

200732001A

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

終末期医療の質の向上に関する研究

平成 19 年度 総括研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成 20(2008)年 3 月

目 次

研究報告書

| | | |
|---|--------------------|-----|
| 第1章 終末期医療の論点と今後の課題について | 林謙治 | 1 |
| 第2章 終末期患者とどう向き合うか？ | | |
| (平成19年度医療安全・医療技術評価総合研究推進事業：シンポジウム) | | 15 |
| 1. 救急医療における終末期～臨床現場からの経験～ | 佐藤章 | 16 |
| 2. がん緩和ケア最前線～がんの苦痛「ゼロ」を目指して～ | 向山雄人 | 22 |
| 3. 週末期患者の在宅ホスピス・緩和ケア | 川越 厚 | 26 |
| 4. 英国における終末期の意思決定について | Sheila A M McLean | 33 |
| 5. 自分の希望を伝えるには－医療での意思決定のために | 岡本左和子 | 38 |
| 6. 終末期患者の意思決定を支えるための課題 | 児玉知子 | 47 |
| 第3章 終末期医療の意思決定に関する現状の課題 | | |
| 1. 患者－医師の関係“doctor patient relationship” | 尾藤誠司 | 53 |
| 2. 都立病院末期医療のあり方及び緩和ケアユニット構想について | 向山雄人 | 61 |
| 3. 治療同意判断能力に障害のある場合の医療行為の同意手続きについて | 北村俊則 | 69 |
| 第4章 医療行為における患者の判断能力について | 児玉知子、林謙治 | 81 |
| 第5章 終末期医療に関するガイドライン(研究班試案)の大規模調査 | 児玉知子、林謙治 | 91 |
| 第6章 英国における終末期医療の意思決定 | | |
| End of Life Decision-Making in the United Kingdom | Sheila A.M. McLean | 115 |

第 1 章

第1章

『終末期医療の論点と今後の課題について』

国立保健医療科学院 林謙治

終末期の延命中止の可否が議論になった最初のきっかけは、それを望む人々がおり、医療関係者の間でも倫理的に肯定している向きがある一方、それに対する異論も聞かれた。さらに延命中止は一般的に違法行為とみなされているという指摘があった。本研究を開始した平成17年当時、終末期医療に関する議論は上記に述べたような法的・倫理的問題を中心としていたが、個別的には特に延命処置の中止が容認されるならばどのような条件のもとで可能なのか、そしてそのための手続きをいかにガイドライン化するかあるいは法制化できるかの2点に焦点があてられていた。

かねてより終末期に係わる医療処置の妥当性がしばしば問われ、医療紛争に発展したケースもある。これらについて司法なりの解釈は行われてきたところであるが、近年、脳死など死をめぐる概念が単純でなくなったことも影響して、延命処置の中止は果たして法的に殺人、殺人幫助、安楽死、尊厳死のいずれの категория にあてはまるのかという議論が浮上してきた。その場合、各 category の定義と条件をどのように再設定すべきかについて、法律関係者はじめ医療従事者、倫理学者、そして行政、マスメディア、市民団体等各界の人々からさまざまな意見が提示されるようになった。

本研究班においては国内外の事情を調査し、各界の関係者との意見交換を通して、問題点の洗い出しに努めた。また、全国の病院・診療所を対象として、がん患者の延命処置中止に関する大規模調査を実施し、意見集約を行った。その結果明らかになったことは①安楽死と尊厳死の議論がなお混在していること②終末期医療の問題と一般医療の問題点が区別されずに議論されていること③医療内容そのものに関する検討が不足していること、以上の3点について整理する必要があるとの結論にいたった。こうした観点を踏まえて、まず最初に現在の議論に大きな影響を及ぼした裁判について簡単にふり返り、司法のスタンスを明らかにしたい。次に医療・医学的な見地からとらえた終末期について整理する。最後に今後取り組むべき課題を提示したい。

1. 判例にみる司法の取り組みと解釈

戦後、最初に行われた安楽死裁判（昭和25年、東京地裁）は、病苦を訴えた母親に息子が青酸カリを飲ませた事件を裁いたものである。検察側は安楽死を容認できる場合であっても病人がきわめて重症もしくは死期が迫っていること、そして行為は医師によ

ってなされることが必要という要件を提示している。それに対して弁護側が扶養義務のある者によって行われる安楽死は医師と同等な「正当な業務行為（刑法 35 条）」であるとみなすことができ、そして耐え難い苦痛を避けるのは「緊急避難行為（刑法 37 条）」に当たるとしたが敗訴した。本裁判はその後の法的議論の土台となっている。「正当な業務行為」、「緊急避難行為」の具体的な条件は昭和 37 年、名古屋高裁によって明示された。

昭和 37 年、名古屋高裁において病苦を抱えた父親に農薬入り牛乳を飲ませた事件が裁かれた。判決文のなかで安楽死が容認されるためには次の 6 要件が必要であるとした。6 要件とは①不治の病であり、死が迫っていること②病者の苦痛が甚だしい③病者の死苦の緩和が目的であること④病者が明確に意思表示をできること⑤医師により措置がなされること⑥方法が倫理的であり、妥当であることの 6 つである。内容から推察できるように、先の昭和 25 年の東京地裁における安楽死裁判の検察側と弁護側双方の論理の統合を図ったものである。言うまでもなく、「緊急避難行為」の条件として①～④が対応している。そして「正当な業務行為」の条件として⑤～⑥が対応している。以上から、一般人による生命短縮行為は、いかなる事情があっても安楽死として容認される余地はないと解釈されることになった。これ以後、一般人である家族が殺人罪に問われることがあっても、安楽死の行為者として裁判の被告人となることはなくなった。そして、医師が行った医療行為が安楽死として容認できるかどうかをめぐって争われるようになった。医師が被告人として登場してきた背景には、実態として自宅よりも病院における死亡が急速に増えたという医療体制の変化にも注目する必要がある。

