

1. 法律の目的

- 1.1 この法律は、終末期医療における患者の意思尊重法と表記される
- 1.2 この法律は、医療技術の発達により終末期の患者の延命が可能となったものの、終末期の医療方針をめぐって医療現場等で混乱が生じている社会的状況をかんがみ、患者が自らの意思に基づいた適切な医療を受け、穏やかな終焉を迎えられる環境が整備されることが目的である。すなわち、患者が医師などから疾患や予後などについて十分な情報提供を受け、話し合った上で、終末期において望む医療、望まない医療を判断すること、あるいは、患者が判断できない場合は、家族などの代理人や医療チームが判断することを支援するため、患者が事前指示を作成しておきそれを尊重すること、ならびに、将来、医療方針等について自分で判断できなくなった場合に備えて、患者本人に代わって判断する医療代理人を指名する制度、医療従事者の責務等を定めることが目的である
- 1.3 この法律において、患者の事前指示および医療代理人の決定等に基づいて、医師は患者の生命維持医療を差し控え・中止することができる

2. 法律の理念

- 2.1 すべての人は、当該時の標準的な医療を受ける権利を有しており、自らの医療について選択し、決定する基本的な権利を有している
- 2.2 生命を脅かされる疾患を抱えるすべての患者とその家族は、痛みや身体的問題、心理的問題、スピリチュアル（霊的）な問題を早期に発見し、的確な処置を受けることによって、苦痛を予防し緩和することを通して、生活の質を改善するアプローチである「緩和ケア」を受ける権利を有している
- 2.3 終末期における患者の医療（生命維持医療を含む）については、医療を受ける患者本人の希望を尊重しながら、患者本人やその家族、医療従事者および医療チームの話し合いのプロセスを経て決定されなければならない
- 2.4 終末期において、望む医療、望まない医療についての患者の判断は、強制や脅迫、社会・経済的圧力等によるものでなく、自発的なものでなくてはならない

3. 定義

- 3.1 終末期

3.1.1 生命維持医療を行っても比較的短期間で死に至ることが予想される、
治癒不可能で不可逆的な状態を指す

3.2 終末期の判断

3.2.1 終末期の判断は、その多様性を鑑みて、①救急医療等における急性型
終末期②がん等の亜急性型終末期③高齢者等の慢性型終末期——を
考慮して行われることとする

3.2.2 ①②③それぞれにおいて、当該時の標準的医療を考慮して、生命維持
医療を実施しても回復の見込みがなく、死期を引き延ばすだけである
と、主治医、主治医とは別の専門医、および当該患者の医療にあたっ
ている医療チームが判断することとする

3.2.3 判断に関する詳細は、別途定める厚生労働省令に基づいて行われるも
のとする¹

3.3 事前指示

3.3.1 将来、医療方針を決定できなくなった場合に備えて、あらかじめ、ど
のような医療を受けたいか、あるいは受けたくないかといった意向を
表明すること、あるいは、本人に代わって医療方針を決定してもらう
医療に関する代理人を指名することを指す

3.4 将来に渡る医療代理権

3.4.1 事前指示において、将来、医療方針を決定できなくなった場合に備え
て、本人に代わって医療方針を決定してもらう医療に関する代理人を
あらかじめ指名することを指す

3.5 同意能力

3.5.1 本法における同意能力とは、1)提案された医療に関する情報を理解で
きる、2)その情報を保持することができる、3)意思決定する過程にお
いてその情報を利用したり比較したりすることができる、4)医療に関
する決定をしたり他者に伝えたりする力を指す

3.5.2 人は、同意能力を有していないと判断されない限り、同意能力を有し
ていると考えられるべきである

3.6 生命維持医療

3.6.1 生命維持の医療とは、人工呼吸器の装着、人工栄養・水分補給、心肺

¹ 注) 本法および省令の規定に反しない、関連学会のガイドラインや院内指針があればそれも参照することが望ましく、この点も省令に明記されるべき点と考える

蘇生、抗生剤投与、血液透析などを含む治療を指す

3.7 積極的安楽死、医師自殺幫助

3.7.1 積極的安楽死とは、生命を短縮させる意図を持つものであり、耐え難い苦痛に襲われている死期の迫った人に致死的な薬剤を投与して死なせるものである

3.7.2 医師自殺幫助とは、医師が致死薬を処方し、その後、患者本人が自分で致死薬を服用することを指す

4. 患者の権利

4.1 すべての人は、人格を尊重される権利を有している

4.2 医療を受けるすべての人は、当該時に標準的と解される医療を受ける権利を有している

4.3 医療を受けるすべての人は、快適さ・清潔さを保つためのあらゆる措置、痛みを取り除くための医療、全人的な緩和ケアなどを受ける権利を有している

4.4 医療を受ける人は、どのような医療を受けたいか、あるいは受けたくないかを決定する権利を有している。その前提として、決定に必要な十分な情報が提供されなければならない

4.5 すべての人は、穏やかな終焉を迎えるための適切な医療を受ける権利を有している

5. 事前指示

5.1 成人で同意能力を有する人は、あらかじめ、終末期において望まない医療、望む医療（いずれも生命維持医療を含む）等について、自らの意向を示すことができる

5.2 事前指示は、強制や脅迫、社会・経済的圧力等によるものでなく、本人によって自発的に実施・作成されるものでなければならない

5.3 生命維持の医療については、人工栄養・水分補給提供の有無、人工呼吸器装着の有無、抗生剤投与の有無、心肺蘇生術提供の有無等を含められる。ただし、具体的な内容は、疾患の種類や患者の状態によって異なるため、出来る限り、本人とその家族、医療チームで十分に話し合い、判断するものとする。ただし、痛みの緩和、清潔さや快適さを保つことを目的とした

