

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 全体
◆内容： 家後の定義 について

(2) ご意見

家後の範囲をあまりにするとトラブルの
おこりになりかねない。
「法定相続人(成人)」といったように明確
に定義したほうが。

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2(1)
◆内容： 患者の意志の確認ができた場合について

(2) ご意見

① 健康なときに終末期医療に対する意志表示
として臓器移植の場合のような意志
確認カード制度の導入を希望します。

② 上記のような制度が出来る場合、病状に
よっては患者と医療従事者が合意文書を作成
出来る。(意識を失ったが終末期医療に
対する意志は確認出来る) ことが出来るよう
な場合電の措置を定めておく必要がある。

70歳以上、男性、無職

終末期医療、厚生労働省ガイドライン案を医事新報で拝見しましたので、愚見を述べさせていただきます。

2. 意見

全体を通しての意見ですが、積極的安楽死は医療の問題としては認められない、と記載されています。しかし、終末期医療と安楽死とは不可分の関係だと思います。何年か前に横浜地方裁判所で、安楽死の認められる条件が示されたと思います。ぜひ、ガイドラインに入れてください。

私自身、現在は致命的疾患には冒されてはいませんが、将来致命的疾患にかかった場合は負担の多い治療はお断りさせていただき、ぜひ安楽に一生を終わりたいと思っています。

このガイドラインの範囲外かと思いますが、無理な延命による医療費は本人、家族の大きな負担です。老人医療費も高くなります。命はお金に替えられないとは、奇麗事、実際には無理に延命させられた場合の医療費は皆本人、家族の負担になります。

30代、女性、不詳

From: [REDACTED]

Sent: [REDACTED]

To: [REDACTED]

Subject: 終末期医療について…

こんばんわ。夫が余命宣告を超えて、今現在、生命と闘っている当事者として、メールを送らせて頂きました。

終末期医療。。。さまざまな考え方があると思います。でも本人、家族。。。それぞれの思いは微妙に違います。。。夫が、『苦しい、痛い、辛い、』と言うので、医療として、最もポピュラーに使用されるのは、モルヒネです。。。夫にも、もちろん使用されました。痛みはなくなったものの、激しい嘔吐、頭痛、寝ているか起きているか解らない状態(うわごとを繰り返すのです)私は、夫と相談してすぐに中止して頂きました。夫は痛みはないが寝ていると不安に押し潰される様だった。自分でも何かを叫んでいる・・・と言う意識はあるが、何を言ってるのか、解らなかつた。と私に話してくれました。その後、夫はモルヒネを使用するのをやめて、痛みと闘う決心をしました。横でそれを見ているのは辛く、私はすぐ考えさせられます。患者さんの意見で、嘔吐、頭痛はそのピークを超えてしまえば、『フワフワとした感じで身体がすごく楽になった。。。』と聞くと夫は私たち家族の為に自分を見失うのが嫌でモルヒネ治療を断念したのでは・・・と思える事があります。平成15年秋胃がんでステージ3～4で、拡大手術により6臓器の摘出、抗がん剤治療を続けてましたが、平成18年1月、腹膜転移、余命宣告を越え、今現在。。。痛みと闘い、色々な医療の壁とぶつかり！！奮闘中です。

① 夫は35歳で発病、現在38歳、寝たきり状態ですが介護保険の適用が不可。すべて、妻である私が見ておりますが、私たちの間には4歳になる息子がいており、夫に終始つく事ができない。

② 夫は胸にポートを埋め込み、24時間、高カロリー点滴をうっております。以前はその点滴だけだったので、自宅でも治療ができました(在宅時、私がします)が、ガンが進行するにつれ、経口出来ない夫は点滴の途中から、薬を注入する様になったので、自宅には戻れない・・・(薬の注入は医療行為、私(素人)出来ない様です。

私も、今・・・切実に思うのです。一日でも多く夫と居たい。一日でも多く子供たちと接しさせてあげたい。。。本当に10年後・・・20年後・・・もっとすばらしい環境が整う事をお祈り申し上げます。。。。

[REDACTED]

