

ないと考えている。

C. 研究結果・考察

以下では、いくつかの論点について、イギリス・韓国・フランス・アメリカに関する各報告から見えてくることを紹介し、若干の考察を加えることにする。

1. 終末期医療の法律を作る理由

(1) 終末期医療の法制化

調査した国には、終末期医療に関する法律を持っている国、持っていないが立法の必要性が議論されている国、それほどの議論のない国がある。終末期医療に関する政策決定を法律で行うか、法的強制力はないが公的制度を形成するガイドラインなどで行うかは、それぞれの国における医療と法律のあり方を前提とした上で決定される問題である。日本で法制化を考えるとときにも、それぞれの国の事情を見た上で、我が国でも法律まで必要とする事情があるかを検討することになる。

(2) 患者の権利の保護

終末期医療における政策の基本的な目的は、患者の意思を尊重し、その権利と利益を保護することである。そして、この目的を遂げるためには、関係者の良識への依存、医療関係者へのガイドラインの周知などでは不十分であると考えられるときには、法律が作られることになる。議員連盟案は「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」するためには、このような意味で法律が必要だと考えるものであろう。

アメリカ各州は、司法の判断が先導するかたちで、終末期患者の「死を選ぶ権利」を保障するための自然死法を制定した。カリフォルニア州の自然死法（1976年）は「カレン・アン・クインランの悪夢」をはらすために必要であったといわれた。イギリスではブランド事件をきっかけとして、終末期の病者を含めた意思能力のない患者のための意思決定過程を明確化し、その人権を保障するために「意思能力法」（2005年）が作られた。緩和医療へのアクセスの保障と「無益または過剰な」延命医療の中止を求めるフランスのレオネティ法（2005年）は、アンベール事件（2003年）がきっかけとなり、積極的安楽死、医師による自殺援助（physician assisted suicide. PAS）の合法化の要求が強まる中で、それを退ける一方、国民の緩和医療へのアクセスを保障し、無益な延命医療を止めさせるために、フランスの終末期医療の現状を改めさせるために作られたものである。終末期医療の法制化が実現していない韓国でも、いったん開始された延命医療を継続しようとする医師たちの態度（これは、「ボラメ事件」に関する大法院刑事判例〔2009年〕を医療者たちが誤解したためだという）を改めさせるためには立法が必要だという意見が強く、法制化の動きが一段と強まっている。

他方、終末期患者においても患者の自己決定権が尊重されるべきだとされるドイツにおいては、現在は法制化の動きがない。これは、患者の意思を尊重して医療を行わなかった医師の刑事責任を否定した連邦通常裁判所の判例が定着していること、ドイツ連邦医師会の終末

期医療に関する規則が機能していることによるものと考えられる。

(3) 医療の法的安定性

終末期医療の法制化が必要であるとされる重要な理由のもうひとつは、医療関係者の法的安定性である。わが国で終末期医療の現場に警察が介入したことが医療関係者に大きな衝撃を与えたことは、すでに述べた。議員連盟案が、この法律の認める「延命措置の不開始」（第1案）、「延命措置の中止等」（第2案）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」という「免責」を定めようとしているのは、アメリカの自然死法に従ったものではあるが、免責を法律上明確に担保することにより、医療関係者の不安を除くことを意図したものである。

終末期医療を実行する医師たちに法的安定性を保障することは、反射的に、延命医療の不開始・中止を求める患者の権利の保護にも役立つ。しかし、医師たちの法的安定性の保護は、個別的な医師・患者関係においてだけ存在するものではなく、医療プロフェッションの保護という、それとは別の独立の価値を持つものとして——もちろんこれは、究極的には、人々の権利と福利のために存在するものではあるが——、理解されているものである。

フランスとドイツにおいては、このことが尊厳死立法の必要性の理由として援用されることはあまりないようである。しかし他の国においては、このような要素は重視されているように見える。

世界初の尊厳死裁判であるカレン・アン・クインラン事件に関するニュージャージー最高裁判所の判決（1976年）は患者の両親の主張を結論的に受け入れて人工呼吸器の取り外しを認めたが、同時に、これによる患者の死亡について医師は法的責任を負わないことを宣言している。その後、カリフォルニアの自然死法など、各州が自然死法を作るようになるが、それらには医療関係者の免責規定が置かれるのが通常である。イギリスのトニー・ブランド事件も家族の依頼を受けた医療側からの人工栄養水分補給（ANH. artificial nutrition and hydration）中止の合法性確認の申し立てに関するものであり、貴族院はこれを認めたというものである（1993年）。イギリスでは、多くの判例はあるものの、医療現場からは終末期医療の法制度を求める意見が強く、これが2005年の「意思能力法」の制定に至ったのだという。韓国では、担当医が患者の妻の不当な退院要求を認めたとえ（DAMA. discharge against medical advice）、患者から人工呼吸器を取り外すよう他の医師に指示して患者を結局死亡させたという「ボラメ事件」が起こった。大法院は担当医たちに殺人幫助を認めた（2009年）。この判例が終末期医療の中止は処罰されるという趣旨だと誤解され、医療関係者からの法制化の主張が強まったという。

2. 延命医療不開始・中止の要件

(1) 実体的要件と手続的要件

許容される延命医療の不開始・中止の要件は、実体的要件（substantive condition）と、手続要件（procedural condition）とに分けられる。

実体的要件は大きく分けて次の3つである。

- ①どのような医学的状況にある患者について許されるか。
- ②どのような医療的措置の不開始・中止が認められるか。
- ③それが患者の意思に合致しているか。

手続的要件は次の2種類である。

- ①上記の実体的要件の存否を確認する手続
- ②医療的措置の不開始・中止の手続

手続的要件は、終末期医療の実践が医学的に妥当に行われるために必要であるばかりでなく、患者本人、その家族、友人、医療スタッフが終末期医療の方針決定に関与することにより、関係者たちの認識と価値が具体的な終末期医療の実行の中に位置づけるという点で重要性を持つ。「話し合いのプロセス」を重視する厚労省ガイドラインは、手続的要件のうちのこの側面を重視したものである。

我々の海外調査でも終末期医療の手続的要件の調査を行った。しかし、現在はこれを総括する十分な余裕がない。具体的な調査結果については各報告書の参照をお願いして、ここでは、実体的要件についてまとめることにする。実体的要件の③の部分は、項を改めて検討する。

(2) 終末期の患者

(a) 死期による限定を加える立法例

たとえば議員連盟案は、「終末期」を「行い得る全ての適切な医療上の措置…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」と定義し、「終末期」にある患者についての延命措置の不開始（第1案）・中止（第2案）の免責を規定している。韓国の国家生命倫理審議委員会「延命医療決定に関する勧告案」（2013年。以下、「勧告案」という）は、「回復可能性がなく、治療に効果がなく、急速度で悪化する、臨終期にある患者」を対象とする。これは、それまで韓国で作られていたガイドライン、法案が「回復可能性のない末期患者」を対象とし、遷延性植物状態(PVS. persistent vegetative state)患者を明示的に除外していなかったのを、制限しようとしたものと考えられている。

