

平成19年度 終末期医療に関する調査

—いのちを支える医療を目指して—

(介護職員対象)

調査ご協力のお願い

ご多用中、突然で恐縮でございますが、現在、厚生労働省医政局では、患者の意思を尊重した望ましい終末期医療の在り方について、「終末期医療に関する調査等検討会」を開催し、有識者による検討を進めております。当検討会におきましては、一般国民及び医療従事者への「終末期医療に関する調査」を実施し、議論の参考にすることになりました。本調査は、平成5年及び平成10年、平成15年に続き4回目の調査となり、これらの調査結果はわが国の終末期医療を考える上で重要な資料として広く活用されることとなります。

本調査は、全国の病院、診療所、緩和ケア病棟、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設を無作為に抽出させていただき、医師3201名、看護職員4201名、介護職員2000名を対象としております。

また、本調査の結果は、全体を数値で集計するものであり、個別の施設名や個人名が表に出ることは一切ありません。

何卒、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

【ご記入に際してのお願い】

- 1) ご本人がお答えください。
- 2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- 3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。
- 4) お答えはあてはまる番号に○印をつけてください。
- 5) 「その他」に○をつけられた場合には、() 内に具体的にご記入ください。
- 6) ご記入は鉛筆または、黒・青のペン、ボールペンでお願いします。
- 7) 記入上おわかりにならない点などがありましたら、下記の新情報センターまでお問い合わせください。

【ご返送締切日】

ご記入いただきました調査票は、3月21日(金)までに返送用封筒にてご投函くださいますようお願いいたします。

平成20年3月

調査主体 厚生労働省 医政局総務課

調査実施 社団法人 新情報センター
東京都渋谷区恵比寿1-13-6
電話 03-3473-5231
担当 高崎・利光

<終末期医療への関心等についてお尋ねします>

問1 最近、終末期医療に関して「安楽死」「尊厳死」「リビングウィル（書面による生前の意思表示）」などの問題が話題になっていますが、あなたはこれらに関心がありますか。（○は1つ）

- 1 非常に関心がある
- 2 少し関心がある
- 3 あまり関心がない
- 4 ほとんど（全く）関心がない

補問 （問1で1か2をお選びの方に）あなたは、「安楽死」、「尊厳死」、「リビングウィル」などの終末期に関する問題に関して、自分自身がどの程度知っているとお考えですか。（○は1つ）

- 1 よく知っている
- 2 詳しくはないが、少し知っている
- 3 あまり知らない
- 4 ほとんど（全く）知らない

（全員の方に）

問2 あなたご自身が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について知りたいとお考えになりますか。（○は1つ）

- 1 知りたい
- 2 知りたくない → (問3へお進みください)
- 3 わからない → (問3へお進みください)

補問 （問2で1をお選びの方に）この場合、病名や病気の見通しについて直接担当医師から説明を受けたいと思いますか。（○は1つ）

- 1 直接受けたい
- 2 家族に聞いてもらい、家族から話を聞く
- 3 その他（具体的に)

<あなたの死が間近に迫っている場合を想定してお尋ねします>

（全員の方に）

問3 あなたご自身が突然重い病気や不慮の事故などで、適切な医療の継続にもかかわらず、治る見込みがなく死が間近に迫っている（数日程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合、心肺蘇生措置を望みますか。（○は1つ）

- 1 心肺蘇生措置を望む
- 2 どちらかという心臓蘇生措置は望まない
- 3 心肺蘇生措置は望まない
- 4 わからない

問4 あなたご自身が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望みますか。（○は1つ）

1 延命医療を望む	→	（問5へお進みください）
2 どちらかというとな延命医療を望まない		
3 延命医療を望まない		
4 わからない	→	（問5へお進みください）

補問1 （問4で2か3をお選びの方に）この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。（○は1つ）

1 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まで中止
2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
4 わからない

補問2 （問4で2か3をお選びの方に）この場合、具体的にはどのような医療・ケアの方法を望みますか。お考えに近いものをお選びください。（○は1つ）

1 痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法
2 延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法
3 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
4 わからない

<あなたの家族に死期が迫っている場合を想定してお尋ねします>

（全員の方に）

問5 あなたの家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望みますか。（○は1つ）

1 延命医療を望む	→	（問6へお進みください）
2 どちらかというとな延命医療を望まない	→	（補問1へお進みください）
3 延命医療を望まない	→	（補問1へお進みください）
4 わからない	→	（問6へお進みください）

補問1 (問5で2か3をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 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まで中止
- 2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
- 3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
- 4 わからない

補問2 (問5で2か3をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような医療・ケアの方法を望みますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法
- 2 延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法
- 3 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
- 4 わからない

<あなたの担当している入所者に死期が迫っている場合を想定してお尋ねします>

(全員の方に)

問6 あなたの担当している入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し(治療期間、余命)について、まずどなたに説明したほうがよいとお考えになりますか。(〇は1つ)

- 1 入所者本人に説明する
- 2 入所者本人の状況を見て入所者に説明するかどうか判断する
- 3 家族に説明する
- 4 入所者本人、家族ともに説明しない
- 5 わからない

問7 あなたは病名や病気の見通しについて、入所者や家族が納得のいく説明ができていると考えていますか。(〇は1つ)

- 1 できている
- 2 ある程度できている
- 3 できていない
- 4 わからない

問8 あなたの担当している入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その治療方針を決定するにあたり、まずどなたの意見を聞いたほうがよいとお考えになりますか。(〇は1つ)

- 1 入所者本人の意見を聞く
- 2 入所者本人の状況を見て誰にするかを判断する
- 3 家族の意見を聞く
- 4 入所者本人、家族ともに意見を聞かない
- 5 わからない

