

注 1) 医療・ケアチームは原則として担当医、担当医以外の 1 名以上の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者から構成される。

在宅医療に際しては、在宅療養に従事する医師の判断を支援するシステム(例えば委員会の設置等)を地域の医師会等で構築する必要がある。その際、支援する地域の医師会等の委員会は内規を定めるとともに会議の議事録を保管する。

注 2) 「家族等」とは、法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む。なお、終末期を想定して患者にあらかじめ代理人を指定してもらっておくことが望ましい。

注 3) 「患者自身の事前の意思表示書」とは、患者があらかじめ自身の終末期医療に関して指示している書面のことをいう。

注 4) 家族等との連絡が取れない場合や家族等がいない場合などで、やむを得ず家族等の了承を得られないことも考えられるので、「原則として」という表記にしている。

広義の「終末期」

(単に「終末期」と表現するときは、これを指す。)

- (1) 最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期。

- (2) 主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等（法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む）が（1）を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。

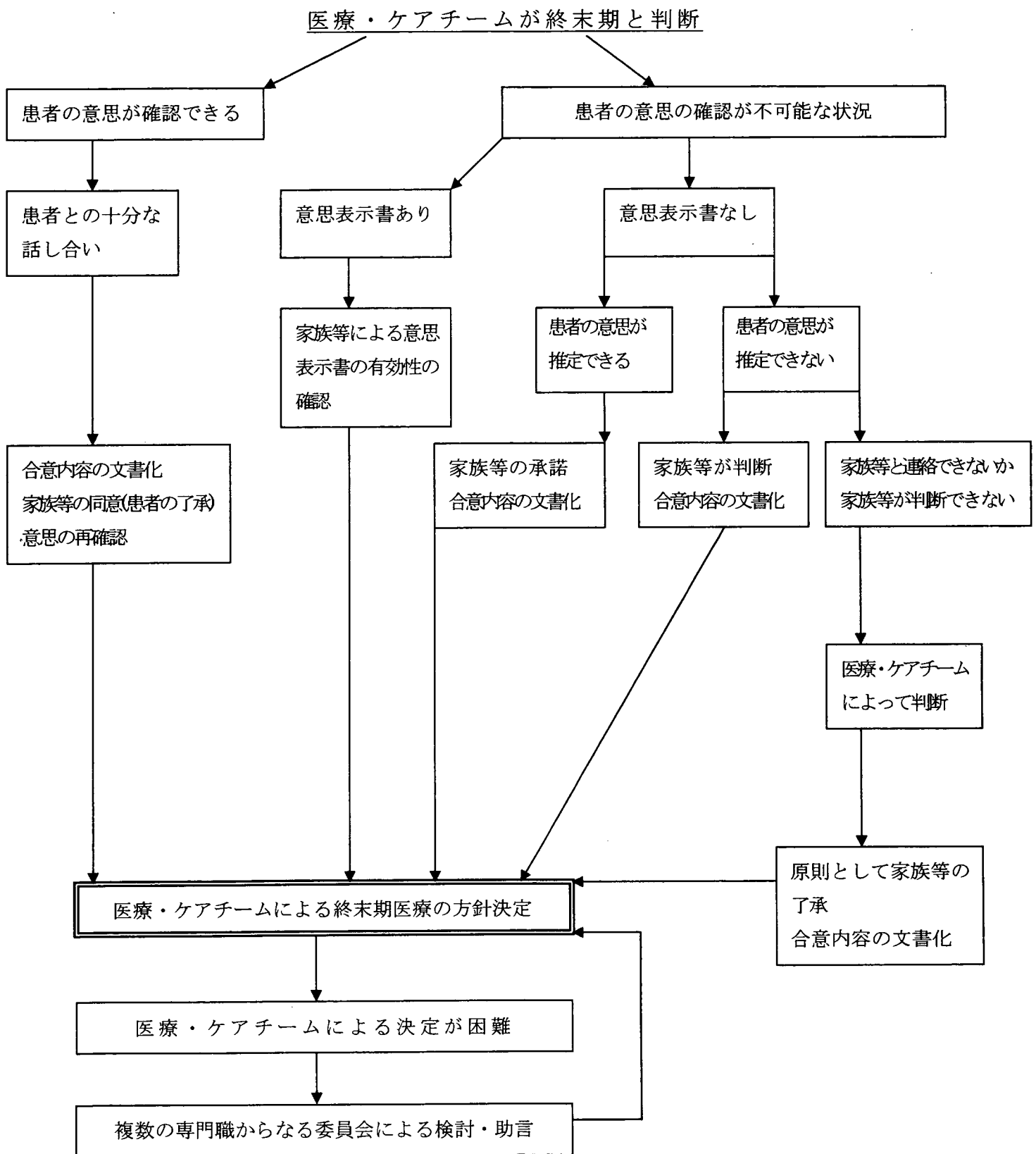
狭義の「終末期」

(臨死状態)

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

「グランドデザイン2007 -各論-」より

終末期医療の方針決定に至る手続き



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—



平成20年（2008年）2月14日
日本学術会議
臨床医学委員会終末期医療分科会

この対外報告は、日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会

委員長	垣添 忠生	(第二部会員)	国立がんセンター名誉総長
副委員長	大野 竜三	(第二部会員)	愛知淑徳大学医療福祉学部教授
幹事	山脇 成人	(連携会員)	広島大学大学院精神神経医科学教授
幹事	内富 庸介	(連携会員)	国立がんセンター東病院臨床開発センター部長