終末期のガイドライン作成といっても癌の終末期と老衰の終末期を分けて議論すべきだと思います。とかく癌が扱われがちですが、老人保健施設、在宅では老衰による終末期の患者の扱いに非常に戸惑いを覚えます。食べられなくなったら、点滴をするのか、胃ろうをいれるのか、本人の意思確認が第一といって認知症のある患者の意思をどこまで本人の意思というのか。経験的には認知症のない老人に将来胃ろう作成を望むかと聞くと全員望みませんが、いざ、認知症が進み飲み込みが困難になった患者の耳元で大きな声で「食べられなくなっていましたから、鼻から管を入れていいですか！」と聞くとほぼ全員がわずかに首を縦に振ります。国も、医師のためのガイドラインと合わせて、医療費削減を考えるなら、老衰による終末期のガイドラインをしっかりとつくり、そこにあてる手当てを十分にとるべきだと思います。

また、私は現在特養、老健、在宅の終末期を診ていますが、特に特養、老健での終末期医療に対する整備の絶対的な不足を感じます。自分は毎週家族を兼ねて老衰に伴う終末期の診かたを相談していますが、施設内で終末期医療をやるといのは医師にとって非常に労があるにもかかわらず何の手当ても無いので、これでは特養の終末期医療は進みません。今後はどれだけ国が在宅に誘導しても、やはり施設で最期を迎える人が増えるはずで、国も特定施設などの有料ホームに在医総管をつける無駄な金があるなら、より重症度の高い介護施設でまじめに終末期医療やっている医療に重点を置くべきです。でないと、現状では特養の患者は全員老衰すれば病院に送られ胃ろうを作られるという不経済が続くはずで、

終末期医療についての患者の意思による医療指示書の確認について。

終末期医療の設計は、患者本人の意思をどのようにして確認し要望を実現するかの問題であり、家族の意向は二次的であり、場合によっては家族の意向は患者の意思に反する場合が生ずる。これは、危険率の大きい手術や、臓器移植の場合のインフォームドコンセントとその確認とは本質的に異なるものである。

終末期医療には以下の二つの異質な医療行為を含む。

1. 苦痛緩和の医療と人生最後の質を上げるための医学的援助に限る場合。
2. 過剰な生命維持装置装着の拒否や、人工的な栄養補給・水分補給を行わないとの要望がある場合の対応。

この二つには社会的に混同出来ない基本的な違いがある。

1. の場合には患者本人の希望であり、その意向に沿うのが当然であり、本人以外の関係者に異論は生じないと思われる。
2. の場合は言い換えれば、医療技術的には生命を長引かせる可能性がある場合においてそれを行わず、結果的に生命を短縮する行為である。この場合には、家族の意向と反する場合や、家族間で意見の食い違いが起こったり、相続権者にとっては利害関係が生ずる可能性も生ずる。

したがって、終末期医療指示書を必要とするならば、終末期医療指示書に関する患者の意思の確認には、患者と利害関係の生じない第三者の確認がもっとも患者の要望を忠実に証明する方法である。

ただし、国内のある公立病院のガイドラインの例を見ると

過剰な延命資料を拒否する申し出

私は、現在の私自身の病状を十分に認識し、過剰な延命治療を拒否する申し出をいたします。

署名： 患者氏名、家族代表氏名(患者との続柄)

蘇生処置を行わない要望書

私は、現在の病状を十分に認識し、家族とも話し合っており、最期の時にも無意味な蘇生処置が行われずに、自然な死が迎えられますよう要望いたします。

署名： 患者氏名、家族代表者氏名(患者との続柄)

となっていて、何れも、家族の署名を要求している。

このような場合、医療機関側にとっては以下のような困難に直面する。

家族代表としての署名者の法的な有効性。

家族代表の認定を誰が行うか(当事者の申請で有効か)

民事上の問題

生命を短縮する可能性のあることから相続権者間の争いに巻き込まれる可能性が考えられる。

以上の困難を避ける最も問題の少ない解決策としての提案は、

遺書(遺言)と同じような法的拘束力のある「死亡選択遺書」として法制定を確立する。

その場合には、患者本人の自筆ならば、必ずしも、弁護士や司法書士、第三者の署名が無くても有効とすることが出来る。

アメリカの実例

Living will、 Treatment directive、 死亡選択遺書(Babylon 辞書による)

