 倫理委員会の設置・運営状況（全国調査より）	児玉知子、林謙治・・・・・・・・	33
3-1. 「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）」 に対する全国一般病院からの意見について	林謙治、児玉知子・・・・・・・・	39
3-2. 全国調査 —アンケート自由記載—	児玉知子、林謙治・・・・・・・・	47
4. 病院を対象とした「延命治療のあり方」に関する調査 —Y新聞社との合同調査より—	林謙治・・・・・・・・	69

## 第3章

1. 英国における終末期医療の法的・倫理的課題への取り組み	児玉知子・・・・・・・・	73
2-1. Ethox Centre Summary 2007	Tony Hope・・・・・・・・	83
2-2. Clinical Ethics Network Japanese Report	Anne Slowther・・・・・・・・	83
3. Withdrawing Medical Treatment —The United Kingdom Position	Sheila A.M.Mclean・・・・・・・・	89
4. Ethical Framework for End of Life Decisions in Intensive Care in The UK.	John Kinsella Malcolm G Booth・・・・・・・・	104

## 参考資料

・ 心肺蘇生に関する決定について・・・・・・・・・・・・・・・・	117
----------------------------------	-----

平成 18 年度 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

主任研究者 林 謙治 (国立保健医療科学院 次長)

研究要旨

医学・医療技術の進歩により、終末期医療について延命治療が可能となる一方、患者本人の意思の反映、医療現場における対応のあり方等が問題となるが、終末期医療のあり方について社会的コンセンサスが十分に形成されていないのが現状である。終末期医療においては患者に接する医師の裁量に委ねる部分が多い一方、医療の内容の問題を超えてどのような手続きに従って医療の差し控え・打ち切り（中止）の是非を決定すべきか等医療現場においては難しい問題を抱えており、実際に医療現場で終末期医療に従事する際の指針が必要である。本年（中間年）度は、国内の 4,911 病院を対象に終末期医療における実態調査を行い、がん患者への病名や予後告知、治療方針と延命治療の希望の有無や終末期の患者の意思決定における体制についてアンケート調査を行った。また終末期医療を“エンド・オブ・ライフ ケア”として全医療施設・在宅医療を包括した緩和ケアと看取りのパスウェイを推進する先進的な取り組みを始めた英国を訪問調査し、保健省等の行政機関、医療実務者、法的・倫理的課題へ対応する諸機関の体制と活動内容を調査した。

分担研究者氏名・所属施設名及び所属施設における職名：

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：松島英介（東京医科歯科大学大学院診療緩和医療学分野助教授）濃沼信夫（東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野教授）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）町野朔（上智大学法学研究科）

A. 研究の目的

本研究は、これまでの終末期医療に関わる研究結果や国民の意識調査、医療現場での課題を基に、法律を含め多側面から研究協力を得ることにより、社会的コンセンサス形成のための基盤作りをし、終末期医療の質の向上に資するものとする。特に終末

期医療における望ましい医療の内容として、インフォームドコンセントのあり方や患者の意思確認の方法と手続き、延命治療の差し控えや打ち切りに関する問題点を整理し、患者の立場から QOL を尊重した終末期医療の質の向上と普及を図る。

B. 研究方法

1. 全国一般病院における終末期医療の実態調査：国内 9,239 病院（「2004 年版病院総覧」記載）から一般病院 4,911 病院を無作為抽出し、郵送によるアンケート調査を行った。終末期医療における実態調査として、がん患者への病名や予後告知、治療方針の選択や延命治療希望の有無についての対応や終末期の患者の意思決定における実務上の問題点、また倫理委員会の設置状況と活動内容について調査した。解析には

SPSS11.0 が用いられた。

## 2. 諸外国の現状調査:

終末期医療の法的・倫理的課題への対応と公的体制について：英国保健省等の行政機関、医療実務者（ホスピス、病院）、諸関係機関（英国医師会、グラスゴー大学医療分野専門法律関係者等）を訪問し、国家としての体制と活動内容について調査するとともに、病院、保健福祉施設、在宅医療を包括した地域における緩和ケアと看取りのパスウェイを推進する NHS の先進的な取り組みについて検討した。

## 3. 法的課題の検討：

前年度に引き続き法律的立場から関係者のワーキンググループを構成して検討した。

## 4. 終末期医療に関連する研究者と医療従事者による討議：

終末期医療に関わる研究者、多職種の医療従事者（管理者、指導者、実務者）を対象とした討論会を開催し、医療供給体制、緩和医療、難病医療、救急医療における終末期患者へのケアの実態と課題について意見交換を行った。

## C. 結果

### 1. 全国調査結果：

1,542 病院から回答が得られ、回収率： $1,555/(4,911-78)=32.2\%$ 、有効回答率：31.9%であった。（宛て先不明等による返送が 78（13 病院は「回答不可」との回答）複数科から回答のあった 2 病院を別解析とし、1,540 病院を集計・解析した。

