

(つづき)

そのため、チーム医療という内向きのシステムを固めると言うことは当然重要であるが、そこに固執しすぎると、返って患者の本音を聞き逃す可能性が考えられる。

そこで、患者とは独立した利害関係のないボランティアや NPO 法人などをクッションとしておき、家族でも医療者でもない、独立した存在をつくるのが、終末医療に関しては重要になってくると考えられる。

2. (3)

どの領域でもそうであるが、ある一方を重視すると、一方が成り立たなくなると言うことが良くある。避難と防犯、点字ブロックの車いす使用者との競合などがその例である。終末医療の現場でも同じ事が起こっていると考えられる。

そのため、チーム医療を推進すると言うことは一方では非常に重要な課題であり、喫緊であるが、調整役を設けることもまたシステムの中では重要であると言うことが出来る。そういう意味での、「多様」であるならば問題はないが、ファミレスのように、何でもあるがとびきりが無いというのでは、問題が拡散したままになるような気がする。二重構造のシステムの構築、あるいは、作りすぎないシステム（逃げ道・あそびをつくる）が必要となる気がする。

さらには、終末医療、特に、在宅死を考えるのであれば、地域による文化なども個々に影響してくるので、画一的な指針と言うよりも地域に根ざした独自のネットワークなども勘案すべきであると思う。すなわち、段階的なシステムと受け皿を持ち、それを重ね合わせることで、患者の最後をトータルで設計できるのではないかと考える。

地域的視点というものをガイドラインに反映することで、現実的なシステムが構築されると思われる。

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 (3)
◆内容： 委員会の設置 について

(2) ご意見

2 (3)「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」とある。この点に関しては、私は次のように提案したい。

「助言・報告のための窓口を常設すべきである」。

現状では、治療中止に関しては、家族と医療者たちの価値観に依存する部分が多い。家族と医療者という意志決定過程の閉鎖性が今日の混乱を招いているのではないか。委員会の設置だけでは、こうした閉鎖性を打開するには充分ではない。

実際にどのような場合にどのような意志決定がなされているのかを「すべて」報告し、そうした情報を共有することが社会的合意形成のために必要なのではないか。また、そうした情報は、医療者たちが決定する際の参考になるであろう。

オランダでは、法制化に先立って詳細な実態調査（レメリンク報告）を5年毎に実施している。厚生労働省が行っている「終末期医療に関する調査」は医療者や市民の意識調査という側面が強く、実態を捉えるに十分なものとはなっていない。実態の適切な把握は、適切な規則を作成するために不可欠なものである。

また、そもそも僻地の病院などでは、委員会の設置など望むべくもない。微妙なケースに関して相談するための窓口（電話相談）などを常設し、その対応にあたるべきである。

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
◆内容：終末期と延命の間に

(2) ご意見

医療の現場に関われる資格を有しておりませんが、色と作用について、細々ながら学びますうち、現在の医療に、更に自然の作用性を上手に活かせる場所が在るように感じられてなりません。中でも、人体における、病気と心(精神作用)、そして、素材の作用性、この3要素の密接な関わりに注目すると共に、現在の一般的な認識を超える終末期が見え隠れする可能性について、私が学んで参りましたことがお役に立てばと、日頃学びましたことを素直に書かせて頂きました。失礼があれば、どうか、ご容赦下さい。

1 終末期医療及びケアのあり方 について、

②の可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、の部分^①を明言する医療及びケアのあり方の認識に誤りを感じます。

けがが癒える経過でかゆみを感じるように、痛みや不快感は、状態が悪化する時だけでなく、良好な方向に向かう折にも必ず伴う症状でもあります。モルヒネに、流れを止めて痛みを和らげる特性が在るように、痛みを和らげる方向が回復と同方向に存在するとは言えません。自然の素材を学んで、覚醒作用の強い素材を多量に摂取すると(覚せい剤ではありません)、人体は痛みや刺激に敏感になることがある特徴を発見したことが有ります。が、エネルギーギッシュな状態と共に、前向きな心も齎されました。そんな自身の体験から、①の患者の意思決定を踏まえての理解にも、強い意志は健丈な肉体に維持されやすく、病気に戦い疲れる患者を励ますのは周囲の真に熱い眼差しかとも解釈されます。自殺を願う心は、いつも、病気に近い方向に生まれ、終末期にはもう遅い事かも知れませんが、摂取する作用性や食事によって心の作用を変化させる可能性も、今後の臨床医療に、論議されるべきではないかと感じられております。

