

終末期医療に関する医療関係団体のガイドライン

谷 口 聡*

The Guidelines of Medical Associations for Terminal Medical Care

Satoshi Taniguchi

(Received 24 August, 2018 ; Accepted 4 September, 2018)

Summary

This paper aims to examine the guidelines for terminal medical care published by medical associations. Unlike in the United States and European countries, in Japan, there exists no statute for terminal medical care other than only some exceptions. For this reason, the guidelines set out by the Ministry of Health Welfare and the ones published by each medical association have an important function in the society. This paper attempts to put the major guidelines published by medical associations in chronological order and examine them from a comprehensive viewpoint. The author is convinced that combination of advantages of respective guidelines may help developing better norms.

I 本稿の目的

本稿は、終末期医療に関する医療関係団体のガイドライン、法律案および報告書などを検討して、わが国における終末期医療のよりよい規範を探ることを目的としている。

諸外国においては、終末期医療に関する法整備が進行している。医師と患者、家族の関係、延命医療の実施・拒否、事前指示書の方式などに関して、欧米を中心とした国々では法律が制定されて規範が形成されている。しかし、わが国では、そもそも医師と患者の間の規範に関する制定法がわずかな例外（臓器移植法、母体保護法など）を除いて存在していない。終末期医療に関しては、厚生労働省が発表しているガイドラインを軸として、医療の現場では対応が図られているのが現状である。

* 高崎経済大学経済学部経営学科・教授

そのような厚生労働省のガイドラインに加えて、医療関係学会などの各々の医療関係団体は、独自のガイドラインや報告書などを公表してきた。これらは、そこに所属する構成員にとっての規範となるにとどまらず、社会全体に対しても重要な意義を有してきた。終末期医療の制定法を原則として設置していないわが国において、このような医療関係団体が公表してきたガイドラインを検討することには大きな意義があると思われる。

そのような医療関係団体のガイドラインなどに関しては、公表されるごとに、個々人の学者、専門家や関係団体において、意見表明や論評・批評が個々になされてきた経緯がある。そのような経緯を踏まえて、本稿では、主だったガイドラインなどを時系列に並べて重要部分を抜粋し、総合的・全体的な観点から、現時点におけるわが国の終末期医療規範の到達点と課題を考察することを旨とするものである。

II 具体的なガイドラインの個別の検討

以下において、公表された時系列にほぼしたがって、厚生労働省のガイドラインを含めて、医療関係団体などが公表してきた終末期医療に関するガイドライン、法案要綱および報告書などを検討することとする。検討対象とするガイドラインなどは、筆者の考えに基づき重要と思われる部分を中心に部分的に掲載するものである。また、以下の【若干の検討】という項目は、筆者の視点からそのガイドラインに対する考えを述べたものである。

★01 日本学術会議「死と医療特別委員会報告－尊厳死について－」(1995)¹⁾

○「植物状態の場合、…延命医療を拒否する書面による事前の意思表示（リビングウィル）に基づいて患者の診療方針を決め、それを患者の意思の確認手段として延命医療の中止を行うべきであろう。」(72頁)

○「リビングウィルについては、…文書の形式を採らなくても、近親者等の証言によって事前の意思が確認できれば、それを本人の意思ないし希望として扱ってもよいように思われる。」(72頁)

○「4 延命医療中止の条件」

「第一に、医学的に見て、患者が回復不可能の状態（助かる見込みがない状態）に陥っていることを要する。」

「第二に、意思能力を有している状態において患者が尊厳死を希望する旨の意思を表明していることが必要である。ただし、患者はいつでもその意思を撤回することができるものとすべきである。患者の意思を確認しえない場合には、近親者又は後見人など信頼しうる適当な者の証言に基づいて中止を決定すべきである。患者の意思が不明であるときは、延命医療の中止は認めるべきではなく、それゆえ、近親者等が本人の意思を代行するという考え方を採るべきではない。」(72頁)

