

国際高等研究所・
国際ワークショップ
終末期医療の倫理：報告

国際高等研究所・国際ワークショップ・終末期医療の倫理：報告

目次

1. はじめに：ワークショップの目的.....	2
2. 報告概要	10
3. 四つの問いと、それに対する意見.....	20
4. その他の論点・意見	40
5. 今後必要と考えられる研究課題	44
6. 本ワークショップの結果の公表について	46
参加者一覧.....	48
参考資料 1 本文中の略語について	50
参考資料 2 治療中止に関する重要事案の概略	51
参考資料 3 日本の超党派の国会議員連盟によって提案されている「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」	54
参考資料 4 台湾の「安寧緩和医療法（現行法）」の日本語訳（鍾宜錚訳）	57
参考資料 5 韓国の「ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案」の日本語訳（洪賢秀訳）.....	60

1. はじめに：ワークショップの目的

本ワークショップは、終末期医療の倫理に関するものであり、とくに日本でも近年大きな問題となっている治療の差し控えや中止の是非、またそれを可能にする制度設計のあり方を論じるために、英国、韓国、台湾の研究者も交えて行なわれた¹。

人工呼吸器を始めとする生命維持治療技術の高度化により、20 世紀後半から治療の差し控えや中止の問題が先進国を中心に世界的に議論されるようになり、各国で患者の自己決定の重要性が認識されるとともに、事前指示に関する法制化が進んだ（以下、図 1、表 1、表 2 も参照）。



図 1 事前指示関連法を制定している国・地域

その嚆矢は 1976 年の米国クインラン事件判決である。これは、遷延性植物状態の患者の呼吸器を外すことをニュージャージー州最高裁が認めたものであった。この後、米国では 1976 年にカリフォルニア州で患者の事前指示に法的効力を認める自然死法が成立し、全米的にも 1990 年に患者の自己決定権法が成立す

¹ なお、「終末期医療」と言うと高齢者を連想しがちであるが、下記のクインラン事件やブランド事件のように、高齢者ではなく若者や小児が最大限の治療を行なっても回復の見込みのない状態を指す場合もある。したがって終末期医療は高齢者に限定されない点に注意されたい。また、本ワークショップでは基本的に医師が致死薬の処方や投与を行なう積極的安楽死や医師幫助自殺の問題は扱わず、あくまで治療行為の差し控えや中止の問題に限定して議論している点を強調しておく。

るなどして、患者の自己決定に基づく治療の差し控えや中止が認められるようになった。

英国でも事情は同様である。1993年のブランド事件判決は、遷延性植物状態にある患者に治療を継続することは本人の利益にならないとして、病院の治療中止の要請を貴族院(当時、日本の最高裁に当たる)が認めたものである。その後、1999年に英国医師会が治療中止と差し控えについての指針を出し、また2005年には事前指示に法的効力を認めた意思能力法(MCA)を法制化するなどして今日に至っている。治療中止については、多くの欧米諸国でも同様の状況である。

一方、アジア圏に目を移すと、シンガポールや台湾、タイなどで治療中止と事前指示に関する法律が策定されている²。ただ、アジア圏において、治療中止が実際にどの程度行われているかといったデータは極めて限られている³。

本ワークショップでも詳細に検討した台湾の「安寧緩和医療法」は2000年に制定され、数度の改正を経て、2013年には治療中止に必要な要件を緩和する大幅な改正がなされて現在に至っている。また、韓国でも同様の法律(「ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案」)が今年に入って成立した。この法律についても、本ワークショップでその背景等を詳しく検討した。

後にも述べるように、日本では2000年代に入ってから、富山県の射水市民病院事件や神奈川県のカキ協同病院事件などを通じて、差し控えや治療中止の合法性が問題視されるようになった⁴。とくに、積極的安楽死だけでなく治療中止

² 注) 各国の関連法については以下を参照のこと。

シンガポール: Advance Medical Direct Act (1996).

<http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p?page=0;query=DocId%3Ac3137d32-215d-4bd1-a935-fc4770fc5850%20Depth%3A0%20ValidTime%3A01%2F03%2F2010%20TransactionTime%3A20%2F12%2F1997%20Status%3Ainforce;rec=0;whole=yes>

台湾: 安寧緩和医療條例 (Hospice Palliative Care Act, 2000, amended in 2013)

<http://law.moj.gov.tw/Eng/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066> (English version)

タイ: National Health Commission Office of Thailand. National Health Act B.E. 2550 (2007).

http://en.nationalhealth.or.th/sites/default/files/nationalhealth_act_en.pdf,

Ministerial Regulation on Conditions and Methods for Implementing a Living Will to Refuse Public Health Services that Prolong Dying in the Terminal Phase of Illness; or to End Suffering from Illness B.E. 2553 (2010).

http://en.nationalhealth.or.th/sites/default/files/Final_Ministerial_Regulation%20.pdf,

Rights to Health. http://en.nationalhealth.or.th/Living_Will

³ 注) このようなデータの中には、アジア16ヶ国・地域のICUの医師に限定した調査がある。回復する可能性のない患者の生命維持治療(昇圧剤や血液透析)を「ほぼいつも」中止する、あるいは、「たびたび」中止すると回答した医師は、全体平均で2割程度であった。日本と韓国では1割超、台湾では5%以下であった。詳細は以下の文献を参照のこと。Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med.* 2015; 175(3): 363-371.

⁴ 射水市民病院事件は、2000年から2005年にかけて、医師によって末期患者7名の人工呼吸器の取り外

の是非についても争われた川崎協同病院事件の高裁判決(2007 年)においては、これまでの裁判で用いられてきた「自己決定権からのアプローチ」や「治療義務の限界のアプローチ」では治療中止の適否を判断することができないため、尊厳死の問題については国民的な合意形成に基づき、「法律ないしこれに代わり得るガイドライン」の策定が必要だと論じられた。このような事態を受けて、2007 年の厚労省による「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(現：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)」を始め、各種関連学会がガイドラインを策定するに至っている⁵。しかし、終末期とはどのような状態を指すのか、医師は違法性を問われない仕方で治療の差し控え・中止をすることができるのか、差し控えや中止の意思決定における本人および家族の役割は何か、といった点についてはまだ社会的な合意はなく、そのため超党派の国会議員連盟がいわゆる「尊厳死」法案を検討している旨が何度か報道されたものの、国会に上程されるには至っていない⁶。また、そもそも法制化が必要なのかという指摘もあり、今後どのような展開になるのか予断を許さない状況と言える。

先進国においては、各国の医療水準はそれほど大きく変わらないと考えられるが、終末期における治療の差し控えや中止の是非を巡っては、各国によって考え方や問題意識が異なっているように思われる。日本においては、どのような制度設計が望ましいのか、また、すでに法制化がなされている国々においては、どのような課題があるのかを議論することを通じて、今後の終末期医療の在り方を考える契機としたい⁷。

しが行われた後、患者が死亡した事案で、2006 年 3 月に病院が公表した。実施した外科部長は殺人容疑で書類送検されたが、嫌疑不十分で 2009 年 12 月に不起訴処分となった。川崎協同病院事件は 1998 年にぜんそくの発作で意識不明となった患者から医師が気管内チューブを抜き、その後筋弛緩剤を投与して死なせたもので、治療の中止とその後の積極的安楽死が裁判で問われた事案であるが、最高裁の決定にあるように、主に治療中止の部分についてその合法性が争われた(横浜地方裁判所判決 平 14 (わ) 3802 号、2005 年 3 月 25 日、東京高等裁判所判決 平 17 (う) 1419 号、2007 年 2 月 28 日、最高裁判所第三小法廷決定 平 19 (あ) 585 号、2009 年 12 月 7 日.)。

⁵ 主なものとして、以下のものが挙げられる。日本医師会(2008)終末期医療に関するガイドライン、日本学術会議(2008)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-、日本小児科学会(2012)重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン、日本老年医学会(2011)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、日本透析医学会(2014)維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言、日本集中治療医学会・日本循環器学会・日本救急医学会(2014)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～。

⁶ 「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう。すなわち、尊厳死の問題は、より広い視野の下で、国民的な合意の形成を図るべき事柄であり、その成果を法律ないしこれに代わり得るガイドラインに結実させるべきなのである。」(川崎協同病院事件の高裁判決(2007 年 2 月 28 日)より)

⁷ 注) 日本における終末期のあり方について、諸外国の関連法制度や課題との比較を通して論じた文献と

本年4月22日に国際高等研究所にて開催された本ワークショップでは、上記のような問題意識を持ちつつ、国内の研究者だけでなく、英国、韓国、台湾の研究者も交え、終末期医療の倫理に関して議論を行なった。具体的には、11名の参加者の報告と、スモール・グループ・ディスカッション、全体討論を通じて、以下の四つの問いを中心に詳しく検討した。

＜本ワークショップで主に検討された四つの問い＞

1. なぜ治療差し控えと中止に関して法制化が必要と考えられるようになったのか
2. 家族による承諾の法的あるいは現場の位置付けはどのようなものか
3. 終末期の定義はどのようになされるべきか
4. 治療の差し控えと中止を区別すべきか

以下、最初に報告の概要を示し、次に上記の四つの問いに対する議論について簡単に報告する。ただし、本ワークショップは上記の点についてさまざまな論点を示すことを目的としており、コンセンサスを得ることを目的としたものではないことを最初に断わっておく。

なお、本報告書は、最初に児玉聡および田中美穂が当日のメモ書きなどに基づき案を作成し、佐藤恵子、鈴木美香、田中創一郎の3名が加筆修正を行ったあと、日本人の参加者全員に確認をしてもらったものである。その後、英語版も作成する予定である。

最後に、本ワークショップは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）ならびに京都大学附属病院臨床研究総合センターの協力のもと、国際高等研究所及び、文部科学省科学研究費補助金基盤研究B「「組織の社会的責任」に関する哲学・倫理学的研究」の支援によって可能になったものである。また、本ワークショップに参加し、講演および活発な議論を行っていただいた本研究プロジェクトのメンバーおよびゲスト参加者の方々にも、深く感謝する次第である。

児玉聡

プロジェクト代表

して、田中美穂・児玉聡両氏による、朝日新聞デジタル「apital」の連載『終末期医療を考える 終の選択 穏やかな死を探して』http://www.asahi.com/apital/healthguide/endoflife/?iref=com_api_heatopがある。

表 1 治療中止をめぐる日英米における動き^{8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}

	日本	英国	米国
1970 年代			1976 年 クインラン事件判決 1976 年 カリフォルニア州がリビングウィル（LW）を規定した自然死法制定
1980 年代			1983 年 カリフォルニア州が医療代理権法制定 1986 年 米国医師会が、人工栄養・水分補給を生命維持治療に含めるとする見解表明 1987 年 両親が娘の人工栄養・水分補給の中止を求め、ミズーリ州裁判所に提訴（クルーザン事件）
1990 年代	1995 年 東海大病院事件で被告の医師に有罪判決、積極的安楽死・治療中止の許容要件示される 1998 年 川崎協同病院で気管内チューブを抜管、筋弛緩剤を注射された患者が死亡	1993 年 ブランド事件判決 1999 年 英国医師会が生命維持治療の差し控え・中止指針	1990 年 クルーザン事件で新証拠、州裁判所が中止容認 1990 年 患者の自己決定法制定 1993 年 統一州法（案）医療決定法提案 2000 年まで 全州・特別区が LW or 医療代理権を規定した法律制定

⁸ 町野湖, 丸山雅夫, 西村秀二, 安村勉, 山本輝之, 清水一成, 秋葉悦子, 臼木豊編著. 資料・生命倫理と法 II 安楽死・尊厳死・末期医療. 信山社. 1997.

⁹ 長岡成夫. ナンシー・クルーザン裁判—州巡回裁判所・州最高裁判所. 新潟大学教育人間科学部紀要. 2004; 6(2): 249-270.

¹⁰ 新谷一朗「第 10 章 アメリカにおける尊厳死」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学 5 安楽死・尊厳死』丸善出版. 2012. pp. 180-196.

¹¹ 香川知晶. 死ぬ権利—カレン・クインラン事件と生命倫理の転回. 勁草書房. 2006.

¹² 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 特別区の事前指示の現状分析. 2014 年 12 月. <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP329.pdf>

¹³ 児玉聡, 田中美穂. 英国における終末期医療の議論と課題. 理想. 2014; (692): 52-65.

¹⁴ Huxtable R. *Euthanasia: All That Matters*. Hodder & Stoughton. 2013.

¹⁵ British Medical Association. *Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making, Third Edition*. Blackwell Publishing. 2007.

¹⁶ 横浜地方裁判所判決 平 14 (わ) 3802 号. 2005 年 3 月 25 日.

¹⁷ 東京高等裁判所判決 平 17 (う) 1419 号. 2007 年 2 月 28 日.

¹⁸ 最高裁判所決定 平 19 (あ) 585 号. 2009 年 12 月 7 日.

¹⁹ 前田正一「1 終末期医療における患者の意思と医療方針の決定—医師の行為が法的・社会的に問題にされた事例を踏まえて」甲斐克則編『医事法講座第 4 巻 終末期医療と医事法』信山社. 2013.

2000 年代	2005 年 川崎協同病院事件で、横浜地裁が被告の主治医に有罪判決 2007 年 川崎協同病院事件で、東京高裁が被告の主治医に有罪判決。法律や指針の必要性に言及 2007 年 厚生労働省が終末期医療の意思決定に関する指針 2008 年 射水市民病院事件で医師二人が書類送検（その後不起訴処分） 2009 年 川崎協同病院事件で、最高裁決定、主治医の有罪確定	2005 年 意思能力法成立	
-----------------------	--	----------------------------------	--

(表は田中美穂が作成)



表 2 治療中止をめぐる台湾、韓国における動き^{20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27}

	台湾	韓国
1980 年代	1986 年 医療法制定、同法第 52 条で終末期退院の慣行を法制化 1989 年 行政衛生署が延命治療の差し控え・中止導入に反対する公式見解	
1990 年代	1995 年 国立台湾大学附属病院が公立病院で最初のホスピス病棟設置 1996 年 行政衛生署が条件付きで、延命治療の差し控え・中止を違法ではないとする見解	1997 年 ボラメ病院で、人工呼吸器を装着して入院中の夫を経済的理由から妻が退院させた後、夫が死亡する事件が発生 1998 年 ボラメ病院事件一審判決 医師らの不作為による殺人罪を認定
2000 年代	2000 年 延命治療の差し控えに関する安寧緩和医療法成立 2002 年 安寧緩和医療法改正 本人の事前指示による延命治療の中止容認 2008 年 最高法院（最高裁判所にあたる）が末期がん患者への気管内挿管の差し控えは適切であったとする高等裁判所の判断を支持、医師の無罪確定	2001 年 大韓医師協会が生命維持治療の「見合わせ」に関する意思決定過程「医師倫理指針」を公表 2002 年 ボラメ病院事件第二審判決 医師らの作為による殺人幫助罪を認定 2004 年 ボラメ病院事件大法院（最高裁にあたる）判決 二審判決を支持 2006 年 議員らが医事法改正案を提案 大韓医師協会の「医師倫理指針」改正 安楽死や自殺幫助の禁止、回生可能性のない患者に対する生命維持治療の「見合わせ」、撤回、中止を明示 2008 年 セブランス病院で、遷延性意識障害の患者に装着された人工呼吸器を取り外

²⁰ 牧野力也. 〈論説〉意思能力なき患者の同意と自己決定の尊重: 韓国の成年後見制度を素材として. 筑波法政 2015; (64): 117-138.

²¹ 金亮完「第 13 章 延命治療の中止に関する韓国大法院判決について」シリーズ生命倫理学編集委員会編『シリーズ生命倫理学 5 安楽死・尊厳死』丸善出版. 2012.

²² Ilhak Lee, Shin Ok Koh. End-of-life Care in Korea : Current Situation. *INTENSIVIST*. 2012; 4(1): 93-96.

²³ Ilhak Lee. Presentation for International Workshop "Ethics at the End of Life": The law on end of life care: Background and implication. 22 April 2016.

²⁴ Hyunsoo Hong. Presentation for International Workshop "Ethics at the End of Life": Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients in Hospice and Palliative Care or at the End of Life in South Korea. 22 April 2016.

²⁵ 鍾宜錚. 台湾における終末期医療の議論と「自然死」の法制化—終末期退院の慣行から安寧緩和医療法へ. 生命倫理. 2013; 23 (1) : 115-124.

²⁶ 鍾宜錚. 台湾における終末期医療の法と倫理—終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」をめぐる判決を手掛かりに—. *Core Ethics*. 2015; 11: 123-134.

²⁷ Yicheng Chung. Presentation for International Workshop "Ethics at the End of Life": The Legislation of End-of-Life Care in Taiwan: the Passage of "Patient's Self-determination Act. 22 April 2016.