昨今、免疫治療が評価されつつ在りますように、治癒方向の理解が、更に新たな段階を創造できるのではともその可能性が期待されます。私自身の僅かな経験でお話するには、随分弱気にもなるのですが、元気な方でも、比較的長期間食事の内容に拘ると、寝たきり状態ではないのですが、よく眠る状態に持って行けます。特に、老人ならその効果は早いかと私自身推察しています。逆に、覚醒作用に注目して、終末期の意識の在り様を再議論することは、全くの無駄だと、私には言い切れない気がしてならないのです。

(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

「心肺蘇生措置」について、以前から感じていることを書かせて頂きます。急激な心臓マッサージではなく、もう少し早い時期から、空気圧等を利用して血管の主要部位等に装着させ、穏やかに血流リズムの手助けができればと考えておりました。体温調整も出来れば尚良いかと思えます。より高度な「心肺蘇生措置」を検討することは素晴らしいことに思えます。気管挿管、気管切開を利用して、部分的な処置を施すことも必要に感じられます。無論、病氣と必死に戦い意識不明状態にある方に、人口呼吸器の装着は必要かと感じます。癒える方向性から切り落とすようにはずす行為に躊躇いを感じます。現場を知らない恥ずかしさを反省しつつも思い切って書かせて頂きました。例え僅かな可能性で在っても、医療の現場には、生命の尊厳に挑み続ける記述が必要になるのではと感じます。

痛みについて、もう少し書かせて頂きます。10年程前、私は、疣や黒子に特異的に作用し、その成長を抑制するアポトーシスと推察される作用を引き起こす物質を発見しました。癌という病気に試したこともなく、明言できない状態のままですが、膿を持つでんぼ等にも非常に良く効き、最近になって、真に、その作用の価値が解るようになって参りました。その物質を塗布すると、異常な流れを正そうとするような素晴らしい作用が在るよううかがえます。また、その効果と痛みの関与では、血流圧と共に響く若干の鈍痛が激しいほど効果が見た目に良好のようで、その痛みが和らぐ程、流れを正す効果は弱いようです。更に、素材自体の作用による痛みより、誤って、血液と混じり合いそうになった場合の痛みが、体液が溢れ出て、途方も無く沁みる痛さを感じます。身体に体液が溜まる場合を思い浮かべました。同時に、末期癌における痛みについても、私自身、堪え難い痛みの行方を漠然ながら浮かべつつ、痛みの発生にも方向性が有り、それぞれの原因に対して痛みの除去を検討すべき重要性を感じます。私が発見した素材は、自然そのまま、疣等に完全に対応できる作用性には至りませんが、その進行を一旦停止させる作用性が観察されます。断食療法に素材の作用性を組み合わせ、塗布するだけで進行が緩和できる状態に持ってゆけないだろうか等と、まだ諦めが付

かないままです。但し、やはり一時期、痛みに打ち勝つ体力は必要と推察されます。

上記は、私が学んで参りました世界観から終末期の医療を考える時、記述すべき必要性として、素直に感じていることなのですが、それとは別に、自信が医療を受ける身になった患者の立場から考えますと、不思議ですが、正直、少々異なる感も抱いております。

この頃になって、生きることは、時に、とてもしんどいこともあるものだと、感じることも多い世の中です。幸せな終末期の医療には、経済力も必要です。私自身、貧血で精密検査を受けるよう言われているのですが、検査費用を思うと、恥ずかしい暮らしぶりですが、少々贅沢にご飯を食べてそのままになってしまいます。また、財布の底を気かけながら、薬を合わせて頂いたこともあったのですが、葉酸は含まれず、鉄分のみの処方、少々躊躇いを感じた経験も持ちます。私のように恥ずかしいケースは少ないでしょうが、それ程、昨今の医療には経済的な負担も無視できない状況が広がりつつあります。すぐに成果が見えない治療、生きがいや希望を見出せない時、人は眠ったまま楽になればと願うものです。どこかやり残した夢や、よほどそばでしっかりと手繰り寄せてくれる糸が無ければ、多くの方はそれ程、強くはなれないようにも感じられます。私自身、自然死を考えますとき、やはり、自身の時間と共に、なるべく美しく枯れたいと願います。

