

医療事故・紛争対応研究会  
東海・北陸セミナー  
アドバンス・ケア・プランニングと  
生命倫理と法

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科  
丸山 英二

1

医療・医学研究における  
生命倫理4原則

## 生命倫理の4原則

### (1) 人に対する敬意 (respect for persons)

- 自己決定できる人については、本人の自由意思による決定を尊重する。
- 自己決定できない人(子ども, 精神障害者・知的障害者)については、人としての保護を与える。
- 個人情報保護 (2003.5.個人情報保護法成立)

33

## 生命倫理の4原則

### (2) 無危害 (nonmaleficence)

- 患者・被験者に危害を加えないこと。  
[過失によって危害を加えないこと]

### (3) 利益 (beneficence)

- 患者・被験者の最善の利益を図ること。  
[医療水準に適合した医療の実施, 医学の発展の追求]

## 生命倫理の4原則

### (4) 正義(justice)

➤ 人に対して公正な処遇を与えること。

★相対的正義——同等の者は同等に扱う。

▼配分的正義——利益・負担の公平な配分

- ・ 医療資源・臓器の配分(先着順, 重症度順, 期待される効果順……)
- ・ 対象者・ドナーの選択
- ・ 対象者・ドナーと受益者・レシピエントの集団的対応関係

▼補償的正義——被害を受けた人に対する正当な補償

55

## 事前指示, ACPの概要と経緯

## ことば——ACP

**advance care planning:** The process involved in learning about and deciding upon the kinds of care you wish to receive if you are too ill or incapacitated to make medical decisions yourself, then communicating these wishes to your doctor and loved ones.

ACP——あなたの病気や障害が重くなり医療に関する決定を自分自身で下すことができなくなった場合に、あなたが受けることを希望する医療・ケアの種類について把握し、決定し、その希望をあなたの医師と家族等に伝えることを内容とするプロセス

(Harvard Medical School Special Health Report, Advance Care Planning, 52, 2016)

7

## ことば——ACP

Advance care planning involves learning about the types of decisions that might need to be made, considering those decisions ahead of time, and then letting others know—both your family and your healthcare providers—about your preferences. These preferences are often put into an advance directive, a legal document that goes into effect only if you are incapacitated and unable to speak for yourself.

(Advance Care Planning: Healthcare Directives, National Institute on Aging, <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives>)

ACPは、下す必要が生じる決定の種類について把握し、それらの決定について事前に検討し、他者——家族と医療従事者——に自分の希望を知らせることを内容とする。それらの希望は、事前指示書(あなたが能力を喪失し自分で話せなくなった場合に限り効力が生じる法的文書)に記録されることが多い。

8

## ことば——advance directive(事前指示書)

- ◆ADの主要なものとしてリビングウイルと医療に関する委任状があります(他に、輸血、血液透析、DNR、臓器提供、POLSTなどに関する希望を記録する文書も作成できます)。
- ◆リビングウイルは、あなたがどのような治療を希望するかについて医師に伝えるために役立つ書面で、あなたが希望する治療、希望しない治療、各々の選択の条件について述べることができます。
- ◆医療に関する委任状は、あなたが医療に関する決定を下すことができなくなった場合に、あなたに代わってその決定を下す医療に関する代理人を指名する法的文書です。代理人はあなたの価値観や希望についてよく知っている必要があります。

(Advance Care Planning: Healthcare Directives, National Institute on Aging, <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives>)

9

## ことば——ACP:わが国の資料

アドバンス・ケア・プランニング:人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス(厚労省、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン・解説編)

ACP(Advance Care Planning)——将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者の意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者本人、患者の家族、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている(日本医師会生命倫理懇談会、第XV次生命倫理懇談会答申、超高齢社会と終末期医療、33、2017.11)

