

は、国民が概ね納得できる内容のものでなければいけないと思う。そのために議論の範囲を広げて行う必要があると思う。(鳥取)

⑤500床以上

- ・ 例えば、セデーションを行うことが「積極的安楽死」に本当に当たらないのか、等、現場で疑問を感じながら行っている医療行為に対して、“法的なガイドライン”も作っていただきたい。(京都)
- ・ このガイドラインの文言は終末期にとくに関わるといよりは、医療の一般論的な“よいあり方”のようなもので「ガイドライン」なのかよくわからない。「十分な議論」「慎重な判断」など、何もガイドしていないに等しいのではないか。しかし、後の「治療の中止・差し控え」に際してこのガイドラインに記載されたプロセスが必須であることも確かで、どうまとめるとよいのか具体案を示すことは私にはできない。(茨城)
- ・ 例えばセデーションを行うことが「精神的安楽死」に本当に当たらないのか、等、現場で疑問を感じながら行っている医療行為に対して“法的なガイドライン”を作っていただきたい。(京都)

6. その他

①49床未満 なし

②50-99床 なし

③100-299床

- ・ 当院は一般 120 床、療養 170 床のケアミックスである。高齢者の終末期と一般がん患者等の終末期について、質問をある程度分けてほしい。(福岡)
- ・ 当院は高齢者を中心としたケアミックス病院。がん患者の終末期は年間死亡者数の約 25%である。(年間死亡者：全体で約 80%) (大阪)
- ・ 当院は療養病床(いわゆる老人病院)のため、終末期医療の対象者又それに対しての組織等はない。(鹿児島)
- ・ 終末期がん患者の治療については病院として対策をたててはいない。今後十分検討する必要があると考えている。(岡山)
- ・ 何れにしろ、今後は個人情報保護の観点がどうしても必要と思う。ただし、当院のおかれた状況ではなかなか困難であると考えられる。(兵庫)
- ・ 急性期病院にとって終末期医療は昔ほどには携わる機会が多くなく、今回のアンケートには答えられない設問もあった。又、手を尽くしても結果的に救命できなかったとき、レセプトの差戻しで「終末期医療であるのに医療費をかけすぎている」旨の通知と共に、診療報酬の削減を強いられる。結果として助かるかもしれない患者に十分な治療ができないまま緩和ケアしか選択肢がない場合もある。とくにアルブミン製剤の使用など、手術や強力な化学療法を行ううえで、一過性に栄養を上げた

くても、治療が奏功しなければ結果として報酬を削られる。このような場合の治療費が確実に保証（担保）される目的での倫理委員会、医療ケアチーム委員会の設置を望む。（山口）

- ・ 終末期医療に関しては、その医療機関の入院患者層、地域性により考え方の相違が出てしまうと思われる。（広島）
- ・ 終末期医療のうち「末期がん」を想定した問いかけが多い。中枢神経（CVA）の末期のような意識障害＋人工呼吸器装具の想定ケースはかなりかけ離れた問いかけと思う。（北海道）
- ・ 終末期ケアは、計り知れない人的物的資源が必要であり現在の医療保険制度では、やりきれない側面がある。終末期と判断する根拠が統一されていない。（山形）
- ・ 当院には倫理委員会はないが為、解答出来ない。しかし、当院は全病床療養病院で今後の治療法、介護保険法の改正によっては、ターミナル終末期医療には、大変興味深い。（鹿児島）
- ・ 中小（特に民間）病院では、各担当医の判断に委ねる傾向が強い。慢性期病棟中心の病院の場合の考え方はどうだろうか（和歌山）
- ・ 終末期イコールがん患者というイメージが世間一般に用いられている事自体誤りだと考える。COPD にせよ、CHF にせよ、あらゆる疾患の状態はがんに匹敵するものであり、苦痛、疼痛緩和目的でのモルヒネの適用を拡大すべきと考える。又、終末期の捉え方は価値観によって異なるため行ってはいけない行為のみ定めて、それ以外は臨床現場に任せるべきではないかと考える。（神奈川）
- ・ 病気によって終末期の状態はさまざまであり、たとえば、「90歳ねたきりで肺炎にかかってきた老人」を終末期としてよいのか。こういった患者を積極的治療するのかどうかレスピレーターつけるのかどうか。（長崎）
- ・ 終末期医療は脳死問題、臓器移植とも関係する悩ましい問題。（三重）
- ・ 終末期ケア病棟が当院にあります但し主に外科（癌 再発、終末期）の患者中心であり、原則として、告知された患者が入所している。（山形）
- ・ 現状では患者からの申し出がなければ、進められる議論ではないと思われる。それだけ高い意識を持っている患者は少ないように思う。（都道府県記載なし）