これらの案が患者の死亡までの日数としてどの程度のものを考えているかは明らかではない。しかしいずれも死期の近さを要件とするものである以上、延命措置の不開始・中止の具体的措置の合法性が刑事裁判で問題になったときには、検察官側は死期が法定の期間内になかったことを「合理的な疑いを容れない程度に」証明しなければならないことになる。これはかなり困難な仕事である。イギリスの意思能力法に関するGMCガイダンスは「12月以内に死が訪れる可能性がある」(likely to die within the next 12 months)としているのは、死期を医学的判断に委ねる趣旨であると考えられる。

(b) 死期による限定を加えない立法例

死期によって終末期を定義する立法は、現在ではむしろ少なくなっているように思われる。初期に作られたアメリカの自然死法の多くは「死がすぐに (soon) 到来する」などという

表現によって死期の近さを定義の中に含ませていたが、現在の自然死法にそのようなものはほとんどなっているようである。たとえば改正されたカリフォルニア自然死法は「終末期もしくは永続的意識不明の状態」(terminal or permanent unconscious condition)としていた。フランスのレオネティ法も「重い不治の病の進行した状態またはその終末期の状態」(en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable)である。

これらの立法例は、終末期患者の延命医療拒絶権尊重の立場から、終末期の範囲を広くしていることは理解しうる。しかし、立法によるにせよ、現行法の解釈によるにせよ、我が国で尊厳死の許容要件を決めるときには、(b)のような要件を採用した法律を持つ国ではどのような医療中止が実際に行われているかを検討し、そこまで我が国が踏み出すことが妥当なのかを慎重に議論しなければならない。

(3) 不開始・中止しうる延命医療

(a) 一般的な延命医療措置

議員連盟案は「延命措置」を「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」と定義し、その不開始(第1案)、不開始および中止(第2案)を合法として免責するものとしている。この定義では、「患者の傷病の治癒又は疼痛等の緩和」が対象とはならないことは明示されているが、何が不開始あるいは中止の対象となる「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」であるかは明らかでない。

韓国の勧告案は、対象になる延命医療は、心肺蘇生術・人工呼吸器・血液透析・抗がん剤投与などの特殊な延命医療に限られ、栄養・水分・酸素の供給というような一般的な延命治療は中止することはできないとしている。ここでは「通例・異例」(ordinary - extraordinary)という伝統的なカテゴリー区分が受け継がれているように見える。

しかし、現に尊厳死法を持っている調査対象国の実際の立法例ではこのように限定せず、すべての延命医療を対象としている。イギリスのトニー・ブランド事件においては人工栄養水分補給の中止が認められ、GMC (General Medical Commission) のガイダンスは「患者の生命を延長することが可能な」(potential to prolong patient's life)措置すべてが対象であり、人工栄養水分補給、心肺蘇生術(cardiopulmonary resuscitation. CPR)、腎透析(renal dialysis. RD)も含まれる。

フランスのレオネティ法も「無益(inutiles)、過剰(disproportion)または人為的に生命を維持する効果しかもっていない」措置の不開始・中止を認めている。もっとも、事故による脳障害によって4年半にわたって昏睡状態にある、37歳の男性患者へのANHは「無益」とも「過剰」ともいえないとして、その取り外しを拒否した行政裁判所の決定が出ているという。

(b) 「不開始と中止」についての考察

我が国では延命医療の不開始は許容されるときはあるが、すでに開始された延命医療の中止は許されないという理解が行き渡っている。議員連盟案が不開始だけを認める「第1案」

と中止も許容する「第2案」に分かれていたことはすでに見たとおりである。このような状況は韓国でも同じようである。勧告案が「中断」について明言していないのは、不開始だけしか認めない趣旨だと理解されている。

だが、延命医療の忌避を認める法律を持つ国は、このように不開始と中止とを区別しない。アメリカ各州の自然死法、イギリスの意思能力法、フランスのレオネッティ法は延命医療の不開始と中止の間に差があるとは考えていない。

確かに、医師でない者が傷病者のために救急車を呼ばない行為と、傷病者を乗せて走り出した救急車の前に障害物を置いてこれを停止させる行為とは異なる。後者のように、作為による死の惹起にはすべての者は責任を負う。これに対して、前者の例において、傷病者を医療に結びつける法律的義務（作為義務）を負わない者は、その不作為によって発生した結果に対して法的責任を問われることはない。

だが医師の場合は、彼が患者の医療を引き受けた以上、患者のために延命医療を開始し、それを継続する義務を負うというのが原則である。非医師の場合とは異なり、医師の医療の義務は、医師の行為が作為であろうが不作為であろうが存在するのである。だが、もし延命医療が患者にとって不適切であれば、それを開始する義務はなく、開始された延命医療も不適切であることが判明した時点ではそれを維持する義務はない。医療プロフェッションと患者との関係においては、不開始と中止との間に倫理的・法的差異はないということである。

終末期医療の現場においては、継続している延命医療を打ち切ることには、その不開始についてよりは心理的抵抗が強いことは事実である。イギリスの調査でもそのようなことが確認されている。フランスでの全国調査でも、不開始と中止の間には、その実施数にかなりの開きがあるのは、このような事情があるのであろう。

しかしその理由は、開始された延命医療の中止については、開始したときより考慮すべきことが増えていて、医師はそれらを慎重に考量し決断しなければならないという事情があるからである。医師はまず救命のために行為する。そこではしばしば延命医療の適切性を考えている時間的余裕はない。しかし延命医療が始まり、患者の病状と延命医療の効果を考えることができるようになったときには、今度は慎重にならざるを得ないのである。

このように考えるなら、むしろ、許される延命医療の不開始はその中止より限定されたばあいについてだけ認められるものであり、「不開始は一般的に許容されるが、中止は例外的にのみ許容される」という命題は、医療的に見るなら、むしろ倫理的でないということになるであろう。「治療を開始したら止められなくなるから最初から治療をしない」と医療者たちが考えるようになるということは、避けなければならない。

(4) 患者の意思の認定

(a) 患者の推定的意思に合致した終末期医療

延命医療の不開始・中止が患者の意思に合致していることは、それが許される実体的要件の1つである。しかし「患者の意思」は現実的な意思表示に限られるわけではない。意思能力のある患者が延命医療の不開始・中止に同意するという意思表示をしなければ延命医療の