平成 7 年の横浜地裁で行われた安楽死裁判は現在にいたっても大きな影響を与えている。判決文のなかで①生命短縮措置を図り、直接死に至らしめることを「積極的安楽死」と定義し、②苦痛緩和措置により結果的に死期を早めることを「間接的安楽死」とした。そして③治療の不作为により死に至らしめた場合を「消極的安楽死」としつつも、外見的に同様にみえるが自然に死亡することを不可避と予想して治療行為を中止し、死に至った場合を「尊厳死」としている。

「積極的安楽死」については次の 4 つの条件を満たされなければならないとした。すなわち、①肉体的に耐え難い苦痛があること②死期が迫っていること③苦痛を和らげるための他の方法がない④患者に明らかな意思表示があることの 4 条件である。名古屋高裁の 6 要件と比べると①～④は内容的には同じであり、⑤と⑥が外された形になっている。先に示したように、⑤は医師により措置がなされること、⑥は方法が倫理的であり、妥当であることとなっている。この時点では⑤と⑥はもはや安楽死の容認条件として掲げるまでもないと考えられたのであろう。

横浜地裁の判決文では「積極的安楽死」の条件の提示と共に「尊厳死」の許容条件を示している。それは①治療不可能であり、死が避けられない末期状態であること、②治療中止時に患者の意思表示が存在することが望ましい（間接的に推定できるも可とす

る)、③自然死を迎えるに当たって、すべての治療行為が対象になるとした。ここでは自然死を望む患者に対して意思表示が存在すれば、すべての治療を中止することが是認されている。

「消極的安楽死」と「尊厳死」は外見上同様にみえるので、その違いは結局動機の有無で区別するしかないので実際の判別が容易ではないと思われる。「積極的安楽死」と「尊厳死」の違いは苦痛の存在とそれに対する対処に言及しているかどうかである。近年緩和医療の発達により苦痛の対処がかなり可能になった。これに伴い「積極的安楽死」と「尊厳死」の違いを積極的に区別する意味も薄れてきたと言えよう。以上の経緯から最近では安楽死の議論は遠ざかり、尊厳死への対応が前面に出てきた。

平成7年の横浜判決の後、いくつかの安楽死・尊厳死をめぐる裁判があった。そのなかで塩化カリウムの投入があった事件では二審判決においても有罪であった。人工呼吸器の取り外しのあった事例では死との直接的な因果関係が認められなかったとして、現在係争中のものを除きおおかた不起訴あるいは起訴保留となっている。つまり人為的な生命短縮と判断できないという理解である。確かに死がほとんど迫っている時点で、本来治療になお反応する患者にとって有益な治療であっても、その医療行為の中断が果たして死を早めるか、裁判官ばかりでなく医師にとっても客観的に判断することは難しいケースが少なくない。某裁判において裁判官はなんらかのガイドラインもしくは法制化の必要性を示唆している。このことは司法の立場からすれば、現行法や判例から妥当な結論を導くことが難しい事例や問題点が存在することを意味している。

2. 医療・医学的な立場からみる終末期の倫理問題

1) 終末期の定義について

人が死を迎える直前を終末期とするならば、そこにいたる前段階が必ずあるはずである。慢性疾患では疾病の状態が一定期間続いた後に死にいたるので、終末期への対応はその前段階と切り離して考えるのは常識的にみても適当ではない。また、がんやALSのように同じ慢性疾患であっても基礎疾患が何かによって死にいたる経過が異なる。一方、急性疾患や事故・事件に遭遇した場合、その前段階がきわめて短時間である。すなわち、疾病の種類や発生の状況によって医療の対応ばかりでなく、本人や家族の受け止め方が異なるので延命治療・中止など倫理的に敏感な面について一義的に決定することは適切と思われない。

終末期の時間的定義についてしばしば問題とされることがある。確かに一定の基準のもとに余命に幅をもたせて予測することは可能である。しかしながらこうしたアプローチはあくまで統計確率論的な予測であり、治療上の参考になるものの、個々のケースに当てはめた場合倫理的問題が生じることがある。したがって終末期を定義するとすれば、それは疾病が悪化し続け、その結果「死が迫った病態」にあるというほかない。こ

の点横浜地裁の尊厳死の条件の1つとして掲げられた「治療不可能であり、死が避けられない末期状態」という終末期の定義は適切である。終末期が時間的定義でなく特定の病態に対するものであるならば、その対応はもっぱら医療の判断でなければならない。そういう意味では終末期医療の本質は司法的な思考ではなく、本来治療方針の決定に伴う配慮が中心であると考えべきである。こうした認識は医療の役割を再確認するうえで大切な作業であると考えている。

2) 終末期医療の対応は医療の一般原則と異なるのか

人間には自然治癒の能力があり、これに勝る医療はない。医療は自然治癒を助けるための手段であるという理解が必要である。医療は外部からの介入であり、常に100%患者に利益をもたらすことはない。時には障害をもたらすこともある。したがって、医療ではある程度の害を予想しつつも、得られる利益が害を超えると判断される時に行われるという前提に立っている。そしていかなる治療であれ、患者に治療の利益と害が説明され、同意を得る必要があるのは言うまでもない。このことは治療を受けるかどうか、どのような治療を受けたいかの選択権が基本的に患者側にあるということを意味している。世界医師会におけるリスボン宣言にもこの精神がうたわれており、一般的に受け入れられている原理である。