④300－499床

- ・ 患者年齢約85歳の療養型病院。療養型病院へのアンケートは別に作成すべきと考える。「尊厳ある死」とは、言葉が安易すぎないか。意思の疎通不能もしくはほとんど不能、経管栄養 もしくはIVHで全介助の方が多い本院で「尊厳ある死」と何であろうか、戸惑う。「尊厳ある生」とは何か、非常になやむ。（神奈川）
- ・ 当地はC型肝炎の高率な地域で、高齢者の肝細胞癌・消化器系患者が特に多い。同時に独居・夫婦二人での生活者が多く、告知とその後の家族的支援が十分でない場合が少なくない。また、核家族化にて兄弟・子供が分散している場合が多く、当院

で見られる問題は近い将来の本邦特徴になりうると考えられる。そのため、高齢化と家族分散の進むなかでの入院・通院治療、精神的支援についても検討いただきたい。(福岡)

- ・ 病院入院時にすべての患者に DNR を希望するかどうか問診するよう全国的に徹底する。委員会を設置したりする人的余裕のある病院はどんどん減少していく。勤務医が尊厳ある存在として病院内で責任を果たせるように勤務医確保を進めていただきたい。(兵庫)
- ・ 今後の大学教育中に緩和医療に対する指導・教育システムができてこないと現場の困っている事態→①治癒的治療から緩和的治療へのギアチェンジが上手くできない。②バッドニュースをうまく伝えられない(本人・家族)③がんの終末期における輸液過多といった問題が根本的に改善されないのではないかと考える。(宮崎)
- ・ 尊厳死と安楽死の(線引き)定義がされると現場では若干の混乱が生じると考える。(兵庫)

⑤500床以上

- ・ 終末期はがん患者だけではない。今後さらに高齢化していく中、高齢者の終末期の対応が求められていく。アンケートが、がん患者のみに絞られていることが残念。(東京)
- ・ 偉い人ではなく、実際に現場で看取りをしている医療者が中心となってガイドラインを作るのなら結構なことだが、それを生かすも殺すも現場の意識次第。現場に出る前にどのように教育するか、現場でどのように指導していくかについて検討することが必要。(埼玉)
- ・ 終末期医療に対する社会的理解はまだまだ低いものであり、医療従事者においても、まったくといっていいほど理解していない者が少なくない。また、終末期医療に対する個々人の考え方はさまざまであり、それぞれが決して誤りではない。延命を望むのも正解、延命を拒むのも正解である。このような中、やはりまず行うべきことは終末期医療に対する社会的理解の醸成(一般人ならびに医療従事者)であろうと考える。(京都)

⑥病床記載なし

- ・ 誰も皆死んでゆく。死に方、みとり方を指針だ、ガイドラインだ、法律だ、倫理だと、コチコチに硬めていくのには賛成しかねる。日本の文化に根ざした生き方、死に方の問題だと思う。善意を前提とした医師と、人生の主人公である患者、それを支える人達の愛情のなかで、自然な流れと苦痛を除く支援を。(都道府県記載なし)

<最後に>

忙しい業務の中、アンケートにご協力頂いた方々に心から感謝いたします。

病院を対象とした「延命措置のあり方」に関する調査

－Y新聞社との合同調査より－

国立保健医療科学院 林謙治

近年、終末期医療において延命措置のあり方に大きな社会的関心がよせられ、その実態を知るために自由記述を中心としたアンケート調査を本研究班の協力のもとに読売新聞社科学部が実施した。全国の病院のうち精神病院を除く100床以上の病院(4400)を母集団として、層別二段抽出により600病院を調査対象とした(有効回答数241)。調査は平成18年6月に実施した。主な調査結果は以下のとおりである。