この事項は、アメリカでは州法のカテゴリーであり、現在法的に明確な州とそうでない州がある。

現行の2,3の州政府の書式に共通するのは、具体的にリストアップされた条件にマークする方式である。

表示項目は、終末期の場合と植物人間の場合に分けてそれぞれの場合について、延命方法としての生命維持装置の装着可否と、栄養補給チューブや、人工的な水分補給のプロセスの実行拒否についての意思確認をするものである。

この書式には2名の証人の署名が必要である。

証人資格

ウイソコンシン、テキサス州の州が決めている書式では、

証人は本人と血縁関係や夫婦、遺産の分与権やどのような法的制限をも持たない人物であること。Wisconsin

証人のうち一人は治療計画をした主治医でなく、本人と血縁関係、夫婦でないこと、遺産分与権や財産請求権が無いこと。本人と関係のある医療関係者やヘルスケアーなどの管理職、雇用者でないこと。 Texas

ジョンズ・ホプキンス病院の書式

特に資格条件無し Johns Hopkins Medicine

終末期医療に関するガイドラインへの意見 II

患者の終末期医療に関する確認書の種類とその取り扱い。

患者の要望に基づく終末期医療要望書は以下の、3種類によって異なる取り扱いをすべきである。

I. 患者が終末期の医療について、漠然とした希望条件を家族に表明している場合。

医療方針は医療チームが患者の意向を聞き、家族の意見を含めて作成する。

この場合、書面の宛先は担当医療責任者とし、家族の確認署名が必要である。

II. 患者が専門家の助言を得て作成した終末期医療指示書を所持している場合。

書面の宛先は、医療責任者、家族または法的代理人でなければならない。

終末期医療指示書に記載されている患者の意思の確認は、この指示書を作成した医療チームに属した者を除き、患者と血縁関係や、利害関係の生じない確かな第三者によってなされているべきである。

III. 死亡選択遺書

社会のシステムとして、遺書(遺言)と同じような法的拘束力のある「死亡選択遺書」としての法制定を確立する。

その場合には、患者本人の自筆ならば、書式にとらわれず、必ずしも、弁護士や司法書士、第三者の署名が無くても有効とすることが出来る。

ただし、この場合、処置が医療上の責任義務に抵触する場合は医師の判断が優先する。

10月31日 2006

10月31日 2006

1の③項の『積極的安楽死』や自殺補助等の死を目的とした行為は医療としては認められない』は削除せず、是非とも必要です。

東海大安楽死事件や川崎協同病院事件もあり、又、過去に臨床で、当直医が夜中に起こされないように、痛みを訴える癌患者に対し、夕方、本人、家族には極秘で麻薬で積極的安楽死（殺）させようとした。居合わせた他の医師も同意した事実があり、削除しないよう願います。

2の(1)－①「専門的な医学的検討を踏まえた上で」とあるが、生命にかかわるので、診断は確実で、誤診は許されない。

しかし、過去の安楽死（殺）事件でも、別紙のように、8ヶ所の病院での診断がすべて誤診であった。（鹿児島地判昭和50年10月1日、判例時報808号112頁）また、東大沖中重雄教授は、診断した750例について病理解剖し、はっきり誤診と言えるものが107例、平均して14.2%になる、と報告した。（ジュリスト745号、20頁）複数で診断すれば誤診がないとは言えない。疑わしきは、生命の保護、尊重でなければならない。

2－(1)－②「患者が意思決定を行い」とあるが、医師の説明が、事実に基づかず、事実より重く、死への誘導、あきらめの誘導であってはならない。

（例）川崎協同病院事件の主治医の説明

生存の可能性がある、自発呼吸があり、人工呼吸器を外していた状態であるのに「9割9分9厘 脳死状態」また「植物状態」とも説明している。説明された妻は、強いショックを受けている。あきらめに追い込むような説明はすべきではない。

患者の意思決定は、誰にも左右されず、気兼ねをせず、自由な意思決定が保障されているか。誘導や見えない圧力は加えられていないか。

(2) 「患者の意思の確認ができない場合」について、「推定意思を尊重し」とあるが、「推定」はあくまでも「推定」であり、本人の意思ではない。別紙のように、推定と言いつつ、推定する者に恣意や誤りがあっても第三者にはわからない。推定で本人の生命を操作してはならない。

