

200732001B

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17年度-19年度 総合研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成20(2008)年3月

# 目 次

I 総合研究報告書	
1) H 17-19 年度 総合報告書	1
2) 終末期医療の論点と今後の課題について 林謙治	21
(資料) 1. 意思決定のアルゴリズム	32
2. 治療に関する臨床判断のフローチャート	33
II 各論：国内における終末期医療の課題	35
1) 終末期をめぐる医療と法の諸問題 林謙治	37
2) 日本における「尊厳死」の現状について 野口海 他	41
3) 終末期医療に対する医療従事者と患者の声 －病院を対象にしたアンケート調査から－ 高田真之	47
4) 終末期医療における法的枠組みと倫理的課題について 児玉知子	53
5) 終末期における医療供給体制の課題 伊藤道哉 他	61
III 調査	67
1) - 1 終末期医療に関する調査（平成 15 年）再分析 －施設別の実態と取り組み、その I 医師による回答－【H 17 年度報告書】	69
1) - 2 終末期医療に関する調査（平成 15 年）再分析 －施設別の実態と取り組み、その II 看護職員による回答－【H 17 年度報告書】	101
2) - 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－【H 18 年度報告書】	131
2) - 2 倫理委員会の設置・運営状況（全国調査より）【H 18 年度報告書】	145
2) - 3 「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【H 18 年度報告書】	150
3) 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【H 19 年度報告書】	157
IV 資料（発行日付順）	
1) 都立病院における末期医療の在り方について 東京都立病院倫理委員会（平成 13 年 2 月）	179
2) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 厚生労働省（平成 19 年 5 月）	221
3) 「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）」に関する意見書 日本弁護士連合会（2007 年 8 月 23 日）	225

4) 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」を使用するにあたって 日本救急医学会（平成19年11月5日）	232
5) 終末期医療の指針 (社)全日本病院協会（平成19年11月17日）	239
6) 平成18・19年度 生命倫理懇談会 答申 終末期医療に関するガイドラインについて 日本医師会 第X次生命倫理懇談会（平成20年2月）	251
7) 対外報告 終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－ 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会（平成20年2月14日）	263
8) 心肺蘇生に関する決定について	287

# I 総合研究報告書

1) H17-19 年度 総合報告書

2) 終末期医療の論点と今後の課題について

林 謙治

(資料) 1. 意思決定のアルゴリズム

2. 治療に関する臨床判断のフローチャート

平成17-19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

(総合報告書)

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お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いる。本研究においては、がん疾患を中心に患者本人及び家族の意思確認方法、延命医療の差し控え、打ち切り（中止）の決定に係る手続き、ターミナル患者の緩和ケアの終末期医療のあり方等について検討した。

初年度は専門家・関係諸機関への調査を行い、現行法令に照らしてその過程における問題点を明らかにした。また国民意識調査の再分析により、緩和医療従事者とそれ以外の医療従事者における意識の差が明らかになった。2年目には全国4,911病院へのアンケート調査を実施し、医療現場での終末期医療の意思決定の現状把握と課題の抽出、倫理委員会設置率や倫理問題への対応状況や検討事項について現状分析を行った。同時に、「安楽死」「尊厳死」問題や医療裁判に関わる実務レベルの法律専門家から意見収集した。最終年度は、研究班がこれまで各専門学会や有識者と検討を進めてきた終末期医療の意思決定について、医療関係者、法律関係者、それぞれの意見を集約し、終末期医療における望ましい医療の内容を検討した。特に、終末期がん患者を想定した治療の中止・差し控えで検討すべきと考えられた事項について、全国1,032病院を対象にデルファイ法に準じた大規模調査を実施し、意見集約を行った。さらに、医療における患者の同意能力の判定や、同意能力が無い患者における医療行為の意思決定の体制整備について考察した。

今後の医療全般のインフラ整備としては、①インフォームド・コンセントに係わる法的整備、②相談員制度・Patient Advocateの制度化と配置、③自発的な選択ができる環境整備とガイドラインの作成、④判断能力を判定する仕組みの構築と法的整備、等が必要と考えられた。また、終末期医療に関する個別的整備を含めると、⑤緩和医療の教育と普及、⑥在宅ケアの推進と整備、⑦死の定義に関するコンセンサス形成、が重要な論点と考えられた。本研究成果が、医療現場における終末期医療の質の向上の一助となり、国民への適切な医療のインフラ整備を促進するとともに、終末期医療について専門家間の枠を越えた幅広い議論へ発展することが期待される。

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計画科学室長）

## 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

### <初年度（H17年度）>

1. 緩和ケア施設・緩和ケア病棟訪問とスタッフへのインタビューによる実態調査：国内緩和ケア施設の現場で必要な説明や手続き、倫理上遭遇する課題や緩和ケアを実施する際に重要な項目について調査した。

2. 各テーマでのワーキンググループによる討議

- ① 法的立場からの課題（H18まで継続）
- ② 救急医療現場における課題
- ③ 終末期医療における在宅ケアについて
- ④ 終末期医療における家族ケアの現状と課題
- ⑤ H14年度終末期医療に関する全国調査の再分析：施設別の実態と取り組み
- ⑥ 延命治療とその中止について（英国ガイドラインをもとに）
- ⑦ 終末期医療における尊厳死について