「延命中止・差し控え」についてなんらかのガイドラインをすでに作成したと回答した病院は8.8%(21)あった。ガイドラインの内容を家族に伝える方法として文書で示しているのはこのうち13病院であった。82%の病院は倫理委員会を設けており、大規模病院ほど設置率が高く、現在準備中を含めると全体で9割近くになる。倫理委員会の審査内容を「終末期のみ」に限定しているところはなく、医療全般についての倫理委員会がほとんどである。委員会立ち上げのきっかけはさまざまであるが、臓器移植を予定、治療行為の倫理に対処、臨床治験・研究、病院機能評価の審査に応ずるためなど、主に4つのパターンに分類することができる。実際の運営は複数の内容を同時に扱っているところが多い。倫理委員会を持っているところではメンバーは組織内のスタッフのほか院外の第三者を入れているところは8割に達している。具体的には法律家(31%)、市民(9%)、有識者(40%)等を含めている。

末期患者の延命措置で人工呼吸器の装着・取り外しの判断に迷った経験の有無に質問したところ、一旦装着した場合「取り外し」については法的問題・倫理的問題に触れる恐れがあるので絶対はずさないとしている回答者がほとんどで、むしろ人工呼吸器を装着すべきかどうかの判断に苦慮することが多いとしている。末期がんでは呼吸器の装着に治療上の意味を見出せないのが、家族の説得が比較的容易としているが、神経難病や誤嚥性肺炎の場合は迷うことが多いと答えている。薬物投与、水分・栄養補給、輸血等については延命中止・差し控えの倫理的問題としてとらえるのは無理があるとして声が多く、医療行為のなかで患者もしくはその家族と相談しながら決めるほうが妥当であるとする意見が強かった。治療の経過中の薬物投与、水分・栄養補給、輸血等の処置はかえって患者の容態を悪化させる場合があり、医師は末期患者に対し

ては症状のコントロールを中心に治療を組み立てるべきとしている。

延命中止・差し控えに関するガイドラインの必要性を感じるとしている回答が多いが(59%)、法制化の要請は低率(17%)であった。いずれにしてもなんらかのルールが必要としているのは72%であった。しかしながら、患者ごとの個別性や病態の多様性を考慮するとむしろ緩やかなルールのほうが現場になじむとしている意見が多い。

マスコミに対する要望としては断片的でセンセーショナルな報道を控えるべきであるという注文が多く、むしろ国民に「人の生死についての実態、倫理、医療」を考えさせる議論の場を提供する努力を期待するとの要望が目立った。

第 3 章

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

国立保健医療科学院 児玉知子

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。

1. 英国の法整備と英国医師会（**British Medical Association**）の取り組みについて

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 (British Medical Association)

BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP

Head of Medical Ethics: 医療倫理責任者 Ann Sommerville 氏インタビュー

BMA としての終末期医療の医療・倫理・法的側面での方向性について説明がなされた。ここ数年の国際的な動きとヨーロッパの動向も踏まえ、国内法と EU 法との兼ね合い、患者から問題があった場合の対応 (inquiry) についても具体的に解説頂いた。

1) **Human Rights Act 1998** について

国際人権法の国内法化により、イギリス国内医療においても人権尊重に基づいた指針が整備され、治療の差し控えと中止に関するガイドラインでは人権法の条項に基づいた対応を明記している (表 1)。

表 1.

延命医療差し控えと中止において英国医師会(BMA)が考慮した 1998 年人権法の条項
Human Rights Act 1998 (1998 年人権法)

(2000 年 10 月 2 日施行)

The right to life (Article 2): 生命の権利

The right not to be tortured or subjected to inhuman or degrading treatment (Article 3)

拷問されたり、非人道的もしくは品位を傷つける扱いを受けない権利

The right to security of the person (Article 5): 個人の安全の権利

The right to respect for privacy (Article 8): プライバシー尊重の権利

The right to freedom of thought, conscience and religion (Article 9):

思想・良心・宗教の自由の権利

The right to freedom of expression including the right to receive and impart information (Article 10): 情報を受けたり伝えたりする権利を含む、表現の自由の権利

The right not to be discriminated against in the enjoyment of these various rights (Article 14)

: これらの様々の権利を享受することに対し、差別を受けない権利

Dian Pretty 事件では、国内で PAS (医師による自殺幫助) を求めた裁判が認められず、EU court で訴訟を起こしたが、そこでも緩和医療の重要性が説かれて敗訴となる。

2) 自殺幫助 PAS (**Physician assisted suicide/dying**) について

これまで BMA では PAS に対し中立的な立場をとってきた。2005 年 3 月に国会 (House of Lords) で自殺幫助法案が提出され、議会で討議が重ねられたが、レポート [Assisted Dying for the Terminally Ill Bill {HL} Volume I, II, III] では医師、看護師、その他