		すよう家族が訴訟を提起 2008 年 ホスピス・緩和医療に関する法律案を国会に上程（2012 年会期満了に伴い廃案） 2009 年 大韓医師協会、大韓医学会、大韓病院協会が合同で「延命治療中止に関する指針」を公表 2009 年 尊厳死法案、を国会に上程（2012 年会期満了に伴い廃案） 2009 年 保健福祉部が「延命治療中止制度化関連社会的協議体」を構成・運営（2010 年 6 月まで）
2010 年代	2011 年 安寧緩和医療法改正 医療機関の医学倫理委員会の審査、家族全員の同意による延命治療の中止容認 2013 年 安寧緩和医療法改正 医学倫理委の審査規定削除、 家族一人の同意で延命治療の中止容認 2016 年 患者の自己決定法成立、2019 年施行予定 本人の事前指示に従い、不可逆的な昏睡状態、遷延性意識障害、重度の認知症、その他の耐え難い苦痛を有する患者からの生命維持治療の差し控え・中止を容認	2012 年 国立生命倫理審査委員会に「無益な延命治療中止制度化の論議のための特別委員会」設置 2012 年 自然死法案を国会に上程（2012 年会期満了に伴い廃案） 2015 年 終末期決定法案、ホスピス・緩和ケア法案提案 2016 年 ホスピス・緩和ケアの利用と臨終の過程にある患者の延命医療の決定に関する法律が成立、2018 年施行予定

(表は田中美穂が作成)



2. 報告概要



Ilhak Lee (韓国・延世大学)

「韓国の終末期医療に関する法の紹介」

2016年1月8日、「ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者（patients at the dying stage）の延命医療の決定に関する法律」（以後、本法律）が大韓民国国会で成立した。それを「よい死法」や「尊厳死法」と呼ぶ論者もあり、ある意味においては本法律は一つの終末期ケア法であるといえる。しかし、立法者はその可能な適用範囲をより論争的でない条件、つまり「終末期（臨終過程 dying stage）」と呼ばれているものまで狭めようと試みていた。

本報告はまず、終末期ケアを、特に終末期ケアでの意思決定に焦点をおいて記述することから始めた。それから、本法律の含意を議論した。

私は、立法以前の死と臨終過程に関する文化と立法の背景の要点をまとめた。つまり、ボラメ病院事件（1998）とセブランズ病院事件（2008）という訴訟事件、そして韓国保健福祉部がとった合意形成プロセスである。

本法律は、患者の最善の利益の保護と自己決定の尊重をその立法目的としている。この法は、終末期患者のケアにおける医療従事者の責任を明確化している。医療従事者は、緩和ケアと終末期医療の決定（EMD）に関する情報を提供し、患者の自律的決定に従うことで、患者の自律を尊重すべきである。同時に、本法律は患者が見捨てられないようにするセーフガードを提供する。これは、終末期の患者は保護されるべき人々であるという社会的意識を反映している。

本法律は来るべきケアの向上に向けた礎石として見なされうるし、また見なされるべきであるけれども、適用範囲が狭すぎるということや生活の質に関する議論を欠いているという欠点も存在する。

鍾 宜錚（日本・立命館大学）

「台湾における終末期医療の法制化：「病人自主権利法」の成立」

台湾は、終末期患者の生命維持治療の中止・差し控えを法制化した東アジアで最初の国の1つである。「安寧緩和医療法」は2000年に施行され、患者自身の事前指示に基づいて生命維持治療を中止することを合法化した。また事前指示が無い場合には、家族が患者の代理となり生命維持治療の中止を求めることができる。同法の成立は台湾における終末期ケアの発展において重要な出来事であると考えられている。

「安寧緩和医療法」によって本人の事前指示が認められるものの、実際は、患者が事前指示を残している場合が少なく、家族が意思決定をする場合がほとんどであったことから、患者の自己決定権を十分に尊重する目的で、2016年1月、新法—「病人自主権利法」が通過し、2019年に施行される。医師には、患者が治療に関して患者自身の決定を下すことができるように、患者に診断を通知する義務があるということが、新法では明確に述べられている。また、同法は植物状態や長期に渡る昏睡状態にある患者を、生命維持治療の中止もしくは差し控えの適用範囲に含んでいる。本発表ではまず「安寧緩和医療法」における患者の自律に関する曖昧さと問題を概観した。そして「病人自主権利法」の通過の背景を簡単に紹介し、この新法が台湾における「よい死」の概念にどのように影響しうるかを論じた。





Richard Huxtable and Giles Birchley

(イギリス・ブリストル大学)

「医療倫理と法における最善の利益を調停する」

「最善の利益」テストは、多くの国と文脈で用いられている法的基準である。この用語（と、「厚生 well-being」のような同義語として想定されているもの）は、生命倫理的分析においても馴染み深い。しかし、それぞれにおける理解が一致している範囲は、明らかになっていない。ウェルカム・トラスト財団に支援された一年間のプロジェクト「医療倫理と法における「最善の利益」の調停（BABEL）」は、患者の最善の利益は様々な状況においてどのように解釈されているか、また解釈されるべきかを調査することで、このギャップを埋めようとするものである。

本発表において、我々はまず、BABEL プロジェクトの背景を探った。それから我々は、今日までに果たされた仕事を説明した。ここで、我々は（「最善の利益」という）この語が、最小意識状態（MCS）の患者に対する治療—または治療をしないこと—という文脈において、どのように適用されているかに焦点をおいた。我々は特に、このような患者に関する最近の英国の法判断を調査し、最善の利益の生命倫理上の理解が法判断と（明白にであれ暗黙にであれ）調和しているのか、しているとしたらどの程度かを確かめることを目指した。我々は、次のように述べた。（生命）倫理的な価値は、これらの決定における基準と関係がある。また、判事がその基準を用いる際、上述の価値は把捉され、その重みづけも与えられている。

それから、調査されるべき疑問とありうる方法を提示することで、プロジェクトを発展させる計画の概略を示した。将来の仕事は、MCS の患者のみに限らない遥かに大きなものになるであろう。結論としては、最善の利益の決定に関する詳細な研究は、我々に個別事例における最善の利益についてより深く理解させてくれ、さらに、生命倫理的問題をはらむ事例の領域全体を通じた最善の利益の基準について、より広い物語を提供してくれるはずだ、と提案した。

田中美穂、児玉聡（日本・日医総研、京都大学）

「日本の「尊厳死」法案の対案の検討—諸外国の法律との比較を通して—」

日本においては、事前指示関連法案、いわゆる「尊厳死」法案が、超党派の国会議員連盟によって提案されている。しかし、この法案はいまだ国会に上程されておらず、議論されていない。「尊厳死」法案は、患者の事前指示に従い、生命維持治療を差し控え・中止する医師の免責を規定するものである。背景には、生命維持治療を中止した医師の刑事責任が問われたり、警察の捜査を受けた後に送検されたりしたことが相次ぎ、医師や医療機関の間に懸念が広まったことがある。

本発表では、日本の「尊厳死」法案と類似した法律をすでに有している、台湾、韓国、英国との比較によって、日本の法案の問題点について議論した。第一に、事前指示の定義や内容について、明確な言及がないことがある。第二に、終末期の定義には、極めて狭い解釈がある一方、非常に幅広い解釈もできるといことがある。第三に、患者に代わって家族が同意することや、治療の意思決定に家族が参加することに関する手順が言及されていないことがある。

治療の差し控え・中止に関する法制度の必要性については、疑問も呈されている。例えば、治療の中止のみで刑事訴追される事案は発生していない、というものである。さらに、そのような法制化が、障がい者や高齢者といった社会的弱者に対して、命を終わらせるよう、社会的な圧力となる可能性があるということである。

そこで、本発表では、「尊厳死」法案の問題点に対応する「対案」を提示する。対案は14条で構成され、主なポイントは次の3点である。

1. 対案第3条・第5条：

事前指示はリビング・ウィルと医療に関する持続的代理権を含み、患者の署名、証人、記入日などを必要とする。

対案第12条：

国は、新たに創設する「終末期医療支援センター（仮称）」において、登録制度を管理する。

2. 対案第3条：

終末期は、治癒不可能で不可逆的な状態を指し、生命維持治療を行っても比較的短期間で死亡することが予想されると定義する。

その多様性を考慮して、終末期の判断には、1) 救急医療などの急性型、2) がんなどの亜急性型、3) 高齢者などの慢性型——にわけて判断することとする。

3. 対案第6条：

医療に関する持続的代理権の設定を規定、現実的には、患者の家族が、患者に代わって代理の意思決定者として考えられる。

4. 対案第12条：

国は、前述の「終末期医療支援センター（仮称）」を設置するべきである。

このセンターは、終末期医療に関する知識の普及啓発を促進すること、医療従事者と同様に患者とその家族の相談にも対応すること、英国の独立意思能力代弁人制度（IMCA）のような患者の意思を代弁する支援制度を運用することとする。

さらに、医師の「免責」を規定するかどうか、自分で治療方針について判断することができず、相談する家族や友人もいない患者のために、どうやって治療方針を決めるのか、といった点についても十分に検討する必要があると考える。



有馬 齊（日本・横浜市立大学）

「生命維持治療の中止に関する倫理的問題」

患者の死期を早めうる医療者のさまざまなふるまいを合法化することにたいする批判のひとつによれば、合法化は、社会的弱者集団に属する患者に否定的影響を及ぼすとされる。たとえば、延命治療の差し控えが合法化されたとすると、貧困者、障害者、高齢者などの人々が治療を差し控えるよう周囲から圧力をうけるのではないかと懸念されてきたのである。合法化がいわれているような否定的影響を及ぼす可能性や具体的メカニズムについて、出版されている研究者や運動家らの意見を参照しながら考察した。そのような影響があることを否定する見解や、影響があることは合法化に反対する理由にはならないとする意見についても妥当性を検討した。また、すでになんらかの合法化がなされた国や地域における議論や統計に加え、日本国内の論争状況についても簡単に紹介した。



門岡康弘（日本・熊本大学）

「日本における終末期医療への医療の無益性の含意—実証研究からの報告」

ほとんどの国において、医療者は医療の無益性を直観的に判断し、延命治療の中止と差し控えを支持するだろう。今のところ日本では医療の無益性に関し、米国が経験してきた率直かつ活発な議論やそのような治療の意思決定に関する手続きは存在しない。しかし、近年、いくつかの医学会が作成したガイドラインでは、延命治療の中止と差し控えは容認されるようになり、“無益”という言葉が散見されるようになった。医療の無益性とよばれる臨床倫理の問題の様相は、行うべき治療あるいは治療の適切性に関する医療者と患者・家族間の意見の不一致である。日本の医療現場にもそのような意見の不一致は存在すると考えられる。臨床の場面で満足いく意思決定が実現するためには、治療の適切性ないしは意思決定プロセスに関する国民全体の合意形成は必要かもしれない。したがって、医療の無益性に関する議論は、過剰医療を行っている指摘され、多死社会を迎えつつある日本の終末期医療にそれなりの意味合いを持つだろう。生命倫理学領域における長年の議論の中で、医療の無益性の問題は個々の当事者の価値判断を逃れることができないから、それを定義することは困難であると述べられてきた。医療の無益性の概念が診療における意思決定の根拠として適用されるためには、この難点を回避あるいは克服する必要がある。

発表者は、日本人医療者と一般市民を対象に 2011 年に行った実証研究の概要を提示し、医療の無益性は状況依存的・恣意的あるいは不可知的な概念である、無益性が問題となる治療の中には身体的な利益はなくても心理的な利益をもたらすものがある、患者にとって無益であってもその家族にとって利益となる治療があるといった調査結果を紹介した。次に、1990 年頃から米国で行われている医療の無益性に関する議論に言及し、無益性の定義づけの困難さ、無益性が問題となる治療を中止・差し控える州法の問題点などについて述べた。そして、我が国の非自発的安楽死事例の裁判で言及された治療中止の根拠として考慮される治療義務の限界とその問題点、治療の無益性の判断には患者の価値判断・QOL そして治療目標を考慮すべきであるという学会指針などを紹介した。これらの知見や議論に基づく結論として、少なくとも今の日本では医療の無益性という概念は信頼性をもたず、医療者はそれを主張しないほうがよいという見解を述べた。また、心理的な利益しかもたらさない治療の是非と家族にしか利益

をもたらさない治療について社会的な合意形成を行うほうが効果的な解決になるだろうという意見を述べた。





大関令奈（日本・東京大学）

「日本における終末期の積極的治療中止のタイミングに関する話題」

近年、進行がん患者に対する抗がん治療（「緩和的化学療法」）中止のタイミングに関する研究がいくつか存在する。英国とドイツの研究では、医師の緩和的化学療法に関する決定が、例えば「患者の延命を重視する」もしくは「患者の QOL を優先する」といった、医師自身の価値や職歴に基づいていることが報告されている（Schildmann 2013）。また、意思決定は、患者の年齢や生活環境についての医師の個人的な見解や医師自身の年齢や生活歴に影響を受けるとされる。

日本のがん治療ガイドラインでは、「終末期がん患者においては Performance Status が保たれている限り、緩和的化学療法を考慮すべき」と記載されている。しかし、終末期に近づいた患者に、緩和的化学療法を継続することは、いまだ議論が残る。実際、日本のがん治療ガイドラインでは、化学療法中止の時期に関する記載はあいまいである。このように、患者の化学療法を中止、もしくは継続すべきかどうかに関しては、明確になっていない。日本の腫瘍内科医に対する調査では、彼らが緩和的化学療法について患者と話すことに負担を感じていることが報告されている（大谷 2011）。

終末期に至った患者の治療を決定するにあたっては、多職種カンファレンスを開催することが推奨されているが、実際、日本の医療従事者はそのカンファレンスを行うことにインセンティブを感じていない。さらに、日本の医師たちの間には、お互いの医療に関して口出ししないといった「暗黙の了解」がある。

日本ではこのような医師と進行がん患者の間の意思決定プロセスに関する研究が少ない。このような理由から、我々は進行乳がん患者に対する治療の意思決定プロセスについて、日本の乳腺医の経験や見解についての質的インタビュー調査を行っている。今回は本研究のいくつかの結果について紹介した。



森朋有（日本・東京大学）

「日本の急性期病院における DNR 指示と治療の差し控え」

DNR 指示は患者の意思および医学的無益性を根拠に蘇生治療のみを回避するための指示である。しかし、西洋諸国と同様、DNR の意思決定への患者の参加は稀で、医療者が DNR 指示を拡大解釈して様々な治療を不適切に制限する可能性が日本においても指摘されている。本発表では現在の DNR 指示の運用状況に照らして尊厳死法案の得失を議論するため、我々の行った急性期病院での DNR 指示についての研究結果の概要を報告した。

結果の概要：

- ・患者の DNR の意思決定への参加は 2%以下であるが、DNR 患者の 2/3 は、DNR 指示とともに他の治療も制限されていた
- ・ 80%近くの DNR 指示は、相談開始当日に決定されていた
- ・ 全 DNR 指示の 45%は、生存退院する患者に行なわれていた
- ・ 例え生存退院する場合でも、高齢、女性、非がん、内科系の患者では、医療者による入院早期の DNR 指示とともに生命維持治療の差し控えが行われる傾向を認めた
- ・ がん患者への DNR 指示の多くは予後不良を根拠として、医療者によるイニシアチブで決定される頻度が高く、一方高齢の非がん患者では、高齢などの患者の特性のみを根拠として、医療者の促しにより家族が決定することが多い

結果と関連して予想される尊厳死法案の得失：

- ・ 延命治療中止への医療者の根強い抵抗感を是正し、治療中止を回避するための不開始を減らす
- ・ 延命治療の制限の際に手続き的妥当性に加え実質的（医学的）妥当性も担保されやすくなる
- ・ 妥当な事前指示・終末期の確実な判断・中止すべき治療の存在、の全てを満たす患者は少ない
- ・ 関係者が個別の状況を充分勘案した結果でも、法的に免責されない治療制限は困難になるかもしれない

3. 四つの問いと、それに対する意見

1. なぜ法制化が必要と考えられるようになったのか（法制化の背景）

そもそもなぜ終末期における生命維持治療の差し控えや中止に関する法律が必要なのだろうか。冒頭で述べたように、終末期における治療差し控えや中止が法的・倫理的な問題となったのは、医学的な技術革新、すなわちそもそも生命維持治療技術の高度化により、場合によっては患者が望む以上に延命できるようになったという大前提がある。これは多くの先進国で似たような状況だと思われる。しかし、どのような事情で、法制化の必要性が社会的に認識されるに至ったのだろうか。また、とくに法制化が進んだ各国においては、法制化の直接・間接のきっかけとなったのはどのような出来事であるのか。

(1) 日本の状況

日本の場合、2000年代に入ってから、川崎協同病院事件や北海道立羽幌病院事件、射水市民病院事件など、治療を中止した医療従事者が逮捕あるいは書類送検（後に不起訴となった事案も含む）される事案が相次いだという事情がある¹⁹。これらは急性期の疾患やがんなどの終末期における治療中止（川崎協同病院事件においては治療中止後に積極的安楽死も実施した）が実施後に問題になった事例であり、いずれも「医師による独断」が指摘されている。

また、田中美穂・児玉聡両氏の報告で言及されたことであるが、こうした治療中止の事件と平行して、医療事故・過誤が相次いで報道され、医療現場への司法の介入事例が続いたことも関係している可能性がある。そのような代表的な事例としては、横浜市立大学付属病院における事故（1999年）²⁸、都立広尾病院事件（1999年）²⁹、慈恵医大青戸病院事件（2002年）³⁰などである。この時期には病院や医療従事者に対する民事訴訟（いわゆる医療過誤訴訟）が増加した時期であり³¹、そのような背景から、一方では市民の間に医療不信が³²、他方で

²⁸ 注）病院が、心臓病と肺疾患の患者を手術室に受け渡す際に起きた取り違え、それが見逃され、それぞれ入れ替えられたまま麻酔と手術がされた事故。<http://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/BK3/bk3.html>

²⁹ 注）前日に関節リウマチの手術を受けた入院中の女性患者(58)に対して、血液凝固防止剤を点滴すべきところ、看護師が誤って消毒薬を点滴して患者を死亡させた。その後、病院長は主治医と相談し、24時間以内に警察に届け出なかった事件。

<http://www2.kobe-u.ac.jp/~emaruyam/medical/Lecture/slides/070818housou1.pdf>

³⁰ 注）医師が術式に未熟であったにも関わらず、本来は必要のない当該術式で手術を行い、患者が大量出血、低酸素症となって死亡した事件。（東京地裁判決 平15（刑わ）3736号、2006年6月15日。）

³¹ 最高裁判所、医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間。

http://www.courts.go.jp/saikosai/vcms_lf/201505ijikankei1.pdf

は病院や医療従事者の間に民事・刑事訴訟化への恐れが広まったと言える。治療中止に関する法制化が求められるようになったのは、こうした市民の医療不信や防衛医療の傾向から治療中止の実施が現場の判断だけでは困難になったという事情がある可能性がある。

このように法制化の必要性が社会的に認識されるようになった一方で、法制度の是非をめぐる議論もある。法制度は必要ない、あつては困るという主張としては、次のようなものがある。例えば、日本弁護士連合会は、「自己の人生観などに従って真に自由意思に基づいて決定できるためには、終末期における医療・介護・福祉体制が十分に整備されていることが必須であり、かつ、このような患者の意思決定をサポートする体制が不可欠」であるが、そのような体制が不十分であること、尊厳死法案は患者の権利を真に保障する内容とはいえないことなどから、現状における法制化には反対している³³。また、有馬斉氏の報告にもあったように、障害者団体も、「人工呼吸器や経管栄養の助けを借りて生きている人たちに対して、『自己決定のもと尊厳死を選択している人がいるのに、なぜそうまでして生きているのか、なぜ死なせないのか』という社会の無言の圧力がかかることは必至」などとして、法制化に対して強い懸念を示している³⁴。このような患者の治療を受ける権利や生存権が十分に保障されていないという主張の他、前述のように、2007年の厚労省の終末期プロセスガイドライン策定以降、生命維持治療の中止行為のみによって有罪が確定した事案は無いという主張もみられる。

一方で、法制度が必要という主張の根拠として、国の意識調査（2013年）では、厚労省のプロセスガイドラインを知らないという医師が33.8%いることが挙げられる³⁵。つまり、国の指針があるものの、臨床現場において指針が適切に運用されているかどうかかわからないということである。また、国の指針策定以降に治療中止行為によって有罪が確定した事案が無いという主張に対しては、医療者が社会問題化や刑事訴追を恐れ、治療中止を行わなくなっているという「萎縮効果」による説明も可能である。実際、岐阜県立多治見病院や亀田総合

³² 日本経済新聞。新潮流をつかむ（4）Q&A——訴訟は年800件、医療不信なお、来秋、事故調査など義務づけ（医出づる国）。2014年8月27日付朝刊。

³³ 日本弁護士連合会。「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」に対する会長声明。2012年4月4日。

http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120404_3.html

³⁴ 人工呼吸器をつけた子の親の会（バクバクの会）。意見書「改めて尊厳死の法制化に強く反対します」。2012年7月12日。<http://www.bakubaku.org/songenshi-houseika-hantai-seimei20120712.html>

³⁵ 厚生労働省。人生の最終段階における医療に関する意識調査結果報告書。2014年3月。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/dl/saisyuu_iryuu09.pdf

