

意思の確認及び推定」とすることについては、疑問がないわけでもないから、その確認ないしは推定は慎重に行うべきである)。

(5) また、患者が、医療・ケアチームに対し、治療方針に関する話し合い及びそれに基づく合意、即ちインフォームドコンセントに関する権限を特定の第三者(上記(2)の第1に掲記した者など)に委ねる旨の申し出を行い、医療・ケアチームもこれが患者本人の真意であると認め、また、当該第三者も患者の申し出を受諾し、医療・ケアチームと当該第三者との間に医療行為に関する交渉、合意がされた場合に、この合意を患者の意思に基づくものとしてよいか否かについては、慎重な配慮が必要である。

患者が、第三者に上記事務を委ねようとする場合、その動機、理由には様々なものがありうる。患者自身が医療やケアについて格別の希望や意思を有しておらず、例えばそのようなことを思考し判断すること自体面倒であるとして、交渉、判断のすべてを第三者に委ねるとしたのであれば、患者が終末医療について自己決定権に基づいて一定の意思を表明したと評価することはできない。したがって、このような場合には、たとえ第三者との間に合意が成立したとしても、その合意が患者の意思に基づくものであるということとはできない。

しかし、終末期にある患者が、体力、気力とも衰退し、或いは肉体的疼痛、精神的苦痛その他不快症状等のために、思考力、判断力が相当低下していることを自覚し、日頃から最も厚い信頼をおいている家族(例えば配偶者)の交渉力及び判断力に従うのが、自分にとって最善の方法であるとの明確な意思に基づいて、その家族に上記の事務を委託した場合において、両者間に十分な交渉が行われ、インフォームドコンセントが成立したときには、その合意は、患者の意思に基づいたものとしてよいのではなかろうか。

患者が第三者に対し、上記事務を委託しようとする動機にはこのような場合以外に、例えば、家族の経済的負担を慮ってするなど様々な態様があり得るが、要は、患者自身の自己決定権の行使と評することができるか否かという多分に法的な価値判断によって決せられることになる。

なお、このことと関連して、患者が自己の医療行為の採用、変更、中止等すべての措置に関する判断を医療行為者に委ねる旨を申し出た場合はどうであろうか。患者の意思は明示されたともいえようが、この意思は、患者と医療従事者との二者対置関係を前提とした患者の自己決定権に基づくインフォームドコンセントの基本原則になじまないものであるから、後記(2)の患者の意思確認ができない場合に準じて取り扱うのが相当であ

らう。

イ 「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・ケアチームをして行う。」との点について

#### (1) 説明責任の主体の明確化

ガイドラインが言うところの、「多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームをして行う」ものは、患者の意思の確認を行うというものであると解される。

具体的には、主治医を含む複数の医師による、患者の意思の確認とその確認方法、確認の結果得られた患者の意思にしたがって医療行為を行うことの合理性の確認を、「多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームをして行う」ものと解される。患者自身に対する治療方針の説明は、主治医の責任として行うべきものであって、主治医以外の者が、(治療経緯をつぶさに見ないで)責任をもって口を差し挟むべきではないものと解する。治療方針以外の事項に関しては、主治医以外の者は助言を与えると解したほうがよいのではないかと考える。多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームの責任で説明が行われるものと考えべきではない(最終的には主治医が説明に関して責任を負担する者であって、医療・ケアチームのメンバーによる説明は、主治医の説明を分担・補充するものであると解する)。

(2) 患者への事前の説明ないし予告については、後記②の補足意見を参照されたい。

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、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。

#### 【意見】

基本的に賛成である。

なお、上記で、「文書にまとめておくものとする。」とは「カルテ等の文書に記録しておかねばならない。」でよいと解する。また、再確認の都度、これを「カルテに記載するなどして文書に記録する」ものとするのがよいと

解する。

#### 【補足意見】

ここにいう、治療方針とは、「患者が意思能力を有している段階で行われた医療従事者との話し合いで決定された事項（方針）が、その後患者の病状悪化等により、判断能力を失った後においても、一定の条件の下に、その効力を有しており、かつ、その治療方針には延命措置の中止、安楽死等（緩和ケアに係る医療措置を含み、積極的安楽死に関する措置を除く）に関する事項も含まれること」を前提として、以下意見を補足する。