3. 終末期医療の意思決定におけるエビデンス収集：（文献検索とレビュー、各国法律・ガイドラインの動向調査）：1）終末期の意思決定：国内の終末期における意思決定について、1990年から2005年までの国内文献を医中誌Web、雑誌記事索引、国立情報学研究所文献データベース（CiNii、科学研究費補助金、学術研究データベース）から、また外国語文献に関してはPubMedより日本人の発表に限定し、癌・小児・高齢者・難病（HIV/AIDS、ALSなど）について検索した。

国内中心に終末期における意思決定、延命治療についてのエビデンスを収集した。

2）上記同様に延命治療における意思決定に関するものを検索した。

3）海外法律検索については、フランス lois reglementsデータベース、ドイツ連邦通常裁判所（Bundesgerichtshof Xivilsachen）判例検索、米国カリフォルニア州議会データベース、オランダ政府法務省検索より行った。

### <中間年度（H18年度）>

4. 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実施した。終末期医療における実態把握のため、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、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。

5. 諸外国の現状調査（英国訪問調査）：

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視察を行った。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。

6. 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。

<最終年度(H19年度)>

7. 終末期医療の専門家として、その領域に精通した医療関係者、法律関係者による検討会を実施した。

8. がん患者を対象とした終末期医療ガイドライン試案について、医療従事者の意見集約を行うための調査を実施した。

対象機関：国内1,032病院

調査方法：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)

全国9,239病院(「2004年版病院総覧」記載)のうち、平成18年度アンケート調査時に無作為抽出された4,911病院リストから、さらに4分の1を無作為抽出し、国内全てのがんセンターと大学付属病院、昨年度記名付き回答のあった病院を加え1,032病院とした。方式はデルファイ法に準じた単回デルファイ法とし、回答は原則無記名とした。

調査期間：平成19年11月～12月

調査項目：昨年度の全国調査で研究班試案「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」に寄せられた288病院の自由回答記述から、「目的」11項目、「適用対象」4項目、「終末期の判定」8項目、「患者の意思確認」18項目、「治療中止・差し控えの範囲」17項目、「治療中止・差し控えの除外事由規定」11項目の計69項目の質問票を作成した。回答は「はい」「いいえ」「わからない」から1つを選択とした。

9. 治療同意能力についての検討：

患者の判断能力について、海外例も含めて現在検討されている科学的根拠のある判断方法をレビューした。さらに、国内で判断能力のない患者において、どのように医療行為の意思決定がなされているか、その概況や具体的事例を含めて弁護士、法律家の意見を収集した。

10. 英国における終末期の意思決定についての国際比較：英国イングランド・ウェールズにおいては、2005年にMental Capacity Actが立法化され、判断能力の無い者に対する医療行為の意思決定について体制が整備された。本年度は英国人研究者の協力を得て、体制整備の背景と現状について調査した。

C. 結果

1. 緩和ケア施設・病棟スタッフインタビュー：緩和ケアにおける終末期医療の延命治療のエビデンスは構築されつつあり(不要な点滴、蘇生行為に関する説明、積極的医療の中止に関するコンセンサス)、事実上患者の意思決定をサポートする体制がとられており、今後一般病棟や緩和ケア従事者以外への普及が、患者や家族の意思決定に即さないトラブルを防止することにつながると考えられた。ただ、手続き方法(確認方法や記録)には施設独自のものがあり、今後整備が必要である。また、患者個人は発病後の状況・過程により

医療へのアクセスが一元的でないことから、意図しない治療を受ける可能性もあり、今後は一般医療現場における緩和医療の知識普及とともに、緊急時や急変時の搬送などに対応できる地域での医療連携が必須である。（協力施設：国立がんセンター東病院、淀川キリスト教病院、東北大学緩和ケアセンター）

## 2. ① 法律的立場からみた課題

法律専門家を中心としたグループにより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・倫理的概念整理が必要であると示した。

## ② 救急医療現場における課題

搬送された患者を救命し蘇生することが本来の業務である救急現場においては、限られた期間内で患者や家族との信頼関係を構築する十分な時間は無く、患者本人が延命治療を望まないという意思表示が客観的な形で明確でなければ、救命のために生命維持装置を装着するのが通常である（事前指示や掛かり付け医師との連携の課題を示唆している）。また、開始された延命治療を中止する行為（呼吸器の停止）や治療中止基準が欠如していること（人工臓器などの停止）に今後の課題がある。

## ③ 終末期医療における在宅ケアについて

現状では家で過ごすことを希望する家族に対し在宅ケア・ホスピス医療供給体制は十分でなく、人材育成が必要である。人間の尊厳を守る在宅医療の推進と、独居でも可能であり疼痛管理も受けられる希望者のニーズに沿った対応が求められる。また、特に終末期の意思決定に関わる問題としては、急変時をあらかじめ想定してケアすることが重要であり、そのための本人や家族、介護者などへのインフォームドコンセントが重要であ