「第三に、延命医療の中止は、医学的判断に基づく措置として担当医がこれを行うべきであって、近親者等がこれを行うことを認めるべきではない。」(72頁, 73頁)

- 「延命医療の改善を図るために、今後、立法が必要となることもありうるであろうが、当面は、延命医療の適正化を医療の現場に委ねるのもやむを得ない。」(73頁)

【若干の検討】

- ◇医療関係団体の終末期医療に関する意向表明としては、初期に属するものであり、様々な問題点も指摘されてきたところである。²⁾
- ◇「書面による事前の意思表示（リビングウィル）」などの導入を謳っている点は画期的と言えるであろう。また、「リビングウィル」は近親者等の証言でもよく、書面によらなくても認められるとしている点も特徴的と言える。
- ◇近親者による本人の「意思を代行する」ことを禁止している点も当時のガイドラインとしては注目される点と言える。

★02 日本安楽死協会「末期医療の特別措置法草案」(1979年)³⁾

- 「第三条（本人の過剰な延命措置を拒否する意思表示）

一五歳以上の意思能力ある者は、不治かつ末期の状態となった場合には、過剰な延命措置を拒否する旨を予め次のいずれかの方法で文書により表示することができる。

- 1 本人が不治かつ末期の状態となったときは、過剰な延命措置を拒否する旨を、正常な意識をもって予め文書により表示し、その文書に日付、住所、氏名を自署し捺印すること。
- 2 疾病その他の事由によって本人が自筆署名をなし得ない場合は、本人が前項の意思表示したこと及びその日付を記録する文書に、その意思表示に立ち合い、かつその意思表示の表示が正常な意識をもってなされたことを証明する医師二名以上が署名捺印すること。」

- 「第四条（本人の意思の撤回）

前条第一項の場合において、本人がその意思を撤回するには、本人がその文書を破棄するかまたはその文書にこれを撤回する旨及び日付、氏名を自署しなければならない。」

- 「第五条（意思能力のない者についての措置）

第一条に定める個人の意味決定権は他の者が代行できない。但し意思能力のない者については家庭裁判所の審判を受けることができる。」

- 「第七条（医師の行為の免責）

この法律の規定にしたがってなした延命措置の差し控えまたは停止の措置について、医師は民事上、刑事上の責任を問われることはない。」

- 「第九条（生命保険契約との関係）

本人が延命措置を拒否する意思表示をしたことによって、保険契約上自殺とみなされてはならない。」

【若干の検討】

- ◇「意思の撤回」の要件が厳格に過ぎるようにも感じられる。無方式とするのが比較法的にも一般的と思われる。

◇「個人の意思決定権は他の者が代行できない」としている点、および、その場合に「家庭裁判所の審判を受けることができる」としている点は注目される。

★03 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年5月)⁴⁾

このガイドラインについては、拙稿においてすでに掲載および検討をしているため、本稿では新たな考察はしない。⁵⁾

★04 尊厳死の法制化を考える議員連盟「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱(案)」(2007年)⁶⁾

延命中止法案要綱案の骨子

<定義>

- ・ 臨死状態は、すべての適切な治療を行っても回復の可能性がなく、かつ、死期が切迫している状態
- ・ 延命措置とは、患者の治癒を目的としないで単にその生命を維持するための措置(栄養、水分の補給を含む)

<延命措置の中止>

- ・ 患者(15歳以上)の書面による意思表示があり家族が拒まないとき、医師は延命措置の中止ができる。
- ・ 臨死状態は2人以上の医師が判断

<罰則>

- ・ 臨死状態判定書面を作成しなかったり、虚偽の書面作成などは50万円以下の罰金

【若干の検討】

◇延命処置中止の意思表示の能力を15歳以上としている点は画期的である。

◇延命処置中止については、本人の書面による意思表示に加えて、これについて「家族が拒まない」ことが要件とされている点は注目される。

★05 日本救急医学会 救急医療における終末期医療のあり方に関する特別委員会「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(2007年11月)⁷⁾