10

# 事前指示書： 概要と問題点

11

## 患者の意思——リビング・ウィル

- ◆ 決定すべき時点において意思決定能力を欠く患者に対する対応——advance directive(事前指示書)
- ◆ アメリカでは advance directive の要件・効果を定める法律が、1976年、カリフォルニア州で制定されて以降、現在では、すべての州で制定されている。
- ◆ その内容としては、意思決定能力が失われた場合に備えて、
  - ① 治療の実施・不実施をあらかじめ指示する書面(リビング・ウィル)と、
  - ② 本人に代わって医療に関わる決定を下す代理人を任命する書面(医療に関する委任状Health Care Power of Attorney)について要件と効果を規定するものが多い。

12

## 事前指示書の効果——免責

◆アメリカの州の法律には、すべて、法律の要件を満たした事前指示書にもとづいてなされた医療の実施・不実施について民刑事責任を免除する規定がおかれている。

Cf. 日本医師会第X次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドライン」(平成20年2月)

「終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、このガイドラインが示した手続きに則って延命措置を取りやめた行為について、民事上及び刑事上の責任が問われない体制を整える必要がある。」

日本医師会第XⅢ次生命倫理懇談会「今日の医療をめぐる生命倫理—特に終末期医療と遺伝子診断・治療について」(2014.3)

「日本医師会は、個別性の高い終末期医療を法制化することに対し、より慎重であるべきとし、日本医師会を含む関係機関が作成した適切な公的ガイドラインに従うことで現場の医師が免責を受けられることが望ましいと意見表明している。」(平成29年報告書はこの状況が実現されているとする。)

13

## 事前指示書の問題点

①当該治療が問題となる時点での判断ではない。

・想定と異なる現実、考えの変化

——治療・ケアについての指示

——代理人の判断

・リビング・ウィル(狭義)——すべての事態・治療を想定できない。

・代理人任命——元来、判例法において、代理人の権限は、(本人が代理人の行為を監督することが可能な)本人に能力がある間に限られるとされていた。それを修正するのが、事前指示書の代理人任命部分(⇒本人が代理人の行為を監督できない)。

②事前指示書を作成する人はアメリカでも多くはなかった、23%(1982)、15%(1988)(Cruzan, 497 U.S. at 289 n.1)。わが国では、2017年でも5.3%(厚労省調査, 2018)。

14

# 事前指示書の問題点

① インフォームド・コンセントが同時的であるのに対して、事前指示書は「事前」のもので仮定的な要素を排除できない。

他方、本人がそのことも承知の上で作成した書面についてはそれを尊重するのが人に対する敬意を尽くすことになる。

② 患者の自己決定法(Patient Self-Determination Act, 1990. 連邦の法律)——医療機関は、患者に対して、入院・入所時に、法的に認められる医療に関する決定権、とくに医療を承諾または拒否する権利や事前指示書を作成する権利について書面で告知するとともに、患者が事前の指示書を作成したかどうかを患者の医療記録に記載することを義務づけられた。

最近では、40歳以上の47%(2013)が、ナーシングホーム入居者の65%(2004)事前指示書を作成していた。GAO Report 21-22 (2015).

