

がんなどの終末期にあつては、患者は概ね 6 ヶ月ほどのうちに確実に死に向かつて病状が進み、その間、患者自身が自己の病状を直視することになり、苦悩のうちにおかれることが多く、また、わが国の現状ではしばしば十分に制御されない多くの苦痛を伴っていることが多い。また、がんなどの場合、患者本人の肉体的、精神的、社会的苦痛のみならず、共に暮らす家族もまた、患者と同様の苦悩を味わうこととなることもしばしば経験される。即ち、このような終末期にあつては、亜急性に病状が進み、確実にその先に死があることを患者が自覚しており、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。そのような状況下で、一部の患者は延命医療を拒否して尊厳ある死を望む。また、一部の患者は、病状が進行するうちに本人の意思を明らかにしないまま意思疎通が困難な状況に陥り、時に、家族から延命医療の中止が求められる。こうした事態にあつて、医師を中心とした医療従事者は「患者に最善の医療」を保証するために、どう行動したら医学的にも、倫理的にも、法律的にも適正であるとされるのか、その規範が求められている。

#### (1) 終末期医療に関する本人意思が明確な場合

医学的に見て病状の進行が確実であるならば、多職種医療チームによる判断を前提として、リビング・ウィルも含め繰り返しての本人の意思確認の上で、本人意思に従う。少しでも長く生きたいと希望する患者には、十分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。

中止の対象となる処置の種類については、自然死を迎えさせるという本来の意味に則して個々に判断すべきものであるが、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の中止も視野に入れることが許されると考える。この結論は平成 6 年の日本学術会議報告、最近の多くのガイドラインとも一致する。

十分な情報提供下の自己決定が現代の医療の中心であることから、リビング・ウィルも含め本人意思に従う、とするのはある面、当然の結論といえる。ただし、ここで注意すべきは本人意思が、実は家族に対する遠慮を背景としていたり、経済問題等による制限から発している場合等もあり、表示された言葉に過度に依拠すると、時に患者の最善の医療が保証されない危険性もあることは考慮に含めておく必要がある。その見極めは患者・

医師間の繰り返しての意思疎通が基本であり、本人意思の内容の確認には十分すぎるほど慎重であるべきだろう。

(2) 患者本人の意思が確認できないまま、意識レベルが低下し終末期にある場合

この場合も多職種医療チームによる判断が必要だが、「できるだけ長生きしたい」が多くの患者の希望であるという前提に立ち、患者にとって最善の医療を追求することが基本である。この際に提供される終末期医療の内容、疼痛管理や苦痛の軽減等に関する技術の提供など、終末期医療の質の確保はすべての医療現場に強く求められる基本といえる。この場合、家族の精神的ケアもまた重要な課題である。

(3) 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求められた場合

平成 6 年の日本学術会議 死と医療特別委員会報告は、「患者の意思が不明であるときは、延命医療の中止は認めるべきではなく、それゆえ、近親者等が本人の意思を代行するという考え方を採るべきではない。」としていた。また、近親者等による患者の意思の「推定」についても言及がなく、近親者等の「証言」による患者の事前の意思の「確認」を容認する旨が記されているのみであることから、全体を通じて患者の自己決定を強く重視する立場を取っていたと解される。

しかし、本年 5 月に厚生労働省から出された「終末期医療に関するガイドライン」では、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」を容認するとともに、家族が患者の意思を推定できない場合にも、医療・ケアチームは、家族と十分に話し合った上で、患者にとっての最良の治療方針を判断するものとしている。またこれらの点については、本年 8 月に日本医師会から出された「終末期医療に関するガイドライン」も同様の立場を取っている。

当分科会も、直近に出されたこれらのガイドラインと基本的に同様な立場を取るものである。ただしこのような立場は、患者の自己決定を尊重するという観点だけからでは解決のつかない状況に際して、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最善の選択を行える余地を残そうとするものであり、「自己決定」を行う患者本人の意思を、近親者等が単純に「代行」という考え方とは基本的に異なる。この点において、当分科会の立場は、死と医療特別委員会報告の見解を覆すものと言うより、むしろそこでの見解を更に深めて発展させ

るものとして位置づけられるべきであろうと考える。

なお、この問題に関し、当分科会での検討において、以下のような意見が出されたことを付記しておきたい。

- ・ 自己決定の過剰な強調は、必ずしも患者の利益にならないことが近年言われるようになっており、自己決定に相応の価値を与える必要はあるが、絶対的なものするべきではない。一般に、終末期患者は、一人で決定することのできる強い患者ではない。
- ・ がん診療での療養の場では、家族と本人の意思疎通が非常に円滑であることを、診療の中から、複数の医療者が理解できるという場合がある。このような例では、本人の意思が確認できない場合でも、家族との話し合いの中から、延命治療の中止という選択肢があり得る。主治医以外にも複数の医師及び看護師などの実質的な参画が確保され、家族の一致した意思を十分に確認し得る適切なプロセスを経るのであれば、容認してもよいと考える。
- ・ がん等の終末期においては、症状緩和の技術が開発されてきたとはいえ、約 1 割強の人々において症状を緩和することができず、心身共に苦痛症状のために消耗し、主観的にも客観的にも非常に悲惨な時間を過ごす事例を経験する。このような場合、患者の了解を取りながら鎮静（セデーション）を実施することがあるが、人工的に意識をおとす前に「鎮静中に呼吸等が停止した場合延命を行うかどうか」を患者本人に確認することは難しいのが現実である。

