

場合」が起こると予想される割合は、1割未満 60.1%、2・4割 26.5%、不明 8.3%、5・7割 3.8%、8割以上 1.4%と、半数強が1割未満であった(表 17)。また複数の専門職からなる委員会を別途設置することになった場合、設置が可能な期間は、「2～4週間以内」 29.9%、「数日～1週間以内」 28.9%、「4週間(1か月)以上」 27.5%、「すでにある」 8.2%、「その他」 6.1%であった。このような委員会を、「院内に作るべき」 69.3%、「院外に作るべき(民間機関・公的機関・その他)」 17.8%、「どちらでもかまわない」 12.8%であり、自由記載からは、2段階法論で院内の委員会で対処困難な場合に院外の委員会へ打診するという案もみられた。

#### ⑤終末期患者の尊厳ある死について

終末期患者が「尊厳ある死」を迎えるに際して困難だと思うことについては、「尊厳ある死」について、あえて定義を置かずに回答を求めた。これは、「尊厳ある死」の定義が個人によって相違があるという現場の声を前提としたものであり、今回のアンケート回答ではある程度回答者の主観的要素を否定できないにしても、アンケート項目中の具体的な項目にチェックして頂くことで客観的な背景が浮かび上がるものとなった。結果として、困難だと思うことは「本人への精神的サポート」 57.4%、「緩和ケア体制の不十分」 44.7%、「告知に関する点」 39.4%、「医療制度上の問題」 37.3%、「家族への対応」 37.1%、「医療行為の判断」 31.4%、「特に困難だとは思わない」 8.2%、「その他」 4.0%の順であった。これは表 14 の終末期における医療及びケアへの項目と矛盾しない回答となっており、現状では患者への精神的サポートや緩和ケア体制等が、患者の尊厳ある死を迎えるのに不十分と捉えられていることが示唆される。患者も家族も十分納得して「尊厳ある死」を迎えられた患者の割合への回答も8割以上は約16%にとどまっている(表 21)。

## 【全国調査結果】

〈回答病院の概要〉

表1. 全病床数

	n	(%)
49床以下	45	2.9
50床～99床	344	22.5
100床～299床	738	48.2
300床～499床	249	16.3
500床以上	155	10.1
合計	1,531	

表2. およその年間入院患者数

	n	(%)
49名以下	38	2.6
50名～99名	68	4.6
100名～299名	190	12.8
300名～499名	162	10.9
500名以上	1,031	69.2
合計	1,489	

表3. 年間退院患者数

	n	(%)
49名以下	41	2.8
50名～99名	58	3.9
100名～299名	185	12.5
300名～499名	167	11.3
500名以上	1,026	69.5
合計	1,477	

表4. およその年間死亡退院患者数

	n	(%)
9名以下	81	5.4
10名～49名	458	30.6
50名～99名	342	22.8
100名以上	617	41.2
合計	1,498	

表5. 平均在院日数

	n	(%)
10日未満	22	1.5
10日～20日未満	704	46.4
20日～30日未満	393	25.9
30日以上	397	26.2
合計	1,516	

表6. 全入院患者の中で、終末期の患者が占める割合

	n	(%)
10%未満	1,089	74
10～20%未満	303	20.6
20～30%未満	62	4.2
30%以上	18	1.2
合計	1,472	

表7. 病院におけるがん患者本人へのインフォームドコンセント

病床数		病名告知 (%)	余命告知 (%)	治療方針確認 (%)	延命処置 希望確認 (%)
49床 以下	平均値	59.29	19.80	60.75	55.50
	標準偏差 (度数)	37.36 (41)	27.03 (41)	41.04 (40)	45.63 (40)
50床 ～ 99床	平均値	54.93	26.52	59.12	54.42
	標準偏差 (度数)	35.04 (308)	28.81 (299)	37.35 (305)	39.58 (309)
100床 ～ 299床	平均値	63.97	30.85	64.18	55.96
	標準偏差 (度数)	31.98 (661)	30.34 (636)	35.48 (643)	40.20 (643)
300床 ～ 499床	平均値	77.40	31.96	66.82	49.22
	標準偏差 (度数)	25.94 (221)	28.77 (209)	33.05 (215)	38.29 (214)
500床 以上	平均値	83.31	33.66	71.57	49.59
	標準偏差 (度数)	21.52 (124)	27.70 (119)	28.48 (122)	33.39 (116)
合計	平均値	65.73	29.94	64.02	53.94
	標準偏差 (度数)	32.39 (1,355)	29.51 (1,304)	35.26 (1,325)	39.41 (1,322)
	最小値	0	0	0	0
	最大値	100	100	100	100

