

平成 16・17 年度

「ふたたび終末期医療について」の報告

平成 18 年 2 月

日本医師会 第Ⅸ次生命倫理懇談会

平成 18 年 2 月

日本医師会長
植松 治雄 殿

答 申

本懇談会は、平成 16 年 10 月 27 日開催の第 1 回懇談会において、貴職から受けました諮問事項「ふたたび終末期医療について」を、2 年間に亘り 7 回の懇談会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 16・17 年度「ふたたび終末期医療についての報告」として取り纏めましたので、ここに報告書をもって答申いたします。

第 IX 次生命倫理懇談会

座 長	高 久 史 麿
委 員	有 山 雄 基
委 員	位 田 孝 一
委 員	岩 砂 和 雄
委 員	岡 久 雄
委 員	加 藤 尚 武
委 員	木 村 利 人
委 員	斎 藤 加代子
委 員	清 水 哲 郎
委 員	武 部 啓
委 員	鍋 島 直 樹
委 員	樋 崎 靖 人
委 員	藤 森 宗 徳
委 員	村 田 雄 二
委 員	米 本 昌 平

(委員：五十音順)

目 次

I	はじめに	1
II	終末期医療とは	1
	1. 「終末期」ということ	2
	2. 終末期医療についての一般論	5
III	緩和医療	10
	1. わが国における緩和医療の現状と展望	10
	2. 小児難病に対する緩和医療	14
IV	尊厳死	19
	1. 尊厳死とは	19
	2. 欧州における終末期の決定	23
	3. アメリカにおける尊厳死	26
V	終末期患者の急性期・救命医療	31
VI	終末期医療における医療費	34
	1. 終末期を何処で迎えるかの国民の意思について	35
	2. 自宅での死亡と医療機関での死亡の対比について	35
	3. 終末期医療をめぐる医療費適正化効果の議論について	36
VII	おわりに	37

I はじめに

日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会は、植松治雄会長からの課題指定（諮問）により「ふたたび終末期医療」について論じることとなった。終末期医療に関する日本医師会からの報告書には、既に「末期医療に臨む医師の在り方についての報告（第Ⅲ次生命倫理懇談会：平成4年3月）」、「医療の実践と生命倫理についての報告（第Ⅷ次生命倫理懇談会：平成16年2月）」などがあるが、これらの報告書が出された時期と現在との間に、この問題を取り巻く社会情勢にさまざまな変化があった。従って、第Ⅸ次生命倫理懇談会で再びこの問題について論じることには大きな意味がある。

第Ⅸ次生命倫理懇談会では、1. 恒藤暁（大阪大学大学院人間科学研究科助教授：「わが国の緩和医療の現状と課題」）、2. 杉山正智（ひばりメディカルクリニック奈良在宅ホスピスセンター院長：「在宅緩和医療の実際と問題点」）、3. 川越厚（ホームケアクリニック川越院長：「日本における在宅ホスピス・緩和ケアの現状と課題」）、4. 井形昭弘（日本尊厳死協会理事長：「健やかに生き、安らかに死ぬために」）、5. 大友英一（浴風会病院院長：「老年者のターミナルケアについて」）、各先生方からのヒアリングの後、報告書作成のための小委員会を構成、懇談会座長をはじめ小委員会委員の間で今回の報告書原案をまとめることとした。

今回のまとめの中には、第Ⅸ次生命倫理懇談会の委員にまとめていただいた項目と、座長の私がヒアリングでご発表いただいた外部の識者達の原稿を報告書の枚数に合わせてまとめた項目とがあることを、あらかじめご了解いただきたい。

II 終末期医療とは

ここでは、本報告書がテーマとする「終末期医療」について「何であるか」を明確にしたい。

まず、「終末期医療」、「ターミナルケア」という用語が、「終末期・ターミナ

ル期」にあると判断される患者を対象にした医療ないしケアを指していることは明らかである。それでは「終末期」ということでどのような状態を考えたらよいであろうか。また、「終末期」ということによって特徴づけられる「終末期医療」に一般に共通して言えることは、どのようなことであろうか。

1. 「終末期」ということ

(1) 生命予後

「終末期」ということをどのように決めるかについては、まず、これまで「ターミナルケア」という用語が使われる場の中心にあった進行がんの場合、生命予後（余命）について「半年以内」、「一年以内」といった区切りをつけて、ターミナル期としていることが多かった。更にターミナル前期（半年～数ヶ月）、ターミナル中期（数週間）、ターミナル後期（数日）、死亡直前期（数時間）などと区分して、それぞれの時期にどのようなケアをするかの目安にしている場合もある。しかし、これは、がんという疾患に共通した病態の進行の仕方があり、また、それぞれの時期について、がんと呼ばれる疾患に共通の対応の仕方があるという前提があった上で成り立つ、実践的な区分である。しかし、がん治療に関する医学的知見が進歩して、さまざまながんの区分ごとにさまざまな対応の仕方が見出され、化学療法にしても緩和的な使い方を含めて、細かい対応が必要になっている状況下では、「がん」として一括りに扱うことができない面が出てきている。がんの進行の仕方についても、共通点もあるが微妙な差もあり、その差のほうに細やかな対応にとって重要になってくる場面もある。つまり、がんという範囲の疾患をとって考えてみても、生命予後を物差しにして「終末期」を規定することができるとしても、それだけでは不十分になってきている。

更に、本報告書が扱う「終末期」は、がんやエイズだけではなく、高齢者に特有の問題、小児の難病、神経難病、更には救急医療のような場面も含んでいる。確かに歴史的に言えば、これまでがんやエイズという疾患をモデルに、ターミナル期の医療について考えられてきた。しかし、医療現場の医師達は、「ターミナル期の医療」ということを、今挙げたような他のさまざまな

疾患についても考えるようになっており、それらに共通の「終末期医療はどうあるべきか」についての考え方があるのではないかと感じている。そのような現場の問いに答えるために、本報告書はまとめられている。このようにさまざまな疾患も含めて考えると、生命予後の長さを共通の物差しにして「終末期」とは何かを決めるわけにはいかないことは明白である。一方で、数年単位で「終末期」が考えられるような医療の場面もあるが、他方、例えば救急医療にあつては、事故や発作が発生した時に、既に数時間～数日の生命予後となっていることも多いからである。

(2) 治療のターゲット「cure から care へ」の見直し

生命予後の長さを物差しにする考え方と並んで、従来、医療が何をターゲットにするかを基準にした区分が現場でなされてきた。これは、やはりがん疾患に対する医療の場における理解であるが、病状の進行に伴い、治療のターゲットを「がん治療を目指す」ことから「症状緩和を目指す」ことへと、つまりいわゆる「cure から care へ」というギアチェンジをする時点を適切に見定めるべきであるとされ、この時点以降が「終末期医療・ケア」と事実上理解されてきた。ギアチェンジについて、当初はある時点でいきなりギアチェンジがされるような考え方であったが、緩和医療・ケアの技術および考え方が進展するにつれ、やがて、病気に対抗する治癒的ないし積極的医療中心から、緩和医療中心の医療に徐々に移行すると言われるようになった。また、緩和医療（ないし緩和ケア）は、がんに対する治癒的治療に抵抗性を示すようになった患者だけでなく、より早い段階の患者に対しても必要かつ有効であるとされるようになった。つまり「cure から care へ」ではなく、はじめから「cure も care も」である。

加えて、がん治療の進展がある。即ち、最近では、がんに対する化学療法は、治癒目的とは限らず、緩和目的のものが多く開発されてきている。抗がん剤を大量に使って、副作用が強くても癌の縮小を目指す、という従来のやり方に対して、現在は、抗がん剤の種類と使用法を工夫して副作用を少なくしながら、がんの進行を遅らせて命を延ばす、もしくは症状緩和を狙う、と

いう治療が普通に行われるようになってきている。そもそも従来の「治癒的な」化学療法も、その多くはがんを根絶するというよりは、少しでもがんを縮小させて、延命効果や緩和効果が上がることを狙うものであった。そのようなターゲットと、最近発達してきた緩和目的の化学療法との間は連続的である。予後が短くても、患者の状態によっては緩和的化学療法と鎮痛剤などによる症状のコントロールを組み合わせで行うというようなこともあり得るようになってきている。つまり、両者の間は「cure から care へ」というように区別されるのではなく、むしろ連続的で継ぎ目がないと考える方が適切である。

以上のようなわけで、がん疾患についても、ターゲットの立て方によって「終末期」をそれ以前の時期から区別することはあまり適当ではなくなっている。ましてや、その他の疾患をも考慮に入れた場合、終末期の入り口を特徴づけるような治療のターゲットの方向転換を見出すことは困難である。

(3) 治療方針を決める際に、死を考慮に入れるかどうか

さまざまな医療の場面に共通するような「終末期」の基準をどこに求めたらよいかというと、それは「治療方針を決める際に、患者はそう遠くない時期に死に至るであろうことに配慮するかどうか」にあると考えるのが適切である。例えば、まだ若い人が重篤な疾患に罹ったとして、手術をしさえすれば、相当程度の障害は残るが完治すると見込まれる場合、治療方針を決める際に、「その人も、他の全ての人と同様に、いずれ死に至る」ということは考慮の外におかれる。手術後の体力回復に相当時間がかかったとしても、また障害を克服するのに相当時間がかかったとしても、そうした辛い時間を補って余りある人生が、その後で待っていると見込まれるからである。しかし、相当高齢の人が同じような状況に置かれた際には、その人の人生の残された時間を考慮に入れるべきである。つまり、手術によって目下の疾患は完治するとしても、手術をすることによる体力の低下から回復するのに、ある程度の時間がかかり、その間に老いによる体力の低下が進んだため、結局その患者の残りの人生は QOL が低い状態がしばらく続くだけのものだった、という

