

「後期高齢者」の終末期医療と刑法

第5回後期高齢者医療の在り方に関する特別委員会
平成18年12月12日

上智大学法学研究科 町野朔(法律学)

AGENDA

- I 「後期高齢者」の終末期医療と刑法の問題
- II 基本的視点
- III 患者が望む医療と医療の中止

I 「後期高齢者」の終末期医療と 刑法の問題

- 後期高齢者の医療の問題を、「医療の中止」についての刑事責任の問題に限定して話す理由
- 「医療の中止」に関する刑事責任論の混迷について
- ガイドラインと刑事責任との関係について

何故、刑法の議論か

- 医療内容に関する医療の裁量権、それを制限するインフォームド・コンセント
- 終末期医療においても基本は同じ
- 生命の短縮と法的(刑法的)責任
- 医療の差し控え(不作為)と医療の中断(作為)
- 医療関係者の不満:「医師は患者のために医療を中止した。それは患者の医師にも合致するし、家族も納得してくれた。どうして警察が出てくるのか。」

刑法

- (殺人)

199条 人を殺した者は、死刑又は無期若しくは五年以上の懲役に処する。

- (自殺関与及び同意殺人)

200条 人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。

法律の議論は混迷状態

- 安楽死行為と尊厳死行為
- 死期の切迫と終末期
- 苦痛の緩和と尊厳の維持
- 病者の自己決定権、推定的意思
- 本人の決定・家族の決定・医療的決定
- 死の結果に対する法的責任の追及と医療決定のガイドラインの策定

終末期医療に関する判例

- 東海大学病院事件（点滴、フォーリー・カテーテル、エアウェイの撤去） 横浜地方裁判所・平成7年3月28日・判例時報1530号28頁
- 川崎協同病院事件（抜管） 横浜地方裁判所・平成17年3月25日・判例時報1909号130頁＝判例タイムズ1185号114頁
- 終末期医療の中止に関する裁判例はこれだけ。現在はこの判例を見ながら、ガイドライン作りなどを考えなければならない段階。

日本の安楽死判例

	裁判所・裁判年月日・判例集	事案	罪名(罰条)・量刑	内容
①	東京地方裁判所・昭和25年4月14日・裁判所時報58号4号	脳溢血で全身不随の母(56歳)の求めに応じて、その息子が青酸カリを飲ませて殺害。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年、執行猶予2年	肉体的苦痛が存在しないときには、正当業務行為(刑法35条)、緊急避難(刑法37条1項)として正当化されることはない。
②	名古屋高等裁判所・昭和37年12月12日・高等裁判所刑事判例集15巻9号674頁	脳溢血で全身不随の父(52歳)に、その息子が有機燐殺虫剤を牛乳に入れて飲ませて殺害。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年、執行猶予3年	(1)-(6)の要件(図3-3参照)を満たせば安楽死は合法であるが、(5)の医師原則、(6)の方法の倫理性が欠如していたから違法である。
③	鹿児島地方裁判所・昭和50年10月1日・判例時報808号112頁	肺結核・自律神経失調症等を患い全身の疼痛に苦悶していた妻(50歳)に哀願され、夫がタオル、ロープを用いて絞殺。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年、執行猶予3年	病気は不治ではない、死期も切迫していない、医師の手によっていないなどのことから、「社会的相当性」を欠き、違法である。
④	神戸地方裁判所・和50年10月16日・判例時報808号112頁	高血圧で倒れ半身不随の母親(67歳)が発作に苦しむので、長男が、就寝中の母親を電気コタツのコードで絞殺。	殺人(刑法199条)・懲役3年、執行猶予4年	判例②の6要件、特に、死期の切迫、肉体的苦痛の激しさ、被殺者の嘱託のいずれも認められない。
⑤	大阪地方裁判所・昭和52年11月30日・判例時報879号158頁	末期胃がんで入院中の妻(65歳)。医師はあと1週間くらいだから我慢するようにという。自殺を図った妻の依頼に応じて刺身包丁で刺殺。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年、執行猶予2年	判例②の(5)医師要件、(6)の殺害方法の倫理性の要件を満たさず適法な安楽死ということとはできない。
⑥	高知地方裁判所・平成2年9月17日・判例時報1363号160頁	骨髄肉腫の妻(年齢は明らかでない)がカミソリ自殺を図りしたが死にきれず、その依頼に応じて、夫が絞殺。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役3年、執行猶予1年	判例②の6要件を繰り返し、(5)医師要件、(6)の殺害方法の倫理性の要件を満たさない以上、「社会的相当行為」として合法的な安楽死とはいえないとする。
⑦	横浜地方裁判所・平成7年3月28日・判例時報1530号28頁(東海大学病院事件)	多発性骨髄腫で末期状態の患者(58歳)に、担当医が、その妻・長男の求めに応じ、「ワソラン」、次いで「KCL」を注射し、心停止により死亡させた。	殺人(刑法199条)・懲役2年、執行猶予2年	「積極的安楽死」の要件として新たに[1]-[4]の要件を示し、ivの患者の明示の意思表示がないこと、意識不明での患者にはiの肉体的苦痛が存在しない、として、医師の行為は違法であるとする。図3-2も参照。「間接的安楽死」「治療行為の中止」の適法要件についても判断。図3-4参照。
⑧	横浜地方裁判所・平成17年2月14日・判例集未登載(相模原事件。本章冒頭で引用した判例)	自宅療養中のALS患者(40歳)の承諾を得て、その母親が人工呼吸器のスイッチを切り、窒息死させた。	嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役3年、執行猶予5年	患者の承諾・依頼が本当にあったのが争点となったが、安楽死として合法だという主張はなされなかった。
⑨	横浜地方裁判所・平成17年3月25日・判例時報1909号130頁=判例タイムズ1185号114頁(川崎協同病院事件)	医師が、気管支喘息の重積発作により低酸素性脳損傷となった患者(58歳)から、気管内チューブを抜管し、情を知らない看護婦に、筋弛緩剤を静脈注射させて窒息死させた。	殺人(刑法199条)・懲役3年、執行猶予5年	判例⑦を引用し、患者の病状は回復不可能で死期が切迫している(要件(i))とはいえ、患者本人に治療中止の意思があった(要件(ii))と認めることもできないから、抜管は違法な「治療行為の中止」であるとして、これと違法な「積極的安楽死」である筋弛緩剤注射とを合わせて殺人行為であるとした。

東海大学病院事件横浜地方裁判所判決： 「間接的安楽死」「治療行為の中止」

間接的安楽死、治療行為の中止の適法要件 横浜地方裁判所判例(東海大学病院事件)		
	具体的に行われた行為	適法要件と判断
<p>間接的安楽死</p> <p>死期の迫った患者がなお激しい肉体的苦痛に苦しむとき、その苦痛の除去・緩和を目的とした行為を、副次的効果として生命を短縮する可能性があるにもかかわらず行うという場合</p>	<p>ホリゾン(呼吸抑制の副作用がある鎮静剤)、セレネース(呼吸抑制の副作用のある抗精神病薬)の注射</p>	<p>①患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること ②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること ③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと ④患者の意思の存在。治療行為中止の要件の(ii)と同じ。----- 家族の要請は、正しく患者の意思を推定してなされたものではないから、④の要件を欠くことになり、違法</p>
<p>治療行為の中止</p> <p>治癒不可能な病気におかされた患者が回復の見込みがなく、治療を続けても迫っている死を避けられないとき、意味のない延命治療を中止すること。無駄な延命治療を打ち切って自然な死を迎えることを望むいわゆる尊厳死の問題でもある</p>	<p>点滴(生理食塩水に抗生物質等が加えられた持続的点滴)、フォーリーカテーテル(排尿のため尿道に留置されていたもの)の取り外し、エアウェイ(舌根沈下を防止し、呼吸を確保するために装着されていたもの)の除去</p>	<p>(i) 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 (ii) 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。患者の明確な意思表示が存在しないときには、リビング・ウィルなどによって患者の推定的意思によることもできる。家族の意思表示から患者の意思を推定することも許される (iii) すべての医療措置が、治療行為の中止の対象となる。どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。----- 家族の要請は、正しく患者の意思を推定してなされたものではないから、(ii)の要件を欠くことになり、違法</p>