表8. 「終末期医療に関するガイドライン」を作成することについての意見

	n	(%)
賛成	1,104	74.1
反対	41	2.8
どちらともいえない	323	21.7
その他	22	1.5
合計	1,490	

表9. 終末期医療の意思決定に際し、医療・ケアチームに含まれると思われる職種  
(複数回答)

	n	(%)
主治医	1,470	95.5
所属科長(医師)	1,035	67.2
他科医師	443	28.8
院長	648	42.1
担当看護師	1,240	80.5
病棟看護師長	1,288	83.6
総看護師(部)長	429	27.9
ソーシャルワーカー	904	58.7
心理士	399	25.9
その他	279	18.1
	(1,540病院回答)	

表10. 現在、貴院での終末期医療において、医療・ケアチームが慎重な判断をするだけの十分な時間があるか

	n	(%)
ある	254	17.0
ない	506	33.8
どちらともいえない	735	49.2
合計	1,495	

表11. 貴院での終末期医療において、表9の職種で貴院での慎重な判断は可能であると思われるか

	n	(%)
ある	597	40.1
ない	94	6.3
どちらともいえない	797	53.6
合計	1,488	

表12. 貴院での終末期医療において、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と思うか

	n	(%)
そう思う	385	25.8
どちらともいえない	721	48.4
そう思わない	385	25.8
合計	1,491	

表13. 貴院での終末期医療において、慎重な判断をするために、どのような職種の意見を聞きたいか（複数回答）

	n	(%)
法律家	533	34.6
弁護士	548	35.6
生命倫理（医療倫理・臨床倫理）専門家	802	52.1
その他	172	11.2
	(1,540病院回答)	

〈終末期における医療及びケア〉

表14. 医療及びケアの達成度(5段階評価)

	疼痛緩和		他の不快な症状緩和		患者への精神的援助	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
十分とはいえない	28	(1.9)	17	(1.2)	70	(4.8)
⇕	93	(6.3)	161	(11.0)	415	(28.3)
	345	(23.4)	593	(40.4)	638	(43.5)
	751	(51.0)	617	(42.1)	290	(19.8)
十分な対応	255	(17.3)	79	(5.4)	52	(3.5)
合計	1,472		1,467		1,465	

	患者への社会的援助		家族への支援	
	n	(%)	n	(%)
十分とはいえない	135	(9.3)	95	(6.5)
⇕	438	(30.0)	380	(26.0)
	560	(38.4)	634	(43.4)
	281	(19.3)	309	(21.1)
十分な対応	45	(3.1)	43	(2.9)
合計	1,459		1,461	

表15. 最も頻繁に行われていると思われる対応

	n	(%)
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	11	0.7
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	721	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	694	46.9
上記以外	54	3.6
合計	1,480	

表16. 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(複数回答)

	n	(%)
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	375	24.4
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	1,088	70.6
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	833	54.1
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	321	20.8
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	996	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	921	59.8
その他	82	5.3

(1,540病院回答)

表17. 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場合が起こると予想される割合

	n	(%)
1割未満	878	60.1
2-4割	387	26.5
5-7割	56	3.8
8割以上	20	1.4
不明	121	8.3
合計	1,462	

表18. 複数の専門職からなる委員会を別途設置することになった場合、設置が可能な期間はどのくらいか

	n	(%)
すでにある	119	8.2
数日～1週間以内	414	28.4
2～4週間以内	435	29.9
4週間（1か月）以上	400	27.5
その他	89	6.1
合計	1,457	

表19. 複数の専門職からなる委員会は、どのように作るべきか

	n	(%)
院内に作るべき	1,015	69.3
どちらでもかまわない	188	12.8
院外に作るべき（民間機関・公的機関・その他）	261	17.8
合計	1,464	

表20. 終末期患者が「尊厳ある死」を迎えるに際して、困難だと思うことはあるか（複数回答）

	n	(%)
告知に関する点	606	39.4
医療行為の判断	483	31.4
本人への精神的サポート	884	57.4
緩和ケア体制の不十分	688	44.7
家族への対応	572	37.1
医療制度上の問題	574	37.3
その他	62	4.0
特に困難だとは思わない	127	8.2
	(1,540病院回答)	

表21. 患者も家族も十分納得して「尊厳ある死」を迎えられた患者の割合

	n	(%)
1割未満	378	25.8
2-4割	394	26.9
5-7割	305	20.8
8割以上	233	15.9
不明	155	10.6
合計	1,465	