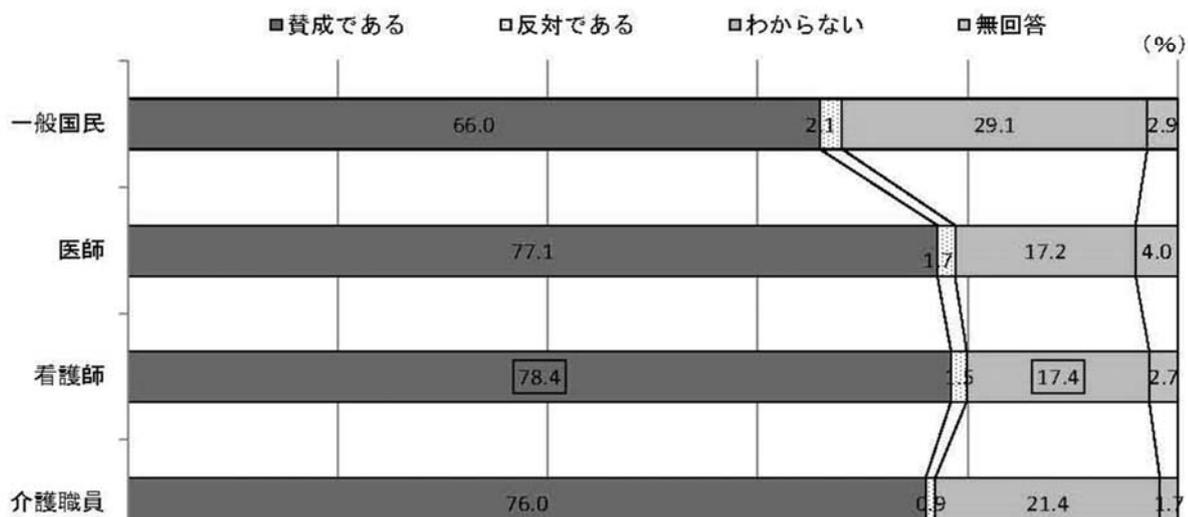
15

## 事前指示書：わが国における普及

### I-4 事前指示書について①

平成29年度  
一般国民票

■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくないかなどを記載した書面(事前指示書)をあらかじめ作成しておくことについての賛否

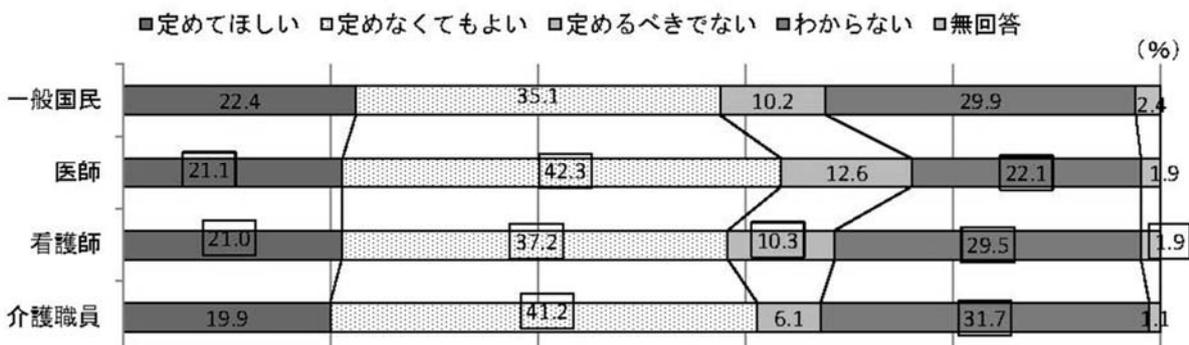


(第6回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会・参考資料5  
平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(確定版)2018.3.29)

■ 事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)



■ 事前指示書に従って治療方針を決定することを法律で定めることへの賛否



(第6回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会・参考資料5  
平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査結果(確定版)2018.3.23)

21

# ガイドライン・提言・答申

## 近年公表されたガイドラインや勧告

- ① 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」  
(2007年5月)  
厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018年3月改訂)
- ② 日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」(2014年11月)
- ③ 社団法人日本老年医学会「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」(2012年6月)
- ④ 日本臨床救急医学会「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」(2017年4月)
- ⑤ 日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」(2017年11月)

19

### 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

#### 策定の背景

- 平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発化。
- 平成19年、厚生労働省に、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」を設置し、回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理することとした。
- パブリックコメントや、検討会での議論を踏まえ、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。  
※平成26年度に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称。

#### ガイドラインの概要

##### 1 人生の最終段階における医療及びケアの在り方

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めることが重要。
- 人生の最終段階における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。

##### 2 人生の最終段階における医療及びケアの方針の決定手続

- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を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。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