Ⅱ 基本的視点

- 経済的観点からの治療の差し控え、中止を肯定すべきではない。
- 病者の最善の利益 (best interest) という判断から、生命の短縮を招く医療の差し控え・中止が許されることはある。
- 病者の最善の利益は、医療的パターンリズムによってではなく、その本人の主観的判断を基礎において決定される。

「無益な医療」をめぐる議論

- エンギッシュ(1948年)
- 日本学会報告書(1994年)
- 横浜地方裁判所2判決(1995年、2005年)
- 日本医師会報告書(2006年)
- 「金の切れ目が命の切れ目」になることを認めることはできない。

Karl Engisch (1948)

- 「生きる価値のない生命の抹殺」について
- 医師は患者を保護する者であり、社会的淘汰の手先になってはならない。
- 人間の生命の保護が社会の経済状態との関係で相対化されることはグロテスクである。

日本学術会議・死と医療特別委員会報告 「尊厳死について」(平成6年5月26日)

- 尊厳死を認める根拠としては、しばしば、①近親者の物心両面にわたる過大な負担の軽減、②国民全体の医療経済上の効率性、③患者本人の意思の尊重などが挙げられている。これらのうち、①は確かに深刻な問題を含んでいるが、近親者の負担は何も末期状態の患者に特有の問題ではなく、また、これに力点を置けば、近親者の「都合」で、あるいは近親者の利益のために患者の生命を短縮することを正当化することになるところから、近親者の負担の軽減を直接の目的とする延命医療の中止を肯定することは、倫理的のみならず法的にも妥当でない。次に、②については、無益かつ高額な延命医療が実施されている実態のあることは明らかであり、この現状を改善する必要があることは無論であるが、それはあくまでも診療報酬請求ないし給付の適正化の問題であって、経済効率の観点から人の生死を左右せしめることは、倫理的及び宗教的に許されるものではない。
- ……そもそも、医療は患者本人の利益のために実施されるべきものである以上、尊厳死の問題は過剰な延命医療が患者にどのような弊害ないし不利益をもたらしているかという観点から解決すべきである。

横浜地裁：治療義務の限界としての「無益な医療」

- **東海大学病院安楽死判決**：一般論として末期患者に対する治療行為の中止の許容性について考えると、治癒不可能な病気におかされた患者が回復の見込みがなく、治療を続けても迫っている死を避けられないとき、なお延命のための治療を続けなければならないか、あるいは意味のない延命治療を中止することが許されるか、というのが治療行為の中止の問題であり、**無駄な延命治療を打ち切って自然な死を迎える**ことを望むいわゆる尊厳死の問題でもある。
- **川崎協同病院事件判決**：治療義務の限界については、医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況に至れば、患者が望んでいる場合であっても、それが**医学的にみて有害あるいは意味がない**と判断される治療については、医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはないというべきであり、この場合にもその限度での治療の中止が許容されることになる（実際には、医師が、患者や家族の納得などのためそのような治療を続ける場合もあり得るがそれは法的義務ではないというべきである。）。なお、この際の医師の判断はあくまでも医学的な治療の有効性等に限られるべきである。

日本医師会・第Ⅸ次生命倫理懇談会「ふたたび終末期医療についての報告」（平成18年2月）

- 現在、医療経済の立場から人の終末期医療を論じようとする動きもあるが、終末期を迎えた人の死をいかなる美辞麗句を用いても、その根底に「姥捨て山」のような発想の片鱗が伏在していれば、生命の尊厳を冒すものとして弾劾されるべきである。
- 終末期医療はその患者にとってかけがえのない最後の貴重な局面である。終末期医療を医療費適正化の対象にする議論は医療倫理に悖るものであり、最善の終末期医療は如何にあるべきかの議論とはかけ離れている。最近の終末期医療の議論においては、患者の自己決定権をめぐる、延命至上主義的な医療を廃し、患者のQOLに重点をおく主張が多い。今日、患者の自律性を尊重し、残された生命の質を大事にすることについて異論を唱えるものはいないが、ややもすると医療の現場や医学的判断の視点が薄れ、生命倫理についての議論が医療現場から乖離しがちである。終末期医療に限らず、患者が生命予後について極めて厳しい事態に置かれたとき、医師はその患者にとっての医学・医療的最善、即ちその時点での医学・医療レベルに照らして最善の判断と技量を、可能な限り提供しようと努力するという前提がなければ、生命倫理的思量はその意義を失うであろう。

生命の神聖さ(SOL)と生命の質QOL

- 延命主義は正しい。しかし、延命至上主義も正しいか。

ヒポクラテスの誓い

- 16世紀以来の医学教育で採用。以下は、小川鼎三訳。
- 医神アポロン、アスクレピオス、ヒギエイア、パナケイアおよびすべての男神と女神に誓う、私の能力と判断にしたがってこの誓いと約束を守ることを。……私は能力と判断の限り患者に利益すると思う養生法をとり、悪くて有害と知る方法を決してとらない。頼まれても死に導くような薬を与えない。それを覚らせることもしない。同様に婦人を流産に導く道具を与えない。純粹と神聖をもってわが生涯を貫き、わが術を行う。……医に関する否とにかかわらず他人の生活について秘密を守る。この誓いを守りつづける限り、私は、いつも医術の実施を楽しみつつ生きてすべての人から尊敬されるであろう。もしこの誓いを破るならばその反対の運命をたまわりたい。

Glanville Williams (1911-)

- The Sanctity of Life and the Criminal Law 281-282 (1957)
- On any rationally acceptable philosophy there is no ethical value in living any sort of life: **the only life that is worth living is the good life.**



ICの倫理的意味

- 伝統的IC論、自律権論：“本人が決定することに価値がある。決定の内容・価値には依存しない”
- 新しい自律権論：“本人のbest interestはその主観的評価を抜きにしては考えられない。本人の自己決定はそれを決定するための手段である”
- QOLとICとの調和

終末期、生命の尊重、生命の質

- 治療行為の中止が許されうるのは「終末期」であるという前提。
- 終末期は(予想される)死期との時間的間隔で決定されるべき概念。
- 残された生命の質によって終末期の概念は変動するか。