問9 あなたが担当している入所者が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、延命医療の中止についてどのようにお考えになりますか。(〇は1つ)

- 1 延命医療であっても続けられるべきである (問10-1へお進みください)
- 2 どちらかというとな延命医療は中止されたほうがよい (補問1へお進みください)
- 3 延命医療は中止されるべきである (補問1へお進みください)
- 4 わからない (問10-1へお進みください)

補問1 (問9で2か3をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような治療を中止することが考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 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まで中止
- 2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
- 3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止
- 4 わからない

補問2 (問9で2か3をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような医療・ケアの方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法 → (問10-1へお進みください)
- 2 延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法 → (問10-1へお進みください)
- 3 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 → (補問3へお進みください)
- 4 わからない → (問10-1へお進みください)

補問3 (補問2で3をお選びの方に) このような方法がなされるとすると、その時にどのような条件が必要となるとお考えでしょうか。あなたのお考えに近いものをいくつでもお選びください。(〇はいくつでも)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 医学的にみて入所者が不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること 2 入所者の痛みが甚だしく、誰もがこれを見るに忍びないほどであること 3 入所者の痛みからの解放を目的とした治療が十分なされていること 4 入所者本人の強い要請があること 5 方針の決定は担当医だけではなく、複数の医師又は医療チームによってなされること 6 医師が十分に入所者に説明して、入所者が納得した後で行われること 7 医師の手によることを原則とし、これができない場合は世間が納得できるだけの特別な事情があること 8 方法が常識的にも妥当なものとして認め得るものであること 9 その他(具体的に) 10 わからない |
|---|

(全員の方に)

問10-1 あなたが担当している入所者が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活はどこを薦めますか。(〇は1つ)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院を薦める 2 なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院を薦める 3 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院を薦める 4 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院を薦める 5 自宅で最期まで療養を薦める 6 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的な治療を薦める 7 老人ホームでの生活を続け、終末期ケアを薦める 8 その他(具体的に) 9 わからない |
|---|

問10-2 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。(〇は1つ)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 実現可能である → (問11-1へお進みください) 2 実現困難である → (補問へお進みください) 3 わからない → (問11-1へお進みください) |
|--|

補問 (問10-2で2をお選びの方へ) 実現できないとお考えになる具体的な理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。(〇はいくつでも)

- 1 往診してくれるかかりつけの医師がいない
- 2 訪問看護体制が整っていない
- 3 訪問介護体制が整っていない
- 4 24時間相談にのってくれるところがない
- 5 介護してくれる家族がいない
- 6 介護してくれる家族に負担がかかる
- 7 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である
- 8 症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できるか不安である
- 9 居住環境が整っていない
- 10 経済的に負担が大きい
- 11 その他(具体的に)

(全員の方に)

問11-1 あなたは世界保健機関(WHO)が作成した「WHO方式癌疼痛治療法」をご存じですか。(〇は1つ)

- 1 あることを知っている
- 2 内容をある程度知っている
- 3 内容をよく知っている
- 4 知らない

問11-2 あなたは、モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、入所者にわかりやすく具体的に説明することができますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 説明できる
- 2 多少は説明できる
- 3 説明できない
- 4 その他(具体的に)
- 5 わからない

<あなたが遷延性意識障害になった場合を想定してお尋ねします>

問 12 あなたご自身が、遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望みますか。

(○は1つ)

※ ここでいう「遷延性意識障害」とは、

「脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3～6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう」ものとします。

1	延命医療を望む	→	(問 13 へお進みください)
2	どちらかというとな延命医療は望まない		
3	延命医療は望まない		
4	わからない	→	(問 13 へお進みください)

補問 1 (問 12 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような時期に中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	意識不明の状態から回復しないと診断されたとき
2	生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
3	わからない

補問 2 (問 12 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	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まで中止
2	胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
3	点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
4	わからない

<あなたの家族が遷延性意識障害になった場合を想定してお尋ねします>

(全員の方に)

問 13 では、あなたの家族が、遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望みますか。(○は1つ)

※ ここでいう「遷延性意識障害」とは

「脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3～6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう」ものとします。

1	延命医療を望む	—————▶	(問 14 へお進みください)
2	どちらかというとな延命医療は望まない		
3	延命医療は望まない		
4	わからない	—————▶	(問 14 へお進みください)

補問 1 (問 13 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような時期に中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	意識不明の状態から回復しないと診断されたとき
2	生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
3	わからない

補問 2 (問 13 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	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まで中止
2	胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
3	点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
4	わからない

<あなたが担当している入所者が遷延性意識障害になった場合についてお尋ねします>

(全員の方に)

問 14 では、あなたの担当している入所者が遷延性意識障害で治る見込みがない場合、延命医療の中止についてどのようにお考えになりますか。(○は1つ)

※ ここでいう「遷延性意識障害」とは

「脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3～6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう」ものとします。

1	延命医療であっても続けられるべきである	—————▶	(問 15 へお進みください)
2	どちらかというとな延命医療は中止されたほうがよい		
3	延命医療は中止されるべきである		
4	わからない	—————▶	(問 15 へお進みください)

補問 1 (問 14 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような時期に中止することが考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	意識不明の状態から回復しないと診断されたとき
2	生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
3	わからない

補問 2 (問 14 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような治療を中止することが考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	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まで中止
2	胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
3	点滴等の水分補給など、一切の治療を中止
4	わからない

<あなたが脳血管障害等によって全身状態が悪化した場合についてお尋ねします>

(全員の方に)

問 15 あなたが高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望みますか。(○は1つ)

1 延命医療を望む	→ (問 16 へお進みください)
2 どちらかという延命医療を望まない	
3 延命医療を望まない	
4 わからない	→ (問 16 へお進みください)

