


医療における意思決定への支援

～法の知識を持って～

弁護士法人  龍馬

弁護士 小此木 清

目次

第1 川崎協同病院事件と安楽死問題

1 川崎協同病院事件

2 終末期医療をめぐる法的問題～安楽死・尊厳死

第2 終末期の三類型

急性型・亜急性型・慢性型

第3 医療における意思決定について

1 本人の意思決定・・・事前指示書

2 家族の同意

3 問題事例の解決・・・大綱案とガイドライン

第1

1. 川崎協同病院事件

川崎協同病院事件

- 経緯と問題の所在

1. 患者は当時58歳の男性
2. 突然気管支喘息の重積発作を起こし、
心肺停止状態で病院搬送。
3. 病院搬送後は意識取り戻すことなく、
意思決定不可能な状態。
4. 家族の同意があったのか？
～ 一審の判断が二審で覆った！～
5. 被告人である医師が行ったのは、
 - ①挿管されていた気管内チューブを抜管した行為
 - ②筋弛緩剤を静脈注射した行為

横浜地裁平成17年3月25日判決(1審) 東京高裁平成19年2月28日判決(控訴審)

事案

医師による昏睡状態の患者に対する気管内チューブの抜管等の行為が治療中止の要件を満たさず、実質的違法性ないし可罰的違法性がないともいえず、殺人罪が成立する

本件のポイント:

- ・1審と控訴審で、判断が分かれた事案

事案概要

患者P	昭和15年生まれの男性，気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識がないまま入院。
被告人A	川崎協同病院 呼吸器内科部長
犯罪認定事実	<p>医師は、治療中のPについて気管内チューブを抜き取り、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待ったが、</p> <p>予期に反して、Pが「ぜいぜい」などと音を出しながら身体を海老のように反り返らせるなどして苦しそうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量に投与してもその呼吸を鎮めることが出来なかった。</p> <p>このうえは、筋弛緩剤で呼吸筋を弛緩させて窒息死させようと思ひ、「ミオブロック注射液」3アンプルを静脈に注入させて、まもなくその呼吸を停止させ、窒息により死亡させて殺害した。</p>

S医師は、 なぜひとりで延命中止を決めたのか

- 延命治療の中止について、S医師は「当時もいまも、部外者と相談する内容だと思っていない」という。
- 多人数で相談すればするだけ、中止はできなくなる。
- 議論すれば、**命の質**よりも、どんな病状でも1日でも延命するのが正しいとする意見が「正論」となるから。

S医師の考え方

意識のない患者本人の 希望をいかに把握できるか？

- いったい誰が自分自身のわからない病態について希望がいえるか。
- 医療者でさえ、病態によってケース・バイ・ケースでしか判断できない。
- 自分の肉体的存在が家族の励みや希望、生きがいにつながるなら、生存することに意義を感じる。
- 家族の負担になるだけの延命なら望まない拒否することもある。患者が意思を表明できない場合は、**その判断は家族にあるから。**

～第一審の判断と被告人の主張～

	第一審の判断	被告人Aの主張
<p>病状説明</p>	<p>Aが家族に行った病状説明で、患者Pの状態を「九分九厘、植物状態」といったことに対しては、「衝撃的で不正確な説明」であり、「配慮に欠ける対応をして家族らとの意思疎通を欠いた」とした。</p>	<p>家族は被告人Aの病状説明以前に、2人の医師からPの容体が予断を許さない状態にあることを告げられていた。</p> <p>被告人Aの病状説明ではじめて家族が絶望的な気分になったとは考えられない。</p>
<p>診療記録</p>	<p>家族からの抜管要請はなかった。</p> <p>「カルテの記載は相当乱雑で正確性に疑問があり、カーデックスは、カルテの引き写しにすぎず証拠価値はない」</p> <p>「本件犯行後、カルテに虚偽の記入までしており、事後の情状も良くない」</p>	<p>■ 医師記録</p> <p>Family(家族)も pt(患者)もかわいそうで見られないとのことで覚悟をきめられつつある。あまり汚れないうちに終りにしてあげたい。</p> <p>■ 看護記録(カーデックス)</p> <p>Fa(家族)にムンテラし、Faはあきらめた様子でナチュラルコースである... Fa(妻)より希望あり挿管チューブ抜管して欲しいとの事。</p>

争点と判断

(1) 回復不可能性及び死期の切迫

・・・被害者の回復の可能性や死期切迫の程度を判断する十分な検査等が尽くされていない。

(2) 患者本人の意思の確認(家族への説明)

・・・家族らの理解能力、精神状態等への配慮を欠いた不十分かつ不適切な説明しかしておらず、結局、本件抜管の意味さえ正確には伝えられていなかった

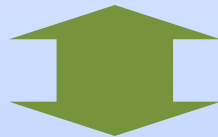
(3) 治療義務の限界

・・・被害者には未だ昏睡からの回復、さらには植物状態からの回復という可能性も残されていた

判断を分けたポイント

なぜ1審と2審で異なる判断となったのか？

- ①**抜管の要請**・・・気管内チューブの抜管について家族の要請はなかった
- ②**筋弛緩剤の使用**・・・Pが苦しそうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量投与しても鎮めることが出来なかったことから、この状態を家族に見せ続けることができず…。



- ①**抜管の要請**・・・「Pの回復を諦めた家族からの要請に基づき(中略)チューブを抜き取り」と、抜管について家族からの要請があったとした。
- ②**筋弛緩剤の使用**・・・「同僚医師であるSに助言を求めたところ、筋弛緩剤であるミオブロックの使用を助言された」と被告人Aの独断ではないことを認めた。

本件治療行為の中止の問題点

- a) 回復見込みなく死が目前に迫っていること
判断のための検査不十分，他の医師の意見なし。
- b) 患者の正確な理解と判断能力保持
本人の意思推認すべき家族らへの説明不足。