上記の原理を敷衍すれば、治療が明らかに有益な場合であっても、患者はなんらかの理由によりそれを拒否する権利を有することになる。実際、宗教的理由などで治療を拒否するケースがある。それでは患者の治療選択権はいかなる場合でも受け入れられるべきなのか。受け入れなければならないとすれば、医師は自らの倫理観に反しても治療に当たるべきなのか。このような場面に遭遇したとき、最善を尽くそうとする医師はジレンマに陥る。イギリスではジレンマに陥った医師が裁判所に申し立てる仕組みがある。日本では治療拒否に関連する判例（輸血裁判）はあるものの、日常的手続きとして確立されていない。

終末期においても治療の一般原則は基本的に変わらない。大きな違いは終末期では治療の利益と害の分岐点が必ず訪れることである。回復機能を温存している患者に利益をもたらす治療であっても、終末期に近づけば近づくほど利益が減少し、逆に害が相対的に増加する。臨終間近ではすべての治療は患者の負担になるといってよい。この点についての誤解は医療関係者以外にしばしばみうけられる。例えば、最後の瞬間まで水分補給を続けるべきといったような主張である。心肺機能が弱り切った状態での水分補給は死期を早めるだけである。すでに心不全に陥っている患者に昇圧剤を与えるのも同じである。すなわち、終末期のある時点で医療の臨界点が到来し、患者にどのような治療を行うべきか、あるいは中止すべきか、医療チームが責任を負うべき高度の医学的判断である。仮に害もしくは不必要な過剰医療であることを認識しながらそれを継続するのは、かえって医療の暴力と言わざるを得ない。患者の治療に対する拒否はこうした場合

に意味があり、権利として保障されなければならない。

終末期に向かう過程で生命を短縮する行為は法的に問題があるというのが司法のスタンスである。一方、治療に方針を持たずに漫然と治療を継続することは非倫理的であり、時にはかえって死を早めることが知られている。要するに終末期医療の本質は患者の状態を観察しつつ、続けるべき医療と中止すべき医療を科学的な態度で判断することにある。外見的に治療を行っているから患者の最善の利益をはかっているとは必ずしも言えないのである。科学的な判断が困難な場合は医療チーム全体で何が妥当であるかを定めることになる。医療は人間の行為である。科学的な判断が困難な場合の人間行為は妥当性に関するコンセンサスによるしかない。もちろん判断の妥当性について患者の家族に説明する義務があり、同意を得ることが必要である。

妥当性の判断についてはグラスゴー大学の集中治療室における対応を例に挙げたい。例えば血圧の急激な降下に対して昇圧剤を複数回投与後効果が得られなければ中止する。また、医療チームのなかで1人でも違う意見が出れば判断を保留するなどで妥当性を確保する努力をしている。従って「延命中止・差し控え」の最終判断は医療チーム全体で行うが、全員一致をみない場合はそのまま治療を継続する。そして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ことになっている。家族との意見交換には細心の注意を払っている。終末期に向けた家族との意見交換は、患者の病状が重篤に陥ったらなるべく早いうちに行うことが大切であると強調している。それは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作業である。疾病の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事態を認識している場合がほとんどであると言う。家族との意見の不一致はまれとのことであった。

3. 終末期ガイドラインをめぐって

現在、日本の法律では直接死をもたらす安楽死は認められていない。昭和37年の名古屋高裁、平成7年の横浜地裁において安楽死の条件が示された後も安楽死が認められた判例がない。近年われわれが議論の対象としているのは尊厳死（自然死）についてである。自然死に向かう過程でどの時点まで医療を行うべきかが問われている。前節で述べたように、終末期の医療行為は患者の病態を科学的に検討しながら、妥当性を本人・家族と確認して進めなければならないことは言うまでもない。「延命差し控え・中止」の倫理性がしばしば問われるが、治療の限界を見極めたうえでの「延命差し控え・中止」はすでにかん患者を対象としたホスピス（在宅を含む）でかなり日常的に行われていると言ってもさしつかえなからう。一般にホスピスでは患者側と医療側双方とも治療よりもケアが中心であるというコンセンサスができているため、紛争に発展することは稀で

ある。問題とされるケースの大半は病院で発生している。もっとも今日病院で死を迎える人が圧倒的に多いことを考慮しなければならない。

近年、終末期患者から人工呼吸器を取り外したことで注目を浴びたケースがいくつかある。北海道と和歌山のケースは医師もしくは病院側が自ら警察に通報したことで知られるようになったが、医師と患者間の紛争に起因していると報道されていない。富山のケースは病院内の医療判断のあり方が問われたことが前面に出ており、医師と患者関係が必ずしも明らかになっていない。一連のできごとがマスメディアに大きく取り上げられ、社会的に活発論議を呼んだこともあって終末期医療に関するガイドラインや見解・声明文が各界から発表された。行政のガイドラインをはじめ幾つかのものは終末期患者およびその家族に対する倫理的配慮と手続きのあり方について述べており、「延命差し控え・中止」については特に慎重であるべきと結んでいる。

各ガイドラインの内容をみると数年前の議論に比べ大いに深化しているとの印象を受ける。しかしながら、「延命差し控え・中止」に対して懸念を表す意見が現在でもしばしば聞かれる。主なものを挙げると、例えば「日本人の文化になじまない」、「臓器移植につながる」、「人権を侵害する恐れがある」、「医療費の削減に関連する」等々である。文化の問題は重いが具体的課題に関する取り組みの議論が難しい。臓器移植については医療側の延命中止の誘導および脳死判定の前倒しへの懸念が取り上げられている。人権と医療費の問題は終末期医療の対応そのものに対してというよりも、むしろ医療のあり方、医療体制全体にかかわる問題提起ととらえるべきであろう。

