

## 選択的治療停止と終末期医療

廣瀬政雄\*

(キーワード：生命倫理，選択的治療停止，終末期医療，指針)

### 緒言

末期がん患者，高齢者あるいは重症障害新生児や回復が見込めない重病の小児における治療と延命措置のありかたについて，家族や医師らは重い決断を迫られる。現状，回復の見込みがない患者や子どもへの延命措置をどこまで行なうか，医療機関の対応は分かれている。院内指針あるいは病院の倫理委員会を設置して患者の利益を最優先に，家族と医師，看護師，臨床心理士ら多くの職種のスタッフが取り組む施設が現れている。米国やカナダなどでも，小児科学会が，延命治療の中止の際は，医療者や家族が協力して意思決定する，との指針を定めている。しかし，同じ病気でも，患者によりあるいは病院によって治療方針が異なるということが問題とする指摘がある。著者は小児医療，特に新生児医療と終末期のがん患者の医療において，延命措置の適応が問題となる症例を経験した。本編では，その時々で行なった医療上の判断が正しかったのか否かについて，現在の指針に照らして振り返り，今後の選択的治療停止と終末期医療のありかたについて考えてみたい。

### 日本人の生命観

日本人の生命観は，原始時代，縄文時代および弥生時代を通じて，自然信仰として“自然とともにある”生命観を有していたといわれている。また，奈良時代には仏教の伝来により“万物の平等”の価値観を取り入れている。武士の時代には“社会秩序の維持”が個人の上位概念となるよう儒教的生命観が主流となった。その結果，日本人は生命体を一体としてとらえる傾向が強いといわれている。太平洋戦争の敗戦により，命と平和の尊さを実感した。

欧米では原始時代には自然信仰であったが，キリスト教信仰の拡大により，“神の存在を認め，万物の平等を信じ，肉体は聖霊を宿す入れ物にとらえる”生命観が主流となった。生命体に対しても，客観的かつ分析的なとらえ方をする傾向が強いといわれている。

### 疾病の人類史

人類は過去に，狩猟採集漁撈時代，農耕牧畜時代および工業時代を経験した。現在，わが国や欧米先進諸国は脱工業時代に生きている。約1万年前までの狩猟採集漁撈時代には周産期胎児と新生児の多くが死亡していた。1万年前から1800年頃までの農耕牧畜時代には人が集団生活を営むようになり，腸炎や肺炎などの各種感染症の流行と寄生虫感染が主な疾病であった。1800年から1950年頃の工業社会においては，都市の居住と貧富の差による栄養失調，結核，性病および職業病が問題であった。1950年以後の現代は，3大死因である癌，心臓病，脳卒中のほか，交通事故，生活習慣病，老人の疾患および自殺を含む精神保健疾患が健康上の問題となっている。

わが国の人口統計をみると，妊産婦死亡率は1950年の出産10万につき161.2であったものが，2008年には4.3にまで減少した。新生児死亡率は1965年には出生1000人当たり11.7人であったものが徐々に減少し，1980年4.9人，1985年3.04人，1990年2.6人，1995年2.2人，2005年には1.4人と急速に減少した(1)。1970年代から新生児医療が急速に発展し，従来の医療レベルでは死亡していた新生児が救命されるようになった。平均寿命の伸びは1947年には男性が50.06，女性が53.96であったものが，2007年には男性が79.00歳，女性が85.81歳と急速な伸びを示

\*鳴門教育大学生活・健康系コース（保健体育）

した。

## 子殺しの歴史

人類史には、幼児殺し・遺棄を行なってきたことが知られている。障害児を取替え子（仮の子）として、本来生まれるべき子どもの代わりに生まれてきたもので、殺すことにより本来の子どもを取り返すとする習慣もあったという。また、女兒という理由で長老の判断により幼児殺し（いけにえも含む）が行なわれたこともあったという。ほかに、子どもが多いとき、非嫡出子・私生児、経済的理由（治療費）、社会的慣習や圧力により子殺しが行なわれてきた。これらは時代の進展とともに野蛮な行ないとしての考えや法律の整備により消滅した。現代には慣習化された子殺しはもはや存在しないが、虐待およびその極端な形態の虐待死が多発しており、形を変えた子殺しとなっている。

