



《高大法學論叢》

第 13 卷第 2 期（03/2018），頁 379-416

有關日本臨終醫療與延命 措置之中止

山中敬一^{*} 著

周慶東^{**} 譯

摘要

對於安樂死通常區分積極安樂死及消極安樂死。前者問題著重於能否將此視為殺人罪，或同意殺人罪而能被正當化，或其阻卻責任要件應該為何。後者則討論其範圍及於何處。在刑法中對延命措置之中止認為應係「不作為犯」抑或「作為犯」有所爭議。對應於此，延命措置之中止應在消極安樂死範疇上理解，還是認為屬於積極安樂死的範疇中而有爭議。

本文並論及安樂死、尊嚴死之刑法上規定與立法之必要

^{*} 日本關西大學大學院法務研究科教授

^{**} 中央警察大學法律系副教授，德國杜賓根大學法學博士

投稿日期：12/29/2016；接受刊登日期：06/06/2017

責任校對：趙雨柔、蔡岳玲

性。同時以病患臨終時要求醫師中止治療，其法上意義的問題作為本文議論之中心，檢討有關名古屋高等法院、橫濱地方法院所形成之要件判斷。並舉出 2007 年厚生勞動省公布「有關臨終醫療決定程序之指導方針」、2014 年「人生最終階段中有關醫療意識調查報告書」等相關意識，並分析 2015 年議員聯盟對本問題之法制動向，與有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案，以及日本律師聯合會對此法案之批判論點。

最後以比較法觀點提出其中止措置要件，有無決定使之成為適法之「法規範」之必要性。

About Japan Died of Medical and Life-Sustaining Process Aborted

Keiichi Yamanaka (Author) ***

Ching-Tung Chou (Trans.)****

Abstract

Euthanasia usually distinguish between active euthanasia and passive euthanasia. Former questions focused on whether this as a homicide, or agree to murder can be justified, or what its elements should prevent liability. Discuss its scope and where in the latter. Suspension of life-dealing with criminal law should be, "omission" or "as made" debate. Corresponding to this, subsistence process to abort should be understood in passive euthanasia, aspects, are considered as falling within the category of active euthanasia and controversial.

This article does and euthanasia, death with dignity of the criminal law provisions and the necessity of legislation. Patients dying at the same time require the physician to suspend treatment, its importance as a center of discussion in this paper on the law, review the Nagoya High Court, formed by the Yokohama District Court's judgment. Both 2007 MHLW announced "guidelines

*** Professor in the the Kansai University. Prof. Dr. Dres.h.c

**** Associate Prof., Department of Law, Central Police of University. Dr. Jur.,
Universität Tübingen, Germany.

relating to death medical decisions program" in 2014, "research report on health care in the final stage of life consciousness" and other related awareness, and 2015 legal trends in the League on this issue of, and legal cases relating to dying in medical patients with respect, as well as the Japan lawyers ' Association criticism of arguments on the Bill.

Finally, proposed the suspension of processing elements from a comparative law perspective, there is no decision to make it a legal "norm" of necessity.

有關日本臨終醫療與延命 措置之中止

山中敬一 著

周慶東 譯

目錄

壹、問題之所在

- 一、由安樂死問題到延命治療之中止的問題
- 二、以高齡化社會之到來為背景之臨終醫療
- 三、延命治療之中止前提與希望中止者之增加
- 四、關於延命治療的高額醫療費與補助之問題
- 五、有關環繞中止延命治療法狀況論述之展開方法

貳、對安樂死、尊嚴死刑法上之規定與立法之必要性

- 一、刑法上之處罰規定
- 二、臨終時容許延命中止（消極安樂死）之立法化

參、臨終醫療之中止問題

- 一、臨終醫療之不開始（暫緩）與中止
- 二、圍繞延命治療不開始之要件問題點

肆、在判例與事件中的安樂死與延命治療中止問題

- 一、積極的安樂死
- 二、迄今為止的延命治療中止事件

伍、近年公布的指導方針與勸告

陸、臨終醫療與朝安樂死與尊嚴死法制化之動向

- 一、日本尊嚴死協會之創設與活動
- 二、思考尊重臨終時本人之意思的議員聯盟
（2015年2月）

柒、厚生勞動省有關「臨終醫療決定程序之指導方針」

一、指導方針之內容

捌、有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案（暫稱）之檢討

一、有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案（2012年）

二、日本律師聯合會對法案之批判

玖、結論

中文關鍵字：安樂死、尊嚴死、臨終醫療、延命治療、病患意志

Keywords: Euthanasia, death with dignity , Hospice medical, lifesustaining treatment , a dying patient will

壹、問題之所在

一、由安樂死問題到延命治療之中止的問題

從以往至今，在日本係討論以積極安樂死為中心的安樂死能否將殺人罪或得同意殺人罪加以正當化，或阻卻責任要件應該為何，其實，對於消極的安樂死，原則上則說是容許的。關於在植物狀態中的尊嚴死是否可正當化的問題，一般認為僅是不可能復原並不充分，而也以死期正迫切為要件。又，關於消極安樂死的概念及於何處，在刑法中也對卸除人工呼吸器這樣的延命措置之中止認為應係「不作為犯」抑或「作為犯」，多有爭議，對應於此，延命措置之中止應在消極安樂死範疇上理解，還是認為屬於積極安樂死的範疇而有爭議。

最近，臨終時要求醫師中止延命治療的案件增加，其法上意義的問題浮現為議論的中心，其中止措置要基於何種要件，有無決定使之成為適法之「法規範」為必要，這樣的議論也升高。這些不只集中注目在像是肌萎縮性脊髓側索硬化症¹（Amyotrophic Lateral Sclerosis，ALS），也由於隨著高齡化社會之到來，因延命治療之發達，雖有必要為照顧，但病

¹ 所謂肌萎縮性脊髓側索硬化症（Amyotrophic Lateral Sclerosis，ALS）係運動神經元漸進性退化而造成全身肌肉萎縮無力的難治性疾病。在台灣，此病患者又稱為「漸凍人」，因為其脊髓、腦幹或大腦運動皮質區之運動神經元逐漸衰退，引發全身肌肉萎縮無力，而導致疾病末期時，患者全身癱瘓、呼吸衰竭，最終死亡。該病患者在到達臨終前，會經歷以下的過程。罹患此病發病後五年內死亡。病患本人直至最後臨終前，意識仍很清楚，隨著病情發展會產生呼吸機能障礙，因為須做氣管切開，病患也無法發聲。最終無法移動、排尿、排便或進食等，必須安裝人工呼吸器。