コメディカルへの大規模なアンケート調査 (Opinion polls) のエビデンスが初めて国会の法案決定を左右する事例となったとされる。レポートでは、医師への安楽死・PAS に対する意識調査結果も報告しているが、1987 年以降数多くの調査が実施されており、2000 年の病院勤務医調査 (規模 3000 名) では、安楽死反対が 44% と、1994 年の 38% より増加、同年のネット調査 (986 名) では「あなたは医師として安楽死、PAS を支持しますか？」の問いには安楽死 (はい: 22%、いいえ: 61%、分からない: 14%)、PAS (はい: 25%、いいえ: 60%、分からない: 13%)、「もし合法化されれば実施しますか？」の問いには安楽死 (はい: 23%、いいえ: 76%、分からない: 1%)、PAS (はい: 26%、いいえ: 74%、分からない: 0%) と報告されている。このような結果も反映していると推測されるが、BMA では 2006 年例会において、“BMA としては PAS に反対する”という立場を決定した。またこれに関連して Mental Capacity Act 2005 が 2007 年 4 月から施行されることを鑑み、終末期医療の治療の差し控えと中止における方針の見直しを検討している。(Guidance for decision making は 2007 年 4 月に改訂予定)

3) 自殺者への対応

英国において自殺は合法であることから、自殺者への積極的な延命治療 (蘇生医療) をすることはないとのことである。最近の事件では、終身刑の患者が自殺を図った (精神科で治療を受けていたが、判断能力はあった competent) 者に対し蘇生を行ったが、次回もし同様な自殺企図があった場合には蘇生しない、とされているという。

4) PVS (遷延性植物状態: persistent vegetative state) 患者への対応について

PVS 患者の医療行為中止については、これまで約 30 件の依頼があったが、継続・中止の方針については、全例裁判所で審議されることになっており、その報告には脳機能の状態 (PET 診断含め) を含めた詳細な記録を必要としている。PSV と診断された 2 年後に意識が回復した例の報告などもあり、日々進歩する科学の歩みに沿って判断すると、現段階での医学的判断が完璧とはいえないため、治療中止には慎重にならざるを得ないとの回答であった。

2. 保健政策“エンド・オブ・ライフ・ケア・プログラム”

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 (連合王国全部の 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とのことである。

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、英国保健省 Gwen Nightingale)。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。それぞれがん：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。

① 緩和医療普及状況について

Dr. Debra Swann (Consultant in Palliative Medicine) St. Christopher's hospice. とスタッフからのヒアリングからは、特に緩和医療供給体制については、NHS (National Health Service) のもと Croydon area (クロイドン地域) の患者受け入れをしているが、在宅での緩和ケアを受け持つ看護師 (district nurse) は NHS 職員であり、1人あたり20-25人の患者を受け持っているがスタッフ不足は否めないとのことである。またホスピスでは在宅ケアを担う GP (一般医) への見取り医療について教育も担当している。これは、緩和ケア専門家の間では普及しているが、一般病院その他訪問では普及していないことによるという。緩和医療を希望する患者は、原則として地域で登録されている GP に対し緩和ケア医療の申請をする。

② ホスピス利用対象者の基準 (criteria) と評価等について

疾病に関わらず、生命が危険にさらされている状況 (regardless of the diseases, life-threatening state) であれば対象となる。保健省の基準によれば、余命3ヶ月、PEG (胃瘻) などケアが必要な者 (Complexity (PEG etc)) が在宅ホスピスケアを受けることが可能とされている。ホスピス患者は英国の全国レベルの統計では9割ががん患者とされているが、St. Christopher ホスピスでは約3割が非がん患者であるという。

提供するケアの評価 (Assessment of providing care) は、NHS の他の病院・施設に順ずるが、ホスピスとしての看取りのケアの評価が必要であり、取り組みを行っている。今後は Mental capacity Act 2005 の施行に際して、Decision-making process (意思決定のプロセス) 評価にも焦点をあてるとともに、ケアのあり方が変わっていくとの見方もある。

