

てはその生命は意味のあるものかもしれません)。しかしその人がほんのわずかも「幸福」を感じられるようになる可能性がある時はあらゆる治療を行うべきでしょう。「一旦呼吸器をつけたらはずせないから最初からつけない」という考え方は全くの本末転倒です。少しでもその人が幸福を感じられるようになる可能性があればきちんとした治療を行い、そしてその可能性がなくなったと判断された時点で延命治療を終了すればいいのです。そしてその判断を誰がどのように行うかに関して我々は長い時間をかけて議論する必要があります。

これらのことが長い時間をかけて議論され、一般的に受け入れられて「延命治療を行うべきではない」ケースが明らかにされても最終的に延命治療を行うかどうかを決定するためには本人の意思が最も重要です。まわりの人間がどんな基準を作ろうか命は本人のものであり、本人が最後まで延命治療を希望すればまわりの人間が中止することはできません。現在でも「延命治療を希望しなければ元気なうちにその意思表示しておくように」と社会に啓蒙されています。しかし私はこれもまたヒントがずれているように思います。なぜならば終末期に自分が回復する見込みがなくなったとき(先ほどの言葉を借りれば幸福を感じる可能性が全くなかったと判断された場合)、延命治療を拒否する人たちのほうが圧倒的に多いからです。ですから「延命治療を希望しない場合は意思表示しておく」のではなく、「延命治療を希望する場合は意思表示しておく」と考え方を切り替えるべきです。そして延命治療を希望する場合はその費用に関しても自分で責任を持たなくてはならないでしょう。「それでは金がなければ延命治療を希望しても打ち切られるのか？命を金で買うのか？」と言う議論も当然出てくるでしょう。答えは「その通りです」。

長い議論の末に日本の社会で延命治療の中止に対するコンセンサスが得られ、社会が「延命治療を行うべきではない」と判断された患者さんがいるとしましょう。その人に対する延命治療の費用は社会が払うのではなく、個人が支払うべきものです。「幸福を感じる可能性のある命」は何よりも尊重されるべきもので今まで通り社会が補償しなくてはなりません。しかし「幸福を感じる可能性はなくなったと判断された命」は個人の責任で買うのです。そこまでいかなくても最低限、延命のための保険と一般医療のための保険を切り離す必要があります。すなわち延命治療を希望する人はあらかじめその費用を別に負担するべきです。延命治療のために、必要な医療を受ける費用が制限されるようなことがあってはなりません。

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： 2-3

◆内 容： 他職種からなる委員会の設置について

(2) ご意見

私は、がん病院に勤めている一般内科医（がん病院ではがん専門科でないため）ですが、終末期の医療に不安をもっております。特に、がん病院という特殊な病院の中で起こっていることに関して常に不安に思っています。がんの専門医は、がんは知っていてもその他の一般疾患（感染症、循環器疾患、糖尿病など）に関しては、かなりレベルに問題があります。このために、がん治療でこれ以上の処置がなくなると、DNR（蘇生はしない）という名のもとに、がん以外の疾患により致命的になろうが、なにもせずそのままの状態で死を迎えることがあるからです。たとえば、がんの患者がそのがんが終末期であっても、糖尿病でINSULINをうっていれば、糖尿病の治療をしっかりやらなければ、糖尿病性の疾患で亡くなります。このような、終末期と名がついたために、がんだけでなくすべての病気が終末になってしまう場合が起こっています。

終末期医療には、適切な医療が受けられているかを判断する、その病院外部の第三者の医者（医療を知る人）が入ることが望ましいと思います。終末期になったがんは、全身疾患です。局所のがん治療とは明らかに違い、緩和だけでなく、心身ともに管理のできる人が必要になります。