病床数規模での差異はみられるものの、

全体で病名告知率 65.7%、余命告知 29.9%、治療方針確認 64.0%、延命処置希望確認については 53.9%が行っているとの回答であった。

既に倫理委員会を設置しているという回答のあった病院は 787（51.1%）であり、設置予定が 259（16.8%）（計 67.9%）であった。病床規模別の設置率は 100 床未満で 20.7%、100-299 床で 50.4%、300-499 床で 84.1%、500 床以上で 93.2%であった。倫理委員会が研究以外の臨床行為に関してアドバイスをを行った病院は 42%、倫理的問題への支援体制として、倫理委員会設置（38%）、明文化された指針やガイドライン整備（26%）、専門家からの電話アドバイス（11%）、スタッフ教育（18%）で、特に支援体制を持たない病院も 25%みられた。倫理委員会構成メンバーは主として医療従事者で構成され、他に有識者（42%）、弁護士含む法律関係者（34%）、生命倫理専門家（13%）、患者団体もしくは患者個人（4%）、患者家族もしくは遺族（4%）であり、委員会の情報は原則非公開が半数を占めた。現場で最も頻度が高い倫理的課題は、患者を対象とした研究（臨床治験含む）39%、終末期医療 29%、遷延性植物状態患者に関して 11%であった。

終末期医療における何らかのガイドラインを作成することについては「賛成」1,104（71.7%）「反対」41（2.7%）「どちらともいえない」323（21.0%）「無回答」72（4.6%）であった。

### 2. 諸外国の現状調査：

英国では 1980 年代後半に、重篤な精神疾患患者への不妊手術の是非や胎児の扱いを

めぐる裁判が行われ、医療における司法、行政および専門医療従事者の取り組みが本格化したといわれている。一般に判断能力のある成人の治療拒否は認められており、終末期においても十分なインフォームドコンセントのもとで「事前指示書」等により延命治療を拒否した場合には認められ、治療を行わなかった医師についても法的訴追を受けない措置がとられている。1998年の国際人権法の国内法化が医療行為全般にも影響しており、特に患者の尊厳（品位）を損なうような治療（延命治療含む）について、差し控えや中止をする根拠の1つともなっている。

特に意思決定能力を欠く成人患者に対しては、これまで **Bolam** 基準（医師が「医療上の見解をもつ責任ある集団がその当時受容していた慣行」に従って行動していたことを立証すれば免責されるという治療および診断の過失の判断基準）を患者の最善の利益を判定するための基準とし、病院などの医療機関は裁判所に認許を求める実務慣行を経ながら判例を集積してきたが、**Mental Capacity Act 2005**（2007年4月から施行予定）では、家族やパートナー、介護者、親族等に対して意思決定の権限を与えるものとされている。特に遷延性植物状態の患者に対しては病態解明の点で科学的にも限界があることから治療中止の判断には慎重であり、現在のイングランド&ウェールズにおいては、治療中止の判断については裁判所に届け出て複雑な手続きを経ることになっている。従ってこの仕組みになってから 30 例ほどしか申請は出されていない（**BMA** インタビューより）。

保健政策としては 2003 年から保健省主導で“**エンド・オブ・ライフ・ケア・プログラム**”が全国（連合国全部の4カ所）的に実施されている。「すべての人に質の高い終末期ケアへのアクセスを」という趣旨であり、死の間近な国民すべてが質の高い緩和ケアへアクセスでき、自分の選んだ場所で最期の看取りが行われることを目的としている。プログラムの具体的な指標としては、「自宅での死を希望している者が、一般病院に救急搬送される数」や「高齢者が最後にケアホームから一般病院へ搬送される数」となっており、削減度がモニターされている。これらの動向は現在の日本に類似した状況と窺われる。患者は原則として地域で登録した一般医（**GP**）に緩和ケア提供の申請をすることになっており、「命を脅かされる状態」であれば、疾患を問わずケアを受けることが可能である。英国では全国統計上、ホスピスで看取られる患者の9割はがん患者とされているが、セントクリストファー・ホスピスでは実際にそのような申請に応じる形で約3割の患者は神経難病を含めた非がん患者であるとのことであった。

現場では看取りの医療の質向上のために、**リバプール・インテグレイティド・ケア・パスウェイ**（**Liverpool Integrated Care Pathway**）など、看取りのケアパスが試用されており、多職種によるエビデンスに基づいた見取りのケアが意図されている。このケアパスはホスピスや病院、ケアホーム、地域、などすべての看取りの場において、ほぼ統一した内容で必要に応じた修正がなされている。

