

## 【別添3】

### アメリカ合衆国における終末期医療に関する法制度

奥田 純一郎（上智大学法学部法律学科 教授）

#### A. 研究目的

高度で高額な医療が一般化した先進諸国では、治癒・回復の見込めない終末期にある患者に対し、どこまで医療を継続するかが課題となっている。それは一方では医療費の高騰という社会経済的問題である。また同時に、人々の価値観が多様化したために、自らが患者として終末期を迎えた時に生命維持治療による延命を望まないことがあるという、個人的・内面的自由の問題でもある。

こうした終末期医療に関し、わが国は明確な法制度を未だ持っていない。現在は非公式な医師患者（あるいは患者家族）間の話し合い、あるいは諸学会・団体による、かかる話し合いのためのガイドラインに依拠して終末期医療の方向を決め、実践されている。こうした話し合いがなされていない・不完全にしかなされないことにより、医師が専断的に終末期医療の方針（特に生命維持治療の不開始・中止）を決定し実行することで、民事・刑事を含む法的責任を問われる事態が起きかねない。

こうした終末期医療の在り方が問題となった川崎協同病院事件では、控訴審判決が立法または公的ガイドラインによる対処を求めた。しかしながら、関連立法は未だなく、厚生労働省によるガイドラインも、慎重な話し合い手続を求めるに留まり、例えば生命維持治療の中止を行った医師の実体的な評価につき、沈黙している。

本研究では、我が国における終末期医療に関する法制度構築の前提として、既にこうした制度を有する諸外国における実践を比較検討する。その一環として、本稿ではアメリカにおける実践を調査し、どのような対処が可能であり、望ましいかを考察する手掛かりを提供する。

#### B. 研究方法

文献調査によって上記の目的を果たすことを試みた。歴史的経緯については既に多くの文献によって言及があるが、現状については、全米 50 州につき対応が多様であるため、レビュー論文である Pope, Thaddeus Mason, “Dispute Resolution for Intractable Medical Futility Disputes”, in: *New York Law School Law Review*, 58(2)(2013) を参照した。

（倫理面への配慮）

公表された論文や教科書の記述を参照したのみであるため、倫理的配慮は特に必要としなかった。

#### C. 研究結果

##### 1. 歴史的経緯：事件・判決・立法の相互作用と、連邦的多元性

アメリカにおいても従来、積極的安楽死を合法化しようとする立法の試みはあった。し

かしそれらは、今日のように患者の自己決定権を基盤にしたものではなく、専ら医療者側の行為としての慈悲殺（**mercy killing**、患者の苦痛を見かねた医師により、苦痛からの解放を目的に患者を（患者本人の意思とは無関係に）殺害すること）を許容しようとするものであった。これらは全て州法レベルのものであり（1906年オハイオ、1969年フロリダ、1975年ハワイ・モンタナ・ウィスコンシンなど）、連邦レベルでの動きにはならず、しかも全て否決されている。

これに対し、今日につながる形での終末期医療の法制化は、患者の自己決定権を基盤とするものになっている。またそれを媒介して患者以外の者による決定を理由にするもの、患者の意思の制約としての治療義務の限界・医師の良心的拒否を理由にするものも散見される。

そのきっかけになったのは、1976年9月成立のカリフォルニア州自然死法（**Natural Death Act**）である。この州法が成立する契機となったのは、同年3月のカレン・アン・クインラン（**Karen Ann Quinlan**）事件（以下、クインラン事件）ニュージャージー州最高裁判所判決である。この判決に至る事件の経緯が報道されることにより、全米の国民の意識に変化が起こり、カリフォルニア州自然死法成立を後押しし、それを契機に他州で同様の法案が成立するのを促した。

クインラン事件は前年、当時21歳のカレンが薬物により呼吸停止・意識不明となったことに端を発する。カレンは病院に搬送され人工呼吸器に繋がれたものの、酸欠状態となり脳に障害が生じ、意識を回復することはなかった。その後カレンの父が人工呼吸器を外して家族の信仰に合った「自然死」を迎えさせるべく、自身をカレンの代理人に選任することを裁判所に求めた、というのが事件の概要である。第1審の棄却に対しカレンの父は控訴し、ニュージャージー州最高裁判所は、患者のプライバシー権（私事に関する自己決定権）は治療拒否権を含み、それによって患者に死がもたらされたとしても、治療拒否を実施した医療者は民事刑事如何なる責任も免除される、との理由で請求を認容した。

この事件においては、カレンは「先端医療により生きることを強制される患者」というイメージで報道され、治療拒否権はそこからの解放を与えるもの、と受け取られた。また本人がその権利を行使できない時は、家族が本人の意思を推定して行使することは問題視されなかった。更に人工呼吸器を外せばカレンはすぐに死に至る、との前提で訴訟が遂行されていたため、治療拒絶権は「死ぬ権利」として捉えられていた（しかし実際には人工呼吸器取り外し後もカレンは9年間生存した。このことが別の問題を引き起こすが、それについては後述する）。この「死ぬ権利」は①意識もなく生命維持治療によってのみ生き続ける（それしかできない）生は、医学的無益性（**medical futility**）を帯びており、尊厳なき生である、との認識、と②このような生を維持するための治療を拒絶する患者の意思・自己決定（もしくは近親者等によるその推定）は、プライバシー権に属するものとして尊重に値する、との価値判断、の二つの要素からなっている。この判断は、1977年のサイケヴィッチ事件マサチューセッツ州最高裁判所判決でも踏襲され、生涯に渡って精神的に無

能力であった患者ジョゼフ・サイケヴィッチ (Joseph Saikewicz) についても①を前提に②を「本人に判断能力があったなら」という仮定の下で後見人が行使して治療中止を求めるところを認めている。

クインラン事件及びその判決が報道されるにつれ、各州に在住するアメリカ国民に意識の変化が生じた、とされる。従来は「死を意図して、治療を停止するのは殺人に等しく、ナチスの「安楽死」と同様だ」という意識が支配的であった。しかしクインラン事件以後「生を強制される患者は、そのことによって家族を物心両面で苦しめる。こうした事態は普通の家庭にも起こり得る。そのことを避けるべく「自然死」を迎えるため、治療停止を求める権利は認められるべきだ」との意識に変化した。その結果、事件前の1974年に「死ぬ権利法」としてカリフォルニア州議会に提案されて否決されたのとほぼ同様の法案が、「自然死法」と名称を変えたのみで可決されることになった。

