

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に
提出された意見

- 平成 18 年 9 月 15 日～平成 19 年 3 月 31 日に提出された意見
- 医療関係者の意見、医療を受ける者の意見、その他の順に整理

20歳代、女性、医師（勤務）

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

「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ください。

事前に代理人を指定することができれば、病状が徐々に悪化していく場合や、万一のために事前に文書で指定しておく場合などに非常に有用であり、本人の意思が尊重された医療行為が可能であると考えます。

30歳代、女性、医師（勤務）

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と2 (2) ③

◆内容： 終末医療がこのガイドラインに沿ったような形で行われている国で働いた経験に基づく意見

(2) ご意見

意見を申し上げることができる機会を与えていただきありがとうございます。

私は、集中治療を専門とする医師です。集中治療室（ICU）は、基本的には、人工呼吸器を含む集中治療を行うことにより回復する可能性のある患者さんを治療する場ですが、現在の日本の状況では、回復の可能性のない患者さんも多く人工呼吸器をつけざるを得ないので、終末医療に集中治療医が関わることは非常に多いです。

日本では、集中治療医という専門分野がしっかりと確立していないこともあり、人工呼吸器をつけるつけないの判断を、その患者さんの直接の医師チームのみで決定しています。私は5年近くオーストラリアで集中治療医として働いておりましたが、そこでは、集中治療医がその話し合いに必ず参加します。外科の場合は特に、自分が手術をした患者さんを論めることが難しいです。患者さん側も、実は、人工呼吸器をつけられ体のあちこちにチューブを差し込まれ、ただ、死の時期を先送りしているだけの延命治療に抵抗があっても、それを言うのは、今まで懸命に見てくれた医師に対し申し訳ないという気持ちが働きます。そこで、第三者である集中治療医が、今から患者さんが受けようとしている集中治療（人工呼吸もリスクを伴う高度な医療で集中治療に含まれます）はどのようなものかをじっくりとお話します。オーストラリアでは、一度つけた呼吸器を外すことは「殺人」ではありません。患者さんや、ご家族の中には、2、3日、人工呼吸を含んだ集中治療を行ってほしい。それで、治療に反応しないようであれば、集中治療をやめ、緩和治療に力を入れて欲しい、という選択をされる方も多くいらっしゃいます。この選択肢があるからこそ、患者さん側に、勝算は少ないかもしれないが戦ってみたい、それでだめであっても、人間としての尊厳を保ったまま安らかに死ぬことができるのだ、という安心感が持てるのです。そして、医療者側も、患者さんの希望に沿った医療を行うことができ、満足感が得られます。

患者さんの希望、ご家族の希望によって、集中治療を緩和医療に切り替えることを可能とする条文を入れていただきたいと思います。集中治療は心臓が動き続ける時間をあらゆる方法を用いて延ばす治療です。集中治療は膨大なお金のかかる治療です。命が助かるのであれば、お金は問題ではないでしょう。しかし、患者さん、ご家族、医療者、誰も望んでいないのに、漫然とこの治療を、命が途絶えるまで続けているのが現状です。誰も望まないことに多額の医療費が付き込まれている。小児、産科医療等、このお金を必要としている分野があるのではないのでしょうか。

私はオーストラリアで内科系の仕事も経験しています。一般病棟の仕事です。

癌の患者さん等、急変の可能性のある患者さんとそのご家族には、入院の際にあらかじめ、もしもの場合には、私たちにどのように扱ってもらいたいかの希望を聞き、決められた用紙に記入します。これは非常に大切な用紙でカルテの一番分かりやすいところにはさんでいます。法律的に有効です。

患者さんのおっしゃる事が、病気を告知されたことによる、反応性のうつによるものか、ということを経験する必要がある場合もあり、その時は、精神科の先生にその判断をお願いします。

(2)の④の、「家族内で意見がまとまらない場合」というのは、非常にやっかいです。あらかじめ患者さんがNext of kinを決めている場合、家族内で誰がNext of kinかという意見が一致している場合、法律的に誰がNext of kinか明らかな場合は、そこまで問題にならないのですが、そうでない場合、家族内の泥沼の戦いが繰り広げられ、それに巻き込まれる形になります。

アメリカで大統領まで巻き込んだTerri Schiavoのケースは記憶に新しいです。植物状態で生かされ続けている彼女への人工的な栄養投与をやめろ、やめるな、の争いでした。これは、結局、裁判命令で人工栄養が中止され、彼女は亡くなりました。

これは、医療とは関係のない裁判所が最終決定をしたことになりませんが、ガイドラインのたたき台に審かかれているように、決定権を持った専門の委員会がこの役割を果たすほうが正しいのかもしれませんが、その場合、法律がその決定を保護する必要があります。