ただ、従来 of 医療において、改善できる可能性が出てきている昨今、たとえ僅かな可能性であったとしても、その芽を摘んでしまうような記述は避けるべきかと、思われます。

いのちは、生きたいと、最後まで、その方向を向きながら力尽きます。その手を離さず、痛いほど握り締めてあげられることも、豊かさかと感じます。

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 ③
◆内 容：積極的安楽死について

(2) ご意見

終末期医療に関するガイドラインへの意見

このガイドラインの最大の問題は、国民の人生を医療の観点からのみ捉え、人間の人生をトータルに考えていない点にある。

また、日本人お得意の、理念・哲学をすっ飛ばして、いきなり具体的方法論の議論に踏み込むという悪弊がここにも見られる。

一人の人間からみて、医療との接点は人生のほんの一部である。その一部の接点が人生の重要な問題である死についてルールを決めるのは、「木をみて森を見ず」の危険性がある。検討会のメンバー構成を見てもその危惧を持つ。

人類は、飢餓、戦乱、病気などさまざまな要因でDNAの予定する寿命をまっとうすることが困難な時代に「生きることのありがたさ、尊さ」が強く観念され、宗教にも法制度にも医療倫理にもそれが反映されてきた。そのような時代には十分な合理性と必要性があったことは否定できない。

現代においては、医療技術の高度な発達により、寿命を越えてなお人間を生かすことが可能となった。しかし、重要なことは人生の長さではない。人生の質である。人間の尊厳を侵されてまで生かされることが正しいといえるのか。

「死は医療の敗北である」との考えは、現代社会においては独善的で、患者やその家族、社会の現状を考えないアナクロニズムである。

これは、「人生は誰のものか」という哲学的問題に深く関係する。

そもそも人生をどう選択するか決定権は本人にあって、医療関係者にはない。

医療関係者は、あくまで本人の希望に従い、その補助をする役割である。本人の希望が「積極的安楽死」である場合も同様である。この議論は哲学の領域であって、現在の法制がどうであるか、とはかかわりがない。道徳も法制も時代や環境によって見直しされるべきものだからである。

不自然な長命は、本人が苦しむ。また、介護は、家族の精神的、肉体的、経済的負担が無視できない。限界に達すると虐待や無理心中が起こる。

公的介護制度も十分機能するとは思えない。財政の問題もさることながら、肉親でも支えられない介護をどうして赤の他人が支えることができるのか。さらに国家の社会保障支出も国家予算の20数%を占めるまでになっており、少子高齢化の進む将来はもっと深刻な事態となることが確実である。

終末医療は人間の人生のある局面にすぎず、また、ひとりの人間存在は、家族、知人、社会、国家レベルの問題とも関係することを認識しなければならない。

これらの問題を一挙に解決する方法が「積極的安楽死」を認めることである。生きたい人は生きればいい。当然の権利である。しかし寿命が近づき、死にたい人を何を根拠に他人が押しとどめることができるのか。積極的安楽死を認めることは、強制ではない。新しい自由の拡大である。人生の選択肢を広げることである。とはいえ、安楽死の強制や本人の意思の無視などの悪用を防ぐ工夫が必要なことは当然である。

このような意見は、中世以来の「生命尊重原理主義」のもとで無視されてきた。しかし、もはや悠長なことを言っている状態ではない。

積極的安楽死を頭からはずすガイドラインの議論は、もっとも重要なテーマを外して、枝葉末節のルールを詰める以上の意味を持たない。

寿命の近づいた人間のケアに関して、視点を医療中心から生身の人間に移し議論のレベルを技術的方法論ばかりでなく哲学的な議論を深める必要がある。

このような意見が排除されるとしたらガイドラインの検討など無意味である。保身を第一に考える人間たちが、批判を恐れ、古い常識やモラルに頼って安易にルールを決めてそれでいいのか。

高度医療と古い法制度の間に深い奈落がある。その奈落到ち込んだ人々が、現に地獄の苦しみのなかで放置されているのだ。

「人の痛みは百年でも我慢できる」とはよく言ったものだ。

百歩譲って、仮に「積極的安楽死」にかかわることが「医療」ではない、としても、「積極的安楽死」に医療関係者が関与することを違法とする現行法制と医療倫理の見直しは絶対に必要である。行政も医療関係者も意識とモラルを変えなければならない。