〈病院における倫理委員会について〉

表22. 倫理委員会持っているか

	n	(%)
はい	787	52.3
いいえ	717	47.7
合計	1,504	

表23. 今後設置予定である

	n	(%)
はい	259	36.0
いいえ	461	64.0
合計	720	

表24. 倫理委員会の構成メンバーはどのようになっているか (複数回答)

	n	(%)
医師 (役職例. 院長、副院長など)	904	58.7
看護師	846	54.9
医師、看護師以外の医療従事者	629	40.8
法律関係者	351	22.8
生命倫理 (バイオエシックス) 専門家 (宗教・倫理専門家)	129	8.4
有識者 (一般の立場を代表)	435	28.2
患者団体もしくは患者個人	37	2.4
患者の家族もしくは遺族	42	2.7
その他	175	11.4
	(1,540病院回答)	

表25. 倫理委員会では、研究ではなく、臨床での医療行為に関して倫理的判断・もしくはアドバイスを求められたことがあるか

	n	(%)
はい	334	36.8
いいえ	573	63.2
合計	907	

表26. 委員会は倫理的アドバイスを行ったか

	n	(%)
はい	331	75.9
いいえ	105	24.1
合計	436	

表27. もし委員会が倫理的アドバイスを求められていたら、それに対応する準備はできているか

	n	(%)
はい	522	53.9
いいえ	447	46.1
合計	969	

表28. 臨床での倫理的問題を扱う際、どのような支援体制をもっているか  
(複数回答)

	n	(%)
臨床現場での問題を扱う倫理委員会	591	38.4
専門家からの電話によるアドバイス	160	10.4
明文化された指針やガイドライン	269	17.5
スタッフへの教育	279	18.1
その他	62	4.0
該当するものなし	390	25.3
	(1,540病院回答)	

表29. 表28で明文化された指針やガイドラインがあると答えた方  
その場合、方針はどの程度共有されているか (複数回答)

	n	(%)
病院全体で共有している	264	17.1
医局または各科内で共有している	40	2.6
他職種の医療チームで共有している	25	1.6
医師個人に任せている	33	2.1
	(1,540病院回答)	

表30. 臨床現場で遭遇する倫理的問題に対してアドバイスを求められるとすれば、概ねどのくらいの頻度か

	n	(%)
1年に1回もしくはゼロ	469	40.7
1年に1-5回	551	47.8
1年に6-10回	76	6.6
1年に10回以上	36	3.1
その他	20	1.7
合計	1,152	



表31. 貴院の臨床現場で実際に遭遇すると思われる倫理的問題について  
(頻度の高い順に3つ)

	1位		2位		3位	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
患者を対象とした研究 (臨床治験含む)	597	47.2	91	8.1	157	19.2
生殖補助医療	6	0.5	36	3.2	27	3.3
脳死・臓器移植関連	23	1.8	114	10.1	178	21.8
遷延性植物状態患者に関して	162	12.8	335	29.7	175	21.4
遺伝子診断・治療	9	0.7	121	10.7	73	8.9
終末期医療	448	35.4	402	35.6	172	21.1
その他	19	1.5	29	2.6	35	4.3
合計	1,264		1,128		817	

表32. 倫理委員会の情報は公開しているか

	n	(%)
原則として議事録まで全て公開している (個人情報を除く)	191	23.0
一部公開している	219	26.3
原則として全て非公開	422	50.7
合計	832	

## (資料 I : 病床規模別分析)

## 1. 年間入院患者数

病床数	年間入院患者数					合計
	49名以下	50-99名	100-299名	300-499名	500名以上	
49床以下	8	2	17	9	9	45
50-99床	16	34	64	70	148	332
100-299床	10	30	90	62	523	715
300-499床	4	1	15	15	209	244
500床以上		1	4	6	142	153
合計	38	68	190	162	1031	1489

## 2. 年間退院患者数

病床数	年間退院患者数					合計
	49名以下	50-99名	100-299名	300-499名	500名以上	
49床以下	6	2	18	9	9	44
50-99床	16	27	62	75	145	325
100-299床	12	28	85	65	521	711
300-499床	5	1	15	13	210	244
500床以上	2		5	5	141	153
合計	41	58	185	167	1026	1477

## 3. 年間死亡患者数

病床数	年間死亡患者数				合計
	9名以下	10-49名	50-99名	100名以上	
49床以下	10	30	4		44
50-99床	33	211	78	18	340
100-299床	33	185	233	268	719
300-499床	4	26	21	192	243
500床以上	1	6	6	139	152
合計	81	458	342	617	1498

## 4. 平均在院日数

病床数	平均在院日数					合計
	10日未満	10-20日未満	20-30日未満	30日以上	その他	
49床以下	3	8	13	21		45
50-99床	10	99	116	116	1	342
100-299床	7	309	211	201	2	730
300-499床	1	172	34	40		247
500床以上	1	116	19	19		155
合計	22	704	393	397	3	1519