	内布 敦子	(連携会員)	兵庫県立大学看護学部教授
	宇都木 伸	(連携会員)	東海大学専門職大学院実務法学研究科教授
	江口 研二	(連携会員)	東海大学医学部腫瘍内科教授
	勝又 義直	(連携会員)	科学警察研究所所長
	久保 千春	(連携会員)	九州大学大学院医学研究院心身医学教授
	小松 浩子	(連携会員)	聖路加看護大学教授
	水田 祥代	(第二部会員)	九州大学病院長、教授
	鈴木 修	(連携会員)	浜松医科大学法医学部教授
	武田 純三	(連携会員)	慶應義塾大学医学部麻醉学教室教授
	樋口 範雄	(連携会員)	東京大学法学部政治学研究科教授
	町野 朔	(第一部会員)	上智大学法学研究科教授
	南 裕子	(第二部会員)	兵庫県立大学副学長、教授

要 旨

1. 作成の背景

人は誰も死すべき存在である。その死が安らかなものでありたいと人々は望むが、人の終末期は実に多様である。終末期には事態の進行速度より終末期には急性型（救急医療等）、亜急性型（がん等）、慢性型（高齢者、植物状態、認知症等）がある。各々、特徴的な病態、病勢があり、一律に終末期としてとりまとめることは難しい。加えて最近、病院内における終末期患者に対する呼吸器とりはずし事件などが起こり、社会的にも終末期医療のあり方に関する人々の関心が高まっている。

日本学術会議、死と医療特別委員会は、平成6年5月、意見表明「尊厳死について」をとりまとめた。その結論として、患者の自己決定ないし治療拒否の意思を尊重して延命医療の中止、すなわち尊厳死を容認した。しかし、その後の13年間に新たに安楽死、尊厳死といった事態が次々と起こってきた。また、多くの関係団体や学会、厚生労働省、研究班などが終末期医療に関するガイドラインや勧告等を公表している。そこで、当分科会は、亜急性型の終末期医療に限定して、かつての議論をさらに深めて新しい事態に対応すべく原則的な考え方を呈示するため、この報告を行う。

2. 現状及び問題点

- ・ この約13年の間に、医師が関与する安楽死または尊厳死、延命医療の中止と称し得るような事件が、いくつも生じている。だが、これまでのところ、実際に起訴されたのは、気管チューブの抜管行為が筋弛緩剤投与とあわせて起訴された川崎共同病院事件だけで、本件は現在も裁判中である。こうした医療行為が倫理的、法的にどこまでが許されるのか、あるいは許されないのか、医療現場や国民の強い関心事となっている。
- ・ 近年、終末期医療に関するガイドラインや勧告が複数公にされている。平成19年5月に公表された厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に代表されるように、主として亜急性型の終末期医療およびケアのあり方と方針の決定手続きは、多くのガイドライン、勧告等で概ね一致している。