地域における在宅ホスピスケア（Community-based Hospice）の質の向上を検討することである。

③ 在宅ホスピスケアのリスクアセスメント（Risk Assessment:）

在宅で実際に訪問した方々（患者）の記録を確実にし、例えばモルヒネ等の薬剤の服薬個数をカウントしており、他者が勝手に持ち出したり、患者が指定の内服量をオーバーする服用をしていないかどうか確認している。個数が理由も無く減っている場合、また家族の中で何らかの疑いがある場合にはすぐにホスピスに連絡が来るようになっている。そのような理由から在宅で管理できない場合には、入院して疼痛管理するようにしている。また、在宅で緊急に疼痛管理必要になることが予測される場合には、クライシス・ボックス：救急箱（Crisis Box）を患者宅に置くようにしている。（通常、1週間以内の急変や死が考えられる場合）中には注射器、シリンジ、その他の救急用具が入っている。

3. 看取りのケア（Integrated care path way for dying）

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。

Box 1 Initial assessment and care goals

Comfort Measures:

- Goal 1: Current medication assessed and non-essentials discontinued.
- Goal 2: PRN subcutaneous medication written up according to agreed guidelines.
- Goal 3: Discontinue inappropriate interventions.

Psychological Insight:

- Goal 4: Ability to communicate in English assessed as adequate.
- Goal 5: Insight into condition assessed.

Religious/Spiritual Support

- Goal 6: Religious/spiritual needs assessed with patient/carer.

Communication:

- Goal 7: Identify how family/other are to be informed of patient's impending death.
- Goal 8: Family/other given hospital/hospice facilities leaflet.
- Goal 9: GP practice is aware of patient's condition.

Summary:

Goal 10: Plan of care explained and discussed with patient/family/other.

Goal 11: Family/other express understanding of plan of care.

Box 2 Ongoing care goals

Comfort Measures

- ◆ Patient is pain free.
- ◆ Patient is not agitated.
- ◆ Patient's breathing is not made difficult by excessive chest secretions.
- ◆ Patient does not feel nauseous or vomits.
- ◆ Other symptoms (eg dyspnoea).

Treatments/Procedures

- ◆ Mouth is moist and clean
- ◆ Micturition difficulties : Patient is comfortable.

Medication

- ◆ All medication is given safely and accurately.

Mobility/Pressure area care

- ◆ Patient is comfortable and in a safe environment.

Bowel care

- ◆ Patient is not agitated or distressed due to constipation or diarrhoea.

Psychological/Insight support

- ◆ Patient becomes aware of the situation as appropriate.
- ◆ Family/other are prepared for the patient's imminent death with the aim of achieving peace of mind and acceptance.

Religious/Spiritual Support

- ◆ Appropriate religious/spiritual support has been given.
 - ◆ The needs of those attending the patient are accommodated.
-

Box 3 Care after death goals

Goal 12: GP practice contacted regarding patient's death.

Goal 13: Procedures for laying out followed according to agreed policy.

Goal 14: Procedures following death discussed or carried out.

Goal 15: Family/others given information on hospital/hospice procedures.

Goal 16: Hospital/hospice policy followed for patient's valuables and belongings.

Goal 17: Necessary documentation and advice given to the appropriate person.

Goal 18: Bereavement leaflet given.

4. 医療と倫理・法律への対応 —臨床倫理ネットワークとスコットランドの事例—

終末期医療における生命倫理的課題は日常的な診療の中で起こる事象である。対象疾患や対象者群がほぼ限られている緩和医療ケア施設や高齢者施設などと違い、一般（急性期）病院では、救急から慢性期、乳幼児から高齢者まで幅広いスペクトラムで診療対応する体制が望まれている。一方で、患者の生死に関わる倫理的課題についての医療従事者へのサポートは極めて限られているのが現状である。英国では 1990 年代後半から同様の課題に取り組み、大学や研究チームが中心となり国家的な臨床倫理ネットワークの構築に乗り出した。医学教育から病院の臨床現場、地域プライマリケア団体、ひいては医療職種団体や各種専門学会、法律家を横断する国レベルのネットワークは、患者にとって偏りの無い医療が提供されるということである。

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。センターの使命は「研究、教育と実務者への支援を通して保健医療における高い倫理的標準を推進する “Promoting high ethical standards in healthcare through research, education and support for practitioners.”」ものである。ネットワークは英国全土の NHS やプライマリヘルスケア団体や一般医（GP）、学生も対象としており個人でもアクセスが可能である。ネットワーク活動は国内のみにとどまらず、インターネットを介して海外にも広がっており、医療という生命を扱う普遍的課題について様々な文化・社会的視点からの意見も参考にするというスタンスである（第 3 章 2-1、2-2 参照）。

