

with dignity in Japan"; Chief researcher: associate professor Eisuke Matsushima, MD, Ph.D Graduate School of Tokyo Medical and Dental University, Department of Liaison and Palliative Medicine.)

In the study, questionnaires were sent to randomly sampled 1,000 hospitals selected at random, and the data analyzed. The study revealed that, in many cases, the name of the disease, disclosure of life expectancy, and options for care were provided to patients' families rather than the patients themselves. Also, many hospitals feel that there is a lack of options for palliative medicine. The result suggests that the healthcare system should be changed to allow patients to live with dignity and die with dignity.

This paper reports the details of the study's findings, and analyzes the issues surrounding death with dignity.

Keywords : death with dignity, cancer disclosure, family, palliative care in primary care hospitals

1. はじめに

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はいるが、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。

2003年(平成15年)に厚生労働省が全国の20歳以上の男女5000人(回収率51.6%)を対象に実施した「終末期医療に関する調査」によれば、自分自身が痛みを伴う末期状態になった場合に延命医療をするかどうかという問いに対して、20.5%の人が「やめるべきである」、53.5%の人が「やめた方がいい」と答えており、「続けるべきである」という答えは12.7%にすぎなかった。また、「やめるべきである」「やめた方がいい」と答えた人の58.9%は延命医療を中止したときに、「あらゆる苦痛を和らげる」ことに重点を置く事を望んでおり、「自然に死期を迎えさせる」は24.5%、「医師が積極的に生命を短縮させる」が13.8%であり、苦痛の緩和という視点が注目を集める結果であった。(図1・2)

図1 平成16年「終末期医療に関する調査等検討会報告書」

あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、単なる延命医療についてどのようにお考えになりますか。

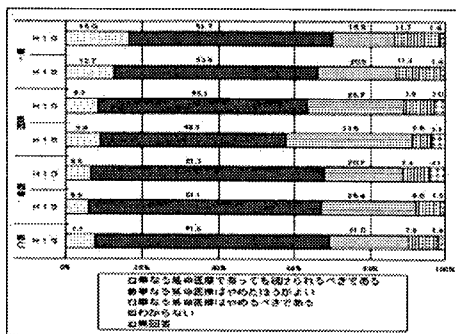
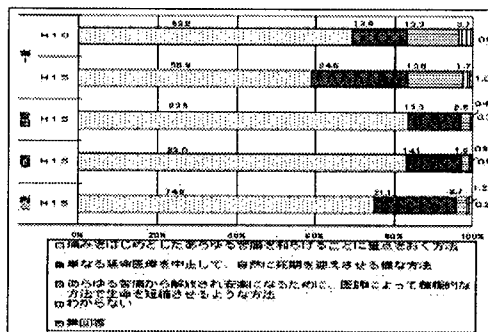


図2 平成16年「終末期医療に関する調査等検討会報告書」
単なる延命医療を中止するとき、具体的にどのような方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。



厚生労働省の他の調査によると、事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定する(代理人による意思表示)という考え方には、過半数の人が「それでよい」、または「そうせざるを得ない」と回答しており、肯定的である。代理人としては配偶者を上げる人が多いが、医師をはじめとする医療関係者は、代理人の意見の取扱いについて、十分な意見交換を踏まえて、一律に機械的に扱うのではなく、慎重に判断する必要がある、との報告も出されている。

これらの調査結果も含めて、終末期医療のあり方などを議論してきた「終末期医療に関する調査等検討会」は報告書を作成した。それに応える形で、2004年6月、無理な延命行為をしない、または医療行為の中止を決定するときの手順などを示すガイドラインを策定することを目的に、厚生労働省は「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」班(主任研究者:国立保健医療科学院 林謙治次長)を立ち上げ、これにより「尊厳死」をめぐる具体的で、本格的な作業が始められることとなった。

こうした流れの中で、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、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。

2. 研究目的

現在、わが国の終末期患者は、ほとんどがホスピスや緩和ケア病棟といった緩和医療専門施設や在宅での緩和ケアを受けて亡くなっているわけではなく、地元の「一般病院」でなくなっているのが実情である。そこで、「一般病院」ではどのような緩和医療を行い、また緩和医療を行っていく上で、どのような問題を抱えているのかといった現状を把握するため、以下の調査が実施された。

3. 研究方法

2004年10～11月の間に、「2004年版 病院総覧」内に掲載された病院（8171病院）から無作為抽出した全国の50床以上300床未満の一般病院1000病院（一般病床のみ病院群（500床）、療養病院も含む病院群（500床））を対象に、説明文および35項目からなる「尊厳死に関する質問票及び返送用封筒を同封し、病院長宛に郵送した。

送付先は、その都道府県の病院数に応じて割り振った結果、東京・大阪40病院、北海道・福岡39病院、沖縄19病院、三重・鳥取18病院、滋賀・島根16病院、山形15病院、その他の県20病院となった。

4. 研究結果

回答が得られたのは145病院（14.5%）であった。病床数の平均（±標準偏差；以下同じ）は164.5（±63.5）床、患者の平均在院日数は62.8（±151.3）日、病名割合では、悪性新生物が13.1%（±11.8）・脳血管疾患が28.2%（±41.3）・循環器系疾患が15.4%（±12.6）を占めていた。年間入院患者数の平均は2248.4人（±2749.2）、年間退院患者数の平均は1762.1人（±1411.0）、年間死亡退院患者数の平均は102.8（±66.0）人であった。入院患者のうち、終末期患者の占める割合は9.1%（±13.3）であった。

終末期における患者本人への病名告知の達成率は、病院間でかなりの幅があり、平均45.9%であった。同時に、本人への治療方針確認は47.2%であり、本人への延命処置の希望確認や余命告知となるとさらに低い値（15.2%、26.6%）であった。一方、患者の家族に対しては、病名告知率は95.8%、余命告知率は90.8%で、治療方針の確認や延命処置の希望確認の割合も、平均で8割を超えていた（83.4%、86.8%）。（図3・図4）

図3

病名告知率と治療方針の確認の割合

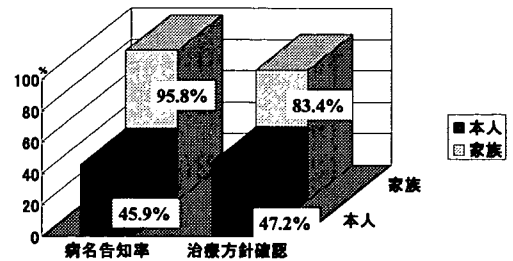
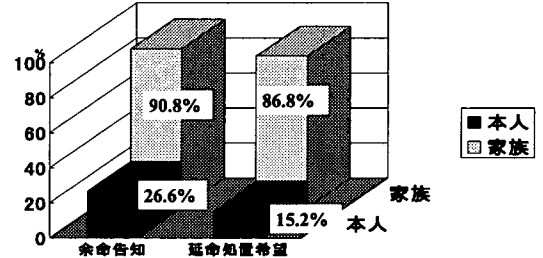


図4

余命告知と延命処置の希望を確認する割合



終末期における痛みの発生頻度については、治療を必要とするような痛みがある割合は49.2%（±28.4）、痛みの治療にモルヒネを使用する割合は77.0%（±29.6）で、鎮静（セデーション；呼びかけに応じない程度に意識を深く低下させる）を必要とした患者の割合は、10.6%であった。終末期における精神症状の発生頻度については、抑うつ・不安が出現する割合は47.0%（±27.3）、せん妄が出現する割合は20.6%（±17.6）であった。また、終末期患者の抑うつ・不安やせん妄など精神症状の対応は、主治医・看護師でなされている場合がほとんどであった。（図5・図6）

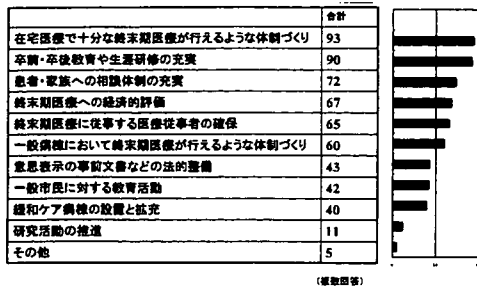
図5

- 治療を必要とするような痛みがある割合
49.2% (SD±28.4)
- 痛みの治療にモルヒネを使用する割合
77.0% (SD±29.6)
- 抑うつ・不安が出現する割合
47.0% (SD±27.3)
- せん妄が出現する割合
20.6% (SD±17.6)

今後、一般病院での終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきかとの問いについては、「在宅医療の体制整備」や、「医師への研修制度」、「患者や家族の相談窓口の充実」など、ソフト・ハード両面の体制の充実を指摘する声が多かった。（図7）

図7

終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきだとお考えですか

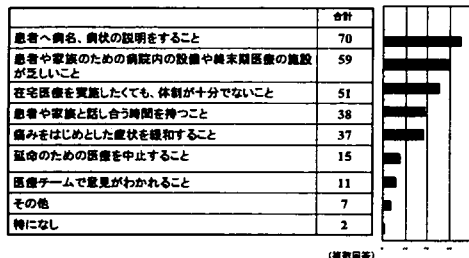


(複数回答)

また、終末期患者の診察に関わり、どのような点に困難を感じるかという質問に関しては、「患者へ病名、病状の説明をすること」、「患者や家族のための病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」「在宅医療を実施したくても、体制が十分でないこと」など情報の伝達（コミュニケーション）に絡む指摘が多かった。（図8）

図8

終末期患者の診察に関わり、どのような困難を感じているか



(複数回答)

最後に、尊厳死の定義についての質問については、「延命処置を行わないこと」（6.9%）という回答よりも、「苦痛を緩和すること」（71.5%）が高率に選択され、医師にとっても、「尊厳死」については単なる延命医療の中止だけではなく、もっと広いイメージをもっていることがわかった。

5. 考察

1) 情報提供

今回明らかになったことは、一般病院においては、まずは家族に病状や今後の方針についての意見を求めることが多く、積極的に本人の意思が確認されることよりも、家族の意見が医療行為に反映されていると考え得る場合が多いことである。患者本人の希望をじっくり聞きたい思いはあるが、時間的・物理的制約から、まずは家族に情報を伝え、意向を聞くことで、トラブルとなるのを避けようとしている背景もあると思われる。もちろん、各病院により、返答内容には大きな違いがあり、全国の一般病院を一括りにするのは困難であるが、現場で対応している医療者の困惑は明確に存在していると思われる。このことから考えれば、終末期において「本人への情報提供（告知率、余命率、治療方針、延命処置の希望等）」が100%近い割合で行われている主要な基幹病院やセンター病院の現状と、50~300床の一般病院では、医師・患者関係にも大きな違いがあることが明らかと

なり、病院背景に合った対応を考えていかななくてはならないことが示唆された。また、基幹病院で診断を受け、紹介されて療養等のため、一般病院などに転院してきた際など前病院でどの程度告知がなされているのか、患者はどの程度理解しているのか、家族はどのように考えているのか、など様々な情報を短期的に収集し、処理していこうとする場合には、患者の状況の確認を含めて、どうしてもまず家族に話をしてしまうという流れがあるように思われる。