(1) 医療には、常に不確実性が内在する。したがって、治療方針の決定に当たっては、患者と医療従事者との間において、予想されるあらゆる可能性について、十分な話し合いを行い、病態の変動に対応した治療方法等について、あくまでも患者の自立的意思決定が図られるよう配慮すべきである。患者は、一縷の可能性に望みのすべてを託そうとする場合も少なくないであろう。その意味で、医療従事者は、患者側と、延命措置の中止等（緩和ケアに係る医療的措置を含む）に関する事項を協議する場合には、慎重な配慮が必要である。

このことに関連して、延命措置の中止や安楽死等に関する事項については、医療従事者側から積極的に質問すべきでないとの指摘もある（洗井篤他「医療倫理」146ページ）。しかし、この問題を、医療従事者側から提起してはならないと考える必要はない。

(2) 患者と医療従事者との間の話し合いは、ゆとりある雰囲気の中で詳細かつ懇切に行われることが必要である。また、患者側の立場からすれば、意思表示をすべき事項のすべてについて、即座に判断できない場合も少なくないであろうから、事情が許す限り、この話し合いは、複数回に分けて行われるのが望ましい。医療・ケアチームの規模・陣容等から、このようなことが困難な場合には、構成員の一部との間に、いわば準備的話し合いを設けることも考えられる。

一見複雑迂遠であるように見えても、このような対応がされることにより、患者の医療従事者に対する信頼関係が高まり、真の合意が形成され、ひいては医療紛争の防止にも役立つであろう。

(3) 両者間で形成された合意は、その重要な事項を成文化した上で、双方でこれを再度確認しておくことが望ましいが、患者の容態如何によっては、また、その精神状態に鑑みれば、双方の署名のあるものとして確認文書を作成することは困難であるかもしれない。

治療の過程で予想されるあらゆる可能性、病態の変動に対応した治療方針やこれらに関する患者側の要望などを逐一記載することはできないし、また必要はないと考える。

とりわけ終末期医療においては、多くの不確実性が内在するから、その記載は甚だ煩瑣であるばかりでなく、無益であることも多く、また、細部に関し成文化されていなかった事態が生じたときには、その都度細部にわたって協議しなければ先に進めないというものでもないと解されるから、結局、ここにいう成文化されるべき事項は、患者側についていえば、概ね、①患者自身が抱えている自己の疾病に対する大局的な見解、②希望する医療行為の概要、③最終末期における治療ないし措置についての所見、希望があるときはその概括的内容等が考えられるが、なお検討を要するものとする。

#### (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 家族等の話等から患者の意思が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。

#### 【意見】

患者の意思が直ちに確認できない場合であっても、原則として、患者の意思が推定できる場合には、その意思を尊重すべきであると考えられる。

ただ、患者の推定意思というのは、将来何らかの選択をしなければならない状況に至った場合を想定し、その場合にどのような意思決定をするかということであって、現実にもそのような状況に至ったときに、従前に考えていたとおりの意思決定をするとは限らない。したがって、患者の推定意思の尊重には限界があるといわなければならない。また、患者の推定意思が必ずしも合理的な選択であるとはいえないような場合には、患者の推定意思に従わなくてもよいのではないかと考える。ただ、その場合に選択された治療方針が客観的にみて、患者に最善のものでなければならぬであろう。そのためには、②・③で後述するように、複数の専門家による慎重な判断が求められるであろう。

なお、家族の中で患者の推定意思について意見がくいちがっている場合には、患者の推定意思は明らかでないと判断すべきであろう。

② 患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考にして、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。

【意見】

患者の意思が推定できない場合には、原則として、家族等の助言を参考にすべきであるとする。

患者の家族が複数であって、その間に意見のくいちがいがある場合に、どのように考えるべきであるかも重要な問題である。患者の父母、子など近親者の意見が他の家族の意見よりも尊重されるべきであろう。

また、患者の家族の意見が宗教その他特定の信念に基づく場合には、患者の意見について、慎重に判断しなければならない。少なくとも、客観的にみて、患者にとって最善の治療方針であると考えられるものでなければならないであろう。

家族等の助言を参考にして、医療機関において判断する場合においても、複数の専門家(少なくとも2人以上)の判断に基づいて治療方針が決定されることが望ましいと考える。たとえば、病院などにおいては、外部の第三者を加えた委員会などで、治療方針を決定することが考えられるであろう。

