

# 兵庫県立西宮病院 倫理研修会

## 臨床倫理問題への対応例の検討

神戸大学名誉教授  
丸山英二

1

## 目次

•医療・医学研究における生命倫理4原則	3
•インフォームド・コンセント	7
•臨床倫理問題への対応例	11
•臨床倫理問題への対応例：共通する問題点 I. について	29
•資料（輸血拒否GL，人生最終段階GL）	41

2

## 医療・医学研究における 生命倫理4原則

3

## 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)

4

## 生命倫理の4原則

### (2) 無危害 (nonmaleficence)

- 患者・研究対象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) [善行, 仁恵, 与益とも]

- 患者・研究対象者の最善の利益を図ること。

[最善の利益は患者など本人の視点から考えられたものであること]

◆日医第XVI次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとACPの普及・啓発」18頁注7(令和2(2020)年5月)

「本人にとっての最善の利益は主観的なものであり、客観的な基準によって決められるべきものではない。それは、第一には、本人の意思決定によるものであるが、それが存在しない場合には本人の推定意思によることになる。ACPが実践されている場合は、そこに表れている本人の人生観・価値観を重視し、何が本人にとっての最善の利益で、何がそれに沿った最善の措置であるのかを判断する。……

5

## 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, 提供者との年齢の対応……)

・対象者・生体臓器移植のドナーの選択

・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——研究参加で被害を受けた人に対する正当な補償

6

## インフォームド・コンセントの要件

### インフォームド・コンセントの要件の充足

インフォームド・  
コンセントの要件

人に対する敬意  
(respect for persons)

- ◆対象者に理解し判断する能力がある限り、その人の自己決定を尊重することが必要。
- ◆本人の意思を無視して医療を行うことは、その人を人格として尊重しないこと、その人を意思のないモノ扱いすることになる。
- ◆法的には、インフォームド・コンセントの要件を満たさずに、医療行為を行うと、たとえ過失なく行われた場合、あるいは身体的損害が生じなかった場合であっても、不法行為・債務不履行を犯したとして、損害賠償責任に問われる。

7

2

8

## インフォームド・コンセントの要件の 適用免除事由

### ◆緊急事態

患者の状態の急変＋救命・健康維持に迅速な対応が必要な場合  
時間があれば、患者は同意したであろうことが推定できること  
省略できるもの——説明と同意；説明のみ

### ◆第三者に対する危険を防止するために必要な場合

[社会的必要性——他者に危害を及ぼさない限りでの自己決定  
尊重](精神障害、感染症など)

9

## 説明・同意要件の具体例：広島地裁平元・5・29

【事件の概要】子宮筋腫患者の子宮を摘出した行為が、患者の承諾を欠くものであったとして、医師の説明義務違反、承諾取付義務違反による損害賠償請求について1200万円(弁護士費用150万円)の支払が命じられた。

【判旨】「医師の医療行為は、医療契約に基づいて行われるのが一般であるが、医師が善管注意義務を果たして適切な医療行為を行う限り、その内容についてはかなり広く医師の裁量に委ねられる面が存することは、否定できない。しかしながら、医療行為についても、患者の身体に対する侵襲行為の側面を有する以上、たとえ医師の適切な判断によるものであったとしても、患者の承諾があつてはじめてその違法性が阻却されるものというべきところ(したがって、患者の承諾があつたことの立証責任は医師側が負担する)、医療契約の締結によって承諾が全てなされたものということとはできず、医療契約から当然予測される危険性の少ない軽微な侵襲を除き、緊急事態で承諾を得ることができない場合等特段の事情がない限り、原則として、個別の承諾が必要であると解するのが相当であり、医師の医療行為が不適切な場合には、それだけ違法性が強いものといえる。」

10

## 対応事例1

臨床倫理問題への対応例  
(ウェブサイト掲出にあたり事例は省いています)

11

3

12

## 1. 終末期悪性腫瘍患者の転院搬送

- ◆急変時の対応が困難という理由で、本人希望の緩和ケア目的の転院を認めないということであれば、現在の病状が継続する限り、死亡退院まで本病院に入院することになるのではないかと危惧される。
- ◆本人の転院希望が真意によるものであって、本人が費用負担の用意のある民間の搬送サービスの活用などによって実施可能であれば、本人の意思尊重、本人の最善の利益を図るという観点から認めるべきであったのではないかと考える。