「患者にとっての最善の治療方針をとる」とあるが、これは、生存に向けての「最善の治療」と受けとるべきだが、死への誘導や治療中止に向けての方針であろうか。死に向けての治療中止や人工呼吸器外しや栄養、水分中止は、「治療行為」と言えず、「治療方針」には本来含まれない筈である。

「治療」とは、そもそも患者のよりよい状態をめざし、努力する医療行為である。

「ケア」も同じである。

(3) 委員会の設置

「複数の専門職からなる委員会を別途設置し、検討・助言を行うこと」いざとなつて急遽設けるのではなく、日頃から委員会を設け、検討し、研究されなくてはならない。

1. 診断の確実性

診断、予後、死期切迫の判断に誤りはないか？複数の医師なら確実か？

例 鹿児島安楽死事件

- ・ 8ヶ所で40代、50代の医師の診断がすべて誤診であった。
- ・ 司法解剖で腎結核であった。
- ・ 命をたってもよい確実性はない。
東大の沖中内科の剖検による誤診率14.2%。
- ・ イタリアで昏睡2年後意識が回復したクリサフルさんは、医師に「余命3、4ヶ月」と宣告されていた。

2. 本人、家族への説明について

患者が示す、病状の事実を説明しているか。

例 川崎協同病院の主治医、「9分9厘脳死状態、又9分9厘植物状態」と説明。

- ・ 事実は、人工呼吸器が必要なくなり、自発呼吸があり、ICUから一般病棟に移り、血圧、体温、脈拍、呼吸共に安定していた。
- ・ 裁判で、生存の可能性があった証言あり。
- ・ 裁判官の問いに、被告女医は「あれは、医学用語ではなく、病状が重いことをわかり易く説明するためにのべた」と語った。
- ・ 告げられた家族は大変ショックを受けた。しかし、家族は中止は誰も望まず。
- ・ 実際の病状より重症の説明をすることは、結果として、家族や本人に絶望を抱かせ、延命措置中止を言わせる誘導となる。
- ・ 故意は言うまでもなく、悪意がなくとも誘導となる説明はしてはならない。
- ・ 相手がどう受け取るか、十分配慮が必要である。
- ・ 項目をあげ、本人の意思表示とか家族の同意、要請があったか、なかったか、ですます事柄ではない。

3. 前もつての本人の意思表示

リビング・ウィルを書いておくこと、との主張があるが、それでよいか？

- ① 前もつての意思である。
 - ・ 記入するときは健康であり、実際のその時の状態はあくまでも知らない

ことを、前もって想像するのである。

・身体の状態も、心理状態も体験のない事を、前もって想像して書くのである。

② 本人の**意思に変化**はないか。

- ・患者の**意思はゆれ動く**ものである。
- ・いざその時に**変わっている**ことの確認。

例

○アメリカの女性

ケリー・クーンズさんは尊厳死を希望し、NY州最高裁で人工呼吸器を外すことを承認した。実行する間際に意識が戻り、自分で食事をし、会話をするようになり、主治医が「尊厳死を希望していたが……」と問うと、「それはむずかしい問題ね」と言い、尊厳死を希望せず、裁判所は尊厳死承認を撤回した。

○安楽死を希望していた前大審院部長が病気が重くなり、気持ちが変わり、「いざとなってみると、うまいものが食いたくなる、と微笑して語られた」。(千種達夫 法律時報 1950年 10月)