不開始・中止を行うことはできない、というわけではない。患者の推定的意思に合致した不開始・中止もその意思に合致するものであり、許容されるのである。

これは一般医療においても同じである。手術に同意する患者は、そのための準備的措置、付随的措置、事後的措置のすべてを認識して同意していないことがほとんどであるが、その同意が推定しうる以上問題はない。意識不明の状態、救急車によって運び込まれた患者に救命のための措置を行うことも、本人の推定的同意によって許されている。終末期医療も医療である。延命医療の開始・不開始も終末期医療の範囲内である以上、それが本人の推定的意思に合致するとき、言い換えるなら、患者本人がその最善の利益として選択するであろうものに一致するときには許されるのである。

問題は、いかなる場合にいかなる患者の推定的意思を認定することが許されるかである。尊厳死立法の中心的課題はこの点にあった。

(b) 事前指示書

意思能力を失った状態で終末期を迎えるという事態に備えて、事前に延命医療許否の意思を書面によって表示しておき、それに従った医療者の責任を免除するというのがリビングウィルであり、尊厳死における適正手続 (due process of law) としてアメリカで作られたものである。これと、事前に、自分に代わって医療を決定する者を指名しておくという委任状 (power of attorney) とをあわせて事前指示 (advance directive) という。

フランス法、イギリス法は、それぞれ異なるところはあるが、この両者の事前指示書を認めている。だが日本の議員連盟案 (希望する旨の意思の表示)、韓国の勸告案 (事前医療意向書) はリビングウィルだけを認める。

(c) 事前指示書によらない意思の推定

事前指示書を書いている患者は多くはない。フランスの事情からも理解できるように、法律が事前指示書を認めている国でも、その普及が進んでいるわけではない。このような場合には、医師は家族、近親者、友人等の意見を聞くことによって、本人の意思がどのようなものであるかを知ろうとするが、フランスのレオネティ法のようにこれらの者の意見を聴取することを義務づけているものもある。

(d) 終末期患者の意思を知ること

リビングウィルによる事前の意思表示は、延命医療の不開始・中止が問題となる時点での患者の意思と同じではない。事前に選ばれていた代理人の意思表示は本人の意思表示ではない。家族、友人の意見も本人の意見ではない。そのうちのどれを、あるいはその全部を法律によって重要視すべき事項として指定するとしても、これらはすべて患者本人が十分な意思能力を持ち、自分の病状と自分に対する医療を理解したとしたら、彼がどのような態度決定をするであろうかを推定する要素に過ぎない。リビングウィルによってだけでなく、本人が日頃から終末期における自分の医療について意見を表明しておくことは、終末期医療に関して実際に決断しなければならない医療者と家族を、その苦境から救出することになる。事前指示書の普及だけでなく、日常的な死の準備教育が必要なゆえんである。

諸外国における取り組みがどのようなものかについても、将来調査する必要がある。

E. 結論

法律あるいはガイドラインが実際にどのように運用されているか、あるいは、それ以前にそれらは遵守されているかも、今回の調査の関心事であった。終末期医療のガバナンスは国民の医療への信頼に関係する。日本でも、厚労省ガイドラインの医療現場への浸透と定着が一つの課題とされている。

フランス報告（近藤和哉）は、INED（Institute national d'études démographique）の行った全国調査と現地でのヒアリングに基づいて、レオネティ法が国民ばかりでなく医療現場でも十分認知されていないことを伝えている。しかし、フランス以外の調査ではここまでのこともできなかった。この問題は医療現場の実際に関わる問題であり、調査計画を立て、実際に調査を行うためにはかなりの準備が必要である。

今回の調査はあくまでもパイロット・スタディにとどまり、また上記のように十分な調査ができたとはいえないものであったが、海外の終末期医療制度についてのわが国における認識を幾分なりとも深化させる成果が得られたと思う。これからは、より時間をかけた、組織的で広範な調査が行われることを期待している。調査対象国も広げることが必要であろう。

また、今回の調査を実行した者はすべて法律研究者である。次にこのような研究が行われるときには、調査に関わる研究者の人員を増やすとともに、現場で終末期医療に関わっている医療スタッフの参加を求めることが必要だと思われる。

各国の医療はその国の文化、伝統を背景にしたそれぞれのシステムを持っている。終末期医療も医療の一つの、そして重要な局面である以上、我々がこの国の終末期医療を考えるときには、諸外国の医療の理念と実際を理解し、それを参考にしながら検討を加えていかなければならない。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 町野朔, 延命医療の不開始・中止についての諸外国の動向, 日本医療・病院管理学会 第322回例会

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

【別添1】

終末期医療の国際比較・調査の重点項目

1. 調査の背景の説明

【ヒアリング調査の際に、ヒアリング対象者に説明する】

現在、日本では、終末期における医療の在り方をめぐって、医療の不開始や開始された医療の中止が議論されている。具体的には、気管挿管 (intubation)、胃瘻 (PEG. percutaneous endoscopic gastrostomy) を始めとする経管栄養 (tube feeding)、中心静脈栄養 (IVH. intravenous hyperalimentation) などの不開始・中止である。また、これらの行為を認めるときの要件も問題とされる。どのような状態の患者に医療の不開始・中止を行うべきか、患者本人の意思、家族の意向はどの範囲で考慮すべきか、その認定の手続きをどうすべきか、などである。

しかし、医療者たちは、日本の法律状況は不明確であり、自分たちの行動が警察などの刑事司法の介入を招くことがないか、家族などの関係者にどのように対応すべきかについて、明確なルールがないと思い、不安を覚えている。

このような状況に対応するため、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(2007年)を作り、医学会も独自の終末期医療ガイドラインを作っている。

終末期医療に関する法律を作ろうとする動きもないわけではない。1976年設立の「安楽死協会」(1983年から「日本尊厳死協会」)は、尊厳死を認める立法提案を行うなど、アクティヴな活動を続けてきた。そして、「尊厳死法制化を考える議員連盟」においては2012年に具体的な法案(通称、尊厳死法案)も考えられている。これらの提案は、①死期が「間近」と判定された状態のときに、②書面によってなされた延命措置の中止等を希望する旨の意思表示 (living will) に従ってなされた、③延命措置の不開始・中止について、④法律上の責任を免除する、というものであって、これらの要件に該当しない延命医療の不開始・中止については触れるところではない。しかし、日本弁護士連合会や障害者・難病患者の団体等は尊厳死の法制化に反対しており、法案は国会への提出に至っていない。

我々は、諸外国においては、医療の現場では実際にどのような終末期医療が行われているのか、どのような法的対応がなされているのかを調査し、その結果を、これからの日本の制度を考える上での資料としたいと考えている。

2. 調査の対象

A 法制の調査

① 法制に詳しい人 (現地の行政官、法律研究者など)