ことになりかねない場合もある。このような場合には、手術をしないで、疾患によってだんだん全身状態が悪化して死に至るという方が、今しばらく現在の生を続けることができるだけ、手術をするよりは良いという考え方もあり得る。また、ある重篤な疾患のために、どの治療を受けたとしてもそう遠くない時期に死に至ることが避けられない患者の場合、どのような治療を受けるか（受けないか）ということは、残された時間をどう生きるかということと連動して決まる。つまり、延命だけではなく、残りの人生が全体としてどれほどのQOLを保つものになるかが、患者にとっての利益の評価を左右する。このようにして、ある治療をするかしないか、またどの治療をするかを検討し、治療（ないし不治療）が患者にもたらす利益と害を評価する際に、「死に至るまでの時間が限られている」ということが効いてくるような状況が「終末期」であると言ってよい。

2. 終末期医療についての一般論

以上で「終末期」ということをどう規定するかについての見解を提示したが、既にその中で、「終末期」が医療活動から独立に存在する概念ではなく、むしろ医療活動と密着して生じた概念であることが明らかになった。このことから、「終末期医療」とは何かということも明らかになる。即ち、これは、治療方針を決めるための検討のプロセスにおいて「死に至るまでの時間が限られている」ということを、考慮に入れる必要があるような状況下における医療を指すことになる。それでは、どのように考慮に入れたらよいのであろうか。

(1) 患者の最善という観点で

終末期ではない場合、疾患の原因を取り除くことが、また、取り除くことができない場合でも、疾患を極力抑えて身体が安定した状態を持続できるようにすることが目指される。こうしたことは「できる限りの延命およびQOLの向上・保持を目指す」と一般的に言うことができよう。この場合、治療の過程で一時的に患者が相当辛い思いをし、体力が低下するというようなデメリットは、その後、治療の効果がでて、快適な生活、意義のある日々を送る

可能性があるというメリットの故に、止むを得ないことと看做される。これに対して、終末期においては、これから選択する治療がもたらすデメリットを「その後」のメリットで埋め合わせるといった考え方は成り立たない。そこで、現在、検討の対象になっている治療および今後検討の対象になるであろう治療を、患者が死に至るまでのプロセス全体の中で評価する必要が出てくる。終末期医療の最大の特徴はここにある。

終末期医療においても、「できる限りの延命および QOL 向上・保持を目指す」ということが治療の目標になることに、基本的な相違はない。そこである治療が延命と QOL の向上・保持の双方を結果する場合には問題がない。しかし、終末期の場合は、ある治療は延命という結果をもたらすが、延びた命は本人にとっては苦痛に満ちた（つまり、QOL が非常に低い）ものでしかないというような場合がある（これが「徒な延命」と言われる場合である）。また、苦痛を緩和する目的でなされる治療（疼痛コントロール等）が、余命を縮めるという副作用を伴う可能性がある場合（最近の緩和医療の技術の発達により、こういうケースはだんだんなくなっている）や、ある治療を開始しない・中止する方が、患者の QOL の向上・保持をもたらすが、余命を縮めもある場合がある。このように、延命と QOL が両立しない場合に、「死に至るまでの時間が限られている」という状況下においては、QOL の向上・保持を延命効果よりも優先的に考えることが適切である場合が多い。この点は、従来の医療における、延命や治癒を第一義的に考える傾向と異なる点であり、医師をはじめとする医療従事者が、終末期医療において患者の最善を考える際に留意すべき点である。

以上では、患者自身の最善を目指すことを述べたが、終末期医療・ケアにおいては、患者と並んで家族等、患者と深い関係にある人達の最善を考える必要がある。「死に至るまでの時間が限られている」ことを考慮に入れることには、家族は遠からず遺族になること、そしてそのことを家族等は現在意識しているであろうことに配慮することも含まれる。以下に述べるように、治療の決定に際して、患者自身の意思を尊重することと並んで、家族等も納得できるように話し合いを進めることは、このような配慮にもつながる。

(2) 患者の意思を尊重するという観点で

治療方針を決めるに際しては、患者の意思を尊重しなければならないことは、医療一般に通じることであり、例えば、患者が対応できる状態（competent）である限りは、インフォームド・コンセントを得た上でなければ、治療を開始することができないといった点については、終末期医療も医療一般と何ら異なるところがない。終末期医療においては、特に患者の意思を尊重することが重要となる。というのは、通常の医療においては、患者にとっての最善を全体として評価することによって、患者の意思を個別に聞かないでも、患者の意思を推定できる場合が多い（もちろん、だからといって患者の意思を個別に確認する必要があるには違いないのだが）。これに対して終末期医療においては、患者の人生観、価値観によって患者にとっての最善の方策が異なるということがしばしばある。例えば、延命とQOLが両立しない時に、どちらを優先するかについては、一般にQOLを優先する方が良いと言えるにしても、個別に患者に確認してみないと確定できないし、更にもどの程度のQOLが保てるならば良いとするかには個人差がある。また、QOLといってもいろいろな側面があり、鎮痛剤を使うと活動力も低下するというような場合、患者によっては、ある程度痛くても活動力をなるべく落とさないようにしたいと希望する人もいれば、活動力が落ちてでもできるだけ痛くないようにして欲しいと希望する人もいるであろう。こうした選択については、どちらの方が良いかについての一般論はなく、まさに患者個々人の評価によって決まる。このような場面において、治療の選択は患者の自己決定に基づくということが、有効に働く。

終末期医療において、特に生死が分かれるような治療の選択や、療養をどのようにするか（例えば在宅型か施設型か）などの決定に際して、それは患者にとってのみ自分の問題だということにならず、患者と支えあって生きている家族にとっても自分の問題だというべき場面がある。そのような場合、患者単独の自己決定ではなく、家族との十分な話し合いによる、いわば共同の自己決定が望ましい。

患者の意思を尊重することをめぐって終末期に起こり得る問題の幾つか

に触れておく。まず、患者・家族の意思が、医療者側が判断する患者にとっての最善と食い違うという場面があり、現場の医師にとって悩ましい問題となっている。例えば、医学的にはもはや効果のある抗がん剤はなく、無理に投与すれば害があるのみだと判断され、緩和的対応を中心にしていくのが患者にとって最善だと考えられる場面で、患者があくまでも新しい抗がん剤の投与を望むといような場合である。この場合、医療者側は、患者に状況を丁寧に説明すると共に、患者の声に耳を傾け、何故それを望むのか、どのような価値観がその背景にあるのかを聞く姿勢が必要である。そのように患者の考えを正しく理解し、それを考慮に入れてもなお、抗がん剤投与は無意味な対応であるかどうかを検討するといったプロセスが望ましい。最終的には、患者の意思が状況を正しく理解した上でのものであれば、それに従う、あるいは患者の意思であっても患者の害になることはできない、といったルールを持ち出さざるを得ないとしても、その前に、よく話し合っ、医師として考える患者の最善と患者・家族の現実の意思とが調和的になるよう、即ち、医師と患者・家族の合意を目指すコミュニケーションの努力が必要である。

「医療者側としては害あって益なしと思うが、患者が望むのだから仕方がない」として、自らは納得していないにもかかわらず、患者の希望通りにしておけばよいとする傾向が見受けられるが、これは医療者側が何が良いかについての責任ある判断を放棄していると思われる。あくまでも医療者側は自ら主体的に治療方針の決定プロセスに関与し、患者側との合意を目指すべきである。

次に、終末期においては、患者が対応する力を欠いた状態(incompetent)になり、治療の選択にあたって、患者の意思が不明確であるという状況がしばしば生じる。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。ここで、家族は必ずしも患者の意思を代行しようと振舞うとは限らず、

家族自身の都合や希望に基づいて希望を表明することがある。その場合には、家族も当事者である以上、家族の意思もできる限り尊重しようとしつつも、家族に患者の意思はどこにあったかを考え、それを尊重する姿勢をも併せ持つように、働きかけることになる。

(3) 事前指示 (advance directives)

終末期には、死に近づくとつれ、患者が対応する力を欠いた状態になることが多いということから、患者の意思を尊重する医療を進めるためには、患者に対応する力があるうちに、事前指示（対応する力を欠く状態になった場合に、起こり得るさまざまな状況に対して、どうして欲しいかという意思を表明しておくこと）をしておくという方法がある。事前指示には、起こり得る状況に対処する仕方を指示しておく方法（具体的な指示の他に、患者の価値観・人生観を述べる方法もある）と、代理人を指名しておく方法とがあり、両者を併用するのが適当である。

患者の自己決定を重視する立場からは、事前指示は重要であるが、次のような点から、事前指示を絶対視するわけにはいかない。まず、患者は自分が将来どうなるかを予想しつつ予め指示をするわけであるが、その際の患者の予想は適切とは限らないからである。自らの将来を予想している限りでは否定的に捉えていたが、実際にそうなってみるとそれほど否定的に考えることではなかったといった経験は誰にでもある。また、事前指示をした時点での患者（対応する力あり）と、実際にその事前指示が検討の対象となるような事態になった時点での患者（対応する力はないが意識はある）とが大きく異なってしまうという場合がある。対応する力があつた時に「認知症が進んだ段階で、誤嚥性肺炎を繰り返し食べられなくなった場合には、もう人工栄養補給などはせずに、自然に衰えて死に至るままにして欲しい」と言っていた患者が、実際にそのようになった時点では「食べたい」と希望し続ける、というような場合がそのような例である。また、事前指示が、担当の医師と話し合っ合意した上で作成されたものであれば、医師も納得しているものと言えようが、患者が対応する力がなくなった時点で、これが事前指示だとし