4. 家族が承諾、同意、要請することの危険

他人の世話になる障害者、老人、重病人にとって、家族は必ずしも信頼できる保護者と言えない場合がある。

障害者は家族は味方といえないという人が多数いる。

例 障害者殺人事件の多くが家族であること。

東海大事件の家族

今日中に連れて帰りたい……まだ息している。今日中に連れて帰りたいと迫った家族。夫が死の注射をされる時、妻は美容院に行っていた。

家族は、常に本人を思っているとは限らない。

本人の意思を家族が推定することの危険。

家族の**意思は本人の意思**ではない。

恣意があっても、医療人や第三者にはわからない。

命を絶つことを推定で決めてはならない。

5. 遠慮の医師による判断について

自由に上司に意見が言えない環境では、何人いても最も力をもつ者の、意見しか表に出ない。

複数いさえすれば、**現実性を保証する**とはいいきれない。

6. 延命を中止し、早く死なせることは、本人にとって安楽で尊厳なことといえるか。

- ・中止する行為について、実施する側は「**早く楽にしてあげたい**」という。
- ・中止する行為は果たして本人にとって**楽なのか**？

酸素が吸えないことは、溺れる以上に**苦しい**ことである。

川崎協同病院の場合、挿管を抜き、苦悶し、上半身を「く」の字に持ち上げて、苦しんだ。

- ・酸素を止められた人は、喘ぎ苦しみ、1時間後に死亡した。
- ・「早く楽に」といい、「安楽」「尊厳」と周りがいいつつ、**最も苦悶する最期**であり、**苦悶死**である。
- ・阪大の救急の杉本教授は、尊厳死希望の父の言うとおりにしたが、栄養不足で手足が腫れ上がり、かわいそうで見えられない。尊厳死といってもつらいものだった、と新聞で述べている。

以上のように項目をあげ、クリアすれば、中止は許されるものではない。一人ひとりその時の状態に最も適した治療・看護が望まれる。

年齢等不詳

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」への意見

終末期医療及びケアの方針の決定手続きの（２）患者の意思の確認ができない場合

意思の確認については、慎重に行なうことを望みます。昨今は、傷病名を患者に知らせることはあたりまえになっていますが、精神的に弱い人もいますので患者や家族にとって最適な方針を選択することが必要だと考えます。

私の義父は、平成15年12月中旬に胃癌と肺転移の診断で正月までもつかわからないと言われてましたが、化学療法で胃と肺の癌は消失し、今でも生きております。患者には癌であることは今でも話していません。

要 望 書

今年度は富山県射水病院の事件に触発され「終末期ケア」に取り組みました。その一環として114名にアンケートを行いました。
集計結果を添えて要望を記します。

リビングウィル意志提示する	72%
蘇生術希望しない	92%
脳死後臓器提供意志あり	28%
気管切開など希望しない	87%

人間最後のしあわせ（尊厳）と家族の平安のためには主治医と患者・家族のインフォームドコンセントが十分に行われることが一番です。そのためには良心を持った医師と賢い患者家族のチームの協力が望まれます。そのチームの思慮のもとで一度装着された人工呼吸器を、刻々の症状変化に応じて、「一度はずしてみる」ことが殺人罪に問われることのないよう要望いたします。

以上

2. ご意見について（※ 記入の方法は、参考例を参照ください。）

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号：全ての項目

◆内容：全ての内容について

(2) ご意見

疼痛やその他の不快な症状を緩和できないのであれば、延命措置は中止すべきであり、その旨法律に明記すべきである。

本人や周囲の者の意思の尊重は当然であるが、医師の意見・判断は最大限尊重されるとしても、国民の生命に関することを医学会等一部の者たちのみで云々すべきではない。（現在はギルド社会ではないし、日本は民主主義国家である。）

広く国民の意思を集結し、法律によって明確にすべきである。それが厚生労働省の責務の一つであると思う。

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に対する意見

1. 終末期医療及びケアのあり方

① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種¹の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。

【意見】

賛成

【理由】

終末期における医療行為の開始、その医療内容の変更、中止等はそれが結局においては、当該医療行為を実施しなかった場合には、実施した場合に比較して人命を短縮させる可能性があるとの前提及び認識の下で、以下の議論を行う。

終末期における医療行為の開始、医療内容の変更、中止等は、患者及びその親族等に対して医学的に十分な説明がなされた上で、患者及びその親族等の同意と意思決定に基づき、その医療行為の内容及び手続に関し、医学的妥当性と適切性を確保することが必要である。

特に患者の意思決定を踏まえてそれらの措置がとられるべきことを基本とする考え方について賛成する。

また、実際に当該医療行為を開始するか否か、その医療内容の変更ないしは中止をするか否かは、結局医師がこれを実施するものであることから、

(ア) 患者が「終末期」の状態であり、当該医療行為の開始、医療内容の変更、中止等の判断を迫られる状態であること（患者の苦痛緩和ケアが必要であることの緊急性、切迫性など患者側の事情や医療（対策）を迫られる医師側の緊急性、切迫性）の認定

