

## 1 設置要綱

### 東京都立病院倫理委員会設置要綱

#### (目的)

第1 東京都衛生局が所管する都立病院において行う医療、医学研究及び医学教育等が倫理的配慮のもとに行われ、もって患者等の人権及び生命の擁護に寄与することを目的として、東京都衛生局に、東京都立病院倫理委員会（以下「委員会」という。）を設置する。

#### (所掌事項)

第2 委員会は、都立病院で行われる医療、医学研究及び医学教育等に関し、倫理上の配慮を求められる次の事項について審議する。

- 1 病院長が各都立病院倫理委員会で審議した結果、さらに委員会で審議を要すると判断し申請した事項
- 2 都立病院の職員が、所属する病院の倫理委員会に申請して、不受理となった事項及び審議結果に疑義を生じた事項で、第5に規定する委員長が必要と認めた事項
- 3 都立病院の院長及び職員から申請がない場合において、第5に規定する委員長が必要と認めた事項
- 4 新しい医療、医学研究等、重要な問題について、その基本方針又はガイドラインの設定等に関する事項
- 5 職員の医療上の倫理にかかわる調査、教育及び研修に関する事項
- 6 第15の規定により、再審議の申請があった場合において、第5に規定する委員長が必要と認めた事項

#### (組織)

第3 委員会は、次に掲げる委員をもって構成し、委員は衛生局長が委嘱又は任命する。

- 1 学識経験者 7名
- 2 都立病院院長等 3名

#### (任期)

第4 委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員を生じたときは、これを補充し、その任期は前任者の残任期間とする。

#### (委員長)

第5 委員会に委員長を置き、委員の互選により選出する。

- 2 委員長は、委員会を主宰し、委員会を代表する。
- 3 委員長に事故あるときは、委員長があらかじめ指名した委員が、その職務を代理する。

(審議の方針)

第6 委員会は、医学的、倫理的及び社会的な観点等から、次の事項に留意して、調査検討し、審議する。

- 1 医療、医学研究及び医学教育等の対象となる患者等の人権の擁護に関すること。
- 2 医療、医学研究及び医学教育等によって生じる患者への不利益及び安全性に関すること。
- 3 患者に対する医療、医学研究及び医学教育等の内容の説明及び同意に関すること。
- 4 医学上の貢献度の予測に関すること。

(会議の開催)

第7 委員会は、第2に規定する審議事項が生じた場合に随時開催する。

(会議の成立)

第8 委員会は、過半数の委員の出席がなければ開くことができない。

- 2 委員が、審議の申請者になった場合は、その審議に加わらないものとする。

(会議の議決)

第9 会議の議決は、出席委員全員の合意を原則とする。ただし、委員長が必要と認める場合は、出席委員の3分の2以上の合意をもって決することができる。

(委員以外の出席)

第10 委員会は、審議の申請者に委員会への出席を求めて、申請内容等の説明及び意見を聴取することができる。

- 2 委員会は、必要と認めるときは、委員以外の者を出席させ、意見を聴取することができる。

(会議及び会議録の公開)

第11 会議及び会議録は原則公開とする。ただし、会議又は会議録を公開する場合、委員長は、患者のプライバシー保護及び医学研究上の秘密の保護等を十分配慮し、必要な条件を付けることができる。

(審議の申請者)

第12 審議の申請者(以下「申請者」という。)は、都立病院の院長とする。

ただし、都立病院の職員が、所属する各病院の倫理委員会に申請して、不受理となった事項及び審議結果に疑義を生じた事項については、都立病院の職員が申請者となることができる。

(審議の申請方法)

第13 申請者は、様式1に定める「倫理問題審議申請書」に必要事項を記入し、医療、医

学研究若しくは医学教育等の実施計画書を添えて委員長に提出しなければならない。

(審議結果の通知)

第 14 委員長は、審議終了後速やかに、様式 2 に定める「審議結果通知書」により、申請者に通知しなければならない。ただし、申請のない場合においては、当該病院長に通知するものとする。

2 委員長は、審議結果に必要な意見を付して、衛生局長に報告する。

(再審議の申請)

第 15 申請者は、審議の結果通知を受けた後、さらに審議を希望する場合は、様式 3 に定める「倫理問題再審議申請書」に必要事項を記入し、関係資料を添えて、委員長に提出し、再審議の申請を行うことができる。

(専門委員会)