補問 1 (問 15 で 2 か 3 をお選びの方に) 延命医療を望まないのは、具体的にはどのような場合ですか。(○は1つ)

1 意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき
2 生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
3 わからない

補問 2 (問 15 で 2 か 3 をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1 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まで中止
2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
4 わからない

(全員の方に)

問 16 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。

1 自宅	→ (補問 1 へお進みください)
2 一般の急性期病院	
3 介護療養型医療施設、又は長期療養を目的とした病院	
4 介護老人保健施設	→ (補問 2 へお進みください)
5 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	
6 その他 (具体的に)	
7 わからない	→ (問 17 へお進みください)

補問1 (問16で1をお選びの方へ) なぜ、自宅で最期まで療養したいと思いますか。

(〇はいくつでも)

- 1 住み慣れた場所で最期を迎えたいので
- 2 最期まで自分の好きなように過ごしたいので
- 3 家族との時間を多くしたいので
- 4 家族に看取られて最期を迎えたいので
- 5 病院では自分の望むような状態で死ねないので
- 6 家族や知人が自宅で最期を迎えたので
- 7 その他 (具体的に)

補問2 (問16で2~6をお選びの方へ) あなたはなぜ自宅以外の場所で最期まで療養したいと思ったのですか。(〇はいくつでも)

- 1 自宅では家族の介護などの負担が大きいから
- 2 自宅ではかかりつけ医など最期を看取ってくれる人がいないため
- 3 自宅では訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
- 4 自宅で最期を迎えるのは、一般的ではないため
- 5 自宅で最期を迎えるのは、経済的に負担が大きいから
- 6 自宅では、最期に痛み等に苦しむかもしれないから
- 7 自宅では、緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれないから
- 8 自宅での療養について、家族が希望しないから
- 9 それまでかかっていた病院(施設)の医師、看護師、介護職員などのもとの最期までみてほしいから
- 10 わからない

<あなたの家族が脳血管障害等によって全身状態が悪化した場合についてお尋ねします>

(全員の方に)

問17 あなたの家族が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望みますか。(〇は1つ)

- 1 延命医療を望む → (問18へお進みください)
- 2 どちらかという延命医療を望まない → (補問1へお進みください)
- 3 延命医療を望まない → (補問1へお進みください)
- 4 わからない → (問18へお進みください)

補問1 (問17で2か3をお選びの方に) この場合、延命医療を望まないとき、具体的にはどのような時期に中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

- 1 意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき
- 2 生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
- 3 わからない

補問2 (問17で2か3をお選びの方に) 延命医療を望まないとき、具体的にはどのような治療を中止することを望みますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

- 1 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
- 2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給
- 3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい
- 4 わからない

<あなたが担当する入所者が脳血管障害等によって全身状態が悪化した場合についてお尋ねします>

(全員の方に)

問18 あなたの担当する入所者が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療の中止についてどのようにお考えになりますか。(○は1つ)

- 1 延命医療であっても続けられるべきである → (問19へお進みください)
- 2 どちらかというとな延命医療は中止されたほうがよい
- 3 延命医療を中止されるべきである
- 4 わからない → (問19へお進みください)

補問1 (問18で2か3をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような時期に中止することが考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

- 1 意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき
- 2 生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき
- 3 わからない

補問2 (問 18 で2か3をお選びの方に) この場合、具体的にはどのような治療を中止することが考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(〇は1つ)

- 1 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まで中止
- 2 胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止
- 3 点滴等の水分補給など、一切の治療を中止
- 4 わからない

(全員の方に)

問 19 あなたの担当する入所者が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養することを薦めますか。

(〇は1つ)

- 1 自宅
 - 2 一般病院
 - 3 介護療養型医療施設、又は長期療養を目的とした病院
 - 4 介護老人保健施設
 - 5 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
 - 6 その他 (具体的に)
 - 7 わからない
- (補問2へお進みください)
- (問20-1へお進みください)

補問1 (問 19 で1をお選びの方へ) なぜ、自宅で最期まで療養することを薦めたいと思いますか。

(〇はいくつでも)

- 1 住み慣れた場所で最期を迎えさせたいので
- 2 最期まで自分の好きなように過ごさせたいので
- 3 家族との時間を多くしたいので
- 4 家族に看取られて最期を迎えさせたいので
- 5 病院では本人の望むように最期を迎えられないので
- 6 他の家族や知人が自宅で最期を迎えていたので
- 7 その他 (具体的に)

補問2 (問 19 で 2～6 をお選びの方へ) あなたはなぜ自宅以外の場所で最期まで療養することを薦めたいと思ったのですか。(〇はいくつでも)

- 1 自宅では家族の介護などの負担が大きいから
- 2 自宅ではかかりつけ医など最期を看取ってくれる人がいないため
- 3 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
- 4 自宅で最期を迎えるのは、一般的ではないため
- 5 自宅で最期を迎えるのは、経済的に負担が大きいから
- 6 自宅では、最期に痛み等に苦しむかもしれないから
- 7 自宅では、緊急時に家族が大変になるかもしれないから
- 8 自宅での療養について、家族として希望しないから
- 9 それまでかかっていた病院(施設)の医師、看護師、介護職員などのもとで最期までみてほしいから
- 10 わからない

<生前の意思決定についてお尋ねします>

(全員の方に)

問 20-1 「治る見込みがなく、死期が近いときには、延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する。」(リビングウィル)という考え方について、あなたはどのようにお考えですか。(〇は1つ)

- 1 賛成する
 - 2 入所者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない
 - 3 賛成できない
 - 4 その他(具体的に)
 - 5 わからない
- (問 20-2 へお進みください)