20

事案	時期	概要	司法処分等
東海大学附属病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死]	H3.4.	多発性骨髄腫で入院中の患者の長男等から治療行為の中止を求められ、点滴等の治療を中止。さらに、「楽にしてやってほしい。早く家につれて帰りたい」と要望され、塩化カリウム等の薬物を患者に注射して死亡させた。	横浜地判H7.3.28. 医師／殺人、懲役2年執行猶予2年確定。
国保京北病院 (京都府) [積極的安楽死]	H8.4.	末期がんで入院していた昏睡状態の48歳の患者に医師の独断で筋弛緩剤を投与。約10分後に死亡させたとして、病院長が翌年殺人容疑で書類送検された。	実際に使用した量が致死量に満たないため不起訴。
川崎協同病院 (神奈川県) [治療中止+積極的安楽死(前者に焦点が置かれた)]	H10.1 1.	気管支喘息発作で意識不明状態の患者に対し、主治医が気管内チューブを抜管した。しかし、患者が苦しうに見える呼吸を繰り返したことから、主治医は准看護婦に命じて、筋弛緩剤を静脈注射し、患者を死亡させた。	横浜地判H17.3.25. 医師／殺人、懲役3年、執猶5年→東京高判H19.2.28. 懲役1年6月執猶3年→最三小決H21.12.7. 上告棄却。
道立羽幌病院 (北海道) [治療中止]	H16.2.	食事の誤嚥で心肺停止となった患者(90歳)に人工呼吸器を装着。主治医は「脳死状態で回復の見込みはない」と家族に説明し、人工呼吸器を外して患者を死亡させた。	殺人容疑で書類送検。H17.5.→不起訴。H18.8.(因果関係認定困難)

射水市民病院 (富山県) [治療中止]	H12.9 ～ 17.10 (H18.3に報道)	平成12年以降、末期状態の患者7名(54～90歳、男性4名、女性3名)に対して、家族の希望により、外科部長らが人工呼吸器を外し、死亡させた。	元外科部長と元外科第二部長を殺人容疑で書類送検(嚴重処分を求めず)H20.7.不起訴。H21.12.
和歌山県立医大附属病院紀北分院(和歌山県) [治療中止]	H18.2. (H19.5.に報道)	脳内出血で運ばれてきた88歳女性の緊急手術後に人工呼吸器を装着。女性が脳死状態となったため、医師が人工呼吸器を外し、死亡(心停止)させた。	殺人容疑で書類送検(刑事処分求めず)H19.1.不起訴H19.12.
多治見病院 (岐阜県) [治療中止]	H18.1 0.	食事をのどに詰まらせ、救急搬送で蘇生後、人工呼吸器が装着されたが回復が見込めない患者について、本人の「再起不能なら延命治療をしないで」との文書と家族の依頼で、倫理委員会が呼吸器を含む延命治療の中止を決定したが、県の「国の指針もなく、時期尚早」との意見で治療が中止されないまま患者は死亡。	
亀田総合病院 (千葉県) [治療中止]	H20.4.	筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者が提出した「病状進行で意思疎通ができなくなった時は人工呼吸器を外して」という要望書について、倫理委員会はその意思を尊重するよう病院長に提言したが、病院長は「現行法では呼吸器を外せば(殺人容疑などで)逮捕される恐れがある」として、呼吸器外しに難色を併した。	

## 射水市民病院事件[背景]

- ◆なぜ、警察の捜査の対象となり(元外科部長は殺人容疑で50回近い[後に70回以上]事情聴取を受けた), 大きな話題になったのか。
  - ・対象となった患者が7人もいた。外科部長はこれら7人の後にも呼吸器取外しを続けようとしていた。
  - ・患者が終末期であるという判断や人工呼吸器を取り外すという判断が外科部長単独でなされていた。また、患者の意思を確認することもなされていなかった。
  - ・看護師長から報告を受けた院長が問題視し調査委員会を設置し、県警にも報告していた。

(NHKスタジオパーク「延命治療中止 医療現場は？」2008年07月25日,  
<http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/200/10486.html#more>  
[2008.7.23.に元外科部長らが送検された射水市民病院事件についての  
ニュース解説])