これらの問題を解消していくためには、一般病院の医師や看護師向けの、告知や情報収集についてのフローチャート（作業図）のようなものを用意していくことで、同様の対応を行うことが出来るようになり、医療従事者のストレスも低減されるように思われる。さらに、一般病院で緩和医療を担当する医師や看護師には、患者の意思や家族の意向を的確に把握するコミュニケーション技術を身につけてもらう必要があり、このための教育・研修を積極的に進めることが重要な施策となるであろう。緩和医療においては、医師や看護師がカウンセラー的役割をも含めて期待されているという背景もあるので、患者や家族の思いを聞くために医療関係者がコミュニケーション技術を身につける必要性はかなり高いと考えられる。

同時に、家族への十分な対応が出来ているのかという視点も重要になってくる。患者にとって精神的支えとなり、看病や医療従事者からの病状説明において中心となる人（キーパーソン）が誰になるのかを早期に見つけることが肝心であるが、終末期になると人間関係が複雑となり、法的な問題も介在してくるので、医療従事者が積極的に家族関係に介入するのは難しい状態であるという側面もある。そのため、まずは、身近な家族に患者の状況や方針について話をし、患者へどの程度状況を報告するかを検討するという流れになってしまうことについては、仕方がない部分もある。コミュニケーション技法については、患者が希望するものとして「環境設定（質問の促し方、家族の同席など）」「情報提供（今後の治療、日常生活や仕事への影響など）」「伝え方（はっきりと正直に、適切な表現）」「情緒的サポート（患者の感情を受け止める、家族へも患者同様の配慮）」などが言われている。がんセンターなどを中心にして、コミュニケーション技法研修も行われているので、積極的に参加出来る体制を一般病院の中に作っていくことも大事である。

医師等の医療関係者と患者との間に日頃から信頼関係が構築されていることが、終末期において、患者の意思に沿った医療の基本となる。したがって、医療関係者は患者との信頼関係を逸早く築く努力をすべきである。

2) 痛み、精神症状と鎮静

痛みや抑うつ・不安・せん妄など精神症状の出現率は、基幹病院などの調査から一般的に報告されているものとはほぼ同様であり、病院形態間で大きな差は見られなかった。この点からは、終末期の症状緩和に対するマニュアルをより充実し、共有していくことは有効であろう。終末期患者の精神症状や身体症状など、症状に関わる対応などの指針やマ

マニュアルは、症例数が多い基幹病院やセンター病院が収集し、データをまとめ各病院群に配布するという方向性には大きな意味があると思われた。

終末期に出現することが多いといわれている精神症状については、一般病院において主治医や看護師が対応しており、精神科医などの介入は少なかった。一般病院に精神科医が常駐していることは少なく、良くて非常勤での勤務が多い。そのような環境のなかで、精神症状への対処は、担当医師や看護師が行うしかなく、担当者の負担が増える状況となっている。時間的制約がある中でやるべきことが増していき、本人や家族と良いコミュニケーションを心がけなくてはいけないという状況は、担当者にとってかなりストレスフルな状況になっていると言えるだろう。

鎮静を必要とした患者の割合は、我々が予想していたものより低い値であったが、基幹病院では良く施行されている状況が一般病院の担当医師まで情報が伝わっていない可能性もあり、終末期患者への対応という部分では、研修制度の充実や、相談窓口の創設なども検討し、データや情報を全国的に一元化することで、全国で同様のサービスが提供できるようにしていくべきであると思われた。

3) その他

終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実させていくべきかとの問いについては、医療従事者への卒前・卒後教育や生涯研修の充実や患者・家族への相談体制の充実、在宅医療の体制整備、一般病棟において十分な終末期医療が行えるような体制づくりなどソフト・ハード両面の体制の充実を指摘する声が多かった。この意見は、そのまま現在の一般病院における終末期医療体制の問題点を指摘しているとも言える。十分な教育がなされることなく、多忙を極める一般病院の医師が、終末期ケアや本人や家族への情報提供を十分にするというのは極めて困難な状態である。そのためには、本人・家族等への相談窓口の充実と共に、医療者の相談窓口も創設していくことが重要である。一般病院の医師にとっては、すぐに相談できる同僚や専門家がそばにおらず、不安感が強いと話している方もみられた。緩和ケア病棟などを含め、チームケアの重要性が謳われていることから考え

れば、一般病院の医療従事者間でのネットワークを構築し、情報の共有や勉強会、研修会などを相互に開催することで、他病院での状況を把握することが、更なる一般病院での緩和医療の充実につながっていくものと思われる。保健所などの公的機関も積極的に勉強会やネットワークに参加し、それぞれのメンバーが顔見知りになっておくだけでも、従事者の安心感につながっていくであろう。

一般病院の医師が考える「尊厳ある死」とは、「本人が苦痛でないように緩和をすること」という意見が最も多かった。その思いを実現させるためにも、より良い体制を構築していくことが重要であろう。

6. まとめ

今後は、上記の様な一般病院での医療背景があることを加味しながら、インフォームド・コンセントの問題や緩和ケアシステムの整備、「尊厳ある生」を迎えるための環境整備などを行っていかなくてはならない。終末期患者の精神症状や身体症状など、症状に関わる対応などの指針やマニュアルは、症例数が多い基幹病院やセンター病院が収集し、データをまとめ各病院群に配布するという方向性には大きな意味があると思われる。50床以上300床未満の一般病院において、病名・余命告知、終末期における治療方針や延命処置の希望は、患者本人に直接伝えられるよりも、家族に伝えられるケースが多かった。

他病院（例えば大学付属病院などの大病院）で告知や治療を受けた後に、中小規模病院に紹介されてくるがん患者数が少なくない現状では、一般病院の担当医に対しての啓発活動、告知マニュアルなどの作成をしていくことが必要になってくるとと思われる。

多くの病院が、終末期患者が「尊厳ある生」を過ごしながら、尊厳死を達成するためには、終末期医療システムの整備をする必要があると考えている。

参考資料

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会報告書 平成16年3月
- 2) 「わが国における尊厳死に関する研究」平成16年度 総括・分担研究報告書（主任研究者：松島英介）

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—

高田真之

読売新聞東京本社編集局科学部

Opinions in Terminal Stage

Masayuki TAKATA

The Yomiuri Shimbun

抄録

読売新聞は2006年6月までに治療の中止に関する病院アンケートを実施し、施設によって治療方針が大きく異なる実態が浮き彫りになった。厚生労働省は終末期医療に関するガイドラインを2006年度末に示す方針だが、現場の実態に合った指針が果たして示せるのか注目される。この問題は医療界だけでなく政治、行政が大きく関与すべきで、国民1人ひとりの合意がなければ、解決の道に結びつかない重い課題でもある。一記者として医療現場や行政を取材した立場から、射水市民病院での呼吸器外し問題を含む一連の問題を振り返り、終末期をめぐる医療が今後、どのように在るべきかを考えてみたい。

Abstract

In June 2006, the Yomiuri Shimbun carried out a the hospital questionnaire concerning discontinuance of treatment, and threw into relief the reality that the treatment policies differ greatly between hospitals. It is possible to prove or at least produce a suitable indicator, that this is under scrutiny although the Ministry of Health, Labour and Welfare plans to reveal guidelines concerning terminal care at spring of 2007. This is an issue for not only the medical treatment field, but also politicians and the administrators: it is a serious problem in which there is a conflict of opinions, not related to the road of the solution either. We should consider how medical treatment for terminal patients should be implemented in future by looking back on recent events, including the problem of outside the respiratory organ in the Imizu citizens hospital from the standpoint where the medical treatment site and the administration were covered as one journalist.

末期がん患者ら7人の人工呼吸器取り外しが発覚した富山県の射水市民病院をめぐる問題は、大きな衝撃を列島全体に与えた。しかし、現在では事態も沈静化し、新聞の全国欄に同問題の関連記事が載ることは稀だ。次に紙面を騒がすのは、富山県警が元外科部長の刑事責任について、一定の判断を下す時か、あるいは同様の問題が別の場所で発覚した時だろう。

人工呼吸器の取り外しを含む治療の中止行為が社会問題に発展したのは、今回が初めてではない。記者歴が11年し

かない私でさえ、当事者として取材するのは北海道羽幌町で2004年2月に起きた事件に次いで2回目になる。

羽幌と射水に共通しているのは、警察など司直が長い捜査を続けているうちに、社会的な関心が失われていく点だ。同様の問題がどこかで起きると、また同じ議論が繰り返される。

羽幌事件の時、大多数の医療者の共通認識は「いったん取り付けた呼吸器は外せない」という意見だった。多くの病院では、いまでも患者や家族に対して、このような説明を行っているはずだ。

羽幌事件の当時、北海道の支社に赴任していた私は、人工呼吸器を外した医師に話を聞こうと試みた。だが、当時私と同年だった医師は堅い口を開こうとせず、結局その意図を聞くことはできなかった。その点でメディアを通じて自分の正当性を主張する射水市民病院の元外科部長とは異なっていた。

羽幌事件を簡単に説明する。同町内に住む90歳の男性がのどに餅を詰まらせ、心肺停止状態で病院に搬送された。当該医師の蘇生措置で心臓が再び動き出したため、人工呼吸器が装着されたが、医師は「脳死状態」と患者の家族に説明。その了解を得た上で呼吸器を取り外した。その後、警察に異状死届けをして捜査を受けることになった。

医師は取り外す前に、男性の家族に病状や医療費がかかることなどを説明したといい、取材に応じた長男もその点を認めている。北海道警は医師を殺人容疑で書類送検したが、札幌地検は2006年8月、医師の行為と男性の死亡との因果関係を否定し、不起訴処分を下した。

射水市民病院のケースは記憶に新しいので多くを振り返りはしないが、伊藤医師はいずれの患者についても「一兩日中に亡くなるとみられた」と話しており、患者側の意向で呼吸器を外したことを強調している。

羽幌にせよ射水にせよ、いずれも警察の捜査を報道機関がキャッチし、世間の知るところとなった。「(呼吸器外しは)患者家族と医者との間で、あうんの呼吸で行っている問題。発覚したのは氷山の一角に過ぎない」。北海道にいた当時、ある医師がため息混じりに放った言葉。彼は「二人とも運が悪い」とも語った。

呼吸器外しは、果たして先鋭的な医師の独走か、それとも至る所で行われている行為なのか。射水の件が発覚した時、私は羽幌以来抱えていた疑問を今度こそ払拭したいと思った。「氷山の一角」というなら、水面下の実態を浮き彫りにして世に問いたい。そうでないと、いつまでも推定の上で議論を戦わせなければならないからだ。

ありがたいことに、既にお手本が存在していた。今年2月、日本集中治療医学会が会員を対象にアンケートを実施しており、「呼吸器の取り外しを含む治療の手控えをしたことがある」との回答が9割を占めていたのだ。回答には医師が単独で決定したケースも含まれていた。

基本的にチーム医療のICUですら医師の独断がまかり通るなら、慢性期の患者が主な診療対象の地方病院では、もっと行われているに違いない。読売新聞で医療問題を担当する医療情報部と私の所属する科学部が連動してアンケートを行うことにした。

