

3. 児玉知子、志真泰夫「緩和医療における意思決定と倫理的問題」英国における終末期医療関連ガイドラインから. 病院：第65巻第2号：127-131：2006.
4. 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
5. 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.
6. 高田真之. 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結果から－. 保健医療科学. 2006年第55巻3号. 213-217.

2. 学会発表

1. 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.
2. 児玉知子、林謙治. 終末期医療全国調査：一般病院の倫理委員会設置状況とインフォームドコンセントについて. 第66回日本公衆衛生学会学術総会. 2007年10月. 愛媛.
3. 児玉知子、林謙治. 「終末期医療に関する意識調査」再分析－施設別の医師の意識について－. 第6回日本予防医学リスクマネジメント学会学術総会. 2008年3月. 静岡.

『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、尊厳死のいずれのカテゴリーにあてはまるのかという議論が浮上してきた。その場合、各カテゴリー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る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な注意を払っている。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」はすでにが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ってみると、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にあつ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つ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つたと考えてもよからう。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あ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、本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い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本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本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。

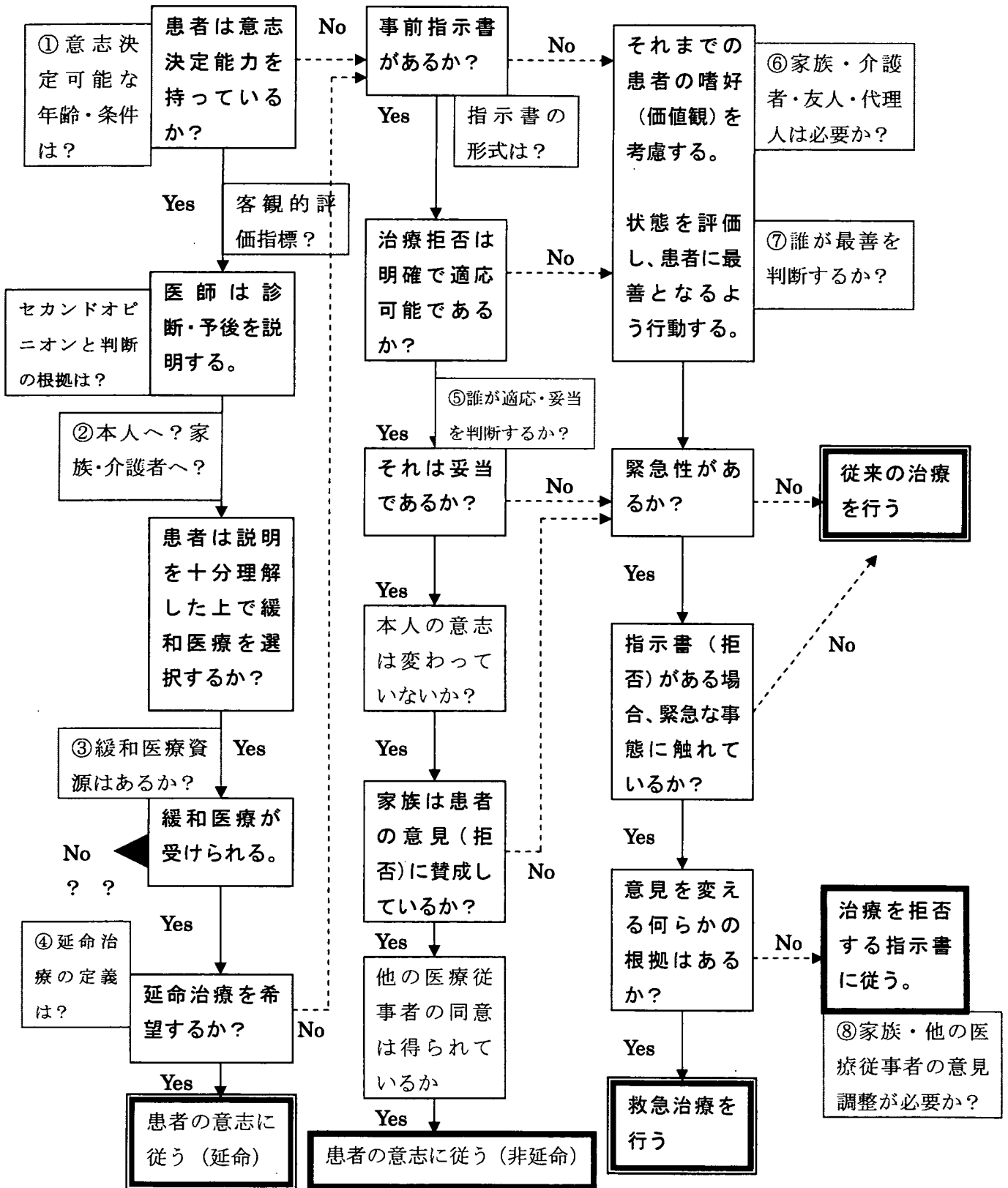
近年日本でも「延命中止・差し控え」にちなんでリビング・ウィルに関する法制化が検討されているが、**Mental Capacity Act** の記述をみるにつけ、インフォームド・コンセントのあり方および患者の人権保護についてもっと掘り下げる必要があると思われる。