(イ) 患者の意思が何であるかの認定、

(ウ) 患者によって表明された意思の適性や妥当性、

(エ) とるべき措置（またはその変更、若しくは処置しないこと）の適性や妥当性（医学的見地からの適性ないしは妥当性及び社会的見地からの適性ないしは妥当性。他によりよい選択肢があるかないかという問題でもあると考えられる。）について、いずれも、担当主治医の単独の判断によることなく、複数の医師による確認や「医療機関内に設けられた多専門職種¹の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断されるべき

である」との方針には賛成する。

さらに、係る医療従事者から構成される医療・ケアチームによる医療内容の決定が困難である場合、即ち、下記2(3)のような事態においては、当該患者に対し医療を施す医療機関内にある複数の多専門職種の人から構成される特別の委員会等が、医療内容の決定について助言を与える仕組みを構築するという考えに賛成する。なお、どのような基準で判断を行うのか、さらにその基準を明らかにすべく検討を行うべきであるが、適用される基準については、病気や症状ごとに（例えば、癌その他の疾患別に、部位や症状の進行程度等によっても）、また、患者や家族等（例えば、新生児や幼児、未成年者、精神障害・痴呆の有無、親族の有無等）がおかれた状況ごとに、ある程度類型化して整理すべきものとする。

【付加意見】

係る終末期における医療行為の開始、医療内容の変更、中止等に関する医療関係者向けガイドラインの設定は、終末期医療における医療倫理及び医療機関における医療のあり方をより一層明らかにするという意味で有意義であるが、医療機関及び医療従事者の医師法上の責任ばかりでなく、民事及び刑事に関する法的責任に関わる問題もあるので、法律による「終末期」の定義（「終末期」医療の実施ガイドラインが適用される要件）、患者本人の意思の確認方法やそのための手続、医師の説明義務、患者が意思を表明できない場合の取るべき措置（患者の意思を代行できる者を法定するかどうか、親族以外の者に代諾権ないしは同意権を付与するかどうか、どのような内容の代諾権ないしは同意権か（義務を伴うか）、親族がいない場合や複数の親族の間で意見が分かれる場合の措置、あるいは医療を施す医療機関の免責要件として法定の要件や手続を明らかにする）等を明らかにしたうえで、その実際の運用基準として提示されたガイドライン等によって、医療行為の開始、不開始、変更、中止等を決定できる法的仕組みを構築すべきであるとする。

② 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、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。

【意見】

賛成。

【理由】

本ガイドラインの提案は、WHO の1990年 Technical Report Series No.804 で明らかにされた緩和ケアの目標にも沿っているものと理解されるが、多くの国民に受け入れられるものと解する。

【付加意見】

ガイドラインの位置づけについては、前記①【付加意見】でも述べたとおりであるから、運用基準としてさらに具体化し、例えば病気や患者の類型ごとにガイドラインを設けること等が必要ではないかと考える。

例えば、末期癌患者の疼痛緩和に関するガイドライン、新生児、幼児の難病治療に関する終末期医療におけるガイドライン、認知症患者や精神病患者等の意思を表明できない患者の末期医療に関するガイドライン等々もさらに検討してはどうかと考える。

なお、現在、日本における疼痛の緩和のための薬剤の使用量が欧米諸国に比較して格段に少量であり、緩和ケアが不十分であることが指摘されている。したがって、疼痛や不快な症状の緩和に際しては、担当の医療従事者において適切に薬剤の使用及び管理をすることが可能となるようなガイドラインの充実を期すべきであるとする。

③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺補助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。

【意見】

基本的に賛成する。

但し、ここで言うところの許されない医療行為としての「積極的安楽死」と許される医療行為（「消極的安楽死」ないしは「間接的安楽死」など）との境界についての定義付けがあるものと解される。

【理由】

ア 「死を目的とした行為」を患者本人以外の者が行うことは、殺人罪、嘱託殺人罪などの犯罪行為に当たるので、係る行為を適法とするためには、一定の法的根拠を必要とするが、法律学説及び裁判例においては、「『間接的（積極的）安楽死』または『治療型安楽死』などといわれる鎮痛剤の段階的投与も、最終的には『最後の一服』で絶命する可能性があることを承知で投与するのであるから、本人の真摯な要求があるときには、インフォームドコンセントが確保されていることを前提にして、刑法202条（同