最初は「人工呼吸器の取り外しなどを尋ねる設問に医療機関が答えるだろうか」という不安を抱えていた。調査の方針をそれとなく伝えた厚生労働省の幹部は「逮捕される可能性があることを医療機関が答える訳がない」と笑った。

現場の専門家が読んでも問題がない調査項目にするため、国立保健医療科学院の林謙治次長に協力を仰ぎ、2006年4月末から5月中旬にかけ、設問を何回も練り直す作業を続

けた。そして、26項目に及ぶ設問を作り、全国100床以上の病院から600機関を抽出、それに大学などの特定機能病院を加えた685機関にアンケート用紙を郵送した。

有効回答を寄せたのは240施設(35%)だった。残りの7割弱が回答を拒否した訳だが、2週間の回答期間をさらに伸ばしていたら、あるいは回答率が上がったかもしれない。だが、呼吸器外しの問題が国民の記憶に新しいうちに、結果を示す必要があったのでやむを得なかったと思っている。

回答結果は、「治療停止や差し控えを経験したことがある」は56%に上った。これを多いとみるか、少ないとみるかは、人によって違うと思う。数字に対する印象は「妥当」と感じたが、正直、医療機関がここまで正直に回答してくるとは考えていなかったのも、その点では内心驚いていた。

詳細は、2006年7月31日付読売新聞東京本社版1面、3面と8月4日付特集面を見て頂きたいが、以下に簡単に説明する。

240病院のうち134機関が「延命措置の中止・差し控えを行った」と答え、「人工呼吸器の未装着・取り外し」がその71%を占めた。呼吸器以外だと、「昇圧剤や抗生物質などの薬剤投与」の中止・減量が70%、「輸血など血液循環」「人工透析」の中止はそれぞれ35%、34%と続いた。「すべて中止する」と回答した施設も3%(4施設)あった。

治療中止などの決断を「医師個人」がしたとする回答も46%に上った。調査対象の医療機関や回答機関の病床数に偏りはなかったはずだが、射水や羽幌で問題とされた「医師の独断」が、現場では当たり前の行為だという点がはっきり示された。

その一方、現場の医師たちは、終末期医療をめぐるルールがない現状に不満の声を寄せ、72%が法律やガイドライン(指針)などのルールを求めた。指針を求める声が60%と、法制化(17%)を大きく引き離し、医師は裁量権を広く認めるガイドラインを望んでいるという現状も浮き彫りになった。

決定過程の透明性を図るための倫理委員会の存在についても、今回のアンケートで設問にした。倫理委員会を設けているのは82%で「準備中」という機関も含めると9割に上ったが、その審査対象を終末期医療に限定した機関はなかった。だが、メンバーをみると、院外の第三者を含めている機関が8割に達し、3割には法律家が入っていた。

アンケートでは、自由記述欄を複数設定し、現場の声をできるだけ集めるように心がけた。予想以上に記述してくれた回答が多く、その後の検証や取材に役立った。

一例を挙げると、「どのような状況だと人工呼吸器を付けない、または取り外すという選択で迷うか」という設問に対し、北陸地方の病院長は「家族ができる限りの治療を求めている場合、患者との話し合いで呼吸器を付けないことで合意していても、いざ亡くなる前に家族が大騒ぎをする」と、回答してきた。その他の自由記述欄でも、詳細に事例を説明

したり、自分の意見を小さな字でびっしりと書き込んできた回答用紙が多く、現場の医師たちが不安を抱えながら医療を行っている現状が伺えた。

また、「十分なインフォームド・コンセントを行えぬまま、措置を行う可能性がある」（近畿地方の病院長）ので、現状では治療中止は認められないとする意見もあった。インフォームド・コンセントは一般用語として広く普及しているが、「十分な説明とそれに基づく合意」が限られた時間で本当にできるのかどうか難しい。いずれにせよ、ルールを求める声は切実だった。

調査の開始時点で、我々はアンケートをまとめた記事を出すことだけがゴールだとは考えていなかった。240枚の調査用紙は取材対象となる医師たちが眠る宝の山だ。用紙回収と同時に、自由記述の欄を読み込み、取材対象となり得る医療機関のリストアップを始め、現場の実態を描く7回の連載を企画した。それぞれのテーマに沿って複数の記者が、北海道から九州まで全国各地の医療機関に飛び、限られた時間の中で取材を行った。

中部地方の副院長は、終末期の患者が延命装置を外して欲しいと切望し、震える手で書き記した文書の文面を取材記者に見せてくれた。判読しづらい文字は、患者の体調や心理状態を表しており、鬼気迫る内容だった。それでも医師は「呼吸器を外すことだけはしない。事件として騒がれるのはいつも呼吸器外しだから」と呼吸器を外さなかったという。患者の意向と刑事訴追されることへの恐れとの板挟みにある現状を打ち明けた。

ある医療機関では、医師と看護師の間で治療方針をめぐって意見が割れた例を紹介してくれた。その機関では倫理委員会が3時間に及ぶ議論の末に家族の意向を支持し、患者の心臓ペースメーカーを外す決定がされたという。その一方で、九州地方の救急医は「呼吸器の装着は医師の判断だが、病状が改善しないときに家族にどのように説明すべきか苦慮する」とも話した。

東北地方の副院長は作成中の指針案を見せてくれた。文案には人工呼吸器の中止についてもしっかりと明記されていた。札幌の施設長は「慢性期の病院では医師と患者・家族が元気なうちから話し合い、方針を決めておくことが大事。そのやり取りの中で相互の信頼関係が生まれる。死に関する話を避けるのは、医療機関として怠慢」と強調した。

その一方で、「治療の中止は絶対にしない。最後まで病気と戦うことが治療であり、（中止は）医療の敗北だ」と治療の中止を頑なに認めない医師もいた。同じ分野の医師でも、医療機関によって考え方が全く異なったり、現場によって抱える悩みも色々あった。

医師数が少ない地方病院が切実に悩みを訴える一方、へき地でも終末期医療に関してしっかりしたチーム医療を準備している病院もあり、地域的な傾向はなく、全国的な問題であることも浮き彫りになった。

連載には、300通を越す投書が寄せられるなど、予想以上

の反響に驚き、急きょ反響を基にした続編を作ることになった。大半は身内を看取った遺族からの手紙だったが、若い高校生からも意見が寄せられ、命をめぐる重いテーマだったのに、幅広い読者の支持を得た。

医療者を取材した最初の連載と異なり、今回は身内が逝った時から心の底に澱（おり）となって残っている経験をじっくりと聞き取る取材になった。原稿化も細心の注意を払った。

2006年8月18日付から28日付までの延べ7回にまとめたが、ここでは、医療機関側とは違う読者の思いを中心に紹介したい。

私が取材した50歳代の女性は、15年間看護し続けた母親の看取りについて今も思い悩んでいる。亡くなる一か月前、容体が急変した時、自分の思いとは逆に兄の意向で呼吸器が装着された。兄は遠くに住み、時折訪ねてくるだけだったが、「最後まで面倒をみたい」という兄は主張し、女性はその意見を尊重した。

その後も、兄はろくに看病に来なかったが、たまたま臨終を迎える時、見舞いに訪れていた。逆に女性は自宅に戻っており、急変の連絡を受けて病院に駆けつけた時、母親は亡くなっていた。

女性は取材に対し、「母親は延命を臨んでいなかった。15年間の看病でそれが分かる」と話した。東海大安楽死事件で横浜地裁が示した判決によると、治療の中止は患者本人の意思が不明の場合、家族の推定意思でそれに代わり得となっている。今回の場合のように最も意思を反映できる人が自分の考えを示さなかった場合はどうなるのだろうか。非常に難しい問題だと思う。

医療スタッフとうまく対話を図ることができないケースもある。2006年5月に父親を亡くした京都府の60歳代女性は、治療を希望したのに主治医から「万が一の時になっても人工呼吸器を着けない」と言われた。

父親も闘病する気でいたのだが、主治医は取り合わなかったという。入院2か月後に父親の容体は急変したが、呼吸器の装着を頼むこともできないまま、父親は逝った。女性は「患者や家族1人ひとりの意向をくみ取る仕組み作って欲しい」と取材に応えた。

「尊厳」とは人それぞれによって異なる。延命措置をしないことが人の尊厳を守ることあれば、最後まで壮絶に病気と闘うことが尊厳だと思う人もいる。大事なのは、医師が患者や家族の思いをどれだけくみ取ることができるか、だ。医療機関側が良かれと思うことが患者側にうまく伝わらない場合もある。取材を通じて痛感したのはコミュニケーションの難しさだ。

取材の過程で出会った患者団体の関係者からは、親の命をつなぎ止める人工呼吸器のスイッチを自分で切った経験を打ち明けられた。刑事訴追を恐れた医師が折衷案として提案してきたという稀なケースだ。後日、この遺族と連絡を取ると、「医療全般を信頼できない」と、強い調子で医療不信を口にした。

実態調査とそれに立脚した連載が終了したのは2006年8月末だった。実はそのころ、厚生労働省のガイドライン原案作りも大詰めを迎えていた。射水問題が発覚した直後、川崎厚生労働大臣（当時）は治療中止の指針を作成する方針を示していたため、小泉政権が任期満了の2006年9月までに同省は原案を作り、大臣に報告する方針を示していたからだ。

大きな社会問題だった2006年4月ごろ、同省はガイドラインについて（1）対象疾患を示す（2）治療を中止できる末期を定義付ける——ことと、中止をする際に必要な手続きを規定することを検討していた。

だが、そのトーンはどんどん後退していった。当時の取材メモには「細部まで決めないと、ガイドラインとして意味をなさない。だが、細かく規定すると、現場の実態と合わなくなる」という同省幹部の発言が並んでいる。

射水問題では、元外科部長の独断による決定に批判が集中していた。それと共に、呼吸器を外すにあたってその医学的判断が正しかったのかどうか、も論点となっていた。だが、これは簡単に結論が出ない問題だ。不起訴処分となった羽幌事件の場合、警察が2005年に書類送検した時と、札幌地検が不起訴処分を出した時とでは、医師の鑑定結果がまったく異なった。警察の場合はクロ、地検のはシロ、だったのだ。こうしたことも影響したのだろうか。厚生労働省が2006年9月15日に公表したガイドライン原案には、対象疾患と末期の定義が消え、手続きだけになっていた。

結局、厚労省のガイドライン原案は（1）医師の独断を避けるために医療チームで方針を決定する（2）患者の意思が確認出来ない場合は、家族の推定意思などから最前の治療を選択する（3）合意に至らぬ場合は、倫理委員会など複数の専門職で構成する委員会が方針を検討、助言する・・・という内容になっている。末期の定義やガイドラインが適用される疾患の範囲について、厚生労働省は「病院ごと、地域ごとに実情に応じた形で考えて欲しい」と話している。

だが、地域別にそうした約束ごとを決めるのは、さらに時間がかかるだろう。また、住む場所によって治療の中止の時期などが変わるのでは、医療の格差が生じる懸念を払拭できない。現場から「これは使えるのか疑問」（東北地方の副院長）という声も上がっている。

原案は2006年9月中旬に公表したが、同時に国民に向けて広く募集した意見は2007年1月5日現在で65件にとどまっている。激しい反発に身構えていた厚生労働省は「少々肩すかしを食った」（医政局総務課）らしい。通常、国が行う意見募集に比べると、数は多いというのが2006年3月の盛り上がり比べて寂しい数字だ。