## 生命倫理の概念の発生

ヘルシンキ宣言は第2次世界大戦中のナチの行なった人体実験の反省に立って1964年に宣言されたもので、人を対象とする研究への参加応募者には研究の必要性、目的、利益およびリスクなどに関して適切な情報を与えた上で、本人の自由意志で参加することを確認したインフォームドコンセントを取得することが必要とした。1968年の世界医師会ジュネーブ宣言において、「人間をその胎児の時期から尊重し、いかなる迫害があろうとも、自分の医学上の知識を人間性に反する目的のためには用いない」との宣言が採択され、1970年の世界医師会オスロ宣言では、「母親と胎児の対立に対する対応の多様性は生まれてくる子どもの生命に対する対応の多様性に起因している。そしてこれは個人の信念と良心の問題であり、この事実は尊重されなければならない。」との文言が追加された。ピーチャムとチルドレスは1979年に発表された「生命医学倫理原則」のなかで、「倫理学とは道徳的生き方を理解し、実施するための包括的概念で、その内容は人権もしくは全なる行為の規範を示し、人々が何を信じ、いかに行動するかを記述することである、さらに倫理の概念と方法論を解析することも含む」とし、生命倫理4原則として個人の自律の尊重、仁恵、被害防止および正義を示した(2)。

1984年に出版された障害新生児の生命倫理には、現在の選択的治療停止に至る米国の医療と法律およびその歴史からみた苦悩が描かれている(3)。それを要約すると、以下のようにまとめられる。

「アンソニー・ショウ、レイモンド・ダフ、キャンベルの3人はNew England Journal of Medicineに発表した1973年の論文において、1970年1月から1972年6月の30ヶ月の間にエール大学で生まれた1615人と外部から受け入れた556人のうち299名が死亡、内43名が重症障害、染色体トリソミー、心肺異常、中枢神経系の異常、消化管短縮症などにより治療を停止した。新生児集中治療室で行なわれる生と死の決断はエール大学の新生児選択的治療停止基準に基づいたものであるが、重症新生児では選択的治療停止に同意することがあるとした。その理由として、病気中心の医療を行なえば患者に対する攻撃となりうる。しかし、後遺障害を持って生きながらえた場合には意味のある人生となりえない。また、どんな病気の子どものも治療すべきであるが、人間中心の医療を行なう場合、生きることの質を重要視しなければならず、人格を持つ人として意味のある人生を生きることが出来る機能を有する見込みがないという理由により、あるいは人間らしさの表現に見合うだけの発達可能性がなければ、治療停止を認める場合があるとした。その後、無脳症、トリソミー18、トリソミー13、絶望的なケースを選択的治療停止の適応ケースとした。治療可能性の判断が治療継続の決定に際して重要と述べた。

これに対して、エバレット・クープは、治療停止は幼児殺しと同義で、これを許すなら、幼児期を過ぎた子どもや成人期に重度の障害を持った人に対しても治療を停止することも可能になる。医師の治療停止の決断には、親に重荷を負わせないために行なわれるのが主な目的となっているが、これを根拠とすることは十分ではない。根拠の中に社会経済的判断や結婚の安定度が含まれているとすれば、悲しむべき差別である、と述べて選択的治療停止に反対の立場を表明した。ジョン・フリーマンは医学的判断が常に正確ではなく生存し続ける場合もあり、治療停止は苦しみを確実に取り除くことが伴われなければならない。しかし、安楽死を考慮することは法律と倫理のジレンマに陥るので、これを避けるためには、すべての子どもに治療を行なうべきとの考えを表明した。