第 16 委員会は、専門的事項を調査・検討するため、必要な期間、専門委員会を置くことができる。

2 専門委員会の委員長及び委員は、委員会委員、当該専門の事項に関する学識経験者及び都立病院の職員の中から、衛生局長が委嘱又は任命する。

3 専門委員会は、専門委員の過半数の出席をもって会議を開くものとする。

4 専門委員会の会議及び会議録は原則公開とする。ただし、会議又は会議録を公開する場合、専門委員会の委員長は、患者のプライバシー保護及び医学研究上の秘密の保護等を十分配慮し、必要な条件を付けることができる。

5 専門委員会の委員長は、その調査検討結果を委員会に報告する。

6 委員会が必要と認めるときは、委員会に専門委員の出席を求めて、審議に加えることができる。ただし、専門委員は、審議の議決に加わることはできない。

(庶務)

第 17 委員会の庶務は、病院事業部経営企画課において処理する。

(雑則)

第 18 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に必要な事項は、委員長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 3 年 11 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 6 年 11 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 12 年 12 月 18 日から施行する。

## 2 委員名簿

### (1) 東京都立病院倫理委員会

(◎委員長、○副委員長、敬称略)

今井通子	登山家・医学博士
◎木村利人	早稲田大学人間科学部教授
杉村隆	国立がんセンター名誉総長
袖井孝子	お茶の水女子大学生生活科学部教授
樋口康子	日本赤十字看護大学長
村上陽一郎	国際基督教大学教養学部教授
○山田卓生	日本大学法学部教授
村田篤司	元衛生局技監
岡田清	元東京都立大塚病院長
吉田尚	前東京都立駒込病院長（平成11年3月31日まで）
高橋俊雄	東京都立駒込病院長（平成11年4月1日から）

### (2) 末期医療の在り方に関する検討専門委員会委員

(◎委員長、\*倫理委員会委員、敬称略)

*岡田清	元東京都立大塚病院長
*袖井孝子	お茶の水女子大学生生活科学部教授
◎*山田卓生	日本大学法学部教授
竹内淳美	前東京都立駒込病院薬剤科長（平成12年7月31日まで）
遠藤陽子	東京都立墨東病院薬剤科長（平成12年10月4日から）
門倉春子	東京都立大久保病院医事課医療相談係次席
菊池美佐子	東京都立荏原病院看護科長
佐々木久美子	東京都立駒込病院看護部看護科婦長
新保次郎	東京都立墨東病院医事課医療相談係長
西村隆夫	東京都立府中病院神経科部長
向山雄人	東京都立豊島病院緩和ケア科医長
矢野雄三	東京都立大塚病院長

### 3 開催状況

#### (1) 東京都立病院倫理委員会（本答申に関係する開催内容のみを記載）

区分	開催日	審議内容
第6回	平成10年1月26日	<ul style="list-style-type: none"> <li>末期医療の現状と問題点</li> </ul>
第7回	平成12年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>都立病院における末期医療の在り方について（専門委員会報告及び審議）</li> </ul>

#### (2) 末期医療の在り方に関する検討専門委員会

区分	開催日	審議内容
第1回	平成10年7月8日	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門委員会の運営方針</li> <li>末期医療の現状と問題点</li> </ul>
第2回	平成10年10月26日	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本的な視点と考え方</li> <li>重篤な疾患あるいは末期状態であることの説明</li> </ul>
第3回	平成10年12月2日	<ul style="list-style-type: none"> <li>末期の状態の定義や末期医療の目的について</li> <li>情報提供と病名告知について</li> <li>治療方針に対する患者意思の反映について</li> </ul>
第4回	平成11年1月29日	<ul style="list-style-type: none"> <li>聖路加国際病院の緩和ケア病棟の見学及び関係職員との意見交換</li> </ul>
第5回	平成11年6月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療方針に対する患者意思の反映について</li> </ul>
第6回	平成11年10月6日	<ul style="list-style-type: none"> <li>中間まとめ</li> <li>末期における望ましいケア</li> </ul>
第7回	平成11年12月20日	<ul style="list-style-type: none"> <li>過剰な延命治療とセデーションについて</li> </ul>
第8回	平成12年10月4日	<ul style="list-style-type: none"> <li>「都立病院における末期医療の在り方について」報告書まとめ</li> </ul>

# 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

# 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

## 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

## 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
  - ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
  - ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。



# 「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

2007年8月23日

日本弁護士連合会

### 意見の趣旨

いわゆる尊厳死（以下「尊厳死」という。）については、個々人の価値観に基づき様々な考え方があり、それらの考え方自体は尊重されるべきである。しかしながら、「尊厳死」の法制化は、人間の生死に関わるものであることに加えて、単に医療の一分野を規律するに止まらず、医療全体、社会全体、ひいては文化に及ぼす影響も、非常に重大である。したがって、「尊厳死」の法制化の前提となる立法事実並びに人間の尊厳およびこれに由来する人権の観点から、極めて慎重かつ十分な検討が必要である。

