

特集：終末期医療

終末期医療における法的枠組みと倫理的課題について

児玉知子

国立保健医療科学院 政策科学部

Medico-ethical Issues and Legal Framework in Japan's End-of-Life Care System

Tomoko KODAMA

Policy Science Department, National Institute of Public Health

抄録

終末期医療を取り巻く話題については、1980年代後半から先進国各国の医療現場において「安楽死」、「尊厳死」、「医師による自殺補助」をキーワードに論争が続いているが、このような背景には、自国の保健医療体制、中でも緩和医療の整備と充実を基本とし、医療従事者がプロフェッションの集団としてある程度統一した見解を持つことが求められる。一方で、患者自身の権利を保障する法的整備や医療を取り巻く司法との関係が重要視され、医学・倫理学・法学を包括した新たな課題が提起されている。本稿では英国での裁判の事例を挙げ、医療現場における法的枠組みがどのように構築されているのか、人工呼吸器やなどの延命治療の差し控えと中止について、どのような手続きを通じて司法判断が下され、患者自身の意思決定がどのように尊重されるのかについて述べる。

キーワード：終末期医療，法律，倫理，患者の権利

Abstract:

Since the late 1980s, issues pertaining to end-of-life care have been discussed in the health care practices of several developed countries especially euthanasia, death with dignity and physician-assisted suicide. Those discussions are based on conditions within each individual healthcare system and mostly related to palliative care provision; consensus among medical professionals is required in principle. However, legal support for assuring patients' rights and better medico-legal framework are necessary for a comprehensive approach, covering medico-legal and ethical issues in end-of-life care. This paper describes how a legal framework could be built and how patients' decisions should be respected in medical practice in Japan, and also how medical decisions could be conducted under national laws, including withholding and withdrawing life-sustaining treatment, compared with the examples and judicial decisions in the UK.

Keywords : end of life care, laws, ethics, patients' rights

1. 患者の権利—英国の裁判事例と国際動向—

2002年3月、英国高等裁判所で自分の延命治療の諾否を判断できる能力を備えていると認定した患者に「患者の死ぬ権利」を認める判決が下された。人工呼吸器をはずすことに

ついて倫理上の問題を理由に拒否した病院側を人権侵害と判断、賠償金の支払を命じている¹⁾。この事件は、43歳の女性が頸部脊髄血管障害（海綿状血管腫の破裂）によって生じた呼吸中枢障害、四肢麻痺に対して病院側が行った人工呼吸器装着の治療が不相当とみなされた事件であるが、それを判

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.

断するにあたっては人工呼吸器装着後の患者の意思決定と発症以前に作成されていた事前指示 (Living Will) が効力を持つかどうかの判断が焦点となった事件であった。

時を同じくして2002年4月、オランダでは「要請に基づく生命の終焉ならびに自殺補助法」を施行。刑法も改正され、それまで安楽死、自殺補助を禁止していた刑法293条に改正項目が付け加えられた。改正項目は、1) 明確な意思 2) 治癒見込みが無く耐え難い苦痛 3) 治療法が無い 4) 第三者の医師の判断と合意文書 等の条件を満たしており、かつ埋葬法に従って検視官に報告された場合、責任を問わない。国としては初めて積極的安楽死と自殺補助を合法化した動きであった²⁾。

