

20代、男性、学生

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：患者の意思の確認ができない場合について

(2) ご意見

自分で医療内容の希望が表明できなくなった時には、家族だけではなく、本人が指名する代理人（たとえば自分のパートナー）が代理行為をする」とガイドラインで明記してください。
また面会権や治療の説明についても、患者本人が確認のとれる場合であれば本人が望む人に（戸籍上の家族ではなくても）、意思が確認できない場合については有効な公正証書などの手段によって患者の意思が表明されている場合には、本人が指名した人に権利を与えてほしいです。

20代、男性、学生

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：2-2
◆内容：終末期医療およびケアの方針の決定手続きの患者の医師の確認ができない場合 について

(2) ご意見

ここに記載されている「家族」に、同性パートナーや事実婚など、患者が希望している人も含まれると明記してください。病状や治療についての説明、面会権についても、患者が事前に希望している人であれば家族以外にも与えることを希望します。すでに患者の意識がないときには、患者の意思が明確に判断される相手であれば上記の権利を認めることも含めてください。

この意見に関して、

46歳女性（主婦）：賛成です。

30歳女性（学生）：患者さんが希望しているなら、認めてあげる！

23歳女性（学生）：賛成です。

28歳女性（学生）：賛成します。

との意見をいただいております。

これはどうしても病院との直接折衝が必要な部分が多くあり、そのためどうしても厚労省だけではなんともしかねる部分があることを承知しております。ただし、このような公用文が与える影響も決して少なくないことも事実であり、病院を説得するための1つの大きな材料となることは明白です。

以上の理由から、ガイドラインに明記をすることを希望いたします。

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 : 患者の意思の確認ができない場合
について

(2) ご意見

自分で医療内容の希望が表明できなくなった時には、
家族ではなく、本人が指名する代理人（たとえば自分の
パートナー）が代理行為をする」と、ガイドラインで
明記してください。

From: [REDACTED]
Sent: [REDACTED]
To: [REDACTED]
Subject: 終末期医療に関するガイドライン(たたき台)への意見

私は現在アメリカに住んでいます。永住権は持っていますが、アメリカ市民ではありません。まだ元気ですが、事故や予期しない病気なども考えて、日本で言う「リビング・ウィル」(英語ではAdvanced Health Care Directive)を弁護士を通じて最近作りました。私が日本にいて何か起きた時、アメリカで作ったものが適用されるのかどうか、今一つ疑問ではありますが、日本に行く時はこれを携行しようと思っています。

生きるか死ぬか、誰に世話をしてもらいたいかなどは一番に本人の意思を尊重すべきことだと思います。そういう意味で「リビング・ウィル」を最優先の公正文書として認定することが一番よいと思います。ただし、現在の時点では、完全に法制化するのではなく、選択できる法制化のほうがよいと思います。そうすれば、書きたくない人は従来通り第三者の決定にまかせればよいと思います。でも第三者の決定は第三者にとっては重荷になる場合もあります。本人の意思がわからないこともあるでしょう。医者が決めるか家族が決めるかパートナーが決めるかで問題も起こるでしょう。医療費の負担もこれからは公共機関にとっても、個人にとっても重くなってきます。そういう意味でも本人の意思決定が一番重要だと思います。例えば、私の出身地で脳内出血が何かある日そういうことが起きて病院で意識もなく3年ぐらいたまの女性がいます。意識がないので家族は病院まかせのようです。実際の患者の状況、医療費の状況は知りませんが、家族や病院は「死なせる」という決定ができないのではないかと思います。私がこの女性なら生きていたくないと思います。本人の意思がそうであれば「死なせる」とも人権尊重だと思います。

関係省庁は個人を重視したリビング・ウィルの簡単な手続きを作り(これは弁護士会に委任したほうがいいのかも)、その意味や方法を国民に説明し、奨励することが必要だと思います。アメリカの場合は公共機関でなく弁護士が関与するみたいですが、用紙はすでにできあがっていて本人が確認して書き入れ、本人と後一人(私の場合弁護士事務所の秘書でした)が署名をし、誰でも簡単に作れるような形になっています。コピーを保持するというので、日本でも公共機関より、弁護士とか公正証書関係者が関与するほうがいいのかもありません。その場合手続き料金も一定の額を提示すると、場所や人によっての格差(較差)がなくなるでしょう。ちなみに私が作った時は、弁護士に50ドル(5500円くらい?)払いました。

