

研究ノート

延命治療の差しひかえ/中止に関するガイダンス：紹介

——英国General Medical Council 編：延命治療の差し控えと中止：意思決定のよき実践のために——

的場 和子、堀田義太郎、有吉 玲子、末岡 陽子*

1. はじめに

1990年代は英国医療サービスにとって激動の時代であった。1980年代のサッチャー改革の総仕上げとして、戦後英国福祉国家の象徴的存在であったNational Health Service (NHS) の抜本的構造改革は1991年から実行に移された。その最終的な帰結を見るまえに政権交代を迎えたが、医療制度改革は労働党政権の改革の目玉として引き継がれ現在にいたっている。この一連の改革の基本方針には費用に見合った価値Value for the Moneyの追求という考え方があげられ、費用対効果をみていくこととより質の高い医療サービスの提供めざそうとした。この枠組を担保するため、保守党改革導入時には、NHSのあらゆるレベル（管理部門のみならず、臨床にも）にAuditという系統の見直し業務が義務付けられた。労働党へと政権交代後も評価・見直しの重視は受け継がれ、そのNHS改革プランの一環として、1999年には新たにNational Institute for Clinical Excellence (NICE) といった独立したガイダンスの作成機関も設立された²。その後の保健省の業務見直しにより、2005年4月よりNational Institute for Health and Clinical Excellence と名称変更されたが（略称はおなじくNICE）、その主な業務のひとつはNHS サービスの範囲で提供されるべき標準的な医療行為の臨床的ガイダンスを制定し公表してゆくことにある。NHS内での治療選択を、ガイダンスに準拠し行なってゆくことで、全国で提供される医療サービスを標準化し、その質を担保が目指されている。

1990年代は一方、英国での生きる権利／死ぬ権利をめぐる治療の差しひかえ／中止の是非について司法の判断をおおぐケースも相次ぐようになった時代でもある³。医師による患者の生命の短縮といったショッキングな事件のみではなく、医師の判断による治療の中止、差し控えといった消極的安楽死とみなしうる事例も社会をにぎわせた。こういった事件は医師のその判断根拠の明確化を求める動きにつながり、延命治療の差しひかえ／中止のガイダンスが、英国医学会からは1999年、およびGeneral Medical Council (GMC) からは2002年に相次いで発行された。

2. GMCガイダンスについて

GMCの起源は1858年制定の英国医療法まで遡る。同法で規定された医師の資格管理を司る機構を前身に、現在でも「医療実践の水準を保証することで、公衆の健康と安全を維持推進し、保護すること」を目的に掲げ、1983年改正の医療法他、種々法律に基づき、1) 有資格医師の登録の更新および管理、2) よき臨床実践の育成、3) 高水準の医学教育の促進、4) 臨床実践の水準達成に疑いのある医師に対して断固として公正に対処する、といった役割を担い、「医師の利益」ではなく「人々の利益」を保護すると立場にあると説明する。このような立場から、NICEの規定する主に実際の医療技術に関するガイドラインではなく、「よき臨床実践のために」を中心に医師として遵守すべき倫理の枠組みを示した各種ガイダンスを公表している。これらの主なものはほぼ、2000年前後に新たに見直され改定されている。

90年代の英国では、前述のように治療の差しひかえ／中止をめぐる医師および社会の通念が揺らぐ時期であった。GMCが医師の監督部門として何らかの役割を担うべく動くことは、この組織の機能から考えれば当然のことである。

キーワード：治療の差しひかえ/中止、終末期ガイダンス、邦訳紹介、英国医療

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 レスリバープロジェクト¹

2004年のパーク裁判で違法性を問われた「延命治療の中止と差し控え：意思決定のよき実践のために (Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Treatments: Good Practice in Decision-Making)」もこの一連の流れの中で改定され発行されたものである。今回一部翻訳を試みたガイダンスは、GMC内で20世紀末から検討され、広い範囲から意見を求めた上で2002年8月に発行された⁴。

3. 邦訳について

本稿では、英国パーク裁判で判決文書に補遺として添付された抜粋の邦訳を以下紹介する。原文はBritish and Irish Legal Information Institute (BAILII) ホームページで公開されている控訴審のものを用了。以下、文中数字はガイダンス段落番号、下線は抜粋され、法廷文書の補遺として公開されている部分を示す。今回の邦訳は下線部分のみに限った。翻訳上、原文にはないが付け足した方がわかりやすいと思われた語句は () 内に記してある。なお、2002年8月版とされている本ガイダンス全文に関しては、General Medical Councilのホームページで公開されダウンロード可能である⁵。

(以上1.2.3.的場)

