日医総研ワーキングペーパー

日本・韓国・台湾の終末期の治療中止に 関する法政策の比較

-超高齢社会における議論の構築に向けて-

No. 490

2025年2月27日

日本医師会総合政策研究機構 田中 美穂

日本・韓国・台湾の終末期の治療中止に関する法政策の比較

-超高齢社会における議論の構築に向けて-

日本医師会総合政策研究機構 主任研究員 田中 美穂

研究協力者 京都大学大学院文学研究科 児玉 聡 明治学院大学/成育医療研究センター 洪 賢秀 熊本大学大学院生命科学研究部 鍾 宜錚

キーワード

- ◆超高齢社会 ◆身寄り ◆家族 ◆意思能力·判断能力 ◆治療の差し控え·中止
- ◆生命維持治療 ◆法律 ◆ガイドライン ◆自己決定 ◆意思決定

ポイント

1. 社会状況と社会保障制度

- 終末期の治療中止に関する法政策に関連する社会状況について、日本・韓国・台湾では、1. 社会の高齢化が進んでいる、2. 認知症患者が増えている、3. 高齢者の相対的貧困率がほかの年齢層に比べて高い、4. 日本・韓国を中心に、高齢者の単身世帯が増えつつある、といった特徴がある
- 日本・韓国・台湾の基本的な社会保障関連政策について、社会保険方式の医療・ 年金制度を有しているという共通点がある一方で、介護制度については、社会保 険方式をとる日本・韓国に対し、台湾は税方式をとっているという相違点があ る。さらに、家族介護者に対する現金給付を行う韓国・台湾に対し、日本は家族 介護者への現金給付を導入していないという点も異なる

2. 法政策の比較

日本

- 終末期の治療中止に関する法政策を比較すると、法制化した韓国と台湾に対し、 日本は厚生労働省のガイドラインという行政ガイドラインを有している
- 日本の厚労省ガイドラインは、治療中止等の具体的な要件や手続きの方法を明確にしたのではなく、意思決定のプロセスを明記したガイドラインである。その主な特徴は、本人による意思決定を原則とし、意思決定過程における家族の関与を明確化し、関係者間の合意形成を目指したアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の取り組みを重視していることである
- 臨床現場においては、ACP 促進を目的に、厚労省のプロセスガイドラインに基づく意思決定支援の実践として、医療機関等の多職種チームを対象にした患者の

意思決定支援のための教育プログラム「E-FIELD(Education For Implementing End-of-Life Discussion)」が厚労省の委託事業として行われている

韓国

- 韓国の「延命医療決定法」は、患者の自己決定権を明記し、ホスピス・緩和医療と延命医療、延命医療の差し控え・中止の決定を規定しているという特徴がある。
- 延命医療決定法はまた、ホスピス緩和医療が考慮される「末期」と、延命医療の 差し控え・中止が考慮される「終末期(臨終過程)」を区別している
- 延命医療の差し控え・中止の手続きは、2人の医師の診断が前提で、患者の意思 が確認できる場合とできない場合に分けて進められる
- 患者の事前の意思表示がなく、意思能力もない場合、患者の意思を推定できる場合は家族 2 人以上の一致する陳述があれば、そして、患者の意思を推定できない場合は患者家族全員の合意があれば、治療の差し控え・中止が可能となる
- 韓国では、国立延命医療管理機関が、延命医療計画書や事前延命医療意向書を登録するデータベースの構築や管理を担い、延命医療の差し控えや中止の決定とその履行状況に対する調査研究や情報収集、関連統計の作成等を行っている

台湾

- 台湾は、2000 年施行の安寧緩和医療法と、2019 年施行の患者自主権利法を有している
- 安寧緩和医療法は、安寧緩和医療の受け入れ、あるいは、延命治療の選択の意思とその内容、場合によっては医療代理人の指名を明記した事前指示書によって、治療の差し控え・中止が可能としている。事前指示書がない場合は、家族一人の同意によって、事前指示書も家族もない場合は、医師によるコンサルテーションを経たうえで差し控え・中止ができる
- 患者自主権利法の主な特徴は、患者の自律性の尊重と患者の権利を保護すること を前提に、差し控えや中止の対象者と対象となる医療措置が拡大されたこと、ア ドバンス・ケア・プランニングを経て事前指示書を作成することである
- 人工栄養・水分補給措置、生命維持治療、その他の医療ケアを差し控え・中止できるのは、終末期の患者だけでなく、不可逆的な昏睡状態にある、あるいは、遷延性意識障害にある、あるいは、重度の認知症を患っている、あるいは、その他耐えがたい苦痛を伴う治癒不可能な疾患で、代替治療がない疾患を患っている、患者である
- 中央所轄官庁(衛生福利部)が事前指示書のデータベースを管理している

終わりに

● 超高齢社会における意思決定に関する課題として、第一に、社会状況を概観した

結果、終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる家族がいることを前提する意思決定には限界がある、という点がある。第二に、終末期の治療中止等の意思決定に影響を及ぼす可能性のある要因を検討する必要がある、という点がある

- 高齢者関連の社会福祉政策のみならず、社会保障の根幹をなす医療・年金・介護制度が個人の人生に与える影響が大きいため、社会状況に対応した改善が必要である。社会保障制度とその周囲の関連法政策が対象者の置かれた実態を適切に把握し、対象者と制度を円滑に結びつける支援が必要である
- 終末期の治療中止等の意思決定に関しては、意思決定支援する家族が必ずいることを前提するのではなく、家族がいない人が一定数いることを前提にした支援も必要である。本ワーキングペーパーで述べたように、国レベルの政策を講じるために諸外国の取り組みを十分に検討し、具体的な対応策を検討する必要がある

目 次

1.	はし	じめに	1
2.	日本	本・韓国・台湾の社会状況と基本的な社会保障関連政策	6
	2.1.	社会状況	6
	1	社会の高齢化	6
	2	認知症患者の増加	8
	3	高齢者の貧困	10
	4	単身高齢者	11
	2.2.	基本的な社会保障制度	14
3.	日本	本・韓国・台湾の終末期医療の法政策の比較	19
	3.1.	全体比較	19
	3.2.	日本のガイドライン	21
	1	政策の概要	21
	2	政策が講じられた背景・きっかけ	
	3	治療方針の決定過程における家族の関与	
	3.3.	韓国の法制度	
	1	法制度の概要	
	2	法制度が講じられた背景・きっかけ	33
	3	治療方針の決定過程における家族の関与	
	3.4.		
	1	法制度の概要	36
	2	法制度が講じられた背景・きかっけ	
	3	治療中止の決定過程における家族の関与	
4.	ディ	ィスカッション	
	4.1.		
	1	法制化に関する議論	
	2	文化や社会を考慮した政策・実践に関する議論	
	4.2.	超高齢社会における意思決定の課題	
	1	共通点と相違点	
	2	韓国・台湾の取り組みから日本が学べること	
	3	超高齢社会における意思決定に関する課題	51
5.	終	わりに	53
	付資料		
		療決定法(韓国)	
		和医療法(台湾)	
患	者白i	主権利法(台湾)	97

1. はじめに

誰もが迎える人生の終末期。日本でも、墓や葬儀を事前に決めておくことに主眼を置いている「終活」や、終末期の医療をどうするか、親をどう看取るか、といったテーマがさまざまなメディアで報じられるなど注目されている。2019年末に端を発し、これまでに世界で777,368,929人(WHO,2025年2月2日現在1)が罹患し、7,087,731人(同)が死亡した、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の世界的流行(パンデミック)は、希少な医療資源の配分や私権制限などさまざまな倫理的、法的、社会的課題をもたらした。終末期医療についても、疾患が重症化して意思表示ができなくなる前に治療方針について家族や医療従事者に提示しておくことの重要性が議論されたり、感染予防策として面会制限が看取りの在り方を変えたりするなど、COVID-19がもたらした影響は大きい。

中でも、終末期にどのような医療を受けたいか、あるいは受けたくないか、といった患者の自己決定や意思を尊重することの大切さが、社会的にも認識され、さまざまな取組みが講じられている。例えば、患者の意思を尊重するために、あらかじめ、療養場所や治療方針、生活や病気のことなどで心配なことや気になることや要望などを、患者、患者の家族、医療従事者らが話し合って共有しておく、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning, ACP)も取組みの一つである。国は 2018 年 3 月、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007 年策定、2015 年改訂)」にACP の概念を反映させる改訂を行った ²。また、医療機関において患者や家族からの終末期医療に関する相談に対応する医療・ケアチームの育成を目的とする事業も継続している ³。

このような取組みがあるものの、日本では、終末期に患者の自己決定や意思を尊重 するための法律はない。世界に目を向けると、1970年代以降、欧米を中心に、治療方 針や代理決定者を事前に示しておく事前指示に法的拘束力を持たせた法律が整備され、

[。] 週刊東洋経済「親の看取り方」(2018 年 8 月 4 日号)「納得のいく死に方 医者との付き合い方」(2016 年 9 月 24 日号)、週刊ダイヤモンド「どう生きますか 逝きますか 死生学のススメ」(2016 年 8 月 6 日号)、中日新聞「メメント・モリ」、日本経済新聞「130 万人のピリオド」など。

近年は、韓国や台湾などアジア諸国の中にも類似の法律を整備する動きが出てきた。

世界の動向に関しては、国際長寿センターが2012年、日本を含む一部の国の緩和ケ ア・終末期医療の制度や戦略等の概要に関する調査結果を公表した 4。また、チューリ ヒ大学が 2008 年、欧州の事前指示に関するレポートを公表しているほか 5、事前指示 に関する世界の概況をまとめた論文(2013 年)もある'。これらの研究は、欧州の状 況について英文で説明されていたり、世界の概況について日本語で解説されていたり するなどそれぞれが貴重な報告である。だが、地理的に近く、文化的にも類似した特 性を有する東アジア諸国、特に、日本、韓国、台湾に着目して、基本的な社会保障制 度や社会状況を確認したうえで、終末期における治療中止の意思決定等に関する法制 度の内容を明らかにし、その背景やきっかけとしてどのような事件事案があったのか、 アジア諸国の特徴とされる、「意思決定への家族の関わりの重要性 7 | が法政策にどの ように表れているのか、という視点で論じることもまた重要であると考える。シンガ ポール国立大学と米デューク大学が共同運営するメディカル・スクールの Lien Centre for Palliative Care の調査による最新の死の質ランキングによれば 8、b 調査対象 81 カ 国中、台湾は3位、韓国はオーストラリア・コスタリカと同位置の4位と上位に位置 づけられた一方、日本は 24 位にとどまった(図 1.1) 9 。 ランキングは一つの目安では あるが、韓国や台湾がどのような取組みをして死の質を高めようとしているかを学ぶ ことは重要である。

本ワーキングペーパーの目的は、終末期における治療中止等の意思決定に関して、 日本の法政策を中心に、東アジア諸国の中でも地理的に近く、文化的な類似性を有し ている韓国と台湾においてどのような法政策が講じられているのかを明らかにし、日 本において国民的な議論を提起する際の論点を整理することである。その上で、日本 が韓国や台湾から何を学ぶことができるのかを検討する。

なお、表 1.2 は、日本、韓国、台湾の基本情報を概観したものである。

_

b 同様の死の質調査 2010 年版、2015 年版は、Lien Foundation とエコノミスト誌によって行われた。各調査では指標の数や手法が異なるが、2010 年版では日本 23 位韓国 32 位台湾 14 位、2015 年版では、日本 14 位韓国 18 位台湾 6 位であった。2021 年版の死の質調査では、スコーピング・レビューの結果から死の質を評価する 13 の指標(表 1.1)が作成され、五つの国で、最近亡くなった患者の遺族 1,250 人に実地調査が行われた。

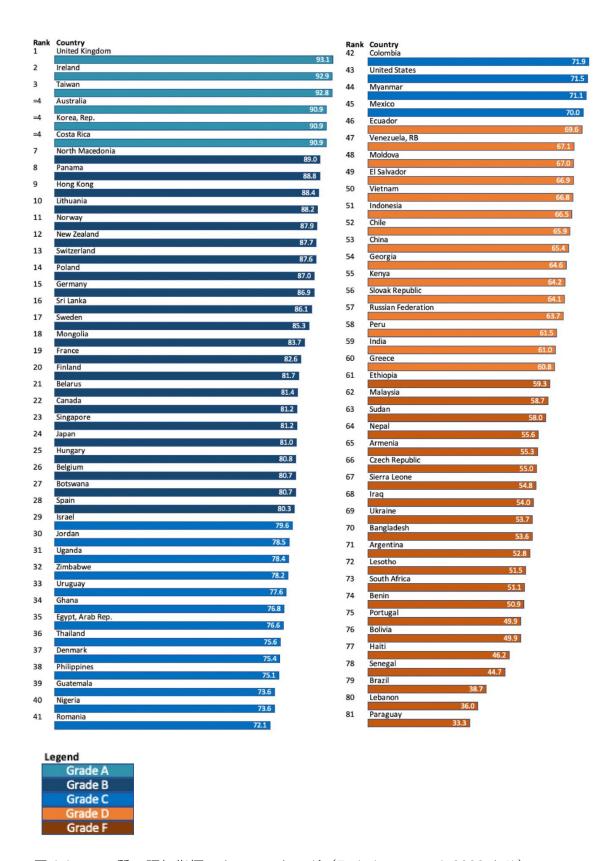


図 1.1 死の質の評価指標によるランキング (Finkelstein et al. 2022 より)

表 1.1 死の質を評価するための 13 の指標

1.	Health-care providers generally deliver	1.	医療従事者は通常、患者が十分な情報
	clear and timely information so		を得た上で意思決定ができるよう、明
	patients can make informed decisions		瞭な情報を適切に提供する
2.	When possible, health-care providers	2.	可能であれば、医療従事者は通常、患
	generally encourage patients' contact		者が友人や家族と接触するよう促す
	with friends and family		
3.	Health-care providers generally	3.	医療従事者は通常、患者の霊的、宗教
	support patients' spiritual, religious,		的、文化的ニーズをサポートする
	and cultural needs		
4.	Health-care providers generally treat	4.	医療従事者は通常、患者に親切で思い
	patients kindly and sympathetically		やりを持って接する
5.	Health-care providers generally ask	5.	医療従事者は通常、患者のニーズを理
	enough questions to understand		解するために必要な質問を十分にして
	patient needs		いる
6.	Health-care providers generally	6.	医療従事者は通常、適切なレベルと質
	provide appropriate levels and quality		の生活を維持する治療を施している
	of life extending treatments		
7.	Health-care providers generally	7.	医療従事者は通常、患者が望むレベル
	control pain and discomfort to		まで痛みを抑え、不快感を和らげる
	patients' desired levels		
8.	Health-care providers generally help	8.	医療従事者は通常、患者が感情的にう
	patients cope emotionally		まく対処できるよう手助けする
9.	The places where health-care	9.	医療従事者がケアを提供する場所は通
	providers provide care generally are		常、清潔で安全、快適な場所である。
	clean, safe, and comfortable		
10.	Care generally is well coordinated	10.	ケアは通常、異なる医療提供者の間で
l	across different health-care providers		十分に調整されている
11.	Health-care providers generally help	11.	医療従事者は通常、患者の医療以外の
L	with patients' non-medical concerns		懸念事項についても支援する
12.	Patients generally are able to be cared	12.	患者は通常、希望する場所でケアを受
	for and die at their place of choice		け、亡くなることが多い
13.	Costs generally are not a barrier to	13.	費用は通常、患者が適切な治療を受け
	patients getting appropriate care		る上での障害とはならない
	ナのフコマが 01 カ国亚特 V W ベイ/	, ,	

(日本のスコアが 81 カ国平均と比べて低かったのは、10 と 11 の指標。韓国と台湾は、全 13 指標で「非常にそう思う」「ややそう思う」という評価を受けた。日本は、指標 10 と 11 で「どちらでもない」と「ややそう思わない」の間の評価を受け、「非常にそう思う」は、指標 2 と 9 であった。)

表 1.2 日本、韓国、台湾の基本情報

	日本	韓国	台湾
人口	1億2,379万人	約 5,156 万人	約 2,342 万人
宗教	仏教系(43.3%)、 キリスト教 系(0.8%)、 諸教(4.3%) 神道系(51.5%)	仏教(約762万人)、 プロテスタント(約 968万人)、 カトリック(約389万 人)等	仏教、道教、キリスト教
政体	国民主権の下での三権 分立、議院内閣制	民主共和国	三民主義(民族独立、民 権伸長、民生安定)に基 づく民主共和制。五権分 立(行政、立法、監察、 司法、考試)
議会	二院制	一院制	一院制(立法院)

外務省や総務省統計局 HP、および、文化庁「宗教年鑑」(https://www.bunka.go.jp/tokei_hakusho_shuppan/hakusho_nenjihokokusho/shukyo_nenkan/index.html,

https://www.bunka.go.jp/tokei_hakusho_shuppan/tokeichosa/shumu/index.html)より作成

(本ワーキングペーパーは、2024年11月16日に、大阪府茨木市の立命館大学大阪いばらきキャンパスにおいて開催された、日本生命倫理学会公募シンポジウム「穏やかに旅立つために必要なものは何か:日本、韓国、台湾における制度や実践を比較しながら考える」において発表した「終末期の治療中止の意思決定をめぐる制度政策の比較」の内容を整理し、加筆修正したものである)

2. 日本・韓国・台湾の社会状況と基本的な社会保障関連政策

2.1. 社会状況

日本、韓国、台湾における終末期の治療中止に関する法政策を比較するにあたって、 1. 社会の高齢化、2. 認知症患者の増加、3. 高齢者の貧困について説明する。

① 社会の高齢化

第一に、社会の高齢化について、日本、韓国、台湾を含む先進諸国を中心に急激に進行している状況がある。図 2.1 は OECD 加盟 38 カ国と加盟候補国および主要パートナー国 10 カ国の計 48 カ国における、人口に占める 65 歳以上高齢者の割合(高齢化率)の変化を予測したものである 10。赤点線は超高齢社会とされる高齢化率 21%ラインである。2021 年時点では、日本が最も高い高齢化率であるが、2050 年には韓国が日本を抜き 40.1%と世界で最も高い高齢化率となることが予測されている。48 カ国中 38 カ国の 2050 年の高齢化率は 21%を超えることが予測されており、多くの国が超高齢社会に達するとみられる。

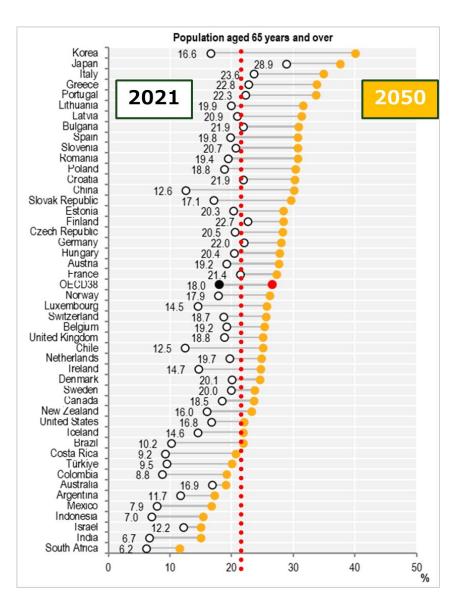


図 2.1 OECD 加盟国等の 65 歳以上人口の割合の変化 (2021 年と 2050 年の比較、赤 点線は超高齢社会とされる高齢化率 21%ライン)

表 2.1 日本、韓国、台湾の高齢化率の変化の比較 11

	2021年	2050年	差
日本	28.9%	37.7%	8.8 ポイント
韓国	16.6	40.1	23.5
台湾	17.5	37.5	20.0

上記の表 2.1 は、日本、韓国、台湾の高齢化率の変化を比較したものである。日本は 2050 年までの約 30 年間で 8.8 ポイント増加する見込みであるが、台湾は 20.2 ポイン

ト、韓国は23.5 ポイントと増加幅が大きく、急激に高齢化が進むことが予測される。

② 認知症患者の増加

第二に、世界において認知症患者数が増加傾向にあり、特にアジア地域の患者が世界全体の患者数に占める割合が大きい。認知症患者とその家族らを支援する国際的な非営利団体「Alzheimer's Disease International」によれば、2020 年時点で認知症患者は 5,900 万人以上と推定されている 12 。この数字は 20 年ごとに倍増し、2030 年時点で 8,200 万人、2050 年時点で 1 億 5,200 万人に達するとみられる。

アジア地域全体では、2020 年時点で 2,900 万人、2030 年には 4300 万人、2050 年には 8,200 万人と推定される。東アジア諸国に目を向けると、2020 年時点で 1,200 万人と推定され、2030 年には 1,800 万人、2050 年には 3,600 万人に達することが見込まれている。現時点において、日本、韓国、台湾の中で患者数が最も多いのは日本である。九州大学等の研究グループが実施した将来推計によると ¹³、2022 年時点の認知症患者数は 443 万人と推定され、2030 年には 523 万人、2050 年には 587 万人、2060年には 645 万人となることが明らかになった。 ・一方、韓国では、2017 年時点で 65歳以上人口の 9.94%(約 70 万人)と推定され、2024 年には 100 万人、2041 年には 200 万人に達するとみられる ¹⁴。

_

^{。2012}年の厚労省報告の推計よりも少なくなることが見込まれている。その理由について、九州大学等の研究グループの報告書によれば、「必ずしも明らかではない」としながらも、軽度認知症外から認知症に進展した人の割合の低下、生活習慣病のリスク要因(喫煙率や平均血圧等)の低下や生活習慣病の治療法・管理の改善、健康意識の向上等によって、認知機能低下の進行が抑制され、有病率が低下した可能性が考えられるという。

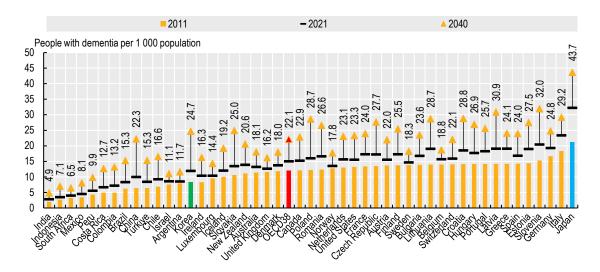


図 2.2 2011 年、2021 年、2040 年の人口 1,000 人当たり認知症患者数 (OECD の Health at a Glance 2023 より) ¹⁵