我々が調査・集計と取材を行っている間、超党派の国会議員で作る「尊厳死法制化を考える議員連盟」（会長・中山太郎元外相）も活発に動いていた。射水問題が発覚した2006年3月に会合を再開し、月に一回のペースで勉強会を繰り返していた。67人全員が集まることはなかったが、たえず15～20人が参加し、医療界や行政、法律家、宗教界から専門家を呼んで、法制化の妥当性を検討していた。

国会提出に向けて彼らが作成した法案要綱骨子案は、15歳以上の患者が「助かる見込みがなく、死期が切迫していると認められる」状態になった場合、延命措置の拒否を表明できると規定。これを受けて医師が延命措置をしなくても法的な責任を問われない、という内容だった。

2006年夏まで数回開かれた勉強会では法制化に対し宗教界から強い異論が出たほか、医療関係者からも法制化はなじまないとの批判も浴びせられていた。射水の問題が沈静化して以降、活動は休止状態だ。国や学会の指針とどのように整合性を保つのか不透明な部分も大きい。議員たちは法案を提出する構えを崩していない。

国や国会の動きとは別に、学会もガイドライン作りを進めている。例えば、日本集中治療医学会は2006年8月、学会員に対する「勧告」という形で方針を発表。末期の判断について患者か、その家族の意思を把握した上で「施設内の公式な症例検討会で合意を得るべき」という文言を盛り込み、チームで対応する原則を明記した。「医師が法的な訴追を免れるためには透明性を高めねばならない」（学会幹部）として、学会員の中で末期医療に関する倫理的なアドバイスができる人材の育成や、末期医療に関する第三者機関の創設を目指している。

注目されるのは、勧告の中で治療の手控えや中止を選択するにあたり、患者家族にその内容やその後起こりうる症状を「出来る限り具体的かつ平易に説明し、理解を得る」と謳った点だ。患者家族とのトラブルを避けるのが狙いなのだろうが、患者が分かるように説明することを学会員に求めた点は高く評価すべきだろう。

日本救急医学会も2006年12月の特別委員会で、2007年2月をメドに学会としての指針案を示すことで合意した。その中で、延命措置の中止項目の1つとして「人工呼吸器の取り外し」を明記した。さらに、患者が末期状態かどうかを判断する際、医師の独断を避けるため、複数の医師や看護師らで構成する医療チームが検討し、その過程を記録に残すことを盛り込むという。厚生労働省が示さなかった末期の判断を学会指針が補完する形になる。

このほか、日本病院会や全日本病院協会といった都市部や地方の病院が参加するグループも、それぞれガイドライン作りを進めている。厚生労働省の検討会が2004年に報告書の中で、学会の役割として示した指針の作成作業が、射水問題でようやく前に進んできたといえる。

実態アンケートとその後の取材で、医療現場の一端が少し垣間見えるようになった。しかし抽出調査に基づく取材には所詮、限界がある。我々の取材もほんの表面を撫でたに過ぎず、やはり水面下ではどのようなことが起きているか想像すら出来ない。

それでも、「あうんの呼吸」の一言で片づけられていた治療の中止や差し控えが、実は院内のルールに基づいて行われていたり、実際にルールを作り始めたりする医療機関の存在も判明した。

治療の中止を含む終末期医療の問題は、医療技術の発達に伴い、より切迫性を帯びている。ガイドラインを守った医療機関の行為が刑法に問われることに、懸念を抱く医療者も多い。

2007年1月に終末期医療に関する象徴的な問題が発覚した。岐阜県立多治見病院で、延命措置の中止を望む患者が、その意思を文書で示した後、病院側が院内ガイドラインに基づき、倫理委員会が中止方針を決めても、病院管理者側が踏み切らなかったのだ。問題の背景には、刑事訴追に対する異常なまでの恐れがあったのだろうが、やはり法律による裏付けがないと、自分たちが作ったルールすら尊重できないのだろうか。治療中止が手続きを決めるだけでは解決できない、深い問題だということを改めて示した事例だった。

ただ、まずは現時点で挙げられる課題を少しずつでも解決していく努力は必要だ。事件が起きる時だけ問題視し、あとはタブー視するという現状を変える必要がある。それには我々マスメディアも継続的に報道すべきだろうし、そういう仕掛けが大事だ。実際に今回のアンケートは射水問題の発覚から4か月も遅れたが、大きな反響を呼んだ。

死生観は、国民1人ひとりが異なっていてよい。むしろ誰かのお仕着せであってはならない。患者の死生観を尊重し、その上で取り巻く医療者や家族が十分に話し合うことが求められる。

実態調査や取材を通じて感じたのは、医療者と患者の間で信頼関係がしっかりと構築されている場合は、トラブルに陥る可能性が低いという事実だ。逆に十分な話し合いがないとお互いに不信感を募らせ、双方に不満が残るし、訴訟に発展するケースもあるだろう。

とくに終末期医療の場合は家族の意向が大きな要素として絡み、関係者が増えることも問題を複雑化する。遺産問題や医療費など金銭問題も背後に存在するし、介護や看護の問題も大きい。

法制化にせよガイドラインにせよ、患者の疾患も容体もそれぞれだし、取り巻く家族環境も経済状態も異なる。地方によって慣習も異なれば、世代によって死生観も変わってくる。むしろ医療機関で対応が割れる方が自然なのかもしれない。

病院によって提供されるサービスが異なるのならば、いつそのこと、それを患者に選択させるような仕組みを構築できないだろうか。患者には適切で好ましい医療を選ぶ権利がある。それを一律に規定することはできないなら、選ぶ権利を与え、考える時間を持たせることが大事だろう。

もちろん治療の中止そのものに対してアレルギーを感じ、ルール化そのものを受け入れない人もいる。だが、少しでも国民の間で議論し、1人ひとりが自分の意見を作っておくことが誰もが不幸にならない一番の処方箋ではないか。われわれマスメディアがその一助となり得る情報を常に提供することも大事だと考える。

参考資料

読売新聞東京本社版2005年7月31日付～8月7日朝刊、同18日付朝刊、21～25日付朝刊、同28日付朝刊。

厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」2005年。

日本集中治療医学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」2005年。

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

国立保健医療科学院 政策科学部

Medico-ethical Issues and Legal Framework in Japan's End-of-Life Care System

Tomoko KODAMA

Policy Science Department, National Institute of Public Health

抄録

終末期医療を取り巻く話題については、1980年代後半から先進国各国の医療現場において「安楽死」、「尊厳死」、「医師による自殺補助」をキーワードに論争が続いているが、このような背景には、自国の保健医療体制、中でも緩和医療の整備と充実を基本とし、医療従事者がプロフェッションの集団としてある程度統一した見解を持つことが求められる。一方で、患者自身の権利を保障する法的整備や医療を取り巻く司法との関係が重要視され、医学・倫理学・法学を包括した新たな課題が提起されている。本稿では英国での裁判の事例を挙げ、医療現場における法的枠組みがどのように構築されているのか、人工呼吸器やなどの延命治療の差し控えと中止について、どのような手続きを通じて司法判断が下され、患者自身の意思決定がどのように尊重されるのかについて述べる。

キーワード：終末期医療，法律，倫理，患者の権利

Abstract:

Since the late 1980s, issues pertaining to end-of-life care have been discussed in the health care practices of several developed countries especially euthanasia, death with dignity and physician-assisted suicide. Those discussions are based on conditions within each individual healthcare system and mostly related to palliative care provision; consensus among medical professionals is required in principle. However, legal support for assuring patients' rights and better medico-legal framework are necessary for a comprehensive approach, covering medico-legal and ethical issues in end-of-life care. This paper describes how a legal framework could be built and how patients' decisions should be respected in medical practice in Japan, and also how medical decisions could be conducted under national laws, including withholding and withdrawing life-sustaining treatment, compared with the examples and judicial decisions in the UK.

Keywords : end of life care, laws, ethics, patients' rights

1. 患者の権利－英国の裁判事例と国際動向－

2002年3月、英国高等裁判所で自分の延命治療の諾否を判断できる能力を備えていると認定した患者に「患者の死ぬ権利」を認める判決が下された。人工呼吸器をはずすことに

ついて倫理上の問題を理由に拒否した病院側を人権侵害と判断、賠償金の支払を命じている¹⁾。この事件は、43歳の女性が頸部脊髄血管障害（海綿状血管腫の破裂）によって生じた呼吸中枢障害、四肢麻痺に対して病院側が行った人工呼吸器装着の治療が不適当とみなされた事件であるが、それを判

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.

断するにあたっては人工呼吸器装着後の患者の意思決定と発症以前に作成されていた事前指示 (Living Will) が効力を持つかどうかの判断が焦点となった事件であった。

時を同じくして2002年4月、オランダでは「要請に基づく生命の終焉ならびに自殺補助法」を施行。刑法も改正され、それまで安楽死、自殺補助を禁止していた刑法293条に改正項目が付け加えられた。改正項目は、1) 明確な意思 2) 治癒見込みが無く耐え難い苦痛 3) 治療法が無い 4) 第三者の医師の判断と合意文書 等の条件を満たしており、かつ埋葬法に従って検視官に報告された場合、責任を問わない。国としては初めて積極的安楽死と自殺補助を合法化した動きであった²⁾。

終末期医療の延命にまつわる英国での有名な判決は、1993年の Tony Bland 事件に遡る³⁾。植物状態の患者への生命維持処置の打ち切りを、貴族院において初めて合法と認めた事件であったが、裁判では致死量の薬物を与えることによって積極的に患者を死に至らしめる場合についてはコモン・ロー (慣習法) 上合法でないとし⁴⁾、患者にとって「最善の利益 (best interests)」が重視される内容となった⁵⁾。同年1993年4月、医療倫理特別委員会は、1) 患者の同意 2) 意思決定能力のない患者のための決定 3) 治療を限定する決定 4) 持続性植物状態 5) 事前指示 6) 代理人による決定、について報告し⁶⁾、さらに翌年1994年1月31日には、自らの尊厳死を願う場合にはこれが容認されるとし、非自発的な尊厳死の場合には新たな第三者機関の必要性を指摘した。同年、医師に対するアンケート調査がなされ、「医療打ち切り法案 (医療及び栄養の供給を打ち切りうる状況の規定、そうした状況における痛みを一時的に緩和するケアの継続的提供の保証などに関する法案)」が提出されたがまもなく撤回された⁷⁾。この年1994年は、米国カリフォルニア州で「自然死法 (Natural Death Act, 1994)」が制定された年であり、末期患者だけでなく「植物状態」の患者であっても、患者の宣言書に従ってとられた延命治療を行わない医療従事者の行為は、刑事訴追、民事責任、職業倫理違反行為を理由とする懲罰や制裁措置を負わないとされ、不履行医師に対しては軽罪が課されるものとした⁸⁾。