4. 今後の課題

今までの終末期医療に関する議論をふりかえてみると、各種ガイドラインや見解・声明およびそれらに対する賛否の意見からわかるように、終末期の固有の問題と医療全般に係わる問題とが混在している。そのため将来の方向性を見いだすことが困難であった。研究班では論点を整理し、今後取り組むべき課題について述べたい。

1) 終末期医療に関する個別的課題への対応

終末期医療に関する個別的整備について以下3点を挙げたい。まず第1に緩和医療の教育と普及をはかることが必要である。先進国のなかで日本はこの分野でかなり立ち後れていることを指摘したい。専門家が乏しいため医療現場での普及が遅々として進まず、医学教育のなかでも取り上げられることが少ない。身体的な苦痛が緩和されるならば、安楽死の許容条件自体理論的根拠を失う。モルヒネの多用が死を早める科学的証拠がないことも近年明らかになってきた。疼痛に苦しむ患者のうち、対応が難しいとされる5%の患者については、患者・家族の同意が得られるなら意識の消失を伴う鎮静(Sedation)による方法もある。ただし意識を消失させること自体への倫理的配慮が必要

である。つまり技術論的に言うならば安楽死自体はもはや過去の議論である。それが引き続き議論されるのは緩和医療の普及の遅れによるほかならない。したがってこれからの課題は尊厳死をどう取り扱うかという倫理的問題に絞られる。

第2に死の定義と治療の限界に関するコンセンサスが重要である。現在臓器移植が認められた場合に限り、脳死が人の死とすることができる。ひるがえって、臓器移植が行われる予定がない患者が脳死に陥った場合、医師に治療を継続する義務があるか、治療の限界とみなしてよいか、という問題が生じる。もし治療義務がないとすれば、この時点での人工呼吸器の取り外しをはじめ「延命中止・差し控え」は争点にならないはずである。最近このようなケースがいくつか報道され、人工呼吸器の取り外しと死亡に因果関係が認められないとして不起訴になった。とは言え、人間は理性で理解していても感情では受け入れがたいことがあることは確かである。とかく理性で割り切ろうとするアメリカでさえ患者が脳死に陥ったとき、家族が医療費の自己負担を承知するなら最後の瞬間まで呼吸器の装着は行われている。もし脳死以降に治療義務がないとすれば、「延命中止・差し控え」の問題は脳死以前に絞られてくる。

第3にわれわれは終末期のケア体制に関する整備が求められている時代に入ったことを意識せねばならない。半世紀前まで家庭で死を迎えるひとが8割であった。健康保険制度の整備は言うに及ばず、医療施設の数も少ない当時であっては大多数のひとが家庭で死を迎えるのはむしろ当然であった。しかしながら、そのような状況でありながらも患者にとってすべてマイナス面であったわけではない。確かに治療面では不十分な点があったことは否めないが、ケアの面とりわけ精神的・心理的なケアは当時の家族間の緊密関係からみてもそれなりに評価すべきところがあったと考えてもよかろう。時代が進むにつれ、医療が高度化するにしたがい、治療の場が家庭から病院等の医療施設に移行し分化していった。近代医療では病院は高度の治療の場であると位置づけられている。技術的な面、スタッフの配置、施設の基準、運営体制等に基準が設けられ、効率的・効果的治療が期待されている。

現代は慢性疾患の時代と言われている。一方、病院は急性疾患もしくは疾病の急変時に対応する性格を次第に強く持つようになった。このこと自体疾病の管理を治療(Cure)と療養(Care)に分化させることを意味する。慢性疾患を抱える多くの患者は終末期に向かうにつれ、治療よりもむしろケアの比重が増大する。病院はこうしたケースに対応するのに必ずしも適切な機能を備えているわけではない。そのようなケースはホスピスやその他のケア施設、あるいは在宅ホスピスの形態のほうがより適切なケアを受けられると期待されている。いくつかの調査でも死を迎える場として家人に囲まれた自宅を希望する人が多い。しかしながら、現実には終末期の在宅ケアを実行するには技術的な問題のみならず、家族の協力、病診連携、介護施設との連携、訪問看護ステーションとの役割分担、役所との連絡調整など体制的な整備が出遅れている。全国的にみてホスピスの数も少なく、受け入れられる患者は限られている。医療施設外のケア機能が成熟するま

でに時間が必要であり、社会全体の努力が望まれるところである。施設ホスピスや在宅ホスピスで「延命差し控え・中止」をめぐる紛争が顕在化することはほとんどないようである。終末期医療の大きな問題は治療の内容というより、心理的・精神的・社会的ケアの手薄さにあるというべきであろう。

2) 終末期医療と関連する医療全般の課題 — インフォームド・コンセント

最近、提案されている終末期関連のガイドラインの多くは、治療方針（延命治療を含む）に対する家族への説明と同意のあり方およびその手続きが中心になっている。これらの内容はまさにインフォームド・コンセントそのものを指している。医療法のなかにインフォームド・コンセントは医師の努力義務と規定されているが、内容について触れられていない。一般的にインフォームド・コンセントは①医師からの情報開示②提示された治療を自発的に選択ができる環境③判断ができる能力、の3つの条件として提示されている。ところで、終末期はそれ以前の状態の延長線にあることを意識したとき、インフォームド・コンセントは終末期に入ってからではなく、病態の変化に合わせて必要の度に行われなければならないのは言うまでもない。逆説的な言い方をすれば、日常医療でインフォームド・コンセントが一層徹底し、さらに普及すれば終末期への対応はより円滑に運ぶことが期待される。その最初の条件である情報開示のあり方について述べてみたい。