図 2.2 は、OECD の Health at a Glance という、OECD 加盟国と主要新興国における集団の健康と医療制度の運用に関する包括的な一連の評価指標を提示した報告書からの引用で、人口 1,000 人当たりの認知症患者数の予測される変化を示した図である。2011 年時点で最も認知症患者の有病率が高いのは、日本(21.1 人、図 2.2 水色ハイライト)であり、イタリア、ドイツが続いている。2040 年には、日本の認知症患者の人口 1,000 人当たり患者数は、43.7 人となる見込みである。韓国(図 2.2 緑色ハイライト)は 2011 年時点では 8.2 人と日本に比べて低いが、2040 年には 24.7 人と OECD 平均を超えることが予測されている。

Alzheimer's Disease International によれば、認知症患者の増加に関連して、いくつかの課題がある。一つは、認知症と診断されていない人の割合が大きいということである。同団体の報告書は、世界全体でみれば、四分の三は認知症と診断されておらず、85%の認知症患者は診断後に適切なサポートを受けていないと指摘する 16。また、特に中低所得国において、女性が認知症患者に対するケア提供の主な担い手となっている、という問題がある 17。これは、家族介護者によるインフォーマルに提供されるケアと、介護従事者による職業として提供されるケアの両方とも、大半を女性が担っているということである。

③ 高齢者の貧困

第三に、日本・韓国・台湾の高齢者の相対的貧困率(以降、貧困率)の高さについて述べる。アジア諸国においては、高齢者の貧困率がほかの年齢層の貧困率と比べて高いという報告がある ¹⁸。日本の高齢者の貧困率は、65歳以上人口の 19.0%(2012 年)で、韓国は 47.2%(2012 年)、台湾は 26.2%(2013 年)で、すべての年齢層の貧困率(日本 16.1%、韓国 14.6%、台湾 10.7%)を超えていた(表 2.2)。特に韓国や台湾、オーストラリアでは、若年層と比べて、高齢層での貧困率が著しく高いことがわかる。

表 2.2 諸外国の貧困率の比較(2013年、日本と韓国は2012年、オーストラリアとイタリアは2014年。LIS Working Paper No. 842より)

	18 歳未満	18 歳~64 歳	65 歳以上	総人口
日本	16.3%	14.5%	19.0%	16.1%
韓国	9.1	9.5	47.2	14.6
台湾	8.7	7.2	26.2	10.7
オーストラリア	11.4	9.7	26.5	12.5
中国	22.4	19.5	26.9	21.2
デンマーク	3.6	6.9	4.0	5.7
フィンランド	4.4	7.5	7.1	6.8
ドイツ	9.7	9.3	8.9	9.3
イタリア	22.7	14.3	7.4	14.2
米国	18.7	15.4	18.9	16.7

OECD の 2021 年の貧困率データによれば ¹⁹、66 歳以上の貧困率は日本が 20%、韓国は 39.3%であった。OECD の定義では、貧困率とは、収入が貧困線を下回る人口の割合である。貧困線は、全人口の中央値の世帯収入の半分とされる。影響を受ける集団は、大まかな年齢集団別に分類される。すなわち、子どもの貧困 (0~17 歳)、現役世代の貧困 (18~65 歳)、高齢者の貧困 (66 歳以上)である。同じ貧困率の国々でも、

_

d 一方で、18 歳未満の貧困率の高さでみると、日本、中国、イタリア、米国が高いことが分かる。

貧困層の相対的な所得水準は異なる可能性がある。

なお、日本の国民生活基礎調査で用いられている相対的貧困率とは²⁰、一定基準(貧困線)を下回る等価可処分所得しか得ていない者の割合である。貧困線とは、世帯の可処分所得(収入から税金・社会保険料等を除いたいわゆる手取り収入)を世帯人員の平方根で割って調整した所得である等価可処分所得の中央値の半分の額をいう。国や地域、統計によっては、所得定義の基準が異なっていたり、時代や経済状況によって貧困線の金額は異なっていたりするものの、一般的には上述のような考え方で計算されたものが相対的貧困率である。

貧困問題を研究している東京都立大教授の阿部彩氏の資料によれば²¹、日本の 65 歳以上の貧困率(1985 年~2021 年、国民生活基礎調査の個票を用いて推計)は、2009年、2012年を底に減少傾向にあったが、それ以降、増加に転じている。年齢層別、性別にみると、2021年では、男女とも高齢者の貧困率は比較的高いが、特に 75 歳以上の女性の貧困率は全年齢層の中最も高く 25%を超え、80 歳以上では 30%を超えている。世帯別にみると、2021年では、65 歳以上の単独世帯では、女性の貧困率は 44.1%、男性の 30.0%と比べると 14 ポイントの差があった。

④ 単身高齢者

最後に、日本、韓国を中心に、高齢者の単身世帯が今後増えることが予測されている、という点に言及する。

日本の総人口自体は、2020 年以降、長期にわたって減少過程に入ると予測されているが ²²、図 2.3 が示すように、65 歳以上の高齢者で「一人暮らし」をしている人は増加傾向にある。65 歳以上高齢者人口における単独世帯の割合は、高齢化社会に達したとされる 1970 年には 5.3%であったが 2022 年には 21.7%となった。現状では、女性の一人暮らしの割合が男性のそれより大きく、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計では、男女ともに増大傾向となることが予測されている ²³。2020 年には女性 23.6%、男性 16.4%であったが、2050 年には女性 29.3%、男性は 26.1%で男性の伸び率が大きくなっている。

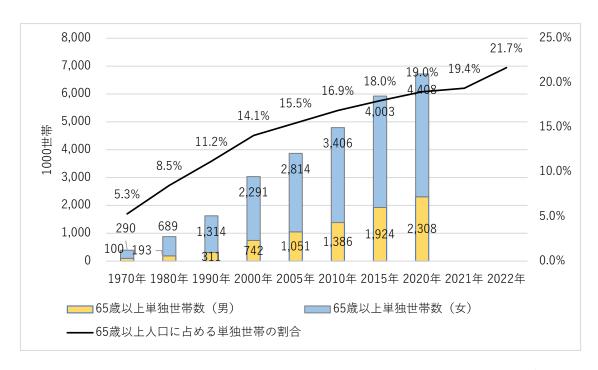


図 2.3 65 歳以上人口に占める単独世帯の割合、および、単独世帯数の変化(国立社会保障・人口問題研究所の「人口統計資料集 2024 年版 VII. 世帯」²⁴、および、「平成17 年国勢調査」²⁵「昭和 45 年国勢調査」²⁶より作成)

韓国でも、世帯主が高齢者の世帯(夫婦、単身、子どもと同居)に占める単身世帯の割合は、2015 年に 32.9%となって以降増加傾向にあり、2023 年には 37.8%(565.5万世帯中 213.8 万世帯)となった ²⁷。2050 年には 41.8%(11,800,583 世帯中 4,930,053 世帯)に達する見込みである ²⁸。

台湾の場合、儒教の精神に基づく家族観念が強いが故に、高齢者は子どもとの同居を望む傾向があり、子どもの側も孝道の実践のため、親と同居する傾向にあったという ²⁹。そのような背景がある中で、高齢者の単身世帯の割合は日本や韓国のそれと比べて比較的小さい傾向にあり、増加したり減少したりを繰り返しながら、やや減少傾向にある(図 2.4)。

日本をはじめ、韓国や台湾を含む東アジア諸国では、道徳的規範を重んじる儒教が 社会制度や家族制度に大きく影響してきた³⁰。しかし、同じ東アジア諸国において、 儒教文化の影響が今なおありつつも、やや異なる社会状況があるということが見てと れる。

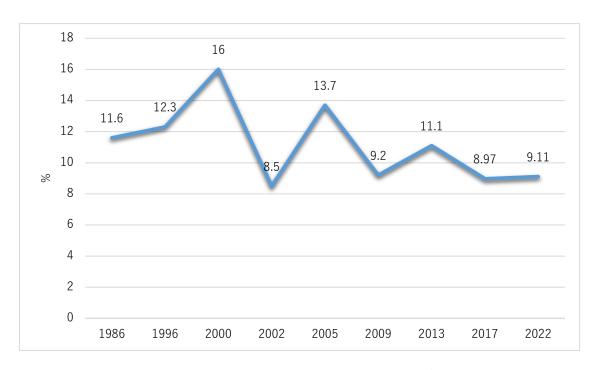


図 2.4 台湾の高齢者人口に対する一人住まい者の割合の推移(金子 2006、小島 2015、 衛生福利部報告書から作成 ³¹)

2.2. 基本的な社会保障制度

次に、終末期の治療中止の意思決定に関する法政策を比較する前提として、日本、 台湾、韓国にどのような社会保障制度があるのかを以下に比較して提示する。⁶基本

社会保障制度の比較表は、以下の文献を参考に作成した。

- 土田武史. 国民皆保険 50 年の軌跡. 季刊社会保障研究. 2011; 47(3): 244-256.
- 政府広報オンライン.後期高齢者医療制度 医療費の窓口負担割合はどれくらい? 2024年10月16日. https://www.gov-online.go.jp/useful/article/202209/1.html
- ・ 厚生労働省.年金制度の仕組み. 年金制度の仕組みと考え方. https://www.mhlw.go.jp/stf/nenkin_shikumi.html
- 第3 公的年金制度の体系(年金給付)
- 第5 公的年金制度の歴史
- 厚生労働省.厚生年金保険・国民年金事業の概況.
 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106808_1.html
- ・ 厚生労働省. 介護保険制度の概要. 2021 年.

 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.ht
 ml
- 全国健康保険協会. 保険給付の種類と内容.
 https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat710/sb3160/sb3170/sbb31700/1940-252/
- 国民健康保険法. https://laws.e-gov.go.jp/law/333AC0000000192#Mp-Ch_4-Se_1
- 生活保護法. https://laws.e-gov.go.jp/law/325AC0000000144
- 厚生労働省.社会保障とは何か. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21479.html
- ・ 内閣府. 孤独・孤立対策推進法. https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/suishinhou.html
- ・ 共生社会の実現を推進するための認知症基本法. https://laws.e-gov.go.jp/law/505AC1000000065
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所. 社会保障研究. 2023 年第8巻第2号特集: 韓国の社会保障一急 速な少子高齢化の下での制度改革一. 2023 年.
- 五石敬路.格差・貧困とその対策:死角地帯と勤労貧困層.社会保障研究.2023;8(2):104-118.
- ・ 金貞任. 老人長期療養保険制度の進展と地域社会統合ケアの普及の模索. 社会保障研究. 2023; 8(2): 131-145.
- 株本千鶴,韓国の医療政策-保障性・公共性・持続可能性-. 社会保障研究. 2023; 8(2): 146-159.
- BAE JUNSUB. 年金:持続可能な制度構築に向けた議論.社会保障研究. 2023; 8(2): 160-174.
- ・ 西下彰俊『東アジアの高齢者ケア』新評論. 2022 年.
- 健康保険組合連合会. 医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究 報告書. 2017 年.
- 厚生労働省. 海外情勢報告. 2022 年, 2013 年.
- 小島克久. 台湾の社会保障 第1回~第5回. 社会保障研究. 2017~2024年.
- ・ 小島克久.厚生科研 H27-地球規模-一般-001 東アジア、ASEAN 諸国の人口高齢化と人口移動に関する総合的研究分担報告書 台湾の高齢化と介護保障の動向. 2016 年. https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/25201

的な社会保障制度として、医療、年金、介護の各制度の概要を説明する。

第一に、医療制度について、日本、韓国、台湾ともに、社会保険方式をとっており、 国民皆保険制度を達成しているということがある(表 2.3)。

表 2.3 医療制度の比較

日本	韓国	台湾
国民皆保険制度(1961年達	国民皆保険制度(1989年達	国民皆保険制度(1995年達
成)	成)	成)
 健康保険法(1927 年施行)		
国民健康保険法(1938 年施	行)	行)
行)		
高齢者医療確保法(2008年		
施行、旧老人保健法は 1983		
年全面施行)		
社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
自己負担	自己負担	自己負担
原則3割	外来: 3~6 割(医療機関の	外来: 定額(医療機関の種類
70~74 歳は原則 2 割。75 歳	種類によって異なる)	によって異なる)
以上は原則1割、ただし一	入院: 2割	入院: 定率 (病床・入院期間
定所得者2割。70歳以上で	薬局: 3 割	によって5~30%)
も現役並み所得者は3割		訪問看護: 5%

第二に、介護制度については、日本、韓国、台湾の間で根本的な制度の違いがある(表2.4)。台湾は、日本や韓国と異なり、社会保険制度ではなく税財源による措置制度をとっているということがある。また、韓国と台湾は、日本とは異なり、介護サービスの対象に家族介護者への現金給付が含まれている(給付要件あり)。「日本では議論にな

鳥羽美香.台湾の長期介護十年計画とケアマネジメント.文京学院大学人間学部研究紀要. 2020; 21: 223-231.

[・] 須田木綿子・平岡公一・森川美絵編著『東アジアの高齢者ケアー国・地域・家族のゆくえ』東信 堂、2018 年.

西下彰俊. 台湾における2つの長期介護プランの展開.東京経済大学現代法学会誌 現代法学. 2019;
 (36): 217-261.

[「]例えば韓国では、療養保護士の資格のある家族療養士に対して現金給付が行われている。療養保護士は介護サービスを提供する国家資格で、家事・身辺支援だけでなく、療養計画の策定や相談所減まで含む。さらに、以下の要件が規定されている。①島嶼・僻地など介護事業者が著しく足りない地域に居住

ったものの、家族を介護に縛ることにつながりかねないとして導入されていない。韓国と台湾の関連法は、家族の負担軽減を明記しているが、日本の介護保険法は家族の 負担軽減には触れていない。

表 2.4 介護制度の比較

日本	韓国	台湾
介護保険制度	高齢者長期療養保険制度	措置
介護保険法(2000年施行)	長期療養保険法(2008年施	老人福利法(1980年)
第1条「要介護者の自立支	行)	長期介護サービス法(2017
援」	第1条「家族の負担軽減」	年施行)
		「長期介護十年計画
		2.0(2017~2026 年)」家族
		の介護負担に言及
社会保険方式	社会保険方式	税方式
自己負担:1割(一定所得者	自己負担: 在宅サービス	自己負担: 低所得者無料、サ
は2割もしくは3割)	15%、施設サービス2割	ービス・所得によって異な
		る(5%、16%)
対象者:65歳以上の要支援・	対象者: 全国民※	対象者:①65 歳以上の要介
要介護者、40~64 歳で末期		護者、②55 歳以上の先住民
がんや関節リウマチ等の老		族、③全世代の心身障害者、
化による病気が原因で要支		④50歳以上の認知症患者な
援・要介護者		ど
対象サービス: 在宅(居宅)	対象サービス: 在宅サービ	対象サービス:在宅ケア、地
サービス、地域密着型サー	ス、施設サービス、家族介	域(通所)ケア、施設ケア、
ビス、施設サービス	護者への特例療養費と家族	認知症ケア、小規模多機能
	療養士への給付(現金給	サービス、地域密着型介護
	付)	予防、原住民族対応ケア、家
		族介護手当(現金給付)

※ 療養サービスを受けるための療養等級判定対象者は、65歳以上の療養等級者と65歳未満の認知症・脳血管性疾患などの老人性疾病を有する者で、2023年度から65歳未満のALS、多発性硬化症(multiple sclerosis)を有する者も対象となった

する場合、②災害などの事由によって、介護事業者が実施する介護給付を利用することができないと保 健福祉部長官が認めた場合、③身体的・精神的事由や、性格など、大統領令が定める事由によって、施 設ではなく家族による介護が不可避になった場合、である。

第三に、年金制度については、日本、韓国、台湾ともに社会保険方式をとり、国民 皆年金制度を達成している(表 2.5)。

表 2.5 年金制度の比較

日本	韓国	台湾
国民皆年金制度(1961年達	国民皆年金制度(1999年達	国民皆年金制度(2008年達
成)	成)	成)
厚生年金保険法 (1942 年施	公務員年金法(1960 年施	国民年金法(2008年施行)
行)	行)等	労工保険条例(1960 年施
国民年金法(1961年全面施	国民年金法(1988 年施行)	行)等
行)		
社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
仕組み: 国民年金と厚生年	仕組み: 公務員等特殊年金、	仕組み: 職業ごとの年金(2
金の2階建て	国民年金	階部分は退職金制度)、国民
		年金
支給開始: 原則 65 歳(75 歳	支給開始: 62 歳(段階的に	支給開始: 65歳(国民年金)、
まで繰り下げ可能)	引き上げ 2033 年に 65 歳)	60歳(労工保険、段階的に
		65 歳に引き上げ)
最低加入期間:10年	最低加入期間:10年	最低加入期間:15 年、軍人
		保険 5 年、国民年金は特に
		なし
支給額(月額): 56,428円(国	平均支給額(月額)※:	平均支給額(月額)※2:
民年金、2023年。25年未満	103,910 円 (老齢年金加入	17,925 円 (国民年金)、
19,495円)、144,982円(厚	20年以上) 43,473円 (加入	84,319 円(労工保険)
生年金保険第1号、2022年。	10~19年、2021年12月)	
25 年未満 63,538 円)		

^{※ 1} ウォン=0.11 円 (2024 年 12 月 12 日現在のレート) で計算

^{※2} 小島氏の論考「台湾の社会保障(第4回)台湾の年金制度について」(2024年)執筆時の台湾元のレートに基づく計算と考えられる

表 2.6 高齢者福祉に関連する政策の比較

	日本	韓国	台湾
認知症施策	認知症基本法(2024 年施行)	認知症管理法(2012 年施行)	
	認知症国家戦略 オレンジプラン 新オレンジプラン 認知症施策推進大綱	認知症家族休暇制度(2014年創設) 認知症国家責任制(2017年導入)→地域に認知症安心センター設置	「台湾認知症プラン 1.0」(2013~2016 年) 同 2.0(2018~2025 年) 「長期介護十年計画 2.0(2017~2026 年)」 認知症ケアを対象サー ビスに位置づけ
その他の 施策	生活保護法 (1950 年施 行)	国 民 基 礎 生 活 保 障 法(2000 年施行)	社会救助法 (1980 年施 行)
	孤独・孤立対策推進 法(2024年施行)	緊急福祉支援法(2006 年施行) 基礎老齢年金制度	社会救助法 (1980 年施 行)

その他の高齢者福祉に関連する政策としては、日本、韓国、台湾ともに、認知症対策、生活保護関連法の制定等の対策が講じられている。日本における最近の動きとして、2024年に孤独・孤立対策推進法が施行されたことがある(表 2.6)。

社会保障制度について日本の厚労省は、上記の社会保険三制度に加え、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生の四つの分野で構成され、「国民の『安心』や生活の『安定』を支えるセーフティネット」で、「子どもから子育て世代、お年寄りまで、全ての人々の生活を生涯にわたって支えるもの」としている 32。社会福祉には、高齢者や障害者等への公的支援制度と児童福祉が含まれ 8、公的扶助には、生活保護法(1950年施行)に基づく生活保護制度が含まれる。

⁸ 高齢者福祉関連の法政策としては、老人福祉法(1963 年施行)、高齢社会対策基本法(1995 年施行)、 認知症国家戦略と認知症基本法(2024 年施行)等がある。

3. 日本・韓国・台湾の終末期医療の法政策の比較

3.1. 全体比較

本ワーキングペーパーにおいて比較するのは、日本の行政ガイドライン「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」、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(延命医療決定法)」、台湾の二つの法律「安寧緩和医療法」「患者自主権利法」である。韓国、台湾の各法の日本語訳については、巻末の参考資料を参照されたい。

表 3.1 は、終末期の治療中止等の意思決定に関する、日本、韓国、台湾が有する法制度について、主だった点を比較したものである。行政ガイドラインと法律という差があるため、日本の行政ガイドラインは具体的な治療中止要件や事前指示の法的効力等を規定していない。

なお、法とガイドラインの違いについて日本を例に考えると、一般的に国の法政策には次の内容が含まれる。ガイドラインにも、法律に基づくガイドラインと基づかないガイドラインがあり、日本のプロセスガイドラインは、法律に基づかないガイドラインとして位置づけることができる 33。

- 法令(憲法、法律、政令、省令等)
- 国の方針・方策
- 国のガイドライン
 - ▶ 法律に基づくガイドライン:法律の範囲内で法律と同様の拘束力
 - ▶ 法律に基づかないガイドライン: 法的拘束力を有しない→日本のプロセスガイドライン
- 国のプロジェクト・事業
- 国の検討会の報告書等

3.2 以降では、日本、韓国、台湾の法制度を、①法制度の概要、②法制度が作られたきっかけや背景、③治療方針の決定過程における家族の関与、の三点に着目して整理する。

表 3.1 終末期における治療中止等の意思決定に関する法政策の大まかな比較

	日本	韓国	台湾
終末期の治療中止に関する法	×		
律の有無	(行政ガイドラ	0	0
	イン)		
終末期医療に関する国の公的	×	\circ	0
データの有無			<u> </u>
法またはガイドラインにおけ	×		
る治療中止要件の有無	(ただし、横浜	\circ	0
	地裁判決の要件		O
	あり)		
医師の治療中止行為の責任を			\circ
問わないという免責規定	×	×	(患者自主権利
			法のみ)
罰則規定	×		0
		\circ	(安寧緩和医療
			法のみ)
事前指示の法的効力	×		
	(公証制度のも		
	とで公正証書を	0	0
	作成することは		
	可能)		
終末期の定義	×	0	0
患者の意識がないなど判断能			
力を喪失した場合の意思決定	0	0	0
過程における家族等の同意			
上記の家族等による同意とは	×	×	0
別の医療代理人の指名規定	^	^	O