カリフォルニア州自然死法は、二人の証人の前で、末期状態（余命期間の明示はないが、不治の状態では生命維持治療なしでは延命不可能とされる状態）での生命維持治療の不開始・中止を指示する指令書（リビング・ウィル）を作成する権利を、全ての成年者に認め、これに従った医療者を民事刑事ほかあらゆる法的責任から免除する、とするものである。この法律は、世界で初めてリビング・ウィルに効力を認めた立法である、とされる。他州でも同様の立法が検討され、採択された州もあった。その結果州による立法の不一致による不都合が生じかねない状態になった。

この状態を避けるべく、1985年に統一州法委員全国会議 (National Conference of Commissioners on Uniform State Law、模範的な州法案を作成し各州にその採択を要請することにより、州ごとの法の齟齬を解消しようとする団体。専門家団体であって国家機関ではない) により統一末期患者権利法 (Uniform Rights of the Terminally Ill Act、以下統一州法案) が成立し、38州が採択した。この統一州法案は1989年に改訂され、カリフォルニア州を含め45州が採択した (カリフォルニア州は、この時点で自然死法を廃止し、この法案に置き換えた)。統一州法案は、基本的にカリフォルニア州自然死法の内容を踏襲している。ただ末期状態を「生命維持治療を施さなければ、比較的短期間に死をもたらすであろう、不治で不可逆の状態」とする点、患者が意思表示できない (無能力) 時に、事前に患者自身に代理して生命維持治療の不開始・中止を決定する権限 (Durable Power of Attorney for Health Care、無能力時持続的代理権) を行使する代理人を指名しておく文書 (アドバンス・ディレクティブ) の有効性を定めた点、医師が自己の良心に照らして生命維持治療の不開始・中止が出来ない場合は他施設に移送すべきことを定めた点が、自然死法と異なる。即ち前述①を前提としつつ②の患者のプライバシー権 (それが患者本人以外の者によって行使され得る、という点で矛盾を孕むとしても) により、生命維持治療の不開始・中止を認めようとする、という傾向は一致している。

しかしカリフォルニア州自然死法成立後も、いくつかの事件が起こることによって終末期医療の方向は変化した。無能力者である84歳のクレア・コンロイ (Claire Conroy) の

鼻腔栄養補給チューブの取り外しを後見人である甥が求めた1985年のコンロイ事件ニュージャージー州最高裁判所判決では、後見人または州による代行判断の基準として（A）患者本人の意思を推測する主観テスト（B）州がその人の客観的な最善の利益を判断して決定する最善の利益テストを挙げ、これに従って生命維持治療の不開始・中止を求め得ることを宣言した（しかしコンロイについては、これらのテストを満たしていないとされた）。また能力者である28歳の脳性麻痺患者エリザベス・ブービア（Elizabeth Bouvia）が、自己の意思に反して挿入された鼻腔栄養補給チューブの撤去を求めた1983年のブービア事件カリフォルニア州ロサンゼルス地区上位裁判所判決は、ブービアの訴えを認め、治療拒否権の行使が末期状態に限定されないことを宣言した（なおブービアは結局この権利を行使せず、現在も生存していると報じられている）。更に交通事故で脳障害を起し遷延性意識障害に陥って7年を経過したナンシー・クルーザン（Nancy Cruzan）の栄養補給停止を共同後見人である両親が求めた1990年クルーザン事件連邦最高裁判所判決では、プライバシー権としての治療拒絶権につき「仮にそういう権利があったとして」と留保つきで認めながら、ナンシーが治療停止を希望していたとする「明確で説得的な証拠」を求めるミズーリ州法は連邦憲法に違反しない、とした（その後両親は新たな証拠を発見し、州もこれに反対しなかったため、治療中止が行われナンシーは死亡した）。

これらの事件は上記の①を前提に②を行使する、という方向が動揺していることを示している。コンロイ事件判決では①を重視して②を希薄化させる（客観的な「最善の利益」に従い判断するのであれば、もはや「患者の」自己決定は必要なくなる）ことを示している。このことは「医学的無益性」と言い換えて主張されることもある。逆にブービア事件判決では②を重視することにより①は等閑視されることを示している。そしてクルーザン事件では②に関し、それが患者本人以外によって行使されることが許容され得ることを確認すると同時に、厳格な証明を求めることにより生命保護という州の利益との均衡を図ろうとしている、という形で、論理的には②を重視しつつも、その内容に変容を与えている。総じて①または②のいずれかによって生命維持治療の不開始・中止を正当化する、という傾向への変化、ということが出来る。

これらの変化を踏まえ、立法的対応も生じた。1991年に連邦法としてこの問題を規律する、連邦患者の自己決定法（Patient Self-Determination Act）が制定された。この法律は高齢者向け連邦医療保険制度であるメディケア（medicare）と低所得者・障害者向け連邦医療保険制度であるメディケイド（medicaid）に参加する病院その他の医療関係機関に対し、患者が事前指示書（上記リビング・ウィル及びアドバンス・ディレクティブ）を作成するよう、誘導することを義務付けた。これは②を重視する傾向を前提とした上で、それを医療機関に明示するよう患者を誘導することで、終末期における問題の解決を図ろうとするものである。

他方②を重視し、治療拒絶権以上の内容を持つ「死ぬ権利」を求める方向を追求する立法を求める動きも生じた。これはクインラン事件判決以降、治療拒絶権、言い換えれば消

極的な「死ぬ権利」（消極的安楽死としての尊厳死・間接安楽死を求める権利）が結実したことを踏まえ、しかしカレン・クインランがそれによっては死をもたらされなかったことから、より確実に「尊厳ある死」が与えられるべく、積極的な「死ぬ権利」（積極的安楽死または医師による自殺幫助（Physician Assisted Suicide、PAS）を求める権利）として、②の方向を徹底させようとするものである。

それはまず、法に対する挑発的な実践が先行することで世論を喚起したことに起因した。ミシガン州の元病理医ジャック・ケボーキアン（Jack Kevorkian）は自殺装置の開発と希望者への設置によって自殺幫助を行ったことを公表し、自殺幫助に対する各州法の対応の齟齬を利用し無罪評決を勝ち取った（1989年～1998年に約130人に実施。しかし1999年に自殺幫助ではなく積極的安楽死を行ったことを公表した結果、殺人罪に問われ10～25年の禁固刑を科す実刑判決を受け収監された。2007年に健康状態の悪化のため仮釈放され、2011年に死去）。ミシガン州のように、これをきっかけに自殺幫助を違法化する動きもあったが、むしろケボーキアンの実践を合法化しようとする住民運動がおこり、立法を求める住民投票が行われた。この住民投票は1991年のワシントン州、1992年のカリフォルニア州で否決されたものの、1994年のオレゴン州尊厳死法（Death with Dignity Act）として結実した。この法律は、成人（18歳以上）であるオレゴン州住民は、二人の医師により不治で不可逆の余命6か月以内の状態にあると診断された場合、二人以上の証人の下で、医師に致死薬の処方箋を書くことを求める書面を作成でき、これにより手に入れた致死薬を服用することで自殺することが出来る権利を彼らに認めるものである。これは従来の「尊厳死」とは異なる用語法であるが、これ以降、同様のPASを許容する立法が「尊厳死法」と呼ばれることが多くなる（オレゴン州尊厳死法はその後、裁判所による差し止めや控訴審によるその破棄、州議会での廃止案可決後の再住民投票による復活など、転々とするものの、現在も有効である）。