3. 報告の内容

- ・ 亜急性型の終末期にあつては、病状が確実に進み、その先に死があることを患者自身が自覚しており、苦痛解除がしばしば十分でなく、家族も患者と一心同体のごとき苦悩を経験する、といったいくつかの特徴がある。
- ・ 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、医療行為の変更・中止等は、患者本人の意思表示が明確な場合には、患者の意思に従うべきである。少しでも長く生きたいと希望する患者には、十分に緩和医療を提供しながら残された生を充実して生きられるように適確な援助を行う。緩和医療が十分に提供されていても、延命医療を拒否し、その結果、死期が早まることを容認する患者には、リビング・ウィルも含めその意思に従い、延命医療を中止する。
- ・ 患者本人の意思が確認できないまま終末期に入り、家族から延命医療の中止を要請されたときには、「患者に最善の医療」という観点から検討し、結論として要請を受け入れる場合と受け入れない場合があつてよい。

患者が何を望むかを基本とした、家族による患者の意思の「推定」を容認し、家族が患者の意思を推定できない場合には、医療チームは家族と十分に話し合った上で、患者にとって最良の治療方針を判断する。当分科会としては延命に全力を尽くすことを基本前提としつつも、関係者の衆知を集めて延命医療の中止を選択する余地を残すこととした。

実際の手続き上は、家族構成者間に意思の相違はないか、を含めた家族意思の繰り返しての確認がまず必要である。家族構成者間の意思が一致していても、なぜ家族が延命医療の中止を求めるのか、家族意思の内容の確認も求められる。これらの内容次第により、延命医療の続行と中止の両結論が生じ得る。

- ・ 医療側の判断は複数の職種から公平に構成されるチームによってなされるべきであり、記録の適正な管理、透明性の確保は必須の要件である。判断が困難な場合には、施設内倫理審査委員会等に委ねるべきである。
- ・ 終末期医療に関する医療従事者の教育・研修の充実、苦痛緩和や精神的ケアに重点を置いた終末期医療の供給体制の整備等がきわめて重要である。

延命医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の亜急性型終末期医療

全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそ重要であり、これが迂遠に見えるが本来の終末期医療のあるべき姿と当分科会は考える。

目 次

はじめに

1. 検討の経緯	267
2. 用語の定義	267
3. 日本学術会議 第15期 死と医療特別委員会報告「尊厳死について」 (平成6年5月26日付)の要約	270
4. 平成6年以後にわが国で起こった安楽死、延命医療中止の事例	273
5. 近年公表されたガイドライン、勧告のまとめ	274
5. <u>終末期医療のあり方、に関する当分科会の結論</u>	276

おわりに

はじめに

人が生を終わらんとする終末期における医療のあり方は、実際にはかなり複雑なもので、事態の進行の速度、終末期医療に対する患者本人の意思、家族の思い、判断を下す医療側の考え等が相互に密接に関連する。

終末期医療における医療行為の開始・不開始、変更、中止等に際しては、患者本人の意思、自己決定がもっとも重要である。しかし、患者の一時的な意思表示に過度に依拠すると「患者に最善の医療」が必ずしも護られない場合も生じ得る。加えて、患者本人の意思が明確でない場合は困難な事態が生じ得る。こうした状況に際して、医療従事者、主として医師がどう判断、行動すべきかに関する関連学会、団体、厚生労働省、研究班等のガイドライン、勧告等がすでに数多く公表されている。

医療行為の開始・不開始、変更、中止等に関わる医師の責任のあり方が、医療現場でも、世の中でも強い関心事となっている。しかし、本人の意思が明確でない場合の判断は状況ごとにきわめて個別的であり、一律にガイドライン等で指針を示すことは容易ではない。

こうした終末期医療のあり方を考える際には、患者・医師間の意思疎通、終末期医療に関する医療従事者の教育・研修の充実、苦痛緩和や精神的ケアを重視した終末期医療の医療現場での定着、質の向上が、「患者に最善の医療」を提供する上で、迂遠なようだが、もっとも重要な部分である、とする立場で以下の記述を進めることとする。