また、患者の権利が制度上も実態としても十分に保障されていない現状に鑑みれば、「尊厳死」法制化の制度設計の前に、①適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する法律を制定し、現在の医療・福祉・介護の諸制度の不備や問題点を改善して、真に患者のための医療が実現されるよう、制度と環境が確保されなければならないし、②緩和医療、在宅医療・介護、救急医療等を充実させなければならない。

したがって、まず、厚生労働省作成の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」や各医療機関・学会作成のガイドライン等を踏まえたいわゆる終末期医療（以下「終末期医療」という。）の実態調査を行い、その問題点や課題を分析して公開し、市民からの意見を聴取するなどして、「尊厳死」が認められる条件を検討し、その法制化の是非から議論を始めるべきであり、現段階で「尊厳死」の法制化に賛成することはできない。

### 意見の理由

#### 1. はじめに

「尊厳死の法制化を考える議員連盟」は、2007年5月、「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）」（以下「要綱（案）」という。）を公表した。要綱（案）には、「尊厳死」や「終末期医療」という、人

間の生死や患者の権利に関わる法の制度設計が示されている。

日本弁護士連合会（以下「当連合会」という。）は、人間の病や生死に関わる立法については、医科学的根拠や医療現場での生命倫理のみならず、社会の全体的な観点、すなわち、社会的理解・合意の重要性を強調してきた。

また、通常診療のみならず、先端医療、すなわち、いわゆる脳死臓器移植、生殖技術、人対象医科学研究などについても、患者および被験者の権利擁護の立場から、インフォームド・コンセントに焦点を当てた患者の権利宣言をし、患者の権利法、被験者保護法の制定などを提案してきた。

いわゆる終末期（以下「終末期」という。）においても、最善の医療・ケアが尽くされた上で、自己決定権をはじめとする患者の権利が十分に守られ、かつ、医療スタッフと患者本人との間の信頼関係に基づき生命維持治療の差し控え・中止（以下「中止等」という。）がなされた場合には、それが、法律上の問題とされることは少ない。

しかし、上記のような「終末期医療」のあり方を容認すること、あるいは、リビング・ウィルを尊重することと、「尊厳死」を法制化することとは別問題である。「尊厳死」については、個々人の価値観に基づき様々な考え方があり、それ自体は尊重されるべきであるが、「尊厳死」やリビング・ウィルが望ましい故に「尊厳死」を法制化することが望ましいとは必ずしも言えない。なぜなら、「尊厳死」の法制化は、人間の生死に関わり、単に医療の一分野を規律するに止まらず、医療全体、社会全体、ひいては文化に及ぼす影響も、非常に重大であり、回復不能の患者の人権を危うくしかねないからである。

そこで、以下に、「尊厳死」の法制化の前提となる立法事実、ならびに、人間の尊厳およびこれに由来する人権の観点から検討し、要綱（案）に関する意見を述べる。

## 2. 立法事実の存否

前記のとおり、「尊厳死」の法制化がもたらす影響が非常に重大であることからすれば、立法事実の検討は、極めて慎重かつ十分なものでなければならない。

医科学技術の著しい進歩、医療現場の意識の変化等に伴い、医療技術の水準および医療現場の実情は、今日大きく変貌してきた。がん患者、高齢患者、筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者、遷延性意識障害患者、新生児の難病患者などに関する医療の実情、緩和医療・ケアの実情、在宅医療・介護、救急医療の実情、家族や医療スタッフの意識、医療費抑制の制度化等に対する正確かつ十分な実態調査が不可欠である。

例えば、終末期意識調査では、自分が痛みを伴う末期状態になった場合に心

肺蘇生装置は「やめたほうがよい」「やめるべきである」と回答した者が多いと報告されている。しかし、要綱（案）は、痛みを苦しむことを「延命措置」の中止等の要件とはしていないのであるから、正確な調査を行ったというためには、痛みを伴わなくても心肺蘇生装置を「やめたほうがよい」かどうかについて、意識調査を行わなくてはならないはずである。

### 3. 患者の権利の保障

当連合会は、1992年11月の第35回人権擁護大会において、真に患者のための医療が実現されるよう、適切な医療を受ける権利とともにインフォームド・コンセント原則など患者の権利が保障されることが必要であり、国、自治体などは患者の権利の確立のために立法化を含めたあらゆる努力を尽くすべきであるとする「患者の権利の確立に関する宣言」を採択した。