このガイドラインが世に現れ使われるようになると、色々な問題点、弊害が出てくると思います。それに関しては、海外でディスカッションされ論文も出ています。しかし、日本の医療を少しでも正常なものにするために必要不可欠であることは明らかです。人間としての尊厳を保った死を誰もが平等に望める国であって欲しいと思います。それで初めて、患者さんも医療者側も全力で病気と闘うことができるのです。

30代、女性、医師(勤務)

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： 患者が意思を表明できないとき について

(2) ご意見

患者が意思を表明できないとき、その代理行為をあらかじめ患者が指定した代理人に認める。

代理人は家族だけではなく、家族以外のパートナーなどを指定できる。

30代、男性、医師(勤務)

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) ② (2) ①②③
◆内 容： 終末期医療及びケアの方針の決定手続きについて

(2) ご意見

私は精神科の医師として総合病院に勤務しております。また、心理カウンセラー(臨床心理士)として心理カウンセリングに従事しております。

臨床業務の中で、同性愛者の患者・クライアントからの相談を受けることがあります。

終末期医療において、長年連れ添った同性パートナーが存在するにもかかわらず、それまで疎遠であった血縁家族の意向により治療方針が決定され、同性パートナーの意向が反映されないというケースが報告されており、そのような事例が発生することを防ぐ必要があると考えます。その点から鑑みて、今回のガイドラインに関して、いくつかの改良点があると思われれます。

患者の意思の確認ができる場合には、患者が、誰をキー・パーソンに指名するのかを確認し、カルテに記載しておくことが望ましい。そして、その指名が血縁関係／婚姻関係以外の人物であっても、医療従事者は、患者の指名を十分に尊重し考慮に入れつつ、治療ならびにケアを行う必要がある。一以上の文面を、2の(1)の②に加えるべきと考えます。

図2の(2)の①②③において、「家族等」という曖昧な表現が使用されていますが、この表現では、血縁家族の意向が優先され、(実際に生活を共にしてきた)パートナーの意向が反映されなくなるおそれがあります。「家族等」という表現に注釈を加える必要があると考えます。例えば、以下のような文言が考えられます。

→※「家族等」とは、必ずしも患者と血縁関係／婚姻関係にある者を意味しない。「長年、患者と実際に生活を共にしてきたパートナー」や「長年、患者と情緒的・物理的に近い関係にあったパートナー」が存在する場合には、そのパートナーの話等から患者の意思を推定し、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。患者の意思が推定できない場合には、そのパートナーからの助言を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

※以上をガイドラインに加えていただくようお願いいたします。

30代、男性、医師(勤務)

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) ② (2) ①②③
◆内 容： 終末期医療及びケアの方針の決定手続き について

(2) ご意見

私は、現在総合病院の精神神経科にて勤務をしています。これまでの臨床現場での経験から申し上げて、終末期において患者さんの最善の利益を家族が代弁しない、できない事態を数多く目にして参りました。

それは例えば、患者さん御本人が知的障害・発達障害・精神障害などをお持ちで、日頃から家庭の中で意思を尊重されてこなかった、むしろ意思を軽視されないがしろにされ、時に迷惑がられてきた場合、こうしたことが多く見られます。

またあるいは、患者さんが同性愛者の場合です。長年連れ添った同性パートナーが存在するにもかかわらず、それまで疎遠であった血縁家族の意向の方が重視され、結果的に本人が望む終末期を迎えられなかった場合を見ました。

これらの点から、ガイドラインには以下の点で改良が必要と考えます。

◇2の(1)の②に関して。患者の意思が表明できる場合には、事前に患者が誰を代理人に指名するか、医師は事前に確認することが望ましい。その代理人は血縁・婚姻関係に限定されない。医療従事者は本人の指名の判断を十分に尊重し、本人が意思を表明できなくなった場合には、(本人にとっての最善の利益を念頭に置くことは当然としても)本人の指名した代理人の判断を十分に考慮に入れなければならない。以上が含まれるべきです。

◇2の(2)の①②③について。ここで「家族等」という曖昧な表現が使用されていますが、この表現では、現在慣行となっている「血縁・婚姻関係の家族」の意向が常に優先されるように読まれる恐れがあります。このため、「家族等」ではなく、「血縁・婚姻関係に限らず、実際に生活を共にしてきたパートナーや、物理的・情緒的関係の深い重要な友人など、実際に本人にとって重要な関係を持っている人」とすべきです。特に、患者本人がその時点で意思が表明できない場合で、かつ事前に代理指名の意思が表明されている場合には、その代理人の話等から患者の意思を推定し、最善の利益になった治療方針を決定する、という点が明記される必要があります。