4. ガイダンス邦訳

4-1. ガイダンス構成および目次

扉：GMCに登録した医師の義務

ガイダンスについて

目次

前書き 1-8

第一部：基本方針

人間の生命の尊重と「best interest:最善の利益」 9-11

自然な生命の終了 12

自己決定できる成人患者 13

自己決定が困難な成人患者 14-15

オプション間の選択：「最善の利益」についての見方の違いについて 16-18

治療の開始後その中止に関連して 19-21

人工的栄養/水分補給 22-24

差別しないこと 25

死にゆく人をケアすること 26-27

良心的参戦拒否 28-29

説明義務 30

第二部：よき実践の枠組み

臨床現場での決断の責任 32

診断と予後予測 33-35

治療のオプション 36-38

救急：患者についての限定された情報の元で 39-40

オプション間の選択：自身で決定可能な場合 41-48

患者自身の観点を探る 41-43

患者との繊細な話し合いの取り扱い 44-48

オプション間での選択：自身で決定不可能な場合 49-59
判断能力のアセスメント49-52
患者の最善の利益アセスメントの責任に向き合うこと53-55
合意形成へむけての目的づけ 56-57
最善の合意についての不一致の解決 58-59

決断について伝えること 63
決断について記録すること 64-65
Auditと教育 66
特別な配慮を有する領域
小児 67-77
人工的栄養/水分の補給 78-83
心肺蘇生術 84-94
説明義務 95

付録1：法的背景
付録2：用語集
索引

4-2. ガイダンス本文（抜粋）

4-2-1. 扉：GMCに登録した医師の義務⁶

医師は患者が命と健康を委ねる相手として、信頼される存在たる必要がある。この信頼を裏書きするためには、われわれは職業人としてよき臨床実践およびケアの維持、そして人間の生命に対する尊重の念を示す義務を有する”

- ・患者のケアが第一の関心であること
- ・すべての患者に礼儀正しく、思慮深く接すること
- ・患者の尊厳やプライバシーに敬意を払うこと。
- ・患者の話によく耳を傾け、彼ら自身のものの見方を尊重すること
- ・患者に、彼/彼女が充分理解できるような方法で情報をつたえること。
- ・ケアの決定に関して、自身が充分に関与することのできる患者の権利に敬意を払うこと
- ・専門的知識および技能を常に更新し続けること。
- ・自身の専門的技能の限界について認識すること
- ・正直で信頼されるに足ること
- ・内密の情報の大切さを尊重しこれを保護すること。
- ・自身の個人的な信念が患者へのケアの偏見につながることを無いうように、よくよく確認すること。
- ・患者に対して自分自身あるいは同僚の臨床実践が、健全なものではないというもし十分な理由があると思われるならば、ただちに患者を保護するように行動すること
- ・医師という立場の濫用を避けること、さらに
- ・同僚とともに患者の最善の利益を提供できるように働くこと

4-2-2. ガイダンスについて

“このガイダンスは、「よき医療実践 Good Medical Practice」「患者の同意をもとめること：倫理的考慮 Seeking Patients’ Consent: Ethical Considerations」の助言により、作成され発展されたものである。延命治療の差しひかえ/中止を考慮するとき、医師としてどのような臨床実践が期待されるかということの基準について詳

細に説明するものである”

4-2-3. 第一部：基本方針

人間の生命の尊重と「最善の利益best interest」 9-11

9. 医師は人間の生命に敬意をはらう倫理的義務を有する。患者の健康をまもることおよび患者の最善の利益を全うすることが医師の第一の関心事である。すなわち、予期される利益が考えられうる負荷やリスクを上回る治療を提供し、全く利益の無い治療の提供を避けるということである。
10. 患者にとっての利益と負荷は、必ずしも純粋に医学的理由に限るものではない。特に自身で決めることのできない患者については、その患者を取り巻くあらゆる因子を考慮に入れるよう、医師は注意深くあらねばならない。自身で決定できない患者の選好について、一定の見解に達するのはかなりの困難を伴うこともあり、医師はただ単純に、自分自身の価値観や相談に訪れた人々の見解で代用としてはならない。
11. その治療が過剰な侵襲とは考えられず、または予測される利益に対して不釣り合いではないだろうと考えられる場合には、生命の延長が通常患者にとっての最善の利益であろう。患者にとって正味の利益が全く無い（とみなされる）場合は延命の可能性を秘めている治療であっても継続しない／あるいは開始しないということが患者の最善の利益である。集中治療を必要とする急性期の、生死にかかわる病態で治療のもたらす帰結が不明確のときは、急性の危機を生き延びることが患者にとっての最善の利益である。

