

三重大学緩和ケアセミナー
2024年1月25日

終末期医療における 倫理的問題へのアプローチ



国立がん研究センター生命倫理部
一家 綱邦

tikka@ncc.go.jp

自己紹介：医療現場の近くにいる法学研究者

• 法学の世界からスタート(1997年4月～2010年3月)

- 名古屋大学法学部
- 早稲田大学院法学研究科(博士(法学))：法社会学、医事法学、生命倫理学
- 早稲田大学法学部助手

附属病院に臨床倫理委員会を創設・運営
(当時、大学病院として全国2番目)

• 医学の世界にコミット

- 2010年4月～2015年8月：京都府立医科大学 法医学教室
- 2015年9月～2017年9月：国立精神・神経医療研究センター 倫理相談・教育
研修室長
- 2017年10月：国立がん研究センター生命倫理部 生命倫理・医事法室長
- 2021年9月：同上・部長

中央病院の臨床倫理支援室長を兼任
臨床倫理委員会&臨床倫理コンサルテーションチームの運営

臨床倫理に取り組む意義

* 自分が最善と思う医療や看護ケアについて、他者の意見を聞きたい、他者と共有してほしい。

他者：①医療スタッフ同士、②患者サイド



- 1) このように思う個々の医療者を放置しない、Burn Out させない。
- 2) 倫理問題→法的トラブルに悪化させない。

* 未だにある誤解：倫理＝個人の倫理観

- ・ 倫理的ジレンマを個人で処理するように仕向けない
- ・ 根拠のない自分の個人的思いを他者に押し付けない

臨床で生じる倫理的問題の 基本的ないくつかの考え方

よくある臨床からの相談

- 医師が提案する治療方針に患者が同意しない（から、その治療をしなくても仕方ないよね）
- 患者が治療内容や医師の説明を理解していない
- 患者に意思決定能力がなく、患者の希望が不明
- 治療に対する希望が、患者と患者家族で食い違う
- 治療方針や説明の相手方について、家族が、患者本人ではなく、家族の意向を聞いてほしいと求めてくる
- 説明して同意したはずの患者が事後にクレームを言う