1995年9月の第47回世界医師会総会における患者の権利に関する（改訂）「リスボン宣言」では、すべて人は差別なく適切な医療行為を受ける権利を有し、患者は自己に関する自由な決定を行う権利を有し、医師は患者に対し、その決定のもたらし得る結果についての情報を提供しなければならないこと等が患者の基本的な権利として謳われている。

しかし、我が国では、未だに適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する立法はなされておらず、医療現場においても、これらの権利が十分に保障されているとは言えないのが実情である。

とりわけ、近時、高齢化が進むにつれて、医療費削減が国家的課題とされるなか、医療・福祉・介護に関する諸制度の問題等が指摘されているとおり、市民の医療、介護を受ける環境は悪化している。

このように患者の権利が制度上も実態としても十分に保障されていない現状の下で、「尊厳死」を法制化することは、適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則等の患者の権利を侵害する危険性が大きいといわざるを得ない。

それ故、まず、適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する法律を制定し、現在の医療・福祉・介護の諸制度の不備や問題点を改善して、真に患者のための医療が実現されるよう、制度と環境が確保されることが必要不可欠である。

### 4. 緩和医療、在宅医療・介護、救急医療等の充実

最善の治療が実施されなかった結果、患者が「終末期」を迎えたり、最善の治療やケアが期待できないがために、患者が苦痛や不安に耐えかね、あるいはそれらを恐れて、「終末期」における治療やケアを拒否することがあってはな

らない。経済的要因や介護を担う近親者の負担を軽減するために、患者本人や家族に治療の中止等を促すようなこともあってはならない。

緩和医療や在宅医療・介護、救急医療の態勢が不十分なままで「尊厳死」を法制化すると、これらの懸念が現実化するおそれがあり、いわば本末転倒である。

それ故に、最高水準の緩和医療や在宅医療・介護、救急医療等を充実させることこそが、先に進めなければならない課題である。

## 5. 自己決定権の厳格な保障

生命維持治療の中止等は、患者の自己決定権に基づくものと一般的には説明される。患者の自己決定権に基づくものである以上、本来、対話性と同時性の要件が確保されることにより、自己決定権が厳格に保障されなければならない。

しかし、要綱（案）においては、患者の自己決定権が真に保障されないおそれがある。

### (1) 対話性と同時性

自己決定ないしインフォームド・コンセント原則は、個々の患者の病状および治療法等が個別的、特定のでなければ保障し得ないものである。

ところが、要綱（案）では、生命維持治療の中止等を求める患者の意思は、患者がその状態になるより前の「事前の意思」で足りるかのよう論じられている。

その場合、この意思を表示した段階では「その病状も療法もまったく未来的・仮定的・想像的なものであり、インフォームド・コンセントとは前提を異にする。…それは、主治医＝患者間の『対話性』と『同時性』に欠ける意思表示である」（唄孝一・生命の科学23号1994年）ことに留意しなければならない。即ち、自己決定の前提が不十分であると言わざるを得ないのである。なぜならば、生命維持治療の中止が問題とされる状態は意識不明の場合が多いが、その状態になるより前に、その状態になったときのことは誰にも分からないし、また、実際にその状態になったときに、本人の考え方も変わり得るからである。

それ故、生命維持治療の中止等を患者の自己決定権に基づくものと位置付ける以上は、本来、生命維持治療の中止等を求める患者の意思は、患者がそのような状態になった時点における意思でなければならない。

したがって、かかる患者の意思について、その時点で、直接患者には確認できない状況下においては、いかなる手段、手順によって、患者の意思を合理的に推認することができるのかについて、慎重な検討が必要であり、また、その基準は明確かつ厳格なものでなければならない。

(2) 「尊厳死」に関する自己決定の前提を欠くものとなるおそれ

要綱(案)では、生命維持治療(要綱(案)にいう「延命措置」)の中止等は、「臨死状態」にある患者に対して行われるとしている。「臨死状態」とは、「疾患に対して行い得るすべての適切な治療を行った場合であっても回復の可能性がなく、かつ、死期が切迫していると判定された状態」であるとされている。

① 人々が「尊厳死」の問題に関心を持つ理由の一つは苦痛からの解放という点にあると思われるにもかかわらず、「臨死状態」の定義には、痛みにも苦しむとの要件が無い。苦痛には、精神的な苦痛も含まれるという考え方もあるが、他者がそれを判断するのは困難であろう。

② 「死期が切迫している」という要件の定義は、曖昧である。臨死期は、数日後、数時間後に死が迫っている時であるという考え方もある。要綱(案)もこの「臨死期」の定義に従うものかどうか不明である。

