



## 日医委員会報告

# 『終末期医療をめぐる法的諸問題』 ガイドラインと倫理委員会の設置を提言

副会長 赤倉昌巳

### 1. はじめに

平成14年6月、日本医師会の医事法関係検討委員会は、坪井前会長から「終末期をめぐる法的諸問題について」の諮問を受けた。われわれ13名の委員は、精力的に検討を重ねた結果、下記のような意見の集約をみたので、それを冊子にまとめ、平成16年3月20日、会長に答申したので、その概略を報告したい。(委員は、別添に記載のとおり)

### 2. 検討の経緯

平成4年、日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会がまとめた『末期医療に臨む医師の在り方』における「患者の自己決定権」という意見を尊重し、踏襲したものである。

はじめに、用語の統一性を図るために、終末期医療、延命処置、生命維持装置など9項目について定義づけを行った。また、対象者の範囲については判断能力の乏しい低年齢未成年者、乳幼児、精神障害者ならびに痴呆性老人などについては対象より除外した。

このたびの答申書の大きな特徴は、対象となる時期と医療について「狭義の終末期医療」と「広義の終末期医療」という新たな分類方法によって検討を行ったことである。

また、今まで未解決であったもの、さらに新しく発生した問題点についても鋭意検討を行った。

第一に、患者が延命医療の差し控え・中止を求めた際に医師は、これに従わなければならないのか、また、従った場合にも刑事責任は問われないのか、という問題についても議論が行われたが、この結論は未だに出でおらず、患者の意思に加えて社会的に正当とされる事由が必要とされること

が判明した。

第二に、患者の意思確認の法的手段として、事前指示(Advance Directives—Living Wills)があるが、わが国ではその定着度は極めて低く、社会的に認知されているとはいえない状況にある。これに対処するためには、家族の意見を無視するわけにはいかない。その場合、それらをどう取り扱うかという問題があるが、本人の意思、患者の意思を貫く限り、第一の事例と同様に法的問題が発生することになり、社会的配慮が必要との意見の一致をみた。第三として、老人保健法、介護保険法など、新しく発生した法的な制度に伴い、「在宅医療」を希望する患者が増加しており、その場合、在宅における終末期医療を入院あるいは入所の場合と同等に取り扱うことができるか否かである。これらに対して、医師、看護師、ケースワーカーそして行政はどう対処すべきか、喫緊の検討課題ではあるが問題も大きく、このたびは結論が出ず、今後解決すべき課題とした。

### 3. 安楽死について

終末期医療を議論する場合、「安楽死」問題を避けることはできない。

現在、多くの医師が「安楽死」について、正しく理解しているとはいえない。一つ間違えば法的責任に発展し、殺人罪や自殺幇助罪に問われることにもなる。

このたび、委員会では、「安楽死」について踏み込んだ議論を行った。その結果、次のようなことも確認した。

「安楽死」には、二つの意味があるとされている。一つには、不治の病にかかり瀕死の状態にある者が激しい苦痛に悩んでいるのに対し、薬剤・

注射やその他の方法で死期を早めるような「積極的安楽死」である。もう一つは、積極的な延命治療を差し控え・中止する「消極的安楽死」である。後者は、一般的には適法な治療行為とされ、必要な要件が整う限りにおいては問題視されるものではない。

反面、「積極的安楽死」は明らかな違法行為であり、本委員会では、これを終末期医療の中に持ち込むことには反対である、との意見の一致をみた。

これに対し延命治療の差し控え・中止は、もともと終末期状態にある患者に対し、延命治療を施すか否か、あるいは一旦施した延命治療を中止して再び終末期状態に戻し、自然の死に至る経過に委ねるか否かの問題であり、積極的安楽死とは質的に異なると理解され、倫理的にも許容し得ると考えられており、これは先進諸国での一致した見解でもある。

#### 4. 答申の結論

「終末期医療」という言葉の中には、さまざまな疾患、時期あるいは態様の患者に対する末期医療の問題が包含している。従来からの自然死による終末期医療とは異なり、生命維持治療などを施すことによって、はじめて、その問題が発生してくる。当委員会では、終末期における治療の差し控え・中止の議論こそが、このたびの委員会の使命であると認識し、終末期医療を「狭義」と「広義」という新たな分類方法を用いて問題点を整理することにした。