病院のケースでは、治療中止を求める患者と家族の願いを受けて倫理委員会が治療中止を認めたにも拘わらず、病院長は、法律が不透明であるという理由から中止を認めなかった。多治見病院のケースは厚労省のプロセスガイドラインができる前のことであるが、亀田総合病院のケースはガイドライン策定後のことである³⁶。

このような状況を考慮すると、治療中止に関する法律の制定が適切か否かという議論するに当たっては、現行の厚労省指針や医療関連学会などの指針で十分なのかどうか(また、指針間の整合性の問題など運用上の課題はないのか)、現場では治療中止がどのくらい行なわれているのかといった問題について十分に検討する必要がある。これらは実証的な問いであるため、学術的な調査がなされることが望ましい。そのうえで、超党派の国会議員連盟によって提案されている「尊厳死」法案のような特別法に何が求められるのかといった点や、刑法との整合性等についても十分に検討する必要があるだろう。

(2) 台湾の状況

Yicheng Chung 氏の報告にあったように、台湾では、患者本人・家族の代理決定によって、瀕死状態の患者を病院から退院させ、自宅で看取る「終末期退院」という文化が根付いている^{25,26}。この終末期退院は、1986 年制定の医療法第 52 条にも規定されている。1980 年代、行政衛生署(現在の衛生福利部、日本の厚労省に当たる)は治療の差し控え・中止に反対する見解を示していたが、1996 年になって、違法ではないとする見解を示した。このような変化の背景には、カリフォルニア州の自然死法に代表される英米圏の自然死(尊厳死)の考え方が広まりつつあったことや、1990 年代から緩和医療・ホスピスケアが広がり、患者または家族の意思表示によって蘇生措置を行わず、病院でも病状の進行に任せて死にゆくことが自然であると考えられるようになったことがある。そして、このような行政衛生署の見解の変化が、本人の事前指示書による延命治療の差し控えを法制化する一つのきっかけとなり、2000 年に「安寧緩和医療法」が制定されたのである³⁷。なお、本法律については以下でも要点を説明するが、報告書の参考資料として日本語訳を掲載してある。

³⁶ 「岐阜県立多治見病院 倫理委 延命中止を容認 院長「国あいまい」と認めず」朝日新聞 2007 年 1 月 9 日、「人工呼吸器外し: ALS 患者、千葉の病院に要望書 院長は「答え出ず」」毎日新聞 2008 年 10 月 8 日、「「死への要望書」波紋」朝日新聞 2009 年 12 月 23 日。

³⁷ 英訳では Hospice Palliative Care Act とされるように、「安寧緩和医療」はホスピス・緩和ケアの意味である。

さらに、Yicheng Chung 氏は、台湾で 2016 年 1 月に可決成立した「病人自主権利法」（「患者自主権利法」とも。2019 年施行予定）についても解説した。台湾の「患者の自己決定法」は、医療について患者本人の知る権利、選択の自由、自己決定権を保障し、さらに、末期患者以外にも治療行為の終了（中止）を認めたものである³⁸。この法律制定の背景には、「安寧緩和医療法」では、医師には患者に対する真実告知義務がなく（第 8 条参照）、また治療中止に際して家族の同意が必要であるなど、十分に患者の自己決定が尊重されていないという批判があったとされる。このような批判を受けて作られた「患者の自己決定法」においては、第 4 条で患者には医療上の意思決定に必要な情報を受ける権利と選択をする権利があることが明記され、また家族や医療代理人等はその権利に干渉すべきでない旨が明記された。また、第 8 条では事前指示書には生命維持治療、人工栄養等に対する意思表示が含まれること、第 9 条では指示書の作成には医療機関との相談が必要とし、本人、2 親等以内の親族 1 人以上および医療代理人の参加が必要なこと等が規定された。さらに、治療中止に関する規定については、第 14 条の規定で、末期患者だけでなく、不可逆的な昏睡状態、遷延性意識障害、重度の認知症、その他不治の疾患で耐え難い苦痛があると法的に認められた場合にも適用されることが示された。なお、患者の自己決定に基づいて治療を中止した場合には、医療機関および医師は刑事責任を問われない旨が規定されている。重度の認知症患者などにも治療差し控え・中止の対象を広げたこと、医療機関および医師を免責することなどは注目すべき点であり、日本における法制度の議論をするうえで今後も注視する必要があるだろう。

(3) 韓国の状況

韓国の状況については、Ilhak Lee 氏、Hong Hyunsoo 氏によって詳細に報告された。今回の立法化の背景には、著名な裁判事例、専門職団体によるガイドラインの作成、社会的コンセンサスの形成を経て、法制化の試みがなされているという過程がある（図 2）。

³⁸ 岡村志嘉子. 【台湾】患者自主権利法の制定. 外国の立法 No.266-2. 2016 年 2 月.
http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9851748_po_02660210.pdf?contentNo=1

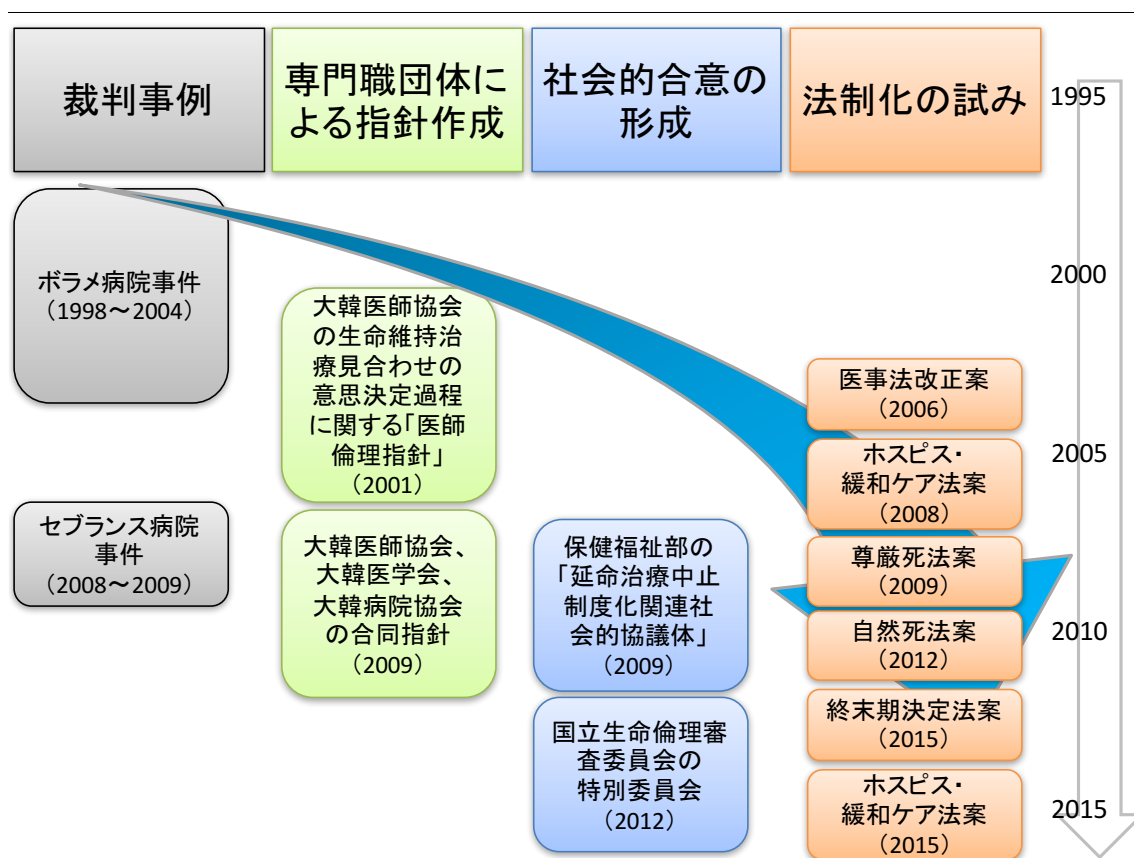


図2 Ilhak Lee氏の報告スライドを日本語訳にして一部加筆

まず、著名な二つの裁判事例がある。具体的には、ボラメ病院とセブランス病院で起きた二つの裁判である³⁹。ボラメ病院事件は、家族の要請に基づいて患者を退院させ、患者の自宅にて人工呼吸器を取り外した医師らが、殺人幫助罪に問われ、韓国大法院判決で有罪が確定した事案である。判決では、医療者には患者の治療を継続する義務があったと指摘され、それは家族の要請によって免除されるものではないとされた。それ以前は患者の家族の意向が治療に関する意思決定の重要な根拠として一般的に容認されていたため²²、この判決が出たことで、患者の最善の利益と家族の意向のどちらを医療者は重視すべきなのかをめぐって医療界に大きな混乱が生じたとされる⁴⁰。

また、セブランス病院事件は、遷延性意識障害(PVS)の患者の人工呼吸器を取り外すよう家族が要請したものの、病院側に拒否されたため訴訟を提起した結果、韓国大法院判決で家族らの主張が認められた事案である。ボラメ事件と異なり、この事案では、患者は終末期ではなく、また、家族による患者の推定意

³⁹ 注) 事件の詳細については、本報告書末尾の参考資料を参照のこと。

⁴⁰ Ki-Hyun Hahm and Ilhak Lee. Biomedical Ethics Policy in Korea: Characteristics and Historical Development. *J Korean Med Sci* 2012; 27: S76-81

思が認められた。さらに、セブランス病院事件判決では、現憲法が保証する幸福追求権を支える法制度等の必要性が指摘された。

これらの裁判事例と連動して、大韓医師協会など専門職団体が、2002年、2009年に生命維持治療中止の意思決定過程に関する指針を作成した。これに続いて、国による社会的コンセンサスの形成を促す取り組みも行われた。2009年、保健福祉部が「延命治療中止制度化関連社会的協議体」を設置し、半年間に7度の会議を開いた結果、治療中止してよいのは終末期の患者のみである、心肺蘇生をしないことや呼吸器の取り外しは可能であるが水分・栄養補給といった一般的な医療は中止できない、医師は患者の自己決定権を尊重しなければならない、終末期患者に特化した国家倫理委員会と院内倫理委員会を設置する必要がある——といった点について合意を得た。それを受け、2013年には国家生命倫理審議委員会が「無益な延命治療中止制度化の論議のための特別委員会」を設置した。また、2010年以降、市民団体による事前指示作成キャンペーンや、よく死ぬ(well-dying)キャンペーンなども展開された。他方で、カトリックなどの保守派による法制化反対運動もあった。

このように、裁判、専門職団体による指針作成、社会的コンセンサスの形成の試みといった社会の動きを背景に、2006年以降、国会で治療中止に関するさまざまな法案が議論された。そして、およそ10年の年月を経て2016年2月、「ホスピス・緩和ケアの利用と臨終の過程にある患者の延命医療の決定に関する法律」が成立したのである。なお、本法律については以下でも要点を説明するが、報告書の参考資料として日本語訳を掲載してある⁴¹。

(4) 英国の状況

最後に、英国に目を転じると、上述の2005年意思能力法ができる前のイングランドおよびウェールズでは、治療に関する決定はコモン・ロー(判例法)にもとづいて行われていた。これはたとえば上述のブランド判決などを判例として判断するということである。しかし、LD(学習障害)、認知症、精神疾患のある人々の介護者らによって、(ブランドのような遷延性意識障害ではないが)判断能力のない患者の治療上の意思決定の方針について法的指針が無いことへの懸念が示されていた。こうした介護者の懸念を背景に、法制審議会(委員会)は1989年、自分では意思決定できない成人を守るため、コモン・ローを明文化し、本

⁴¹ なお、本法律では医師の免責についての規定がないが、Ilhak Lee氏によれば、2016年の医師法(Medical Practice Act)の改定により、治療中止のさいに免責するという規定が入ったとことである。

人に代わって意思決定や行動するための新たな法的枠組みを作るプロジェクトを開始した。このプロジェクトは広く支持され、1997年には当時の大法官が政策提案書（グリーン・ペーパー）によって前進させた。1999年、憲法事項省が、法改正のための政策提言書を発行し、2003年に Mental Incapacity Bill 草案が提案され、2004年には下院に提案、2005年に成立した。



2. 家族による承諾の法的あるいは現場の位置付けはどのようなものか (家族同意のあり方について)

治療上の意思決定に関しては、判断能力のある患者の意思決定が尊重されるというのが原則である。しかし、終末期医療においては、本人に意識がないか、その他の理由で判断能力が失われているために他の人が治療上の決定をしなければならないときもある。その際、しばしば問題になるのは、家族(親族)が治療上の決定をすることの是非である。一方で家族は患者の利益を最もよく代弁できる存在と考えられるが、他方で家族は患者と別の利益を持ち、一種の利益相反の状態にあるとも考えられる。さらにまた、家族の中の誰の意見を優先的に尊重するか、また家族の中で意見が割れた場合にどうするかという問題もある。また、家族のいない場合(身寄りのない場合)にどのような対応をするかについても考慮する必要がある。

(1) 日本の状況

日本の医療現場では、患者が意思を示すことができない場合、家族が患者本人に代わって医療行為を決定・選択しているのが実情である^{42,43}。しかし、法的状況を確認すると、現行法においては、医療方針に関する家族の同意や代理決定に関する規定は無い。2000年施行の成年後見関連法の立法過程においては、後見人などによる医療同意については「時期尚早」として権限付与が見送られたという経緯がある^{42,44}。また、日本国内で議論されている超党派の国会議員連盟による「尊厳死」法案においても、家族による承諾については明確に規定されていない。

⁴² 成年後見センター・リーガルサポート. 医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言. 2014年5月. 4頁を参照。

https://www.legal-support.or.jp/akamon_regal_support/static/page/main/images.96d13ec985254da1ac9b0987b7483805/index_pdf10_02.pdf

⁴³ 日本弁護士連合会. 医療同意権がない者の医療同意代行に関する法律大綱. 2011年12月. 3頁以下を参照。 http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/111215_6.pdf

⁴⁴ 注) ただし、2016年4月、成年後見制度の利用促進法(議員立法、http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun/houan/g19001020.htm)が衆院本会議で可決、成立した。この中で、第1章第3条基本理念において、「・・・成年被後見人等の財産の管理のみならず身上の保護が適切に行われるべきこと等の成年後見制度の理念を踏まえて行われることとする。」と規定された。そのうえで、第2章基本方針第11条において、医療・介護等を受ける際に意思を決定することが困難な成年被後見人等が、円滑に必要な医療・介護を受けることができるような支援のあり方について、「成年後見人等の事務の範囲を含め検討を加え、必要な措置を講ずること」が明記された。つまり、今後、医療・介護など身上福祉についても、成年後見人等の事務の対象とするための検討が行われる可能性があるということである。検討において、「身上福祉」の中に、「生命維持治療の差し控え・中止等」も対象とするかどうかについては、依然として不透明である。

もっとも、裁判所の判例はいくつか存在している。2011 年に出された日本弁護士連合会の文書では、次のような裁判例が挙げられている。例えば、東京地裁平成元年 4 月 18 日判決は、「判断能力が不十分で、脳血管造影のように患者の精神的緊張が症状に悪影響を及ぼすときは、特別の関係にある患者の近親者に対する説明とその承諾があれば、患者に説明しなくとも説明義務を懈怠したことにならない」としている⁴³。また、最高裁平成 14 年 9 月 24 日第 3 小法廷判決は、末期がん患者本人への告知が相当でない場合、診療契約に付随する義務として、家族への告知の適否を検討し、相当である場合は家族に告知する義務があるとの見解を示している。

とはいえ、家族による医療同意は法的にあいまいなまま行われているのが現状であり、そのため法整備の必要性が今日唱えられるに至っている。たとえば、2011 年に出された上記の日弁連の文書は、「家族が同意すれば何故に違法性がなくなるのか、同意をなし得る家族とはどのような親族をいうのか、また家族間に対立があったらどうなるのかということについては、未だ明確にはされていない」とし、「現状の混乱を考えると、(医療同意能力がない者の医療同意代行に関する)法整備の必要性は明らかというべきである」と結論している⁴³。また、成年後見センター・リーガルサポートも、「医療行為における本人の意思決定支援と代行決定に関する報告及び法整備の提言」を 2014 年に出し、法整備の必要性を唱えている。

(2) 台湾・韓国の状況

台湾と韓国の法律の内容について、Yicheng Chung 氏、Ilhak Lee 氏、Hong Hyuasoo 氏によって詳細な報告があった。台湾、韓国の法律では、家族等の代理意思決定者による医療上の決定・同意について明記されている。

台湾の「安寧緩和医療法」では、患者の代わりに医療の決定・同意を行うことに関して、1) 成り手に特に制限のない「医療代理人」をあらかじめ指名しておくことと、2) 終末期にある患者が意思表示できない場合、最も近親に当たる者が、本人の代わりに同意できることの両方が規定されている。家族による医療の決定という際には、2)が該当する。最も近親にあたる者とは、配偶者、成人した子どもや孫、父母、祖父母、曾祖母または三親等以内の傍系血族、一親等の直系姻族である⁴⁵。

⁴⁵ 鍾宜鈺訳、安寧緩和医療法（現行法）。

<http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2015/12/59584e2dd0c9b07b5e59f2e55efd256c.p>

また、韓国の「ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案」では、事前指示書が無く、患者が意思表示できない場合、患者の家族のうち2人以上の一致する陳述を患者の意思とみなすことができる⁴⁶。この場合の家族とは、19歳以上の1) 配偶者、2) 直系卑属（自分を中心として下の世代にあたる直系、子や孫など）、3) 直系尊属（自分を中心として上の世代にあたる直系、父母や祖父母など）、4) 1~3に該当者がいなければ、患者の兄弟姉妹である。

(3) 英国の状況

英国では、2005年意思能力法において、永続的代理権（医療に関する決定を含む身上福祉、財産管理）が規定されている。しかし、家族には、明示的に永続的代理権が付与されない限りは、判断能力を失った本人の治療をめぐる、本人に代わって意思決定を行う権限も同意を与える権限も付与されていない⁴⁷。つまり、「家族が固有の立場に基づいて一定の位置付けを確保されるということは、法制度上予定されていない」のである。その背景には、意思能力法が、条件を満たしている限り一般市民が広く意思決定支援に関与できる可能性を取り入れており、家族も自分で意思決定できない人のために支援を差し伸べることのできる一人の「市民」として扱われているといったことがある⁴⁷。

このように、台湾や韓国、英国では、それぞれ形態が異なるが、医療上の意思決定を家族あるいは第三者に委ねる方策が法に規定されている。今日、増加する認知症患者への対応が世界的にも喫緊の課題となっている⁴⁸。認知症などによって、自分で治療方針に関する判断ができなくなった場合に、誰がどのような手続きを経て判断すればよいのかといった問題が生じるためである。そのような状況に対応するには、将来、自分が判断できなくなった場合に備えて、いわゆるリビング・ウィルの効力を保証するだけでなく、治療方針に関する決定を行う医療代理人を指名する制度や、患者本人の意思表示が無い場合、家族

df

⁴⁶ 洪賢秀訳. ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案.