処置の提供を拒否することはできない

- 5.4 事前指示は書面であることが望ましい。その場合は、書面作成の日付を明記、本人が証人の前で署名することとする
- 5.5 事前指示書は、医療機関、および、患者が望む場合は家族等との話し合いを経て作成されることが望ましい
- 5.6 なお、医療代理人、主治医、家族、相続受益者は証人になることはできない
- 5.7 事前に口頭等で明確かつ説得力のある意向表明があった場合、医療従事者は、その内容を本人のカルテに記録しておくことが望ましい。本人あるいはその家族、主治医をはじめとする医療チームが話し合い、慎重に判断することによって有効とする。判断に迷う場合は、本法第 11 条に規定する臨床倫理委員会に相談することができる

6. 医療に関する代理人制度

- 6.1 同意能力を有する成人は、医療代理人をあらかじめ指名することができる
- 6.2 同意能力を有する成人は、医療に関する事前指示と医療に関する代理人の両方、あるいはどちらか一方でも作成または指名することができる
- 6.3 医療代理人は、同意能力を有する成人であり、本人の家族や親族などを指名することができる。ただし、主治医や、本人がケアを受けている医療機関や施設の関係者を指名することはできない
- 6.4 医療代理人の指名にあたっては、代理人に授与する権限の内容（代理人に判断してもらう生命維持医療の中止等の内容）、代理人の氏名、連絡先住所および電話番号、代理人の署名、証人の署名、書面作成の日付の各項目で構成される法定の書式に記入することとする
- 6.5 なお、医療代理人、主治医、家族、相続受益者は証人になることはできない

7. 特に生命維持医療の中止

- 7.1 終末期における生命維持医療の中止については、原則として、本人の事前の意思を示す書面に基づいて行われることとする。ただし、書面が無い場合、厚生労働省令に定めた方法で²、医療チームとその家族等の話し合い

² 注) 具体的な手続きについては別途厚生労働省令で定めることとすると規定しているが、同省が 2007 年に策

によって、中止することができるものとする。

- 7.2 本法第4条で規定している通り、中止する具体的な生命維持医療については、疾患の種類や患者の状態等によって異なるため、出来る限り、本人とその家族、医療チームで十分話し合い、判断できるものとする

8. 医師等医療従事者・医療機関の責務

- 8.1 本人の意思を尊重するため、有効で適用可能な事前指示がある場合、医師など医療従事者（以下、医師等）はその事前指示に従うこととする。ただし、事前指示の有効性、適用可能性に疑いがある場合や、事前指示に示された意向を実行するその時の医療水準から考えて明らかに逸脱する提供・中止等が表明されている場合等はその限りではない
- 8.2 医師等は、事前指示に示された患者の意向を実行する前に、本人の疾病や予後などの医療情報はもとより、医療・ケアの内容や場所などに関する十分な情報を本人とその家族（配慮が必要なケースがあれば臨機応変に対応することとする）に提供しなければならない。そのうえで、厚生労働省令に定めた方法で、判断した医療方針を、出来る限り患者本人と家族に伝え、十分に話し合ってから決定することとする。医療方針の決定に際して、医師等は、社会・経済的事情を排し、患者の最善の利益を考慮しなければならない
- 8.3 本人または家族に、事前指示や医療代理人の指名が明記された書面があるかどうか確認することとする。存在する場合、医療記録に明記することとする。また、患者の医療方針の決定、実施については、その過程を患者の医療記録に明記することとする
- 8.4 医師等が思想信条を理由に事前指示に従えない場合、本人の指示を実行してくれる別の医療従事者、医療機関に医療・ケアを代わってもらうこととする
- 8.5 医療チーム内で話し合った際、あるいは患者とその家族、医療従事者の間で話し合った際に医療方針について合意が得られない場合は、厚生労働省令に定めた方法で、第11条で規定する院内の臨床倫理委員会に相談する

定し、2018年3月に改訂した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を念頭に置いている。医療チームは医学的妥当性と適切性を基に判断する。患者の意思が確認できれば患者と医療従事者が十分に話し合いを行う。患者の意思が確認できず、家族が患者の意思を推定できる場合、その推定意思を尊重し、患者によった最善の医療方針をとる。患者の意思がなく家族が意思推定できない場合、患者の最善の利益について家族と医療チームが十分に話し合う。

か、それが無い場合は、第 12 条で規定する終末期医療センター内の紛争解決部門に連絡し、医療チームの判断への支援を協議するよう努めることとする

- 8.6 患者が同意能力を喪失していて、事前指示の作成や医療代理人の指名をしていない場合、厚生労働省令に定めた方法で、主治医を含む医療チームが、可能な限り家族と話し合い、医療方針を決定することとする
- 8.7 患者当人に家族などの身寄りがなく、同意能力を喪失していて、事前指示の作成や医療代理人の指名をしていない場合、本法第 12 条第 3 項で定めた「独立意思能力代弁人制度」を活用すること、そのうえで、厚生労働省令に定めた方法で、主治医を含む医療チームが医療方針を決定することとする
- 8.8 医療機関は、患者が適切な医療を受け、穏やかな終焉を迎えるためのガイドランスを整備することとする。具体的なガイドランスの作成方法については、別途省令で定める
- 8.9 医療機関は、一般的なレベルから専門的なレベルまで、状況に応じた緩和ケアを提供することとする