患自己無法判斷，也無法生活，或罹患認知症而欠缺自己決定之判斷力，高齡者的臨終醫療²應該是如何的議論亦受到關注討論³。

二、以高齡化社會之到來為背景之臨終醫療

2013 年在日本 65 歲以上的高齡者人口為 3186 萬人（平成 25 年 9 月 15 日的推算），占總人口的比例為百分之 25，其人口數及比例都是過去的最高數目。有關需要照顧之高齡者，其照顧已成為重要之課題，聯合國所提倡的（1991 年）「對高齡者之五原則」希望為①自立、②參加、③照顧、④自我實現、⑤實現尊嚴之照顧。得以實現上述原則的高齡者臨終照顧的需求增高。高齡者的臨終照顧係 1) 以提供身體的、精神的、社會的，對疼痛全人的照顧為重；2) 至死亡的瞬間為止，為使其能作為原來的自己而活，必須尊重其希望與意思；3) 施行具有團隊親近照顧者（チームアプローチ）之照顧；4) 以施行對患者與家屬死別前後的家屬之悲傷的照顧為重。

三、延命治療之中止前提與希望中止者之增加

延命治療與其中止也應定位在如此的緩和照顧中。對於

² 在日本老年醫學會「高齡者之臨終醫療與照顧」中，所謂臨終係定義為“病狀是不可逆且進行性的，依當時代可能的最佳治療也無法期待病狀好轉與阻止其進行，成為無法迴避近將來死亡之狀態”。對此參照橫內正利（2012），〈於高齡者之臨終醫療〉，安藤、高橋責任編集，《臨終醫療（系列生命倫理學 4）》，頁 59-74，東京：丸善出版。

³ 終末期医療の課題と現状については、有關臨終醫療之課題與現狀，參照林章敏（2013），〈終末期医療の現状と課題〉，《刑事法ジャーナル》，35 号，頁 111-120。

患者能夠拒絕的延命醫療內容，應該可以有人工呼吸器、人工透析、鼻腔導管及靜脈注射的營養補給等。

在高齡者臨終照顧中，①自己無法移動、②自己無法攝食、③尿尿失禁狀態、④眼睛雖能夠追蹤物體，但卻無法認識之、⑤雖能夠對簡單的指示有所反應，但卻無法作意思溝通、⑥雖能發出聲音但卻無法做有意義之語言、⑦痛楚與苦痛很激烈，由於抑制這樣苦痛的藥物副作用而失去意識，本人與家屬也諒解提早死亡一事等條件具備時，便有必要做延命治療之中止等的判斷。

需要照顧的高齡者數目顯著增加其中在臨終時，不希望延命治療者的數目也增加（參照內閣府「關於高齡者健康之意識調查」⁴）。2002 年對於「萬一疾病無法治癒，在接近死期時希望延命治療」此問題，希望不進行只是為延命目的的治療而順其自然者有百分之 80 多。2012 年度中，則有超過百分之 90 的回答者做如此之回答，其數字在十年間增加百分之 10⁵。

四、關於延命治療的高額醫療費與補助之問題

延命治療所需要之醫療費的問題也讓人對無條件持續進行延命醫療產生懷疑⁶。人工呼吸器之裝置與心臟按摩、胃瘻管等的延命治療需耗費高額醫療費，在日本有「高額醫療費

⁴ 內閣府，〈關於高齡者健康之意識調查〉，http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka_1.pdf（最後瀏覽日：09/30/2016）。

⁵ 同前註，頁 10 以下。

⁶ 有關自 2015 年以來高齡者之醫療費，參照日本厚生勞動省保險局，〈高額療養費制度を利用される皆さまへ〉，<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000075123.pdf>（最後瀏覽日：02/28/2018）

制度」，僅有年金收入者其年金受給額在 80 萬日圓以下等的情形，一個月的醫療費負擔上限額度為一萬五千日圓。對上述的延命治療一個月約 300 萬日圓醫療費，其差額則由保險費與稅金所支付。故對僅僅為維持生命的措置而投入高額稅金的優缺點也一併被捲入討論當中⁷。

五、有關環繞中止延命治療法狀況論述之展開方法

有關在何種狀況當中，要滿足何種要件始得中止延命治療，而不追究醫師與患者家屬的法上責任，在日本並無統一的法規制。

以下首先介紹有關適用於所謂安樂死的法規制度，接著簡單介紹有關在向來的判例中安樂死、尊嚴死及延命治療中止之問題。其後介紹在近年所公布的指導方針、勸告中的安樂死，厚生勞動省「有關臨終醫療的決定程序指導方針」（2007 年 5 月）。接著有關臨終醫療法制化的動向，特別是檢討「有關尊重臨終醫療中患者意思之法律案（暫時名稱）」（2012 年 6 月）的內容。

貳、對安樂死、尊嚴死刑法上之規定與立法之必要性

一、刑法上之處罰規定

日本的現行刑法在殺人罪之後（第 199 條）設有加工自殺罪（第 202 條）之處罰規定。被害人之囑託、同意無法將

⁷ 對此，參照朝日新聞（8/12/2016），（につぼんの負担）公平を求めて 終末期医療、本人の意思は，4 面。

殺人正當化，自殺教唆、幫助也會受處罰（第 201 條）⁸。醫師因疾病瀕死病患之囑託，為去除其苦痛，注射、投藥而加速提前其死亡的情形，該當於（囑託）殺人罪之構成要件。不存在將其行為加以正當化之特別規定。從而問題是，這樣的行為能否作為刑法總則之緊急避難乃至於超法規阻卻違法事由而被正當化，或被阻卻責任⁹。向來，安樂死區分為積極安樂死與消極安樂死，積極安樂死係依據積極地投予藥劑等而縮短患者之生命，依照判例，安樂死在一定要件下是能被正當化¹⁰。詳言之，此種情況係作為緊急避難或超法規阻卻違法事由而被正當化。在有關消極安樂死方面，是否包含對無法避免死亡之患者不為醫療，或對已然開始之治療加以中斷。前者是單純不作為，如果沒有作為義務的話，則不成立犯罪。後者則開展成兩種見解，一種認為因為是作為，所以應該對兩者作區分的見解，以及另一種不區分兩者同為不作為型態的行為，而都不應受到處罰的見解¹¹。

⁸ 作為延續德國的議論檢討日本的加工自殺罪之處罰根據的論稿，山中敬一（2016），〈ドイツにおける自殺関与罪をめぐる最近の議論にもとづくわが刑法 202 条の処罰根拠の再考〉，井田 良等編集，《新時代の刑事法学-椎橋隆幸先生古稀記念》，頁 117，東京：信山社。還有，山中敬一（2016），〈ドイツにおける臨死介助と自殺関与罪の立法の経緯について〉，井田 良等編集，《浅田和茂先生古稀祝賀論文集（上巻）》，頁 611-646 以下，東京：成文堂。