→法制の調査に当たっては、網羅的な資料収集ということも忘れない。

原文でもかまわないので、法令、ガイドラインを添付することにしたい。

B 医療実務の調査

- ② 現地の医師会（担当理事など）
- ③ 救急医療・高齢者医療関係者（救急医学会・老年医学会のような関係学会などの担当理事などと同理事により紹介いただく現場の医師）

- ④ GP等の在宅医療関係者（関係学会などの担当理事などと現場の医師）

→いずれも、医師会などといった組織のオフィシャルな見解を聞きたい。

それとは別に、特に救急医、老年科医とGPの実際に活動している人にも意見も聞きたい。

すべてについてヒアリングできれば理想であるが、最低限②は外せない。③と④はできる限りで、行うことになる。

医療実務の調査に当たって、ヒアリングは、後述の事例を提示して行う。

いずれにしても、調査の際には、対応者のバックグラウンドに留意する。

3. 具体的な調査・質問項目

ヒアリング調査を行うときに、以下に示すような同じ質問を先方につけて解答を聞くという形で、調査の標準化を図ることとする。

ヒアリング調査を行わない場合にあっても、同様の視点で調査することが望まれる。

※ 以下、終末期医療に関する意識調査等検討会（平成24年度～）の「平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票を参照して作成した。

同調査のURL：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehv.html>

(1) 事例に関する質問（→主として調査対象②～④）

A 次の事例1~3の場合、どのように対応するのが一般的か。

- ①（事例3のみ）完治を期待できず、副作用がある場合もあるが、多少なりとも延命効果を期待して、抗がん剤や放射線による治療を行うか。
- ②（事例1-4すべて）肺炎にもかかった場合、抗生剤を経口投与したり点滴したりするか。
- ③（事例1-3のみ）口から水を飲めなくなった場合に、点滴を行うか。
- ④（事例1-3のみ）口から十分な栄養を取れなくなった場合、中心静脈栄養を行うか。
- ⑤（事例1-3のみ）口から十分な栄養を取れなくなった場合、経鼻栄養を行うか。
- ⑥（事例1-3のみ）口から十分な栄養を取れなくなった場合、胃瘻を設置するか。
- ⑦（事例1-4すべて）呼吸ができにくくなった場合、言葉を発声できなくなる見込みがあっても、気管内挿管を行って人工呼吸器につなげるか。
- ⑧（事例1-4すべて）心臓や呼吸が止まった場合、心臓マッサージ、心臓への電気ショックを行うか。

ック、人工呼吸などによる蘇生処置を行うか。

【事例 1】

認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできている。

「回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に肺炎などで死に至る。」と、医療上の判断がなされている。 <意識調査・問 11>

【事例 2】

慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態である。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている。

「回復の見込みはなく、徐々に死に至る。」と、医療上の判断がなされている。 <意識調査・問 10>

【事例 3】

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくい、呼吸が苦しいといった状態である。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている。

「回復の見込みはなく、徐々にあるいは急に死にいたる。」と、医療上の判断がなされている。 <意識調査・問 9>

【事例 4】

交通事故で強く頭を打ち、すでに半年間以上意識がなく、管から栄養をとっている状態だが、衰弱が進んでいる。

「回復の見込みはなく、いずれ肺炎などで死に至る。」と、医療上の判断がなされている。 <意識調査・問 12>

B 次の事例 5 の場合、どのように対応するのが一般的か。

- ① 状態が悪くなるのに対応して、薬の量や呼吸の補助のための機会の設定を増やすなどのさらなる治療を行う。
- ② 現在の治療を維持する。
- ③ 治療を中止する。

【事例 5】

交通事故で全身を強く打ち、一時呼吸も心臓の動きも止まった状態になったが、処置により心臓の動きは戻った。集中治療室に入って 2 週間が経過した現在、意識はなく、気管から管を入れてつけている人工呼吸器がなければ呼吸ができない。

「あらゆる治療を行っているが、効果がなく、このまま徐々に死に至る。」と、医療上の判断がなされている。 <意識調査・問 13>

C A や B の事案で、年齢によって対応が異なることはありうるか。

D それぞれの事例において、医師はどのような説明を行い、同意権者の同意を得るか。

(2) 実務に関する質問 (→すべての調査対象)

Q1 書面について

A 本人が自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどといった治療方針を記載した書面が準備されている例は、一般的か。(回答者の推測でよい。年齢等による相違もできれば確認。)

<意識調査・(2部)問2>

B Aの書面があるときで、治療の選択について本人が自分で判断できなくなった場合、当該書面はどのように取り扱われることになるか(なるのが一般的か)。

- ① 当該書面はほぼ絶対的な拘束力を持つ。
- ② 当該書面に記載された希望を尊重しつつ、家族等や医師または医療・ケアチームの判断も取り入れながら治療がなされる。
- ③ その他。

<意識調査・(2部)問2-2>

C Aの書面には、どのようなことが記載されるのが一般的か。(マニュアル等が入手できたらそれを添付する。)

D Aの書面は、どのような環境で記載することが求められるのか。

E 医療者は患者に対し、どの時期から書面の記載を促すのか。

Q2 自分で判断できなくなったときの治療方針の判断

A 本人が、治療の選択について自分で判断できなくなったことは、どのような手続きによって、どのように判断するのか。(マニュアル等が入手できたら添付する。)

B 本人が、治療の選択について自分で判断できなくなった場合には、a) 本人の事前指示がある場合、b) 本人の事前指示がない場合、双方の場合について、誰が方針を決定することが一般的か。

- ① あくまでも本人。事前の書面によるべきであるとした場合、b)の場合には何も決定できないとするのか。
- ② 判断能力のあるうちに本人が指定していた人(代理人)。
- ③ 家族等のうち、自分のことを一番よく分かっている者一人。
- ④ 家族等が集まって医療チームと話し合っ決定する。
- ⑤ 担当する医師または医療・ケアチーム。
- ⑥ 院内の倫理委員会。

<意識調査・(2部)問4>

C 家族や身近な人などから、治療の選択について本人に代わって判断する立場の人(制度があれば、代理人など)になってもらいたいとあらかじめ頼まれた場合、依頼された人は引き受けるのが一般的か、拒否する方がむしろ一般的か。

D 【代理人の制度がある場合】代理人になる手続きはどのようなものか。それは簡便なものであって、裁判所等による手続きは不要か。

【代理人の制度がない場合】家族の意見が一致しない場合にはどのように対処しているのか。

E 本人の意識が現に障害されている状態において、延命治療の中止には、a) 本人の事前指示がある場合、b) 本人の事前指示がない場合、双方の場合について、家族その他本人と親しい身近な人の同意も必要か。

