

延命医療・ケアの決定法制における争点の比較研究

——韓国・日本・台湾の規範を中心として

石 熙泰

目 次

I. 序言

II. 諸国における関連法の分類

1. 第1型 終末期患者に対する延命措置不施行を許容するもの
2. 第2型 終末期患者に対する死の介助を許容するもの
3. 第3型 苦痛を持つ患者に対する死の介助を許容するもの
4. 第4型 一般に死の介助を許容するもの

III. 韓・日・台の三国における規範の制定と改訂

IV. 主要な争点

1. 延命措置不施行の決定を許容する根拠
 - (1) 状況的要素（患者の容態）
 - イ) 患者の容態の区分
 - ロ) 規範上の対応
 - (2) 意思的要素
 - イ) 患者意思の形成及び発現形式とその代替
 - ロ) 規範上の対応
2. 延命措置不施行を許容する範囲

イ) 延命措置の意味と種類

ロ) 規範上の対応

3. 行政管理および罰則

イ) 行政管理および罰則の必要性

ロ) 規範上の対応

V. 結言 - 若干の提案と共に

I. 序言

一般に、評価・決定・実行という行為の規準としての法令ないしは政府指針など国家的規範が無いと、行為現場に混乱が引き起こされる可能性がある。反面に、そうした規範があると、その硬直性により緊張が誘発されがちである。さらに罰則まで存在すれば、現場における緊張感は一層高まるのが現実である。

今日、相当数の国家が患者、特に終末期患者に対する医療ケア等措置（延命医療、緩和医療、栄養分と水分の供給等を含む。具体的には、IV. の 2. で説明する）の決定に関する規準を定めている。こうした規範の目的は、合理的な措置を通じて患者にとっての最善の利益を実現することである。ところが患者の最善の利益に関連する判断基準要素は“患者の意思”と、患者の容態すなわち“医学的状況”である。“患者の意思”と“医学的状況”の間でどのように調和を追求するべきかが、正に立法と臨床でにおける苦悩の源泉であり、これが世間や斯界の議論点になるのだ。

現在、韓国・日本・中華民国（台湾）の三国は、関連の法律あるいは政府指針などの規範を制定して施行中である。三国の規範は絶妙にも、主要争点に關して意味のある差を見せており、各々の長短が相互に模範あるいは反面教師になるのである。

以下では、どのような方法・枠組みが規範の存在する意味を極大化し、同時に硬直性による臨床現場での緊張感を最小化することができるかを念頭におき

ながら、2019年1月6日現在の韓国の“ホスピス・緩和医療及び臨終過程にいる患者の延命医療の決定に関する法律”（2019年3月28日施行予定の改訂部分を含む）と日本の“人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン”、中華民国（台湾）の“〔安寧緩和医療條例〕”と最近の法律である“病人自主権利法”における主要争点を比較分析する。

II. 諸国における関連法の分類

生命の自然的あるいは人為的終結に関して医療者の介入を許容する世界各国の法規範は、様々な基準により類型化することができる。(1) 延命措置を行わないことの許容要件となる患者の容態、および、(2) 施行あるいは不施行が許容される医療措置の内容、すなわち延命措置の保留ないしは不開始・中断、死亡の誘導ないしは介助、などに従う分類が可能である。

こうした規範の類型化は、それぞれの国家の現行規範が有する特徴の理解に役立つ。

以下では上の二つ基準を複合的に適用して分類する。

1. 第1型 終末期患者に対する延命措置不施行を許容するもの

終末期患者とは、治療不可能・回復不可能な状態として延命医療等の措置が無ければ相当期間以内に死亡すると判断される患者を言う¹⁾。このような患者に対して延命医療および栄養の人工的供給、その他の生命維持措置の全部あるいは一部を保留するか中断することを許容する法律が第1型に属する。

上のような終末期患者に対する延命措置不施行を英語圏では概ね“passive

1) 後述のように中華民国（台湾）の“病人自主権利法”が延命措置の不施行を許容する患者の状況には終末期状態ではない場合も含まれているが、ここでは一応その点を認識しながら本文のような分類法を取る。

“euthanasia”, “natural death”; ドイツ語圏では “passive Euthanasie”, “passive Sterbehilfe” と表す。

以下の法律がこの類型に属する。

- ①米国各州の “Natural Death Act” (1976 年の California 法が嚆矢)、“Health Care Decision Act” (2000 年の California 法が嚆矢。California など、この法を採択した州は “Natural Death Act” を廃止)²⁾
- ②英国の “The Human Rights Act” (1998)
- ③フランスの “Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie” (患者の権利および人生の終末に関する 2005 年 4 月 22 日の法律第 2005-370 号)
- ④ドイツの “Drittes Gesetz Änderung des Betreuungsrechts, Bundesgesetzblatt Teil Nr.I, S.2286 (2009)” ((第 3 次後見法改訂法 2009) による改訂民法第 1901a 条, 第 1901b 条, 第 1904 条)³⁾

韓国の “ホスピス・緩和医療及び臨終過程にいる患者の延命医療の決定に関する法律” と日本の “人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン”、中華民国 (台湾) の “安寧緩和医療條例” と最近の法律である “病人自主権利法” も一応この類型に属する。

2) 米国の関連法制に関しては、石 熙泰, “末期医療に関する米国法制の研究—末期医療の決定制度を中心として、” 大韓医療法学会編「医療法学」第 14 巻第 1 号 (2013.6.) 参照。

3) これに関しては、李 碩培, “ドイツの患者意思表示法”、圓光大学校法学研究所編「圓光法学」第 26 巻第 4 号 (2010.12.) に詳細な説明がある。

2. 第2型 終末期患者に対する死の介助⁴⁾を許容するもの

治療不可能・回復不可能な状態で相当期間以内に死亡すると判断される終末期患者自身の要求に従い、医師が致命的な薬物を処方し、患者自らあるいは医療従事者の協力を受けて死亡時期を繰り上げることを許容する法律が第2型に属する。

このような終末期患者に対する死の介助を英語圏では概ね ‘death with dignity’, ‘aid-in-dying’, ‘assisted suicide’; ドイツ語圏では ‘Beihilfe zur Selbsttötung’, ‘assistierter Suizid’ と称する。

以下の法律がこの類型に属する。

- ①米国 Oregon 州 (1997) および Washington 州 (2008) の “Death with Dignity Act”; Vermont 州 (2013) の “Patient Choice and Control at End of Life Option”; California 州 (2016) の “End of Life Option Act”; Colorado 州 (2016) の “Colorado End-of-Life Options Act”, Washington D.C. (2017) の “Death with Dignity Act of 2015”, Hawaii 州 (2019) の “Our Care, Our Choice Act”
- ②ドイツの “Bundesgesetzblatt Teil I Nr.49, S.2177 (2015)” による “Strafgesetzbuch (刑法典) § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung”⁵⁾ (業としての自殺介助) 処罰及び例外規定の新設 (反対

4) 死期を早める行為についての表現は諸家により様々に異なる。こうした行為に関して、韓国、日本、台湾の刑法は各々の第252条、第202条、第265条で共通的にその可罰的行為の類型を、自殺の教唆あるいは幫助、囑託あるいは承諾による殺人の四つに区分している。ところが、法制によっては適法に死期を早める医療者の行為に消極的幫助や注射のような積極的介入の両者全てが含まれる場合もあるので、両者を通称する表現が必要である。用語の統一は今後の課題であるが、ここでは暫定的に本文の如く、‘死の介助’ という表現を用いる。

5) § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung (業としての自殺介助)