⁹ 有關此點參照，山中敬一（2015），〈臨死介助における同一法益主体内の利益衝突について—推定の同意論および緊急避難論の序論的考察—〉，《近畿大学法学》，62 卷 3-4 号（山本正樹先生ほか退職記念号），頁 265-299。還有，山中敬一（2015），《刑法総論》，三版，743 頁，東京：成文堂。採用可罰的阻卻責任說。

¹⁰ 對此，參照城下裕二（2013），〈終末期医療をめぐる刑法上の諸問題〉，《刑事法ジャーナル》，35 号，頁 103-110。

¹¹ 參照大谷実（1985），〈末期医療と医師の刑事責任〉，《警察研究》，56 卷 7 号，

二、臨終時容許延命中止（消極安樂死）之立法化

在延命中止要件方面，日本並沒有作為法規範的實體法上或程序法上的規定¹²。雖有由各個團體所頒發的指導方針，與如後所述的厚生勞動省已經公布的「指導方針」，但這些本身並非具備有法律效果之法規範性。在這些指導方針上，醫師無法預測在何種情形中，延命中止能被阻卻違法性，因而造成無法去除對處罰不安感的事態。

又如在台灣已於2000年制定公布「安寧緩和醫療法」¹³而對延命中止之要件做規制。在台灣也是急速的高齡化¹⁴，應注目的是，在臨終方面，出院而在自家迎接死亡已成為習慣¹⁵。

頁13。其他參照甲斐克則（2014），《尊嚴死と刑法》，頁108，東京：成文堂。

¹² 在臺灣於2015年12月18日制定，翌年2016年1月6日公布生效的「病人自主權利法」第14條中規定以下要旨，即病人在符合以下的臨床條件之一，且有預立醫療決定者，醫療機構或醫師得依其預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部。其臨床條件係指，末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智或其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。其條件可使上述醫療機構或醫師不負刑事與行政責任。在此排除掉「迫於死期」要件，亦不要求「臨終期」。

¹³ 參照鍾宜錚譯，「安寧緩和醫療法」，<http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp-content/uploads/2015/12>（最後瀏覽日：09/30/2016）。鍾宜錚（2015），〈台灣における終末期医療の法と倫理—終末期退院の慣行と『安寧緩和医療法』をめぐる判決を手掛かりに〉，《立命館大学大学院先端総合学術研究科 Core Ethics》，11卷，頁123-134。

¹⁴ 參照鶴若麻理（2012），〈高齢者福祉〉，大林・徳永編，《高齢者・難病患者・障害者の医療福祉（シリーズ生命倫理学8）》，頁38-42，東京：丸善出版。

¹⁵ 在日本戰後直接的狀況以在自家死亡的人為壓倒多數。其後則是在醫院中死亡的例子為多數。但是近年來希望在自家迎接死亡的人急速增加。由死亡的場所來看的死亡數目與構成比例方面，比較1951年與2010年的話，1951年實際上「死於醫院的人」為百分之9.1「死於自家的人」為百分之82.5。在2010年「死於醫院的人」為百分之77.9，相對於此「死於自家的人」為百分之12.6。有關像這樣日本人的「死亡方式」、臨終看護方式“的意識的多樣化正在變化，

參、臨終醫療之中止問題

一、臨終醫療之不開始（暫緩）與中止

所謂延命治療係「依施行生命維持處置，而防止不為如此處置則在短期間勢必死亡之狀態，希望延長生命之處置與治療」謂之。向來都是追問在臨終時「安樂死」的對錯。在這安樂死中，有積極安樂死與消極安樂死的兩種情形，在積極縮短患者生命的前者方面，存在有關是否能夠被正當化的爭議；而在不開始為延命治療尊嚴死乃至於中止的後者方面，一般見解是不以殺人與得同意殺人來處罰之。尊嚴死的問題是，可否允許雖未伴隨有肉體上的痛苦而拔除生命維持裝置，維持生命的品質而來使患者迎接死亡，以及討論對尊嚴死的自我決定是否應該被認可。1981 年的「里斯本宣言」（第 5 條）記載「患者有保持尊嚴而面臨死亡之權利」。尊嚴死也包含對陷於植物狀態的患者不為一切的生命維持裝置的情況，此種情況，由於在植物狀態下長年活著也是可能的，故嚴格來說並沒有「死期」之迫切。

二、圍繞延命治療不開始之要件問題點

以延命治療之中止這樣的形態所施行。延命醫療中止之條件為（1）患者陷於回復不能之狀態，或（以及）死期迫近、（2）在有意思能力期間，患者希望不開始進行延命措置、（3）近親者能理解並接納之。

參照宮崎和加子・竹森志穂・伊藤智恵子・樋川牧（2016），《在宅・施設での看取りのケア》，頁 3，東京：日本看護協会出版会。

（一）臨終之定義

在回答臨終時不開始延命治療或中止是否允許的問題中，依照「臨終」是由何時開始，是有幅度的。如果單單只說是「回復不可能」的狀態的話，那麼陷於植物狀態的患者也是符合的。然而雖說植物狀態患者是回復不可能，但無法說死期是迫近的。從而在臨終的要件中，「回復不可能」與「死期迫近」這兩要件是必要的話，那麼死期並不迫近的植物狀態患者便要排除在外。

（二）醫療關係者之說明與患者之意思

1、有關延命治療的說明

醫師對患者與家屬說明延命治療的內容、效果、結果，必須提供其做為意思決定基礎的充分資訊。在此之上，重要的是以患者本人的決定為基本而進行臨終醫療。

2、患者之意思確認

如果關於醫療與生死的自我決定權是重要的話，則患者的自由意思表明與其確認便是重要的問題。但是臨終時患者的判斷力也會有問題，故患者的意思確認是困難的。

（1）本人的意思、（2）事前指示乃至於生前意願書（以書面所作之生前的意思表示）、（3）推定的意思、（4）家屬的意思（同意之代行）、（5）以當時所謂的「最良善的治療」有必要以上述的順序，確認其意思。

最近被認為重要的問題點是，在臨終前具備正常判斷力的時點上，事先表示有關其延命治療的意思乃至於其時由誰來判斷的意義與問題點。其係事前指示。

所謂「事前指示」（Advance Directives）係「現在意思判

斷能力正常的人事先為將來失去判斷能力的情形做準備，事前給予有關醫療與照顧的指示」。其內容為 1) 有關臨終延命治療之內容的指示、2) 指名有關決定臨終醫療照顧的代理判斷者。

此事前指示係將上述內容加以明確，為能在客觀上將意思加以確認，故以「書面化」為必要。在中途撤回此意思時，是否必須以「書面」為之，對於撤回，是否口頭為之即可，容有不同的意見。