法的に正当な医療行為の3要件

Q. 法的に正しいと認められるための医療行為の条件は？

Ex. 終末期患者の肉体的苦痛を緩和するために、鎮静処置（≡間接的安楽死）を行うことは問題ないか？

① **医学的適応性**：患者はその医療を必要とする状態か？

Ex. 鎮静を必要とするほどの肉体的苦痛か？鎮静の目的が正しいか？

② **医術的妥当性**：医療目的の手段として正しいか？

Ex. 鎮静の目的のために正しい手段（薬の量や使い方）をとるか？

③ **患者の同意**：医療者が提案する医療に患者が同意

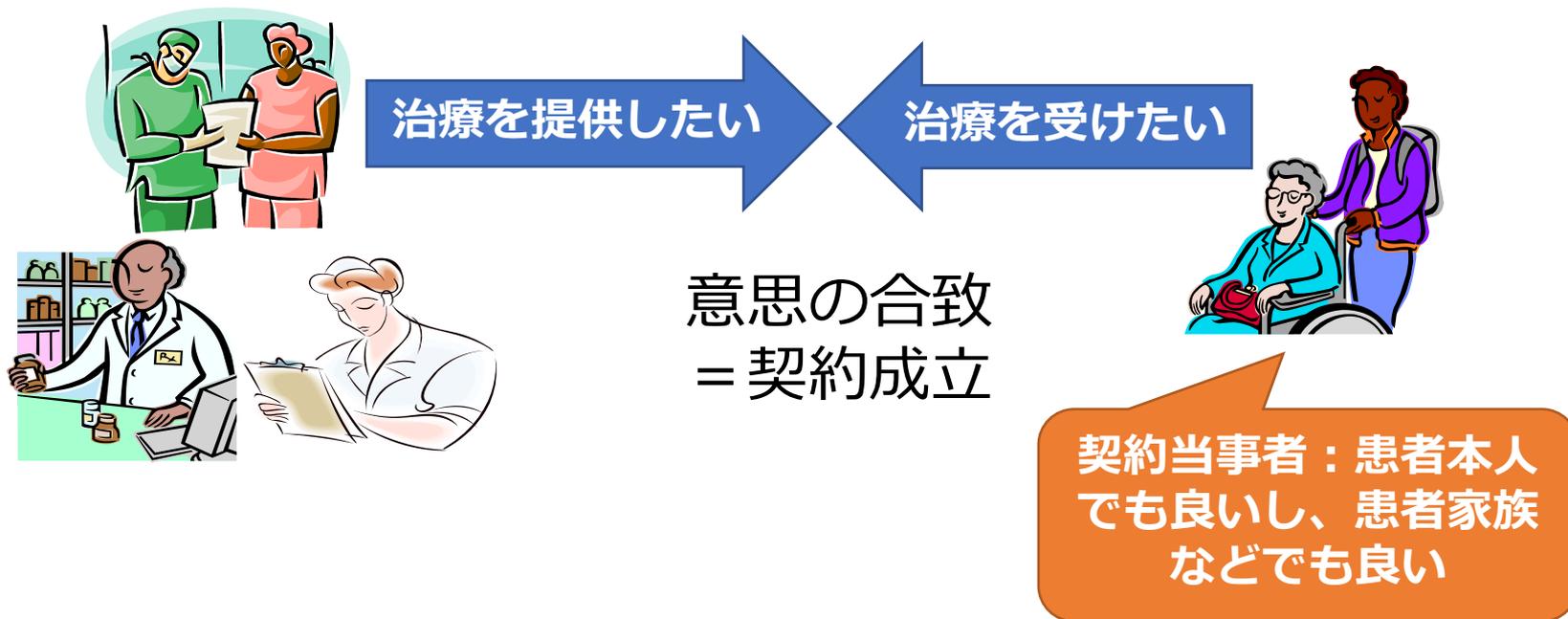
Ex. 患者が鎮静処置を希望・同意するか？

医療行為の同意と診療契約の締結

- 医療行為に対する同意 (IC)
 - 主に医療職にとっての問題
 - 治療方針を決められない
 - 倫理も関わる
- 診療契約の締結 (承諾)
 - 主に事務職にとっての問題
 - 治療費を払ってもらえるか
 - 倫理はあまり関係ない (応召義務の問題はあり)

この2つは関連するが、別の場面・別の問題として考える

診療契約



余談：医療者は患者と何を契約するのか？

×病態や障害が回復するという結果（結果債務）

△患者の希望する医療

○患者のために**最善の治療を提供するように努める**
こと（手段債務）

Informed Consentの3要件

- 医療者による適切な説明
- 説明を受けた患者の理解
- 患者の自発的（≡他者の影響を受けない）同意

...患者が自分の身体に関わる重大な治療について、**自己決定**を適切にできるように、必要な情報を説明し、患者が理解できるような配慮や工夫（コミュニケーション）をすることが求められる。

コミュニケーションが成立するためには、繰り返して説明の機会も必要。ICは1回やって終わりのセレモニーではない。医師以外が説明を補足することも可。

ICのための必須説明項目

世の中のあらゆる治療法ではなく、標準的な医療として医学（専門家）の世界で認められる治療法について...

- ・ 診断の内容と患者の現在の状態
- ・ これから予定する治療法の概要（目的及び方法）
- ・ その治療の危険性と副作用の可能性
- ・ その治療を実施しなかった場合に予測される結果
- ・ 他に選択可能な治療法の有無 + 有る場合には、その内容とメリット/デメリット

を説明しておかなくてははいけない

**説明義務違反の
医療過誤訴訟の蓄積**

医療者に望む説明のスタンス

- 医療のプロとして、医学的に正しいと思うことについては、「説明」以上の「説得」をしてください。

→やるだけのことはやったと思えるためにも。ただし、「同意・承諾」のないことは行わない

Ex. ファミレスの店員か or 一流レストランの給仕か？

- 病気になった自分の家族に、他の医療者がしてほしいような説明をしてください。

→医療のプロから一段目線を下げて

説明や同意は文書でなくてはいけませんか？

- 必ずしも文書である必要はない
- 契約は口頭でも成立する
- …それでは、何のために文書で説明して、同意を得るのか？



- 説明した & 同意したことの証拠として残す
- 大事な内容であることを説明の相手方（患者）に理解してもらおう（Ex. 侵襲度の高い手術等）
- 説明の内容を患者が持ち帰って家族などに相談できるようにする

Cf. 説明と同意に関する様々なことは、参考文献に挙げた森田・田代編集の本に書きました。

家族等の位置づけの確認

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等にに応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

*注12 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

*注13 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

*注14 家族等がない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

*注15 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

- プロセス・ガイドラインは「**家族等**」の範囲を広く設定。
- 家族が治療方針の決定に関与するのが適切なのは、患者本人の真意を推定できたり、最善の利益を代弁できるという想定。その想定が成立しない場合には、適任者ではない。
- **患者サイドが決定できないなら、医療サイドが治療方針を決めないといけない。**

成年後見人制度では、他者決定できない

法定後見制度			任意後見制度
後見人	保佐人	補助人	任意後見人
既に判断能力が不十分なので、 支援する人を選任する			判断能力があるうちに、将来に備えて後見人を自分で選んでおく
被後見人：判断能力が欠けているのが通常	被保佐人：判断能力が著しく不十分	被補助人：判断能力が不十分	<div data-bbox="1362 868 1889 1159" style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 10px; border-radius: 15px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 入院契約締結、治療費の管理、軽微な治療行為の同意etc. </div>

民法858条：成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うに当たっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。