1971年にジョン・ローバーは軽症例と重症例をあげ、治療停止か治療継続かの臨床診断基準を提唱した。これは、治療を行なわない場合の責任が医師にかかってくるので、臨床基準に従うべきとの考えによるものであった。具体的には、治療を中止する場合はすべての医療行為に含まれるものを中止するべきとした。ザカリーは外科医

として、手術は子どもが将来正常に近い生活を送れるようにすることを目的としているので、重複障害児では手術しない場合がある。しかし、判断は外科手技に依存するとし、ノーマン・フォストは選択的治療停止の手順、機構を整備して基準を明確にし、医師や裁判所が基準をもとに両親の希望や自由裁量に踏み込むことができるか、あるいは子どもの生命を奪うことを望む親の権利の乱用に対して干渉しうるかが問われるとした。生命尊重主義もなんでも許容主義もともに否定する中庸の立場の確立を試み、治療停止が子どもにとって最も良い選択であるという根拠がある時に限られるとした。」

障害新生児に対する判断として、治療停止を許容あるいは反対するものと、治療停止の基準を設定あるいは治療手技に依存して判断するというものなどに大別される。しかし、この流れの中で誕生し、研究発展してきた西欧流生命倫理学はカントやミルなどのキリスト教啓蒙主義を基盤とした道徳哲学に基づいているので、これをそのまま取り入れるには日本社会に戸惑いや違和感が生じた。

2001年にWHOは「遺伝医学における倫理的諸問題の検討」を発表した。その中で「西欧の倫理学は権利と原則に基づいて成り立つが、東洋の倫理学はケアリングと人間関係が基本である。そして、どちらの方法論でも現実的な成果は同等に挙げられている。西欧の遺伝カウンセラーの中でも経験豊かな人は権利と自己決定だけではカウンセリングが成り立たないことを十分分かっている。また、西欧の倫理原則である被害防止、仁恵、正義などはアジアの倫理学では儒教的な理想の人間像に内在されている、と考えられている。さらに、アジアと西欧の倫理学の差異は基本的に自立、プライバシー、自立を持った個々人の権利に与えられる信用の量的な違いに基づいている」とし、西欧と東洋に存在する生命観および生命に対する判断と対応において地域性を認める判断を示した。

わが国では、1962年に和辻哲郎が「日本倫理思想史」において、「倫理とは個人にして同時に社会であるところの人間の存在の理法である。従って、人間の存在するところには既に倫理は働いている。個人的存在のないところにトーテムとかタブーとかの持っている強い拘束力を生起するはずもないのである。人間が言語を持ち習俗を持っている限り、個人にして同時に社会であるという人間構造には変わりはない。人間はただ社会においてのみ個人足り得ると共に、また個人を通じてのみ社会足りうるのである。そして、この社会の原理が倫理に他ならない。」と述べ、「倫理思想とは人間存在の理法たる倫理がその実現過程たる特定の社会構造を媒体として、そこにおいて規定せられる特殊の行為の仕方としてロゴスの自覚せられたものなのである。従って、それが時と処によって異なった形態を持つことはきわめて当然であろう。」とした(4)。

WHOはさらにビーチャムとチルドレスによる生命倫理4原則に対して、以下のように解説した(4)。

個人の自立の尊重：個人の自己決定権を尊重し判断能力に制約のある人を保護する。

仁恵：個人の福祉、幸福を守ることを優先させ、彼らの健康に寄与すべく最善を尽くす。

被害防止：当事者に対して有害なものを取り除き、防ぎ、少なくとも有害なものを最小限にとどめる。

正義：個人を公正かつ公平に扱い保健に関する便益と負担を対社会的に出来るだけ公正に配分する。

## 治療停止の対象となりうる疾患

小児患者では重症障害新生児と終末期がん患者が対象となりうる。重症障害新生児は多岐にわたるが、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、消化管穿孔、胎便性イレウス、鎖肛、脊髄髄膜瘤、重症先天性心疾患、無脳症、水頭症、脳室出血、二分脊椎症、ダウン症、トリソミー18、トリソミー13、横隔膜ヘルニア、腹壁の異常、総排出空の外反症、デ・ランジェ症候群、アペルト症候群、遅発性遺伝性疾患(レッシュナイハン、テイサックス病)、孔脳症、末期の頭蓋内悪性腫瘍、その他絶望的な場合(死が避けられない病気)などが挙げられている(3)。