なお、過去の経緯を踏まえないと、本報告書は成立しないが、これまでに検討されてきた内容や事実は膨大である。それらを時系列で記載したが、それに依拠してまとめた当分科会の報告(案)は目次上、アンダーラインを付した。本報告のエッセンスはこのアンダーラインを付した 6 章をお読みいただければよいように整理した。

1. 検討の経緯

- ・ 本分科会は、平成 18 年 8 月の第 1 回から計 6 回の議論を通じて平成 19 年時点での終末期医療のあり方をまとめてきた。
- ・ 議論を開始するにあたっての合意事項としては、1) 本分科会では、薬物などを投与して人の死を早めるような、いわゆる積極的安楽死は取り扱わない。2) 終末期には急性型（救急医療等）、亜急性型（がん等）、慢性型（高齢者、植物状態、認知症等）があるが、本分科会では主として亜急性型の終末期に集中して議論する。3) 日本学術会議 死と医療特別委員会 平成 6 年報告書を出発点とし、その後の新しい事態、変化を取り入れた平成 19 年度版を取りまとめる。4) 本報告書の報告対象は、医療従事者、国民、行政、マスコミ等を想定する。5) 各項目を委員が分担執筆し、委員長を中心として、副委員長、幹事がとりまとめをし、委員全員の了承を得る、とした。
- ・ 終末期医療分科会の開催日程は以下の如くであった。

第 20 期第 1 回 平成 18 年 8 月 22 日

第 2 回 平成 18 年 11 月 9 日

第 3 回 平成 19 年 1 月 25 日

第 4 回 平成 19 年 5 月 11 日

第 5 回 平成 19 年 8 月 20 日

第 6 回 平成 19 年 9 月 11 日

2. 用語の定義

終末期医療のあり方を考える上で重要な用語として、安楽死、尊厳死、がん緩和医療、延命治療、終末期の五つを取り上げ、以下のように定義して委員間の認識の共有を図った。

安楽死

「安楽死」は古くから用いられてきた言葉であるだけに、意味は極めて多様である。

- 1) 純粋な意味における安楽死は、穏やかかつ自然な、あるいは人によって引き起こされたのではない死を意味し、法的にはなんの問題もない。安楽な死とでも呼ぶべきものである。
- 2) 望ましくないとされる者を抹殺する行為が、安楽死と呼ばれたことがあるが、法的には全く受け入れる余地のないものである。むしろ安楽殺がより適した言い方であろう。

- 3) 間接的安楽死といわれるものは、苦痛緩和のための医療処置が、意図していたわけではないが副次的な結果として生命の短縮をもたらしてしまう場合の呼び名である。適正な医学的判断がなされ、それが患者の意思に適合していると考えられる場合には、一つの医療行為として適法であると考えられる。
- 4) 最後に積極的安楽死、最狭義の安楽死、本来的な安楽死などと称せられるものが残る。それは苦痛がどうしても除去できない場合に、やむなく苦痛の認知主体である本人の生命を積極的に短縮する行為である。肉体的な激しい苦痛があり、死が不可避であり死期が切迫しており、他に代替手段がなく、本人の明確な意思表示がある場合には適法であるという考えを述べた下級審判決はあるが、この解釈によって現実に適法とされた判決例はこれまでのところ本邦ではない。苦痛緩和の手法が発達した現在、このような病状に到ることは稀であるといわれ、本報告の対象からも外されている。

なお、20世紀後半の生命維持医療技術の発達に伴い出現した尊厳死（次項参照）とは、また死そのものを望む者への致死的処置（自殺幫助）とは、区別される。

尊厳死

安楽死を、致死的薬剤を投与する積極的安楽死と、医療を差し控えたり中止する消極的安楽死に分類する考えがあり、そこでは尊厳死は消極的安楽死にあたりと論じられることが多い。そのため安楽死と尊厳死が時に混同されて用いられることがある。

安楽死の定義も多様であるが、現在主に問題とされている安楽死は、耐え難い苦痛に襲われている死期の迫った人に致死的な薬剤を投与して死なせるものである。これに対し、尊厳死は、過剰な医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせることを出発点として論じられている概念である。