5. 結語

最近、終末期医療をめぐる法的・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。

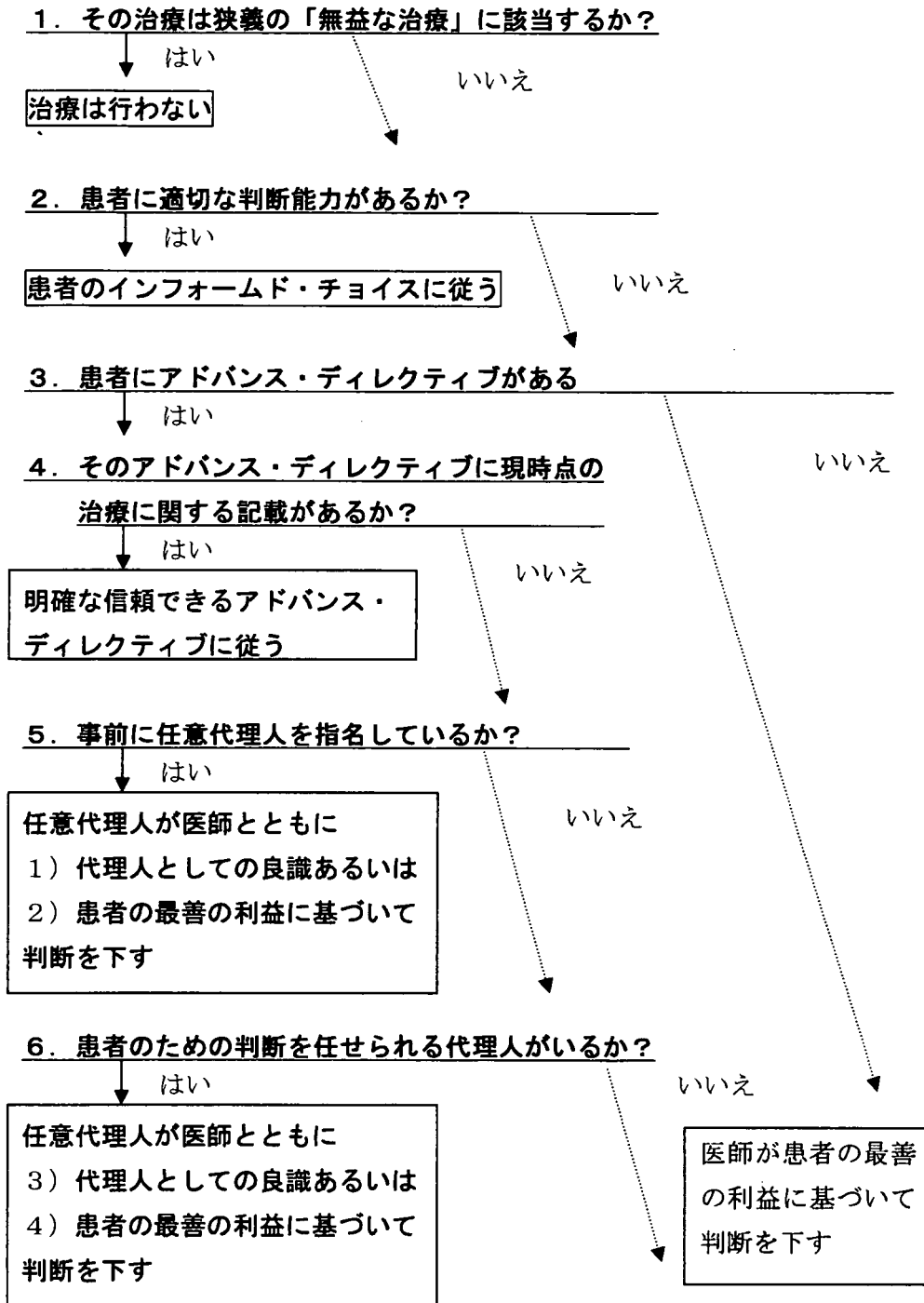
＜ 意思決定のアルゴリズム ＞



Advance Statements about medical treatment – code of practice, April 1995, BMA

(H17年度研究班により改変)

＜ 治療に関する臨床判断のフローチャート ＞



(参照) Bernard Lo, *Resolving Ethical Dilemmas, A Guide for Clinicians*, Second edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2000. 邦訳:「医療の倫理 ジレンマ 解決への手引き」北野喜良ら 西村書店、2003

Ⅱ 各論：国内における終末期医療の課題

- 1) 終末期をめぐる医療と法の諸問題 林謙治
- 2) 日本における「尊厳死」の現状について
野口海、松島英介、松下年子、小林未果
- 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
- 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
- 5) 終末期における医療供給体制の課題 伊藤道哉、濃沼信夫

終末期をめぐる医療と法の諸問題

林謙治

国立保健医療科学院 次長

Medico-legal Issues in Terminal Stage

Kenji HAYASHI

Vice President, National Institute of Public Health

抄録

医療の著しい進歩により不可逆的な病態においてもかなりの程度まで延命治療が可能になったために、逆に延命を希望しない要求が患者もしくはその家族から出されている。しかしながら、わが国では裁判の判例以外に延命中止・差し控えに関する法的規定がないために医療現場では大きな混乱に直面している。過去の裁判から判断する限り、積極的安楽死については厳しく制限されているが、尊厳死については一定の条件を満たせば許容的であると言われている。それにもかかわらず尊厳死の条件は一部曖昧さがあるためになお論争の余地を残している。欧米諸国では尊厳死は自然死の範疇と解されており、したがってインフォームド・コンセントの問題であっても安楽死とは峻別されている。日本における混乱の理由は固有の倫理的認識ばかりではなく、緩和ケアの立ち後れが影響しているものと思われる。

キーワード：終末期、医療、法、尊厳死、緩和ケア

Abstract

The great progress made in modern medicine makes it possible for patients to prolong their lives for ever-longer periods, even when the illness is irreversible. However, the suspension or withdrawal of life-prolonging treatment sometimes requested by the patient or their family. In the current environment, medical facilities confront problems since there has been no related legislation except judicial precedents. Judging from these judicial precedents, outright euthanasia is strictly limited but death with dignity seems to be admitted under certain conditions. Still, there remains room for controversy because the conditions framed are so vague. In Western countries, death with dignity is interpreted in the category of natural death which might be related to the issue of informed consent as to when treatment is suspended or withdrawn, therefore strictly separate from the issue of euthanasia. The current turmoil in Japan might be attributed not only to ethical considerations but also to the underdevelopment of palliative care

Keywords : terminal stage, medicine, legislation, death with dignity, palliative care