医療の中止が許される終末期

- 横浜地裁2判決は終末期であることを必要とする。

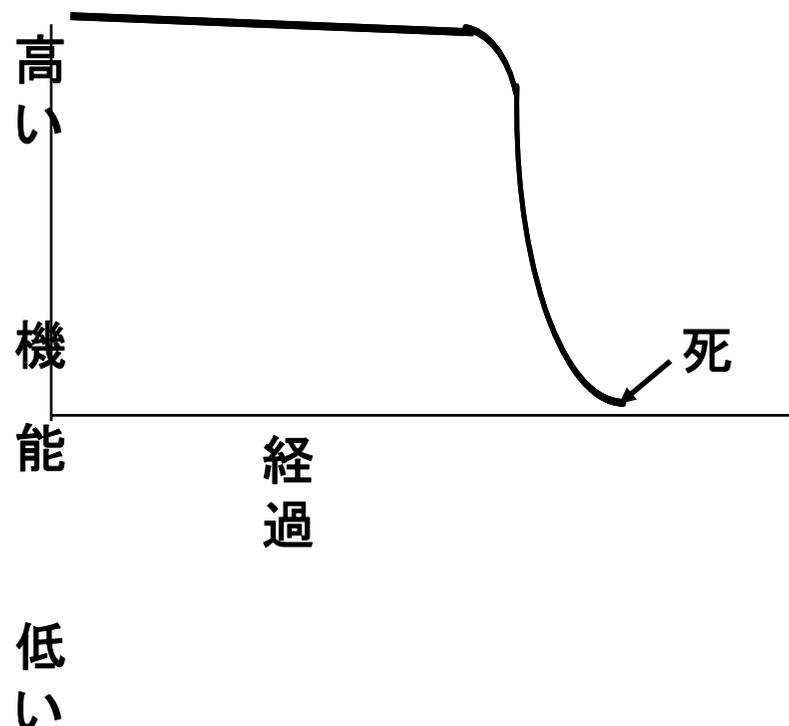
横浜地判平成17年3月25日判タ1185号114頁「疑わしきは生命の利益に」

- 「回復不能でその死期が切迫していること」: 医学的に行うべき治療や検査等を尽くし、他の医師の意見等も徴して確定的な診断がなされるべきであって、あくまでも「疑わしきは生命の利益に」という原則の下に慎重な判断が下されなければならない。……Y鑑定等によれば、被害者の余命は、〔1〕昏睡が脱却できない場合(およそ50パーセント程度の確率)、短くて約1週間、長くて約3か月程度、〔2〕昏睡から脱却して植物状態(完全に自己と周囲についての認識を喪失すること)が持続する場合(同40パーセント)、最大数年、〔3〕昏睡・植物状態から脱却できた場合(同10パーセント程度)、介護の継続性及びその程度により生存年数は異なるとされていること、当時本件病院の同僚医師であったC及びWも、被害者については、入院2週間しか経過しておらず、未だ回復を待つべき段階にあった旨供述していること(C60頁、W31頁)などに照らせば、被害者に対しては、まずは昏睡から脱却することを目標に最善を尽くし、昏睡から脱却した場合にはさらに植物状態から脱却することを目標に最善を尽くして治療を続けるべきであったというべきであって、到底、前述の「回復不可能で死期が切迫している場合」に当たると解することはできない。
- 「患者本人の真意の探求」: 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。

終末期の類型の問題

- 安楽死状況（高瀬舟、癌末期）、尊厳死状況（植物状態）
- 終末期の諸類型を考える意味
- 死期の予測
- 病者の自己決定能力の変化
- QOLの状況

一般的な終末期のイメージ: がん等

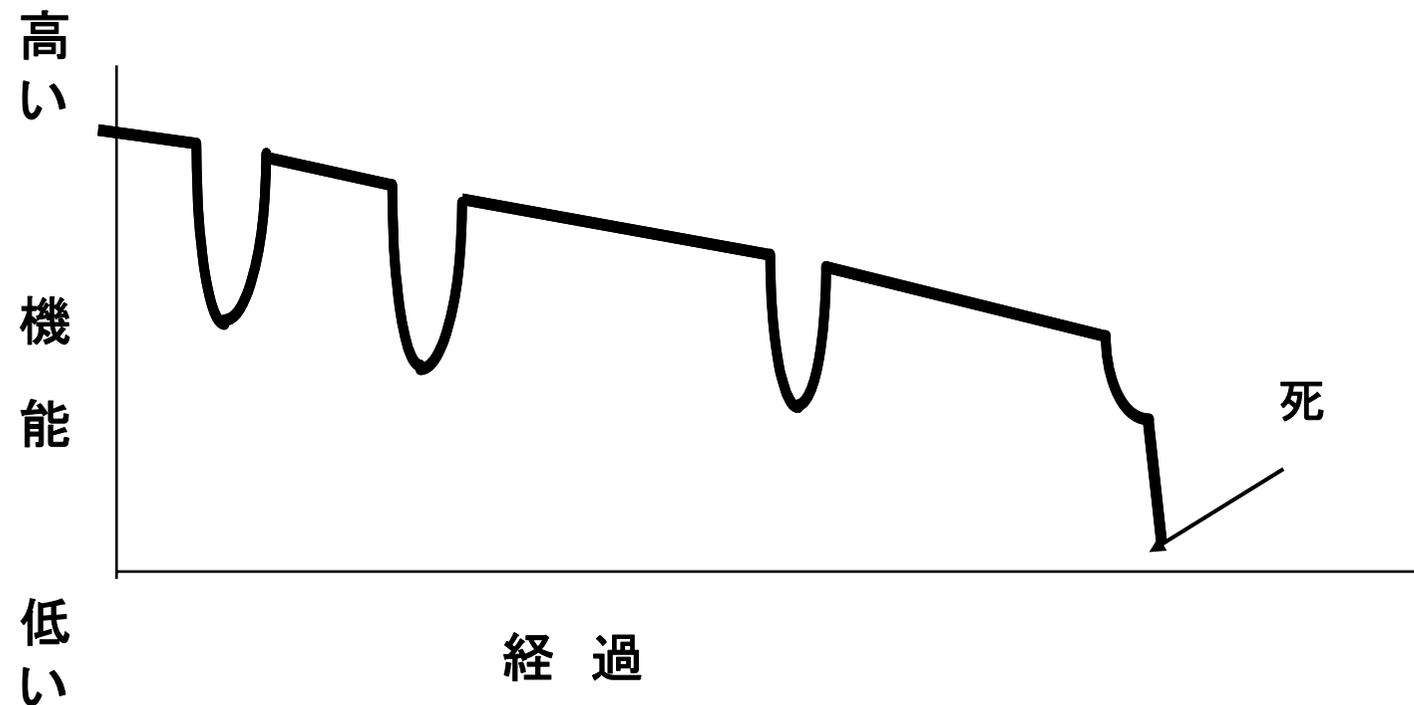


池上直己「終末期の多様性と終末期医療ガイドライン」より

出典: Lynn and Adamson, "Living Well at the End of Life," WP-137, CA: Rand Corporation, 2003