【理由】

法的な見解としては、あくまで患者本人の表明された意思に基づく同意(インフォームド・コンセント)がない限り、家族等(他人)の意見に基づいて行ったとしても、この他人の意見や同意は、本人の同意に置き換えることはできないから、現行法の下では、医師や医療機関等の行為が「本人の同意に基づき」違法性が阻却されるものと扱うことはできないという帰結になるものと解される。医師等の行為は、正当業務行為又は緊急行為として違法性が阻却されると解さざるを得ない。家族等の同意や助言はあくまで、助言ないしは参考意見であって、これによって、違法性が当然に阻却されるものではない。このことを、ガイドラインは示しているものと解される。

このような不安定な状況を解消するためには、本人に代わって代諾する権限を有する者を法定するなど(例えば、米国イリノイ州法ほか各州法における代行決定権者の法定やフランス法等)の立法的解決が望ましいと解される。但し、その場合の代諾権者(surrogate やla personne de confiance)の位置づけ、権限、義務、行使の要件、手続きなどについてはなお検討を要するものと解する。もっとも、本人の意思がまったく推定できない場合に、係る代行決定権者を定めたとしても如何様にこの者がその権限(又は義務)を遂行できるのかは問題ではあるが、医療機関としては、係る代行決定権者の言を合理的に信用した場合には、その決定に従って施術した場合又はしなかった場合でも免責される

という意味で、係る代行決定権者に関する規定を法令に設けることは意味があるものと解される(本人の意思が何であるかの詮索を医師や医療機関のリスクで行わせるべきではないと解されるので)。

③ 家族や家族に準ずる者がいない場合、家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等には、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。

【意見】

家族がいない場合、あるいは、いてもその意見が表明されない場合には、患者にとっての最善の治療方針がとられなければならない。その場合には、複数の専門家(少なくとも2人以上)の判断に基づいて治療方針が決定されることが望ましいと考える。たとえば、病院などにおいては、外部の第三者を加えた委員会などで、治療方針を決定することや主治医らによって決定された方針の承認がなされることが考えられるであろう。

【理由】

前記のとおり、本人の意思決定によることができない場合(患者本人の意思が推定できない場合)、本人に代わって意思決定する(医療機関が合理的に決定した治療方針に同意する)権限(及び義務までを付加するかは問題である)を有する者を法定し、そのものの同意を経て治療を実施するあるいは行わないという法的整備がなされるべきであるとする。しかし、係る整備が未了である現状において、また、そのような法的整備がなされた場合であっても、家族等がいない患者や家族等(代行権限を授けられた者を含む)がその権限を行使しない場合には、いわば制度が適用されない空白の事態が生まれるので、これに対する手当てを考慮しておく必要がある。

そのような法的制度が未整備である現状の下では、上記のようなガイドラインによる解決でやむをえないと思われる。代行決定権者を法定する制度を整備する場合には、家族等がいない場合や代行決定権者がその権限を行使しないときには、家庭裁判所が(公的)代行決定権者(=医療行為に関する後見人)を選任するというやり方も考えられる。

企図されているガイドラインは専ら医師や医療機関に対し向けられた一種の医療倫理の具体化措置であると考えられるので、現状では、このような形での基準の明確化で仕方がないものと考えられるし、家族等以外の第三者の代諾権者を認める法制度の下であっても、結局のところ、「医療機関が合理的に決定した治療方針や治療方法に反対することは事実上困難である」とも解されるから、多くの場合は、本ガイドラインのような基準に従って処置さ

れるものと解してよいのではないが。

### (3) 多専門職種からなる委員会の設置

上記(1)、(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  
等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職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・助言を行うことが必要である。

### [意見]

基本的に賛成。

なお、場合によっては、そのような特別の委員会には、医療従事者以外の専門職種者の参画を得ることとすべきであり、宗教や倫理に関する専門家や法律専門家の関与があつてよいものと考えられる。但し、常にこのような当該医療機関の部外者が個々のケースにおいて判定に加わらなければならないものではなく、当該医療機関における具体的な判定基準の策定やその実施状況のレビューに参画するということとよいのではないかと考える。

上記の特別の委員会を要する場合として、(a) 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、又は、(b) 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のほか、どのような場合があるか、さらに検討を要する。