はじめに

近年、終末期医療のあり方について社会的関心がますます高まっており、とりわけ安楽死・尊厳死に関してマスメディアが大きく取り上げ、各界からさまざまな意見が述べられている。このような大きな関心を呼び起こしている最大の理由は安楽死・尊厳死をめぐる倫理及び法的の取り扱い方に対するジレンマである。他方、戦後、安楽死・尊厳死につい

て多くの裁判が行われてきており、また、これらの判決に関する解説がかなり出版されているにもかかわらず、現在でもなお多くの誤解があるようにみうけられる。

社会的ジレンマ及び誤解の原因は安楽死・尊厳死に関する概念が必ずしも明確でなかったことのほか医療技術の長足の進歩、医療体制そのものが大きく変化したこと、さらに患者の人権意識も以前に比べ格段と高まってきているなどいくつかの要因が複雑に絡まっていることによる。これ以外

でも先進諸国がこの問題への取り組みが特色あるものとして伝えられ、日本との比較のなかで文化的違和感が一層きわだっていることに国民は衝撃をおぼえ、そのために議論が複雑化している側面も見逃せない。

1. 国内の安楽死・尊厳死裁判をめぐる

戦後行われた安楽死・尊厳死裁判のうち今日にいたって大きな影響を与えていると思われる3つの判決についてふりかえてみたい(1)。

1) 東京地裁安楽死裁判(1950年)

安楽死についての最初の判決である。脳溢血による障害のため朝鮮に引き揚げた夫に同行できなかった妻が一層病状を悪化させ、苦痛からの解放を願った母親を息子が青酸カリ液を口に含ませ死亡にいたらしめたという事件である。弁護側が安楽死と主張したのは「致命的かつ不治の病気に患った者が、その病気のために激しい肉体的苦痛に悩み、死による以外にその苦痛を軽減または終わらせることができない場合に、その病人から明示的または推定的に殺害の嘱託がなされたとき、病人の苦痛を軽減または終息させる目的で病人を殺害することを安楽死と定義づける。」その条件を

(1) 殺害行為と死の結果の間には法律上の因果関係が存在しない。

(2) 殺害行為は刑法第35条の正当業務行為である。

(3) 殺害行為は刑法第37条の緊急避難行為である、とした。つまり、(1)については、被告人の行為によって発生したのは、被害者の苦痛の軽減又は除去である。被害者の死という結果は不治の疾病によって生じたものであり、被告人の行為によって生じたものではないから、両者の間に刑法上の因果関係は存在しない。次に、(2)については、被告人は被害者に対し扶養の義務を有する。扶養の義務を有する者の行う安楽死は医師のなす正当行為に準じ、刑法第35条の規定する場合に該当する。更に、(3)については、被告人が本件の犯行を行った当時、被害者は激しい肉体的苦痛に悩み、これを除去するには殺害する以外にはなかった。したがって、不治の病を宣告された生命を維持することよりも、激しい肉体的苦痛を除去しようとするの方が法益にかなない、そして被告人の行為によって生じた害は避けようとした害を超えないので、被告人の行為は刑法第37条の緊急避難に当たる。

本件では弁護側の主張は認められなかったが、今日でも重要な意義を持つのはその後の裁判では繰り返し争点となっている事項が含まれているからである。それらの事項は①精神的な苦痛は含まれず、肉体的な苦痛に限っているかどうか②正当業務行為であるかどうか(刑法35条)③緊急避難行為であるかどうか(刑法37条)、以上の3点である。

2. 名古屋高裁の尊属殺人被告事件(1962年)

事件は被告人の父親が前例と同じく脳溢血で全身不随となり、体の激痛と「しゃっくり」の発作におそわれ、苦しみのあまり「早く死にたい」と叫ぶようになった。被告人は堪

えられない気持ちになり、医師からもはや施す術もない旨を告げられたので、父親の依頼に応じて同人を殺害しようと決意し、牛乳に自家用の使い残りの有機燐殺虫剤を混入したうえ、もとおりに詮をして小屋におき、事情を知らない母はそれを父親に飲ませて殺害した。