##### A 狭義の終末期医療について

###### (1) 狭義の終末期医療

狭義の終末期医療とは、1、2週間、長くても1カ月以内に死が訪れる場合で、これを迎い入れた時に行われる医療であり、自然に死を迎え入れる過程でなされる医療と定義づけた。この期間、延命措置を施さない場合には、当然ながら医師の管理義務に従って、患者の病状の推移に応じて適切な医療上の処置を講ずるべき、とした。

###### (2) 緩和療法

緩和療法は狭義の終末期医療に含まれるが、WHOの基準に基づく場合でも、最終的にはオ

ピオイド製剤の使用が必至とされているために、別の項目を設けた。この場合、麻薬取締法による厳重な管理と配慮が必要であることはいうまでもない。また、過剰な投与は避けるべきであるが、患者の病状から、医学的に許容される範囲の量を使用した場合、その結果ある程度、生命が短縮されたとしても、止むを得ないとされており、法的にも許されることと考えられている。

##### B 広義の終末期医療・延命医療について

広義の終末期医療における延命処置・医療が講じられている患者の延命医療の中止が、最も大きな検討課題である。

狭義の終末期とは異なり、比較的長期にわたって延命処置が行われているか、あるいは今後、行われることが予測される場合である。

###### (1) 延命治療の中止について

###### ①治療の中止決定の時点で、患者が意識を有し、意思表示ができる場合

下記のような一定の要件を備えた場合には、生命維持治療の中止を行うことができる。ただし、患者本人の意思を繰り返し確認することはもとより、家族全体の賛同を得ることが必要である。また、今後の検討課題としては、適応となる疾患個々の専門学会で、きめ細かいガイドラインを作成すべきである。

###### ②治療の中止の時点で、患者が意識を喪失し、意思表示ができない場合

下記のような一定の要件を備えた場合には、医師は生命維持治療の中止を行うことが許される。

###### (2) 治療の差し控えについて

###### ①治療の差し控え決定の時点で、患者が意識を有し、意思表示ができる場合

下記のような一定の要件を備えた場合には、生命維持治療を差し控えることが許される。ただし、患者本人の意思を繰り返し確認することはもとより、家族全体の賛同を得ることが必要である。また、今後の検討課題としては、適応となる疾患個々の専門学会で、きめ細かいガイドラインを作成すべきである。

###### ②治療の差し控え決定の時点で、患者が意識を

### 喪失し、意思表示ができない場合

下記のような一定の要件を備えた場合には、過去に患者本人が明瞭な治療の差し控えの意思表示をしている場合はもちろん、過去にそのような意思表示をしていなくても、これに代わる患者の利益代表者（通常は面倒をみている家族）の意思表示によって、生命維持治療の差し控えを行うことが許される。

#### ●終末期医療のすべてにおいて、治療中止あるいは差し控えの際に、備えるべき条件

##### (a) 事前の意思表示

- ・患者本人の明確な書面による意思表示
- ・患者本人の事前の意思表示が不存在の場合には、中止決定の時点における患者の代表者による明確な中止の意思表示（書面による）の存在

##### (b) 終末期であることの認定

- ・中止を行うまでの時間的経過  
疾病、傷害の内容、種類などで異なるが、欧米の判決が扱った事例では、1年ないし数年と長期であること、PVS（遷延性植物状態）では最小限数カ月から1年経過後としている
- ・他の医師の一致した診断（セカンドオピニオン）の存在

外部の医師であることが望ましいが、当該患者の治療と無関係であること

##### (c) 倫理委員会による審査

刑法にも関係するので、当分の間は倫理委員会による個別案件ごとの審査が不可欠

##### (d) 家族内の合意

患者の意思が明確な場合でも、患者家族の代表者を通じて、患者家族間に形成された合意を確認する必要がある。もし、家族内に反対者が存在する場合には、家族内の調整に委ね、合意が確認できないままで行うべきではない。

## 5. 提言

このたび、当委員会では、今後、終末期医療を行うために必要な環境整備に関する「提言」を、

下記のとおり行った。

### 提言1 法的整備の提言

延命治療の差し控え・中止は、なかんずく自殺関与あるいは同意殺人さらには殺人の問題と境界を接している。医師は常に訴追の不安に曝されながら、この問題を処理しなければならない立場におかれている。多くの先進諸国では、この種の問題処理のために、裁判所の関与を求め得る制度が確立しており、わが国でも、このような制度の必要性は日増しに高まることと思われる。将来的には、広義の終末期医療における延命医療の差し控え・中止などを裁判所が審議するための法的整備を可及的に行うべきである。