このように安楽死と尊厳死とは本来は異なった概念であり、尊厳死を安楽死の一部と位置づけることには慎重であるべきである。ただ、尊厳死も、人間の尊厳をどう考えるかにより、患者の意思や末期状態であることなど多様な条件を組み込んだ定義が見られる。

本分科会は、殺人罪であるとの司法の糾弾を受けないで患者の最善の医療を追求する方策を虚心に考えることが重要であると考えている。したがって、定義の段階では詳細な条件を盛り込まず、尊厳死を「過剰な医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせること」と定めておき、過剰な医療を中止・不開始した結果起きる死は「自然死」(natural death)と見なし、患者の最善の

医療を実現する方策に議論の焦点を絞ることが適当と考えられる。

がん緩和医療

世界保健機関（WHO）の報告にもあるように、単に終末期患者を対象にするものではなく、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点から、患者にとって苦痛となる身体的・精神的症状を軽減させ、患者やその家族の生活の質を維持、向上させる医療分野である。広義には、がんに関連する疼痛の対策、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）などのがんに伴う身体症状・精神症状の緩和だけでなく、抗がん剤・放射線・手術療法などの治療に伴う副作用対策も含まれる。患者の身体的・精神的症状の評価は生活の質に代表されるように、医療者による客観的な評価だけでなく、患者の主観的な評価を重視して考える。この意味で、がん緩和医療における治療法の評価には、患者自身の評価が重要である。

延命治療

延命治療とは、一般的には“何らかの治療行為を行わなければ死に至るはずのものを、生きながらえさせる”ための治療としての意味合いで使われている。がん、心臓病、アルツハイマー病に対する“代替療法”を、延命治療法として取り扱っている場合もあり、すぐに死に至るような病状ではなくても使われることがある。また、無駄な医療行為との意味合いが含まれて使われることも少なくないが、延命治療を行うことと、行っている延命治療の医学的無益性の判断とは本来別の問題であると考えられる。さらに、治療内容は人工呼吸器や補助循環に止まらず、終末期では輸液管理や栄養管理までが延命治療に含まれることが多い。このように、延命治療が意味するところは広汎である。

以上のような経緯を踏まえると、終末期であることを前提にして考えるなら、日本医師会医事法関係検討委員会答申(平成16年3月)にあるように、「延命処置とは生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短時間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう」というのが、妥当な定義と思われる。

終末期

疾病や患者の状態によって、三つのタイプに大別することが可能である。

1) 救急医療等における急性型終末期

日本救急医学会は、終末期を「妥当な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状況」と定義し、次の四つのいずれかを指す、としている。

①脳死と判断された場合、②生命維持が人工的な装置に依存し、必須臓器の機能不全が不可逆的な場合、③他の治療法がなく、数時間ないし数日以内に死亡することが予測される場合、④積極的な治療の開始後に回復不能な病気の末期であることが判明した場合、である。この定義は、治療に直接関わる医師の職能団体や学会が表明したもので、治療者の視点で構成されている点が特徴である。

2) がん等の亜急性型終末期

この型の終末期は「がんを治すことを放棄した時点から、死亡するまでの期間」とか、「病状が進行して、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期」など、各種の定義がある。共通するのは、判断の基準に「生命予後」を必ず取り入れている点で、半年あるいは半年以内は概ね一致する予後判断といえる。逆に言えば、このような生命予後が予想される場合は、この型に分類されることになる。

3) 高齢者等の慢性型終末期

日本老年医学会は、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。定義に具体的な期間を設定しなかったのは、高齢者は終末期にあると判断されても、余命を予測するための医学的情報の集積が現状では不十分であり、余命の予測が困難であるためであると述べている。悪性腫瘍の終末期、脳卒中の終末期、認知症の終末期、呼吸不全の終末期など、高齢者に多く認められる不可逆的、進行性の経過をたどることの多い個別疾患ごとの検討は日本老年医学会の今後の課題としている。

このように、終末期を急性型（救急医療等）、亜急性型（がん等）、慢性型（高齢者、植物状態、認知症等）に分けて考える必要があるほど、各々の終末期医療の内容的差異は大きい。