る。

## ④ 終末期医療における家族ケアの現状と課題

ホスピス・緩和ケアにおいては、患者とその家族がケアの対象であるが、終末期医療においても、家族を社会文化的側面から定義し、本人や家族、また家族間の関係を、医療者として家族と「折り合う」よう、家族の気持ちや思いを聴き、解きほぐすなどの関わりをもちケアすることが求められる。家族は告知や意思決定の時点で既に家族としての意向を持っているというより、患者との関係性、他の家族との関係性から判断することが想定される。また認知症など高齢者の終末期医療における家族の意思決定で具体的に影響を与えたのは、終末期を迎える場所が一般病院か介護老親保健施設か、という事例もあり、終末期の「場」による支援も重要と考えられる。またホスピスで家族を亡くした遺族対象調査では、9割弱が心残りを表明しており、適切な情報や知識の提供や心理的サポート含め、患者や家族が「いかに死を迎えるか」を支援する取り組みが必要と考えられる。

## ⑤ H14年度終末期医療に関する全国調査（国民の意識調査）の再分析

患者の自己決定について検討する際、患者自身が告知されているかは非常に重要な点である。H14年度の医師への意識調査結果によると、現状では「患者本人に告知」されている率が緩和ケア病棟従事医師では18%、「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうかを判断」する割合が64.1%となっているが、診療所・一般病床・療養病床・その他の従事医師では「家族に説明する」割合が過半数を超えており、治療方針に関しても緩和医療従事者とは統計学的に有意な差を示していた。また「単なる延命医療であっても続けるべきである」と答えた医師は一般病床に割合が高く、「わからない」と回答する医師が療養病床、その他（訪問看護ステーション含）従事者が1割を超えてお



り、高齢者医療の複雑さを反映するものと考えられた。

#### ⑥「延命治療とその中止」について

英国においては、British Medical Associationのガイドラインにより「治療の拒否」「安楽死」「医師による自殺帮助」「治療の差し控え（不開始）と中止」「事前指示書」についての課題と医療専門職の責務に関してその立場を公表している。緩和医療における意思決定では、インフォームドコンセントと自律性(autonomy)が尊重され、それを守る社会的仕組みも整備されている。医療上の問題に関する代理人(Health Care Proxy)はスコットランドやイングランドで差異はあるが、いずれも明確となっている。英国の基本的な倫理基盤「二重効果の原理(Doctrine of Double Effect)」に対し、日本の緩和医療学会による鎮静ガイドラインでは、患者の状態(苦痛の強さ、他に緩和される手段がないこと、予測される生命予後)、予測される益benefits(苦痛緩和)、および予測される害harms(意識・生命予後への影響)から判断するという考え方が、倫理的には「相応性の原則(principle of proportionality)」として許容できるとしている。今後はこのような倫理的枠組みを参考に、日本における延命治療に関する論議が深まることが期待される。

#### ⑦ 終末期医療における尊厳死について

「我が国における尊厳死」研究班(松島ら 2005年)による調査では、全国50床以上300床未満の一般病院2,397病院勤務医師へのアンケートを行った結果、患者本人への病名告知の達成率が病院間でかなりの幅があることが明らかになり、平均45.9%とした。最初の告知対象者は「家族」がもっとも多く、次に「本人と家族」「本人」となっており、担当患者の中に占めるがん患者の割合が高いほど告知率が高く、告知全般の実施率が高い

医師ほど最初の病名告知対象は本人であることが多かったとしている。

3. 医療における「意思決定」について、欧米と日本ではその文化社会的背景の差を考慮する必要があると考えられることから、今回日本国内を中心とした研究に関して調査を行った。1990年から2005年12月20日までの国内文献検索では、終末期医療に関するキーワード(ターミナルケア、終末期医療、末期患者、緩和ケア、死への態度、生活の質)(意思決定、意志決定、患者心理、精神的援助、精神的癒し)から癌(54件)小児(19件)老年者・高齢者(52件)難病(5件)その他(117件)であった。また英文日本人発表ではキーワードterminal care, palliative care, end of life, decision に関して癌(17件)小児(1件)老年者・高齢者(15件)その他(29件)が検索された。延命治療における意思決定に関して(延命治療、リビングウィル、患者による選択、事前指示、差し控え)(意思決定、意志決定)による検索は27件、PubMed(8件)、雑誌記事(13件)CiNii(46件)、科学研究費補助金データベース(12件)であった。社会医学的要素の強い領域であるため、文献数は医学文献と比較すると少なく、緩和医療(特にがん)の領域と共に老齢・高齢者医療の分野に多い傾向があり、終末期医療の多様性と現状を反映するものと考えられた。

#### 4. 全国調査(終末期医療の実態調査)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。

#### 5. 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。

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、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。

6. 終末期医療に関連する研究者と医療従事者による討議：終末期医療に関連する厚生労働科学研究の主任研究者（下記）と医療従事者を含めた討議を行った。「わが国における尊厳死についての研究」班（主任研究者：東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野 松島英介）、「利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究」（主任研究者：東北大学大学院医学系研究科 医療管理学分野 濃沼信夫）、「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」（主任研究者：国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室室長 尾藤誠司）、「救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会」委員長：日本救急医学会 有賀徹（昭和大学病院救命救急センター長）、「特定疾患患者