## 5. 終末期患者の割合

病床数	終末期患者の割合				合計
	10%未満	10-20%未満	20-30%未満	30%以上	
49床以下	35	6	3	1	45
50-99床	250	70	18	3	341
100-299床	537	148	28	9	722
300-499床	172	51	9	1	233
500床以上	95	28	4	4	131
合計	1089	303	62	18	1472

## 第2章－2

---

### 倫理委員会の設置・運営状況（全国調査より）

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治

---

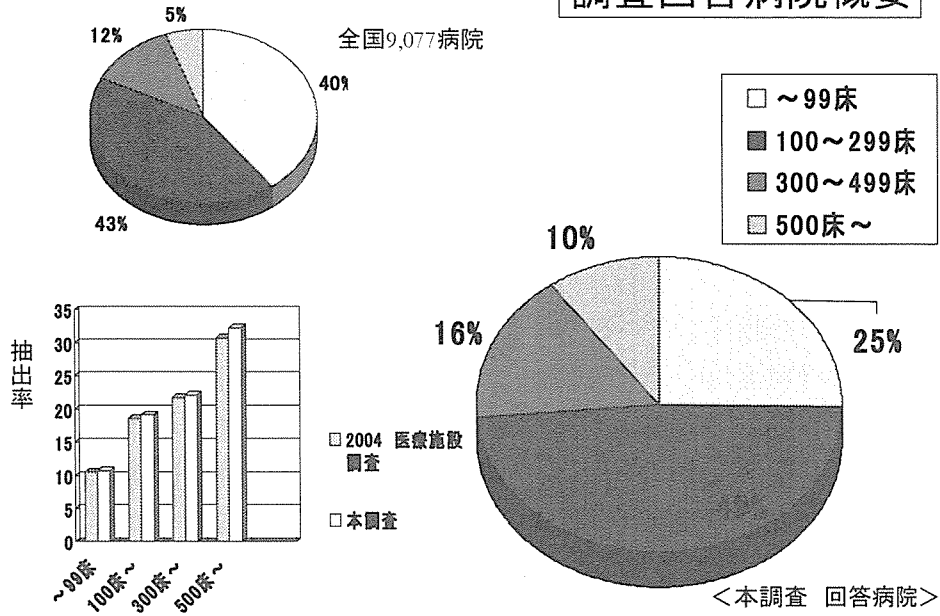
既に倫理委員会を設置しているという回答のあった病院は 787 (51.1%) であり、設置予定が 259 (16.8%) (計 67.9%) であった。病床規模別の設置率は 100 床未満で 20.7%, 100-299 床で 50.4%, 300-499 床で 84.1%, 500 床以上で 93.2% であった。倫理委員会が研究以外の臨床行為に関してアドバイスを行った病院は 42%、倫理的問題への支援体制として、倫理委員会設置(38%)、明文化された指針やガイドライン整備(26%)、専門家からの電話アドバイス(11%)、スタッフ教育(18%)で、特に支援体制を持たない病院も 25% みられた。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。

#### 考察

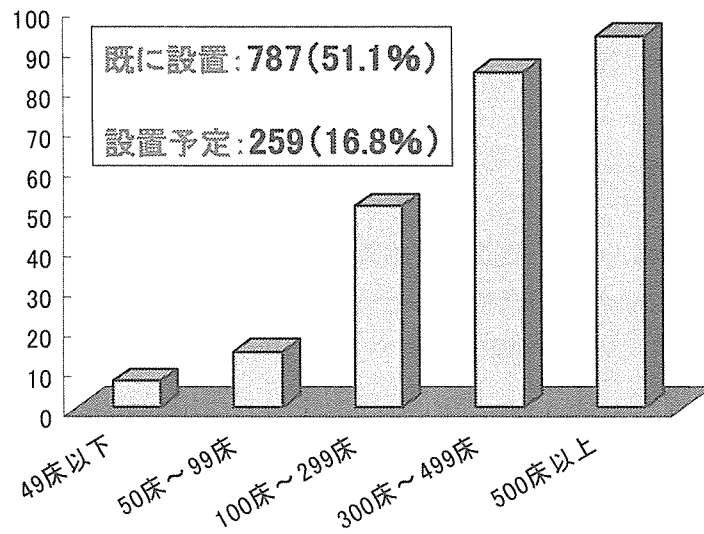
- ・ 全国病院調査については、病院内の倫理委員会は病床規模が大きくなるに従い設置率は充足するものの、臨床現場における倫理的問題の支援体制は、むしろ倫理委員会が設置されていない病院において検討されるべき必要があることも考えられた。
- ・ 調査対象病院においては平成 8 年(1996 年)以降に設置率が増加しており、大規模病院の設置率は高率であった。
- ・ 倫理委員会構成は病床規模が増大するほど法律家・有識者の関与が高くなっており、検討内容も患者への研究について終末期医療の割合が高かった。
- ・ 今後は小・中規模病院への倫理的問題支援体制の整備が必要と考えられた。