3.2. 日本のガイドライン

① 政策の概要

前述のとおり、日本のガイドラインは、法的拘束力のない、厚労省の「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 ³⁴」(以降、プロセスガイドライン)である。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 ³⁵」が策定され、2015年には「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」に名称変更された。2018年、内容を見直した「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」に改訂された。

表 3.2 改訂前と改定後のプロセスガイドラインの内容の比較

	2007 年版	2018 年改訂版
終末期医療の在り方	患者本人による意思決定	患者本人による意思決定
	患者と医療従事者の話し合い	医療・ケアチーム(介護従事者
		も含む)、家族等、患者本人の複
		数回の話し合い
	医療・ケアチームによる判断	医療・ケアチームによる判断
	積極的安楽死は除外	積極的安楽死は除外
患者の意思確認可能な	患者と医療従事者の話し合い	患者と医療・ケアチームとの合
場合		意形成に向けた話し合いに家族
		を含める必要性
	合意内容を文書化	話し合った内容はその都度文書
		化
	決定内容をできるだけ家族に知	
	らせる	
患者の意思確認できな	家族の推定意思を尊重し、患者	家族の推定意思を尊重し、患者
い場合	の最善の方針を取る	の最善の方針を取る
	推定意思が不可能な場合、家族	推定意思が不可能な場合、患者
	と医療・ケアチームの話し合い	に代わる者として家族等と医
	によって患者の最善の治療方針	療・ケアチームの話し合いによ
	をとる	って患者の最善の方針をとる
		話し合った内容はその都度文書
		化
複数の専門家で構成され	る委員会の設置	複数の専門家で構成される話し
		合いの場の設置

改訂前のプロセスガイドラインは主に、患者本人による意思決定を原則とし、医療・

ケアチームによって治療方針を判断することが示されていた。改定後のプロセスガイドラインのポイントは、本人による意思決定を原則とし、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の取り組みを重視していること、患者本人の意思が確認できない場合は、家族や親しい友人等によって患者本人の意思を推定し、本人にとって最善の方針をとること、関係者間の話し合いの内容を文書にし、患者本人が家族等や医療・ケアチームといった他者と共有することである(表 3.2)。厚労省のプロセスガイドラインは、改訂前、改訂後ともに安楽死を除外している。

臨床現場において、厚労省のプロセスガイドラインに基づく意思決定支援の実践として、医療機関等の多職種チームを対象にした患者の意思決定支援のための教育プログラム「E-FIELD (Education For Implementing End-of-Life Discussion)」が、厚労省の委託事業として行われている 36,37 。このプログラムは、2014 年度、2015 年度のモデル事業を経て現在も行われており、研修を経て、医療・ケアチームとして患者の意思決定を支援する際に患者本人や家族等の相談に応じる相談員を育成することが主な目的である。

厚労省のプロセスガイドラインに呼応するように、2019年には、日本老年医学会が「ACP推進に関する提言」を 38、2020年には日本医師会生命倫理懇談会が「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の普及・啓発」をまとめ 39、公表した。

厚労省のプロセスガイドラインや、それに基づくさまざまな臨床実践において重視されている ACP は、一般的に、「治療・療養に関する希望や気がかり、価値観や人生の目標等について、患者が理解し、その家族や医療従事者らと話し合い、共有するプロセス」であると解される 40,41,42,43。 ACP の概念をめぐっては、近年、デルファイ法を用いたアジア地域の ACP の定義に関する研究によって、従来の欧米の研究では強調されていなかった重要な領域についての提案が行われた。 Mori らの研究は、アジアの一部地域における ACP の重要な領域として、共同意思決定を通して、本人が ACP に関わり最善の利益を得られるよう支援するために、家族の関与を促す「本人中心、かつ、家族を重視したアプローチ」があることを提示した 44。

厚労省のプロセスガイドラインには、治療中止の要件は明記されていない。これは、 前述したように、法に基づかない行政ガイドラインであることから、個別具体的な治 療中止のための手続きや要件を規定することは避けられたためである。ただし、1994 年に日本学術会議が、市民の関心の高まりや東海大病院事件の発生などを背景に重要な報告を提示している ⁴⁵。過剰な延命医療が患者にどのような弊害ないし不利益をもたらしているかという観点からの解決を求め、延命医療中止のための3条件、医学的に見て患者が回復不能の状態にある、患者の明確な意思表示があること、医学的判断に基づく措置として担当医が行うこと、を明記したのである。ただ、立法化については濫用の恐れや柔軟な対応ができなくなるといった懸念もあることなどから慎重に検討する必要があり、当面は、延命医療の適正化を医療の現場に委ねるのもやむをえないとした。

また、1995年の東海大病院事件横浜地裁判決は、治療中止が許容されるための要件を示している。一つは、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態であること、二つ目は、患者の明示的な意思表示があること(家族による患者の意思の推定も可能)である 46。治療中止の許容要件の提示をめぐっては、検察が起訴したのは治療中止行為の後の「積極的安楽死様の行為」のみであったため、「傍論」とする法学者の見解がある。その後の 2007年の川崎協同病院事件東京高裁判決は、回復の見込みなく死が切迫していることを前提とする「患者の自己決定権」と、「医師の治療義務の限界」という二つのアプローチを用いて判断した 47。川崎協同病院事件最高裁決定は許容要件を示さなかったが、法律家の解釈には、適切な情報を伝えられた上で家族が患者の意思を推定した場合は治療中止が可能であると解されるとの見解がみられた 48,49。

以下の図 3.1 は、ガイドライン策定までに治療中止要件に言及した学術報告や事件 事案を時系列に沿って示したものである。

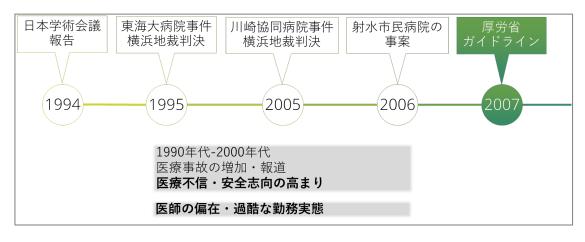


図 3.1 ガイドライン策定前に治療中止の要件に言及した学術報告や事件事案の流れ

厚労省のプロセスガイドラインは、法に基づかない行政ガイドラインであるため、 医師の治療中止行為に対して責任を問わないという免責規定や罰則規定等はない。ま た、日本における治療中止・差し控えの件数や、終末期に受けたい、あるいは、受け たくない医療・ケアをあらかじめ示しておく事前指示書といった書面の所有数等、国 の公式な統計データはない。

② 政策が講じられた背景・きっかけ

次に、厚労省がプロセスガイドラインを策定するに至った経緯について、以下に説明する。終末期における患者の自己決定に関する法律やガイドラインがない中、1990年代から 2000年代にかけて、終末期医療や死、医療安全等に対する市民の関心の高まりや、安楽死事件・治療中止事案の発生などを背景に、訴訟や刑事訴追に対する恐れがあることから、主に医療界から、治療中止に関する何らかの法律やガイドラインの必要性が要請された(表 3.3)(図 3.2)。

表 3.3 医師の行為が問題視された事案

発生場所	医師の行為	事案の 発生時期	事案の概要	刑事責任 追及の有無
東海大学医学部 付属病院	(治療行為の中止) 積極的安楽死	1991年4月	末期状態の患者から医師が点滴 等を取り外し、薬剤を注射後、 患者が死亡	医師: 殺人
国保京北病院	積極的安楽死	1996年4月	末期患者に薬剤を点滴投与後、 患者が死亡	医師: 不起訴処分
川崎協同病院	治療行為の中止 積極的安楽死	1998年11月	昏睡状態の患者から医師が気管 内チューブを抜管し、薬剤を投 与後、患者が死亡	医師: 殺人
北海道立羽幌病 院	治療行為の中止	2004年2月	心肺停止状態の患者から医師が 人工呼吸器を取り外した後、患 者が死亡	医師: 不起訴処分
射水市民病院	治療行為の中止	2000年9月- 2005年10月	末期状態の患者7人から医師が 人工呼吸器を取り外した後、患 者らが死亡	医師: 不起訴処分
和歌山県立 医科大学附属病 院紀北分院	治療行為の中止	2006年2月	医師が脳死状態と判断した患者 から人工呼吸器を取り外した後、 患者が死亡	医師: 不起訴処分

(前田作成の表 ⁵⁰、および、各裁判の判決・決定文を参考に作成。太線囲みは刑事責任が認定された事件)



図 3.2 ガイドライン策定に至った経緯

プロセスガイドライン策定の直接の契機は、2006 年 3 月に報道され明らかになった、射水市民病院(富山県射水市)における終末期の患者に対する人工呼吸器取り外し事案であった 51。2006 年 3 月 25 日、 富山県にある射水市民病院の 病院長が記者会見を開き、2000 年から 2005 年にかけて、 7 人の患者が、外科部長によって人工呼吸器を取り外されて死亡していた、と発表したのである。この事案は、結果的には不起訴となったが、医療界を中心に大きな議論となった。

プロセスガイドラインが策定されたのと同じ年、川崎協同病院事件東京高裁判決が、 終末期の治療中止等の法制化または国のガイドラインの必要性に言及した。

③ 治療方針の決定過程における家族の関与

第三に、ガイドラインや臨床実践において、家族の関わりが重視されていることがある。改訂前のプロセスガイドラインと改定後のそれの間にある主な相違点は、次の2点である。一つは、治療方針の決定過程において、患者と他者である医療従事者との主に二者の関係性から、患者と医療・介護従事者の二者に近しい他者である家族等が加わった三者の関係性に重きがおかれるようになったことである。もう一つは、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning, ACP)の話し合いとそれに基づく三者の合意形成の必要性が強調されたことである。つまり、改訂によって、

治療方針の決定過程における家族の関与が明確にされたのである。図 3.3 は、厚労省が作成した、意思決定のプロセスの流れを示した図である。意思決定過程において、医療・ケアチームには、本人や家族等への十分な情報提供と説明を行う必要性があることや、本人・家族等と十分に話し合うことが明記されている。

また、臨床現場では、治療方針等の決定過程において本人が意思を表すことができない場合、慣習的に本人に代わり家族が同意することによって、医療の決定・選択が行われているのが実情である。家族の同意が、法的にどのような根拠に基づくものなのかはあいまいであるが、判例は、本人が同意できない場合には、家族の同意を患者の意向をよく知る者による患者の意思の表明として緩やかに捉えている傾向がある 52。

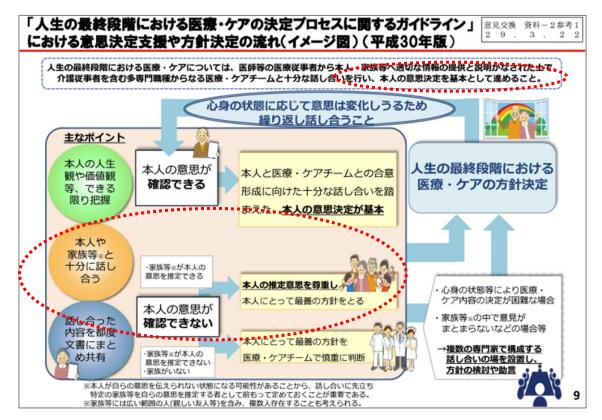


図 3.3 意思決定プロセスの流れ(中医協資料より。厚労省作成の図に筆者が点線〇を加筆)

超高齢社会において、前述の社会保障制度、特に、医療・介護サービスの提供を維持しながら高齢者を支える仕組みとして国が推進するのが、地域包括ケアシステムである。厚労省は、地域包括ケアシステムについて、「団塊の世代が75歳以上となる2025

年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」仕組みであると説明している 53。厚労省が提唱する地域包括ケアシステムの推進には、患者本人に加え、他者である医療・介護従事者や地域の人々の関わりが重視され、他者の中でも特に近しい関係にある家族看護・介護者の関わりが不可欠となっている。

3.3. 韓国の法制度

① 法制度の概要

韓国では、2018 年 2 月、「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」(以下、延命医療決定法)が全面施行された ^{54,55}。延命医療決定法の主な特徴は、1. 患者には、最善の治療を受け、病気や医療行為に関する情報を明確に知り、自己決定する権利があると規定していること、2. ホスピス・緩和医療と延命医療、延命医療の差し控え・中止の決定を規定していること、の 2 点である。

ホスピス・緩和医療と延命医療、延命医療の中止等を規定していることから、同法は、終末期を二つの段階に分けて定義しているという特徴もある。図 3.4 が示すように、2 段階の終末期とは、ホスピス・緩和ケアを受けられる段階の「末期」と、より死が切迫して治療中止が考慮される段階の「臨終過程」である。

①末期

terminal stage

ホスピス・緩和ケアが 考慮される時期

末期患者:がん、AIDS、COPD、慢性肝硬変等の疾患で、積極的治療を行っても回復可能性がなく、症状が悪化、数カ月以内に死が予想される患者

②終末期(臨終過程) dying stage

より死が切迫して、治療中止が 考慮される時期

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

図 3.4 延命医療決定法における 2 段階の終末期の定義

延命医療決定法において、ホスピス緩和医療が考慮される患者は、「末期」患者で、がん、AIDS(後天性免疫不全症候群)、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、慢性肝硬変等の疾患で、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当該分野の専門医1人から数ヶ月以内に死亡が予想されると診断を受けた患者である。「末期」より病状が悪化して「終末期(臨終過程)」にあると、担当医と当該分野の専門医1人に診断された患者も同様にホスピス・緩和医療の対象となる。終末期患者は、事故なども含む死期が差

し迫った患者を含む。

延命医療の差し控え・中止が考慮されるのは、「終末期(臨終過程)」患者である。 延命医療決定法では、中止等の対象となる「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、および、その他の大統領令で 定める医学的施術で、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(施 行令において、体外生命維持装置、輸血、血圧上昇剤の投与、その他担当医が差し控 え・中止が必要であると判断する施術であることが明記された)と規定している。「延 命<u>治療</u>」という言葉を用いない理由として、「治療」という言葉は肯定的な結果を想起 させ必ず行われるべき行為として認識され、それを中止する場合、非倫理的であると いう誤解を生じさせる懸念があるため、用いなかったという 56。延命医療を差し控え・ 中止する際には、痛みの緩和のための医療行為、人工栄養・水分・酸素の単純補給に ついては差し控え・中止できない。

図 3.5 は、延命医療決定法における延命医療中止等の手続きを、患者の事前の意思、患者の意思能力等の有無によって示したものである。

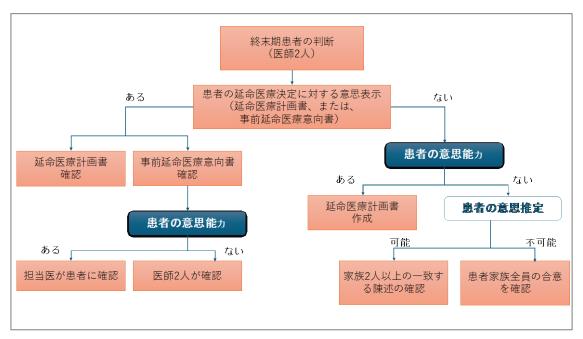


図 3.5 延命医療決定法における延命医療中止等の手続き(洪 2018 より)

延命医療の差し控え・中止は、患者の状態が、担当医と当該分野の専門医 1 人によって「終末期(臨終過程)にある」と判断されることが前提である。ただし、ホスピス

専門機関においては、担当医 1 人の判断で可能となっている。その上で、主に、患者の意思が確認できる場合と、確認できない場合とそれぞれ要件が定められている。

まず、患者の意思が確認できる場合は、次の規定を満たしていることが要件である。 患者の要請に基づき医師が作成する延命医療計画書、リビング・ウィルにあたる患者 の事前延命医療意向書がある、あるいは、患者が上述の書面を作成しておらず、意思 表明できない状況にある場合には、患者家族の一致する陳述を通して患者の意思とみ なされる意思が延命医療の中止等を望むものであり、その推定意思が患者の意思に反 しない、ということである。患者の推定意思は、担当医と専門医1人による確認が求 められる。患者の意思を推定する患者家族とは、いずれも19歳以上の、配偶者、直系 卑属、h直系尊属、i これらがいない場合は兄弟姉妹、である。

次に、患者の意思を確認することができず患者が意思表示できない場合、患者が未成年の場合は、親権者が延命医療の中止等の意思表示をし、担当医と専門医 1 人が確認した場合には、差し控え・中止が可能となる。もしくは、患者家族のうち、19 歳以上の配偶者と 1 親等以内の直系尊属・卑属全員の合意で延命医療中止等の意思表示を行い、担当医と専門医 1 人が確認した場合には、差し控え・中止が可能である。

延命医療をどうするかという患者の意思を示す書面は2種類ある。一つは、19歳以上の患者自身が作成する事前延命医療意向書で、いわゆるリビング・ウィルである。 もう一つは、担当医が患者やその家族と相談して作成する延命医療計画書で、米国で活用されている終末期医療に関する医師の指示書「ポルスト」に近い。

事前延命医療意向書は法定の様式に、延命医療の差し控え・中止等の意思、ホスピスの利用に関する意思、意向書の作成日付と保管方法を明記する必要がある。作成した意向書は、保健福祉部(日本の厚労省にあたる)長官の指定を受けた医療機関等(登録機関)に登録する必要がある。また、延命医療計画書も法定の様式があり、末期患者等が医療機関において担当医に対し、計画書の作成を要請することができる。担当医は、計画書に明記する内容その他について患者や法定代理人(未成年の場合)に説明し確認を得る必要がある。

韓国では、国立延命医療管理機関が、延命医療計画書や事前延命医療意向書を登録

1.

h 自分を中心として直系の関係にある後の世代(子や孫等)を直系卑属という。

i 自分を中心として直系の関係にある先の世代(曽祖父母、祖父母、親等)を直系尊属という。

するデータベースの構築や管理を担い、延命医療の差し控えや中止の決定とその履行 状況に対する調査研究や情報収集、関連統計を作成することが延命医療決定法におい て定められている。関連データは、国立延命医療管理機関のホームページ上 ⁵⁷、およ び、同機関が公表している「延命医療決定制度年報 ⁵⁸」において詳細に報告されてい る。

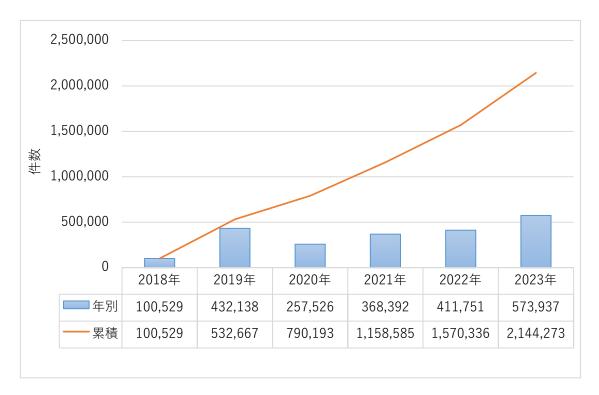


図 3.6 事前延命医療意向書の登録数の推移(国立延命医療管理機関「延命医療決定制度年報」より)

図 3.6 は、事前指示書にあたる事前延命医療意向書の登録数の推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、事前延命医療意向書の累計登録数は 268 万 9,740 件で、2024 年 1 月~12 月 15 日までに 54 万 5,467 件の登録があった。年間の登録数は増加傾向にあり、近年は概ね 55 万件程度となっている。事前延命医療意向書は、19 歳以上の人が作成することが可能で、必ずしも末期患者が作成するものではないため、延命医療計画書の登録件数と比較すると件数が多いことがわかる。

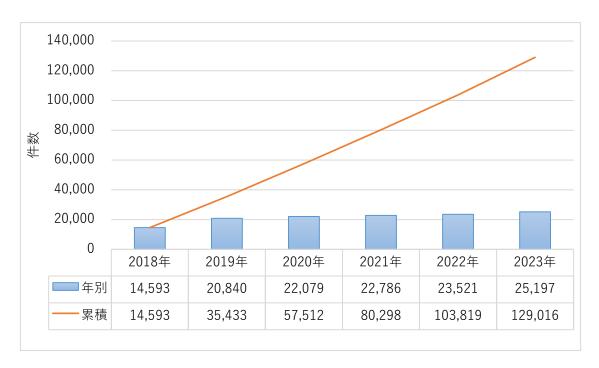


図 3.7 延命医療計画書の登録数の推移(国立延命医療管理機関「延命医療決定制度年報」より)

図 3.7 は、患者の要請を受け医師が作成する延命医療計画書の登録数の年次推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、累計 15 万 5,105 件で、2024 年 1 月~12 月 15 日までに 2 万 6,089 件の登録があった。年間の登録件数は概ね 2 万~2 万 5 千件程度で推移している。

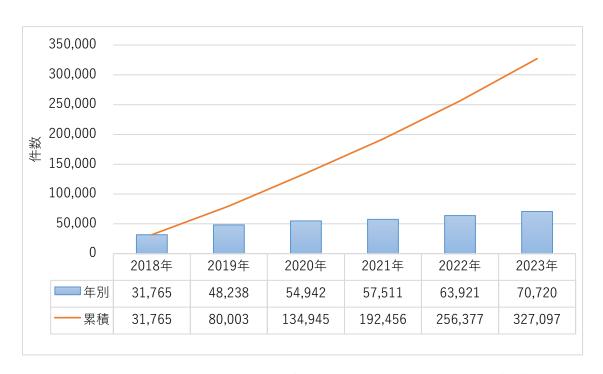


図 3.8 延命医療中止等決定履行書の数(延命医療の差し控え・中止件数)(国立延命 医療管理機関「延命医療決定制度年報」より)

図 3.8 は、延命医療の差し控え・中止件数の年次推移を示したものである。2024 年 12 月 15 日現在、累計 39 万 3,749 件で、2024 年 1 月~12 月 15 日までに 6 万 6,652 件の延命医療の差し控え・中止が履行された。