## 子どもの治療を決定する人

個々の症例について誰が生死の決定を行なうのがよいのであろうか。RFワイヤーは著書の中で、以下のように述べている(3)。「患者ごとの重症度の違いと該当地域及び医療機関の医療水準により、治療可能か否か、成功の確率と患者の苦痛の判断、治療費の問題(数百万円から数千万円)を誰が負担するかなどについて、無害の原則(患者に危害を加えない)に基づいて判断が行なわれなければならない。治療する症例、または、治療しない症例の線引きはどうあるべきか：境界線上にある疾患は医師の知識と判断及び経験が意味を有する。判断には医療レベル、医師の経験、宗教、法律など諸要因が関係する。より重症の疾患においては治療が危害となる場合が

ある。子どもの治療の決定を行なう代理決断者には子ども（新生児）にとって最大の利益を望む人でなければならない。その条件は、医学的知識において、家族状況において、および生みの親が世話する以外の方法について適切な知識と情報を備えている人であり、患者の利益を客観的に判断すること、精神的ストレスが多いと治療停止を選択する傾向があるので、精神的に安定している人、類似の症例間に違いがない一貫性のある人などが条件となる。以上の条件を満たすには、両親、医師、病院委員会および客観的第三者が考えられるが、それぞれに長所と短所がある。」として、

両親：支持—小児科医小児外科医のほとんど、大統領諮問委員会の判断。

反対—両親が最適でない場合もありうる。

医師：専門知識を有するが予測が正確であるとは限らない。

公平性や一貫性についてもそうであるとは限らない。

病院委員会—正当なプロセスが踏める。

必要な要件を満たすことができる。

客観的第三者（法律・裁判所）—最終決定の場合だが、現場から遠すぎる。

個人的見解が反映されることがある。

とする意見を述べている。治療可能疾患であるのに完全な子どもを望む親の治療拒否、治療境界疾患における治療停止、治療困難疾患で医師の都合で治療を行なう場合、あるいは医師と両親の意見の不一致をみる場合など、両親と医師の間において判断が異なる場合には、病院倫理委員会の審議の対象となる。

現在、米国やカナダなどでも、小児科学会が、延命治療の中止の際は、医療者や家族が協力して意思決定する、との指針を定めている。英国小児科学会で1997年に、治療の差し控えや選択的治療停止に関するガイドライン「小児における生命維持治療の差し控えまたは中止：実務のための枠組み」を発表している。このガイドラインでは、「子ども本人の希望や考えを可能な限り考慮しなければならない」「医療上の義務とは絶対的な延命を要求するものではない」ことと、新生児が次の5つの状態、つまり脳死、永続的植物状態、生存の見込みがない状態、生存の目的がない状態、耐え難い状態となった場合、治療の緩和や撤退が倫理的にも法的にも考慮されてもよいと明言している。ただし、その治療方針の決定は医療チームにおいて決定されなければならないとしている(5)。

日本においては、学会や国レベルでは統一されていないため、施設ごとに障害新生児に対する治療方針のマニュアルが作成され、ある一施設における治療方針の約束事が他施設でも採用され、臨床現場で広く使われる統一的な性格をもった「ガイドライン」へと変容することがあった。現在、新生児医療において、「ガイドライン」と呼称されているもののなかに、1980年代および1990年代に作成された治療区分によるガイドラインがある。これには「クラス分け」という概念が採用されて、クラス別に疾患が規定された(6)。この「クラス分け」ガイドラインは次のような危険性をはらんでいた。すなわち、疾患を機械的に振り分けることにより、医療者に「障害新生児に対してどのような治療を行なうべきか」考えることを停止させた(7)。そして個別に治療方針を検討しないことによって、無理な延命をする可能性と、一方で、適正な医学的介入があれば正常な形で育っていくはずの生命を絶ってしまう可能性を作り出した(8)。