2. 医療現場での法の枠組み

1) 患者の自己決定に関わる法律

医療の現場では、患者が自己の延命治療を希望しない場合の「自己決定」と、治療が必要であるもしくは有益であると判断し「治療義務」を感じる医療従事者との間で時に意見の対立が起こることが予想される。患者本人の真意の探求は、本人の事前指示やリビング・ウィルがあれば参考になるが、実際の医療現場では、このような準備がなされているケースは多くないため、その状況において本人の言っていることが真意かどうか、家族や介護者など患者の価値観をよく知るものの意見を確認する必要がある。ただ、この場合でも「本人がなんと生きたい」という家族や介護者の心情や、生活の糧が患者にかかっている場合などでは、本人の延命治療拒否の意思にも関わらず、治療がなされ

得る可能性がある。

イギリスでは、成人への医療において、本人が有効な治療に対する同意を与えていない限りその治療は合法ではないとした患者の治療拒否権が既に確立されている⁹⁾。治療の意思決定は本人の判断に基づくことが大前提であるが、意思決定能力を欠く患者において、イギリスでは家族が何も権限を有していない¹⁰⁾。その根拠として、家族は被相続人であり、利益相反的關係になることが多いこと、家族関係の希薄さも挙げられている一方、医学だけでなく倫理的・法的知識も要する医療決定を患者の家族にまかせる負担が大きいという考え方があるとされている¹¹⁾。医療現場における患者自身もしくは家族、介護者による治療方針の決定は、医療そのものが専門的かつ特殊な領域であることから、医療従事者側と患者の間に圧倒的な情報の格差が存在し、セカンドオピニオンが普及しつつある昨今においても、患者側の負担は大きいと思われる。一方、医療従事者にとっても、このように個人の死生観が多様化している現代において、患者にとって何が最も良い選択肢であるのかを個人として決定することは非常に困難である。

日本では憲法97条で「基本的人権」が規定されており、一般に「包括的基本権 (第13条)」「法の下での平等 (第14条)」「自由権」「受益権」「参政権」「社会権」に6分類される。特に第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」とされており、個人の尊重と幸福追求の権利として「自分の生命の処分を決める自由 (医療拒否、尊厳死など)」が「個人のライフスタイルを決める自由」や「家族のあり方を決める事由 (避妊や妊娠中絶など)」などと並んだ「自己決定権」として新しい人権と言われている¹²⁾。

この自己決定権に関する国内での判決として、平成12年の重要判例「エホバの証人」不同意輸血事件が記憶に新しいが、最高裁は「患者が、輸血を受けることは事故の宗教上の信念に反するとして、輸血を行う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」とし、このような患者に対して「輸血する可能性があることを告げないまま本件手術を施行した医師は、輸血の可能性があるとの説明を怠ったことにより、原告が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについての意思決定をする権利を奪った」として当事者の人格権を侵害したとして損害賠償責任を問うた。つまり、患者の自己決定権に基づく「輸血拒否権」が認められた判決である¹³⁾。国内において、たとえ医療上有効な治療であっても、本人の同意が無い場合に拒否できるとした「治療拒否権」の判例のひとつと考えられる。

イギリスは慣習法の国家であるため、法の支配の下で裁判所は非常に尊重される。もともと「生まれながらの人権」という概念があり、これは日本国憲法13条「個人の尊重」という価値観の基になったと理解されるが、アメリカやわが国のように「違憲立法審査権 (81条)」によって国会や内閣

の動きに対して裁判所がある程度の歯止めをかける権利が認められていない。イギリス憲法を構成するものとして①立法（国会制定法 Act of Parliament）②司法先例（判例法 case law）③憲法習律（constitutional convention）などがあるが、①は1215年のマグナ・カルタ（Magna Carta）、1628年権利請願（Petition of Right）など歴史的に憲法として重要性を持つものとされており、②が判例集に権威のある形式で述べられた上位裁判所の判決である。③は国会制定法や判例法とは別個に存在し、実際には強い拘束力を持っているものの裁判所によって強行されるものではなく、歴史によって変わりうる¹²⁾。

イギリスにはフランス人権宣言のような完成された人権宣言はなかったが、判例と法令によって「社会的・経済的権利」と「市民的・政治的権利」が形成されてきた。特に保健衛生は前者にあたるが、これらの権利は社会・経済政策と密接に結びついて実施されており、権利救済も最初はコモン・ロー裁判所とは別個の行政審判所によって行なわれ、紛争内容に応じて社会保障、医療、障害者それぞれの上訴審判所が各地に置かれてきた。例えば「生存権」であるが、日本国憲法では第25条において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」としているが、イギリスにはこのような明示的な権利規定はない。しかし、1998年にヨーロッパ人権条約がイギリス国内法化されたことを契機に、医療現場にも影響を及ぼし始めている。英国医師会から発行された「治療の差し控えと中止」に関する指針（“Withholding and Withdrawing life-prolonging Medical Treatment—Guidance for decision making”）では、特に第2条「生命の権利」をはじめとして、第3条、第5条、第8条、第10条、第14条に浸蝕しないよう配慮されている。

2) 国内の医療従事者を取り巻く法律

一方、医療従事者には医師法第4章第19条「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」第23条「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定めている。

医療法においては、第1章第1条2「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」と謳われており、さらに第1条4の2として「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」とインフォームドコンセントについて規定している。

医療行為の中止に際しては刑法との関連も考慮に入れざるを得ないが、国内のコンセンサスはどのようになってい

るだろうか。平成18年2月の国会では「人工呼吸器をつけている自力で動けない患者の呼吸器をはずせば死亡すると認識している者が呼吸器を外して死に至らせた場合、殺人の罪（刑法第一九九条）にあたるかどうか」、また「本人の同意があつた場合も同意殺人の罪（刑法第二百二条後段）にあたるかどうか」の討議がなされた。これは「人工呼吸器を装着できれば生命の維持が可能であるにもかかわらず、社会的支援の不十分さから、人工呼吸器の装着を選択できずに死亡に至る国民」の生存権に関する答弁であるが、回答では、犯罪の成否について「個別具体的な事実関係に基づき判断すべきもの」としながらも、一般論として刑法（明治四十年法律第四十五号）第百九十九条の殺人の罪又は第二百二条の同意殺人の罪が成立することがあると回答されており¹⁴⁾。「人工呼吸器をつけなければ必ず死ぬが人工呼吸器をつければ確実に生存できることが分かっている患者が、人工呼吸器を拒否して死亡した場合、これは一種の自殺にあたるか」その場合において「真に自己の尊厳の意思からではなく、経済的な理由や周囲への配慮から人工呼吸器を拒否したことが明白な場合はいかがか」という質問には、「一種の自殺」がどのようなことを意味するのか必ずしも明らかでないこと等から“回答は困難”としている。

上記から理解できることは、現在の日本において人工呼吸器を取り外す行為については一般に「個別具体的な事実関係に基づき判断すべきもの」として判断され、場合によっては殺人罪を問われる可能性があることを示唆しており、誰が具体的にどのような判断をすべきか明確となっていない。

3. 英国の医療関連裁判とその仕組みについて

イギリスにおいては、倫理的に判断のつきかねるケースや妊婦の場合は裁判所に判断を委ねることになっているが、この発想は日本人には理解しにくい。つまり、医療で行き詰まったケースをどのように裁判所がどのように判断を下すのかという疑問である。

イギリスでは1980年代後半の ReF 事件判決以降、司法、行政および専門医療従事者（医師などの職能集団（medical professionals））の取り組みが本格化したとされ、意思決定能力を欠く成人患者に対する一定の医療上の決定において、病院などの医療機関が裁判所に認許を求める実務慣行があり、判例を集積してきた。高等法院では、意思決定能力を欠如する成人の最善の利益に関する宣言を行う裁判権を有し、判例法にて高等法院の事前の認許を求める範疇（①同意ができないものに対する不妊手術 ②植物状態患者への人工的栄養補給と水分補給の打ち切り）を確立してきた。しかしながら、高等法院家事部首席裁判官は、PVS患者の栄養・水分補給の打ち切りに関して、ほとんど全ての事案において裁判所に決定を求めるべきであるという要件を緩和しておらず、イギリスにおいても、いつまで裁判所が関与し続けることができるかは疑問とされ、今後は裁判所が関与する領域が縮小され、専門医療従事者（医プロフェッション）によるガイドラインに基づいて専門家が決定する領域が拡大していかざるをえないのではないかとの見方がある¹⁵⁾。

<表：イギリスでの裁判所に対する申し立ての手続き>

当事者	裁判所に対する申し立ては、当該患者の家族の構成員や当該患者と親しい関係にある家族以外の個人によっても行われるが、原告はNHSトラストまたは他のその患者のケアに責任を有する団体であるべきである。植物状態の事案では、患者の訴訟後見人として、オフィシャルソリシタが、必ず関与することを求められる。
請求	持続的植物状態（PVS）患者に対する生命維持治療の打ち切りの場合、裁判所に求められる宣言は、①当該患者は継続される生命維持治療に対し同意する能力を欠如し、かつPVSである、②現在の諸環境において生命維持治療（人工換気、栄養補給および水分補給を含む）を与えられることは、当該患者の最善の利益ではなく、かつそのような治療は合法的に中止される。③病院またはそれ以外の施設でも、患者の生命が終結するまで最大限の尊厳を確保するために適切な医療管理下で治療および看護されることは当該患者の最善の利益である。
医療上の証拠	植物状態の診断は、専門医療従事者（医プロフェッション）に一般的に容認された最新情報を取り入れたガイドラインに従い行われるべきである。原告は、最低限、①主治医および②神経科医（Neurologist）、または意識障害を判定する経験豊かな専門医から患者の最善の利益等に関する証拠を提示すべきである。裁判での専門家からの報告書の（少なくとも2つのうち）一方は、治療する臨床チームと原告から独立していなければならない。
他の証拠	原告は、家族らの見解についての証拠も提示すべきである。その見解は、裁判所への申し立てに対する拒否権にはならないが、裁判所によって十分顧慮されなければならない。

（[2001]2FLR158, PRACTICE NOTE (Official Solicitor: Declaratory Proceedings: Medical and Welfare Decisions for Adults Who lack Capacity.) 和訳は文献 11）から著者改変）

イギリスでは、ReF 事件以来、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てきた、また Bland 事件貴族院判決においても、この Bolam 基準を最善の利益基準と同一視している。しかし、これには批判もあり、法律委員会では最善の利益を決定する際に考慮すべき4要点（①本人の過去と現在の希望・感情・考慮したであろう要素。②本人の参加を促すこと、③相談すべき他者の見解（本人が指名した者、判断能力を欠くもののケアや福祉に従事している配偶者、親戚、友人またはそれ以外など）、継続的代理人、マネージャーなど）、④その決定が本人にとってさらに制限を与えるものでないこと）を提示した¹⁵⁾。