私の意見は以上の通りです。よろしくおねがいします。

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：患者の医師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、というのはいかがでしょうか。でないとならば家族がすでにおられない方、家族がいても信用できないなどの理由で代理を依頼できない場合もあると思いますので、その際は上記のような内容が必要と考えます。医療従事者としてそのような局面に接することもありますので意見を述べさせていただきます。

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：患者の意思の確認ができない場合 について

(2) ご意見

我々は、医師・心理臨床家・看護師・ソーシャルワーカー・教員など、医療・心理・福祉・教育の分野の職に就く者や、そのような職業を目指す学生等からなる団体です。同性愛者が、社会においてそして自分自身の内面において充実した生活を送れるよう、その手助けとなるために必要な情報やサポートを、それぞれの専門分野の知識と技術を活かして提供することを目的としています。

当団体において、「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」について検討を行いました。今回のガイドラインを作成するにあたって重要なのは、患者本人の意思の尊重をいかに実現して行くのかであり、「意思の確認方法の明確化」であると思われます。しかし、我々の経験から見て現在の「たたき台」では、「意思の確認方法の明確化」が不十分であると思いますので、以下の二点について提案を行います。

提案1 「家族等」の中に、同性パートナーを含めるべきである（というよりも、当然同性パートナーも含まれると考えます。）。

「家族等」とは、必ずしも患者と血縁関係／婚姻関係にある者を意味しない。「長年、患者と実際に生活を共にしてきたパートナー」や「長年、患者と情緒的・物理的に近い関係にあったパートナー」等、実際に本人にとって重要な関係を持っており、本人の意思を最もよく把握している人とすべきです。

（理由）長年連れ添った同性パートナーが存在するにもかかわらず、本人の急変によって、単なる「友達の一部」として扱われ、日頃疎遠であった血縁家族の意思の方が重視され、医療方針の決定はもちろん、面会すら制限され、結果的に本人が望む終末期を迎えられなかった場合があり、本人の望む終末期を迎えるためにも、日頃疎遠な血縁家族よりも、実際に生活を共にしてきたパートナーの方が本人の意思を把握することができる場合もあり、一律に血縁家族を意思の把握する対象とするのではなく、実態に合わせて判断すべきです。（次ページに続く）

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」に関する意見

[Redacted]

提案2 意思確認ができる状態で、患者本人が、意思確認ができなくなった場合誰の話の聞いてもらいたいのか、本人意思の推定に関する話を聞く対象者を指名できるようにすべきである。意思決定の合意内容をまとめる文書の中に、誰を対象者に指名するかも盛り込むことができるようにすべきである。

(理由) 意思が確認できない場合で、家族等の中で意見がまとまらない場合が想定されていますし、本人と血縁家族とが医療に関して倫理観の違う場合もあり血縁家族が本人の意思を代理できるとは限りません。本人の最善の利益をより実現させるためには、本人の意思を推定するための話を聞く対象者を本人が指名するのが、本人の意思を尊重するためにもっとも妥当だと考えます。事前に対象者を指名することができるようにする方法があると「意思の確認方法」がより明確になると考えます。なお、指名される対象者は血縁家族に限られないことは、提案1で述べた通りです。

尚、以上の提案について、次に参考となる資料を挙げます。

◇日本医師会の第9次生命倫理想談会 2006年2月報告

<http://www.med.or.jp/michikara/seirin17.pdf>

ここでは、終末期の治療選択にあたって患者の意思が不明確な場合につき、「この場合、家族または患者が予め指名していた者と治療について話し合うことになる。ここで、何らかの方法で（例えば、後で述べるような事前指示により）患者がこのような状況で何を希望するかを推定できるならば、それを考慮しつつ医療者側が患者にとって最善の選択肢を検討し、患者の意思を代理人として担う家族等と話し合っ合意を目指すことになる。」とあり、家族と並んで「患者が予め指名していた者」という文言があります。

◇「血縁と婚姻を越えた関係に関する政策提言研究会」によるニーズ調査

<http://www.geocities.jp/seisakuken2003/>

ここでは、同性間パートナーシップへの高いニーズと共に、同性間のパートナーシップで保障されるべきものとして、「一方が入院した時の看護・面接権」「一方が病気になる際の医療上の同意権」の二つへの高い期待が示されました。

[Redacted]

厚生労働省の「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」（以下、「たたき台」という）につき、以下の通り意見を述べさせていただきます。

1 はじめに

[Redacted]