英国保健省では、緩和医療の入院の専門

ユニットは英国でも 174 ユニット、96 ホスピスがあり、在宅ケア(home-based care)は 261 あるとしている(2006 年 10 月訪問時現在)。評価として看取りのツールを利用した率は、2005 年の 7 月から 12 月、約半年間でプライマリーケアでは 23%から 28%へ増加、一般(急性期)病棟 50%から 60%、ホスピス 36%から 47%、地域病院 9%から 11%、ケアホーム 0.3%から 0.75%である。それぞれが：非がんの割合は、プライマリーケアで 50%対 50%、一般(急性期)病棟で 39%対 61%、ホスピスで 19%対 81%、地域病院で 3%対 97%、ケアホームで 35%対 65%である。このような指標のモニターは終末期医療の質の向上のためには非常に有益と考えられた。

スコットランド、グラスゴー大学のマッククリーン法学教授は、臨床において何らかの倫理的な問題を討議する際に、その事象が「倫理的」な問題なのか、「法律」なのか、「その両方」なのか判断する必要があるとし、スコットランド NHS の倫理委員会への助言を行っている。スコットランド NHS の倫理委員会は、12 人の委員の半数は保健医療従事者、半数は法律家、哲学者、一般有識者で構成して実証例を検討している。イングランド&ウェールズにおいても、約 15 のこのような倫理委員会が持たれている(マッククリーン教授インタビューより)。Oxford にあるエトックスセンター(Ethox Centre)では、2001 年から臨床倫理のネットワーク活動として、臨床的なサポートが必要な病院やホスピス、プライマリーケア団体、メンタルヘルスなどに携わるすべての機関を倫理的なネットワークでつなぐ試みを始めており、終末期医療だけにとどま

らず、臨床での倫理問題に関して何らかのコンセンサスを得ていくために教育トレーニングプログラムを準備している。

### 3. 法的立場からみた課題

法律専門家を中心としたグループでは、過去の判例を検討し、病者の権利を守りながら多様性のある終末期の医療現場での対応できる行為規範について、法的・倫理的な概念整理を行った。

4. 医療現場の各領域における問題点の把握が行われた。

## D. 考察

全国病院調査については、病院内の倫理委員会は病床規模が大きくなるに従い設置率は充足するものの、臨床現場における倫理的問題の支援体制は、むしろ倫理委員会が設置されていない病院において検討されるべき必要があることも考えられた。

さらに、英国訪問調査により終末期医療の諸外国の現状について示唆を得ることができた。2000 年調査では英国の患者は 66%が病院で亡くなっており(ONS office of National Statistics, 2000)、国内でも十分なケアがなされていないとの指摘があるなどの背景から、がん患者だけでなく、死を迎える全ての疾患の患者についても緩和ケアの充実を図るなど、終末期医療の質について議論が進んでいた。また、倫理的問題への現場での対応については、Ethox Centre のような臨床倫理ネットワークが立ち上がることにより、医療の安全と質を重視する取り組みがなされていた。この知見は日本

国内の中小病院などのように人材の少ない病院においても、倫理的な課題に対応するサポートとして有効な手段と考えられる。実際に、国内でも臨床倫理コンサルテーションの取り組みの報告がみられている。

終末期医療の論点として、近年終末期医療についての議論は訴訟や事件の報道を発端に延命治療の中止もしくは差し控え、とりわけ人工呼吸器の装着・脱着に焦点が合わされてきたきらいがあった。確かにこの問題は法的・倫理的な側面が微妙だけに医療従事者および患者双方にとって関心が深いことはずなげける。しかしながら、終末期医療の問題をさまざまな分野の人々が発言し、議論を進めるうちにこの問題は個々の医療行為のみに止まらず、医療体制の課題、技術の発達と倫理のあり方、死生観等近代文明の諸次元の間における相互の撞着に起因していることに気づかされる。死生観については宗教的・哲学的課題を避けて通るができず、直接的に立ち入ってもただちに結論を得ることは難しい。

法的・倫理的には日本では刑法、刑事訴訟法、民法を中心に議論が展開されている。この問題に関してわが国でのヨーロッパ研究はやはり同じ次元から出発していることが多いが、注目すべきは例えばイギリスのように人権立法からはじまり、医療行為について言及している点である。終末期医療に対応する医療体制も今後の課題である。緩和医療施設では治療の差し控えはすでにある程度普及している一方、一般病棟では倫理的な課題として問われる実態がある。また、個々の医療行為においては治療の中止と差し控えは本質的どのように違うのか、さらに、それらは過剰な医療とどのように

関連しているのか整理ができていないのが実情である。これらのさまざまな問題を乗り越えてはじめて終末期医療のあり方が明確になるものと思われる。

## E. 結論

本研究により、がん患者の終末期医療現場でのインフォームドコンセントの実態と病院内の倫理的課題への対応、また考え得る対応策が部分的に明らかになった。今後はさらに判断能力のない患者に対するインフォームドコンセントや意思決定の手続きなど、包括的な終末期医療の質の向上に向けての検討が必要と考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1. 林謙治. 終末期をめぐる医療と法の諸問題. 保健医療科学.2006 年第 55 巻 3 号.204-207.
2. 児玉知子. 終末期医療における法的枠組みと倫理的課題について. 保健医療科学.2006 年第 55 巻 3 号.218-224.
3. 野口海, 松島英介, 松下年子, 小林未果. 日本における「尊厳死」の現状について. 保健医療科学.2006 年第 55 巻 3 号 p208-212
4. 伊藤道哉, 濃沼信夫. 終末期における医療供給体制の課題. 保健医療科学.2006 年第 55 巻 3 号.225-229.
5. 高田真之. 終末期医療に対する医療従事者と患者の声ー病院を対象にしたアンケート結果からー. 保健医療科学.2006 年第 55 巻 3 号.213-217.