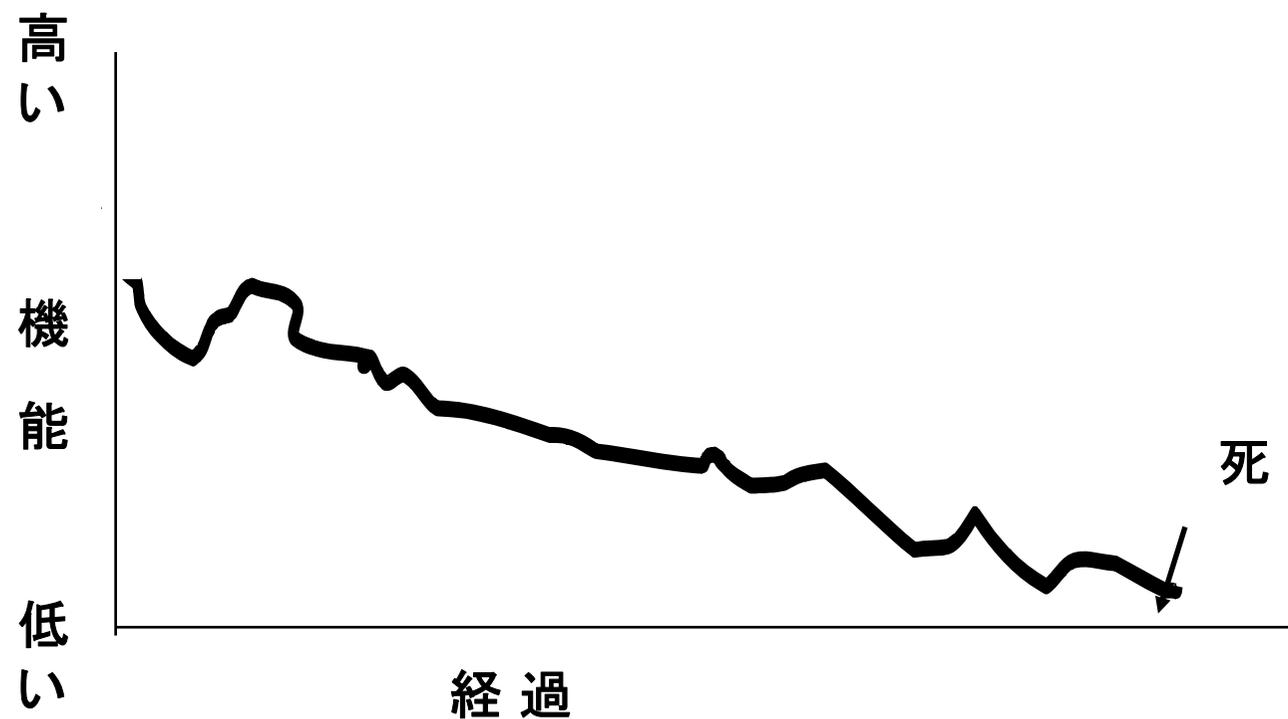
徐々に重症化しながら死亡：肺疾患等

池上直己「終末期の多様性と終末期医療ガイドライン」より



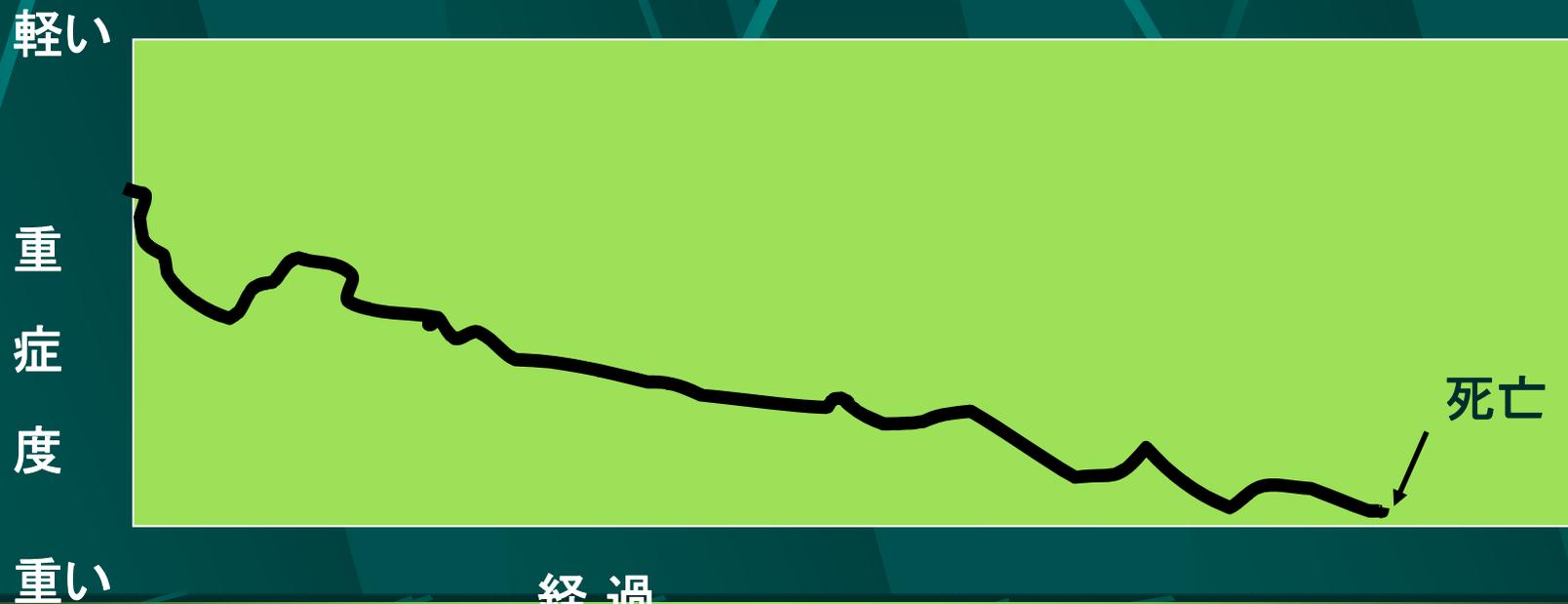
長い期間にわたり徐々に低下：認知症等

池上直己「終末期の多様性と終末期医療ガイドライン」より



①慢性期死亡類型

- 慢性疾患が緩徐に進行し、終末期を経て死に至る。
- 悪性腫瘍、ALSなどの神経難病、代謝性疾患などが該当する。



米村滋人 「『終末期』概念の意義と限界」より

②急性期死亡類型

- 短時間で発症・進行し、急速に終末期を迎え死に至る類型。（突然死は含まない）
- くも膜下出血(SAH)などの重症脳血管障害、重症の誤嚥性肺炎などが該当する。
（多くは3次救急医療の守備範囲）



③急性期・慢性期反復類型

- 慢性的な臓器機能の低下に急性期合併症が加わる事象を反復する。通常、急性期合併症の1つが致命的。
- 特発性間質性肺炎、COPD(慢性閉塞性肺疾患)などの慢性呼吸器疾患、慢性心不全などが該当する。



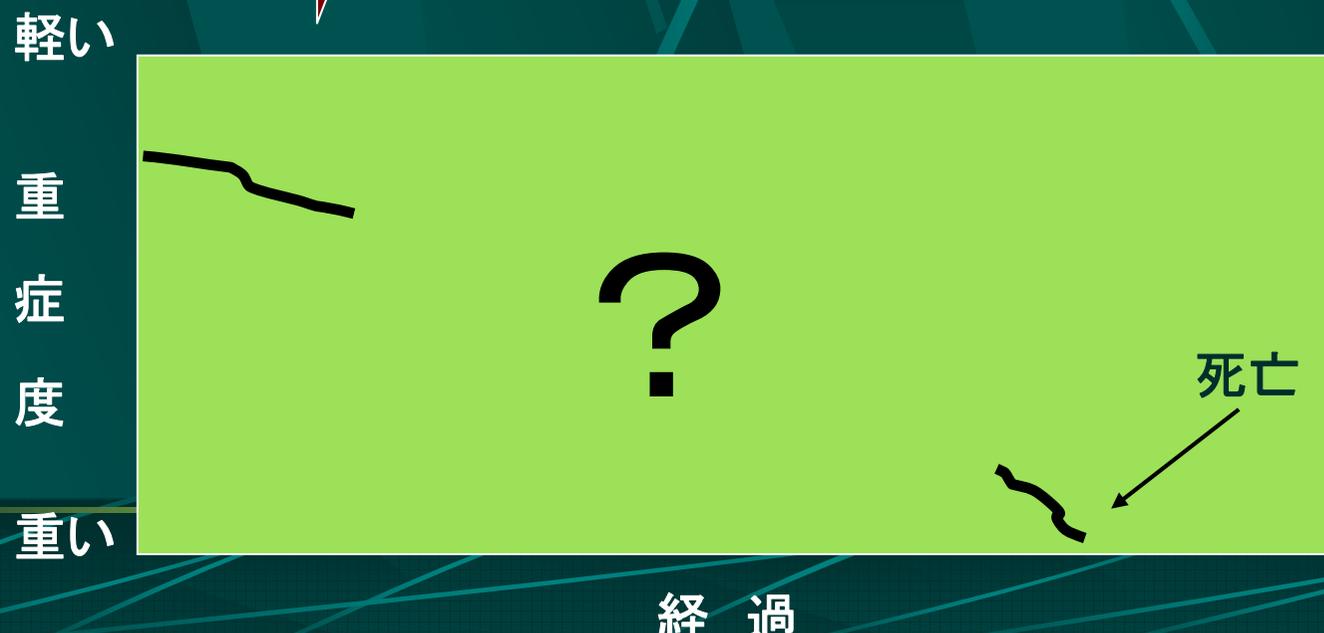
④原因不明類型

次の2つの類型がある。

- 諸検査によっても原因が判明しない場合
- 原因検索を含めて多くの医療行為が拒否・懈怠されている場合



後者は現実にかかなりの頻度で存在。



Ⅲ 患者が望む医療と医療の中止

- 「終末期」において、患者が望まない医療を中止しうる。
- 意識調査では、国民が何を望んでいるかはある程度分かるが、当該患者については分からないことが多い。
- 決定手続の適正化： ①Second Opinion、②Visibility