I 基本的な考え方・方法

(中略)

1. 終末期の定義とその判断

救急医療における「終末期」とは、突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態で、救急医療の現場で以下

1) ～ 4) のいずれかのような状況を指す。

- 1) 不可逆的な全脳機能不全（脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む）と診断された場合
- 2) 生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必要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数日以内に死亡することが予測される場合
- 4) 悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合

なお、上記の「終末期」判断については、主治医と主治医以外の複数の医師（以下、「複数の医師」という）により客観的になされる必要がある。

2. 延命措置への対応

1) 終末期と判断した後の対応

主治医は家族や関係者（以下、家族らという）に対して、患者が上記 1. - 1) ～ 4) に該当した状態で病状が絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くない状態であることを説明し、理解を得る。その後、本人のリヴィング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認する。ついで、主治医は家族らの意思やその有無について以下のいずれかであることを判断する。

(1) 家族らが積極的な対応を希望している場合

本人のリヴィング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）を確認し、それを尊重する。家族らの意思が延命措置に積極的である場合においては、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能である」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝達し、その後には家族らの意思を再確認する。

再確認した家族らの意思が、引き続き積極的な対応を希望している時には、その意思に従うのが妥当である。結果的に死期を早めてしまうと判断される対応などは行うべきではなく、現在行われている措置を維持することが一般的である。

家族らが積極的な対応を希望する場合でなければ、複数の医師、看護師らを含む医療チーム（以下、「医療チーム」という）は、以下 2. - 1) - (2)～(4)を選択する。

(2) 家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合

家族らの受容が得られれば、患者にとって最善の対応をするという原則に則って家族らとの協議の結果により以下の優先順位に基づき、延命措置を中止する方法について選択する。

- ① 本人のリヴィング・ウィルなど有効な advanced directives（事前指示）が存在し、

加えて家族らがこれに同意している場合はそれに従う。

- ② 本人の意思が不明であれば、家族らが本人の意思や希望を忖度し、家族らの容認する範囲内で延命措置を中止する。

上記①、②の順で、家族らの総意としての意思を確認した後に、医療チームは延命措置中止の方法として2. - 2) の内から適切な対応を選択する。なお、本人の事前意思と家族らの意思が異なる場合には、医療チームは患者にとって最善と思われる対応を選択する。

- (3) 家族らの意思が明らかでない、あるいは家族らでは判断できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法についての対応は、主治医を含む医療チームの判断に委ねられる。その際、患者本人の事前意思がある場合には、それを考慮して医療チームが対応を判断する。これらの判断は主治医、あるいは担当医だけでなされたものではなく、医療チームとしての結論であることを家族らに説明する。この結果、選択されて行われる対応は患者にとって最善の対応であり、かつ延命措置を中止する2. - 2) の選択肢を含め、家族らが医療チームの行う対応を納得していることが前提となる。

- (4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは慎重に判断する。なお、医療チームによる判断や対応は患者にとって最善の対応であることが前提である。

医療チームによっても判断がつかないケースにおいては、院内の倫理委員会等において検討する。このような一連の過程については、後述する診療記録指針に基づき、診療記録に説明内容や同意の過程を正確に記録し、保管する。

(以下、省略)

【若干の検討】

- ◇「救急医療における「終末期」」に限定してガイドラインが作成されていることは注目される。
- ◇本人の「事前指示」に加えて、「家族らがこれに同意している」ことが延命措置中止の要件であるとしている点は注目される。

★06 日本医師会第X次生命倫理想談会「終末期医療に関するガイドライン」(2008年2月)⁸⁾

- 「終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等」に際しての基本的な手続きとして、以下のことがあげられる。
 1. 患者の意思が確認できる場合には、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思を