## 2. 学会発表

児玉知子、松島英介、林謙治：一般病院の倫理委員会設置状況について．第5回日本予防医学リスクマネジメント学会学術総会、2007年3月、大阪．



# 第 1 章

## 第1章

---

### 終末期医療の論点を整理する

国立保健医療科学院 林謙治

---

#### はじめに

死の迎え方は文化の一側面である。かつて「天寿を全うする」といえば、家族に囲まれ自宅の畳のうえで安らかに死を迎えるというイメージがあった。半世紀前までは自宅で死を迎えるひとが大半であったが現在では病院での死亡がほとんどである。この間医療のめざましい進歩により、いまや死が避けられない場合であっても一定期間延命することが可能になった。「天寿を全うする」すがたはもはや少数のひとしかみられない。近年、終末期医療の延命中止をめぐる警察が介入する事例が起き、時には裁判にもなっている。ことの是非について倫理的・法的内容を含むだけに法曹界、医学界、市民団体からさまざまな意見が出ており、コンセンサスをうることが簡単でないようだ。

#### 1. 注目された2つのガイドラインについて

平成18年から19年にかけての研究期間中、射水市民病院の延命治療中止の件、羽幌病院の死因に関する検察の判断、川崎協同病院の二審判決など終末期医療に係わる重要なできごとがあったために社会的関心も一段と高まりをみせ、それと同時に複数の病院をはじめ幾つかの学会からも独自のガイドラインが公表された。また、今年度に入って厚労省から「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定された。このなかで特に注目された厚労省と日本救急医学会のガイドライン（案）について触れてみたい。

厚労省のガイドラインはインフォームド・コンセントの透明化に主眼をおいており、医療側が終末期を迎えた患者や家族との意思疎通に努力し、治療内容を決定するなど手続きが中心となっている。医療現場の一部では物足りなさを感じるという意見もあるようだが、初めての公的指針であり、医療側の細心の注意を喚起する強いメッセージが込められているという意味で21世紀の医療改革の重要な一歩として記されるであろう。他方、日本救急医学会は救急医療の現場で救命不可能と判断された終末期の患者について、患者家族の同意のもとに延命中止を是認するガイドライン試案を発表し

ている。医師の裁量を認めた点で論旨は明確であるが、がんなど経過の長い疾患と違って家族が短時間で決断を迫られるケースも少なくないと思われ、家族は患者の死を受け止める心の準備ができていないまま決断を迫られるおそれがあり、また、法的にも問題が残るとの指摘がある。

先頃、川崎市の病院で筋弛緩剤を投与して死亡させた主治医が殺人罪に問われた裁判の二審判決が下された。報道によると、判決では尊厳死が認められるか否かを司法が判断するのは限界があり「抜本的に解決するには、法律の制定かガイドラインの策定が必要だ」と述べられているという。つまり現行法や過去の判例から尊厳死の枠組みを設定することが困難であり、さらに具体的な定義や法的整備が必要であることを意味している。しかしながらこれを具体化するにはかなりの努力が求められる。一体法律がよいのかガイドラインがよいのか、それとも双方抱き合わせの形がよいのか、さらにどのような性格の法律やガイドラインが適切であるのか検討すべき事項が多い。

## 2. 終末期医療の論点

### 1) 法的整備について

終末期医療の議論は延命中止・差し控えにからむ刑事訴追などの厳しい現実があったために免責条件の設定を念頭においたところから出発しがちであった。もちろんこの議論は重要であり、避けて通れない課題であるが免責条件の設定だけで法的整備になじむかどうか検討の余地がある。実際、終末期医療のあり方について立法化の議論も行われているときく。その際見落としてならない点は患者の人権の保護であろう。日本でのインフォームド・コンセント（十分説明したうえでの同意）は医療法にも規定されているように医師の努力義務であり、一般に同意を得るための手続きであると受け止められている。

1981年の世界医師会総会で採択されたリスボン宣言では患者が治療に同意する権利だけでなく、拒否する権利も同様に強調されている。多くの先進国において患者の権利擁護に関する立法は過剰な医療、無益の医療を避けるために治療拒否の権利を土台にしている。終末期においても日常の医療と同様に治療拒否の権利が保障されている。