国立成育医療センターは、2002年3月～07年5月に集中治療室に入った小児患者のうち、死期が数時間以内に迫っていると診断した84人中80人について、人工呼吸器などの延命措置を中止し、措置をさらに手厚くするのをやめていたことを明らかにした。同センターの小児集中治療室に入った患者は、この期間、3668人であった。年齢は0～29歳で、0～2歳の乳幼児が大半を占めた。うち99人が集中治療室内で死亡した。15人は入室時に、心肺停止の段階だったため、残り84人に治療を行なった。肺の先天性疾患や心臓病、脳出血などで死期が迫っていると診断した患者で、人工呼吸器や透析など生命維持にかかわるすべての治療を中止した人は30人、現状の治療以外に、心臓マッサージや強心剤の投与など新たな延命治療や蘇生行為を行なわなかった人は50人だった。残り4人は延命治療を継続した。人工呼吸器など延命措置の中止・差し控えについて、全国調査で56%の病院が「経験がある」と回答した。さらに、人工呼吸、水分補給、体温保持の三つは、どんな場合でも行なう(中部地方の小児病院)など、人工呼吸器の取り外しはしないのが一般的とみられる一方、呼吸器の取り外しを認める病院もある(9)。淀川キリスト教病院は、死が避けられない場合、病院の倫理委員会の承認などを条件に、人工呼吸器を含む延命措置の中止も可能、とした院内指針を定めている。同病院船戸部長が2002年、新生児集中治療室のある111医療機関の看護責任者に行なったアンケートでも、手術や人工透析をしないなど、「延命措置の差し控え・中止の経験がある」との回答は85%に上った。「家族が延命治療の中止を希望した場合はどう感じるか」の問いには、「そうした選択を認めても良い」「子どもの状態による」との答えがともに7割前後であった。一方、積極

的に延命措置が行なわれる場合もある。関東地方の小児病院では、悪性の脳幹腫瘍にかかった幼児に人工呼吸器を着けるといふ。このように、回復の見込みがない子どもへの延命措置をどこまで行なうか、医療機関の対応は分かれているのが現状である。医療の進歩により、障害新生児の予後の予測がますます困難となり、「クラス分け」によって治療方針を決定することに限界が生じてきている。障害新生児の場合には、将来の生命の質を予測することが必ずしも容易ではなく、成人の尊厳死の場合と異なり、彼らの限られた能力のなかでそれなりに成長するので、新生児の予後の判断は非常に困難であり、疾患名や医学的要素のみで治療方針を決定することはできない<sup>(10)</sup>。

2004年、田村正徳・埼玉医大総合医療センター小児科教授を班長とする厚生労働省研究班は治療方針を決定するまでの話し合いの過程について「重い疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いの指針」を作成した。病気ごとの「治療」指針ではなく、「話し合い」の指針となったのは、「病名だけで治療するかしないかが機械的に決められては困る」との判断からだといふ。いわゆる「クラス分け」ガイドラインに疾患名を入れたことにより医療者の思考停止と臨床現場の混乱を招いた反省に立ったものである<sup>(11)</sup>。

指針では、同じ病気でも病状の重さなどによって個別に対応する必要があることを強調した。子どもの利益を最優先に、親と医師、看護師、臨床心理士ら多くの職種のスタッフが取り組むことを求めている。医療現場では「具体的な治療指針ではないので、あまり意味がない」という冷めた見方もある一方、「母親の気持ちをよく知る産科の看護師が話し合いに加わるなど、指針の導入で医療スタッフの意識が変わってきた」と評価する声もある。