(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu

解釈、即ち‘alturistisches Motiv’（利他的動機）の場合）

- ③カナダの“Bill C-14 (2016)”による“Canadian Criminal Code”（刑法典）改訂

3. 第3型 苦痛を持つ患者に対する死の介助⁶⁾を許容するもの

患者に持続的で避けられない肉体的・精神的苦痛があり、かつ、他の選択の余地がないと判断される場合に、患者自身の要求に従い、医師が致命的薬物を処方して患者自らあるいは医療従事者の協力を受けて死亡時期を繰り上げることを許容する法律が第3型に属する。

上のような末期患者に対する死の介助を英語圏では概ね“active euthanasia”; ドイツ語圏では“Tötung auf Verlangen von der aktiven Sterbehilfe”と言っている。

以下の法律がこの類型に属する。

- ①オランダの“Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding”（Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 要請による生命の終結及び自殺介助に関する法律）(2001)
- ②ベルギーの“28MEI2002-Wet betreffende de euthanasie”（安楽死に関する2002年5月28日の法律）(2002)
- ③ルクセンブルクの“Loi du 16 mars 2009 sur l’euthanasie et l’assistance au suicide”（2009年3月16日の安楽死及び自殺介助に関する法律）

geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

6) 脚注4を参照のこと。

4. 第4型 一般に死の介助を許容するもの

介助者の利己的利益の為でない限り、本人の要求に従い自殺に協力した場合には刑事処罰が免除される法律が第4型に属する。

スイスの“Schweizerisches Strafgesetzbuch”（1937年改訂スイス刑法典）937⁷⁾（反対解釈）がこの型に属する。

Ⅲ. 韓・日・台の三国における規範の制定と改訂

韓国は2016年2月に“ホスピス・緩和医療および臨終過程にいる患者の延命医療の決定に関する法律（Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients in Hospice and Palliative Care or at The End of Life）”（以下‘決定法’と称する）を制定した。内容によってその施行時期が別れたが、延命医療の部分は2018年2月4日に施行された。その後すぐ、2018年3月と12月に二回の改訂が行われた。

日本は法律ではなく行政府（厚生労働省）によるガイドラインの形式で規範を制定した。2007年5月に制定された“終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン”がその初めだったが、2015年3月に“人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン”にその名称を変更した。さらに2018年3月に“人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン”（以下‘ガイドライン’と称する）に改訂され、今に至っている。

中華民国（台湾）は2000年6月に“安寧緩和医療條例（Hospice Palliative Care Act）”（以下‘安寧法’と称する）を制定し、2002年12月と2011年1月

7) Art. 115 I. Tötung. / Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord（自殺の教唆と介助）Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

及び 2013 年 1 月に改訂した。一方、2016 年になって“病人自主権利法 (Patient Right to Autonomy Act)” (以下 ‘自主法’ と称する) を別途に制定して今年 2019 年 1 月 6 日から施行している⁸⁾。

IV. 主要な争点

1. 延命措置不施行の決定を許容する根拠

(1) 状況的要素 (患者の容態)

イ) 患者の容態の区分

三か国の規範において、一定の範囲の延命医療及び栄養の人工的供給、その他の生命維持措置の全部あるいは一部を施行しない (保留ないしは中断する) ことが許容される医学的状況は一致していない。各国の法において延命措置不施行の根拠となる状況は以下のように整理される。

- 重度の認知機能障害が存在する状態
- 耐えがたい苦痛があり改善が見込めない状態
- 持続的植物状態ないしは不可逆的意識喪失 (昏睡) 状態
- 終末期状態 (近い将来の死亡が予測される)
- 臨終過程状態

①終末期状態

‘終末期状態’ (terminal state) の概念は使用者によって、あるいは実定規範の用例に従い、多少間の差異があるのが実際である。しかし韓国の ‘決定法’

8) これに対しては、石 熙泰、“中華民國 (台湾) 「安寧緩和醫療條例」の沿革と内容、”大韓医療法学会編「医療法学」第 9 卷第 2 号 (2008.12.); 同“外国法資料—中華民國 (台湾) の延命医療関連法翻訳文と原文、”韓国医療法学会編「韓国医療法学会誌」第 26 卷第 1 号 (2018.6.) 参照

と台湾の‘安寧法’では、ほとんど同じ含意として使用されている。

すなわち、韓国の‘決定法’は第2条の第3号において“終末期患者とは積極的な治療にも関わらず根源的な回復の可能性が無く、漸次症状が悪化して保健福祉部令に定める手続きと基準に従い担当医師と該当分野の専門医一人から数ヵ月以内に死亡すると予想される診断を受けた患者をいう (The term "terminal patient" means a patient who has been diagnosed as expected to die within a few months from the doctor in charge and one medical specialist in the relevant field in accordance with the procedures and guidelines prescribed by Ordinance of the Ministry of Health and Welfare, because there is no possibility of a fundamental recovery, and the symptoms gradually worsen despite proactive treatment.⁹⁾)”と定義している。また、台湾の‘安寧法’は第3条第2号で“終末期患者：重大な負傷を受けたか疾病に罹患し、医師の診断にて治癒不可と見なされ、かつ、その医学的証拠があり、近い時期に病状が進行し死亡に至ることが既に避けられない人を指す [末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，且有醫學上之證據，近期内病程進行至死亡已不可避免者。]”と定義している。

上に見るように、両国の法律における“終末期状態”は、必ずしも意識喪失ないしは意思無能力をその要素としないことを示唆している¹⁰⁾。

9) 韓国‘国家法令情報センター’に掲載されている公式英文法令から。以下は同じ。

10) かつて韓国の大法院は意識不明の患者に対する人工呼吸器の撤去を主たる請求趣旨とした所謂“セブランス病院の金ハルモニ事件”の上告審判決(大法院 2009.5.21. 宣告 2009 ㉔ 17417 判決)で原告の請求を認容した原審を支持して、治療中断を許容する要件としての患者の状態である‘終末期性’を次のように説明した。ただし、判例は‘終末期状態’という表現は使わず、それに該当する‘回復可能な死亡の段階’という表現を採用していた。そしてそれを、第一、医学的に患者の意識の回復可能性が無い、第二、生命に関連する重要な生体機能の喪失が回復できない、第三、患者の身体状態に照らして短い時間以内に死亡に至ることが明白である場合をいうとして、こうした状態においてなされ

ここでは韓国法の定義に従って“終末期状態”を“患者が積極的な治療にも関わらず根源的な回復の可能性が無く、漸次症状が悪化して数ヶ月以内に死亡すると予想される状態”の意味として用いる¹¹⁾。

‘人生の最終段階’と‘終末期’の表現を用いている日本の‘ガイドライン’

る‘診療行為’を‘延命治療’と呼び、その中断の許容性を肯定した。具体的には、呼吸機能・血液循環機能・これを調律する脳幹機能等のうち一つが永久的に喪失されたと評価できれば、‘回復不可能な死亡の段階’に入ったことを認定するとした。

さらに判例はこうした事件の患者の様に、持続的植物状態にあるが脳死状態とは言えない段階も、やはり‘回復不可能な死亡の段階’に含んでいた。

この判例に対する分析と評価に関しては、石 熙泰、“延命医療の中断—大法院 2009.5.21. 宣告 2009 ダ 17417 判決に関連して”大韓医療法学会編「医療法学」第 10 巻第 1 号 (2009.6.) 参照