その用紙には献体をするか、何を献体するか、生死を本人が決定するか、医師(名前を書く)に決定してもらうか、「誰(名前を書く)」に決定してもらうかも含め必要状況が書き込まれていました。これだと、本人が決定したくない場合、事実婚のカップルとか、同性のカップルでも、パートナーにそれらの権限を残すこともできます。アメリカでは州によって同性パートナー、同性婚を受け入れていないところが多いのですが、この「リビング・ウィル」が法的に優先されているため、これを書いてさえいれば、そういう州でも本人の意思が尊重され、同性パートナーでも相手の看病をしたり、治療の決定をしたり、家族や妻、夫と同じに扱われるようです。アメリカではこれは皆に作る義務を法制化しているわけではありませんが、作ったものは最優先されているようです。もちろんパートナーが代わることはあるので「リビング・ウィル」はいつでも書き換え可能です。

また、日本で「リビング・ウィル」が公正証書として認定されない場合(あるいは選択として認定された場合でもですが)、事実婚や同性カップルのパートナーの権利も考慮するべきだと思います。つまり、本人が意思決定できない状況になった時、事実婚や同性カップルでも、相手が病院にいる場合「正式な連れ合い／パートナー」として自由に会いに行ける、重要な決定ができるなどの異性婚と同じ権限が持てるように認めるべきです。今の状況だと本人が日常「誰々(同性のパートナー)に何々してほしい」と言っていたとしても、本人が書いたものがなければ、家族が「そんなことは聞いていない」と言えば家族の言葉が優先されるのだらうと思うからです。また、本人が常々何も言っていない場合もあるでしょう。そういう意味で元気な時に書いたものが一番いいと思います。いろいろな問題を避けるためにも「リビング・ウィル」を奨励(もっと国民に説明、広報する必要が有ると思います)、選択付きで認定するのが一番重要だと私は思います。リビング・ウィル」を全面法制化したほうがいいかどうか、後でまたアンケートを取って考慮すればいいと思います。

リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)

○
リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方に「賛成する」と回答した者は、前回調査結果よりも増加して、過半数となっており(般59%(48%)、医75%(70%)、看75%(68%)、介76%、()内は前回調査結果。以下同じ。)(P26)、書面で自分の意思を明示しておくというリビング・ウィルの考え方が国民の間に受け入れられつつあると考えられる。また、書面にする必要はないが、「患者の意思を尊重するという考え方には賛成する」者を含めると、治る見込みがなく、死期が近いときの治療方針に関し、国民の多くは、患者本人の意思を尊重することに賛成している(般84%、医

88%、看89%、介87%)(P26)。

○
しかしながら、書面による本人の意思表示という方法について、「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」とする国民は、前回調査結果よりも減少して、半数を下回っている(般37%(49%)、医48%(55%)、看44%(52%)、介38%)(P27)。

○
これは、法律を制定して、どのような場合でも一律に医療関係者がリビング・ウィルに従って単なる延命医療の中止などをするべきではなく、患者の意思を尊重し病状に応じて適切な判断をすることが重要であるという意識があるためではないかと考えられる。このような意識が、今回調査で選択肢が若干修正されたこととも相まって、調査結果に反映されたのではないかと推測される。(注：前回調査では、「医師がその希望を尊重して治療方針を決定する」という選択肢を、今回調査では、「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」と変更した。)

○
今回調査の結果を見る限りは、現状においてはリビング・ウィルを法制化することに、国民の多数の賛成は得られていないとしても、リビング・ウィルという考え方には多数の国民が賛成していることから、何らかの形で自己の終末期医療について意思を表明した場合、その人の意向は尊重されることが重要であり、このような考え方が社会の大きな流れになって医療現場に定着してゆくことが大切である。

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： 1 (3)

◆内容：終末期医療及びケアのあり方について

(2) ご意見

③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫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。

について、医療として患者の身体を治療し、症状を緩和させることは最も大切だが、患者の容態が今後思わしくないとき（植物状態など）、患者の意思ではつきり延命治療を断ったとき、罹患前自身のそうした延命を断っていたとき（家族の参考）などは、国家の福祉負担（治療費負担）を考えると、患者の精神を考えると、何らかの理由で医者がその選択にあたったとき、「安楽死」は「尊厳死」として考えられなければならない。