問題點是，事前指示因為係臨終先前階段的「意思」，未必與現在臨終時的意思一致。隨著老化之同時，患者的價值觀本身最終也改變的話，事前指示是反映出哪一個自我意思，可說是不清楚的¹⁶。在那裡便殘留下如何確認現在的意思這樣的問題。此乃要如何解決事前的意思與現在的意思乖離可能性問題的課題。對此有介紹與分析美國、比利時與法國的見解的論文¹⁷。

(三) 醫療中止之判斷

在依延命治療而想要維持生命的情形時，為此須考慮患者所受的苦痛。此際，必須追問是否要使患者繼續承受伴隨有為了如此延命而苦痛的治療。在此，須按照考慮苦痛是否

¹⁶ 橫内正利，同前註 2，63 頁。

¹⁷ 新谷一朗（2014），〈終末期医療における自己決定と事前指示について—アメリカ合衆国の議論を素材として—〉，高橋則夫等編輯，《曾根・田口古稀祝賀論文集（上巻）》，頁 327-345，東京：成文堂。新谷一朗（2014），〈終末期医療における意思表示〉，《医事法学》，29 号，頁 12-17。有關法國、比利時，參照本田まり（2015），〈終末期医療に関する法的状況—フランスとベルギーの比較から〉，《医事法学》，30 号，頁 17-22。

凌駕於利益之上的「均衡原則」而來判斷¹⁸。

（四）作為緩和醫療對象的症狀與對應法

若依照 WHO 緩和照顧的定義為「對治癒之治療無反應之患者積極的全人的照顧」。「積極的全人的照顧」內容有①身體上苦痛之緩和、②精神上苦痛之緩和、③社會上苦痛之緩和、④心靈上苦痛之緩和、⑤家屬之支援、⑥遺族之支援等¹⁹。

成為緩和照顧對象的苦痛可分為 1) 身體上苦痛、2) 精神上苦痛、3) 心靈上苦痛、4) 社會上苦痛。

臨終時的癌症患者會出現以下的症狀 1) 身體上的疼痛（癌性疼痛，以及這以外的身體痛楚）、2) 全身倦怠感、3) 呼吸困難、4) 胸部積水、5) 死前喘鳴、6) 食慾不振、7) 吞嚥困難、8) 噁心、嘔吐、9) 便秘、10) 下痢、11) 脫水、12) 排尿困難等。依照這些症狀，在施行緩和照顧的期間中，也會達到高齡者的生命無法自立維持的階段。如此對於為維持臨終時的生命的對應法可舉出下列三項²⁰，1) 人工營養、2) 僅由手足靜脈注射補充液²¹、3) 連補充液也不供給。

1) 人工營養 ①因為胃瘻營養有可能使患者長時間生存，故多迴避之。②經鼻營養的痛苦大，較易引起誤嚥性肺炎，故多短期間實施之。③當手足的靜脈點滴注射有困難時，不得不施行中心靜脈營養²²之補給。

¹⁸ 參照大西秀樹（2012 年），〈緩和ケアの担い手〉，平山正実（編），《生と死の看護論》，二版 7 刷，頁 70，東京：メヂカルフレンド社。

¹⁹ 同前註，頁 61 以下。。

²⁰ 横内正利，同前註 2，頁 70。

²¹ 所謂補充液也稱為輸送液。在營養輸送劑方面，有中心靜脈營養（注入高濃度的糖與胺基酸）中所使用的高熱量輸送液與脂肪乳劑、胺基酸製劑等補液。

²² 患者依中心靜脈營養也可能有 1-2 年以上的生存。

2) 僅由手足靜脈注射補充液 無法確保由何手足灌點滴時，則注射補充液之方式便顯困難。

3) 不為補充液 認為不可逆的攝食困難是最終至死的自然程序，而不實施補充液的選擇現正增加。

肆、在判例與事件中的安樂死與延命治療中止問題

以下介紹在日本成為判例上問題的安樂死案件的判決要旨，以及雖是延命醫療的中止問題，但卻獲不起訴等不成為判例的案件。

一、積極的安樂死

(一) 名古屋高等裁判所²³的 6 要件

(事實) 被醫師告知「恐怕再 7 天，最多 10 天吧」，認為使父親免於病痛是最後的孝行，下定決心殺害之，在牛奶中摻入有機磷殺蟲劑，父親喝了這牛奶因有機磷中毒死亡。

(判決) 對於不是出自醫師之手的安樂死的情形，其不可罰的要件揭示如下。

①病患罹患以現代醫學的知識與技術來看係不治之症，且其死亡正逼近在眼前。

②病患之苦痛非常之甚，任何人真的看了都無法忍見的程度。

③係以專為緩和病患死亡痛苦之目的所為。

²³ 名古屋高判昭 37・12・22 高刑集 15・9・674・

④在病患尚有意識且得以表明的情形時，獲有本人真摯的囑託或承諾。

⑤原則上應由醫師行之，無法由醫師行之情形，需有足以肯定無法由醫師為之的特別情事。

⑥其方法在倫理上也是妥當而能夠被容認者。

又，「苦痛」是肉體上之苦痛，並不包涵「精神上的苦惱」²⁴。

（二）東海大醫院事件（橫濱地方裁判所²⁵的4要件）

在此事件的判例中，指示了出自醫師之手的積極安樂死的要件。

（事實）作為大學附屬醫院的醫學部助教而服勤的被告對於因多發性骨髓腫而入院的患者，該患者的意識指數為6（對疼痛刺激無反映之狀態），在臨終狀態其生命僅一日或兩日之時，患者的妻子與長男提出「想要中止治療」的意旨，故被告將患者的點滴及導管卸下。數小時後長男強烈請求為了讓患者自痛苦狀態中解脫，希望馬上使其斷氣，故被告具有殺意地將鹽酸製劑（商品名「ワソラン」）注射進病患的左腕靜脈，由於看不到脈搏等的變化，又同樣再以鹽化製劑（KCL）做靜脈注射，導致病患基於急性高鉀血症而心跳停止死亡。

（判決）醫師所為之積極安樂死之容許要件，列舉以下4要件。

①患者正受到難以忍受之肉體上苦痛。

²⁴ 東京地判昭25・4・14裁判所時報58・4。

²⁵ 橫濱地判平7・3・28判時1530・28。

②患者無可避免死去，其死期正近逼。

③為除去與緩和患者肉體上苦痛，已用盡一切方法且無其他替代手段。

④獲有患者承諾縮短生命之明示的意思表示。

若非有意識之患者是無法為明示之意思表示，無疼痛反應的患者也就無肉體上之苦痛。故能充足上述要件臨終狀態的患者，在實際上幾乎可說是不存在的。故此判決可說是「事實上禁止安樂死」。