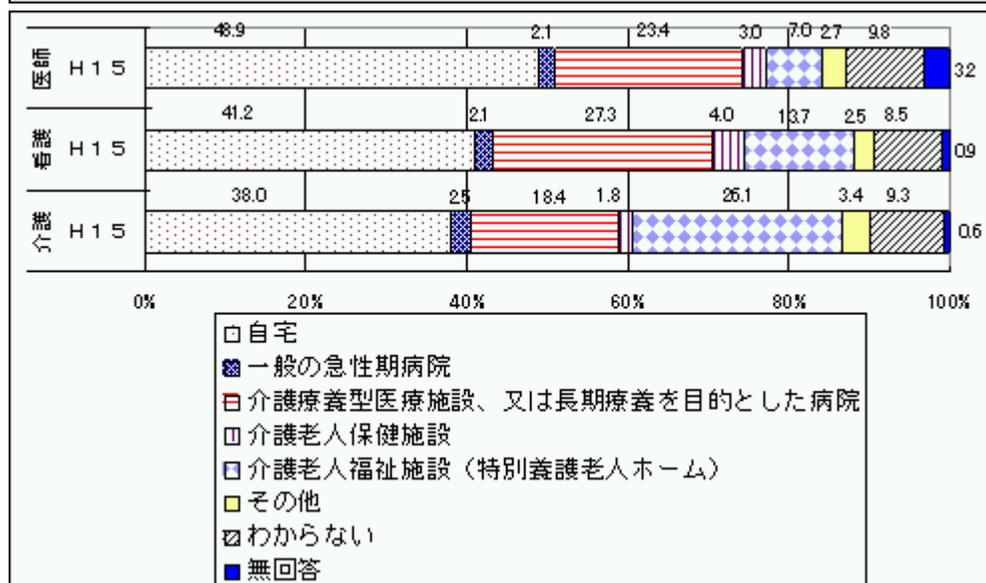
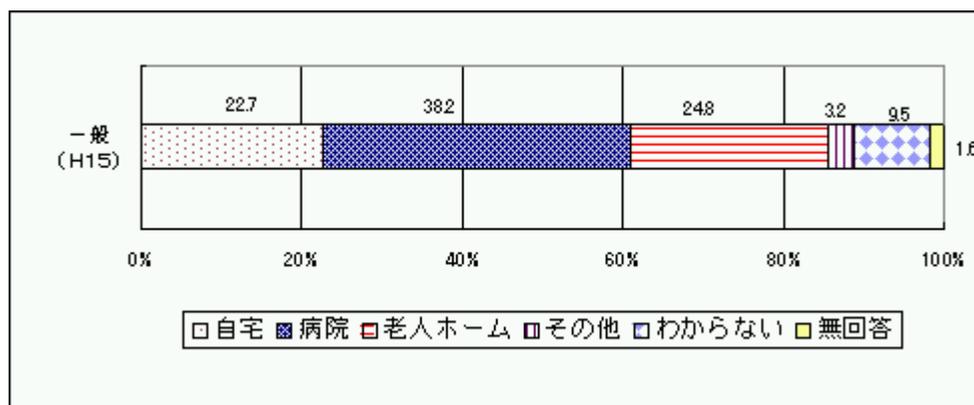
「終末期医療に関する調査等検討会」報告書における
終末期に中止してよい・中止すべきでない医療

- 最後の療養場所
- Ordinary/Extra-ordinary Treatment
- 続けられるべき医療についての医療関係者の意識

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、**どこで最期まで療養したいですか。**(○は1つ)

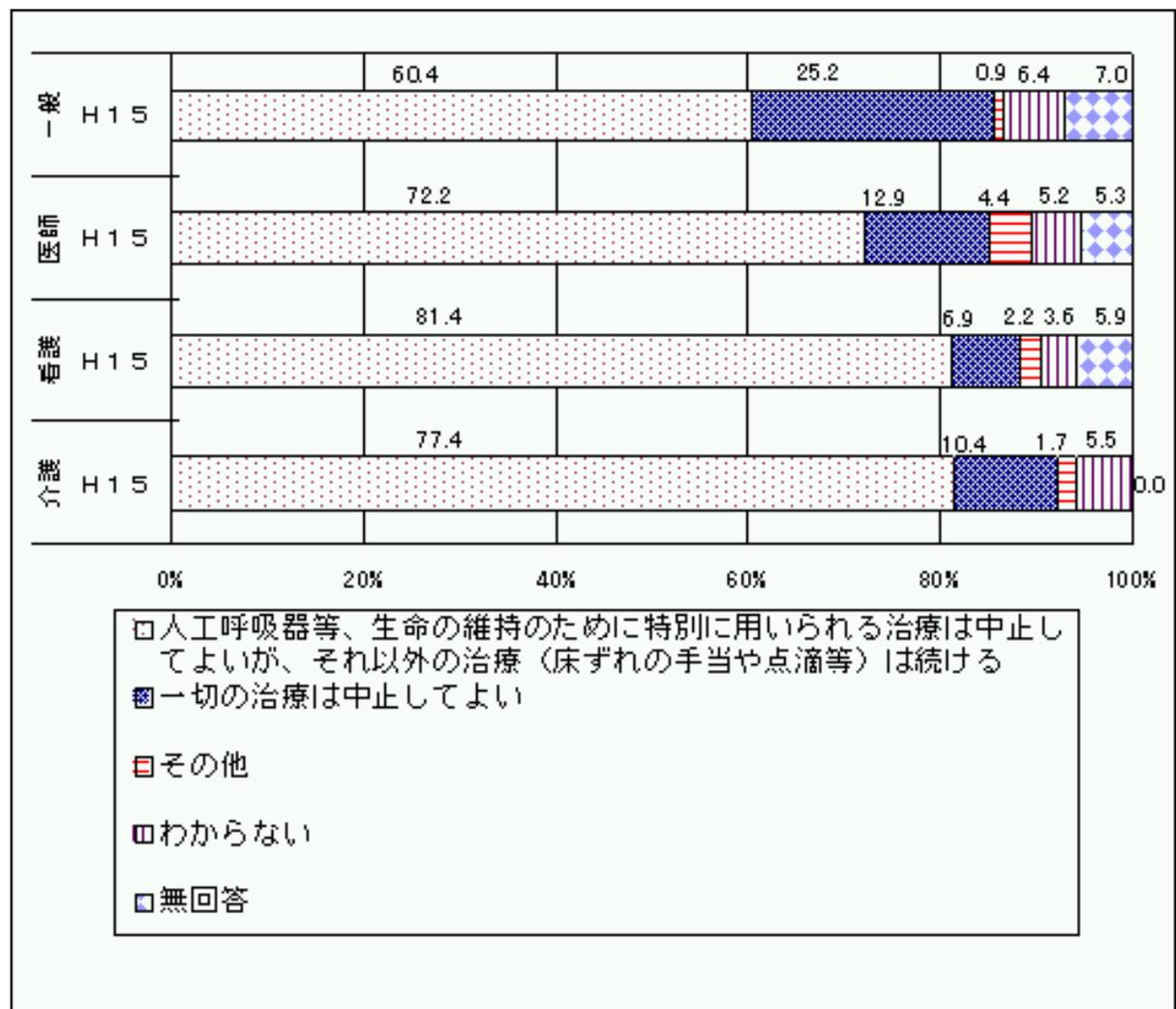
高齢になった場合の終末期を自宅で療養したいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えたい」(般62%、医66%、看65%、介70%)、「最期まで好きなように過ごしたい」(般47%、医57%、看66%、介61%)、「家族との時間を多くしたい」