「臨死状態」の原因となる疾病は様々であり、様々な疾患について生命予後の長さを共通の物差しにして定義することは出来ないのではあるまいか。「死期の切迫」といっても、それが死亡までどの程度の時間を意味するのかは大いに議論のあるところであり、死亡までの時間の予測の困難性は多くの医師が指摘するところである。それ故、「終末期」における生命維持治療の中止等は、個別の疾患・病態進行程度を踏まえて、個別具体的にしか行い得ないはずである。ところが、要綱(案)は、これを一律になし得るとの前提に立っているとも見受けられ、「終末期」予測の困難性への配慮が欠けている。

③ 「延命措置」は「疾患の治療を目的としないで単にその生命を維持するための医療上の措置」と定義している。治療目的がなければ生命維持治療ではないとの考えに基づいていると思われるが、例えば緩和ケア目的の治療をどう位置付けるのか。それが生命維持治療でないというのであれば、治療の概念を覆し、「臨死状態」を死とほぼ同義と位置付けることになるように思われる。また、「措置」の語は治療の語と異なるから、医療でないことを暗示する。そうすると、「延命措置」は、もともと不必要で無意味だから治療とはいえないものとの観念を先取りさせ、不要なものは要らないと、人々をミスリードすることになる。さらに、「苦痛の緩和のための措置」を「延命措置」から除外していない。しかし、多くの場合、苦痛の緩和のための治療中止を希望することはあるまい。

## 6. 生命権の保障

(1) 「臨死状態」について誤診があれば、取り返しがつかないことであり、

生命権を侵すことは言うまでもない。

- (2) 「臨死状態」につき「疾患に対して行い得るすべての適切な医療を行った場合であっても」とある点につき、実際に「行った」ことが要件なのか、そういう場合であっても「回復の可能性」がないことが予測されるのであればそれで要件を満たすと解されるのかは定かではない。もし后者なら、生命権を侵すおそれがある。
- (3) 要綱（案）には、書面により表示した意思を撤回する方法について定めがない。一旦、そのような意思が表示されたとしても、本人の意思が変わり得るものであることからすれば、撤回は自由であり、また、撤回について書面は不要であると考えべきである。そうでなければ、患者の生命権を侵害するおそれは払拭されない。
- (4) また、「終末期」に、生命維持治療を継続して生命を維持することについて、その是非を判断し得るのは、本来はその患者本人以外にはあり得ないとの前提に立って考えるべきである。もし、他者が、これを否と判断できるとすれば、「生きるに値しない生命」として他者が本人の「生命の質」を評価することに他ならない。したがって、患者の生命権の保障の観点からも、患者本人の意思が極めて慎重かつ十分に確認されなければならないのである。

## 7. 人間の尊厳の保持

要綱（案）は、「延命措置の中止等の適正な実施に資することを目的とする」と定めており、これは結局、延命措置の中止に関する手続法ということになる。「患者の意思の尊重」という文言についても、延命措置の是非は医師が決定することができ、その際、患者本人の意思を考慮すればよいと解される余地があり、患者の自己決定権を真に保障する立法とは言えない。また、本要綱（案）は、患者または家族に対し延命措置の中止等の方法やそれにより生じる事態等についての説明責任が課され、書面による患者の意思確認が求められているが、それに違反した場合については、罰則規定から除外されている。

「尊厳死」の法制化を検討するに当たっては、患者の自己決定権の保障が第一義的な目的とされるべきところ、要綱（案）は、患者の自己決定権の保障を必ずしも立法目的としているとはいえず、そのための手段も不十分である。結局、要綱（案）は、問題になる患者本人のためではなく、経済的要因、近親者の負担要因、医師の免責要因等を重視して提案されているとの疑問を払拭することができない。

本意見書において指摘した問題点が十分に検討されることなく生命維持治療の中止等の正当化を図る法制化が進められるようなことがあれば、その疑問は

ますます深まることになろう。

したがって、患者本人の人間の尊厳が侵されるおそれがないかどうかについても、十分な検討を加えなければならない。

## 8. まとめ

尊厳死の法制化を考える議員連盟が要綱（案）を公表し、社会に対して問題提起を行った点は評価しうる。

しかしながら、以上のとおり、患者の自己決定権を真に保障するためには、「終末期」における自己決定の法理について、その目的、適用範囲、手続等を最も厳格に規定しなければならないというべきである。

「尊厳死」の法制化は、単に医療の一分野を規律するに止まらず、医療全体、社会全体、ひいては文化に非常に重大な影響を及ぼすものであり、これによって、医学的に回復する見込みがないとされる多くの患者に対する心理的圧力も増大するおそれがある。また、十分な議論の尽くされないまま法制化がされるとすれば、そのような病状にある患者に対する周囲の人々や社会の差別・偏見が助長されることも懸念される。