自然な生命の終了 12

12. 生命には自然の終わりというものがある。そして医師および、患者をケアしている者たちは、患者の病状の進行で死がまもなくに引き寄せられる時期がやってくるということを認識しておく必要がある。このような状況では、医師は患者の意思やその時々での治療と未治療の負荷と利益のアセスメントの考慮なしに、死の過程を引き伸ばすように奮闘すべきではない。

自己決定できる成人患者 13

13. 判断力のある成人患者は、どんな治療に対してもその利益・負荷・危険性にどの程度の重きをおくのかということ、および全般的な治療の容認について決断する権利を有している。患者は拒否することで彼ら自身に害を及ぼしうる、さらには自らの死をまねくことがある治療でさえも拒絶する権利がある。医師は法律上、その意思を尊重する義務を負っている。理解力のある成人患者は、これから起こりうる治療に関して自らの意思を事前指示で表明することができる。

自己決定が困難な成人患者 14-15

14. 判断力のある時に、患者が自らの選択の説明に関する適切な情報に基づいて下した有効などの事前の治療拒否は、患者の現状に明白にあてはまり患者自身が翻意したと信ずるに足る理由の無い場合は、法的拘束力があり、尊重されるべきものである
15. 自身のことを判断する能力を欠いた成人患者の場合、提供された治療が与える利益・負荷・リスクのアセスメントおよびその容認性についての決断は、患者の意思が知られているなら、それにもとづいて医師が患者の代りに行なうべきである。患者の意思が不明の場合は、何が患者の最善の利益であるかを決断するのは医師の責務である。その場合、患者にもっとも近い人⁸が知りうる患者についての詳しい情報なしには行ないえない。スコットランドで臨床を行なっている医師は、加えて、その地での判断能力を欠く成人の意思決定に関する法的枠組を考慮に入れる必要がある。

オプション間の選択：「最善の利益」についての見方の違いについて 16-18

16. これらの原則を当てはめてゆくと、事例ごとに異なる結果が導き出されうる。なぜなら当然、患者に見込める利益・負荷・リスクのアセスメントおよびこれらのどれに重きを置くか、優先順位をつけるかということはその患者の個々の価値観・信念・優先事項によってひとりひとり異なるからである。医師は治療を提供するとき、患者の選好というものに配慮しなければならない。とはいうものの、患者が医師の考える視点から臨床的に相応しくないとされる治療を受けたいという希望する時、医師はその治療を提供するのなら倫理的、法的義務を負わない。
17. 患者が決定能力を欠いている場合、決断過程に関わる医師・ヘルスケアチーム・患者の近親者などがそれぞれ、患者の選好やどのような治療経過を取ることが彼にとっての最善の利益でありえるのか、ということについて、異なった結論を導き出すこともあるだろう。そういった場合には、治療に関して合意に達するように十分に時間をかけることが重要である。場合によってはセカンド・オピニオンや他の独立したあるいは非公式のレビューをもとめることが適切である。
18. 稀に、最善の利益に関してかなりの食い違いが解決されない場合、裁判所の裁定が必要かどうか、法的助言をもとめるべきである。(以下略：英国に特有のコメントゆえ)

人工的栄養/水分の補給 22-24

22. 人工的栄養分/水分補給⁹に関する決定というものは、特に難しく議論のあるところである。その理由の一部は栄養分/水分の補給に関しての利益と負荷に関してはまだ充分解明されておらず、難しいアセスメントが関与しているところにある。例えば、身体の機能が活動し始める進行性疾患や重度の障害の晩期には、食べ物や水分への興味を失うこともありうる。なかには栄養分や水分をとらずにいることが死の自然経過である患者も存在しうる。一部の患者は自らの症状を過少に報告しうるし、一方で医師たちやヘルスケアチームのメンバー、患者の近親者間で、痛みのような患者の症状の存在や重症度に関する認識が相違することがあるのでアセスメントを行なうときに問題が生じる。
23. このような不確実性に直面したとき、本人の意思がはっきりしない、すなわち意識のないあるいは半昏睡の患者が、必要としている栄養分や水分の補給が不十分で症状に悩まされ合併症他で苦悩を体験しているかもしれないという可能性が気になりうる。一方でこの患者のニーズに答えようとすると不可避の苦痛を生じるだろうということが気になりうる場合もある。一部の人にとって、患者にとっての基本的な滋養物であると考えている物の供給をしないということは、感情的に困難であろう。
24. このような観点から、医師は決断にかかわる人たちに、人工的に栄養分と水分の補給を行なっていくことの利益と負荷について、明確かつ最新の情報および、特定の患者の評価されたニーズに基づいた情報の提供を保証することが必須である。医師はまた、本指針によって設定されたよき実践の原則に準じて、人工的栄養/水分の補給の決断を注意深く行うことが求められる。[78-83段落も参照のこと]