そのような筆者の立場から、今回の「たたき台」には、複数の問題が存在すると考えるため、ここに意見を送るものである。関係各位のご検討の際にご参照頂ければ幸いである。

2 ガイドライン策定の必要性について

まず、そもそも、なぜ、誰のために「ガイドライン」を作成する必要があるのか、というところを明確にする必要がある。終末期医療について医療現場での考え方や運用に開きが大きいことはかねてより指摘されており、2004年の厚生労働省終末期医療に関する調査等検討会報告書でも明らかにされている。このような状況が一般的な意味で医療全体にとって好ましくないことは、誰しも考えることであろう。問題となるのは、それがどのような観点から「好ましくない」ものであるか、という現状認識の内容である。患者本人の意思が適切に反映されていないことが問題であるのか、家族に対する説明が不十分であることが問題なのか、医師の裁量的判断に大きく依存する判断プロセスが問題なのか、むしろ医療従事者が法的責任追及におびえねばならないことが問題なのか、同意書のような書面を残さないという手続の進め方が問題なのか、あるいはそもそも、終末期医療に対し「国民の信頼が失われた」とされる全国家的状況が問題なのか、という点である。

ガイドラインを必要とする問題状況の認識は、とりもなおさずどのような規律に重点を置いてガイドラインを作成するか、という基本方針の決定に必要不可欠である。仮に本人意思の反映を目指すのであれば、医師や家族の判断によらざるを得ない場合でも本人意思を可能な限り探求することが求められるであろうし、医師の裁量的判断が問題なのであれば、医師以外の判断者を常に加える必要がある。また法的責任追及の余地が残ることが問題であれば、どこまで法的な禁止範囲に含まれるかを医療従事者に明示することが求められよう。

ところが、「たたき台」を見る限り、以上のような問題状況の明確な認識に立った改善の方向性が志向されているように到底思われない。患者の意思の尊重が比較的重視されているようには見える（しかしそこにも多くの問題があり、その点は後述する）が、本人の意思内容はあるかないかの2通りではなく、その間に多様なグラデーションが存在する。そのような場合に、家族による推定的意思や「最善の治療方針」による治療方針決定（特に治療中止）がどの程度広く認められるのかに関連して、患者の

意思を元来どの程度、どのような方法で尊重すべきかが問題となるはずである。しかし「たたき台」では、この点に関する解釈指針となりうる基本的な考え方が明示されておらず、結局は現場の医師・家族等に判断を委ねる形になっているのである。これでは、実際の方針決定のあり方は現状とほぼ同様であり、ガイドラインを策定する積極的な意義は何ら存在しないことになりはしないだろうか。

仮に、前述のような問題状況の認識が乏しいままに、終末期医療に関するガイドラインが「とにかく作成すればよい」という形式主義的な姿勢によって作成される場合には、そのように作成されたガイドラインは現場の問題意識や実際上の必要性に根ざしたものとはなりにくく、かえって円滑かつ適正な医療の実施を阻害する結果になりかねない。後述するとおり、終末期医療の規律は1つ対応を誤れば救命可能な膨大な急性期疾患の患者に治療の断念を強いる結果にもなりかねず、国民の生命・健康に対しきわめて影響の大きいものである。したがって、現状のどこに問題があり、ガイドラインによってどの部分の改善を目指すのかを十分に認識した上で、決して（少なくとも何のガイドラインも存在しない現状以上に）国民の生命・健康を危険にさらす結果とならないよう、慎重な検討を行う姿勢が望まれる。

あえて言えば、以上の認識が煮詰まらない（ないし関係者の一致を見ない）うちは、「とにかく作成しなければならぬ」という姿勢から安易にガイドラインを策定すべきではないと考える。いやしくも、国民の生死に重大な影響を及ぼしうるガイドラインの策定は、ただかたき1事例の出現とそれに伴う過剰なマス・メディアの報道姿勢によって影響されることがあってはならないと考える次第である。

3 「たたき台」の内容的な問題点

その上で、「たたき台」の個々の内容につき、問題点を指摘したい。もとより、上記の通り個別論点の賛否は現状認識の内容によるが、この点は「たたき台」において明らかにされていないため、以下ではあくまで筆者自身の臨床医療の経験と民法学者としての問題意識を基準としつつ、見解の不一致点ないし現場での不適切な運用可能性の指摘を目的に叙述を進めることにしたい。