終末期医療の延命にまつわる英国での有名な判決は、1993年の Tony Bland 事件に遡る³⁾。植物状態の患者への生命維持処置の打ち切りを、貴族院において初めて合法と認めた事件であったが、裁判では致死量の薬物を与えることによって積極的に患者を死に至らしめる場合についてはコモン・ロー (慣習法) 上合法でないとし⁴⁾、患者にとって「最善の利益 (best interests)」が重視される内容となった⁵⁾。同年1993年4月、医療倫理特別委員会は、1) 患者の同意 2) 意思決定能力のない患者のための決定 3) 治療を限定する決定 4) 持続性植物状態 5) 事前指示 6) 代理人による決定、について報告し⁶⁾、さらに翌年1994年1月31日には、自らの尊厳死を願う場合にはこれが容認されるとし、非自発的な尊厳死の場合には新たな第三者機関の必要性を指摘した。同年、医師に対するアンケート調査がなされ、「医療打ち切り法案 (医療及び栄養の供給を打ち切りうる状況の規定、そうした状況における痛みを一時的に緩和するケアの継続的提供の保証などに関する法案)」が提出されたがまもなく撤回された⁷⁾。この年1994年は、米国カリフォルニア州で「自然死法 (Natural Death Act, 1994)」が制定された年であり、末期患者だけでなく「植物状態」の患者であっても、患者の宣言書に従ってとられた延命治療を行わない医療従事者の行為は、刑事訴追、民事責任、職業倫理違反行為を理由とする懲罰や制裁措置を負わないとされ、不履行医師に対しては軽罪が課されるものとした⁸⁾。

2. 医療現場での法の枠組み

1) 患者の自己決定に関わる法律

医療の現場では、患者が自己の延命治療を希望しない場合の「自己決定」と、治療が必要であるもしくは有益であると判断し「治療義務」を感じる医療従事者との間で時に意見の対立が起こることが予想される。患者本人の真意の探求は、本人の事前指示やリビング・ウィルがあれば参考になるが、実際の医療現場では、このような準備がなされているケースは多くないため、その状況において本人の言うことが真意かどうか、家族や介護者など患者の価値観をよく知るものの意見を確認する必要がある。ただ、この場合でも「本人がなんと生きたい」という家族や介護者の心情や、生活の糧が患者にかかっている場合などでは、本人の延命治療拒否の意思にも関わらず、治療がなされ

得る可能性がある。

イギリスでは、成人への医療において、本人が有効な治療に対する同意を与えていない限りその治療は合法ではないとした患者の治療拒否権が既に確立されている⁹⁾。治療の意思決定は本人の判断に基づくことが大前提であるが、意思決定能力を欠く患者において、イギリスでは家族が何も権限を有していない¹⁰⁾。その根拠として、家族は被相続人であり、利益相反の関係になることが多いこと、家族関係の希薄さも挙げられている一方、医学だけでなく倫理的・法的知識も要する医療決定を患者の家族にまかせる負担が大きいという考え方があるとされている¹¹⁾。医療現場における患者自身もしくは家族、介護者による治療方針の決定は、医療そのものが専門的かつ特殊な領域であることから、医療従事者側と患者の間に圧倒的な情報の格差が存在し、セカンドオピニオンが普及しつつある昨今においても、患者側の負担は大きいと思われる。一方、医療従事者にとっても、このように個人の死生観が多様化している現代において、患者にとって何が最も良い選択肢であるのかを個人として決定することは非常に困難である。

日本では憲法97条で「基本的人権」が規定されており、一般に「包括的基本権 (第13条)」「法の下での平等 (第14条)」「自由権」「受益権」「参政権」「社会権」に6分類される。特に第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」とされており、個人の尊重と幸福追求の権利として「自分の生命の処分を決める自由 (医療拒否、尊厳死など)」が「個人のライフスタイルを決める自由」や「家族のあり方を決める事由 (避妊や妊娠中絶など)」などと並んだ「自己決定権」として新しい人権と言われている¹²⁾。

この自己決定権に関する国内での判決として、平成12年の重要判例「エホバの証人」不同意輸血事件が記憶に新しいが、最高裁は「患者が、輸血を受けることは事故の宗教上の信念に反するとして、輸血を行う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない」とし、このような患者に対して「輸血する可能性があることを告げないまま本件手術を施行した医師は、輸血の可能性があると説明を怠ったことにより、原告が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについての意思決定をする権利を奪った」ものとして当事者の人格権を侵害したとして損害賠償責任を問うた。つまり、患者の自己決定権に基づく「輸血拒否権」が認められた判決である¹³⁾。国内において、たとえ医療上有効な治療であっても、本人の同意が無い場合に拒否できるとした「治療拒否権」の判例のひとつと考えられる。