13

## 対応事例2

14

## 対応事例6

15

## 対応事例7

16

- 2. 植物状態に至った透析患者の透析継続・中止
- 6. 植物状態患者の経鼻経管栄養の減量・中止
- 7. 人工呼吸器患者の必要時チューブ交換・気管切開術

- ①2及び6について、厚労省の人生最終段階ガイドラインに従って、意識があったときの本人の意思・希望、推定される本人の意思・希望、本人にとっての最善の利益の観点から透析の継続・中止／経鼻経管栄養の減量・中止に対応する。本人の意思・希望の確認にあたっては、家族から事情を十分に尋ねる。家族の意向が一致しない場合には話し合いの継続し、合意を得るよう求める。合意が得られるまでは、保存的な意見に従う。
- ②2に関して、日本透析医学会「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」(2020)によっても同様の対応が求められている。
- ③7に関して、基本的に①と同様の方針での取扱いが望ましいと考える。チューブ交換について家族の同意が得られない場合、厚労省のガイドラインのいう「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」が求められる。

#### 対応事例4

- 3. transgender患者の病室
- 5. 切断肢の取り扱い
- 9. 暴言・暴力・セクハラおよび採血・点滴治療拒否患者

- ◆3, 5, 9について、病院管理の問題なので事例・意見は省略。
- ◆9. お書きの対応で適切ではないかと考える。

#### 4. 摂食障害患者の治療拒否

- ◆本人の判断能力が十分ではないと考え、本人の最善の利益を図る治療を行い、その際には、家族の意向を考慮することが望ましい。良質の精神科病院への入院が確保できる場合には、精神保健福祉法20条の任意入院, 33条の医療保護入院の適用を検討することが考えられる。

## 対応例8

### 8. 心肺蘇生処置不希望の悪性腫瘍終末期患者への意志表示書類携帯の勧め

- 心肺蘇生処置不希望の悪性腫瘍終末期自宅療養患者が、急変時には救急要請・搬送、蘇生処置を受けてしまう可能性がある状態のなか、病院として心肺蘇生処置不希望の意思表示書類の作成を指示したり、主治医意見書（病状や心肺蘇生処置不希望であること等を記載、紹介状形式等）を作成し本人に持っておいってもらうようにする等の対応の是非
- 
- 各種ガイドライン・提言に沿ったプロセスを経ての本人の意思が正確に実行されるためにも、病院としての上記のような対応は問題ない
- 
- 本人より連絡があった際に、心肺蘇生処置不希望の意思を再確認し、その意思表示として本人が書面を作成して持つておくこととなった
  - 当院電カルの患者掲示板には DNAR の方針であることを掲示

21

### 8. 心肺蘇生処置不希望の悪性腫瘍終末期患者への意志表示書類携帯の勧め

- ◆ お示しの内容は、ACPの実効性確保のために有益な対応と考える。
- ◆ 消防庁の平成30年度救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会報告書」(2019年7月)、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(平成29)年3月31日)等も参照。患者の同意と署名のもとに作成された「心肺蘇生等に関する医師の指示書」(臨床救急医学会提言の中にひな形あり)の作成、患者による携帯が適切ではないかと考えられる。

22

## 対応事例10

### 10. 退院先選択肢の提示に[沈黙]する患者

- ◆ 概ね、書かれている対応で致し方なしと考える。
- ◆ \* \* \*  
——書面に署名が得られない場合にどうするか。病院の案を提示し、沈黙が続くのであれば、黙示の同意があったと取り扱えるのではないか。その旨をカルテ等の記録に残す方法が考えられる。

23

6

24

## 対応事例11

### 11. 人工呼吸器患者の気管切開術に不同意のエホバの証人家族

- ◆人工呼吸器が付されたエホバの証人患者で本人の輸血拒否の意思が固い場合、輸血はできない。ICの要件を満たす同意がない医療措置は実施できず、IC要件の例外としての緊急事態も、本人に意識があれば同意したと推定できることが必要である。緊急事態の例外は、通常、患者は、自ら判断できれば、生命の維持、健康の回復を求める意思を有すると推定できるから認められているのであり、その推定が成り立たないエホバの証人患者の場合には、緊急事態で生命維持のため必要という例外事由を用いることはできない。
- ◆第2パラグラフに書かれている\*\*\*は、東大医科研病院事件における肝がん手術実施に類似の事実関係であり、違法の評価を受ける可能性が小さい。

25

26

## 対応事例12

### 12. 身寄りのない救命困難患者の緩和療法への移行

- ◆お書きの対応で適切と考える。

27

7

28

## 臨床倫理問題への対応例 共通する問題点 I. について

29

③ 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。	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]	H18.10	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示した。	