- ① いかなる場合にも（本人の事前指示書の存在にかかわらず）、家族の同意が必要。
- ② 本人の事前指示書があれば、家族の同意は不要。
- ③ 本人の事前指示書がなくても、家族の同意は不要。
- ④ 本人の事前の指定により代理人が定められていても、家族の同意が必要。
- ⑤ 本人の事前の指定により代理人が定められていれば、代理人の判断が家族の同意に優先。

E-2 これらの場合、具体的にどの範囲の人が、どの順位で同意権者になるか。

F 死が間近な患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の間に意見の相違が起こった場合、院内の倫理委員会に相談するのが一般的か。在宅や介護施設の場合では、どのように対処しているか。

<意識調査・医師票1部問3>

G 延命治療を中止した場合において、家族が事後的に当該中止に対して異議を申し出るといふ事態は存在するか。もしそのような事態が発生した場合、どのように対応することになるか。

H 医師は刑事・民事の訴訟などの法的トラブルを回避するため、終末期医療において治療の開始・不開始、治療の継続・中止を行っていると考えられるか。行っていると考えた場合、どんな治療の場面が特に課題となるか。（インパクトのあった実際の判決、メディアによる報道について確認する。）

I 延命治療を中止する場合において、免責されるために必要な条件として医療関係者が認識しているものは何か。

Q3 費用等の関係

A 延命治療を行った場合、治療費の点で延命治療以外の治療と区別されることはあるか。

※ 前提として、調査対象国において、治療費は公費負担か、公的保険による負担か、民間保険による負担か。公費や公的保険による場合、治療費の一部が自己負担になることはあるか。

B 安楽死や延命治療の中止・不開始に伴って死亡した者は、生命保険契約上、自殺者として取り扱われるのか。

C 年金給付を継続するために延命治療を継続することはあるのか。

(3) 法令、ガイドライン等に関する質問（→主として調査対象①）

Q1 終末期医療の背景

A 終末期医療のルールをめぐる議論の背景はどのようなものか。インパクトを与えた事件など。

B 終末期医療をめぐる、刑事訴追がなされた事例として重要なものは何か。また、マスコミで大きく報道されたが、最終的に刑事訴追がなされなかった事例として重要なものは存在するか。

Q2 終末期医療のルール

A 以下の事項について、法令や法的意義を有するガイドライン等で定義がなされているか。なされているとして、どのような文言で定義されているか。それらの法的効果は何か。

a) 尊厳死

b) 終末期

c) 延命治療

d) 延命治療の不開始と中止との法的な違い

e) 刑法では嘱託殺人と自殺幫助とは区別されているか。安楽死と自殺幫助 (assisted suicide) との間に法的な違いを認めているのか。

※ あくまで法的な文言として、これらが法制化されているか、という点に調査を絞る。

B 法律など終末期医療のルールの設定は、どのような議論を経て決定されたのか。通常のプロセスとは違う形で立法化されたのか。

① 各議員が立法提案を作成し、(場合によっては正当を経由して) 議会に提出する。

② 政党の有識者に原案を作成させて内部で議論し、議会に提出する。

③ 行政が有識者に原案を作成させて内部で議論し、(場合によっては政党を通じて) 議会に提出したり、自らガイドラインとして示したりする。

④ 医師会が内部の議論を経て作成し、自ら法的効力を有する規範として提示し、あるいは(場合によっては政党や行政を通じて) 議会に提出する。

⑤ 学会が内部の議論を経て作成し、議会に提出したり、医師会や行政にガイドライン作りを働き掛けたりする。

⑥ ルールは一定していない。

⑦ その他。

C 終末期医療の判断基準、特に、a) 終末期の定義、b) 延命治療の不開始、c) 延命治療の中止(人工呼吸器の停止、栄養補給の停止)について定められているか。

① 詳細で具体的な基準が示されている。

- ② 大まかな基準が示されており、それにのっとった詳細な方針は、医師または医療・ケアチームが患者・家族等と十分に検討して決定するようになっている。
- ③ 一律な基準は定められていない。医師または医療・ケアチームが患者・家族等と十分に決定して方針を決定する慣行になっている。
- ④ その他。 ＜意識調査・医師票 1 部問 6＞

C-2 定められている場合の、a)終末期を判定する方法、b) 不開始・中止する治療、それぞれの内容いかに。

D C の判断基準は、どのような形式で定められているか。

- ① 法令で定められている。
- ② 法令ではないが、医師会の定める法規範で定められている。
- ③ 法令ではなく、行政の作成した法的強制力のないガイドラインで定められている。
- ④ 法令ではなく、学会の作成した法的強制力のないガイドラインで定められている。
- ⑤ 判断基準を定めたルールは、今のところ存在しない。

＜意識調査・医師票 1 部問 6-1＞

E 本人が自分で判断できなくなった場合に関して明確なルールが存在するか。

- ① 法令で明確に定められている。
- ② 法令ではないが、医師会の定める法規範で明確に定められている。
- ③ 法令ではなく、行政の作成した法的強制力のないガイドラインで定められている。
- ④ 法令ではなく、学界の作成した法的強制力のないガイドラインで定められている。
- ⑤ 判断基準を明確に定めたルールは、今のところ存在しない。

＜意識調査・(2部) 問 3、7＞

F 調査対象国において、法律でない医師会、学会のガイドライン等は存在するか。その内容は具体的で、実際に判断する場合に役立っているか。それは、法的意義を有することはあるか。しているか。ガイドラインに疑義が生じた場合にどう扱われるのか（刑事罰、民事罰、医師免許停止等）。

【別添2-1】

<1> 法制度

		米国	英国
①	終末期医療に関する法律、指針やガイドラインに対する言及	統一末期患者権利法、連邦患者の自己決定権法、各州法(ガイドラインへの言及は特になし)	2005年意思能力法(Mental Capacity Act 2005)と同法に基づく行動指針(Code of Practice)
②	医学会、救急医学会、老年科学会、GP学会等が定めた終末期医療に関する指針・ガイドライン	全米医師会など	General Medical Council(GMC)によるガイドライン“Treatment and care towards the end of life” British Medical Association (BMA)によるガイドライン“Medical Ethics Today” 特に、治療の不開始又は中止については“Withholding and Withdrawing Life-Prolonging medical Treatment”がある。
③	指針・ガイドラインにおける法律の中での位置づけ、違反した場合の措置(準拠した場合の法益)	ガイドライン・指針に言及した法律は無く、これらは法的効力を直接認められたものではない。従って違反時の制裁も規定されていない。	行動指針は、2005年意思能力法を具体化するための行動指針である。イギリス法においては、法律が一次法とすると四次法という位置づけである。行動指針の策定に当たっても、法案策定に関わったさまざまな団体が関与した。 GMCガイダンスは、行動指針に基づいて、終末期医療について、まとめられたガイダンスである。正当な理由なくガイダンスに従わなかった場合、GMCによる登録を解除するという制裁を加えることができる。 BMAガイダンスは、GMCガイダンスより実務に即した、具体的かつ詳細なガイダンスであり、詳細に記載されている。
④	これらの法制度が整備された歴史的経緯	クインラン事件、ブーピア事件、クルーザン事件を経て、患者本人の意思を重視する傾向が強化され、同時にそれが不明な場合には近親者による推定を重視する方向に進んだ。	2005年意思能力法制定以前は、治療の拒否に関する法的規定がなく、また判断能力の不十分な者の治療については、医師主導の下、医学的な判断に依拠して行われていた。その後、治療手続きの厳格化や患者の権利の強化を通して、法的な整備がなされつつ、判例も積み上げられてきた。1989年に、イギリス事務弁護士協会によって、意思決定を行うことに困難を抱える人の人権を保障するために、日常生活に即した包括的な法制度の必要性が主張された。また、医師の側からも、法制度の整備が求められた。そこで、政策の検討、協議の長い過程を経て、判断能力を欠いた者に代わって決定をする法改革を提案された。