3. 日本学術会議第 15 期 死と医療特別委員会報告「尊厳死について」（平成 6 年 5 月 26 日付）の要約

生命維持治療の進歩により、末期状態にある患者の延命も可能となった。がんなどの激痛に苦しむ末期状態や回復の見込みがなく死期が迫っている植物状態の患者に対しても、延命治療を施している場合が多い。尊厳死の考え方は「助かる見込みがない患者に延命医療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ安らかに死を迎えさせること」と解され、生命維持治療

の進歩に伴って生じてきた過剰な延命医療の不開始・中止（以下「中止」と略す）を認めるものとして、1970年代のアメリカの判例に現れ、1976年にカリフォルニア州で世界初の自然死法(Natural Death Act)として法制化された。

尊厳死を認めることは、生命軽視という「滑りやすい坂道」への第一歩を踏み出す倫理上の問題や、刑法上の殺人罪や自殺関与罪に該当する疑いも否定できない。そこで、尊厳死に関する議論に向けて、その背景を明らかにした上で、医学、倫理、宗教、法律等の総合的な観点から解決策を導く必要がある。尊厳死は「もっぱら延命のためにのみ実施されている医療」、すなわち過剰な延命医療が問題となることから、本委員会では、延命医療の中止を尊厳死としてとらえ、その是非を検討した。

尊厳死を認める根拠として、①近親者の物心両面にわたる過大な負担の軽減、②国民全体の医療経済上の効率性、③患者本人の意思の尊重などが挙げられている。①は近親者の負担の軽減を直接の目的として延命医療の中止を肯定することであり、倫理的のみならず法的にも妥当ではない。②については無益かつ高額な延命医療が実施されている実態はあるが、経済効率の観点から人の生死を左右せしめることは、倫理的、宗教的に許されない。③の患者本人の意思の尊重は、末期状態においても、医療の原点であるインフォームド・コンセントの原理に立脚して、患者の自己決定ないし治療拒否の意思を尊重することが尊厳死問題の本質であると当委員会は考えた。

末期医療における最大の課題は、患者の希望ないし意思に反して延命医療を施すことが許されるかという点にある。意思ないし判断能力を有する患者が末期状態において延命医療を拒否している場合、たとえそれによって生命の短縮を招くことが明らかであっても、医師はその意思に従うべきである。十分な情報と判断力を備えた患者の明白な求めがある以上、延命医療を中止することは何ら医師の倫理にもとるものではないことを改めて確認すべきであると考え。延命医療の中止は、同意殺人罪ないし自殺関与罪にあたるという学説があるが、自然の死を迎えさせるための措置であり、その場合の死は自殺でもなければ、医師の手による殺人でもない。

末期医療においては、患者の求めがあれば、医師は治療の一環として苦痛の緩和措置を実施する義務があると考え。ただし、延命医療の中止を超えて、毒物などを用いて患者を殺害する行為は苦痛の措置を目的とするものであっても、殺人ないし同意殺人となり、倫理的、宗教的に許されず、社会一般からも認められないであろう。

尊厳死は単に延命医療の中止といった消極的な意味だけでなく、患者の意思や自己決定を尊重し、患者の希望に配慮して、残された人生を少しでも豊

かに過ごせるような医療を推進するという積極的な意味がある。患者および近親者と医師との間のコミュニケーションを図り、患者の希望に充分配慮した医療を実施する必要がある、そのためには、医療従事者に対する末期医療に関する教育・研修の充実、苦痛緩和や精神的ケアに重点を置いた末期医療の供給体制の整備、特に末期医療に対する診療報酬上の配慮が絶対に欠かせない。

延命医療中止の条件として、第一に、医学的に患者が回復不能の状態（助かる見込みがない状態）に陥っていることを要し、単に植物状態にあることだけでは足りない。回復不能の判断は難しいが、一定の条件のもとに繰り返し行われた判断であり、専門知識を有する医師を含む複数の医師による一致した診断が条件となり、診断結果は診療録に記載すべきである。第二に、意思能力を有している状態において患者が尊厳死を希望する旨の意思を表明していることが必要である。ただし、患者はいつでもその意思を撤回できるものとすべきである。第三に、延命医療の中止は、医学的判断に基づく措置として担当医がこれを行うべきであり、医師と近親者との間で十分な話し合いが行われ、近親者が納得した上で延命医療の中止を行うことが望ましい。