(般43%、医55%、看58%、介56%)をあげる者が多い。



(自分の患者または家族が、持続的植物状態で治る見込みがないと診断された場合、単なる延命医療は「やめたほうがよい」「やめるべきである」と回答した者に対する質問)

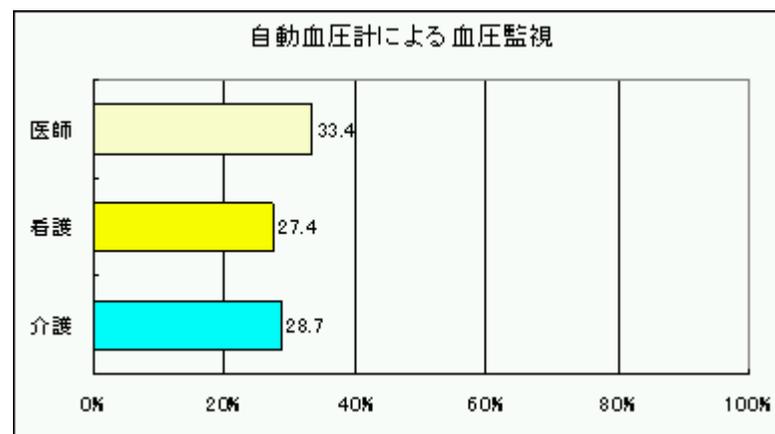
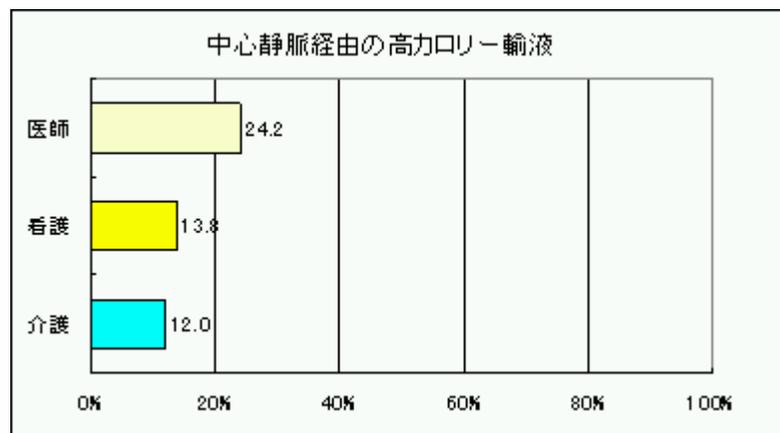
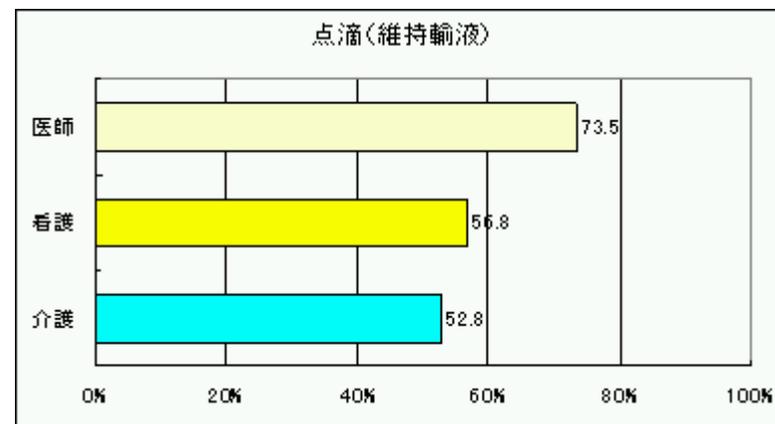
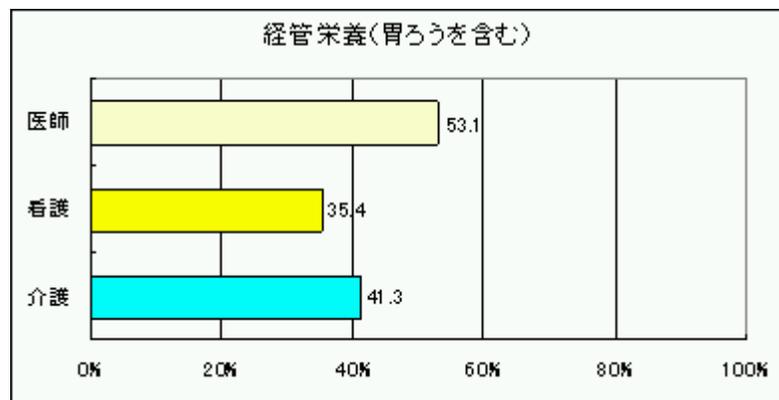
単なる延命医療を中止するとき、**具体的にはどのような治療を中止することが考えられますか。**



(「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療(床ずれの手当や点滴等)は続ける」と回答した者に対する質問)

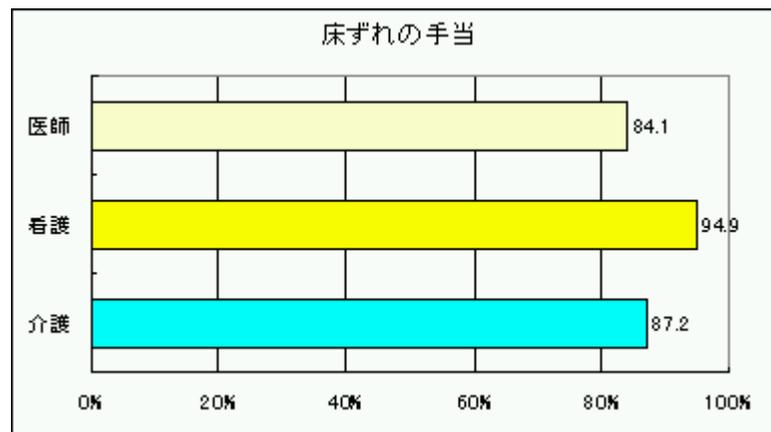
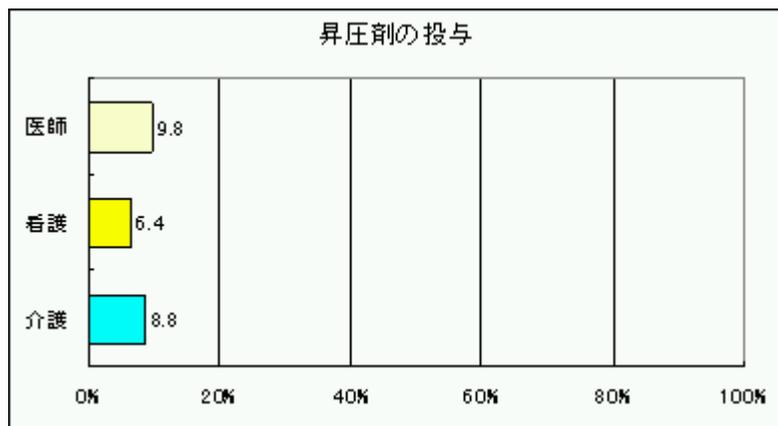
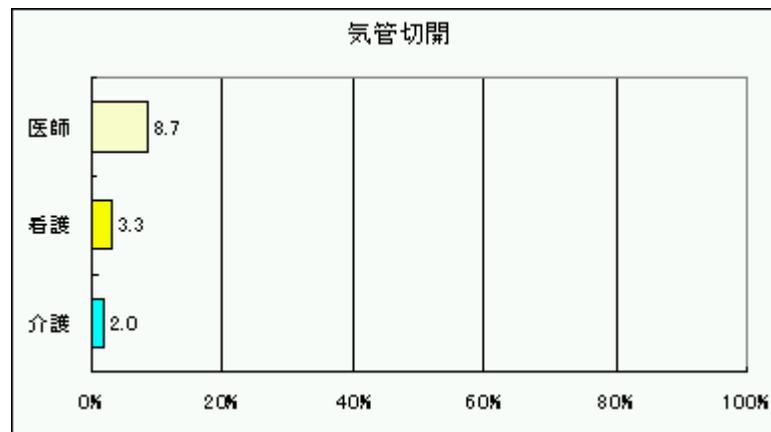
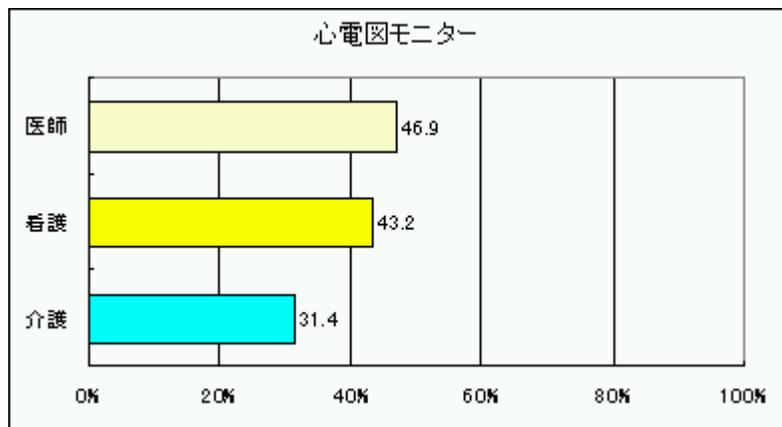
続ける必要があるとお考えになる医療はどれですか。あなたのお考えに近いものを