8

## I. 延命行為を開始後削減・中止することの是非(2.5.7)

- ・[厚労省, 3学会, 透析医学会, 老年医学会]のガイドライン・提言に沿ってプロセスを尽くした対応がなされるのであれば、刑事責任を問われるリスクや警察が介入する余地はほとんどないと考えられるようになってきている。
- ・しかし、「尊厳死法」や「終末期医療法」というような法律が整備されていない現状では、法的に免責されるということではない①。一部の法律家からは、いったん導入・開始した人工呼吸器・生命維持装置の取り外し・設定変更、維持透析の中止、人工的水分・栄養療法の減量・中止等の延命を担う医療行為の削減・中止は「作為」であり、これらの非導入・不開始・差し控え・見合わせの「不作為」とは異なり、「自殺関与行為」、「同意殺人行為」に当たり、「嘱託・承諾殺人罪」が成立するのではないかとの疑問が呈されている②。
- ・特に人工呼吸器の取り外し・設定変更については、これまでの歴史③もあり、医療者側の抵抗感も強い。気管チューブ閉塞時等のチューブ入れ替え、継続的な人工呼吸器管理のための気管切開術等、どこまでが一連の付随行為で、どこからが新たな追加行為と捉えるか、どれを行わなければ「削減」「作為」とみなされるのか、という問題点がある。

30

## ①免責を定める法律の不存在：日本医師会の見解

【米国の法律】リビングウィルや医療代理人指名に関する米国の州の法律には、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置かれている。

【日本医師会生命倫理懇談会の見解】

◆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」(2008(平20).2)

「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。」(次ページ以下の平成29年報告書はこの状況が実現されているとする。)

32

## 日医第XV次生命倫理懇談会 答申「超高齢社会と終末期医療」

平成29(2017)年11月

### 1. 終末期医療と日本医師会

#### (5)これまでの議論の整理

日本医師会において、終末期医療についてこれまでなされてきた議論を振り返ると、次のような点を指摘することができる。

第1に、形式的に「いのち」を捉えて延命を図ることを過剰な医療とし、従来の延命至上主義からの脱却を繰り返し主張している。それは何よりも患者の尊厳ある死(あるいは尊厳ある生)を侵し、患者の意思にも最善の利益にも反している場合があるという認識に基づく。……

第4に、尊厳死法の法制化については、そのメリットを十分に認識しつつも、日本医師会としては、法制化に伴うデメリット(法律への過剰な対応のおそれと濫用の危惧)が大きいとして、医師会自体を含む関係機関によるガイドラインによることで、法的な免責も得られる状況が望ましいとした。

33

## 日医第XV次生命倫理懇談会 答申「超高齢社会と終末期医療」

平成29(2017)年11月

### 2. わが国の社会の現状と終末期医療

#### (2)発想の転換の遅れ

形だけの延命はむしろ患者の尊厳を損なうとして、発想の転換が叫ばれてきたものの、医学教育の不十分さから、医療とはcureだけが目的であり、それができなければ延命をすることが医療だと信じている医療者もいる。また、尊厳死法がないために、自らのリスクを回避するという考え方も一部の医療者にある。

#### (3)終末期に関する法とガイドライン

わが国においては、……尊厳死法(あるいは自然死法)が制定されていない。2012年に超党派の議員連盟が尊厳死法案を作成したものの、国会への提出にすら至っていない。法案が作成された背景には、医療現場で医療者が人工呼吸器を外すなどの行為をしたとして捜査が開始され、大きなニュースとなった事例が多発したことがある。……

34

## 日医第XV次生命倫理懇談会 答申「超高齢社会と終末期医療」

平成29(2017)年11月

その後、医療の関連学会・専門家団体による同様のガイドラインが多数作成・公表されるに至った。……

さらに、2017年に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」では[内容の説明]。

このように法律ではなくガイドラインで終末期医療について一定のルールを定めるのがわが国の大きな特色となっている。現状としては、日本医師会生命倫理懇談会の2014年報告書で述べられたように、「法制化に慎重な立場をとり、むしろ日本医師会を含む関係機関が作成した終末期医療をめぐるガイドラインを遵守することで法的な免責も受けられることが望ましい」という状況が実現しているともいえる。

35

## 日医第XV次生命倫理懇談会 答申「超高齢社会と終末期医療」

平成29(2017)年11月

なぜなら、第1に、2007年以降、射水市民病院事件のような事案をメディアが大きく取り上げる事態は生まれていないこと、第2に、2016年や2017年にNHKで十分なプロセスを経て人工呼吸器を外す場面が堂々と放映されても、関係者に対し捜査の動きもないこと、第3に、この問題で唯一の最高裁判決となった川崎協同病院事件判決(2009年)でも、抜管行為(延命治療の中止行為)が違法となるのは、終末期であるとの医療的判断に慎重さを欠き、病状・予後について十分な診察をしていないことと、結果的に家族の同意(患者の意思を推定したもの)も十分なインフォームドコンセントといえなかった場合であると明言されたことがある(逆にいえば、それらが備わった延命治療中止は適法となるということになる)。

36

日医第XVI次生命倫理懇談会答申  
終末期医療に関するガイドラインの見直しと  
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発  
令和2(2020)年5月