なお、患者が拒否しうる延命医療の内容・範囲については、人工呼吸器や人工透析等の積極的治療のほか、鼻孔カテーテル及び静脈注射等による栄養補給についても、その方法が人為的である点に鑑みれば、病状等を十分に考慮して、中止してもよい場合があると思われる。

本委員会は、医療の原点は患者の利益の保護にあるという前提に立ち、医学的に見て「助かる見込みがない」を要件として、患者の自己決定ないし治療拒否の意思を尊重して延命治療を中止し、残された人生を全うさせることが大切であるという結論に達した。延命医療の適正化のために、アメリカの多数の州のように、自然死法ないし尊厳死法を制定して、リビング・ウィルに法的な効力を与えるような立法措置を講ずるべきかは、慎重に検討する必要がある。今後、立法化が必要となることもありうるが、当面は延命医療の適正化を医療の現場に委ねるのもやむを得ない。

以上の観点から、本委員会は、延命医療の中止は一定の条件のもとに許容しうると考え、それが適切にかつ慎重に行われることを強く要望する。

すなわち、平成6年時点の日本学術会議 死と医療特別委員会は、尊厳死は単に延命医療の中止と言った消極的な意味だけでなく、患者の意思や自己決定を尊重し、患者の希望に配慮して、残された人生を少しでも豊かに過ごせるような医療を推進するという積極的な意味がある、としている。そのために、患者および近親者と医師との間のコミュニケーションを図り、患者の

希望に十分配慮した医療を実施する必要がある、それに向けて、医療従事者に対する末期医療に関する教育・研修の充実、苦痛緩和や精神的ケアに重点を置いた末期医療の供給体制の整備、特に末期医療に対する診療報酬上の配慮が欠かせない、とした。また、尊厳死に関する法制化は時期尚早であるとし、まとめとして、医療の原則は患者の利益の保護にあるという前提に立ち、医学的に見て「助かる見込みがない」を要件として、患者の自己決定ないし治療拒否の意見を尊重して延命医療を中止し、残された人生を全うさせることが大切である、と結論している。

4. 平成6年以後にわが国で起こった安楽死、延命医療中止の事例

- 平成7年(1995年)の東海大学病院事件横浜地裁判決および平成6年(1994年)日本学術会議による「尊厳死について」の報告以後、医師が関与した主な安楽死・延命治療中止の事例

1991年に発生した東海大学病院事件は、わが国で初めて、医師による安楽死事件として裁判で争われることになり、日本学術会議における尊厳死問題の報告書を生む契機となった。ここでは、その後、医師による安楽死・延命治療中止が問題となった主な事例を箇条書き的に列挙する。

- 1) 1996年、京都の国保京北病院長が末期がん患者に筋弛緩剤を点滴投与する事件が起こったが、翌年、死亡との十分な因果関係がないとして不起訴処分となった。
- 2) 1998年、川崎協同病院において、気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに筋弛緩剤を点滴投与して死亡させる事件が起きた。2002年になって医師が殺人罪で逮捕され、2005年横浜地裁は懲役3年(執行猶予5年)の有罪判決を出した。控訴を受けた、東京高裁は2007年有罪判決を維持したが、家族の要請もあり得たとして懲役1年半(執行猶予3年)に減刑した。いずれも、筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブをはずした抜管行為も殺人行為にあたるとしている。なお、この事件は最高裁に上告中である。
- 3) 2004年北海道立羽幌病院で、男性患者(当時90歳)が人工呼吸器をはずされて死亡した事件が2006年に送検された。だが、死亡との因果関係の立証が困難とされ不起訴となった。
- 4) 2006年富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の人工呼吸器をはずしたとして警察の捜査対象となった。筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでないため、帰趨が注

目されているが、現在に至るまで県警は書類送検もしていない。

- 5) 2007年、岐阜県多治見市の県立多治見病院において、患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件が報道された。刑事責任に関するルールが明確でないため躊躇したとの報道がある。
- 6) 2007年、和歌山県立医大病院で呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検されたことが報道された。しかし、家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書付きで送検した。