### 提言2 施設ガイドライン、地域医師会ガイドライン作成の提言

医療施設、地域医師会あるいは各種医療団体は、地域の特性や医療施設の状況に応じて終末期医療についてのガイドラインを作成し、これを公表したうえで、それに従った診療を行うべきである。特に、延命医療の差し控え・中止については、明確なガイドラインを作成し、厳格にガイドラインに従った手続き、措置を講ずるべきである。

### 提言3 専門学会による代表的な疾病ごとのガイドラインの作成

末期医療における治療の差し控え、中止が問題となる例えばALS（筋萎縮性側索硬化症）、PVS（遷延性植物状態）などの疾患については、関連する専門学会がガイドラインを作成することが望まれる。

### 提言4 倫理委員会の設置・充実

医師、科学者、法律家、学識経験者などで構成される倫理委員会が、医療施設、都道府県医師会などに設置されることが望まれる。

### 提言5 終末期のあり方に対する国民的共通意識の醸成

臨死とその看取り、治療の中止についての患者の自己決定などを含めて、終末期医療のあるべき姿について国民的な議論を深め、共通認識を醸成するために、国を挙げて取り組むことが望まれる。

## 6. おわりに

最近の医学・医療の進歩は目覚ましいものがあ

り、これまで不治の病とされてきた癌疾患などに対して有効な治療方法が見出され、あるいは、救命医療の発達により、これまで諦めざるを得ないような場合でも生命が救われ、ある程度の延命も可能となった。

その反面、現在の医療水準でも明らかな治療効果が全く期待できなくなったにもかかわらず、延命治療の発達により、自然の死を迎えることができない場合が多く見受けられるようになってきたのも事実である。そのような反省の意味からも、先進諸国では末期医療において「安楽死」を認めるべきである、との議論が高まってきたことも確かである。実際に、欧米において「安楽死」を法的に認めている国や州もある。ところが、わが国の医師には、元来、高い道徳性・倫理性に裏打ちされた職業規範がある。たとえ、患者の自己決定権の思想が定着しつつある現在においても、医師には応需あるいは救助義務が法的に示されている。末期医療においても医療従事者として許される法的限界があり、決して軽視すべきではない。医師や患者家族が法に触れるような方向に陥らないためには法改正をすべき、という考え方もある。

一方、米国において生命倫理問題を論ずる際に、「滑りやすい坂」という例え話が少なからず引き出される。一旦、安楽死を法的に認めてしま

と、本当は本人が望んでいなくても大きな圧力を感じるようになる、と懸念している学者も多い。当面は、われわれ医療従事者がガイドラインなどの共通認識をもって対処すべきである。このたびの報告書が、今後、終末期医療のあり方を考えるとき、あるいは、その対策の一助になれば幸いである。

(このたびの報告書の全文を必要とされる方は、当会事業第一課にご連絡下さい。)

(別添)

日本医師会医事法関係検討委員会

委員長 赤倉昌巳

副委員長 土屋隆

委員 千葉潜

委員 野中博

委員 瀬尾迪夫

委員 重永正之

委員 前田道正

委員 今村定臣

委員 加藤正弘

委員 齋藤恵子

専門委員 畔柳達雄

専門委員 奥平哲彦

専門委員 手塚一男

## 平成16年春の叙勲・褒章受章者(北海道医師会員)

先般、平成16年春の叙勲・褒章受章者が発表され、当会会員で以下の方々が叙勲の栄誉に浴されました。ここに受章者の方々のご功績をたたえ、謹んでご芳名を掲載させていただきます(敬称略)。受章者各位には、心からお祝いを申し上げます。

### ◇瑞宝重光章

清水 哲也(元旭川医科大学学長、教育研究功勞)

### ◇瑞宝小綬章

伊東 嘉弘(元北海道衛生部長、保健衛生功勞)

### ◇旭日双光章

島田 保久(元札幌市医師会会長、保健衛生功勞)

原田 一洋(元室蘭市医師会会長、保健衛生功勞)

### ◇瑞宝双光章

河合 秀雄(医療法人ニセコ医院院長、へき地保健衛生功勞)

園部 栄一(元警察嘱託医、警察協力功勞)

### ◇藍綬褒章

浜上 裕一(医療法人社団錦町医院院長、保健衛生功績)