基本とし、医療・ケアチームによって決定する。その際、医師は押し付けにならないように配慮しながら患者と十分な話し合いをした後に、その内容を文書にまとめる。

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。また、患者が拒まない限り、決定内容を家族等に知らせる。

なお、救急時における医療の開始は原則として生命の尊厳を基本とした主治医の裁量にまかせるべきである。

2. 患者の意思の確認が不可能な状況下にあっても「患者自身の事前の意思表示書（以下、「意思表示書」という。）がある場合には、家族等に意思表示書がなお有効なことを確認してから医療・ケアチームが判断する。また、意思表示書はないが、家族等の話などから患者の意思が推定できる場合には、原則としてその推定意思を尊重した治療方針をとることとする。なお、その場合にも家族等の承諾を得る。患者の意思が推定できない場合には、原則として、家族等の判断を参考にして、患者にとって最善の治療方針をとることとする。

家族等との連絡が取れない場合、または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などに際しては、医療・ケアチームで判断し、原則として家族等の了承を得ることとする。

上記のいずれの場合でも家族等による確認、承諾、了承は文書によらなければならない。

3. 上記1. 及び2. の場合において、医療・チームケアの中で医療内容の決定が困難な場合、あるいは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などに際しては、複数の専門職からなる委員会を別途設置し、その委員会が治療方針等についての検討・助言を行う。

以上、終末期における治療の開始・不開始・変更及び中止等に関しその手続きについて述べた。

終末期の患者が延命措置を拒否した場合、または患者の意思が確認できない状況下で患者の家族等が延命措置を拒否した場合には、このガイドラインに沿って延命措置を取りやめた行為について、民事上及び刑事上の責任が問われないような体制を整える必要がある。」（1頁～3頁）

- 「注2 家族等とは、法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む。なお、終末期を想定して患者にあらかじめ代理人を指定してもらっておくことが望ましい。」3頁
- 「注3 患者自身の事前の意思表示書とは、患者があらかじめ自身の終末期医療に関して指示している書面のことをいう。」（3頁）

【若干の検討】

- ◇患者の「意思表示書」について、家族等はそれが有効であることを確認する権限のみが認められるに過ぎないとしている点は注目される。
- ◇「家族」の定義を行っており、「法的な意味での親族だけで」はないとしている点は大いに注目される。様々なガイドラインにおいて「家族」という文言が用いられているが、定義を行っているものは少ないと思われる。

★07 日本学会議臨床医学委員会終末期医療分科会「終末期医療のあり方について——亜急性型の終末期について——」(2008年(平成20年)2月)⁹⁾

- 「1. 検討の経緯」議論を開始するにあたっての合意事項としては、(中略)2) 終末期には急性型(救急医療等)、亜急性型(がん等)、慢性型(高齢者、植物状態、認知症等)があるが、本分科会では主として亜急性型の終末期に集中して議論する。」(2頁)
- 「2 亜急性型における終末期医療のあり方」11頁。「(1)終末期医療に関する本人意思が明確な場合」「医学的に見て病状の進行が確実であるならば、多職種医療チームによる判断を前提として、リビング・ウィルも含め繰り返しての本人の意思確認の上で、本人意思に従う。(中略)緩和医療が十分に提供されていても、延命医療を拒否し、その結果、死期が早まることを容認する患者には、リビング・ウィルも含めその意思に従い延命医療を中止する。」12頁
- 「(2)患者本人の意思が確認できないまま、意識レベルが低下し終末期にある場合」「この場合も多職種医療チームによる判断が必要だが、「できるだけ長生きしたい」が多くの患者の希望であるという前提に立ち、患者にとって最善の医療を追求することが基本である。」(13頁)
- 「(3)患者本人の意思が確認できないまま終末期に入り、家族から延命医療の中止を求められた場合」(中略)本年5月に厚生労働省から出された「終末期医療に関するガイドライン」では、患者が何を望むかを基本とした、家族による患者の「推定」を容認するとともに、家族が患者の意思を推定できない場合でも、医療・ケアチームは、家族と十分に話し合った上で、患者にとっての最良の治療方針を判断するものとしている。またこれらの点については、本年8月に日本医師会から出された「終末期医療に関するガイドライン」も同様の立場を取っている。「当分科会も、直近に出されたこれらのガイドラインと基本的に同様な立場を取るものである。ただしこのような立場は、患者の自己決定を尊重するという観点だけからでは解決のつかない状況に際して、延命に全力を尽くすことを基本前提としつつも、関係者の衆知を集めて最善の選択を行える余地を残そうとするものであり、「自己決定」を行う患者本人の意思を、近親者等が単純に「代行」という考え方とは基本的に異なる。」(13頁)