（三）川崎協同醫院事件

（事實）在所謂的川崎協同醫院事件中²⁶，被告醫師受到家屬拔管的要求，對患有氣管支喘息重複發作而導致缺氧腦損傷，陷入持續昏睡的被害人拔除其為確保氣道順暢所插入氣管內之管線，並使之接受肌肉鬆弛劑（ミオブロック）的靜脈注射而窒息死亡。法院對醫師作出殺人罪之有罪判決。

（判旨）最高裁判所認為「不實施腦波等的檢查，自發病也僅兩周，對於其回復可能性與剩餘生命並未作出確實的判斷。本件被害人係處於昏睡狀態，本件氣管內管線之拔管...儘管係基於家屬之要求所為，但其要求...並非是在被告知被害人之病狀等適切資訊之基礎上所為者，上述拔管行為亦無法說是基於被害人之推定意思。若依以上所述，上述拔管

²⁶ 最平 21・12・7 刑集 63・11・1899、東京高判平 19・2・28 判タ 1237・153、
橫濱地判平 17・3・25 判時 1909・130。參照甲斐克則（2014），〈治療行為の
中止〉，甲斐克則、手嶋豐編，《医事法判例百選》，二版，頁 198-199，東京：
有斐閣。

行為並不該當於法律上所容許之治療中止」。「將本件中氣管內管線之拔管行為與肌肉鬆弛劑之投與行為合併而構成殺人行為」。

（高等裁判所判決）為供參考，以下先就高等裁判所治療中止之根據部分加以介紹論述。

在此，作為要在所謂的尊嚴死中使治療終止適法的根據為 1)「患者之自我決定權」以及 2) 舉出「醫師治療義務之界線」。有關前者，是無法判斷出向被告請求患者本人治療中止之意思，與請求治療中止的家屬的意思是否能夠直接等同視為患者的意思。關於後者，若依照複數的鑑定意見，也被認為無法確實認定一週內會死亡，而否定之，被告的當該行為便該當殺人罪²⁷。

²⁷ 在高等裁判所判決的論據中，有關尊嚴死將治療中止行為當作適法的根據①患者的自我決定權與②醫師的治療義務的界限方面，再先稍微詳細看看討論的見解。①首先，在由患者的自我決定權出發的研究情形，在臨終時患者本身決定治療方針可以說是憲法上所保障的自我決定權嗎？這樣的基本問題。此外若按照自我決定權說，對於如同本件患者一樣迅速失去意識者，因為本來就無法自我決定，所以就會變成是要依據家屬的自我決定之代行呢？還是依據家屬的意見等來推定患者的意思？...儘管有必要重視家屬之意思，但是在家屬方想要迴避伴隨著臨終醫療而來的經濟上、精神上的負擔，而有未必按照患者本人心情的想法出現的危險性。...在後者，雖說是確認現實的意思（現在的推定的意思），但也有不得不虛構的一面。...像這樣，只是依據自我決定權所做的解釋，在將治療中止作為適法上是有其界限的。②他方，由治療義務界限的研究情形，在醫師一方並沒有應該行使無意義治療與無價值治療的義務，這樣是容易理解的論理。但是適用時是用在相當臨終的狀態，在像是無醫療意義的限定情況時，要將之做廣泛的適用在解釋上是行不通的。並且哪一階段才視為無意義的治療，這也是問題的。...若依治療義務界限說，原則上前提是將治療中止解釋為不作為，此點也未必可說是能夠充分地認識臨終醫療。在本件中，肌肉鬆弛劑的投予行為很明白應該可說是作為，將其評價為包涵在中止治療行為之不作為中，若限於作為或不作為的刑法理論上的局面，則不得不說是勉強的。③高等裁判所的結論是，不管哪一方的研究情形都有解釋上的界限，...本問題應舉國討論檢討之，並非司法根本可解決之問題。

二、迄今為止的延命治療中止事件

（一）國保京北醫院事件

1996 年京都的國保京北醫院發生院長對癌症末期患者投予肌肉鬆弛劑點滴事件，隔年，因行為與死亡欠缺充分的因果關係而受不起訴處分²⁸。

（二）羽幌醫院事件

2004 年於北海道立羽幌醫院中，男性患者（當時 90 歲）被拔除人工呼吸器而死亡事件於 2006 年被移送地檢署。但是，因為難以證明行為與死亡的因果關係故不起訴。

（三）射水市民醫院事件

2006 年於富山的射水市民醫院中，外科主任拔除掉幾位患者的人工呼吸器而成為警方的調查對象²⁹。由於並沒有伴以投予肌肉鬆弛劑，可說是純粹的延命治療之中止，至今為止因為沒有這樣的起訴事例，故其發展受到矚目，直至現今縣警察局也尚未函送。

（四）縣立多治見醫院事件

2007 年報導在岐阜縣多治見市的縣立多治見醫院中，一方面有（80 多歲的）患者本人書面的意思表明與倫理委員會

²⁸ 有關以下之事件，參照日本學術會議・臨床醫學委員會終末期醫療分科會（2008），《對外報告・終末期醫療のあり方について―亜急性型の終末期について―》，日本學術會議・臨床醫學委員會終末期醫療分科會，平成 20 年 2 月 14 日，8 頁以下。

²⁹ 以本件為素材作為討論延命治療之中止應有之方式，參照児玉聡・前田正一・赤林朗（2005），〈富山射水市民病院事件について―日本の延命治療の中止の在り方に関する一提案〉，《日本医事新報別冊》，4281 号，頁 79-83。

的決定，但院長反對這決定，而在未為延命治療中止的行動下患者死亡。報導說對該事件沒有明確有關刑事責任之規則而猶豫如何處理。

（五）和歌山縣立醫大醫院事件

2007 年報導和歌山縣立醫大醫院中，拔除呼吸器的醫師被以殺人的嫌疑函送。但是這是依照家屬的希望，故警察函送時也附上不請求刑事處分之意見書。

如上所述，是在 2007 年以前發生醫師參與尊嚴死與延命治療中止事件的幾樁案件。但是迄今實際上被起訴的只有拔管行為合併肌肉鬆弛劑之投予行為的「川崎協同醫院事件」。在東海大學醫院事件中，有注意必要的是治療行為之中止實際上並未被起訴。

伍、近年公布的指導方針與勸告

受這些事件的動向影響，相關學會推出指導方針之策定。日本加護治療學會以把握有關治療中止的現狀為目的，對學會成員進行問卷調查，延續其結果於 2006 年提出以下③的勸告。2007 年 5 月厚生勞動省公布「有關臨終醫療決定程序之指導方針」³⁰。還有 2014 年 3 月「人生最終階段中有關醫療意識調查報告書」（有關臨終醫療意識調查等檢討會）出爐，公布有關各色觀點的意識調查。其他列舉如下³¹。