イギリスは慣習法の国家であるため、法の支配の下で裁判所は非常に尊重される。もともと「生まれながらの人権」という概念があり、これは日本国憲法13条「個人の尊重」という価値観の基になったと理解されるが、アメリカやわが国のように「違憲立法審査権 (81条)」によって国会や内閣

の動きに対して裁判所がある程度の歯止めをかける権利が認められていない。イギリス憲法を構成するものとして①立法（国会制定法 Act of Parliament）②司法先例（判例法 case law）③憲法習律（constitutional convention）などがあるが、①は1215年のマグナ・カルタ（Magna Carta）、1628年権利請願（Petition of Right）など歴史的に憲法として重要性を持つものとされており、②が判例集に権威のある形式で述べられた上位裁判所の判決である。③は国会制定法や判例法とは別個に存在し、実際には強い拘束力を持っているものの裁判所によって強行されるものではなく、歴史によって変わりうる¹²⁾。

イギリスにはフランス人権宣言のような完成された人権宣言はなかったが、判例と法令によって「社会的・経済的権利」と「市民的・政治的権利」が形成されてきた。特に保健衛生は前者にあたるが、これらの権利は社会・経済政策と密接に結びついて実施されており、権利救済も最初はコモン・ロー裁判所とは別個の行政審判所によって行なわれ、紛争内容に応じて社会保障、医療、障害者それぞれの上訴審判所が各地に置かれてきた。例えば「生存権」であるが、日本国憲法では第25条において「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」としているが、イギリスにはこのような明示的な権利規定はない。しかし、1998年にヨーロッパ人権条約がイギリス国内法化されたことを契機に、医療現場にも影響を及ぼし始めている。英国医師会から発行された「治療の差し控えと中止」に関する指針（“Withholding and Withdrawing life-prolonging Medical Treatment—Guidance for decision making”）では、特に第2条「生命の権利」をはじめとして、第3条、第5条、第8条、第10条、第14条に浸蝕しないよう配慮されている。

2) 国内の医療従事者を取り巻く法律

一方、医療従事者には医師法第4章第19条「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」第23条「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定めている。

医療法においては、第1章第1条2「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。」と謳われており、さらに第1条4の2として「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」とインフォームドコンセントについて規定している。

医療行為の中止に際しては刑法との関連も考慮に入れざるを得ないが、国内のコンセンサスはどのようになってい

るだろうか。平成18年2月の国会では「人工呼吸器をつけている自力で動けない患者の呼吸器をはずせば死亡すると認識している者が呼吸器を外して死に至らせた場合、殺人の罪（刑法第一九九条）にあたるかどうか」、また「本人の同意があった場合も同意殺人の罪（刑法第二百二条後段）にあたるかどうか」の討議がなされた。これは「人工呼吸器を装着できれば生命の維持が可能であるにもかかわらず、社会的支援の不十分さから、人工呼吸器の装着を選択できずに死亡に至る国民」の生存権に関する答弁であるが、回答では、犯罪の成否について「個別具体的な事実関係に基づき判断すべきもの」としながらも、一般論として刑法（明治四十年法律第四十五号）第百九十九条の殺人の罪又は第二百二条の同意殺人の罪が成立することがあると回答されており¹⁴⁾。「人工呼吸器をつけなければ必ず死ぬが人工呼吸器をつければ確実に生存できることが分かっている患者が、人工呼吸器を拒否して死亡した場合、これは一種の自殺にあたるか」その場合において「真に自己の尊厳の意思からではなく、経済的な理由や周囲への配慮から人工呼吸器を拒否したことが明白な場合はいかかか」という質問には、「一種の自殺」がどのようなことを意味するのか必ずしも明らかでないこと等から“回答は困難”としている。

上記から理解できることは、現在の日本において人工呼吸器を取り外す行為については一般に「個別具体的な事実関係に基づき判断すべきもの」として判断され、場合によっては殺人罪を問われる可能性があることを示唆しており、誰が具体的にどのような判断をすべきか明確となっていない。