補問1 (問 20-1 で 1 をお選びの方に) 書面による本人の意思表示という方法について、わが国ではどのように扱われるのが適切だとお考えですか。(〇は1つ)

- 1 そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである
- 2 法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する
- 3 その他(具体的に)
- 4 わからない

補問2 (問20-1で1をお選びの方に) 死期が近い時の治療方針についての意思について入所前、入所時、あるいは、入所後に、病院や介護施設(老人ホーム)から、書面により入所者の意思を尋ねるといった考え方についてどのように思いますか。(〇は1つ)

- 1 賛成する
- 2 反対である
- 3 わからない

補問3 (問20-1で1をお選びの方に) 書面に残すとしたらいつの時期が良いと思いますか。(〇は1つ)

- 1 入所する以前に書類として残した方がよい
- 2 入所時に書面として残したほうがよい
- 3 入所後、ある時期に書面として残した方がよい
- 4 時期は、いつでもかまわない
- 5 わからない

(全員の方に)

問20-2 このような書面を見せれば、医師はその内容を尊重してくれると思いますか。(〇は1つ)

- 1 そう思う
- 2 そうせざるを得ないと思う
- 3 そうは思わない
- 4 その時の状況による
- 5 その他(具体的に)
- 6 わからない

問20-3 あなたは、この書面を作成した後も、状況の変化等によってあなたの考えが変わった場合、何度でも書き直すことが可能であることをご存じですか。(〇は1つ)

- 1 何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている
- 2 1度書いた書面を書き直すことは、重大な理由が必要であると思っていた
- 3 1度書いたら、書き直しは不可能であると思っていた
- 4 その他(具体的に)

問 20-4 事前に本人の意思の確認ができなかった入所者の場合、「家族や後見人が延命医療を拒否したら、それを本人の意思の代わりとして治療方針などを決定すればよい」（書面ではなく代理人による意思表示）という考え方についてどう思いますか。（○は1つ）

- 1 それでよいと思う
- 2 そうせざるを得ないと思う
- 3 そうは思わない
- 4 その時の状況による
- 5 その他（具体的に _____）
- 6 わからない

問 20-5 本人の明確な意思表示が全くわからない場合の終末期における治療方針の決定についてどう思いますか。（○は1つ）

- 1 配偶者など最も身近な人の意見に従うべき
- 2 家族や親戚など多数の意見に従うべき
- 3 担当する医療・ケアチームが慎重に考えて決めるべき
- 4 わからない

<終末期医療に関する全般的な質問>

問 21 あなたは、自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、ご家族で話し合ったことがありますか。（○は1つ）

- 1 十分に話し合っている
- 2 話し合ったことがある
- 3 全く話し合ったことがない

問 22 延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、医師と入所者の間で十分な話し合いが行われていると思われますか。（○は1つ）

- 1 行われていると思う
- 2 不十分と思う
- 3 行われているとは思わない
- 4 その時の状況による
- 5 その他（具体的に _____）
- 6 わからない

問 23 あなたの施設では、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われていると思いますか。

- 1 行われていると思う
- 2 不十分と思う
- 3 行われているとは思わない
- 4 その時の状況による
- 5 その他（具体的に _____）
- 6 わからない

問 24 終末期医療において、治療方針について医師や看護・介護職員等の間に意見の相違がおこったことがありますか。（○は1つ）

- 1 ある（補問へお進みください）
- 2 ない →（問 25 へお進みください）

補問（問 24 で 1 をお選びの方に）その場合、意見の調整を多くの場合どのように図ってきましたか。（○はいくつでも）

- 1 主治医の意見にもとづく
- 2 入所者を担当している看護・介護職員の意見にもとづく
- 3 主治医と入所者を担当している看護・介護職員の意見にもとづく
- 4 入所者本人または家族の意見にもとづく
- 5 専門家からなる委員会の意見を参考にする
- 6 その他（具体的に _____）
- 7 わからない

（全員の方に）

問 25 あなたは終末期状態の定義や延命治療の不開始、中止等に関する一律な判断基準についてどう考えますか。

- 1 詳細な基準を作るべきである →（補問へお進みください）
- 2 一律な基準を作らなくても医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよい
- 3 わからない →（問 26 へお進みください）
- 4 その他（具体的に _____）

補問 (問 25 で 1 をお選びの方に) 現時点で、そのような基準は作成可能だと思いますか

- 1 患者、医療従事者の両者が納得できる基準は作成可能である
- 2 現時点では難しいが、検討を進めていくべきである
- 3 可能とは思わない
- 4 わからない

(全員の方に)

問 26 あなたは、終末期医療において、どのようなことを今後重点的に行うべきだとお考えですか。あなたのお考えに近いものをお選びください。(〇はいくつでも)

- 1 痛みなどの症状の緩和方法の徹底と普及
- 2 入所者や家族に関する専門的な精神科医やカウンセラーの関与
- 3 治療、ケアの方針に関する、医師と入所者・家族との十分な話し合い
- 4 入所者の死後、残された遺族に対する援助サービス
- 5 入所者や家族の看護に関して専門的な知識・技術をもった看護師の関与
- 6 終末期医療におけるチーム医療の充実
- 7 その他(具体的に)
- 8 特になし

問 27 あなたは、終末期医療の普及に関し、どのようなことを充実していくべきだとお考えですか。あなたのお考えに近いものをお選びください。(〇はいくつでも)

- 1 終末期医療に従事する医療従事者数の確保
- 2 医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実
- 3 研究活動の推進
- 4 入所者、家族への相談体制の充実
- 5 在宅医療で十分な終末期医療が行えるような体制づくり
- 6 緩和ケア病棟の設置と拡充
- 7 一般病棟において十分な終末期医療が行えるような体制づくり
- 8 一般市民に対する教育活動
- 9 意思表示の事前文書などの法的整備
- 10 終末期医療への経済的評価
- 11 その他(具体的に)
- 12 特になし