たとえば2005年イギリスで成立した判断障害保護法<sup>1)</sup> (Mental Capacity Act)ではなにびとも判断能力を失う前に医療後見人をたてることができ、判断能力を失った時点で代理権が認められると同時に裁判所による後見監督人が指名され、代理権の濫用に一定の歯止めをかけている。アメリカの持続代理権(Durable Power of Attorney)制度もこれに類似しているが、患者アドボカシー制度<sup>2)</sup>では機能的にこれを補完している。日本の成年後見制も同じ発想で成り立っているが、財産管理が中心で介護まで代理権が及ぶものの医療行為は身体に係わることなので自己決定を尊重するということから代理権に含まれないと解釈されている。そのために身よりのない認知症の老人

にインフルエンザ流行時でさえ予防接種の許諾をうる代理権者がいないことに戸惑う老人施設もあるという。ましてや手術など侵襲性のある治療に踏み切ることがためられる。終末期のみならず一般の医療においても判断障害のある場合にどのように対処すべきか法的枠組みを求められる時代がやってきたと思う。

## 2) 終末期医療の倫理

終末期医療は日常の医療とくらべ特殊な一面はあるものの、いかなる病気であっても前段階の状態を引き継いでいるので、基本的には一般の医療の延長線上にあることと考えるほうが自然である。したがって、終末期医療のあり方はまず一般の医療における倫理を前提にするのは当然であろう。一般の医療から終末期医療のフローでとらえた倫理的側面についての議論は従来乏しかった印象がある。

第1にインフォームド・コンセントの基礎原理と関係するが、医療は100%患者に利益をもたらすとは限らず、常に利益が害を超えることで判断されるということである。逆に明らかに害をもたらす、もしくは不必要な過剰医療は暴力とみなされるべきである。そして終末期において治療の利益と害の分岐点が必ず訪れるということである。これらの判断は医療に関する高度専門的判断であるが、治療内容やその時の患者の状態により必ずしも科学的に完全に保障されたかたちで判断されるとは限らない。そのために医療側の独断や恣意性の排除の仕組みと合理性が担保されなければならない。この一部が手続き論である。

第2に哲学的な思考が入る範疇になるが、医療の使命を救命だけに限定するならば、医療は究極的に100%失敗するという結論に至らざるをえない。救命が不可能と判断された場合であっても患者の身体的苦痛、精神的な苦痛を極力軽減する努力はやはり医療の大切な使命である。しかしながら、救命不可能の判断はここでもやはり医療側の独断や恣意性の排除の仕組みと合理性が担保されなければならない。

第3に医療側は患者の最善の利益を考えることが期待されるが、インフォームド・コンセントの基礎原理を踏まえるならば患者が医療に同意するだけでなく、有益と思われる場合であっても拒否する権利があるという認識を確立する必要がある。実際最高裁判決でも宗教的な理由により輸血を拒否する権利があることが認められた。しかし患者側の拒否はときに医師の良心の葛藤をもたらすというジレンマがある。したがって、医師は有益と判断した医療については患者の拒否にあった場合、努力を尽くして説得しなければならないということと抱き合わせで規定する必要がある。こうしたアプローチは一見日本の風土になじまないようにもみえるが、法的整備やガイドラインに拒否の権利が盛り込まれないなら医療側の主導で作成されたという印象は免れないであろう。

### 3) 終末期医療のケア体制について

終末期医療のケア体制について議論するとき、①施設内体制と②地域医療体制に分けて整理してみたい。

#### ① 施設内体制

昨年度の報告書で「終末期医療に関する調査再分析」において施設別の考え方や取り組みの実態について報告した。現時点では終末期患者の大半は病院で死を迎えているので本年度では一般病院を対象に全国調査を行った。その内容は患者への情報提供、ケアの実態、倫理委員会の設置と運用状況などより具体的な事項についてである。詳細については本報告書の他章で述べることにする。このなかで注目すべき点だけ拾い上げると、以下の通りである。

ア) 病名告知、余命告知、治療方針の確認については大規模病院ほど情報提供率が高いが、延命処置希望確認については 300 床以下の病院のほうがやや高率であった (55%前後)。

イ) 倫理委員会は必ずしも終末期問題の取り扱いに限定していないが、設置率は全体で 51%である。このなかで遭遇する頻度が高い問題は患者を対象とした研究に関連する事項であり (46%)、終末期に関連した事項はそれに次いで多く 35%であった。

調査全体をまとめると、現在の一般病院では平成 10 年以降に倫理委員会の設置率が急増し、特に大規模病院の設置率が高い。その構成メンバーは病院規模が大きくなるにつれて法律家、有識者の関与が高くなっており、検討内容も研究に関連する事項に次いで終末期に関連した事項が多くなっている。従って今後は特に小・中規模病院への倫理的問題支援体制の整備が必要であることを示唆している。