患者の意思確認方法について、国立延命医療管理機関は、延命医療計画書による意思確認が30.8%、事前延命医療意向書が全体の14.2%で、「自己決定尊重率」は合わせて45.0%としている。残りの55.0%は、書面による患者の意思表示がないものの、事前に口頭等で意思表示しており、法が規定する「家族」がそれを陳述している場合と、患者の意思を確認できない場合で、法が規定する「家族」全員の合意がある場合の意思確認である。自己決定尊重率は、2018年には32.5%であったが、2021年に4割を超え40.7%となり、増加傾向にある。

② 法制度が講じられた背景・きっかけ 59 (洪 201860)

法制化の背景について、治療中止をめぐる二つの裁判が大きなきっかけとなり、医療界の指針改定や議員による法案の提案が行われ、立法化の動きが加速した、ということがある。

セブランス病院事件では、2008 年、入院し検査中に心停止して遷延性意識障害となった 70 歳代の女性患者の家族が、患者の意思を尊重して人工呼吸器を取り外すようを求めて病院を提訴した ⁶⁵。大法院は、家族の訴えを認め、患者の意思(家族の証言によって推定される)に反した治療は幸福権に反すると判断し、治療中止の要件として、回復不能で死が間近であること、患者の意思表示があること、の 2 点を示した(2009年判決)。また、判決は、治療中止に関する法制度の必要性にも言及し、立法化の動きが加速した。

韓国政府は2009年、延命治療中止制度化関連社会的協議体を設置し、2010年6月までに延命医療に関する議論を7度にわたって議論した。2012年には、大統領直轄の国家生命倫理審議委員会に特別委員会が設置され、同特別委が立法のための最終勧告(案)を作成した。この勧告案が、延命医療決定法の根幹となった。

.

i この事件の詳細については、韓国・延世大学の Ilhak Lee 氏からも教示を受けた(2017 年 5 月 30 日付電子メール)。

③ 治療方針の決定過程における家族の関与

韓国の延命医療決定法は、患者の最善の利益の保障と自己決定の尊重を目的としたうえで、延命医療の差し控え・中止において、家族の陳述や合意といった家族の関わりを明確に示している。①の法制度の概要で述べたように、延命医療決定法では、延命医療の差し控え・中止を決定する際に、決定に関わることのできる家族の範囲を明確に規定している。ただし、米国等で法制化されている「医療代理人」制度は同法に規定されておらず、あらかじめ、自分が判断できなくなった場合に備えて自分の代わりに治療方針を決定する人を指定しておくことはできない。つまり、家族のどの者に決定してもらいかをあらかじめ指定する、ということはできないのである。

また、延命医療決定法施行当初は、延命医療の差し控え・中止の決定において、患者家族全員の合意が必要な場合、配偶者とすべての直系血族の同意が必要であったが、配偶者と1親等以内の直系尊属・卑属に狭め、それらがいない場合には、2親等以内の直系尊属・卑属、それもいない場合は兄弟姉妹と段階的に合意が得られるようにした。

3.4. 台湾の法制度

① 法制度の概要 66,67,68,69

安寧緩和医療法

台湾には、2000 年施行の安寧緩和医療法と、2019 年施行の患者自主権利法がある。 安寧緩和医療法は、これまでに 2002 年、2011 年、2013 年と 3 回改正された。2000 年施行の法律は、差し控える対象が心肺蘇生措置と規定され、患者本人の決定、もし くは、患者家族の代理の決定によって選択できる、と規定された。2002 年改正では、 患者本人の事前の意思表示があれば、心肺蘇生措置の差し控えだけでなく中止も認め られるようになった ⁷⁰。2011 年改正では、患者本人の事前の意思表示がなく、かつ、 意識がない場合、家族の一致する同意によって、心肺蘇生措置、または、法で規定し た「延命治療」を中止できることが規定された。2013 年改正では、治療中止に際して、 それまで求められていた「家族の一致する同意」規定が改められ、近親家族の一人の 同意書への署名によって治療中止が可能となった。

安寧緩和医療法において、「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、と定義されている。

差し控えや中止の対象となるのは、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 気的除細動器の使用、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「心肺蘇生術」と、「末期患者の生命兆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「延命治療」である。

治療を差し控え・中止する要件は、以下の表 3.4 のとおりである。

治療差し控え・中止要件

- ・ 2 人以上の医師による「末期患者」であるとの判断
- ・ 意思能力のある成人が作成した事前指示書がある
- 未成年の場合は法定代理人の同意も必要
- 事前指示がなく本人の意識がない場合、最も近親にあたる者一人の同意による 治療中止が可能
- 最も近親にあたる者がいない場合は、専門医・担当医によるコンサルテーションを経たうえでの同意も可能

同法に規定された「最も近親にあたる者」とは、配偶者、成年の子・成年の孫、父母、兄弟姉妹、祖父母、総祖父母または3親等の傍系血族、1親等の直系姻族、である。

また、事前指示書は、20歳以上の「完全な行為能力」のある市民が事前に作成することができる。末期患者は、この事前指示書によって、延命治療や、身体的、心理的、霊的な苦痛を緩和・除去する緩和的、支持的な医療ケアである「安寧緩和医療」についての選択ができる。この指示書には、氏名、国民 ID カードの番号、住所居所といった基本情報に加えて、安寧緩和医療の受け入れ、あるいは、延命治療の選択の意思とその内容、指示書の作成日を明示したうえで、本人署名が必要となる。本人が署名する際には、2人以上の「完全な行為能力」のある証人の立ち会いが求められる。また、指示書には、本人が意思表示できない場合に代わって指示書に署名することができる「医療代理人」を指定することも可能である。

作成した事前指示書は、各医療機関等によってスキャンされ、電子ファイルの形で中央所轄官庁のデータベースに保存され、本人の保険証に登録される。

患者自主権利法

患者自主権利法は、2016年に成立し、2019年に施行された。主な特徴は、患者の自律性の尊重と患者の権利を保護することを前提に、差し控えや中止の対象者と対象となる医療措置が拡大されたこと、アドバンス・ケア・プランニングを経て事前指示書である「事前医療決定書」を作成することである。

患者自主権利法は、差し控えや中止の対象となる医療措置を、「生命維持治療」と、 人工栄養・水分補給、その他の医療ケアとした。生命維持治療とは、心肺蘇生法、人 工生命維持装置、血液製剤、特定の疾病に対する専門的な治療、重度の感染症に対す る抗生物質など、患者の生命を引き延ばすのに必要な医療措置と定義した。差し控え や中止の対象者は、事前指示書を有する患者で、

- 1. 終末期にある、あるいは、
- 2. 不可逆的な昏睡状態にある、あるいは、
- 3. 遷延性意識障害にある、あるいは、
- 4. 重度の認知症を患っている、あるいは、
- 5. その他耐えがたい苦痛を伴う治癒不可能な疾患で、代替治療がない疾患を患っている

(衛生福利部の施行令 ⁷¹に基づき次の難病が含まれる: 嚢胞性線維症、ハンチントン病、脊髄小脳変性症、脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症 (ALS)、多系統萎縮症、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、肢帯型筋ジストロフィー、ネマリンミオパチー、原発性肺高血圧症、遺伝性表皮水疱症、先天性多発性関節拘縮症)、

患者である。2人の医師が、上記のいずれか一つの状態にあると診断し、かつ、緩和ケアチームが2回以上の話し合いを通して確認する必要がある。

事前医療決定書の作成過程において、アドバンス・ケア・プランニングの話し合いを経る必要性が規定された。決定書の内容は、対象となる状況下での生命維持治療、あるいは、人工栄養・水分補給の全部または一部に関する作成者本人の承認(受け入れ)、拒否を含めることが規定されている。この事前医療決定書を作成する過程に関して、作成者本人が医療機関、2親等以内の親族少なくとも1人、指名している場合は医療代理人も交えて話し合うことが求められている。決定書の作成には、医療機関による押印、公証人による認証もしくは「完全な行為能力」のある2人以上の証人による立会いが求められている。作成された決定書は、中央諸官庁が作成者本人の保険証のICカードに登録する必要がある。登録された電子ファイルは中央諸官庁のデータベースに保管される。

アドバンス・ケア・プランニングの話し合いに参加する医療代理人の定義が明確化

された。医療代理人は、20歳以上で「完全な行為能力」を有する人で、代理人の指名について文書で同意する必要がある。医療代理人は、作成者本人に意識がないか、意向を明確に表明できない場合、作成者に代わって、作成者の病状や治療方針その他の関連事項に関する情報を受け取ること、侵襲的な治療への同意署名すること、事前意思決定書の内容に従い作成者本人に代わって作成者の意向を表明することができる。医療代理人は、決定書の作成者本人の法定相続人である場合を除き、作成者の遺産受取人、作成者の遺体や臓器の受取人、その他作成者の死によって利益を得る人がなることはできない。

なお、安寧緩和医療法では規定されていなかった、法に基づく生命維持治療等の差 し控え・中止を行った医師の行為に対する刑事責任や行政責任を免じる点や、良心的 拒否事項が規定された。

両法に関する国が管理するデータ

両法において、中央所轄官庁(衛生福利部)が管理するデータベースに保存され、 保険証(ICカード)に登録されることが規定されているため、台湾は国の全国的なデータを有している。

衛生福利部のデータによれば、安寧緩和医療法に基づく DNR 指示・事前安寧緩和同意書(預立同意安寧意願註記)の登録数は増加傾向にあったが、新型コロナウイルス感染症の世界的流行下では減少し、2024年は87,586件でピーク時に戻っている(図3.9)。同法の2000年施行以来、DNR指示・事前安寧緩和同意書の登録数の総計は、1,031,183件(死亡者の同意書は削除)である。また、患者自主権利法に基づくACPを経た事前医療決定書(預立醫療決定意願)の登録数は増加傾向にあり、2024年は25,752件であった。同法の2019年施行以来、事前医療決定書の登録数の総計は、93,917件である。

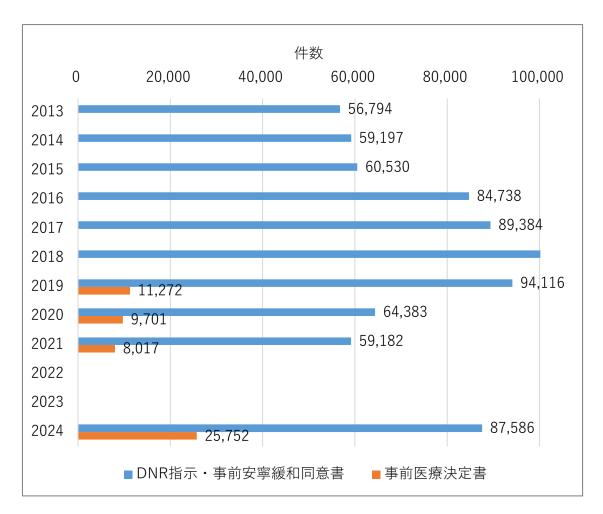


図 3.9 安寧緩和医療法に基づく DNR 指示・事前安寧緩和同意書の登録数と患者自主権利法に基づく事前医療決定書の登録数の年次推移(熊本大学大学院生命科学研究部鍾宜錚氏作成の資料、および、衛生福利部ホームページ上(預立醫療決定、安寧緩和醫療及器官捐贈意願資訊系統)で公表されているデータから作成。衛生福利部がリアルタイムで更新しているホームページに対する外国からのアクセスは制限されている。2024 年データは、2025 年 1 月 1 日に鍾氏が台湾国内からアクセスした現在のもの)

② 法制度が講じられた背景・きかっけ(鍾 2013、鍾 2017⁷²)

台湾で安寧緩和医療法が制定された背景には、「終末期退院」という慣習があった。 「終末期退院」とは、患者が病院等で危篤状態になった場合、その家族が患者を自宅 で看取ることができるよう、患者を退院させて病院から自宅に搬送するという慣行で ある。「終末期退院」は、1986年制定の医療法において、「まだ治癒していないにも関 わらず患者が退院を要求する場合、本人またはその関係者は自発的に退院する意思を 記した同意書に署名し、医療機関に提出しなければならない」と規定されており、患者本人、または、その家族が退院したい(さらなる延命治療を拒否し、自宅で最期を迎えたい)、という意思を文書にして示すことで退院できることが規定されている ⁷³。この慣行の背景には、自宅で亡くなることを「善終(善い死)」と捉える台湾の人々の死生観があるという。

同時に、医療法は、医療機関には、救急医療措置のすべてを行い、それを優先する 義務があることを規定している。これにより、中央所管庁である行政院衛生署(当時) は、1989年、患者本人、あるいは、患者家族から、救急救命治療を拒否された場合の 対処として、治療の差し控えを実行することはまだ適切ではない、との見解を示した。 このような衛生署の見解の下、患者本人、または、患者家族の意思を示す書面と医師 の診断書があり、救急救命治療の差し控え・中止の後に終末期の病状が進行して死亡 したことが衛生署によって確認されれば、病死として法的責任を問われない状況があった。

そのような慣行が続き、1990 年代以降は、一部の医療現場においてホスピス緩和ケアが浸透し、1995 年には国立台湾大学附属病院にホスピス病棟が設置された。1996 年、衛生署は、終末期の患者に対する延命治療の差し控えについて、病院内でそれが行われたとしても条件付きで違法ではないとする見解を公表したのである。医療界からも、心肺蘇生術の差し控えに対する法的な保障の必要性が指摘されたのであった。そのような経緯を経て、2000 年に安寧緩和医療法が成立、施行されたのである。

安寧緩和医療法は、患者の自己決定を尊重するための重要な一歩となる法律であったが、他方で、患者の意思決定を優先しながら患者の知る権利があいまいである、との批判も提起された。安寧緩和医療法は、患者の病状、安寧緩和医療の治療方針、延命治療の選択について、医師が、終末期の患者本人、または、患者家族に告知しなければならない、としているため、必ずしも患者本人への告知がなされない場合があるからである。医療現場では、死について語ることがタブー視されていることもあり、終末期医療に関する患者本人の意思確認を家族が妨げるというケースもあったという。このような中、自然に死を迎えたいという患者の意思を尊重する法律の必要性が高まり、患者の自己決定を後押しする法律として、患者自主権利法が制定されたのである。

③ 治療中止の決定過程における家族の関与

社会状況において述べたように、台湾においては、儒教の精神に基づく家族観念が強い。安寧緩和医療法においては、特に、末期患者で事前の意思表示がなく、意識が低下したり明確に意思表示できなくなったりした場合には、患者本人に最も近い家族や親族による同意書を医療機関や医師に提出することが可能であり、家族のかかわりは大きいといえる。患者自己決定法は、安寧緩和医療法から一歩踏み込み、個人の意思を尊重するための法的保障の側面が強調されたといえる。以下は、患者自己決定法第4条の条文である。

第4条 患者には、自分の疾患の診断、治療の選択肢、およびそれぞれの選択肢に関して予想される効果及びリスクについて、情報を提供される権利がある。患者には、医師が提供する治療の選択肢に関して、自ら選択し意思決定を行う権利がある。

患者の法定代理人、配偶者、親族、医療代理人、及びその他患者と親しい関係に ある人々(以下「関係者」という)は、医療機関や医師が患者の治療の意思決定 に基づいて行為するのを妨げてはならない。

さらに、同法 15 条では、医療機関もしくは医師は、患者の事前意思決定書の内容を 実行する前に、判断能力のある患者に対して事前指示決定書の内容やその範囲につい て、患者本人に確認しなければならない、とも規定している。

4. ディスカッション

日本、韓国、台湾の社会状況と基本的な社会保障制度と関連する高齢者政策を確認 したうえで、日本、韓国、台湾の法政策を概観した。第4章では、これらを踏まえた うえで、超高齢社会に達した日本においてどのような議論が必要かを検討する。

4.1. 日本における終末期の治療中止の意思決定に関する議論

日本における終末期の治療中止の意思決定に関する主な議論を、1. 法制化に関する 議論と、2. 文化や社会を考慮した政策や実践の必要性に関する議論とわけて説明する。

① 法制化に関する議論

日本における終末期の治療中止の意思決定について、何らかの法律が必要、あるいは、必要ない、という議論がある。法律による解決が必要とする見解は、先行研究においては、どちらかというと少数派である。刑法学者の大谷實氏は次のように述べている ⁷⁴。

・・・しかし、ここでいう「延命治療中止」または「医療・ケア行為等の中止」は、患者の生命を短縮する尊厳死に当たるものであり、刑法上は殺人の罪(刑法 199条の殺人罪、202条の同意殺人罪)の構成要件に該当する行為である。国民の生命に係る延命措置の中止を厚生労働省のガイドラインで処理するのは、人権保護の観点から問題があり、民主主義の要請として、国民的な議論を踏まえて、国会の制定する法律によるべきであると考える。

一方、法律は必要ないとする見解には、法制化が「害」となるため法制化を阻止する必要があるという趣旨のもの、法制化の必要性がないという趣旨のもの、そして、終末期の治療中止の意思決定に関する法律ではなくそのほかの法律が必要という趣旨のもの、これらが複合的に主張されているものがある。

法制化が「害」となる恐れがあるという見解の例

もし、治療を断るための事前指示書やリビングウィルの作成が法的に効力を持つようなことになれば、ますますこれらの患者は事前指示書の作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになってもそれを伝えることが困難になるため、書き換えはことごとく阻止され、生存を断念する方向に向けた無言の指導(圧力)を受け続けることが予想できます。(日本 ALS 協会の声明文) 75

『尊厳死』の法制化は、単に医療の一分野を規律するに止まらず、医療全体、社会全体、ひいては文化に非常に重大な影響を及ぼすものであり、これによって、医学的に回復する見込みがないとされる多くの患者に対する心理的圧力も増大するおそれがある。また、十分な議論の尽くされないまま法制化がされるとすれば、そのような病状にある患者に対する周囲の人々や社会の差別・偏見が助長されることも懸念される。(日本弁護士連合会会長声明) 76

(「尊厳死」法案提案の動きについて)・・・それ以外に「延命」を拒否する理由があるとしたら、大きいのは、周囲に迷惑をかけたくないという理由です。・・・社会の側の問題があって、それで人が「自分が決めた」とおっしゃって亡くなっていこうとされるのを、「自己決定」だからとか言って、そのまま「どうぞ」と言うのはおかしい。(研究者の見解)77

法制化の必要性はないという見解の例

・・・このような状況下において、ガイドライン改訂の検討会委員のコンセンサスは、「終末期患者における人工呼吸器外しなどの治療の差し控えや中止に警察はもう介入しない」です。その根拠は3つあります。まず、2007年以降、終末期患者における治療の差し控えや中止で刑事事件は立件されていないこと。2つ目は、人工呼吸器を外す医療現場をメディアが報道しても警察は動いていないこと。そして3つ目は、川崎協同病院事件における最高裁の判決文の存在です。最高裁の判決文には、「同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検

査は実施されておらず、(中略)回復可能性や余命について的確な判断を下せる 状況にはなかったもの」で、「被害者の病状等について適切な情報が伝えられた 上でされたものではなく、抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということも できない」とあります。これはすなわち、患者が終末期にあるかの判断に問題が あるので、家族のインフォームドコンセント (IC)を取っていても、それが適 切とはいえないという意味です。逆にいえば、きちんと終末期であることを判断 し、本人・家族が納得していれば、人工呼吸器を外すことに問題はないと最高裁 が認めていると解釈できます。(法学者の見解)78

その他の政策、法の必要性があるという見解の例

「治療の不開始」の背景に「治療しても重い障がいが残るなら治療せずともいい」という発想がある以上、到底認められるものではありません。また「延命措置の中止」という言葉が終末期の定義の曖昧さとともに、医療的ケアを必要とする重い障がいのある人々に、日常的に「生きるに値しないいのち」であるかのような重圧をかけることにもなりかねません。必要なのは「治療の不開始」や「治療の中止」ではなく、「尊厳ある生」を保障するために介護や医療がきちんと保障されることです。(NPO 法人医療的ケアネットの声明)

当連合会は、2011年10月の第54回人権擁護大会において「患者の権利に関する法律の制定を求める決議」を採択し、国に対して、患者を医療の客体ではなく主体とし、その権利を擁護する視点に立って医療政策が実施され、医療提供体制や医療保険制度などを構築し、整備するための基本理念として、人間の尊厳の不可侵、安全で質の高い医療を平等に受ける権利、患者の自己決定権の実質的保障などを定めた患者の権利に関する法律の早期制定を求めたものである。本法律案は、以上のように、「尊厳死」の法制化の制度設計に先立って実施されるべき制度整備が全くなされていない現状において提案されたものであり、いま

だ法制化を検討する基盤がないというべきである。・・・

当連合会は、こうした前提を欠いたまま、人の生命と死の定義に関わり国民全てに影響する法律を拙速に制定することに、反対する。(日本弁護士連合会会長声明) 79

② 文化や社会を考慮した政策・実践に関する議論

もう一つは、日本の文化や社会を考慮した政策・実践の必要性に関する議論である。具体的には、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられること ⁸⁰、^k 明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきたこと、といった特質への言及である。「以下はその具体的な見解である。

本人が意思決定能力を有すると判断された場合でも、本人が言語化したことは「気持ちの何らかの表現」であり、本人の意向そのものではないことも多い。医療・ケア従事者は、本人が言語化した「意向」の背景に思いを致すことも大切である。

これは日本の歴史・文化によるところが大きいと思われる。高齢者の発言に限ったことではないが、日本人が何かを言語化する場合、周囲や関係者への配慮や遠慮がみられるのは通常のことである。特に明確な自己表現を控えることを伝統的に求められてきた日本社会においては、臨床上の意思決定の場において明確な意向を尋ねられても、躊躇する人が少なくないのはむしろ自然である。(日本老年医学会)⁸¹

・・・「甘え」とは、人間関係における「依存したい、所属したい、甘えさせたい」という欲求である。この甘えの心理が日本人の典型的な行動パターンの根底

* このような特質は、「他者への負担感」という意識にも表れている可能性がある。他者への負担感、というのは、例えば、家族等に迷惑・負担をかけたくない、といったものが典型的である。迷惑や負担の内容は複雑で、心理的、社会的、経済的なものが考えられ、個人の人間関係や経済状況、健康状態、そして、当該者の居住する地域の実情、国の社会保障制度や政治・経済状況等、さまざまな要因の影響を