「尊厳死」の法制化を考えるならば、その前に、①適切な医療を受ける権利やインフォームド・コンセント原則など患者の権利を保障する法律を制定し、現在の医療・福祉・介護の諸制度の不備や問題点を改善して、真に患者のための医療が実現されるよう、制度と環境が確保されなければならないし、②緩和医療、在宅医療・介護、救急医療等を充実させなければならない。

したがって、まず、厚生労働省作成の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」や各医療機関・学会作成のガイドライン等を踏まえた「終末期医療」の実態調査を行い、その問題点や課題を分析して公開し、市民からの意見を聴取するなどして、「尊厳死」が認められる条件を検討し、その法制化の是非から議論を始めるべきであり、現段階で法制化に賛成することはできない。

以上

## 「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

有限責任中間法人日本救急医学会

代表理事 山本 保博

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 有賀 徹

本提言(ガイドライン)(以下、ガイドライン)を使用するにあたっては、以下の点をご留意の上お使い下さい。

まず、このガイドラインでいう「終末期」については、通常の医療現場における慢性疾患を含む一般的な終末期医療について言及しようとするものではなく、われわれ日本救急医学会会員が救急医療を展開する場において遭遇する症例の終末期においてという位置付けです。つまり、ガイドラインの前文にありますように、われわれ日本救急医学会会員が救急医療を展開するに際して遭遇する葛藤とも言うべき局面について何らかの解決策を得たいという現場からの意見がきっかけとなって作成されたものです。厚生労働省からも終末期における一般的な主旨が提案されておりますが、本ガイドラインがわれわれ日本救急医学会会員にとって、より実際的かつ具体的であるのはそのような経緯によります。

本ガイドライン作成の過程におきましては、本学会の会員のみならず、看護、法曹、倫理、宗教など多岐にわたる分野の方々からの意見も頂くことができました。この意味で本ガイドラインは、ある種社会的なコンセンサスを得たものであるとも考えています。

そこで、ガイドラインを使用するにあたって、あらかじめの確認事項を記載しましたので、宜しく参照されますようお願い致します。

- ①本ガイドラインは、そのまま辿れば何らかの目的に至るような診療手順やマニュアルといったものではありません。「提言(ガイドライン)」とありますように、いわば“考える道筋”を示したものであることを確認下さい。
- ②従って、遭遇した症例について、このような“考える道筋”が必要であると主治医として判断するならば、本ガイドラインを利用することをお勧めします。そこには患者にとって最善の医療を行うためのコンセンサスを構築するチーム医療の実践についての説明などがあります。そのような“考える道筋”が必要でない症例の場合には、このガイドラインは必要ありません。
- ③主治医として本ガイドラインにある道筋を考えるにおいて、最も肝要なことはこのガイドラインは倫理的に正しく、かつ患者にとって最善の医療を行うことを具現しているということです。②の「必要があれば薦める」とはこのような意味からです。
- ④終末期における作為または無作為などと法律論的な観点から本ガイドラインの意義を問いたいという主治医としての期待や願望は否めませんが、このガイドラインは、人の倫(みち)に合うことを行って法的に咎められることになるはずがないという考えによります。
- ⑤現状で法的に咎められる可能性を十分に論ずべき事例であれば、主治医として本ガイドラインを利用することにはならないでしょうが、その判断は主治医によります。
- ⑥「倫理的に正しく、かつ患者にとって最善の医療を行うことを具現している」状況についての説明責任は主治医にあります。その責任を果たす拠り所は最終的に診療録の記載であることを確認下さい。
- ⑦本ガイドラインは現在われわれが働いている救急医療の現場と社会状況などに鑑みて作成されています。これらは時間の経過とともに変遷するところでもあります。従って、適宜改訂を加えていく必要もあると思います。ご理解とご協力を切にお願いいたします。

以上



## 救急医療の終末期に関する背景認識と本ガイドライン作成の意義

### I 背景への認識

#### 1. 救急医療現場の終末期について

いわゆる「がん」患者の終末期と救急医療現場での終末期とは、同じ“終末期”と言ってもその状況が大きく異なる。徐々に進行するがんの場合を例にあげると、がんの診断から治療までの比較的長い経過があり、その間、告知を受けた患者は医師から繰り返し説明を受け、自分自身でもいろいろな情報を得ることができる。治癒不能であることを知った患者は当初の驚きや落胆から徐々に自らの死を受容し、人生の幕引きをどのように迎えるかを考えることができ、周囲も本人が望むような最期を迎えられるように協力することができる。