多専門職種からなる委員会の性格について、助言機関とすることについては、現在のところやむを得ないと解されるが、以下のような事情をなお検討したうえ、終末期医療に関する立法的解決が図られる場合は、係る委員会の法律上の性格、権限及び義務等を明らかにすべきである。

### [理由]

上記のような場合、即ち「終末期」における医療行為の内容の決定、変更、中止などは結局、予め患者の同意や指示が明確でない場合には、「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」に当たることが多いものと考えられる。そのような場合、特別の委員会（病院内に設置された倫理委員会）に意見を聞いて治療行為を行なうことは、既にわが国の多くの病院で実施されているものであり、したがって実施可能であると考えられる。昨今の報道で明らかになった、このような倫理委員会に諮らず行なわれた生体腎移植

の例に鑑みれば、「終末期医療」の場面で、医療行為の決定、変更、中止などに関する困難な判断を、倫理委員会が設けた基準にしたがってかつその承認の下に行うことは、国民の医療に対する信頼の確保のために必要である。そうすると、委員会に諮ることが規範性を有することになり、その場合の委員会の（法的）性格をどのようにするかが、次の問題となるので、以下のような意見を述べる。

(1) 終局的には、係る倫理委員会の法的性格に関しても、立法的解決をはかるべきである（法的性格を明らかにすべきである）と考える。

① 一定の要件が満たされ、当該委員会の意見・承認にしたがって医療行為を行った場合、医師としての善管注意義務が果たされたことの重要な要素として考慮されることを、立法的に明らかにすべきである。その場合、当該医療機関内に設置される委員会の性格、権限等について（どこまでできるかや、義務であるか等について）、立法的に明らかにしておくべきである。

② 当該委員会は、全国的な組織である必要はなく、当該医療機関ごとに設置されれば足りるが、設置基準、構成員の条件、判断基準などは、法令に基づいた全国一律的なものであるべきであり、その基準にしたがって構成された委員会による所定の基準に従った判断に従う限り、医師らは治療方針の選択については善管注意義務を果たしたものと推定されることを、明らかにすべきである（その意見や承認を得たから当然・無条件に免責されるとは言い難いが）。

(2) 立法的解決に至るまで時間が必要と思われるので、それまでの間は、本提案（ガイドライン）は有効であると考え。また、立法的にその性格や権限などが明らかにされない以上、現段階では、係る特別の委員会は助言を与える機関とせざるを得ないものと考えから、係る委員会は検討・助言を行なうとする本提案に賛成する。

これらガイドラインに準じた基準を法律化する場合には、複数の専門職からなる委員会の性格について、単なる助言機関ではなく、医療及びケアチームが取ろうとする治療方針について審査・承認を与える機関とすることも可能である。しかし、そうした場合、承認を与えたことによって法的責任を追及される可能性もあることや、与えられた承認の取り消しや撤回の問題がさらに発生することも考えられ、その性格や権限についてはさらに検討を要するものと考え。

(3) ガイドラインにおける助言機関としての特別の委員会を設置する場合における、更なる論点としては、次の点が考えられる。

① 治療方針等について委員会が検討・助言を行うに当たっての基準、手続

- をどのように構築するか。
- ② 組織（委員の構成）をどのようにするか。委員会は、患者に対し医療を提供する医療機関内に設置されるものであって、医療従事者以外の専門職種者の参画を得ることとすべきであり、宗教や倫理に関する専門家や法律専門家の関与があつてよいものと考えられる。但し、常にこのような当該医療機関の部外者が個々のケースにおいて判定に加わらなければならないものではなく、当該医療機関における具体的な判定基準の策定やその実施状況のレビューに参画するということがよいと考える。
  - ③ 患者本人の意思が明らかでなく、かつ、家族等がない場合（いても意見表明できない場合を含む）も、そのような委員会に諮られる場合であるものとしてよいか。
  - ④ 親族でない後見人の医療行為に関する同意権は法律上ないとの見解に立脚すれば、係る後見人がいる場合であっても、③と同様な扱いとすること。
  - ⑤ とくに、医療及びケアチームの方針と異なった方針を委員会が決定する（及び医療及びケアチームの方針を承認しない）ときの手続、他の医療及びケアチーム（委員会の助言にしたがう方針で医療及びケアに従事する）又は他の医療機関（患者や家族等の方針を容認する）の検索・紹介・搬送等の手続について。
  - ⑥ 患者本人や家族等の意思が医学的又は社会的に若しくは当該医師あるいは医療機関の方針に反し容認し難いとき、その委員会は、医師や医療機関が取るべき措置としてどのような助言を与えるべきか、助言に従って医師や医療機関はどのような措置（患者や家族等の医師を容認する医療及びケアチーム又は他の医療機関の斡旋・紹介・搬送・引継ぎ等）をとるべきかなどを明らかにすることもさらに検討すべきである。（⑤の問題とも関連する）
  - ⑦ 委員会の意見を求める時間がない救急の場合等では、本ガイドラインは適用されないことを明らかにする。
  - ⑧ 医師や医療機関は、委員会の助言に従う限り、法的に善管注意義務を尽くした（推定される）とすることができるか。助言に従わない場合には、あるいは、助言を得ずに行った措置については、法的責任を問われるものと解されるのか。
  - ⑨ 本ガイドライン所定のすべての事項を遵守すること（上記の特別委員会に諮ることを含む）が、医師等が免責を得るための必須の要件であるとはまでは言えないが、「当該具体的な状況の下で、本ガイドラインに準拠した手続を取った場合には」治療方針の選択については原則として免