受ける。

¹ 終末期の治療中止の意思決定に限定したものではないが、土居健郎氏の『甘えの構造』等では、日本人は集団の中で「甘え」という依存したいという心理が日本人の行動パターンにある、という主張が提起された一方、高野陽太郎氏の『「集団主義」という錯覚 日本人論の思い違いとその由来』等にみられるように、「日本人=集団主義」論の批判も見られる。

にあることが示唆されている。医療現場における甘えは、治療方針について何も 決めず、何が最善かを他人に決めてもらいたいと願う患者の態度に現れてい る。・・・

・・・意思を持ちながら決断しないまま終わってしまう現状を、日本人はむしろ 肯定しているように思える。意思決定の概念と自律性の概念について、文化的背 景を考慮したグローバルな生命倫理的再検討が必要である。(研究者の見解) 82

・・・こうした集団に価値を置く日本人であっても、しかし、個人の意志と集団の意志を一致させたい願いはある。しかし、個人の意志と家族・集団の意志が異なる場合に、自己主張することはわがまま・自分勝手という非難を招くとされることを避けるために、高齢者が調和を優先し、自己決定したい内容を集団の中に埋没させ、家族・集団の「自己決定」に賛同するという選択に至ることもあると考える。(研究者の見解) 83

これまで述べた、文化や社会を考慮した意思決定の重要性に関して、近年、デルファイ法を用いたアジア地域のアドバンス・ケア・プランニングの定義に関する研究によって、欧米の研究では強調されていなかった重要な領域についての提案が行われた。「3.2 日本のガイドライン」で説明したように、一般的に、アドバンス・ケア・プランニングは、治療・療養に関する希望や気がかり、価値観や人生の目標等について、患者が理解し、その家族や医療従事者らと話し合い、共有するプロセス、と解される。Mori らの研究がアジア(香港、日本、韓国、シンガポール、台湾)における重要な領域と指摘したのは、共同意思決定を通して、本人がアドバンス・ケア・プランニングに関わり最善の利益を得られるよう支援するために、家族の関与を促す「本人中心、かつ、家族を重視したアプローチ」であった84。

日本の文化や社会を考慮した政策や臨床実践の必要性が議論される一方で、 Nakazato らは、日本人の感情表現を避ける自然な傾向は終末期においても維持される可能性が高く、非言語的な「以心伝心」への欲求が高まる可能性がある、と指摘したうえで、家族と患者が、それぞれの感情を言葉にし、それを受け止める必要性がある、と指摘している 85。

4.2. 超高齢社会における意思決定の課題

日本、韓国、台湾の社会状況と法政策を比較した結果、共通点と相違点、日本が韓国・台湾から学べること、および、超高齢社会における意思決定の課題を抽出した。 まず、主な共通点2点と相違点1点について以下に述べる。

① 共通点と相違点

共通点として、日本、韓国、台湾に共通する社会状況について、超高齢社会に向かっている、あるいはすでに達していること、高齢者の貧困や孤立につながる可能性といった問題がある、ということがある。日韓台の間で、高齢化や相対的貧困率の程度、高齢単身世帯の割合にはいくらかの差は見られるものの、全く異なる状況にあるということではない。さらに、高齢化や社会的孤立の問題と関連して、判断能力がなく、治療方針の決定プロセスを支援する家族や友人等の身寄りもいない「無友人高齢者」の問題も深刻化する可能性がある。「無友人高齢者」は、unbefriended、あるいは、unrepresentedといった単語が用いられているほか、elder orphans、without desired surrogatesという言葉が用いられることもある。この用語が意味するところはさまざまであり、米国法曹協会の定義のように、孤立していることに加え、意思能力がないことを含めている場合もあれば 86、「社会的に、かつ/あるいは、身体的に孤立しており、連絡可能な家族や指名された代理人あるいは介護者がいない、コミュニティに住む高齢の個人」と定義する研究もある 87。

二つ目の共通点は、終末期の治療中止の意思決定の課題をめぐって提起される、日本特有、アジア的な、といった、欧米等との相違を際立たせる見方の検証が必要だという点である。Kaiser Family 財団とエコノミスト誌の調査では、自律的な意思決定が自己決定権として確立しているという米国においても、死を語ることは米社会において一般的に避けられていると感じている人が7割いた88。複数の研究や調査からは、事前指示書の作成率が3割、4割という数字にとどまっていることがわかる89.

m ただし、調査対象を命に関わる疾患で進行した状態の患者、ナーシングホームの入居者等に限定すると作成率が上がる傾向にある。

48

で 3.2%⁹¹、2017 年時点で 8.1%と 1 割に満たなかったが ⁹²、法律で定められた書式 があるわけではないという状況においても、一定程度所有している人がおり、やや増 加傾向にあったということである。韓国や台湾でも、事前指示書の登録件数は一定程 度あり、韓国では年々増えていた。

相違点としては、法制化に慎重な日本に対し、韓国や台湾はボトムアップで法整備に着手し法改正で対応している、という点がある。日本の厚労省のプロセスガイドライン解説編は⁹³、以下のように、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきた、と明記している。

【平成 19 年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和 62 年以来 4 回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。・・・

実際、厚労省が2008年、後期高齢者医療制度(当時)の導入に伴い「後期高齢者終末期相談支援料」を診療報酬に算定することを決定し、患者と家族が医療従事者と終末期における診療方針等について話し合いをした場合の評価を導入した際⁹⁴、高齢者に対する差別であるなどとメディア等に批判を受けたのちに同年中に凍結され⁹⁵、2009年に廃止が決まった。

国が慎重な姿勢を辛い抜いてきたことに加え、「4.1 日本における終末期の治療中止の意思決定に関する議論」で説明したように、日本では、法制化によって社会的に弱い立場に置かれた人々が影響を受けるという懸念が指摘されている、ということもある。2012年に超党派の国会議員連盟が「尊厳死」法案をいわばマスコミ向けに提

案した後、政党内部で議論がなされたことはあっても、国会に上程され議論されるま でには至らなかった。

日本においては、社会的に弱い立場に置かれている障害者らの懸念や、法律家らを 中心とする有識者の間にある法制化に慎重な態度には、どのような背景や要因がある のか、丁寧に分析する必要がある。

② 韓国・台湾の取り組みから日本が学べること

韓国・台湾の取り組みから日本が学ぶことができる点として、主に以下の2点がある。第一に、韓国や台湾は、法制化によって、終末期の治療中止等の実施件数や、事前指示書の登録件数などのナショナルデータを国が収集し公表することで、終末期の治療中止等の意思決定に関する法政策の透明化を試みている、ということがある。日本では、終末期における治療中止等の決定によってどれくらいの人が亡くなっているのか、といった公的データはない。日本の厚労省の人生の最終段階における医療やケアに関する意識調査はおおむね5年ごとに行われており、この調査の結果から、一定の傾向を知ることはできる。しかし、2022年度調査からは、医療介護従事者にガイドラインを参考にしているかどうかを尋ねる項目が削除され%、ガイドラインの活用状況の変化を見ることができなくなった。また、意思決定できなくなった場合に備えて治療や療養場所の希望を明記した書面(事前指示書、リビング・ウィル等)を作成しているかどうかを尋ねた項目も削除され、事前指示書等の所有率の傾向を把握することができなくなった。

第二に、韓国や台湾は、法制化の議論において、患者の自己決定権を尊重するための権利保障としてのあり方を議論の軸としてきたという点がある。韓国の延命医療決定法は、第3条基本原則に、患者の自己決定権の尊重を規定している。台湾の患者自主権利法は、第4条に治療拒否を含む患者の自己決定権を規定している。日本においては、日本弁護士連合会が患者の権利に関する法律の制定を求める決議を行いって、医療における自己決定権を明記した「患者の権利に関する法律大綱案」を厚労相に提言するなどっ。患者の権利保障を求める動きもある。韓国や台湾における議論を参考に患者の自己決定権の尊重に焦点をあてた議論をする必要がある。さらに、韓国では、終末期の治療中止の法制化にあたっての見解ではないものの、当事者からの重要な見解が示された。それは、介護保険制度の導入にあたって韓国老人会が「完璧な制度は

なく、制度を運営しながら改正する」という主張であった。台湾も幾度かの法改正に よって制度を構築してきたことから、このような柔軟な検討も重要である。

③ 超高齢社会における意思決定に関する課題

次に、超高齢社会における意思決定に関する主な課題として、以下の2点がある。第一に、社会状況を概観した結果、終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる家族がいることを前提することには限界がある、という点がある。日本をはじめ、韓国や台湾の法政策の構築や臨床実践において、患者には家族がいる、そして、その家族が終末期における治療中止等の意思決定を支えてくれる、家族中心の意思決定文化の中で家族を重視する必要がある、という、社会的・文化的特質に縛られない視点が重要ではないかということである。

社会状況の変化として、生涯未婚を含む単身世帯が増加していること、もしくは増加が見込まれること、貧困や社会的孤立等の社会問題が深刻になっている、といったことがある。身寄りのない高齢者が増えることが見込まれる、ということである。また、家族の在り方は多様であり、家族が存在していても、終末期の意思決定を支えてくれる家族がいない場合もある。

また、日本人は自己決定できない、とか、自己決定したがらないから家族や周囲が 支える必要がある、という根拠についても、その根拠は曖昧である。終末期の治療中 止等の意思決定において、自分で決めることができない、自分で決めることに躊躇が ある、という現象は、日本人に限ってみられるものではない。

文化人類学者のスーザン・ロングは、深刻な病に関する意思決定は、たとえ米国においても、信頼と力の関係性から切り離すことはできない、と述べている ⁹⁹。さらに、ロングは、日本人に限らず、終末期においては、個人の希望は考慮されるものの必ずしも表明されるとは限らず、最終的な決定は、本人が参加できない時期に、複数の要因を考慮して下されることが多い、とも指摘している ¹⁰⁰。

終末期医療の課題は、医学や看護学、医療倫理学といった医療関連の分野のみならず、人類学、法学、社会学、心理学、人類学、哲学、宗教学等さまざまな領域横断的にかかわるものであり、学際的な対応が求められるため、医療分野以外の先行研究も議論の対象に含めて検討する必要がある。

第二の点は、終末期における治療中止等の意思決定に影響を及ぼすと考えられる要因を検討する必要がある、という点である。例えば、家族や医療従事者ら他者への負担感、つまり、迷惑をかけたくない、負担をかけたくないという意識は、自己決定に影響を及ぼす一つの要因と考えられる。日医総研リサーチレポート No.137 において筆者は、他者への負担感が、生命維持治療の受け入れや拒否、DNR 指示、緩和的鎮静、法域によっては安楽死等の治療方針の決定に影響を及ぼす可能性があるということは、日本のみならず、諸外国においても共通している、ということを指摘した。さらに、政府への信頼度、医療福祉介護制度、貧困、社会的孤立、個人の経済状況や人間関係・家族関係・家族構成、その他個人の健康状態等特段の事情といった要因が、複合的に影響し合うことが考えられる。

これらの要因の多様さ、複雑さを鑑みれば、家族に頼る自己決定、意思決定には限界があり、社会が本人を支える仕組みが必要となると考える。例えば、検討に値する制度として、イングランドおよびウェールズの「2005 年意思能力法 ¹⁰¹」に規定されている「独立意思能力代弁人制度 ¹⁰²」がある。独立意思能力代弁人制度は、特定の意思決定を、それが必要とされる際に自力で行うことができる能力を失い、かつ、支援や相談を受けられる家族や友人のいない人が、重大な医療行為や住まいの変更について重要な意思決定を行う際に、彼らを支援する制度である。同法において、代弁人の役割は、あくまでも能力を喪失している人の意思決定を「支援する」ことであり、「意思決定する」ことではない。代弁人の役割を担うのは、税金を財源とする「国民保健サービス(National Health Service, NHS)」の病院や行政当局等から独立した、権利擁護団体や慈善団体に属している人たちである。

ただ、独立意思能力代弁人制度も、同制度の運営費が厳しい財政状況に置かれた地方自治体によって賄われているという財政上の問題や ¹⁰³、代弁人による支援ののちに医療機関や医療従事者らが「決定」する際に重視される本人にとっての最善の利益とは何か、という課題を有している。

さらに、終末期の治療中止の決定に関する法政策を含めた社会保障関連の政策を講じる際のジレンマもある。例えば、社会学者の松宮氏は、社会的孤立対策を検討する文脈で、成功事例モデルを単純に他にも適用することは実現可能性の面から難しく、個別の高齢者の生活の背景を踏まえる必要性がある、と指摘している 104。

5. 終わりに

日本・韓国・台湾の社会状況と終末期医療に関する法政策を比較した結果、法制化 やガイドライン策定に至った背景やきっかけ、議論の内容には相違があるものの、高 齢化、貧困、家族の多様化といった社会状況に大きな相違はなかった。

高齢者関連の社会福祉政策のみならず、社会保障の根幹をなす医療・年金・介護制度が個人の人生に与える影響が大きいため、社会状況に対応した改善が必要である。 高齢になって突然貧困状況に陥るというよりも、それまでの人生において積み重ねられてきた生活が高齢期に大きな影響を及ぼすため、社会保障制度とその周囲の関連法政策が個人の置かれた実態を適切に把握し、個人と制度を円滑に結びつける支援が必要である。

終末期の治療中止等の意思決定に関しては、社会状況が変化し、単身世帯の増加といった家族の在り方も多様化している現状で、十分かつ良い意思決定支援をしてくれる家族がいる、ということを前提することには限界がある。意思決定支援する家族が必ずいることを前提するのではなく、そうした家族がいない人が一定数いることを前提にした支援も必要である。超高齢社会において、支援してくれる家族がいないことに加え、治療方針を決定する際に意識を喪失していたり、治療方針について判断する能力を喪失していたりすることがあるためである。本ワーキングペーパーで述べたように、国レベルの政策を講じるために諸外国の取り組みを十分に検討し、具体的な対応策を検討する必要がある。

<日本医師会ができること>

- 一般市民や医療従事者等を対象にした意識調査を継続的に行い、厚労省が意識調査の対象項目から外した事前指示書の所有率、ガイドラインの周知度等をはじめ、意思決定を支援する家族がいるかどうかを含めて、意思決定における家族の関与とその課題に関するデータを継続して得られるようにすることが重要である
- 個人が終末期の状態になる前に、地域の医療や介護を通して「かかりつけ医」を はじめとする医療従事者や、介護従事者、行政等と関係性を構築するために、例

えば、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」等の教育プログラムにおいて、意思決定を支援する家族や親しい友人等がいない場合の意思決定支援のあり方に関する項目を加える等の取り組みも考えられる

■ 参考資料

- 田中美穂. 日医総研リサーチペーパー No. 137 人生の終末期に高齢者らが抱く 「他者の負担になる」という意識-日本と諸外国のデータ概観-. 2024年1月 29日. https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-4013/
- Ozeki-Hayashi R, Iwata F, Kodama S, Tanaka M. Guideline-Based Approach to End-of-Life Care Decisions in Japan: Practice, Regulation and the Place of Advance Directives. In: Cheung D, Dunn M, editors. Advance Directives Across Asia: A Comparative Socio-legal Analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 243–61.
- 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研(18KK0001). アジア諸国の終末期関連法規一覧.
 https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2
- 田中美穂, 児玉聡. WEBRONZA 韓国や台湾で進む終末期医療の法制化,終末期 医療の法制化、日本はどうする? 2018年7月27,28日.
 http://webronza.asahi.com/politics/articles/2018072400008.html, http://webronza.asahi.com/politics/articles/2018072400009.html
- 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).
 CAPE 生命倫理レポート 1: 世界の安楽死・治療中止概観. 2018 年 5 月 23 日.
 http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf
- 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).
 CAPE 生命倫理レポート 2: 台湾・韓国の法律. 2018 年 5 月 23 日.
 http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2018/05/cc176617b0905231564bca58e1756ffb.pdf
- 田中美穂, 児玉聡. 終の選択 終末期医療を考える. 勁草書房. 2017年.
- 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). 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 年 6 月 24 日. http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2014/03/67741ee2a9b734a044f0048e00fe1278.pdf

¹ WHO. WHO COVID-19 dashboard, Deaths, Total cumulative. 2024年12月1日現在. https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=o

2 厚生労働省. 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について. 2018年3月14日. https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html

3 神戸大学. 平成 30 年度 厚生労働省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業」. http://square.umin.ac.jp/endoflife/2018/index.html, 厚生労働省. 自らが望む人生の最終段階における医 療・ケア.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/saisyu_iryou/index.html

- 4 国際長寿センター. 平成 23 年度 理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書. 2012 年 3 月. http://www.ilcjapan.org/study/doc/all_1101.pdf
- ⁵ Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich. ESF Exploratory Workshop Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective? Country Reports on Advance Directives. 18-22 June 2008. https://www.ethik.uzh.ch/dam/jcr:00000000-14d5-886d-ffff-fffff1488f30/Country_Reports_AD.pdf
- 6 岡村世里奈. 事前指示をめぐる世界の状況と日本. 病院. 2013; 72(4): 281-285.
- ⁷ Tanaka M, Kodama S, Lee I, Huxtable R, Chung Y. Forgoing life-sustaining treatment a comparative analysis of regulations in Japan, Korea, Taiwan, and England. BMC Med Ethics. 2020; 21(1): 99. Published 2020 Oct 16. doi:10.1186/s12910-020-00535-w
- 8 The Lien Centre for Palliative Care at Duke-NUS Medical School. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. https://www.duke-nus.edu.sg/lcpc/quality-ofdeath/rankings
- ⁹ Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, et al. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. J Pain Symptom Manage. 2022; 63(4): e419-e429. doi:10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015
- ¹⁰ OECD. Health at a Glance 2023 OECD Indicators. 7 November 2023.

https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html

11 中華民國人口推估(2022年至2070年)報告. 2022年8月.

https://pop-proj.ndc.gov.tw/

- ¹² Alzheimer's Disease International. Numbers of people with dementia worldwide. As of 30 November 2020. https://www.alzint.org/resource/numbers-of-people-with-dementia-worldwide/
- 13 九州大学. 令和 5 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業) 認知症及び軽度認知 障害の有病率調査並びに将来推計に関する研究報告書. 2024 年. https://www.eph.med.kyushuu.ac.jp/information/detail/masterid/92/
- ¹⁴ Seo H, Choi M, Park S, et al. Resilience of family caregivers of people with dementia in South Korea: protocol for a scoping review. BMJ Open. 2022; 12: e056739. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056739

¹⁵ OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.

https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

¹⁶ Alzheimer's Disease International. Dementia fact sheet. June 2023.

https://www.alzint.org/resource/dementia-fact-sheet/

¹⁷ Alzheimer's Disease International. Women and Dementia: A global research review. 2015. https://www.alzint.org/resource/women-and-dementia-a-global-research-review/

¹⁸ Ku I, Lee W, Abe A, Mengbing Z, Li S, Yeh C, and Kim D. Luxembourg Income Study (LIS) Working Paper Series No. 842 What Makes Old-Age Poverty in East Asian Societies so High? June 2022 (revised in December 2023).

¹⁹ OECD. Poverty rate, 66 year-olds or more, % of population, 2021.

https://www.oecd.org/en/data/indicators/poverty-rate.html?oecdcontrol-9f300511bc-var6=Y_GT65

20 厚生労働省. 国民生活基礎調査 用語の解説(令和4年大規模調査).

https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html#anchor13

²¹ 阿部彩. 相対的貧困率の動向(2022 調査 update) JSPS 22H05098. 2024 年 1 月.

https://www.hinkonstat.net/

22 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口(令和5年推計)報告書. 2023年8月.

https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp_zenkoku2023.asp

²³ 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計(全国推計)(令和 6 (2024) 年推計) 一令和 2 (2020) ~32 (2050) 年一 表 6. 男女・年齢別にみた 65 歳以上人口の独居率(2020~2050 年).

2024年4月12日. https://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2024/t-page.asp

²⁴ 国立社会保障・人口問題研究所. 2024 年版人口統計資料集 表 7-16 家族形態別 65 歳以上人口および割合: 1980~2022 年. https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-16.htm,表 7-21 所属世帯別 65 歳以上人口: 1970~2020 年.

https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-21.htm, 表 7-30 性, 年齢(5歳階級)別単独世帯数および率:1980~2020 年.

https://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2024.asp?fname=T07-30.htm

- ²⁵ 国勢調査 平成 17 年国勢調査 男女・年齢・配偶関係, 世帯の構成, 住居の状態など(第 1 次基本集計) 全国結果 表 04500 高齢者世帯の種類(2 区分)、男女(2 区分)、65 歳以上年齢(5 歳階級)、高齢単身者数等. https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0000033765
- ²⁶ 国勢調査 昭和 45 年国勢調査 世帯の構成・家計の収入の種類・住居の状態(20%抽出集計結果) 表 4 世帯の家族類型, 世帯主の年齢(16 区分), 配偶関係(3 区分), 男女別 65 歳以上の親族のいる普通世帯数, 普通世帯人員及び 65 歳以上親族人員 全国*. https://www.e-stat.go.jp/stat-

 $\underline{search/files?page=1\&layout=datalist\&toukei=00200521\&tstat=000001037125\&cycle=0\&tclass1=000001037146\&tclass2val=0}$

²⁷ Statistics Korea. 2024 Statistics on the Aged. September 2024.

https://kostat.go.kr/board.es?mid=a20111010000&bid=11759&act=view&list_no=433631&tag=&nPage=1&ref_bid=11758,11759,11760,11761,11762,12050,11763&keyField=&keyWord=

²⁸ KOrean Statistical Information Service. Number of Private Households by Head's Age and Household Type, Number of Private Households by Head's Sex and Age. Updated on 19 SEP 2024.