お選びください。(〇はいくつでも)



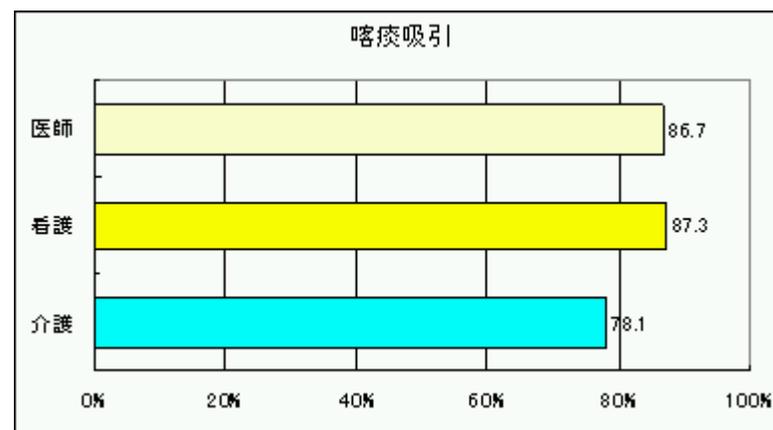
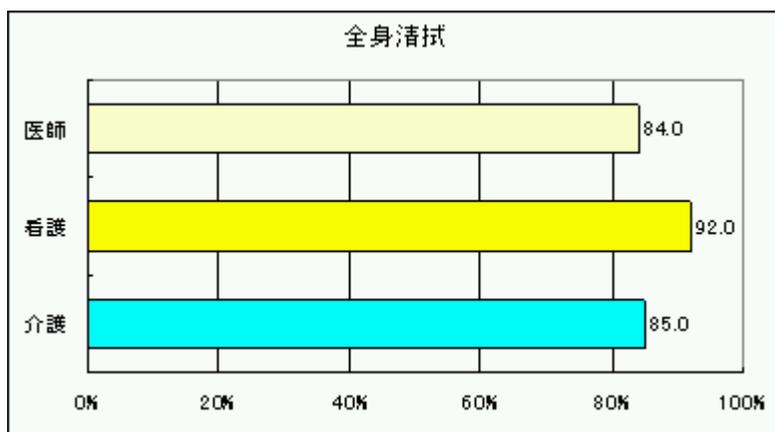
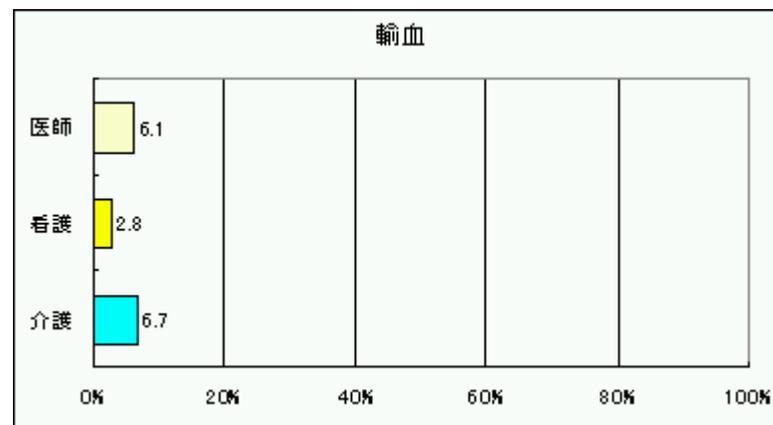
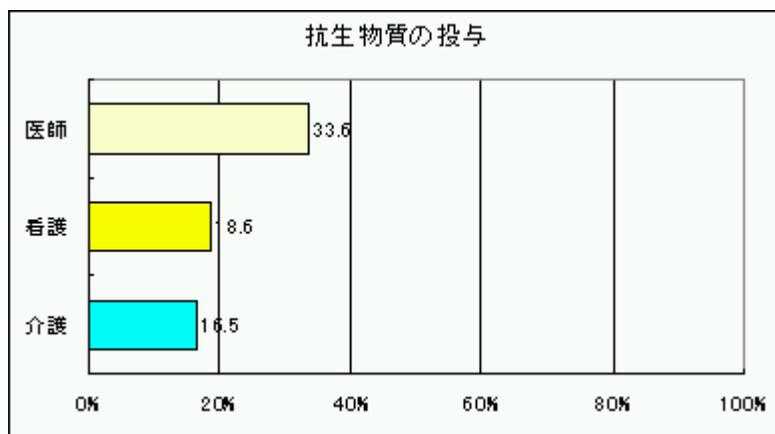
(「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療(床ずれの手当や点滴等)は続ける」と回答した者に対する質問)