<2004 医療施設調査>

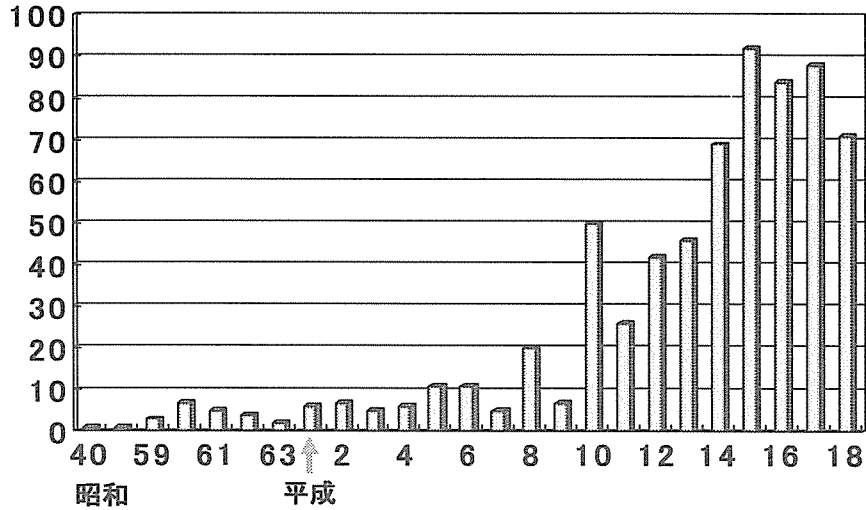
調査回答病院概要



病床規模別 倫理委員会設置率  
(2007全国調査)