 $\frac{\text{https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101\&tblId=DT_1BZ0502\&conn_path=I2\&language=en}}{(2024 年 12 月 13 日アクセス)}$

²⁹ 金戸幸子. 人口と家族変容から見えてくる台湾の高齢者問題. 海外社会保障研究 = The review of comparative social security research / 国立社会保障・人口問題研究所 編. 2006; (157): 71-79. https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/kaigai/157.htm

- 30 李修京. 東アジアの'儒教'の動きと韓日社会の儒教文化の一考察. 東京学芸大学紀要 人文社会科学系. 2024: 75: 31-48.
- 31 中華民國 111 年 老人狀況調查報告 Report of the Senior Citizen Condition Survey 2022. January

2024. https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-5095-77509-113.html

- 32 厚生労働省. 社会保障とは何か. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21479.html
- 33 飯島祥彦「第1章 職業倫理問題への制度的対応」『医療における公共的決定 ガイドラインという制度の条件と可能性』東京: 信山社. 2016 年. pp. 15-16.
- 34 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018 年.

https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html

35 厚生労働省.終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン.2007年.

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_127318.html

36 筑波大学. 令和5年度「人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業」.

https://square.umin.ac.jp/endoflife/2023/general.html

- 37 厚生労働省. 在宅医療の推進について 人生の最終段階における医療・ケア体制整備事業.
- https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html
- 38 日本老年医学会. ACP 推進に関する提言. 2019 年. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html
- 39 日本医師会. 日医ニュース 第 X VI 次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」まとまる. 2020 年 6 月 20 日.

https://www.med.or.jp/nichiionline/article/009366.html

- ⁴⁰ Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(5): 821-832.e1.
- ⁴¹ Thomas K. Chapter 1 Overview and introduction to advance care planning. In Thomas K, Lobo B, Detering K. *Advance Care Planning in End of Life Care Second Edition*. Oxford: Oxford University Press. 2018. pp. 6-11.
- ⁴² Russell S, Detering K. Chapter 2 What are the benefits of advance care planning and how do we know? In Thomas K, Lobo B, Detering K. *Advance Care Planning in End of Life Care Second Edition*. Oxford: Oxford University Press. 2018. p. 20.
- 43 木澤義之編集. これからの治療・ケアに関する話し合い-アドバンス・ケア・プランニング-. 2018 年 1月. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000189051.pdf
- ⁴⁴ Mori M, Chan HYL, Lin CP, et al. Definition and recommendations of advance care planning: A Delphi study in five Asian sectors. *Palliat Med.* Published online October 10, 2024.
- ⁴⁵ 日本学術会議死と医療特別委員会. 死と医療特別委員会報告―尊厳死について―. 蘇生. 1995; 13: 160-164.
- 46 横浜地裁平4(わ)1172号
- 47 東京高裁平 17 (う) 1419 号
- ⁴⁸ 辰井聡子. 重篤な疾患で昏睡状態にあった患者から気道確保のための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—川崎協同病院事件上告審決定—最決平成 21・12・7. 論究ジュリスト. 2012; (1): 212-217.
- 49 神馬幸一. 21 治療行為の中止-川崎協同病院事件. 別冊ジュリスト 刑法判例百選 I 総論 (第 7 版、および、2020 年発刊の第 8 版も同内容). 2014: (220): 44-45.
- ⁵⁰ 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」甲斐克則編『医事法講座第4巻 終末期医療と医事法』東京: 信山社; 2011 年. pp. 6-17.
- 51 中央社会保険医療協議会 総会(第 571 回). 個別事項(その 12)について(総-3). 2023 年 12 月 8 日. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00230.html

⁵² 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. https://legal-support.or.jp/general/activity/proposal/

53 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.

 $\frac{https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html$

National Law Information Center. Act on Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients in Hospice and Palliative Care or at the End of Life.

http://www.law.go.kr/eng/engLsSc.do?menuId=1&query=ACT+ON+DECISIONS+ON+LIFE-SUSTAINING+TREATMENT+FOR+PATIENTS+IN+HOSPICE+AND+PALLIATIVE+CARE+OR+AT+THE+END+OF+LIFE&x=25&y=28

- ⁵⁵ 藤原夏人. 立法情報【韓国】尊厳死法の制定―終末期医療に係る法整備―. 外国の立法. 2016 年 4 月. http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9929060_po_02670108.pdf?contentNo=1&alternativeNo=
- ⁵⁶ 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研 (18KK0001)ウェブサイト. 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(改正). https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2
- 57 국립연명의료관리기관 (国立延命医療管理機関) . https://www.lst.go.kr/main/main.do
- ⁵⁸ 국립연명의료관리기관 (国立延命医療管理機関). [연보] 2023 연명의료결정제도 연보 (2023 年延命 医療決定制度年報). May 2024. https://www.lst.go.kr/comm/referenceDetail.do?bno=4687
- ⁵⁹ 田中美穂, 児玉聡「第 10 章 『尊厳死』法案を考える」『終の選択-終末期医療を考える-』東京: 勁草書房; 2017 年. pp. 235-236.
- 60 洪賢秀. 韓国の延命医療決定法. 年報医事法学. 2018; (33): 302-307.
- ⁶¹ Hahm KH, Lee I. Biomedical Ethics Policy in Korea: Characteristics and Historical Development. J Korean Med Sci. 2012: 27: S76-81.
- 62 Lee I, Koh SO. End-of-life Care in Korea: Current Situation. INTENSIVIST. 2012; 4(1): 93-96.
- ⁶³ Ilhak Lee, Shin Ok Koh. End-of-life Care in Korea: Current Situation. *INTENSIVIST*. 2012; 4(1): 93-96.
- ⁶⁴ 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.
- 65 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』東京: 丸善出版; 2012 年. pp. 238-250.
- ⁶⁶ 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研 (18KK0001)ウェブサイト. 安寧緩和医療法 (日本語). https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2
- ⁶⁷ 東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究 国際共同研究強化(B)科研 (18KK0001)ウェブサイト. 患者自主権利法 (日本語). https://www.asian-eolc-ethics.com/blank-2
- 68 Ministry of Health and Welfare (衛生福利部). Hospice Palliative Care Act. 2013.01.09.

http://law.moj.gov.tw/Eng/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020066%20,

- 69 Ministry of Health and Welfare (衛生福利部). Patient Right to Autonomy Act. 2016.01.06. http://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020189
- ⁷⁰ 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.
- 71 衛生福利部. 衛部醫字第 1101661853 號公告. 2021 年 (中華民国暦 110 年) 4月 13日.

- ⁷² 鍾宜錚. 台湾における終末期医療の議論と「善終」の法制化 「安寧緩和医療法」から「病人自主権利法」へ-. 生命倫理. 2017; 27(1): 113-121.
- ⁷³ 田中美穂, 児玉聡「第 10 章 『尊厳死』法案を考える」『終の選択-終末期医療を考える-』東京: 勁草書房; 2017 年. pp. 233-235.
- 74 大谷實.終末期医療を考える(1)立法問題としての終末期医療. 判例時報. 2018; (2373): 136-142.
- 75 尊厳死法制化に反対する会. 声明文. 2012 年.

https://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page_3.html

- ⁷⁶ 日本弁護士連合会. 「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱(案)」に関する意見書. 2007 年 8 月. https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2007/070823_3.html
- 77 立岩真也. わからないから教えてくれと聞いてまわるのがよいと思う。DPI: Disabled people's international われら自身の声. 2006; 22(2): 21-23.
- ⁷⁸ 日経メディカル. 2018 年 3 月号特集◎終末期医療の三原則 終末期の治療差し控え・中止に警察は介入 しない. 2018 年 3 月 21 日.
- 79 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. https://www.nichibenren.or.jp/document/statement/year/2012/120404_3.html
- 80 田中美穂. 日医総研リサーチレポート No. 137 人生の終末期に高齢者らが抱く「他者の負担になる」という意識-日本と諸外国のデータ概観-. 2024 年 1 月.

https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-4013/

- 81 日本老年医学会. ACP 推進に関する提言. 2019 年. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html
- 82 Nakazawa E, Yamamoto K, Ozeki-Hayashi R, Akabayashi A. Why Can't Japanese People Decide?-

Withdrawal of Ventilatory Support in End-of-Life Scenarios and Their Indecisiveness. *Asian Bioeth Rev.* 2019; 11(4): 343-347. Published 2019 Dec 4. doi:10.1007/s41649-019-00107-0

- 83 佐々木裕子, 山口幸恵. 高齢者の自己決定を支える看護援助について--日本文化と家族との関係を通して. ホスピスケアと在宅ケア= Hospice and home care. 2010; 18 (1): 2-8.
- ⁸⁴ Mori M, Chan HYL, Lin CP, et al. Definition and recommendations of advance care planning: A Delphi study in five Asian sectors. *Palliat Med.* Published online October 10, 2024.
- ⁸⁵ Nakazato K, Shiozaki M, Hirai K, et al. Verbal communication of families with cancer patients at end of life: A questionnaire survey with bereaved family members. *Psychooncology*. 2018; 27(1): 155-162. doi:10.1002/pon.4482
- 86 American Bar Association Commission on Law and Aging. Incapacitated and Alone: Health Care Decision-Making for the Unbefriended Elderly. July 2003.

https://www.americanbar.org/groups/law_aging/resources/health_care_decision_making/

- ⁸⁷ Carney MT, Fujiwara J, Emmert BE Jr, Liberman TA, Paris B. Elder Orphans Hiding in Plain Sight: A Growing Vulnerable Population. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2016; 2016: 4723250. doi:10.1155/2016/4723250
- ⁸⁸ Kaiser Family Foundation/The Economist. Topline: Four-Country Survey on Aging and End-of-Life Medical Care. April 2017.
- ⁸⁹ Pew Research Center. Views on End-of-Life Medical Treatments. 2013.
- ⁹⁰ Bazargan M, Cobb S, Assari S. Completion of advance directives among African Americans and Whites adults. *Patient Educ Couns.* 2021; 104(11): 2763-2771.
- 91 e-Stat. 厚生労働省 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. 2014 年公開.

https://www.e-stat.go.jp/stat-

92 e-Stat. 厚生労働省 平成 29 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査. 2019 年公開.

https://www.e-stat.go.jp/stat-

search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450124&tstat=000001114055&cycle=8&tclass1val=0

- 93 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編. 2018年 3月. https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html
- 94 厚労省保険局医療課長通知 保医発第 0305001 号 診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について 別添 1 第 2 章 特掲診療料 第 1 部 医学管理等 B018 後期高齢者終末期相談支援料(医学 p. 33). 2008 年 3 月 5 日. https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html
- 95 厚労省保険局医療課長通知 保医発第 0630001 号 後期高齢者終末期相談支援料の凍結について. 2008 年 6 月 30 日. https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/tp0305-1.html
- 96 e-Stat. 厚生労働省 令和 4 年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査. 2023 年公開. https://www.e-stat.go.jp/stat-

97 日本弁護士連合会. 患者の権利に関する法律の制定を求める決議. 2011 年.

https://www.nichibenren.or.jp/document/civil_liberties/year/2011/2011_2.html

98 日本弁護士連合会. 患者の権利に関する法律大綱案の提言. 2012 年.

https://www.nichibenren.or.jp/document/opinion/year/2012/120914_2.html

- ⁹⁹ Long S. Chapter 5 Who Decides? Social Roles and Relationships. In *Final Days: Japanese Culture And Choice at the End of Life.* Honolulu: Univ of Hawaii Pr. 2006. p. 73.
- ¹⁰⁰ Long S. 2. Dying in Japan: Into the hospital and out again? Edited by Suzuki H. In *Death and Dying in Contemporary Japan (Japan Anthropology Workshop Series) (English Edition)*. London: Taylor & Francis. Kindle, pp. 120-122.
- 101 新井誠・紺野包子『イギリス 2005 年意思能力法・行動指針』東京: 民事法研究会; 2009 年.
- 102 legislation.gov.uk. Mental Capacity Act 2005 Independent mental capacity advocate.

 $\frac{\text{https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/part/1/crossheading/independent-mental-capacity-advocate-service}$

- 103 Social Care Institute for Excellence (SCIE). Commissioning and monitoring of Independent Mental Capacity Advocate (IMCA) services. 2009. https://www.scie.org.uk/mca/imca/commissioning/
- ¹⁰⁴ 松宮朝「第4章 高齢者の孤独・孤立を通して考える<生活 文脈>理解」宮下洋ほか著『<生活 文脈>理解のすすめ』京都: 北大路書房; 2024 年.

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改正

[2018.3.28 施行][2018.12.11 一部改正]

1. 改正理由

現行法では、臨終過程に置かれた患者の意思を確認できず患者が意思表現できない医学的な状態にある場合は、家族全員の合意により延命医療を中止するようになっている。

現行法上、患者家族とは 19 歳以上の配偶者および全直系血族を意味しており、直系血族の数が多く、高齢患者の場合には、延命医療を遂行する医療者が全直系血族と連絡を取り、延命医療中止関連の同意を得なければならないという現実的に難しい状況にある。

また、延命医療中止に関する患者の意思を推断できる範囲の者以外の全直系血族から、延命医療中止の同意を取得することは非合理的である。

従って、延命医療の中止に関して患者の意思を確認できない場合は、延命医療中止に関する合意が必要な患者家族の範囲を配偶者および 1 親等以内の直系尊・卑属等に修正し、患者の尊厳ある臨終を助け、医療現場において生じうる困難事項を解消しようとした。

[2018.3.28 施行]〔2018.3.27 一部改正〕

2. 改正理由

現行法は、延命医療の対象である医学的施術の範囲を心肺蘇生術等の 4 種に限定し、延命医療計画書の作成時期を末期、または臨終期にのみ作成するようにするなど、延命医療決定のための患者の選択権が制限されている。このような状況は、延命医療の決定過程における関連書類の作成や、個人情報の処理に関する規定等が医療の現実を反映できていない。

また、延命医療の中止等の決定における履行対象でない患者に延命医療の差し控え・中止した者に対して罰則を付加し、資格停止まで併科している。しかし、まだ制度が定着する前にこのような罰則を付加することは、医療者等に過度な負担となっているという指摘がある。

従って、延命医療の対象である医学的施術の範囲や延命医療計画書の作成時期を拡大し、木スピス患者の延命医療の中止等、決定手続きの緩和、対象でない患者に対する差し控え・中止した者に対する罰則を現行の「3 年以下の懲役または 3 千万ウォン以下の罰金」から「1 年以下の懲役または 1 千万ウォン以下の罰金」に軽減し、改正することで、患者の自己決定権を尊重し、医療の現実に合うように補完した。

3. 主な改正内容

- ① 延命医療の対象である医学的施術の拡大(法第2条第4号、施行令第2条) 延命医療の定義に大統領令で定める施術を追加し、患者の延命医療の決定に対する権利を幅広く保証した。
- (旧) 4 種の施術:心肺蘇生術、人工呼吸器の装着、血液透析および抗がん剤の投与 (新) 4 種の施術+体外生命維持装置(術) *、輸血、血圧上昇剤の投与、その他担当医が差し控え・中止が必要 であると判断する施術
- ※体外生命維持装置(術):深刻な呼吸不全・循環不全時に体外循環を通して心肺機能維持

を助ける施術(一般的に「体外式膜型人工肺 ECMO」を利用した施術を包括する概念)

*延命医療計画書、事前延命医療意向書等の延命医療関連書式で医師または患者が作成しなければならない欄と内容等を施行令改正により変更した。

② 延命医療計画書の作成対象の拡大(法第2条第3号および第6号) 「末期患者」の対象疾患**の制限を削除し、延命医療計画書の作成対象(疾患と関係ない 全ての末期患者+臨終過程にある患者)を拡大した。

ホスピス対象患者を所定の疾患**に該当する末期患者または臨終過程にある患者であり、 その意味を明確にした。

- ** がん、後天性免疫不全症候群、慢性閉鎖性呼吸疾患、慢性肝硬変等、その他保健福祉部令で定める疾患
- ③ 患者家族の範囲調整(法第18条第2項) 患者家族全員の合意による延命医療中止等の決定時、全ての直系血族に延命医療の中止の 同意を得なければならなかったが、親等の範囲を狭くした。
 - (旧) 配偶者および全ての直系血族
 - (新) ①配偶者および 1 親等以内の直系尊・卑属、②、①に該当しない場合、2 親等以内の直系尊・卑属、③、②に該当しない場合、兄弟姉妹
- ④ ホスピス専門機関の利用末期患者の臨終過程の是非の判断手続きの簡素化(法第 16 条第 2 項)

〈臨終過程の是非判断〉

- (旧) 担当医+当該分野専門医1名による判断
- (新) 基本原則:担当医+当該分野専門医1名、 ホスピス専門機関:担当医1名により判断可能
- ⑤ 患者家族全員の合意範囲から除かれる「行方不明者」を、申告日から「3 年以上」から「1 年以上」経過した者に調整(施行令第 10 条第 1 項第 1 号) 延命医療中止等決定時に行方不明の家族構成員により合意が難しい状況を最小化した。
- ⑥ 患者家族の証明書類の範囲を拡大(施行規則第13条、第14条、第22条、第25条)

多様な現実を考慮し、家族関係証明書、以外に除籍謄本等、家族関係を証明するために活用できる書類を証明書類の範囲を拡大した。

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

(略称:延命医療決定法)

[2019.3.28 施行] [法律第 15912 号、2018.12.11 一部改正]

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) (改正 2018. 3. 27.)

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¹」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、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亡が予想されると診断を受けた患者をいう。
- 4. 「延命医療²」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、人工呼吸器の装着およびその他の大統領令で定める医学的施術で、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。
- 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、とは、次の各号の一つに 該当する実感で末期患者と診断された患者、または臨終過程にある患者(以下「ホス ピス対象患者」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。
 - ア. がん
 - イ. 後天的免疫不全症候群

^{1「}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。

² 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。

- ウ. 慢性閉塞性肺疾患
- 工. 慢性肝硬変
- オ. その他保健福祉部令で定める疾患
- 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、紹介要請 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た業務
- 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 ³・病院・韓方病院⁴・療養病院および総合病院をする、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。
- 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、患者およびその法的代理人に説明をし、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・通報等に必要な事項は 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)

4 韓国の伝統的医療を行う病院

³ 韓国の伝統的医療を行う医院

- 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・撤回およびそれにもと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名事項
- 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、次の各号のどれか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項により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35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2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する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 項による共用病院倫理委員会と、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行うことができる。

- 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)

- ① 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(電子文書による記録を含む)しなければならない。 〈改正 2018、3、27、〉
- ② 第1項にもかかわらず第25条によるホスピス専門機関でホスピスを利用する末期患者が臨終過程にあるかどうかの是非は、担当医の判断に代える事が出来る。〈新設2018.3.27〉

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態である場合、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第 4 号による患者家族 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。
- 4. 「患者の家族」とは、19 歳以上の者で、次の各号の一に該当する者をいう。
 - ア. 配偶者
 - イ. 直系卑属
 - ウ. 直系尊属
 - 工. 第1号から第3号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(電子文書による記録を含む)しなければならない。〈改正 2018. 3. 27.〉

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態である場合には、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。〈改正 2018. 12. 11〉
- 1. 未成年者である患者の法的代理人(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. 患者家族のうち、次の各号に該当するもの(19 歳以上の者に限り、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

ア. 配偶者

- イ.1 親等以内の直系尊属・卑属
- ウ. ア号およびイ号
- 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(電子文書による記録を含む)しなければならない。〈改正2018.3.27.〉

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・水・酸素の単純供給は、保留(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、病院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。〈改正 2018. 3. 27.〉
- ⑤ 医療機関の長は、第 1 項により延命利用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⁵、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
- ホスピスの発展のための研究・開発事業

⁵ 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。

- 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だと認められた事業
- 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)

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⁶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。 〈改正2018.3.27.〉
- 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. ホスピス対象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

⁶原文では、号の細分で「마목」と示されている。

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。〈改正 2018. 3. 27.〉

- 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. 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らに関する医療支援および評価
- 4. ホスピス対象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、諮問型、家庭型に区分し、ホスピス専門機関として指定することができる。〈改正2018.3.27.〉
- 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。

[施行日:2018. 2. 4.]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、ホスピス対象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。 〈改正 2018. 3. 27.〉
- 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。

〈改正 2018. 3. 27.〉

第28条(ホスピスの申請)

- ① ホスピス対象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て、ホスピス専門機関に申請しなければならない。〈改正 2018. 3. 27.〉
- ② ホスピス対象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 4 号各目の順で申請することができる。〈改正 2018. 3. 27.〉
- ③ ホスピス対象患者等は、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。〈改正2018、3、27、〉
- ④ ホスピスの申請および撤回等に必要な事項は、保険福祉部令で定める。

第29条(ホスピス専門機関の評価)

- ① 保険福祉部長官は、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。
- 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。〈改正 2018. 3. 27.〉[題目改正 2018. 3. 27]

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。〈改正 2018. 3. 27.〉

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。〈改正 2018. 3. 27.〉

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行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。〈改正2018、3、27、〉

- 1. 第20条各号による記録を虚偽で記録した者
- 2. 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

本法は、2019年3月28日から施行する。

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施行令

[2019.3.26 一部改正、大統領令第 29662 号、2019.3.28.施行]

第1条(目的)

本令は、「ホスピス・緩和医療および終末期医療患者の延命医療決定に関する法律」で委任された事項とその施行に必要な事項を規定することを目的とする。

第2条(延命医療)

「ホスピス・緩和医療および終末期医療患者の延命医療決定に関する法律」(以下 「法」とする。)第2条第4号で「大統領令で定める医学的施術」とは、次の各号の施術 をいう。

- 1. 体外生命維持装置(ECLS)
- 2. 輸血
- 3. 血圧上昇剤の投与
- 4. その他、担当医が患者の最善の利益を保障するために施行または中止する必要があると医学的に判断する施術

第3条(国家ホスピス延命医療委員会)