- 11) ‘終末期状態’に対する概念定義の淵源は、米国の立法例に探することができる。例えば、1976 年の先駆けな California 州の“Natural Death Act” Sec.7187 においての“(f) ‘Terminal condition’ means an incurable condition caused by injury, disease, or illness, which, regardless of the application of life-sustaining procedures, would, within reasonable medical judgment, produce death, and where the application of life-sustaining procedures, serve only to postpone the moment of death of the patient.” (Albert R. Jonsen, Robert M. Veatch, LeRoy Walters Edited, *Source Book in Bioethics A Documentary History*, Georgetown Univ. Press, 1998, p.150) がその嚆矢である。さらに、次のような類似例もある。Washington 州の“Natural Death Act” (1979) RCW 70.122.020 Definitions, “(9) ‘Terminal condition’ means an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that, within reasonable medical judgment, will cause death within a reasonable period of time in accordance with accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.” (<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/2300/70-122.pdf> 2019. 1. 5. 検索)

Oregon 州の“Death with Dignity Act” (1994) 127.800 § 1.01 Definitions “(12) ‘Terminal disease’ means an incurable and irreversible disease that has been medically confirmed and will, within reasonable medical judgment, produce death within six months. [1995 c.3 § 1.01; 1999 c.423 § 1]” (<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx> 2019. 1. 5. 検索)

では、その概念定義は行われていない。‘人生の最終段階’と‘終末期’の示す概念について次の二点が考えられる。

まず、いくつかの点に照らせば、この両者の概念が同一なものを見なすことができる。(1) 各々の用語が使用されている新旧‘ガイドライン’の間で(第1次改訂では)‘ガイドライン’自体の内容には変化がなかった。(2) 厚生労働省が頒布している「解説編」で両者の状況を同じに説明している。(3) 改訂間の期間において政策に影響を及ぼすに足る意味のある判例理論の変化もなかった。この三点などに照らして、両者の概念は同一なものを見なすことができる。

次に、その概念に対して論ずると、上の「解説編」はその注4で、“人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、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ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があり”、“どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄”であるとしている。さらに、同‘ガイドライン’1.の④では“生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。”としているが、これは“人生の最終段階”として、“‘生命の短縮’の余地があるほど死までに猶予のある状態”を想定していることを示唆するのである。

以上のような論理に基づき、ここでは‘人生の最終段階’を下記の‘臨終過程状態’ではなく、‘終末期状態’として解釈する¹²⁾。

12) 日本の超党派の国会議員連盟によって提案されたことのある「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)」(第2案(未定稿))第5条では、‘終末期’を、“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。)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。”と定義している。(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(2016) p.54~56 参照)

②臨終過程状態

‘臨終過程状態’は韓国の‘決定法’にて延命医療不施行の根拠となる患者の状況として採られたもので、第 2 条第 1 号の定義のような、“蘇生の可能性が無いが、治療にも関わらず回復せず、急速に症状が悪化して死の差し迫った状態 (The term “end-of-life process” means a state of imminent death, in which there is no possibility of revitalization or recovery despite treatment, and symptoms worsen rapidly.)”である。これは終末期状態よりもっと嚴重な状態あるいは終末期状態の最後の段階を示す為に立法に導入された表現である。

③持続的植物状態

‘持続的植物状態’ (persistent vegetative state) ないしは ‘不可逆的意識喪失 (昏睡) 状態’ (irreversible coma state) は永久的無意識状態 (permanent unconscious state) の例示として、それは治療不可能 (incurable) 及びに回復不可能 (irreversible) と評価される。

こうした状態は ‘終末期状態’ に見られる一つの臨床的現象だと言えるが、かといって、それがいつでも終末期状態と評価されることにはならない。

台湾の ‘自主法’ の第 14 条では二種 (すなわち、持続的植物状態と不可逆的意識喪失 (昏睡) 状態) の永久的無意識状態を終末期状態と区分している¹³⁾。

④耐えがたい苦痛があり改善が見込めない状態

‘耐えがたい苦痛があり改善が見込めない状態’ (state of unbearable

13) 上掲の Washington 州の “Natural Death Act” の Definitions. (6) は以下のように定義している。“Permanent unconscious condition” means an incurable and irreversible condition in which the patient is medically assessed within reasonable medical judgment as having no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state.”

suffering and no prospect of improvement) は、患者の治癒不可能な疾病状況とそれによる精神的・肉体的苦痛が甚だしく、それを克服することのできる適切な方法のない (no reasonable alternative) 場合である。ただし、患者がこの状態にあっても意識を維持している場合は、必ずしも終末期状態だとは言えない¹⁴⁾。

⑤極重症の認知機能障害がある状態

‘極重症の認知機能障害がある状態’は患者が高度に認知機能を喪失して思考能力ないしは判断能力が完全に麻痺した場合である。その原因は疾病・事故など多様だが、重度の認知症¹⁵⁾がその代表的な原因である。

ここで‘認知機能喪失’を別に取り上げるのは、その程度は重症だが無意識の状態ではなく、かつ、生命が終末期にも処しない状況が想定されるからである。台湾の‘自主法’第14条では、こうした場合を永久的無意識状態および終末期状態と区分して対応している。

□) 規範上の対応

①韓国‘決定法’の対応

韓国の‘決定法’では延命医療を施行しない決定の対象を‘臨終過程状態’

14) これと類似な状況の設定は、オランダの“Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act” Section 2の規定の内容である。すなわち、“1. In order to comply with the due care criteria referred to in article 293, paragraph 2, of the Criminal Code, the attending physician must

a. (省略)

b. be satisfied that the patient's suffering was unbearable, and that there was no prospect of improvement;

c. (省略)

d. have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the light of the patient's situation; …” (<https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/loi-euthanasie-pays-bas-en-eng.pdf> 2019.1.15. 検索)

15) 韓国では依然として‘高度癡呆’と言い、台湾では‘極重度失智’と言う。

にいる患者に限定している (同法 第 15 條)。担当医師としては、そうした決定を履行する前に当該の患者が臨終過程にいるかの可否に対して該当分野の専門医一人と共に確認・判断することが要求される (同法 第 16 條)。

②台湾 ‘安寧法’ と ‘自主法’ の対応

台湾 ‘安寧法’ では心肺蘇生術あるいは延命医療の不施行決定の対象を ‘終末期状態’ にいる患者に限定している。当該患者が ‘終末期状態’ にあるか否かは該当分野の専門医二人が診断し確定することが要求される (以上 同法 第 7 条第 1, 2 項)。

一方、台湾の ‘自主法’ は延命医療あるいは人工栄養及び流動物質の供給を施行しない決定の対象を ‘終末期状態’ の患者に限定してはいない。すなわち、当該患者が次の中の一つにでも該当すれば、その対象となる。

－ 終末期状態 [末期病人]

－ 持続的な植物状態 [永久植物人状態] ないしは不可逆的意識喪失 (昏睡) 状態 [處於不可逆轉之昏迷狀況]¹⁶⁾

－ 極重症の認知機能障害がある状態 [極重度失智]

－ 耐え難い苦痛があり、治癒の不可能な状態の上に、当時の医療水準による
と他の適切な解決方法のない状況 [病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形]

こうした状態の確認には、該当分野の専門医二人の確診と緩和医療チーム [緩和医療團隊] による 2 回以上の照会及び確認が要求される (以上 同法 第 14

16) 中華圏での日常的・専門的な用例に従うと、韓国や日本での ‘昏迷’ に当たる用語は ‘昏睡’ であり、一方、韓国や日本での ‘昏睡’ に当たる用語が ‘昏迷’ である。これに関連しては、呂建榮、“意識障礙與腦死篇昏迷・植物人與腦死” (<https://www.ntuh.gov.tw/neur/衛教資料/.../意識障礙與腦死/昏迷.植物人與腦死.aspx>) 参照；百度知道、“昏迷、昏睡、嗜睡有什么区别，造成的原因是什么？如何治疗？” (<https://zhidao.baidu.com/question/2201807581795647388>) 参照。以上 2018.3.15. 検索