(1) 「患者の意思」の位置づけについて

まず指摘しなければならないのが、「たたき台」全体を通じて「患者の意思」の取り扱いが極めて不明確である点である。

「患者の意思」を確認できる場合（2(1)）について、その場合でも患者の意思に従うことが義務づけられるわけではなく、「①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、多専門職種医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。」とされている。しかしここで「患者の意思」以外の要素を加味して判断するのだとすると、具体的に何をどのように判断すればよいか全く伝わらない。たとえば、現時点での意思確認ができない末期癌患者が、かつて「何の治療もしてほしくない、薬もいらぬ」と言っていたような場合、疼痛管理は行えるのか、高カロリー製剤は点滴投与できるのか、感染症を合併した場合の治療は行ってよいのか、などの問題に直面した医師（ないし医療チーム）が、この「たたき台」から何らかの有用な判断指針が得られるかは疑問であると言わざるを得ない。

他方、「患者の意思」を確認できない場合（2(2)）については、多少具体的な判断プロセスが示されている。しかし、ここにも少なからぬ問題があり、「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」とあるが、これでは「推定意思」と「最善の治療」が対立する場合の方針決定に窮することは明白である（②も同様

の問題を有する）。「尊重し」「基本とする」という表現も曖昧この上なく、結局現場の医療従事者の判断に委ねるのであれば、ここでもガイドラインとしての意味をなさないものといわなければならない。

筆者の見るところ、「患者の意思」のみによる方針決定を徹底的に貫くことは不可能である。それは現実にも「患者の意思」がさほど明確でない場合が多いという事情に加え、たとえ明確に示された「意思」が存在したとしても、時々刻々変化する病態に応じ、かつ的確な専門的知見を踏まえた上で本人が「意思」を明示できることはごくまれであり、それを治療方針決定に際して金科玉条のように扱うことはかえって本人の医療的利益を没却しかねない。しかし本人の意思的要素を完全に無視して治療を行うことも、インフォームド・コンセントの普及した現在にあって、しかも医療従事者の裁量的判断に対する懸念が広がる中では困難であるといわざるを得ず、その両者をいかにして調整するかが（終末期医療のみならず）医療的決定の最大の難問である。その意味で、「たたき台」の曖昧な表現は苦心の跡として理解する余地もないではない。しかし、いやしくも国が「ガイドライン」として現場の医療従事者に遵守を求める以上、このように曖昧な態度に終始する文言では、逆に「ガイドライン」の解釈をめぐる現場での混乱を招き、円滑かつ効率的な医療の実施を妨げることとなる。そもそも、「患者の意思」の取り扱いに関する何らの理念的な態度表明もなしに、それが「確認できる場合」と「確認できない場合」の場合分けを行い一見ハウ・ツー的な内容を並べるだけでは、医療従事者や患者家族の切実な悩みは何ら解決されない。場当たりの治療方針決定こそが、冒頭に掲げた終末期医療に関する考え方や運用のばらつきをもたらしているとするれば、「たたき台」はその状況に何らの改善ももたらさないとはいわざるを得ないのである。

(2) 「医療チームの判断」の意義について

「たたき台」の重要なポイントの1つは、終末期の（治療中止可能性を含む）治療方針決定を「医療チーム」が行うとされている点であろう。しかしこのような対応によって、現状に比してどの点のどのような改善が見込まれると考えられているのかが判然としない。

先般、日本救急医学会が実施した救急医を対象とするアンケートによって、終末期医療に対する考え方の開きがいかに大きいかが明らかにされている。この理由にはさまざまなものがあるが、しばしば指摘される内容として、(a)医療従事者個人の倫理観の多様性、および(b)法的規律の不明確性、が挙げられる。「チーム医療」による対応は(a)の問題は改善できるかもしれない（もともとそれにも限界がある）が、(b)の問題は解決できないと考えられる。(b)の問題とは、終末期医療においてどのような医療行為（ないし治療中止）を行えば法的責任を問われることになるのかが一般に明確でないため、そのような不明確性を了解した上でもなお自らの倫理観に従って行動しようとする医師と、不明確である以上は法的制裁を受ける可能性のある行動は慎むべきであるとする医師が存在し、それらの意見の対立が生じるという問題である。これが、「チーム医療」によって解決されるものか、疑問なしとしない。ある場面で何が法的に要請される行動であることを明らかにせず、「チームで決定せよ」と言われても、医療現場は混乱するだけであろう。

そのような場合に対応すべく、「たたき台」では「多専門職種からなる委員会」の設置が義務づけられていると推察されるが、これは判断主体を動かしたに過ぎず、法的に要請される行動の不明確性に伴う問題を解決できる可能性は低い。手続をしっかりと定めればよい、という医療問題全般に広がる解決手法は、少なくともこの局面では有効に機能しないと考えられるのである。