- ① 法第 8 条第 1 項により国家ホスピス延命医療委員会(以下「委員会」とする)委嘱委員会の任期は、3 年とし、1 回のみ再任できる。ただし、委員の解嘱等により新しく委嘱された委員の任期は、前任委員の任期の残存期間と同一とする。
- ② 保健福祉部長官は、委員会の委員が次の各号の一つに該当する場合には、当該委員を解任または解嘱することができる。
 - 1. 精神障害により職務を遂行できなくなった場合
 - 2. 職務と関連する非違事実がある場合
 - 3. 職務怠慢、品位損傷またはその他の理由で委員として適していないと認められた場合
 - 4. 委員自らが職務を遂行する事が困難であるという意思表示があった場合
- ③ 委員会の委員長(以下、本条では「委員長」とする)は、委員会を代表し、委員会の業務を総括する。
- ④ 委員長がやむを得ない事由で職務を遂行する事が出来ない場合には、委員長が指名する委員がその職務を代行する。
- ⑤ 委員会の会議は保健福祉部長官または委員の3分の1以上が要求する場合、または委員長が必要であると認める場合に召集し、委員長がその議長となる。
- ⑥ 委員会の会議は、在籍委員の過半数の出席をもって開会とし、出席委員の過半数の賛成で議決する。
- ⑦ 委員会の事務を処理するために委員会に幹事 1 名を置き、幹事は保健福祉部所属の公務員のうち保健福祉部長官が指名する。
- ⑧ 委員会の会議に出席した委嘱委員には、予算の範囲内で手当て・旅費とその他必要な 経費を支給することができる。

第4条(専門委員会)

- ① 委員会は、委員会の審議事項を専門的に検討するために必要な場合分野別専門委員会を置くことができる。
- ② 分野別専門委員会は、委員長 1 名を含め 10 名以内の委員で性別を考慮し構成する。
- ③ 分野別専門委員会の委員長および委員は、保健福祉部長官が任命、または委嘱する。

第5条(運営細則)

本令で規定した事項以外の委員会と分野別専門委員会の構成および運営等に必要な事項は保健福祉部令で定める。

第6条(国立延命医療管理機関)

- ① 本法第 9 条第 1 項により國立延命医療管理機関(以下「管理機関」とする)の長は、保健福祉部長官が任命または委嘱する。
- ② 管理機関の長は、管理機関の効率的運営のために必要であると認めた場合には、保健福祉部長官が定めるところにより延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行と関連する分野の専門家で構成される運営委員会を置くことができる。
- ③ 管理機関の長は、所管業務を遂行するために必要であると認められる場合には、関係中央行政機関の長、地方自治団体の長、「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関の長および保健医療関連する機関・法人・団体・専門家に資料または意見の提出を要請することができる。
- ④ 管理機関の長は、保健福祉部長官の定めるところにより事業運営計画、事業推進実績、 財政遂行内訳等を保健福祉部長官に報告しなければならない。
- ⑤ 法第9条第2項第5号より「大統領令で定める業務」とは、次の各号の業務をいう。
 - 1. 法第9条第2項第1号から第4号までの業務遂行に必要な情報処理システム の構築・運営
 - 2. 延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行と関連する医療機関開設者、 医療者または医療機関従事者に対する教育および情報提供
 - 3. その他第 1 号および第 2 号に準じる業務で、延命医療、延命医療中止等の決定およびその履行と関連して保健福祉部長官が特に必要であると認めた業務

第7条(延命医療計画書の作成)

法第10条第4項第2項で「大統領令で定める方法」とは録画をいう。

第8条(事前延命医療意向書の登録機関の指定要件)

- ① 法第 11 条第 1 項による事前延命医療意向書の登録機関(以下「登録機関」とする)の指定要件は、次の各号のとおりである。
 - 1. 所管業務を独立的に遂行できる事務室および相談室を備えること
 - 2. 所管業務の遂行に必要なオンライン業務処理システムを備えること

- 3. 所管業務を専門的に遂行できる 1 箇所以上の担当部署と 2 名以上の人員を備えること
- ② 第 1 項による指定基準の細部内容および運営等に必要な事項は、保健福祉部長官が定め告示する。

第9条(記録の移管)

- ① 登録機関の長は、法第 13 条第 3 項により保管している記録を管理機関の長に移管する際に登録機関の指定が取り消された日から 30 日以内に移管しなければならない。
- ② 登録機関の長は、法第 13 条第 3 項により保管している記録を管理期間の長に移管する際に保管している記録の全体目録を作成し一緒に提出しなければならない。
- ③ 第1項および第2項で規定した事項、以外に登録機関の長に保管している記録の移管のための手続きおよび方法等に必要な細部事項は、保健福祉部長官が定め告示する。

第10条(患者の意思を確認する事ができない場合の延命医療の中止等の決定)

- ① 法第18条第1項第2号で「行方不明者等、大統領令で定める事由に該当する者」とは次の各号の一つに該当するものをいう。
 - 1. 警察官署⁷に行方不明の事実を申告した日から 1 年以上経過した者
 - 2. 失踪宣告を受けた者
 - 3. 意識不明またはこれに準じる事由で自らの意思表明をすることができない医学的状態にある者で、当該医学的状態に対して専門医 1 名以上の診断・確認を受けた者
- ② 患者家族が法第 18 条第 1 項第 2 号により延命医療中止等の決定の意思表示をする場合、その家族のうち第 1 項各号の一つに該当する者である場合には当該事実を証明できる書類を担当医に提出しなければならない。

第11条(延命医療中止等の決定関連記録の保存)

法第 20 条第 7 号で「大統領令で定める事項」とは、法第 14 条第 2 項第 1 号または第 2 号による医療機関倫理委員会の審議に関連する記録をいう。

第12条(ホスピス・緩和医療事業の委託)

- ① 保健福祉部長官は、法第 21 条第 2 項により同条第 1 項に基づく事業を次の各号の一つに該当する専門の機関または団体に委託することができる。
 - 1. 法第23条第1項各号以外の部分前段による中央ホスピスセンター(以下「中央センター」とする)
 - 2. 法第 24 条第 1 項各号以外の部分前段による圏域別ホスピスセンター(以下「圏域別センター」とする)
 - 3. 「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関のうち、その設立目的 が保健医療と関連する公共機関

⁷ 警察官署とは、警察庁とその所属機関などをいう。

- 4. 委託業務の遂行に必要な組織・人員および専門性等を備えた期間・団体で保健福祉部長官が定め告示する機関または団体
- ② 保健福祉部長官は、法第21条第2項により委託する場合には、その委託基準・手続きおよび方法等に関する事項を予め公告しなければならない。
- ③ 法華福祉部長官は、法第21条第2項により委託内容及ぶ受託者等に関する時効を官報に告示し、保健福祉部のインターネット・ホームページに掲載しなければならない。
- ④ 法第 21 条第 2 項により委託を受ける専門機関および団体は、事業運営計画、事業運営 実績、財政運営計画および財政運営実績等を保健福祉部長官に報告しなければならない。
- ⑤ 第2項から第4項までの規定による委託基準等の公告、委託内容等の告示および委託 業務の報告等に必要な細部事項は保健福祉部長官が定め告示する。

第13条(ホスピス専門機関の評価業務の委託)

- ① 保健福祉部長官は、法第 29 条第 4 項により法第 25 条第 1 項により指定を受けたホスピス専門機関(以下「ホスピス専門機関」とする)の評価業務を次の各号の一つに該当する専門機関または団体に委託することができる。
 - 1. 中央センター
 - 2. 「公共機関の運営に関する法律」第4条による公共機関のうち、その設立目的 が保健医療と関連する公共機関
 - 3. 委託業務の遂行に必要な組織・人員および専門性等を備えた機関・団体で保健 福祉部長官が定め告示する機関または団体
- ② 保健福祉部長官は、法第 29 条第4項によるホスピス専門機関評価業務を委託する場合、その委託基準等の公告、委託内容等の告示および委託業務の報告等に関しては第 12 条第2項から第5項までの規定を準じる。

第14条(機微情報および固有識別情報の処理)

- ① 保健福祉部長官(第12条第1項および第13条第1項により保健福祉部長官の業務を委託された者を含む)、中央センターの長(第3号の事務のみ該当する)、圏域別センターの長(第5号の事務のみ該当する)またはホスピス専門機関(第6号の2の事務のみ該当する)は、次の各号の事務を遂行する上で不可欠な場合「個人情報保護法」第23条による健康に関する情報、同法施行令第19条による住民登録番号、旅券番号または外国人登録番号が含まれた資料を処理することができる。
 - 1. 法第 21 条第 1 項に基づくホスピス・緩和医療のための事業の実施に関する事務
 - 2. 中央センターの指定に関する事務
 - 3. 法第23条第1項第1号・第2号・第5号および第6号による事務
 - 4. 圏域別センターの指定に関する事務
 - 5. 法第24条第1項第1号・第4号および第7号に基づく事務
 - 6. 法第 25 条第 1 項および第 26 条第 1 項に基づくホスピス専門機関の指定・変更 に関する事務
 - 6の2. 法第28条に基づくホスピス・緩和医療の利用申請および撤回に関する事務

- 7. 法第29条に基づくホスピス専門機関の評価に関する事務
- ② 担当医または該当分野の専門医(第2号から第4号までの事務のみ該当する)は、次の各号の事務を遂行する上で不可欠な場合、「個人情報保護法」第23条による健康に関する情報、同法施行令第19条による住民登録番号、旅券番号または外国人登録番号が含まれた資料を処理することができる。
 - 1. 法第 10 条鬼基づき延命医療計画書の作成・変更・撤回に関する事務
 - 2. 法第 16 条に基づく患者が臨終過程にあるかどうかの是非に対する判断結果の記録に関する事務
 - 3. 法第 17 条に基づき延命医療中止等の決定に関する患者の意思確認、管理機関に対する登録照会および患者意思の確認結果の記録に関する事務
 - 4. 法第 18 条に基づき延命医療中止等の決定に関する意思表示の確認事務およびその確認結果の記録に関する事務
 - 5. 法第 19 条に基づき延命医療中止等の決定の履行等に関する事務

第15条(過怠料)

法第43条第1項から第3項までの規定による過怠料の付加基準は別表のとおりである。

附則

本令は、2019 年 3 月 28 日から施行する。ただし、別表第 2 号ケの改正規定 * は、公布日より施行する。

* 法第36条を違反し、国立延命医療管理機関、事前延命医療意向書登録機関、中央ホスピスセンター、圏域別ホスピスセンター、ホスピス専門機関またはこれらと類似した名称を使用した場合(法第43条第3項第3号):1次違反時は、50万ウォン、2次違反時は、100万ウォン、3次違反時は、200万ウォンの罰金。

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施行規則

[実施 2019. 3. 28.] [保健福祉部令第 620 号、2019. 3. 26、一部改正]

第1条(目的)

本規則は、「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」および同法施行令で委任された事項およびその施行に必要な事項を規定することを目的とする。

第2条(末期患者の診断基準)

「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」(以下「法」という。)第2条第3号に基づき担当医と当該分野1名が末期患者かどうかを診断する場合には、次の各号の基準を総合的に考慮しなければならない。

- 1. 臨床的症状
- 2.他の病気や疾患の存在
- 3.薬物投与または手術などによる改善度
- 4. 従来の診療経過
- 5.他の診療方法の状況
- 6. その他、第 1 号から第 5 号までの規定に準ずるものとして末期患者の診断のために 保健福祉部長官が特に必要であると認める基準

第3条(延命医療計画)

- ①法第10条第1項に基づく延命医療計画は、別紙第1号書式のとおりである。
- ② 法第 10 条第 3 項第 6 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、法 第 14 条第 1 項 に基づく医療機関倫理委員会の利用に関する事項をいう。
- ③ 法第 10 条第 4 項第 5 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、次の各号の事項をいう。 <改正 2018. 2. 2、2019. 3. 26>
 - 1.患者の氏名および住民登録番号
 - 2. 患者が末期患者または臨終の過程にある患者であるかどうかの是非
 - 3.延命医療計画書の閲覧の可否
 - 4.担当医の所属医療機関および免許証番号
- ④担当医は、法第 10 条第 1 項から第 4 項までの規定に基づき延命医療計画書を作成、同条第 5 項の規定に基づき延命医療計画書の変更または撤回要求を受けた場合には、 遅滞なく、所属医療機関の長に報告しなければならない。
- ⑤ 法第 10 条第 6 項に基づいて医療機関の長が法 第 9 条第 1 項に基づく国立延命医療管理機関(以下「管理機関」という。)の長に延命医療計画書の登録および変更または撤回結果を通報した場合には、「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施行令」(以下「令」という。)第 6 条第 5 項第 1 号に基づく情報処理システムを介して行うことができている。 <改正 2019. 3. 26.>

第4条(登録機関の指定手続)

- ①法第 11 条第 1 項に基づいて、事前延命医療意向書の登録機関(以下「登録機関」という。)の指定を受けようとする者は、別紙第 2 号書式の事前延命医療意向書登録機関の指定(変更)申請書(電子文書にされた申請書を含む)には、次の各号の書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。 <改正 2019. 3, 26.>
 - 1. 法第 11 条第 1 項各号に該当する機関であることを証明する書類
 - 2. 令第8条第1項各号による指定要件に適合することを証明する書類
 - 3.事業運営計画書
- ②保健福祉部長官は、第 1 項の規定による指定の申請の検討のために必要であると認める場合には、現地の確認をすることができ、関連中央行政機関または地方自治団体の長に資料または意見の提出などを要請することができる。
- ③保健福祉部長官は、法第 11 条第 1 項に基づき登録機関を指定した場合には、別紙第 3 号書式の事前延命医療意向書の登録機関指定書を発行しなければならず、保健福祉部のインターネットのホームページにその指定事実を掲載しなければならない。
- ④ 法第 11 条第 1 項に基づき登録機関として指定を受けた者が次の各号のいずれかに 該当する事項を変更する場合には、別紙第 2 号書式の事前延命医療意向書の登録機 関の指定(変更)申請書(電子文書の申請書を含む)の変更事項を確認できる書類 (電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。 <改 正 2019. 3. 26.>
 - 1. 登録機関の名称
 - 2. 登録機関の所在地
 - 3. 登録機関の代表者
 - 4. 令第8条第1項各号の規定による登録機関の指定要件
- ⑤第1項から第4項までに規定する事項のほか、登録機関の指定手続および指定方法 等に必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第5条(登録機関の業務)

- ①法第 11 条第 2 項第 5 号の「保健福祉部令で定める業務」とは、事前に延命医療趣意書の保存および管理に関する業務をいう。
- ②登録機関は、法第 11 条第 3 項に基づいて管理機関の長に業務遂行の結果を報告する場合には、令第 5 項第 1 号に基づく情報処理システムを介して報告することができる。 <改正 2019、3、26.>

第6条(登録機関の廃業など申告) ①法第11条第5項に基づき登録機関の長が廃業、休業または再開する場合には、廃業、休業、または運営再開の予定日の10日前までに別紙第4号書式の事前延命医療意向書の登録機関廃業(休業、運用再開)届出書(電子文書の申告書を含む。)に次の各号の区分による書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。<改正2019.3.26.>

- 1. 廃業または休業: 法第11条第6項本文による関連記録の移管に関する措置計画書
- 2.運営再開:令第8条第1項各号による指定要件に適合することを証明する書類

②保健福祉部長官は、法第 11 条第 5 項に基づき登録機関の廃業または休業申告を受けた場合には、第 1 項第 1 号の規定による措置計画書に基づいて関連記録が移管されたかどうかを確認・点検しなければならない。

第7条(登録機関の記録移管)

- ①法第 11 条第 6 項の本文に基づき登録機関の長の管理機関の長に移管すべき関連の記録は、事前延命医療意向書の登録および変更または撤回に関連する全記録をいう。
- ②法第 11 条第 6 項本文に基づき登録機関の長の管理機関の長に関連記録を移管する場合には、休業または廃業予定日 3 日前までに移管しなければならない。
- ③法第 11 条第 6 項ただし書により関連記録の直接保管への許可を得ようとする者は、別 紙第 5 号書式の関連記録を直接保管許可申請書(電子文書の申請書を含む)に、次の各号 の書類(電子文書を含む)を添付して、管理機関の長に提出しなければならない。
 - 1. 関連記録に対する全目録
 - 2. 関連記録に対する保管計画書
- ④管理機関の長は、第 3 項の規定による許可申請についてその可否を決定した場合には、申請者に書面(電子文書を含む)で、その結果を通知しなければならない。
- ⑤第1項から第4項までに規定する事項のほか、関連記録の移管または直接保管許可申請の手続および方法等必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第8条(事前延命医療意向書)

- ①法第 12 条第 1 項に基づく事前延命医療趣意書は、別紙第 6 号書式のとおりである。
- ②法第 12 条第 2 項第 6 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、法 第 11 条第 6 項および 13 条第 3 項に基づく記録の移管に関する事項をいう。
- ③法第 12 条第 3 項第 4 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、次の各号の事項をいう。
 - 1.作成者の氏名および住民登録番号
 - 2.作成者が法第 12 条第 2 項各号の事項について説明を理解したという確認
 - 3. 事前延命医療意向書の閲覧の可否
 - 4. 登録機関と相談者に関する事項
- ④法第 12 条第 5 項および第 7 項に基づいて登録機関の長の管理機関の長に事前延命医療 意向書の登録および変更または撤回結果を通知する場合には、令第 5 項第 1 号による情報 処理システムを介して行うことができる。 <改正 2019. 3. 26.>

第9条(医療機関の倫理委員会の登録および業務)

- ①法第 14 条第 1 項に基づき医療機関倫理委員会(以下「倫理委員会」という)を設置した医療機関の長は、当該倫理委員会の設置日から 10 日以内に保健福祉部長官に登録しなければならない。
- ②第 1 項の規定により倫理委員会に登録しようとする医療機関は、別紙第 7 号書式の医療機関の倫理委員会の登録申請書(電子文書の申請書を含む)に、次の各号の書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。
 - 1.倫理委員会の委員に関する書類

- 2. 倫理委員会の運営計画に関する書類
- ③法第 14 条第 2 項第 5 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、次の各号の事項をいう。
 - 1.延命医療中止等の決定およびその履行に関する統計分析
 - 2.延命医療中止等の決定およびその履行に関する評価と改善案の用意
 - 3. その他延命医療中止等の決定とその履行の適切な運営のために保健福祉部長官が特に必要であると認める事項
- ④第1項の規定にもかかわらず法第14条第5項に基づき倫理委員会の業務遂行のために 委託契約を結んだ医療機関は、別紙第7号書式の医療機関の倫理委員会の登録申請書(電子文書の申請書を含む)に委託協約書(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に 提出しなければならない。この場合、委託協約書には、次の各号の事項が含まれなければ ならない。
 - 1.委託内容
 - 2.委託期間
 - 3.委託費
 - 4. 委託に基づく権利・義務等に関する事項
 - 5.委託の終了および終了等に関する事項
 - 6. その他倫理委員会の業務上の内容を考慮して、保健福祉部長官が特に必要と認める事項

第10条(倫理委員会)

- ①倫理委員会は、委員長1人を含む5人以上20人以下の委員で構成する。
- ②倫理委員会の委員の任期は2年とする。
- ③倫理委員会は、在籍委員の過半数の出席により開議し、出席委員の過半数の賛成で議決する。ただし、法第 14 条第 2 項第 1 号および第 2 号に基づく審議案件は在籍委員の過半数の賛成で議決する。
- ④医療機関の長は、倫理委員会の効率的業務遂行のために必要であると認める場合には、 倫理委員会を支援する担当機構や専門人員を置くことができる。
- ⑤第1項から第4項までに規定する事項のほか、倫理委員会の構成および運営等に必要な 詳細事項は、保健福祉部長官が定める。

第11条(共用倫理委員会)

- ①保健福祉部長官は、法第 14 条第 6 項に基づいて倫理委員会の中で共用倫理委員会を指定することができる。この場合、当該の倫理委員会の委員構成、運用実態と業績などを総合的に考慮しなければならない。
- ②保健福祉部長官は、法第 14 条第 6 項に基づいて共用倫理委員会を指定した場合には、別紙第 8 号書式の共用倫理委員会指定書を発行しなければならない。
- ③共用倫理委員会の委員長は、所管業務の推進のために必要であると認める場合には、保 健医療関係機関・団体および専門家等に資料や意見の提出等を求めることができる。
- ④共用倫理委員会の委員長は、毎年の業務推進現況と運営実績などを翌年 1 月 31 日まで保健福祉部長官に報告しなければならない。

⑤第 1 項から第 4 項までに規定する事項のほか、共用倫理委員会の構成および運営等に必要な詳細事項は保健福祉部長官が定める。

第12条(終末期に対する判断および記録)

法第 16 条に基づき患者が終末期に入ったかどうかの是非を判断した担当医は、別紙第 9 号書式に基づいて、その判断結果を記録しなければならない。

第13条(患者の意思確認)

- ①法第 17 条第 1 項第 3 号各目以外の部分の本文に基づき担当医と当該分野の専門医が患者の意思を確認した場合には、「家族関係の登録等に関する法律」 第 15 条第 1 項第 1 号により家族関係証明書(以下「家族関係証明書」という)等の当該患者の家族であることを証明できる書類を確認しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>
- ②法第 17 条第 3 項に基づき延命医療中止等の決定に関する患者の意思確認の結果は、次の各号の区分に従い記録する。
 - 1. 法第 17 条第 1 項第 2 号の場合: 別紙第 10 号書式に基づき記録すること
 - 2. 法第 17 条第 1 項第 3 号の場合: 別紙第 11 号書式に基づき記録すること
- ③法第 17 条第 1 項第 3 号各目以外の部分ただし書において「保健福祉部令で定める客観的な証拠がある場合」とは、患者本人が直接作成した文書、録音物、録画物、またはこれに準ずる記録物で本人が延命医療中止等の決定に関する意思を直接表明する場合をいう。
- 第 14 条 (患者の意思を確認することができない場合の延命医療中止等決定の確認記録)
- ①法第 18 条第 1 項の各号以外の部分の本文に基づき担当医または当該分野の専門医が患者の延命医療中止等決定を確認した場合には、家族関係証明書等は、患者の家族であることを証明できる書類を確認しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>
- ②法第 18 条第 1 項第 1 号および第 2 号に基づいて延命医療中止等決定を確認した担当医とその分野の専門家は、別紙第 12 号書式に基づいて、その確認結果を記録しなければならない。