家族の同意



家族の経済的・精神的負担という
思惑が入り込む危険性。

最高裁の判断 2009年12月7日

家族への情報提供不足，
被害者の推定的意思にも
基づいていない

脳波等の検査不実施，発症
から2週間
→回復可能性・余命につき
的確な判断できず

「判決」
医師の殺人罪。
懲役1年6か月，執行猶予3年。

終末期医療における治療行為の中止

治療中止の根拠

①自己決定権

②治療義務の限界



患者の生命を短縮という
事柄の性質上患者の意
思なしには説明不可

刑法202条から患者の
意思だけでは正当化で
きない



2. 終末期をめぐる法的問題

2014年11月1日

ブリタニー・メイナードさんの安楽死

- ブリタニーさんは、結婚して1年。今年1月、ひどい頭痛をきっかけに悪性の脳腫瘍と診断された。手術を受けたものの、3か月後に余命6か月と宣告。そして彼女は、11月1日に自ら死を選択した。
- 米国ではオレゴン、ワシントン、モンタナ、ヴァーモント、ニューメキシコの5つの州で安楽死、すなわち「医師による自殺ほう助」が合法化。
- 日本では安楽死は認められていない。
- ブリタニーさんは、痛みに苦しむことなく、自分の生き方を選びたいという意志を貫いた。自らの考えを述べる表情は堂々とし、とても冷静。自分の生き方を自分で選ぶ、その究極が自分の最期を自分で選ぶということ。

ブリタニー事例は、日本では刑事事件？

- 医師が処方した薬を患者が服用して死亡した場合、日本では医師が**自殺ほう助罪**に問われる可能性がある。
- また、医師が薬剤を直接患者に投与して死なせた場合、**殺人**や**承諾殺人**の罪に問われる可能性が高い。
- 「治る見込みがない患者を死なせるために医師が薬を処方しており『安楽死』に当たる。
- 患者の意思を尊重して、過剰な延命治療を施さない『尊厳死』とは明らかに異なる。

「安楽死」

- 死期が切迫している傷病者の激的な肉体的苦痛を緩和・除去して、安らかに死を迎えさせる処置

	安楽死	尊厳死
共通点	末期状態にある病者に対する措置	
相違点	苦痛除去のために生命を短縮	自然の死を迎えさせる

東海大学病院安楽死事件

(1995年 横浜地裁)

治療行為の中止の対象となる措置

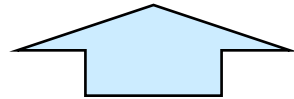
- a.薬物投与,
 - b.化学療法,
 - c.人工透析,
 - d.人口呼吸器,
 - e.輸血,
 - f.栄養・水分補給,
- など疾病の治療・生命維持措置

どのような措置をどの時点で中止するかは,

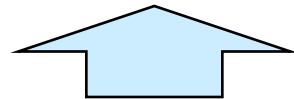
- ①死期の切迫の程度,
- ②当該措置の中止による死期への影響の程度等を
- ③医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し,
- ④自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定

「尊厳死」

- 回復の見込みのない末期状態の患者に対して、無益な生命維持治療すなわち終末期医療を差し控え、または中止し、人間としての尊厳を保ちつつ、自然の死を迎えさせる措置。



患者の自己決定権



- インフォームドコンセント
- 医師は、治療にあたって患者に対する説明義務を負うものとされ、診療による患者の利益とそれに付随する生命・健康への危険とを説明し、診療に関する十分な情報を提供して、患者の主体的な判断を促す義務がある。

尊厳死，法制化の是非

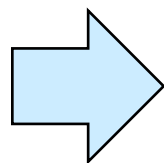
- 尊厳死問題は，終末期医療中止の是非如何

患者の自己決定権の問題

- 尊厳死の要件手続を法制化した場合の問題

包括的となつた場合，濫用の危険

要件が厳格化された場合，柔軟な対応不可。



ガイドラインに基づいて延命医療の不開始・中止を医療の現場に委ねるべき。

子供への安楽死を認めたベルギー

2012年に行われた1432人の安楽死
前年比25%増(この段階では、18歳以上対象)

ベルギーが世界で初めて、子供の安楽死を認めた

2014年2月13日ベルギー議会下院で成立

賛成86、反対44、棄権12



本当の意味は、

「安楽死対象とすることができる者の年齢制限を撤廃した」

ということ。

改正法の基盤: その国民性と充実した末期医療

未成年者安楽死法の改正骨子

- ① 正常な判断力と、要求時に意識がある。
- ② 末期患者に限定され、死をもたらすほどの身体的苦痛
- ③ 医師の義務・・・ i) 児童精神医学者・心理学者に相談・・・ ii) 医学者は診察し、正常な判断能力があることの証明書を作成・・・ iii) 結果を本人および法定代理人に通知・・・ iv) 法定代理人の同意を確認。

※ 誰もが安楽死の意思宣言を登録できる
同宣言は5年で失効、または更新可能

末期患者と家族全面支援の仕組み

「パリアティブケア法」「患者の権利に関する法」
2法は「安楽死法」と三位一体

- 入院費などを、貧困家庭の場合、一部負担が無理なら全額を保険でカバー。
- 末期患者の在宅ケア希望を可能とする仕組み。

介護者は1年間の有給休暇

1年後、同条件で職場復帰の権利あり。

オランダ・ベルギー・ドイツにおける「安楽死」

	オランダ・ベルギー	ドイツ	日本
法律等	オランダ・ベルギー2002年安楽死法 ベルギー2014年未成年安楽死承認改正法	積極的安楽死は法律的に禁止されている。「望みに応じて殺すこと」は刑法216条により	横浜地裁／四要件
許容される安楽死	積極的安楽死(+心理的苦痛)を許容。 自殺幫助には適応されない。	直接的な生命集結の援助は意図的殺害とし、緩和的医療死を許容	積極的安楽死を許容??
内容等	医師だけが行える ①正常な判断能力 ②末期であること ③専門家の判断 ④保護者の同意	瀕死の患者または、死の過程にある患者の生命短縮もやむを得ない事態での苦痛緩和だけが医師に許されている	横浜地裁四要件 ①死期が切迫している、不可避 ②耐え難い難しい肉体的苦痛 ③苦痛を除くための方法を尽くし、ほかに代替手段がない ④患者の現実の同意 日本尊厳死協会(1983)
背景	ホームドクター制 オランダ:12歳以上は自己決定権 ベルギー:年齢制限撤廃	国民の70%に安楽死願望あり	川崎協同病院事件(1998)