て家族等から示された場合、医師はそれについて疑義を抱いたとしても、患者と話し合うことができず、ただ一方的に指示されることになる。話し合えば患者が意見を変えたかもしれない内容のものは、十分な理解に基づいた意思とは言えない以上、医師はこれを無条件で受け入れなければならないということにはならない。加えて、事前指示の取得にも配慮すべきことがある。例えば、重篤な疾患があることを知らされ、精神的に落ち込んでいる状態で入院した患者に、直ちに状態が急変したり、死期が近づいて意思表示ができなくなった状況になった場合にどうして欲しいか、予め意思表示をしておくことを求める病院がある。病院としては、万全を期して事前指示を求めているのであろうが、患者の状況によっては、医療者側の心無い振る舞いと感じられる場合もある。事前指示をするプロセスで、患者は自らの行く末を否応なく考えさせられるのだということに配慮した対応が必要である。

以上のような点から、事前指示は患者の意思を尊重する医療にとっては今後重要なポイントになると思われるが、適切な作成の仕方が必要であり、またそれが絶対的なものではないということに留意すべきである。

Ⅲ 緩和医療

1. わが国における緩和医療の現状と展望

(1) 緩和医療の発展と現状

1) ホスピス・緩和ケア病棟

ホスピスの存在がわが国に紹介されたのは1970年代であったが、わが国初のホスピスが聖隷三方原病院に院内独立型ホスピスとして開設されたのは1981年である。続いて院内病棟型ホスピスが1984年に淀川キリスト教病院に開設された。その頃から、医療従事者のみならず、一般の人々もホスピスに高い関心を示すようになり、ホスピス・緩和ケア病棟の数が徐々に増加してきた。このような状況の下、厚生省は1987年7月に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し、1989年にその報告書「がん末期医療に関するケアのマニュアル」が公表され、更にその改訂版である「が

「緩和ケアに関するマニュアル」が2002年に発行されている。

1990年4月にはホスピス・緩和ケアが医療保険の診療項目として採用され、診療報酬項目「緩和ケア病棟入院料」が新設された。その結果、ホスピス・緩和ケア病棟を有する医療機関が急速に増加し、2004年2月現在、ホスピス・緩和ケア病棟として届出受理された施設数は、124施設、2,374病床となっている。2000年に行われた調査では、緩和ケア病棟におけるスタッフの配置状況は、平均して1施設あたり常勤医師1.5人、常勤看護師は15.6人であった。また、ソーシャルワーカーは専任24%、兼任59%、宗教家は専任12%、兼任23%、カウンセラーは専任6%、兼任22%、ボランティアは専任49%、兼任36%の配置であった。

2) 緩和ケアチーム

緩和ケアチームの活動として、①病棟スタッフと協力しながらの患者の身体的・精神的な苦痛の緩和に関する助言、②家族への関与と支援、③病棟スタッフへの助言と支援、④緩和ケアに関する学際的な教育、⑤病院とホスピス・緩和ケア病棟や在宅ケアとの連携・調整、⑥緩和ケアに関する監査および研究、などが挙げられる。新たなホスピス・緩和ケア病棟を開設せずに、専門的な緩和ケアを提供できるこのシステムは、経済的な効率性の点でも注目されている。

わが国では、1990年代から一般病院における緩和ケアのコンサルテーション活動が開始されていたが、2002年4月に診療報酬項目として「緩和ケア診療加算」が新設されてから、一般病棟における緩和ケアチームの活動が本格化した。2003年に行った「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」と「大学病院の緩和ケアを考える会」を対象とした調査では、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の162施設中36施設、大学病院（分院を含む）の125施設中27施設に緩和ケアチームがあると回答されている。しかし、「緩和ケア診療加算」の承認を受けているチームは、全国で20～30しかないと推定されており、緩和ケアチームによる緩和ケアの活動内容や質の評価が今後の課題として残されている。

3) 在宅ケア

在宅ケアの歴史は古く、世界初の緩和病棟であるセント・クリストファー・ホスピス創立の2年後にあたる1969年に、既にイギリスで開始されている。在宅ケアによる緩和医療は、患者が自宅で過ごすことを希望した場合、患者と家族を対象にして、入院時と同様な援助を提供する事を目指している。在宅ケアの目標は、生活の場で可能な限り良好なQOLを実現することで、在宅医療は入院施設での医療に比べて、次のような優れた点を持っている。①患者は住み慣れた自宅で、自分のペースで生活することができる。②患者は家族とともに過ごすことで、家族の中の自分の役割を保ち、かつ果たすことができる。③介護の中心は家族であり、入院施設に比べて患者の意思を最大限尊重できる。その一方で、在宅医療には以下に述べる短所がある。①病状の急変や症状の悪化に迅速に対応することが困難なことがある。②家族に介護の負担がかかり、過大となりやすい。③介護用品などの療養に必要な器具や設備を揃えるなどの経済的な負担を伴う。

これらの長所を生かし、かつ短所を補うためには、在宅ケアのシステムが社会的に整備されることが不可欠である。在宅ケアは、ホスピス・緩和ケア病棟などの施設における医療と対立するものではなく、むしろ入院施設での医療の欠点を補うものである。そのためには、訪問介護の人材養成ならびに在宅ケアの経済的負担、家族の負担への配慮などが求められる。従って、在宅ケアと入院施設での医療を一体化して実施することにより、相互の長所と短所を補い合うことが可能となる。

アメリカやイギリスでは在宅ケアが充実しており、その年間利用者は各々54万人と12万人と報告されている。しかし、わが国では在宅ケアのシステムが十分には発達しておらず、その利用者数および在宅で亡くなる人も少ない。このように在宅ケアが普及しない理由としては、①医療機関の問題、②患者・家族の意識の問題、③情報不足、④制度の問題、などが挙げられている。今後、在宅ケアのニーズはますます高まっており、各地域ごとのネットワークの構築が不可欠である。

わが国の緩和医療を支える全国的な組織として全国ホスピス・緩和ケア病

棟連絡協議会がある。本協議会は、1991年にホスピス・緩和ケアを行う施設の質の向上とホスピス・緩和ケアの啓発・普及を目的として発足した。本協議会は、年次大会において各施設に共通する問題や課題に関して意見の交換を行うほか、厚生労働省と連絡をとりながらホスピス・緩和ケア病棟の普及、内容の改善に取り組んできた。

わが国における緩和医療を支えるもう一つの全国的な組織として、日本緩和医療学会がある。この学会は、1996年に創設された。本学会の目的は「がん患者の全経過を対象としたQOL尊重の医学、医療である Palliative Medicine の専門的発展のための学際的かつ学術的研究を促進し、その結果を広く医学教育と臨床医学に反映させる」ことにある。2004年2月現在、学会員数は2,513名に達している。会員の構成は医師58%、看護師31%、薬剤師6%、その他5%となっている。

(2) わが国における緩和医療の展望

医療の現場において、緩和医療が診断・治療と同等に必要なことが広く認識されることが望まれる。そのためには、専門分野として緩和医療を確立することが不可欠である。また、緩和医療の対象となる疾病が、現在のようにがんやエイズに限定されず、難病を含めた多くの疾患に拡大されることが是非必要である。

わが国における緩和医療の今後の課題として、以下の事が挙げられる。①ホスピス・緩和ケア病棟を有する施設数の増加とその質の確保。イギリスと同等の数が必要であると仮定すると、わが国でも現在の約3倍の施設が必要となる。それと共に、質の高いケアの提供に取り組んでいくことが重要である。②緩和ケアチームの活動の成熟。緩和ケアチームの活動は始まったばかりであり、どの施設も試行錯誤の段階にある。相応しい専従スタッフを確保し、その活動を充実させていくことが重要である。③在宅ケアの拡充。少子高齢化・核家族化が進行しているわが国の現状の下、在宅ケアのネットワークを構築することが鍵となる。④緩和医療教育の充実。医学校での卒前・卒後教育において、緩和医療が取り上げられてきているが、決して十分とは言

えない状況にある。⑤緩和医療の研究。緩和医療が発展し、その目標を達成するためにも、患者・家族に十分に配慮した適切かつ有益な臨床研究が不可欠である。

2. 小児難病に対する緩和医療

(1) 小児の死

- ・ 小児の特徴は、身体の発育、理解・認知・情緒・同意能力などの精神の発達、親や同胞（兄弟姉妹）など血縁者（家族）との関係の密接さ、教育を受け権利を有すること、である。従って、小児の死は、未来の中断と可能性の喪失を意味する。家族にとって、特に親にとって「逆縁」であり、「かけがえのない存在」を失うことである。

小児が死を迎えるパターンには4通りの経過がある。第1は、急速に死を迎える場合である。事故やインフルエンザ脳症などの急性疾患が挙げられる。第2は発症後、死まで右肩下がりの経過である。これには脊髄性筋萎縮症1型や神経変性疾患、脳幹神経膠腫など現在は治療ができない疾患が相当する。第3は、改善と悪化を繰り返す経過である。例としては転移性神経芽腫など、治療に反応するが、寛解と再燃を繰り返して死に至る疾患である。第4は、発達という小児の特徴のために、発症後も状態は改善するが、ある時点をピークとして次第に進行して死に至る場合である。重症の筋ジストロフィーがこれに相当する。これらのそれぞれの状態において、本人・親・同胞は、不安を感じ、喪失の時を迎える。

(2) 新生児医療における医学的、倫理的観点からの意思決定

胎児医療、周産期医療、新生児医療の進歩によって、超低出生体重児であっても生存率が高まり、障害の発生頻度が相対的に低下している。治療に反応して危機を脱し回復していく新生児が多くを占めるようになりつつある一方で、積極的に治療をするべきか、または治療を続けるべきか新生児集中治療室(NICU)において医療チームが悩んできた。仁志田博司らは1987年に「新生児医療における倫理的観点からの意思決定の分類」を提唱している。