続ける必要があるとお考えになる医療はどれですか。〈続き〉



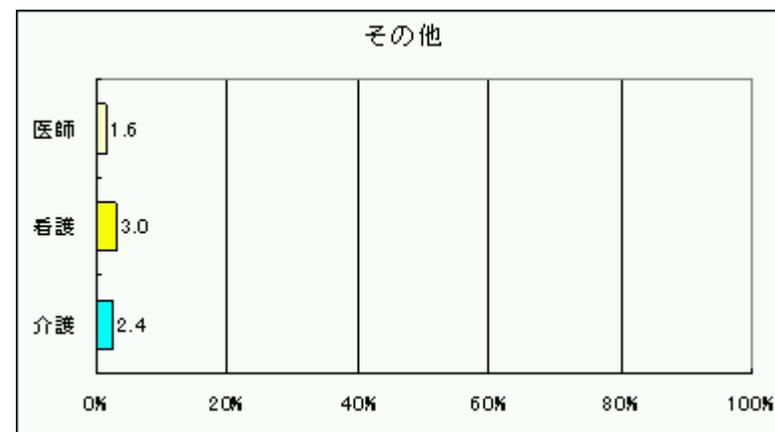
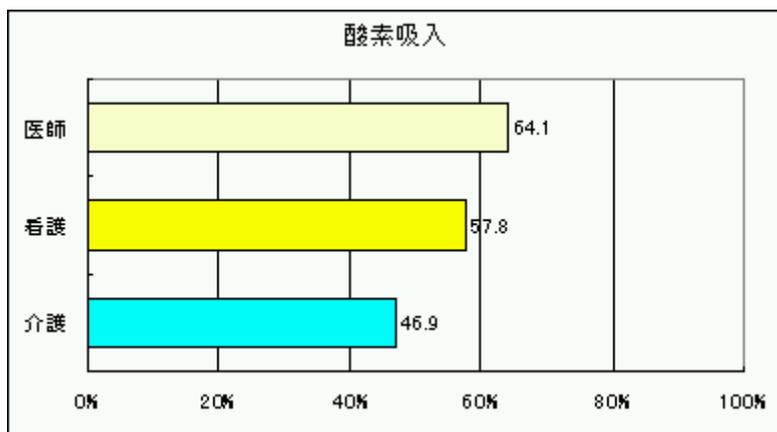
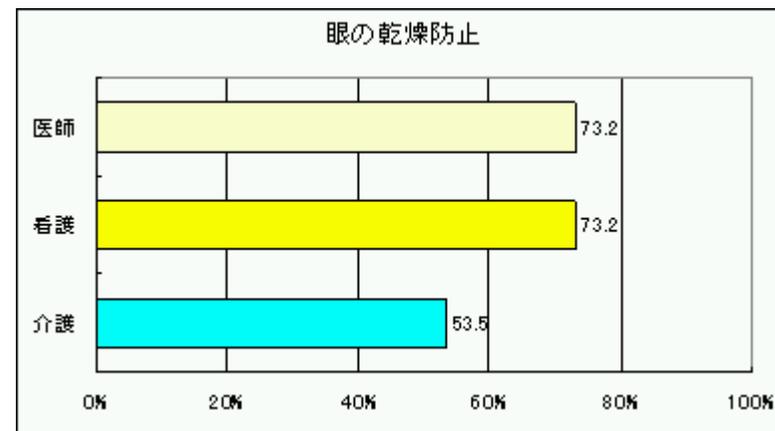
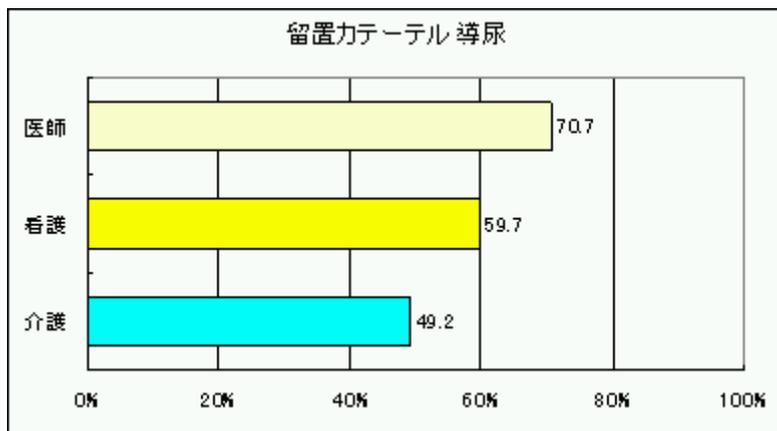
(「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療(床ずれの手当や点滴等)は続ける」と回答した者に対する質問)

続ける必要があるとお考えになる医療はどれですか。〈続き2〉



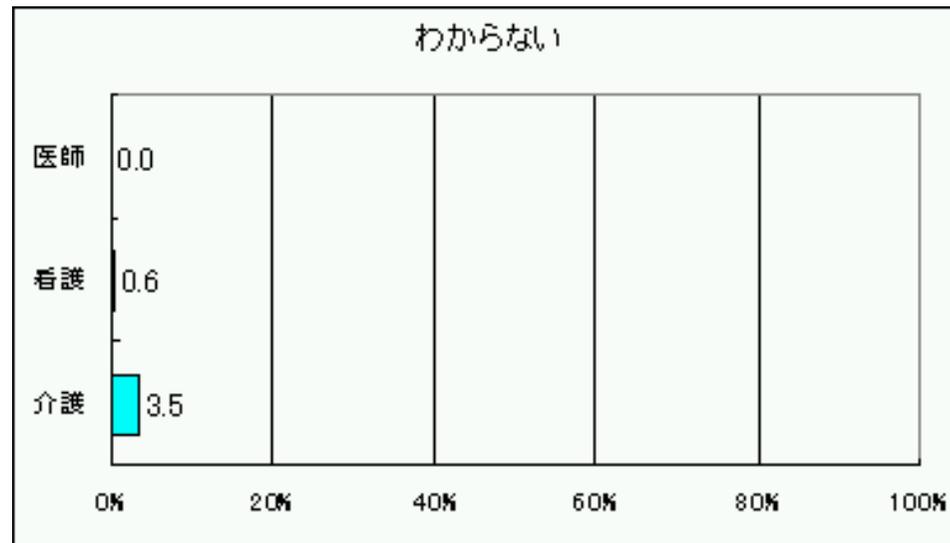
(「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療(床ずれの手当や点滴等)は続ける」と回答した者に対する質問)

続ける必要があるとお考えになる医療はどれですか。〈続き3〉



(「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療(床ずれの手当や点滴等)は続ける」と回答した者に対する質問)

続ける必要があるとお考えになる医療はどれですか。〈続き4〉



患者の意思に基づいた医療の決定

- 客観的テストと主観的テスト
- 判断の手続
- 厚労省「たたき台」もついて

コンロイ事件 (ニュージャージー最高裁判決)

- 客観的テスト (Quinlan, 1975)
- 主観的テスト (Saikewicz, 1976)
- In the Matter of Conroy, 98 N.J. 321, 486 A.2d 1209 (1985): 主観的テスト、制限的客観的テスト、客観的テスト。それぞれの働く場面。

終末期医療に関するガイドライン(たたき台)

1 終末期医療及びケアのあり方

- ① 終末期における医療内容の開始、変更、中止等は、医学的妥当性と適切性を基に患者の意思決定を踏まえて、多専門職種¹の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって慎重に判断すべきである。
- ② 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、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。
- ③ どのような場合であっても、「積極的安楽死」や自殺幫助等の死を目的とした行為は医療としては認められない。

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上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¹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、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。

(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 家族等の話等から患者の意思が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 患者の意思が推定できない場合には、家族等の助言を参考にして、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 家族や家族に準ずる者がいない場合、家族等が判断を示さない場合、家族等の中で意見がまとまらない場合等には、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) 多専門職種からなる委員会の設置

上記(1)、(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

等については、医療・ケアチームと同様の複数の専門職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・助言を行うことが必要である。

たたき台の基本構造

患者の意思確認→可能→医療・ケアチームによる決定

患者の意思確認→不可能→家族の意思による患者の推定的
意思確認→可能→医療・ケアチームによる決定

患者の意思確認→不可能→家族の意思による患者の推定的
意思確認→不可能→家族等の助言による最善の利益→医
療・ケアチームによる決定

患者の意思確認→不可能→家族の意思による患者の推定的
意思確認→不可能→家族等の助言なし・不可能→最善の
利益→医療・ケアチームによる決定

医療・ケアチームによる決定不可能→多専門職種からなる委
員会による決定

患者の意思→家族による推定的意思の認定→最善の利益→
「ピア・レビュー」委員会による決定

実体と手続

- 患者のBest Interestの不明確さ
- 手続による可視化
- 実体要件の可能な限りの明確化
- 終末期、中断しうる医療、QOL

ご静聴有り難うございました。