<http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2014/03/1fe2101e093fd10e3a421a201cf2d941.pdf>

df

⁴⁷ 菅富美枝「第7章 成年後見制度の新たなグランド・デザインに向けて」『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. pp. 257.

⁴⁸ Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015 The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. August 2015.

<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

が治療方針の決定・同意できる仕組みを作っておくということも含めて、検討する必要があるだろう。ただし、家族による同意をめぐることは、家族が患者の意思や最善の利益を推し量ることができるのか、家族の利益が優先されないか、家族の誰が同意するのに適切なのか、といった問題もある。裁判所の許可や第三者機関⁴⁹、公的機関等による審査⁵⁰なども含め、法制度を検討する際には、このような点も十分に考慮する必要があると考える。

また、日本、台湾、韓国においては、法に規定されているかどうかには拘らず、治療の決定において家族の権限が大きいと考えられるが、英国の研究者からは、そもそも家族はどのように定義されるのか、またなぜ家族の意見を重視すべきなのかについて検討する必要があるのではないかという指摘があった。例えば、英国では、新生児等の小児の医療においては、家族である親が患児の最善の利益にならないと思われる決定をした場合、裁判所に訴えて親の決定を覆すこともありうる。その場合に最も重要なのは、患児本人の最善の利益であり、親は患児の利益を代弁する役割を持つことになる。同様のことが成人の場合においても当てはまるとすれば、家族の役割とは患者の最善の利益を代弁するのに適した者であることになるだろう。また、身寄りがいない場合の対応についても重要な課題であることが指摘された。たとえば韓国では、家族の意思を患者の意思とみなす旨が法律で規定されているが、法が規定する代理決定者や法定後見人がいない事案等における臨床倫理委員会の権限が規定されていない点に対する懸念が示された。

⁴⁹ 日本弁護士連合会，成年後見制度に関する改善提言，2005年5月。

http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2005_31.pdf

⁵⁰ 神野礼斉，医療行為と家族の同意，広島法科大学院論集，2016；(12)：223-245。

3. 終末期の定義はどのようになされるべきか

治療差し控えや中止が法的・倫理的に認められる場合を終末期に限定する場合は、終末期をどのように定義し、またその臨床上の判定基準をどのようにするかという問題が生じる。終末期は、脳血管障害や心疾患などに起因する急性期の終末期、悪性腫瘍による終末期などが考えられるが、アルツハイマーや腎不全などによる慢性のものや遷延性意識障害や筋萎縮性側索硬化症などに関して、どのような状態になった場合に終末期と判断するのかといった問題が生じる。たとえば、治療を行っても数日以内に死ぬというような短い期間をもって終末期と呼ぶのであれば、あえて治療の中止をしなくてもよいではないかという意見や、余命6ヶ月を終末期とすると長すぎてその時点で治療の差し控えや中止をするのは適切ではないのではないかといった意見もありうる。終末期の定義を適切に行ない、また病態に応じた臨床上の判定基準を作らなければ、市民に余計な不安をもたらしかねない。さらに、こうした終末期の定義や臨床上の判定基準について、法律によって定めるのか、あるいは学会ガイドラインで定めるのか、また判定のプロセスはどのようなものにするのか、といった課題もある。

(1) 日本の状況

日本では、終末期を定義した法律は無い。ただし、いくつかのガイドラインにおいて終末期の考え方について言及されている。具体的には、日本学術会議、日本医師会、日本老年医学会、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会などが公表した提言やガイドラインの中で、終末期の考え方についての言及がある。

厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」では、終末期の定義はなされていない。ただし、その「解説編」では、終末期には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2~3か月と予測ができる場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数か月から数年にかけ死を迎える場合があるとしたうえで、どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームが適切かつ妥当に判断すべきとした。

また、日本学術会議の「対外報告 終末期医療のあり方についてー亜急性型の終末期についてー」は、疾病や患者の状態によって、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、の三つのタイプに大別することが可能とした。

さらに、日本医師会第 X 次生命倫理懇談会の「終末期医療に関するガイドライン」では、狭義の終末期を、臨死の状態で、死期が切迫している時期と定義し、広義の終末期を、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期と定義し、主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等が理解し納得した時点で「終末期」が始まるとした。

日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会 3 学会による「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～」においては、終末期の定義と終末期の判断を分けて、次のように定義した。

1) 終末期の定義

「救急・集中治療における終末期」とは、集中治療室等で治療されている急性重症患者に対し適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される時期である。

2) 終末期の判断

救急・集中治療における終末期には様々な状況があり、たとえば、医療チームが慎重かつ客観的に判断を行った結果として以下の 1～4 のいずれかに相当する場合などである。

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を含む）であると十分な時間をかけて診断された場合
2. 生命が人工的な装置に依存し、生命維持に必須な複数の臓器が不可逆的機能不全となり、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近いうちに死亡することが予測される場合
4. 回復不可能な疾病の末期、例えば悪性腫瘍の末期であることが積極的治療の開始後に判明した場合

このように、学術団体、専門職団体等が終末期の定義および終末期に当てはまる病態についての説明を試みている。とはいえ、終末期という概念は定義困

難であるといった主張や、病態や疾患によって対応が異なるため画一的に議論することは難しいといった批判的な見解もみられる⁵¹。

(2) 台湾の状況

台湾では、安寧緩和医療法第3条(用語の定義)において、末期患者を「重傷、重病にかかり、医師によって治癒不可能と診断され、かつ、医学的証拠から病状の進行によって近いうちに死に至ることが不可避の者」と規定されている。すでに見たように、台湾では自宅で看取る「終末期退院」という文化が根付いているが、Yicheng Chung 氏によれば、このような病院から自宅への移送が考慮されるのは、24時間以内に死ぬと考えられる場合である。また、その臨床的判断については、患者の疾患に関する専門医の資格を持つ「二人以上の医師が末期患者であることを確実に判断しなければならない」(第7条)とある。

(3) 韓国の状況

韓国では、ホスピス・緩和ケアが考慮される時期である「末期 (terminal stage)」と、より死が切迫して治療中止が考慮される「終末期(臨終過程, dying stage)」を分けて考えている。ホスピス・緩和ケアおよび延命医療決定法第27条において、医師は、患者が末期にあると考えた場合、患者とその家族に対し、ホスピスの選択と利用手順に関する説明をしなければならないと規定されている。

まず「終末期 (臨終過程)」とは、回生の可能性がなく、治療にもかかわらず回復できず、症状が急激に悪化し、死が差し迫った状態をいう(同法第2条第1項)。そして、この判断は担当医と該当分野の専門医1名によってなされる(同、第2項)。

次に、「末期患者」とは、がん、後天的免疫不全症候群 (AIDS)、慢性閉塞性肺疾患 (COPD)、慢性肝硬変、その他保健福祉部令で定める疾患に対する積極的な治療を行っても根本的な回復可能性が無く、症状が悪化し、担当医と専門医1人が数ヶ月以内に死が差し迫っていることが予想されると診断された患者を指すとされる(同法第2条第3項)。また、その臨床的判断に関しては、同法第16条において、患者が臨終過程に入ったかどうかの判断は、担当医と該当分野の専門医1人とともに判断し、その結果を記録するよう規定されている。

⁵¹ 厚生労働省、終末期のあり方に関する懇談会 第3回、第4回資料「これまでの主な意見」. 2009.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0224-13.html>,
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0414-7d.pdf>

このように、韓国ではホスピス・緩和ケアが考慮される時期である「末期」と、より死が切迫して治療中止が考慮される「終末期(臨終過程)」を分けて考えている点が特徴的である。ただし、Ilhak Lee 氏が報告で指摘したように、この「臨終過程」の患者しか治療中止ができないというのは、終末期の定義として狭すぎるのではないかという批判もある。

(4) 英国の状況

英国では、そもそも治療を拒否する事前の意思決定は終末期に限定されたものではないため、終末期の定義は議論になっていないように思われる。ただし、意思能力法 2005 において、生命維持治療を拒否する場合は、文書になっていること、本人と証人の署名、生命に危険が及んでも当該意思決定を適用するという明確な記述があることが要件となっている⁵²。ただ、PVS（遷延性意識障害）患者から人工栄養・水分補給を中止する場合は、貴族院は裁判所の判断が求められるべきであると勧奨している。このような貴族院の見解に対し、英国医師会はその治療差し控え・中止に関するガイドラインの中で、治療中止が認知されたガイダンスに基づく場合に限り、合意があれば、裁判所の審理を必須として要求しないことを望んでいるとの見解を示している⁵³。

このように、終末期の定義については各国で違いが見られるが、そのような違いは、一つには、終末期を定義する目的と関わっているように思われる。終末期の定義を考える際は、積極的治療を止めてホスピスや在宅での医療ケアを選択可能にする時期を終末期と考えるのか、治療中止が可能となる時期を終末期と考えるのか、など、目的を明確にする必要があるだろう。韓国のように、目的に応じて二つ以上の時期を区別することも可能かもしれない(日本医師会第 X 次生命倫理懇談会もそのような「末期」と「終末期」の区別を提案していると思われる)。

また、終末期に関しては、「定義」をどうするかだけでなく、典型的な終末期の病態に応じた「判定基準」を作るという試みも、関連学会を中心に求められるだろう。さらに、誰がどのように判断するかという「臨床判断のプロセス」

⁵² 新井誠監訳. イギリス 2005 年意思能力法・行動指針. 民事法研究会. 2009.

⁵³ British Medical Association. *Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment: Guidance for decision making 3rd edition*. 2007.

についても規定する必要がある。定義だけでなく、これらの考慮も含めて総合的に考える必要があると思われる。

さらに、終末期は一つの点や、余命半年などの具体的な月日で考えるのではなく、もう少し幅広いスパンや考え方でとらえる必要があるという指摘がなされた。例えば、「死が不可避」な段階とはどのような状態なのかを考える、といったことである。また、臨床現場においては、終末期の定義や判定については、病状などの医学的知見のみならず、家族など関係者の認識や心構えも重要であり、医師だけが判断するという日本の「尊厳死」法案の様式は万全ではないという意見も出された。家族の心構えという意味でも、患者とその家族、医療従事者らがよく話し合い、どのような最期を迎えたいのか、どのような最期を迎えることが可能か、コミュニケーションをとることが重要であろう。



4. 治療の差し控えと中止を区別すべきか

治療の差し控えと中止は、英米のテキストでは、道徳的に重要な違いはないと記述されていることが多く、「治療の差し控えはよいが、中止はだめ」というのは「神話」であるとして指摘されることもある。この背景にある考え方としては、治療の差し控えも中止も、基本的に(治療をしないという)不作為であるから、積極的安楽死のような殺人には当たらないという考えを指摘することができる(それゆえ治療の差し控えと中止はひとくくりに消極的安楽死として分類されることもある)。しかし、医療者が差し控えと中止を心理的に異なるものとして捉えているという調査もあり、その背後には、人工呼吸器の停止や気管内チューブの抜管に見られるような中止は作為なのではないか、という懸念があるように思われる。それゆえ、治療の差し控えと中止の間に法的・倫理的な区別を立てるべきかどうかの問題になる。

日本では、田中美穂・児玉聡両氏による報告にもあったように、2004 年ごろまでの判決、関連報告書や世論調査の文言においてはこの区別はほとんどなかったが⁵⁴、2006 年に明らかになった射水市民病院（富山県）の事案等以降、治療の中止が適法か、あるいは、適法ではないのかが不確かな状態となっている。2007 年の川崎協同病院事件東京高裁判決においても、「・・・治療義務限界説によれば、治療中止を原則として不作為と解することが前提となる点でも、必ずしも終末期医療を十全に捉えているとはいいい難い」という指摘がなされた。

実際に、法学者や法曹の論文をみると、治療の中止は作為か不作為かといった点についてはさまざまな意見がある。まず、治療の中止と差し控えを等価値とみる見解には、次のようなものがある。「治療中止は、基本的に不作為であるか、または不作為に準ずる」とし、「人工呼吸器の停止は、消極的にそれまで継続していた治療から撤退し」、現状の人為的な呼吸管理から「手を引く行為」であり、「患者に対し最初から呼吸器の装着を差し控える場合と、いったん開始した呼吸管理を中止する場合とは、法的に同列に置かれるべきである」という主張がある⁵⁵。また、治療行為論の枠組みから検討すると、差し控えと中止が等価値であるとする説明として、「治療を行っても行わなくても、医師の

⁵⁴ たとえば東海大判決(1995 年)では、「治療行為の中止」とだけ呼び、差控えと中止の区別はない。また、日本医師会の「医師の職業倫理指針」(2004 年)でも、「治療行為の差し控えや中止」と呼び、東海大判決にならって同様に扱っている。さらに、厚労省の終末期医療意識調査(2004 年)でも、「医療の不開始と中止の違いについては様々な議論があるが、ここでは一括して取り上げることとする」としている。

⁵⁵ 井田良、特集・医療と法 終末期医療と刑法、ジュリスト、2007; (1339): 39-46.

選択と患者の身体状態の悪化や死亡との間に因果関係が認められる限り、医師の行為は傷害罪ないし殺人罪の構成要件に該当」するため、「当該行為は、それが客観的に見て適切な治療行為であれば正当化され、そうでなければ正当化されないというだけであり、作為であるか不作為であるかは一切意味を持たない」とする見解もある⁵⁶。

一方、生命維持治療の中止と差し控えを同等とみることや、中止行為を不作為とみることへの批判として、次のような見解がある。「生命維持・延長に向けて因果を進行させないこと」と「生命維持・延長に向けて進行している因果を止め、生命短縮へと進行させること」は必ずしも同等とはいえないとの主張である⁵⁷。また、「挿管という治療行為がある以上、挿管されていない場合とは状況が異なり、（いったん挿管したチューブを抜管する行為を）不作為と法的に同価値と説明することが困難」という指摘もある⁵⁸。

このように、治療の差し控えと中止は同列に置かれるべきとする意見がある一方で、同列に考えることは難しいという意見もあるという状況である。こうした治療の中止と差し控えを同列に置くことへの困難さは何に起因しているのだろうか。日本の救急医を対象にした質的調査によると、人工呼吸器の取り外しを回避させる要因として、警察の介入や報道による社会問題化、患者の家族への配慮、取り外しを作為ととらえるなど医師側の心理的障壁、医学的要因があることが報告されている⁵⁹。

また、日本におけるこのような状況は、アジア諸国においても一定程度みられることがデータで示されている。アジア 16 ヶ国・地域における ICU の医師を対象にした調査（2012 年）では、生命維持治療の差し控えと中止が倫理的に同じではないと考える医師は、全体で 75% 占めた。国別でみると、日本は 71% と全体平均より低かったが、韓国は 79%、台湾は 80% であった⁶⁰。この調査は、

⁵⁶ 辰井聡子. 治療不開始／中止行為の刑法的評価―「治療行為」としての正当化の試み. 明治学院大学法学研究. 2009; (86): 57-104.

⁵⁷ 武藤眞朗. 刑事裁判例批評 (142) 川崎協同病院事件最高裁決定 [平成 21.12.7 第三小法廷]. 刑事法ジャーナル. 2010; (23): 83-90.

⁵⁸ 入江猛. 最高裁時の判例 刑事 気管支ぜん息の重症発作により入院しこん睡状態にあった患者から、気道確保のため挿入されていた気管内チューブを抜管した医師の行為が、法律上許容される治療中止に当たらないとされた事例[最高裁平成 21.12.7 決定]. ジュリスト. 2012; (1446): 91-94.

⁵⁹ 会田薫子, 甲斐一郎. 末期患者における人工呼吸器の中止―救急医に対する質的研究―. 日本救急医学会雑誌. 2009; 20(1): 16-30.

⁶⁰ Phua J, Joynt GM, Nishimura M, et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia. *JAMA Intern Med.* 2015; 175(3): 363-371.

ICU の医師に限定して行われたものであるが、アジア諸国においては治療の中止と差し控えを同等と考える医療従事者は比較的少ないことを示している。

(2) 台湾の状況

Yicheng Chung 氏の報告で説明されたように、台湾では、2000 年に成立した法律においては、治療の差し控えのみが可能であり、治療の中止はできなかった。その後、2002 年の改正で、本人の事前指示があれば、治療を中止できるようになった。2011 年の改定により家族の代理決定による治療中止もできるようになったが、その場合も患者の事前指示がない場合には家族全員の同意と医療機関の医学倫理委員会の審査が必要という厳しい制約のあるものであったため、2013 年に再度改正され、家族一人の同意で可能になった(第 7 条)。

(3) 韓国・英国の状況

韓国、英国では、治療差し控えと中止は法律上区別されない。Ilhak Lee 氏の報告では、韓国の医師も治療中止よりも差し控えを好む傾向にあること、また通常(ordinary)の治療と通常以上(extraordinary)の治療の区別をする傾向にあることなどが指摘されたが⁶¹、韓国のホスピス・緩和ケアおよび延命医療決定法では、第 2 条第 5 項において、延命医療中止等の決定とは、臨終過程にある患者に延命医療を行わない(差し控え)、または、中止を決めることであるとしている。つまり、治療の差し控え、中止は「見合わせ(forgoing)」であるとして、法律上の相違はないということである。

また、英国では、英国医師会の治療の差し控え・中止に関するガイドラインにおいて、「すでに開始した治療を中止することよりも、治療を開始しない事のほうが心理的にはたやすいかもしれないが、これらの二つの行為の間には、法的、あるいは道徳的に重要な違いは無い」との見解が示されている⁵³。また、判例で、治療に関して同意する能力のある患者は、治療を拒否する権利を有しており、たとえ治療を拒否することによって結果的に死を招くことになるとしても、尊重されなければならないことが明確になっている⁶²。判例を明文化したものが、2005 年の意思能力法である。意思能力法第 24 条において、治療を拒否する事前の意思決定の一般原則として、治療について判断する能力のあるとき

⁶¹ Kim, S. H., Son, M., Koh, S. O., & LEE, I. (2013). Intensive Care Providers' Perceptions of Medically Futile Treatment: Focus Group Interviews. *Korean Journal of Medical Ethics*, 15(3), 370–374.