フランス	韓国	日本
<p>レオネティ法(報告書「C1」参照)</p>	<p>まだ法律も、政府の指針・ガイドラインもない。現在、政府の国家生命倫理審議委員会傘下の「無意味な延命治療中断の制度化の議論のための特別委員会」によって提示された「無意味な延命医療決定に関する勧告案」(これは、国家生命倫理審議委員会を通り、国家生命倫理審議委員会議決案という名前となった)が保健福祉部に提出された。同委員会はこれに基づいて法律を作ることを同部に勧告した。</p>	<p>法律はない。</p>
<p>各種存在する。 例えば、 ・鎮静(Sedation)に関して、 http://www.sfap.org/content/les-recommandations-de-la-sfap (HAS[Haute Autorité de santé フランス 高等保健機構]認定。 ・レオネティ法の適用に関して、 http://www.sfap.org/content/outil-daide-au-questionnement-en-%C3%A9quipe-face-%C3%A0-une-situation-g%C3%A9riatrique-relevant-de-la-loi (Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti[高齢の患者用。患者が治療を拒否したような場合について、レオネティ法との関係での問題点を明らかにし、医療チームが適切に治療の中止等の判断を下すための、チェックシート等]) ・その他のガイド、リコメンデーション等について、 http://www.sfap.org/content/guides-recommandations</p>	<p>大韓医師協会が2009年9月に作った「延命治療中止に関する指針」がある。しかし、これには、6ヶ月以上の持続的な植物状態の患者と法的な脳死者および2人以上の医師によってこれに準ずると判定された臨床上の脳死者とも、延命治療中止の対象患者に含まれていた。これは宗教界などから激しい批判を受けたし、その後の終末期医療に関する立法化にも悪影響を及ぼした。</p>	<p>2007年に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成。 これを受けて、日本救急医学会(2007年)、日本医師会(2008年)、日本学術会議(2008年)、全日本病院協会(2009年)、日本小児科学会(2012年)、日本老年医学会(2012年)がそれぞれにガイドラインを作成した。</p>
<p>レオネティ法(公衆衛生法典)はガイドラインに言及していない(事前指示書については、デクレに詳細を委ねている[報告書注(1)鈴木論文注28参照])。違反に対する罰則もない。</p>	<p>終末期医療の分野に限らず、法一般において、韓国では政府の指針またはガイドラインは法律に基づいて作られ、法律に基づかない指針等はありません。日本のように指針に基づかない公的指針を作ったとしても、罪刑法定主義の原則から指針等に処罰規定を設けることはできない。しかし、民事裁判では指針等に違反した事実が、その行為者に不利に作用されることは考えられる。</p>	<p>法律はない。ガイドラインに違反した場合の措置は規定されていない。</p>
<p>報告書注(1)鈴木論文が詳細である。</p>	<p>まだ法制度はない。しかし、1997年12月にボラメ病院事件において医師らが殺人幫助罪等で処罰されてから、延命治療中止の問題に対する関心が高まった。次いで、臨終期の持続的な植物状態の患者から人工呼吸器の除去を認めた延世大学医学部付属セブランス病院事件の民事判例が出てからは、立法化への動きが活発になった。</p>	<p>1987年以来、厚生労働省では終末期医療の在り方に関する検討会が開かれ、1993年以降5年毎に終末期医療に関する意識調査が行われている。 2006年に人工呼吸器取り外し事件(富山県射水市)が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発になり、コンセンサスを得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。たたき台に対してパブリックコメントを募集し3回の検討会を経て、2007年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」がとりまとめられた。</p>

【別添2-2】

<2> 法の内容

	米国	英国
① 終末期の定義	不治・不可逆の状態、生命維持治療なしでは死を迎えること」は共通だが、期間については余命6ヶ月、あるいは1年以内とする州もあるが、定めのない州もある。	当該患者の死期が、12カ月以内に訪れる可能性のある状況をいう。これには、死が差し迫っている場合(数時間以内、又は数日以内の死亡)や、下記のような状態を含む。 (a)病状が進行した、治療不能な状況 (b)全体的に衰弱しており、12カ月以内に死亡が予測される(Co-existing)状態 (c)病状の急変から死亡する危険性がある状態 (d)重篤な急変から、生命の危機に陥る可能性のある状態(GMC)
② 延命治療の不開始・中止による死の名称	自然死(Natural Death)が一般的。尊厳死(Death with Dignity)はむしろ医師補助自殺(Physician Assisted Suicide)の文脈で用いられることが多い。	不明
③ 治療の不開始と中止の相違点(法学上、及びそれ以外)	倫理的にも法的にも、差異なし、とされている(ex. マサチューセッツ総合病院(MGH)のマニュアル『MGHクリティカル・ケア・ブック』及び『MGH麻酔の手引』)	心理的には、開始した治療を中止するよりも、差し控える方が楽であるかもしれないが、この二つの行為には、法的に、又は倫理的に、必ずしも差異はない(BMA)。
④ リビングウィルに関する規定(内容や様式について)	患者本人(不可能な場合には代理人)及び証人の署名、医師による病状説明、治療停止の意思表示の文言	①事前の指示があり、その指示が②有効であり、③状況に適合するかどうかについて判断がなされる。有効性について疑いがある場合には、保護裁判所の判断が必要となり(26条(4))、判断が出されるまでは、医療行為を維持することが許される(26条(5))。生命維持装置の取り外しについては、特に、希望する記述が必要となり、本人の署名が必要となる(25条(2)(b))。後見人を指名する場合には、生命維持装置に関する決定権限を付与するか否かを選択する必要がある。 延命治療を拒否する事前指示の基準 推奨されるあらゆる治療行為に対する拒否が、患者の状態を悪化させ、又は死亡させることがあるとしても、生命維持の手続きを拒否することを望む場合には、次のような条件が必要となる。 ・生命が危機にさらされ、死亡が予測される場合でも、それを適用すると明確に示されていること ・書面で示されていること ・署名と証言があること ・イングランド及びウェールズにおいては、事前指示書の有効性に疑義がある場合には、保護裁判所による宣言を申し立てられる場合がある。
⑤ 医療上の判断の代理人に関する規定(内容や手続きについて)	患者本人による代理人指定の意思表示か、裁判所による代理人指定(その申し立ては代理人候補者以外からでも可能)	事前に代理人を指名することができるが、代理人のいない場合には、医師が手続きを取りIMCAを手配する。
⑥ 中止・不開始できる延命治療の内容(包括的か個別的吗? 点滴を含むか?)	個別的に定めるのが一般的。点滴も含む。	患者の快適性のために必要な行為以外のあらゆる医療行為。
⑦ 治療の不開始・中止が、刑事・民事・行政で免責されるための条件	患者本人もしくは代理人による要請、及び/または手続きに従った意思表示があること。	法定ガイドラインに従うことによって、免責性は高まるが、法定ガイドラインは、免責を保証するものではなく、最終的には裁判所の判断による。