以上のように、この約10年の間に、医師が関与する尊厳死、延命治療の中止事件が、いくつも生じている。だが、これまでのところ、実際に起訴されたのは、抜管行為が筋弛緩剤投与と併せて起訴された川崎協同病院事件だけである。東海大学病院事件では、治療行為の中止は実際には起訴事実とされていなかったことに注意する必要がある。

5. 近年公表されたガイドライン、勧告のまとめ

- ① 日本老年医学会「高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明」(平成13年6月)
- ② 厚生労働省科学補助金研究事業報告書「終末期医療の質の向上に関する研究」(平成18年3月)
- ③ 日本集中医療学会「集中医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」(平成18年8月)
- ④ 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月)
- ⑤ 日本医師会生命倫理懇談会中間答申「終末期医療に関するガイドライン」(平成19年8月)
- ⑥ 日本救急医療学会「救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン」(平成19年10月)

厚生労働省のガイドラインに代表されるように、主として亜急性型の終末期医療及びケアのあり方と、方針の決定手続きは、多くのガイドライン、報告書等で概ね一致している。

それらの内容は次のように要約できる。

1) 終末期医療及びケアのあり方

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。終末期医療における医療行為の開始・不開始、中止等は、多職種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。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。

2) 終末期医療及びケアの方針決定手続き

(1) 患者の意思の確認ができる場合

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、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。中止を含めた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。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

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。

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。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

医療内容の決定が困難な場合には、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。

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、医療行為の中止等に関する基本的な考え方は、本人意思が確認できる場合とできない場合に分け、多職種医療従事者のチームで判断する、透明性を確保する、記録を残す、などにまとめられる。救急医療や集中医療では人工呼吸器の取り外し、薬剤投与の中止など医療行為の中身にまで踏み込んでいる。日本老年医学会では、悪性腫瘍、脳卒中、認知症、呼吸不全の終末期など個別疾患ごとの検討は今後の課題としている。

6. 終末期医療のあり方、に関する当分科会の結論

1) 本報告書が対象とする終末期医療と報告対象

定義の部分に示した通り、終末期医療は、急性型、亜急性型、慢性型の三種類に大別することが可能である。このうち、急性期の終末期医療に関しては、日本救急医療学会や日本集中医療学会によるガイドラインや勧告がなされている。患者の生命が切迫していること、緊急事態のため普通は終末期医療に関する本人意思が確認できないことが多い、等の特徴がある。上記のガイドラインや勧告は学会員を主な対象として公表され、今後議論の深まりを期待したものである。救急あるいは集中医療という、限定した期間の特殊な状況下にある終末期医療であるため、この報告書の検討対象からは外した。

慢性期の終末期医療は、高齢者を中心とした脳卒中、認知症、呼吸不全など先の予測が困難な慢性疾患が対象となる。その終末期は実に多様であり、今後のわが国の医療上、社会システム上の重大問題となることは必至である。しかし、問題の大きさと複雑性から考えて、限られた期限内に結論を出さなければならない当分科会の報告に含めるのは無理があると考えた。今後、日本学術会議臨床医学委員会の中に新たな検討班を設け、数年をかけた綿密な検討が必要と思われる。

そこで、当分科会が対象とする終末期医療は、亜急性型のもの、に限ることとした。悪性腫瘍などに代表される消耗性疾患により、生命予後に関する予測が概ね6ヶ月以内という限定された期間内の患者の生き方あるいは死に方を対象としてこの報告書を取りまとめることにした。

なお、薬物などを投与して患者の生命を短縮させる行為(狭義の安楽死)は、医療行為の範疇を逸脱するため、これも考察の対象とはしないこととした。

また、終末期医療のあり方に関して、現在のように医師の間にも意見の相違、考え方の違いが認められ、また、国民的コンセンサスが得られていない中で、患者・医師関係にも大きな問題が生ずる恐れがあることから、法制化について議論はしたが、現時点では結論は出し難い。

本報告書の対象は、医療従事者、患者・家族・国民、医学会、行政、マスコミ等を想定しつつ記述した。また、終末期医療のあり方の一つとしての尊厳死を「過剰な医療を避け、尊厳を持って自然な死を迎えさせること」と定義し、患者にとって最善の医療を実現する方策に議論の焦点を絞った。

2) 亜急性型における終末期医療のあり方