オレゴン州での成功を足掛かりに、この方向を徹底しようとする側は、PASを求める権利はアメリカ合衆国憲法修正第14条（デュー・プロセスの保障、平等保護）の保証するプライバシー権に含まれている、との理解を一般化させ、これを禁止する州法は合衆国憲法違反で無効である、との主張を行った。この点が争われたのが1997年のグラックスバーグ事件（ワシントン州法）・クイル事件（ニューヨーク州法）連邦最高裁判所判決である。原告側はそれぞれ、PASを禁止する州法はプライバシー権を侵害する、あるいは治療不開始・中止を求める権利を認めながらPASを禁止するのは平等保護違反である、と主張した。これに対し連邦最高裁は、当該ワシントン州法がプライバシー権侵害とまでは言えないこと、治療不開始・中止は自殺ではなく、これとPASでは重要な点で異なるので、後者を禁止するニューヨーク州法は平等保護違反ではない、とした。しかし同時に連邦最高裁は、この問題が連邦で一律に規律できるものではなく、各州の自治に委ねられるものであり、州法でPASを合法化する立法をしたとしても、それが直ちに合衆国憲法違反になるという訳ではない、とも宣言した。従ってこの判決はクルーザン事件判決を踏襲し治療拒否権は合衆

国憲法の保障するプライバシー権に含まれるとしつつも、その詳しい内容や認定方法、さらに PAS を含むかについては、各州に委ねることとした、と言える（その結果、2009年にワシントン州で、オレゴン州とほぼ同内容の尊厳死法が制定され、同年モンタナ州の裁判所が PAS はプライバシー権に含まれることを宣言したため同州では慣習法上 PAS が合法化された）。

近時問題となった事例として、シャイボ事件がある。1990年、当時 26 歳の女性だったフロリダ州在住のテリ・シャイボ (Terri Schiavo) は事故により脳障害を生じ、遷延性意識障害となり生命維持治療を必要とする状態になった。その原因として医療過誤が疑われたため、後見人となった夫は病院を提訴し、1993年に勝訴（正式には和解）により多額の賠償金を得た。この直後からテリの両親と不仲になり 1997年からは別の女性と交際を始め、1998年にテリがかつて生命維持治療を拒否する意思を示していたことを理由に、後見人として人工栄養補給中止を求めた。テリの両親はこれに反対し、夫を後見人から外すことやテリに回復の見込みがあることから治療停止要求を棄却することを求めて、訴訟を繰り返した。この事件はフロリダ州、ひいては連邦の政界をも巻き込む事態となり、州議会と連邦議会は相次いで、事実上テリ・シャイボにのみ適用される州法・連邦法を可決した。しかし州法はフロリダ州最高裁判所による違憲判決と連邦最高裁判所の控訴不受理、連邦法は（合衆国憲法違反の疑い濃厚だがそれをさて置くとしても）それに照らしても両親の訴えは棄却されるとした連邦フロリダ中部地区地方裁判所判決と連邦控訴裁判所、連邦最高裁判所の上訴不受理により、テリの人工栄養補給は最終的に中止され、2005年にテリは死亡した。この事件の教訓としては、後見人を固定的に考えその地位を絶対視することの適否、また親族の話し合いの実質化が必要であること、過度に法的規律を強調することの不適切性、などがあげられる。

## 2. 現状——Pope 論文より——

以上のような経緯を経て、現在に至っている。しかしその具体的規律は、1997年の連邦最高裁判決に示されるように、州ごとにまちまちとなっている。そのため用語も不統一であり（上記「尊厳死」はその典型である）、措定されている状況も微妙に異なるため、一律に論じることが出来ない。そこで以下、「患者本人が無能力になった場合、近親者・代理人の意に反してでも、医師が治療中止を行うことを法が認めているか」という視点から各州法を分類したレビュー論文、Pope, Thaddeus Mason, “Dispute Resolution for Intractable Medical Futility Disputes”, in: *New York Law School Law Review*, 58(2)(2013)を参考にする。

ポープは、そこで問題となる「医学的終末期」を、病院の集中治療室内の患者への生命維持医療措置に関する問題であり、患者に意思決定能力がなく、代理人と医師の治療計画につき意志の一致がない、という三つの要素で定義する。彼によれば、終末期医療の方針決定においては、主治医はある段階で医学的無益性を意識し、不治で不可逆の無能力状態

に陥った患者を生かし続けることは、むしろ反倫理的である、と考へ、しかし患者側はそう考へないために、問題が起こると言う。

それでも通常は、患者や家族とのコミュニケーションの改善（倫理コンサルタントやソーシャルワーカー、チャプレン、倫理委員会などを関与させ、アドバイスを得る）や、患者による事前の意思表示（事前指示）の方法の改善という非公式な方法で、こうした問題のほとんどは予防・解決できるという。それでも治療方針が一致しない場合は、患者の意思をよりよく反映すると思われる代理人を選出する、という方法での解決も考えられるが、それが可能な状況は限られている。これらの方策が尽きる時は5%程度あり得るとされるが、この場合に医療者が一方的判断により、生命維持治療不開始・停止の行動をとることが可能であるか、が問題になる。州法がこうした医師の行動を認めるか否かについて、3通りの選択肢があり得るが、ポーブはそれを道路交通信号に擬えて以下のように表現する。

- ・赤信号州：代理人の同意なき生命維持治療停止は一切禁止
- ・緑信号州：代理人の同意なき生命維持治療停止を認める
- ・黄信号州：曖昧なガイドラインを示すのみ