9. 事前指示および医療代理人指名の撤回

- 9.1 同意能力を有する成人は、いつ、いかなるときも、いかなる手段でも、作成した事前指示、医療代理人の指名を撤回できる
- 9.2 撤回する場合には、主治医等の医療従事者、当人の家族にその旨をなるべく迅速に伝える努力をしなければならない

10. 罰則

- 10.1 何人も、故意に、当人の事前指示および医療代理人の指名、事前指示および医療代理人指名の撤回を隠匿したり、破棄したり、改変したり、偽造したりした場合は、刑事、民事、行政上の責任を問われうる。詳細は別途、厚生労働省令に定めることとする

11. 臨床倫理委員会

- 11.1 医療機関は、臨床倫理委員会（臨床倫理支援部門含む）を設置することが望ましい

11.2 臨床倫理委員会は、医療機関の責任者、医療・看護・薬剤責任者、院外の者等で構成されることとする

11.3 臨床倫理委員会が行う業務は次に挙げた通りである。

- a. 医療方針の決定、特に生命維持医療の差し控え・中止について、医療従事者、患者、患者の家族などからの要請事項に関する審議
- b. 医療方針の決定、特に生命維持医療の差し控え・中止について、医療従事者、患者、患者の家族などからの相談対応
- c. 医療機関内のガイドライン等の作成
- d. 医療機関の医療者に対する医療倫理教育の実施

11.4 その他、具体的な運用については、各医療機関で定めることとする

12. 終末期医療支援センター（仮称）の指定

12.1 国は、都道府県ごとに、終末期医療支援センター（仮称）を指定することとする

12.2 同センターにおいては、終末期医療に関する啓発・知識の普及をはじめ、終末期医療に関する患者の希望の登録、終末期医療において患者家族、医療従事者等が抱えるさまざまな問題について対処するカウンセリング、紛争解決等の支援が行われることとする

12.3 そうした機能に加え、あらかじめ意思表示をしておらず、家族などの身よりもなく、認知症患者など同意能力を喪失している、あるいは喪失している可能性がある人を支援するため、当事者以外の第三者による本人の代弁を行う「独立意思能力代弁人制度」を、別途、厚生労働省令で定めることとする³

12.4 同センターの指定については、別途、厚生労働省令で定めることとする

13. 安楽死、医師自殺幫助、自殺、および保険への事前指示の効果

13.1 本法は、いかなる積極的安楽死、医師等による自殺幫助に権限を与えたり、容認したりするものではない

13.2 本法に基づき、当人の有効で適用可能な事前指示によって生命維持医療を中止した結果、当人が死亡した場合、自殺とはみなされない

³ 注) 代弁人の認定や登録などについて、別途厚生労働省令で定める。協力団体として、成年後見センター・リーガルサポートなどが考えられる

13.3 事前指示を作成した本人が、交通事故等の結果によって末期状態になった場合、保険契約証書がいかなる規定をしようとも、本人が作成した事前指示、生命維持措置の差し控え・中止、あるいは、栄養・水分補給の差し控え・中止が、本人の不慮の死に対する追加の保険金を否定するために用いられてはならない

14. 小児の取扱い

14.1 小児の場合は、特段の配慮が必要とされることから、本法の適用範囲としない

(しかしながら、本児、その両親、医療チームの話し合いにより、児の最善の利益を考慮して医療方針を決められるものとする)

■ Q&A

Q1 本法の目的は何ですか？

A1 かつて人は、自然の流れの中で亡くなり、家族や周囲の人たちもそれを見送るというのが常でした。しかし昨今、医療技術の発展によって、終末期にある患者を長期間延命することができるようになりました。このような状況において、終末期にある患者がさらなる延命を望まないケースや、延命することが患者にとって苦痛であり利益となっていないと考えられるケースも出てきています。そこで、患者が自発的に意思を表明している場合は本人の意思を尊重し、患者が納得できる穏やかな終末期の医療を提供する、そして、明確な意思表示がない場合でも、患者の最善の利益を考慮した終末期の医療を提供する、明確な法的枠組みの必要性が指摘されてきました。

この法律において、患者の事前指示および医療代理人の決定等に基づいて、医師は患者の生命維持医療を差し控え・中止することができることも定めています。これは、法律が定められる以前には、一定の要件を満たした場合に医師が合法的に医療を差し控え・中止することができるかどうか不透明であったため、医療の差し控え・中止ができることを明記することも目的としています。

具体的に想定したのは以下の三つの場合です。

第一に、終末期にある患者が自分で意思決定できる場合、医療従事者や患者が望めば家族等と話し合ったうえで、患者が終末期において望む医療、望まない医療を自分の意思に基づいて決め、それを医療従事者や家族が尊重することを定めています。

第二に、終末期にある患者が、自分の医療について判断することができない場合、または患者の意思がはっきりしない場合、家族などの代理人や医療チームが判断することを支援するため、医療従事者や家族等と話し合ったうえで患者が事前指示を作成しておきそれを尊重すること、ならびに、本人が判断できなくなった場合に備えて、あらかじめ、本人に代わって医療を決定する医療代理人を指名しておく「医療代理人制度」等を定めておくことです。

第三に、患者に判断能力がなく、医療代理人を指名していない場合、医療チームが判断すること、さらに患者に身寄りが無い場合は、独立意思能力代弁人制度を活用して、患者を支援し患者を代弁してもらうことなどを定めています。判断に困難が生じる場合には、臨床倫理委員会などにおいて患者の最善の利益を判断すること