の生活の質 (QOL) の向上に関する研究」主任研究者) 中島孝 (国立病院機構 新潟病院副院長)、「苦痛緩和のためのガイドライン」「終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン」作成メンバー 志真泰夫 (筑波メディカルセンター病院緩和医療科診療部長 日本緩和医療学会常任理事) など。討議では現場の医療従事者から活発な意見が出され、今後の終末期医療の体制整備に必要な事案が検討された。

7. 検討会では、患者と医師の関係、緩和ケアユニット構想、治療同意判断能力の生涯のある場合の医療行為の同意手続きについて、また患者の意思決定を支えるpatient advocatorについて討議された。

## 8. 全国調査結果：

対象1,032病院のうち392病院から回答が得られた (有効回答率38.0%)。

### 8.1. ガイドラインの目的について

「死の権利」の明文化することに関しては、賛成・反対意見の大差なく30数%であり、わからないとの回答が25%を占めた。「もっとも望ましいプロセス」については、患者・患者の家族に限ればよいとする意見への賛成は35%で、反対が42%と上回っており、患者とその家族だけがもっとも望ましいプロセスを選択することについて、医療従事者は疑問をもっているといえる。これは、患者や家族がもつ医療における情報の非対称性が1つの要因と考えられる。時として死を求める患者の希望を受け入れるかどうか、安楽死・自殺幇助の議論にもつながるものであり、医療従事者としては妥当な判断ともいえる。今回の質問では「もっとも望ましいプロセス」について、具体的な場面設定をしていないことから断定はできないが、このような要因が回答を左右したと推測さ

れる。

「治療中止・差し控え」について、治療中止ではなく、差し控えの姿勢をとるべきとの意見は47%、そうでないとする意見は31%であった。諸外国では治療の中止と差し控えは倫理的に差異がなく、同等に扱うべきとするのが主流となっているが、国内においては刑法との関連で、現在でも同等とされていない。治療差し控えは治療中止のなかに含まれるのか、区別が必要とする意見が65%であり、今後もこの区別についての議論は続くと考えられる。

### 8.2. 適用対象 (終末期がん) について

疾患については「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」とする意見が60%以上を占めたが、20%前後は「わからない」としており、終末期患者を定義することへ難しさが伺われる。また、「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」とする意見には賛成39%、反対35%、わからない23%となっており、医療従事者においても意見が分かれることが明らかになった。「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」とする意見も同様に、賛成32%、反対26%、わからない39%であった。欧米において、特にヨーロッパにおいては、disease oriented (疾病原因重視) であるよりは、physical function oriented (身体機能重視) であり、英国のようにlife-threatening illness (死に至る病態) を重視して、いかなる疾患へも (例えば心不全、腎不全、神経難病など) 対応できる状況になっている。

### 8.3. 客観的指標について

判定については「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」とする意見が74%と多数

であり、「チームによる判定が必要である」と考える医師が多い(79%)。また、余命判定についても「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るにとどめるべきである」67%、「科学的根拠が十分でない」65%(反対11%、わからない21%)、「余命3週程度では患者に意思決定能力が乏しい」53%(反対16%、わからない29%)であった。具体的に「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」とする意見は46%であり、反対意見の36%を上回った。しかし、「余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない」「余命判定は家族の求めに応じすべきである」の意見には反対がいずれも多く(40%台)、賛成意見は25%前後にとどまった。

#### 8.4. 患者の意思確認について

患者の意思確認において、圧倒的賛成意見を占めたのは、本人、家族それぞれ「元気な時と実際病気になる時の意思は異なる」という意見であった(88%)。また、多数を占めた意見は「クレームをつけるのは本人より家族である」「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」「立会人の選定が難しい」(いずれも80%前後)である。これらについては、今後も議論が進むと考えられるが、現実的には各種団体において、統一されたフォーマットを使用したり、入院時に確認をとるなどの措置がとられつつある。

意思確認については、「法律の裏づけがない意思確認は意味が無い」とする意見も49%と半数にみられている。この背景には、家族間で意見が異なる場合の意思決定に際して医療従事者の対応が困難となっていることが推察され、「遺族の代表はケース倍ケースである」73%、「意思確認の方法・時期の優先順位を決めるべきである」58%(反対18%、わからない21%)等の意見に象徴されていると思われる。「先に告知を希望するかど

うか確認すべきである」74%と多数を占めているのは、日本におけるインフォームドコンセントが、現状では患者本人のコンセントを必須としていないことを示している。直前の意思確認が必要である」73%、「本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要はない」反対55%(賛成21%、わからない21%)、という意見は、医師が患者の事前指示や患者の意思決定が変わりうるものであることを前提に考えていることが示唆される。

今後の議論の課題としては、①立会人の選定、②本人が意思表示できず、家族もいない場合の対応、が考えられる。

#### 8.5. 治療の中止・差し控えの範囲について

判決の医療範囲は「医療側の意見を入れておらず、不相当である」とする意見(41%)には、わからない(33%)、反対意見(22%)との差が大きくない。しかし、「法的根拠が必要である」78%、「すべて中止というのは実際的に困難である」80%、「段階的中止の方法もある」85%となっており、具体的な治療の中止については、法的裏付けも明確にしたうえでの実施が望まれている。