意殺人罪)の違法性が一定程度減少し、残された違法性についても、耐え難い苦痛から解放されたいという患者側の緊急状態の存在、眼前に患者への治療行為としての対応を迫られているという医師側の緊急事態の存在、方法的にもそれまでになされてきた手段と質的に変わらないものを提供することなどを考慮して(刑法37条1項の緊急避難の準用)から正当化を認めるべきである(甲斐克則「安楽死と刑法」現代刑事法2003年5巻9号111頁参照)」とする論拠によって(東海大学事件横浜地裁判決も同趣旨であると解される)許容される医療行為と、このような要件を備えない「(直接的)積極的安楽死」があるという形で議論が展開されている。したがって、係る法律用語・用例の問題と、ガイドラインにおける「積極的安楽死」という用語について、その内容を具体的に明らかにしておく必要があるものと解される。

イ この点、平成16年7月に厚生労働省が公表した「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—」においては、積極的安楽死とは、「あらゆる苦痛から解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」と定義付けしている。そこで、係る定義を、許されない医療行為としての基準として用いることになるのであろうか。

一方、同報告書は、医療関係者等に対するアンケート調査を実施した結果、痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)の患者になった場合や持続的植物状態の患者となった場合に、単なる延命医療はやめたほうがよいという回答が多数の意見を占めたとしているが、ここで単なる延命医療の中止の例として、人工呼吸器等生命の維持のために特別に用いられる治療の中止を挙げている。また、WHOにおける緩和ケアの要件にしたがえば、「苦痛緩和を意図して行われる鎮静は、たとえその結果において死期を早めることが予想されるにしても(副作用として死期を早める結果になると予想される場合であっても)、ほかによりよい治療の選択肢がなければ、医療行為として行われるべきであると解釈されている(田村恵子「ターミナルケア」金芳堂2004年9月刊、「生命倫理と医療倫理」85頁参照)。これらのことからすれば、東海大学事件判決で「間接的安楽死」とされた方法による医療行為は、医学界においては禁止されるべき「積極的安楽死」の範疇には含まれないものと考えられる。

これらの医学界における議論と判例における「積極的安楽死」の定義とを噛み合わせる必要があるものと考えられる。

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の決定手続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上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。

【意見】

基本的に賛成である。

但し、①「終末期」の定義(いかなる場合に、本ガイドラインに拠ることができるかという、その要件の問題)、②患者の意思の確認方法、③患者の意思と異なった医療を施した場合の責任問題(免責の要件)、④患者の意思が不合理な場合の医師及び医療機関が取るべき措置、⑤患者の表明した意思が医師又はその所属する医療機関の方針や信念と基本的に反する場合、医師及び医療機関が取るべき措置などについて、さらに規定を置き、基準を明らかにすべきものとする。

【補足意見】

ア 本設問の前提条件である「患者の意思の確認ができる場合」の意味及びその認定について

- (1) 終末期における治療内容は、患者の自己決定権に基づく意思を基本とし、この自己決定権に基づく意思が最大限尊重されるべきものでなければならない。

そうすると、「患者の意思の確認ができる場合」とは、患者が、医療従事者側から提供された医療内容を正しく理解し、疑義があればこれをただし、要望があればこれを伝えるなどして合意に達した場合に、患者においてこれを受容する意思決定ができる状況にあることを意味する。したがって、この合意は、その後の医療内容を規制し、これを有効ならしめるための前提要件であるから、患者がこのような判断能力(意思決定能力)を有しているかどうかの判定は極めて重要である。

ところで、終末期医療における医療内容の詳細は、患者にとって、自らの死を前提とした極めて深刻なものであり、また、それに基づいて行う患者自身の決断も容易でないことが多いであろう。したがって、このような患者の判断能力がどの段階でどのように判定されるかは、能力の有無に大きな影響を及ぼす。