① 日本老年醫學會「有關高齡者臨終醫療及照顧之立場

³⁰ 厚生勞動省，<http://www.hpcj.org/info/other/s0521-11a.pdf>（最後瀏覽日：02/28/2018）。

³¹ 對此亦參照日本學術會議・臨床醫學委員會終末期醫療分科會，同前註 28，頁 9。林章敏，同前註 3，頁 111-120。

表明」(2001年6月)³²

- ② 厚生勞動省科學補助金研究事業報告書「有關提升臨終醫療品質之研究」(2006年3月)
- ③ 日本集中醫療學會「對集中醫療中重症患者之末期醫療所應有形態之勸告」(2006年8月)
- ④ 厚生勞動省「有關臨終醫療決定程序之指導方針」(2007年5月)
- ⑤ 日本醫師會生命倫理想談會中間答辯「有關臨終醫療之指導方針」(2007年8月)
- ⑥ 日本急救醫療學會「有關急救醫療中臨終醫療應有形態之指導方針」(2007年10月)
- ⑦ 日本學術會議(臨床醫學委員會臨終醫療分科會)「有關臨終醫療應有形態—有關亞急性型之臨終期」(2008年2月14日)³³
- ⑧ 日本老年醫學會倫理委員會「有關高齡者臨終醫療與照顧之立場表明」(理事會承認之改訂版 2012年1月28日)
- ⑨ 有關人生最終階段中醫療意識調查報告書(2014年3月有關臨終醫療意識調查等檢討會)

³² 約 10 年後 的 2012 年中也一度改訂為「合於實情」、「立場表明」而公布。參照下列 ⑧ 參照日本老年醫學會倫理委員會，<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf> (最後瀏覽日：02/28/2018)。

³³ 臨床醫學委員會臨終醫療分科會，〈有關臨終醫療應有形態—有關亞急性型之臨終期〉，<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf> (最後瀏覽日：02/28/2018)。

陸、臨終醫療與朝安樂死與尊嚴死法制化之動向

接著想要一瞥在日本有關要求容許安樂死、尊嚴死與延命治療中止運動團體之動向。1) 日本尊嚴死協會與 2) 思考尊嚴死法制化之議員聯盟(改稱)之開展。

一、日本尊嚴死協會之創設與活動

在日本 1976 年設立「日本安樂死協會」, 1983 年變更會名為「一般財團法人日本尊嚴死協會」³⁴。又於 2005 年設立「思考尊嚴死法制化議員聯盟」。

日本尊嚴死協會的主要活動為登錄管理陷入無治癒希望的病態, 且死期近逼時拒絕延命治療之「尊嚴死宣言書」(リビング・ウイル), 如果向醫師提示出個人署名之宣言書, 則有可能不接受實施延命治療, 促進持有此種意思之人之登錄。拒絕延命治療的主要內容為 1) 在不治且已末期之情形下, 拒絕無意義之延命措置、2) 希望最大限度實施減輕苦痛之措置、3) 在陷於回復不能的遷延性意識障礙(持續的植物狀態)情形時, 希望放棄生命維持措置。對此署名之會員數在 2013 年達到 12 萬 5 千人。還有, 會員約百分之 80 是 65 歲以上。

二、思考尊重臨終時本人之意思的議員聯盟(2015 年 2 月)

(一) 議員聯盟之設立與活動

現今申報為上述團體名稱之團體的議員團由「思考尊嚴死法制化之議員聯盟」(2005 年)出發。現在參眾兩院合起

³⁴ 一般財團法人日本尊嚴死協會, <http://www.songenshi-kyokai.com/> (最後瀏覽日: 02/28/2018)。

來共有 196 名議員聯名。

此議員聯盟 2007 年公布「有關臨死狀態中延命措置之中止等法律案要綱」(案)，於 2012 年公布「有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案(暫稱)」(2012 年 3 月)，環繞此等法案，現在再度掀起議論。

(二) 法案(有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案(暫稱))之主要內容

本法案之主要內容係規制有關臨終之意義、延命措置之意義與醫師之免責等。

在本法案主要內容方面，後面再稍微詳細檢討。在此之前，首先想要介紹 2007 年的厚生勞動省的「指導方針」內容³⁵。

柒、厚生勞動省「有關臨終醫療決定程序之指導方針」

一、指導方針之內容

(一) 臨終醫療與照顧應有之形態

1、由醫師等醫療從業人員提供適切之資訊與說明，基於此，患者與醫療從業者相談，在以患者本人的決定為基本之上，來促進臨終醫療乃是最重要的原則。

2、臨終醫療中醫療行為之開始與不開始、醫療內容之變更、醫療行為之中止等應依據多種專門職業種類的醫療從業人員所組成的醫療與照顧團隊，以醫學上的妥當性與適切性為基礎，慎重地判斷之。

³⁵ 厚生勞動省，<http://www.hpcj.org/info/other/s0521-11a.pdf> (最後瀏覽日：02/28/2018)。

3、依據醫療與照顧團隊，在可能限度內充分緩和疼痛與其他的不舒服症狀，並以施行包含患者與家屬的精神上與社會上援助的綜合性醫療與照顧為必要。

4、具有使生命縮短之意圖的積極安樂死並非本指導方針之對象。

（二）臨終醫療與照顧方針之決定程序

臨終醫療與照顧之方針決定如次。

1、可得確認患者意思之情形

（1）在以專門的醫學上檢討為根據，以受告知後同意（インフォームド・コンセント）為基礎的患者之意思決定為基本，由多種專門職業種類的醫療從業人員所構成的醫療與照顧團隊進行為之。

（2）在決定治療方針之際，患者與醫療從業者進行充分的相談，患者做出意思決定，將其合意內容整理成文書。

以上的情形需配合時間之經過、病狀之變化、醫學上評價之變更，又須留意患者意思之變化，每次都要說明，並有必要進行患者意思之再確認。

（3）在其程序中，只要患者不拒絕，也希望讓家屬能夠知曉決定內容。

2、無法確認患者意思之情形

在無法確認患者意思的情況下，依照以下的順序，有必要在醫療與照顧團隊之中進行慎重的判斷。

（1）在家屬可得推定患者之意思的情況時，尊重其推定意思，以採取對患者而言最良善之治療方針為基本。

（2）在家屬無法推定患者之意思的情形時，關於怎樣才

是對患者最為良善的治療方針，需與家屬做充分的相談，以採取對患者而言最為良善的治療方針為基本。

(3) 在無家屬以及家屬將判斷委諸醫療與照顧團隊的情形時，以採取對患者最為良善的治療方針為基本。

3、多數專家組成委員會之設置

在上述 1 與 2 的情形中，於決定治療方針之際，有關以下等情況

(1) 在醫療與照顧團隊中，依照病情難以決定醫療內容的情況

(2) 在患者與醫療從業人員之間的相談中，無法得出有關妥當且適切的醫療內容方面的合意的情形

(3) 在家屬中意見無法整合的情況，以及在與醫療從事人員的相談中，無法得出有關妥當且適切的醫療內容方面的合意的情形

有上述情形時，需另外設置由多數專家組成的委員會，有必要實行關於治療方針等方面的檢討與建言。

捌、有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案 (暫稱)之檢討

一、有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案(2012 年)