(1) 情報の開示の普及と徹底

近年、医療紛争などに端を発し、情報開示の一環としてカルテの開示が促進されてきた。しかしながら、カルテ開示はむしろ事後開示の性格が強く、インフォームド・コンセントでは情報の事前開示が重要である。この時の説明と事前同意は単に書面上のやり取りに止まらず、患者および家族が納得していることが確認されなければならない。元来、医療側と患者・家族の間では持っている専門知識に大きな差があるために、いわゆる情報の非対称性と言われているように、患者・家族の十分な理解をうるために医療側の相当な努力が必要である。実際のところ、良好なコミュニケーションを保つには単に専門知識の提供のみならず、患者・家族の理解への配慮・工夫が求められる。また、家庭の事情や社会的事情も斟酌しなければならない。

欧米でもよく議論されるように、インフォームド・コンセントの要件を満たすために、誰が、なにを、どれだけ詳しく説明すればよいかということを検討する必要がある。その基準を設定するためにさまざまな工夫がなされてきたが、どうしても専門家を中心とする基準か患者を中心とする基準かのどちらかに傾きやすい。双方とも利点、欠点があり、当事者間の満足が得にくい場合がある。それを克服するために編み出された方法のひとつは、患者・家族の理解を助けることを目的としたチーム医療である。もうひとつは相談員・Patient Advocate（患者代理人）制度である。前者は最近日本でもよく紹

介されているので後者について若干詳細に述べたい。

Patient Advocate はもともとアメリカにおいて福祉・精神医療の分野から発生し、現在ではJCAHO（医療施設認定機構）の認定条件の1つとなっている。日本でも2003年4月に厚労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いるが、どれだけ機能しているか不明である。アメリカでの Patient Advocate に期待される役割は①インフォームド・コンセントの場で、患者の理解度を確かめつつ精神的にも支えること②患者が自分で決断できるように、適切な情報を提示すること③患者の苦情や不満を吸い上げ、医師・病院等に伝え、時には病院を変えるなど、大きな権限を持たされている。このような制度のもとに医師・患者間のコミュニケーションを埋めるよう努力しているのは医療紛争が頻繁なアメリカが現実から学んだ教訓であろう。今後のわが国の医療側と患者・家族のコミュニケーションの疎通を考えるに貴重なモデルと思われる。

(2) 治療を自発的に選択ができる環境の整備

日本では治療を自発的に選択ができる環境について言及されることがほとんどない。自発的に選択では①なにが不当な強制であるのか②なにが不当な強制でないのか、の2点についてまず問われなければならない。前者については、例えば医師が提案した治療に賛成しない患者に対して治療をやめると脅迫することなどの言動がこれに該当する。一方、患者が治療を拒否した場合、医師の治療がそのために無益に終わる可能性があるという問題が残る。後で述べるが、イギリスでは医師が自分の良心に反すると考えた場合、裁判所に申し立てることができる。次に、なにが不当な強制でないのか、ということについても整理しておかなければならない。アメリカの例をひくと、配偶者が患者に手術を受けなければ別れるとって治療同意を求める場合である。これは家人が関係を続ける条件として要求する権利であると解釈される。患者が持ち込んだ個人背景について医療機関は関与できないとみなされる。いずれにしても治療から手を引くためのガイドラインをわが国でも作成する必要があるだろう。

(3) 判断能力の障害はどう保護するか

医療のみならず社会のさまざまな場面で判断能力の判定はすでに大きな問題として顕在化しているにもかかわらず、社会的にも学術的にも検討がなおざりにされてきた印象がある。高齢社会を迎えて認知症患者が増加するなかで、治療方針の同意と決定に判断能力の判定は避けて通れない問題である。すでに以前から精神疾患の保護・措置との関連でも問題が顕在化している。医療以外においては例えば、成年後見制の適用や裁判における心神喪失・耗弱の判定など現実の問題として存在している。終末期に向かって病態が悪化する過程で、患者の判断能力に問題が生じることが少なくない。終末期医療における「延命中止・差し控え」を議論するうえで判断力の問題はやはり避けて通れな

いのである。

先進諸国でも同様の状況があり、欧米のいくつかの国では医療代理権・代理人制度を確立し、法的制度を発足させている。仕組みのうえでは日本の成年後見制と類似している。判断能力があるうちは任意後見、失ったあとは法定後見を適用できる。日本の場合は財産管理および介護について後見制が適用されるが、医療については認められないと解釈されている。

イギリスの医療代理権は 2005 年に施行された判断障害保護法とも言うべき **Mental Capacity Act** という法律のなかで規定されている。この法律で代理権確立の前提として、判断能力と人権保護の観点から 5 つの基本原則を示している。第 1 に判断能力の推定に触れて、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こと。第 2 に自ら意思決定ができないと証明されるまで、当人が自ら意思決定するための援助を受ける権利があること。第 3 に個人は常軌をはずれた、もしくは賢明でないとみなされうる意思決定を行う権利を保留すること。第 4 に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当人にとって最善の利益でなければならないこと。第 5 に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当人の基本的権利と自由をできる限り制約してはならないこと、以上の 5 つである。このなかで判断能力をどう判断するかの問題がある。これに関して判断能力とはなにかをまず明らかにしておく必要がある。そうしたうえでそれを測定する方法があるかということに言及しなければならない。欧米では多くの成書があるので割愛するが、日本のこの方面の専門家はきわめて限られており、社会的にも大きく立ち遅れていることを指摘するにとどめたい。