終末期においても、意思は清明であって、最終末即ち死に至るまで変動することがない気丈な患者もいるであろう(例えば、村上國男著、「ターミナルケア・ガイド」関西看護出版、第10章の症例1ないし3)が、終末期にある患者の多くは、身体的には勿論のこと、精神的にも多大のダメージを受けた状況にあるのが通常であるから、この時点で、患者が、一見判断能力を有しているように見えても、医療者側との間において、終末期医療やケアの内容、方針等について、これを正しく理解し、説明と納得のもとに、自由な意思決定ができると即断するのは危険であろう。とりわけ、医療従事者側の説明、開示の内容が病状の進捗等について、いろいろな場合を想定して、微に入り細にわたって行われるような場合には尚更である。

(2) このような点を考慮すると、「患者の意思の確認ができる場合」の認定に当たっては、次のようなことを提案したい。

第1に、終末期における「患者の意思確認」の判断に当たっては、患者の心情、希望、生き方などについて理解し、患者が最も信頼している者(多くは近親の家族)、任意後見契約がある場合には任意後見受任者等の立会権などを認めて、これらの者の説明や意見をも踏まえて判断するのが相当である(田村意子前記「ターミナルケア」、金芳堂刊「生命倫理と医療倫理」80～81頁では「緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対し行われる積極的で全人的なケアであり、痛みや他の症状のコントロール、並びに心理的、社会的及び霊的(spiritual)な諸問題のコントロールが最も重要な課題になる。緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできるかぎり良好なQOLを実現することである。」(WHOの1990年 Technical Report No. 804)と述べられていることも参照)

第2に、この意思能力の判断は一人の心理に関わる法的価値判断であり、医療倫理に直接係わるものではないから、必ずしも、医療方針の説明や決定に当たる「多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチーム」と同一でなければならないものではなからう。

むしろ、この判定をするに当たっては、近親者の説明や患者の日頃の行動なども問題になりうるから、法的な専門職種者の関与も望ましいといえよう。

第3に、終末期医療における患者の意思能力の判定は、その判定の時期如何によって、結論に大きな影響を及ぼすことが少なくないであろう。

本ガイドラインの「終末期医療」にいう「終末期」とは、どの程度の期間(タイムスパン)を想定しているのか、タイムスパンが問題なのか

その症状の状態が問題なのか、必ずしも明らかではない。

医療技術が急速に進歩しつつある今日、余命判定の正確度は高まりつつあるが、ここでは、一応「1年程度から数日まで」を念頭において考えると、医療従事者は、この期間における可能な限り早い段階において、患者の精神状態が最も清明である時期を選んで、その意思能力を判定し、医療及びケアについて話し合いを行うのが相当である。また、認知症などに見られる知的水準が変動するような患者については、最も良好な時期を選んで行うのが望ましいと考える。

(3) 上記のとおり、終末期における患者の意思能力に関する判断は、終末期特有の事情を考慮して慎重に行われなければならないが、そのことは、患者の知的水準が高度でなければならないことを意味するものではない。

終末期医療は、事柄の性質上患者の精神、身体のほか、生命に直接関わるものであり、それ故に、患者の自己決定権を最大限尊重して決すべきものであるから、経済的利害を判断する能力などとはその様相を異にしている。それ故に、患者が後見開始の審判を受けた被後見人であるからといって、当然に「患者の意思が確認できる場合」に当たらない、と即断するのは相当でない。

(4) 終末期の患者が、単独では「患者の意思の確認ができる場合」に当たらないように見えても、上記第1に記載した立会人などの介添えや支援を受け、これらの人の適切かつ強力な助力により、自分に対する医療行為の意味をそれなりに理解し、これを受容する態度を表示したときは、「患者の意思の確認ができる場合」に当たるものと解することができる場合もあると思われるが、その認定は慎重であるべきである。(1990年6月25日米国連邦裁判所は、ナンシー・クルーザン事件において、「本人がこのような場合には、死にたいという意味を示していたという明白な証拠がない限り、州はその人を生かしておくことができる。」と判決したが、これは本人の意思を推定して治療の中止を認めたものと解されるが、結局本人の意思を直接確認する方法ではなく、ナンシーの健康時の意思を知る友人の証言により、水分・栄養補給チューブの除去を許可する決定が裁判所によってなされ、ホスピス病床にて水分・栄養補給以外のケアを施されチューブの除去後12日後死亡したという事例である。本人の意思の確認は、「時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、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。」という下記②の本ガイドラインの提案に鑑みると、上記のような健康時における本人の意思を友人の証言で終末期における「本人の