#### ② 地域医療体制

この問題の検討は他の研究班が行っており、本研究班の直接的な課題ではないが、今後地域における体制の整備によって現在直面している多くの倫理的問題もそのなかに吸収される可能性がある。現に多くの緩和ケア病棟では、がんの終末期患者について延命差し控えのインフォームド・コンセントができています。また、現在ではまだ少数であるが一部在宅ホスピスを行っている所でも倫理的ジレンマにおちいることなく、それこそ「天寿を全うする」ことを実現している。厚労省においては終末期医療・緩和ケアそのものの充実をはかる計画が打ち出されているほか、療養病床の転換を通して死のみとりや在宅ケアのなかで位置づけるなど地域医療体制の整備の面で努力している。こうした取り組みは高齢社会の医療改革の一環として今後ますます重要な意味をもつであろう。

#### 注1) 判断障害保護法(Mental Capacity Act)

捕虜の扱いをめぐる第二次世界大戦後間もなくできた European Convention on Human Rights (ヨーロッパ人権協約: 1950) に起源を持つといわれ、その主旨は基本的人権と自由の保護にある。加盟国に対し法的拘束性があり、国内の人権侵害裁判の判決に不服の場合あるいは初めからストラスブルグにある国際法廷に持ち込むことができる。1998年に成立したイギリスの人権法(U.K Human Rights Act)はヨーロッパ人権協約をほぼ原文通り取り入れ国内法としたものである。ヨーロッパ人権協約からとったイギリス人権法の第3条に「拘禁者拷問の禁止」が規定されており、1983年にできた精神保健法(Mental Health Act)で精神障害者のノーマライゼーションが実現したのもこの流れに沿ったものと言われている。

Mental Capacity Act は2005年に国会を通過し、2007年に発効したが、これに先立ちスコットランドでは同様な法律 Adults with Incapacity Act が成立している。Mental Capacity Act は意思判断に関して5つの法的原理に基づいていることが示されている。

1. 判断能力の推定：判断能力に障害があると証明されなければ何人も自ら意思決定する権利を有する。
2. 意思決定するための援助を受ける権利：自ら意思決定ができないと証明されるまでは適切な援助を与えられなければならない。
3. 意思決定の権利保護：個人は常軌をはずれた、もしくは賢明でないといみなされる意思決定を行う権利を保留する。
4. 最善の利益：判断能力を喪失した人々のためになす、もしくは代理として行うあらゆる行為は本人にとって最善の利益でなければならない。
5. 最小限の制約：判断能力を喪失した人々のためになす、もしくは代理として行うあらゆる行為は本人の基本的権利と自由をできうる限り制約してはならない。

本法は医療の判断についても述べられており、第8章に「治療拒否の事前指示」に関する規定がある。

#### 第1部 治療拒否の事前指示とはなにか

定義、形式、判断能力、生命維持装置、事前指示の修正と撤回

#### 第2部 事前指示存在の決定、

妥当性の判断、適用性の有無

#### 第3部 医療関係者に対する事前指示の有効性と意味

医療関係者の責任と責務、救急時の対応、医療関係者の良心的な拒否

#### 第4部 医療関係者が事前指示に対する不同意と紛争裁判所への申し立て

以上を担保する持続代理権(Lasting Power of Attorney)が確立されており、その主旨は将来意思決定能力を喪失したときに健康、福祉、財産に対する侵害や搾取から保

護することにある。具体的には1)代理人の指定(弁護士、親族・知人等を本人が指定)、2) 該当者がいない場合は独立判断サポーター(IMCA: Independent Mental Capacity Advocate)を裁判所が指名する。以上の代理人を裁判所が指名した Public Guardian (公的保護者) が監視、監督する。

この形式は日本の成年後見制度によく類似しており、例えば、任意後見制度では判断能力のある人が将来に備えて自分で任意後見人を決め、契約する。そして判断能力低下時に後見人が家裁に申し立て、後見人とは別に任意後見監督人が選任されてスタートする。成年後見制のもうひとつ別の法定後見制度では判断能力が不十分あるいは欠けている人に対して周囲の者が家庭裁判所に申し立て、裁判所が成年後見人・保佐人・補助人を選任することができる。上記いずれも財産管理・身上保護を中心としており、介護までは含まれるが医療行為について一般に同意権はないと解釈されている。

## 注2) 患者アドボカシー制度

医師・患者間のコミュニケーションギャップを埋め、患者の権利を擁護する患者アドボカシー制度は福祉・精神医療の分野から発生した。Patient' s Advocate (患者代理人) は1966年ニューヨークのマウントサイナイ病院で苦情相談を担当したのが始まりで、現在ではこの制度を持っていることが JCAHO (医療施設合同認定機構) の認定条件の1つとなっている。イギリスでは判断障害保護法(Mental Capacity Act)のなかで独立判断サポーター(IMCA: Independent Mental Capacity Advocate)という形態で運用されているが、医療専門職従事者は認可されないことになっている。