ができることなども定めています。

こうした話し合いによる意思表示は、限りある人生をどのように生きるかを考えることにもつながります。

Q2 どうして終末期医療に関する法律が必要なのですか？

A2 終末期医療に関する法制化については、障がいや難病のある人たちが受けている医療・ケアを差し控え・中止するよう圧力を受ける可能性があるとして、法制化への懸念を表明する声が根強くあります。また、終末期医療に関する法制化の前に、現状の医療・ケアの提供体制を充実させることが必要だ、法制度がなくても生命維持治療の差し控え・中止は可能だとして、法制化の必要はないとする声もあります。

確かに、2007年に厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（現在の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン）」が策定されて以降、終末期の患者の医療を中止した医師が罪に問われ刑事罰が確定した事案はありません。ただ、法的な根拠は不明なままで、医療現場には不安視する声があることもまた事実です⁴。いったん始めた治療でも途中で中止することができる、ということが明確にならないと、治療をすれば延命できるのに、途中で治療を中止できないからあらかじめ治療を控えるということにもなりかねません。

ですので、患者の意思を尊重することを原則として、医療機関の医療従事者が患者に十分に情報提供し、医療従事者・患者・家族等が十分に話し合っ、医療に関する方針を決めることが保障される必要があると考えます。この話し合いには、厚労省のプロセスガイドラインにも示されている、アドバンス・ケア・プランニングの考え方が含まれます。患者が意思を明らかにする際に、どのような価値観を大切にしているのか、どのようなことをよしとするのか、十分に話し合い共有することが大切です。そうすることで、事前指示の内容を行使する状況になった場合、患者が医療従事者・家族とともに作り上げた事前指示をもとに、医療従事者が適切に判断することが可能になります。

このように、厚生労働省が策定したプロセスガイドラインには、終末期医療において特に大切な「話し合い」を重視するという大変重要な視点が盛り込まれています。プロセスガイドラインがあれば十分だという意見もあるかもしれませんが。確かに、一般に省庁が策定したガイドラインは関係者が遵守することで現実に起きうる問題に対処することができます。その一方で、法律に基づかないガイドラインには法的効力はありません。プロセスガイドラインの方針に法的根拠を持たせるという意味でも、本法のような法律が必要だと考えられます。

⁴ 毎日新聞「救急拠点：延命中止7割 終末期の患者 毎日新聞全国調査」（2018年5月31日）

終末期医療における患者の意思尊重法 試案 Ver.3

最後に、何より大切なのは、人生の最終段階に近づいた患者が、医療を受ける、受けないことに関して、基本的な権利をもつことを法によって保障することです。本法は、人格を尊重されること、標準的な医療を受けること、全人的ケアである緩和ケアを受けること、穏やかな終焉を迎えるための適切な医療を受けること、これらを患者の権利としてうたっています。

Q3 本法が差し控え・中止の対象とする生命維持医療とは何を指しますか？

A3 生命維持医療とは、自発的な生命機能を維持、回復、それにとって代わるための機械や人工的な手段を用いる医学的措置・治療・介入です。例えば、心肺蘇生、人工呼吸器の装着、人工栄養・水分補給、抗生剤の投与、血液透析などが含まれます。

1995年の東海大医学部附属病院事件の横浜地裁判決では、中止の対象となる措置として、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置など、すべてが対象となってよい、とされています。

Q4 事前の意思表示をしなければならないのですか？

「生命維持医療を中止したくない」と考える人の意思は尊重されるのですか？

A4 本法は、患者の意思が尊重され、患者ができるだけ穏やかな終焉を迎えられることを念頭に置いています。しかしこれは、意思表示する権利があるということであり、意思表示する義務があるということでは決してありません。というのは、自分で決めたくない、考えたくないという人もおり、こうした人たちの考え方を尊重する必要があるからです。本法は、強制的に意思表示を促すことを意図しておらず、むしろ、人々が意思表示を行うことを容易にし、また行った意思表示が医療において尊重される仕組みを整えることを意図しています。

また、本法は、患者の意思を尊重するということが基本となっています。また、本法第2条「法律の理念」第1項にもあるように、「すべての人は、当該時の標準的な医療を受ける権利を有しており、自らの医療について選択し、決定する基本的な権利を有して」います。

これまでに「患者の意思に反して」、患者にとって苦痛となり得る生命維持医療が提供されてきたことに対して、患者に意思を尊重する医療を提供する体制を整えるということが本法の目的です。しかしこれは、生命維持医療を差し控えたり中止したりすることが、「患者の意思に反して」できるということではありません。誰もが、終末期医療において自らの意思を尊重される権利、つまり、望まない医療を受けない権利、望む医療を受ける権利を有しています。ですから、「生命維持医療を中止しないで継続してほしい」と考える患者の意思もまた、尊重されることが原則です。

場合によっては、生命維持医療を提供し続けることが患者の心身に利益とならず有害となる、と医療チームによって判断されることもあります。この場合、主治医を含む医療チームが患者本人や家族にその判断を伝え、十分に話し合うことが必要です。そのうえで、医療チームの判断と患者や家族の希望が一致をみない場合は、院内の臨床倫理委員会等に審議を求めることができます。また、患者や家族が転院を希望した場合、医療チームはすみやかに転院手続きを進める必要があるでしょう。

