

< 資 料 >

終末期医療に関する 各種ガイドラインの比較・検討

旗手 俊彦（札幌医科大学）

1. 問題の所在

日本では救急医療および急性期医療が相当整備されており、伝統的な医療倫理である患者の救命を最優先とする伝統、あるいは医療従事者の態度は、今日以前として高く保持されている。ここで医療従事者がしばしば直面する問題は、救急で搬入されてきた患者に気管挿管して人工呼吸を開始したが、その後蘇生が望めない場合に人工呼吸器を取り外してよいのか、ということである。

この問題に関しては、いわゆる東海大学事件の横浜地裁判決が有名である。これは、末期のがん患者に対して、担当間もない内科医が、患者の家族の強い要請に押されるかたちで、致死量の塩化カリウムを静脈注射で死に至らしめたという事件である。その後、この内科医の行為が刑法第199条に定められている殺人罪に該当するとして刑事裁判にかけられるに至った。その第一審判決で横浜地裁は、本件は積極的安楽死に該当する行為であるとし、積極的安楽死が容認される（法律的には違法性が阻却される）要件として、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、かつ死期が切迫していること、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を挙げた。またこの判決では、直接は争われていないものの、法律的には傍論として、尊厳死（治療の中止）が法律的に容認される要件として、①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること、②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、治療の中止を行う時点で存在すること、③治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置など、すべてが対象となった。⁽¹⁾

しかし、その後今日に至るまでの約20年間、これらの要件を充足し、法的に安楽死あるいは尊厳死が容認された事案は報告されていない。その原因として、上記の要件が厳しすぎるのではないかという指摘がなされてきた。特に、上記横浜地裁判決は判決・判例である以上、制定法に次ぐ法規範性を有しており、医療現場には事実上の法律としての拘束力を有している。そこで、医療現場では、救命のために一旦挿管した場合には、いかなる理由をもってしても抜管できないとの硬直した対応しかできず、これが医療の現実にそぐわないのではないか、また逆に患者本人の望みとは異なる医療を施してしまっているのではないかという疑問が問い続けられてきたのである。

このような状況の下、終末期医療に関わる各学会、職能団体がさまざまなガイドラインを制定・発表してきた。本稿は、その各種ガイドラインを比較・検討することを目的とする。以下に、2で各種ガイドラインを一覧表形式にて比較し、3で若干の検討を加えたい。