條第 1, 2 項)。

③日本‘ガイドライン’の対応

日本の‘ガイドライン’では延命措置の不施行等（医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等）に対する決定の対象を‘人生の最終段階’にいる患者としていて、‘人生の最終段階’は上述のように‘終末期状態’と同じ概念として理解する。

図 1. 患者の容態別規範の対応（延命措置の不施行決定の許容可否）

	極重症の 認知機能 障害	耐え難い 苦痛があり 治療不可能	持続的植物 状態、不可 逆的昏睡 状態	終末期状態 ないしは 人生の 最終段階	臨終過程 状態
韓国決定法	X	X	X	X	O
日本ガイドライン	X	X	X	O	O
台湾安寧法	X	X	X	O	O
台湾自主法	O	O	O	O	O

* O：許容、X：不可

(2) 意思的要素

イ) 患者意思の形成及び発現形式とその代替

規範に定められた特定の状況に処する患者に対して医療陣が延命措置の不施行決定を行うには、患者本人の意思、すなわち、将来に取る措置に対する意向を基礎としなければならないことは、今日万国共通の原則的な態度である。ただし、患者の意向が規範的に有効である為の要件としての精神的・知的判断能力をどの程度まで要求するか、意思の発現、すなわち意向表明をどの時点に、どんな方式ですべきか、などに対する規範や法院の態度は相当多様である。

さらに、患者の本人が意向を表すことのできない状況にあるか、あるいは、

その意向が方式や内容の面において有効だと認められない場合、患者が自ら意向を表す精神的・知的な判断能力は備えているが自国法によると未成年者である場合、等々の状況においては例外的に患者の本人の意思を補充・推定・代替することが認められる。ただし、これらに対する各国の規範や法院の態度もやはり多様である。

以下ではまず、規範的に認められる患者の意思の形成及び発現形式とその代替方式を分析しておく。

①患者の本人の意向表明

－ 延命措置計画書 (life-sustaining treatment plan) の作成：患者の意思に従い担当医師から患者に対する延命措置の内容・施行・不施行 (延命措置の保留・中止等) 及びホスピス・緩和医療などに関する事項を計画して文書として作成したものをいう。

この文書を作成する際に必ずしも患者が終末期的状況に瀕している必要はないが、概ねの慣行あるいは規範では、終末期患者の為にこれを作成することとしている。患者が未成年者など判断能力の足りない者である場合には、親権者など法定代理人の要求によって共同参与の中で作成される場合もある。

これは従来 of ‘医師延命医療指示書 (physician orders for life-sustaining treatment : POLST)’ と類似なものであるが、患者側との協議及び患者の意思の尊重をより強調する制度だと言える。

－ 事前延命措置意向書 (advance statement on life-sustaining treatment) の作成：来 of 患者が事前に自身に対する延命措置及びホスピスに関する意向を直接文書上に表しておくものをいう。この文書は必ず本人自ら作成することが要求され、未成年者など判断能力が足りないと評価される人は作成できない。本人の意識不明時などに対処する為のものなので、比較的厳格な様式が定めてある。多くの規範では決まった機関に提出して保管させていて、有事の際に医療陣が適切な経路を通じてそれを確認できるように規定している。

この書面は所謂、‘事前医療指示書（Advance Directive）’に該当するものである。

－ 臨床における意向表明：意識があり決まった水準の判断能力を備えた患者は、延命措置に関して直接に口述などの方式で自分の意向を表すことができる。これは上の計画書や意向書等の書面を作成した場合であっても可能で、その意向表明が有効要件を備えた限り、最優先に顧慮されるべきものである。

②患者意向に対する推定

患者がどんな意向表明もしないで意識不明などの判断能力喪失の状態に陥った場合に、いろいろな間接事実を根拠として、患者の延命措置に関する意向を推定し、それに従い方針を決定することができる。常時における患者の日記・書信・日常対話、場合によっては、患者の死生観や一般的価値観なども意向推定の為の根拠になることができる。

ただし、こうした間接事実を通じた意向の推定では、その間接事実の一貫性の程度、伝聞に対する信頼性の程度など、根拠としての価値に対して論争が引き起こされる可能性が高い。

③患者意向の代替

患者が無意識の状態にあるが、延命措置計画書や事前延命措置意向書が作成されておらず、患者の意向を推定させる間接事実も発見されない場合、患者の意思に代って他人が意向を表すことができ、それを根拠として患者に対する延命措置を決めることが認められる。また、患者に意識はあるが判断能力の不十分な場合でも同じである。そうした‘他人’は様々な種別に分類できる。

－ 医療任意（委任）代理人：患者が事前に、自らが意向を表明できない状態に陥った時に備えて、延命措置に関し自身に代って意向表明を行う権限を与えた者である。こうした制度の有無、代理人に選任される資格要件、権限の範囲などは法制によって変わる。

米国の法での ‘Agent, Proxy, Representative’ などに該当する。

－ 一般法定代理人：患者が自ら選任した者ではなく、法律の規定によって、権限のある者の指定行為によって、あるいは法院の選任行為によって、患者の代理人となる者である。韓国民法や日本民法上の親権者・後見人、中華民国(台湾)民法上の父母・監護人、英米での ‘Guardian・Surrogate・Conservator’ などがこれに該当する。多くの法制において法定代理人は被代理人に対して一定な範囲の保護義務及び保護権限を持っているが、その義務や権限を実現する方法として、延命措置に関する意向表明を行うことができる。

－ 家族：患者に適法な代理人がない上に、法院等有権機関による法定代理人の選任制度がない、あるいはその手続きを踏む時間の余裕のない場合に、法定家族が患者に代って意向表明を行うことを許容する法制がある。

こうした場合、家族の法的範囲・意向の形成に参加すべき家族の範囲およびその順位に対しては、法制によってその対応が非常に異なる。

－ 家族以外の関係人：本人の意向が不明な患者に家族が無いか、現実的に家族との話し合いができない場合に、常に患者と親しい特別関係を結んでおり患者の信頼する者がいれば、その人が患者の代わりに意向表明を行うことを許容する法制がある。そうした信頼できる者には、同居パートナー・友人・師・ボランティア介護者・宗教聖職者などが含まれる¹⁷⁾。

－ 担当医師あるいは医療機関の倫理委員会：本人の意向を知ることのできない場合、担当医師あるいは医療機関の倫理委員会に、自らの医学的観点から患者にとっての最善の利益を考慮して、延命措置を決める権限を認める法制があ

17) 米国 Washington D.C. の "D.C. Code 1981 § 21-2210(2007)" では、患者に代理人がない場合、配偶者あるいは同居パートナー・最近親である家族の次の順位に、“修道会の所属であるか、教区の所属である聖職者の場合は修道院長あるいは教区長”を特別代理人 (Surrogate) とすることを認めている。これは患者の友人や親族よりも先順位になるのである。これに関しては、石 照泰、“カリフォルニア医療決定法資料集,” 大韓医療法学会月例学術発表会の発表文 (未刊行 2014.3.15.) 参照。