(3)「最善の利益」の不明確性

「たたき台」でも、(2)で述べた点に対する配慮が全く認められないわけではない。患者の意思が不明確な場合等に関する「最善の利益に従って」という点が、おそらく上記の意味で医療従事者が遵守すべき実体的ルールを指しているものと考えられる。しかし、この「最善の利益」の内容が治療中止を含みうるかがきわめて不明確であり、終末期医療に関する実体的規律としては問題が大きい。

一般に「最善の利益」は、未成年者等の治療方針を親や医療者が後見的に決定する場合、当該未成年者等の最善の利益を追求すべきであるという英米法上のルール (best interest rule) に類似する基準として用いられることが多いが、治療中止が「最善の利益」に適合するという判断は英米法圏においても一般には受容されておらず、同旨の判例も存在しない。むしろ、わが国を含むいくつかの国の法律家の間では、生命の維持こそが本人の「最善の利益」であるとの伝統的観念も根強く、この立場を厳格に踏襲した場合にはおよそ治療中止を (本人の明示の意思表示なしに) 認めることは不可能であることになる。しかし、「たたき台」はこれによって治療中止等が認められる可能性を排除していないようであり、そうであるとすると、いかなる基準で「最善の利益」を判断すべきかを明らかにすることが必要となる。さもないければ、医療従事者は法学においても争いのある「最善の利益」の判断基準を自ら定立し、個々の事例に当該基準を適用するという高度の法的判断を迫られることになり、実際上の困難性があまりにも大きいばかりか、上記(b)の問題がそのまま積み残されることとなる。

この意味で、「たたき台」の示す実体的ルールは、医療従事者に一定の判断を可能にするものとは言えず、問題の解決にほとんど寄与しないと言える。むしろ、「最善の利益」という表現が独り歩きする結果、法的責任追及の可能性のある医療行為を控えようという機運が強まっている今日の医療においては、治療中止に対する慎重論を過剰に助長しかねず、その結果として最も危惧されるのは、あらゆる終末期に「なりうる」患者に対して人工呼吸管理を含む積極的治療を行わない風潮が蔓延する事態である。

筆者の知る限り、医療現場では既に、人工呼吸器の取り外し事例に対する過剰なマス・メディアの反応を契機に、治療中止は (本人の明示の意思がない限り) 法的責任追及を受ける可能性があるとして、むしろ治療の当初から (救命の可能性が十分に存在するにもかかわらず) 気管挿管を初めとする積極的治療を控える傾向が強まっている。端的に言えば、「つけたら外せない」のだから、最初から「つけるな」という態度である。これは、救命可能性のある患者に対する「不治療」は問題とされず、治療開始後の「治療中止」のみが問題とされたことの結果であり、筆者自身はこのような風潮こそが終末期医療を歪め、多数の救命可能な患者にとっての医療的利益実現に対する障害となっていると考えるが、「たたき台」が「治療中止は最善の利益にならない」と解釈された場合にはこのような医療現場の萎縮的姿勢がますます助長されるのではないかと、という懸念が払拭できない。仮にガイドラインの策定によって「治療中止は禁止、治療不開始は放任」とも言える状況が助長されるのであれば、それは結果的に国民全体の生命を著しく脅かすものと言うほかはない。

このような事態を防ぐには、「最善の利益」などという曖昧な表現によって現場の裁量的判断を確保する (そして(b)の問題を積み残す) という方向性自体を再検討すべきである。問題の解決に必要なのは、何が法的に許容される行為であるかという実体的ルールを、治療中止の場面を含めて明確に記すことであると考えられ、それによって上記(a)(b)の問題もあわせて解決することができよう。しかし、このような実体的ルールは直ちに明確化できないと判断するのであれば、現段階でガイドラインを作る積極的意義は乏しいものとならざるを得ず、医療現場の混乱と上記のような萎縮的姿勢の助長の可能性を考えれば、ガイドライン策定自体を断念すべきであると考ええる。

4 結び

以上の通り、「たたき台」には医療全体、ひいては国民の生命保護に重大な影響を及ぼしうる問題が存在し、これらの問題は、全体的なガイドライン策定方針をそのまま維持する限り、場合分けのしかたや一部の表現を修正するなどの姑息的な対応では克服できないものであると考えられる。

もっとも、上記のような問題が生ずる原因は、法学の側にも存することは否定できない。すなわち、従来の医事法学はこのような終末期医療の特殊性を考慮した実体的規律を十分に検討してきたとは言えず、かろうじて一部の刑法学説において、尊厳死・安楽死問題の一環としてこの点が議論されてきたに過ぎない。冒頭に記したような現場の判断のぶれを生じさせ、一事例の公表がマス・メディアを賑わす「大事件」に発展した原因には、法学が実体的規律を提示してこなかったこと、そしてそのために、国民全体がこの問題に関しかなる考え方で臨めばよいかに大いなる戸惑いを感じていることがあるのではないかと推測される。それゆえに、国がガイドラインを策定することへの期待もこのほか大きいのではないかと。