フランス	韓国	日本
<p>「重い不治の病の進行した状態、またはその末期の状態」(phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable)(公衆衛生法典L.1111-10条、L.1111-13条)。もともと、治療の不開始・中止の対象は、この段階にある患者に限られるわけではない(おおよそ患者は、治療の不実施や中止が命を縮めることになるとしても、治療を拒否し、中止を求める権利を有する。L.1111-4条)。</p>	<p>韓国では終末期という用語は使われない。その代わりに、末期という言葉が使われていた。たとえば、がん管理法2条1号には、「『末期がん患者』とは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、徐々に症状が悪化し数ヶ月以内に死亡するであろうと予想されるがん患者をいう」と定められている。そして、大韓医師協会の「延命治療中止に関する指針」といくつかの案にも、末期という言葉が使われていた。しかし、法律ではないが、2013年5月に国家生命倫理審議委員会傘下の「無意味な延命治療中断の制度化の議論のための特別委員会」によって提示された「無意味な延命医療決定に関する勧告案」では、延命治療中断の対象者を「回生可能性がなく、原因の治療に反応がないし、急速で悪化する、臨終期にある患者」とした。この勧告案に臨終期の定義はないが、一般的にこれと末期のそれは区別されている。たとえば、ソウル大学医学部付属病院のユン・ヨンホ(윤영호)先生は、臨終期について、障害または疾病によって医学的な判断では回復の可能性がなく、治療が不可能であり、延命治療を行わない場合には短期間のうちに死に至る、すなわち死期が切迫している状態であるという。</p>	<p>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す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る。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・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄である。(「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン解説編」より)</p>
<p>とくになくと思われる</p>	<p>通常、マスコミまたは一部の法律の書籍では、延命治療の不開始による死は自然死といい、中止による死は尊厳死という言葉を使っている。しかし、最近では、カトリック教会および生命倫理学界を中心に、尊厳死という表現に批判的な人々が増えている。アメリカのオレゴン州の尊厳死法(death with dignity)では医師助力自殺も許されており、この言葉が広がると、安楽死まで議論の対象になることを懸念するからである。判例も、延命治療の中止を決めることは、自然な死を迎えるためであると理解しているから、延命治療中止による死も自然死と呼ばれるのではないかと思われる。</p>	<p>日本尊厳死協会等では「尊厳死」と呼び、他にも「消極的安楽死」と呼ばれることはあるが、法律には規定されていない。</p>
<p>区別されていない。実施数には違いがある。報告書注(8)①論文、②論文参照。</p>	<p>治療の不開始と中止については、裁判所及び法律家の中でも見解が分かれている。行為の動作の有無とその有無に対する評価の違いから、前者を不作為といい、後者を作為という見解があれば、両者がもたらす法的な効果の同じさから、両者を、義務のある者がそれに反して自分に義務付けられていることをしなかった不作為とみる見解もある。政府の研究機関である韓国保健医療研究院によって作成された「無意味な延命治療中断のための社会的合意案の提示」では、「無意味な延命治療を不開始すること、すでに行っている延命治療を中止することとは、倫理的にまた法的に同一であるが、社会の受容性を考慮した合意が必要である」という意見が出されている。2009年に韓国保健医療研究院が行った、世論調査によると、一般人の場合は、両者が同じであると答えたのが25%、違つと答えたのが68%で、医療人は前者が24%、後者が71%であった。</p>	<p>2012年に超党派の国会議員連盟で作成された「尊厳死法案」においては、第1案(延命措置の不開始を規定)と第2案(延命措置の中止等を規定)が考えられていたが、いずれも国会に提出されなかった。法学的・倫理的には不開始と中止との間に差異はないと解釈されることが多い一方で、中止は生命維持に必要な構成要素を崩壊させる行為として不開始よりも積極的行為と見なす意見もある(川島孝一郎、「生命倫理」2007年)。実際、不開始よりも中止のほうが難しい決断であるとする医療関係者は多いようである。</p>
<p>報告書「G1(2)(b)(ii)」およびその注参照。条文は、様式は法定されていない。SFAPが提供しているフォームとして、http://www.sfap.org/pdf/formulaire_directives_anticipées.pdf</p>	<p>規定はない。しかし、裁判所はリビングウィルが患者本人の意思を推定するとき、参考になり得る一つの判断資料としては認めている。前述した「無意味な延命医療決定に関する勧告案」では、「平常の事前医療意向書+医師2人の確認」の場合には、患者の意思を推定することができるという案を設けている。まだ事前医療意向書の統一様式はない。</p>	<p>日本尊厳死協会等、民間団体で作成している様式はあるが、法的拘束力はない。</p>
<p>報告書「G1(2)(b)(ii)」およびその注参照。</p>	<p>質問の意味がよくわからないが、もし、代理決定に関するものであるとすれば、前述した「無意味な延命医療決定に関する勧告案」では、「適法な代理人の決定+医師二人の確認」、「家族全員の合意+医師二人の確認」の二つの場合には代理決定を認め、代理人がない場合には「病院倫理委員会の決定」によって延命治療の中止を認める案を設けている。</p>	<p>なし</p>
<p>包括的である</p>	<p>「無意味な延命医療決定に関する勧告案」では、「決定可能な延命医療は専門的な医学知識と技術及び装備が必要な特殊な延命医療に制限される。たとえば心臓蘇生術、人工呼吸器、血液透析、抗がん剤投与等である。痛みの調節と栄養、水、普通の酸素の供給など、一般の延命医療は中止することができない」という案を設けている。したがって、この案には点滴も含まれると思われる。現在、医療現場では点滴は通常行っているという。</p>	<p>なし</p>
<p>刑事上は、刑法に違反していないこと。民事上・行政上は、レオネティ法(公衆衛生法典)に従っていれば、当然、免責されると思われる。</p>	<p>臨終期の持続的な植物状態の患者から人工呼吸器の除去を認めた、延世大学医学部付属セブランス病院事件の民事判例は、以下の四つの基準をあげ、最高裁判所もこれを維持した。①回生可能性がなく、死期が切迫していて、不可逆的な死亡過程に入っていることを、担当医師と第3の中立的な医療機関との判断があること、②患者の真摯で合理的な治療中止意思またはその推定的意思が存在すること(回生可能性の程度と延命治療の期間はこれを判断するにおいて参考になり得る)、③中止が求められる延命治療の内容には、苦痛緩和のための治療・日常的な治療は含まれず、死亡過程を延長するだけである行為のみが含まれること、④延命治療中止は医師によって行われなければならないこと、という四つである。まだ延命治療中止に関する法律はないが、このような判例が出ているので、これにあたる延命治療の不開始または中止は法的に免責されるだろうといわれている。最近、「無意味な延命医療決定に関する勧告案」に基づく終末期医療に関する法律の立法が進められている。もし、「無意味な延命医療決定に関する勧告案」と内容的に同様の法律が制定されるとすれば、同案の対象患者、対象医療および患者の意思確認という三つの要件がクリアできれば、法的に免責されるであろうと思われる。</p>	<p>なし</p>