差別しないこと 25

25. 医師は治療の臨床的な有効性についての最新の証拠を用いつつ、資源の最善の利用を追及する上で、患者の臨床的ニーズに基づいて優先順位を与える義務がある。医師は、提供される治療の選択やケアの総合的なスタンダードについて、たとえば、患者の年齢・障害・人種・肌の色・文化・信条・性別・ジェンダー・ライフスタイル・社会的・経済的地位に対する自分の見方について、偏見を招くようなことは避けなければならない。

死にゆく人をケアすること 26-27

26. 死にゆく患者にも、他のすべての患者同様標準のケアと敬意がはらわれるべきである。患者およびその家族他近しい人々には、理解深く思いやりをもって対応すべきである。病状の進行が予期されておりその死が避けがたいものであるとき、患者の緩和ケア/終末期ケアのニーズが同定され適切に提供されることを保証するのは重要なことである。これには、(提供可能な治療のオプションに影響する)どこでケアを受けたいかという患者の希望や、宗教的・スピリチャリティや他の身の回りの支援のニーズについての考慮されたものであるべきである。患者への試みはすべて、心地よい環境で、プライバシーが保たれ、尊厳に満ちた質のよいケアであることを保証すべきで、これには痛みその他患者を悩ませる諸症状のアセスメントおよびその緩和、適切な支援と看護が含まれる。
27. 死にゆく過程を患者と話し合うということは、自分の病いの最後の段階を自身の望むように過ごすためにどのような調整を本人が欲しているのかということへ気づきとなる。また、その人が生命の終わりに向かって重要だと考えている他の個人的な気がかりへの配慮のきっかけとなる。

4-2-4. 第二部：よき実践の枠組み

臨床現場での意思決定の責任 32

32. 患者のケアの責任者であるコンサルタントもしくはかかりつけ医 (GP) は、段落41-48、53-57に説明されているように、患者自身、あるいは患者に近い人の観点を斟酌しながら、延命治療を差し控えるか中止すべきか決断する責任を負う。救急の場合は例外で、上位の臨床医とコンタクトがそのときに取れない場合、適切な経験を有する病院研修医、またはかかりつけ医代理の場合であってもこの責任を負わざるを得ない。しかしこの場合は、できる限り早急に上位医師と話し合う必要がある。

治療のオプション 36-38

36. 医師は、その患者の病状や、類似する基礎的なリスクファクターを持つ患者に関する治療や管理に関するあらゆる関連する最新の臨床ガイドラインを参照しつつ、効力や副作用等のリスクに関する最新の臨床的証拠に基づき、適切な治療のオプションを同定しなければならない。
37. 医師の、特定の患者の治療[または無治療]という選択は、起こりうる臨床的および患者の個人的な利益・負荷・リスクを熟慮の末、判断されるべきである。
38. 以下のような場合は、常に関連ある経験を要する臨床家[他職種、例えば看護師など]にも相談し意見を求めること
- ・その病態について医療チームが限られた臨床経験しか持ち合わせておらず、オプションの範囲や、個々の患者に対するある特定のオプションの利益、負荷、リスクについて疑問があるとき
 - ・非常に重篤な状態にあるものの、死期が近いわけではない、本人の考えを知ることのできない患者の人工的水分および栄養の補給を差しひかえ/中止を考えているとき[81段落も参照のこと]
 - ・患者への適切な加療のオプションに対してチーム内で深刻な意見の対立をみるとき

患者自身の観点を探る 41-43

41. 患者が判断能力を有する場合、診断や予後について、彼の最善の利益であるという医師の選択肢の結論を本人と話し合う必要性を患者に提起すべきである。治療のもたらす利益・負荷・リスクに対し重み付けや優先順位を決定し、どのオプションが受け入れ可能かを判断するのは患者である。
42. その決定に従うことが、本人の死につながりかねない場合であっても、判断能力のある成人患者が治療拒否し

た場合、その意思を尊重する義務があるということ、医師は肝に銘じるべきである。もし、主治医としての立場から臨床的に不適切であるとおもわれる、特殊な治療を要求された場合、医師には法的にも、倫理的にもこれを提供する義務は無い。しかし、医師は患者に自らの判断の根拠をわかりやすく説明し、かれらのセカンド・オピニオンの求めを尊重しなければならない。