更に、2000年に船戸正久らは「淀川キリスト教病院の医学的、倫理的意思決定のガイドライン」において、(Class A：積極的医療、Class B：制限的医療、Class C：緩和的医療、Class D：看取りの医療)と分類している。具体的には、Class Cでは「現在行っている以上の治療は加えないで、その『生命力』に委ねる。ただし、最高の看護に徹し、家族との時間を最大限に大切にする。同時に痛み、不安、痙攣などの小児に苦痛を与える症状については積極的な緩和的治療（鎮痛剤、鎮静剤、抗痙攣剤の処方）を行う。心停止時の蘇生はしない(DNR)で、『自然経過』に委ねる。ただし、この状態であらゆる治療から脱して生存した場合、特に人工呼吸器からの離脱ができた場合、患児の生命力として、その生を最大限にサポートする」としている。Class Dでは「現在行っている人工呼吸器を含む全ての医療を『過剰医療』として中止し『自然経過』に委ねる。あらゆる医学的介入を中止し、両親の手元に患児を返し、抱っこしてもらって十分スキンシップを取りながら大事な『看取りの時』をもってもらおう。できれば家族全員（祖父母、兄弟姉妹）が患児とともに一定の時間を十分納得がいくまで過ごしてもらい、看取りの場にも立ち会ってもらおう。家族が希望すれば、牧師その他、家族の希望する宗教家に立ち会ってもらい、最後の大切な『別れの儀式』の時をもってもらおう」としている。Class Dは、「家族が安らかな看取りを希望し、小児の状態が悪化し、死が免れないと判断したとき」を適応としている。更に、2004年に「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」が、成育医療委託研究「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」班（主任研究者：田村正徳）により作成された。ここでは、親が「小児の最善の利益」の観点から意思決定できるように支援し、生命維持に必要な治療の差し控えや中止の基準の明示は、極めて個別性と倫理性の高い事柄であるがために困難であり、治療指針的なガイドラインは作成せず、「両親と医療スタッフが話し合うためのガイドライン」としている。

(3) 小児の終末期医療の特徴

人は何歳になると物事を理解し、判断し、意思決定ができるようになるのであろうか。一般的には5～7歳になると、約6割は身体の機能停止、非可逆、普遍性など死の概念を理解する、更に、重篤な疾患の小児は同年齢の小児より年少で死を理解し、ターミナルステージを迎えると、大人が秘密にしても、自分の病気の予後や死が迫っていることを悟っている、とされている。小児の Informed consent に関しては、The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Belmont Report, 1979) において、賛意 (assent) の概念が記載されている。それには新生児期～幼児期には両親が代理で決定すること、7～14歳においては医療行為への小児自身の賛意が必要であり、Informed assent の概念が述べられている。

小児の終末期医療の特徴の第1は、年齢・発達に応じた情報伝達、小児にいかなる情報を伝えるか、どのように情報を伝えるかという配慮が必要であることである。また子ども自身の意見、希望を聞き、こころのケア (spiritual support) に当たることも忘れてはならない。

小児の終末期医療のもう一つの特徴は、家族サポートの重要性である。両親、特に母親は子どもにとって最も身近な存在である。両親が子どもの現状を受け入れることができるように、その気持ちを理解し、子どもと穏やかに向き合えるように支援していくことが医療チームに求められる。家族会などの情報の紹介によりピアサポートの機会を提供すること、ソーシャルワーカーとの連携によって医療社会福祉の情報を呈示することも有意義である。

患児の兄弟姉妹は、両親の関心が自分に向かなくなっていると感じて疎外感を持つ。医療チームは、患児の兄弟姉妹と話し合い、患児の情報を正しく共有することによって、兄弟姉妹との信頼関係を築くことができる。

(4) 難病をもつ小児への緩和医療

1) 侵襲的人工呼吸管理を受けるか否かの決定に必要なこと

難病をもつ小児の終末期において、気管内挿管、引き続き気管切開を伴

う侵襲的人工呼吸管理を受けるか否かの決定は、新生児医療における生命維持に必要な治療の差し控えや中止の際と同様な状況である。「小児の最善の利益」の観点から十分な情報を提供し、本人の自己決定、もしくは両親の代理的自己決定を得る。即ち、人工呼吸器の装着を含んだ積極的医療を中心に受けるか、人工呼吸器の装着はせずに緩和的医療を中心とする医療を受けるか、十分に話し合った上での決定を得て、その選択結果を尊重して、患児のケアおよび家族の支援に当たることになる。従って、その意思決定のプロセスには、決定の判断材料となるべき正確で分かり易い情報の提供が必須である。具体的には、第1に人工呼吸器装着後の状況の説明、例えば気管切開術、気管カニューレの交換、気管切開の合併症など医学的情報、在宅ケアへの移行の可能性、院内外泊や試験外泊など在宅ケアに移行するための過程、両親が患児の医療的ケアに習熟することの必要性など、第2に医療費・医療福祉、訪問看護・ヘルパー等の地元の介護サービスなどの社会的資源に関する情報提供とソーシャルワーカーの紹介、第3に患者家族会などのサポート組織や経験のある両親の紹介、第4に気管切開をした後の患児におけるコミュニケーション手段の教育と支援である。

2) 小児難病、特に神経筋疾患における終末期医療の特徴

近年の非侵襲的な経鼻的間欠的陽圧人工呼吸 (NIPPV) の進歩によって、気管切開による人工呼吸管理 (TIPPV) の選択を迫られる時期が格段に延長し、生活の質 (QOL) が向上した。しかし、NIPPV の適応とならない乳児期やNIPPV によっても換気不全が改善しない患児にとって、TIPPV によってのみ死を免れることになる。呼吸筋の障害によって換気不全が進行した神経筋疾患の患児において、気管内挿管を受け人工呼吸器を装着することは、挿管チューブを抜くことが死に繋がることを意味する。即ち、気管内挿管を受けるか否かの選択は、TIPPV を受けるか否かの決定となる。

根本治療法が未だない難病 (神経筋疾患) においても、本人と家族が死と向き合って、事前指示 (advance directives) として文書を作成している例は稀である。例えば、Duchenne型筋ジストロフィー (DMD) において、NIPPV の

導入によって寿命が延びてきている。しかし、着脱が可能なNIPPVから離脱ができないTIPPVに切り替えざるを得ない時期がくる。その時、TIPPVの装着を選択するか否か、つまり気管内挿管を受けるか否かを本人と家族が十分に考えて決定する時期となる。「気管内挿管を受けてTIPPVを開始したい」という意思決定をした場合は、急変を待たずに全身状態の良いときに計画的に気管切開をしてTIPPVの開始をしていくことが、その後の本人の生きていく姿勢にも繋がる。「気管内挿管を受けたくない」という意思決定をした場合は、急変時に事情がわかっている主治医のもとに運ばれず、他の病院に運ばれたとき、本人の意思に反して挿管と人工呼吸管理が開始される可能性がある。「リビング・ウィル」は事前指示として紙に書き本人が持参していることが必要である。

難病（神経筋疾患）では、中枢神経障害や心筋障害を合併することがある。運動機能の障害を示し長期のケアの末の終末期であることも特徴である。これらの特徴のために介護者の負担が大きく、それが長期にわたり、介護者（主に親）の高齢化と心身の疲弊の問題も派生する。それに対する人的支援・経済的支援を考慮していかなければならない。

小児難病においては、その疾患の専門医が診断からターミナルステージに至るまで包括的に携わることが多い。従って、医療チームと患児本人・家族との信頼関係の良好な構築が保たれやすい。

3) 小児難病における終末期医療への移行

成人の悪性腫瘍における終末期医療と異なり、小児難病の終末期医療では、本人と家族にとって終末期がいつ始まったのかが明らかでない。治療的ケアから緩和医療への移行は、ある時期に一段階で切り替えるというものとはいえない。診断時点から治療探索を含む治療的ケアが始まる。それと共に、本人に対してのリハビリテーション、快適さと最大のQOLのためのケア、家族に対してのサポートケアを行う。臨床経過に従って緩和医療の比重が増すようななだらかな切り替えが適切であると考えられる。患者の死が避けられない状況になってきたとき、本人と家族に対しての「死前のケア」「死別の

ケア」など、医療チームが一体となっていくことが必要である。子どもを亡くした後のサポート、心理職の介入による喪の仕事(グリーフカウンセリング)の可能な医療チームの構成を考慮することが求められる。

IV 尊厳死

1. 尊厳死とは

(1) はじめに

かつて西行法師は「願はくは 花の下にて春死なむ その如月の望月の頃」と詠んでいる。このように人間は昔から人生の最期は自分が選択したいと思っていた。しかし、現代医療の場では医療者側の判断が優先され、一人一人はその死に様に必ずしも関与、選択できない状況が生まれている。人間は生まれて以来、進学、就職、結婚に際し、いずれも自分自身の選択で決断してきたが、死を迎える場合にだけ、自分が関与できないのは不自然というべきである。健やかに生きるのは当然として、安らかに死ぬのも重要な人権の一つとして尊重されるべきである。

医学はヒポクラテス以来、一日でも長く命を延長すべき責務を有し、最期まで延命に努力する中で明日の医学が生まれると教えられてきたし、また社会もそれを当然と受け止めてきた。医学・医療が十分発達していなかった時代は、その考えの矛盾が表面に出なかった。しかし、医学・医療の進歩が大きな幸福をもたらした反面、終末期における人工呼吸器や経管栄養などの延命措置がかえって患者の苦痛を強制し、尊厳なる生を冒す場面がしばしば見られるようになった。この現状下で不治、終末期や回復不能な植物状態での延命措置は人権をそこなう行為であり、人生の最後を尊厳をもって迎えたいという考えが生まれてきた。

死が不可避である以上、いかに医学・医療が進歩しても不治・末期の状態を迎えることは、不可避である。それならば、健やかに生き抜き、最期は苦痛に妨げられることなく、安らかな状態で満足感をもって人生の有終の美を飾りたいと思うのが当然である。