赤信号州の例としては、ニューヨーク州（代理人・法定代理人の生命維持治療継続要請には、それに反対の医師も従わなくてはならない：N.Y. Public Health Law 2994 条 f (3) 及び 2984 条）、ミネソタ州（代理人の指示に反対の医師であっても、患者が転院するまでは、指示された医療の提供を保障する、全ての合理的手順を生まなくてはならない：MINN. STAT. §145C.15）、アイダホ州（代理人により保健医療提供の指示がなされたならば、その撤去・差し控えはなされてはならない：The Discrimination in Denial of Life Preserving Treatment Act: Idaho S.B.1348(2012), codified at IDAHO CODE 39-4514(3)。ただし本条項は「無益なケア futile care」は例外とされるが、その範囲は「余命数時間あるいは精々数日で、拒絶により患者の死を早めたりしない場合」と射程が極めて狭い）が挙げられる。代理人はこうした医師に反対する指示を裁判所の一時的命令を得て行うが、裁判所は概ねこうした命令を出す際の考慮をクリアするし、そうでない場合も長引いて係争中に患者が死亡することで、事実上の勝利を手にしがちである。なおアイダホ州は黄信号州からの変更で赤信号州になっており、同様の変更をアラスカ州、オクラホマ州、ヴァージニア州でも検討中とされる。

緑信号州の例としてはテキサス州が挙げられる。1999 年成立のテキサス州事前指示法（Texas Advance Directive Act (TADA) : TEX. HEALTH & SAFETY CODE § 166.046）は、医師が患者側の同意なしに生命維持治療を拒否し得る、とする。その際、病院は倫理委員会の 48 時間前に代理人に通告しなくてはならない（§ 166.046(b)(2)）し、病院は「生命維持治療は不適切」との現在の医師の診断への倫理委員会の同意から、代理人に 10 日間の猶予を与えなくてはならない（§ 166.046(e)）。この手続に従えば、医師は 11 日目には生命維持治療の中止につき、刑事・民事・懲戒責任を免れ得る（§ 166.045(d).）。生命維持治療の全てにつき緑信号なのはテキサス州のみだが、生命維持治療の一部である心肺蘇生措

置（CPR）に関してのみ同様の扱いをする州は、ヴァーモント州（それが無益（futility）であるならば、患者側の同意なしに、医師は保健医療専門職が呼吸または脈拍停止した患者に CPR を行わないことを求める「生命維持治療に関する医師命令」（Clinician Orders for Life Sustaining Treatment: COLST）を作成し得る：ヴァーモント州保健局規則）、メリーランド州（医師は、医学的無効性（medical ineffectiveness）に基づき「生命維持治療に関する医学的命命」（Medical Orders for Life Sustaining Treatment: MOLST）を作成し得る：CODE MD. REGS. 10.01.21）である。また医師個人の宗教・信念に反するサービスの提供を強制されないという、ほとんどすべての州法が有する保健医療上の良心的拒絶の制度を、この問題に適用して医師に拒否権を与える州がある。例えばカリフォルニア州（医療者は自身の宗教的または道徳的信念に反するサービスの供給を拒否し得る（California Probate Code(CAL. PROB. CODE) § 4734(a).) し、拒否したことにつき民事・刑事・懲戒責任を免れる（CAL. PROB. CODE § 4740(d)））だが、この場合でも患者側の意向を満たす施設への転院までは治療を強制されるし、終末期医療では転院がほぼ不可能なことからすると、実質無意味である。ミシシッピ州はカリフォルニア州と同様の規定を持つ（The 2004 Mississippi Healthcare Right of Conscience Act, MISS. CODE §41-107-5(1)及び(2)）が、転院までの治療を求められないし、転院を提案する必要もない（MISS. CODE § 41-107-3）。

黄信号州の例としては、カリフォルニア州が医療者に「医学的に無効な保健医療または…一般的に受容された保健医療基準に反する保健医療を求める、個別の指示・決定に従うことを拒絶し得る」（CAL. PROB. CODE § 4735.）し、この拒絶によって「民事・刑事上の責任を問われることはなく、非専門職的行為として懲戒を受けることはない」（CAL. PROB. CODE § 4740(d).）とする規定がある。一見医師の拒絶権とそれによる免責を認めているようだが、条件が具体的でなく検証可能でないため、かえって不確実になっている。「医学的無益性」は終末期医療においてはほとんど問題にならず、「一般的に受容された保健医療基準」は終末期医療ではそんな基準がないため、曖昧であり医師は自身が免責されるか不安に陥れられることになる。

以上のようなまとめを踏まえて、ポープは以下のように結論付ける。赤信号州には「誤った消極性」のエラー、即ち医学的にも倫理的にも不適切な場合にも生命維持治療を継続させる、という誤りを犯す危険があり、そのことが患者を苦しめ、医師を落胆させ、資源の無駄を生じさせかねない。他方緑信号州には「誤った積極性」のエラー、即ち終末期であると誤って判断する危険性（例えばテキサス州法では、医師の判断を審査しその決定の独立性を保障する、手続き的デュープロセスが存在しない）があり、患者を誤って死に至らしめる恐れを否定できない。両者の中間にあるものとして黄信号州の対応は改善の機会を与えるものとして、好ましいかもしれない。そもそも終末期における生命維持治療には心理的効果もあり、その不開始・中止の判断には医学的・科学的判断に尽きない価値負荷的判断を強いられる。その判断をするのに誰が適任であるか。我々はそれを知りえないが、



論争・意見の不一致を鎮静化させることはできる。

こうしたポープの結論は、全米医師会（America Medical Association、AMA）の1991年公布のガイドラインでも裏付けられている。医学的無益性は良く口にされるものの、その基準を客観的に示してはいない。むしろそれを医師や施設といった医療者側の専権事項として語るよりも、患者側との話し合いによる解決を推奨しているように見える。

#### D. 考察

アメリカにおける医療では自己決定が特に重視される、と言われて久しいが、それが行き過ぎて奇妙な展開を示していることも見て取れる。例えばリーディング・ケースといえるクインラン事件ニュージャージー州最高裁判所判決は、1973年の人工妊娠中絶に関するロウ事件連邦最高裁判所判決に言及しプライバシー権を根拠にしているが、患者であるカレン・クインラン本人の意思・自己決定が示されていた訳ではなかった。にもかかわらず「近親者・代理人による患者本人の意思の推測」や「代行判断者選任に落とし込んだ自己決定」「最善の利益」などのフィクションを導入することにより、プライバシー権の行使、という構成にこだわり続けている。それは終末期医療が問題になる時は患者本人が無能力（判断能力がない）状態であることが多い、という固有の事情による、とは言える。

しかしこのことが、当初は①生命維持治療による延命は「尊厳なき生」の強制であり②それを拒絶することはプライバシー権に属する、という二つの要素が一体であったのに、それぞれに一人歩きすることを招いてしまった。その結果、①または②の一方のみで生命維持治療の不開始・中止を正当化する動きが現れている。それぞれの方向で問題点はあるが、特に②が形骸化することは、医療費が私保険で賄われるアメリカの特殊性からは、家族の経済的負担の故に治療の不開始・中止を招く恐れがあるが、上記フィクションにこだわると、この危険性を掣肘できない。