英国では様々なジレンマの生じる終末期医療の現場において、医師が患者の「事前指示書 (Advanced statements)」に示された患者本人の意思に沿って延命治療をしなかった場合、判断能力のある成人に対して十分に説明された上で事前に治療拒否した場合には「慣習法 (Common Law)」が通常の治療拒否と同様に法的効力を持つとされている。英国医師会 (BMA: British Medical Association) は1998年に意思決定時の同意に関して、「同意のための文書セット (consent tool kit)」を発行¹⁶⁾、この文書セットでは「救急治療」「判断能力と意思決定能力の評価」「判断能力が損なわれた場合 (成人、小児と若年者)」「最善 (best interest) の決定」「事前指示書」の各項目に分類された文書が提示されている。全国医療評議会 (GMC: General Medical Council) は、同意書の具体的な形式を示したガイドライン「患者の同意を求めて: その倫理的配慮 (Seeking patients' consent: the ethical consideration)」¹⁷⁾ を公表したが、保健省 (Department of Health) から小児、高齢者、障害を持つ人、それぞれに適応される3種類のガイドラインを準備している¹⁸⁾。

1998年に GMC が作成した患者の同意に関するガイ

ドラインでは、特定の治療に関する同意は文書 (written consent) の作成を必要としているが、前もってサインされた同意書だけでは実際の行為に関して十分な根拠とならないこと、医師もしくは医療チームは実際に治療を行う（もしくは行わない）時期が近づいたら再度意思を確認すべきことなどが記されている。特に次のような条件の下では再度の確認が必要とされている。

- ・同意を得てから治療開始までの期間が長いとき
 - ・提示した治療計画の中で、患者の同意が無効になるかもしれない何らかの具体的な変化が患者に起こったとき
 - ・治療のリスクや治療における他の選択肢について、新たに期待が持てるような関連情報が得られたとき
- また、BMA では5つの課題: 1) 治療の拒否 (Refusal of treatment), 2) 安楽死 (Euthanasia), 3) 医師による自殺補助 (Physician-assisted suicide), 4) 治療の差し控え (不開始) と中止 (Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment), 5) 事前指示書 (Advance statements) における医療専門職の責務に関してその立場を明確に公表しており¹⁹⁾、ここでも延命治療が患者の利益とならないと判断された場合、治療の中止は法的・倫理的に許容されるものであり、安楽死や医師による自殺補助といった「積極的な死の介助 (active killing)」と明確に区別している。特に2001年に公表された BMA の「延命治療の差し控えと中止: 意思決定の手引き」では、
- ・「患者の生命を延長させることは、通常、必ずというわけではないが、患者に健康上の利益をもたらす。しかし、QOL や治療の負担を問わず、是が非でも延命するという医学の目標は適切とは言えない。」 (Section 1.2)
 - ・「経口栄養と水分補給は患者の基本的なケアであり、差し控えられるべきものではない。」 (Section 3.5)
 - ・「感情的には、既に始められた治療を中止するよりも開始しない方が容易であるが、これら両行為に法的、もしくは道徳的に避けがたく実際的に重要性を持つ差異はみられない。」 (Section 6)
- としている。また GMC も「治療が患者にとって最善の利

益にならないと判断された場合、その治療を施すことに、倫理的、法的な拘束はなく、したがってその治療を開始するか中止するかを区別する必要はない。」と類似した見解を表明している²⁰⁾。

終末期における DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生をしない) の指針としては、BMA と英国蘇生評議会 (Resuscitation Council, UK)、英国看護協会 (Royal College of Nursing) らが共同で、心肺蘇生に関連した患者のケアと意思決定について医療従事者・患者向けそれぞれに説明している²¹⁾。医療情報に関する知識に乏しい一般市民にも、心肺蘇生とはどういうものか、それをを行う場合、または行わない場合にどういう状態になるかなどが理解しやすい平易な英語で説明されている。

英国保健省は資金援助を行なって全国の臨床倫理ネットワーク構築を支援している。このネットワークでは地理的なネットワークだけでなく、NHSトラスト (国営保健サービスの現場である病院や開業医 (GP) の集団)、NHSに含まれないプライベート病院、プライマリケア・トラスト (一次医療として地域ケアを担う)、職業団体、学生グループ、専門家グループ、精神保健、緩和医療などが統合されており、Oxford Ethox Centre (オクスフォード 倫理センター) を中心に症例の情報収集や分析・討議が行なわれると同時に、各種協力機関や病院との研究も進められている。さらに、個人でメンバーに加わることも可能であり、一般医療従事者や市民に対しても Web 上で豊富な情報提供がなされ、倫理委員会の立ち上げ方やファシリテートの方法にいたるまで詳細な説明がなされている。

考 察

一国内における医療現場での枠組みの可能性一

①患者の自己決定と真意探求

終末期医療における刑事事件となった川崎共同病院事件第1審判決が2005年3月25日に下された。この中で「末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその医師の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨に沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという自体を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの (リビング・ウィル等) や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測

等もその確認の有力な手がかりとなると思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである」としている。

つまり、裁判所の判決文には、患者の事前の意思表明がなくとも治療の中止行為を認め得る可能性が含まれており、甲斐氏によれば「自殺関与罪 (刑法202条) がある現行法下では、一般的自殺への幫助行為と治療拒否に応じる医師の行為 (不作為) はいずれも自殺ほう助罪の構成要件に該当するであろうが、違法論のレベルで、「治療行為という場」を設定したうえで、そこに生命維持利益のほかに治療に直接関係する対抗利益 (主として苦痛除去利益ないし必要以上に干渉を受けたくない利益) が生じる場合が治療拒否の範疇であり、この場合には、発生している作為義務 (治療義務) が患者の延命拒否により解除され (緊急状況下で生命維持利益より対抗利益が優越)、正当化が導かれる」としている²²⁾。このような解釈であるとするならば、患者の望まない延命治療を拒否することは、法的に根拠のある正当な権利とされる可能性を含んでいる。

②患者の望む「終末期医療の質の向上」

平成15年「がんの社会学」に関する合同研究班で医療機関の外来通院中の20歳以上のがん患者、患者会・患者支援団体 (がんに関する患者会・患者支援団体に所属し、20歳以上で事前に同意が得られたがん体験者) の調査 (回収率63.9%, 7,885名) によると、患者らの「かつて抱えた悩みや現在抱えている悩みに対して必要と思うもの」として「医療者との関係18.7%」「自身の努力による解決 (18.3%)」を挙げている。さらに「がんの診断、治療を受けて悩んだこと」という設問に関して「診断された頃」「診断から現在に至るまで」「現在」の3時点に分けての傾向を調査すると、「診断された頃」は圧倒的に「不安などの心の問題 (61.1%)」の割合が大きく「家族・周囲の人との関係 (15.4%)」「診断・治療 (6.4%)」の順となっているが、診断から一定期間を経て「不安などの心の問題 (37.3%)」から「症状・副作用・後遺症 (25.3%)」「家族・周囲との関係 (9.5%)」「診断・治療 (8.3%)」と病気の症状や抗がん剤の副作用へ悩みや負担がシフトしていく傾向がみられる。不安内容に関しても様々な分析がなされているが、具体的に医療機関に望まれることとしての意見に「医師、看護師とは別に患者一人をトータルでみてくれる人 (セクション)」というものがある。対象者の何%の意見であったのか記載は無いが、緩和医療の最たる対象であるがん患者の中においてさえ専門医療が臓器別、症状別の対応がなされている現状がうかがわれ、決して全ての診療がそのような状況であるとは思われないが、「患者一人をトータルにみること」が難しい時代にあることが示唆される。このような現状は、特に終末期医療のように個人の価値観が問われる決定的な場面においては致命的である。ただ、「意思決定」というのは、治療行為の一つ一つの選択を、患者自身が医療従事者と共に悩み迷いながら決断し積み重ねていくものと考えられ、ある日突然生命に関わ

る重大な決断を行なうのは難しいと思われる。また、医療従事者の方でも、患者が残された余命を十分に生かしきれよう、人工的医療具や機器を付けた後の患者の生活や人生に充分配慮すべきであると考えて、今後は医療政策の方針から、在宅での看取りが推進される動きにあるが、「ここまで治療をやったから、後は自分で何とかしてください」と医療的処置が日常的に必要な医療具や機器をつけたまま在宅に戻される患者や家族の戸惑いは、非常に大きいものだという事を肝に銘じる必要がある。

③倫理的問題への配慮と倫理委員会の普及

イギリスの医療現場での倫理問題の討議・解決法について、裁判所や委員会、ネットワークの普及について触れたが、日本国内でも生命倫理に関する議論は高まっており、病院、研究機関を中心に討議が活発化している。一般的な医学関係の倫理指針としては、1997年に疫学倫理指針が公表され、研究における倫理を中心に倫理委員会の在り方についても検討された(文末資料参照)。また病院機能評価(財団法人:日本医療機能評価機構 病院機能評価 Ver.5)でも「患者の権利と安全確保の体制」として、患者の権利と医療者の倫理に関する詳細な項目が検討されている。学会としては、緩和医療学会がまとめた「鎮静のガイドライン」において、「相応性の原理」として「患者の状態、予測される益(benefits)および予測される害(harms)からみて、鎮静がすべて取り得る選択肢の中で最も状況に相応な行為であると考えられる」場合、倫理的に許容できるとする認識を表明しており²³⁾、今後も患者の自律性尊重とインフォームドコンセントを基盤とした様々な視点からの取り組みが期待される²⁴⁾。

これまで臨床の個々の倫理的問題への対処は医師個人や限られたスタッフの判断に委ねられていたが、そのことが昨今の事件で問題となった部分であり、今後は複数名の医師だけでなく他職種スタッフによるチームでの討議、また病院内のみでは少数意見に左右されることが懸念される場合には、各病院間や地域間、また第三者が客観的に関わる倫理委員会の体制やネットワーク作りが必要であると考えられる。共通するような事例に関しては、個人の情報に充分配慮した上で、ある程度医療従事者一般にコンセンサスの得られる見解が示せるよう、症例と経験の蓄積が必要であり、これに対する法学的問題への検討も併せて行なわれるべきと考える。

注) 本稿で取り上げたイギリスの制度については主としてイングランド・ウェールズを中心としており、意志決定の代理人制度等においては、スコットランドと異なる場合がある。

参考文献

- 1) 2002 EWHC 429(Fam) In the High Court of Justice, Family Division. Case. No : FD02P0072
- 2) 立石ら 平成17年度「終末期医療の質の向上に関する研

究」協力者報告書

- 3) Airedale NHS Trust v. Bland. [1993]1 All ER 821.
- 4) Airedale NHS Trust. V. Bland. [1993] A. C. 789, [1993]1 All ER 821, [1993] 2 WLR 316.
- 5) 甲斐克則「尊厳死と刑法」成文堂, 2004
- 6) Session 1993-1994, Report of the Select committee on Medical Ethics, voll, HL Paper 21-I, 31 Jan. 1994.
- 7) Withdrawal of Medical Treatment Bill, Presented by Mr. Gary Waller, 23rd March, 1994.
- 8) The Natural Death Act 1994, California Health and safety Code 7185-7195.
- 9) ReT. [1992]3W. L. R. 782.
- 10) Skegg: Law, Ethics and Medicine (1984)72, at 73, David Meyers: The Family and Life and Death Decisions, in Family Rights (1990)
- 11) 千葉華月「遷延性植物状態患者に対する生命維持治療の打切りーイギリスにおける司法と医プロフェッションの役割ー」「医事法の方法と課題」古村節男・野田寛 編, 信山社, 2004年
- 12) 「新版 現代憲法ー日本とイギリス」元山健 倉持孝司 編, 敬文堂, 2000年
- 13) 最判平成12年2月29日民集54巻2号582頁
- 14) 国会答弁資料:平成十八年月十六日提出質問第八一号, 内閣閣衆質一六四第八一号 平成十八年二月二十四日
- 15) Law Com. Consultation Papers, No. 231
- 16) Consent toolkit, 2nd Edition, BMA, February 2003
- 17) Seeking patients' consent: the ethical considerations, GMC, November 1998.
- 18) Seeking consent working with children, DoH, November 2001. Seeking consent working with older people, DoH, November 2001. Seeking consent working with people with learning disabilities, DoH, November 2001.
- 19) End of life decisions - views of the BMA, BMA, June 2000.
- 20) Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making, GMC, August 2002.
- 21) Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation, BMA, January 2002.
- 22) 「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任ー川崎共同病院事件第1審判決に寄せて」ジュリスト (No, 1293) 2005. 7. 1
- 23) 緩和医療学会:苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 2005年3月発行
- 24) 児玉知子, 志真泰夫「緩和医療における意思決定と倫理的課題ー英国における終末期医療関連ガイドラインから」病院, Vol65. No.2, p127-131, 2006