【若干の検討】

- ◇「終末期には急性型(救急医療等)、亜急性型(がん等)、慢性型(高齢者、植物状態、認知症等)がある」として、それぞれに応じた対応を提案しているガイドラインとして注目される。

★08 日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」(2009年2月)

(日本医師会「グランドデザイン 2009—国民の幸せを支える医療であるために—」67頁以下)¹⁰⁾

日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

1. 終末期とは

(中略)

2. 終末期医療の基本的あり方

- (1) 患者本人・家族等との十分な話し合いの上で行う。
- (2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。
- (3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。
- (4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺幇助など）は行わない。

3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優位とする。

(1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

- 1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。
- 2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。
- 3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。
- 4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

(2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。
 - ① 担当医は、複数の医療関係者の下で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。
 - ② 家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。
 - ③ 患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望していても、治療の中止には家族等の同意が必要である。
 - ④ 患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

(3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的に上記3-(2)に準ずる。
- 3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意思表示⁸⁰がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

付帯事項（省略）

【若干の検討】

◇ 「(1)終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合」「(2)一定の終末期を経て臨死状態に入った場合」「(3)急性期治療中で臨死状態に入った場合」の3つの場合に分類して、対応を提案している点は注目される。

★09 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」
(2009年(平成21年)5月)¹¹⁾

★10 全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」
(2016年(平成28年)11月)¹²⁾

終末期医療に関するガイドライン
～よりよい終末期を迎えるために～

I. 本ガイドライン策定の目的

(省略)

II. 終末期の定義

「終末期」とは、以下の三つの条件を満たす場合を言います(注4)。

1. 複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること
2. 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること
3. 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること

III. 終末期における治療の開始・継続・中止について

1. 生前の意思表示(リビングウィル)がある場合

医師は、いかなる病気についても、その病状、可能な治療法、それを行った場合の病状のみならず生活その他の場面にもたらす影響を含めて説明を行います。終末期においても同様です。

医学の進歩にもかかわらず病気の治療には限界があるため、医療の現場では治療の開始・継続・中止の判断が大変難しい場面がありますが、終末期には特にその判断に苦慮する場面が多く、その際には患者の意思を尊重し対処します。

終末期においては、人工呼吸器や経管栄養、補液、抗生剤などの薬物の使用開始と継続が問題となりますので、普段から病気の状況に合わせて事前にどのような治療を受けるのか、あるいは治療の継続を中止するのかなどの生前の意思表示を明確にし、文書に残しておくべきと考えます。

生前の意思表示を文書として作成する意義は、作成を契機に終末期という状況を自分で

よく考え、家族と話し合うことと代弁者（注5）を選定しておくことで、将来の無用な混乱を避けることにあります。意思を表明できるうちは、いつでも文書または口頭で内容の変更が出来ますが、救命救急を要する病気や脳の病気などでは自分が判断できない状況に陥ることもありますので、代弁者を決めておくことも大変重要です。

医療提供者は、生前の意思表示の重要性を国民に知ってもらう活動を行うとともに、意思表示が求められることの多い病気や病態を中心に、最新の医療に関する情報を常に国民に提供するように努めるべきです。