本件は尊属殺人か安楽死かについて争われ、その結果判決では世界でもはじめての安楽死を許諾する6要件が示された。その6要件とは、

(1) 病者が現代の医学からみて不治の病に冒され、しかも死が目前に迫っていること。

(2) 病者の苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものであること。

(3) もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。

(4) 病者の意識が明瞭であり、意思を表明できる場合は本人の真摯な承諾のあること。

(5) 医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること。

(6) その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうること。

これらの要件は基本的には1950年の東京地裁の争点を踏まえていることは明らかであるが、条件として明示したところに重要な意義がある。すなわち、(1)では病態が不可逆でかつ終末期に限定していること、(2)では肉体的な苦痛に限定しながらも(3)とともに緊急避難であることを示しており、(5)と(6)は正当業務行為でなければならないことを再度確認している。(4)は新たに出てきた条件で死の自己決定権を認めていると解釈されており、後に大きな論争となる。

3. 横浜地裁東海大安楽死事件(1991年)

被害者は多発性骨髄腫で大学病院に入院中、呼吸困難等の末期症状を呈し、医師が患者の長男の依頼(早く楽にしてほしい)を繰り返し受け、点滴等の治療行為の中止を行ったが呼吸困難がおさまらず、重なる要請に応じて呼吸抑制作用のある鎮静剤および抗精神薬を投与した。最終的には心停止を引き起こす作用のある塩化カリウム製剤を希釈することなく注射して死亡させた。本件の判決文は事件の経過に沿って①治療行為の中止、②苦痛緩和の措置、③生命短縮の措置、以上の3つの段階に分けてそれぞれ尊厳死もしくは安楽死の概念に該当するかどうかについて判断を示した。①については尊厳死(=自然死)及び消極的安楽死(治療的不作為)②は間接的安楽死(死期を早める恐れのある薬物の投与)③は積極的安楽死(薬物投与により直接死に至らしめる)がそれぞれ相当するとした。

判決文に示された積極的安楽死が許容される4条件はよく知られており、基本的に過去の判例を引き継いで、①肉体的に耐え難い苦痛、②死期が迫っていること、③苦痛を和らげる他の方法がない、④患者の明らかな意思表示、が必要であるとした(2)。名古屋高裁との違いは先に述べた正当業務行為に係わる⑤と⑥が欠けていることである。これは本件において医師がはじめて被告になったケースであるため

ある。ちなみにこれ以降安楽死・尊厳死裁判における被告はおしなべて医師であることに注目して頂きたい。このことはまた、戦後の患者の死亡場所の変化と無関係ではないと思われる。本稿で紹介した東京地裁のケースがあった1950年当時の病院における死亡割合は全死亡者数のわずか9%であったのが名古屋高裁の尊属殺人被告事件があった1962年当時では35%に達し、そして横浜地裁の東海大安楽死事件があった1991年ではついに70%を超えた(表1)。

表1 死亡の場所別にみた年次別死亡(%)

| 年次 Year | 施設内 Hospitalized | | 施設外 Nonhosp | |
|------------|---------------------|---------------|----------------|---------------|
| | 病院 Hospital | その他 Others | 自宅 Home | その他 Others |
| 1951 昭和26年 | 9.1 | 2.6 | 82.5 | 5.9 |
| 1955 昭和30年 | 12.3 | 3.2 | 76.9 | 7.7 |
| 1960 昭和35年 | 18.2 | 3.8 | 70.7 | 7.4 |
| 1965 昭和40年 | 24.6 | 4.0 | 65.0 | 6.4 |
| 1970 昭和45年 | 32.9 | 4.6 | 56.6 | 5.9 |
| 1975 昭和50年 | 41.8 | 4.9 | 47.7 | 5.6 |
| 1980 昭和55年 | 52.1 | 4.9 | 38.0 | 5.0 |
| 1985 昭和60年 | 63.0 | 4.3 | 28.3 | 4.4 |
| 1990 平成02年 | 71.6 | 3.4 | 21.7 | 3.3 |
| 1995 平成07年 | 74.1 | 4.7 | 18.3 | 2.9 |
| 2000 平成12年 | 78.2 | 5.2 | 13.9 | 2.8 |
| 2003 平成15年 | 78.9 | 5.2 | 13.0 | 2.8 |