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

やっとこのような終末期医療についてのガイドライン作成の作業が厚生省を中心にスタートすることに感謝しますし、ひろく一般に意見を聞いてということも大歓迎です。

さてこの最初の医学的妥当性、適切性ということを私もいつも考えています。やりすぎでもやらなさすぎでもない適切な医療が求められているのだと思います。

しかしながらこの適切な医療というのが難しい、当然この判断をするのは医師になると思われませんが、その根拠の提示は難しいですね。人工呼吸のメリット、デメリット、経管栄養のメリットデメリットなどを、それぞれきちんとしたエビデンスを出せるような科学研究などを推進して、その成果を根拠として提示してほしいです。誤嚥性肺炎を起こすとすぐ胃ろうが作られますが、このようなことの根拠も疑わしいですね。このような治療にはならないかもしれないが、終末期どのようなことをするとどのような患者にとってQOLの高い医療ができるのかという検討があまりにも少ないと思うのです。がんはそれでもホスピスでの緩和医療の蓄積があるでしょうが、心不全、呼吸不全などの緩和ケアのエビデンスはほとんど日本にありません。心不全だと治るからと90歳の患者さんが心不全のたびにICUにはいって濃厚なケアを受けるといって本当に意味があるのか。アメリカのAHAの心不全のガイドラインでは最終ステージは、がんと同じようにホスピスケアが推奨されています。アメリカはお金の問題もあるかもしれませんが、日本で行われている心不全末期の治療が本当に適切なのか、検討がほしいです。

ことばとしての妥当性、適切性をどのように担保されるのか、現場ではそのあたりの具体的な提示がほしいです。そしてどのような作業をしていれば、治療を中止しても法的に訴追されないという部分の提示は厚生省の法令でちゃんと確認してほしいです。

あと2、3日とか、1週間とか、1ヶ月とか一定時間を目標に治療してみて、効果がなかったら、それ以上の治療はしない。といふように、治療継続、中止の選択肢ではなく、やってみて効果があれば治療を続けるが効果がなければやめるというやり方もあっていいと思います。

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： 1-①?

◆内容： 終末期の定義 について

(2) ご意見

「この人は終末期である」と判断することはとても難しい。緩和ケアを仕事としている関係上、私が診ている患者さんの中には人生のゴールが見えてきた人も多いが、一日一日が充実した時間となるように、さまざまな工夫をしながら生きている。人生の中では終わりに近いことは間違いないが、このような人に何か体の具合を悪くするようなことが加わった場合、一律に「終末期だから何もせん」ということにはならない。

非常に重篤な状態になった時に備えて「その時に人工呼吸器をつけても得をしない」とことを説明し、「それはしなくていいです」と患者さんが答えた場合はカルテにそのことを記載し、本人の意志に従って診ている。最近では患者さんの方から「無意味な延命治療はしないで下さいね」と言われることも多い。本人が意思表示能力があり、十分なコミュニケーションが取れていれば、本人の意思を確認した証拠をどう残すかという点を除いて、指針に沿った終末期の治療方針決定は今でもできている。

この指針では「終末期の患者」とひとくくりしているが、終末期の中でも今回の指針が役立つのは、末期の末期である場合である。また、「人工呼吸や心臓マッサージなどの治療はしない」とを確認した人の場合には、家族も納得すれば問題は生じない。そのようなことから考えると、この指針を使用する際の「終末期（別のことばの方がいいかもしれない）」の定義が必要のように感じる。そうしないと「見なし終末期」が増えてしまう可能性がある。

見なし終末期とは、終末期かどうか意見の分かれる状態の人に「この人は終末期である」というレッテルを貼ることである。「終末期だから治療は極力控える」という方針につながる。医療費削減のためにはこのような人が増えるといいのかもしれないが、現場の医療者としては「あとは死ぬだけの人」扱っているようで、なんとなくすっきりしない。本人の意思が確認できればいいが、脳梗塞後遺症などがあって意思確認ができない場合に、見なし終末期が増えないようにしなければいけない。

個人的な考えとしては、「現在おこなっている医療行為を中止した場合、24時間以内に命が尽きなくなると予測される状態」などの定義を設定すれば、この見なし終末期はほぼなくすることができるのではないかと考える。

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)・③

◆内容： チームによる判断 について

(2) ご意見

<チームで意見をまとめるといっても、主治医の意見が強いのではないが>
日本の医療制度は、ほとんどの場合医師の指示がないと何も医療行為ができません。また伝統的に日本の医療現場は医師の発言力が強い。チームのメンバーが自由に発言できる場所は別にして、主治医が非常に強い口調で「こうする」と言えば、それがチームの方針になってしまう懸念がある。結果的に、非常に個性の強い医師が主治医であった場合に、個別的な方針決定にお墨付きを与える手段になってしまう可能性が皆無ではないと考える。

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-(1)