また医学的無益性という概念を論ずる以前に「医学」とは何かが論ぜられるべきであろう。医学が純粋に科学技術であるとすれば、無益性の判断は医療者側の専権事項であろう。しかしその場合、終末期医療が単に技術上の問題に留まらない、家族等の内心や社会的影響を伴うものである以上、技術としての医学のみで決定することはできない。逆に医学が単なる科学技術を超えたものであるならば、医療者側のみで判断できるものではない。

こうした問題が、世界で初めて終末期医療における生命維持治療の不開始・中止を患者の意思により規律することを認めたアメリカにおいても噴出しており、各州の試行錯誤が続いている。

#### E. 結論

現在のアメリカでの終末期医療に対する現状は以下のように概観できる。連邦制であることを反映し、扱いが各州で一律でないところがあるので、これはあくまで一般的傾向である。

・治療不開始と停止は、等しいものと位置づけられており、死を迎えるに当たってそれを求める権利（治療拒絶権）は患者のプライバシー権に含まれ、合衆国憲法修正第 14 条の保護を受ける、とされる。これは全ての州に共通している。

・これを最初に認めたクインラン事件判決の頃は、①生命維持治療を受けて延命を強いられることは「医学的無益性」を帯びており「尊厳なき生」の強制である、という認識を前提に、②患者はこうした治療を拒絶する、プライバシー権に含まれる治療拒絶権を有し、患者本人がこれを行行使できない場合は、近親者・後見人・代理人または州が行行使すべきである、という価値判断があった。しかし近時、②における代行判断が多くなされ認容される（ある意味で形骸化する）実践が累積した結果、力点が①に移行し医学的無益性の判断の有無が決定的な意味を持つ傾向と、逆に②を重視し患者本人の明確な意思さえあれば①を前提とする必要はないとする傾向が現れている。その結果全体としては、①を前提に②を論ずる、ではなく、①または②のいずれかがあれば、治療不開始・停止は正当化される、という傾向が現れつつある。特に①については医学的無益性をキーワードとする傾向がみられるが、これが医療側の一方的判断による生命維持治療の不開始・中止を正当化する立法は、テキサス州ぐらいであり、CPR に限ってこれを認める州が数州ある程度である。

・②を強調する傾向は、さらに進んで消極的な「死ぬ権利」（治療拒絶によって「死ぬにまかされる」ことを求める）のみならず、積極的な「死ぬ権利」（医師による自殺幫助（PAS）・積極的安楽死によって「殺される」ことを求める）がプライバシー権に含まれる、と主張する。これに従い PAS を認める州は、2013 年現在でオレゴン、ワシントン、モンタナの 3 州である。

## 【別添4】

イギリスにおける終末期医療—治療の不開始又は中止

東京経済大学 橋爪幸代

### 1 関連法制度

イギリスにおける終末期の治療に関する判断においては、**2005年意思能力法 (Mental Capacity Act 2005)** の規定が関わる。同法は、終末期にある者のみを対象とした法律ではないが、意思決定を行うことが難しい者の人権を保障するために、意思決定過程を明確化するための枠組みがつけられたものである。また、その意思決定の内容について、財産管理のみならず、身上監護に関することについても含まれるようになったのが大きな特徴である。医療行為については、制定法上初めて、治療の拒否に関する規定が置かれた。

#### (1) 制定経緯

**2005年意思能力法**制定以前は、治療の拒否に関する法的規定がなく、また判断能力の不十分な者の治療については、医師主導の下、医学的な判断に依拠して行われていた<sup>1</sup>。その後、治療手続きの厳格化や患者の権利の強化を通して、法的な整備がなされつつ、判例も積み上げられてきた。

本人に意思能力があり、結果を理解した上で、医療行為を拒否した場合には、それが医学的に必要な行為であっても、実施すれば違法となることが確認されていた<sup>2</sup>。

また、患者に意思能力のない場合、当該患者の治療の中止をめぐって、大きな影響を与えたのは、ブランド事件である<sup>3</sup>。ブランドが、不慮の事故の後、永続的な植物状態となり、数年が経過したため、医療従事者から、患者の尊厳を守り、苦痛から解放するために、生命維持のために必要な人口水分栄養補給 (ANH) を止める提案がなされた。裁判所は、ANHの取り外しは違法な不作為にはあらず、むしろ、医療従事者には、本人の同意のないままに処置を続ける権限はないとされた。その判断の基礎には、「植物状態で生かされ続けることは、患者にとって利益ではない」という一般的な医学的見解があった。**2005年意思能力法**行動指針でも、生命維持装置の取り外しといった重大な医療行為については、保護裁判所の判断を求めることが望ましいとあり、これは、**GMC** 及び **BMA** におけるインタビューでも確認された<sup>4</sup>。

<sup>1</sup> 菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自律支援の法理』（ミネルヴァ書房、2010年）4頁。

<sup>2</sup> *St George's Healthcare NHS Trust v S (CA) [1999] Fam 26.*

<sup>3</sup> *Airedale NHS Trust v Bland [1993] 1 All ER 821.*

<sup>4</sup> Department for Constitutional Affairs (2007), *Mental Capacity Act 2005 Code of*

一方で、本人に意思能力がある場合であっても、本人の希望する治療ならどんなものでも受けられるという権利までは含まれない、とされている<sup>5</sup>。

その上で、医療行為の実施、不開始又は中止については、本人が受けるであろう利益と不利益とを総合的に衡量し、本人の最善の利益を判断するために、裁判所は、『バランスシート』を作成して、当該医療行為によってもたらされる現実的な利益と不利益を挙げて良き、潜在的な利益と不利益を積み上げた上で、最終的に少しでも利益がでるかを見て結論を下すというバランスシートアプローチがとられるようになる<sup>6</sup>。このように判例が積み上げられる中、制定法の必要性が認識されるようになった。

1997年12月10日、政府は、緑書「誰が決定するか。判断能力の欠けた成人に代わりになされる決定：協議文書」を出した。その後、2004年6月18日に、意思能力法案が出され、政策の検討、協議の長い過程を経て、判断能力を欠いた者に代わって決定をする法改革を提案した。意思能力法の素案は、2003年6月に出され、合同委員会で精査された。委員会は、法案を改善、修正するために100近くの勧告を出した。2004年2月、政府はこれに対する返答を発表する。その後、2004年9月9日に行動指針の素案も発行される。これには、更なる詳細、実務で運用された際のガイダンスも含まれている。

2013年9月初めに実施した保健省、GMC(General Medical Council)及びBMA(British Medical Council)でのインタビュー調査によると、終末期における医療行為の不開始又は中止について、イギリスでも長年、議論されており、判例法の蓄積はあるものの、医療現場等からの法制化の要請が強く、本法の立法に当たっては、医療関係者、看護関係者、障害者団体、患者団体等、さまざまな利害関係者が関わり、議論が重ねられ、立法がなされたとのことであった。

ところで、患者が望んだ場合に、自殺幫助をした医師が罪に問われないようにするため、議員立法により2006年自殺幫助法案が提出されたが、党議拘束なしの投票が行われた上で、不成立となっている。

## (2) 関連ガイダンス

2005年意思能力法その他、実務上用いられているガイダンスがいくつかある。  
①法に基づく行動指針 (Code of Practice)

2005年意思能力法を具体化するための行動指針である。イギリス法においては、法律が一次法とすると四次法という位置づけである。行動指針の策定に当たっても、法案策定に関わったさまざまな団体が関与した。

*Practice*, The Stationary Office :London, para 8.18-8.23.