人口動態統計より改変(3)

間接的安楽死は苦痛の除去・緩和が主目的である適正の治療行為とみなされるので患者の推定意思があれば容認できるとしている。消極的安楽死は尊厳死と同様、治療行為中止の範疇に入るとしており、その動機・目的が肉体的苦痛から逃れることにある場合であるとされる。判決文のなかの治療行為の中止の記述のうち消極的安楽死を構成する動機・目的部分を除くと尊厳死になると考えられる。判決文では治療不可能な末期患者に意味のない延命治療を打ち切って自然な死を迎えるのが尊厳死であるとしたうえで、治療行為の中止が許容される条件は①治療不可能な病気に冒され、末期状態にあること(ただし、死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方あるいは死の過程を選択する権利として認めたとに過ぎないとしている、この点安楽死と決定的に違う)、②患者の意思表示が必要(家族による推定意思でもよいことに注目)③治療中止の対象はすべての医療行為を含む(人工呼吸器の取り外しも含む)、以上の3項目を挙げている。

2. 今後の法的課題

尊厳死の概念や具体的条件は横浜地裁の判決を根拠とする流れが一応できたわけではあるが、いくつか曖昧さが残ったために今日でも問題を抱えている。まず第1に尊厳死と消極的安楽死は治療行為そのものの形態が同じなので動機・目的から区別せざるをえず、その違いは判然としにくい。いずれにしても治療中止の決定は患者の意思表示を尊重しつつも、家族による推定意思で足るとしている。尊厳死(自然死)を通常の治療行為の範疇でとらえるならば家族による推定意思で十分と考えることができる。しかしながら、もう

1つの問題と絡んで理解を困難にしているのは終末期が明確に定義されていないことである。

積極的安楽死では「死期が迫っていること」が条件になっているのに比べ、尊厳死では治療中止の内容は生命に直接影響及ぼす場合とそうでない場合に分けられており、前者では「死期が迫っている時」に許容され、後者では「より早い段階」で容認されるとしている。このような規定のしかたは積極的安楽死の根拠となっている緊急避難の行為と区別するためであろうが、尊厳死は「必ずしも末期状態とは限らない」という法学者の解釈を生み出している。「必ずしも末期状態とは限らない」尊厳死の治療中止について果たして家族による推定意思で十分かという疑問が生じるのである。

「必ずしも末期状態とは限らない」尊厳死の治療中止の問題の具体例は、例えば日本医師会が発表した「終末期医療をめぐる法的諸問題について」(平成16年)に述べられているように終末期を狭義と広義に分類し、狭義では余命1ヶ月程度の悪性腫瘍と思われる疾患を想定しており、他方広義では筋萎縮性側索硬化症(ALS)や遷延性持続的植物状態(PVS)を例に挙げ、治療中止の条件を提示している(4)。がん末期のある時点ではいかなる治療をもっても延命不可能という診断は難しくない。しかし、ALSの場合は人工呼吸器を取り外せば直ちに死亡につながり、そして人工呼吸器の装着を続ければ数ヶ月あるいは年単位に生存するケースもある。がんとALSの「死期切迫性」の意味はまったく異なり、同じ土俵上で議論することは難しい。こうした混乱が生じるのは、裁判では特定のケースについて判断するなかで一般的な条件を導き出した結果であるために、必要条件に言及できても医療全般について整理したものでないために十分条件を言及できなかった宿命の結果である。こうした状況のなかで個別の事情を抱えた事件が発生するたびに医療側の違法阻却性(免責)の根拠が定まらず、常に違法の脅威から逃れることができない。尊厳死立法や行政ガイドライン作成への要請はこうした状況から生まれているものと思われる。