重い疾患を持つ新生児の医療をめぐる話し合いの指針の要旨は、

- ・治療方針の決定は、「子どもの最善の利益」に基づくものでなければならない。
- ・治療方針の決定過程においては、父母と医療スタッフが十分な話し合いを持たなければならない。
- ・医療スタッフは、父母に子どもの医療に関する正確な情報を速やかに提供し、わかりやすく説明しなければならない。
- ・生命維持治療の差し控えや中止を検討する際は、子どもの治療にかかわる、できるだけ多くの医療スタッフが意見を交換するべきである。
- ・生命維持治療の差し控えや中止を検討する際は、父母との十分な話し合いが必要であり、医師だけでなくその他の医療スタッフが同席したうえで父母の気持ちを聞き、意思を確認する<sup>(12)</sup>。

医師の個人的な判断に従うことは障害新生児の生死が医療情報の質や量あるいは医療者の倫理観に大きく左右される。従って、指針は医療パターンリズムと子どもを顧みない親の利己的な願望を排除する内容となっているが、願望や利害が対立したときの解決策となる病院の倫理委員会を設置することには触れていない。

## 親による治療拒否に関してのわが国の法的状況

子どもにとって必要とされている標準的治療を親が拒否する場合、現行の制度を利用した法的対応としては、民法および児童福祉法によるものが考えられる。すなわち、①親権喪失宣告の申立て（民法834条・児童福祉法33条の6）、および審判前の保全処分による親権者の職務執行の停止と職務代行者の選任、②特別代理人の選任（民法826条1項・860条の類推適用）、③児童福祉法上の一時保護（33条）および措置承認（27条・28条）制度の利用である。しかし、いずれの方法にも制度運用上および法令解釈上の問題点があり、現状において利用することは困難であるとの指摘もある。わが国において、「親による治療拒否」に法的対応を行なうためには、児童相談所長による親権喪失宣告の申立てを含め、児童福祉法上の制度を整備し実効性を確保する必要がある<sup>(13)</sup>。

## わが国で作成中の終末期医療指針

イギリスやドイツ、オランダでは、法律家や倫理学者を交えた院内や地域医師会などの委員会が、延命措置の中止に関する医学的判断や手続きが適正かどうかをチェックしている。わが国において、倫理委員会の設置が可能か、終末期医療の問題に効果的に対応できるか検討する時期に来ている。

平成20年度中にまとまる予定の厚生労働省の指針は、終末期医療の進め方として、医師の独断を避けるため、医師らによる十分な説明と患者の意思決定を基本とすることが最も重要な原則と位置づけている。その上で、治

療開始や中止について患者の意思決定を踏まえて、医療チームで慎重に判断するよう求めている。治療方針の決定は、患者の〈1〉意思が確認できる場合〈2〉意思が確認できない場合——の2通りに分け、〈1〉では患者の意思を基に医療チームが決め、その合意内容を文書に残すこととした。合意した内容が、時間経過などで変化することもあるので、患者に再確認することが必要と明記している。〈2〉の場合、医療チームが慎重に判断するが、家族が患者の意思を推定できる場合は、その推定意思を尊重し、できない場合は、何が最善の治療方針かを医療チームが家族との話し合いで決めるとしている。〈1〉、〈2〉のそれぞれで合意できない場合は、医療チームとは別に設置された、複数の専門家による委員会が、検討・助言する。しかし、今回の指針は、延命治療中止の手続きを明示しただけで、延命中止の判断の根拠となる患者の状態「終末期」の定義や、具体的な治療中止項目などは含まれていない。このため、指針に注釈をつけた「解説編」を添え、医療現場で混乱が予想される終末期の判断などを医療チームで行なうことなどを強調している。また、どのような場合でも「積極的安楽死」や自殺ほう助となるような行為は医療として認められないと明言している(14)。

## 安楽死と尊厳死

薬剤を注射するなどの方法は「積極的安楽死」、人工呼吸器を取り外すなど延命措置の中止行為は「消極的安楽死」に分類される。消極的安楽死は「尊厳死」とも呼ばれる。オランダは1992年に安楽死を許容し、14歳以上で自己決定権を認めている。アメリカ医師資格試験における設問で、ターミナルステージにある意識清明で判断力を有する70歳の老人が生命維持装置を停止することを望む場合、医師は患者の希望通りにすることが正しいとされる。わが国では1991年の東海大学安楽死事件において裁判所は安楽死要件として、以下の4条件を示した。