<sup>5</sup> R (on the application of Burke) v GMC [2005] 3 FCR 169.

<sup>6</sup> Re A (Male Sterilisation)[2000] 1 FLR 549.

## ②GMCによるガイダンス

行動指針に基づいて、終末期医療について、まとめられたガイダンスである。正当な理由なくガイダンスに従わなかった場合、GMCによる登録を解除するという制裁を加えることができる。

## ③BMAによるガイダンス

より実務に即した、具体的なガイダンスであり、詳細に記載されている。

### 2 治療の不開始又は中止に関する判断

終末期とは、当該患者の死期が、12カ月以内に訪れる可能性のある状況をいう<sup>7</sup>。延命治療とは、患者の死期を延ばす可能性のあるあらゆる治療又は手続きをいい、心肺蘇生や人工呼吸器の使用の他、化学療法や透析のような特定の病状に対する治療、生命に危険を及ぼす可能性のある炎症に対する抗生物質の投与、人工栄養・水分の提供が含まれる。

ところで、治療の不開始又は中止については、BMAのガイダンスにおいて、「心理的には、開始した治療を中止するよりも、差し控える方が楽であるかもしれないが、この二つの行為には、法的に、又は倫理的に、必ずしも差異はない」とされている<sup>8</sup>。医療の一次的な目的は、患者に健康上の利益をもたらすことであり、既に開始された治療の継続にも、同様の正当性が求められる。実際、延命治療の中止は、不開始に比べ、道徳的には、安全であることがしばしばある。法的、道徳的には、治療の差し控え及び中止は、同価値であることは、ブランド事件において、ゴフ卿及びロウリー卿によって示された。

このように、個々の患者に関する決定をする際に、治療の不開始と中止には、必ずしも法的又は道徳的な差異はないとされるが、心理的には、同等とはいえない。治療の中止の反対として、不開始には、重要な差異があると感じる者もいる。ただ、治療の中止の決定には、患者の放棄、諦めと解釈される可能性を印象付けることもあり、患者側が、治療の努力もせず、回復の機会を拒否されていると感じる可能性もある<sup>9</sup>。

<sup>7</sup> General Medical Council (2010) *Treatment and care towards the end of life*, para 2. Available from: [http://www.gmc-uk.org/Treatment\\_and\\_care\\_towards\\_the\\_end\\_of\\_life\\_\\_\\_English\\_0513.pdf\\_48902105.pdf](http://www.gmc-uk.org/Treatment_and_care_towards_the_end_of_life___English_0513.pdf_48902105.pdf) (Accessed 10th January 2014).

<sup>8</sup> British Medical Council (2007) *Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment*, 3<sup>rd</sup> edn., NICE: London.

<sup>9</sup> *Ibid.*, para. 15.1.

### (1) 治療の拒否について

治療の拒否については、「事前指示書」があれば、意思能力を有している者が、治療の実施や継続を拒否したのと同様の効果が認められる（MCA26 条）。ただし、事前指示書が書かれた後に、医療行為に関する決定権のある後見人が指名された場合には、後見人による意思決定が優先される。

生命維持装置の取り外しについては、特に、希望する記述が必要となり、本人の署名が必要となる（MCA25 条 (2) (b)）。後見人を指名する場合には、生命維持装置に関する決定権限を付与するか否かを選択する必要がある。

本人の意思に反して治療が行われた場合には、行為者に不法行為法上の損害賠償責任、あるいは刑事責任が発生しうる<sup>10</sup>。ただ、治療拒否の有効性が認められる必要はある。

有効性については、①事前の指示があり、その指示が②有効であり、③状況に適合するかどうかについて判断がなされる。有効性について疑いがある場合には、保護裁判所の判断が必要となり（MCA26 条 (4)）、判断が出されるまでは、医療行為を維持することが許される（MCA26 条(5)）。

### (2) 判断者

第一次的な責任者は、医師である。本人の意思や事前指示書、本人の意思を代理する者は、医師の判断において尊重され、異論がある際には、セカンドオピニオンをとることが求められているが<sup>11</sup>、最終的な判断責任者は担当医師である。医師は、患者の希望に沿うために、自分の良心に反して治療を継続又は中止することを強いられない。ただし、その場合には、説明をつくし同意を得るか、他の医師を紹介するなどの配慮が必要となる。

本人に判断能力が欠けており、事前指示書や本人のケアや治療に関して決定する権限を有する代理人が指名されていない場合、独立意思能力代弁人（Independent Mental Capacity Advocate、「IMCA」という）が任命される場合がある。重大な治療の実施や停止、中止に関して、本人の最善の利益を代弁するものとして任命されることがある<sup>12</sup>。

### (3) 判断基準

#### ①原則、延命治療実施の推定

<sup>10</sup> 菅富美枝『イギリス成年後見制度にみる自立支援の法理』（ミネルヴァ書房、2010年）35頁。

<sup>11</sup> General Medical Council, op cit.

<sup>12</sup> Department for Constitutional Affairs, op cit., para 10.1, 10.3, 10.62.