3. 終末期ケア提供体制の整備の必要性

本来終末期への対応は単に医療の問題ではなく、死を迎える人に対するトータルケアとして位置づける必要がある。しかし、現状では全死亡者の8割が病院で死んでおり、病院は機能的には治療を中心とする施設として整備されているが、精神的ケア、社会的ケア、霊的ケアまでカバーする余裕がないのが普通である。望むらくはトータルケアが提供できる体制の充実をはかるべきであるが、いまのところ緩和ケア施設(がんエイズ患者のみ収容、ほとんどががん)や在宅ホスピスがそのような役割を担うことが期待されているにもかかわらず、緩和ケアベッド数は現時点で全国3000床に満たず、平均在院日数30日としても年間フル回転で3万6千人しか収容できず、年間がん死亡者数32万人の1割程度を占めるに過ぎない。在宅ホスピスの推進はこれからの課題で現況では需要に応えるにほど遠い。現在でも緩和ケア施設や在宅ホスピスの多くは終末期患者に対して治療よりも

ケアに重点を置いているので一般病院に比べ過剰な治療に歯止めがかかるように工夫している印象がある。終末期ケア提供体制の整備が進めば、現在焦点となっている法的問題や倫理的問題がケア体制のなかに大部分吸収されてしまうことが予想される。

4. おわりに

終末期の尊厳死を議論するときによく引用されるのはオランダ等先進諸国の法的整備の状況である。しかし、別表のように子細にみるとオランダとアメリカは確かに突出しているが、その他の国の状況はさまざまであり、各国の歴史的・文化的背景を背負っている(表2)。一方、病院での死亡割合は日本に比べかなり低く(オランダ、アメリカは35-40%)、老健施設の死亡割合は日本の7-10倍にのぼる。

その他緩和ケアの普及は格段進んでいることにもわれわれは注目すべきで、単に法整備の問題でないことに留意しつつわが国の終末期医療・ケアの充実を図る必要がある。

参考文献

- 1) 「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」, 平成16年度厚生労働科学特別研究事業報告書(主任研究者 林 謙治)
- 2) 横浜地裁: 東海大学安楽死事件, 判例タイムズ, 877号, 1995年7月
- 3) 厚生(労働省)統計情報部: 人口動態統計, 昭和26年-平成15年
- 4) 日本医師会医事法関係検討委員会: 「終末期医療をめぐる法的諸問題」, 平成16年3月

| 諸外国における終末期医療の法的整備状況 | | | |
|--|----------------|--|---|
| 国名 | 法的整備 | | 備考 |
| オランダ | 有 | 「終末期の緩和的鎮静のためのガイドライン」オランダ王立医師会 2005年12月(安楽死を目的としない) | 医療における同意: 16歳以上を対象(12-15歳未満は両親か法定代理人の同意が必要)「安楽死法」16歳以上の患者本人の要請に基づく。安楽死行為は検死官への届出義務, 地域審査委員会の審査あり。 |
| ベルギー | 有 | | 18歳以上の者が自発的に頻回にわたり医師に要望している場合医師がその患者の生命を終焉させることができる。 |
| フランス | 有 | | 2005年3月に「患者の権利と終末期に関する法律」制定(元老院)いわゆる積極的安楽死は認めず, 終末期において延命治療の制限もしくは停止を認める内容となっている。 |
| イギリス | 無 | BMA(英国医師会)ガイドライン「延命治療の中止と差し控え」, GMC(全国医療評議会)ガイドライン, 保健省ガイドライン(小児, 高齢者, 学習障害者別), 議会「慣習法」(未法制化だが法的効力を持つ) | 患者の意志決定や治療の差し控え・中止など医療上の倫理的問題に関して各関連機関が指針を定めている。また, 最高裁においても「安らかに尊厳を持って死ぬ権利がある」との判決を下している。 |
| ドイツ | 無 | 「医師による臨死の介添えおよび期待可能な治療の限界についての指針」(1998年)裁判所は生死に関する決定権能は無いと指摘(1997) | 2003年3月に大学関係者, 弁護士らの研究班において, 個別に終末期医療(緩和医療含む)指針を定める。 |
| スイス | 無 | 刑法の解釈において容認 | 「利己的動機でなく患者の利益のために行う自殺幇助であれば刑法に抵触しない」という法的解釈でもって, 末期患者への自殺幇助が広く行われている。 |
| アメリカ | 州法(尊厳死法, 自然死法) | 連邦政府「患者自己決定法(Patients' Self Determination Act)」(1990)で延命治療の拒否を選択可能。 | 余命6月以内で精神的判断力がある18歳以上に対して, 条件を満たした場合には自殺薬の投与が可能 |
| オーストラリア | 州法(北部準州) | 連邦議会の採決において, 無効とされた | 死に至る病気に苦しんでおり, 効果的な治療法がなく, 苦痛的緩和の治療が施されていることを条件に, 医師は罪に問われないと定めた。しかしながら, 連邦議会の採決において, 無効とされた。 |
| 「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドライン策定に関する研究」(H16年厚生労働科学特別研究) | | | |