第2 終末期の三類型

終末期～事態の進行速度による類型

急性型

救急医療

日本救急医療
ガイドライン

亜急性型

がん

厚労省の
ガイドライン

慢性型

高齢者

認知症

植物状態

老年医学会の
ガイドライン

1 急性型

救急医療における終末期医療に関する提言

日本救急医学会2007年11月

- ① 本人の有効な事前指示
(延命治療中止の意思表示)プラス家族の同意
- ② 本人の意思不明な場合
家族が本人の意思を忖度し(推察すること),
家族の容認する範囲内で延命措置を中止する
- ③ 医療チームが延命措置中止の方法を選択

いずれの場合も、薬物の過剰投与・筋弛緩剤投与など死期を早めることは行わない

2014年提言案

～日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会～

- 提言案による延命治療中止の流れ

終末期の判断

- 不可逆的な全脳機能不全
- 治療方法が無く、近いうちに死亡が予測

患者本人の意思確認

可能
書面による事前指示を含む

不可能
家族らの総意としての意思確認

治療中止

- 人工呼吸器や人工心肺装置の取り外し
- 呼吸器の設定や昇圧薬の投与量の変更
- 水分、栄養補給の減量または終了 …など

治療継続

「救急・集中治療における終末期」

- 1) **不可逆的な全脳機能不全**であると十分な時間をかけて診断された場合
- 2) **生命が人工的な装置に依存**し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合
- 3) その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても**近いうちに死亡**することが予測される場合
- 4) **回復不可能な疾病の末期**、例えば悪性疾患の末期であることが、積極的治療の開始後に判明した場合

終末期と判断した後の対応

A.患者に意思確認が可能である



本人の有効な advance directives(事前指示)がある場合
→尊重することが原則

B.患者に意思確認が不可能でない



家族らが本人の意思や希望を忖度する。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

※診療録に説明内容や同意の過程を正確に記載し、保管

延命措置を中止する方法についての選択肢

すでに装着した生命維持装置や投与中の薬剤などへの対応

- A. 現在の治療を維持する
(新たな治療は差し控える)
- B. 現在の治療を減量する
(すべて減量か一部を減量、あるいは終了)
- C. 現在の治療を終了する(全てを終了する)
- D. 上記の何れかを条件付きで選択する

救急・集中治療における終末期医療 に関する診療録記載について

1) 医学的な検討とその説明

終末期であることが明記、 家族らとその範囲を記載

2) 患者本人の意思

患者本人の意思表示(advance directive)の有無について確認し記載

3) 終末期への対応

患者本人の意思または advance directives の内容を記載

家族らの意思について記載

取り得る選択肢をあげている

4) 状況の変化とその対応

上記の変更について記載

5) 治療および方針決定のプロセス

いわゆる 5W1H (いつ、どこで、誰が、何故、何を、どのように)を記載

2 亞急性型

終末期医療の決定プロセスのガイドライン

厚生労働省2007年5月

- 終末期医療及びケアの在り方
 - ①適切な情報提供と説明→患者本人の決定
 - ②医学的妥当性と適切性
 - ③痛みの緩和と十分なケア
- 終末期医療及びケアの方針の決定手続
 - ①患者の意思
 - ②患者にとって最善の治療方針

日本学術会議臨床医学委員会 「終末期医療のあり方」

- 終末期医療に関する医療従事者の教育・研修の充実、苦痛緩和や精神的ケアに重点をおいた終末期医療の供給体制の整備等が極めて重要。
- 延命治療の中止の条件を定めることよりも、亜急性型終末期医療全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそが重要であり、迂遠に見えるが本来の終末期医療のあるべき姿と考える。

3 慢性型

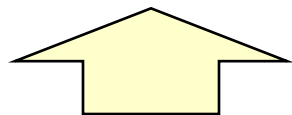
問題の所在～現場

- 施設の医師から、高齢者A(90歳)が経口摂取が困難となったので、胃ろうをつけるよう求められたが？
- Aの家族は、延命治療を望まない。
- 胃ろうをつけないのであれば施設で介護できないと伝えられた(単なる医師側の決定の伝達)。
- 家族はやむを得ず、胃ろうをつける同意をした。



AHNを施行しない選択肢を提示し、医学的証拠と自らの経験に基づいた説明を十分に行うべき。

栄養補給は生命維持に必要な最小限の療養ゆえ
差し控えや中止はできない？



終末期AHNの欧米研究

終末期のAHNの差し控えは苦痛の原因とならないどころか、緩和ケアである。

その理由は、余分な水分補給を行わないことにより、気道内分泌物が減り、気道閉塞のリスクが低下し、吸引回数も減り、また、AHNの差し控えにより、脳内麻薬と呼ばれるβエンドルフィンやケトン体が増加し、それが鎮痛鎮静作用をもたらすから。

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

2011年12月4日
日本老年医学会

(1) ガイドライン

① 医療・介護における意思決定プロセス

②いのちについてどう考えるか

③AHN導入に関する

意思決定プロセスにおける留意点

(2) 意思決定プロセスと関係者

(3) 延命医療の差し控え・中止と情報共有

(1) ガイドライン

① 医療・介護における意思決定プロセス

ガイドライン(改訂版より)