- ・ 耐えがたい肉体的苦痛がある
- ・ 死期が迫っている
- ・ 苦痛を除くための代替手段がない
- ・ 安楽死の希望の意思を示している

## 医療における政策的判断の実例

医療における判断には宗教的あるいは倫理的意義を加味することも許容すべきで、エホバの証人に対して輸血治療を行なわないことが、自己決定権に属する判断ということで認められている。遺伝子治療分野では、国際医学連盟機構(CIOMS)の犬山宣言においてテイザックス病に対する胎児期の遺伝子治療を禁止した(厚生省も文科省も禁止)。地中海諸国は医療政策として、地中海地域に多発するサラセミア因子保有者に対して結婚前カウンセリングを実施して発症率を低下させた。米国のJ. Hopkins 大学ではテイザックス病保因者に対して同様の対策がとられたことがある。代理母出産に関して、わが国では、2000年の厚生科学審議会の「精子・卵子・胚の提供による生殖補助医療のあり方」において代理出産を認めるのに超えなければならない問題点について検討した結果、

- ・ 生まれてくる子の福祉を優先する
- ・ 人をもつばら生殖の手段として扱ってはならない
- ・ 安全性に十分配慮する
- ・ 優生思想を排除する
- ・ 商業主義を排除する
- ・ 人間の尊厳を尊重する

ことを提唱し、原則禁止にした(4)。

## 考 察

本編では、日本人と欧米における生命観の違い、疾病と子殺しの人類史、生命倫理概念の発生とその成熟の過程および現在の世界における選択的治療停止と終末期医療の取り扱いについて俯瞰した。著者は過去に治療停止の対象疾患である無脳児と猫泣き症候群(5p-症候群)を経験した。無脳児は医師団の説明で、家族との合意により治療しないことを選択した。猫泣き症候群の対処について医師の間で話し合いがもたれ、結論は出なかつ

たが、両親が家庭での育児を選択した。いずれも20-30年前の症例であるが、医師団が両親に疾患と予後の説明をしたあと、方針について合意をみており、現在の障害新生児への対応指針に示された手続きに照らして問題ない対応であったと考える。選択的治療停止の対象となる先天性疾患は、医療水準に応じて変容している。多くの新生児疾患が治療可能となった現在の医療水準からみると、選択的治療停止を認めざるを得ない疾患は以前に比べて格段に減少している。生命倫理の授業において、将来の親となる鳴門教育大学の1年次学生に自由な意見を求めたところ、重度の障害を持つ子どもであっても自分で育てたいという意見が多数を占めた。一方、終末期小児がん患者においては、終末期にもがん細胞が残存している場合、全身状態の悪化によりもはやそれ以上がん細胞を攻撃する治療が行なえなくなる時期が来るので、やむなく治療停止とならざるを得ない。また、終末期に出血傾向や感染症の危険が顕在化している状況では、人工呼吸などの積極的な補助療法を行なうことにはほとんど意味がない。従って、治療停止を人為的に決定する対象となる小児疾患は、現在でも治療不可能な障害新生児に限られる。