る。その順位が代理人や最近親よりは後であることは多くの法制で共通だが、最近親以外の親族や‘家族以外の関係人’との順序に対しては、法制によって態度が異なる¹⁸⁾。

④意向形成の過程

患者の本人が自ら意向を表す時に、本人以外の者が本人の意向を推定あるいは代理して表す時に、どんな過程を経るべきかに対して、各国の態度は相当に異なる。医療ケアチームや第三者である専門家との話し合いを経る合意過程を強調する法制があれば、そうではない法制もある。

□) 規範上の対応

①韓国‘決定法’の対応

韓国の‘決定法’においては‘延命医療計画書’の作成制度を採っている(同法第2条第8号, 第10条)。

すなわち、担当医師は終末期患者あるいは臨終過程にいる患者に対してホスピス・延命医療における意思決定に必要な情報と、‘延命医療計画書’の作成に関する情報を提供し、さらに患者側は担当医師に‘延命医療計画書’の作成を要請することができる。患者が未成年者である時には、担当医師は患者及び法定代理人に説明して確認を受けるべきである。当該医療機関の長は作成された延命医療計画書を登録・保管せねばならない。また、‘延命医療計画書’が登録・変更あるいは撤回された時、その結果を国の‘管理機関’の長¹⁹⁾に通知する必要がある。

18) 米国 Tennessee 州の "Tenn. Code Ann. § 68-11-1801 to 1815(2007)" では、担当医師の順位が‘親族 (relatives)’や‘近い友人 (close friends)’より後順位になっている。

19) 現在としては、‘国家生命倫理政策院’が管理機関と指定されている。

さらに、‘決定法’は‘事前延命医療意向書’の作成制度を採用している(同法第 2 条第 9 号, 第 12 条)。

‘事前延命医療意向書’は必ず本人が直接作成しなければならず、民法上の成年者である 19 歳に至らない者は作成できない。同法は意向書作成に際して、“登録機関”(同法第 11 条によって保健福祉部長官の指定した医療機関など)の説明必要事項や意向書の記載必要事項に対して詳しく規定している。法に沿って作成された意向書は登録機関が登録・保管し、管理機関にその登録結果が通知される。当然、作成者はいつでもその意思を変更・撤回できるが、こうした場合、登録機関の長は遅滞なく意向書の変更・登録の抹消等を行って、その事実を管理機関の長に通知せねばならない。

こうした書面²⁰⁾は、‘Advance Directive’を直訳した所謂‘事前医療指示書’の名称を修訂したものである。その背景には、第一に、患者が医師に対して何かを‘指示’することが適切ではないという考え、第二に、医療において患者の意向が尊重されるべきであるが、医師の専門的・医学的評価及び判断も大事だという点に対する認識があったと言える。後述のように台湾の‘安寧法’においては‘意願書’と命名している。

臨床における意向表明、特に‘延命医療計画書’や‘事前延命医療意向書’を作成していない患者の延命医療を拒否する意向の表明が有効かどうかに対して、‘決定法’は直接の規定を置いていない。解釈上、患者は‘延命医療計画書’や‘事前延命医療意向書’の変更・撤回をいつでも要請でき、担当医師はこれを必ず反映すべきである(同法第 10 条第 5 項, 第 12 条第 6 項)という点、

20) ‘決定法’の施行規則に、‘延命医療計画書’、‘事前延命医療意向書’、‘臨終過程にいる患者に対する判断書’、‘延命医療中断等決定に対する患者の意思の確認書’、‘延命医療中断等決定の履行書’等様々な書式が公布されている。

患者の意向に対する推定や代替を認めている点などに照らして見ると、終末期医療に対する意向の決定能力²¹⁾のある患者本人が臨床で直接に表した意向は有効だと認めなければならない。

一方‘決定法’は、患者の意向に対する推定によって延命医療を決めることを認めている。すなわち、臨終過程に際した判断能力のない19歳以上の患者が‘延命医療計画書’や‘事前延命医療意向書’は作成していなかった場合、それまでの十分な期間において一貫して延命医療に関する意思を表し、これに対して患者の家族（19歳以上の配偶者・直系尊卑属、彼らがない時は兄弟姉妹）の中の二人以上が合意すると、担当医師は該当分野の専門医一人の確認を経て、日常に表出されていた意思を患者の意向と見なす（推定による看做）。ただし、その陳述と矛盾した内容の別の陳述が患者家族から出てくるか、客観的な証拠のある場合にはその限りではない（同法第17条）。

また‘決定法’は、患者が臨終過程にあつて判断能力がなく‘延命医療計画書’や‘事前延命医療意向書’を作成していない上、意向推定もできない場合に、決まった家族全員の合意に基づいた方針決定を認める。すなわち、19歳以上の家族のうち、配偶者・1親等以内の直系尊卑属の全員、彼らがない時には2親等以内の直系尊卑属の全員、また彼らが全ていない時は兄弟姉妹の全

21) 医療における患者側に求められる、所謂、‘決定能力’というのは必ずしも民法学の一般概念としての‘意思能力’及び‘行為能力’のどれとも同じ水準の判断能力を前提としたのではない。ただし、ここ延命措置に関連した‘決定能力’は‘決定法’の規定によって、少なくとも19歳以上の成年者の持つ判断能力と同等であるべきことを意味している（患者の一般医療における決定能力に関しては、石 熙泰、“医師の説明義務と患者の自己決定権,”「延世行政論叢」第7輯(1981.2.); 石 熙泰、“医療契約,”「註釋民法第3版[債権各則(5)]」(1999.9.); 石 熙泰、“医療過誤,”「註釋民法第3版[債権各則(7)]」(1999.9.); 金 天秀,「患者の自己決定権と医師の説明義務」ソウル大学校 博士学位論文(1994.2.); 金 天秀,“医療契約,”「註釋民法第4版[債権各則(5)]」(2016.5.); 金 天秀,“医療過誤,”「註釋民法第4版[債権各則(7)]」(2016.5.) 参照。

員の合意で、延命医療に関する意向を表明できるとする。ただし、患者が未成年者である場合には親権者が意向を表明できる（以上 同法 第 18 条）。

‘決定法’は医療任意（委任）代理人制度を採っていない。さらに、家族以外の関係者・担当医師あるいは医療機関倫理委員会による意向代理も認めていない。従って、兄弟姉妹までの最近親である家族のいない患者に対しては、延命医療に関していかなる代理決定も行うことができない。

一方、‘決定法’は意向形成の過程と関連して、延命医療の中断等決定の履行において、患者の状態と意思を再確認する為に、担当医師が該当分野の専門医一人を参与させることを要求しているが（同法 第 12 条第 2 項、第 16 条第 1 項、第 17 条第 1、2 項）、それ以外に、意思の合意過程に対しては特別な規定を置いていない。

②台湾 ‘安寧法’ と ‘自主法’ の対応

上述のように、‘安寧法’は‘終末期患者’だけを適用対象としている。‘安寧法’は延命措置計画書の制度は採らず、事前延命措置意向書〔意願書〕²²⁾の作成制度だけを採っている。意向書は 20 歳以上の行為能力者だけが作成できるが、未成年者の場合には法定代理人から同意を受けて作成できる（同法 第 5 条第 1 項）。さらに、意向書の作成時には行為能力者である二人以上の証人が同席しその署名が必要である（同法 第 4 条第 3 項）。意向書は医療機関などがスキャンしたファイルを中央管理機関²³⁾へ電送し、データベースに貯蔵されることとなる。その後中央管理機関はその内容を国民健康保険証（健保カード）に書き入れる。健保カード上の記載内容の効力は原本と同じである（同法

22) 預立安寧緩和医療暨維生醫療抉擇意願書, 不施行心肺復甦術同意書, 不施行維生醫療同意書醫療委任代理人委任書, 撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願聲明書 等の公式書式がある。(https://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/23742_2) 2018.3.15. 検索