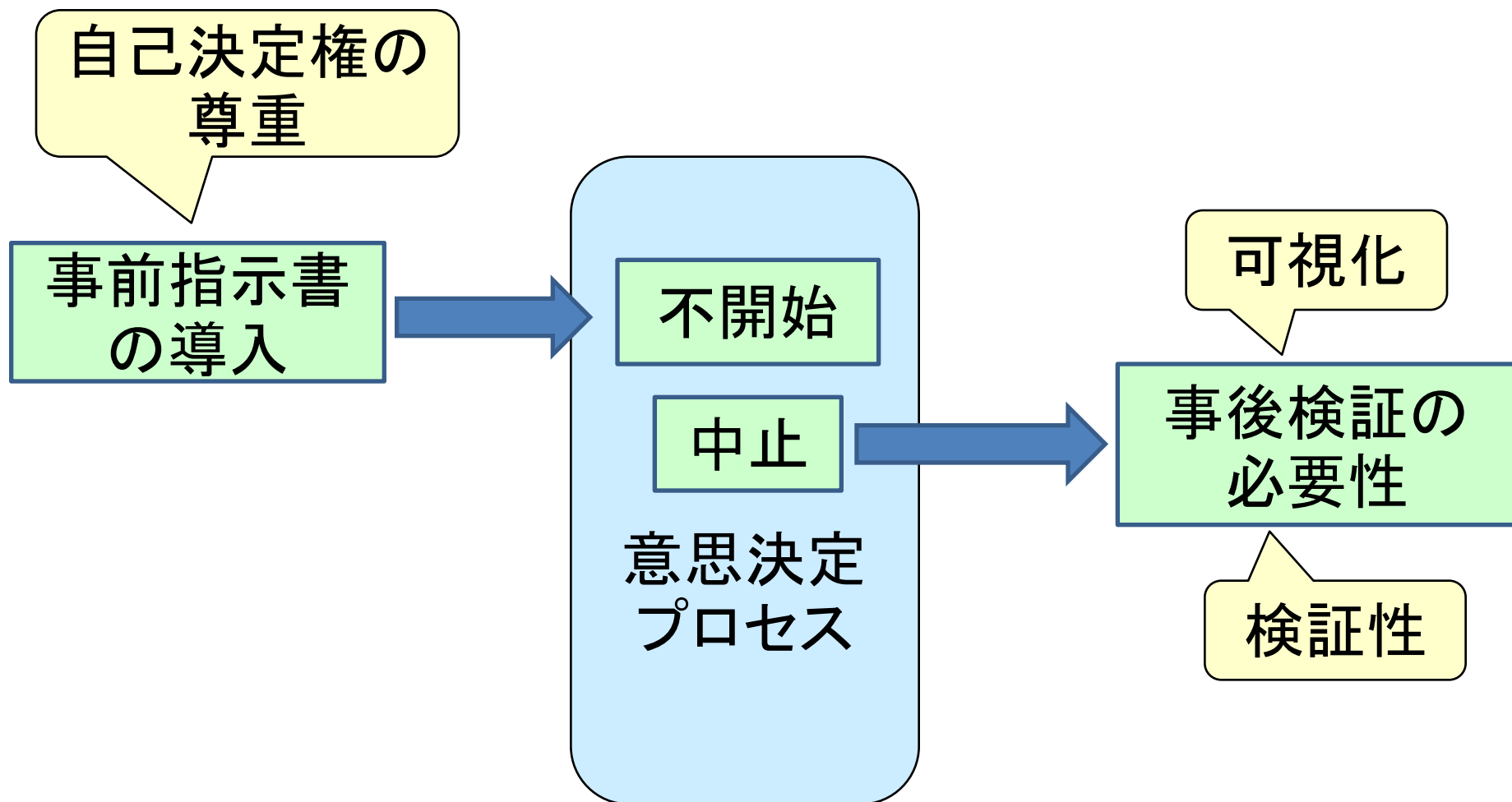
- 医療・介護従事者は、
- 患者本人およびその家族や**代理人**とのコミュニケーションを通じて、
- ケア(医療・介護)に関わる(当事者)が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

- 「**代理人**」は、法定後見人、任意後見人などを含む。
- 医療・療養上の決定についての付託を本人から受けていない場合、参加しなければならないというわけではない。

※ 本人の自己決定権を確保する手続を前提とすべき。
本ガイドラインは、医療介護従事者からの視点から作成されたものにすぎない

AHN導入の不開始・中止行為

～意思決定プロセスの事前と事後



② いのちについてどう考えるか

生命それ自体を尊重する価値観
一分一秒延命させる医の論理



できるだけ患者の生命・肉体
の機能を維持すべき

患者に対し肉体的・精神的
苦痛の大きい治療はせず
自然のまま死を迎えるべき



生命の質を尊重する立場
過剰医療と考える立場

「本人の人生の物語りをより豊かにする」

③ AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

- ガイドライン(改訂版より)

- AHN導入および導入後の撤退をめぐって、候補となる選択肢を挙げて、公平に比較検討し、
- 本人・家族を中心に、医療ケアチーム、介護チーム等関係者が共に納得して合意できる点を求めて、コミュニケーションを続け、
- 医学的に妥当であり得ることは当然のことながら、なにより本人の意向と人生にとっての益・害を考え、家族への影響や可能な生活環境の設定等をも併せ考えて、
- 個々の事例ごとに最善の選択肢を見出す。