⁶² General Medical Council. Consent: patients and doctors making decisions together. 2008. http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Consent_-_English_1015.pdf

に事前の意思決定をしている場合、当該治療が実施されない（差し控え）、あるいは、継続されない（中止）ものとする旨が規定されている。ただし、生命維持治療を拒否する事前の意思決定については、必ず書面にすることや、たとえ生命が危険にさらされることになっても当該意思決定の適用を望む旨を述べた本人の声明が記されている必要のあることが、同法第 25 条に明記されている。

このように、治療中止と差し控えの区別についても、国により考え方に少しずつ違いが見られた。他国の動向も参考にしつつ、このような区別がどういう根拠でなされるべきなのか、また治療差し控えだけでなく治療中止に関しても一定の条件下で認められるべきなのかについての専門的な検討と社会的合意形成が必要であると思われる。



4. その他の論点・意見

以上、台湾、韓国、英国、日本の終末期医療に関する法律（案）を中心とした報告の内容について、四つの問いに分けて述べた。また、これら四つの問い以外にも、当日の報告やディスカッションにおいてさまざまな論点が提出された。ここでは、以下に示した 6 項目を終末期医療のあり方を検討する際に留意すべき論点として提示する。

(1) 中止する生命維持治療の範囲・内容

韓国では、人工栄養・水分補給（ANH）は基本的な治療であり、中止の対象とはならないという。実際に、ホスピス・緩和ケアおよび延命医療決定法は、心肺蘇生、血液透析、抗がん剤投与、人工呼吸器装着を「延命医療」としている。これは、Ilhak Lee 氏によれば、通常／通常以上の治療という区別を反映した考え方である。

一方、台湾や英国では、ANH を治療中止の対象としている。台湾の「安寧緩和医療法」では、心肺蘇生術や「生命兆候の維持のために用いられ、治癒の効果がなく、その瀕死過程を延長するための医療処置」である延命治療を差し控え・中止することができると規定されており、ANH は治療中止の対象から外されていない。また、英国では、意思能力法第 4 条第 10 項において、患者本人に医療を提供する人の観点から患者の生命を維持するのに必要であると考えられる治療を指すと規定されている。同法行動指針では、この点を踏まえ、ANH がすでに医療行為とみなされており、事前の意思決定において ANH を拒否することができるとしている⁶³。

日本では法律による規定はないが、1995 年の東海大医学部附属病院事件の横浜地裁判決で、ANH も治療中止の対象とする裁判所の判断が示されている。裁判所が示したのは、「治療行為の中止の対象となる措置は、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考えられる。しかし、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、

⁶³ Office of the Public Guardian. Mental Capacity Act 2005 Code of Practice. 2007.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf

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」との見解であった⁶⁴。このような「どの医療行為」を中止できるかについても議論が必要であろう。

(2) 最善の利益

Richard Huxtable・Giles Birchley 両氏は、「最善の利益」についての報告を行った。「最善の利益」は、英国の意思能力法の原則の一つである。この原則は、裁判所の判例によって形成されたものであり、判断する能力を失っている人のために、あるいは、その人の代わりになされる行為や意思決定は、最善の利益に基づいている必要があるというものである⁶³。この原則は、本人が治療を拒否する事前の意思決定を行っている場合等は除外される。意思能力法では「最善の利益」の定義はなされていないが、最善の利益を見極める際に考慮すべきいくつかの事項が列挙されている。Huxtable 氏と Birchley 氏は、脳死や PVS とは異なる最小意識状態（MCS）の患者の治療差し控え・中止事案をめぐる最善の利益の評価についての研究プロジェクトを実施している。とくに小児の場合などに、最善の利益に家族など代理決定者の利益がどの程度考慮されるべきか、検討する必要があるだろう。

(3) 医療の無益性

門岡康弘氏は「医療の無益性(medical futility)」について報告し、日本の臨床現場では、医療の無益性という考えは、終末期の意思決定に際してはまだ十分に合意の取れた概念ではないと指摘した。医師が終末期医療において無益や無益な治療をどのように判断しているかを調査した、オーストラリアの実証研究（2013 年）では、概念としての無益を定義する要素としては患者の利益の質や見通しがあるという大枠でのコンセンサスが得られたものの、臨床現場における適用については、半数以上の医師が困難さを指摘したとされる⁶⁵。その困難さの例として、医師が治療は無益であると考えても、家族はそうのように捉えていないといったことがある。無益性は、治療差し控えや中止に際して重要な概念の一つである。たとえば、日本臨床倫理学会は、DNAR 指示および POLST 作成

⁶⁴ 横浜地方裁判所判決 平 4 (わ) 1172 号. 1995 年 3 月 28 日.

⁶⁵ White B, Willmott L, Close E et al. What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions. *Med J Aust.* 2016; 204(8): 318.e1-e5.

の文脈で、無益性の概念に言及しているが、こうした議論を出発点にしてさらに議論を深めるべきであろう⁶⁶。

(4) 終末期の治療中止—法かガイドラインか

終末期の治療中止に関して、法律によって規定することが望ましいのか、あるいは、学会ガイドラインなどによる規制が望ましいのかについても議論がなされた。一つの意見は、仮に法律を作るとしても、一般的な法にするのか、あるいは具体的な治療中止の仕方にまで踏み込むようなものにするのか、という点に関して議論がなされなければならないというものであった。また、そもそも立法の目的を明確にすべきであるという意見もあった。すなわち、患者にとって「善い死」を可能にするものなのか、あるいは家族の役割を明示することで家族の心理的・物理的な負担を軽減するようなものなのか、といったことである。さらに、法律が医療者に与える影響についても考慮すべきだという意見もあった。すなわち、医療者にとっては、法律の制定によって法的にできることとできないことが明確化されるという利点があるが、その一方で、法が医療現場に不必要な制約を生み出す可能性もある。また一方で、臨床倫理委員会の助言が法律に反する恐れがあるという懸念から覆されるという事態を考えるならば、倫理委員会の役割を法的に規定した方がよいとも考えられる。こうした得失について十分に検討した上で法律を作り、行政や学会のガイドラインとの棲み分けを図った方がよいとの意見である。

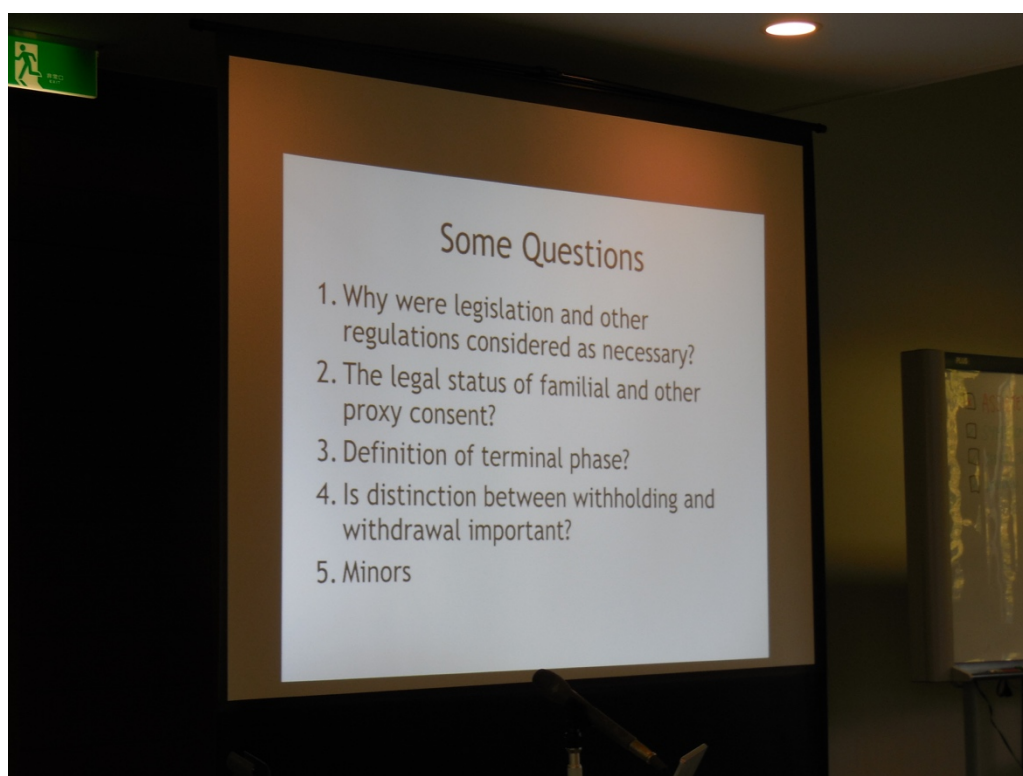
(5) 意思決定をめぐる問い

大関令奈氏は、乳がん患者の積極的治療から緩和ケアへの移行に関する専門医の意思決定プロセスに関する調査研究の概要を紹介した。また、森朋有氏は、救急医療における DNR 指示の実施の役割と問題に関する研究報告を行い、日本で現在提案されている尊厳死法案が成立した場合に、救急医療においてどのような影響がありうるかについて論じた。法改正について考える際には、こうした意思決定プロセスの実態や臨床現場における法改正の影響を考慮する必要があるだろう。

(6) 市民の意識啓発の必要性

⁶⁶ 日本臨床倫理学会「DNAR 指示に関するワーキンググループの成果報告」
http://www.j-ethics.jp/katsudou_1.htm

最後に、終末期の治療中止に関する議論をする際には、終末期医療を含む死や死の過程に関して、当事者である一般市民の意識をどのような手段で向上させるかという点についても十分に議論する必要があるだろう。例えば、英国では、「Dying Matters」連合による官民協働の意識向上活動が展開されているほか、日本においても、葬儀や墓などの準備をする「終活」という活動がシニア層に広まっている。こうした活動の内容と有効性について研究を行なう必要があると考えられる。また、このような活動は、現代社会において死について語ることが困難にしている状況、いわゆる「死のタブー視」から人々を解放しようとする運動と捉えることもできる。この「死のタブー視」という考え方についても理論的な検討を行なう必要があるだろう。



5. 今後必要と考えられる研究課題

以上、ワークショップにおいて提示された四つの論点に関連する事項と、議論の主な内容について述べた。これらの議論を踏まえて、次のような研究が必要であると考ええる。

1. 治療の差し控え・治療中止の実態についての研究

とりわけ日本においては、現状では、治療の差し控えや治療中止の実態について *Anecdotal*（事例報告的）なものしかないため、医療現場が法律がないことでどのくらい困っているのかが明らかではない。このような状況を考慮すると、治療中止に関する法律の制定が適切か否かを議論するに当たっては、現行の厚労省指針や医療関連学会などの指針で十分なのかどうか、現場では治療中止がどのくらい行なわれているのかといった問題について十分に検討する必要がある。これらは実証的な問いであるため、学術的な調査がなされることが望ましい。こうした調査は、治療差し控え・中止に関する法案を作成するための基礎資料となるだろう。

2. 家族等の代理決定者のあり方の比較研究

前述のように、日本と異なり、台湾や韓国、英国では、少しずつ形態が異なるが、医療上の意思決定を家族あるいは第三者に委ねる方策が法に規定されている。今後、認知症患者が増加する見込みであることを踏まえるなら、認知症などによって、自分で治療方針に関する判断ができなくなった場合に、誰がどのような手続きを経て判断すればよいのかといった問題への対策を考えることは喫緊の課題である。このような状況に対応するには、将来、自分が判断できなくなった場合に備えて、いわゆるリビング・ウィルの効力を保証するだけでなく、治療方針に関する決定を行う医療代理人を指名する制度や、患者本人の意思表示が無い場合、家族が治療方針の決定・同意できる仕組みを作っておくということも含めて、検討する必要があるだろう。また、身寄りがいない場合にどうするかについては、臨床倫理委員会を活用するなどの方策を考える必要があるだろう。いずれにせよ、欧米だけでなくアジア諸国の動向の比較研究をすることが、政策決定のための基礎資料として役立つように思われる。

3. 終末期の定義・判定基準の研究

NIH がつとに指摘しているように、終末期の定義をめぐる混乱が、終末期医療やそれに関わる研究の進展、また医療と患者のコミュニケーションを妨げている可能性がある⁶⁷。終末期やそれに関連する用語について、別の語に置きかえて問題を回避するのではなく、概念の明確化を行う研究が必要である。

また、終末期に関しては、定義をどうするかだけでなく、典型的な終末期の病態に応じた「判定基準」を作るという試みも、関連学会を中心に求められるだろう。さらに、誰がどのように判断するかという「臨床判断のプロセス」についても規定する必要がある。定義だけでなく、これらの考慮も含めて総合的に考える必要があると思われる。

4. 終末期の意識向上活動と死のタブー視に関する研究

終末期の定義や治療の中止が問題視される理由の一つとして、現代社会において死について語ることが困難であるということが考えられる。「死のタブー視」という現象については、すでに社会学において議論がなされているが、近代社会において死が見えにくいものとなった状況において、人々が死を忌み嫌い、死に触れることをできるだけ避けようとする態度である。近年始まった英国の「Dying Matters」連合による一般の意識向上活動や、前出の韓国の市民による事前指示作成などのキャンペーン、台湾における「善い死」に関する議論の盛り上がり、また日本の「終活」のような現象は、こうした「死のタブー視」からの解放の試みと言えるかもしれない。現代社会におけるこうした死のタブー視の問題に取り組まなければ、終末期医療の問題の根本的解決を図ることは難しいとも考えられる。終末期医療に関する意識向上運動は各国で今後ますます重要になるものと思われるが、そのさいにこの「死のタブー視」の問題を視野に入れた研究が重要となるだろう。

⁶⁷ National Institute of Health. NIH State-of-the-Science Conference Statement on Improving End-of-Life Care. Volume 21, Number 3, December 6–8, 2004, p. 5, p. 19.

6. 本ワークショップの結果の公表について

最後に、本ワークショップの結果については、本報告書を京都大学応用哲学・倫理学教育研究センター(CAPE)のウェブサイトに掲載する他、日本生命倫理学会や国際生命倫理学会等の関連学会でワークショップやシンポジウムを開催するなどして内容を報告すると共に、識者からのフィードバックを得ることしたい。

以上



ワークショップ当日のプログラム

April 22, 2016

International Workshop: Ethics at the End of Life

9:00-9:15 (15)	Satoshi Kodama, Opening Remarks, self-introduction
9:15-9:30 (15)	Satoshi Kodama, General Introduction for the first day
9:30-9:50 (20)	Hyunsoo Hong, TBA
9:50-10:20 (30)	Ilhak Lee, Introduction to Korean Law on end-of-life care
10:20-10:50 (30)	Yicheng Chung, The legislation of end-of-life care in Taiwan: the passage of “Patient’s Self-determination Act”
10:50-11:00 (10)	Coffee Break
11:00-11:30 (30)	Richard Huxtable and Giles Birchley, Balancing Best Interests in Medical Ethics and Law (BABEL)
11:30-12:00 (30)	Miho Tanaka and Satoshi Kodama, Our alternative proposal to the “Death with Dignity” draft bill in Japan: in comparison with similar laws in other countries
12:00-12:30 (30)	Discussion
12:30-14:00 (90)	Lunch, Group Photo Session
14:00-14:30 (30)	Hitoshi Arima, Ethical issues concerning the termination of life-sustaining treatment
14:30-15:00 (30)	Yasuhiro Kadooka, Implication of medical futility for end-of-life care in Japan: a report from empirical studies
15:00-15:10 (10)	Coffee Break
15:10-15:40 (30)	Reina Ozeki, Issues surrounding the timing of withdrawing aggressive therapies at the end-of-life in Japan
15:40-16:10 (30)	Tomoari Mori, DNR order and Treatment withholding in an acute care setting in Japan
16:15-16:55 (40)	Group Discussion
17:00-17:45 (45)	Whole Group Discussion
17:45-17:55 (10)	Satoshi Kodama, Wrap-up for the first day
18:00-	Dinner

参加者一覧

・プロジェクトメンバー

児玉 聡	京都大学文学研究科
齋藤 信也	岡山大学保健学科
佐藤 恵子	京都大学医学部附属病院
鈴木 美香	京都大学 iPS 細胞研究所
竹之内 沙弥香	京都大学医学部附属病院 倫理支援部
鶴山 竜昭	京都大学医学研究科
長尾 式子	神戸大学保健学研究科
東島 仁	山口大学国際総合科学部
松村 由美	京都大学医学研究科
三成 寿作	大阪大学大学院医学系研究科

・ゲスト参加者

大関 令奈	東京大学大学院医学系研究科
田中 美穂	日本医師会総合政策研究機構
鍾 宜錚	立命館大学大学院先端総合学術研究科
門岡 康弘	熊本大学大学院生命科学研究部 生命倫理学分野
有馬 斉	横浜市立大学学術院 国際総合科学群 人文社会科学系列
金城 隆展	琉球大学医学部附属病院 地域医療部
森 朋有	東京大学大学院医学系研究科
山本 由加里	東京大学大学院医学系研究科
洪 賢秀	東京大学医科学研究所 ヒトゲノム解析センター公共政策研究分野
黒田 和裕	京都大学大学院文学研究科
Giles Birchley	Centre for Ethics in Medicine School of Social and Community Medicine University of Bristol
Richard Huxtable	Centre for Ethics in Medicine

Jon Ives

School of Social and Community Medicine
University of Bristol

Ilhak Lee

Centre for Ethics in Medicine School of Social and
Community Medicine University of Bristol
College of Medicine, Yonsei University.