(2) 尊厳死の理解のために

1976年アメリカ、ニュージャージー州最高裁で下されたカレン裁判の判決は尊厳死に関する象徴的な事件であった。21才の女性で意識を失ったカレン・アン・クィンランが植物状態に陥り、全く回復の見込みがないことから、両親は人工呼吸器で生かし続けることは人間の尊厳さを冒すものとして人工呼吸器を止めることを希望し、停止しても免責される事を裁判所に求めた。第一審では敗訴したが、最高裁で主張が認められ、世界の注目を集めた。このカレン裁判を契機に延命措置の是非を問う議論が起こり、尊厳死運動が世界中に広がった。カリフォルニア州では自然死法が成立し、引き続いてアメリカのほぼ全州で「リビング・ウィル」法が実現、連邦法として自己決定権法が成立した。ヨーロッパにおいても尊厳死は社会的に広く定着し始め、法王庁も尊厳死は安楽死とは別であるとしてこれを容認している。

(3) 高齢者と死

長寿社会を迎え高齢者の死が大きな問題となる時代が到来した。わが国は今や世界一の長寿国となり、世界は長寿世界一を達成したわが国の選択に熱い眼差しを送っており、われわれは自らの手で諸問題に対処し未来を創造してゆくべき責務を担っている。高齢者の死の問題も、その例外ではない。

日本では健やかに生き、苦しまずに死ぬことを望む高齢者が増え、「安らかな死」が幸せな長寿社会のキーワードになっている。高齢者は漠然としてはいるが、死がそう遠くない将来、訪れるであろうことを意識しており、健やかに生き、安らかに死ぬことを希望している。

現在、高齢者の死について、幾つかの問題が浮上している。最初に挙げられる問題は、わが国における死亡場所である。多くの日本人は住み慣れた自宅、住み慣れた地域で最期を迎えたいと希望しているのにも拘わらず、病院での死亡は約80%である事が指摘されている。それだけ最後まで医学の恩恵に浴しているともいえるが、逆に病院内で、いたずらな延命措置を受けている可能性も否定できない。病気を治すために止むを得ず入院するが、最期を迎えるためだけに入院を希望する人はいない。最期を迎えるのは自宅で、苦

痛なく、家族に見守られて有終の美を飾ることができるようにわが国の環境を整備する必要がある。

最近では福祉施設で最期を迎えたいと希望し、そこで「リビング・ウィル」を提示する人も増えている。死の看取りは医師の手による必要があるが、福祉施設には延命措置を拒否する人々に対する新たな対応が求められている。福祉施設によってはターミナルケアを担当しない場合があるが、一方では福祉施設で最期を希望するケースが増えている現実がある。

死を迎える高齢者に対して、国民には現在の社会の構築を担った先達に対する敬意と共感が求められている。高齢者が死を迎える場合、入院でも在宅でも福祉施設でもまず本人の意思が最優先されるべきで、それだけに本人の意思、「リビング・ウィル」を理解し支援する体制が求められている。

尊厳死では、自分の死に様を決定する自己決定を求めている。医師は、尊厳死が重視され始めたことを、十分に理解する必要がある。同時に、医師は何がその患者にとって最善であるかについて、医師としての医療方針を放棄することなく患者との合意を目指すべきである。尊厳死の理解のためには「人の死」の問題を医学教育で取り上げることが必要であり、事実、この問題を医学教育に取り入れる大学が徐々に増加している。

(4) 日本尊厳死協会

日本尊厳死協会は 1976 年、医師であり国会議員であった太田典礼を中心に宗教家、大学教授など多くの知識人が参加して結成された。当時は尊厳死という表現がなく、消極的安楽死と呼ばれていたため、発足時は日本安楽死協会と称していたが、1981 年リスボンの世界医師会総会で尊厳死(Death with Dignity) という表現が採択され協会の名称も尊厳死協会と改められた。

日本尊厳死協会の会員数は毎年増加し 2003 年には 10 万名を越え、世界連合の中でも最も規模の大きい団体となっている。ただ、世界連合に参加している諸団体の多くはアクティブメンバーが中心であるのに対し、日本の協会では「リビング・ウィル」の保管を依頼するだけの受け身の会員が少なくないという問題点が指摘されている。

なお、現在協会は尊厳死の法制化に向けて活発な活動を展開している。2004年には尊厳死法制化議員連盟が設立され、遠くない将来、法制化されることを期待する声が少なくない。2004年、厚生労働省の終末期医療に関する懇談会も、患者の意思を尊重すべきとの事項を含む答申を提出している。1992年、日本医師会も第Ⅲ次生命倫理懇談会の報告書の中で、リスボン宣言に対応して患者の意思を尊重すべきことを指摘している。

(5) 認知症と尊厳死

患者の尊厳死をめぐっては、従来から「重度の認知症」を尊厳死の対象に加えて欲しいという希望の声が多い。しかし一方で「認知症の患者も一生懸命生きようとしており、不治・末期でない」、「健康者からみた認知症には偏見がある」、「認知症患者には苦痛がない」、「認知症は近い将来、治るようになる」などの理由で反対する人も少なくない。なお、1994年日本尊厳死協会は認知症を尊厳死の要件に加えないことを決定している。

(6) 安楽死

安楽死に対する対応は、各国で異なっている。オランダ、ベルギー、アメリカのオレゴン州などでは、医師が死の時期を早める安楽死ないし医師による自殺幫助が、法律で限定的に容認されている。いずれの国でも数多くの大きな議論の末、国民的選択で安楽死を認めている。ただ、これらの国でも全ての住民が賛成しているわけではなく、カトリックや福祉関係者は反対している。

一方、わが国では安楽死の条件に言及した世界最初の判決が行われており、その後も安楽死に関する判決が報道されている。1962年名古屋高裁で下された判決が、世界最初の安楽死判決とされている。その判決では、①本人の意思、②耐えられない苦痛、③医学の対応不可能、④不治・末期、⑤医師の手による、⑥倫理的な方法、の6条件が提示されている。更に、1995年東海大学安楽死事件では、同様に①本人の意思、②耐え難い苦痛、③不治・末期、④他の代替方法がない、などの4条件が判決の中で明示された。ただ、いず

れの判決も安楽死の条件は提示しているが、被告はこれに該当せずとして有罪の判決を言い渡されており、わが国で安楽死が認められた判決はない。

また、安楽死に似た事件はその後も散発的に起きており、その多くは有罪の判決を受けており、いずれも本人の意思が明確でなかった。本人の意思が書面で明確に書かれていたならば、事情は有罪であっても判決は若干異なつたと考えられる。安楽死の場合でも、本人の意思を重視するルールが必要であり、そのための法制化を望む意見がある。本人の意思が重視されている点では、安楽死と尊厳死との間に共通点がありうるといえる。死の問題は、人類共通の未来課題であるといえよう。

2. 欧州における終末期の決定

欧州社会においては、終末期の扱いは医師の裁量権内のこととみなされ、今日においても基本的には医療職能集団が定めるガイドラインに委ねられてきている。その中でオランダでは、1970年代から安楽死について社会的な関心が大きくなり、合法化の議論がなされてきていたが、他の欧州諸国はこれを特殊事例と見なしてきた。しかし、数十年にわたる国をあげての議論と司法制度の試行的運用の末、2001年にオランダ議会で安楽死法が成立すると、欧州諸国はこれを無視しえず、終末期の決定のあり方について、社会的議論を行う必要に迫られてきている。幾つかの国では法改正が行われる一方で、他の国では議会に法案が上程されたり、報告書がまとめられた段階にあり、その内容は、医療職能集団の統治のあり方や歴史的事情、例えばドイツのナチ体験などが反映して多様である。ただし長期的視点からすると、生死に関わる問題は、医療職能集団による裁量から立法府が取り上げる課題へという大きな流れの中にあると考えられる。

オランダでは1970年代から、医師による安楽死の実施とその裁判が引き金となって、社会的議論が次第に活発になり、1993年の改正埋葬法によって、厳格な条件を満たした上で安楽死を行った場合には、嘱託殺人罪は構成するものの、その医師が起訴されることは稀になった。この議論の延長線上の2001年に成立したオランダ安楽死法は、以下の要件を満たした場合の安楽死を合法とした。

12歳以上（12～18歳までは条件つき）で、安楽死の意思を明確かつ繰り返し表明し、耐え難い苦しみがあり、治療によって回復する見込みがない場合、他の医師による助言を得て、かつその医師が患者と面談して文書による確認をした後、患者の望みを叶えてよいことになった。安楽死の実施後は、全国5つある地域審査委員会に届けられて審査を受け、疑義のある場合には検察局に通知される。

オランダにおける安楽死法の合法化は、オランダ医師会、安楽死を推進するNGO(非政府組織)、これに批判的なキリスト教系組織などが、一般メディア、検察委員会、議会などの場において真摯な議論を積み重ねてきた成果であり、また「かかりつけ医師」制度の下で医師と患者との長い人間的な繋がりがあっても重要な要因である。長期にわたる議論の結果、終末期における決定について一定の共通認識が形作られてきており、2002年4月の安楽死法の施行以降、地域審査委員会に通知される安楽死の数は、2,000件前後、死亡総数の約2.2%と安定している。当然のこととは言え、医師は安楽死には慎重な態度をとっており、患者からの安楽死の要請のうち、3分の2は医師によって拒否されている。オランダでは1990年以来、ほぼ5年ごとに医師に向けた大規模な調査が行われてきているが、匿名を条件としたこれら調査では、患者の要請に基づく医師による薬剤投与を介した生命停止を意味する狭義の安楽死以外に、患者の要請に基づく医師を介した自殺幫助、明確な要請がない医師による生命の停止という、広義の安楽死に該当するケースも集計されており、地域審査委員会へ通知されない狭義の安楽死を含めた、これらの実施総数は通知数の2倍以上にのぼると見られている。更には、生命の短縮が予想される苦痛の緩和、延命処置の中断、延命処置をしない決定なども実施されており、オランダにおいては終末期における医師の裁量権がきわめて幅が広いことが実証されている。