◆内容： 本人の意見を尊重 について

(2) ご意見

<本人の意思が確認できれば、他の人の意見は反映させなくていいということとか>
本人がまわりのいうことを聞かない、自分だけで何でも決める性格だった場合、本人の意思が確認できれば方針が決まるとなると、いざこざを残したまま本人だけ「お先にー」ということになる可能性がある。また、本人の判断力が鈍っているような場合についての規定も必要であろう。本人の判断がまったく合理的でない場合に、不合理な本人の判断を助けることになって良いものか。あるいは自殺を試みて死にきれなかった時に、確実に死に向かうことを後押しする仕組みになってしまわないか。このような場合を考えると、本人の意思を絶対的正義とすることは危険を伴う。

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)-②
 ◆内容： 家族の意見 について

(2) ご意見

<その現場にいなかった親族の意見は反映させなくていいか>
 本人の意思確認ができなくて、家族などの言うことから本人の意思を推定するという手順は、あまりにも不確定な要素が多く、思惑が入り込む余地がたくさんある。

例えば、患者本人がたくさんの人恩給をもらっていて、家族がそれを当てにしているような場合、「一分一秒でも長く生きていたいと言っていました」と家族が言ったとして、それが本当かどうかはわからない。

また、可能な限りの延命治療をしなかったといって苦言を呈してくるのは、遠くにいる親族であることが多い。このガイドラインに従って方針を決めた時に、方針決定に参加しなかった、できなかった家族の扱いはどうなるのか。

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： 専門委員会の設置 について

(2) ご意見

<意見が割れた場合、専門家を含む委員会をもうけられない医療環境ではどうするか>

意見が一つにまとまらないことは容易に予想できる。その場合には専門の委員会をもうけてそこで判断するという事になっていくが、それだけの人材を招集できない医療機関は数多い。招集できるとしても、「医療・ケアチームと同様の複数の専門職からなる委員会」が、実際に担当したチームよりも適切な判断ができるという保証は全くない。

国は、在宅での終末期も積極的に進めていこうとしている。在宅では人工呼吸器を使用することなどないと思われるかもしれないが、自宅で使える人工呼吸器はずいぶん前からある。そのような場所で、診療所の医師が主治医だった場合など、このような委員会を招集するのは不可能である

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： 全体
◆内容： ガイドラインの法的効力 について

(2) ご意見

<そもそもこの指針に従った時には法律違反となるのではないかと>

このガイドラインに従って、延命治療を始めない、あるいはおこなっていた延命治療を中止したとする。これまでの判例から考えれば、訴えられたら「必要な延命処置を怠ったため有罪」とされるパターンである。このガイドラインに従って治療方針を決めたとして、そのことが記録されていれば免罪符になるのだろうか。

このガイドラインに沿って正しく延命中止をおこなった者は、罪には問われないということを明確にしておく必要がある。そのためには、ガイドラインに沿った判例の蓄積を得たのでは無い。このガイドラインが真備を免罪符とするためには、尊厳死の法制化（尊厳死の意思をしていた人の命が終わってしまう時に無理な延命治療をしないことを法的に認める）は必須ではないかと考える。

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： 全体
◆内容： ガイドラインのあり方 について

(2) ご意見

終末期にその人の命をどうするかについては、その場で考えなければならないことがたくさんある。簡潔明瞭なガイドラインを目指すなら最小限を規定すべきであるし、人工呼吸などの延命治療の中止という深い部分まで踏み込むガイドラインにするのであれば、想定されるさまざまな状況に対して細かく規定したガイドラインにする必要がある。今回のガイドラインは簡潔明瞭に書こうとしているが深い部分まで踏み込んでいるので、結果的に「帯に短したすぎに長し」になってしまっていて、実際の現場では有効に機能しない可能性が高いと考えたが、ないよりは良いかもしれない。本決まりになるまでに、十分議論が尽くされて、誰から見ても納得がいくものになってほしい。またその結果に応えられるだけ、国民の中での死に対する考察も深まることも、同時に期待する。

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： (3)
◆内容：多専門職種からなる委員会の設置について

(2) ご意見

病院、施設の規模などによりその内部のみで当該の委員会を設置困難な場合があるでしょう。そこで、地域、周辺の医師会をまとめた単位に特命委員会を設けて（県医師会でも可）、必要ならば終末期医療について相談できるようにしてはどうでしょうか？