英国においても、調査によれば以前は英国でも倫理委員会は 10% 程度しか存在しなかったが、2000 年に行った大規模アンケート調査では、現場では臨床における倫理的サポートを必要とする声が強く、現在は Ethox Centre（Oxford）もしくは出張先でセミナー（1-2 日）を開催したり、臨床現場での倫理的相談への依頼に回答する活動を行っており、事例を用いて医療・倫理・法律についての症例検討を行っている。

スコットランド、グラスゴー大学のマックリーン法学教授は現在、倫理委員会に対してどのようなマネジメントが必要か、倫理監査（ethical audit）の原則 principles について調査している。具体的には医療従事者その他に対し、倫理的（ethical）、法的（legal）、倫理・法的（ethico-legal）質問を行い、それぞれの違いが理解できているかどうか、についてである。この結果から、今後どのようなことが必要かを検討すべきとしている。現在スコットランドにおいては 2 つ、イングランド&ウェールズでは 15-16 のアクティブな倫理委員会が存在しており、スコットランドの例では 12 人ほどからなるメンバ

一で約半分は保健医療従事者、その他、法律 (law)、哲学 (philosophy) の専門家や一般の人から成り立っており、事実に基づいた症例を検討している。ケースによっては事後に (retrospective) 検討を加えている。会議を医療従事者以外にオープンにしている (医療従事者外のメンバーあり) ことに対する抵抗はさほど無いようで、例えば現在進行中のケースに対しても倫理的・法的にどのような問題があるかということ委員会では討議しており、その際には秘密保持 (Confidentiality) には非常に注意を払っている。実際の彼らの活動には医療上の倫理・法的課題 (Medico-Legal Issues) に関するパンフレット作成等もあり、これまでの調査結果に基づいたパンフレットを病棟で持ち歩き、必要なときに医療従事者が参考にできるようにしている。

① 遷延性植物状態 (PVS) 患者への対応に関して (スコットランド)

イングランド&ウェールズと異なり、スコットランドでは、1996年に自殺企図のあった患者に対する判決で治療の中止が許されるとされた。この件では、Senior Prosecutor (上級検事) が、今後はこのような症例は裁判所に持ち込む必要はなく、また医師を訴追することもないと表明したことにより、その後こういったケースが裁判所に持ち込まれることが無いとしている。イングランドでは、Tony Bland 事件以降、PVS 患者の治療中止に関しては全て裁判所に届けることとされているが、裁判に伴う費用やその他の手続きの煩雑さから、スコットランドではそのような手続きを踏む必要性を感じていないようである。

注) イングランド&ウェールズとスコットランドの法的取り扱いの違いについて

顕著な例で言えば、イングランドではサリドマイド服用による副作用について、たとえ副作用と思われる症状が起こっても、慣例法により過去の判例がなければ立件までの手続きが難航する。スコットランドはもともとオランダの法律学が源となっており、法的対応事情が異なっている。従って、上記のような医療上で何らかの症状が起こった際の立件も早く、判決も妥当なものであるとしている。スコットランドでは英国の中にありながら、イングランドとは別の対応が取られている (マックリー教授談)。

② 無益性 (Futility) の判断

治療に関する無益性 (Futility) の判断については、ヘルスケアチームの全員で行っており、上級医師 (senior clinician) が全責任を負う。Nigel Cocks の判例により栄養、水分 (Nutrition, dehydration) に関して人権保護 (Human Rights Protection) の立場から判決がなされており、中止することの是非は難しいとされる。

③ 代理判断（代理意思決定）について

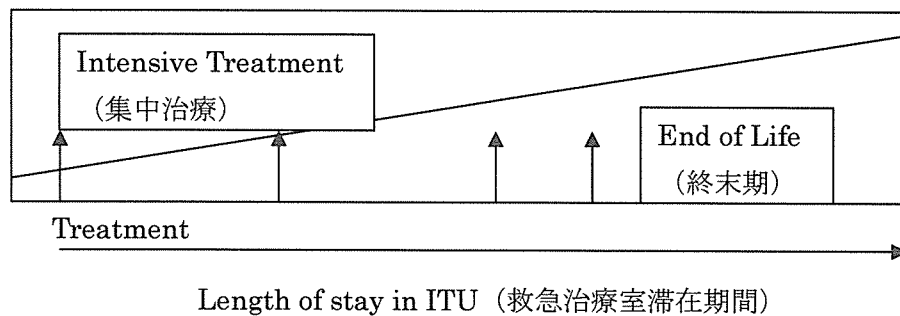
スコットランドには既に Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000（判断障害を持つ成人法 2000）の規定を持ち、実際に運用しているため、前述（第 1 章）の Mental Capacity Act 2005（判断障害法 2005）は適応されない。病院には既に既存のシートが常備されており、代理意思決定に現場が対応できる状況にある。