責される（刑事、民事上及び医師としての職業倫理上の責任を問われぬ）という原則（＝ガイドラインの法規範性）を明らかにすべきではないか。

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」へのご意見募集

このたびは、「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」にご意見を提出いただき、ありがとうございます。以下の要領に沿ってご意見を提出いただきますよう、よろしく申し上げます。

1. ご自身の属性について（※ 必ずご記入ください。）

①年齢：2. 20代（2名）、3. 30代（2名）、5. 50代（5名）、  
6. 60代（1名）、7. 70歳以上（2名）

（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

1. 20歳未満	2. 20代	3. 30代	4. 40代
5. 50代	6. 60代	7. 70歳以上	

②性別：1. 女性（1名）、2. 男性（11名）

（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

1. 女性	2. 男性
-------	-------

③職業：16. 18（※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

＜医療関係者＞		
1. 医療機関経営	2. 医療機関職員（医療事務）	3. 医師（勤務）
4. 医師（開業）	5. 歯科医師（勤務）	6. 歯科医師（開業）
7. 看護師	8. 准看護師	9. 保健師
10. 助産師	11. 薬剤師（薬局勤務）	12. 薬剤師（病院勤務）
13. その他医療関係職種		
＜医療関係者以外＞		
14. 会社員	15. 会社役員	16. 自営業
17. 公務員	18. 教員	19. 社会福祉関係
20. パート・アルバイト	21. 学生	22. 無職

厚生労働省

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会 殿

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に対する意見書

2007年3月26日

[Redacted]

【協会の基本的意見】

<要旨>

1. 終末期医療のルールづくりにはガイドラインより法制化・法的整備が望ましいと考えます。
2. 事前の意思が明確な場合には、いわゆる植物状態患者（PVS）にも対応すべきと考えます。

終末期医療のあり方に国民の関心が高まっている現在、貴厚生労働省が本ガイドラインの原案を提示されたことは、極めて適切であり、国民の評価を得るものと考えます。[Redacted] 不治かつ末期において医療措置選択の自己決定権を尊重する「リビングウィル運動」を展開し、終末期医療のルールづくりを提唱してきました。それだけに今回、貴省のご提案につき賛同し、[Redacted] 以下の意見を提起させていただきます。

## 1. ガイドラインより法制化・法的整備が望ましい

本人の意思にもとづく「延命措置の中止・差し控え」については、全国の医療機関で日常直面する医療行為として行われている実態があります。読売新聞社が2006年5～6月、国立保健医療科学院の協力で行った全国病院（100床以上）調査でも、回答した240機関のなかで「過去に延命措置の中止・差し控えを経験した」のは56%に上っています。一方、社会的コンセンサスを果たした「ルール」がないため、医療現場では法的、医学的、倫理的に多種多様な意見があります。そのなかには人工呼吸器など「延命措置の中止」が死期を早める行為とも考えられ、「刑事上の問題を引き起こす可能性がある」とする人も多く、医師の逡巡を招く大きな要因になっています。この結果、医療機関により取り組みに違いが生じ、終末期医療について自ら選択し、希望を明示した患者も「最善の利益」を享受することが難しい現状があります。まして、本人が断わっている延命措置を、第三者の価値観で強制することは許されるべきではありません。