治療行為については、「緩和ケアに必要な薬物は除外してはならない」75%(反対10%、わからない12%)、「透析、心臓ペースティングも入れるほうがよい」62%(反対12%、わからない22%)、となっており、緩和ケアに必要な薬物は治療中止の対象とはならないこと、また透析や心臓ペースティングなども終末期の治療として論議すべきとする意見が過半数を占めている。

「人工呼吸中止と薬物投与中止が特に問題となるので詳細規定が必要である」65%(反対15%、わからない17%)とする意見が多く、今後の検討課題と考えられる。

人工呼吸器については、「末期がんでは人工

呼吸は一般に行われたい」74%（反対10%、わからない18%）、「終末期がんでは、人工呼吸、人工心肺は差し控えるべきである」69%（反対11%、わからない18%）であり、がん患者の末期については、一般的には人工呼吸器はあまり使用されない現実があると考えられる。

輸液、栄養補給については、「補液は差し控えるべきでない」への反対意見46%が、賛成28%を上回っており（わからない23%）、ターミナルにおける補液が患者にとって侵襲となる可能性もあることについての認識が広まっていることが示唆された。また「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である」62%（反対19%、わからない16%）、「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」79%（反対4%、わからない15%）、と患者の人権を尊重した医療を重視している傾向がよみとれる。また「“治療はいつか有用でなくなる”という社会認識が必要である」84%、とする意見が多数を占める一方、「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」とする意見には、賛成47%、反対15%、わからない35%であり、社会一般で懸念されている“医療側の一方的な治療中止”について、医療従事者側でも同様の懸念があるのかもしれない。

8.6. 治療中止・差し控えの除外事由規定について：病状に関するものでは、「末期がんではほとんど意思確認ができない」の意見には46%が反対であった。認知症患者については、「認知症でもさまざまな程度がある」53%（反対19%、わからない24%）という認識が主流である。しかし、「認知症患者に後見人や家族がいる場合は除外規定にいれなくてもよい」52%（反対18%、わからない28%）となっており、実際の

現場ではがん末期の高齢者も多いと予想される。一方、「認知症が多いので除外するとガイドラインにならない」の意見には、賛成33%、反対35%、わからない29%で意見が分かれた。従って、ガイドラインにおいては、認知症患者を除外することなく、対応について適切に記述することが求められると考える。

また年齢について、「15歳未満の中学生でも意思判断できる場合がある」47%（反対23%、わからない27%）であり、ほぼ過半数の医師は15歳という年齢のみを意思決定の判断基準とはしていないことがわかる。がん末期にあたり、「がん末期の臓器は移植する意味がない」46%（反対20%、わからない30%）とする意見がほぼ半数を占めた。

全体の除外規定項目として、「“本人が意思決定を撤回“の場合も除外項目に入れるべきである」84%とする意見が多く、その他に過半数を占めた意見は「臨床治験該当者は除外するのではなく、むしろ治験をやめるべきである」61%、「合理的理由の判断はケアチームが行うべきである」56%となっている。これらの意見には、反対意見よりむしろ「わからない」と回答する意見が25%前後を占め、判断の難しさを示している。

9. 患者の判断能力の評価と医療行為の意思決定について

9.1. 患者の判断能力の評価

患者の判断能力については、患者の同意能力評価が必要とされ、Appelbaumらは法的にも関連する基準として4つの項目を挙げている。①患者は自分の好む治療の選択肢を明確にしているか、②医師とのコミュニケーションによって得られた情報を基本的に理解しているか、③医学的な状態と治療の意味について認識しているか、④関連す

る情報を論理的なプロセスで扱うことができるか、である。特にMacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T) は患者の治療同意判断能力を評価するツールで、構造化面接とそれに付帯する採点法となっている。

## 9.2 国内の成年後見制度における判断能力の評価について

鑑定にあたって評価される事項は、精神の状態として8項目の評価例がある。①意識・疎通性、②記憶力、③見当識、④計算力、⑤理解力・判断力、⑥現在の性格の特徴、⑦その他(気分、感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等)、⑧知能検査、心理学的検査、である。⑧については、a) WAIS-Rテスト(言語性IQ、動作性IQ、総合的IQ)、b)

田中ビネー式知能検査、c) 長谷川式簡易知能評価スケール改訂版(HDS-R)、d) 柄澤式「老人知能の判定基準」、e) ミニ・メンタル・ステート検査(MMS)等の検査のうち、症状に応じて適切なものを実施するとなっている。しかし、これらの判断能力については、財産管理が主の目的であり、自分自身の医療行為についての判断項目は含まれていない。また鑑定にあたっては、本人の精神の状況について医師その他適当な者に鑑定をさせなければならないとされているが、明らかに鑑定の必要が無いと認めるときはこの限りではなく、補助及び任意後見については、鑑定を要さず、医師の診断書で足りる。