人間は誰も健康で快活ある身体でいたいと考えている。その精神がまず機能にあることを踏まえて、機能できない状態（終末期患者の状態）は、むしろ医療としては、積極的に安楽死・自殺幫助を提供しなければならない。

なぜなら、患者は常に機能不全の自分を「不快」と感じるからであり、たとえそれで医師が確認できなくても（意思不通）、その状態の回避が医療的に不可能な以上、もはや医療の領域ではなく、その時点で、医療責任は淘汰され、患者本人の精神解放に進んで供与する（基本的人権の尊重）ことが義務だからである。

これは終末医療を扱う者として、自身の無能力を慙愧するべきことにはならない。医療として他人の身体を治すことは最直なれど、その処方が機能改善に至らない、むしろその延命・維持によって他者への患者の尊厳が失せ、基本的人権を侵害させしむる、そうした状態は「死」こそ終末患者の「解放」だからである。

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 (2)

◆内容：患者の意志の確認ができない場合 について

(2) ご意見

同性パートナーを持つものです。

「家族等」の中に「性的少数者を含む」という文言を入れて欲しいです。但し書きを作って、中に含めてくださっても構いません。

同性愛者を含む性的少数者の場合、長年一緒に暮らしていても、家族や親族からは「我々は家族である」と認めてもらうのが難しく、排除される、もしくは意見を全く言えない状況にある方も多いと聞きます。

事実婚の方は、まだ周囲からも受け入れやすい状況にあると思うのですが、同性愛者を含む性的少数者は、周囲から（特に家族、親族から）受け入れてもらいにくいので、そこをきちんと明文化して欲しいです。

もちろん、ガイドラインはガイドラインであって法律ではないので、拘束力はないのは承知の上です。が、ガイドライン（たたき台）を作成するに当たっての「報告書」、「報告書」を作成するに当たっての議事録などを読みますと、今後、医療の他の分野で同じようなガイドラインが作成する可能性が十分読み取れます。その場合、このガイドラインを元に作成する可能性が考えられますので、このガイドラインの中の「家族等」の中身について、もう少し詳しく、そしてまた「性的少数者等を含む」という文言を是非加えて欲しいと思います。よろしくお願いします。

ちなみに、全く関係ありませんが、作成例の番号が違っています。患者の意志の確認ができない場合については、2 (2) であり、2 (1) ではありません。

30代、女性、無職

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(2)

◆内 容： 患者の意思が確認できない場合
について

(2) ご意見

「自分で医療内容の希望が表明できなくなった時には、家族ではなく、本人が指名する代理人（たとえば自分のパートナー）が代理行為をする」、とガイドラインで明記してください。

30代、男性、無職

参考：記入例

例：患者の意思の確認ができない場合についてご意見をいただく場合

(1) ご意見を提出される点

□項目番号： 2(1)

□内 容： 患者の意思の確認ができない場合 について

(2) ご意見

自分で医療内容の希望が表明できなくなった時には、家族ではなく、本人が指名する代理人（たとえば自分のパートナー）が代理行為をする」、とガイドラインで明記してください。

(1) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1④
 ◆内容：「尊厳ある生と死は法律によってもたらされるものではない」

(2) ご意見

3月7日の新聞報道によると、日本尊厳死協会研究班が不治・末期を定義し延命中止の基準を明示した。がんの場合「化学的治療や放射線療法などの効果が全くなく腫瘍の増大に歯止めがかからない」を不治、疼痛を和らげるための処置が中心」を末期と設定。「薬剤投与で有害な反応だけが明らかになったり、輸液での浮腫などが目立ればこれらを中止すべき」としている。

家族側の考え

末期の患者にとって抗がん剤投与自体が苦痛を取り除く緩和の手段であることがある。抗がん剤の投与・飲用を続けることと、麻薬剤の投与のどちらがQOLを高めるか、どのような治療経過をたどり、既往症や副作用がどうであるかすべてを把握した上で、終末期医療のあり方は現場の医師によってなされることである。そこまで患者に付き合ってくれた医療者に対し、家族は感謝こそするが、法律を介入させようとは思わない。しかし、入院日数の縛りのある一般病棟では日数内に病状のコントロールをしなければならず、これは患者中心の医療とはいえない。在宅と比べ患者のQOLを落とすものになりかねない。在宅・居宅以外での看取りは家族の負担が軽減する分、看取りのあり方に不安を感じる。