3. 英国の医療関連裁判とその仕組みについて

イギリスにおいては、倫理的に判断のつきかねるケースや妊婦の場合は裁判所に判断を委ねることになっているが、この発想は日本人には理解しにくい。つまり、医療で行き詰まったケースをどのように裁判所がどのように判断を下すのかという疑問である。

イギリスでは1980年代後半のReF事件判決以降、司法、行政および専門医療従事者（医師などの職能集団（medical professionals））の取り組みが本格化したとされ、意思決定能力を欠く成人患者に対する一定の医療上の決定において、病院などの医療機関が裁判所に認許を求める実務慣行があり、判例を集積してきた。高等法院では、意思決定能力を欠如する成人の最善の利益に関する宣言を行う裁判権を有し、判例法にて高等法院の事前の認許を求める範疇（①同意ができないものに対する不妊手術 ②植物状態患者への人工的栄養補給と水分補給の打ち切り）を確立してきた。しかしながら、高等法院家事部首席裁判官は、PVS患者の栄養・水分補給の打ち切りに関して、ほとんど全ての事案において裁判所に決定を求めるべきであるという要件を緩和しておらず、イギリスにおいても、いつまで裁判所が関与し続けることができるかは疑問とされ、今後は裁判所が関与する領域が縮小され、専門医療従事者（医プロフェッション）によるガイドラインに基づいて専門家が決定する領域が拡大していかざるを得ないのではないかとの見方がある¹¹⁾。

<表：イギリスでの裁判所に対する申し立ての手続き>

当事者	裁判所に対する申立は、当該患者の家族の構成員や当該患者と親しい関係にある家族以外の個人によっても行われるが、原告は NHS トラストまたは他のその患者のケアに責任を有する団体であるべきである。植物状態の事案では、患者の訴訟後見人として、オフィシャルソリシタが、必ず関与することを求められる。
請求	持続的植物状態 (PVS) 患者に対する生命維持治療の打切りの場合、裁判所に求められる宣言は、①当該患者は継続される生命維持治療に対し同意する能力を欠如し、かつ PVS である、②現在の諸環境において生命維持治療 (人工換気、栄養補給および水分補給を含む) を与えられることは、当該患者の最善の利益ではなく、かつそのような治療は合法的に中止される。③病院またはそれ以外の施設でも、患者の生命が終結するまで最大限の尊厳を確保するために適切な医療管理下で治療および看護されることは当該患者の最善の利益である。
医療上の証拠	植物状態の診断は、専門医療従事者 (医プロフェッション) に一般的に容認された最新情報を取り入れたガイドラインに従い行われるべきである。原告は、最低限、①主治医および②神経科医 (Neurologist)、または意識障害を判定する経験豊かな専門医から患者の最善の利益等に関する証拠を提示すべきである。裁判での専門家からの報告書の (少なくとも 2 つのうち) 一方は、治療する臨床チームと原告から独立していなければならない。
他の証拠	原告は、家族らの見解についての証拠も提示すべきである。その見解は、裁判所への申立に対する拒否権にはならないが、裁判所によって十分顧慮されなければならない。

([2001]2FLR158, PRACTICE NOTE (Official Solicitor: Declaratory Proceedings: Medical and Welfare Decisions for Adults Who lack Capacity.) 和訳は文献 11) から著者改変)

イギリスでは、ReF 事件以来、Bolam 基準 (医師が、「医療上の見解をもつ責任ある集団がその当時受容していた慣行」に従って行動していたことを立証すれば免責されるという治療および診断の過失の判断基準) を患者の最善の利益を判定するための基準としてきた、また Bland 事件貴族院判決においても、この Bolam 基準を最善の利益基準と同一視している。しかし、これには批判もあり、法律委員会では最善の利益を決定する際に考慮すべき 4 要点 (①本人の過去と現在の希望・感情・考慮したであろう要素。②本人の参加を促すこと、③相談すべき他者の見解 (本人が指名した者、判断能力を欠くもののケアや福祉に従事している配偶者、親戚、友人またはそれ以外など)、継続的代理人、マネージャーなど)、④その決定が本人にとってさらに制限を与えるものでないこと) を提示した¹⁵⁾。