問 28 あなたは、終末期医療に対して、悩みや疑問を感じた経験がありますか。あなたのお考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

1	頻繁に感じる	
2	たまに感じる	
3	感じたことはない	→ (フェースシートへお進みください)

補問 (問 28 で 1 か 2 をお選びの方へ) 痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定) 入所者の介護にあなた自身が携わって、どんな難しさを感じていますか。あなたのお考えに近いものをお選びください。(○はいくつでも)

1	入所者へ病名、病状の説明をすること	
2	痛みをはじめとした症状を緩和すること	
3	入所者や家族と話し合う時間を持つこと	
4	入所者や家族のための病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと	
5	在宅医療を実施したくても、体制が十分でないこと	
6	延命のための医療を中止すること	
7	医療・ケアチームで意見がわかること	
8	医師と入所者の板挟みになること	
9	その他(具体的に)
10	特になし	

(全員の方に)

問 29 あなたは医療に対してどのようなことを望みますか。(○は1つ)

1	自分の病気を治すことができるよう、可能な限りの医療を受けたい	
2	病気をもちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい	
3	その他(具体的に)
4	わからない	

【フェースシート】

最後に、あなたご自身のことについて、もう少しお伺いします。

〔性別〕

1 男性	2 女性
------	------

〔年齢〕

1 20～24歳	7 50～54歳
2 25～29歳	8 55～59歳
3 30～34歳	9 60～64歳
4 35～39歳	10 65～69歳
5 40～44歳	11 70歳以上
6 45～49歳	

〔資格〕 あなたが取得した免許をお選びください。(〇はいくつでも)

1 介護福祉士	
2 社会福祉士	
3 その他(具体的に)

〔質問に答えることになった理由〕 あなたがご所属の医療機関・施設内で、この質問票への記入を担当した理由は次のうちどれですか。(〇はいくつでも)

1 勤務する部署の性格上この質問票に関係が深いから	
2 高齢者の医療・介護担当だから	
3 緩和ケアに所属しているから	
4 入所者の看取りが多いから	
5 役職者(施設長、介護士長、ケア主任など)だから	
6 その他(具体的に)

〔入院〕 あなたやご家族の方で、最近5年間に病気やけがで入院したことがある方はいらっしゃいますか。次の中からお選びください。(〇は1つ)

1 自分が入院した	
2 家族が入院した	
3 自分、家族ともに入院した	
4 その他(具体的に)
5 わからない	
6 入院した者はいない	

〔死別の経験〕 あなたは、最近5年間に身近な大切な人の死を経験されましたか。(〇はいくつでも)

- | | |
|-----------|------------|
| 1 家族を亡くした | 3 友人を亡くした |
| 2 親戚を亡くした | 4 経験をしていない |

〔経験1〕 痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と診断された入所者の介護に当たったことがありますか。(〇は1つ)

- | | |
|------------|---|
| 1 ある | |
| 2 ない | |
| 3 その他(具体的に |) |

〔経験2〕 遷延性意識障害で、治る見込みがないと診断された患者の看護及び介護に当たったことがありますか。(〇は1つ)

※ 「遷延性意識障害」とは

「脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3～6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう」ものとします。

- | | |
|------------|---|
| 1 ある | |
| 2 ない | |
| 3 その他(具体的に |) |

〔経験3〕 脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難であり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された入所者の介護に当たったことがありますか。(〇は1つ)

- | | |
|------------|---|
| 1 ある | |
| 2 ない | |
| 3 その他(具体的に |) |

ご協力ありがとうございました。

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。
- 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。

終末期医療の決定プロセスに
関するガイドライン
解説編

終末期医療の決定プロセスの
あり方に関する検討会

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解説編

【ガイドラインの趣旨】

終末期における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、終末期医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、終末期医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える終末期とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が終末期医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、終末期医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき終末期医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容をとりまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など終末期を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

基本的な考え方は次の通りです。

- 1) このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当医ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカーなどの、医療・ケアチームで患者及び家族を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に終末期医療において重要なことです。
- 3) 終末期医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、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ついては、最も重要な患者の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること（インフォームド・コンセント）が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。医療従事者とともに患者を支えるのは、通常、家族だからです。
- 4) 患者の意思が明確でない場合には、家族の役割がいっそう重要になります。この場合にも、家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 5) 患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な姿勢で終末期医療を継続すべきです。
- 6) 患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言によりケアのあり方を見直し、合意形成に努める必要があります。
- 7) 終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

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。

*注1 よりよい終末期医療には、第一に十分な情報と説明を得たうえでの患者の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、終末期医療としての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

- 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、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注2 終末期には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療の検討がなされることとなります。

*注3 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関の規模や人員によって変わり得るものですが、一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者というのが基本形です。なお、後掲注6)にあるように、医療・ケアチームに、例えばソーシャルワーカーが加わる場合、ソーシャルワーカーは直接医療を提供するわけではありませんが、ここでは医療従事者に含みうる意味で用いています。

*注4 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを迫認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも終末期の患者に対し医療的見地から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るためのものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があります。

- 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。

*注5 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

*注6 人が終末期を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することが望まれます。

- 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。

*注7 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

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。

*注8 合意内容を文書にまとめるにあたっては、医療従事者からの押しつけにならないように配慮し、患者の意思が十分に反映された内容を文書として残しておくことが大切です。

*注9 よりよき終末期医療の実現のためには、まず患者の意思が確認できる場合には患者の決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであることが望ましく、そのためのプロセスを経ること、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

(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。

*注10 家族とは、患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在であるという趣旨です。から、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人を含みます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