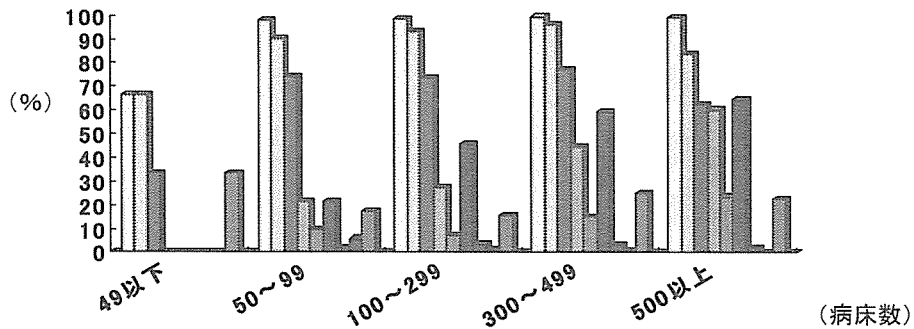


## 倫理委員会設置病院数推移 (本調査回答病院)

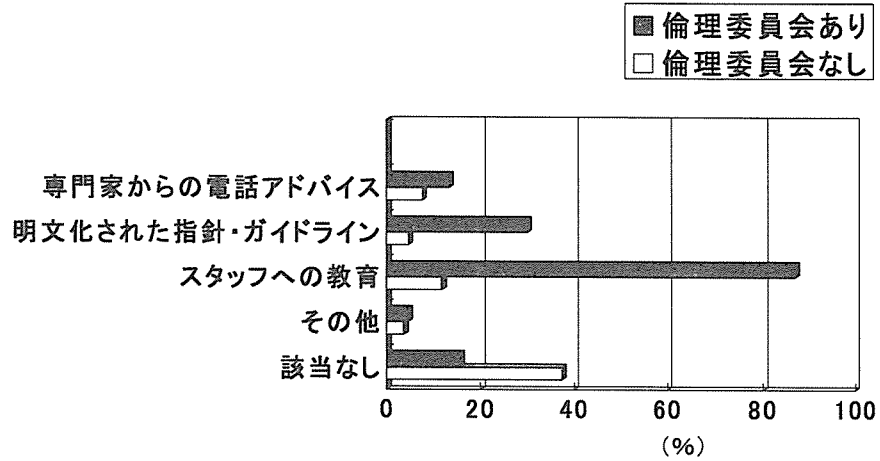


## ＜ 倫理委員会構成メンバー ＞

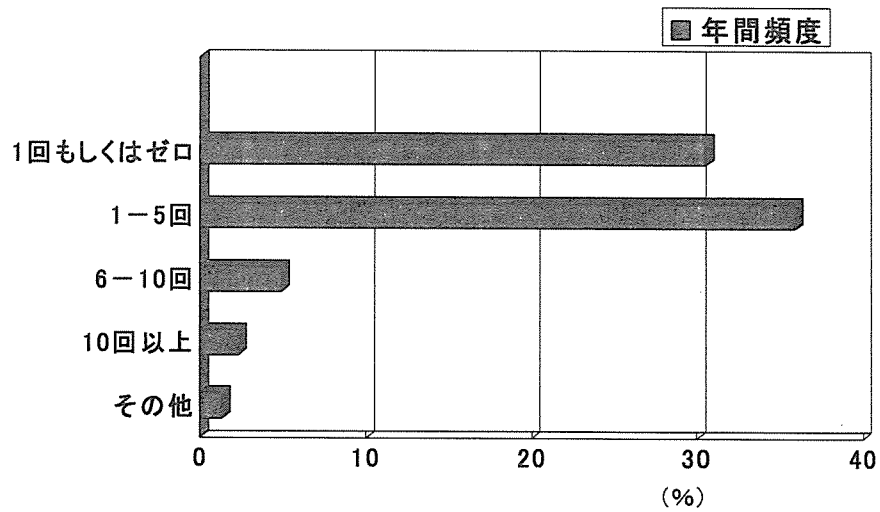
- 医師
- その他医療従事者
- ▨ 生命倫理専門家
- 患者団体もしくは患者個人
- その他
- 看護師
- ▨ 法律関係者
- 有職者
- 患者の家族もしくは遺族



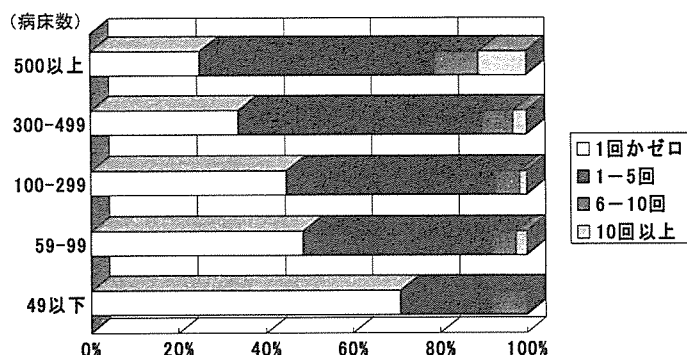
## 臨床現場での倫理的問題に対する支援体制



## 臨床現場での倫理的問題に関する倫理委員会のアドバイス頻度



## 倫理委員会開催頻度（病床別）

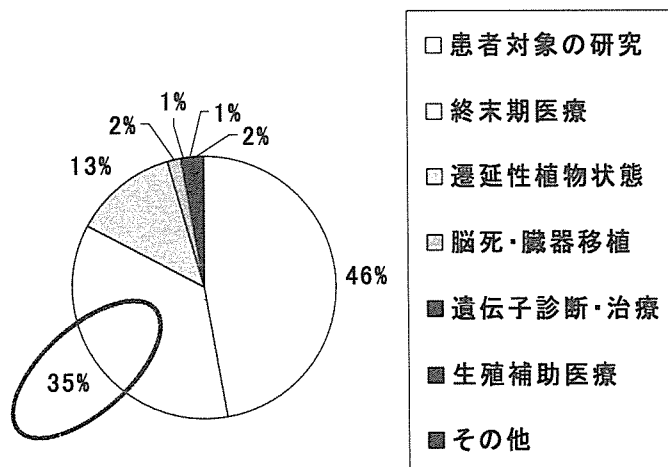


## 明文化された指針やガイドラインの共有について（269病院）

(複数回答)

- 病院全体で共有 (84.0%)
- 医局または各科内で共有 (13.4%)
- 多職種の医療チームで共有 (8.2%)
- 医師個人に任せている (7.4%)
- 医師個人に任せている(重複なし)(5.0%  
14病院)