## 9.3 国内の判断能力障害がある者に対する医療行為の意思決定について

### 9.3.1 成年後見関係事件の概況報告

成年後見制度がスタートしたのは平成12年4月である。当初の申し立て件数は一年間で9,007件であり、本人が65歳以上のものは、男性で約43%、女性で約73%を占めている。このうち、本人の生

活状況については、病院に入院しているものが最も多く44%、老人ホームなどの施設に入所しているものは約17%、家族と同居している者は約27%、一人暮らし6.4%となっている[成年後見関係事件の概況 平成12年4月～平成13年3月]。最も新しいデータでは、一年間の申し立て件数は32,629件と前年比約55%増、平成12年の3.6倍である。その内訳は、後見開始29,380件(前年比64%増)、保佐開始2,030件(前年比3%増)、補助開始859件(前年比9%減)、任意後見監督人選任360件(前年比24%増)となっている[成年後見関係事件の概況 平成18年4月～平成19年3月]。この中で、申し立ての動機は財産管理処分が70%と最多であるものの、介護保険契約3,401件(10.3%)、身上保護10,057件(30.4%)となっている。また本人が65歳以上のものは男性では全体の34%、女性では55%を占めている。これらのデータから、成年後見制度の一般周知がなされた影響がある一方で、後見を必要とする者の増加(顕在化)、即ち医療においても意思決定能力に障害があるものが増加(顕在化)していることが類推される。

### 9.3.2 医療同意の内容

今回の調査事例を大別すると、「①手術への同意」「②終末期医療の判断」に分かれる。①については、手術の侵襲度、標準的治療の確立の有無、患者のQOL等を考慮し、家族や後見人が判断することは可能である。事例では、①末期がんの治療(緩和ケアへの同意)②大腿骨骨頭置換術の決定、③誤嚥性肺炎に伴う呼吸機能低下に対し、一時的な人工呼吸器装着、④胆石除去術、⑤胃瘻造設術、等について検討された。

昨今の医療倫理で検討課題に挙げられているのは、比較的簡便に行われている⑤胃瘻造設術の是非、である。認知症患者で、脳血管障害後遺症もしくは老衰による人工栄養補給が必要である

患者に対し、生前に本人が人工的栄養補給を望まない発言をしていた場合、また家族が本人への侵襲行為を望まない場合の医療判断は困難と考えられた。これらの前提として、国内各地において患者に標準的な医療が提供できるよう（当該病院にて限界があれば、他の医療機関に紹介するなど）対処が必要と考察された。

### 9.3.3. 医療同意の決定者

調査事例について、実際に同意書に署名をしたのは、A. 成年後見人、B. 保佐人（家族と相談）、C. 家族（成年後見人と相談）、D. 家族（財産管理人は、身体の不自由な配偶者と立会い）、E. 財産管理人（親族と相談・生前の意思を推定）のパターンであった。これに際し、医療側では「成年後見人・保佐人・財産管理人・任意後見人」が権限を有するか、その権限に差異があるかについては認識がほとんどない様子であったとされる。親族についても、夫婦・親子・実・義理の兄弟姉妹の区別はされていなかった。標準的治療の確立された疾患や、予防接種、軽症感染症についての対応の場合、現状では成年後見人も意思決定への関与に対応しようと考えられるが、終末期医療の判断に際するような決断について対応できるか、また対応すべきかどうか、議論が必要である。

### 9.3.4. 医療同意の手続き

1) 医療同意にあまり困難が伴わないと思われるケース

- ①比較的軽易な病期で、通常医師が正式な医療同意を求めない治療。
- ②標準的な治療方法が確立している。
- ③医的侵襲がほとんどない。
- ④予め、本人自身が希望する治療方法を明示していて、それが妥当と思われる（持病があり、過去に度々値樓を受けている）。

2) 医療同意の手続きを厳格に行う必要があると思われるケース

- ①治療にいくつかの選択肢がある場合。  
内科的治療、外科手術、放射線治療などの選択肢がある場合。手術の方式など（開腹手術・内視鏡手術）。
- ②医的侵襲が大きい。
- ③生命の危険が伴う確立が高い。
- ④終末期医療。

3) その他

- ①親族で意見が分かれている。
- ②最高と思われる治療にかかる治療費が高額で負担できない。
- ③その病院の治療技能に疑問がある場合。

医療同意の手続きを厳格に行う必要があると思われるケースは、現場の医療従事者においては感覚的に捕らえられていることが多く、大筋で間違いは無いとしても知識として知っておく必要がある。昨今の医療訴訟の増加する現場では、このような情報や知識の必要性を感じている医療従事者は多いと考えられる。

### 9.3.5. 成年後見人が選任されている場合の同意権者について

成年後見人に優先して医療同意できる親族とその優先順位についても検討が必要である。例えば高齢の配偶者は後見人には選任されなくても、医療についての同意能力がある場合は少なくない。また、子どもの間で財産管理について対立があって、専門家の後見人が選任される場合もある。

同意できる親族の範囲は、成年後見人が選任されている場合、選任されていない場合より、親族の範囲は狭くてもよいのではないかという意見があった。専門家の成年後見人が選任されているということは、親族の中に後見人として適切な人