医療者の不足が、特に地方で慢性的であるという現状を鑑み、診療報酬上、医療チームへの直接のインセンティブを末期の告知以外にも考えてみてはどうだろうか。そして、厚生労働省が看取りの質のレベルをチェックする。そのようにして患者が「良い死」を迎えないかぎり「美しい国」はありえないのではないだろうか。

尊厳死法制化の弊害

尊厳死協会が尊厳死法を掲げる第一の理由は、法律の訴追から医師を守ることにあることは疑う余地はない。

終末期医療のあり方で裁判にまで発展しているのは、病棟でのケースが目立つ。筋弛緩剤の投与や人工呼吸器の取りはずし。しかし、立件されているのはがん以外の疾病である。がんは元々、医療関係者への責任の追及が難しく、事実が表に出にくい疾病である。

病状がどうなるか分からないうちから尊厳死法で人の命を管理することは、本来あるべき生への望みを絶たれ、長いことには医療レベルを下げ、医療現場を腐敗させることになりはしないだろうか？ 法制化は更なる医療過誤の隠れ蓑になる。稚拙な医療

行為しかできない医者を生む原因になりかねない。これでは、日本の医療の将来がおぼつかない。例えば不治や末期の概念を懇切丁寧に設定したとしても、これが尊厳死の法制化とは結びつく理由はない。

また、患者の意思確認ができる場合、終末期の医療のあり方に関する文書を患者医師間で交換することになるが、そこに患者に対してなんら強制の押し付けがあってはならない。示された医療内容に関して、患者が拒否できる権利もあることを明記して欲しい。あるいは、尊厳死法とは関係ないことが理解できるような文言を入れるべきだと思います。

終末期とは患者の死生観、過ごす環境、医療行為によってそれぞれ違うものができる。尊厳を持って生き、尊厳のうちに逝くことは大切なことだが、法制化が患者に「良い死」をもたらすとはがきらない。フロリダ州、テリ・シャボイさんの事件は一度州法で法制化されてしまうと大統領の権限も及ばないという法律悪の典型である。

(3) ご意見を提出される点

◆項目番号： 1
 ◆内容：「医師等の医療従事者からからの適切な情報の提供と説明」

(2) ご意見

プロセスを考えるにあたり、更なる充実を図るために、パターンを増やしてみてもはどうだろうか。

1. 病気を診断された時点で末期である場合。
病気の告知が末期の告知になる。加療を経っていないので、本人への告知の有無が問題になる。
2. 積極的な加療にも関わらず、病気の進行を抑えることができなかった場合。
治療をやめると予後は短い。速やかな患者の臨終の場所の手配。
3. 医療過誤・過失により末期となった場合の告知
外科手術中の過誤・緊急体制の不備による過失（人工呼吸器の装着）、抗がん剤等の化学療法中の過誤（* 治験等も含む） その他過失によって引き起こされた末期状態
* 今後、治験拠点病院がきまり、臨床実験・治験が行われるようになる。

現在出ているガイドラインの方針決定の指針は、

2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続き によるものである。

- A・患者の意思確認ができる場合
- B・患者の意思確認ができない場合
 - a・患者の意思が確認できない場合で、家族が判断をする場合。
 - b・患者の意思が確認できない場合で、家族が医療従事者に判断を委ねる場合、もしくは、家族（法的家族に限らず）に該当する立場のものがいない場合。

のみで検討されているので、是非上述の部分を加えて再検討願いたい。

(5) ご意見を提出される点

◆項目番号： _____

◆内容：「緩和ケアチームと病棟との医療格差の是正」

(6) ご意見

医療者が自分たちは「疲弊している」と訴え「インセンティブ」を要求しています。格差のない地域医療の均てん化を目指すのは理想ですが、現実には医療スタッフの不足が深刻です。

例えばがんの場合、腫瘍内科の認定医も生まれ、緩和医療も充実し、在宅かかりつけ医、地域の中核病院、拠点病院との連携も今後構築されていく中で、末期がん患者のQOLも必ず上がってくると信じています。

しかし、終末期医療の開始・不開始・内容変更・中止判断が、スタッフの不足、疲弊を原因に患者のQOLの低下を引き起こすことのないように、不備な部分のインフラを整備していただくことを明記して欲しい。