## 臨床現場で遭遇する頻度の高い倫理的問題



### 「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）」 に対する全国の一般病院からの意見について

国立保健医療科学院 林謙治 児玉知子

---

近年、終末期患者の治療中止・差し控えについて訴訟や警察の介入が起こるたびに大きく報道されており、社会的関心がきわめて高い。本研究班では多くの終末期医療に携わる医療従事者、研究者（法学、医学、福祉等）およびマスメディア関係者から個別に「治療中止・差し控え」に関する意見を聴取してきた。これと合わせて欧米諸国におけるこの問題の取り扱い方について調査を行ってきた。その結果、死に対するうけとめ方はじめ、医療体制、医療関係者・患者さらに一般国民の医療の場における人権のとらえ方、そして法整備など各国の実態に大きな違いがあることを明らかにすることができた。他方、国境・文化を越えて医療現場で直面する法的・倫理的問題には共通するジレンマがあることも確認できた。こうした社会環境のなかでガイドライン作成への要求や法的整備を促す動きが活発になってきている。これに呼応して、厚生労働省からすでにガイドラインが発表され、複数の学会においても試案が用意されており、そのほか病院で独自に院内ガイドラインを策定するところもある。それでも現在なおガイドラインや法的整備をめぐる議論が尽きず、「終末期医療のあり方」にそれだけ根深い問題があることを示唆している。その論点について別章「終末期医療の論点を整理する」で詳しく述べた。

筆者が上記別章のなかで述べたマクロ的アプローチは医療環境の変化への対応および近代社会における人権の保護という意味でまさに21世紀的課題であり、検討するに時間を要する。とは言え、今後の議論をさらに一歩進めるという意味で当面ミクロ的にできることから始めるというステップを踏むことが重要であると思われる。今回、研究班では「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）」を提示し、全国の病院から意見を求めることにした。「がん」に限ったのは①年間死亡者の約三分之一を占め、最大の死因であること②病状の経過、そして終末期という不可逆的病態である判断がある程度予測可能であること③したがって、緩和ケアを含む治療方針について患者およびその家族からの理解をうる時間的余裕を比較的確保しうるケースが多いこと、などの理由による。調査は全国の4911の一般病院を対象に試案を郵便回答で意見を募った。調査票の宛先は病院長とした。回答は自由記述の形式をとったために回答数は限定的であったが、288病院から詳細な意見が寄せられた。提示した試案は以下の通りである。



## 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）

1. 目的：本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってもっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。
  2. 適用対象：終末期がん患者
    - \*なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態（PVS）等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。
  3. 終末期の判定
    - 客観的指標（緩和医療学会ガイドライン参照）もしくは複数の医師（専門科の異なる医師が望ましい）による反復判定により、余命3週間以内の判定がなされたとき
- ※客観的指標の例：
1. Palliative Prognostic Score (Pirovano M et al.: J. Pain and Symptom Management, 17(4) 231-239, 1999)
  2. Palliative Prognostic Index (Morita T.: Support Care Cancer, 7, 128-133, 1999)
4. 患者の意思確認（下記のいずれかによる）
    - 1) 本人の文書による事前指示（2年以内の文書であること）
    - 2) 本人の口頭による意思表示：医療側は立会人のもとで記録方法を決定する
    - 3) 家族による患者の意思推定と同意
      - 配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主催者となるべきものが「遺族」の代表とする
    - ※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要（筆跡、立会人等）
    - ※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする
  5. 治療中止・差し控えの範囲
    - 人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺（人工臓器）、薬物などすべての治療行為を含む。
    - ※「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁（大学医師安楽死事件）の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為とする。
  6. 治療中止・差し控えの除外事由規定
    - 1) 患者の意思が確認できない場合（病状により直接的・間接的に確認ができない場合）
    - 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および15歳未満の未成年者
    - 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース
    - 4) 臨床治験該当者
    - 5) 臓器移植予定の者
    - 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合

## 1. 試案への主なコメント

### 1) 目的について

- 「死の権利の否定」の明文化に疑問
- 「尊厳ある死」の意味が不明瞭
- 治療差し控えは治療中止のなかに含まれるのか、区別が必要
- 治療とケアの区別はあるか
- 中止ではなく、差し控えの姿勢でいくべき
- 「もっとも望ましいプロセス」は患者・患者の家族に限ればよい
- 医療側も患者側にもわかりやすいガイドラインがよい
- 緩やかなガイドラインがよい
- ガイドラインの一人歩きが懸念される
- 法的裏付けが必要

### 2) 適用対象

- がんから始めるのはよい
- がん患者より救急やPVSのほうが難しい
- 疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい
- 終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい

### 3) 終末期の判定

- 余命判定に科学的根拠が十分でない
- 余命判定は確率論的な問題であり、期間を設定するのは個々のケースについての判断に適切ではない
- 余命3週程度では患者に意思決定能力が乏しい
- 余命判定の意義は患者のその後の過ごし方として参考とすべき
- 余命判定は家人の求めに応じてすべき
- 余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない
- チームによる判定が必要
- 複数の医師による反復判定ができるほど医師が確保できない