英国では様々なジレンマの生じる終末期医療の現場において、医師が患者の「事前指示書 (Advanced statements)」に示された患者本人の意思に沿って延命治療をしなかった場合、判断能力のある成人に対して十分に説明された上で事前に治療拒否した場合には「慣習法 (Common Law)」が通常の治療拒否と同様に法的効力を持つとされている。英国医師会 (BMA : British Medical Association) は1998年に意思決定時の同意に関して、「同意のための文書セット (consent tool kit)」を発行¹⁶⁾、この文書セットでは「救急治療」「判断能力と意思決定能力の評価」「判断能力が損なわれた場合 (成人、小児と若年者)」「最善 (best interest) の決定」「事前指示書」の各項目に分類された文書が提示されている。全国医療評議会 (GMC : General Medical Council) は、同意書の具体的な形式を示したガイドライン「患者の同意を求めて : その倫理的配慮 (Seeking patients' consent : the ethical consideration)」¹⁷⁾ を公表したが、保健省 (Department of Health) から小児、高齢者、障害を持つ人、それぞれに適応される 3 種類のガイドラインを準備している¹⁸⁾。

1998年に GMC が作成した患者の同意に関するガイ

ドラインでは、特定の治療に関する同意は文書 (written consent) の作成を必要としているが、前もってサインされた同意書だけでは実際の行為に関して十分な根拠とならないこと、医師もしくは医療チームは実際に治療を行う (もしくは行わない) 時期が近づいたら再度意思を確認すべきことなどが記されている。特に次のような条件の下では再度の確認が必要とされている。

- ・同意を得てから治療開始までの期間が長いとき
 - ・提示した治療計画の中で、患者の同意が無効になるかもしれない何らかの具体的な変化が患者に起こったとき
 - ・治療のリスクや治療における他の選択肢について、新たに期待が持てるような関連情報が得られたとき
- また、BMA では5つの課題 : 1) 治療の拒否 (Refusal of treatment), 2) 安楽死 (Euthanasia), 3) 医師による自殺幫助 (Physician-assisted suicide), 4) 治療の差し控え (不開始) と中止 (Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment), 5) 事前指示書 (Advance statements) における医療専門職の責務に関してその立場を明確に公表しており¹⁹⁾、ここでも延命治療が患者の利益とならないと判断された場合、治療の中止は法的・倫理的に許容されるものであり、安楽死や医師による自殺幫助といった「積極的な死の介助 (active killing)」と明確に区別している。特に2001年に公表された BMA の「延命治療の差し控えと中止 : 意思決定の手引き」では、
- ・「患者の生命を延長させることは、通常、必ずというわけではないが、患者に健康上の利益をもたらす。しかし、QOL や治療の負担を問わず、是が非でも延命するという医学の目標は適切とは言えない。」 (Section 1.2)
 - ・「経口栄養と水分補給は患者の基本的なケアであり、差し控えられるべきものではない。」 (Section 3.5)
 - ・「心情的には、既に始められた治療を中止するよりも開始しない方が容易であるが、これら両行為に法的、もしくは道徳的に避けがたく実際的に重要性を持つ差異はみられない。」 (Section 6)
- としている。また GMC も「治療が患者にとって最善の利

益にならないと判断された場合、その治療を施すことに、倫理的、法的な拘束はなく、したがってその治療を開始するか中止するかを区別する必要はない。」と類似した見解を表明している²⁰⁾。

終末期における DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 蘇生をしない) の指針としては、BMA と英国蘇生評議会 (Resuscitation Council, UK), 英国看護協会 (Royal College of Nursing) らが共同で、心肺蘇生に関連した患者のケアと意思決定について医療従事者・患者向けそれぞれに説明している²¹⁾。医療情報に関する知識に乏しい一般市民にも、心肺蘇生とはどういうものか、それを行う場合、または行わない場合にどういう状態になるかなどが理解しやすい平易な英語で説明されている。