オランダの隣国ベルギーでは2002年5月に安楽死法が成立した。法律の内容と手続きはオランダのそれに酷似しており、18歳以上で、安楽死を明確に希望し、その意思を繰り返し表明し、耐え難い苦しみがあり、治療によって回復する見込みがない場合、安楽死を行った医師は殺人の罪に問われないことになった。ベルギーはオランダ語とフランス語を公用語としているが、2003年分のみ

ると、申請書の約 80%はオランダ語で作成されており、安楽死がオランダ語圏において活発に議論されている課題であることを示唆している。

一般にカトリック教系の国では、安楽死についての議論は慎重である。フランスでは 2005 年 4 月の法改正で、医師は、終末期にある患者に対して治療中止を行った場合の帰結を知らせた上で、緩和ケアを行いながら同時に本人の希望を尊重することができるようになった。

イギリスには 1930 年代に安楽死協会ができるなど、安楽死の法制化の議論には長い歴史があるが、1990 年代に入るまでは議会での審議は散発的であった。しかし 2001 年には、イギリス医師会が「延命治療の差し控えについての決定のガイドライン」を提示した後、2003 年には上院に安楽死法案が上程され審議が行われてきている。法案は、自殺法によって禁止されている自殺幫助に対し、患者が終末期の耐え難い苦しみにある場合、主治医に「死の幫助」を求め、その文書を作成し、他の医師による確認の下に、これを認めるというものである。この問題で上院に特別委員会が設置され、2005 年 4 月に報告書が発表された。

ドイツでは 1994 年に連邦裁判所が、治療中止は個別に認めうるとする判決を下して以降、「リビング・ウィル」の議論が活発になった。この問題ではドイツ連邦医師会は慎重であり、終末期医療に関する医師会会則を 2004 年に改め、同意能力のある患者は事前に自らの意思を文書しておくべきという、一般的表現を盛り込んだ段階である。他方、連邦議会・特別調査委員会は、2004 年 9 月に「リビング・ウィル」の中間報告をまとめ、民法の中にこれを繰り込むことを求めている。

スイスでは、刑法第 114 条が安楽死を禁じ、また同法第 115 条が利己的な動機による自殺幫助は禁止している。刑法のこの規定に対しては、患者のための自殺幫助であればこれに抵触しないとの解釈が一般的で、安楽死に代わる自殺を支援する NGO が存在している。ところが最近の調査で、死の自己決定を掲げる NGO の支援を受けて自殺を選んだ終末期患者の中には、医学的にはなお対処方が残されている場合が、少なからず含まれていることが判明した。そのため、医療の現況に合わせ、法律を厳格に運用する方向で見直すべきだとする意見が幾つか出されている。自殺幫助が認められるとして、国外から終末期の患者が

チューリッヒなどに移動している事実もあり、2005年にはスイス国家倫理委員会が意見書をまとめている。

このような各国の法的対応と同時に、終末期の決定の実態についても大規模な調査が着手されており、この点でもオランダにおける安楽死合法化の影響は小さくない。欧州医療機関の連絡組織である EURELD 連合は、2001年に、ベルギー、デンマーク、イタリア、オランダ、スウェーデン、スイスの6カ国の医師に向けて、終末期の決定に関するアンケート調査を実施した。2万例以上の死亡を対象にしたこの調査によると、終末期において何らかの事前の決定が行われこれが実行されている割合は、全死亡の23%(イタリア)~50%(スイス)を占めることが判明した。狭義の安楽死、患者からの要請に基づく自殺幫助、明確な要請のない安楽死、など薬物投与による死の促進が、オランダ(3.4%)を除いても1%程度行われている。上記の数値は、生命の短縮が予想される苦痛の緩和、延命処置の中断、延命処置をしない決定などが実施されていることを示しており、欧州社会においては、終末期の決定は患者の意思決定能力の有無に関わらず、医師によってなされていることが実証されている。ただしオランダの場合、安楽死議論の教育的な効果として、終末期の決定に際して、患者本人や家族との話し合いの下に行われる比率が高い点が特徴的である。

3. アメリカにおける尊厳死

(1)はじめに

アメリカにおいては、1950年代の後半から1960年代にかけて差別や不平等と闘う公民権運動などの人権活動が社会的に大きな広がりを見せた。これは、特に命の主体としての個々人の命と人間の尊厳を守り、育てる運動として、医療の領域においても幅広く展開される契機となった。アメリカ社会においても、死について語る事はタブーであったが、1950年代から60年代にかけて、フィーフェル(H. Feifel)やキューブラー=ロス(E. Kubler=Ross)の著書などが刊行され死の意味や終末期のケアをめぐる社会的な論議が広がった。ニューヘイヴン・ホスピス(在宅)がコネティカット州に創設されたのは1971年であった。このような命の終わりのケアについて、在宅でケアを受けたい

とか、医療費のコストを押さえたいといったニーズへの対応は、一面ではアメリカにおける先端生命医科学技術の進展と医療のあり方が、伝統的な医の倫理に基づく「医師中心」の発想から、「患者中心」の医療へと変革されていくことの反映であったともいえよう。確かに、患者の意向を尊重しての終末期在宅ケアは、結果的に医療のコストの節減に通じ、アメリカホスピス協会（2003年）によれば、在宅の場合一日の平均コストが108米ドルで、入院の場合には一人当たり一日のコストが2,121米ドルとなっているので、約20倍の差がみられる。

1972年にはアメリカ病院協会が「患者の権利章典」を採択し、従来からの医療における医師の父権的温情主義（Paternalism）への問題提起がなされ、特に終末期医療における死の問題を患者自身の価値観や人生観の問題として捉え直す動きがでてきた。

(2) アメリカにおける「尊厳死」の具体的事例

このような文脈の中で、次にアメリカにおいて終末期患者のケアと患者の死への権利、家族の意思判断をめぐって大きな注目を浴びたいわゆる「尊厳死」をめぐる3件の具体的な裁判事例を指摘しておきたい。これらによって、アメリカでの社会的動向が判断できるからである。

第1に、1975年のカレン・アン・クインラン事件が挙げられる。これは、生命維持装置の取り外しが争点となって、両親がニュージャージー州の裁判所に起こした訴訟で、回復の見込みも無く植物状態で人工呼吸器につながれた娘のカレンは、生前の意向に沿って、自然に死を迎える権利があると訴えた。1976年の判決に基づき人工呼吸器を外したが自発呼吸が回復し、その後10年近く生き続けた。この事件が契機の一つともなって、1976年には、カリフォルニア州で世界最初の「自然死法」が制定され、事前指示書としての「リビング・ウィル」に法的な効力が与えられた。

1981年には、アメリカ医師会や日本医師会等も構成メンバーである世界医師会が、リスボン宣言「患者の権利」を採択し、そのe項では、「患者は、尊厳のうちに死ぬ権利を持っている」とした。このような、終末期医療や尊

厳のうちに死ぬ権利などの問題は、医療における「治療拒否」の権利を含む「自己決定」原理の受容プロセスとして展開されてきたとも言えよう。

第2に、1990年6月25日の連邦最高裁判所で判決があった、植物状態に陥ったナンシー・クルーザンの「死ぬ権利」についての事例である。このケースでは、本人の意思が不明確として敗訴となったが、基本的に明確な意思表示の証拠がある場合の「死を選ぶ権利」を容認した。その後、ナンシー・クルーザンについても新たな証言に基づいて、ジャスパーク検認裁判所が本人の意思を踏まえた両親の主張を受け入れ、水分と栄養分の補給が停止され、1990年12月26日にナンシー・クルーザンは命を終えた。前記のカレン・アン・クインランのケースでは、同じ植物状態であっても水分と栄養分の補給は継続されていたが、クルーザンの場合には、それが停止されたという点に、大きな相違がみられる。

第3に、最近の事例として、2005年3月、マスメディアで広く全米に報道されたフロリダ州でのテリー・シャイヴォオ事件を挙げておきたい。約15年間にわたり、水分と栄養分の補給を受けてきた妻のテリー・シャイヴォオ自身が、「植物状態での延命を望んでいなかった」という夫マイケルの証言により、裁判所は水分と栄養分の補給停止を夫が行う事を認めた。ところが妻の両親がこれに反対し、これを支持する「生命権」尊重グループとそれをバックにしたブッシュ大統領の主導により、議会で緊急の立法化が行われ、個人の死の出来事に州や国家が政治的に介入するという異例の展開となった。テリー・シャイヴォオが入院していたホスピスセンターでは、夫の指示により水分と栄養分の補給が停止され、その14日後に妻は呼吸が停止し41歳の命を終えた。

まさに、1960年代以降のアメリカ社会において、「患者中心」の発想に基づき構想されてきた生命倫理が、社会と共に作り上げてきた大きな社会的動向をこれらの裁判事例の展開に見る事ができよう。

即ち、家族や親族等との関わりも踏まえながら、終末期医療において、あくまでも適正な判断能力を持った自立している個人の「自己決定権」を、「家族」も「親族」も原則的に尊重しなければならないということである。即ち、

アメリカにおいては、終末期医療についての生前の「事前の意思表示」の確認と尊重という社会的合意をもたらし、それが裁判においても明確に示されてきているということを、理解する必要がある。

次に、アメリカにおいてこのような判例の蓄積がなされると共に、立法面でも終末期を含む医療における「自己決定」を尊重する法制度面での展開もなされつつある点について、三つの特色を指摘しておきたい。

第1に、全米の各州に「リビング・ウィル」や「持続的委任状 (durable power of attorney)」を含めての自然死法や尊厳死法が制定されているということが指摘できる。

第2に、連邦政府は「患者自己決定法 (Patients' Self Determination Act, 1990)」を制定し、特に高齢者医療 (Medicare) など連邦政府に関わりを持つ病院、施設などでは、文書または口頭により「延命治療の拒否」などの選択ができる事を、入院患者の各個人に伝えるべき事が規定されている。