本人の意思決定が最大限に尊重されることを基本に、判断能力に障害があると認められたとき代理権が確立される。これを踏まえて、**Mental Capacity Act** の第九章で「治療拒否の事前指示」について記述している。日本でのインフォームド・コンセントは説明と同意が強調されているが、拒否された場合の対応についてあまり語られていない。イギリスでは治療拒否への対応が患者の人権保護の核をなしている。第八章の「治療拒否の事前指示」は内容的に 4 部から構成され、第 1 部は事前指示の定義、形式、判断能力、生命維持装置、指示の修正と撤回等について述べている。第 2 部は事前指示の妥当性の判断、適用性の有無、第 3 部は医療関係者の責任と義務、救急時の対応、医療関係者の良心的拒否、第 4 部は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について述べている。

近年日本でも「延命中止・差し控え」にちなんでリビング・ウィルに関する法制化が検討されているが、**Mental Capacity Act** の記述をみるにつけ、インフォームド・コンセントのあり方および患者の人権保護についてもっと掘り下げる必要があると思われる。

5. 結語

最近、終末期医療をめぐって法的・倫理的問題が社会的関心を集めた。とりわけ「延命治療の中止・差し控え」を意識しながら、いわゆるガイドラインの作成が試みられた。本研究班では各界の専門家および市民団体と意見交換、医療施設の取り組みの調査等を通して終末期医療の論点を整理し、その質的向上を目指すうえで今後取り組むべき課題について提示させて頂いた。終末医療の論点は終末医療固有の問題と一般医療の問題を分けることによって、それぞれ今後整備する課題が明らかになることを示した。

第 2 章

第2章

『終末期患者とどう向き合うか？』

H19年度医療安全・医療技術評価総合研究推進事業
研究成果等普及啓発事業（研究成果発表会）

日 時：2008年2月24日（日）

場 所：東京・北の丸公園 科学技術館 サイエンスホール
東京都千代田区北の丸公園2-1

司 会：林 謙治（国立保健医療科学院 次長）

発 表 者：佐藤 章（埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター長）
向山 雄人（癌研有明病院緩和ケア科 部長）
川越 厚（ホームケアクリニック川越 院長）
Sheila A M McLean（シーラ・マククリーン）
(Professor of Law and Ethics in Medicine, University of Glasgow)
岡本左和子（東京医科歯科大学大学院）
児玉 知子（国立保健医療科学院 政策科学部 計画科学室長）

1. 『救急医療における終末期～臨床現場からの経験～』

佐藤 章 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急センター長

<要旨>

終末期医療の議論は、19世紀末から始まったホスピスの思想に端緒を求めることが出来るが、その成立過程からもわかるように、癌を中心とした慢性進行性疾患における末期医療のあり方に関してのものとして発展してきており、「救急医療現場における終末期」というきわめて現代的な視点からの論議について語られてきたことは多くない。

「急性期医療」においては、①多くの場合、患者本人の意思を確認することが困難である、②患者の容態が短時間内に大きく変化する、③家族は、時間的余裕がないままに重大な判断を迫られることが多いなど、これまでの終末期議論で基本的とされてきた原則とは異なる状況における終末期医療論議として、あらたに検討されなければならない面があることを認識する必要がある。

急性期医療における終末期の議論では、「治療の差し控え」あるいは「治療の中止」の問題が重大な論点となる。演者は、救急医かつ脳神経外科医として25年以上救急医療の現場で勤務してきたなかで、脳死状態を脳疾患急性期における終末期としてとらえ、「延命治療」の是非につき家族と相談してきた。上記①～③のような状況下で「治療の差し控え」あるいは「治療の中止」について家族と相談することの倫理的根拠、相談をする家族へのケアのあり方、医療行為としての「治療の差し控え」あるいは「治療の中止」の選択の意味、延命治療論議における法律と倫理の相克などにつき、実際に演者らが行ってきた対応の方法を紹介し、同時にそれら多くの論点を明確にして提起することで、社会的な論議が深まることにも期待したいと考えている。

<講演記録>

埼玉医科大学の佐藤でございます。本日は、本シンポジウムのテーマ、終末期医療ということでお話をさせていただきますけれども、私の目指すテーマは救急医療という限定された医療の現場における終末期について、どのように考えたらいいかということをも自分の臨床的経験からお話させていただきたいと思っております。

終末期というのは一般的にどのように定義されているかといいますと、いろいろなご意見があると思っておりますけれども、97年の淀川キリスト教病院の定義ですと、いろいろな治療をしても効果が期待できなくて積極的治療がむしろ不適切と思われる状況で生命予後が約6カ月以内ということが定義として提出されています。

その終末期医療に関する歴史を見てみますと、現在の西洋医学の医療というものは病を治し、死を防ぐということを目的としておりますので、死というものは絶対悪といえますか、絶対克服しなければいけないものとして歴史的に存在してきています。その結果、医療全体がその死とまともに向き合うということを忌避する傾向が中世以後あったと思えます。これが現代になりましていろいろな面で現代医療に対する批判が起きてきた中で、その死を忌避する傾向というものに対する疑義、批判というものが出てきたという経緯がございます。その中から19世紀後半から死とまともに向き合うという思想が医療の中に生ま

れてきたという歴史的経過です。これはホスピスというような形で、主としてキリスト教教会を中心に19世紀末から発展してきたわけですが、具体的には1960年代の後半からスタートしたといってもいい医療形態だと思います。