※医療現場では、AHN導入にあたり、本人・家族への情報提供の仕方は、「胃ろうをしましょう」「胃ろうにしますか、どうしますか」である。

問題は、医療介護従事者が説明責任すら果たしていない。

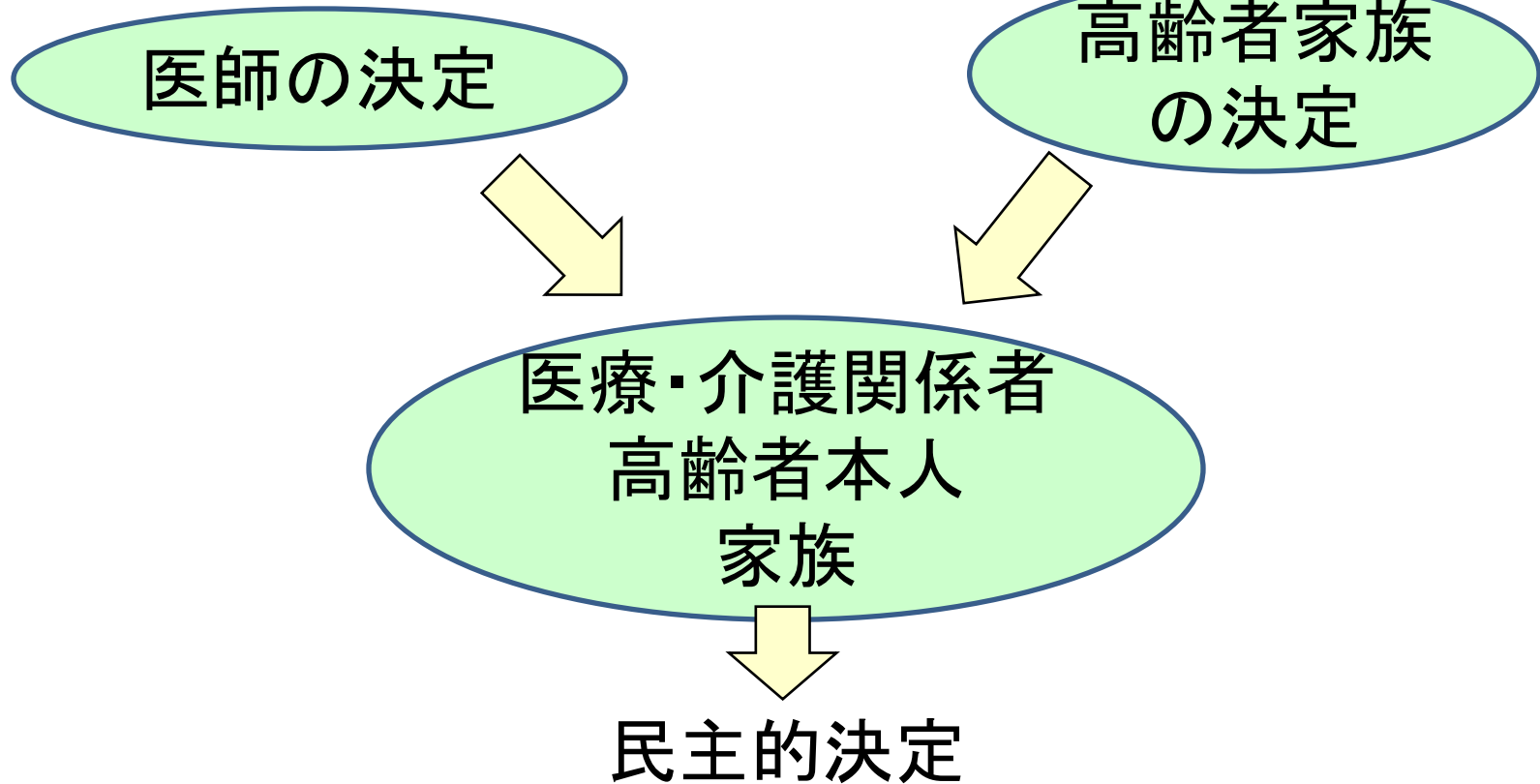
※AHN導入・中止の根拠を明確に説明し理解を得、情報共有に至ったか！

本人の尊厳を考慮したか？

(2) 意思決定プロセス

権力的

自由放任



関係者がストレスをもたない

快適に老いる

関係者の思惑

医師

一分一秒を生きながらえさせる使命
インフォームドコンセント

施設

人的制約
一経口摂取と
いう介護困難
安全管理

高齢者の
自己決定権
= 事前指示

家族

延命による
物心両面
に渡る過大
な負担

国民全体の医療経済上の効率性

(3) 延命医療の差し控え・中止

① 医学的問題

→ 治療の無益性・末期である

② 倫理的問題

→ 患者本人の意思；自己決定・告知
家族の意思；代理判断

手続き的公正性

③ 法的問題

→ 医療者の免責

④ 社会的問題

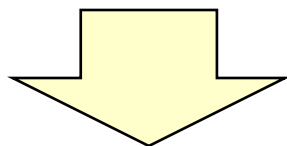
→ 国民のコンセンサス

⑤ 情報共有



情報共有－合意モデル

- 医療側と患者・家族側が信頼関係を築きつつ、コミュニケーションを繰り返しながら合意を目指すプロセスを通して、協働で意思決定に至る。



- 最後の医療とケアをどうするかについて、コミュニケーションが普通に行われる社会を実現。

※ 参照 会田薫子「延命医療と臨床現場」
清水哲郎「医療現場における意思決定プロセス」

情報共有の意味

- 医療・介護者と高齢者との関係が、主従の関係を形成するのではなく、双方向的な情報交換により、情報を共有して意思決定を行う協働的意思決定を促すことが重要。
- 医療・介護者側と高齢者側との情報共有による信頼関係構築が、延命医療の差し控え・中止問題や介護事故に対する安全管理に最も重要な課題。