第3に、命の終わりをめぐっての患者の自己決定を保障する立法として、オレゴン州では「尊厳死法 (Oregon Death with Dignity Act, 1994、略称は ODDA)」の名称で立法がなされたということがある。医師の終末期患者への「自殺介助 (Physician-Assisted Suicide、略称は PAS)」を内容とする州法が1994年に市民のイニシアティブによる投票 (51%) でサポートされたが、反対派の訴訟により1997年10月まで、その施行が差し止められていた。その後、1997年11月に、再び住民投票で60%の支持を得て施行に至った。

(3) オレゴン州・尊厳死法と PAS について

このオレゴン州での「尊厳死法」は、医師による患者への致死薬の提供の合法化という面で、従来の尊厳死や安楽死の論争とは大きく異なった局面があるので、次にこれらを指摘しておきたい。

この ODDA による PAS については、アメリカ医師会は基本的に反対の意思表示を行ってきたが、オレゴン州医師会は、会員の意見に賛否両論がありこの尊厳死法の立法に中立的な立場であった。同法によれば医師には PAS に関わる義務はなく、自らの信条に反するなどの理由で PAS への関与を拒否でき

ると規定されていることに極めて大きな意味があり、このオレゴン州尊厳死法自体は積極的安楽死を容認せず、PASのみを合法化した点に特色がある。

PASにおいては、医師が処方した致死量の薬物を患者自身が自ら服用し死亡に至ることを目的としている。即ち、この法律では、患者自身の命の終わりについての自己決定権を確保すると共に、自殺幇助などの理由による医師の行為の刑事法上の免責を規定した点にも大きな特色がある。

なお、患者は自らのための致死薬の処方を主治医に対し要請するにあたって、少なくとも、口頭で2回、書面で1回行わなければならない。何よりも重要なことは、致死薬の処方の対象となる患者の適格性で、第1に18歳以上のオレゴン州住民、第2に終末期患者で余命6ヵ月未満、第3に自分自身の健康について決定し他者への伝達能力を持ち、自発的に致死薬の処方を主治医に対し行ったもの等となっている。その他、主治医による診断、主治医以外の専門医による診断、精神科医や心理療法士による診断、患者の近親者への通知の勧め、致死薬処方の要請の方式と待機期間、要請の撤回の機会を作ること、記録・報告義務など、詳しい規定がなされている。

(4)おわりに — 尊厳死と終末期ケア

2001年のアメリカ医師会雑誌の報告によると、この尊厳死法施行以後、オレゴン州では多くの医師が初めて真剣に終末期医療における患者の要求に耳を傾けるようになったという。医師がその使命観に反すると思えない致死薬の処方を回避するために、かえって終末期医療が充実するという結果をもたらし、終末期患者がホスピスケアに登録する率が8割前後の高い率となったという（他州の平均は約2割）。

なお、オレゴン州では病院で死亡する終末期患者は約3割と全米で最も低いとされている（他州では、病院やナーシングホームでの死が8割）。1998年以降2002年に至るまでの期間で、この法律の適用を受けたのは主としてがん患者（102名、79%）からなる129人で、平均年齢は69歳となっている（オレゴン厚生福祉局報告、2003年3月）。

このオレゴン州での事例に見てきたように、アメリカでの「尊厳死」をめ

ぐる論議は 1997 年以降、全く新しい局面に入った。なお、連邦最高裁判所は、2006 年 1 月 17 日、6 対 3 でオレゴン州・尊厳死法は、米国薬事法に違反しないとの判断を下した。

あくまでも自らの意思によって命の終わりの決定を行いたい、しかし医師の致死薬の提供という介助、即ち PAS により自己決定を貫徹するという考え方は、アメリカにおける医療と倫理・宗教、医師と患者・家族との関係のあり方に対して極めて深刻で複雑な問題提起をしつつあるといえよう。

V 終末期患者の急性期・救命医療

古来、「不老長寿」・「延命」こそが人類の願いであり、医学に期待される命題であった。現代社会においては延命される「生命の質」が問われ、そこで延命される「命」の価値観に対する評価として「個人の意思」、即ち「自己決定権」が尊重されるようになり、近年文明社会においては世界的風潮として「好ましからざる延命処置」の存在が非難の対象となってきた。

日本医師会医事法関係検討委員会答申（平成 16 年 3 月）の「終末期医療をめぐる法的諸問題について」にある用語の定義では「疾病・傷害により少なくとも 2 週間以内に、長くとも 1 ヶ月以内に死が訪れるのが必至の状態である期間*1」を狭義の終末期と定義し、「生命維持装置の適用にもかかわらず、合理的な医的判断の範囲内では、死を招かざるを得ないような疾病・傷害によって引き起こされる不治の状態、そして生命維持処置の適用は患者の死の瞬間を延期することだけに役立つ状態で生存している期間*2」を広義の終末期と定義している(*1, 2 は医事法関係検討委員会答申：29 頁参照)。

また同じ答申における用語の定義の中で、延命処置（延命治療）では「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*3」と定義し、「このなかに取り敢えず人工栄養、水分補給が含まれるとしておく*4」と定義されている(*3, 4 は医事法関係検討委員会答申：30 頁参照)。一般の医療目的としての医学的対応はまさにこの定義そのものである。この答申では「それを

行っても、既に死を招かざるを得ないような疾病・傷害により短期間で死亡することが必至」の患者には、一定条件下とはいえ「人工栄養、水分補給までも含む延命処置」の中止を可能としている。

本報告書で扱う「終末期患者の急性期」とは上記「広義」「狭義」の範囲を問わず、終末期を迎えた基になる原因疾患について①「急性症状をもって疾患が初発した場合」、②「何らかの合併症により症状が急変した場合」、③「原因疾患の予期せぬ展開により予測された経過から大きく外れ病状が急変した場合」、の状況を対象とする。終末期患者の病状の急変時には、原因疾患の根治性が確保できなくても、合併症への対応に緊急性のある場合、あるいは予期せぬ疾病展開の場合などの急性期救命医療の現場においては、患者や家族が終末期であることを理解していてもなお現状を納得し得る時間的、精神的余裕が持てない場合も多く、当然のことながら延命治療の差し控えを考慮する余地はない。医師として救命救急治療に専念し、先ず状況を把握し、安定した段階までの回復の可能性を検討し治療にあたるべきである。治療法の採択にあたっては、その治療が患者の全身状態、疾病の現状から耐え得るものか、更には QOL を加味した生命予後のために有効であるかをよく検討しなければならない。時間の許容する範囲で可能な限り患者あるいは家族に対し十分な説明を行い、理解と同意を得た上で、実行に移されることが望ましい。そのために具体的には治療開始に当たって、その治療により患者が楽になるか、症状は改善されるのか、あるいは却って悪化することはないのか、延命効果に対する期待、患者・家族の希望に添っているか等が考慮されるべきである。

あらかじめ、終末期の延命治療を望まないとの意思表示をしている患者に関しても、継時的に症状は変化し、それに応じ心も変化して行くことも考えられる。その時々患者の意思を尊重することは無論のことである。原因疾患による死が免れないことを理解していても、多くの終末期患者の切実な望みは、当面する苦痛からの解放を願っての有効な手立てを期待する助けを求める呼びかけであることを銘記すべきである。

「終末期医療」における命の限界に関しても、「回復不能」や「死期の予測」についての判断には個々の見解に差異が生ずることは避け難い。それゆえに、

一人の医師の独断をさげ、複数の医師による判断が望まれる。そのためには院内に「倫理委員会」を設けることが望ましい。山間地域、離島あるいは僻地において一人で在宅終末期医療に取り組む医師を支援するために、地域医師会あるいは地域中核拠点病院における「倫理委員会」の充実および連携が必須である。

正しいエビデンスに基づいた医師からの説明が十分なされた上での患者の意思決定が最重要であるとはいえ、あくまでも合理的な選択技の一つであり、決して医師が誘導するものであってはならない。明確な患者の自由意思に基づく自己決定権の採択といえども、その背後にある複雑な患者の立場を考えれば慎重さが求められる。家族を含めて終末期医療に携わる者の「思い込み」による判断は、思い込みでは理解できない「曖昧さ」を残すがゆえに更なる慎重さが肝要である。

「患者の自己決定権」と「医師の治療義務の限界」に関し、東海大学安楽死事件での横浜地裁判決は「患者の自己決定権は死そのものを選ぶ権利、死ぬ権利を認めたものでなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたに過ぎず、早すぎる安易な治療の中止を認めることは、生命軽視の一般的风潮をもたらす危険がある」と述べている。しかし、この判決で①「患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること」、②「患者は死が避けられず、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、他に代替え手段がないこと」、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」が苦痛から解放するために意図的に死を招く行為、即ち積極的安楽死の許容要件として提示されている。しかし、安楽死は法的にわが国では容認されていない。日本医師会「医師の職業倫理指針」（平成16年2月）で、現状では「医師は（積極的）安楽死に加担すべきでない」と結論づけている。現代の医学で対処可能な医療手法を持ちながら、延命治療の範疇に封じ込め、医療行為を放棄することは「消極的な臨死介助」であり、医師が責任を伴う決断である。