43. 延命治療の差しひかえ/中止を選択肢として考慮する可能性のある場合、医師は、もしその決断がなされた場合、どのようにケアされたいかということ話し合う機会を患者に提供しなければならない。これは、看護や他の医療行為の提供についての手はず、判断能力が失われた時、延命治療中止の決断の過程および付加して提供される支援にだれに関与してもらいたい、死が避けがたい状況となったときの緩和ケアやターミナルケアのニーズがどうあるべきで、それにいかにして答えてもらいたい、といったことで、これらに対する患者自身の選好を配慮をすべきである。こういった話し合いを鋭敏な感受性をもって扱ってゆくことは信頼関係を築く助けとなり、後の決断の補助となる患者自身の価値観や、優先順位についての情報を医師が得る機会となりうる。

最善の利益についての不一致の解決 58-59

58. 十分な時間を取って関係者間で話し合っただけでは、たいしては治療に関する合意形成は可能である。個々人は、自らがその視点に敬意を持っている他者（医療関係者やそれ以外）に相談する機会によって、助けられるかもしれない。合意に達することが難しい、複雑なケースや、決断に関与する特定の個人がなぜその選択肢が問題であるか強く主張するようなときは、当該ヘルスケアチームから独立して、他職種からなる臨床的・倫理的レビューを求めることが、役立つだろう。
59. 非公式のレビューが重要な意見の不一致の解決の解消をもたらさないときは法的助言を求めるべきである。これは、所属するNHS機構または他の雇用組織かあなたの弁護士から提供される。（次セクション略：英国での特殊項目ゆえ）独立したレビューや法的助言を得ようという決断がなされたら、可及的速やかに患者あるいは適切な近親者に伝えられるべきである。それによって、かれらも参加し表明する機会を得ることができる。

人工的栄養/水分の補給 78-82

78. 患者の経口での液体や食物の摂取が問題になる場合、患者の病状や、栄養分や水分補給に関する特定のニーズ評価を適切に行う必要がある。アセスメントされた患者のニーズに見合うさまざまな手技；経鼻経管や、内視鏡下胃ろう造設や、皮下水分投与、血管留置針等通常‘人工的’栄養分/水分供給の手段とみなされるものにつき考慮する必要がある。しかし、人工的栄養補給と人工的水分補給の利益と負荷は異なるので別々に評価すべきである。そのためには、人工的栄養補給と水分補給個々に影響を及ぼす特定の臨床的検討事項について最新の専門的助言に準拠すべきである。
79. 全例において、痛みや呼吸困難感、せん妄や口渴といった患者を悩ませる症状がないかどうか必ず評価する。症状は最新の専門的指引にしたがい適切に緩和されねばならない。
80. 評価した患者のニーズを満たす、人工的栄養分または水分補給方法なものの判断には、患者[自己決定できるとき]、ヘルスケアチーム・患者の近親者[患者の意思が量れないとき]といった人たちが、十分に決断過程に関与できるように医師が保障しなければならない。医師は自身の水分/栄養分の補給に関する患者の必要性についての評価および医師がニーズに見合うと判断する選択肢の根底に存在する不確定因子について、これら参加者が理解できるよう適切な段階をへてゆくべきである。
81. 患者が自分自身で決められる能力を有するときにはこういった類のどのような介入についても同意あるいは拒否しうる。患者が自己決定能力を欠きさらにその意思の確定が不可能な場合、以下のようなことを考慮すべき

である。

- ・人工的水分/栄養補給によってもたらされる患者自身の利益・負荷について、ある程度の不確実性を認めるのであれば、より明確なアセスメントが行なえる再判定日をさだめ、それまでの間、試用期間として投与してみるというやり方もある。
- ・死が切迫しているとき、利益と負荷・リスクを判断すると、人工的栄養/水分の補給を開始することは、通常不適切とされるであろう。しかし人工的水分補給は、(栄養補給よりも)より(患者に対する)侵襲の少ない手段であり、症状緩和をもたらす、と考えられる場合は(開始が)適切である場合もある。
- ・死が切迫しており、人工的水分/栄養の補給がすでに行なわれているとき、それによって(患者にもたらされる)負荷が、得られる利益よりもまさる場合はこれらを中止することが適切であろう。
- ・死が目前に迫っていない場合は、通常人工的な補給を継続することが適切である。しかし、患者の状態がかなり重篤で予後がかなり悲観的である、さらに人工的栄養/水分の補給が患者にとって苦痛を生じせしめている、または得られる利益に関して重荷でありすぎる、といった事態を生じせしめる。このような事態に陥ったとき、医療チームや患者に近い人に助言を求めると同時にその患者の状態を取り扱った経験があり、現在は患者への直接的なケアには関与していない、上級臨床家(看護職など別の職種の場合もありうる)からの専門的セカンド・オピニオンを求めるべきである。こうすることによって、このような繊細な決定において患者の利益が入念に考慮され、そして近親者、より広く公衆にむけて、必要な保証を提供することになる。