2003年4月厚生労働省は特定機能病院と臨床研修病院に、患者相談窓口の設置と年1回の業務報告を義務づけており、医師・患者間のコミュニケーションギャップを埋める努力を促している。日本でもアドボカシー制度を意識して医療決定サポーターの養成を推進する試みがあるが、法的な位置づけがない。医療決定サポーターに3つの役割が期待されている。1. インフォームド・コンセントの場で、患者さんの理解度を確かめつつ精神的にも支えること、2. 患者さんが自分で決断できるように、適切な情報を提示する、3. 患者さんの苦情や不満を吸い上げ、場合によっては病院を変えていくことも含まれる。

## 3. スコットランドの医療現場における終末期患者の対応

—Glasgow 大学病院 ICU 担当、Dr. Kinsella J. との Interview から(2006. 10. 17)—

### 1) 倫理的・法的問題

- ①意図した結果が得られなかった治療を続けることは間違いである。
- ②患者が意見を述べるのが可能な場合、同意しない治療を実施することは間違いである。

- ③治療は患者の最善の利益を目指す。最終的には家族との話し合いで医療側が判断する。

医療介入の内容と範囲は Adult with Incapacity (Scotland) Act 2000 に定められている。

## 2) 倫理的・法的問題がない場合の治療原則

- ①無益と思われる新たな治療は開始しない、あるいは追加強化しない。  
②無益と思われる生命維持装置は取り外すことができる。

## 3) 終末期医療に関する病院内の議論

- ①治療の継続または中止は常に医学的判断であるべき。ただし、患者の病状の進行、治療への反応、基礎疾患の予後を考慮すべきである。  
②症例についての検討は医療チーム全体で行う。  
③「延命中止・差し控え」の最終判断は医師団が行う。全員一致をみない場合はそのまま治療を継続する。  
④家族は意見交換に参加できるが、治療の判断に責任を持たなくてよい。

## 4) 家族との意見交換

- ①病状が重篤に陥ったらなるべく早いうちに家族と意見交換すべきである。  
②家族の見解を形成するためではなく、患者本人が今までに延命治療についてどの程度、どの位の期間を希望していたか、また、機能障害の受容レベルについてどのように述べていたかを確認することが目的である。  
③家族との意見の不一致はまれ:各段階ごとに意見交換しているので医師が判断を下す前に家族はすでに認識している場合がほとんどである。  
④医師間の意見の不一致はまれ:不一致の場合は一致する段階になってから延命が中止される、もしくは最後まで治療が行われるという理解がある。

## 5) 治療中止・差し控えについて

- ・循環器系：強心剤、昇圧剤
- ・呼吸器系：高濃度酸素、人工呼吸器の換気調整、エアウェイの装着
- ・腎臓系：腎透析、血液透析
- ・その他：抗生剤

以上治療差し控えのあとに人工呼吸器をはずすことはまれであるとのコメントがあった。



## 第 2 章

## 第2章－1

---

### 終末期医療全国調査－インフォームドコンセントとケアについて

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治  
東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学 松島英介

---

全国調査より終末期医療におけるインフォームドコンセントとケアの実態が部分的に明らかになった。今回アンケート調査を依頼した病院の病床数は100床～299床規模の病院が48.2%と約半数を占めている。これらの病院の年間入院患者数・退院患者数・死亡退院患者数・平均在院日数の病床規模別分析は別途参照とする（資料Ⅰ）。

#### 1. 方法

全国一般病院における終末期医療の実態調査：終末期医療における実態調査として、がん患者への病名や予後告知、治療方針の選択や延命治療希望の有無についての対応や終末期の患者の意思決定における実務上の問題点、また倫理委員会の設置状況と活動内容について調査した。解析にはSPSS11.0を用いた。

対象機関：日本国内9,239病院

（「2004年版病院総覧」記載）から一般病院4,911病院を無作為抽出）

実施方法：郵送によるアンケート調査

（病院長宛送付。記入は病院長もしくは終末期医療に関する担当者）

実施期間：平成18年11月～12月

調査項目：病院特性（病床数、年間入院・退院患者数、平均在院日数、余命6ヶ月以内と思われる患者の割合）、がん患者への病名や予後告知、治療方針の選択や延命治療希望の有無についての対応や終末期の患者のケア・意思決定における実務上の問題点、倫理委員会設置の有無と設置時期（予定含む）と運営状況：組織構成、活動状況、検討事項、支援体制、倫理的問題への対応について

#### 2. 結果と考察

1,542病院から回答が得られ、回収率： $1,555/(4,911-78)=32.2\%$ 、有効回答率：31.9%であった。（宛て先不明等による返送が78（13病院は「回答不可」との回答）複数科から回答のあった2病院を別解析とし、1,540病院を集計・解析した。