23

## 射水市民病院事件[送検]

### 【送検に際しての県警の態度】

- ◆送検の理由について県警は「心停止前に呼吸器を外せば、患者が死亡することは分かっていた。現行の法体系では殺人罪に問わざるを得ない」と話した。(朝日H20.7.23)
- ◆他方、「呼吸器を外さなくても余命が2、3時間だった患者が3人、12～24時間が3人だった。残る1人も呼吸器を装着したままなら数日間生存した可能性があったが、回復不能で、遺族にも処罰感情はないという。県警は送検時に付ける意見書に『嚴重処分を求める』とは記載しなかった。」(毎日H20.7.23)
- ◆同意書などの書面はないが、家族の同意はあったようである。

24

## 射水市民病院事件[不起訴]

- ◆富山県の射水市民病院で末期がんなどの患者7人の人工呼吸器を外して死亡させたとして、殺人容疑で書類送検された男性医師2人について富山地検は21日、いずれも不起訴(嫌疑不十分)とした。
- ◆理由を「人工呼吸器の装着から取り外しまでの一連の行為は、延命措置とその中止行為に過ぎず、殺人罪と認定するのは困難」などと説明した。
- ◆地検は発表で、不起訴の理由として、(1)被害者の死期を早めて、その生命を断絶させるための行為でない、(2)人工呼吸器取り外しと被害者の死亡との因果関係について疑問が残る、(3)医師2人に殺意は認められない——の3点を挙げた。(読売H21.12.22)

25

## 治療中止が許容される要件

(東海大学付属病院事件横浜地裁平成7年3月28日判決)

- ◆治療行為の中止は、患者の自己決定権の理論と、意味のない治療行為を行うことはもはや義務ではないとの医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件の下に許容される。

【[意味のない]治療行為の中止が許容されるための要件】

- ① 患者が治癒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(複数の医師による反復した診断によるのが望ましい)。
- ② 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要であるが、その段階で患者の明確な意思表示が存在しないときには、患者の推定的意思によることもできる。

26

# 厚労省プロセスガイドラインの経緯

- ◆終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会(第1回2007.1.11, 第2回2007.3.5, 第3回2007.4.9)  
⇒「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007.5.21)
- ◆終末期医療に関する意識調査等検討会(第1回2012.12.27～第4回2014.3.24)  
⇒「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2015.3.19)
- ◆人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会(第1回2017.8.3～第6回2018.3.23)  
⇒「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(2018.3.14)

27

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン (平成19年5月21日医政局長通知)

### 1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、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、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、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。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

### 2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

#### (1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。  
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

28

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を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。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、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。
- ③ 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、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

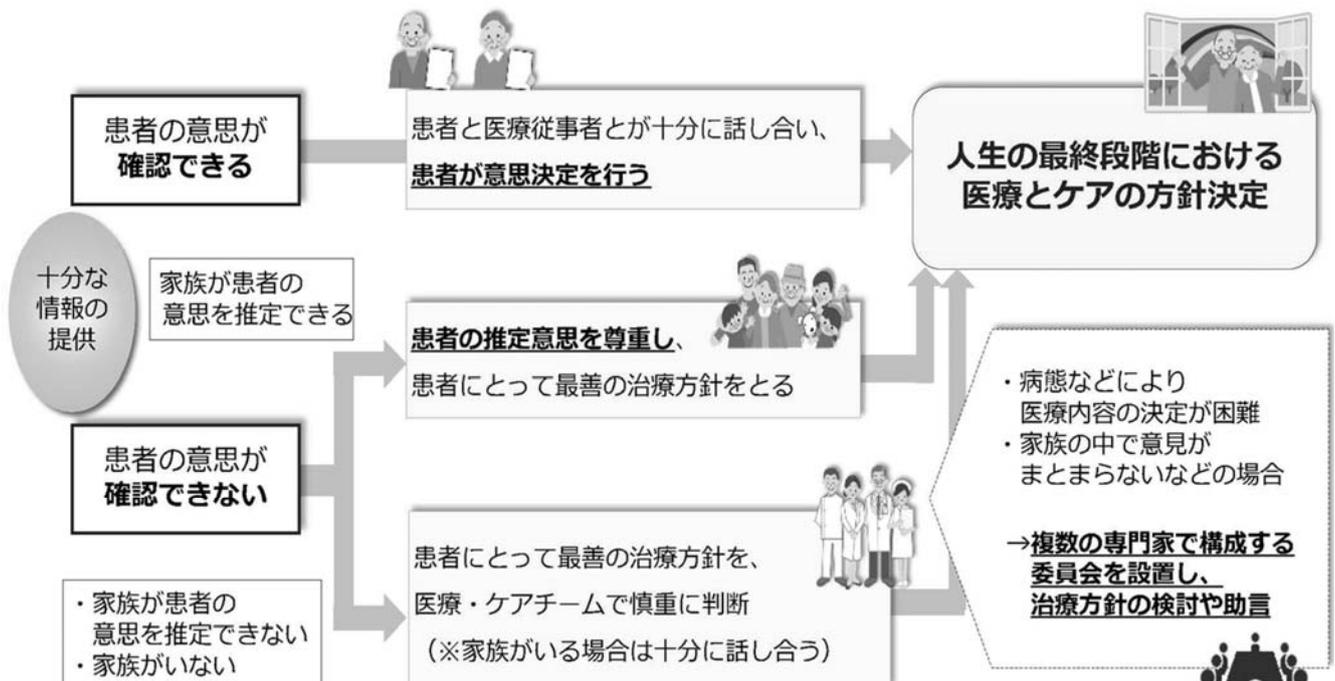
- ・医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家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及び助言を行うことが必要である。