英国保健省は資金援助を行なって全国の臨床倫理ネットワーク構築を支援している。このネットワークでは地理的なネットワークだけでなく、NHS トラスト (国営保健サービスの現場である病院や開業医 (GP) の集団), NHS に含まれないプライベート病院、プライマリケア・トラスト (一次医療として地域ケアを担う), 職業団体, 学生グループ, 専門家グループ, 精神保健, 緩和医療などが統合されており、Oxford Ethox Centre (オクスフォード 倫理センター) を中心に症例の情報収集や分析・討議が行なわれると同時に、各種協力機関や病院との研究も進められている。さらに、個人でメンバーに加わることも可能であり、一般医療従事者や市民に対しても Web 上で豊富な情報提供がなされ、倫理委員会の立ち上げ方やファシリテートの方法にいたるまで詳細な説明がなされている。

考 察

一国内における医療現場での枠組みの可能性一

①患者の自己決定と真意探求

終末期医療における刑事事件となった川崎共同病院事件第 1 審判決が 2005 年 3 月 25 日に下された。この中で「末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその医師の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨に沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという自体を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの (リビング・ウィル等) や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測

等もその確認の有力な手がかりとなると思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである」としている。

つまり、裁判所の判決文には、患者の事前の意思表明がなくとも治療の中止行為を認め得る可能性が含まれており、甲斐氏によれば「自殺関与罪 (刑法 202 条) がある現行法下では、一般的自殺への幫助行為と治療拒否に依る医師の行為 (不作為) はいずれも自殺ほう助罪の構成要件に該当するであろうが、違法論のレベルで、「治療行為という場」を設定したうえで、そこに生命維持利益のほかに治療に直接関係する対抗利益 (主として苦痛除去利益ないし必要以上に干渉を受けたくない利益) が生じる場合が治療拒否の範疇であり、この場合には、発生している作為義務 (治療義務) が患者の延命拒否により解除され (緊急状況下で生命維持利益より対抗利益が優越), 正当化が導かれる」としている²²⁾。このような解釈であるとするならば、患者の望まない延命治療を拒否することは、法的に根拠のある正当な権利とされる可能性を含んでいる。

②患者の望む「終末期医療の質の向上」

平成 15 年「がんの社会学」に関する合同研究班で医療機関の外來通院中の 20 歳以上のがん患者、患者会・患者支援団体 (がんに関する患者会・患者支援団体に所属し、20 歳以上で事前に同意が得られたがん体験者) の調査 (回収率 63.9%, 7,885 名) によると、患者らの「かつて抱えた悩みや現在抱えている悩みに対して必要と思うもの」として「医療者との関係 18.7%」「自身の努力による解決 (18.3%)」を挙げている。さらに「がんの診断、治療を受けて悩んだこと」という設問に関して「診断された頃」「診断から現在に至るまで」「現在」の 3 時点に分けての傾向を調査すると、「診断された頃」は圧倒的に「不安などの心の問題 (61.1%)」の割合が大きく「家族・周囲の人との関係 (15.4%)」「診断・治療 (6.4%)」の順となっているが、診断から一定期間を経て「不安などの心の問題 (37.3%)」から「症状・副作用・後遺症 (25.3%)」「家族・周囲との関係 (9.5%)」「診断・治療 (8.3%)」と病気の症状や抗がん剤の副作用へ悩みや負担がシフトしていく傾向がみられる。不安内容に関しても様々な分析がなされているが、具体的に医療機関に望まれることとしての意見に「医師、看護師とは別に患者一人をトータルでみてくれる人 (セクション)」というものがある。対象者の何%の意見であったのか記載は無いが、緩和医療の最たる対象であるがん患者の中においてさえ専門医療が臓器別、症状別の対応がなされている現状がうかがわれ、決して全ての診療がそのような状況であるとは思われないが、「患者一人をトータルにみる」ことが難しい時代にあることが示唆される。このような現状は、特に終末期医療のように個人の価値観が問われる決定的な場面においては致命的である。ただ、「意思決定」というのは、治療行為の一つ一つの選択を、患者自身が医療従事者と共に悩み迷いながら決断し積み重ねていくものと考えられ、ある日突然生命に関わ