Cheng-Chung Fang

Department of Emergency Medicine
National Taiwan University Hospital

・リサーチアシスタント

田中 創一朗

京都大学大学院文学研究科



研究会第一日目の参加者。満開のハナミズキと共に（2016年4月22日、京都府木津川市の
際高等研究所）

参考資料 1 本文中の略語について

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANH	Artificial Nutrition and Hydration
BABEL	Balancing Best Interests in Medical Ethics and Law
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DNAR	Do Not Attempt Resuscitation
DNR	Do Not Resuscitate
EMD	End-of-Life Care Medical Decision
IMCA	Independent Mental Capacity Advocacy Service
LD	Learning Disabilities, Learning Disorders
LW	Living Will
MCA	Mental Capacity Act
MCS	Minimally Conscious State
POLST	Physician Orders for Life Sustaining Treatment
PVS	Persistent Vegetative State
QOL	Quality of Life

参考資料 2 治療中止に関する重要事案の概略

項目	該当ページ	内容
東海大医学部附属病院事件（日本）		1991 年、東海大医学部附属病院（神奈川県伊勢原市）で、昏睡状態で入院中の多発性骨髄腫の男性患者から、家族の要請に応じて、担当医が点滴などを取り外して鎮痛剤を投与、致死薬の塩化カリウムを注射した後、患者が死亡した。横浜地検は、塩化カリウムを注射した「積極的安楽死」行為についてのみ担当医を殺人罪で横浜地裁に起訴した。横浜地裁は、積極的安楽死が法的に認められる 4 要件を示したうえで、これらの要件を満たしておらず、法的に認められないとした。さらに、横浜地裁は、起訴内容ではない、生命維持治療の中止要件についても言及、次の 2 要件をいずれも満たしておらず、治療中止についても法的に認められないとした。 1. 患者が回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にある 2. 治療行為を中止する時点で、中止を求める患者の意思表示が存在する ただし、家族の意思表示から患者の意思を推定することも認められる
川崎協同病院事件（日本）		1998 年、川崎協同病院（神奈川県川崎市）において、気管支喘息の重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識不明となった患者から、家族からの要請に基づき、主治医が気管内チューブを抜き取った。その後、鎮静剤を投与しても患者の苦しそうな呼吸を鎮められなかったため、准看護師に指示して筋弛緩剤を注入させた後、患者は死亡した。病院は 2002 年 4 月に会見を開いて事案を公表。同年 12 月、主治医が逮捕、殺人罪で起訴された。起訴事実は、気管内チューブを抜き取った「治療の中止」とその後筋弛緩剤を投与した「積極的安楽死」行為であった。裁判では主に、最初の治療中止行為の違法性が争われた。一審、二審とも「患者の自己決定」「治療義務の限界」という治療中止の許容要件を満たしていないとして、有罪判決を下した。二審の東京高裁は治療中止に関する法やガイドラインの必要性に言及したが、最高裁は二審を支持したものの、治療中止が許容される一般的な要件や法制度の是非については言及しなかった。
ボラメ病院事件（韓国）		1997 年、酔って自宅で転倒した 58 歳の男性が、硬膜下血腫でボラメ病院（ソウル）に搬送され、手術を受けた後、人工呼吸器を装着された。男性の妻は、治療によって男性の症状は改善されつつあるとの説明を受けていたが、経済的理由から、男性を退院させたいと要請した。医療チームは、男性の妻に対し、退院して人工呼吸器を

		外せば男性が死に至る可能性があるとして引き止めたが、医療助言に対する退院と呼ばれる書面に署名した後、男性を退院させた。男性は人工呼吸器を取り外され、5分後に死亡した。この事案で妻と医師らが殺人罪等で訴追された。2004年、韓国大法院は、医師らに対し、正犯の故意が無いとした二審の判断を誤りとしたものの、作為による殺人幫助罪を認定した。大法院判決は、患者の家族の決定が治療介入に関する意思決定の重要な根拠として一般的に容認されていたために、韓国の医師に大きな衝撃を与えた。
セブランス病院事件（韓国）		2008年2月、セブランス病院（ソウル）で肺がんの組織検査を受けた70歳代女性が出血多量で心停止した。医師らが心肺蘇生を行い、人工呼吸器を装着した。半年以上にわたって検査や鑑定が行われた後、担当医や鑑定医らは、患者が遷延性植物状態にあり、意識回復の可能性が極めて低いとの見解を示していた。患者の家族は、患者は延命治療を望んでいなかったとして、病院側に治療の中止を求めたが、病院側に拒否された。家族は治療中止の許可を求めて訴訟を提起した。2009年、大法院は、患者の意思（家族の証言によって推定される）に反する治療は現憲法が保証する幸福権を侵害するとして、回復不可能な死の段階に至った後、患者が自己決定権を行使すると認められる場合には、治療中止が容認され得ると判断、幸福権を支える法制度、倫理コンサルテーションサービス、事前指示を要請した。
クインラン事件（米国）		1975年4月、米・ニュージャージー州で、21歳の女性、カレン・アン・クインランさんが昏睡状態となり、ICUに運ばれた後に人工呼吸器が装着された。父親は、遷延性植物状態にあったカレンさんから人工呼吸器を取り外すよう求めて州高裁に提訴した。高裁が訴えを退けたことから、父親は州最高裁に上訴。1976年3月、州最高裁は父親の訴えを認める判断を示した。その後、カレンさんから人工呼吸器が取り外された。カレンさんは人工呼吸器を外された後も生き続け、1985年6月、ナーシングホームで肺炎のため死亡した。
クルーザン事件（米国）		1983年1月、ナンシー・クルーザンさん（当時25歳）は、ミズーリ州で交通事故にあい、救急措置で命を取り留めたものの、遷延性意識障害となった。クルーザンさんの両親は、人工的な栄養・水分補給を中止することが娘の希望であろうと考え、裁判所に対し、治療の中止を認めるよう求めた。一審は両親の訴えを認めたが、州最高裁判所は一審判決を破棄、両親の訴えを退けた。1990年、連邦最高裁判所は、本人が望む場合は人工的な栄

		養・水分補給を含む生命維持治療を拒むことができるという見方を示したが、本事案においては本人が死を望んでいる事実を示す明白かつ説得力のある証拠が無いとして、両親の訴えを退ける判決を出した。しかし後日、クルーザンさんが、人工的に生命を維持されるより死を望んでいたという友人の証言を新たに得て、両親が再び州裁判所に訴えた。州裁判所は、クルーザンさんから栄養補給チューブを外すことを認めた。
ブランド事件 (英国)		1989 年、アンソニー・ブランドさん（当時 18 歳）が事故で、植物状態（遷延性意識障害）となった。病院は、ブランドさんの人工栄養・水分補給の中止を求めて提訴した。貴族院（日本の最高裁にあたる）は、人工栄養・水分補給も治療の一部とみなされ、治療の中止は作為ではなく不作為であり、中止が患者の最善の利益になるのであれば法に反しないとして、治療の中止を認めた。

参考資料 3 日本の超党派の国会議員連盟によって提案されている「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」⁶⁸

「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」

（第2案（未定稿））

（趣旨）

第一条 この法律は、終末期に係る判定、患者の意思に基づく延命措置の中止等及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定めるものとする。

（基本的理念）

第二条 終末期の医療は、延命措置を行うか否かに関する患者の意思を十分に尊重し、医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と患者及びその家族との信頼関係に基づいて行われなければならない。

2 終末期の医療に関する患者の意思決定は、任意にされたものでなければならない。

3 終末期にある全ての患者は、基本的人権を享有する個人としてその尊厳が重んぜられなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

第三条 国及び地方公共団体は、終末期の医療について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

（医師の責務）

第四条 医師は、延命措置の中止等をするに当たっては、診療上必要な注意を払うとともに、終末期にある患者又はその家族に対し、当該延命措置の中止等の方法、当該延命措置の中止等により生ずる事態等について必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない。

（定義）

第五条 この法律において「終末期」とは、患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう。

⁶⁸ 注）超党派の国会議員連盟による本法案は、患者の意思に基づく延命措置の不開始を法律の対象としている第一案と、延命措置の不開始および中止を対象としている第二案がある。本報告書では第二案を掲載している。本法案については、メディアによる報道や市民団体などによって公表された情報等を参照した。なお、本法案はまだ一度も国会に上程され審議されたことはない。

2 この法律において「延命措置」とは、終末期にある患者の傷病の治癒又は疼痛等の緩和ではなく、単に当該患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置をいう。

3 この法律において「延命措置の中止等」とは、終末期にある患者に対し現に行われている延命措置を中止すること又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。

（終末期に係る判定）

第六条 前条第一項の判定（以下「終末期に係る判定」という。）は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づき行う判断の一致によって、行われるものとする。

（延命措置の中止等）

第七条 医師は、患者が延命措置の中止等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、延命措置の中止等を行うことができる。

（延命措置の中止等を希望する旨の意思の表示の撤回）

第八条 延命措置の中止等を希望する旨の意思の表示は、いつでも、撤回することができる。

（免責）

第九条 第七条の規定による延命措置の中止等については、民事上、刑事上及び行政上の責任（過料に係るものを含む。）を問われないものとする。

（生命保険契約等における延命措置の中止等に伴い死亡した者の取扱い）

第十条 保険業法（平成七年法律第百五号）第二条第三項に規定する生命保険会社又は同条第八項に規定する外国生命保険会社等を相手方とする生命保険の契約その他これに類するものとして政令で定める契約における第七条の規定による延命措置の中止等に伴い死亡した者の取扱いについては、その者を自殺者と解してはならない。ただし、当該者の傷病が自殺を図ったことによるものである場合には、この限りでない。

（終末期の医療に関する啓発等）

第十一条 国及び地方公共団体は、国民があらゆる機会を通じて終末期の医療に対する理解を深めることができるよう、延命措置の中止等を希望する旨の意思の有無を運転免許証及び医療保険の被保険者証等に記載することができることとする等、終末期の医療に関する啓発及び知識の普及に必要な施策を講ずるものとする。

（厚生労働省令への委任）

第十二条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のための手続その他この法律の施行に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

(適用上の注意等)

第十三条 この法律の適用に当たっては、生命を維持するための措置を必要とする障害者等の尊厳を害することのないように留意しなければならない。

2 この法律の規定は、この法律の規定によらないで延命措置の中止等を行うことを禁止するものではない。

附則

1 この法律は、〇〇から施行する。

2 第六条、第七条、第九条及び第十条の規定は、この法律の施行後に終末期に係る判定が行われた場合について適用する。

3 終末期の医療における患者の意思を尊重するための制度の在り方については、この法律の施行後三年を目途として、この法律の施行の状況、終末期にある患者を取り巻く社会的環境の変化等を勘案して検討が加えられ、必要があると認められるときは、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるべきものとする。

理由

終末期の医療において患者の意思が尊重されるようにするため、終末期に係る判定、患者の意思に基づく延命措置の中止等及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定める必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

参考資料 4 台湾の「安寧緩和医療法（現行法）」の日本語訳（鍾宜錚訳）

安寧緩和医療法（現行法）

訳 鍾 宜錚

（總統令、2000 年に制定公布）

（2012 年に第 1 条、3 条から 5 条、6 の 1 から 9 条を改正、2013 年 1 月 9 日に公布）

第 1 条 立法目的

治癒不可能の末期患者の医療意思を尊重し及びその權益を保障するため、この法律を制定する。

第 2 条 施行当局

この条例における「施行当局」について、中央では行政院衛生署、直轄市では直轄市政府、各県（市）では各県（市）政府と指す。

第 3 条 用語の定義

この法律における専門用語の定義は以下のように定められる。

- 一 安寧緩和医療とは、末期患者の生理、心理及びスピリチュアル的な苦痛を和らげる、若しくは取り除くことにより、生活の質を向上するため、緩和的、支持的な医療ケアを行うことである。
- 二 末期患者とは、重傷、重病に罹り、医師によって治癒不可能と診断され、かつ医学的証拠から病状の進行によって近いうちに死に至ることが不可避の者である。
- 三 心肺蘇生術とは、臨終、瀕死、又は生命徴候のない患者に対し、気管内挿管、体外心臓マッサージ、救急薬物の注射、体外式心臓ペースメーカーと電氣的除細動器の使用、人工呼吸など標準な救命救急プロセス、又は他の救命救急処置を行うことである。
- 四 延命治療とは、末期患者の生命徴候の維持に用いられ、治癒の効果がなく、ただその瀕死過程を延長するための医療処置である。
- 五 延命治療の選択とは、末期患者が心肺蘇生術または延命治療に関する選択である。
- 六 希望者とは、指示書を作成し、安寧緩和医療または延命治療について選択する者である。

第 4 条 希望者の署名および関連事項

- 1 末期患者は指示書によって安寧緩和医療または延命治療について選択することができる。
- 2 前項の指示書には、少なくとも以下の事項を明示し、かつ希望者が署名しなければならない。
 - 一 希望者の氏名、国民 ID カードの番号及び住所又は居所。
 - 二 安寧緩和医療の受け入れまたは延命治療の選択の意思とその内容。
 - 三 指示書の作成日。
- 3 指示書の署名には、二人以上の完全な行為能力のある証人が立ち会わなければならない。但し、安寧緩和医療を実施する及び延命治療の選択を執行する医療機関の所属人員は証人になってはならない。

第5条 指示書の要件

- 1 二十歳以上で、完全な行為能力のある市民は、事前に指示書を作成することができる。
- 2 前項の指示書には、希望者が医療代理人を指定することができる。その意思は書面で明示しなければならない。希望者が自ら意思表示ができない場合、代わって医療代理人が安寧緩和医療指示書に署名することができる。

第6条 選択撤回文書

希望者本人又はその医療代理人は、いつでも安寧緩和医療選択の意思を書面によって撤回することができる。

第6条の1 全民健康保険証における意思表示の登録及び撤回

- 1 第4条第1項又は第5条によって、希望者又は医療代理人が指示書に選択の意思を表示する場合、中央施行当局はその意思を全民健康保険証（以下「保険証」と略）に登録しなければならない。その意思登録は効力として指示書の原本と同様である。但し、希望者又は医療代理人が前条の規定によって選択の意思を撤回する場合、それを必ず中央施行当局に通報し、原登録を廃止しなければならない。
- 2 前項の指示書は各医療機関又は衛生機関によってスキャンされ、電子ファイルの形で中央施行当局のデータベースに保存されてから、保険証に登録せねばならない。
- 3 保険証に登録された安寧緩和医療選択の意思が、希望者本人が臨床治療の途中で明示した意思表示と一致しない場合、希望者が明示した意思に従わねばならない。

第7条 心肺蘇生術または延命治療を差し控える要件

- 1 心肺蘇生術または延命治療の差し控えには以下の規定を満たさなければならない。
 - 一 二人以上の医師が末期患者であることを確実に判断しなければならない。
 - 二 希望者が署名した指示書があること。但し、未成年者が指示書に署名する際には、その法定代理人による同意も必要である。
- 2 前項第1款の医師は、患者の傷病に関連する専門医の資格を持たなければならない。
- 3 末期患者が意識低下、または明確に意思表示することができない場合、第1項第2款の指示書は、最も近親に当たる者が代理に同意書を提出することができる。最も近親に当たる者がいない場合、安寧緩和医療コンサルテーションを経て、末期患者の最善な利益にそくした医療的判断に代わって同意することができる。但し、同意書も医療的判断も末期患者が意識低下、または明確に意思表示することができなくなる前に明示していた意思と相反するものであってはならない。
- 4 前項における最も近親に当たる親族とは、以下の区分に該当する者を指す。
 - (1) 配偶者。
 - (2) 成年の子、成年の孫。
 - (3) 父母。
 - (4) 兄弟姉妹。
 - (5) 祖父母。
 - (6) 曾祖父母、又は三親等の傍系血族。
 - (7) 一親等の直系姻族。
- 5 第1項から第4項の規定によって心肺蘇生術または延命治療を差し控える要件を満たす末期患者に対し、すでに行われている心肺蘇生術または延命治療を中止または取り外すことができる。

第3項における最も近親に当たる親族の同意書の署名はこのうち一人が行うものとする。

この最も近親にあたる親族の間で意見が一致しない場合、前項の各款の順番が優先されるものとする。下位の順序に区分される者が同意している場合で、上位の順序にある者が異なる意思を表示する場合、心肺蘇生術を差し控える前に書面でこれを示さなければならない。

6 第3項における最も近親に当たる親族の同意書の署名はこのうち一人が行うものとする。この最も近親にあたる親族の間で意見が一致しない場合、第4項の各款の順番が優先されるものとする。下位の順序に区分される者が同意している場合で、上位の順序にある者が異なる意思を表示する場合、心肺蘇生術または延命治療を差し控える、中止、または取り外す前に書面でこれを示さなければならない。

第8条 医師の告知義務

医師は病状、安寧緩和医療の治療方針及び延命治療の選択を末期患者、若しくはその家族に告知しなければならない。但し、患者が病状及び各種の医療選択を知らせて欲しいという明確な意思を表示した場合、医師はそれを患者に告知せねばならない。

第9条 カルテの記載及び保存

医師は第4条から前条までの規定事項を詳細にカルテに記載しなければならない。また、指示書・同意書もカルテと一緒に保存しなければならない。

第10条 心肺蘇生術を差し控える要件に反した者に対する罰則

第7条の規定に違反した医師は、これに新台幣通貨で6万元以上30万元以下の罰金を科すこととし、一ヶ月以上一年以下の停業処分、又は業務許可の廃止を併科することがある。

第11条 カルテの記載及び保存に反した者に対する罰則

第9条の規定に違反した医師は、これを新台幣通貨3万元以上15万元以下の罰金に科す。

第12条 罰金徴収の主体

この条例に規定する罰金、業務停止及び許可の取り消しは、直轄市又は県（市）の施行当局がこれらの措置を執行する。

第13条 （削除）

第14条 施行規則

この条例の施行規則は、中央施行当局が制定する。

第15条 施行日

この条例は公布日より施行する。

参考資料 5 韓国の「ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案」の日本語訳（洪賢秀訳）

ホスピス・緩和医療および終末期⁶⁹患者の延命医療の決定に関する法律（代案提案の経緯）

議案番号：18461

年月日：2016. 1.

提案者：保健福祉委員長

1. 代案提案の経緯

件名	発議者	議案番号	発議日	全体会議の上程
ホスピス・緩和医療の利用および終末期患者の延命医療の決定に関する法律案	金ジェウォン議員他 10 名	第 15988 号	’ 15. 7. 7.	第 337 回国会（定期会）第 8 次全体会議（’ 15. 11. 9）
ホスピス・緩和医療に関する法律案	金セヨン議員他 32 名	第 14991 号	’ 15. 4. 30	第 337 回国会（定期会）第 8 次全体会議（’ 15. 11. 9）
がん管理法全部改正法律案	金チュンジン議員他 10 名	第 14518 号	’ 15. 4. 1	第 337 回国会（定期会）第 8 次全体会議（’ 15. 11. 9）
がん管理法一部改正法律案	李ミヨンス議員等 12 名	第 14351 号	’ 15. 3. 17	第 332 回国会（臨時会）第 2 次全体会議（’ 15. 5. 1）
	金ジェシク議員等 10 名	第 12767 号	’ 14. 12. 2	第 331 回国会（臨時会）第 1 次全体会議（’ 15. 2. 9）
尊厳死法案	シンサンジン議員等 10 名	第 15510 号	’ 15. 6. 9	－

⁶⁹ 韓国語原文では、「臨終過程におかれた」という用語を使用している。

生の最終段階における自然な死を迎える権利に関する法案	金セヨン議員等 11 名	第 9592 号	' 14. 3. 3	-
----------------------------	-----------------	----------	------------	---

上記の 7 件の法律案を併合し、審査した結果、第 337 回国会（定期会）保健福祉部委員会第 12 次会議（2015. 12. 9）において各々の法律案を本会議に府議せずに国会法第 51 条によりこれを統合・調整した委員会の代案を提案することに決議した。

※第 337 回国会（定期会）第 12 次保健福祉委員会（2015. 12. 9）費用推計書は省略し、決議した。

2. 提案理由

延命医療に対する基本原則、延命医療の決定の管理体系、延命医療の決定およびその履行等に必要な事項を定め、終末期患者の延命医療決定を制度化することで、患者の自己決定を尊重し、患者の尊厳と価値を保障する。また、がん患者に限られていたホスピスサービスを一定範囲の末期患者にも拡大適用することにより、ホスピスに対する体系的で総合的な根拠となる法令を備え、すべての国民が人としての品位を保ち、穏やかな生を終えることができるようにする。

3. 主要内容

ア. 法の目的（案第 1 条）

本法は、ホスピス・緩和医療と終末期患者の延命医療の決定およびその履行に必要な事項を定めることにより、患者の最善の利益を保障するとともに、自己決定を尊重することで人としての尊厳と価値を保護することを目的とする。

イ. 定義（案第 2 条）

(1) 「終末期（臨終過程）」を回生⁷⁰の可能性がなく、治療にもかかわらず回復せず、急速に症状が悪化し死が差し迫った状態と定めた。

(2) 「延命医療」を終末期患者に行う心肺蘇生術、血液透析、抗がん剤の投与、人工呼吸器の装着等、大統領令で定める医学的施術で治療効果がなく、臨終過程の期間のみを延長するものと定めた。

⁷⁰ 回生とは、回復の見込みがないことを意味する。

(3) 「末期患者」をがん、後天性免疫不全症候群、慢性閉塞性肺疾患、慢性肝硬変およびその他保健福祉部令で定める疾患に対して、回復の可能性がなく症状が悪化し、担当医 1 名と該当分野の専門医 1 名から数ヶ月以内に死に至ることが予想されるという診断を受けた患者で、「ホスピス」を末期患者または終末期患者とその家族に、痛みと症状の緩和等を含めた身体的・心理社会的・霊的領域に対する総合的な評価と治療を目的にする医療と定義した。