ここまでの説明でわかりますように、これまでの終末期医療というのは主として慢性の進行性疾患の末期状態を対象に論議されてきたという経緯がございます。そのような論議というのは一般に thanatology、直訳すると死学ですけれども、一般的には「死生学」と呼ばれて論議されてまいりました。これは生と死に関する研究教育を行う学問でありますし、そこでは悲嘆の緩和 (Grief Care) あるいはスピリチュアル・ケアといったようなことが語られてまいります。その範疇に尊厳死、安楽死、脳死、臓器移植等の問題も入ってまいりますけれども、これは生命倫理学といったような学問とも密接に関連して語られてきております。

終末期ケアというものは、一般的に4つの視点から見る必要があるというふうに言われておりまして、身体的に関しては疼痛などのいわゆる病の部分はどうやって治すかということ。それから精神的なケア、それから社会的な問題も患者さんは抱えられるわけですからそれに対するケア、スピリチュアルというのは非常に広い意味があるのですけれども、ある部分宗教的な問題を含んでいるということで、我が国においてはその宗教的な問題というのが特殊だと思いますので、西欧においてはこの Spiritual Problems (霊的問題) というのは非常に大きな問題としていわれております。

もう一度終末期ケア論議の基本的事項というのを振り返ってみますと、まず、原則として慢性疾患の末期を対象としてきたということです。それから患者さんに対して十分な説明と同意が行われているというのが前提になっています。それから患者さんあるいは家族と十分に相談できる時間的な余裕というものが保障されているというのが前提です。それから非常に一番重要なこととなりますけれども、患者さん本人の意思を最大限に尊重することが終末期ケアの重要項目になります。

救急医療における問題点を挙げてみますと、

- ・患者さんが急変するというだけでもと心の準備が全くない。
- ・病状が刻々と短時間内に変化しますので説明が不十分、家族にも考える時間がない、医師の説明に従うしかないというような状況もあるかもしれません。
- ・患者さんご本人の意思確認ができない場合が少なくない。
- ・医療者による家族の精神ケアが不十分になりがちである。
- ・高度医療に囲まれる中でこれは患者さん側も医療者側も精神的な疎外感を感じざるを得ないような状況も多々ございます。

こういった問題というのはこれまでの終末期医療の論議において、どうしても十分には検討されてこなかった問題であります。そういう問題を抱えた救急医療の終末期医療の問題点というのが、また別途あるかと思われまます。

実際の事例でどのような場面があるかということをちょっとご紹介させていただきますと、例えばがん末期の状態の方が、非常に具合が悪くなって救急入院するというようなこと。これは蘇生をするべきか否か、末期との情報がいつ入ってくるかということで必要以上の治療が行われてしまう場合もございます。

それから心肺停止の状態がいつまでも続いている、いつ蘇生術をやめたらいいのか、あるいは非常に高齢の方で重篤で回復の見込みはないけれども、どうしたらいいのか、集中治療をやるべきなのか。それは患者さんの尊厳の問題にかかわるようなことだと思います。ご本人の意思はどうなのか。それから身元不明というかご家族と連絡がとれない、身元不明であるというような状態であるが重体で急いで治療をしなければいけない、これを承諾の問題を含めてやっていいのか、どこまでやったらいいのか。こういうものはすべて答えのない問題として救急医療の現場で日常的に起こっております。

いったん集中治療を始めますと、例えば人工心肺を装着しているけれども重篤な脳障害で脳機能の回復の見込みがない、人工心肺をいつまで続けたらいいのか。あるいは

慢性腎不全で透析をされている患者が脳出血に陥られて昏睡状態である、透析を続けるのか、続けなければもちろん数日で命を落とされるわけですがけれども、透析を続けて手術もして、じゃあ、その慢性的にさらにその後、意識のない患者さんに透析をしてくれる施設があるのかどうか、ここから議論がスタートするわけです。しかも答えは非常に短時間に出さなければいけないという状況です。

それから回復不能な重篤な肝障害というのがございます。これは大量の血液製剤とか透析を続けるのですけれども、回復の見込みはないわけです。こういうものを続けている限り小康状態を保ちますけれども、じわじわと悪くなる。その中でこういった治療を続けるのか、否か。あるいは後ほどちょっと詳しく申し上げますけれども脳死、脳の回復の見込みが全くない状況で延命治療を続けるべきなのかどうかということもございます。

先ほどまで挙げましたような場面で、何が医師を混乱させるか、あるいは困惑に陥らせるか。ちょっと突然ですけれども「ヒポクラテスの誓い」というのを皆さんご存じだと思いますけれども、医師になるときに医学生がこの誓いをよく知った上で医師になりなさいということで多くの医学部で教えられるギリシア時代の医学の父といわれるような方の言われた幾つかの誓いがございます。ここに代表的なものを挙げました。「患者を差別しない」、「守秘義務を全うする」、「弟子に医学を伝える」等々ございますけれども、その中で一番医療の現場で医師にとって肝に銘じなければいけないのは、above all do no harmということですが、何にもまして患者さんにとって悪いと思われることはしないということです。これは何もヒポクラテスに言われなくても医療をいったん行ってみればすぐわかることですから、医療というのは患者さんの体にメスを入れたり、あるいは副作用のある薬を強力に使ったりしながら治療をするわけですから、それが患者さんにとって本当に害になっていないのかというのは、常に医療者側にとって大きな心の負担になるところでございます。