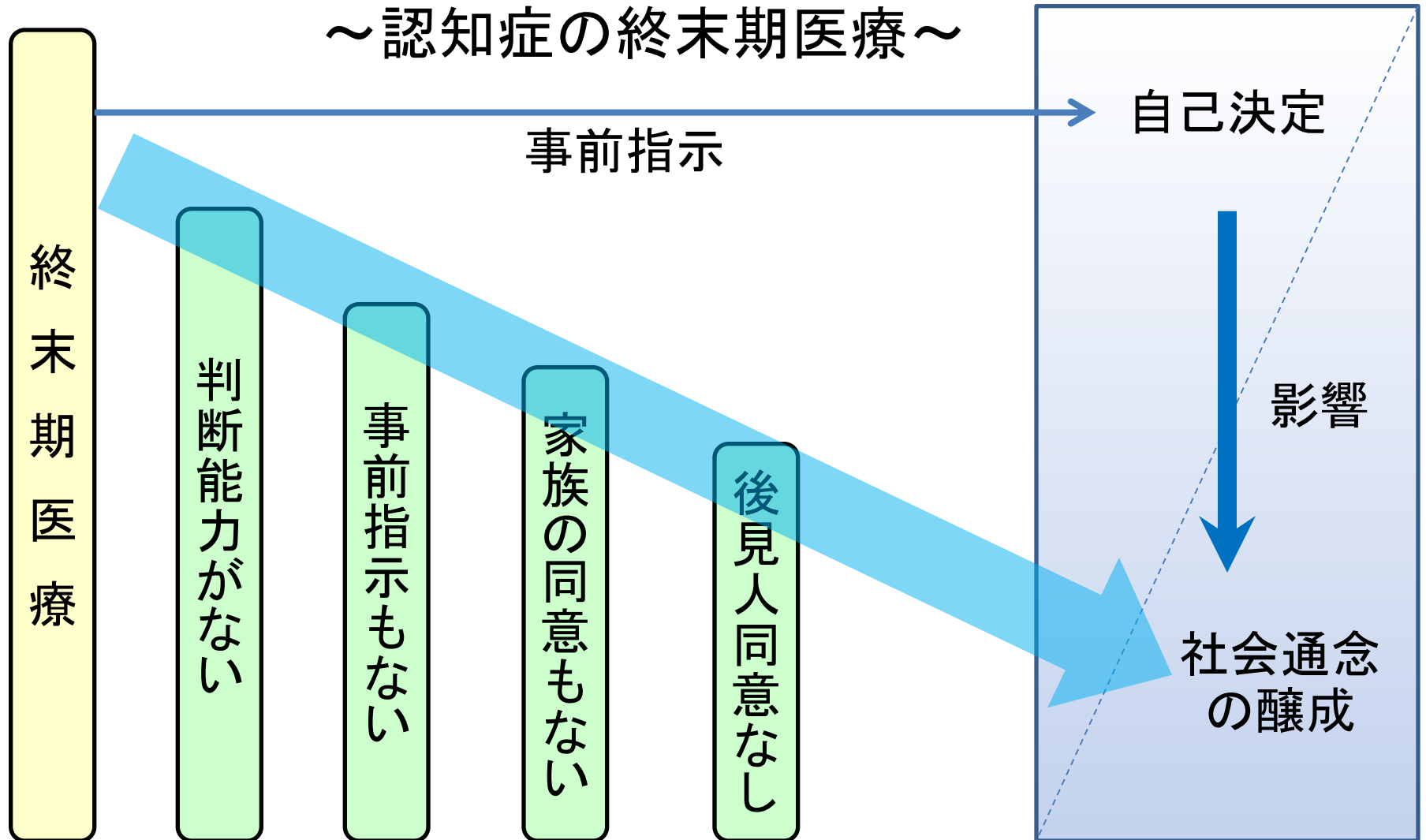


第3 医療における意思決定

1 事前指示書

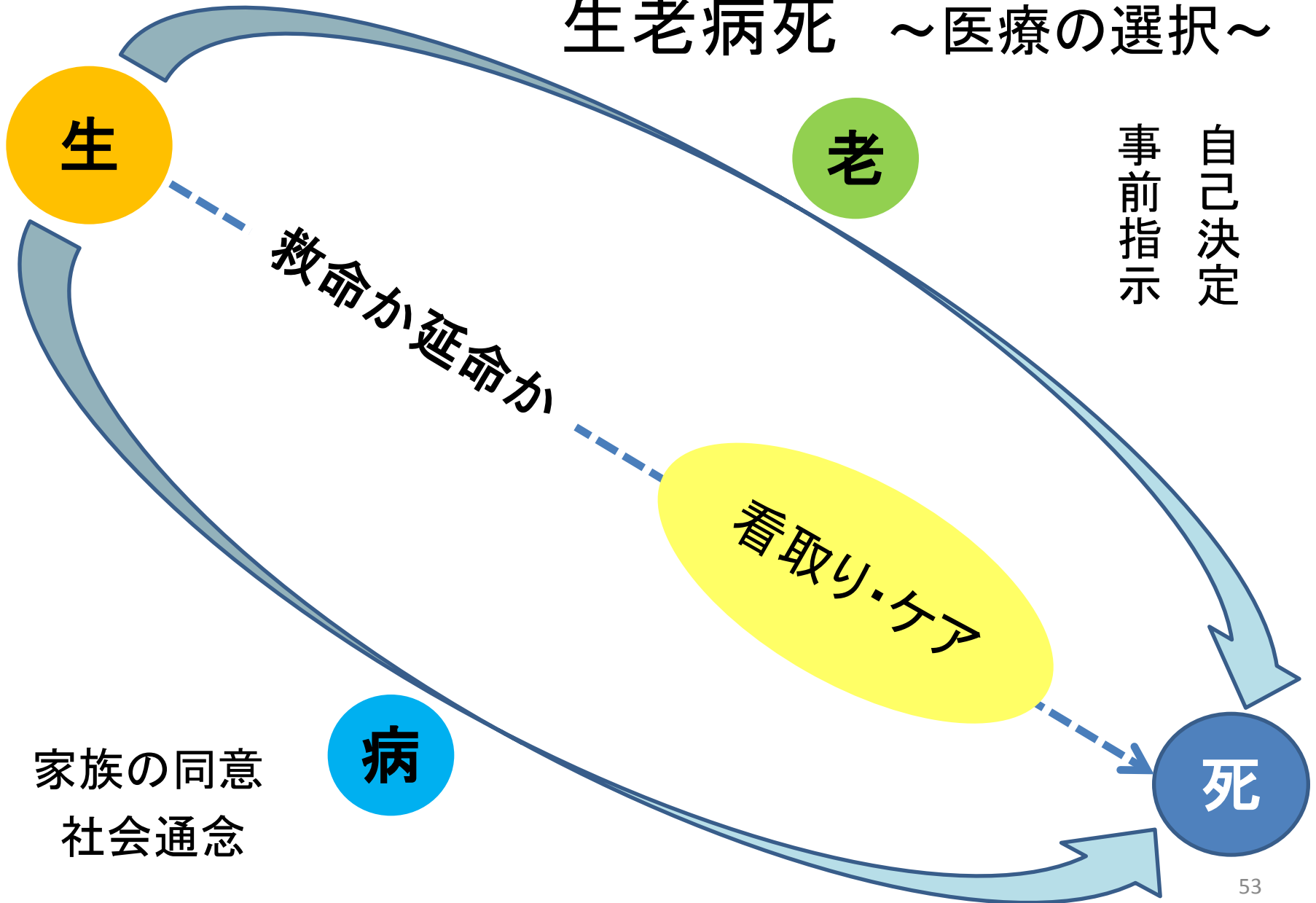
(1) 事前指示書の位置づけとその影響力

～認知症の終末期医療～



(2) 終末期医療と自己決定権

生老病死 ~医療の選択~



(3) 事前指示書の作成

弁護士との関与

事前指示書の内容を説明

代理人となる

証人となる

公証人
事前指示書の認証

かかりつけ医との関与

終末期医療に対する事前指示書 その1

1. はじめに

私が自分自身で、終末期医療(複数の医師の判断による)につき、判断・決定ができなくなったとき、私の治療をどうしてほしいのかについて、本書をもって事前指示します。

私が、自分で判断することができなくなったら、この指示書を尊重して、これに従って下さい。緊急の場合には、以下にあげた代理人及び「かかりつけ医」に連絡して下さい。もし連絡がつかないのでしたら、この指示書に書いた通りにして下さい。この決定に関しては、十分に考え、家族、友人、「かかりつけ医」とも相談しました。このような決定を知らない家族、医師、第三者が勝手に変更しないようお願いします。