2. 生前の意思表示が不明確か、ない場合

本人の言動を常日頃から知っている家族がおり患者の意思が推測できる場合は、その方から本人の意思を聞きます。

この場合、家族は生計を同じくするものとされますが、実際に医療提供者には生計が同じかどうか確認する方法が限られており、家族の範囲を明確にすることはしばしば困難であり、同様の理由で家族全員の意向を確認することも困難です。また、家族の中で意見が異なる場合の優先順位に明確な規定がないことも、本人に代わり家族が意思決定を行う場合の問題を複雑にしています。

あらかじめ代弁者が決められており、医療のための代理委任状が作成されていれば、代弁者の意思を尊重します。

生前の意思表示が不確かで代弁者が決められていない場合には、「治療により回復が期待できない状態と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を開始しない、あるいは治療を中止することを決めることができる」ようにすべきです。この場合、本人との関係が親密であったと推定される方（最近親者）の意向を優先することが現実的と考えますが、家族間で機械的に優先順位をつけることは好ましくありません。最終的には最近親者の意向が重視されるものの、医療提供者は家族全員が状況を理解し考えをまとめるに当たり、可能な限りそれを支援することが必要です。しかしながら、支援を行っても合意に至らない場合には、第三者を含む倫理委員会等で検討しその結論に基づいて対応する必要があります。治療方針を決定する際は、医療提供者側と家族との信頼関係を損なわないよう、個々の施設が定める様式にしたがってその経緯（説明者、家族名、代表者名、生前の意思表示の有無、代弁か推察か）及びその理由（終末期の判断根拠や治療の限界に関する説明内容および質問と回答内容、納得と同意）等を記録しておくべきです。

注5：医療代理（medical power of attorney）とも呼ばれ、患者自身が自分で医療の決断をすることができなくなった場合に、患者にかわり決定する人を指名することをいいます。そのための文書を医療の為の代理委任状（Durable Power of Attorney for Health Care）といいます。財政面の代理人、後見人（financial power of attorney）とは異なります。（注5の内容以下省略）

【若干の検討】

- ◇ 2009年版と2016年版の内容はほぼ同様であるが、上記太字下線部のみ2016年版で加筆されている。(全て「代弁者」に関する説明についての加筆である。)
- ◇ 「代弁者」「医療代理」などについて詳細に定義しているガイドラインであり、大いに注目される。

★11 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」(2010年)¹³⁾

- この「報告書」は、一般国民と医療福祉従事者に対する終末期に関する意識調査を整理したものである。約25頁に及ぶ報告書の本体部分のうち、20頁以上が意識調査の結果の客観的資料の提示にとどまっている。報告書の末尾の部分で、調査の整理・集約が図られているというものである。
- 「V 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ」「1 終末期医療のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて」「○リビング・ウィルの法制化については、「法制化すべきである」という意見がある一方、調査結果においても一般国民の約6割が否定的であったように、「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」という意見が多かった。」(23頁)
- 「一方で、患者の意思を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルの考え方を支持する者も増えている。」(23頁)
- 「また、患者が意思を表示できない、あるいは判断できなくなった状況に陥った時点で、患者の意思を推定し、終末期をあり方を総合的な観点から判断できるよう、患者に近い者を代弁者として事前に選定しておくべきであるという意見があった。」(23頁)

【若干の検討】特筆事項はない。

★12 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年6月)(平成24年6月)¹⁴⁾

- このガイドラインでは、冒頭の「はじめに」の項目で、「適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われるべきではない」との記述があり、加えて、ガイドラインの末尾に「本ガイドラインに賛同する法律家」として著名な大学の教授と複数の元最高裁判所判事の名前が列挙されている。このガイドラインを法的にも意味を持たせる趣旨である。
- 大きな項目の一つ目に「1. 医療・介護における意思決定プロセス」があり、主題が以下のように掲げられている。

医療・介護・福祉従事者は、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、皆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。