どのように「生き抜くか」、「最後を迎えるか」は生への考え方からくるものであり、個々人によって自ずと違って来る。終末期医療の判断に躊躇する、又はそもそも困難な事例もあります。そこでは関係者の合意が得られないものの、しばしば「とりあえず何々を」と何らかの行為がなされます。これが結果的にはその後の終末期のあり方を決定してしまう。即ち、決断するのではなく成り行き任せになる。やはり、最初、初期（修正可能な時期）の段階で終末期のあり方を確かにしなければなりません。そこで、上記のようにより専門、経験のある委員会を置いて医療機関が困った時に気軽に相談して最初から適切な対応がとれるようにすべきであろう。

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：終末期医療及びケアの在り方について

(2) ご意見

1. 不快な症状等の緩和の一助として、
歯科医師等による口腔ケアが必要
と考える。

2. 歯科口腔外科を標榜する
歯学部附属病院等に口腔がん
の治療が実施されていることから
医療・ケアチームの一員として歯科
医師も明記する必要があると思
う。（「2. 決定手続き」も同様）

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： 終末期医療のあり方 について

(2) ご意見

医療チームには、どのような専門職種が必要なのか、看護チームの話し合いに、患者自身や家族はどのように参加できるのか、を検討することが重要だと思います。

また、どのような場合であっても、安楽死や自殺幫助は認められないと、考えることさえ拒絶するのではなく、認められる可能性があるのか、あるとすればどう言う場合なのかについて議論すれば、より望ましい医療や看護のあり方を考える際に役立つと思います。

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： 2
◆内 容： 患者の意思がわからない場合 について

(2) ご意見

患者の意思を家族の話から推定するのは無理でしょう。あくまで家族の意見として考えるべきです。患者にとっての最善の方針もわかるわけはなく、やはり周りのひとびとにとっての最善の方針と考えるべきです。それゆえ、患者の意思は末期になる前に、元気なうちから、確認しておく体制が大切と考えます。

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： 3
◆内容：合意が得られない場合 について

(2) ご意見

委員会を別途設置するのではなく、さらに必要と思われる倫理学等の専門家を加えて話しあうべきだと思います。もとのチームが一番状況に通じているわけなので、あくまで彼らが中心となって何度も話し合うべきでしょう。

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

当院は、多くの2次救急病院と同じく日常的に多くのCPA患者を扱う病院で、夜間や時間外（これは通常の時間の3/4を占める）にこうしたことが発生している。また、厚労省の政策の一環としての医療費削減や新研修システムの結果として医師減少をこうむって勤務する医師が減少している。終末医療すなわち挿管や心臓マッサージを行うか否かの決定を行う場面は、癌患者が主ではなく通常のこうした2次病院では多くは緊急に来院した患者においてである。この点、統計では全く不明である。すなわち、問いとして、延命の患者はどういう場合に発生しているかという点につき吟味が必要であり、がん患者のような慢性疾患の患者を念頭に、このような議論を行ったとしても、解決できるのは多くて20%程度の場合に過ぎないと思われる。がん患者が確かに多く、重要な問題だとしても、このような問題だけに、国費をつぎ込診、ガイドラインらしきものを作成するのはいかかと思われる。ちょっと想像をしてみれば、日本中の多くの病院で、心停止や脳死に近い患者（多くはお年寄り）に対して、人工呼吸器治療を選択するかどうかについて、専門委員会を作成して云々というのは、確かに聞こえはいいものの非現実的である。もし、国がまじめにこの問題に取り組もうとするのであれば、365日24時間その決定を担わされているきわめて疲弊きつた医師たち（こうした医療が日本の政治的決定によりG8の国で最低となっているのは厚労省が最もよく知っていることと思われるが）の代わりに電話一本でこうしたことを国の責任において5分以内に対処できるシステムを構築することが基本だと思われる。G8最低の医師数の現場の時間外に合議で決定するという責任逃れの政策を作成したというお題目を唱えてもなんら実効的ではなく、一部の特定機能病院などのみが可能なだけで、日本の多くの、特に地方の医療を担う病院の現状からして、単にお茶を濁しているに過ぎないと思えない。現状の医療経済で、こんなことに時間外にいちいち会議を開ける救急病院があるとはとても思えない。現状の医療現場は、各医師が寝る暇や休日も働いてようやく維持できているのに、この上こうした会議でなどというものしばしば開催することを現場に押し付けて国が責任逃れをするのならば、現場はますます混乱を呈するし、恐らく多くの病院はこうした意思決定をしなければならない救急患者を受け入れるのを拒否するのは明白である。この点熟慮されたい。末期癌患者をどうするかは実は大半問題なく処置されており、実はさほどの問題ではない。日本中の問題の多くは時間外救急患者の吐き出しの処置で生じていることを十分認識して議論していただき、現場を混乱させる結論を出すのをさせていたいただきたい。