患者がどれくらい長く生存するかを見積もることは非常に困難である。さまざまな病態を重ねもっているような患者の場合は特に難しい。特定の患者について、医師および医療チームが(その予後について)不確かならば、この点について専門的支援を求めるべきである。

82. 人工的水分/栄養の補給をすべきかどうかをめぐり、医療チーム内、あるいは、チームと患者の近親者間で深刻な葛藤が生じ、さらに意見の不一致が独立した、非公式のレビューでも解消されない場合、医師はそれを法廷での判断に委ねる必要があるかどうか、法的助言を求めるべきである。

以上

5. ガイダンスの意味するもの

今回紹介した延命治療の差し控え/注視の意思決定に関わるガイダンスは、通常の診療ガイダンスとは異なり、「いかなる生が生きるに値するか」をめぐる判断に直接的に踏み込んだものである。このガイダンスの背後には、〈生命の価値〉に対する一種の、社会的に共有された価値観が存在する。この価値観——通常は人びとに自覚されることなく、それに対立しうる価値観とともに、漠然と共有されている価値観——は、しかし、一つの制度のなかで明確な形を与えられることによって、既に人々のなかに存在していたものとして再発見され、より強固な形で社会に浸透してゆくことになる。なぜならガイダンスの示す治療の有効性の評価は単なる医学的事実を超えており、評価にかかわるすべての人々(患者・家族・医療者ほか)の見方が反映されるものに他ならないとされているからである。こういった視点から、このガイダンスはわたしたちに何を語りかけているのだろうか。以下、私見ながら、このガイダンスから読み取れることについて簡単な検討を試みる。数字はガイダンスの段落番号である。

ガイダンスの文面から少なくとも次の2点が読み取れるであろう。

- 1) 生命至上主義の否定(=最善の利益の優先)

生命に敬意を払う義務があるとしながらも(9)、その自然な終焉というものがあり(12)その上で患者にとって利益が無い場合は、治療を開始しない/継続しないということも最善の利益となりうる(11)とする。このことはすなわち、延命がそのことだけで患者の利益とは成り得ない場合があるということ、すなわち生命には、その状況に

よって、＜死を迎えるほうが善い＞場合があるということ容認している。

2) 治療拒否の意思表示のみ有効？

(13) では、患者本人の治療拒否の場合の権利保障が明確に語られているのに対し、(16) では治療継続に関し、臨床的に＜医師＞が＜適応の無いと考える治療行為＞を提供する義務は無いと述べられている。治療拒否の場合には、患者本人の意思決定が医師の判断と同時に——それを制約するものとしての——効力をもつとされているのに対し、治療継続の決定については、医師や周囲の判断を制約する本人の意思決定には言及されていない。すなわち、このガイダンスは、治療決定における患者本人の選好への配慮の重要性を強調しつつも、実際には治療拒否についての決定を容認する選択肢だけを増やすことによって、「死なせる」ための条件を緩和していることになる。そして、治療停止の条件が緩和される状況そのものは、「生かせるに値するか否か」をめぐる判断を前提にして定義されているのである。

上記より＜最善の利益にもとづいて＞医師が臨床的に＜意義があると判断＞した医療行為の提供のみを、患者の同意に基づいて行ない、患者の意思でその拒否のみが可能である、とガイダンスは語っているといえるであろう。つまり、何が＜患者の最善の利益＞であるか、すなわちその患者の状況が＜生き続ける＞に値するかどうかの判断は医師に委ねられており、それは延命至上ではなく＜利益と負荷の比較衡量＞による。＜最善の利益＞の判断の強調によって、婉曲に＜死に至らしめる＞方が＜善い＞と思われる状況（生命）がありうることを確認しているといえよう。

それは別の言い方をすれば、このガイダンスが「利益」を明確に定義せずに使用している、ということでもある（たとえば16）。通常、利益・負荷・リスクという語は、「生にとって」の利益・負荷・リスクを指している。つまり、「生きていること」は、当人が利益を享受したり負荷を受けたり、リスクを甘受する論理的な前提である。このガイドラインのように、「生きている」よりも死ぬ方が良い状態が存在する、という言い方に意味があるとすれば、それは「生命」と「利益」が交換可能だと述べていることになる。「利益」「負荷」といった語と「生」との間の水準の差異を曖昧にするという点は、「生きていること」が利益にならない・負荷になる、という言い方についても指摘できる。