としている。

ここで、「代理人」に関しては注釈が付されており、以下のような詳細な説明が述べられている。

「代理人」は、本人が私的に指名した知人、法定後見人、任意後見人などを含む。ここでは、「本人に代わって選択する」という役割を期待しておらず、ただ本人の意思や本人の人生にとって何が益かといったことについての話し合いに参加していただくことを期待しているので、「法定後見人は医療上の決定についての権限はない」といった事情に触れるものではない。（以下、省略）

そして、「1.4」の項目では以下のように述べられている。

患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつでも自発的に理解し、選択する主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない。そこで：

(A) 本人の意思確認ができる時

- ①本人を中心に話し合って、合意を目指す。
- ②家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。

(B) 本人の意思確認ができない時

- ③家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
- ④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする。

としている。

○その他の記述は省略する。

【若干の検討】

◇「代理人」について、詳細に定義している点は大いに注目される。しかも、現行の民法に規定されている「法定後見人」と「任意後見人」の概念を直接用いながら、その者に付与されるべき権限を明確にしようとする試みは重要なものである。

◇医療従事者、患者本人と家族の関係性については、厚生労働省のガイドラインを踏襲しているものと思われる。

★13 尊厳死法制化を考える議員連盟「終末期医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」（2012年6月）¹⁵⁾

○「（延命措置の不開始）第七条 医師は、患者が延命措置の不開始を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合（当該表示が満十五歳に達した日後にされた場合に限る。）であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省令で定めるところにより、延命措置の不開始をすることができる。」

- 「(定義) 第五条 3 この法律において「延命措置の不開始」とは、終末期にある患者が現に行われている延命措置以外の新たな延命措置を要する状態にある場合において、当該患者の診療を担当する医師が、当該新たな延命措置を開始しないことをいう。」

【若干の検討】

- ◇同議員連盟の2007年の「法律案要綱(案)」と同様に、延命措置不開始の要件のとして、本人が満15歳以上であるとしている点は注目される。

- ★14 厚生労働省「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」改訂平成27年(2015年)5月¹⁶⁾

このガイドラインについては、2007年版同様に、拙稿において既に掲載と検討をしているので、本稿においては新たに考察を加えることはしない¹⁷⁾。

- ★15 厚生労働省「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」改訂平成30年(2018年)3月¹⁸⁾

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

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種¹⁹⁾の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
- また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
- さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。
- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人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 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

【若干の検討】

◇1 ①の第3段落において、「本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である」としている点は、2015年ガイドラインに追加して規定されたものであり、改訂の大きなポイントであると言える。ただ単に、家族で話し合うということではなく、家族の中でも「特定」の者を患者の意思の推定者と予め定めておくことが望ましいとしている点は、諸外国との比較においても是認されるべき事項であると考えられる。

Ⅲ 本稿における総合的考察 —結びに代えて—

以上の各団体の公表している終末期医療に関するガイドラインの個別の検討を踏まえて、本稿の最後に、総合的な視点から検討を加えて、結論を得たいと考える。以下で本稿の整理を試みたい。

第一に、1955年に公表された★01では、近親者による「意思決定代行」を禁止している。障害者権利条約が国連で採択されたのが2007年であることを考えると当時としては先進的な思考を取り込んだものであると評することができる。★02においても「意思決定権は他の者が代行できない」としている。

第二に、★05は救急医療に限定した終末期医療のガイドラインとなっている。★07は、終末期について、「急性」「亜急性」「慢性」という類型化をした上で各類型に応じた終末期医療の対応を規定している。★08も同様に終末期の類型化に基づいた対応を規定している。

第三に、ほとんどのガイドラインでは、本人の意思を示している事前指示書に加えて、家族の承諾を合わせて治療不開始・中止の要件としているのに対して、★06では、家族等は、事前指示書が有効なものであることを確認する権限を有することに限定している点が特徴的である。