しかしながら、自らが難問に直面した際に「誰かに答えを教わりたい」と考えるのは、日常生活上の思考としては理解しうる部分もないではないが、果たしてそのような姿勢が成熟した民主国家の重大な政策決定場面において採用されてよいかは甚だ疑問である。唯一の「答え」を見いだし難い問題につき、一部の関係者のみで性急にガイドラインが策定された場合には、策定段階で予想しなかった重大な弊害が生ずる可能性も残る。そのような弊害の可能性を十分に調査・検討した上で、それでもなお国民の生命保護や尊厳の保持に有意義であると判断されるガイドラインであってこそ、幅広い国民の支持が得られるというものであろう。法学の側も、遅ればせながら近時終末期医療の実体的規律に関する検討を徐々に加速しつつあり、このような動きを無視することは決して望ましいことではない。国民が大きな不安を感じる難問については、逆にそうであるからこそ、安易・拙速な態度決定を慎まなければならないのである。

無論のこと、緊急の対応を要する終末期医療の問題に関し、無為な時間の浪費は断じて許されるべきではない。しかし、法律家、医療従事者、患者、患者家族、その他の国民が十分に納得し受容しうる実体的ルールを見いだすために必要な期間と手順を準備することは、長期的視野に立てば決して時間の浪費にはならない。そのような意味で、本「たたき台」を「たたき台」とするのではなく、むしろ法学の議論や関係者間の対話を促進する形での国レベルの検討を進めることこそが、現段階で最も有意義な方策ではないかと考える次第である。

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 および2 両方に関係 _

◆内容：_ 「医療・ケアチーム」 _ について

(2) ご意見

この度はお世話になります。高齢化率40%の山間部の診療所内科医師です。ガイドライン（たたき台）では、「医療・ケアチーム」という言葉が各項目で出てきますが、どうも病院だけを想定している印象を受けます。実際には、行政も在宅へ返す動きにあり、今後積極的な緩和ケアを要する癌患者意外は、終末期を在宅で過ごす方が増えることが予想され、在宅医療にも適応可能なガイドラインが必要と考えます。

つきましては、田舎の診療所なども考慮して頂き、医療・ケアチームの最低基準（医師一人・看護師一人でも良いのか？）などをお示し頂き、1（3）の多専門職種からなる委員会の設置についても、田舎の診療所はどのような働きかけで、その委員会を設置して頂けるのかについてもご考慮頂きたいと存じます。以上、ご検討の程、よろしくお願い申し上げます。

※ガイドラインに関する事で、必要時メール返信頂いても構いません。

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：_ 2 ①②③ _

◆内容：_ 患者の意思が確認できない場合のケアの方針の決定について _

(2) ご意見

私は感染症の臨床医として大学病院に勤務しております。

臨床分野では特に、HIV/AIDS という疾患を診る事が多いです。患者の多くは男性同性愛者もしくは両性愛者であり、HIV とともに、二重のスティグマを背負っているケースがあります。

生前に、AIDSによる合併症などで急変した場合、面会者や診療方針の決定、インフォームドコンセントの対象が、デリケートになるケースを経験しております。

意識のある状態で、患者本人が、誰をキー・パーソンと指名するかを確認をし、カルテに記載しておくことが望ましいと思います。そして、それが血縁／婚姻関係以外の人であっても、本人が指名した場合は、それなりの重みを持って、医療従事者やケアチームが考慮にいれるべきと考えます。

2005年9月の府議会において、「府立の病院における同性パートナーの面接・病状説明等の取り扱いはどうなっているのか」と問う代質問をした際、病院事業局長は、「厚生労働省のガイドラインでは『現実に患者の世話をしている親族及びこれに準ずる者』を病状説明の対象に加えており、府立の病院でもガイドラインに沿って、患者の意思を尊重して対応する」と答弁しました。

長年連れ添ったパートナーが、本人の急変によって、単なる「友達の一人」として扱われ、日頃疎遠であった家族の意思により、医療方針の決定はもちろん、面会すら制限されるケースが、他院より報告されています。

以上を踏まえ、「家族等」とする曖昧な表現ではなく、「(文書等で) 患者が指定する者」及び「現実に患者の世話をしている者」からの話や助言を、患者意思を推定する材料にし、ケア決定の材料とすべきと考えます。