がないということである。現在のような「親族ならだれでもよい」という状況は妥当でなく、本人と利害が対立していたり、何十年も音信不通の親族に同意権を与えてよいとは考えられないとの考え方もあった。

成年後見人が独自の判断で医療同意ができるか否かについては、現行では判断基準が無く、今後整備を進める必要がある。現実的な対策については、①医療後見センターなどのような第三者機関を設置する。②各病気について、セカンドオピニオンをもらえる医師を登録する。③セカンドオピニオンを求めるために必要なカルテ、レントゲン写真、主治医意見書等の書式を決め、それに沿って申請する。などが挙げられた。また今後の課題として、①どのような制度が必要か：セカンドオピニオンをもって、家庭裁判所の許可を得るのか。それとも、医療後見センターで医師と法律関係者（弁護士・裁判官）が協議して許可するのか。②本人の意思の確認をどうするか：当事者が後見類型だからといって、必ずしもインフォームドコンセントができないとは限らない。本人の意思をどのように確認するか、本人自身の同意と成年後見人の同意との関係をどうするか、議論が必要とされた。また緊急事態に対する対応策とその整備も早急に整備する必要があると考えられる。

#### 10. 英国における終末期の意思決定について

英国における終末期の意思決定に関する法制度は比較的古典的であるが、最近の立法においては、法律が現代の状況に即し、より合理化されている。医療の進歩や患者の権利運動の発展によって、終末期の意思決定における患者、医療専門家、そして国家の利益の相対的な比重を反映し、また配慮することが求められている。個々の患者が存命中に医療の意思決定を行う権利が受け入れられる一方で、終末期の意思決定については、時に

議論が生じているが、これには二つの理由がある。1つは、死をもたらさうか—あるいは死を早める—のような意思決定は、非常にナイーブな問題と考えられるためである。二つ目は、高齢者や死を目前にした人の意思決定の能力が、時に疑わしいためである。医療専門家には難しい問題であり、またときに司法当局にとっても同様である。

英国では、政府からの権限移譲により、法律の一部がイングランド・ウェールズ（通常、同時に制定される）、スコットランドとは異なることがある。最近の立法活動以前にも、決定無能力である成人に関する法律は、多様な法典に見いだすことができたが、それらの法律の多くは高齢者に関するものであり、さらにそれらの法律は、決定無能力者の人格に関するよりも、むしろ決定無能力者の財産管理に関するものであった。しかし、意思決定能力の無い成人に対する医療行為の意思決定を行う権限は誰も有しておらず、法律が再考される必要があつた。スコットランドにおいては、決定能力の無い成人に関する（スコットランド）法2000年（Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000）が可決された。手続的な問題を除けば、この立法の主眼は、医師、福祉代理人（welfare attorneys）、後見人、および患者の利害関係人が、患者のヘルスケアに関する意思決定を行う権能を有する、という点にある。しかしながら、行われるあらゆる意思決定は、当事者のベネフィット（benefit）のためになされなければならない。唯一の例外は、意思決定能力の無い者が臨床試験（clinical trial）に参加するよう提案されている場合に生じる。すなわち、この場合、たとえその当事者にとっての利益が期待されなくても、同様の病状で苦しんでいる他者の利益になることが合理的に期待されれば、そのような臨床試験を行うことが許容されているのである。

イングランドおよびウェールズにおいては、精

神能力法2005年 (Mental Capacity Act 2005) の可決によって、当該意思決定が決定無能力者の最善の利益(best interests)に適うかぎり、決定無能力の成人の代わりに、第三者が医療における意思決定を行うことができる。この際、当該患者は決定能力者であるということが前提である。つまり、その患者が決定無能力であると主張しようとする際には、当該患者の決定能力が欠如していることを立証する負担が課されるのである。決定無能力とは、たとえその無能力が一時的なものであったとしても、自己自身のために意思決定をする能力がないことをいう。スコットランドにおいても、イングランドおよびウェールズにおいても、決定能力が無い者については、それまでに分かっている当事者の願望を可能なかぎり考慮することが義務づけられている。

両国における法律を主導している原理は、次の点で多少異なる。イングランドの立法は、最善の利益の概念に基づいていることは明らかであるが、最善の利益は、多数の重要判例でまさに医療上の最善の利益よりも広い概念である、と判示されてきた。このことが意味するのは、処置を施すべきか否かを決定する際に、純粋な医学上の要素以外の要素をも考慮に入れることができる、ということである。スコットランドにおいては、制定法において「最善の利益(best interests)」という文言がときおり用いられている箇所があるものの、支配的な原理は、患者にとっての「ベネフィット (benefit)」という原理であり、これは最善の利益(best interests)よりも狭い概念であるといえる。