2. 代理人及びかかりつけ医

私は、私の代わりに医療・ケアに関する決定をしてくれる人(代理人)を選びました。

また、かかりつけ医は以下のとおりです。

【代理人】

名 前

続柄

住 所

電話番号(携帯)

電話番号(勤務先)

【かかりつけ医】

名 前

住 所

電話番号(携帯)

電話番号(勤務先)

終末期医療に対する事前指示書 その2

3. 事前指示の具体的内容について

終末期，自然死に向けての医療措置は，望むが，人工的延命措置は望みません。

特に，苦痛を和らげるための措置を望みます。

以下，私が望みあるいは望まない指示項目にチェックをつけました。

【代理人に判断・決定してほしい項目】

- 検査・投薬・手術を継続あるいは中止させる決定
- 病院・ホスピス・介護施設への入所手配
- 人工的水分栄養補給などの差し控え
- カルテを入手するための代理署名

【私が望む医療措置と望まない医療措置の指示】

＜望む医療措置＞

- 苦痛を和らげるための処置
- 経口摂取
- 清潔に保つ日常的ケア

＜望まない医療措置＞

- 苦痛を長引かせるだけの医療措置
- 人工呼吸器
- 経管栄養
- 抗生剤投与

【残された人生を充実・快適に過ごす日常的ケアの指示】

- 呼吸困難吐き気を和らげるための処置
- 温かい風呂あるいは清拭
- ひげそり・爪切りなどの日常的ケア
- 衣類やシーツを清潔に・取り替え
- 可能であれば自宅での死去
- その他，快適に過ごすための日常的ケア

終末期医療に対する事前指示書 その3

私は、家族・主治医・他の医療ケア提供者・友人たち、その他関係者に、私の医療に関する代理判断者と連絡をとりながら、この書類に記載されたとおりに、‘事前指示書’が尊重されることを希望します。

この書類は、私が、もはや自己決定できなくなったとき、あるいは自分で自分の意思を表明できなくなったとき、効力を発します。

.....年 月 日

住 所.....
氏 名.....印
生年月日.....
電話番号.....

証 人 1 住 所.....
氏 名.....印
電話番号.....

証 人 2 住 所.....
氏 名.....印
電話番号.....

(4) 事前指示の問題点

自己決定 患者本人の意思があること

①意思能力



②ガイドライン
「患者の事前指
示があれば尊
重すること」⇒
事前指示普及
の重要性

③事前指示そ
れ自体が内包
する問題

事前指示の問題点

- ① 病気・治療の内容を，十分想定・理解していない。
- ② 現時点の意思ではなく，事前(=以前)の意思。
治療法の進歩・本人の考え方の変化
- ③ 客観的にみて現時点の患者の
最善利益に不合致。
- ④ 第三者に都合よく解釈される。

2 家族の同意 ～ 家族の悩み

本人の事前指示がないと家族を苦しめることに・・・

家族の思い

- 「自分には最愛の母がこの世に存在することが何にも増して必要なのだ。
- だから胃瘻を付けても、どんなことをしても一日でも長く生きてほしい」

他方で

- 「私は母親に胃瘻を付けたことに関して、無理矢理生かし続けているのではないかと、母を苦しめているのではないかとと思うとたまらなくなります」

※三宅島の言い伝え

- 三宅島では年寄りには、食べられなくなったら水を与えるだけ。
- そうすると苦しまないで静かに息を引き取る。
- 水だけで一ヶ月は保つ。



家族の悩み

肺炎で入院した病院で医師から胃瘻を提案された時

〈提案を受ける場合〉

- ①本人のQOL(生活の質)を高め維持できる場合
- ②家族がなんとしても
本人に生きていてほしいと考える時
- ③本人が家族の望みに配慮してそれを承知する

〈提案を拒絶する場合〉

- ①回復の望みがない場合
- ②本人を苦しめると家族が考える場合

家族による同意

医療行為の主体は、家族？

1. 家族の同意の根拠

- ① その根拠は社会的相当性？
- ② 最も本人の意思を知り得る立場にある。
- ③ 本人が所属する生活集団からの本人への生活支援権。
- ※ 家族が医療費の実質的負担者であるため、
その後のトラブルを避ける実践的な方法。

2. 問題点

- ① 家族と本人との間に利益相反はないか
推定相続人である家族は、
常に本人の意思につき、最善の理解者ではない。
- ② 家族の範囲は明確か

家族の意向は、尊重しても、本人の尊厳に十分配慮すべき



3 問題事例の解決は？



- 治療があるにもかかわらず治療を望まない場合
- 意識のない急性期患者の場合
- 認知症があり、治療を理解できない場合
- 家族がいない施設入所者の場合

宗教上の理由による輸血拒否と自己決定権

患者が、輸血をうけることは自己の宗教上の信念に反するとして、**輸血を伴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。

医師が患者のそのような**意思を知っており**、患者も輸血はされないと期待していた場合は、医師は、やむを得ない場合は輸血をするという方針を採っていることを説明し、患者自身の意思決定に委ねるべきである。

説明を怠れば、患者の意思決定をする権利を奪った、人格権の侵害として、精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。

患者の権利に関する法律（大綱案）

1、すべての人が死を迎えるから、その終末期の医療のあり方、終末期の患者の権利を擁護する視点で検討し、その一場面として延命措置の決定のあり方を検討すべき。

2、医療を受ける場合、患者の自己決定権を保障することが必要であり、そのためには患者の権利に関する法律が必要。

また、患者の権利を保障するための医療、介護、福祉の充実は不可欠である。

大綱案 患者の自己決定権

- 1、患者は、医師及び医療従事者から、自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、予後及び選択しうる代替的治療法などにつき**正確で分かりやすい説明**を受け、**十分に理解**したうえで、自由な意思に基づき、医療行為につき、同意、選択又は拒否することができる。
- 2、患者は、前項の自己決定のための必要な援助を受けることができる。