スコットランドでは、カトリックの影響を強く受けており、事前指示（advance directive）や成人の判断障害（incapacity of adult）に関する記載にそれが現れているとされる。どちらかというところ、「患者の最善の利益(patients')best interest」ではなく、「(患者の最善の) 恩恵 benefit」という発想である（マックリー教授談）。治療に関する代理人（Health Care Proxy）には詳細な順位付けがある。

④ 代理判断（代理意思決定）の臨床実務について

救急現場では本人の意識が無い場合が多く、そのため代理意思決定について Incapacity (Scotland) Act 2000 に基づいた書式が病棟に準備されており、医師が記入を義務付けられている。（Dr. John Kinsella : Senior Lecturer in Anaesthesia & Intensive Care University Department of Anaesthesia, University of Glasgow より情報提供）

中止を決定する具体的治療：全ての治療は効果的か（effective）どうかで継続を決定する。説明の内容の割合は下記の割合である。（中止を決定する治療については第 1 章）



**< CERTIFICATE OF INCAPACITY UNDER SECTION 47 OF THE
ADULTS WITH INCAPACITY (SCOTLAND) ACT 2000 >**

(スコットランド・判断障害法 2000 第 47 項に基づく証明書)

I (私) _____ (name : 氏名)
Of _____ (address : 住所)

Being the medical practitioner primarily responsible for the medical treatment of
(主として治療に関して責任のある者は)

_____ (name : 氏名)
Of _____ (address : 住所)
_____ (date of birth : 生年月日)

For whom the guardian/welfare attorney/person appointed by intervention order/nearest
relative/ care is (介入により福祉保護代理人として指名された者) _____

Have today examined the patient named above. I am of the opinion that he/she is incapable
in terms of the Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000 ("the Act") because of
(nature of incapacity) In relation to a decision about the following medical treatment
(本日上記の患者を診察した。私はこの患者がスコットランド判断障害法 2000 に
おいて判断障害を持つと認め、以下の治療における決定を行う) _____

This incapacity is likely to continue for _____ months. (この判断障害は _____ ヶ月続くと
予想される) (注*)

I therefore consider it appropriate for medical treatment to be authorized by this certificate
until _____ / _____ / _____ (a date not more than one year later than
the date of examination on which this certificate is based) or until such earlier date as this
certificate is revoked. (従って私はこの証明により _____ [期日: この証明より 1 年間
を越えない期間]まで治療の権限が委譲されることが適切と考える。)

In assessing the capacity of the patient I have observed the principles set out in section 1 of
the Act. (本患者を判断障害と評価するに際しては、法第 1 項の原則に準じた)

Signed (サイン) _____ Date (日時) _____ / _____ / _____

(注*) 病棟では通常 1 (ヶ月) と記入し、延長した際は書き直すとのこと

第3章－2

オックスフォード大学エトックスセンター (Oxford University Ethox Centre)

1. 臨床ネットワークセンター 2007 総説

オックスフォード大学 臨床倫理学 Tony Hope 教授

2. 臨床倫理ネットワークについて

オックスフォード大学 ディレクター (医師) Dr. Anne Slowther

(概 要)

オックスフォード大学では 1990 年に医学生に対する医療倫理と法律、コミュニケーションスキル教育に関する 5 年間プロジェクトが開始され、1995 年には医学部に医療倫理の講座が開設した。現在は精神科医専門医 (コンサルタント) トニーホープ教授のもと Oxford 大学公衆衛生・プライマリケア講座 (Department of Public Health and Primary Care) にセンターを置き (Ethox Centre) 教育・研究活動が行われている。

Ethox Centre の主な活動は①教育と研修、②研究、③臨床倫理コンサルテーションである。

英国臨床倫理ネットワーク (UK Clinical Ethics Network) は 2001 年に開始され、現在 70 の NHS (National Health Services) 急性期トラスト (Acute Trusts) 倫理委員会、10 の精神保健トラスト臨床倫理委員会 (CECs : Clinical Ethics Committees)、2 つのプライマリケアトラスト CECs に拡大されている。