23) 現在では ‘衛生福利部’ である。

第6-1条第1,2項)。

また、‘安寧法’は臨床での意向の表明が書面を通じて行われた場合には、それに準拠とすべきであると規定している(同法第6-1条第3項)。

‘安寧法’は患者の意向に対する推定を認めていない。

一方、患者が終末期状態にあり、判断能力を欠き、意向書も作成していない場合には、家族の中で、一. 配偶者、二. 成年である子女と孫子女、三. 父母、四. 兄弟姉妹、五. 祖父母、六. 曾祖父母と曾孫子女あるいは3親等である傍系血族、七. 1親等である直系姻族などの‘最近親’が順番に‘同意書’を提出することによって患者本人の意向を代替することができる(同法第7条第3,4,6項)。ただし、患者が未成年者である場合には法定代理人が直接に意向書に署名することが許される(同法第7条第1項)。

意向書を作成する能力のある患者は意向書上で医療任意(委任)代理人を選任できるが、その代理人は患者本人が意向を表すことのできない場合に、本人に代って意向書に署名することができる(同法第5条第2項第2号)。

さらに、終末期状態にあるが、判断能力を欠き意向書も作成していない患者に、上のような‘最近親’さえいない場合には、担当医師がその‘所見書’〔医嘱〕をもって意向書の代替とすることが認められる。こうした場合、担当医師は患者にとって最大の利益を従うべきである(同法第7条第3項第2文)。

上述のように、台湾の‘自主法’は‘終末期患者’だけではなく極重症の智能喪失状態(重度の認知機能障害)・持続的植物状態ないしは不可逆的な意識喪失(昏睡)状態・耐え難い苦痛があり治療不可能な状態にいる患者までその

適用対象としている。‘自主法’も延命医療計画書制度は規定せず、‘安寧法’と一貫して事前延命措置意向書〔預立医療決定書〕²⁴⁾の作成制度を採っている。意向書は 20 歳以上の行為能力者だけが作成できるので、未成年者など行為無能力者および行為制限能力者は作成できない (同法 第 3 条第 3 号, 第 8 条)。意向書を作成しようとする場合には、必ず事前に医療機関の‘事前医療ケア相談’〔預立医療照護諮商〕の提供を経ることが要求され、その事実を意向書上に確認・押印しなければならない。こうした相談過程では意向人である本人と 2 親等以内である親族二人以上及び医療任意 (委任) 代理人らが必ず参与することも要求される。さらに、意向書上には公証人の公証あるいは行為能力者二人以上の現場証人の署名が必要である (同法 第 9 条)。作成された意向書は、医療機関などがスキャンしたファイルを中央管理機関²⁵⁾に電送し、データベースに貯蔵される。中央管理機関はその内容を国民健康保険証に書き入れる (同法 第 12 条第 1, 2 項)。

‘自主法’も、患者が臨床において事前延命措置意向書の内容と一致しない意向を、書面を通じて表そうとする場合には、これに応じて事前医療決定を変更すべきであると規定している (同法 第 12 条第 3 項)。

一方、‘自主法’においては患者の意向に対する推定・患者以外の家族及びその他の関係人による意思表示の代行を認めていない。

ただし、患者が自分の判断能力の喪失に備えて事前に書面〔医療委任代理人委任書〕で代理人〔医療委任代理人〕を選任した場合には、その代理人が患者

24) 預立医療決定書、医療委任代理人委任書等の公式書式がある。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-50727-db1a7c31-82b2-48e3-96f8...> 2019.1.20. 検索

25) 現在は‘衛生福利部’である。

に代って延命措置に関する意向表明を代行することができる制度が採られている。医療任意（委任）代理人は20歳以上の行為能力者でなければならない(以上 同法 第10,11条)。

③日本‘ガイドライン’の対応

日本の‘ガイドライン’は法律ではなく、勧告的な効力を持った一つの行政指導規範であるが、終末期患者に対する延命措置の合理的な行為規準としての機能を担当していると評価されている。

‘ガイドライン’においては形式的な名称の与えられた延命医療計画書や事前延命医療意向書の制度を分けて明示してはいないが、患者の参与する将来の延命措置に関する意向決定〔合意形成ないしは方針の決定〕の手続きを規定しているし、その過程における協議の内容を全て書面〔文書〕にまとめておくものとしていることに照らせば、計画書や意向書の制度を当然のものとして、その有効性を認めていると思われる。ただし、‘ガイドライン’上の‘文書’は両者（すなわち延命措置計画書と事前延命措置意向書）の融合型と見るのが適当だと思われる²⁶⁾。こうした意向の決定は本人の意思を基本とするが、その意向決定の過程には多専門職種の医療・介護従事者から構成される‘医療・ケアチーム’と‘家族等の信頼できる者’が一緒に十分な話し合いを繰り返す行うことが大変重要な要素である(以上同‘ガイドライン’1.①第1,2,3文；2.(1)①,②,③)。

26) 実際は、「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」（2008年国立長寿医療研究センター頒布）、「終末期医療に関する事前指示書」（2017年京都市配布）あるいは‘医療ケア事前指示書’、‘終末期の医療・ケアについての事前指示書’、‘医療事前指示書’、‘アドバンス・ケア・プランニング（ACP）’または単純に‘事前指示書’という名称の書式が通用されている。

一方、‘ガイドライン’は、本人の意思に対する確認ができない場合には、‘家族等の信頼できる者’による本人の意思に対する推定を認め、それを踏まえた医療ケア方針の決定を許容している²⁷⁾。こうした時には、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行うことを求めている（以上同‘ガイドライン’2. (2) ①）。

さらに、‘家族等の信頼できる者’が本人の意思を推定することができない場合には、‘医療・ケアチーム’と本人に代わる者としての‘家族等の信頼できる者’が十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることとする（同‘ガイドライン’2. (2) ②）。

家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームがその方針を決定するようになるが、その場合、医療・ケアチームとしては本人にとっての最善の方針をとることを基本とすることが要求される（同‘ガイドライン’2. (2) ③）。

‘ガイドライン’上の所謂‘家族等の信頼できる者’というのは、患者の様々な状況において終末期医療の方針に関する話し合いに参加する者として、患者が前もって定めておく人である。これには、法的な意味での親族関係の人のみならず、親しい友人等より広い範囲の人が含まれるし、複数人が存在することも考えられる（同‘ガイドライン’解説編 注12）。

27) もし患者が前もって自ら「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」のような書面を作成して置いたとすれば、それが意思に対する推定の主要な根拠資料になるだろう。

同旨：児玉聡、"京都市の「事前指示書」は何か問題なのか" <https://news.yahoo.co.jp/byline/satoshikodama/20170430-00070336/>

上述の通り、日本の‘ガイドライン’は、延命措置に関する意向と方針の決定に患者や医師だけでなく、複数の関係者が参与する合意過程を大変重視している。さらに、‘ガイドライン’は、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、延命措置に関する方針決定のためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者、医療倫理に精通した専門家などからなる‘話し合いの場’を別途に設置して方針等についての検討及び助言を受けることを勧告している（同‘ガイドライン’2.(3)、解説編注12）。

図2. 患者本人の意向表明方式、患者意向に対する推定

	延命措置計画書の作成	延命措置意向書の作成	臨床での意向表明		患者意向の推定
韓国決定法	O	O	√		O
日本ガイドライン	△	△	△		O
台湾安寧法	X	O	O（書面上）		X
台湾自主法	X	O	O（書面上）		X