報道によると、終末期医療の混乱を避けるために指針や法的整備を行なう機運にあるという。法律は拘束力が強いが、いったん決まると修正しにくい。指針は拘束力は弱い、弾力性があり、欠点を迅速に修正しやすいなど、それぞれに長所と短所が指摘される(15)。現実的に、法律となれば、違反すると処罰されることがあるということが、緊急時の医師を萎縮させ判断に影響することがあろう。一方、指針も、延命措置の中止・差し控えをした際の法的な責任を免除するものではなく、また、医師単独の判断での延命中止は、殺人罪に問われるリスクがある、と指摘する法律家もいる。故意の殺人とは全く異なるものであっても、問題化した症例ではこのようリスクが表出する恐れは否定できない。しかし、恐れや可能性を無責任に示唆するだけでは現場の混乱を軽減することは出来ない。指針には、医学的判断は患者一家族(両親)-医療関係者の信頼の上に立ったものであることが、第一に明記されなければならない。また、幅広い医学的判断を認める内容であることが、実際の運用に際して有用であることはいままでのない。作成された指針がガイドライン化し、さらに法律に準じるような扱いと変えることは避けなければならない。これらの混乱と問題点に関して、松田はわが国における治療停止を判断する際のあり方として、聖徳太子の唱えた「和の思想」に基づく考え方を披露している(4)。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省, 人口動態総覧, 平成17年度上巻総覧第3.2表年次別にみた人口動態総覧. 2006.
- 2) ビーチャム TL, チルドレス JF, 永安幸正, 立木教夫 監訳. 生命医学倫理. 1997.
- 3) ワイヤー RF. 高木一朗, 高木俊治 監訳. 障害新生児の生命倫理. 学苑社. 1991.
- 4) 松田一朗. 生命医学倫理ノート. 日本評論社. 2004.
- 5) 櫻井浩子. 障害新生児の治療をめぐる「クラス分け」ガイドライン.  
— その変遷と課題 — Core Ethics 4, 2008.
- 6) 仁志田博司, 山田多佳子, 新井敏彦, 野勢幸一朗, 山口規容子, 坂元正一. 新生児医療における倫理的観点からの意志決定. 日本新生児学会雑誌. 1987. 23, 337-341.
- 7) 田村正徳, 玉井真理子編. 新生児医療現場の生命倫理 話し合いのガイドラインをめぐる. メディカ出版. 2005.
- 8) 和田浩, 玉井普, 船戸正久, 島田誠一. NICUにおける医学的介入と緩和的医療. 淀川キリスト教病院学術雑誌. 2001. 18, 17-21.
- 9) 読売新聞記事. 小児延命見送り, 84人中80人—生育医療センター. 2008年4月21日.
- 10) 塚本泰司. 重症障害新生児の選択的非治療—私の経験と欧米判例の考察—. 生命倫理. 1992. 2(1), 48-54.
- 11) 塚本桂子, 伊藤裕司. 致命的染色体異常が疑われる児が出生したら. 小児科診療. 2003. 66(3), 415-421.
- 12) 読売新聞記事. 積極的延命か 安らかな最後か…小さな命の終末期医療, 割れる対応 親地と医師悩み深く. 2006年8月21日.
- 13) 玉井真理子. 重症新生児の治療停止および制限に関する法的・倫理的・社会的・心理的問題の検討—2001年度全体中間報告書より—. <http://square.umin.ac.jp/~mtamai/NEONATE/hokoku.htm>
- 14) 読売新聞記事. 終末医療初の指針 厚労省が原案, チームで方針決定患者意思文書に. 2006年9月15日.
- 15) 読売新聞記事. はずすならご家族で, ルールなく生まれる不信. 2006年8月6日.

## Selective treatment stop and terminal care

HIROSE Masao, MD, PhD

A serious decision is urged on families and doctors about treatment and the life-prolonging procedure in the infant with serious illness, patients with the end-stage cancer, the senior citizen or the newborn baby with the serious illness trouble whose recovery cannot be expected. It has been divided among the medical institutions how the life-prolonging procedure should be done to the patient and the child with a hopeless current state. There have appeared some institutions in which hospital indicator or ethical committee for the interests of patients has been set up. The indicator in the United States and Canada decided that cooperation between family and physician is necessary when they decide the discontinuation of the life-sustaining treatment. However, there is a point of problem that the policy is perhaps different in one hospital to another. The author experienced pediatric patients with serious newborn disease or end stage of malignant disease in whom the life-prolonging medical treatment were stopped. In this paper, I consider the judge in the medical treatment done on each occasion to be correct or not by comparing them with a present indicator. In addition, I turn around about the selective treatment stop and the terminal care in the future.