る重大な決断を行なうのは難しいと思われる。また、医療従事者の方でも、患者が残された余命を十分に生かされるよう、人工的医療具や機器を付けた後の患者の生活や人生に充分配慮すべきであると考え。今後は医療政策の方針から、在宅での看取りが推進される動きにあるが、「ここまで治療をやったから、後は自分で何とかしてください」と医療的処置が日常的に必要な医療具や機器をつけたまま在宅に戻される患者や家族の戸惑いは、非常に大きいものだという事を肝に銘じる必要がある。

③倫理的問題への配慮と倫理委員会の普及

イギリスの医療現場での倫理問題の討議・解決法について、裁判所や委員会、ネットワークの普及について触れたが、日本国内でも生命倫理に関する議論は高まっており、病院、研究機関を中心に討議が活発化している。一般的な医学関係の倫理指針としては、1997年に疫学倫理指針が公表され、研究における倫理を中心に倫理委員会の在り方についても検討された(文末資料参照)。また病院機能評価(財団法人:日本医療機能評価機構 病院機能評価 Ver.5)でも「患者の権利と安全確保の体制」として、患者の権利と医療者の倫理に関する詳細な項目が検討されている。学会としては、緩和医療学会がまとめた「鎮静のガイドライン」において、「相応性の原理」として「患者の状態、予測される益(benefits)および予測される害(harms)からみて、鎮静がすべて取り得る選択肢の中で最も状況に相応な行為であると考えられる」場合、倫理的に許容できるとする認識を表明しており²³⁾、今後も患者の自律性尊重とインフォームドコンセントを基盤とした様々な視点からの取り組みが期待される²⁴⁾。

これまで臨床の個々の倫理的問題への対処は医師個人や限られたスタッフの判断に委ねられていたが、そのことが昨今の事件で問題となった部分であり、今後は複数名の医師だけでなく他職種スタッフによるチームでの討議、また病院内のみでは少数意見に左右されることが懸念される場合には、各病院間や地域間、また第三者が客観的に関わる倫理委員会の体制やネットワーク作りが必要であると考えられる。共通するような事例に関しては、個人の情報に充分配慮した上で、ある程度医療従事者一般にコンセンサスの得られる見解が示せるよう、症例と経験の蓄積が必要であり、これに対する法律学的問題への検討も併せて行なわれるべきと考える。

注) 本稿で取り上げたイギリスの制度については主としてイングランド・ウェールズを中心としており、意志決定の代理人制度等においては、スコットランドと異なる場合がある。

参考文献

- 1) 2002 EWHC 429(Fam) In the High Court of Justice, Family Division. Case. No : FD02P0072
- 2) 立石ら 平成17年度「終末期医療の質の向上に関する研