まず、一般病棟での入院日数の縛りにより、がん患者の場合、緩和医療が不十分うちに終末期の在宅への移行になる可能性もあります。

平成20年に診療報酬の改正があるとのことですが、暫定処置として、痛みのコントロールが的確に行われるまでは入院が可能であることを願います。そういったことへの配慮をガイドラインの中で示して欲しい。

本来は在宅・居宅での看取りと、医療機関での看取りに差があることは好ましいことではありません。しかし、現実には拠点病院であっても、がん性疼痛の序痛率が50%程度の医療機関もある。このガイドラインが、医療機関の技術向上に可能な限り寄与するものであり、患者のQOLを高めるためのものであることを願っています。

(7) ご意見を提出される点

◆項目番号： 2 (2)

◆内容：「患者の意思の確認ができない場合」

(8) ご意見

「家族」の記述についてですが、患者の意思の確認が出来ない場合、患者の望む終末期を慮るのは、患者にとってもっとも身近で、患者を十分に理解しているものであるとする。また、がんは患者が若年であるほど、死に向かうスピードが速く、単身者の場合も多く、近年では、多様な擬似家族形態が存在しています。ガイドラインにおける「家族」には、法的な関係、あるいは法的順序に縛られない、患者にとってもっとも身近であり、また重要なものを表す重要性を含んでいただきたいと思います。

また「尊厳ある生」の基準ですが、病気や治療による外見や肉体のダメージ、他との比較で判断するのではなく、個々人の価値観の中で培われているべきものです。ガイドラインによってなんら押し付けられるものではないということを表記していただきたいと存じます。

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： 1—①
 ◆内容： 医学的妥当性と適切性 について

(2) ご意見

私の主人が1ヶ月前に肺がん末期・余命3ヶ月と宣告されました。
 私たち夫婦に子供がいなくて、残される家族である私は自立していること、完治する可能性は無いこと、苦痛を伴う延命よりはQOLを尊重したいことなどから、余命宣告の翌日には、夫婦揃って、ホスピスを検討しました。
 しかしながら、治療をしないことがホスピス希望の条件であること、ホスピス希望が多い為に予約しても1ヶ月から2ヶ月待ちであること、主人の年齢が42歳と若いことから、担当医が「治療をあきらめ切れない」と思っていることなどの理由から、大変悩みました。
 ①現状のQOLを維持したい。(PS3でも慢できる痛み、テレビ・ゲームができる状態)
 ②苦痛(副作用)を我慢してまでの延命は望まない。(発症前からの考え方)という2点だけが希望にも関わらず、ベルトコンベアのように、検査・投薬・抗癌剤の点滴・放射線治療が進行していきました。ホスピス希望を通す為にはベルトコンベアを強い意志を持って停止させる必要があること、治療を停止しなければ、ホスピス予約が出来ないのは、おかしいのでは無いですか？あまり痛みを伴わない治療であれば継続したいし、余命3ヶ月で予約待ちが1、2ヶ月であれば、少しでも早く予約したいのです。しかし、現状のたたき台のプランであれば、医師が「まだ治療効果が期待できる」と判断すれば、ホスピスへは入れないのでは無いですか？
 その基準は、医療関係者の「年齢的に若いからこそ、治療効果をテストできるのだから、治療という名の実験をさせて欲しい」と言っているように思えます。ホスピスを希望する理由は、決して「治療をあきらめた」場合だけではありません。化学療法ではなく代替療法を希望する場合や、痛みで半昏睡状態になってからではなく、安心して日常生活をおくれる環境(非常時に医師が対応可能)を確保したい場合など、いろいろとあると思います。
 治療効果の有無が前提ではなく、まずは、本人・家族の希望を優先して欲しいと思います。

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： 1③
 ◆内容： について

(2) ご意見

以下の文面に変える。

「患者が治療中止を要請したら、病院はただちに治療を中止する。」

理由：

客がいらぬと言うことを店は客にはしてはいけません。

その結果客がどうなろうと客の責任であり店には関係ありません。

病院と患者の関係は、普通の店と客と全く同じです。

患者が拒否したことを病院はしてはいけません。

その結果、患者が死んでも病院には関係ありません。

以上。

40代、男性、無職

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 (3)