【別添2-3】

<3>その他(関連事項)

		米国		英国	
①	事前指示がなく、事前意思が不明な状態での、治療の不開始・中止を検討する場合の留意点	患者	中止・不開始が検討される状態(脳死、遷延性意識障害、認知機能低下、人工呼吸管理等)	脳死、遷延性意識障害、人工呼吸・栄養管理など(終末期でなくとも患者本人の意思さえあればよい、とした事例あり(ex. プービア事件))	当該医療行為の中止・不開始をした方が患者の総体的利益が大きいと判断される状態すべて。総体的利益の考慮に当たっては、本人の意思も考慮する。
			その他の条件はあるか？(近親者がいない、医療保険に入っていない、75歳以上等)	明文上は不明	なし
		家族	治療中止・不開始を協議する家族の範囲	特に明示されていない	患者の身近な者、それまでの治療を通して、患者に関わっていた人であるが、あくまで患者の意思を尊重するための判断材料の一つとして意見を聴取するのみであり、判断者ではない。
			家族の協議が一致しない場合の対処	施設内倫理委員会による調停あるが、最終的には裁判所による後見人(キーパーソン)指定(ex. シャイボ事件)	争いがある場合には、ヘルスケアチームの意見の聴取やセカンドオピニオンをとるなど、他の医師の意見を参考にし、最終的には、担当医が、患者の意思に沿うための決定を行うが、裁判所に判断を求めることができる。
		医療者	治療中止・不開始を協議する医療者の構成員	医療チーム(看護師、医療ソーシャルワーカー、宗教者をも含む場合あり)	担当医および当該患者のヘルスケアチーム
			医療者の協議が一致しない場合の対処	施設内倫理委員会による調停を経るが、最終的には主治医が判断(主治医による良心的拒否→他施設への移送を可能とする州法あり(テキサスなど))	担当チーム以外の医師の意見を求める
②	国民のリビングウィル作成率				
③	終末期の医療行為に関して刑事訴追された事例		ケヴォーキアン事件(自殺幫助で無罪、積極的安楽死で実刑)、クイル事件(自殺幫助につき、医師免許の剥奪が検討されたが、見送り)		
④	マスコミで報じられたが訴追されなかった事例		不明		

フランス	韓国	日本
患者: 尊厳死のイメージでの治療中止・不開始という意味でなら、まず、脳死は問題にならないと思われる(すでに死亡しているので)。遷延性意識障害等については、確実な情報をもっていない。その他の条件はない。	「無意味な延命医療決定に関する勧告案」には、一般の臨終期の患者のみが対象患者となっている。持続的な植物状態、脳死、遷延性意識障害、認知機能低下だけでは、対象患者になれないというのが一般的な見解である。	規定なし
レオネティ法に規定された以外の条件はない。		規定なし
特に決まっていない。協議が一定しない場合の規定も、法律上は存在しないと認識している(少なくとも、レオネティ法上は存在しない)。	「無意味な延命医療決定に関する勧告案」によると、配偶者、直系卑属、直系尊属のみである。	規定なし
ランベール事件が決着していない現状では、事実上難しくなっているのではないかと推測する。	「無意味な延命医療決定に関する勧告案」によると、おそらく代理決定の形になると思われるが、すると、「家族全員の合意+医師2人の確認」という要件を満たさなければならない。したがって、協議が一致しないと延命治療に関する決定はできない。	家族が決定を医療・ケアチームに委ねる場合は、十分な説明のもとに医療・ケアチームが判断する。それでも合意が得られない場合は、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行う。
合議は求められているが、法律上、構成員の要件は存在しない。	「無意味な延命医療決定に関する勧告案」で医師2人の確認を要求しているとき、その2人は、担当医と担当医でない関連分野の専門医を示す。	医療・ケアチームと規定されているが、構成員は明記されていない。
医療者の協議が一致しない場合の規定も、法律上は存在しないと認識している(少なくとも、レオネティ法上は存在しない)。	「無意味な延命医療決定に関する勧告案」で医師2人の確認を要求しているとき、その2人の意見が一致しないと、同案の趣旨から見て、延命治療の中止または不開始はできない。	複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行う。
		2%(2013年厚生労働省「終末期医療に関する意識調査」)
ヴァンサン・アンベール(Vincent Humbert)事件 http://fr.wikipedia.org/wiki/Affaire_Vincent_Humbert 山本和子『僕に死ぬ権利をください』(NHK出版、2004年)なども参照。	実際に終末期医療が刑事訴追されたかものがあるかは把握できなかった。末期と見られる患者または持続的な植物状態の患者の医療が問題となり、有罪になったり、取調べを受けた事件は、ボラメ病院事件を含めて5件があるようであるが、判例集に登載された判例は、ボラメ病院事件に関するものしかない。	1991年東海大学附属病院事件 1998年川崎協同病院事件
情報を持っていない。(なお、セビル事件、ランベール事件は、刑事事件ではない。)	臨終期の持続的な植物状態の患者から人工呼吸器の除去を認めた、延世大学医学部付属セブランド病院事件のみである。しかし、これは、民事事件だったし、患者(家族)が原告であった。刑事事件ではおそらくない。	1996年国保京北病院事件 2004年北海道立羽幌病院事件 2005年寺岡整形外科病院事件 2006年射水市民病院事件 2006年和歌山県立医大附属病院紀北分院事件