公的ガイドラインであれ、立法であれ、その基本理念は「自己決定（権）の尊重」と「治療限界による治療義務の解放」で構成されます。ルールのなかでこの理念がどれだけ担保できるかが重要であり、規範力の乏しいガイドラインより立法が望ましいと考えます。さらに、「刑法に抵触する可能性」（あるいは不法行為による民事上の有責性）という危惧を取り除くには、立法をもって一定の違法性阻却事由を規定すべきであると考えます。

## 2. ガイドライン作成への要望

貴省が終末期医療で初めての統一ルールとなる「ガイドライン」を作成することは大きな前進であると評価しています。その上に立ってまず要望したいのは、より実効性のあるガイドラインの作成をということです。

ガイドラインが単なる行政指導や標準的に守られるべき内容であるなら、遵守の可能性も期待性も薄くなります。医療現場で混乱も生じている今日の段階で求められるガイドラインは、遵守可能性をより高め、規範性のある程度持つことが重要であり、そのためには「社会的コンセンサス」の醸成が必要で、それは国民が納得する真摯な議論から導かれると考えます。ある出来事、問題が生じた場合でも、公的ガイドラインが国民の、医学会のコンセンサスとして、捜査判断、司法判断の基準になる存在でなければならないと考えます。以下、個別事項について意見を申し上げます。

### （1）いわゆる植物状態患者にも対応すべき

日本では、脳卒中や外傷、交通事故、あるいは脳の手術後などに植物状態に陥る患者は大病院だけで約3千人はいると推定され、全国的には3万名を超えともいわれています。日本学術会議も長期生存のPVS患者に対する対応は医学的、倫理的、社会的にも避けて通れない重要な問題として検討し、1994年に「PVS患者の医療中止・不開始の3条件（ガイドライン）」を出しています。当協会は、PVSでは回復の可能性がなく、周囲との意思疎通が全くできない状態は、延命措置に依存する末期状態であり、終末期医療の対象と考えます。

不洽かつ末期の病態にあるとの診断は、複数以上の医師による適切な判定が必要であり、ことに植物状態患者の場合、その回復が不可能、不可逆的であるとの判定には専門的な知識を有する医師を含む複数以上の医師による一致した診断を条件とする必要があります。

### （2）「たたき台」に対する具体的な提案

別紙の通りです。

以上

「たたき台」に対する意見について

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1の①

◆内 容： 終末期医療及びケアのあり方について

(2)

「医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである」では、患者の自己決定を担保する力を弱めるので、「本人意思決定と医学的妥当性、適切性があれば、自己決定に基づき延命措置は停止できる」と明記することを希望します。

自己決定権を最も尊重するという基本方針を強く出すことにより、国民は死について己の最後の生き様、即ち死に様を自分で日ごろから考え、家族とも相談し、文書（リビング・ウィル）として作成する習慣を養うことにつながります。またインフォームド・コンセントの徹底化を謳う必要があるでしょう。

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2の(2)

◆内 容： 患者の意思が確認できない場合 について

(2)

患者の意思の確認ができない場合には、延命治療を続けざるを得なくなりますので、己の死に様を予め決めておく事の重要性を強調することが望ましいと思います。止むを得ない場合には①②③を考えることとします。

しかし、「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」については、「最善」の意味・解釈が異なってくる場合もありますので、「患者の意思に沿った治療方針をとることを基本とする」にすべきであると思います。



(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2の(3)

◆内 容： 多専門職種からなる委員会の設置 について

(2)

前述した読売新聞社と国立保健医療科学院での調査では、倫理委員会は延命措置の中止・差し控えの最終判断にほとんど役立っていない（5%以下）という結果が出ています。中止・差し控えのきっかけの約90%は「家族の希望」であり、中止・差し控えた延命措置の種類で多いのは、人工呼吸器（71%）と薬剤投与（70%）、栄養補給（52%）です。次いで水分補給、輸血、人工透析が30%台で続いています。その最終判断は医師個人が最も多く、46%を占めています。医師が最も悩み、訴えられることを心配するところであり、自己決定権行使の重要性とともにインフォームド・コンセント、チーム医療の徹底を図る事の大切さを強調すべきだと考えます。

以上