バーク裁判の過程において、障害者の権利擁護団体であるDRC (Disabled Right Commission) は一貫して、この社会で障害をもつということは、生活の質の保持が難しく生きてゆくことが非常な困難を伴う生を強いられている、といった否定的なステレオタイプの障害者像を医師たちはすぐに思い浮かべると繰り返し指摘している¹⁰。この「苦渋に満ちた生である」という決め付けが、健常者と障害者との間で尊重されるべき生命の尊重（すなわち治療の提供の判断）の価値の判断の根底に存在し、生き続けるのは重荷であり、本人の＜最善の利益＞ではない（その価値が無い）と医師が安直に判断する傾向にあることを障害者は怖れていると主張する。これに対して、たしかにGMCのこのガイドラインは応答していない。

今回は邦訳の一部のみの紹介であり、また上記分析は本ガイドライン単独で導き出されたものであり、十分なものとはいえない。さらにこのガイダンスはGMCが規定する、医師の総論的な倫理ガイダンスである「Good Medical Practice よき臨床実践のために」の補遺と位置づけられており、同時期に発表されている英国医学会の治療差しひかえ/中止のガイドライン等とあわせ、これらガイダンスを生み出した当時の社会背景なども視野に入れた包括的な検証が必要であろうと考える。

(堀田、的場)

6. おわりに

本邦でも医療の標準化、質の確保ということが、さかんに取り上げられ、各学会でもさまざまなガイダンスの作成がおこなわれている。2006年3月の射水病院の事件などから、治療の差しひかえ/中止のガイドライン制定を求める声が上がっているとも聞く。実際、厚生労働省からは2006年9月に「終末期医療に関するガイドライン（たたき台）」が公表され¹¹、18年度末までの予定でパブリックコメントが募集されている。

前述のようにガイダンスを制定するという事は、好むとも好まざるとも社会の根底に潜むく望ましいとされる生のありようを再確認し、それを現実に発揮させてゆくといった機能をもつ。英国社会をひとつのモデルとすると、前節のごとく延命治療中止のガイダンスをつむぎだし、さらにガイダンスによって方向づけられる社会は、くこの社会には存在しない方が望ましい生のありようがあるくことを肯定する社会である可能性が示唆されたといえるであろう。英国同様のガイダンス制定を試みるとき、問われなくてはならないことはわれわれは真にそうといった考えのもとに成り立つ社会を欲しているのか？ということである。終末期のガイドラインについての意見を求められているということはまさに社会のくありようくに対しての意見のはずであり、これこそがガイダンス作成時に明確に世に問いかかけられなくてはならないことなのである。

延命治療の差しひかえ／中止の意思決定ガイダンスがどう社会から影響を受け、またそれに基づいた実際の治療やケア提供を介して社会にどのような影響を及ぼすものとして機能しうるのか、ガイダンスの制定にあたっては、単なるFace Valueのみではなく、その帰結のもたらすもの隅々について十分に吟味されつくされることが何より望まれる。

注

1 立命館大学先端総合学術研究科平成18年度公募プロジェクトのひとつ。現在先端研究生10名ほどを中心にMLによる意見交換を行っている。

2 白書Saving Lives: Our Healthier Nation (1999.07)

3 Aiedale NHS trust vs Bland[1993]AC 789, Re D Family Division 38 BMLR [1998] 1 FLR 411[1998]FCR 498など

4 この経緯についてはパーク裁判高等裁判院判決R (on the application of OLIVER LESLIE BURKE) vs GMC:[2004] EWHC 1879 (Admin) Case No: CO/4038/2003 (<http://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Admin/2004/1879.html> (20070101)) 7-9段落を参照

5 http://www.gmc-uk.org/guidance/current/library/withholding_lifeprolonging_guidance.asp (20070101)

6 以下、4-2-1で訳出した部分は注4で示したガイダンスのHTMLバージョンにはふくまれず、PDF versionにのみ書かれていた。2007年1月1日現在、PDF versionはネット上でアクセス不能である。GMCの倫理ガイダンスの大元である、「Good Medical Practice (2006) よき臨床実践ガイダンス」が2006年11月に改定され、この文書で、GMCに登録した医師の義務という文面が、治療差しひかえ／中止ガイダンスに記載されていたものが改定されたようである。本文の訳（以前のバージョン）の参考に、以下2006年バージョンの原文を掲載しておく。

The duties of a doctor registered with the General Medical Council

Patients must be able to trust doctors with their lives and health. To justify that trust you must show respect for human life and you must:

- ・ Make the care of your patient your first concern
- ・ Protect and promote the health of patients and the public
- ・ Provide a good standard of practice and care
 - Keep your professional knowledge and skills up to date
 - Recognise and work within the limits of your competence
 - Work with colleagues in the ways that best serve patients' interests
- ・ Treat patients as individuals and respect their dignity
 - Treat patients politely and considerately
 - Respect patients' right to confidentiality
- ・ Work in partnership with patients
 - Listen to patients and respond to their concerns and preferences
 - Give patients the information they want or need in a way they can understand
 - Respect patients' right to reach decisions with you about their treatment and care
 - Support patients in caring for themselves to improve and maintain their health
- ・ Be honest and open and act with integrity
 - Act without delay if you have good reason to believe that you or

a colleague may be putting patients at risk

Never discriminate unfairly against patients or colleagues

Never abuse your patients' trust in you or the public' s trust in the profession.