GMC のガイドンスによると<sup>13</sup>、倫理的・法的原則に従い、潜在的に延命治療にあたることに関する決定は、患者の死に関する希望からではなく、延命治療実施の推定から始めなくてはならないとされている。この推定は、通常、患者の延命についてすべての合理的な段階を踏むことを求められている。しかしながら、患者にとっての結論に関わりなく、また、患者の見解が知り得る場合でも、それに関わりなく、延命する絶対的な義務を課すというものではない。

## ②総体的利益

総体的な利益についての見解に達する前に、延命、患者の病状の改善、又は症状の管理によって生じうる治療の利益が、患者の負担やリスクと比較考量されなければならない。たとえば、積極的な治療から切り換え患者の症状を管理し、快適さを維持するケアを実施している場合、患者の最後の数日に負担の大きい治療で、潜在的に延命させることには、総体的な利益が認められないであろう<sup>14</sup>。

治療に伴う利益、負担、リスクは、必ずしも臨床的な考慮のために限定されるものではないため、それぞれの患者の状況に応じた要因を注意深く考慮すべきである<sup>15</sup>。判断能力のある患者は、個人的に考慮したい要因や、臨床的な考慮に尊重してもらいたい点に関する自身の見解に達することになる<sup>16</sup>。

ケアに関係する者からのアドバイスと共に、判断を行う。総体的な利益に関する決定に責任を有する場合には、患者の親近者やヘルスケアチームのメンバーは、患者の希望や価値観、嗜好、その他考慮すべき個人的な要因に関する知識を持っているかもしれない<sup>17</sup>。また、患者の記述や事前のケア計画、その他の記録から、事前の治療要求や拒否のような患者の希望に関する情報を得られるかもしれない。

患者やその親近者の中には、総体的な利益を提供するような選択肢となりうる様々なサービスや治療に気がつかない者がいる可能性がある。患者が利益のある治療やケアの利用に際して、不利益を受けないように十分な情報や援助を得られていることについて、自身が満足のいく状態であるべきである<sup>18</sup>。

患者が自身の希望や嗜好について伝えることに問題がある場合や能力に欠けている場合は、治療の総体的な利益についての見解に達するのが特に困難かもしれない。そのような場合には、単に自身の価値観や患者について相談した人

<sup>13</sup> Ibid. para 10.

<sup>14</sup> Ibid. para 40.

<sup>15</sup> Ibid. para 41.

<sup>16</sup> Ibid. para 42.

<sup>17</sup> Ibid. para 43.

<sup>18</sup> Ibid. para 44.

の価値観に依拠してはならない。決定プロセスに参加する患者の能力を最大限引き出す十分な手続きをとるべきである<sup>19</sup>。

患者の生活の質について、自身の個人的な見解に依拠しないよう、また高齢者や障害者のような特定のグループのヘルスケアのニーズについて、不十分な情報や推定に基づいて判断することがないように注意しなければならない<sup>20</sup>。

### ③資源の制約

どのような治療の選択肢が決定されるかは、資源の制約から複雑になることがある。たとえば、**NHS**における特定の治療の財源的制約や集中ケア病床の不足のような問題である。このような状況において、より広域の人口や資金調達組織、雇用者と競合する義務と調整しながら、できる限り良いケアを提供しなければならない。簡単な解決方法などない場合も多いであろう<sup>21</sup>。

#### (3) 判断手続き

①原則的には、本人の意思が尊重される。

②医師は、本人の意思を尊重しつつ、医学的な観点から判断する。

③本人の意思と、医学的に適切な治療とが一致しない場合には（回復の見込みがない上に、患者に過度に負担をかけるような治療である場合など）、医師は、本人に説明を尽くし、それでも本人の意思が変わらない場合には、セカンドオピニオンを求める。最終的に、本人の意思が変わらない場合、医師は自分の良心に反して治療の継続又は中止することは強いられないが、別の医師に適切につながることが求められる。

④本人が意思を表明できない状態である場合には、本人の意思を確認するために、事前指示書の確認、事前に指名された後見人との話し合い、本人の意思を知る家族等の親近者との話し合い、**IMCA**による調査等を通して、最善の努力を尽くした上で、決定がなされる。

#### (4) **GMC** ガイドラインによる決定モデル<sup>22</sup>

①決定する能力のある患者の場合

(a)医師及び患者は、患者の医療的な履歴、見解、経験及び知識を考慮して、患者の状態を評価する。

(b)医師は、専門家としての知識や経験、医療的な判断、また患者の見解や患者

<sup>19</sup> Ibid. para 45.

<sup>20</sup> Ibid. para 46.

<sup>21</sup> Ibid. para 37.

<sup>22</sup> Ibid. para. 14-16.



自身の状態に関する理解を考慮して、臨床的に適切、かつ患者にとって総体的に利益をもたらす検査や治療を決める。医師は、患者に対し、潜在的な利益、負担、リスクを提示し、どのような選択があるかを説明する。医師は、患者にとって最善と信じる特定の選択を勧めるかもしれないが、その助言を受け入れるよう患者に強いてはならない。

(c)患者は、関連する臨床的ではない問題と同様に、様々な選択の潜在的な利益、負担、リスクを比較考量する。患者は、そう判断したなら、選択のいずれかを受け入れるかどうかを決定する。また、患者には、医師にとっては不合理にみえるような理由、又は何の理由もなく、選択を受け入れ、又は拒否する権利もある。

(d)患者が医師が臨床的には適切ではないと考える治療を求めた場合、医師は、患者と話し合い、その要求の理由を明らかにするべきである。話し合った後でも、医師が、まだそのような治療は臨床的に不適切と考える場合は、治療をする必要はない。医師は、患者に理由を説明し、セカンドオピニオンや法的弁護の利用を含む、その他の選択について説明をする必要がある。

## ②決定する能力の欠けた患者の場合

次の(a)~(d)を考慮した上で、

(a)治療及びケアについて、どのような決定がなされなくてはならないかを明確にする

(b)潜在的に法的拘束力のある事前決定又は治療拒否の指示があることを示すような情報を得るために、患者の医療記録を確認する

(c)患者のために、総体的利益を提供する選択が何かを決定する法的な立場にある者がいるかどうかを調査する（弁護士又はその他の法定代理人）。法定代理人の権限は、すべてのヘルスケア上の決定に及ばない可能性があることも念頭に置き、決定権限の範囲も確認しなければならない。

(d)法定代理人がいない場合には、患者の総体的な利益を提供する治療について決定する責任を有し、患者のケアについて責任のある医師となる。患者の親近者及び決定を助けるヘルスケアチームのメンバーと相談しなければならない。

次のような決定モデルが適用される。

(a)医師は、（可能であれば）患者及び患者のケアラーと、患者の医療履歴や状態に関する患者及びケアラーの知識、経験を考慮に入れて、診断をする。

(b)医師は、患者の見解の証拠（事前の宣言、決定、指示を含む）と共に、決定専門家としての知識、経験、臨床的判断を用い、どのような検査又は治療が臨床的に適切であり、患者にとって総体的な利益をもたらすかを判断する。

(c)患者が特定の治療の拒否について事前の決定又は指示をしていた場合、それが現在の状況に照らして妥当性、適用性があるかどうかを判断する。医師が、その決定又は指示には法的拘束力があると判断した場合、治療は、それに従わなくてはならない。それは、患者の事前の希望に関する情報として考慮されなくてはならない。