## 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」

### 方針決定の流れ (イメージ図) (2015.3.19ガイドライン)

人生の最終段階における医療およびケアについては、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが最も重要な原則



## ガイドライン2018改訂の概要(2018.3.14, 厚労省ウェブサイト)

- 1 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
  - ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
  - ・医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- 2 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと(=ACPの取組)の重要性を強調
- 3 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくことの重要性を記載
- 4 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、「3」の信頼できる者の対象を、家族から家族等(親しい友人等)に拡大
- 5 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

31

## 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

- 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方
  - ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化するものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

32

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方 [続き]

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

33

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

#### (1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

34

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

#### (1) 本人の意思の確認ができる場合 [続き]

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

35

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

#### (2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。

36

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

#### (2) 本人の意思の確認ができない場合 [続き]

- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

37

## 人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン(2018.3.14)

### 2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

#### (3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・ 本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

38

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会(2014年11月)  
救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

医療チームは患者、および患者の意思を良く理解している家族や関係者(以下、家族らという)に対して、患者の病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くなく、これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならず、却って患者の尊厳を損なう可能性があることを説明し理解を得る。医療チームは患者、家族らの意思やその有無について以下のいずれであるかを判断する。

(1) 患者に意思決定能力がある、あるいは事前指示がある場合

患者が意思決定能力を有している場合や、本人の事前指示がある場合、それを尊重することを原則とする。この場合、医療チームは患者の意思決定能力の評価を慎重に評価する。その際、家族らに異論のないことを原則とするが、異論のある場合、医療チームは家族らの意思に配慮しつつ同意が得られるよう適切な支援を行う。

(2) 患者の意思は確認できないが推定意思がある場合

家族らが患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重することを原則とする。

39

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会(2014年11月)  
救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合

患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

① 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

40

日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会(2014年11月)  
救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

(3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合 [続き]

② 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

(4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。

## 依然として残る課題

# The SUPPORT study

- 米国で行われた、9000名の患者を対象とし、アドバンスディレクティブを介入とした（クラスターランダム化）比較試験
- 介入：熟練した看護師が病状理解を確かめ、ADを聴取。その情報を医師に伝えた
- ICUの利用、DNR取得から死亡までの日数、疼痛、ADの遵守、医療コスト、患者・家族満足度に差異は見られなかった

*JAMA*. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8. 16

木澤義之, アドバンス・ケア・プランニング:いのちの終わりについて話し合いを始める  
厚労省, 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会・資料3