* O：採る、△：融合型、√：解釈上採る、X：採らない

図3. 患者意向の代替1

	医療任意代理人による代行	決まった法定代理人による代行	決まった範囲の家族全員による代行	決まった範囲の家族中先順位者による代行	
韓国決定法	X	O	O	X	
日本ガイドライン	△	△	△	△	
台湾安寧法	O	X	X	O	
台湾自主法	O	X	X	X	

* O：許容、△：合意形成の過程に参与、X：不可

図 4. 患者意向の代替 2、意向形成への複数関係者の参与

	家族以外の関係者による代行	担当医師による代行	医療機関等の倫理委員会による代行		意向形成への複数関係者の参与強調
韓国決定法	X	X	X		X
日本ガイドライン	△	△	△		O
台湾安寧法	X	O	X		X
台湾自主法	X	X	X		O

* O：許容、△：合意形成の過程に参与、X：不可

2. 延命措置不施行を許容する範囲

イ) 延命措置の意味と種類

延命措置という言葉は人の生命を維持する為に行われる一切の行為を示すことである。

延命医療ないしは延命治療と栄養供給及び水分供給を区分する立場では、この両者を合わせて延命措置と呼び、両者を区分しない立場では延命措置と延命医療を同じ意味として混用する。これを延命医療という言葉の側から言い換えれば、延命医療を‘栄養供給及び水分供給まで含めた延命措置’の意味で用いる立場がある一方で、‘栄養供給及び水分供給を除外した臨床医学的処置のみ’を意図する立場がある。

ここでは、後述のように、延命医療と栄養供給及び水分供給の両者を区分する立場であるので、両者を合わせて延命措置という。

こうした延命措置には、心肺蘇生法、血液人工透析、抗がん剤の投与、人工呼吸器の装着など疾病治癒の為の専門的な処置として、その効果はなく、患者の死亡過程だけを延長する措置である延命医療と、栄養分と水分のような流動物質の供給、酸素の単純な供給など生命維持に必要な最小限の救急行為が含まれる²⁸⁾。

‘延命措置の決定’は‘終末期医療の決定’とは相互異なる観念の表現である。まず、後者には前者以外に、薬物の処方や注射行為など作為的介入を通じて患者の死を繰り上げる、所謂‘積極的安楽死の決定’までもが含まれるからである。さらに、台湾の‘自主法’が規定する‘耐えがたい苦痛があり改善が見込めない状態’や‘極重症の認知機能障害がある状態’の様に、必ずしも終末期状態であるとは言えない場合も前者の‘延命措置の決定’を行う状況とする場合もあるからである。

以下で見るように、三か国の規範は全てあくまでも前者の‘延命措置の決定’と言う観念を前提としている。

□) 規範上の対応

① 韓国‘決定法’の対応

韓国の‘決定法’は、延命医療²⁹⁾を“臨終過程にある患者に対して行う心肺蘇生法、血液人工透析、抗がん剤の投与、人工呼吸器の装着であって、医学的治療効果はなく臨終過程の期間を延長するに過ぎないもの”(life-sustaining treatment means medical treatment by cardiopulmonary resuscitation, hemodialysis, administering anticancer drugs, and mechanical ventilation to a patient at the end of life, which merely extend the duration of the end-of-life process without curative effect;)と定義する(同法第2条第4号)。さらに‘決

28) 前者を‘特殊延命医療’と、後者を‘一般延命医療’と言う場合もある。

29) 延命医療と延命治療は事実上異ならない。ただし、韓国では現代に入って、疾病の治療の場合は‘治療’と言って来て、一方に正常分娩の介助や美容形成などの場合は治療よりは‘医療’と言って来た。こうした点で、延命‘治療’の不施行と言うと、回復可能な疾病に対する治療を抛棄することと誤解されるおそれが出来た。それで、‘決定法’を始めとして公式的表現においては‘延命医療’の用語が定着するようになった。最初の問題提起は、石 熙泰、“延命医療の中断—大法院 2009.5.21. 宣告 2009 ㄱ 17417 判決に関連して”大韓医療法学会編「医療法学」第10巻第1号(2009.6.)、第264面であった。

定法’は、“延命医療を留保あるいは中断する際であっても、疼痛緩和の為の医療行為と、栄養分供給、水分供給、酸素の単純な供給については留保あるいは中断してはいけない”とする(同法 第 2 条第 4 号)。

つまり、‘決定法’は延命措置の中で延命医療に限って不施行を許容する態度を堅持している。

②台湾‘安寧法’と‘自主法’の対応

台湾の‘安寧法’はその決定の対象としての延命措置を心肺蘇生法〔心肺復甦術、Cardiopulmonary resuscitation (CPR)〕と生命維持医療〔維生医療、Life-sustaining treatment (LST)〕の両者に分けている。前者は臨終、瀕死または生命の徴候のない患者に対する気管内挿管、体外式心臓マッサージ、薬物投与、電気的除細動、心臓ペースング、人工呼吸などの標準的救急処置あるいはその他の緊急救助治療行為である。後者は終末期患者の生命の徴候を維持するが、治癒効果はなく瀕死過程の期間を延長するに過ぎない医療措置である(以上 同法 第 3 条第 3, 4 号)³⁰⁾。

この法は延命医療だけの不施行を許容していると解釈される。

一方、‘自主法’はその決定の対象としての延命措置を生命維持医療〔維持生命治療、Life-sustaining treatment〕と人工的水分・栄養補給法の施行〔人工栄養及流體餵養、Artificial nutrition and hydration〕の両者に分けている。前者は心肺蘇生法、生命維持管理装置の使用、血液製剤の投与、疾病に対する標準的専門治療、重症感染に対する抗生剤投与など、患者の生命の延長に必要な一切の医療措置である(これは延命医療に該当する)。後者は導管その他の侵襲的措置を通じて人工栄養と水分を補給することである(以上 同法 第 3 条第 1, 2 号)。

30) 最初の法律には‘生命維持医療〔維生医療〕’は入っていなかった。

この法は延命医療に限らず延命措置の全ての不施行を許容しているのである。

③日本‘ガイドライン’の対応

日本の‘ガイドライン’は、その1.の④で“生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。”と規定するのを除外しては、終末期における‘医療ケア’に関する意向と方針の決定プロセスを強調するだけで、その方針の内容、すなわち不施行を許容する医療措置の範囲に対しては具体的な規定を置かないでいる。

ただし、‘ガイドライン’上、“本人による意思決定を基本としたうえで”、(1 ①、2 (1) ①)、“医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。”(1 ②)、“本人の意思確認ができない場合には、…、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行”い、“本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。”(以上 2 (2))としている点に照らして、‘ガイドライン’は延命措置、すなわち、延命医療および栄養・水分の供給など生命維持に必要とする最小限の救命行為、この両者の不施行を許容していると考えられる。

疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である(1 ③)ことは、延命措置の不施行とは別のものである。

結論的に、‘ガイドライン’が言っている‘医療・ケア’は、この論文で言う‘医療措置’の意味として理解する。

図 5. 延命措置等の不施行が許容される範囲

	緩和医療の 不施行	生命維持に 必要な最小 限の救急行 為の不施行	延命医療ない しは疾病治療 の為の専門的 処置の不施行	終末期での積 極的安楽死な いしは意図的 生命の短縮の 施行	終末期・極重 度ではない、 苦痛を耐え ない患者へ の死の介助
韓国決定法	X	X	O	X	X
日本ガイドライン	X△	O	O	X	X
台湾安寧法	X	X	O	X	X
台湾自主法	X	OO	OO	X	X