Q5 本法における終末期とはどのような状態を指しますか？

A5 生命維持医療を提供しても、比較的短期間で死亡することが予測される状態で、治癒や回復が望めず、そのような状態から元の状態に戻ることが困難な状態を指します。

終末期は疾患の種類や患者の個々の状態によって非常に多様です。その多様性を考慮すると、終末期と判断する際には、①救急医療等における急性型終末期②がん等の亜急性型終末期③高齢者等の慢性型終末期—等において考えることが必要です。①②③それぞれにおいて、当該時の標準的医療や医学的确实性を考慮して、生命維持医療を実施しても回復の見込みがなく、死期を引き延ばすだけであると、主治医、主治医とは別の専門医、および当該患者の治療にあたっている医療チームが判断することになります。判断する際には、関連学会のガイドラインや院内指針があればそれを参照することが望ましいでしょう。

Q6 本法における事前指示とはどのようなものですか？

A6

本法では、患者の意思を尊重することを原則として、事前指示を作成するにあたって、医療機関の医療従事者から十分な情報提供を受けたうえで、医療従事者、患者が望めば家族等の親しい人を含めて、医療の方針について話し合い、意向を明らかにすることが望ましいとしています。しかし、人生の終末期に個々の生命維持に関する措置をどうするか、ということ想定しにくいことがあるかもしれません。ですので、どのような価値観を大切にしているのか、という点を事前指示に含めて良いと考えます。

いわゆる「事前指示」とは、自分で判断できなくなった場合に備えて、あらかじめ、望まない医療、あるいは、受けたい医療について明記する「リビング・ウィル」、および、自分に代わって医療方針を決定する人を指名する医療代理人を明記しておくことです。事前指示は主に欧米で発展した概念で、1976年、世界で初めて、米国カリフォルニア州でリビング・ウィルが法制化され、その後、医療代理人についても各州で法制化されました。日本でも、日本尊厳死協会、各医療機関、自治体等が作成したリビング・ウィルの書式、書店等で販売されている事前指示書等があります。

最近では、患者やその家族、医療従事者等による終末期の医療やケアに関する話し合いのプロセス「アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning, ACP)」を書面に残しておく取り組みもあります。このACPの考え方は、改訂された厚生労働省のプロセスガイドラインにも反映されています。また、生命維持医療に関する医師の指示書 (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) を取り入れようという動きもあります。ただ、これまで法律による裏付けがないため、実際にリビング・ウィルが終末期の医療において尊重されるかどうかは不透明でした。

Q7 患者の最善の利益とは何を指しますか？

A7 同意能力が無い患者のために、あるいは、その患者に代わって、本法に基づき為される行為や意思決定は、当該患者の最善の利益のために行われます。これは、当該患者に同意能力が無いと判断された、あるいは、同意能力が無いと信じる合理的な根拠がある場合に適用されます。

さまざまな意思決定や行為が、多様な状況において多くの人びとに影響する可能性があるため、この法律では、最善の利益を定義していません。ただし、最善の利益を判断するにあたっては、社会・経済的圧力を排し、当該患者の病状や可能な医療の選択肢、患者の過去および現在の要望や感情、本人に同意能力があったら本人の意思決定に影響を与えたであろう信念や価値観、考慮したであろうその他の要素などについて、合理的に確認できる範囲で考慮することが求められます。

Q8 医療従事者は患者の事前指示や医療代理人の決定に絶対に従わなければならないのですか？

A8 本法第 8 条第 1 項で規定しているように、事前指示の作成過程や内容に疑義がある場合などは除外されます。また、同条第 4 項に規定しているように、事前指示が有効で適用可能であっても、医師の信条から従えない場合には、患者の指示に従うことのできる医療従事者や医療機関に治療を代わってもらうよう定めています。

医療従事者には、専門職としての高い倫理規範に基づいて行為することが求められています。世界医師会の「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」では、医師は、常に自身の良心に従って、常に患者の最善の利益に基づいて行動すべきであり、同時に、患者の自律と正義を保証するよう努力しなければならない、述べられています⁵。

このような状況において、患者の事前指示を尊重するという法律ができると、医師は自分の意思に反して患者が求める医療を行わなければならない、医師の裁量権が失われるという懸念があることも確かです。しかし、先に述べた通り、本法は、必ずしも医師の考えに合致しない医療をただひたすらに提供しなければならないとは規定していません。患者の意思を尊重するという原則のもと、法に基づいて終末期の判断を行い、患者とその家族と十分に話し合った上で医療方針を決めるという話し合いのプロセスを重要視すること、すなわちプロフェッショナル（専門職）としての高い倫理規範に基づき、何が患者の最善の利益となるのかを考えて行動することが必要です⁶。

なお、本法では、前述の通り、患者の事前指示に従わないことによって罰せられることはありませんが、故意の改ざん等の行為に関しては罰則を定めています。こ

⁵ 注) 新版増補 生命倫理事典 (太陽出版、2010 年) によれば、1981 年に採択、1995 年に改訂された、患者の権利宣言。2005 年に編集上修正、2015 年に再確認された。良い質の医療を受ける権利、選択の自由の権利、自己決定の権利、意識のない患者、法的能力のない患者、患者の意思に反する措置、情報への権利、守秘義務の権利、健康教育の権利、尊厳の権利、宗教的支援の権利で構成される。詳細は、WMA. WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/>, および 日本医師会. 患者の権利に関する WMA リスボン宣言. <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf> を参照のこと。

⁶ 注) プロフェッショナルとしての倫理規範を考える際に重要視される「プロフェッショナリズム」という概念は、専門職の集合的行為の総意、あるいは、個人的理解、リフレクション、思慮深い行為により獲得されなければならない社会的プロセスと解釈されている。欧米内科 3 学会・連合は 2002 年に医師憲章を公表、プロフェッショナリズムとは社会との医療契約の基礎であり、医師の利益よりも患者の利益を優先する、能力や品位の道德規範を定めてそれを維持する、医療・健康問題に関して専門家としての助言を社会に提供することが求められているとした (大生定義. 医学教育トピックス 医学教育とプロフェッショナリズム. 日医大医会誌. 2011; 7(3): 124-128, Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med. 2002; 136(3): 243-246.)。