◆内容： 患者との合意が得られない場合
について

(2) ご意見

合意が得られないならば、病院と患者の契約不成立ですから退院
で構いません。
以上。

40代、男性、無職

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 (2)

◆内容： 患者の意思が確認できない場合
について

(2) ご意見

患者の医療費についての責任者が患者の代理とする。
理由：
治療は支払いの約束した人と病院との約束事です。「支払いの約束した人」以
外は病院とは関係のない人です。
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： 1-①

◆内容：医療内容の中止 について

(2) ご意見

「終末期医療に関するガイドライン」について

平成19年3月11日

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]、人生の半ばで事故や病気により、意識障害が3ヶ月以上遷延化（長くなってしまった）した障害者です。いわゆる「持続的植物状態」と言われています。[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

今般の「ガイドライン」については、疑問が多くあり問題点が多いと言わざるを得ません。平成14～16年に実施された厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会」において議論されたことが基盤になっ

ていると思いますが、問題点を箇条書きで書きます。

1、終末期とは何か

終末期の定義がはっきりしていないことです。これは上記の「検討会」でも指摘されている通りです。そこで議論されている「痴呆」性老人や「持続的植物状態」とされる障害者（患者）が本当に終末期なのか、という根本的な問題があります。遷延性意識障害が回復する可能性があることを検討会の中で認めながらも、そのまま議論をすすめています。

2、単なる延命治療とは何か

今回のガイドラインには、「単なる延命治療」の文言はありませんが、「医学的妥当性と適切性」という文言で置き換えられているように思います。判断により中止を認めるケースがある、ということであろうと思いますが、上記「検討会」でも「単なる延命治療」の中身が明らかにされていません。

3、一律に決められないこと

何らかの基準を作って、法的な面からはクリアできる条件作りのためのガイドラインと思われるのですが、いわゆる「尊厳死」を認める人はいるものの、そのコンセンサスは国民には広く普及はしていません。

4、犯罪の被害者までもが含まれてしまう可能性のあること

私たちの会には、交通事故、労働災害、医療過誤、犯罪被害など第三

者行為による障害者も多くいます。仮に本人がリビングウィルを行っているような場合であったとしても、被害者であるにも関わらず、治療の中止を決定されるのは、到底納得できるものではありません。

5、今の医学はどこまで解明できているのか

最重度と言われる遷延性意識障害者が回復されていく例も私たちは少なからず知っています。発症以来、寝たきりであった人がリハビリテーションの他、いろいろな刺激により、事故や発症から8年後に口から食べることができるようになり、10年後に言葉を発したということもあり、これはしばしば「奇蹟」と言われます。実例を私たちは多く知っているのですが、現代医学は奇蹟に翻弄されていると言わざるを得ません。

6、上記「検討会」の委員の構成

上記の検討会委員は12名のうち、医療職や医療関係者が8名、福祉施設から1名、法学者が2名、マスコミ関係者1名です。この委員の方々が本当に「当事者及びその関係者」の意向をも汲める委員であるかどうかは、私たちのような当事者組織から言えば、失礼ながら極めて疑問です。脳死臓器移植法の制定の際は、脳死臨調も設け事前に「反対派」とわかる哲学者なども委員となりました。

7、上記検討会のアンケート調査の方法の妥当性

客観的データとされる調査についても、絞切り型の質問項目や、極め

て恣意的な質問項目の並べ方などがあります。例えば看護職へのアンケート調査結果で「続ける必要のある医療」として、維持輸液57%、喀痰吸引87%となっており、逆に言えば43%の看護職は維持輸液すら不要、13%は吸引も不要と考えているのでしょうか？「吸引不要」＝「窒息死を認める」などという概念は、看護教育を受けた職種にとっては、あり得ないことであり、緩和ケアなどの重要性を言いながらのこの結果は信じられない結果になっています。

今回のガイドラインは、端的に言えば、医療の中止を認めるか否かであると考えています。私たちのような当事者組織は、「本当に実態を知っているのか」と問いたくなります。

保険医療費の削減や、社会的入院の解消など財政事情ばかりが優先され、「自分の生き方は自分が決める」という「自己決定」ばかりが大手を振って歩きます。人の命はその人だけのものではなく、家族は勿論のこと、同僚や周囲の人々に関ってきます。自殺をした人が出た場合、その家族や周囲の人々の深い悩みは、そのことを雄弁に物語っています。