実際の局面で判断を行うに当たっての手続きとしては、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となる。家族構成者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。その理由によっては医学的対応の変更もあり得るからである。その場合、多職種医療チームによる判断は当然であり、繰り返しの確認と記録の保持は必須となる。当然のことながら、チームメンバーは対等の立場で議論に参加することが前提となる。さらに延命医療の中止に客観性が求められる場合には、医療従事者のみならず倫理審査委員会等第三者の判断も仰ぐなど客観性を確保するよう努めることが望まれる。この際、家族意思は医療側から提供される情報によって容易に誘導可能なので、医療側から患者

の病態に関するどんな情報が提供されたのか、も含めた議論の後、判断が下されるべきと考える。

また、近年は身よりのまったくない独居老人や、家族から絶縁された患者、老々介護で家族の介護破綻などの状況が日本中に見られるようになった。このような場合、福祉やケアマネージャーなどを含めた恒常的な倫理審査委員会等を医療機関内に設け、その判断を仰ぐ必要が今後一層増加することが想定される。

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うる。延命医療の続行が決定されたら、緩和医療の誠実な提供も含め、医学的に最善を尽くす。延命医療の中止が患者に最善の医療を提供することになると結論された場合には、そこでの結論に基づいて延命医療を中止する。中止し得る範囲については、「終末期医療に関する本人意思が明確な場合」で述べた内容と基本的に同様である。

### 3) 終末期医療内容の質の確保の重要性

現在わが国では年間に約 32 万人ががんで亡くなっている。その約 95%は病院で亡くなっている。一方、全国にホスピス病床はわずか 2,600 床程度しかない。ホスピス病棟のない医療機関では、多職種の医療従事者が緩和医療支援チームを作り、一般病床に入院中のがんの終末期患者に緩和医療を提供している。一定の条件を満たした緩和医療支援チームには診療報酬上の加算もなされるようになった。厚生労働省が進める地域がん診療連携拠点病院の指定要件の一つに緩和医療支援チームが加えられているのも、質の高いがん緩和医療の提供を目指してのことである。また、日本緩和医療学会等を中心とした、緩和医療および精神腫瘍学に関する人材育成を目指した教育・研修も精力的に進められている。平成 19 年 6 月、国のがん対策推進基本計画の中にも、がん緩和医療充実のための人材育成が重要項目として盛り込まれた。即ち、現状のわが国のがん終末期における緩和医療はまだ十分に均てん化されてはおらず、このことがわが国で過去に起こった安楽死・尊厳死事件の重要な背景の一つとなったと考えられる。

### 4) 適正な終末期のあり方

適正な終末期のあり方については、これまで述べてきた多様な状況の中で模索が続けられてゆくべきものである。従って、各医療施設にあっては、現実に生じた事例の報告を受け、定期的に検討する制度や機関を常設することが望ましい。さらに、各学会等においても、それらの成果をより広い視野

から収集、検討し、客観的な基準づくりを試みることを推奨される。

平成 6 年の日本学術会議の尊厳死に関する報告書にもある通り、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提供するという立場に立って、患者・家族と医師の間の意思疎通、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き、終末期医療の提供体制の整備に努めることが、がんなどによる亜急性終末期を豊かなものとし、人工呼吸の中止などによる、いわゆる安楽殺事件などが突発することがなくなるもっとも早道と考えられる。すなわち、がんなど亜急性の終末期に関しては、緩和医療の質の向上と全国どこでもがん患者がそれを享受できる体制を整備することがもっとも重要であると当分科会は考えた。

さらに付言すると、がん緩和医療の専門教育以外に、一般医師に対する緩和医療の認識向上に向けた教育、医学教育における緩和医療実習の必修化、一般医師のすべてに対する緩和医療実習の必要性も強く訴えておきたい。