一方、救急医療現場では、先ほどまで全く健康と思われていた人に事故や重病が突発し、極めて短い時間で死が切迫する事態となる。われわれ救急医療に携わる者はどのように厳しい状況であっても全力を傾けて救命のための蘇生や治療を行い、可能性がある限り努力する。しかし、救急医療にもおのずと限界があり、ある時点でどうしても救命できないことが判明する。そのような治療過程において、いかなる手を尽くしても救命できないことは明らかであるが、まだしばらくの間は心停止には至らない状態となることがある。これが救急医療現場の終末期である。

瀕死の患者自身にはすでに意識もなく、自らの意思を伝えることも希望を述べることもできない。駆けつけた患者の家族らにとって、事態はまさに青天の霹靂である。救命を信じていた家族らは、医師から死について説明されても十分に理解することはできず、ましてや間近にせまった肉親の死を受容することもできず、心理的にはパニック状態である。

当初「救命の可能性があるかもしれない」と考えて装着した生命維持装置や「救命するためには行った方がよい」と考えた医療は、もはや「治療のため」ではなく「単なる延命措置」となる。しかし「単なる延命措置」であるとしても、医療を提供する側の価値判断のみによって生命維持装置などを取り外すことにはいくつかの問題がある。また、家族から「先生におまかせします」と医療者の手に委ねられても、取り外せばすぐに心停止となる装置などの中止をもって死期を早めることもなかなか行いにくい。その結果、一度開始してしまったら、誰にも止められない延命措置が続けられる事態となる。患者本人の利益にもならず、家族らも望まないような延命措置が続けられた場合、患者の尊厳を損ねるばかりか、ただでさえ悲嘆にくれる家族らにさらに苦痛を与えることになりかねない。

#### 2. 終末期状態における延命措置への対応の現状

重症の救急患者を治療する経過の中で、医師はある時点から死を予測できるが、現状では『救命現場での延命措置の中止基準』がないため、延命措置を中止するかどうかの対応は一定しない。医師の中にも「救命不可能であれば、延命措置を中止する」考えから「治療が無意味とわかっていても永遠に続くわけではないから、現状を維持する」とか「救命は不可能とわかっていても延命措置は絶対に中止できない」とする考えまで、大きなひらきがある。

医療者のみの判断によれば患者の自己決定権や家族らの希望と対立する可能性がある。医療を受ける側も、『尊厳をもって死を迎えるため無意味な延命は希望しない』という意見、『医師が意図をもって死期を早めることは、そもそも「医の倫理」に反する』という意見、『死は医師が操作するものではなく、また家族が決めるものでもなく自然な死期を迎えさせるべき』という意見がある。いずれにも正当な部分があり、何が適切かの判断は難しい。『死期を早めることが日常化すれば、いずれは弱者切り捨てにつながるのではないか』といった懸念の表明もある。

われわれ救急医療に携わる医師は死に直面する患者の尊厳を最大限尊重し、家族らの心情にも十分配慮すべきである。しかしながら、中止の方法やタイミングが家族らの希望と一致しなかった場合、医療への不満や不信を招き、医事紛争の火種になりかねず、医師や病院が信頼を失う恐れがある。安易な判断で延命措置を中止すれば、治療の余地があったのに最善を尽くさなかったと追求を受ける恐れもある。またたとえ医学的には妥当な延命措置の中止であっても、ケースによっては遺産相続問題などへ影響する恐れもある。

## II 本ガイドラインを作成する意義

このような問題が存在する救急医療の現状においてこそ、検証可能で妥当な終末期状態の判断と延命措置の中止基準が必要である。本ガイドラインを作成するにあたり、「案」を提示したところ、それに対し、日本救急医学会会員、会員以外の医師のみならず、さまざまな医療職種、法律家や倫理学者、その他の有識者、一般の方々からも意見を頂戴した。その大多数はガイドラインの趣旨に賛同の立場からであった。救急医療に携わる者が、真摯な気持ちで真剣に対応すれば、急性期医療の終末期に対する社会の認識が成熟し、問題解決につながるものと期待される。

## 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）

### I 基本的な考え方・方法

救急現場では延命措置を中止する方が適切であると思われる状況があるにもかかわらず、その対応が明確に示されていない。従って、安らかな死を迎えることを是としても、医師の個人的な判断で延命措置の中止をすれば、その後に世間から誤解を招く結果ともなりかねない。