世界的にもアメリカですら、呼吸器の取り外しや栄養チューブの抜去が社会的問題になりますし、フランス、ドイツ、イスラエル、イタリアなどはかなり慎重にこの問題を取り扱っています。「脳死」状態での長期生存が確認されている例がかなりあり、どのようなケースにおいても治

療の中止は行うべきではありません

私たちの会の会員には、酔っ払い運転のクルマに撥ねられた、なんら落ち度のない被害者もいます。そのようなケースでも救命救急医療を打ち切られるのでしょうか？このような事柄には心情的にもどうしても納得がいきません。

事故や病気は誰にでも起こる可能性があります。今回のガイドラインには強い憤りを覚えます。

60代、 男性、 無職

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(2)

◆内容： 「家族等」「家族に準ずる者」について

(2) ご意見

ガイドラインの2(2)の「家族等」「家族に準ずる者」に同性パートナーや異生活を共にする婚姻外のパートナーも含めてもらいたい。

ガイドラインの2(2)の部分については、最初から「家族等」に委ねるのではなく、「患者本人が事前に指定した者」の意思・判断を尊重する形に明示してほしいです。

小生は同性愛者で、幸運にもパートナーを見つけることが出来た。社会の片隅でひっそりと暮らしてあります。彼こそは、小生と人生を分かち合うこの世で一番親しい存在です。しかし、もし小生が病気を患い、病院に入院すると、法的には関係のない他人として、小生に隣接されるばかり、疎遠になっている「家族等」に小生が乗取られていきます。それは、非常に病人に対して「家族等」にとっても、心すまぬ迷惑な事態になります。どうか心通う御配慮をお願い致します。終末期医療時に最愛の人間と切り離される苦痛を考えて下さい。

70歳以上、女性、無職

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 (2)
◆内容:	患者の意思の確認が乏しい場合 について

(2) ご意見

約32年間、人生の終末期に於ける本人の意思を表明する運動 (日本尊厳死協会) を続けている者として、1の①にあるように「患者の意思決定を助けて」とあることに喜びを感じています。全ての人が「死にたい」と思うから、全ての人が「己の最期に於ける意思を表明する (延命希望・無意味な延命拒否) 強制」に同意し、思っています。我々は医師の免責を盛り込んだ「尊厳死の法制化」を国に於て提出しています。

しかしながら、我々の団体は社会で終末期の医療に於ける事件や問題が起るたびに会員が増加するとは言っても、現存全国で12万人の会員です。勿論会に入らずに自分でLWを書いている人もありましたが、15歳以上で「遺言能力」のある1万人のうち10人という状況です。全ての人が死ぬのに、9,990人の人の意思は不明という現状です。これでは「死なせねばならぬ」わけでは、

「E」の2の(2)の②③がこのケースでしょう。ここに「患者にとっての最善の治療」とありますが、これが問題です。そのガイドラインとあるのは「ガイドラインはあくまでガイドラインです。省令に於ける少し安心が在りませんか?」ガイドラインでは、患者の意思が不明の場合、やはり医療者が「居ながら無意味だ」と思えば延命の取組が継続される。

現存ではガイドライン以外方法はないのかを申しませんが、一方で全ての人がLWを書くことを勧める必要を痛感しています。その指導も「居ながら」ではなく願っています。生かす切は減らさず、

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:	_____
◆内容:	_____ について

(2) ご意見

自然の大原則の中で生きている人間存続のほうをLWを書くのは最後の礼儀であり、自分の周囲の人達への愛情だと思っております。現存、日本医師会や各医学会、各病院ではそれぞれのカドラインを作成する方向ですが、医療と受ける場によってまちまちでは患者側は混乱します。

貴省がその辺り整理をして下さる方向でお願いいたします。自然の死を助けるのがこんなに困難な時代に於けるので、医療の進歩とは何卒のほうか……。

もう一つ提案です。

現存は「一度行った人工呼吸器を非可逆とは出来ない」というわけですが、ALSの患者さんなどは「付け替えてくれる」わけはないことは一歩ありたいです。何れでも本人の意思により取り外しなどが出来るようなシステムは考えられるでしょうか。お話し期間の終了。過去の事件 (神奈川県相模原の息子さんの呼吸器のスイッチを叩きお母さんが手足を取ら) を模倣地獄で傍聴し、これも考えさせられました。

課題として提案致します。