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： 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

私は身近にこういう状況に置かれていないので、まだリアルに想像をすることはできませんが将来を考えて、述べさせていただきます。私は同性愛者ですから、今の日本では結婚できません。もしできるなら結婚したいと思っている恋人がいて、こういう状況になったとしたとき、婚姻関係がないために蚊帳の外という状態になったら悲しいと思います。それに、もっとも身近にいて、その恋人のことをよくわかっている人の意見が通らないことはおかしいと思います。夫と妻という関係と、お互いのことをよくわかっていると言う点でまったく変わらないのに、別の扱いをされてしまう。本人の意思に一番近い情報を持っているのに、婚姻関係がないためにその情報が破棄されてしまうのは、本人にとっての最善策をとるという点と矛盾していると思います。もちろん、同性間で結婚できるようになればそれが一番なのですが、それにはまだまだ時間がかかるので、今回の話し合いで、同性間の交際があったとき、配偶者の意見と同じ効力が持てるようになったら幸いです。最後に私事ですが、私の夢は結婚することなので、同性婚が日本で認められるような話し合いが開かれることを祈っています。

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：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

「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（婚姻外関係であっても
実生活などを共にする自分のパートナー）が代理行為をする」、
とガイドラインで明記していただきたいです。

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（2）
◆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

この項目では「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家族に準ずる者」というくだりがあるように、「家族等」の話や意思に重きが置かれています。他方、従来の概念では「家族等」に含まれない「同性パートナーシップ」が日本でも確実に増加しています。また、事実婚カップルや複数名での共同生活など、従来の家族モデルを念頭に置く「家族等」の表現に引っかかりを覚える人は多いと思います。

私自身、今年2月で6年間になる関係性を続けている同性パートナーがいます。パートナーとの間には、終末期医療時の最終決定権も含めた相互委任契約の公正証書を4年前に作成しました。しかし、公正証書は「パートナー間の相互契約」であるというその性質が故に、医療関係者や（民法上の）家族がその内容を尊重しない場合は、実効性を持たないという厳しい現実もあります。

私のパートナーは、3年前に電車内で突然体調を崩し、病院に担ぎこまれたことがあります。パートナー本人が一瞬意識を失っていたので、パートナーの親経由で私にも連絡が届き、病院に駆けつけました。その際、パートナーとの関係を看護師さんから尋ねられました。その際はパートナーの親が一緒にいてくれたので問題ありませんでしたが、駆けつけられるのが同性パートナーである私だけであった場合、一体どうなっていたかと考えると冷や汗が出る思いです。

そこで、実生活を共にする同性パートナーなどを射程に入れるべく、「患者本人が医療内容の希望につき表明できなくなった場合には、家族等とするのではなく、本人が事前に指名する代理人（同性パートナーなど含む）が代理行為をする」と、そのようにガイドラインで明言される必要があると思います。どうかご検討いただければ幸いです。

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、事前に本人が指名する代理人（婚姻外関係であっても実生活などを共にする自分のパートナー）が、家族より優先して代理行為をする」、とガイドラインで明記してください。

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

- 1 医療・ケアチーム及び委員会を構成する専門職種には、医療従事者に限らず、法律、哲学、倫理の関係者も含むべきである

医療・ケアチームは専門知識がある反面、人の死に日常的に接しているため、死のとらえ方が社会の人々の考えとずれている可能性もあるため、より社会的、国民的視点から人の死について検討するために、法律家、哲学、倫理の関係者を医療・ケアチームそのものに加える必要があると考える。委員会に含めることは勿論である。

- 2 患者意思を推定する等のために意見を求める家族等の中に成年後見人等（補助人、保佐人、成年後見人）も含むか否かも合わせて検討すべき。

身寄りのない人、家族がいても家族間対立のある人について成年後見人等が付されている場合がある。平成12年の成年後見制度改正に際しては、成年後見人等にも医療同意権を与える立法はできないとして成年後見人等に医療同意権を付与する立法は見送られているが、これは成年後見人等に医療同意権を付与しないということではなく、意思能力のない人についての医療同意権を議論する際に改めて検討するという趣旨であるように理解するので、本ガイドライン検討に際し、成年後見人等の同意権との関係も議論しておく必要があると考える。

属性については複数のため別紙

「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 of 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りと考えられる。）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か）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。