第Ⅷ次生命倫理懇談会の「医療の実践と生命倫理」についての報告書（平成16年2月）第4章 末期医療と患者の死の「4. ガイドラインと医師の裁量権」

のなかで「精神的な問題に関しても理解、対応できるだけの感性と能力を医師が備えていなければ、治療の総てを委ねることはできない」と述べ、それを指導や教育のなかでどう体得させていくかが、重要な課題であるとしている。精神的ケアの問題が重要であることは論を待たないが、現場で対応する医師に求められるのは疾病の現状の正しい把握と、最新のエビデンスに基づいた医療を行った上での疾病の経過を予測することである。終末期医療には実態にそった具体的対応のための各論化が求められている。厚生労働省・日本医師会がまとめた「がん緩和ケアに関するマニュアル」（がん末期医療に関するケアのマニュアル 改訂版 平成14年）も今後、最新のエビデンスに基づいた追補改訂が継続的になされ、がん以外にも「死期の予測」はより困難であるとはいえ、循環器疾患、呼吸器疾患、神経系疾患、小児疾患などの「疾病別の終末期医療の臨床指針」に範囲を拡大し、更には「終末期医療を症状別に捉えた対応指針」など具体化されたわが国独自の終末期医療を総合した臨床ガイドラインの編纂・充実が求められる。

現在、医療経済の立場から人の終末期医療を論じようとする動きもあるが、終末期を迎えた人の死をいかなる美辞麗句を用いても、その根底に「姥捨て山」のような発想の片鱗が伏在していれば、生命の尊厳を冒すものとして弾劾されるべきである。

医療資源は国民共有のものであり、終末期医療にむなしく投入される医療費に関する批判に対しては色々な考え方があがるが、少なくとも人間は必ず死を迎える事は必定であり、その迎え方も千差万別である。終末期医療を一般論として論ずることには困難さを伴う。医療においては、いかに崇高な理論であっても現場から乖離したものであってはならないし、常にベッドサイドに立ち、患者本位の姿勢が守られなくてはならない。

VI 終末期医療における医療費

終末期医療は、がん終末期医療、エイズ終末期医療、神経難病終末期医療、高齢者終末期医療、救急重症疾患終末期医療など多様な病態を包含しているが、

いずれの場合においても人の生命の終末という重大な局面に係わることになる。この局面は、その人にとってかけがえなく厳粛で貴重な時であり、人生の終わり方についての意思が尊重されることも含めて「最善の終末期医療」が施されるべきである。従って、この趣旨に沿っての終末期医療のあり方を論じるのが本筋であるが、近年医療費の抑制を意図した適正医療論の中で、終末期医療の推計がなされているので、この点に触れておきたい。

1. 終末期を何処で迎えるかの国民の意思について

このことに関して、「平成 18 年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性—中間まとめ—」（平成 17 年 7 月 27 日 医療計画の見直し等に関する検討会）の（医療計画制度の見直しの背景）記述のなかで、厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」（平成 16 年 7 月）によると一般国民で「住み慣れた場所で最後を迎えたい」と答えた者が 62%いる、と述べており、あたかもおしなべて自宅で終末期を迎えたいと希望している国民が 6割いると思わせるような書き振りとなっている。しかし、正しくは高齢になった場合の終末期を自宅で療養したいと回答した者は 22.7%（病院 38.2%、老人ホーム 24.8%）であり、自宅で療養したいと回答した者の 62%がその理由として「住み慣れた場所で最後を迎えたい」を選んだというのが事実である。従って、これをもって国民の 60%が自宅で死を迎えることを希望している根拠とするのは恣意的解釈である。なお同調査では、自分が痛みを伴う末期状態（死期が 6 ヶ月程度よりも短い期間）になった場合、自宅で最後まで過ごしたいという人は 11%（対象は一般人）であった。

2. 自宅での死亡と医療機関での死亡の対比について

「医療機関での死亡割合の年次推移」（『人口動態統計』（厚生労働省大臣官房統計情報部）資料）をみると、医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、平成 15 年度の死亡者数は、70 歳代後半～80 歳代で多く、全年齢を平均すると約 8 割が病院で死亡している。なお、この統計における死因は悪性新生物、心疾患（高血圧性を除く）、脳血管疾患、肺炎、その他の呼吸器疾患、

不慮の事故、腎不全、肝疾患、自殺、老衰であるが、医療機関での死亡 8 割の推計からは自殺と老衰が除かれている。

第 18 回社会保障審議会医療保険部会（平成 17 年 8 月 10 日）に、資料『終末期の医療費・制度別実行給付率について』が提出されており、上記はその資料に示されているものであるが、同じ資料に「終末期の患者の入院医療費の例（粗い推計）」と「終末期の患者の在宅治療費の例（粗い推計）」が例示されている。これによれば、入院医療の例（食道がん術後、自宅にて療養中、癌性疼痛、癌性発熱等の症状悪化により入院）では 30 日間の入院医療費は 1,150,000 円、1 日当たり 38,330 円であり、これに対して在宅医療の例（食道がん術後、自宅にて療養中、30 日間で死亡）では、30 日間合計 577,000 円、1 日当たり 19,230 円であった。もちろんこの資料には、入院医療と在宅医療の医療費を対比的に示しているだけで、それ以上のコメントは書かれていない。しかし、患者は医療上の必要があって入院しているのであり、このような方法で入院医療費と在宅医療費を対比することは、比較できないものを比較しているのであり、理論的にも倫理的にも何ら意味をもたない。

3. 終末期医療をめぐる医療費適正化効果の議論について

終末期医療は多様であり、どの時点から終末期とするかについても一様ではない。従って、全てを言い尽くすような終末期医療費の推計は、ほとんど不可能である。『終末期におけるケアに係る制度及び政策に関する研究 報告書』（平成 12 年 3 月、医療経済研究機構）では、死亡月から遡って死亡直前期に投入された医療費が用いられている場合が多いとして、「死亡直前期」：「死亡に直接つながるような身体的問題が発生し、それに伴う医療面を含むケアが増加するようになった時期（死亡の数日前～1 ヶ月前後）の考え方（広井良典、『福祉のターミナルケア』に関する調査研究報告書』（財）長寿社会開発センター）を紹介している。しかし、この考え方に基づく推計は極めて限定的な意味しかない。厚生労働省が、1 年間の死亡者について死亡前 1 ヶ月間の入院医療費を年間の終末期医療費と仮定した場合の 1 年間の終末期医療費 9,000 億円（平成 14 年ベース）を推計している（第 17 回社会保障審議会医療保険部会資料：平成 17 年 7

月 29 日) のは、上記の限定的な推計法に従ったものであろう。更に厚生労働省は、終末期をめぐる現状として、終末期を自宅等（医療機関以外の場所）で送ることを希望する国民の割合は約 6 割であるとの、VI-1. で述べたように誤った推論（あるいは作為的な結論）を前提に、在院日数の短縮を一層図り、患者の意思を尊重した適切な終末期医療を提供する自宅での死亡割合を 4 割にすることを目標に設定し、これが達成されれば 2015 年度に約 2,000 億円減、2025 年に 5,000 億円減の適正化（抑制）効果があるとしている。しかし、これは必要な医療の内容を無視した、いわば患者不在の議論ではなかろうか。

この項の冒頭に述べたように、終末期医療はその患者にとってかけがえのない最後の貴重な局面である。終末期医療を医療費適正化の対象にする議論は医療倫理に悖るものであり、最善の終末期医療は如何にあるべきかの議論とはかけ離れている。最近の終末期医療の議論においては、患者の自己決定権をめぐる、延命至上主義的な医療を廃し、患者の QOL に重点をおく主張が多い。今日、患者の自律性を尊重し、残された生命の質を大事にすることについて異論を唱えるものはいないが、ややもすると医療の現場や医学的判断の視点が薄れ、生命倫理についての議論が医療現場から乖離しがちである。終末期医療に限らず、患者が生命予後について極めて厳しい事態に置かれたとき、医師はその患者にとっての医学・医療的最善、即ちその時点での医学・医療レベルに照らして最善の判断と技量を、可能な限り提供しようとするという前提がなければ、生命倫理的思量はその意義を失うであろう。

VII おわりに

日本医師会第IX次生命倫理懇談会は、「ふたたび終末期医療について」の課題で平成 16 年 10 月の第 1 回会議から 7 回にわたる討議を行った。更に、この報告書のまとめのための小委員会を設けた。終末期医療に関する日本医師会からの報告として、今までも「末期医療に臨む医師の在り方についての報告（第III次生命倫理懇談会：平成 4 年 3 月）」と「医療の実践と生命倫理についての報告（第VIII次生命倫理懇談会：平成 16 年 2 月）」などがある。第IX次生命倫理懇談

会では、今までの報告を参考にしながら、終末期医療を取り巻く社会情勢の変化に対応した議論を行った。また、終末期医療に関する専門家の方々からのヒアリングを行い、懇談会での議論・ヒアリングの際に提出された資料などを参考に、上記の小委員会の委員が分担して本報告書をまとめた。

本報告書は、1) 終末期医療とは、2) 緩和医療、3) 尊厳死、4) 終末期患者の急性期・救命医療、5) 終末期医療における医療費の5項目を取り上げ、その骨子とした。今回の懇談会では安楽死の問題は、尊厳死との関連において、また欧米における安楽死法や尊厳死法について記述されているが、主要項目にあげての大きな議論の対象にはしなかった。このような残された問題については、改めて第X次以後の本懇談会で討議されることを期待している。

日本医師会 第Ⅸ次生命倫理懇談会

座長	高久史麿	日本医学会会長 自治医科大学学長
委員	有山雄基	奈良県医師会会長
委員	位田孝一	京都大学大学院法学研究科教授
委員	岩砂和雄	岐阜県医師会会長
委員	岡久雄	和歌山県医師会会長
委員	加藤尚武	前鳥取環境大学学長
委員	木村利人	早稲田大学名誉教授
委員	斎藤加代子	東京女子医科大学附属遺伝子医療 センター所長
委員	清水哲郎	東北大学大学院文学研究科教授
委員	武部啓	近畿大学原子力研究所特別研究員
委員	鍋島直樹	龍谷大学法学部教授
委員	檜崎靖人	広島県府中地区医師会議長
委員	藤森宗徳	千葉県医師会会長
委員	村田雄二	大阪府医師会副会長 大阪大学医学部産科学婦人科学教授
委員	米本昌平	科学技術文明研究所所長

〔委員：五十音順〕