大綱案 判断能力が欠ける患者

1、患者に、医療行為に関する説明をしたが、当該医療行為につき、同意、選択又は拒否する能力が欠如している場合は、原則として、**患者の家族その他患者を保護する者**（以下「家族等」という）が当該医療行為につき同意し、選択し、又は拒否することができる。

2、前項の場合であっても、患者の家族等並びに医師及びその他の医療従事者は、患者の能力に応じて、患者をその自己決定の過程に関与させなければならない。

大綱案

自己の意思を表明できない緊急時に実施すべき医療の同意

患者が自己の意思を表明することができず、かつ患者の生命又は健康に対して重大な害を及ぼす危険を回避するために、緊急に実施することが必要な医療行為については、当該患者は同意しているものと推定する。ただし、患者の事前の明確な意思に反する場合はこの限りではない。

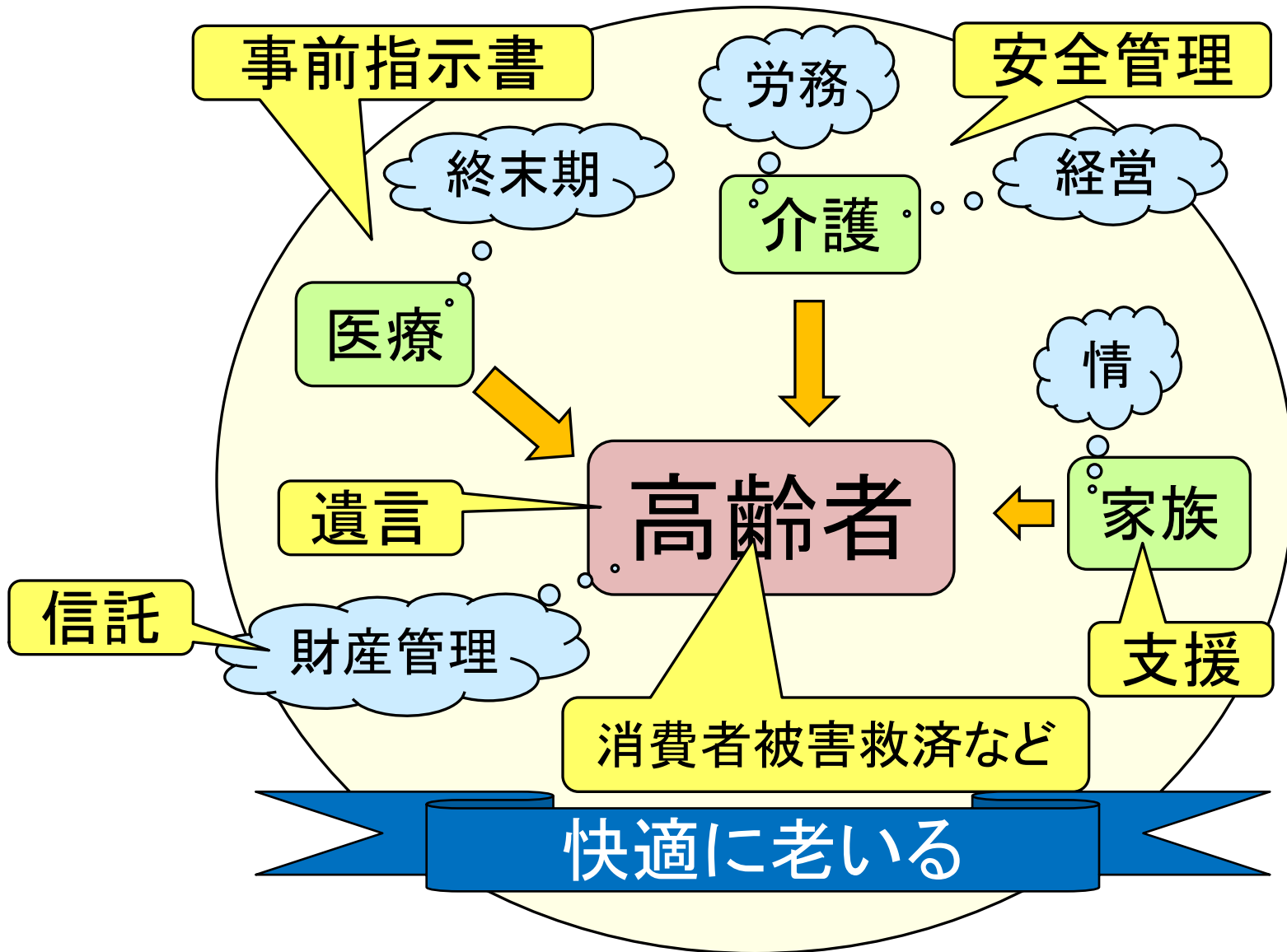
大綱案とガイドライン

患者の権利に関する法律(大綱案)が制定されたうえで、ガイドラインを運用する。

* その医療行為を中止する、あるいは不開始することによって患者が直ちに死亡する場合には、患者が現に判断能力があってこれを選択した場合であっても、**家族等と医療ケアチーム**がかかる選択が患者にとって**最善の選択であるかどうかを検討**したうえで決定する。家族等と医療ケアチームで決定できない場合には、病院内の倫理委員会で決定する。

* 終末期は、患者の意向や状態、家族のありようにより様々である。死に向かう**患者を支えるというプロセス**が何より重視されるべき。

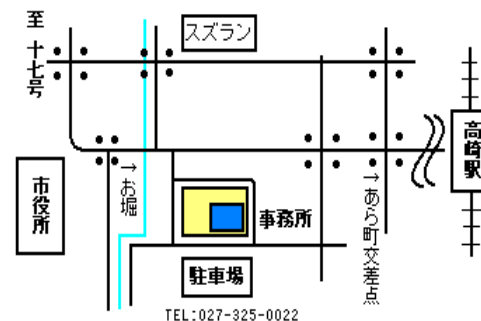
高齢者問題を解決するために



★ 弁護士法人龍馬 おこのぎ法律事務所

〒370-0828 高崎市宮元町292番地ザ・グランクープス1階

電話:027-325-0022 FAX:027-325-2210



★ 弁護士法人龍馬 ぐんま事務所

〒370-3511 高崎市金古町1221番地

電話:027-372-9119 FAX:027-372-2210