※注 (1) 横浜地判平成7年3月28日、判例寺報1530号28頁（殺人被告事件）

2. 終末期医療に関するガイドライン

ガイドライン	終末期の定義・判断方法 (ガイドラインの対象)	差し控え・中止等の対象	本人同意・家族等 同意について
<p>●日本緩和医療学会 「終末期がん患者の輸液療法 に関するガイドライン」</p> <p>2013年1月</p>	<p>推定余命1ヶ月以内のがん患者。</p>	<p>輸液療法（投与水分量、投与エネルギー、一部栄養素）。</p>	<p>患者・家族の価値観を尊重。個々の患者の状況に応じる。</p>
<p>●日本老年医学会 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として」</p> <p>2012年6月</p>	<p>本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。</p>	<p>生命維持に必要な栄養補給が出来なくなった場合の人工的な水分・栄養補給法（AHN）。本人の人生の物語にとって、最善ではないAHN。</p>	<p>本人、家族が可能な限り一緒に意思決定プロセスのための話し合いの席に着く。本人の意思決定が最優先されない場合がある。</p>
<p>●日本透析学会 「慢性血液透析療法の導入と終末期患者に対する見合わせに関する提言（案）」</p> <p>2012年</p>	<p>あらゆる対策を講じて、終末期患者の透析療法が医療技術的に極めて危険か困難で、実施自体が生命予後へ悪影響を及ぼすと判断した場合。</p>	<p>慢性血液透析治療の「見合わせ」。</p>	<p>厚生省がガイドラインに則る透析療法の導入前に同意を取得する。</p>
<p>●日本医師会 「医師の職業倫理指針 [改訂版]」</p> <p>2008年6月</p>	<p>患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態。</p>	<p>薬物投与、化学療法、人口透析、人口呼吸、輸血、栄養・水分補給。</p>	<p>治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在すること。患者の意思表示がない場合は、推定の根拠となる十分な情報を得て家族意思表示による。</p>
<p>●日本医師会 「終末期医療に関するガイドラインについて」</p> <p>2008年2月</p>	<p>定義せず、終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべき。</p>	<p>患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行い、積極的な安楽死、自殺補助は行わない。</p>	<p>患者の口頭による意思表示のほか、患者が正常な判断が出来ないような場合、患者の事前文書による同意を確認することが重要。ない場合、患者の意思を推定させる家族等の意思表示があればよい。</p>
<p>●日本救急医学会 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」</p> <p>2007年11月</p>	<p>救急医療を展開する場において遭遇する症例の終末期、いわゆる突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して、適切な医療の継続にもかかわらず、死が間近に迫っている状態。</p>	<p>既に装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する（withdrawal）、またはそれ以上の積極的な対応をしない。（withholding）</p>	<p>本人の有効な意思表示を確認・尊重、家族がそれに同意していれば従う。本人意思が不明の場合、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。</p>
<p>●厚生労働省 「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」</p> <p>2007年</p>	<p>患者の状態をふまえて、医療・ケアチームの下す適切かつ、妥当な判断。</p>		<p>患者本人による決定を基本。出来ない場合は、家族が患者の意思を推定。家族がいない場合、及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。</p>
<p>●日本学術会議 「終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について」</p> <p>2008年2月</p>	<p>病状が確実に進み、その先に死があることを患者自身が自覚しており、苦痛解除が十分ではなく、家族も患者と一心同体のごとき経験する苦悩。（急性期型、亜急性期型、慢性期型）</p>	<p>人口呼吸、人口透析、鼻孔カテーテル、静脈注射等による栄養補給。</p>	<p>リビングウィルも含め、患者本人の意思を尊重する。患者本人の意思が確認出来ない終末期では、家族からの延命医療の中止の要請を受け入れる。</p>

2. 終末期医療に関するガイドライン

ガイドライン	終末期の定義・判断方法 (ガイドラインの対象)	差し控え・中止等の対象	本人同意・家族等 同意について
<p>●日本緩和医療学会 「終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン」</p> <p>2013年1月</p>	<p>推定余命1ヶ月以内のがん患者。</p>	<p>輸液療法（投与水分量、投与エネルギー、一部栄養素）。</p>	<p>患者・家族の価値観を尊重。個々の患者の状況に応じる。</p>
<p>●日本老年医学会 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン～人工的水分・栄養補給の導入を中心として」</p> <p>2012年6月</p>	<p>本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。</p>	<p>生命維持に必要な栄養補給が出来なくなった場合の人工的な水分・栄養補給法（AHN）。本人の人生の物語にとって、最善ではないAHN。</p>	<p>本人、家族が可能な限り一緒に意思決定プロセスのための話し合いの席に着く。本人の意思決定が最優先されない場合がある。</p>
<p>●日本透析学会 「慢性血液透析療法の導入と終末期患者に対する見合わせに関する提言（案）」</p> <p>2012年</p>	<p>あらゆる対策を講じて、終末期患者の透析療法が医療技術的に極めて危険か困難で、実施自体が生命予後へ悪影響を及ぼすと判断した場合。</p>	<p>慢性血液透析治療の「見合わせ」。</p>	<p>厚生省がガイドラインに則る透析療法の導入前に同意を取得する。</p>
<p>●日本医師会 「医師の職業倫理指針 [改訂版]」</p> <p>2008年6月</p>	<p>患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない終末期状態。</p>	<p>薬物投与、化学療法、人口透析、人口呼吸、輸血、栄養・水分補給。</p>	<p>治療行為の差し控えや中止を求める患者の意思表示がその時点で存在すること。患者の意思表示がない場合は、推定の根拠となる十分な情報を得て家族意思表示による。</p>
<p>●日本医師会 「終末期医療に関するガイドラインについて」</p> <p>2008年2月</p>	<p>定義せず、終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべき。</p>	<p>患者・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行い、積極的な安楽死、自殺補助は行わない。</p>	<p>患者の口頭による意思表示のほか、患者が正常な判断が出来ないような場合、患者の事前文書による同意を確認することが重要。ない場合、患者の意思を推定させる家族等の意思表示があればよい。</p>
<p>●日本救急医学会 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」</p> <p>2007年11月</p>	<p>救急医療を展開する場において遭遇する症例の終末期、いわゆる突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して、適切な医療の継続にもかかわらず、死が間近に迫っている状態。</p>	<p>既に装着した生命維持装置や投与中の薬剤などを中止する（withdrawal）、またはそれ以上の積極的な対応をしない。（withholding）</p>	<p>本人の有効な意思表示を確認・尊重、家族がそれに同意していれば従う。本人意思が不明の場合、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。</p>
<p>●厚生労働省 「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」</p> <p>2007年</p>	<p>患者の状態をふまえて、医療・ケアチームの下す適切かつ、妥当な判断。</p>		<p>患者本人による決定を基本。出来ない場合は、家族が患者の意思を推定。家族がいない場合、及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。</p>
<p>●日本学術会議 「終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について」</p> <p>2008年2月</p>	<p>病状が確実に進み、その先に死があることを患者自身が自覚しており、苦痛解除が十分ではなく、家族も患者と一心同体のごとき経験する苦悩。（急性期型、亜急性期型、慢性期型）</p>	<p>人口呼吸、人口透析、鼻孔カテーテル、静脈注射等による栄養補給。</p>	<p>リビングウィルも含め、患者本人の意思を尊重する。患者本人の意思が確認出来ない終末期では、家族からの延命医療の中止の要請を受け入れる。</p>