## ADが有効でなかった理由

- 患者が将来を予想すること自体が困難
  - 低いヘルスリテラシー、教育水準、重篤な病状
- その時点の選択が今も同じかわからない
- 代理決定者がその内容を知らない
- 代理決定者が、患者がなぜそのような判断をしたかがわからない
  - できるだけのことをしてほしい、と答える
- 実際の状況が複雑なために、ADの内容を医療・ケアの選択に活かさない
- [丸山加筆]死に対峙する患者の恐怖・苦悩

17

木澤義之, アドバンス・ケア・プランニング:いのちの終わりについて話し合いを始める[丸山加筆]  
厚労省, 第1回人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会・資料3

## 患者の認識

### ACPの目的≠治療方針のコントロール

- ・ ACPを、治療の選択に対するコントロールの点から捉える患者はほとんどいない。
- ・ 患者は、ACPを、人生の最期が近づくときに生じる社会的、心理的、情緒的問題の点からACPを捉える傾向がある。
- ・ 患者は、ACPを、主として、意思決定能力を失った後に自分の医療に関わる決定をコントロールできる手段と考えることはしない傾向がある。
- ・ 患者は、病気の経過の中で、自分の希望が変化する可能性があること、医療・ケアに関して自分が表示した選好がつねに従われるわけではないこと、家族や医療従事者は自分自身の判断で表示された選好に従うべきか否かを決定していることを受容し、治療に関する決定は信頼する医療従事者に委ねて満足であった(喜んで委ねる)こと、を報告する多数の研究がある。

S. Johnson et al., Advance Care Planning for Cancer Patients, Psycho-Oncology 25:362 (2016).

45

## 報告者管見

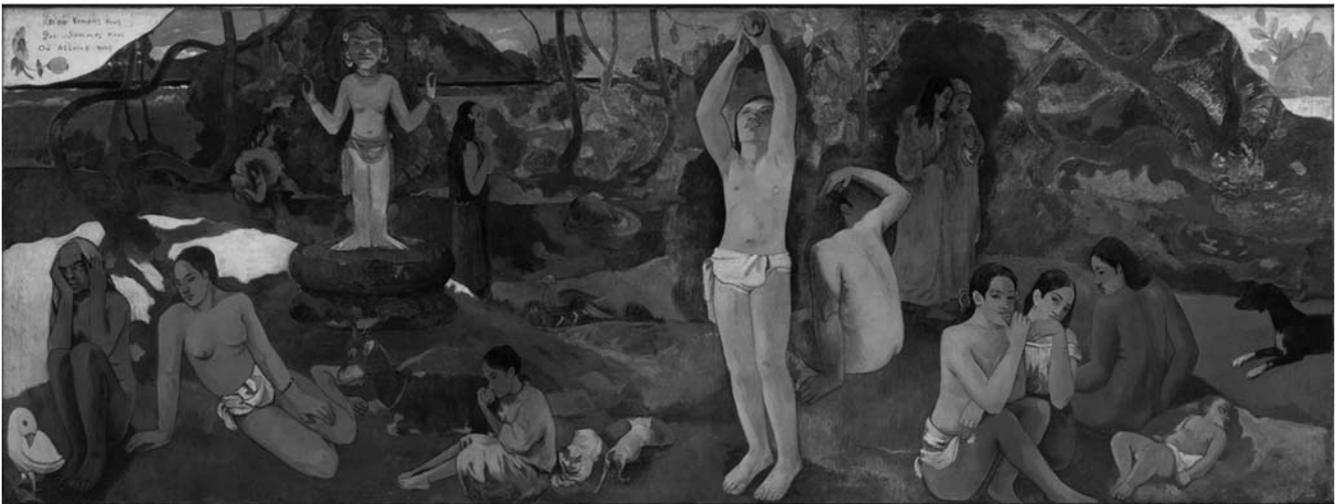
- ◆具体的な医療行為に関して患者本人が示した意思決定に例外なく従うことが、必ず人に対する敬意になるとは限らないのではないか。EOLケアにおいては、respect for persons ≠ respect for autonomyのこともあるのではないか。
- ◆Respect for personsの求めるところを広く捉えてみよう。
- ◆しかし、抽象的な人生観・死生観だけではその内容の検討が不十分であったり、その表示が不十分であったりする可能性がある。具体的な医療行為等についての希望も検討・表示することを求めつつ、現実の医療・ケアの実施においては具体的事項に関する本人の希望に縛られる必要はない。
- ◆具体的な医療行為等に関する話し合いのプロセスの場を提供するものとしてACPIは有用。