*注11 患者の意思決定が確認できない場合には家族の役割がますます重要になります。その場合にも、患者が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、患者の最善の利益が何であるかについて、家族と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注12 家族がいない場合及び家族が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療の妥当性・適切性を判断して、その患者にとって最善の医療を実施する必要があります。なお家族が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

(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。

*注13 別途設置される委員会は、あくまでも、患者、家族、医療・ケアチームの間で、よき終末期医療のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。そこでの検討・助言を経て、あらためて患者、家族、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。

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酔学教室教授
	樋口 範雄	(連携会員)	東京大学法学政治学研究科教授
	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

人は誰し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
1. 検討の経緯	2
2. 用語の定義	2
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	5
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	8
5. 近年公表されたガイドライン、勧告のまとめ	9
6. <u>終末期医療のあり方、に関する当分科会の結論</u>	11
おわりに	17

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。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期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。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られる。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

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、現実には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。

第1回終末期懇談会

平成20年10月27日

参考4

医師の 職業倫理指針

〔改訂版〕

平成20年6月

医の倫理綱領

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。

平成12年4月2日採択

於 社団法人 日本医師会 第102回定例代議員会

序 文

「医師の職業倫理指針」改訂にあたって

日本医師会は1951年に「医師の倫理」を定め医師の職業倫理の向上に努めてきたが、その後の社会状況の変化に応じて見直しが必要であるとの認識から、2000年に新たな「医の倫理綱領」を作成し、これは同年4月の第102回定例代議員会で採択された。引き続き2004年に具体的事例についての「医師の職業倫理指針」が作られ、日本医師会会員全員に配布された。

この倫理指針は、任意加入団体であるアメリカ医師会の倫理コードなどを参照し、わが国の医師が守るべきルールを示したものであるが、2年間という限られた時間で作成されたこともあって、いくつかの不備もあり、またその後の医療環境の変化によってもたらされた問題もあって、今般その改訂版を出すことにした。

前回の倫理指針を含め、その倫理は、①患者の自立性(autonomy)の尊重、②善行(beneficence)、③公正(fairness)の3原則を基本としているが、個々の事例においてはこれらの原則間の対立もみられ判断の難しい場合もある。また、倫理についての重要事項は法律によって規制されている。しかし、法律は倫理を基にしているとはいえ、その文言の解釈では必ずしも一致しておらず、さらに新たに起こった事例に対応できないことも多い。法律の不備についてその改善を求めることは医師の責務であるが、現行法に違反すれば処罰を免れないということもあって、医師は現在の司法の考えを熟知しておくことも必要である。そもそも倫理にはこのような問題が内在しており、事例によっては一律に論じられないこともあり、また、現行法にも問題があることもあって、本倫理指針ではこのような事例については問題点を指摘し解説を加えた。また、診療に従事している一般の医師には直接関係の薄い医学研究や生殖医療についての最小限の指針、解説を加えた。

倫理は社会的ルールといえるが、基本的には個人的、内省的、非強制的なものであり、各個人が自覚を持ってルールを認識しそれを遵守することが最も大切であることは言うまでもなく、この倫理指針がそのお役に立てば幸甚である。

今回の改訂版は日本医師会員のみならず看護師、法律関係者、それ以外の方々から構成された委員会で作成され、さらに都道府県医師会、医学関連学会などにご意見を求め、インターネットを通じて広く一般国民からもご意見をいただき修正を加えたものであるが、なお問題を残したところもある。これについては、将来起こりうる社会状況の変化に応じてさらなる改訂が必要であることを付記しておく。

改訂にあたりご協力くださった方々に感謝の意を表する。

2008年

日本医師会 会員の倫理・資質向上委員会

医師の職業倫理指針〔改訂版〕

◆◆目次◆◆

序文

第1章 医師の責務	1
1. 医師の基本的責務	1
(1) 医学知識・技術の習得と生涯教育	1
(2) 研究心、研究への関与	1
(3) 品性の陶冶と品位の保持	2
2. 患者に対する責務	2
(1) 病名・病状についての本人への説明	2
(2) 病名・病状についての家族への説明	3
(3) 患者の同意	4
(4) 患者の同意と輸血拒否	5
(5) 診療録の記載と保存	6
(6) 守秘義務	9
(7) 患者の個人情報、診療情報の保護と開示	11
(8) 応招義務	13
(9) 緊急事態における自発的診療(援助)	14
(10) 無診察治療の禁止	15
(11) 処方せん交付義務	17
(12) 対診、またはセカンド・オピニオン	18
(13) 広告と宣伝	19
(14) 科学的根拠のない医療	20
(15) 医療に含まれない商品の販売やサービスの提供	20
(16) 患者の責務に対する働きかけ	20
(17) 医療行為に対する報酬や謝礼	21
(18) かかりつけ医の責務	21
3. 医師相互間の責務	21
(1) 医師相互間の尊敬と協力	21
(2) 主治医の尊重	22
(3) 患者の斡旋や勧誘	22
(4) 他の医師に対する助言と批判	23
(5) 医師間の意見の不一致と争い	23
(6) 医師間での診療情報の提供と共有	23

4. 医師以外の関係者との関係	24
(1) 他の医療関係者との連携	24
(2) 医療関連業者との関係	25
(3) 診療情報の共有	25
5. 社会に対する責務	25
(1) 異状死体の届出	25
(2) 医療機関内での医療事故の報告と原因の究明	27
(3) 公的検討機関への医療事故の報告	28
(4) 医療事故発生時の対応	31
(5) 社会に対する情報の発信	31
(6) メディアへの対応	32
(7) 公衆衛生活動への協力	32
(8) 保険医療への協力	33
(9) 国際活動への参加	34
第2章 終末期医療	35
1. ターミナルケア(terminal care:終末期患者のケア)	35
2. 終末期患者における延命治療の差し控えと中止	37
3. 安楽死	39
第3章 生殖医療	41
1. 生殖補助医療	41
2. 着床前診断	45
第4章 人を対象とする研究と先端医療	47
1. 高度技術と医の倫理	47
2. ヘルシンキ宣言—ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則	50
3. CIOMSの「ヒト被験者を含む医生物学的研究の国際的倫理ガイドライン」	52
4. 新薬の開発、GCP	53
5. 臨床研究に係る利益相反	55