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：

◆内容：全体を通じて

(2) ご意見

全体を通じて、2点あります。

1点目

インフォームド・コンセントの理念や患者の自己決定権から逸脱していません。例えば、「1 終末期医療及びケアのあり方」では、「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^①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すべきである」としています。これでは、患者の意思決定の後に、医療者による「慎重な判断」となり、患者の意思決定は何のためにあるのかわかりません。「医療者による慎重な判断」は、患者（と家族）の意思決定を支援するためにあるのが、インフォームド・コンセントの理念です。

したがって、①は「終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、多専門職種^①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た医学的妥当性と適切性を基にして患者が意思決定できるように支援し、それによる患者の自己決定を尊重すべきである」とするのが妥当です。

2点目

「患者にとっての最善の治療方針」が数方出てきます。インフォームド・コンセントや患者の自己決定という理念は、権利概念の他に、「患者にとっての最善の治療方針」を患者以外の者が判断することは論理的に不可能という現実から出てきました。この点につきましては、米国でインフォームド・コンセントの成立過程から明らかです。したがって、例えば、「(2) 患者の意思の確認ができない場合」の①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、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする」ではなく、「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する」にするのが妥当です。（この点、②も同様、③は困難に遭遇しますが、第三者機関（倫理委員会）などの判断になるでしょう。）

意見

項目番号 1-①

内容 構成される医療・ケアチーム

意見

具体性に欠ける。

スタッフ、職種の少ない小さな病院も想定して欲しい。

意見

項目番号 2(2)②

内容 家族の助言

意見

このような場合どこまで家族の助言を尊重するか。たとえば、チームはこれ以上継続しても意味がないと判断。しかし、家族は徹底的に継続希望。どちらを尊重するのか。もし、家族ならば、このガイドラインを作る意味がない。

意見

項目番号 2(3)

内容 委員会を別途設置

意見

だれが設置するのか、自分の病院で1の①の医療ケアチームを作れるかどうかの小規模病院では不可能。国が県が設置しておいて、それを利用できるということなのか。

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： 植物状態を終末期医療に含めて扱うべきではない
について

(2) ご意見

千葉療護センターは自動車事故による脳損傷で植物状態あるいはこれに近い
重度の後遺症を持った患者を専門に治療する病院です。
一般に植物状態は回復が困難と考えられていますが、適切な治療をすれば改
善が見られる場合があることは多く経験しています。またその生命予後も交
通事故による植物状態の場合を見ると比較的良好で、終末期の定義である「死
期が迫っている状態」ではありません。
平成6年5月26日の日本学術会議・死と医療特別委員会報告―尊厳死につ
いて」<http://www4.ocn.ne.jp/~tachi/gakujiyutukaigi-houkoku.htm> におい
ても、4. 延命医療中止の条件の項で「・・医学的に見て患者が回復不能の
状態（助かる見込みがない状態）に陥って居ることを要する。単に植物状態
にあるだけでは足りない」と解すべきである。・・・」とされています。
諸外国には植物状態の定義はいろいろありますが、我が国では文書化された
定義としては1972年に日本脳神経外科学会から出た、植物状態の定義が
唯一のものだと思います。この定義によると、簡単な命令に応じる場合も植物
状態に含めています。
以上のように、植物状態の患者の中には、ある程度のコミュニケーションが
とれ、生命予後も比較的良好的な状態の者も含まれていて、適切な治療により
改善している事実があります。
よって植物状態の患者を終末期医療に含めて扱うことは人道的にも問題があ
ると思われます。
平成16年の終末期医療に関する調査等検討会報告書では植物状態について
触れられていますが、以上のような理由から植物状態は改善を目指して積極
的な治療を行うべき状態であり、終末期医療の中で植物状態が扱われること
について危機感を抱くものであります。