### 4) 患者の意思確認

- 事前指示を2年以内に限る根拠が明確でない
- 意思確認の方法・時期の優先順位を決めるべき
- 本人の文書による同意は日本の文化になじまない
- 先に告知を希望するかどうかを確認すべき
- 元気な時と実際病気になった時の意思は異なる、家族も同様

- 直前の意思確認が必要
- 本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか
- 本人が意思表示できず、家族もいない場合どうするか
- 本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要なし
- 家族による推定は取り入れるべきではない
- 家族以外の法定代理人も認めるべき
- 遺族の代表はケースバイケース
- キーパーソンの決定は家族の承諾が必要
- 立会人の選定が難しい
- クレームをつけるのは本人より家族である
- 法律のうらづけがない意思確認は意味がない
- カルテに法的根拠があるので、カルテ記載で十分

#### 5) 治療中止・差し控えの範囲

- 横浜地裁の医療範囲は医療側の意見を入れておらず、不相当
- 人工呼吸の中止は安楽死につながる
- 法的根拠が必要
- すべて中止は実際的に困難
- 段階的中止の方法もある
- 透析、心臓ペースティングも入れる
- 人工呼吸中止と薬物追加が特に問題となるので詳細規定が必要
- 緩和ケアに必要な薬物は除外してならない
- 補液は差し控えるべきではない
- 輸液、栄養補給は医療チームと家族の話し合いに任せるべき
- 終末期がんでは人工呼吸、人工心肺は差し控えるべき
- 末期がんでは人工呼吸は一般に行われない
- 末期では治療差し控えのほうが延命になるケースもある
- 「治療はいつか有用でなくなる」という社会的認識が必要
- QOL を維持するための医療の概念が普及しなければガイドラインは悪用される
- 点滴したくない認知症末期患者を縛ってまですることはできない
- 蘇生しない(DNR) ことを中心に検討したほうがよい

#### 6) 治療中止・差し控えの除外事由規定

- 除外事由規定該当者が多い
- 末期がんではほとんど意思確認ができない

- 「本人が意思決定を撤回」の場合も入れるべき
- 認知症が多いので除外するとガイドラインにならない
- 認知症患者に後見人や家族がいる場合は認められるではないか
- 認知症でもさまざまな程度がある
- 15歳未満の中学生でも意思判断できる場合がある
- 臨床治験該当者は除外するのではなく、むしろ臨床治験をやめるべき
- がん末期の臓器は移植する意味がない
- 合理的理由の判断はケアチームが行うべき
- 脳死の場合であれば除外規定は必要ではない

## 2. 考察

ガイドラインの必要性については概ね賛同を得ているが、各論的にはさまざまな意見があった。ガイドラインの性格としては①厳密で制限的なものよりも全般的に緩やかなものが多い②疾病ごとのものよりも概括的なものを希望する③法的裏付けのあるものを望む④医療側・患者側双方にわかりやすいもの、などの意見が目立った。実用性を重んじる医療現場としてはもっともな意見であるが、実際の場面における医療側と患者側の関係はどうなっており、それをどのようにとらえるか、つまり関係の向上・改善に重点をおくか紛争回避に重点をおくかによって組み立て方や文言の使い方に違いがでてくるであろう。

目的の項では「尊厳のある死」という概念は抽象的で、ガイドラインという実用的性格になじまないとする意見がある。それよりは第2パラグラフのQOLの維持・向上に限定したほうがわかりやすいという指摘があった。そのほか、治療中止のなかに治療差し控えが含まれるではないかという疑義も出されていた。医療行為のなかで両者の区別を整理する必要があるかも知れない。

適用対象の項では末期がんで治療中止・差し控えの対応に困難を感じるよりも、むしろ救急やPVSへの対応に困惑を感じる声がある一方、がんから始めるほうが今後の議論を深めるに役立つという認識を示された。

終末期の判定の項では単に治療中止・差し控えの医療範囲を決めるための終末期判定ではなしに①病名告知との関連および②死の権利を認めることが余命判定の前提である、などのように終末期にいたるまでのプロセスに一貫性が保たれるべきであるとの意見があり、この指摘はガイドラインの目的とも関連するので重要な課題であると受け止めている。余命3週間以内を終末期とする提案に多くの批判的な意見が寄せられた。主な理由を拾いあげると①科学的根拠が十分でない②余命判定は確率論的であり、個々のケースに対応する臨床の場にはなじまない③余命判定はその後の治療・ケアのあり方を検討する臨床判断であるべきで、患者や家族を精神的に追い込むようであってはならない、などが挙げられた。以上、すべてもっともな意見であるが、治療