(d)弁護士又はその他の法定代理人が患者のヘルスケア上の決定をする者として指名されている場合、医師は、法定代理人に（能力のある患者と同様に）選択について、各選択の利益、負担、リスクを説明する。医師は、患者の総体的な利益を提供すると信じる特定の選択を勧めることができる。法定代理人は、これらに加え、患者の治療やケアに関わる非臨床的な問題、患者の将来の選択の制限を最小にするかどうか、を比較衡量し、どの選択が相対的な利益をもたらすかを決定する。医師は、決定に際して法定代理人を援助すべきであるが、特定の提案を受け入れるよう強いてはならない。

(e)法定代理人に助言するのと同様に、医師は、それが実際的かつ適切である限り、ヘルスケアチームのメンバーや患者の親近者と関わらなくてはならない。なぜなら、彼らは、法定代理人が決定に達するのを助ける患者の情報を持っている可能性があるからだ。法定代理人に、特定の決定を下す権限がない場合でも、医師は法定代理人（患者に近い者として）の見解を考慮しなくてはならない。

(f)患者に関する特定の決定をする権限を有する法定代理人がない場合、医師は決定を下す責任をもつことになる。医師は、決定を出す前に、ヘルスケアチームのメンバーや患者の親近者（それが実際的かつ適切である限り）と相談しなければならない。相談時において、医師は、患者の環境についての情報、患者の希望、嗜好、感情、信条、価値観等に関する考え方を知る必要があることを説明する。医師は、どの選択が、患者の総体的な利益に合うかを探ることはできるが、彼らが決定するよう求められているような印象を与えてはならない。医師は、患者の将来的な選択への制限を最小にする選択を検討する際に、相談によって得られた見解を用いなくてはならず、最終的な決定は、患者の総体的な利益に適っているものとなる。

(g)イングランド及びウェールズにおいては、法定代理人がいず、親しい親戚又はその他、患者及び重大な医療に関わる決定をすることを望み、それができる者もない場合、医師は、**IMCA** の指名について彼らの雇っている又は契約している組織に連絡をしなければならない。**IMCA** は患者についての調査をするための権限を有し、患者の利益を代理することで決定に関与する。しかし、患者の代わりに決定を下すことはできない。

(h)何が総体的な利益かについて反対がある場合、医師は、ガイドラインに示さ

れた方法にしたがって問題を解決する努力をしなくてはならない。

(i)法定代理人又は決定に関わるその他の者が、医師が臨床的に適切ではなく、総合的な利益にかなわないと判断した利用を求めている場合、医師は、その見解の根拠を説明し、そのような要求の理由を探らなくてはならない。話し合いの後も、医師が、まだその治療は臨床的に適切ではなく、総合的な利益にも合わないと考えている場合、医師は、その治療をする義務はない。しかし、決定についての理由を説明し、その治療を求める者に説明し、その他の選択を示すべきである。これらには、セカンドオピニオンや適切な法的組織への見直しの申請（スコットランド）、独立したルールを持つ裁判所への申立てがあげられる。

## 5 事前指示（治療の拒否）

事前指示書により、治療の拒否の意思決定を行うことができる。事前の意思決定には、定式はなく、口頭でも書面でも行うことができる。推奨されている記載項目については、行動指針に示されている。

一方、生命維持措置に関しては、必ず書面で行うこと、本人が（本人ができない場合には、他の者が本人の面前で）署名すること、署名は証人の前で行うことが求められる。

事前指示があり、その有効性及び適用性が認められる場合には、医療従事者は、その指示に従わなければならない。これに反した場合、暴行罪による訴追、又は不法行為による損害賠償請求をなされるおそれがある。

### （1）事前指示書の妥当性

GMC のガイダンスによると<sup>23</sup>、患者のケアの中心的な責任を有する臨床医である場合、担当医は、ノート等、気づいた事前の治療拒否の記録について、その妥当性と適用性について検討すべきである。検討すべき内容は、法的枠組みの差異を反映して、UK 内の 4 国においても、異なっている。しかしながら、妥当性に関する主な考慮事項は、下記の通りである。

(a)決定がなされた際に、患者が成人であるかどうか（スコットランドでは、16 歳以上、イングランド、ウェールズ及び北アイルランドでは、18 歳以上）

(b)患者に決定する能力があったかどうか（UK 全国）

(c)患者が、決定をする際に不適切な影響下になかったかどうか（UK 全国）

(d)患者が選択についての適切な情報を基に決定をしたか（UK 全国）

(e)医療に関連する決定が延命する可能性がある場合、患者の生命が危機に瀕していても、適用される書面、署名、証言、発言であるか（イングランドとウェールズのみ）

<sup>23</sup> Ibid. para 70.

- (f)決定が、患者から出されたものでないか (UK 全国)
- (g)決定がなされてから、自身に代わって、そのような決定をする代理人を指名していないか (イングランド、ウェールズ及びスコットランド)
- (h)患者のより最近の行動や決定が、先の決定の条件と明確に齟齬を来していないか、また、気持ちの変化を示すものがないか」

## (2) 事前指示書の適用性

GMC のガイダンスによると<sup>24</sup>、適用性に関する判断については、UK 全域において、下記のような考慮事項が適用される。

- (a)決定が、患者の現状、病状、特定の治療又は決定が必要とされる治療に明確に適用しているかどうか
- (b)決定が、治療の拒否が適用されるべきではない特定の状況を示しているかどうか
- (c)決定がどのくらい前になされたもので、それが見直し、更新されているか (これは、妥当性の判断においても検討される)
- (d)患者が予測していなかった状況が生じていると信じるに足る十分な根拠があるかどうか、たとえば、決定後に生じた医学的な発展や患者の個人的な環境の変化など

## (3) 事前指示書作成の状態に関する疑い又は不同意がある場合

事前の治療拒否は、患者が能力を失うまで、明るみに出ないことがよくある。そのような場合、担当医は、患者に判断する能力が欠けていたと信じる根拠がない限り、決定がなされたとき、患者に能力があったと仮定して、始めるべきである。

事前の治療拒否の妥当性又は適用性に疑い、又は不同意がある場合、担当医は、(時間が許す限り) 更なる調査をし、必要であれば裁判所の決定を求めるべきである。緊急の場合、さらなる調査の時間がなく、延命、患者の状況の改善、症状の管理の現実的な機会がある場合には、治療を望むであろうという推定が働くべきである。

事前の治療の拒否が妥当性又は適用性がないことについて、担当医と患者のケアをしている者によって同意が得られた場合には、この見解に至った理由を書面に残すべきである。

<sup>24</sup> Ibid. para 71.