## 1) 患者本人へのインフォームドコンセント

がん患者本人に対する情報率は、頻度の高い順に病名告知、治療方針確認、延命処置希望確認、余命告知であった（表7）。病名告知は特に病床規模の大きい病院で確実になされている傾向が伺われるが、これは大規模病院で検査・診断が行われている現状を反映していると思われる。特にアンケートの自由記載欄では、実際には紹介元の病院で病名告知が行われている場合、また家族から病名告知は控えて欲しいという要望のあるケースなど、あえて告知は行わない（告知率0%）という病院もみられた。また余命告知や延命処置希望の本人へのインフォームドコンセントについては、患者が認知症などの意思決定能力が無いと判断される場合以外にも、あえて確認は行わない病院もみられる。自由記載からは、「そのような話は現場ではふさわしくない」とのコメントもみられており、ネガティブな情報を提供することでの療養上の影響を懸念した判断とも受け取れる。これらの結果は、病院規模や機能、また都市部や郊外、農村部などによって違いがあると思われるが、医師個人の死生観にも影響されるものと考えられた。

## 2) 終末期の医療とケアについて

### ①チーム医療

実際の医療現場で「医療・ケアチーム」に含まれると思う職種は、回答の多い順に、主治医 95.5%、病棟看護師長 83.6%、担当看護師 80.5%、所属科長（医師） 67.2%、ソーシャルワーカー 58.7%、院長 42.1%、他科医師 28.8%、総看護師（部）長 27.9%、心理士 25.9%、その他 18.1%であった（表9）。これらの職種が終末期医療の現場で「慎重な判断」を求められた場合、それに対応するだけの十分な時間があるかという質問に関して、「ある」 17.0%、「ない」 33.8%、「どちらともいえない」 49.2%であり（表10）、上記の多職種メンバーで「慎重な判断」は可能であるかという質問に対しても、「ある」 40.1%、「ない」 6.3%、「どちらともいえない」 53.6%と、「どちらともいえない」が多数を占める。急性期病床など時間的余裕の無い現場での対応の難しさに加え、患者の意思決定能力の判定や家族の意思との関係、その他社会的背景などを含めると一律に対応できない状況が浮かび上がる回答となった。

またこのような「慎重な判断」をするために、「多専門職種の医療従事者」の意見だけで十分であるかとの質問に関しては、「そう思う」 25.8%、「そう思わない」 25.8%、「どちらともいえない」 48.8%であった。意見を聞きたい職種は、生命倫理（医療倫理・臨床倫理）専門家 52.1%、弁護士 35.6%、法律家 34.6%、その他 11.2%であったが、自由記載では、医療従事者以外の職種を現場に介入させることによる現場の混乱を指摘する声もあった。

## ②望まれる終末期の医療およびケア

医療及びケアに関する達成度を5段階評価（十分な対応：5⇔不十分な対応：1）した結果（表14）、疼痛緩和、症状緩和への対応は比較的充分に行われている傾向がみられる一方、患者への精神的援助、社会的援助ではどちらかというと充分に行えていないという認識がなされている。家族の支援はその中間に位置するような評価であった。この結果は、現在の診療制度上では患者の精神的・社会的援助について、ある程度病院個々の自助努力に頼っている現状があると考えられ、患者や家族がどの病院に行っても期待通りの対応を受けられるようになるためには課題が大きい。病院の中にも、このような患者の精神面をケアするサポートシステムは今後ますます望まれると考えられる。

## ③終末期における患者・家族の意思決定

終末期における意思決定に関して、最も頻繁に行われていると思われる対応についての質問では（表15）、「患者の意思確認とは別に、必ず家族の意向も確認している」48.7%、「先に家族に状況を説明してから、患者に意思確認するかどうか判断する」46.9%、「患者の意思決定だけで十分と考えており、家族の意向を確認していない」0.7%、となっており、ほぼ全ての病院で家族の意思を確認していること、患者の状況次第で確認の順番が本人と家族で前後している状況が伺われる。

患者が意思決定できると思われるケースでも、家族の意向を重視するのはどんな理由や状況からかという問い（複数回答）には、「患者の意思決定だけで判断すると、家族から不満を言われる可能性がある」70.6%、「家族に状況を話し、「本人に話さないで下さい」と言われれば、そうせざるを得ない」64.7%、「意思決定できると思われる患者でも、患者に告知しないケースでは、家族の意向を聞かざるを得ない」64.7%、「家族とのトラブルを避けるために、家族の意向を重視する」54.1%、「患者の意思を直接的に聞くことは、終末期という状況にはなじまない」24.4%、「患者の意思と家族の意向が違った場合には、家族の意向を聞く傾向が強い」20.8%、等であった。

欧米のように、患者本人に意思確認をすることが前提となる契約医療と比較すると、国内のインフォームドコンセントでは、家族に対する配慮が大きいと考えられるが、これは「患者の療養上、家族の理解が必須である」とする要素以外にも「家族に相談して決定しないと、後日にクレームが発生してトラブルの原因になる」要素等もあることが伺われる。また家族の全てが患者にとって利益者とは限らないことを指摘する自由記載コメントもあり、今後は患者の権利を守るためのインフォームドコンセントの原則と整備の必要性が示唆された。

## ④意思決定が困難な場合への対応について

実際に「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や、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