(一) 本法案之目的

本法律案之主要內容係將依循表示希望不進行臨終延命治療患者之意思之書面，而不開始進行延命治療之醫師加以免責，希望將所謂的尊嚴死(以下稱為「尊嚴死」)加以法制化。

（二）作為基礎之說明與自我決定權

原本患者就具有接受充分資訊之提供與容易理解的說明，而在理解之上，基於自由意思，同意、選擇或拒絕自己所接受的醫療，這樣的權利（自我決定權）。這種權利適用在所有的醫療情況，當然，即使在臨終醫療上也同樣應受到保障。

（三）臨終之意義

在此法律中的「臨終」係指患者即使在受到傷病方面所行獲得一切適切醫療上的措置的情況下，被判斷為無回復可能性，且接近死期的狀態中的期間謂之。

（四）延命治療之不開始與中止

1、延命措置之意義

在此法律中，「延命措置」並非指臨終患者傷病之治癒或疼痛等之緩和，而是單指以延長當該患者之生存為目的之醫療上之措置（第5條第2項）。

2、選擇延命治療之不開始呢？或中斷呢？

對此公布了第1案與第2案。其差別是①要僅以延命措置之不開始為對象呢？（第1案），還是②也要包含中斷業已開始了的延命措置呢？（第2案）。

（1）第5條第3項之定義規定（第1案）

在此法律中，「延命措置之不開始」係指臨終患者處於現今所施行延命措置以外，還需要有了新的延命措置的狀態中，擔任當該患者診療之醫師，不開始該新的延命措置謂之。

（2）第5條第3項（第2案）

在此法律中，「延命措置之中止等」係指對於臨終患者中

止現正施行之延命措置，或臨終患者處於現今所施行延命措置以外，還需要有新的延命措置的狀態中，擔任當該患者診療之醫師，不開始該新的延命措置調之。

（五）醫師之免責規定

本法之主要目的係在於想要於法律上明確規定醫師之免責，此點上。

「有關依第 7 條之規定不開始延命措置者，不受民事上、刑事上以及行政法上追究之責任」（第 9 條）。

二、日本律師聯合會對法案之批判³⁶

（一）兩種法案

在此，提出關於「有關臨死狀態中延命措置之中止等

³⁶ 2007 年日本律師聯合會公布「有關有關臨死狀態中延命措置中止等之法律案要綱（案）」意見書。日本弁護士連合会，http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/070823_3.pdf（最後瀏覽日：09/30/2016），接著 2012 年（平成 24 年）4 月 4 日以會長名義公布對『有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案（暫稱）』之會長聲明，日本弁護士連合会，http://www.nichibenren.or.jp/activity/document/statement/year/2012/120404_3.html（最後瀏覽日：09/30/2016）表明對「思考尊嚴死法制化之議員聯盟」所為「有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案」加以批判。在此會長聲明中，現在也還是在先前意見書的批判點之上，批判其仍是「完全一點也未改善」。結論是「本法律案，如上述般，是在『尊嚴死』法制化的制度設計上應先實施的制度整備完全沒有去做的現狀中所提出的，應該說是還沒有檢討法制化之基盤。並且，本法律案的內容為醫師可以依據表明患者希望之書面而不開始進行延命措置，加上只將上述醫師一切免責加以法制化，由患者之觀點來看，難說本法案之內容是真的保障了患者之權利。又，『尊嚴死』之法制化，不只是對醫療、社會全體，更擴及對文化之影響也是重大的問題，有關其對錯與內容，或前提條件等方面，都必須盡謹慎且充分的國民討論」，以此總括其問題點。

法律案要綱（案）」之意見書（2007年8月23日），以及在「2012年（平成24年）4月4日對『有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案（暫稱）』之會長聲明」中的批判。

（二）批判之要點

其批判要點係「對於尊嚴死，關於尊嚴死，基於每個人的價值觀而有種種之考慮方式，其本身應該受到尊重，首先...，應該制定保障患者權利之法律。應該改善現在的醫療、福祉與照顧諸制度不完備與問題點」，對「有關臨終醫療中尊重患者意思之法律案」這批判也是妥當的。其批判係朝向以下諸點。

1、關於臨終醫療之自我決定權，有必要整備保障基於自由意思一事之程序與基盤

特別是有關關係臨終醫療之自我決定，有必要整備保障這真的是基於患者本人的自由意思一事之程序與基盤。...遵循自我的人生觀等，為了能夠基於真的自由意思而做決定，必須將臨終醫療、介護、福祉體制做充分的整備，而且，支援如此患者意思決定的體制是不可欠缺的。然而現在不管哪種體制都還極不充分。

2、是延命措置中止的程序法，而非有關患者自我決定權等的權利保障的實體法

要綱規定「為有助延命措置中止等之適正實施為目的」，其結局成為有關延命措置中止之程序法。儘管在條文中有「患者之意思之尊重」這樣的法文，延命措置的好壞斟酌得由醫師決定，此時有解釋為，如果考慮患者本人的意思也好，這樣餘地的話，便無法說是真的保障患者自我決定權的立法。

3、法案的射程過於狹隘—不只是延命治療之不開始，也應該規定延命治療之中止、緩和治療

臨終醫療中患者自我決定的事情是有關臨終治療與照顧內容之全部，絕非僅限於本法律案所為對象之延命治療之不開始。特別是延命治療中止、治療內容之變更、疼痛等的緩和與醫療等也都極為重要。又由醫師等的醫療從事人員所為之「提供適切資訊與說明」，基於此而進行「患者與醫療從事人員相談」，在以「依照患者本人之決定為基本」之上，促進臨終醫療是最為重要的原則。其自我決定權是必須最大限度受到保障的，但在日本還沒有規定這個權利的法律，現今也尚未充分受有保障。