3. 考察

以上の通り、ガイドラインの作成・発表主体は厚生労働省、各学会、職能団体にわたり、いわば日本国民の各界・各層で議論が尽くされてきた感がある。しかも、各種ガイドラインの内容も、①家族による推定も含めて患者本人の意思が確認できる場合、②複数の職種から成る医療・ケアチームが治療にあたり、終末期と判断した場合には、延命治療の中止も許容されるとの内容でほぼ収束をみている。しかし、そのような内容に従い、実際に延命治療を中止したからといって、法的責任が問われないことまでは、ガイドラインレベルでは保障されていない。その具体例は、平成16（2004）年2月14日に起こった、いわゆる「北海道立羽幌病院事件」である。

これは、当時90歳の患者が自宅での昼食中にのどを詰まらせ、心肺停止状態で羽幌病院に救急搬送された。当時勤務していた医師が家族に病状を説明し、意思を確認の上で人工呼吸器を装着した。しかし翌日にはほぼ死が避けられない病状となり、家族の申し出に沿って人工呼吸器を解除、死亡を診断した事案である。死亡診断に際しては警察署に連絡し、検死も依頼した。1年間におよぶ捜査の結果、平成17（2005）年5月、北海道警察が当該医師を殺人容疑で書類送検した⁽²⁾。その後、医師は不起訴となったが、司法当局からの捜査に応じる医師・医療機関の諸負担は甚大であり、これ以後、一旦人工呼吸のために挿管した後は、一切抜管できないとの認識が医療現場に広がり、今日に至っているのである。

この結果、終末期医療をめぐるのは、医療現場はやや混乱をきたし、終末期を迎えつつある患者が適切な医療を受けられないような状況となっている。特に、上述のとおり、抜管は一切できないとの認識のため人工呼吸が必要な救急患者の受け入れそのものをためらう医療機関が少なからず存在し、119番通報で患者を収容した救急隊員は大きなジレンマに直面している⁽³⁾。

国民各界・各層の議論が尽くされた今日、この問題の解決は立法当局者が図るよりほかはない。立法府に所属する議員の自覚に期待してもし切れない。

※注 (2) 北海道新聞2005年(平成17年)5月18日付夕刊

※注 (3) メディカル朝日2007年5月号22-33頁