そういった疑問が、救急医療の現場ではよくある回復可能性が全く見込めない状況で、どのような疑問が起きてくるか。患者さんに現在行っているその集中治療というのは患者さんの望む治療であるのかという倫理的な撞着がございます。これは一般的に医療の無意味性、futilityというような言葉で語られます。それからやっていることが患者さんの人間としての尊厳を損なっているのではないのかという倫理的撞着、dignityの問題です、これもしばしば感じられるところでございます。

こういう場合に当然その倫理的な撞着ですから生命倫理学に答えを求めたいと思うわけですがけれども、生命倫理学というのはその成り立ちから考えて答えを示すものではない。医師にあるいは医療者に、あるいは一般の方にみずから考え、決定することを求めていく、問題提示をする学問です。その一つの解決策として、これは常に正しいとは限りませんけれども、一つの考え方として、その治療は自分がその患者さんであつたら受けるのか、あるいは自分の家族であればそれを望むのか、その観点を考えることで答えが出せる場合もあります。

問題をもう少し脳神経外科領域に絞って見てまいりますと、終末期の形態として2つございます。

- ・悪性脳腫瘍などにより徐々に終末期に至る。
- ・脳卒中や頭部外傷などで急激に突然重症の脳の損傷を受けて、短時間内に致命的な状態に近いところに至る。

この上の方は一般に語られている通常の終末期医療に近い状態でございます。下の方が先ほどからご紹介したその救急医療における終末期医療の典型的な状況になると思います。いずれにしてもこの脳神経外科領域の救急終末期の特性というのは、今挙げた2つのどちらの形態にしる、患者さん自身の意識障害が進行しておりますので、ご本人の意思確認が困難です。実際上はほとんど不可能な場合がほとんどです。それから患者さん自身の肉体的な精神的な苦痛がないというふうに考えられますので、それについてご家族が悩むことは比較的少ないという前提がございませう。

そうすると、終末期の精神的ケアというのは家族を対象に考える部分がどうしても多くなる傾向になります。終末期の医療の相談をする、この患者さんをどのように治療していきましょうという相談をすること自体が、ご家族への Grief Careの意味を持つということ肝に銘じておきたいと思います。これは一般的には余り言われていないことですが、ご家族にとって一番つらいのは、急性期ですから次々と状況が変わる、何が何だかわからない中で余り相談をされないという、これほどの苦痛はないと多くのいろいろな著書や論文で見受けまじけれども、ご家族が一番苦痛なことは、医師が病状は説明するけれどもそれ以上のことは何も言ってくれないということです。相談にのってくれないと、要するにのるひまもないわけですが、それが非常に疎外感、悲しみにつながっているということがございます。

脳死に話を局限して少しお話をさせていただきます。脳死というのはどのような状態か、医学的にはある病態を説明するのに病態生理学的、臨床的、それから診断基準というようなことで考えますので、病態生理学的には脳死というのは脳障害が悪化して頭蓋内圧、頭の中の圧力が高くなったために血が脳の中に入っていない、そして脳が死んでしまった状態を脳死と呼んでおります。臨床的にはどのような状況かという、頭蓋の内圧が上がって脳機能が停止する、呼吸も止まってしまう、そういう状況ですけれども治療のために人工呼吸器がついていて呼吸が維持されている状態、心機能は低下しますがしばらくは維持できるというのが原則です。脳死判定基準では脳幹部を含むすべての脳の不可逆的な機能停止状態、これを診断していくということになっております。

簡単に図示しますと、これは脳の略図ですが、一番上の方に大きな大脳というのがございます。その下に非常に生命に関するような機能を持っている脳幹部、その後ろに背負われるようにして小脳というのがございます。こういう大体の基本的構造ですが、脳死というのを見てみますと、まず、この大脳からすべての脳、脳幹部を含むすべての脳がだめになってしまった状態、全脳死といいますが、whole brain deathという状況です。そのほかに脳幹部だけが完全にだめになる、いわゆる脳の最も意識を出すとか、呼吸をする、心臓を動かすというような基本的な機能が失われてしまう状況ですが、この脳幹部をもって脳死といっている国もあります。それから大脳だけの機能が大きく損なわれると、いわゆる植物状態になるということです。この脳幹というのは先ほどごらんになったように脳死に非常に大きくかかわっているということがおわかりいただけるとと思います。

脳死は人の死かということを問うてみますと、90年の初頭では、これは日本医大の統計ですが、どちらともいえない」というふうにお答えになっていました。そして「どちらともいえない」という方は40%に減っております。それが2000年の昭和大学の統計ですと、45%の方が「人の死である」というふうにお答えになって約半数というところになっております。この2000年の統計をちょっと分析してドクターと看護師さんに分けてみますと、ドクターは7割の方が脳死は「人の死である」というふうと考えているとお答えになっております。一方、看護師さんは約40%にとどまっております。職種による差があるということです。

これは私が医学部の学生に講義のときにアンケートをとらせていただいた結果ですが、脳死は人の死であるかという設問にイエスと答えた方は約6割、これは6年生でも4年生でも基本的にはかわりありませんけれども、よく見ますと学年が進んで医学の知識がふえると少し脳死が人の死であるということがふえる傾向にあります。これも非常に貴重なデータなのですが、実際に脳死に陥られた患者さんのご家族にアンケートをとってみますと、脳死は人の死であるというふうにお答えになったのは50%弱ということになります。ですから、脳死は人の死であるというのは少なくとも日本においては国民的コンセンサスを得る状況に陥ったとはなかなか言い難い、ただし医療関係者の間ではかなりの賛同を得ているといふふうに言えるかと思えます。

では、脳死にいったん陥ったということを前提といたしますと、それ以後の治療継続、