前略

ネットにて「終末期医療に関するガイドライン」に関するご意見の募集についてを拝見し
ました。

終末期医療は国民の多く実際に自分たちが遭遇する可能性の高い問題として関心を寄せて
おり、このような形で意見を述べる機会を与えていただけることは、まさにIT時代なら
ではの方法で、このようなことを実行された貴局に敬意を表します。

- 1) 植物症の定義について
我が国における明文化された植物症の定義は1972年に日本脳神経外科学会から
出されたものが唯一のものと思われま。この定義は現在行政方面でも遷延意識
障害の定義として使われる場合が多く見られます。この定義では命令により手を握
る程度の認知機能のある場合も植物症としています。一般には植物症は2004年
の終末期医療に関する調査等検討会報告書に見られるように「周囲に対する意識が
なく、言語や身振りによる意思の疎通ができない」状態と理解されています。植物
症の議論をする前提として、まず、植物症の定義をしっかりと定めそれを国民に周知
させていただきたいと思ひます。
- 2) 植物症診断の困難性
いかなる植物状態の定義においても、ある時点で植物症であるか否かを判断するの
はかなり困難です。海外の論文においてもその誤診率は28%、37%、43%な
どの驚くべき数字が報告されています。これは法的脳死診断と大きく違うところ
です。また、私自身も、入院してくる患者で前の病院主治医は認知機能が確認できな
いとしていた患者が入院時点で認知機能の確認できる場合も数例以上経験していま
す。
- 3) 植物状態患者の回復の可能性
植物状態は一般に回復不可能とされていますが、千葉療護センターでは多くの植物状
態の患者が機能改善を示しています。また、海外の論文の大部分が少数ではあるが回
復する症例があることを認めています。
- 4) 植物状態の患者の生命予後
植物状態の患者はその状態に陥ってから数年以上生存する場合が多く、特に交通事故
などの外傷による若年者の例は数十年生存しその間にある程度の改善の見られる場合

も多く、決して、治療の可能性がない死期の迫っている状態ではありません。

5) 世界的傾向

全世界的に見ると、近年の植物状態に対する議論は、植物状態は痛みもつらさも認知できないのだから、水と経管栄養を中止してもよいのではないかという議論が盛んでした。私が植物状態の患者の家族と多く接した経験から、我が国においてはその国民性からこのようなことは多くの場合受け入れがたいとの印象を強く持ちます。海外においてもごく最近このような傾向に反する動きが出てきているように思います。添付資料3末尾の前ローマ法王の発言、添付資料4の最新のサイエンスに掲載された論文などから、今後高度先進医療機器を使用した植物症における脳機能の研究により、植物症のように見えても脳が機能していることが明らかにされる可能性があります。

以上の様な理由から、現時点で終末期医療の対象として、植物症を含めることは不適当であると考えます。

[Redacted text block]

以上私見も交え、率直に意見を述べさせていただきましたが、お役に立てば幸いです。よろしく願いいたします。

2006. 9. 26

[Redacted signature and name]

50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： _____
◆内容このガイドライン全体について

(2) ご意見

終末期医療の内容を明記することは困難であると理解した上で、国民が終末期医療という言葉で何を連想するか、医師が何を考えるかが多彩であるため、現状の記述では曲解や拡大解釈が生じることを懸念する。これまで繰り返されてきた医師による自殺補助や慈悲殺を抑止する効果期待するならば本ガイドラインが何を論じているかを明確にする必要がある。まず取り上げるべき項目としては以下のようなことが必要と考えられる。

治療中断：人工呼吸器の停止や取り外し、栄養補給の停止、水分補給の停止、症例に応じ生命維持に必須である他の医療行為の中止（例：血液透析、血漿交換、輸血、体外補助循環装置、昇圧剤、強心剤、その他の緊急救命後に維持されている薬剤など）