日本における「尊厳死」の現状について

野口海¹⁾²⁾, 松島英介¹⁾, 松下年子¹⁾, 小林未果¹⁾

¹⁾ 東京医科歯科大学大学院 歯医学総合研究科 心療・緩和医療学分野

²⁾ 東京海上日動メディカルサービス

The Present State of “Death with Dignity” in Japan

Wataru NOGUCHI, Eisuke MATSUSHIMA, Toshiko MATSUSHITA, Mika KOBAYASHI

¹⁾Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

²⁾Tokio Marine & Nichido Medical Service

抄録

現在、緩和医療に取り組む医療施設は徐々に増加してきているが、実際は90%近くの患者が「一般病院での死」を迎えている現状に鑑みると、一般病院における「ホスピス・緩和ケアマインド」に基づいた医療や看護の提供が必要となってくると言える。しかし、緩和医療についての十分な教育と研修を受けた医療スタッフは未だ極めて少ない現状があり、緩和ケア専門病棟などと比べて、一般病院において満足すべき緩和医療が行われているとは言い難い。また、終末期のDNR (Do Not Resuscitate) など、いわゆる尊厳死を求める患者やその家族に対しては、一般の関心は深いものの、多忙な実際の医療現場ではその対応に苦慮しているというのが現状であると思われる。

終末期医療における患者およびその家族の声や、実際の問題として日々直面している医療現場からの意見や示唆を汲みとり、今後のわが国の尊厳死問題を方向付ける上で有効と思われる方策を探り出すことを目的として「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 松島英介助教授）は、現状調査を実施した。

その内容は、全国の一般病院の中から無作為に抽出された1000病院を対象に尊厳死に関する意識調査アンケートを送付し、返送された結果から一般病院における尊厳死の現状を考察したものであり、病名、余命告知、終末期の治療方針は、患者本人よりも、家族に伝えられ、意思を確認するケースが多く、多くの病院が終末期医療システムの不備を感じており、患者が「尊厳ある生」を過ごしながらか、尊厳死を達成するための前提条件として、終末期医療システムの整備をする必要があることが明らかとなった、とまとめている。

そこで本稿では、この調査結果について詳細に報告し、「尊厳死」問題の現状を分析していきたい。

キーワード：尊厳死、病名告知、家族、一般病院での緩和医療

Abstract

Although the numbers of medical facilities providing palliative care have increased in recent years, almost 90 percent of terminal patients still die in primary-care hospitals. These hospitals are required to provide medical treatment and nursing care based on "hospice and palliative care" conditions. However, at present, very few medical staff receive satisfactory levels of education and training about palliative care medicines. Therefore, compared with palliative care units, it is difficult to say that sufficient palliative care is provided in primary-care hospitals.

Also, the general public, especially patients who request death with dignity and their families, take a great interest in terminal medical treatments, such as DNR (Do Not Resuscitate). However, medical staff seem to struggle over terminal care in busy day-to-day hospital work.

Therefore, an evaluation study was conducted to study effective measures for coping with the issue of death with dignity in Japan by taking opinions and suggestions from medical facilities. (Research group "A study of death