おわりに

45年前、名古屋高裁は積極的安楽死の六要件を、12年前、横浜地裁は安楽死の四要件を示した。この要件がすべて満たされれば、適法な安楽死として認められ殺人罪には問われないとする、当該事件における裁判所の判断基準を掲げたものである。因みに現在に至るまで、この要件を満たして適法とされた、積極的安楽死の事例はない。これらの要件は、患者の終末期の耐え難い肉体的苦痛を除去したり緩和したりする手段が、客観的に見て他になく、患者の死だけが救いとなる事態を想定している。現在の終末期医療、緩和医療の進歩を考えれば、これらの要件はもはや役割を終わったものと考えられる。他方では、本報告書の対象とした「亜急性期における終末期医療」に関しては、未だ同法の判断基準は不明確なままである。

ただ、平成6年に日本学術会議の尊厳死に関する報告書に記載された、「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治療報酬上の配慮が絶対に欠かせない」とする指摘は、残念ながら13年経過した現在でも一部は当てはまる。従って、この事態を打開すべく国も、学会も、医療従事者もがん等の終末期医療の充実に向け、着実な取り組みを展開している。今後の大いなる発展が期待される。

医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の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、これこそ本来の終末期医療のあるべき姿と当分科会は考える。

## 参考資料

---

### 心肺蘇生に関する決定について

British Medical Association

---

"患者は自らの望む治療やケアを決めるために、質の高い情報を必要としている。私達は、患者が治療について決めるときと同じように、蘇生するかどうかについて決めることができるよう望んでおり、その決定をサポートしてくれるこのパンフレットを歓迎している。"

ウィリアム ドナルドソン卿、チーフメディカルオフィサー  
サラムラリー・チーフナーシングオフィサー

このパンフレットには以下のことが説明されています。

心肺蘇生とは何か

自分に心肺蘇生が必要かどうか、どうやって知るのか

心肺蘇生に関する決定はどのようになされるのか

このパンフレットは一般に患者さん向けですが、家族や友人、介護者などにも参考になります。ここでは、心肺蘇生についてのすべての質問や疑問を解決することはできないかもしれませんが、この問題について十分に検討するのに役立ちます。もしさらに質問がありましたら、医療従事者（医師、看護婦など）にご相談ください。

#### 心肺蘇生とは？

心肺停止とは心臓と呼吸が停止するという事です。そんなことが起きた場合、時々心肺蘇生という緊急治療で、心拍と呼吸を再開することが出来ます。

心肺蘇生には 心臓マッサージ（胸を何度も強く押すこと）  
電気ショックで心拍を再開すること  
人工呼吸（口の上からマスクをしたり、器官にチューブを入れたりして、肺に空気を入れること）などが含まれるかもしれません。

### 心肺蘇生は心肺停止した人に必ず行われますか？

例えば重大なけがをしたときや、心臓発作が起きた時など、心拍と呼吸が突然停止した場合、心肺蘇生が効果的である可能性があるとして判断されたら、医療従事者は心肺蘇生を行います。しかし、心臓停止や呼吸停止は自然の死の進行でもあります。とても重い病気で人生の終わりにある方たちには、心臓と呼吸が停止するたびに心拍や呼吸を再開させる措置をとることは、何の利益にもならないかもしれません。ほかの疾患があるため、残りわずかの余命である患者様は特にそう考えられます。そういった場合、心拍と呼吸を再開することによって、痛みや苦痛を長引かせてしまうこともあります。

### 心肺蘇生をしたら正常の状態に戻りますか？

人それぞれです。中には完全に復活する人もいれば、復活はしても何らかの病気をもつひともいます。しかしながら、心肺蘇生のほとんどは成功しません。それは心臓と呼吸が停止した理由と患者様の健康状態、そして心臓と呼吸を再開させるのにかかる時間によって違います。復活された方でもまだとても病状が悪い場合が多く、冠動脈疾患集中治療室や集中治療室でさらに治療を受ける必要があります。心肺停止の前の健康状態、精神状態に再び戻れない人もいます。脳損傷や昏睡状態になる人もいます。多数の病気を持たれている患者様については、完全な復活をする可能性はより低いです。心肺蘇生に使われる技術そのものからの副作用（例えば打撲傷、肋骨骨折、気胸など）もあります。

### 私が心肺停止になる可能性は？

担当の医療従事者に相談するのが一番良いでしょう。同じ症状を持つ人でも必ず同じ病気を持つとは限りませんし、同じ病気でも症状や病状は人それぞれです。心肺停止がもし起こった場合のことを医療従事者と患者様と一緒に前もって検討することは大切なことです。担当の医療従事者（多分医師）が、病気のこと、これからの進行の見込み、そしてそれに対する手段について相談に応じます。

### 私が心肺停止になった場合、心肺蘇生の成功率は？

成功率は、心臓と呼吸が停止した理由、現在（または過去）の病気、そして全体的な健康状態によって変わってきます。全体として心肺蘇生が行われる人のうち40%は心拍と呼吸の復活に成功します。平均10人のうち2人は退院できます。重病者の率はさらに低いです。しかしこれは全体像であり、あなた個人の状況を正確にあらわしているわ