治療追加の中止：現在行われている以上の新たな医療行為を加えない、とくに患者が望まない医療行為を追加しない

これらをどういう条件で認めていくとするのか、あるいは認めないとするのが明確に記載されてこそ、求められる終末期での医療方針決定のガイドとなる。

重要な点は患者の意思確認がどの時点でなされるかである。すなわち患者自身が希望を述べたとしても、それは病苦に苛まれて発作的に述べる言葉であるのか、病気になる以前から考えている自分の死生観に基づいた理性的な発言なのであるか。この点については、看病に当たっている家族の思いも同様であり、死が目前に迫ったと考え、患者の苦痛を見るに見かねた家族、経済的な苦痛に疲れた家族が生命の短縮すら期待したとしたら、患者の意思を正しく代表する保証がない点を考慮する必要がある。この問題を回避するためにこそ、患者意思の確認方法としてアドバンスディレクティブの考え方を導入し、治療開始前、終末期となることが予想されるがまだ終末期と言えない段階で患者に知的精神的な判断能力が備わっている時に自発的意思の確認をすることを推奨すべきである。同時に家族等に患者本人の意思を確認させ、意見の食い違いがないことを保証した書面による事前指示を認めることが必要である。この方法があればかなりの数の症例で発生しうる問題が抑止できる。

次ページに続く

2. 意見

(1) 意見を提出する点

◆項目番号： 2

◆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) 意見

この手続きについて考える場合、やはり、最初に「終末期」の厳密な定義が必要と考えます。

通常、終末期とは6ヶ月以内の死を考えざるを得なくなった時期とされていますが、この見通しの正しい確率は疾患によって違いがあります。場合によっては、その状態から死を考える必要のない状態まで回復することさえありますので、非常にあいまいなものです。したがって、そのような時期の治療やケアの選択肢は限りなく広がってしまいます。

終末期とは、死が確実に差し迫った状態と考えます。その意味で、前臨終期とか、最終末期とかの言葉が適切かとも考えます。

この状態は疾患によって多少異なります。たとえば、疾患と身体の状態で規定する例をあげれば、自力では身の回りのことができなくなった状態の末期癌とか、人工呼吸器を使わなければ呼吸状態を維持できなくなった末期の慢性疾患や神経難病ということになります。

しかし、確実に死を間近に意識せざるを得ない最終末期という状態は間違いなくありますし、その状態での医療やケアを考えることが必要なのだと思います。

私の考える最終末期の定義は、「自力で自分の生命を維持することが困難になった状態、およびその状態が目の前に迫った状態（これは末期癌などで数日のうちにそうなることが予想できる場合です）」ということになります。いずれにせよ、厳密に死が差し迫った状態での医療とケアについての方針の決定手続きを決めることが必要と考えます。この状態に認識をあいまいにしたままでは、議論の集約が困難になると考えます。

※ 前頁よりつづく

次に救急医療や病状の急変によって急遽患者意思を確認する必要がある場合は、以下の2点がポイントとなる。

患者意思確認ができる場合：事前確認がない場合には、患者に意識があり、意思を述べることができる例では同席の家族の意見とも食い違いのないことを確認する。「この患者であればこのように言うはずである」というような家族による患者本来の意思の内容を是認できる場合にのみ確認とし、家族との食い違いがある場合には決して家族の意見を優先すべきではない。その場合は以下と同様に扱うべきである。

患者意思確認ができない場合：家族は必ずしも患者本来の意思を代弁する保証が得られないと考え、参考意見として聴取した上で、倫理委員会で審議する。法律家や有識者を含む外部の委員を加えて審議し、方針の妥当性を現場の医療チームだけで決定しないようにする。しかし、その時間的猶予もない場合には患者の生命優先の原則をまず家族に説明し、積極的に生命の短縮をきたす医療の選択が安易になされないようにする必要がある。この問題はさらに議論を要する点である。

インフォームドコンセントという記載について

たたき台では患者の意思が確認できる場合に、医療の方針をインフォームドコンセントで決定していく旨の記載がある。しかしこれは極めて不自然である。バイオエシックスの専門家として述べるならば、わが国ではインフォームドコンセントという単語が正しく理解されていない点をいまだ考慮する必要があるほか、インフォームドコンセントの中であたかも生命の短縮をきたす医療の方針が治療の選択肢に加えられて良いような誤解を招く点を指摘したい。医療者はインフォームドコンセントにおいて生命の短縮をきたす治療法または治療の中断などの事項を選択肢に加えるべきではない。患者が自発的に生命の短縮を辞せずして選択肢に加えることを希望した場合、それはインフォームドコンセントに基づいて実施する医療として扱うより、インフォームドコンセントによって提示したいかなる選択肢も選択されず、ただ生命の短縮を辞せずする治療方針での実施の依頼があったことを診療録に明記する必要がある。その上で、同治療のリスクの説明を行い、患者が理性的に判断して自己決定権の主張として希望した場合に、医療施設でその行為を是とすかどうかは倫理委員会によって客観的に討論されるべきである。そうしないと、自殺補助に当たる医療行為を医療者側が選択肢として提示して実施してよいことになるからである。