第2章

終末期医療

1. ターミナルケア (terminal care; 終末期患者のケア)

古来、医師の倫理観として、医師は可能な限り患者の延命に尽くすべきであると強調されてきた。しかし近年になって、回復の見込みがなく死期が近いような患者に対しては、いたずらに延命のための医療を継続するよりも、患者の生活・生命の質 (quality of life : QOL)、人間としての尊厳を尊重したケアを行うべきであるとする考えが起こってきた。しかし、患者のQOLは患者自身の選択にかかるとのことであり、その終末期における延命治療も、患者の意思に基づくものでなければならない。患者が延命治療を望むと考えられる場合には、その意思に基づいてケアを選択すべきである。

言うまでもないことであるが、終末期の患者であっても、そのインフォームド・コンセントに基づいて適切な医療を受ける権利をもつ。この権利が阻害されることのないように努めることは医師の義務である。近年、医療保険財政などの経済的観点から老人医療費、特に終末期における医療費が問題視されるが、医師は、患者の生存権が侵害されることのないよう最善の医療を提供し、在宅医療などの多様な看取りの形を提供しなければならない。

また、終末期医療においては、患者を見守り、そのケアを行う家族の役割の重要性を認識しなければならない。医師は、家族との意思疎通を図り

ながら、適切な医療を行っていくことが必要である。特に在宅医療の充実が叫ばれている現在、家族の役割の重大さは一層増しているといわなければならない。終末期医療の方針は、特に、老齢等による患者の意思決定能力の減退などの状況があるときには、患者にとって何が最善であるかについての家族の意見を十分考慮しながら決定される必要がある。

近時、死に至るまで意識が清明で苦痛の多い癌末期患者の場合が問題とされており、このような患者に対してその苦痛・苦悩を取り除き、残された人生をより快適に過ごせるように支援することの重要性が指摘されてきた。患者の苦痛には肉体的、精神的、社会的苦痛、spiritual painなどがあり、担当医のみならず看護師、ソーシャルワーカー、宗教家、家族などが協力してチームとしてケアにあたり、患者の苦痛の緩和・除去に努める必要がある。

癌末期の患者においては、まず疼痛の緩和が重要であり、適切にして十分な鎮痛薬や鎮静薬の投与が大切である。ときには麻薬などの強力な薬の投与も必要であり、これにより患者の命が縮まることも考えられる。これを問題視する人もいるが、これは疼痛緩和のための結果であって患者の意思に基づくときには許される、というのが多くの人々の考えである。

最近ではわが国でもこのようなケアを行う専門の施設、緩和ケア病棟(ホスピス)が数多く造られており、また在宅でのケアも推進されるようになってきた。ターミナルケアにおいては、患者は最後まで適切なケアを受け、あたたかく看取られなければならない。医師は最後まで患者と関わりをもたなければならない、患者を見捨てるようなことがあってはならない。

現在、終末期は多様化してきており、癌末期患者に加えて、慢性症状が徐々に進行し死に至る慢性疾患の終末期、衰弱が緩慢に進む高齢者の終末期などがあり、それぞれの終末期の状態、患者のQOL、その意思能力などを考慮した医療が行われなければならない。終末期の多様化のなかで、終末期医療の重要性がさらに増しているが、それに伴い、何が患者のための最善の医療であるかに関する判断には、困難な問題が生じてきている。医師は、このような状況のなかで、患者のための医療を行わなければならない、その責任の重大性を自覚しなければならない。

◆厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会「今後の終末期医療の在り方」2004年12月

2. 終末期患者における延命治療の差し控えと中止

近年、医学・医療が進歩し、多くの患者の命が救われるようになった。その一方で、回復の見込みがなく、死期の迫っている患者があてどもなく延命させられている状態が目立つようになった。その結果、このような治療は無意味であるだけでなく、ときには患者の尊厳を毀損するものであるため、中止すべきであるとする考えが強くなってきた。

世界医師会が1981年9月/10月に採択した「患者の権利に関するWMAリスボン宣言」でも、患者は人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、尊厳を保ち、安楽に死を迎えるための権利が謳われている。このようにして、一途に患者の延命を試みるよりも、患者のQOLをより重視し、場合によっては延命治療の差し控えや中止も終末期医療にあたって考慮すべきことである。特に、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸、輸血、栄養・水分補給などの措置が問題となる。しかし、それらの治療の中止は患者の死につながるものであるだけに、その決定には慎重さが求められる。延命治療の差し控え、中止の判断は、主治医一人だけで行うことは適切ではなく、チーム医療として、他の医師や医療関係職種などから構成される医療・ケアチームの意見を聞いたうえで、最終的には主治医が行うべきである。

治療行為の差し控えや中止は、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態にあり、②治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在することが重要な要件である。

①の回復不能であるとか、死期が迫っているといった判断は必ずしも容易ではない。②の場合、患者の口頭による意思表示のほか、患者が正常な判断ができないような状態では、患者の事前の文書による意思表示(アドバンス・ディレクティブ、リビング・ウィル)を確認することも大切である。また、患者本人の直接的な事前の意思表示がなくても、患者の意思を推定させるに足りる家族の意思表示があればよいとする意見もある。し