4.おわりに

以上、人生の最終段階におけるACPの重要性と延命措置の開始・差し控え・変更及び中止等に関して、基本的な考え方及び手続き等を述べた。

患者が延命措置を望まない場合、または本人の意思が確認できない状況下でACP等のプロセスを通じて本人の意思を推定できる家族等がその意思を尊重して延命措置を望まない場合には、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ることができる。それについて、民事上及び刑事上の責任が問われるべきではない。

②開始した延命行為の中止は「作為」か

【射水市民病院事件の不起訴判断(読売H21.12.22)】

- ◆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)

②延命行為の中止は嘱託・承諾殺人となるか

- ◆厚生労働省の「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」にしたがって行われた治療中止については、法的責任を問われることにはならないことについて研究者の見解は概ね一致している。

(城祐一郎「ガイドラインによる医療関係事犯の非犯罪化」刑事法ジャーナル67号(2021)24頁、井田良「臨床倫理委員会と臨床倫理コンサルテーション——刑事責任からの防壁？」第33回日本生命倫理学会年次大会大会企画シンポジウム「臨床倫理委員会と臨床倫理コンサルテーションの現状と課題」報告。)

資料

- ①宗教上輸血拒否5学会ガイドライン
- ②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

宗教的輸血拒否に関する合同委員会

## 「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」

(2008年2月28日)

日本輸血・細胞治療学会

日本麻酔科学会

日本小児科学会

日本産科婦人科学会

日本外科学会

41

## 18歳以上で判断能力がある場合

- 1) 当事者が18歳以上で医療に関する判断能力がある人の場合(なお、医療に関する判断能力は主治医を含めた複数の医師によって評価する)
  - (1) 医療側が無輸血治療を最後まで貫く場合——当事者は、医療側に本人署名の「免責証明書」を提出する。
  - (2) 医療側は無輸血治療が難しいと判断した場合——医療側は、当事者に早めに転院を勧告する。

42

## 15～18歳で判断能力がある場合

2) 当事者が18歳未満、または医療に関する判断能力がないと判断される場合

- (1) 当事者が15歳以上で医療に関する判断能力がある場合
  - ① 親権者は輸血を拒否するが、当事者が輸血を希望する場合——当事者は輸血同意書を提出する。
  - ② 親権者は輸血を希望するが、当事者が輸血を拒否する場合——医療側は、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に必要な場合には輸血を行う。親権者から輸血同意書を提出してもらう。
  - ③ 親権者と当事者の両者が輸血拒否する場合——18歳以上に準ずる。

43

## 15歳未満または判断能力がない場合

2) (2) 親権者が拒否するが、当事者が15歳未満、または医療に関する判断能力がない場合

- ① 親権者の双方が拒否する場合——医療側は、親権者の理解を得られるように努力し、なるべく無輸血治療を行うが、最終的に輸血が必要になれば、輸血を行う。親権者の同意が全く得られず、むしろ治療行為が阻害されるような状況においては、児童相談所に虐待通告し、児童相談所で一時保護の上、児童相談所から親権喪失を申し立て、あわせて親権者の職務停止の[保全]処分を受け、親権代行者の同意により輸血を行う。
- ② 親権者の一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合——親権者の双方の同意を得よう努力するが、緊急を要する場合などには、輸血を希望する親権者の同意に基づいて輸血を行う。

44

## 親権者が不適切な判断を下す場合

### 【平成23年民法改正：親権停止の審判】

民法第834条の2

- ①父又は母による親権の行使が困難又は不相当であることにより子の利益を害するときは、家庭裁判所は、子、その親族、未成年後見人、未成年後見監督人又は検察官の請求により、その父又は母について、親権停止の審判をすることができる。
- ②家庭裁判所は、親権停止の審判をするときは、その原因が消滅するまでに要すると見込まれる期間、子の心身の状態及び生活の状況その他一切の事情を考慮して、2年を超えない範囲内で、親権を停止する期間を定める。  
【親権停止の審判を求める申立てとともに、親権者の職務停止の保全処分を求める申立てがなされる。】

45

## 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」(2007.5)  
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」(2018.3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」(2014.11)
- ③日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会「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」(2008.2)
- ④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」(2008.2)  
日本医師会第XVI次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」(2020.5)
- ⑤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」(2012.6)
- ⑥日本老年医学会「ACP推進に関する提言」(2019.6)

46

### 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、本人の意思は変化しう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決めておくことも重要である。
- 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。

47

### 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。
  - 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。

48

(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。
- ③ 家族等がい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。

49

(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。

50

ご清聴ありがとうございました。

当日映写したスライドと配付資料のPDFファイルは、講演後、数日中に

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

に掲出いたします。

51

13