これらを総合すると2-(3)で記載される「専門委員会」の存在を前提事項としてより明確化し、現場の医療チームで決定という考え方がやや安易な結論に導く可能性を鑑みて慎重に記載されたい。「終末期医療」「インフォームドコンセント」「医療チーム」「患者の意思」「家族の意思」という面でたたき台は不明瞭さを残し、解釈によっては生命短縮を是認し、自殺補助、慈悲殺を助長する懸念すらあることを敢えて指摘する。

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： 1-①
 ◆内 容： 医療・ケアチームについて

(2) ご意見

終末期における医療内容の開始、変更、中止などは・・・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すべき・・・
 また2-（3）ではもう一つ別途に同等の委員会を設置しとある。

終末期医療においては開始、変更、中止は病状によりタイムリーに判断が下されることが必要である。なんでも協議で決めるなら医者は要らない。

医療は担当医と本人と家族の同意で、本人と家族の責任で方針が決まる。終末期医療も例外ではない。終末期において何が問題になるかといえば、医療が介入したために自然の死を迎えられなくなった状況か、死の苦痛に医療が介入することにより、死を早めてしまう状況である。この辺の定義をあいまいにしていると、通常の医療行為まで煩雑な手続きを必要とし、終末期の特殊で重要な問題は何も解決しない。

他職種の専門家をチームとして二種類も集めることは難しいので実際には行なわれるという保証はない。また委員会が持つ責任があいまいである。結果に責任を持つのは、主治医でなく委員会なのかと思う。わかりにくい判断がまたそこに出来てしまう。行政が行なうべきことは、終末期の問題を正確に具体的に把握し何が必要なのかを考えることである。

現場の困惑は、臨死期に人工呼吸器をつけたり、経管栄養のチューブを入れたりする死の回避処置を行なわなかった場合や、いたずらに死期を延ばしていると考えられるわかりきった段階で行なわれる医療行為に、どのような責任問題が発生するのかわかりしないという身近な問題である。

法整備は国民にも拘束力を持つがガイドラインは担当者だけである。現場で終末期医療の方向性を決めているのは多くは国民で、国民の意識が変わらないとうまくいかない。年金恩給が切れると困るから一日でも長く生かしてくれなどという人のために医療現場は混乱している。起きていることを具体的に検討して問題解決のために法整備することを方針とするべきである。

自然に訪れる死は本来医療の対象ではない。皆保険における死の意味づけを国民的課題にするべきで、ガイドラインでお茶を濁し、現場の責任体制を崩しても仕方がないのではないと思う。

「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」へのご意見

1. ご自身の属性について（※ 必ずご記入ください。）

①年齢： 6 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

②性別： 2 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

③職業： 3 （※ 下記より対応する番号をご記入ください。）

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： 患者の意思が確認できる場合 について

(2) 意見

患者の意思が確認できないを論じる前に、もっと積極的に患者の意思を確かめる方策を講じることを、ガイドラインに盛り込むべきである。

すなわち、意識がなくなってしまうたり、あるいは、高齢や認知症等のために理性的な判断ができなくなってしまう前に、終末期になったときは、自分はどのように欲しいかという意思（リビング・ウィル）を書くことを日本社会としても、医療・ケアチームとしても推進すべきであることをガイドラインに盛り込むべきである。

そのためには、このようなリビング・ウィルを尊重すべきであるとの法制化も進めるべきである。

リビング・ウィルが一般的となり、これを尊重すべきことが謳われれば、射水市民病院事件は事件にならなかったと思う。政府としても、このような社会を作っていくべきではないか。個人のリビング・ウィルは優先的に尊重されるべきであり、たたき