ウ. 延命医療の決定の管理体系（案第 9 条から第 14 条まで）

(1) 保健福祉部長官は、延命医療の決定およびその履行に関する事項を適正に管理するために国立延命医療管理機関を置く。

(2) 延命医療計画書の作成および内容、登録・保管および変更・撤回等に関する事項を定めた。

(3) 事前延命医療意向書の作成および内容、登録機関の指定等に関する事項を定めた。

エ. 延命医療の決定履行（案第 15 条から第 20 条まで）

(1) 担当医は、患者に対する延命医療の決定を履行する前に該当患者が終末期におかれているかどうかを該当分野の専門医 1 名とともに判断しなければならない。

(2) 医療機関で作成された延命医療計画書がある場合、事前延命医療意向書があり、担当医が患者にその内容を確認した場合には、これを延命医療の決定に関する患者の意思とみなす。

(3) 延命医療計画書や事前延命医療意向書がない場合には、患者家族 2 名以上の一致する陳述があり、担当医等の確認を得て、これを延命医療の決定に関する患者の意思とみなす。

(4) 担当医は、患者に対する延命医療の決定時に、これを速やかに履行し、その結果を記録しなければならない。また、痛み緩和のための医療行為や栄養分の供給、水の供給、酸素の単純供給は保留（差し控え）また、中止してはならない。

オ. ホスピス・緩和医療に対する体系的な支援制度を備えた。

(1) 毎年 10 月 2 週目の土曜日を「ホスピスの日」と定め、趣旨に合う行事や教育・広報を実施する（案第 6 条）。

(2) 保健福祉部長官は、末期患者の痛みの管理等症状の調節のための指針開発および普及、多様なホスピス類型の政策開発および普及、ホスピスに関する広報等必要な事業を実施する（案第 21 条）。

(3) 保健福祉部長官は、末期患者管理に必要な事業を遂行するために中央ホスピスセンターおよび圏域別ホスピスセンターを指定することができるようにした（案第 23 条、第 24 条）。

(4) 保健福祉部長官は、末期患者対象のホスピス専門機関を設置・運営する医療機関のうち、保健福祉部令で定めた施設・人員・装備等の基準を満たす医療機関をホスピス専門機関として指定でき、評価および指定取消を規定した（案第 26 条等）。

ホスピス・緩和医療および終末期患者の延命医療の決定に関する法律

【制定 2016. 2. 3 法律第 14013 号 施行日 2017. 8. 4】

第 1 章 総則

第 1 条（目的）

本法は、ホスピス・緩和医療と終末期患者の延命医療と延命医療中止等の決定およびその履行に必要な事項を規定することにより、患者の最善の利益を保障するとともに、自己決定を尊重することで人としての尊厳と価値を保護することを目的とする。

第 2 条（定義）

本法で用いる用語の意味は次のとおりである。

1. 「終末期（臨終過程）」とは、回生の可能性がなく、治療にもかかわらず回復できず、症状が急激に悪化し、死が差し迫った状態をいう。
2. 「終末期（臨終過程におかれた）患者」とは、第 16 条により担当医と該当分野の専門医 1 名から終末期（臨終過程）に入ったと医学的判断を受けた者をいう。
3. 「末期患者⁷¹」とは、次の一に該当する疾患に対して積極的な治療にもかかわらず根本的な回復の可能性がなく、次第に症状が悪化し、保健福祉部令で定める手順と基準に基づき担当医と該当分野の専門医 1 名から数ヶ月以内に死が差し迫っていることが予想されると診断を受けた患者をいう。
 - ア. がん
 - イ. 後天的免疫不全症候群
 - ウ. 慢性閉塞性肺疾患
 - エ. 慢性肝硬変
 - オ. その他保健福祉部令で定める疾患
4. 「延命医療⁷²」とは、終末期患者に行う心肺蘇生術、血液透析、抗がん剤の投与、人工呼吸器の装着の医学的施術で、治療効果がなく終末期（臨終過程の期間）のみを延長することをいう。

⁷¹ 「末期患者」は、事故なども含む死期が差し迫った「終末期患者」と区別される。

⁷² 2012 年 11 月から 2013 年 7 月にかけて国家生命倫理審議委員会（特別委員会を含む）・公聴会では、基本用語の定義について次のような議論が行われた。「延命治療」という用語を用いた場合、肯定的な結果を想起させるとともに、治療は必ず行われるべき行為として認識されており、「延命治療」を中止する場合、非倫理的なイメージから誤解を生じさせる懸念がある。そのため、本委員会では、中立的な用語として「延命医療」用いて、統一することにした。本法もこのような考え方に基づいている。

5. 「延命医療中止等の決定」とは、終末期患者に対する延命医療を施行せず、または中止することに決定することをいう。
6. 「ホスピス・緩和医療（以下「ホスピス」とする）」とは、末期患者または終末期患者（以下「末期患者等」とする）とその家族に痛みと症状の緩和等を含む身体的、心理社会的、霊的（スピリチュアルな）領域に対する総合的な評価と治療を目的とする医療をいう。
7. 「担当医」とは、「医療法」により医師として末期患者等を直接診療する医師をいう。
8. 「延命医療計画書」とは、末期患者等の意思により担当医が患者に対する延命医療中止等の決定およびホスピスに関する事項を計画し、文書で作成したものをいう。
9. 「事前延命医療意向書」とは、19 歳以上の者で自身の延命医療中止等の決定およびホスピスに関する意思を直接文書で作成したものをいう。

第 3 条（基本原則）

- ① ホスピスと延命医療および延命医療中止等の決定に関するすべての行為は、患者の人としての尊厳と価値を侵害してはならない。
- ② すべての患者は、最善の治療を受け、患者自身の傷病の状態と予後および今後本人に施行される医療行為に対して明確に知り、自ら決定する権利がある。
- ③ 「医療法」による医療者（以下「医療者」とする）は、患者に最善の治療を提供し、ホスピスと延命医療および延命医療中止等の決定に関して正確で詳細な説明を行い、それに基づく患者の決定を尊重しなければならない。

第 4 条（他の法律との関係）

本法は、ホスピスと延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行に関して他の法律に優先し適用する。

第 5 条（国および地方自治団体の責務）

- ① 国と地方自治団体は、患者の人として尊厳と価値を保護する社会的・文化的土台を構築するために努力しなければならない。
- ② 国と地方自治団体は、患者の最善の利益を保障するためにホスピス利用の基盤醸成に必要な施策を優先的に備えなければならない。

第6条（ホスピスの日を指定）

- ① 生と死の意味と価値を広く知らせ、全国民の理解を深め、ホスピスを積極的に利用し、延命医療に関する患者の意思を尊重する社会的雰囲気を助成するために、毎年10月2週目の土曜日を「ホスピスの日」とする。
- ② 国と地方自治体団体は、ホスピスの日の趣旨に符合する行事と教育・広報を実施するように努めなければならない。

第7条（総合計画の施行・樹立）

- ① 保健福祉部長官は、ホスピスと延命医療および延命医療中止等の決定の制度的な確立のために第8条による国家ホスピス延命医療委員会の審議を経て、ホスピスと延命医療および延命医療中止等の決定に関する総合計画（以下「総合計画」とする）を5年毎に樹立・推進しなければならない。
- ② 総合計画には、次の各号の事項が含まれなければならない。
 1. ホスピスや延命医療および延命医療中止等の決定の制度的確立のための推進方向および基盤助成
 2. ホスピスや延命医療および延命医療中止等の決定の関連情報の提供および教育の施行・支援
 3. 第14条による医療機関倫理委員会の設置・運営に必要な支援
 4. 末期患者等とその家族の生活の質の向上のための教育プログラムおよび指針の開発・普及
 5. 第25条によるホスピス専門機関の育成および専門人員の養成
 6. 多様なホスピス事業の開発
 7. ホスピスや延命医療および延命医療中止等の決定に関する調査・研究に関する事項
 8. その他ホスピスや延命医療および延命医療中止等の決定の制度的確立のために必要な事項
- ③ 保健福祉部長官は、総合計画を樹立する際に生命倫理および安全に関して社会的に深刻な影響を及ぼし得る事項に対して、予め「生命倫理および安全に関する法律」第7条による国家生命倫理審議委員会と協議しなければならない。
- ④ 保健福祉部長官は、総合計画により毎年施行計画を樹立・施行し、その推進実績を評価しなければならない。
- ⑤ 保健福祉部長官は、総合計画を樹立または主要事項を変更した場合には、遅滞なく国会に報告しなければならない。

第 8 条（国家ホスピス延命医療委員会）

- ① 保健福祉部は、総合計画および施行計画を審議するために保健福祉部長官の所属として国家ホスピス延命医療委員会（以下「委員会」とする）を置く。
- ② 委員会は、委員長を含む 15 名以内の委員より構成する。
- ③ 委員長は、保健福祉部次官とする。
- ④ 委員は、末期患者の診療、ホスピスおよび終末期に関する有識や経験が豊かな専門家を多様な分野から保健福祉部長官が任命または委嘱する。
- ⑤ その他委員会の組織および運営に必要な事項は、大統領令で定める。

第 2 章 延命医療中止等の決定の管理体系

第 9 条（国立延命医療管理機関）

- ① 保健福祉部長官は、延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行に関する事項を適切に管理するために国立延命医療管理機関（以下「管理機関」とする）を置く。
- ② 管理機関の業務は次の各号のとおりである。
 1. 第 10 条による登録された延命医療計画書および第 12 条による登録された事前延命医療意向書に対するデータベースの構築および管理
 2. 第 11 条による事前延命医療意向書の登録機関に対する管理および指導・監督
 3. 第 17 条第 2 項による延命医療計画書および事前延命医療意向書の確認、照会要請に対する回答
 4. 延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行現状に対する調査研究、情報収集および関連統計の算出
 5. その他、延命医療、延命医療の決定およびその履行と関連し大統領令で定める業務
- ③ 管理機関の運用等に必要な事項は大統領令で定める。

第 10 条（延命医療計画書の作成・登録等）

- ① 担当医は、末期患者等に延命医療中止等の決定、延命医療計画書およびホスピスに関する情報を提供することができる。
- ② 末期患者等は、医療機関（「医療法」第 3 条による医療機関のうち、医院・韓医院⁷³・病院・韓方病院⁷⁴・療養病院および総合病院をいう、以下同様）で担当医から延命医療計画書の作成を要請することができる。

⁷³ 韓国の伝統的医療を行う医院

⁷⁴ 韓国の伝統的医療を行う病院

- ③ 第2項による要請を受けた担当医は、該当患者に延命医療計画書を作成する前に次の各号の事項に関して説明をし、患者から内容を理解したことについて確認を得なければならない。この場合、該当患者が未成年者である際には、患者およびその法定代理人に説明をし、確認を得なければならない。
1. 患者の疾病状態と治療方法に関する事項
 2. 延命医療の施行方法および延命医療中止等の決定に関する事項
 3. ホスピスの選択および利用に関する事項
 4. 延命医療計画書の作成・登録・保管および通報に関する事項
 5. 延命医療計画書の変更・撤回およびそれに伴う措置に関する事項
 6. その他、保健福祉部令で定める事項
- ④ 延命医療計画書は、次の各号の事項を含まなければならない。
1. 患者の延命医療中止等の決定およびホスピスの利用に関する事項
 2. 第3項各号の説明について理解を得たことへの患者の署名、記名捺印、録音、その他これに準ずる大統領令で定めた方法での確認
 3. 担当医の署名捺印
 4. 作成年月日
 5. その他、保健福祉部令で定めて事項
- ⑤ 患者は、延命医療計画書の変更または撤回をいつでも要請することができる。この場合、担当医はこれを反映する。
- ⑥ 医療機関の長は、作成された延命医療計画書を登録・保管し、延命医療計画書が登録・変更または撤回された場合は、その結果を管理機関の長に通報しなければならない。
- ⑦ 延命医療計画書の書式および延命医療計画書の作成・登録・通報等に必要事項は保健福祉部令で定める。

第11条（事前延命医療意向書の登録機関）

- ① 保健福祉部長官は、大統領令で定めた施設・人員等を備えた次の各号の機関のうち、事前延命医療意向書の登録機関（以下「登録機関」とする）を指定することができる。
1. 「地域保健法」第2条による地域保健医療機関
 2. 医療機関
 3. 事前延命医療意向書に関する事業を遂行する非営利法人または非営利団体（「非営利民間団体支援法」第4条により登録された非営利民間団体をいう）

4. 「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関
- ② 登録機関の業務は、次の各号のとおりである。
 1. 事前延命医療意向書登録に関する業務
 2. 事前延命医療意向書に関する説明および作成支援
 3. 事前延命医療意向書に関する相談、情報提供および広報
 4. 管理機関に対する事前延命医療意向書の登録・変更・撤回等の結果通報
 5. その他、事前延命医療意向書に関する保健福祉部令で定めた業務
- ③ 登録機関の長は、第2項による業務遂行の結果を記録・保管し、管理機関の長に報告しなければならない。
- ④ 国と地方自治団体は、登録機関の運営および業務遂行に必要な行政的・財政的支援を行うことができる。
- ⑤ 登録機関の長は、登録機関の業務を廃業または1ヶ月以上休業または運営を再開する場合、保健福祉部長官に申告しなければならない。
- ⑥ 登録機関の長は、登録機関の業務を廃業または1ヶ月以上休業をする場合、保健福祉部令で定めるところにより関連記録を管理機関の長に移管しなければならない。ただし、休業する登録機関の長が休業予定日前日まで管理機関の長の許可を受けた場合には、関連記録を直接保管することができる。
- ⑦ 登録機関の指定手順、業務遂行の結果記録・保管および報告、廃業等の申告手順に関して必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第12条（事前延命医療意向書の作成・登録等）

- ① 事前延命医療意向書を作成する者（以下「作成者」とする）は、本条に基づき直接作成しなければならない。
- ② 登録機関は、作成者にその作成前に次の各号の事項を十分に説明し、作成者から内容を理解したことについて、確認を得なければならない。
 1. 延命医療の施行方法および延命医療中止等の決定に対する事項
 2. ホスピスの選択および利用に関する事項
 3. 事前延命医療意向書の効力および効力喪失に関する事項
 4. 事前延命医療意向書の作成・登録・保管および通報に関する事項
 5. 事前延命医療意向書の変更・撤回およびそれに基づく措置に関する事項
 6. その他、保健福祉部令で定める事項
- ③ 事前延命医療意向書は、次の各号の事項を含まなければならない。
 1. 延命医療中止等の決定

2. ホスピスの利用
3. 作成日付および保管方法
4. その他保健福祉部令で定める事項
- ④ 登録機関の長は、事前延命医療意向書の提出を受ける場合、本人作成の是非を確認後、作成された事前延命医療意向書を登録・保管しなければならない。
- ⑤ 登録機関の長は、第4項による登録結果を管理機関の長に通報しなければならない。
- ⑥ 事前延命医療意向書を登録した者は、いつでもその意思を変更または撤回することができる。この場合、登録機関の長は、遅滞なく事前延命医療意向書の変更または登録の抹消をしなければならない。
- ⑦ 登録機関の長は、第6項により事前延命医療意向書が変更または登録の撤回がされた場合、その結果を管理機関の長に通報しなければならない。
- ⑧ 事前延命医療意向書は、次の各号の一に該当する場合に、その効力を喪失する。
 1. 本人が直接作成していない場合
 2. 本人の自発的な意思により作成されていない場合
 3. 第2項各号の事項に関する説明が行われていない場合や、作成者の確認を受けていない場合
 4. 事前延命医療意向書の作成・登録後に延命医療計画書が新たに作成された場合
- ⑨ 事前延命医療意向書の書式および事前延命医療意向書の作成・登録・保管・通報等に必要な事項は保健福祉部令で定める。

第13条（登録機関の指定取消）

- ① 保健福祉部長官は、登録機関が次の各号の一に該当する場合、その指定を取り消すことができる。ただし、第1号に該当する場合には、その指定を取り消さなければならない。
 1. 偽りやその他の不正な方法で指定を受けた場合
 2. 第11条第1項による指定基準に満たない場合
 3. 第11条第2項の各号の業務に正当な事由がなく履行していない場合
 4. 正当な事由なしで第34条第3項による命令・調査に応じない者
 5. 本法または本法による命令を違反した場合
- ② 第1項により指定が取り消された登録機関は、指定が取り消された日より2年以内に登録機関として指定を受けることができない。
- ③ 登録機関の長は、第1項により指定が取り消された場合、大統領令で定めるところにより保管している記録を管理機関の長に移管しなければならない。

第 14 条（医療機関倫理委員会の設置および運営等）

- ① 延命医療中止等の決定およびその履行に関する業務を遂行する医療機関は、保健福祉部令で定めるところにより該当医療機関に医療機関倫理委員会（以下「倫理委員会」とする）を設置し、これを保健福祉部長官に登録しなければならない。
- ② 倫理委員会は、次の各号の活動を遂行する。
 1. 延命医療中止等の決定およびその履行に関する終末期患者とその患者家族または医療者が要請した事項に関する審議
 2. 第 19 条第 3 項による担当医の交代に関する審議
 3. 患者と患者家族に対する延命医療中止等の決定に関連する相談
 4. 該当医療機関の医療者に対する医療倫理教育
 5. その他、保健福祉部令で定める事項
- ③ 倫理委員会の委員は、委員長 1 名を含む 5 名以上で構成し、該当医療機関の従事者のみで構成することはできないうえ、医療者でない者で宗教界・法曹界・倫理学界・市民団体等で推薦を受けた者 2 名以上を含めなければならない。
- ④ 倫理委員会の委員は、該当医療機関の長が委嘱し、委員長は委員のなかで互選する。
- ⑤ 第 1 項にもかかわらず保健福祉部令で定めるところにより他の医療機関の倫理委員会または第 6 項による共用倫理委員会と、第 2 項各号の業務の遂行を委託することを協約で結んだ医療機関は、倫理委員会を設置したものとみなす。
- ⑥ 保健福祉部長官は、医療機関が第 2 項各号の業務の遂行を委託できるように共用倫理委員会を指定することができる。
- ⑦ その他、倫理委員会および共用倫理委員会の構成および運用等に必要な事項は保健福祉部令で定める。

第 3 章 延命医療中止等の決定の履行

第 15 条（延命医療中止等の決定の履行対象）

担当医は、終末期患者が次の各号の一に該当する場合においてのみ延命医療中止等の決定を履行することができる。

1. 第 17 条により延命医療計画書、事前延命医療意向書または患者家族の陳述を通して患者の意思とみなされる意思が延命医療中止等の決定を望むものであり、終末期患者の意思に反しない場合
2. 第 18 条により延命医療中止等の決定があるものとみなす場合