かしこの場合には、医師はしかるべき家族などから推定の根拠となる十分な情報を得ておかなければならない。一言でいえば、医師は患者の家族などによく相談し、何が患者にとって最善かを考えるべきである。

いずれの要件の判断も困難を伴うものであり、主治医は一人で判断することなく、上述のチーム医療の手続きに則って、慎重に判断しなければならない。

終末期医療における治療行為の差し控え、中止とその手続きについては、医療倫理的にも、法的にも不明確な状態が続いていることは、患者の権利と医師の責任の双方について好ましいことではない。医師は、本倫理指針や厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を遵守するとともに、さらに、医療現場においても具体的なルールを作成することが望ましい。

【解説】

必ずしも終末期患者といえないが、ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の延命治療、持続性植物状態患者の延命治療、特に経管栄養の中止についても問題がある。これについても容認する意見があるが、なおかなり強い反対意見もあり、さらに国民的な議論が必要とされよう。

- ◆日本学術会議：死と医療特別委員会報告書―尊厳死について（1994年5月）
- ◆日本医師会第Ⅲ次生命倫理想談会：「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告（1992年3月）
- ◆日本医師会医事法関係検討委員会：終末期医療をめぐる法的諸問題について（2004年3月）
- ◆日本医師会第Ⅱ次生命倫理想談会：「ふたたび終末期医療について」の報告（2006年2月）
- ◆日本医師会第Ⅴ次生命倫理想談会：終末期医療に関するガイドラインについて（2008年2月）
- ◆患者の権利に関するWMAリスボン宣言（1991年9月/10月、その後1995年、2005年に修正）
- ◆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」〔附 解説編〕（2007年5月）
- ◆横浜地裁：東海大学安楽死事件判決（1995年3月28日）
- ◆横浜地裁：川崎協同病院安楽死事件第一審判決（2005年3月25日）
- ◆東京高裁：川崎協同病院安楽死事件判決（2007年2月28日）

3. 安楽死

安楽死 (euthanasia) とは、元来「回復の見込みのない病に罹り激しい苦痛に悩まされている患者に対して生命を絶つことによりその苦痛を取り去る行為」を指すものであるが、今日この言葉はいろいろな意味に使われており、用語の混乱がしばしばみられる。このような行為は殺人行為と紙一重のところがあり、問題が多い。

安楽死に関して最も問題とされていることは、回復の見込みがなく苦痛の強い終末期患者について、その命を縮め苦痛から解放する行為 (積極的安楽死) を認めるべきか、また認める場合どのような要件が必要かということである。医師の (積極的) 安楽死への関与には、医師が直接致死薬を投与し患者を死なせる行為と、医師が致死薬を処方して患者に与え服用は患者に任せる、いわゆる自殺補助 (自殺援助) とがある。近年、欧米の一部では、これらを、「医師による自殺援助」 (physician assisted suicide ; PAS) として認めようという動きもある。

わが国では、初めて医師が関係した「東海大学安楽死事件」に関する 1995 年の判決 (横浜地裁) では、下記の要件があれば積極的安楽死も容認できるとされた。

- ① 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること
- ② 患者の死が避けられず、その死期が迫っていること
- ③ 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと
- ④ 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

しかし、最近の緩和医療の発達を考慮するならば、肉体的苦痛を除去するために、あえて (積極的) 安楽死を行う必要がある場合は考えにくい。法律家のなかにも (積極的) 安楽死を合法とする見解は少数である。また、倫理的には、医師は (積極的) 安楽死に加担すべきでない。

世界医師会では、1987 年 10 月にスペイン・マドリッドで開催された第 39 回総会において、「安楽死は、患者の生命を故意に断つ行為であり、たとえ

患者本人の要請、または近親者の要請に基づくものだととしても、倫理に反する」との宣言が採択され、さらに2002年10月のワシントン総会における決議も、安楽死は医療の基本的倫理原則に相反することを再確認している。

【解説】

安楽死(euthanasia)という言葉は、人によりいろいろと使い方が異なっており、この用語の使用については留意する必要がある。第二次世界大戦直後、ニュルンベルク裁判に関連して、ドイツの刑法学説の古典的分類(Karl Engisch, 1948)では、安楽死の概念を次の5つに整理し、これがわが国の法律家の間では広く用いられるものとなっている。尊厳死、終末期医療における治療行為の差し控え・中止が問題となったときにも、法律家は、これに「3. 不作為による安楽死」の許容原理を当てはめることができないかを議論するところとなった。

1. 純粹の安楽死

死苦緩和の措置が死期を早めるまでには至らない行為。

2. 間接的安楽死

死苦緩和の措置が意図しない副作用として死期の短縮をもたらす行為。

3. 不作為による安楽死

医療を引き受けないという不作為によって死期を早める行為。

4. 積極的安楽死(直接的安楽死、本来の安楽死)

患者の生命を断つことにより死苦を免れさせる行為。

5. 生きる価値のない生命の抹殺(不任意の安楽死)

障害者などに、本人の意思に関わりなく、「憐れみによる死」を与える行為。ナチス政権下で行われたが、現在はこのような行為が許されないことは明らかだとされている。

上記のなかで、現在最も問題とされているのは「4. 積極的安楽死」で、本項ではこれについて述べた。

◆厚生労働省・日本医師会・日本ホスピス・緩和ケア研究連携財団：がん末期医療に関するケアのマニュアル(改訂第2版) 2005年6月

◆安楽死に関するWMA宣言 1987年10月

◆安楽死に関するWMA決議 2002年10月

◆名古屋高裁：殺虫剤事件判決 1962年10月23日

◆横浜地裁：東海大学安楽死事件判決 1995年3月23日