けではありません。個人差があるので、担当の医師があなたにとって心肺蘇生はどのような効果があるのか説明してくれるでしょう。

私の年齢、あるいは障害を持っていることと、心肺蘇生をするかどうかの判断とになんらかの関係がありますか？

いいえ。大事なのは（健康状態  
あなたの希望  
医療従事者がその希望にこたえられる見込み健康状態）です。

年齢や障害は直接判断には影響しません。

心肺蘇生の決定は誰がするのですか？

患者様と医師両方で心肺蘇生の決定をします。担当の医療従事者は、心肺蘇生の成功率や効果が続く期間の推定など、すべての医療に関する問題を把握しています。もし心肺蘇生によって質のよい生活が送れるとしたら、心肺蘇生は有利なことでしょう。しかし、心肺蘇生によって身体障害を受ける場合や、苦しみを延長することもあります。そんな状況のなかでの延命は必ず有利なこととはいえません。心肺蘇生の判断をするとき、あなた自身の意見がとても大切なので医療従事者に伝えてください。もし望むようでしたら、友人や家族の方々も相談に参加することが出来ます。もし患者様と医師とのコミュニケーションがうまく取れていれば両者とも納得するような治療判断ができます。

もし決定をしたくない場合は？

もし心肺蘇生の相談をしたくないのなら、する義務はありません。もし今現在の時点で心肺蘇生の話は早すぎると考えられる方は、また改めてほかの時に相談することも可能です。家族や友人、介護者などの意見も参考になるでしょう。自己決定をしたくないのなら、医師が患者様の意見を参考に心肺蘇生の決定をします。18歳未満の患者様の場合、親に決定権力があります。

もし決定をしていない状態で心肺停止になったら？

<England, Wales and Northern Ireland>

担当の医師が決定します。家族や友人の話は参考になりますが、最終決定権力は医師に

あります。相談して欲しい、またはして欲しくない方がいらっしゃったら、医療従事者にお伝え願います。

### <Scotland>

成人はもし自分自身で決定が出来ないときに、弁護士を通して、代わりに決定する代表者（代理人）を決めることが出来ます。代理人を正式に決定していなければ、担当の医師が心肺蘇生の決定をします。家族や友人の話は参考になりますが、最終決定権は医師にあります。相談して欲しい、またはして欲しくない方がいらっしゃったら、医療従事者にお伝え願います。

#### 心肺蘇生をされて欲しくない并希望してる方

医療従事者は必ずあなたの希望にお答えします。その意思を文章で残したいのならばリビング・ウィル（生前遺言）を作ることも可能です。リビング・ウィルがあるのならば医療従事者に知らせ、カルテの中に入れるようにしてください。身近の人にも知らせることもお勧めします。

#### 心肺蘇生をしないと決定した後は？

医療従事者はベストのケアを続けます。担当の医師は（患者様の反対がない限り）心肺蘇生の判断を医療従事者、友人や家族に知らせます。'心肺蘇生をしないとカルテに書きこみます。これは 'Do not attempt resuscitation' (DNAR) とも言います。

#### ほかの治療への影響は？

DNAR は心肺蘇生だけに該当するものであり、ほかの治療にはまったく影響ありません。

#### 心肺蘇生を希望するのに医師に成功の確率がないといわれてしまったら？

成功しない治療を指定する権力は誰にもありませんが、もし本当に成功する可能性があるとしたら、心肺蘇生を否む医師はいないでしょう。心肺蘇生の成功率に疑問があるようでしたらセカンドオピニオンを得ることもできます。心肺蘇生によって心拍と呼吸が戻っても、その後重い病状や障害が残されるなら、そのリスクも考えにいった上、よく検討する必要があります。医療従事者や身近の人（相談に参加して欲しいのならば）は必ず患者様のご希望を聞きます。

### 状況が変わったとしたら？

心肺蘇生に関しての決定は患者様のご希望の変わりや病状の変化に沿って定期的に再検討します。

### 翻意したら？（気が変わったら）

いつでも翻意できます。医療従事者によく話し合ってください。

### 自分のカルテを見ることはできますか？

ご自身の記録は読むこととコピーももらうことは、法律上できることになっています。医療従事者は心肺蘇生に関しての決定をカルテに記録します。ご覧になりたいときは医療従事者におっしゃっていただければ、見せてもらえます。わからないことがあったら、スタッフに聞いてください。

### ほかに相談できるひとはいますか？

カウンセラー、牧師、サポートグループ などがいます。

もし医療従事者との相談が不完全だった場合、納得いかなかった場合は。。。。に連絡してください。意見や不満、心配事の相談にのります。

Produced by British Medical Association, BMA House, Tavistock Sq, London, WC1H 9J

(翻訳：Mio Takatsuka, BA (Cantab),

Royal Free and University College Medical School, London

監訳：児玉知子 国立保健医療科学院)