「資料」倫理審査委員会

(「疫学研究に関する倫理指針」第2倫理審査委員会等)

(1) 倫理審査委員会の責務及び構成

① 倫理審査委員会は、研究機関の長から研究計画がこの指針に適合しているか否かその他英気学研究に関し必要な事項について意見を求められた場合には、倫理的観点及び科学的観点から審査し、文書により意見を述べなければならない。

② 倫理審査委員会は、学際的かつ多元的な視点から、様々な立場からの医院によって、公正かつ中立的な審査を行なえるよう、適切に構成されねばならない。

〈細則〉倫理審査委員会は、医学・医療の専門家、法律学の専門家等人文・社会科学の有識者及び一般の立場を代表する者から構成され、外部委員を含まなければならない。また、男女両性で構成されなければならない。

(2) 倫理審査委員会の運営

① 審査対象となる研究計画に関係する委員は、当該研究計画の審査に関与してはならない。ただし、倫理審査委員会の求めに応じて、その会議に出席し、説明することを妨げない。

② 倫理審査委員会の運営に関する規則、医院の氏名、委員の構成及び議事要旨は公開されなければならない。ただし、議事要旨のうち研究対象者の人権、研究の独創性又は知的財産権の保護のため非公開とすることが必要な部分に付いては、この限りではない。

③ 倫理審査委員会は、研究機関の長が学会等に設置された他の倫理審査委員会に研究計画がこの指針に適合しているか否かその他疫学研究に関し必要な事項について付議することができる旨を定めることができる。

〈細則〉「学会等に設置された他の倫理審査委員会」には、複数の共同研究機関の長が共同して設置する倫理審査委員会が含まれる。

④ 倫理審査委員会は、軽易な事項の審査について、委員長が指名する委員による迅速審査に付すことその他必要な事項を定めることができる。迅速審査の結果については、その審査を行なった委員以外のすべての委員に報告されなければならない。

〈細則〉迅速審査手続による審査にゆだねることができる事項は、一般的に以下のとおりである。

① 研究計画の軽微な変更の審査

② 共同研究であって、既に主たる研究機関において倫理審査委員会の承認を受けた研究計画を他の分担研究機関が実施しようとする場合の研究計画の審査

③ 研究対象者に対して最小限の危険（日常生活や日常的な医学的検査で被る身体的、心理的、社会的危害の可能性の限度を超えない危険であって、社会的に許容される種類のものをいう。）を超える危険を含まない研究計画の審査

終末期における医療供給体制の課題

伊藤道哉，濃沼信夫

東北大学大学院医学系研究科医療管理学分野

The Essential Problems of the Medical Delivery System in Terminal Care

Michiya ITO, Nobuo KOINUMA

Department of Health Policy and Hospital Administration, Tohoku University Graduate School of Medicine

抄録

在宅療養をよく知る者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅のメリット・デメリットをよく知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまうことが多い。同じく、医療提供側も、在宅看取りの経験があれば、在宅の選択肢をも提示できるが、そうでなければ入院を勧めてしまうことが多い。入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、結局最後は入院で死亡する場合も少なくない。

在宅看取りの推進は、医療費適正化の結果となることはあっても目的となることはない。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、在宅終末期医療費の推計は、新診療報酬のもと、実態に応じて再計算される必要がある。

ALS等神経難病の緩和ケア・終末期医療は十分とはいえない既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が強く求められる。

平成20年に都道府県が作成・公表する医療計画の中に、「在宅」の項目がある。具体的な計画が縷々記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の有効活用が期待される。そのためには、在宅支援診療所を中心としたサービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、地域の在宅医療の状況を詳細に把握・分析し、在宅医療の今後のあるべき姿を提示することが求められている。

キーワード：終末期医療，緩和ケア，在宅医療，在宅死，在宅療養支援診療所，医療費適正化，医療計画

Abstract:

For patients who are familiar with home care, positive choice may choose a seat finishing life as everyday extension. However the patients who do not know the pros and cons of home care may choose hospital care while hoping for home care vaguely after all.

Similarly, medical staff who understand home care can advice patients on options other than hospitalization. In the first place at home unless a hospitalization institution side parts with the patient of the end period; number of home death does not increase.

ALS requires palliative care, but existing palliative care units are insufficient, and criteria for new institutions and their fees are future problems.

Information on home care is to be made available in more hospitals and health centers in large cities and districts in 2008. In addition, utilization and creation of social resources such as medical offices for promotion of home care,

pharmacies, and visiting nursing stations are expected in these areas.

Therefore, it is important to consider the construction of an information system detailing services offered by home-care support clinics. Cities and districts will arrange policies on professional education, of index-setting, problem-solving in medical units indexing future improvements, and analyzing local home care issues in detail, it is also necessary to make figures available that relate to the future of home care.

Keywords :terminal care, palliative care, home care, at-home death, home-care support clinic, rationalization of medical expenditure, hospital and health planning

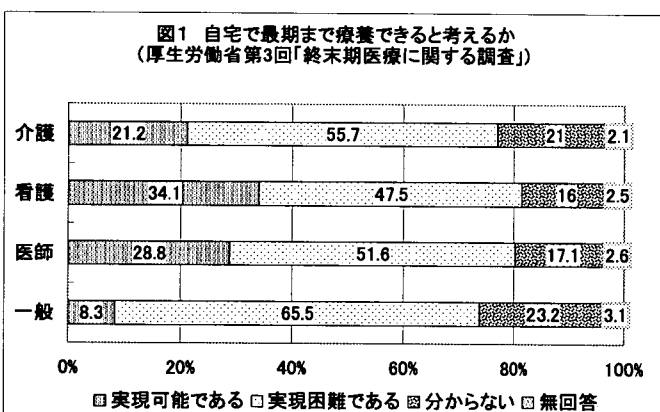
はじめに

治癒を目指した医療では、入院が最善、在宅は次善であろう。しかし、在宅死は善、入院死は悪のように語られがちである。在宅で看取りが行われるようになってとしても、終末期の諸々の問題がすべて解決するわけではない。そもそも、入院施設側が終末期の患者をかかえ込む限り、在宅看取り数は増えない。また、家族側の事情で、在宅療養が最後まで継続されず、最後は入院で死亡する場合も少なくない。

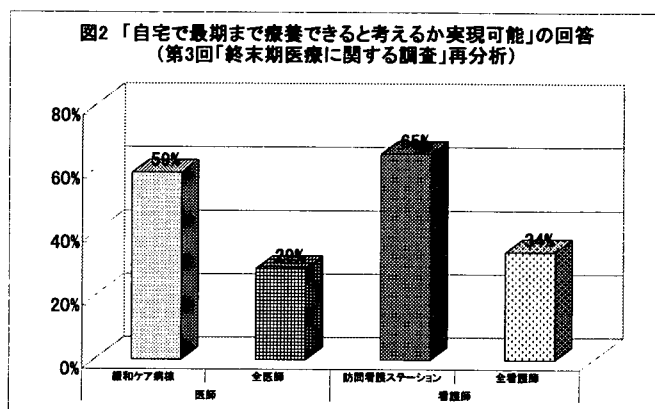
本稿では、主に在宅終末期医療が行える体制づくりと、緩和ケア病棟の拡充に関して若干の考察を行う。

1. 終末期医療の場—何処が理想か

厚生労働省医政局総務課が実施した第3回（平成15年）「終末期医療に関する調査」によれば、自宅で最期まで過ごしたいとの希望を有する者は1割にとどまる。自宅で最期まで療養することについて、多くの者が「実現困難である」と回答しており、「実現可能」と回答した者は少ない¹⁾。

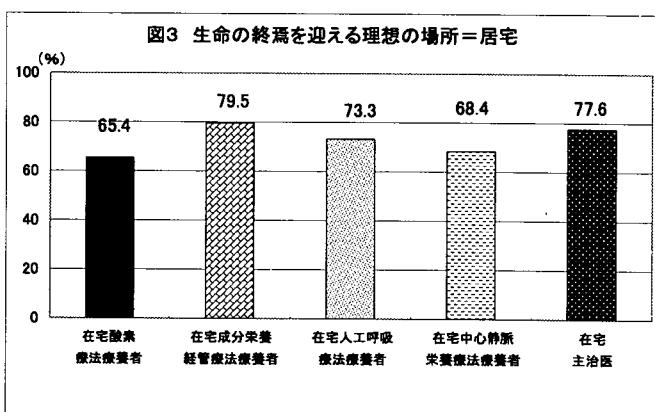


しかし、医師のみの回答を職場別に解析すると、緩和ケア病棟の医師は、6割が「実現可能」と回答している。同じく看護職のみの回答を職場別にみると、訪問看護ステーション勤務者の6割5分が「実現可能」と回答している。看取りの実践経験を有する専門職は、自宅で最期まで療養することにむしろ肯定的である²⁾。



さらに、すでに高度の在宅医療サービスを受けている患者、およびその主治医は、生の終わりを迎えるべき場所として、居宅を理想としている。居宅を第一選択とするとの回答割合は、次の通りである。

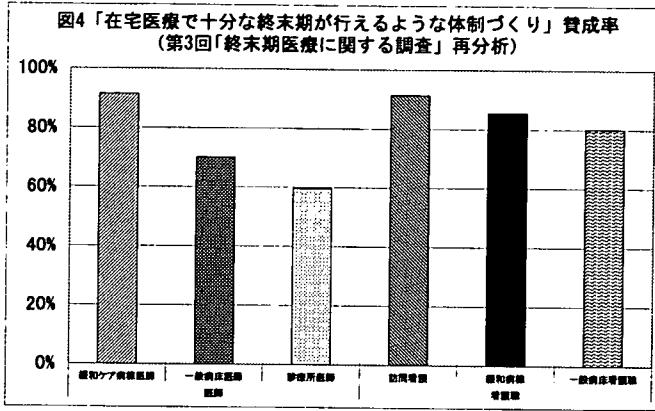
在宅酸素療法療養者65.4%、在宅成分栄養経管療法療養者79.5%、在宅人工呼吸療法療養者73.3%、在宅中心静脈栄養療法療養者68.4%、主治医77.6%（病院を挙げる医師は4.5%）³⁾。