のような罰則規定は、米国各州法においても概ね定められています⁷。例えばアラスカ州では、事前指示およびその撤回を作成者本人の同意なく故意に改ざん、偽造、隠蔽、破損、消去した者、あるいは、事前指示を作成するよう、あるいは作成しないよう強要する者は1万ドルの罰金あるいは実質損害賠償が課されると規定しています。また、メリーランド州は改ざん等によって患者の事前の意思に反する生命維持医療が行われた場合、1万ドル以下の罰金あるいは1年未満の懲役刑が科されると規定しています。オレゴン州は、作成者の同意なく、生命維持医療の中止など死期を早めることを意図して、事前指示書などを変更、偽造、隠匿、破棄すること、指示書を復元、撤回することは、A級重罪とすると規定しています。医療従事者や医療機関を明記した罰則規定では、例えばミシシッピ州は、法律に抵触した場合は500ドルの罰金または実質損害額と弁護士費用の負担を課されると規定、モンタナ州は、意図的に、法定の患者のケアを誰かに変わってもらわなかった医療従事者は、500ドル未満あるいは1年未満あるいはその両方を科す軽犯罪に問われる、また、意図的に、法定の終末期の判断あるいは宣言書の文言を記録しなかった医師あるいは看護師は、500ドル未満あるいは1年未満あるいはその両方を科す軽犯罪に問われると規定しています。ミズーリ州は、指示に反した行動を取った医療従事者には専門職として無責任な行動をとったとみなされるとの規定にとどめています。

⁷ 田中美穂, 前田正一. 日医総研ワーキングペーパーNo.329 米国 50 州・1 特別区の事前指示法の現状分析. 2014. http://www.imari.med.or.jp/research/research/wr_562.html

Q9 医療代理人とはどのような人を想定しているのですか？

A9 患者を理解し、患者が心から信頼できる人である必要があります。現実的には、

- ① 当該患者の配偶者
- ② 患者の成人した子ども
- ③ 患者の両親
- ④ 結婚していなければ患者の家庭内パートナー
- ⑤ 患者の成人したきょうだい
- ⑥ 患者の成人したおい・めい、おじ・おば
- ⑦ 患者の価値観や人生観などをよく理解している親しい友人等

といった人たちが考えられます。

なお、米国各州の事前指示関連法では、患者の事前指示が無く、医療代理人の指名も行われていない場合、概ね上記の順番で家族等による代理決定が規定されています⁸。

また、台湾の安寧緩和医療法でも、配偶者や成人した子ども、父母、兄弟姉妹のほか、成人した孫、祖父母、曾祖父母、一親等の直系姻族（自己の配偶者の直系血族および自己の直系血族の配偶者。例えば、妻からみて夫の父母・祖父母、自己からみて子・孫の夫や妻）を指すと規定されています⁹。

韓国のホスピス緩和ケア・延命医療決定法（2018年全面施行）では、①事前指示はないが、患者の口頭などによる一定期間の意思が2人以上の家族によって確認される場合、あるいは、②事前指示も一定期間の意思も確認できないが、家族全員の合意がある場合、医療を中止できます。この場合の家族とは、配偶者、直系卑属、直系尊属、これらがいない場合は兄弟姉妹です。

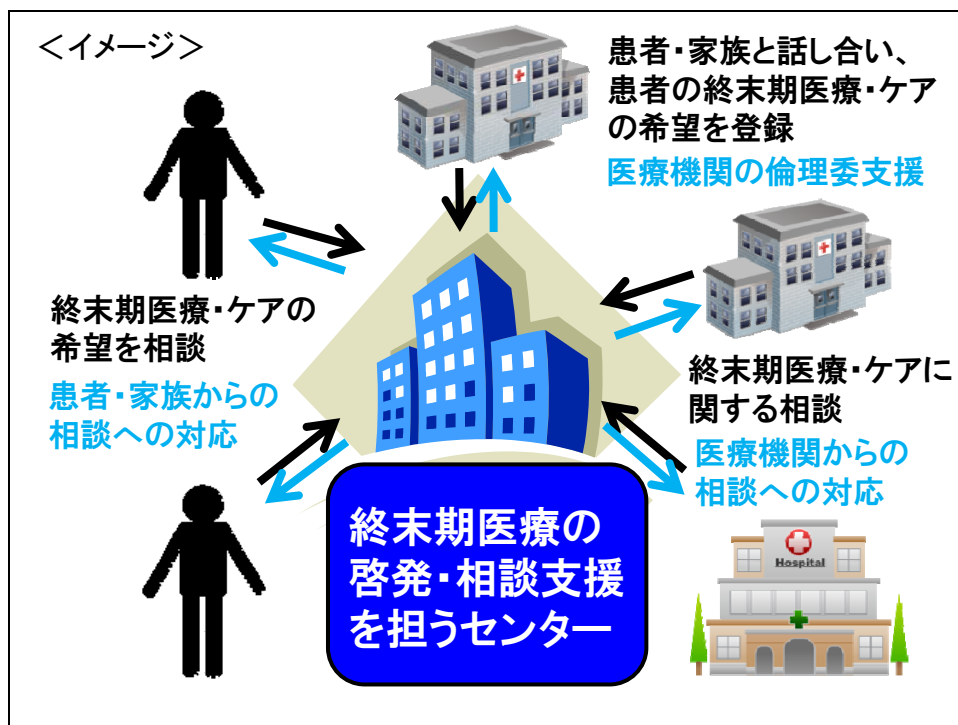
⁸ American Bar Association. Default Surrogate Consent Statutes. As of June 2014.
http://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/law_aging/2014_default_surrogate_consent_statutes_authcheckdam.pdf