第 16 条（患者が終末期に入ったかどうかの是非に対する判断）

担当医は、患者に対する延命医療中止等の決定を履行する前に、該当患者が終末期に入ったかどうかを該当分野の専門医 1 名とともに判断し、その結果を保健福祉部令の定めるところにより記録しなければならない。

第 17 条（患者の意思確認）

① 延命医療中止等の決定を望む患者の意思は、次の各号の一の方法で確認する。

1. 医療機関で作成された延命医療計画書がある場合、これを患者の意思とみなす。
2. 担当医は、事前延命医療意向書の内容を患者に確認する場合、これを患者の意思とみなす。担当医および該当分野の専門医の 1 名が次の各号をすべて確認した場合も同様である。

ア. 患者が事前延命医療意向書の内容を確認するための十分な意思能力がないという医学的判断

イ. 事前延命医療意向書が第 2 条第 4 号の範囲内で第 12 条により作成された事実

3. 第 1 号または第 2 号に該当せず 19 歳以上の患者が意思を表現できない医学的状态である場合、患者の延命医療中止等の決定に関する意思とみなせる十分な期間の間一貫して示された延命医療中止等に関する意思に対して患者家族（19 歳以上の者で次の一に該当する者をいう）2 名以上の一致する陳述（患者家族が 1 名の場合には、その 1 名の陳述をいう）があれば担当医や該当分野の専門医 1 名の確認を経て、これを患者の意思とみなす。ただし、その陳述と相反する内容の他の患者家族の陳述または保健福祉部令で定める客観的な証拠がある場合にはこの限りではない。

ア. 配偶者

イ. 直系卑属

ウ. 直系尊属

エ. アからウまでに該当する者がいない場合、兄弟姉妹

② 担当医は、第 1 項第 1 号および第 2 項による延命医療計画書または事前延命医療意向書の確認のために管理機関に登録の照会を要請することができる。

③ 第 1 項第 2 号や第 3 号により患者の意思を確認した担当医および該当分野の専門医は、保健福祉部令で定めたところにより確認結果を記録しなければならない。

第 18 条（患者の意思を確認できない場合の延命医療中止等の決定）

- ① 第 17 条に該当せず患者の意思を確認することができないうえ、患者が意思表示をできない医学的状态である場合には、次の各号の一に該当する場合に該当患者のための延命医療中止等の決定があるものとみなす。ただし、担当医または該当分野の専門医 1 名が、患者が延命医療中止等の決定を希望しない事実を確認した場合にはこの限りではない。
 - 1. 未成年者である患者の法定代理人（親権者に限る）が延命医療中止等の決定の意思表示をし、担当医と該当分野の専門医 1 名が確認した場合
 - 2. 患者家族（行方不明者等大統領令で定める事由に該当する者は除く）全員の合意で延命医療中止等の決定の意思表示を行い、担当医と該当分野の専門医 1 名が確認した場合
- ② 第 1 項第 1 号・第 2 号により延命医療中止等の決定を確認した担当医および該当分野の専門医は、保健福祉部令で定めるところにより確認結果を記録しなければならない。

第 19 条（延命医療中止等の決定履行等）

- ① 担当医は、第 15 条により各号の一に該当する患者に対して速やかに延命医療中止等の決定を履行しなければならない。
- ② 延命医療中止等の決定履行時、痛みの緩和のための医療行為と栄養分の供給水の供給酸素の単純供給を差し控えまたは中止してはならない。
- ③ 担当医が延命医療中止等の決定の履行を拒否する際には、該当医療機関の長は、倫理委員会の審議を経て、担当医を交代しなければならない。この場合、医療機関の長は、延命医療中止等の決定の履行拒否を理由に担当医を解雇またはその他、不利な処遇を行ってはならない。
- ④ 担当医は、延命利用中止等の決定を履行する場合、その過程および結果を記録しなければならない。
- ⑤ 医療機関の長は、第 1 項により延命医療中止等の決定を履行する場合、その結果を遅滞なく保健福祉部令で定めるところのより管理機関の長に通報しなければならない。

第 20 条（記録の保存）

医療機関の長は、延命医療中止等の決定およびその履行に関する次の各号の記録を延命医療中止等の決定履行後 10 年間保存しなければならない。

- 1. 第 10 条により登録された延命医療計画書

2. 第 16 条により記録された終末期患者の是非に対する担当医と該当分野専門医 1 名の判断結果
3. 第 17 条第 1 項第 1 号および第 2 号による延命医療計画書または事前延命医療意向書に対する担当医および該当分野専門医の確認結果
4. 第 17 条第 1 項第 3 号による患者家族の陳述に対する資料・文書およびそれに対する担当医および該当分野の専門医の確認結果
5. 第 18 条第 1 項第 1 号・第 2 号による意思表示に対する資料・文書およびそれに対する担当医や該当分野の専門医の確認結果
6. 第 19 条第 4 項により記録された延命医療中止等の決定の履行結果
7. その他、延命医療中止等の決定およびその履行に関する重要な記録として大統領令で定める事項

第 4 章 ホスピス・緩和医療

第 21 条（ホスピス事業）

- ① 保健福祉部長官は、ホスピスのために次の各号の事業を実施しなければならない。
 1. 末期患者等の適切な痛みの管理等、症状調整のための指針開発および普及
 2. 入院型、コンサルテーション型⁷⁵、在宅型のホスピスの設置および運営、その他多様なホスピス類型の政策開発および普及
 3. ホスピスの発展のための研究・開発事業
 4. 第 25 条によるホスピス専門機関の育成およびホスピスの専門人員の養成
 5. 末期患者等とその家族のためのホスピスの教育プログラムの開発および普及
 6. ホスピス利用の患者の経済的負担等を考慮した医療費の支援事業
 7. 末期患者、ホスピスの現況と管理実態に関する資料を持続的、体系的に収集・分析し、統計を算出するために登録・管理・調査事業（以下「登録統計事業」とする）
 8. ホスピスに関する広報
 9. その他、保健福祉部長官に必要なと認められた事業
- ② 保健福祉部長官は、第 1 項各号による事業を大統領令で定めるところにより関連専門機関および団体に委託できる。

第 22 条（資料提供の協力等）

⁷⁵ 原文では諮問型。ホスピス専門機関が専門入院病棟以外の病棟等においても末期患者やその家族にホスピスのコンサルテーションを行うことをいう。

保健福祉部長官は、第 21 条第 1 項第 7 号により登録統計事業に必要な場合、関係機関または団体の資料の提出または意見の陳述等を要求できる。この場合、資料の提出等の要求を受ける者は、正当な事由がなければこれに従わなければならない。

第 23 条（中央ホスピスセンター指定等）

- ① 保健福祉部長官は、次の各号の業務を遂行するために保健福祉部令で定める基準を満たす「医療法」第 3 条第 2 項第 3 号オ目⁷⁶により総合病院（以下「総合病院」とする）を中央ホスピスセンター（以下「中央センター」とする）として指定できる。この場合、国公立医療機関を優先して指定する。
1. 末期患者の現況および診断・治療・管理等に関する研究
 2. ホスピス事業に対する情報・統計の収集・分析および提供
 3. ホスピス事業計画の作成
 4. ホスピスに関する新技術の開発および普及
 5. 末期患者等に対するホスピスの提供
 6. ホスピス事業結果の評価と活用
 7. その他、末期患者の管理に必要な事業として保健福祉部令で定めた事業
- ② 保健福祉部長官は、中央センターが第 1 項各号の事業を行わない場合、または正しく遂行していない場合には、是正を命じることができる。
- ③ 保健福祉部長官は、中央センターが次の各号の一に該当する場合にはその指定を取り消すことができる。
1. 第 1 項による指定基準に満たない場合
 2. 第 1 項各号の事業を行わない場合または正しく遂行していない場合
 3. 第 2 項による是正命令に従わない場合
- ④ 第 1 項および第 3 項による中央センターの指定および指定取消の基準・方法・手順および運営に関して必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第 24 条（圏域別ホスピスセンターの指定等）

- ① 保健福祉部長官は、次の各号の業務を遂行するために保健福祉部令で定める基準を満たす総合病院を圏域別ホスピス（以下「圏域別センター」とする）として指定できる。この場合、国公立医療機関を優先し指定する。
1. 末期患者の現況および診断・治療・管理等に関する研究

⁷⁶ 原文では、号の細分で「마목」と示されている。

2. 該当圏域のホスピス事業の支援
 3. 該当圏域のホスピス専門機関に関する医療支援および評価
 4. 末期患者等のホスピスの提供
 5. 該当圏域のホスピス事業に関連した教育・訓練および支援業務
 6. 該当圏域のホスピスの広報
 7. 末期患者の登録統計資料の収集・分析および提供
 8. その他、末期患者の管理に必要な事業として保健福祉部令で定める事業
- ② 保健福祉部長官は、圏域別センターが第1項各号の事業を行わない場合、または正しく遂行していない場合には、是正を命じることができる。
- ③ 保健福祉部長官は、圏域別センターが次の各号の一に該当する場合には、その指定を取り消すことができる。
1. 第1項による指定基準に満たない場合
 2. 第1項各号の事業を行わない場合、または正しく遂行していない場合
 3. 第2項による是正命令に従わない場合
- ④ 第1項および第3項による圏域別センターの指定および指定取消の基準・方法・手順および運営に関して必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第25条（ホスピス専門機関の指定等）

- ① 保健福祉部長官は、末期患者等を対象にホスピス専門機関を設置・運営する医療機関のうち保健福祉部令で定めた施設・人員・装備等の基準を満たす医療機関を入院型、コンサルテーション型、在宅型に区分し、ホスピス専門機関として指定することができる。
- ② 第1項により指定を受ける医療機関は、保健福祉部令で定めるとことにより保健福祉部長官に申請しなければならない。
- ③ 保健福祉部長官は、第1項により指定を受けるホスピス専門機関（以下「ホスピス専門機関」とする）に対して第29条による評価結果を反映し、ホスピス事業にかかる費用の全部または一部を差等支援することができる。
- ④ 第1項および第2項で規定した事項以外にホスピス専門機関の指定が必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第26条（変更・廃業等の申告）

- ① ホスピス専門機関の長は、保健福祉部令で定める人員・施設・装備等重要な事項を変更する場合、保健福祉部長官にその変更事項を申告しなければならない。

- ② ホスピス専門機関の長は、ホスピス事業を廃業または休業する場合、保健福祉部長官に予め申告しなければならない。
- ③ 第1項および第2項による申告の手順等に必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第27条（医療者の説明義務）

- ① ホスピス専門機関の医療者は、末期患者等またはその家族にホスピスの選択と利用手順に関する説明をしなければならない。
- ② ホスピス専門機関の医師または韓方医は、ホスピスを施行する前に、治療方針を末期患者等またはその家族に説明しなければならない。うえ、末期患者等またはその家族が疾病の状態に対して知ろうとする際には、それを説明しなければならない。

第28条（ホスピスの申請）

- ① 末期患者等がホスピス専門機関でホスピスを利用する場合には、ホスピスの利用同意書と医師が発行する末期患者等であることを表す医師所見書を添付し、ホスピス専門機関に申請しなければならない。
- ② 末期患者等が意思決定の能力がない場合には、予め指定した指定代理人が申請をすることができ、指定代理人がいない場合には、第17条第3号各目⁷⁷の順で申請することができる。
- ③ 末期患者等は、いつでも直接または代理人を通してホスピスの申請を撤回できる。
- ④ ホスピスの申請および撤回等に必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第29条（ホスピス専門機関の評価）

- ① 保健福祉部長官は、ホスピスの質を向上させるためにホスピス専門機関に対して、次の各号の事項を評価することができる。
 - 1. 施設・人員および装備等の質と水準
 - 2. ホスピスの質の管理現況
 - 3. その他、保健福祉部令で定める事項
- ② ホスピス専門機関の評価時期・範囲・方法・手順等に必要な事項は、保健福祉部令で定める。
- ③ 保健福祉部長官は、第1項による評価結果を保健福祉部令の定めるところにより公開することができ、支援および監督に反映することができる。

⁷⁷第17条第3号の細分であるア、イ、ウ、エを指す。

- ④ 保健福祉部長官は、第 1 項による評価業務に大統領令で定めるところにより関係専門機関または団体に委託することができる。

第 30 条（ホスピス専門機関の指定取消等）

- ① 保健福祉部長官は、ホスピス専門機関が次の各号の一に該当する場合、その指定を取り消し、または 6 ヶ月以内の期間を定め、ホスピス業務の停止を命じることができる。ただし、第 1 号に該当する場合には、その指定を取り消さなければならない。
1. 偽りまたはその他の不正な方法で指定を受けた場合
 2. 第 25 条第 1 項による指定基準に満たない場合
 3. 正当な事由なく第 29 条による評価を拒否した場合
- ② 第 1 項によるホスピス専門機関の指定取消の基準・方法・手順および運営に必要な事項は、保健福祉部令で定める。
- ③ 第 1 項により指定が取り消されたホスピス専門機関は、指定が取り消された日から 2 年以内にホスピス専門機関として指定を受けることができない。

第 5 章 補則

第 31 条（固有識別番号の処理）

管理機関、登録機関および医療機関は、本法で定めた延命医療の決定に関する事務を遂行するにあたり、不可避な場合において住民登録番号が含まれた資料を処理することができる。

第 32 条（情報漏洩の禁止）

管理機関、登録機関および医療機関に従事または従事していた者は、延命医療中止等の決定およびその履行またはホスピス業務上知り得た情報を漏洩してはならない。

第 33 条（記録の閲覧等）

- ① 患者家族（本条では年齢を制限しない）は、保健福祉部令の定めるところにより管理機関の長、または該当医療機関の長に患者の延命医療中止等の決定またはその履行に関する記録の閲覧を要請することができ、この場合、要請を受けた者は、正当な事由がなければ写本の交付またはその内容を確認できるようにしなければならない。
- ② 第 1 項により記録の閲覧範囲とその手順および閲覧拒否等に関して必要な事項は、保健福祉部令で定める。

第 34 条（報告・調査等）

- ① 保健福祉部長官または管理機関の長は、延命医療中止等の決定履行またはホスピス等と関連し必要であると認められた場合、登録機関または医療機関の長およびその従事者にその業務に関して必要な命令、報告または関係書類の提出を命じることができる。
- ② 保健福祉部長官または管理機関の長は、第 1 項による関連書類等を関係公務員に調査させることができる。この場合、調査を担当する関係公務員は、その権限を示す証票を持ち、それを提示しなければならない。
- ③ 登録機関または医療機関の長およびその従事者は、第 1 項および第 2 項による命令・調査に正当な事由がなければ応じなければならない。

第 35 条（聴聞）

保健福祉部長官は、次の各号の一に該当する処分を行う場合には、聴聞をしなければならない。

1. 第 13 条による登録機関の指定取消
2. 第 30 条によるホスピス専門機関の指定取消

第 36 条（類似名称の使用禁止）

本法による管理機関または登録機関でなければ国立延命医療管理機関、事前延命医療意向書登録機関、またはこれと類似する名称を使用することはできない。

第 37 条（保険等の不利益の禁止）

本法による延命医療中止等の決定およびその履行で死亡した者と保険受取人または年金受取人を保険金または年金給与の支給時に不利な待遇をしてはならない。

第 38 条（延命医療の決定等の費用負担）

第 10 条による延命医療計画書の作成、第 16 条による終末期患者の認知の是非に対する判断および第 28 条によるホスピスの申請のための医師所見書の発給およびホスピスの利用等に伴う費用は、「国民健康保険法」で定めるところによる。ただし、「国民健康保険法」で規定されていない費用は、保健福祉部令で定めるところによる。

第 6 章 罰則

第 39 条（罰則）

次の各号の一に該当する者は、3 年以下の懲役または 3 千万ウォン以下の罰金に処する。

1. 第 15 条に違反し、延命医療中止等の決定履行の対象でない者に延命医療中止等の決定を履行した者
2. 第 20 条各号による記録を虚偽で記録した者
3. 第 32 条に違反し情報を漏洩した者

第 40 条（罰則）

- ① 第 11 条第 1 項に違反し、保健福祉部長官から指定を受けずに、事前延命医療意向書の登録に関する業務を行った者は、1 年以下の懲役または 1 千万ウォン以下の罰金に処する。
- ② 第 20 条各号による記録を保存していない者は、300 万ウォン以下の罰金に処する。

第 41 条（資格停止の併科）

本法を違反した者を有期懲役に処する場合には、7 年以下の資格停止を併科することができる。

第 42 条（両罰規定）

法人の代表者または個人の代理人、使用人、その他従業員がその法人または個人の業務に関して第 39 条または第 40 条の一に該当する違反行為を行った場合、その行為者を罰するほかに、その法人または個人にも該当条文の罰金刑を科する。ただし、法人または個人がその違反行為を防止するために該当業務に関して相当な注意や監督を怠っていない場合にはこの限りではない。

第 43 条（過怠料）

- ① 次の各号の一に該当する者には、500 万ウォン以下の過怠料を付加する。
 1. 第 14 条第 1 項に違反し、倫理委員会を設置していない者
 2. 第 19 条第 5 項に違反し、延命医療中止等の決定の履行結果を管理機関の長に知らせない者
- ② 次の各号の一に該当した者には、300 万ウォン以下の過怠料を付加する。
 1. 第 11 条第 3 項に違反し、業務遂行の結果を記録・保管または報告しない者
 2. 第 34 条第 3 項による命令に正当な事由なく応じない者
- ③ 次の各号の一に該当する者には、200 万ウォン以下の過怠料を付加する。

1. 第 11 条第 5 項および第 26 条に違反し、廃業または休業等の変更お事項を申告しない者
2. 第 11 条第 6 項および第 13 条第 3 項による記録移管の義務を行わない者
3. 第 36 条に違反し、国立延命医療管理機関、事前延命医療意向書登録機関またはこれと類似した名称を使用した者
- ④ 第 1 項から第 3 項までの規定による過怠料は、大統領令で定めるところにより保健福祉部長官が付加・徴収する。

附則〈第 14013 号、2016. 2. 3〉

第 1 条（施行日）

本法は、公布後 1 年 6 ヶ月が経過した日より施行する。ただし、第 9 条から第 20 条まで、第 25 条第 1 項（医療機関のうち、療養病院に関する事項に限る）、第 31 条、第 33 条、第 36 条、第 37 条、第 39 条第 1 号・第 2 号・第 3 号、第 40 条、第 43 条第 1 項および同条第 2 項第 1 号、第 3 項第 2 号の規定は、公布後 2 年が経過した日より施行する。

第 2 条（他法律の改正）

がん管理法の一部は、次のように改正する。

第 2 章第 4 節（第 20 条から第 26 条まで）を削除する。

第 48 条のうち、「第 19 条第 4 項および第 26 条第 1 項」を「第 19 条第 4 項」とする。

第 3 条（他法律の改正による経過措置）

本法の施行当時、従来のがん管理法によりホスピス・緩和医療専門機関として指定を受けた者は、本法によりホスピス・緩和医療専門機関として指定を受けたものとしてみなす。ただし、本法の施行日より 1 年以内に本法による要件を備え、第 25 条第 1 項にもとづく指定を受けなければならない。

（翻訳：洪 賢秀）