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 終末期医療のあり方について

(2) ご意見

わたくしは現在も在宅終末期医療を提供しております。現勤務地には3年半ありますが、その間の累計在宅看取り率は70%、この4月から在宅療養支援診療所として体制を見直してからは終末期患者の80~90%は在宅での看取りを希望され、実際に80%台の数字で在宅の看取りを行っております。人生の最期は可能であれば自宅で過ごしたいとわたくし自身思います。しかしそのような希望をかなえてくれる医師が必ずしも近くにいないのが現状であります。

24時間体制のフォローアップ、麻薬の知識、全身管理の技術など医師、訪問看護師の能力により限界があるのも当然のことでありましょう。

しかし在宅の看取りには、患者はもちろんご家族も大変満足されています。本人の口から直接感謝の言葉を頂くことは病状から困難ではありますが、ご家族から患者もわたくしたちへの感謝の気持ちをもっていらっしやうたことを聞くこととなります。わたくしたち医療者にとってもやりがいのある医療であり、燃え尽きることなく次から次へと紹介される終末期患者について新たな気持ちで安らかな在宅看取りをめざして努力を続けております。

病院では機器、薬品が常に存在するため終末期医療では医療費がかさむこととなります。在宅では限られた手段しかとれず、終末期とはいえ高額となる医療を提供することはできません。それでも当院在宅患者の多くが在宅での看取りを希望されるのは終末期に必要なのは医療技術よりは信頼感、安心感という心のケアであると確信しております。もちろん麻薬の種類の増加、微量ポンプの普及など医療器材の進歩も追い風となっております。

このような実績から、現在は某大病院緩和ケアチームリーダーとして毎週病棟回診を行っております。在宅医の立場から病院で行われる終末期医療に対し助言を行っております。内科・外科・麻酔科・精神科医師、がん認定看護師、薬剤師からなる緩和ケアチームです。さらに臨床心理士、管理栄養士、理学・作業療法士も加え、各方面の知識、能力を有する多職種で構成された緩和ケアチームこそが各科を横断する形で病院内での終末期医療を担う存在になるべきだと思います。そしてそのひな型を在宅終末期医療で実践して参りましたので某大病院内でも強力に推進することを使命と感じております。

終末期医療に対するガイドライン(たつき台)に対する意見

年齢 4. 40代
 性別 2. 男性
 職業 3. 勤務医師
 項目番号1-3

積極的安楽死を認めないに対して

意見

医師というのは、生命を延長したり短縮したりする事を行う職業で、当然生命を短縮させるという選択肢が認められてしかるべきです。医師は昔から在宅で、入院させれば延命が可能な末期患者の看取りを行い、いままでの社会は暗黙の了解でそれを認めてきました。「時と場合により医師は最大限に生命を延長しなくてもよい」ということで、言葉を変えて言えば「時と場合により医師は生命を延長するべきではない」のです。誰も明言しませんが、これが国民のほとんどが感じている人間の感情であり、本音だと思います。終末期医療を議論するときには「生命は最大限に延長されるべきである」という「たてまえ」をすてて、「時と場合により生命は延長するべきではない」ということを明文化して、それを前提にして議論しなければ決していい結論は出せないと思います。我々が今、議論するべきは「どのようなときに人工呼吸器を外していいか？」ではなく積極的安楽死も含めた「どのようなときに生命を延長させないか？」というもっと根本にかかわる点だと思います。たつき台は「積極的安楽死はいかなる場合も認めない」としていますが、積極的、消極的という区分にどんな意味があるのでしょうか？私にはどちら人も人為的に生命を終わらせる同じ行為のように思われます。私が延命治療をしないと判断された患者ならば、栄養補給をせずにだらだらと死を待つよりも塩化カリウムを静注して積極的に死なせてほしいと思います。

項目番号2

決定手続きに関して

私は、今社会の常識とされている「生命はもっとも大切なもの」という考えが根本的に間違っているように思います。一番大切なのは「生命」ではなくその生命が感じている「幸福感」ではないでしょうか。人間は幸福を感じるために生きています。たとえ植物状態であっても家族の言葉をかすかに感じる事ができる、それも一つの幸福です。しかし周りの環境を全く認識できないような状態や、完全な脳死状態でそんな幸福を感じる可能性が全くなければその生命に意味はありません。生きていることはただの苦痛です(その苦痛も感じない状態なのかもしれませんが...)。そんな生命を延長させることは「無駄な延命治療」であり、呼吸器を装着しない、呼吸器をはずす、もしくは場合により積極的に生命を終わらせることも認められるべきではないかと思えます(ただし家族にとつ