ネットワークの役割は、現在創設段階もしくは既に設置されている臨床倫理グループへの支援とアドバイスを行うこと、臨床倫理グループによるトレーニングを行うこと、有効なデータベースを作り情報提供すること、さらには国際的なネットワークを拡げることなどである。Ethox Centre ではホームページを開設し、一般にもアクセス可能な情報と教材を提供しており、ネットワーク推進の重要な位置づけとしている。

Dr. Tony Hope
Professor of Medical Ethics
Honorary Consultant Psychiatrist

The Ethox Centre, University of Oxford

Introduction and Aims

Ethox is an academic centre within the University of Oxford, Departments of Public Health and Primary Care. It is based within the Division of Medical Science – one of the four major Divisions within the University of Oxford.

There are currently 15 staff members including two administrative staff . The Founding Director was Professor Tony Hope. The current Director is Professor Michael Parker.

Ethox aims to **improve patient care** through:

- Enhancing the ethical and communication skills of health professionals; and,
- Developing effective ways in which organisations involved in the delivery of health care can promote high ethical standards.

For this reason the focus of research and other activities at Ethox is on the ethical and communication issues that are important (or are likely to become important) in clinical practice and health care delivery.

There is close collaboration in all the activities at Ethox, between ethics and communication skills. The research at Ethox is multi-disciplinary. In particular it combines empirical research methods (both qualitative and quantitative) with ethical analysis, making use particularly of social science methodology, working with experienced colleagues within the IHS and other parts of the University.

Ethox Activities

- **Education and training:** The development and delivery of undergraduate, postgraduate and professional education and training with the object of equipping future and current practising health professionals to care for the whole patient.
- **Research:** The pursuit of research into a range of key ethical and communication issues that affect or are likely to affect the practice of medicine. The five main areas of research are the ethical and communication issues around: clinical ethics support; resource allocation; psychiatry; the medical consultation; and genetics.
- **Clinical Ethics Consultation:** Work with both the purchasers and providers of health care in establishing clinical ethics consultation services including clinical ethics committees. Examples of purchasers of health care are health authorities and commissioning groups in primary care. Examples of providers of health care are health centres, hospitals and nursing homes.

Funding

Ethox receives its funding from a variety of sources including the University of Oxford and the Ethox Foundation (see below). The centre also receives funding from major foundations such as the Nuffield Trust, The Wellcome Trust, the British Council, and the NHS Research and Development programme.

History

In 1990 the Leverhulme Trust funded a five-year project within the University of Oxford to develop a course in medical ethics, law and communication skills for clinical medical students. This project was known as the Oxford Practice Skills Project. The course materials were made generally available.

In 1995 the University of Oxford created a senior post in medical ethics in the medical school in order to develop and deliver the course. Tony Hope was appointed to this post. A generous donation by the Martin Wills Trust enabled the setting up of the Ethox Foundation – an independent charity outside the University chaired by Mrs Caroline Miles. The Foundation made generous donations to the University which enabled the setting up of the Ethox Centre. Tony Hope became the founding Director of the Centre and was created the University's first Professor of Medical Ethics in 2000. In 2005 Michael Parker, Professor of Bioethics, took over

as Director of Ethox. Tony Hope remains part of the Ethox team although he has returned to some clinical work in his area of psychiatry.

Dr Anne Slowther working in Ethox set up, in collaboration with Tony Hope, the UK Network of Clinical Ethics Committees, and now runs the support project to this Network.

Contact Information

Ethox,
Institute of Health Sciences
University of Oxford
Old Road
Oxford
OX3 7LF

Tel: 01865 287887

Fax: 01865 287884

Email: admin@ethox.ox.ac.uk

Web Site: <http://www.ethox.org.uk>

The Ethox Foundation

The Ethox Foundation is a Registered Charity. Its objectives are to improve the quality of health care for the public benefit, including, in particular, through enhancing the ethical and communication skills of the medical, nursing and allied professions, through developing effective ways for organisations concerned with the procurement and delivery of health care to promote high ethical standards, and through promoting an understanding and appreciation of the ethical concerns of the general public among all those involved in the provision of health care. The Ethox Foundation supports the work of the Ethox Centre in various ways.