究」協力者報告書

- 3) Airedale NHS Trust v. Bland. [1993]1 All ER 821.
- 4) Airedale NHS Trust. V. Bland. [1993] A. C. 789, [1993]1 All ER 821, [1993] 2 WLR 316.
- 5) 甲斐克則「尊厳死と刑法」成文堂, 2004
- 6) Session 1993-1994, Report of the Select committee on Medical Ethics, voll, HL Paper 21-I, 31 Jan. 1994.
- 7) Withdrawal of Medical Treatment Bill, Presented by Mr. Gary Waller, 23rd March, 1994.
- 8) The Natural Death Act 1994, California Health and safety Code 7185-7195.
- 9) ReT. [1992]3W. L. R. 782.
- 10) Skegg: Law, Ethics and Medicine (1984)72, at 73, David Meyers: The Family and Life and Death Decisions, in Family Rights (1990)
- 11) 千葉華月「遷延性植物状態患者に対する生命維持治療の打切りーイギリスにおける司法と医プロフェッションの役割ー」「医事法の方法と課題」古村節男・野田寛 編, 信山社, 2004年
- 12) 「新版 現代憲法ー日本とイギリス」元山健 倉持孝司 編, 敬文堂, 2000年
- 13) 最判平成12年2月29日民集54巻2号582頁
- 14) 国会答弁資料:平成十八年月十六日提出質問第八一号, 内閣閣衆質一六四第八一号 平成十八年二月二十四日
- 15) Law Com. Consultation Papers, No. 231
- 16) Consent toolkit, 2nd Edition, BMA, February 2003
- 17) Seeking patients' consent: the ethical considerations, GMC, November 1998.
- 18) Seeking consent working with children, DoH, November 2001. Seeking consent working with older people, DoH, November 2001. Seeking consent working with people with learning disabilities, DoH, November 2001.
- 19) End of life decisions - views of the BMA, BMA, June 2000.
- 20) Withholding and withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making, GMC, August 2002.
- 21) Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation, BMA, January 2002.
- 22) 「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任ー川崎共同病院事件第1審判決に寄せて」ジュリスト (No, 1293) 2005. 7. 1
- 23) 緩和医療学会:苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン, 2005年3月発行
- 24) 児玉知子, 志真泰夫「緩和医療における意思決定と倫理的課題ー英国における終末期医療関連ガイドラインから」病院, Vol65, No.2, p127-131, 2006

「資料」倫理審査委員会

（「疫学研究に関する倫理指針」第2倫理審査委員会等）

（1）倫理審査委員会の責務及び構成

- ① 倫理審査委員会は、研究機関の長から研究計画がこの指針に適合しているか否かその他英気学研究に関し必要な事項について意見を求められた場合には、倫理的観点及び科学的観点から審査し、文書により意見を述べなければならない。
 - ② 倫理審査委員会は、学際的かつ多元的な視点から、様々な立場からの医院によって、公正かつ中立的な審査を行なえるよう、適切に構成されねばならない。
- （細則）倫理審査委員会は、医学・医療の専門家、法律学の専門家等人文・社会科学の有識者及び一般の立場を代表する者から構成され、外部委員を含まなければならない。また、男女両性で構成されなければならない。

（2）倫理審査委員会の運営

- ① 審査対象となる研究計画に関係する委員は、当該研究計画の審査に関与してはならない。ただし、倫理審査委員会の求めに応じて、その会議に出席し、説明することを妨げない。
 - ② 倫理審査委員会の運営に関する規則、医院の氏名、委員の構成及び議事要旨は公開されなければならない。ただし、議事要旨のうち研究対象者の人権、研究の独創性又は知的財産権の保護のため非公開とすることが必要な部分に付いては、この限りではない。
 - ③ 倫理審査委員会は、研究機関の長が学会等に設置された他の倫理審査委員会に研究計画がこの指針に適合しているか否かその他疫学研究に関し必要な事項について付議することができる旨を定めることができる。
- （細則）「学会等に設置された他の倫理審査委員会」には、複数の共同研究機関の長が共同して設置する倫理審査委員会が含まれる。
- ④ 倫理審査委員会は、軽易な事項の審査について、委員長が指名する委員による迅速審査に付すことその他必要な事項を定めることができる。迅速審査の結果については、その審査を行なった委員以外のすべての委員に報告されなければならない。
- （細則）迅速審査手続による審査にゆだねることができる事項は、一般的に以下のとおりである。
- ① 研究計画の軽微な変更の審査
 - ② 共同研究であって、既に主たる研究機関において倫理審査委員会の承認を受けた研究計画を他の分担研究機関が実施しようとする場合の研究計画の審査
 - ③ 研究対象者に対して最小限の危険（日常生活や日常的な医学的検査で被る身体的、心理的、社会的危害の可能性の限度を超える危険であって、社会的に許容される種類のものをいう。）を超える危険を含まない研究計画の審査