⁹ 鍾宜錚訳. 安寧緩和医療法.
<http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2015/12/59584e2dd0c9b07b5e59f2e55efd256c.pdf>
(京都大学大学院文学研究科・応用哲学・倫理学教育研究センター (CAPE) 生命倫理プロジェクト)

Q10 終末期医療支援センターとはどのようなセンターですか？

A10 本法における終末期医療支援センターには、主に次の五つの業務が規定されています。

- ① 終末期医療に関する普及啓発事業を行う
- ② 患者とその家族と話し合ったうえで書面化された終末期医療・ケアに関する患者の希望を登録する
- ③ 患者とその家族、医療従事者等が抱える、終末期医療に関するさまざまな問題について相談に応じる
- ④ 医療機関の倫理委員会における諸問題、例えば関係者間の紛争解決等の支援を行う
- ⑤ あらかじめ意思表示をしておらず、家族などの身よりもなく、認知症患者など同意能力を喪失している、あるいは喪失している可能性がある患者の意思決定を支援するため、当事者以外の第三者による本人の代弁を行う「独立意思能力代弁人制度」を運営する



Q11 独立意思能力代弁人はどのような業務を行うのでしょうか？ また、なぜ必要なのでしょうか？

A11 独立意思能力代弁人制度については¹⁰、代弁人の選定、教育訓練、運用について別途、厚生労働省令で定めることとなっています。代弁人は、重大な医療方針の決定が行われる際、医療機関側からの依頼を受けて主に次の業務を行います。

- ① 可能な限り、当該患者と二人で話をする
- ② 当該患者に関する記録を検討する
- ③ 当該患者の医療や介護を行っている医療・福祉従事者の意見を聞く
- ④ 当該患者の要望、信念、感情、価値観について、様々な人から話を聞く
- ⑤ 当該患者に同意能力があったら、どのような要望や信念、感情、価値観を抱いだろうかという点を見出すよう努める
- ⑥ 他に選択肢がないか、セカンドオピニオンが必要かどうかを検討する
- ⑦ 依頼者である病院・医療従事者に報告書を提出する

例えば、次のような場合に独立意思能力代弁人が必要とされます。

Aさん(80)は、末期がんと重度の認知症を患い、高齢者施設に入所していました。家族はいません。ある日、意識不明になり病院に救急搬送され、蘇生措置を受けました。主治医は生命維持医療を提供しても比較的短期間で亡くなると考えました。生命維持医療に関するAさんの事前の意思はわからず、医療代理人も指名されていません。主治医は、病院を通して、独立意思能力代弁人制度を運営する終末期医療支援センターに連絡、独立意思能力代弁人による調査を求めました。

依頼を受けた独立意思能力代弁人は、患者のさまざまな記録を閲覧、患者の医療・ケアに携わっている関係者や本人の要望・感情・信念・価値観などの情報を有する人に話を聴き、本人に同意能力があればどのような要望や感情、信念、価値観を持ったであろうかを見出すよう努めました。他に選択肢はないか、セカンドオピニオンを得る必要があるかどうかについても検討しました。その結果、代弁人は、Aさんが認知症になる前、施設の友人たちやケア提供者らと終末期について話し合ったことがあり「自分に意識がなくなっても、生命維持医療をしてほしくない」と言っていたことがわかったのです。

報告を受けた病院および主治医は、代弁人からの情報を考慮し、本人の最善の利益を判断して生命維持医療の中止を決めました。

また、こうした「第三者」である代弁人が必要となるのは、生命維持医療の中止など重大な医療方針の決定に際して、認知症などで当該患者に判断能力が無く、事前指示や医療代理人の指名が無い、相談する家族などの身寄りも無い場合です。こ

¹⁰ 注) 英国の Mental Capacity Act 2005 を念頭に置いている

のような場合、誰が患者の思いを医療従事者に伝えることができるでしょうか。実際に、日本国内の認知症患者は増加傾向にあり、2010年時点の有病者数は約439万人、2012年時点では約462万人と推計されています¹¹。さらに、独り暮らしをしている65歳以上の人も増加傾向にあり、2000年には約300万人だったのが、2010年には約480万人となり、2025年には700万人近くに増えると推計されています¹²。こうした統計データからは、単身で認知症を患う人が増える可能性があるということがわかります。そのような状況に備えて、医療やケアを提供している医療従事者など関係者ではなく、利害関係のない第三者という立場で、高齢者擁護の活動に携わる代弁人がさまざまな情報収集をすることによって、患者の意思を代弁するという支援が必要なのです。

¹¹ 厚生労働省. 第115回社会保障審議会介護給付費分科会資料 参考資料1 認知症施策の現状について. 2014年11月19日.

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutan_tou/0000065682.pdf, および、厚生労働科学研究補助金 認知症対策総合研究事業 (研究代表者・朝田隆). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 2013年.

http://www.tsukuba-psychoiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf

¹² 内閣府. 平成27年版高齢社会白書 第1章 高齢化の状況 第2節 高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 1 高齢者の家族と世帯.