* O：許容、OO：終末期ではない極重度の患者も含む、△：不可、
但し、‘霊’的援助については明示しない、X：不可

3. 行政管理および罰則

イ) 行政管理および罰則の必要性

延命措置に関する計画書や事前意向書の制度を採っている場合には、患者側は自分が作成した書面を何処かの機関に保管させ、医師側は診療に当たってその書面の有無を確認する必要がある。この為に信頼できる機関や全国的ネットワークが必要になる。そうした組織は、民間機構であっても国家機関であってもよい。ただし、この組織としては、患者と医師の両方においてアクセスしやすい登録・確認先と、情報を総合管理する中央機関との二種に分けて用意されるのが効率的であろう。

一方、延命措置に関する計画書や事前意向書の制度を採っている国では、決まった規定を違反した関係者、特に医師を処罰する罰則を置く例があるが、罰則の存在に対しては激しい議論がある。いずれにせよ、罰則としては懲役、罰金、資格停止などの刑罰と、過料、業務停止などの行政罰がありえる。

ロ) 規範上の対応

①韓国‘決定法’の対応

韓国の‘決定法’では延命措置に関する計画書や事前意向書の登録・保管・

総合管理制度を採択し、その為の登録先や保管・総合管理元となる機関を置いた。

まず、‘延命医療計画書’は、それを作成した‘医療法’上の‘医療機関’自体が登録及び保管し、これについて‘管理機関’に通知する(同法第10条)。

次に、‘事前延命医療意向書’はその作成者が同法によって決まった‘登録機関’に登録し、‘登録機関’が保管及び‘管理機関’への通知の業務を担当する(同法第12条)。

‘登録機関’については、‘医療法’上の‘医療機関’、‘地域保健法’上の地域保健医療機関(保健センター等)、あるいは法の定める他の公共機関および非営利組織の中から、保健福祉部長官がこれを指定する(同法第11条)³¹⁾。

‘管理機関’としては‘国立延命医療管理機関’を設置することとしているが(同法第9条)、現在は‘国家生命倫理政策院’がその役割を担っている。

‘決定法’はそれ以外にも、ホスピス・緩和医療及び延命医療の在り方の為の国家総合計画について、保健福祉部長官が定期的にこれを立案し推進することとしている(同法第7条)。さらに、その計画を審議する‘国家ホスピス延命医療委員会’を設置するように規定している(同法第8条)。

一方、‘決定法’は、患者の意向に依拠せずに延命医療不施行を決めた場合に、医師を1年以下の懲役もしくは韓国貨幣1,000万円以下の罰金に処する(同法第40条)等、比較的に厳しい罰則を規定している。

②台湾‘安寧法’と‘自主法’の対応

台湾の‘安寧法’と‘自主法’でも事前意向書の登録・保管・総合管理制度を採択し、その為の登録先や保管・総合管理元となる機関を置いている。

すなわち、‘安寧法’によると、意向書は医療機関・保健機関〔衛生機構〕

31) 韓国で同法が施行される前には、‘事前医療意向書実践の会(事実モ)’のような市民団体や宗教団体等がこうした役を勤めていた。

もしくは‘中央管理機関[中央主管機関]’から受託した法人がスキャンしたファイルを中央管理機関へ電送し、データベースに貯蔵することとしている。その後中央管理機関はその内容を国民健康保険証(健保カード)に書き入れる(同法第 6-1 条第 1, 2 項)。

また、‘自主法’は作成された意向書に対して医療機関だけが上と同じに処理することとしている(同法第 12 条第 1, 2 項)。

ここでいう‘中央管理機関’は‘衛生福利部’である(両法各第 2 条)。

一方、‘安寧法’の方では韓国の‘決定法’のように、患者の意向を依らず延命医療不施行とした場合に、医師を新台幣幣 6 万円以上 30 万円以下の罰金に処し、同時に 1 月以上 1 年以下の業務停止もしくは免許の取り消しに処することができる(同法第 10 条)とする等、韓国ほどは厳しくない罰則を規定している。

③日本‘ガイドライン’の対応

日本の‘ガイドライン’ではこうした行政管理の要素にまでは言及していない。

実際には、自宅に保管するか、あるいは医療機関・介護施設、場合によっては‘日本尊厳死協会’のような関連の活動組織に預ける場合もあるようである。

罰則については、‘ガイドライン’では規定できない。

図 6. 行政管理、罰則の制度

	登録機関を特定	国家管理機関を設置及び管理機関への報告	健康保険カード上への記入		罰則
韓国決定法	O	O	X		O
日本ガイドライン	X	X	X		X
台湾安寧法	O	O	O		O
台湾自主法	O	O	O		X

* O : 採る、 X : 採らない

V. 結言 – 若干の提案と共に

延命措置や終末期医療の決定に対して国家権力が乗り出すのが望ましいかと言う根本的な論題に関する議論は、依然として進行形であるが、ここではその順機能に一応同意して置くこととする。

もともと、生き方や死の姿と言うのは個人が自由に選ぶべきことであるが、それが人や社会から認められて保障されるには公序良俗と実定規範と言う‘規準’による限界があるわけである。そうした‘規準’は人々の個別的な生死価値観を越えた‘社会的共感’に基づいて設定されるものである。社会的共感を成し遂げるに作用する核心要素は、“どのような生き方や死の姿こそ人間としての尊厳と価値を実現し守護することであるか”に対する合意であろう。

今日、各国の設定する、延命措置とか終末期医療の決定に関する様々な規範は全て、その人間尊厳の実現を志向点とする社会的共感の所産である。

勿論、今の三か国の国家規範に全く問題がなく、各国の現実的状况において取ることができる最大限のものであるとは言えないだろう。以下のような点が補充されていくことを目指して、若干の提案をしておきたい。

第一、延命措置不施行を許容する範囲をより合理化すること、

第二、意向決定能力のない患者を代理する者がいない場合に、医療チームとの共同決定に参加する専門的組織（医療機関ごと、あるいは地域共用の倫理委員会など）を常設化すること、

第三、意向書様式をできる限り統一すること、

第四、意向書の登録や確認が煩雑にならないようネットワークを構築すること、

第五、規範を違反した医療者への処罰に慎重を期すること、

第六、外国人の患者に対する取り扱い規準を国際共助を通じて準備しておくこと、などである。

さらに強調したいのは、患者の意思と医学的状況の間で苦悩するようになる

医師を、種々の詳しすぎる規準をもって濫りに束縛してはいけないということである。つまり、医師の臨床医学的判断を踏まえた結論を貶めるとか妨害するほどの規範は望ましくないのである。

最後に、韓国、日本、台湾、三か国の憲法に共通して書かれる、法官（裁判官）の裁判における‘独立性’の保障規定を利活用して、医師の医療における‘独立性’の保護を強調しようとする。

“医師は医学原則と患者の意思によって、その良心に従ひ独立して診療する³²⁾。”

(終り)

謝辞

本稿は、日本の医師で、大阪大学大学院医学系研究科 博士（医の倫理と公共政策学）の恋水諄源先生による文章校正の協力を得て執筆した。時間を割愛していただいたことに深厚な感謝の意を表する。

32) 韓国憲法 제 103 조 법관은 헌법과 법률에 의하여 그 양심에 따라 독립하여 심판한다.

日本憲法 第 76 条③ すべて裁判官は、その良心に従ひ独立してその職権を行ひ、この憲法及び法律にのみ拘束される。

中華民國(台湾)憲法 第 80 條 法官須超出黨派以外，依據法律獨立審判，不受任何干涉。