#### 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うなずける。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。

終末期医療ガイドラインに求められる意見調査で最も賛成意見が多かったのは、ガイドラインが「医療側も患者側にもわかりやすいガイドラインがよい」というものであった。終末期医療の専門職に対する詳細なガイドラインの整備が求められる一方で、患者の側にもわかりやすいガイドラインが求められていることは、昨今の医療にまつわるトラブルや訴訟件数の増加に関連しているかもしれない。その意味では、昨年5月に発表された厚生労働省の意思決定プロセスガイドラインは、一般国民にも分かりやすいガイドラインとなっており、ある程度満足のいく内容だったとも推察される。しかし、一方で「法律の裏付けが必要である」とする意見が70%を超えており、ガイドラインのみでは現状の医療現場には不十分であることも浮き彫りとなっている。

次に賛成意見が多かったのは、患者の意思決定について「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(本人)」87.5%、「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(家族)」87.5%であり、本人・家族ともに終末期においては事前指示のあり方が問題となった。本人の意思決定に

関しては、「クレームをつけるのは本人より家族である」83.4%、「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」80.6%、という意見が多数を占め、終末期における家族の問題が指摘されている。欧米諸国と日本では、インフォームドコンセントのあり方に関きがあるように、患者と家族との関係も異なっている。“家族が望むようにして下さい”という患者の意思決定もあるであろう。事前指示を文書にすることは、提示される側にとっては明確でよいが、治療中止・差し控えの除外事由規定に「本人が意思決定を撤回、の場合も除外項目に入れるべきである」83.7%と多いことから、実際には文書を残しておいても、本人もしくは家族が事前指示について意見を変更することが想定され、再確認が必要であることが認識されている。また「事前指示を2年以内に限る根拠が明確でない」73.0%とする意見が多数であり、疾患によっては比較的病状が落ち着いているものから、いつ急変するとも分からない状態まで様々であることを考慮すると、あえて期間設定を行う意味があるのか、設定するならどのくらいの期間が妥当であるか、検討課題である。「本人の文書による同意は日本の文化になじまない」の意見に対して、いいえ58.7%、という意見が半数を超えており、調査対象となった医療側の意見では、文書化は必ずしも日本の現状に即さないという認識は低い。しかし、これについては、患者側の意見収集をしつつ国民の広い理解を求める必要があると考える。

治療中止・差し控えについては「段階的中止の方法もある」84.9%、「“治療はいつか有用でなくなる”という社会的認識が必要である」83.7%、「すべて中止というのは実際的に困難である」79.8%、とする意見が多数を占めた。このことは、治療をする・しないの二元論でなく、“有効でない治療は徐々に控えるべき”という極めて現実的

な選択肢といえる。そこには、有効でない治療を徐々に中止していくなかで、本人や家族にとって、終末期の医療が患者の生命の終わりを迎える準備期間となり、死が避けられないという事実を患者・家族が受け止め、心の準備をする貴重な時間として過ごせるようにという配慮が感じられる。

ここまで賛成意見が多数であるものに焦点をあてて考察してきたが、このような終末期の多様性のある医療において重要なことは、少数の反対意見にも考慮する、というスタンスであると考えられる。個人や組織の価値観が多様化している今日では、多数決の議論は個人の幸福に必ずしも繋がらず、一方的に不利益を被るものが出る可能性がある。特に疾患が特異的であり、他者にとって想像しにくいような病状や療養の場面においては、患者本人・個人の意見に、真摯に耳を傾ける姿勢が重要であろう。その意味においては、いかなるガイドラインも完璧ではなく、患者の権利を尊重した医療倫理の確立こそが、確実な方法と考えられる。昨今、欧米諸国で医療倫理、臨床倫理が重要視されているのも、このような背景があるのであろう。今後も国内の終末期医療の質を向上させるために、患者、家族、医療者間で議論が重ねられていくことを望みたい。

意思決定能力を欠く者については、通常、医療現場では、緊急時には患者の最善の利益を尊重して医療チームが医療の判断を行っていると考えられる。しかし、後見人等の制度を利用している患者に対しては、予め医療行為の内容について、特に事前指示の有無や人工呼吸器使用の是非等、終末期の医療にかかる処置について、入院時に相談しておくことが望ましいと考えられる。英国では、このような意思決定能力の無い成人について、医療上どのような手続きで判断を行うかについて明確にされており、今後は国内でも体制の整備が進むことが期待される。

## E. 結論

終末期医療の現場では、医療供給の場（緩和ケア、一般、療養、介護）において求められる意思決定や選択肢に差異があり、医療従事者においても意識の差があることが示唆された。今後は全国的な実態調査を開始するとともに、患者や家族の意思とQOLを尊重した終末期医療体制のあり方への社会的コンセンサス形成が重要と考えられた。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明らかになった。今後の医療全般のインフラ整備としては、①インフォームド・コンセントに係わる法的整備、②相談員制度・Patient Advocateの制度化と配置、③自発的な選択ができる環境整備とガイドラインの作成、④判断能力を判定する仕組みの構築と法的整備、等が必要と考えられた。また、終末期医療に関する個別的整備を含めると、⑤緩和医療の教育と普及、⑥在宅ケアの推進と整備、⑦死の定義に関するコンセンサス形成、が重要な論点と考えられた。本研究が、医療現場における終末期医療の質の向上の一助となり、国民への適切な医療のインフラ整備を促進するとともに、終末期医療について専門家間の枠を越えた幅広い議論へ発展することが期待される。

## 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.