4、並非是為患者本人作規定，而是醫師的民事與刑事的免責規定（第9條）

本法案之中心規定係免除對延命治療之不開始（中止）的法上責任。「對於延命措置之不開始，不追究民事上、刑事上與行政上之責任（包含科處過料）」。「要綱（案）」未必可說是以患者自我決定權之保障為立法目的，對此之手段也不充分。結局，要綱（案）並非是為成為問題的患者本人，其無法擺脫重視經濟上要因、近親者的負擔要因、醫師之免責要因而被提出之疑問」。

5、「臨終」之意義是曖昧的

此法律中，「臨終」係指患者即使是在傷病中所行獲得全部的適切醫療上的措置（包含營養補給的處置以及其他為維持生命的措置。下同此）的情形下，處於被判定為無回復可能性，且死期接近的狀態的期間。

作為對 2007 年的批判，被批判「處於『臨死狀態』這樣的概念是曖昧的」，「被判定死期接近的狀態的期間」這樣要件的定義也是曖昧的。

（三）批判之總結

有關為實現臨終患者自我決定權之臨終醫療的「綜合法規範」是必要的。關於延命治療之中止單只是做程序法的規定是不夠的。在檢討「尊嚴死」法制化之前，①適切的法規定之綜合規定是必要的制定保障接受適切醫療的權利與告知後同意原則等的患者權利的法律，改善現在的醫療、福祉、照顧諸制度的不完備與問題點，確保實現真的是為了患者的醫療制度與環境；②讓關係臨終醫療的現實制度受充實是前提現實上有必要充實緩和醫療、在宅醫療與照顧急救醫療等

玖、結論

對臨終醫療之中止，有必要做法律的規制嗎？應該做怎樣的規制方法？對於應該規制什麼是可以有種種意見的。由刑法的觀點來看，現狀上在延命治療之不開始方面，若延命治療不是有助於臨終患者疾病之治癒與緩和疼痛，而單只是以病患生存之延長為目的的情形時，即使不開始延命醫療，去保障明確不受追究殺人罪之結論是重要的。現在實務上雖是以不起訴處分這樣程序法上的處理方式來解決，但不帶給醫師其法上不安定性之不安與不信，對患者環繞的延命治療之中止，為了要有可能達到一致性的刑事不罰，是有立法之必要的。對於不實行延命治療之不作為—對疾病之治癒可能性、死期近逼的狀況、醫師中止延命治療之效果、附隨效果等之說明，而確認本人真的希望中止之意思，在有家屬的情

形時，經過家屬意思之確認而不為延命治療，不能因為欠缺以不縮短患者生命的方式而為救助之法上義務，而將其追究成作為義務之違反，對醫師不受追究刑法上之殺人罪乃至於加工自殺罪之罪責一事加以明確，乃其立法之目的。其立法目的對有關①如日本律師聯盟之批判一般，希望同時全部解決臨終醫療上重要之問題。還是②應該也要同時規定對業已開始之延命治療加以中止的情況時的容許要件呢？或者③雖是以緩和苦痛為目的而投藥，但會造成積極安樂死，對此容許之緊急避難的正當化事由是否也要包含進其法律之規制對象當中呢？凡此種種，也都應該要考慮個別的立法實際必要性之緊急性而來決定吧。

最後一言以蔽之，像在臺灣的「病人自主權利法」這樣，對於尚未到達「臨終時期」的患者縮短生命的不施行治療，以及僅以中止既存治療對生命之「患者自我決定權」為根據而依立法來容許之，這在日本或許是難以形成合意的吧。

參考書目

一、日文部份

山中敬一（2016）。〈ドイツにおける臨死介助と自殺関与罪の立法の経緯について〉，《浅田和茂先生古稀祝賀論文集（上巻）》，頁 611-646。東京：成文堂。

山中敬一（2016），〈ドイツにおける自殺関与罪をめぐる最近の議論にもとづくわが刑法 202 条の処罰根拠の再考〉，井田 良等編集，《新時代の刑事法学-椎橋隆幸先生古稀記念》，頁 93-142，東京：信山社。

山中敬一（2015）。〈臨死介助における同一法益主体内の利益衝突について—推定的同意論および緊急避難論の序論的考察—〉，《近畿大学法学》，62 卷 3-4 号（山本正樹先生ほか退職記念号），頁 265-299。

山中敬一（2015）。《刑法総論》，三版。東京：成文堂。

大谷実（1985）。〈末期医療と医師の刑事責任〉，《警察研究》，56 卷 7 号，頁 3-17。

大西秀樹（2012）。〈緩和ケアの担い手〉，平山正実編《生と死の看護論》，二版 7 刷，頁 64-71。東京：メヂカルフレンド社。

日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会（2008）。《対外報告・終末期医療のあり方について—亜急性

型の終末期について一》，日本学術会議・臨床医学委員会終末期医療分科会，平成 20 年 2 月 14 日，頁 1-23。

甲斐克則（2014）。《尊厳死と刑法》，初版。東京：成文堂。

甲斐克則（2014）。〈治療行為の中止〉，甲斐克則編，《医事法判例百選》，二版，頁 198-199。東京：有斐閣。

本田まり（2015）。〈終末期医療に関する法的状況—フランスとベルギーの比較から〉，《医事法学》，30 号，頁 17-22。

林章敏（2013）。〈終末期医療の現状と課題〉，《刑事法ジャーナル》，35 号，頁 111-120。

児玉聡・前田正一・赤林朗（2005）。〈富山射水市民病院事件について—日本の延命治療の中止の在り方に関する一提案〉，《日本医事新報別冊》，4281 号，頁 79-83。

城下裕二（2013）。〈終末期医療をめぐる刑法上の諸問題〉，《刑事法ジャーナル》，35 号，頁 103-110。

宮崎和加子・竹森志穂・伊藤智恵子・樋川牧（2016）。《在宅・施設での看取りのケア》，初版。東京：日本看護協会出版会。

新谷一朗（2014）。〈終末期医療における自己決定と事前指示について—アメリカ合衆国の議論を素材として—〉，高橋則夫等編，《曾根・田口古稀祝賀論文集（上巻）》，頁 327-345。東京：成文堂。

新谷一朗（2014）。〈終末期医療における意思表示〉，《医事法学》，29 号，頁 12-17。

横内正利（2012）。〈高齢者における終末期医療〉，安藤・高橋責任編集，《終末期医療（シリーズ生命倫理学 4）》，頁 59-74。東京：丸善出版。

鍾宣錚（2015）。〈台湾における終末期医療の法と倫理—終末期退院の慣行と『安寧緩和医療法』をめぐる判決を手掛かりに—〉，《立命館大学大学院先端総合学術研究科 Core Ethics》，11 卷，頁 123-134。

鶴若麻理（2012）。〈高齢者福祉〉，大林・徳永編，《高齢者・難病患者・障害者の医療福祉（シリーズ生命倫理学 8）》，頁 23-42。東京：丸善出版。