このように、在宅療養のメリット・デメリットをよく知る者にとっては、日常の延長として生を終える場を主体的に選択できる可能性がある。しかし、在宅療養の中身をよく知らない者は、漠然と在宅療養を希望しつつも、結局は入院医療を選択してしまうことが多い。同じく、医療者側も、在宅看取りの経験があれば、在宅の選択肢をも提示できるが、そうでなければ入院を勧めてしまうことが多い。

「終末期医療に関する調査」の「終末期医療普及への具体的な活動内容」について、「在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり」についての医師の回答を職場別にみ

ると、緩和ケア病棟の医師は91.3%が賛成、一般病床（緩和ケア病棟を除く）は70.0%，診療所は59.6%となっている。同じく、看護職では、訪問看護ステーション91.4%，緩和ケア病棟85.5%，一般病床（緩和ケア病棟を除く）80.1%の順である。看取りの実践者ほど、在宅終末期医療の充実の必要性を痛感している²⁾。



したがって、在宅終末期医療の拡大・普及には、在宅終末期医療のメリット・デメリットを知ってもらう情報提供が重要と考えられる。

2006年4月創設された在宅療養支援診療所の届け出は、約10000施設を数える。そのサービス提供に関する情報システムの構築は喫緊の課題である。

入院がん死を減らすことは、わが国のみならず、先進諸国共通の課題である。実践例として、カナダの事例を挙げる⁴⁾。

カナダ、ノヴァスコシア州（人口約95万人）では、がん死は、2,259人（1999年）から2,870人（2010年）まで、わずか10年で27%増えると予測し、入院で死亡するがん患者の割合を漸減させる方策を実践した。往診の評価により、院外がん死は、19.8%（1992年）から30.2%（1998年）まで増大した。また、死亡まで最期の100日あたりの入院日数は、18.6日（1992年）から14.8日（1998年）まで短縮した。訪問診療、往診の回数は、午前8時から夕方5時までの時間帯ではあまり変化がなかったが、夕方5時から翌朝8時までの夜間と、週末の往診回数は12%増えた。

このように、政策的に在院期間を短縮して、夜間、終末の往診を充実させることで、院外がん死を30%以上にまで増やせる可能性がある。

2. 在宅終末期医療—医療費との関連

年間の死亡者数は今後10年間、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。社会保障審議会医療保険部会では、入院死亡の割合を減らし、在宅死亡の割合を40%まで増やした場合の影響、入院医療費と在宅医療費の比較が例示（医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」平成12年3月）された。

終末期医療をめぐる現状として、死亡前の1カ月平均医療費は約112万円、入院前の1カ月の入院医療費推計は年間約9千億円（1年間の死亡者数（平成14年）98万人。うち、

医療機関での死亡者数80万人、これに112万円を乗じて約9千億円）。様々な在宅療養、在宅療養というような環境を整えた上で、自宅での死亡を4割に増やすと、死亡前1カ月の医療費に係る影響は、給付費ベースで2015年度約2千億円減、2025年度約5千億円減と推計される⁵⁾。

さてこの試算では、在宅死亡の割合が40%まで伸びるとしている。諸外国の研究では、広域低人口地域で40%に近い例はあるものの、先進諸国の在宅死の割合は概ね20~30%である。大阪府立成人病センターは、この数年、病院死は93~5%、在宅死は4~6%で推移している⁶⁾。

終末期の定義に関し試算では、おしなべて98万人が「終末期」を過ごすと考えられる。しかし、終末期を明確にとらえることができる疾患は、悪性腫瘍などに限られる。

在宅医療費の積算に関し、試算では、「在医総」56,000点と基本診療料1,700点の、合計57,700点を計上している。在宅療養支援診療所の評価は、従来の診療報酬の枠を大きく超えるもので、いわゆる看取り加算は1,200点から10,000点に増えている。在宅終末期医療費の推計は、診療報酬の改定の新しいデータを用いて再検討される必要がある。

質の高い在宅医療を提供する場合、入院医療に比較して必ずしも安上がりにはならない⁷⁾。

3. 緩和ケア病棟—今後の展望と課題

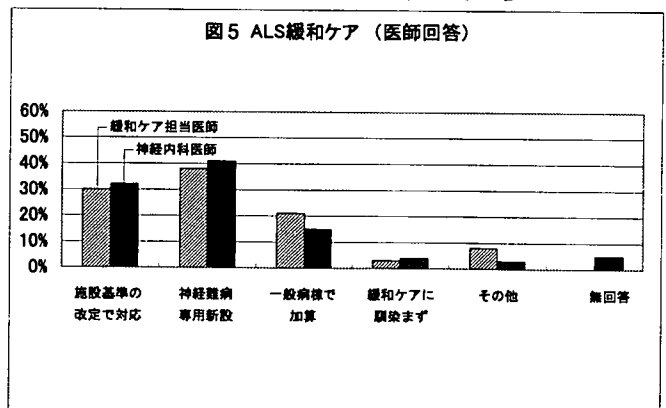
緩和ケア病棟は終末期医療の場として、QOL向上の観点からも患者・家族の重要な選択肢である。看護職員配置は1.5:1で、診療報酬上、1日定額37,800円の評価がなされている。緩和ケア病棟届出受理施設は、2006年7月1日現在、162施設3,085床である。

2004年度に全国の緩和ケア病棟に入院した患者は18,205人で、がん死亡者（約32万人）の6%にあたる。

筆者らは、2005年7月~9月、日本ホスピス・緩和ケア協会A会員144施設で、緩和ケアに従事している医師326名、看護師720名に対し、意識調査を実施した⁸⁾。

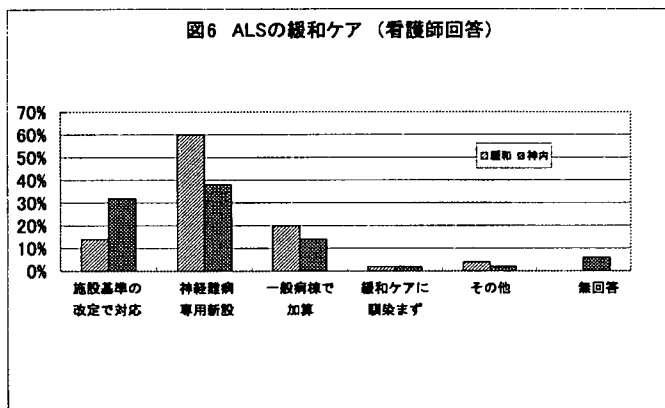
1) 医師対象調査結果（回収率32.2%）

回答者の属性は、臨床経験年数19.1±8.3年、中央値20年、男性83%、女性17%であった。回答は前者が緩和ケアスタッフ医師の数値、後者が神経難病領域医師の数値である。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設38%、41%、が最も多かった。



2) 看護師対象調査結果 (回収率42.5%)

回答者の属性は、臨床経験年数15.6±7.7年、中央値15.6年、男性1%, 女性99%であった。ALS等神経難病患者の緩和ケアの今後の在り方では、神経難病専用新設が最大であった。緩和ケアのあり方については、緩和ケア看護職が神経難病専用を望む傾向が強かった。



緩和ケアの診療報酬点数・人員配置の見直しについての自由記載では、人員配置1:1以上、1日あたり入院管理料包括45,000円を妥当とする意見が多く見られた。

ALS等神経難病についても緩和ケア・終末期医療は必要であるが、既存の緩和ケア病棟を利用することは困難であり、新たな施設基準や診療報酬の設定が今後の課題である。

まとめ 一医療計画の活用

厚生労働省の終末期医療に関する検討会は、適切な終末期医療の普及のために今後充実していくべき点として、在宅終末期医療が行える体制づくり、緩和ケア病棟の設置と拡充、患者、家族への相談体制の充実、医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実を挙げている。

在宅終末期医療の拡大・普及には、在宅終末期医療のメリット・デメリットを知ってもらう情報提供が重要と考えられる。本年4月創設された在宅療養支援診療所は、すでに10000施設に達する状況である。

今回の医療制度改革における医療計画、医療費適正化計画をはじめ、現在検討されている新しい高齢者医療制度の中においても、在宅医療の推進が今後の医療のあり方を規定する重要なキーワードとなっている。

平成20年各都道府県において作成・公表予定の医療計画の中に、在宅の項目が新設され、具体的な計画が繰々記載されることは、在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献すると思われる。また、地域において在宅医療の推進に不可欠な診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の社会資源の有効活用が期待される。そのためには、サービス提供に関する情報システムの構築が重要な課題である。

都道府県は、人材教育、指標設定の考え方、地域における課題を抽出し、改善のための指標を確定するとともに、地域の在宅医療の状況を詳細に把握・分析し、在宅医療の今後のあるべき姿を提示する必要がある。地域医療計画において

新規に記載すべき方針としては、次のような項目が考えられる。

- 1) 入院から在宅における療養への円滑な移行のため、入院患者に対する退院後の療養上必要と考えられる共同指導について、在宅療養支援診療所の医師や訪問看護を行う看護師等の多職種の協働を充実させる。
- 2) 複数の医師の連携により、24時間連携体制加算が算定されている場合であっても、実際には、患者の求めに応じて常時緊急の訪問診療ができない事例もあり、これが在宅医療に係る患者の安心を阻害する原因ともなっていることから、複数の医師の連携等により患者の求めに応じて24時間訪問診療が可能な体制(即応体制)を充実させる。
- 3) 患者が身近な人に囲まれて居宅における終焉を迎えることがあたりまえに選択できるよう、居宅における終末期医療及び看取りを推進させる。
- 4) 居宅における療養を補完的に支援する入院医療を評価する観点から、在宅末期医療総合診療料等を算定する入院医療について一層の連携を図る。
- 5) 地域において、自宅のほか、ケアハウス等の多様な居住の場が整備されてきており、このような多様な居住の場におけるターミナルケアを推進する。
- 6) ALS等における人工呼吸器装着患者のように、看護や介護に多大の労力を要する患者が存在すること等の状況から、居宅での療養が極めて困難となった重症難病患者に対し、医療機関の連携による難病医療提供体制の整備を促進し、退院後再び在宅での療養が可能となる体制を構築する。

在宅療養支援診療所を中心とした在宅終末期医療システムの構築は、安寧の看取りを実現するための方策である。行政と医療提供側が、新たな医療計画を具体化し、その実現に邁進することが重要である。

引用文献

- 1) 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月
- 2) 林謙治, 児玉知子, 熊川寿郎, 角間辰之: 終末期医療に関する調査(平成15年)再分析, 平成17年度厚生労働科学研究補助金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」(主任研究者 林謙治), 平成18年3月
- 3) 第66回中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会資料(平成17年8月31日)在宅療法の普及及び技術評価に係る調査(訪問診療の観点からの補足調査報告書, 調査委員会委員川島孝一郎)
- 4) Frederick I Burge, Beverley Lawson, Grace Johnston and Gordon Flowerdew: Health care restructuring and family physician care for those who died of cancer, BMC Family Practice 2005. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/1>
- 5) 第17回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平成17年7月29日, 第18回社会保障審議会医療保険部会議事録, 平