第15条(延命医療中止等決定の履行)

- ①法第 19 条第 4 項に基づいて延命医療中止等決定を履行した担当医は、別紙第 13 号書式に基づきその過程および結果を記録しなければならない。
- ②医療機関の長が法第 19 条第 5 項に基づき管理機関の長に延命医療中止等決定の履行結果を通知する場合には、令第 5 項第 1 号に基づき情報処理システムを介して行うことができる。 <改正 2019. 3. 26.>

第16条(中央ホスピスセンターの指定基準)

- ①法第 23 条第 1 項の各号以外の部分前段の「保健福祉部令で定める基準」とは、次の各号の基準をいう。
 - 1. 法第25条第1項によるホスピス専門機関(以下「ホスピス専門機関」という。)の指定を受けること

- 2.他の病棟と物理的に区分されているホスピスおよび緩和ケア(以下「ホスピス」という。)病棟を有すること
- 3. 所管業務遂行に必要な独立した事務所・研究室および会議室を備えること
- 4. 所管業務の遂行に必要な独立したオンライン情報システムを備えること
- 5.所管業務を専門的に遂行できる 1 箇所以上の専担部署と 10 名以上の専担者を 確保すること
- ②第1項の規定による指定基準の詳細内容および運営等に必要な事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第17条(中央ホスピスセンターの指定および指定取消)

①法第 23 条第 1 項に基づく中央ホスピスセンター(以下「中央センター」という)の指定を受けようとする者は、別紙第 14 号書式の中央ホスピスセンター(圏域別ホスピスセンター)の指定申請書(電子文書の申請書を含む)に、次の各号の書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。

- 1.ホスピス専門機関指定書のコピー
- 2. 第 16 条第 1 項による指定基準に適合することを証明する書類
- 3. 事業計画書および財政運用計画書
- ②保健福祉部長官は、第 1 項の規定による指定の申請の検討のために必要であると認める場合には、現地の確認をすることができ、関係中央行政機関または地方自治団体の長に資料または意見の提出などを求めることができる。
- ③保健福祉部長官は、法第 23 条第 1 項に基づき中央センターを指定した場合には、別紙 第 15 号書式の中央ホスピスセンター(圏域別のホスピスセンター)指定書を発行する。
- ④保健福祉部長官は、法第 23 条第 3 項に基づき中央センターの指定を取消す場合には、その理由を明示し、文書(電子文書を含む。)で通知しなければならない。
- ⑤第 1 項から第 4 項までに規定する事項のほか、中央センターの指定または指定の取消しの方法および手続等の必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第18条(中央ホスピスセンターの運営)

- ①中央センターの長は、所管業務の遂行のために必要であると認める場合には、地方自治団体の長または医療関係機関・団体および専門家等に資料や意見の提出などを要請することができる。
- ②中央センターの長は、所管業務の円滑な遂行のために保健福祉部長官が定めるところにより、法第 24 条第 1 項に基づく地域別ホスピスセンター(以下「圏域別センター」という)とホスピス専門機関等必要な協力システムを構築・運営しなければならない。
- ③中央センターの長は、毎年事業運営計画、事業運営実績、財政運用計画と財政執行内訳 などを保健福祉部長官に報告しなければならない。
- ④第1項から第3項までに規定する事項のほか、中央センターの運営に必要な詳細は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第19条(地域別ホスピスセンターの指定および運営等)

- ①法第 24 条第 1 項の各号以外の部分の前段による圏域別センターの指定基準については、第 16 条を準用する。この場合、第 16 条第 1 項第 5 号に基づく「10 名以上の専担者"は" 4 名以上の専担者| とみなす。
- ②保健福祉部長官は、法第 24 条第 1 項に基づき地域別センターを指定する場合には、特別市、広域市特別自治市・道および特別自治道(以下「市・道」という)ごとに 1 つの地域別センターを指定する。ただし、当該市・道の医療資源の分布と住民数などを考慮して、2 つ以上の市・道を統合して 1 つの地域別センターを指定、または 1 つの市・道に 2 つ以上の地域別センターを指定することができる。
- ③地域別センターの指定または指定取消の手続きおよび方法等については、第 17 条の規定を準用して、圏域別センターの運営に関しては、第 18 条を準用する。

第20条(ホスピス専門機関の指定)

- ①法第25条第1項に基づくホスピス専門機関の指定基準は、別表1のとおりである。
- ②法第 25 条第 2 項に基づいて、ホスピス専門機関に指定を受けようする者は、別紙第 16 号書式のホスピス専門機関の指定申請書(電子文書の申請書を含む)に、次の各号の書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に申請しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>
 - 1. 医療機関の開設届出証明書または開設許可証のコピー
 - 2. 別表 1 による指定基準に適合することを証明する書類
 - 3. 事業計画書
 - 4. 最近 6 ヶ月の間、ホスピスケア実績報告書
 - 5. 「医療法施行規則」 第 64 条の 5 による医療機関の証明書のコピー (認証を受けた場合のみ該当する)
- ③保健福祉部長官は、第 1 項の規定による指定の申請の検討のために必要であると認める場合には、現地の確認をすることができ、地方自治団体の長に必要な協力を要請することができる。
- ④保健福祉部長官は、法第 25 条第 1 項に基づいてホスピス専門機関を指定した場合には、別紙第 17 号書式のホスピス専門機関指定書を発行し、その指定事実を保健福祉部のインターネットのホームページに掲載しなければならない。
- ⑤第 1 項から第 4 項までに規定する事項のほか、ホスピス専門機関の指定手続および指定方法等に必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

[施行日: 2018. 2.4]第20条(療養病院のみ該当する)

第21条(ホスピス専門機関の変更届等)

①法 第 26 条第 1 項に基づきホスピス専門機関が次の各号の事項を変更する場合には、別紙第 18 号書式のホスピス専門機関変更届(電子文書の申告書を含む)に該当する変更を確認できる書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。

- 1.ホスピス専門機関の所在地
- 2.ホスピス専門機関の代表者

- 3. 別表 1 による人員や施設(入院室、臨終室、相談室、家族室および浴室のみ該当する)
- 4. 別表 1 によるホスピス病棟全体の病床数や入院室の病床数
- ② 法 第 26 条第 2 項に基づきホスピス専門機関の長が廃業または休業する場合には、別紙 第 19 号書式のホスピス専門機関休業・廃業届(電子文書の申告書を含む)に次の各号の 書類(電子文書を含む)を添付して、保健福祉部長官に提出しなければならない。
 - 1. ホスピス専門機関指定書
 - 2. ホスピス専門機関の入院患者に対する措置計画書
- ③第1項および第2項に規定する事項のほか、ホスピス専門機関の変更・廃業・休業申告の手続および方法等必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第22条(ホスピスの申請および撤回)

- ①法第28条第1項に基づくホスピス利用同意書は、別紙第20号書式のとおりである。
- ②法第 28 条第 2 項に基づき指定代理人がホスピス利用を申請する場合には、代理権の指定に関する証明書類を、法第 17 条第 1 項第 3 号に基づく者が申請する場合には、家族関係証明書等、その患者の家族であることを証明できる書類をホスピス専門機関に各々提出しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>
- ③法第 28 条第 3 項に基づきホスピス対象患者がホスピスの申請を撤回した場合には、書面または口頭で行うことができる。ただし、代理人を通じて撤回する場合には、撤回に関する書面と代理権を与えたことを証明する書類を提出しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>
- ④第1項から第3項までに規定する事項のほか、ホスピス適用および撤回の方法、手続等に必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

第23条(ホスピス専門機関の評価)

- ①法第29条第1項によるホスピス専門機関の評価は、次の各号の区分に従い実施する。
 - 1.評価時期:毎年定期的に実施すること。ただし、保健福祉部長官が必要と認める場合には、随時評価を実施することができる。
 - 2.評価方法:書面調査と現地調査の方法で実施すること。ただし、保健福祉部長官が必要と認める場合には、調査やオンライン調査の方法を並行して実施することができる。
 - 3.評価のスケジュール:評価実施 30 日前までに通知すること。ただし、保健福祉部長官は、評価のスケジュールの変更が必要な場合には、評価対象のホスピス専門機関と協議して、そのスケジュールを変更することができる。
- ②法第 29 条第 1 項第 3 号の「保健福祉部令で定める事項」とは、次の各号の事項をいう。
 - 1. 法第25条第3項に基づき支援を受けた予算執行の適切性
 - 2. 法第27条に基づき説明義務の履行の適切性
 - 3. その他木スピス専門機関の業務評価をするために、保健福祉部長官が特に必要と認める事項

- ③保健福祉部長官は、ホスピス専門機関の評価のために必要であると認める場合には、保健医療関係機関・団体および専門家等に資料や意見の提出などを求めることができる。
- ④保健福祉部長官は、法第 29 条第 3 項に基づきホスピス専門機関の評価結果を公開する場合には、保健福祉部のインターネットのホームページや保健福祉部長官が指定するインターネットのホームページに掲載しなければならない。

第24条(ホスピス専門機関の指定取消)

- ①法第30条第1項によるホスピス専門機関の指定取消および業務停止の細部基準は、別表2のとおりである。
- ②保健福祉部長官は、法第30条第1項に基づきホスピス専門機関の指定を取消し、または業務停止を命じた場合には、保健福祉部のインターネットのホームページや保健福祉部長官が指定するインターネットのホームページにその内容を掲載しなければならない。
- ③ 法第30条第1項に基づき指定取消または業務停止を受けたホスピス専門機関は、指定取消または業務停止を受けた日から7日以内にホスピス専門機関指定書を保健福祉部長官に返却しなければならない。

第25条(記録の閲覧等)

①法第 33 条第 1 項前段の規定により、患者の家族が延命医療中止等決定または実施に関する記録の閲覧を要請した場合には、別紙第 21 号書式の記録閲覧申請書(電子文書の申請書を含む)に次の各号の書類(電子文書を含む)を添付して管理機関またはその医療機関の長に提出しなければならない。 <改正 2019. 3. 26.>

- 1. 閲覧を要求している人の身分証明書のコピー
- 2.家族関係証明書等は、患者の家族であることを証明できる書類
- ② 法第 33 条第 1 項後段に基づいて管理機関またはその医療機関の長が記録の閲覧を拒否した場合には、その拒否の理由を記載した書面(電子文書を含む)にしなければならない。
- ③第 1 項および第 2 項に規定する事項のほか、患者の延命医療中止等決定またはその履行に関する記録の閲覧や閲覧を拒否の手続、方法等に必要な詳細事項は、保健福祉部長官が定めて告示する。

附則<第620号、2019.3.26.>

本規則は、2019年3月28日より施行する。

安寧緩和医療法(現行法) 訳 鍾 宜錚

(総統令、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権益を保障するため、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気的除細動器の使用、 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 瀬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構又は衛生機構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ー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に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。
 - 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、これに新台湾通貨で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、これを新台湾通貨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。

台湾「患者自主権利法」の翻訳

翻訳:田中美穂(日本医師会総合政策研究機構)、児玉聡(京都大学文学研究科)

翻訳協力:鍾宜錚(立命館大学衣笠総合研究機構)

以下の翻訳は、2016年1月に成立し、2019年1月に施行された台湾の患者自主権利法(原文では「病人自主權利法」)の全訳である。翻訳に当たっては、田中美穂が英訳から訳出し、児玉聡が原文も適宜参照しながら修正を行った¹。また、内容的に不明な点、および翻訳全体に関して、鍾宜錚氏から貴重なコメントをいただいた。

なお、本研究は JSPS 科研費 18KK0001 (国際共同研究加速基金(国際共同研究強化(B))「東アジアにおける終末期医療の倫理的・法的問題に関する国際共同研究」研究代表者:児玉聡)の助成、および、上廣倫理財団 平成 30 年度研究助成(「日本における終末期医療に関する法政策的・倫理的課題の検討一諸外国との比較を通して望ましい死のあり方を考える一」研究申請者:田中美穂)を受けたものである。

2019年2月13日

-

¹ 英訳: https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189 中国語原文: https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020189

患者自主権利法

2016年1月6日公布

第1条 本法は医療における患者の自律性を尊重し、善い死(善終)を迎える患者の権利を保護し、調和した医師患者関係を促進することを目的とする。

第2条 本法で用いられる「所轄官庁」という用語は、中央政府の場合は衛生福祉部、直轄市の場合は直轄市当局、県(市)の場合は県(市)当局を指す。

第3条 本法で用いられる用語は次のように定義される。

- 1. 生命維持治療:心肺蘇生法、人工生命維持装置、血液製剤、特定の疾病に対する専門的な治療、重度の感染症に対する抗生物質など、患者の生命を引き延ばすのに必要な医療措置のこと。
- 2. 人工栄養及び水分補給:チューブ又はその他の侵襲的な手段によって食べ物あるいは水分を提供すること。
- 3. 事前意思決定書:患者が特定の臨床状態になった場合に、生命維持治療、人工栄養及び水分補給、その他の医療ケアを受けるか拒否するかや、善い死に関する 当人の意向を表明するための、事前に文書化され署名された陳述のこと。
- 4. 宣言者:事前意思決定書を作成する人のこと。
- 5. 医療代理人:宣言者の意識がなくなったか、自分の希望を明確に表明できなくなった場合に、本人に代わってその意向を表明するよう、宣言者から書面で権限を委任されている人のこと。
- 6. アドバンス・ケア・プランニング:患者に提供されるべき適切な医療、及び患者が特定の臨床状況におかれるか、意識がなくなるか、自分の意向を明確に表明できなくなった場合に生命維持治療や人工栄養及び水分補給を受けるか拒否するかについて患者が持つ選択肢に関する、患者、医療サービス提供者、親族、その他の関係者の間で行われるコミュニケーション・プロセスのこと。
- 7. 緩和ケア: 患者の身体的、精神的、スピリチュアルな苦しみを緩和又は除去することにより、患者の QOL(生の質)を改善する目的で提供される苦痛緩和・支

持療法のこと。

第4条 患者には、自分の疾患の診断、治療の選択肢、およびそれぞれの選択肢に関して予想される効果及びリスクについて、情報を提供される権利がある。患者には、医師が提供する治療の選択肢に関して、自ら選択し意思決定を行う権利がある。

患者の法定代理人、配偶者、親族、医療代理人、及びその他患者と親しい関係に ある人々(以下「関係者」という)は、医療機関や医師が患者の治療の意思決定 に基づいて行為するのを妨げてはならない。

第 5 条 患者が診療を求めて来た場合、医療機関又は医師は、患者本人に対し、疾患の診断、治療方針、提案される処置、投薬、予後、既知の有害事象、その他関連する事柄に関して、医療機関又は医師によって適切と判断された時点及び方法で情報を提供しなければならない。患者が明確に拒否しない限り、関係者にも情報提供してもよい。

患者の行為能力が喪失又は制限されている場合であって、裁判所による支援開始の裁定があるとき、又は、自分の考えを表明したり他者が表明した考えを理解したりできない場合、医療機関又は医師は、患者と関係者の双方に適切な方法で情報提供しなければならない。

第6条手術、中央所轄官庁によって規定された侵襲的な検査又は治療の開始に 先立ち、医療機関又は医師は、患者又は関係者から書面で同意を得なければならな い。但し、これは緊急時には適用されない。

第7条 患者が重症の場合、医療機関又は医師は、第14条第1項・第2項又は 安寧緩和医療法の関連する条項が適用されない限り、適切な緊急治療を実施し、 必要な措置を講じなければならず、理由なく遅らせてはならない。

第8条 完全な行為能力を有する人は事前意思決定書を作成することができ、 かつ、文書によって随時それを撤回又は変更できる。 前項で規定された事前意思決定書は、第 14条に規定されている特定の臨床状況下での生命維持治療又は人工栄養及び水分補給の全部又は一部に関する宣言者の承認又は拒否を含むものとする。

事前意思決定書の内容、範囲、形式は、中央所轄官庁によって決定されるものとする。

第9条 事前意思決定書を作成するために、宣言者は以下の要件を満たさなければならない:

- 1. 医療機関が宣言者とアドバンス・ケア・プランニングに関する話し合いを行い、かつ、事前意思決定書に押印していること。
- 2. 事前意思決定書が公証人によって認証されるか、完全な行為能力のある2人以上の証人による立ち会いによってなされたものであること。
- 3. 事前意思決定書が、本人の全民健康保険証の IC カードに登録されていること。

宣言者、2 親等以内の親族が少なくとも一名、及び医療代理人が、前項第 1 号に述べられたアドバンス・ケア・プランニングに参加することとする。宣言者から同意を得た親族も参加することができる。但し、2 親等以内の親族が全員死亡、行方不明、又は特定の免除理由がある場合には、参加する必要はない。

第 1 項第 1 号に規定された方法でアドバンス・ケア・プランニングを提供する 医療機関は、宣言者が知的障がいを有するか、自発的に意思決定しなかったことを 示す十分な事実がある場合は、事前意思決定書に押印してはならない。

宣言者の医療代理人、担当している医療チームのメンバー、第10条第2項内に挙げられている全ての人は、第1項第2号に記された証人となることはできない。

アドバンス・ケア・プランニングを提供する医療機関の資格、アドバンス・ケア・プランニングチームの構成とチームのメンバーの条件、手順、その他遵守すべき 点に関しては中央所轄官庁によって定められるものとする。

第10条 宣言者によって指名された医療代理人は20歳以上で完全な行為能力を有するものであり、かつ、代理人指名について文書で同意しなければならない。

以下の人々は、宣言者の法定相続人である場合を除いて、医療代理人になることができない。

- 1. 宣言者の遺産受取人
- 2. 宣言者の遺体や臓器の受取人
- 3. その他宣言者の死によって利益を得る人々

宣言者に意識がないか、意向を明確に表明できない場合、医療代理人は宣言者に代わって以下の権利を行使できる。

- 1. 第5条で規定された情報を受け取ること
- 2. 第6条で規定された同意書に署名すること
- 3. 患者の事前意思決定書の内容に従い患者に代わって患者の意向を表明すること
- 2人以上の医療代理人がいる場合、それぞれが単独で宣言者の代理を務めることができる。

医療代理人は委任された事柄を処理する場合、医療機関又は医師に本人確認書類を提出しなければならない。

第 11 条 医療代理人は、文書でいつでも委任を終了することができる。 医療代理人は、次に示すいずれかの事情において、その事実をもって解任されるも のとする。

- 1. 医療代理人が疾患又は事故によって、関連する医学的評価又は精神鑑定を受けた後に知的障がいを有すると認定された場合。
- 2. 医療代理人に関して、裁判所が支援又は後見の開始の裁定を行った場合。

第 12 条 中央所轄官庁は宣言者の事前意思決定書を全民健康保険証の IC カードに登録しなければならない。

宣言者の事前意思決定書は、これを全民健康保険証の IC カードに登録するに当たり、医療機関によってスキャンされた電子ファイルとして中央所轄官庁のデータベースに保存されなければならない。

全民健康保険証のICカードに登録された事前意思決定書と治療の過程で文書により表明された宣言者の意思との間に不一致が起きた場合、事前意思決定書が

修正されなければならない。

前項に記された事前意思決定書の修正のための手順は、中央所轄官庁によって 公表されるものとする。

第13条 宣言者は、次のいずれかの状況が生じた場合、中央所轄官庁に対して申請更新の手続きを取らなければならない。

- 1. 事前意思決定書の撤回又は修正
- 2. 医療代理人の指名、解任、又は変更

第 14 条 事前意思決定書を有する患者が次のいずれかの臨床条件を一つでも満たす場合、医療機関又は医師は、当該の事前意思決定書に従い、生命維持治療、人工栄養及び水分補給の一部又は全部を中止、撤去、又は差し控えることができる。

- 1. 患者が終末期にある場合。
- 2. 患者が不可逆的な昏睡状態にある場合。
- 3. 患者が遷延性植物状態にある場合。
- 4. 患者が重度の認知症を患っている場合。
- 5. その他、中央所轄官庁が公表する疾患の場合であって、病状や苦しみが耐えがたいこと、治癒不可能な疾患であること、疾患の発症時点の医療水準では利用できる適切な治療の選択肢が他にないこと、という諸要件を全て満たす疾患であるとき。

前項の各号すべてにおいて規定された臨床条件は、2人の専門医によって診断されなければならず、かつ、緩和ケアチームによって開かれる2回以上の話し合いを通して確認されなければならない。

医療機関又は医師が、その専門的知識や意向に従って行為する場合であって、患者 の事前意思決定書を実行することが不可能であるとき、医療機関又は医師は、事 前意思決定書の実行を拒否することができる。

前項で述べた状況が生じた場合、医療機関又は医師は、患者又は関係者にそのことを伝えなければならない。

医療機関又は医師は、本条の規定に従い生命維持治療、人工栄養及び水分補給の

全部または一部を中止、撤去、または差し控えた場合、刑事責任や行政責任を問われないものとする。意図的又は重大な過失のある行為がなされ、かつ、患者の事前意思決定書に対する違反があった場合を除いては、医療機関又は医師は、これによって生じた損害に対する賠償責任を一切負わないものとする。

第 15 条 医療機関又は医師は、第 14 条第 1 項第 5 号に該当した患者の事前意思決定書の内容を実行する前に、判断能力のある患者に対し事前意思決定書の内容や範囲について患者に確認しなければならない。

第 16 条 医療機関又は医師は、生命維持治療、人工栄養及び水分補給を中止、撤去、または差し控える場合、患者に緩和ケア及びその他の適切な措置を提供しなければならない。医療機関が緩和ケア及びその他の適切な措置を提供するための人員、設備、専門知識を有していない場合、患者に転院の助言を行い、かつ、転院のための支援を提供しなければならない。

第 17 条 医療機関又は医師は、第 12 条第 3 項、第 14 条、第 15 条において規定された行為の実施に際して詳細な診療記録を作成しなければならない。あらゆる同意書又は文書による意思表明、及び患者の事前意思決定書は当人の診療記録と一緒に保管されるものとする。

第18条 本法の施行規則は中央所轄官庁によって制定される。

第19条 本法は公布後3年で発効し施行される。