このような問題を解決するには、日本救急医学会として終末期の定義と一定の条件を満たせば延命措置の中止を行うことができる指針を示す必要がある。

以上のような理由で終末期の定義、及び延命措置への対応について記載する。

#### 1. 終末期の定義とその判断

救急医療における「終末期」とは、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下1)～4)のいずれかのような状況を指す。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
  - 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
  - 3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合
  - 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合
- なお、上記の「終末期」の判断については、主治医と主治医以外の複数の医師（以下、「複数の医師」という）により客観的になされる必要がある。

#### 2. 延命措置への対応

##### 1) 終末期と判断した後の対応

主治医は家族や関係者（以下、家族らという）に対して、患者が上記1. - 1)～4)に該当した状態で病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、理解を得る。その後、本人のリビング・ウイルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認する。ついで、主治医は家族らの意思やその有無について以下のいずれかであることを判断する。

##### (1) 家族らが積極的な対応を希望している場合

本人のリビング・ウイルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認し、それを尊重する。家族らの意思が延命措置に積極的である場合においては、あらためて「患者の状況が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能である」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝達し、その後に家族らの意思を再確認する。

再確認した家族らの意思が、引き続き積極的な対応を希望している時には、その意思に従うのが妥当である。結果的に死期を早めてしまうと判断される対応などは行うべきではなく、現在行われている措置を維持することが一般的である。

家族らが積極的な対応を希望する場合でなければ、複数の医師、看護師らを含む医療チーム（以下、「医療チーム」という）は、以下2. - 1) - (2)～(4)を選択する。

##### (2) 家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合

家族らの受容が得られれば、患者にとって最善の対応をするという原則に則って家族らとの協議の結果により以下の優先順位に基づき、延命措置を中止する方法について選択する。

- ① 本人のリビング・ウイルなど有効な advanced directives（事前指示）が存在し、加えて家族らがこれに同意している場合はそれに従う。
- ② 本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。

上記①、②の順で、家族らの総意としての意思を確認した後に、医療チームは延命措置中止の方法として2.-2)の内から適切な対応を選択する。なお、本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合には、医療チームは患者にとって最善と思われる対応を選択する。

### (3) 家族らの意思が明らかでない、あるいは家族らでは判断できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法についての対応は、主治医を含む医療チームの判断に委ねられる。その際、患者本人の事前意思がある場合には、それを考慮して医療チームが対応を判断する。これらの判断は主治医、あるいは担当医だけでなされたものではなく、医療チームとしての結論であることを家族らに説明する。この結果、選択されて行われる対応は患者にとって最善の対応であり、かつ延命措置を中止する方法2.-2)の選択肢を含め、家族らが医療チームの行う対応を納得していることが前提となる。

### (4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは慎重に判断する。なお、医療チームによる判断や対応は患者にとって最善の対応であることが前提である。

医療チームによっても判断がつかないケースにおいては、院内の倫理委員会等において検討する。このような一連の過程については、後述する診療録記載指針に基づき、診療録に説明内容や同意の過程を正確に記載し、保管する。

## 2) 延命措置を中止する方法についての選択肢

一連の過程において、すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する方法(withdrawal)、またはそれ以上の積極的な対応などをしない方法(withholding)について、以下、(1)～(4)などを選択する。

(1) 人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などを中止、または取り外す。

(注) このような方法は、短時間で心停止となるため原則として家族らの立会いの下に行う。

(2) 人工透析、血液浄化などを行わない。

(3) 人工呼吸器設定や昇圧薬投与量など、呼吸管理・循環管理の方法を変更する。

(4) 水分や栄養の補給などを制限するか、中止する。

ただし、以上のいずれにおいても、薬物の過量投与や筋弛緩薬投与などの医療行為により死期を早めることは行わない。

救急医療に携わるわれわれは、年齢、疾病原因、受傷原因、あるいは社会的地位、国籍などの患者背景に関係なく救命救急医療を行う。当然ながら、医療に携わる者として患者本人にとって最善の医療を行い、救命の可能性がある場合には、終末期と定義しない。

しかし、患者が1.に示される終末期と判断された場合には、その根拠を家族らに説明し、家族らの総意としての意思などを確認する。そして、2.-1)に示される対応などに従って2.-2)に示される選択肢から継続中の延命措置を中止することができる。

なお、家族らへの説明の際には、プライバシーが保てる落ち着いた場所で説明し、家族らにとって十分な時間を提供して、家族らの総意としての意思を確認することが重要である。

このような救急医療の終末期に行う延命措置への対応は主治医個人の判断ではなく、医療チームの判断であることが重要である。また、家族らの意思が変化した場合には、適切かつ真摯に対応する。それら一連の過程は診療録に記載することを忘れてはならない。