第四に、「尊厳死の法制化を考える議員連盟」は2007年に★04を、2012年に★13を公表しているが、★04では延命措置の中止の意思表示について、★13では延命措置の不開始の意思表示について、それぞれ本人が満15歳以上の者であることを要件としている点が特徴である。

第五に、★09および★10、さらに★12は、医療のための「代弁者」「医療代理」「代理人」などについて、詳細な定義を含めて具体的に規定している点は非常に際立っている特徴と言える。厚生労働省の2018年の喫緊のガイドラインでも、「本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である」と追加規定を置いた。このような動向は注目すべき点であると言える。

第六に、★06では、「家族等」に関して詳細な定義を行っている。治療中止に家族の承諾を必要としたり、本人の推定的意思を求める対象を家族とする場合には、このような点に十分留意する必要があると思われるため、注目すべき規定である。

以上のように、本稿で検討した個々のガイドラインを整理検討してみると、わが国で、今後議論されるべき論点が浮き彫りとなったように思われる。敷衍すれば、①「意思決定代行」については認められないということ、②「急性」「亜急性」「慢性」などといったように、終末期

を類型化して対応を考えるべきなのかということ，③事前指示書は，それ自体のみで有効なのか，それに家族等の承諾を要件として加えるべきなのかということ，④事前指示書の作成を認める年齢（能力）を要件として設定すべきかということ，⑤いわゆる「医療上の代弁者」のような概念を設定・導入すべきかということ，⑥「家族等」の定義を明確にする必要があるのではないかということなどが挙げられる。

医療関係団体のガイドラインには，様々なものが存在している。本稿では紙幅の関係で検討することができなかつたガイドラインも多数存在する。また，それぞれのガイドラインに対する意見表明も多数存在しているが，その検討についても割愛させていただいた。

本稿における結語は，以下の端的なものである。すなわち，それぞれのガイドラインの長所を組み合わせれば，よりよい終末期医療の規範を構成していくことが可能となるということである。今後も各団体のガイドラインを注視していきたいと考える。

【謝辞】

本稿は，日本学術振興会科学研究費「挑戦的萌芽研究」J S P S（課題番号 [16 K 15306]）の助成を受けた研究の成果の一部である。

【注】

- 1) ジュリスト 1061 号 (1955) 70 頁。
- 2) 例えば，新美育文「日本学術会議・死と医療特別委員会報告「尊厳死について」の問題点」ジュリスト 1061 号 (1995) 40 頁以下など。
- 3) ウェブサイト <http://www.arsvi.com/1900/7811et.htm>
- 4) ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 5) 拙稿「医師による「治療中止」の行為規範に関する一考察」高崎経済大学論集 60 巻 4 号 189 頁参照。
- 6) 毎日新聞 2007 年 6 月 8 日金曜日 3 頁。
- 7) 「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」（へるす出版 2010）ジュリスト 1377 号 110 頁以下（2009 年 4 月）。
- 8) ウェブサイト http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf（1 頁～ 4 頁）（最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日）。
- 9) ウェブサイト <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>（最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日）。
- 10) ウェブサイト http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090218_11.pdf（最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日）。
- 11) ウェブサイト <https://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf>（最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日）。
- 12) ウェブサイト https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf（最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日）。

- 13) ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000yp3k.pdf>
(最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日)。
- 14) ウェブサイト https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
(最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日)。
- 15) ウェブサイト <http://mitomenai.org/bill> (最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日)。
- 16) ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf> (最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日)。
- 17) 前掲拙稿高崎経済大学論集 60 巻 4 号参照。
- 18) ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (最終閲覧日 2018 年 8 月 15 日)。
- 19) 例えば、日本緩和医療学会『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』〔2012 年版〕(金原出版 2012) は、「治癒の見込めないがん患者」を対象とする鎮静のガイドラインであり、終末期医療における「延命治療」などの開始・不開始および中止などのプロセスと密接に関係するものであるが、本稿では紙幅の都合上、検討を割愛させていただいた。