Q12 生命保険と事前指示の効果について規定されていますが、なぜ必要なのでしょうか。

A12 本法における規定では、事前指示等に基づく生命維持医療の差し控えや中止によって患者が死亡した場合でも、自殺と解釈されず、生命保険の保険金受取人が保険金を受取ることができることになっています。もし、医療の差し控え・中止による死が自殺によるものと捉えられると、生命保険の契約によっては保険金が支給されない可能性があるという点を考慮して規定しています¹³。

実際に、米国各州の法律では、次のように規定されています。例えば、コロラド州法の規定を見てみましょう。

自殺や殺人の判断—保険への宣言の効果：

本法に従い適格患者から生命維持医療を差し控え・中止することは、自殺あるいは殺人を構成するものではない。宣言の存在はいかなる生命保険契約あるいは年金保険に影響を及ぼしたり、損なったり、あるいは修正・変更を加えたりするものではない、あるいは、年金、生命保険の保険契約証書、あるいは、それゆえの保険料の増額を与えたり、与えるのを拒否する際にいかなる遅延の根拠とは成り得ない。保険者あるいは医療提供者は、医療サービスを受けるための保険契約を結ぶ条件としていかなる人にも宣言を作成するよう尋ねてはならず、宣言を作成しないことが、医療・健康保険の保険契約証書や契約のための、増額したあるいはさらなる保険料の基本であってはならない。

また、フロリダ州法は次のように規定しています。

保険に関する効果：本法の規定に従い事前指示を作成することは、生命保険の保険契約証書の販売、購入、あるいは発行に何ら影響を与えることはなく、事前指示を作成することが、現在の生命保険の保険契約証書の規定を変更するとみなされることもない。いかなる生命保険の保険契約証書も、本法の規定に従って被保険者の患者から延命措置を差し控えたり中止したりすることによって、あるいは、本法に従って作られたいかなる医療方針の決定によっても、それに反した保険契約証書の規定があったとしても、法的に損じられたり、無効にされたりすることはない。

このような規定のほか、交通事故等によって末期状態となった患者について、事前指示に従って医療を差し控え・中止した場合に、事故の加害者が過失傷害罪ではなく過失致死罪で訴えられる懸念があるため、こうした事態についても考慮が必要と考えられます。例えば、ジョージア州法ではこの点が明確に規定されています。

¹³ 注) こうした生命保険規定については批判も展開されている。例えば、家族が延命措置等の中止等に何らかの関与をする場合、逆に生命保険目当てとの批判を招くことになりかねない、日本国内で生命保険金の支払いを拒む保険会社があるとは思えない、拒んだとしても裁判所が保険会社の主張を認めるとは思えないというものである(樋口範雄. 終末期医療と法. 医療と社会. 2015; 25(1): 21-34.)。

・・・(事前指示の) 宣言者の末期状態が事故の結果であるいかなる事案においても、保険契約証書がいかなる規定をしようとも、本人が作成した事前指示、生命維持措置の差し控え・中止、あるいは、栄養・水分補給の差し控え・中止が、宣言者の不慮の死に対する追加の保険金を否定するために作用することも無い。

Q13 本法と、厚労省のプロセスガイドラインや関連学会のガイドラインはどのような関係にあるのでしょうか？

A13 本法は、終末期医療における患者の意思を尊重する医療を提供するための法的枠組みを明確にしたものです。法律で枠組みを規定し、詳細は後から定められる厚生労働省令に規定することとしています。

本法では、厚生労働省令として、2007年に策定され、2018年3月に改訂された厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁴を中心とした内容を想定しています。これは、末期状態の患者の医療・ケアの方針を決定する手続を明確にした重要な指針です。本人と医療・ケアチームが合意形成に向けて十分な話し合いを繰り返し経ることの重要性が明記されました。また、終末期における医療・ケアの開始・不開始、変更、中止等は、医療・ケアチームが医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断されることを明記したうえで、①患者の意思が確認できる場合、患者と医療・ケアチームが十分に話し合いを行うこと。本人の意思は変化しうるものであり、本人が意思を伝えられない状態になることもあるため、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われる必要がある②-1 患者の意思が確認できず、家族が患者の意思を推定できる場合、その推定意思を尊重し、患者によった最善の医療方針をとること②-2 患者の意思が確認できず、家族等が意思推定できない場合、家族と医療・ケアチームが患者の最善について十分に繰り返し話し合っ、患者の最善の医療方針をとることを規定しています。現行の厚労省のプロセスガイドラインでは、終末期の医療・ケアについて本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うこと、つまり、アドバンス・ケア・プランニングの意義が強調されています。

また、本法における終末期の判断については、例えば日本老年医学会の「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」や¹⁵、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会の「救急・

¹⁴ 注) 2007年策定時は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」という名称であったが、2015年、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更され、その後、2018年3月に標記の名称変更と内容の改定がなされた（厚生労働省、2018年3月。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>。

¹⁵ 日本老年医学会、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～、2012。http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf

集中治療における終末期医療に関するガイドライン「～3学会からの提言～」¹⁶などにおける規定を念頭においています。

このように、本法は、これまでに策定された行政ガイドラインや関連学会のガイドラインの内容をできるだけ尊重する形で作成されており、本法によってこうした各ガイドラインの重要性が減じるわけではありません。また、各医療機関が作成している院内指針も重要です。臨床現場における、本法、行政・関連学会ガイドラインの具体的な活用方法について、医療従事者と患者・家族が共有する必要があるためです。

¹⁶ 日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会. 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン「～3学会からの提言～」. 2014. http://www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01_02.pdf