You are personally accountable for your professional practice and must always be prepared to justify your decisions and actions.

http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/content.asp (20070101) より閲覧可能

- 7 原注ではCompetent Patient : Re C (Adult : Refusal of Medical Treatment) [1994]を参照し、Competentであるとは①明白に呈示された情報を理解し (comprehend) ②それを信頼し③比較考量し、判断を下すまでの十分な時間その理解を保持できる能力をもつ場合と説明されている。
- 8 Those close to the patient:医療専門職や他の介護者、パートナー、近親者、代弁者 (弁護士) などを含む。本ガイダンスの用語解説によると、上記に加え、法的代理意思決定者、関連する公的担当者 (公的保護者、精神福祉行政官、地方自治体など (スコットランド; 2000年のAdult with incapacity Actにより規定されるもの)。イングランドおよびウェールズでは精神保健関連の法で規定される最も近い近親者もしくは '保護者' が規定されうる。(原注)
- 9 本ガイダンス付録の用語解説によると、水分や食物を口から摂取することが困難な患者に対し、その供給のために行なう経鼻胃管、内視鏡的胃ろう造設、皮下輸液、血管確保といった、医療行為を意味するとされている。人工的と経口[自然]の区別は水分と栄養分が、口から与えられるか否かという点にあり、経口で摂取されている場合はそのための行為 (食事介助など) は看護ケアの一部とみなされ、医療行為ではないとされる。
- 10 一連の新聞報道記事 (例えばGuradian20040730, 20050519およびパーク裁判高等裁判院判決R (on the application of OLIVER LESLIE BURKE) vs GMC:[2004] EWHC 1879 (Admin) Case No: CO/4038/2003 35段落等を参照
- 11 医政局総務課より2006年9月15日から19年3月31日までの予定でパブリックコメントが募集されている。
<http://www.mhlw.go.jp/public/bosyuu/iken/p0915-2.html> (20070101)

参考文献

- 石田裕敏 (2004) 「法制度・政治・社会」小泉博一/飯田操/桂山康司編、『イギリス文化を学ぶ人のために』, 第三章, 世界思想社
- Greenhalgh,T (2001), “How to read a paper ~the basic of evidence based medicine” second ed, BMJ Books (=邦訳 今岡二郎/渡邊聡子 (2004) 『EBMがわかる』, 金芳堂)
- 近藤克則 (2005) 「ニューレーバーによるNHS改革」, 社会政策研究5, 東信堂
- (2004) 『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革』, 医学書院
- 的場和子 (2005) 『英国の医療制度とホスピス/緩和ケア』, 立命館大学先端総合学術研究科2005年度博士予備論文
- (1998) 「臨死期の患者への輸液をめぐる問題—今、何がわかっているのか?」, 『ターミナルケア』 8:360-366
- 毛利健三 (1999) 『現代イギリス社会政策史1945~1990』, ミネルヴァ書房

A Japanese translation of the General Medical Council's Guidance on "Withholding and Withdrawing Life-prolonging treatments: Good Practice in Decision Making."

MATOBA kazuko, HOTTA yoshitaro, ARIYOSHI reiko, SUEOKA youko

Abstract:

The General Medical Council (GMC) is an association which registers doctors for practise medicine in the UK. Its purpose is to protect, promote and maintain the health and safety of the public by ensuring proper standards in the practice of medicine. It also has the statutory role of providing guidance on medical ethics through the guidance such as "Withholding and Withdrawing Life-prolonging Treatments: Good Practice in Decision-making," which was published in 2002. A British man complained about a part of the guidance and sought a judicial review regarding whether the guidance breaches his right under Common law and the European Convention for the Protection of Human Rights.

In this paper, first we translate into Japanese the part of the guidance that was examined in the Court.

Next, we try to translate the meaning of the guidance into our own words. We believe that the basic philosophy from which this guidance has emerged should be identical to the philosophy of life and death of the society to which it belongs.

Key words : Withholding and withdrawing life-sustaining treatment, End- of-life Care, Medical Guidance