46

## 報告者管見

- ◆米英豪加，欧州とわが国の文化の違いも踏まえる必要がある。
- ◆Beneficence, nonmaleficenceから，本人に恐怖，不快，苦痛をもたらす可能性があるACPを無理強いすることは避ける。
- ◆有意義なACPのためには，人生観・死生観の確立が必要かもしれない。
- ◆本人の希望・意思——本人の人生観(生命観)・死生観の確立がないと表層的なものに終わる。
- ◆人生観——一般的，普遍的な思考をすることが可能な，限られた期間しか存在し得ない主体 ⇒ 恐怖・苦痛
- ◆『我々はどこから来たのか 我々は何者か 我々はどこへ行くのか』(ポール・ゴーギャン，1898)

47



Where Do We Come From? What Are We? Where Are We Going?,  
1897–98, Paul Gauguin (French, 1848–1903)  
From Wikimedia Commons

48

## スピリチュアルな領域

[スピリチュアル・ケアにおけるスピリチュアルの]領域については、次のような把握が適切である。「『スピリチュアル』は、『人がその生きる世界をどのように根本的に、ないしは包括的に理解しており、その理解と連動するどのような根本的な姿勢で生きているか』に関わっている。」(日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」27頁(2017年11月))

49

## 死についてのスピリチュアルな認識の例

【宗教的死生観】「死に直面している患者の願いとは何か。……第3に、患者に湧き起ってくる希望は、死を超えた彼岸に生まれ、愛する人々と再会することである。キリスト教では、死は終わりではなく、神の愛に迎えられ天に召されると教える。仏教経典には「俱会一處」と記され、愛する人と死別しても、極楽浄土で必ずまた会えると説き、亡き人は仏となって残された人々の心を導いてくれると教えている。」(日本医師会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」29頁(2017年11月))

死＝彼岸での出生・愛する人々との再会，昇天，極楽浄土

【非宗教的死生観】死は、人が生まれる前の状態に戻ること。亡きからは残るが、出生前，懐胎前の状態への回帰。

無⇒個人⇒無

両親⇒個人⇒無

両親⇒個人⇒子

先祖⇒……⇒祖父母⇒父母⇒個人⇒子⇒孫⇒……⇒子孫

50

## 問題意識

### ◆相反する本人・家族の意思

一方で患者の負担の回避を望みながら、他方で、ただひたすら生命の物理的延長を求めている家族。

自然な終わり ←→ 1日, 1時間, 1分でも長く

### ◆それでも, ACPは, respect for persons に有効な取り組みであることは間違いない。

改善を図りつつ前進することが求められる。

51

## 【参 考 文 献】

◆清水哲郎・会田薫子編『医療・介護のための死生学入門』（東京大学出版会, 2017年8月）

◆玉井真理子・大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』（有斐閣, 2011年3月）

◆手嶋豊 『医事法入門 第4版』（有斐閣アルマ, 2015年4月）

52

## 【参考文献・資料】

- ◆厚労省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>

- ◆日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～」の公表(2014.11)

[http://www.jsicm.org/publication/3gakkai\\_teigen1411.html](http://www.jsicm.org/publication/3gakkai_teigen1411.html)

- ◆日本医師会生命倫理懇談会第XV次生命倫理懇談会答申「超高齢社会と終末期医療」(2017.11)

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20171206_1.pdf)

※なお、当日のスライドは、後日、次のアドレスに掲出します。

<http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/lecture.html>