治療方針は誰が決めるのか？

- 医師には医学的に正しいことを行う義務と、正しいことを行いたいという希望がある。医師に、医学的に正しくないことを強制できない：**医師の医学的裁量権**



- 患者は医師が提案した治療について同意又は拒否することができる：**患者の自己決定権**

* どちらに最終的な決定権があるのかは、なかなか難しい。裁判で争う場面以外では、どちらでも良いのでは？むしろ（法的トラブルにならないためにも）、**医師と患者が治療について合意できることが大事。**

説明の相手は誰か？ 看護師Aの相談ケースから

- 男性40歳代患者、知的能力が高い、胃癌（Stage4）、最悪で週単位の予後も予測
- 家族 = 妻、実父（隣県で在宅療養）、実母（父の介護）がいる
- 他院での治療が奏功せず、看護師Aの病院に転院してきたが、この病院も積極的な治療には消極的。
- 妻の希望から、患者本人には告知をしていない（病状は理解している？）。患者は最後までできる限りの治療を受けたい。病状に関する質問をされても、うまく答えられずに、患者が不信感を持つ（医療者としても苦しい）

私見：患者本人に告知するしかない

- 自己決定権とは何ですか？
- 医療者の仕事の相手 = 第一クライアントは誰ですか？
- 家族の意向を優先するのは何故ですか？
 - 患者本人に正確な説明をすることに損害や違法性があるか？
 - 余命宣告やがん告知でショックを受けるのは不可避。もちろん説明の言葉は慎重に配慮。
 - 複数いる家族全て（遠くの親戚）に配慮できるのか？
 - 家族は患者にとって「最大の利害関係者」でもある
- 家族が患者への説明を拒む理由を推測する
 - このケースでは、説明後のサポート体制が見えなかったことが、説明拒否の理由だった

終末期医療について

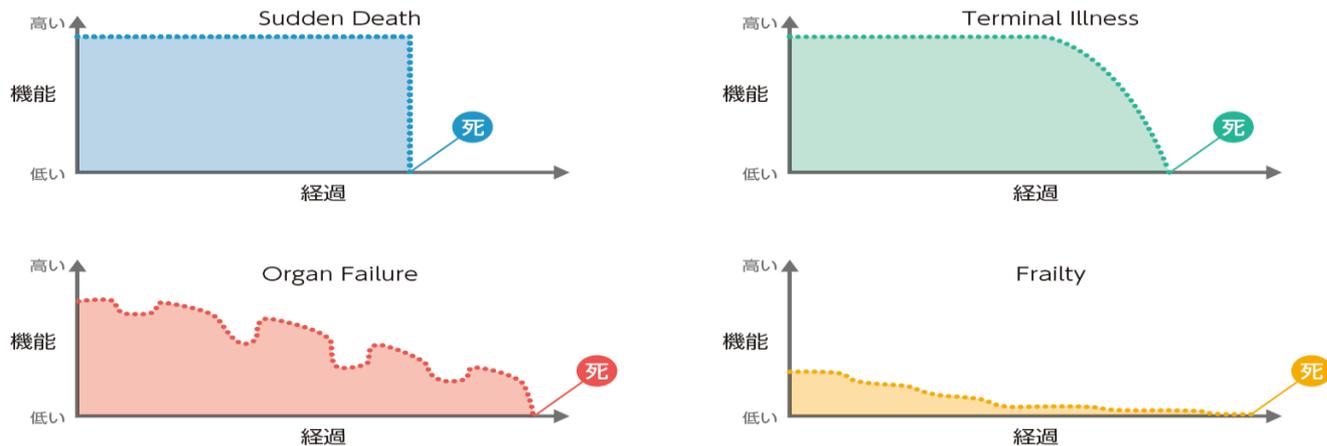
終末期医療とは？

○患者さんの人生の最終段階で受ける医療

○「終末期 = 最終段階」は、疾患によって異なり、個人差もあるが...

- ・ 回復や治療が難しい状態
- ・ 死期が迫っている、死をいつ迎えてもおかしくない状態

図 人生の最期に至る軌跡



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1108-1112 より)

■: 急性期医療等における急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 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. 2008 より)

終末期医療で最も難しいことは？

- * 患者本人の意思を確認すること
 - …意思疎通能力、判断能力が低下する
- * 家族に聞けば良い？
 - 家族が患者本人の真意を知っているか？
 - 患者の“自己”決定権は？
- * 意思疎通できる、自分のことを判断できる時に、
終末期の治療について確認しておけば良い

少し前の医療界の試み： アドヴァンス・ディレクティブ（AD）

Advance Directive：事前指示書

- ・ 終末期に受きたい／受けたくない処置
- ・ 自分に代わって処置を決める人

について、文書に記載して保管しておく

→上手くいかない、普及しない

- ・ 最期のこと（死のこと）を考えるのは辛い
- ・ 指名された人も、患者の真意を知らない
- ・ 文書作成時の意思が、今も同じか分からない
- ・ 文書に患者が考えた**結論**だけ書いてあっても、複雑な現実の状況に対応できない

最近の医療界の試み： アドヴァンス・ケア・プランニング（ACP）

Advance Care Planning：

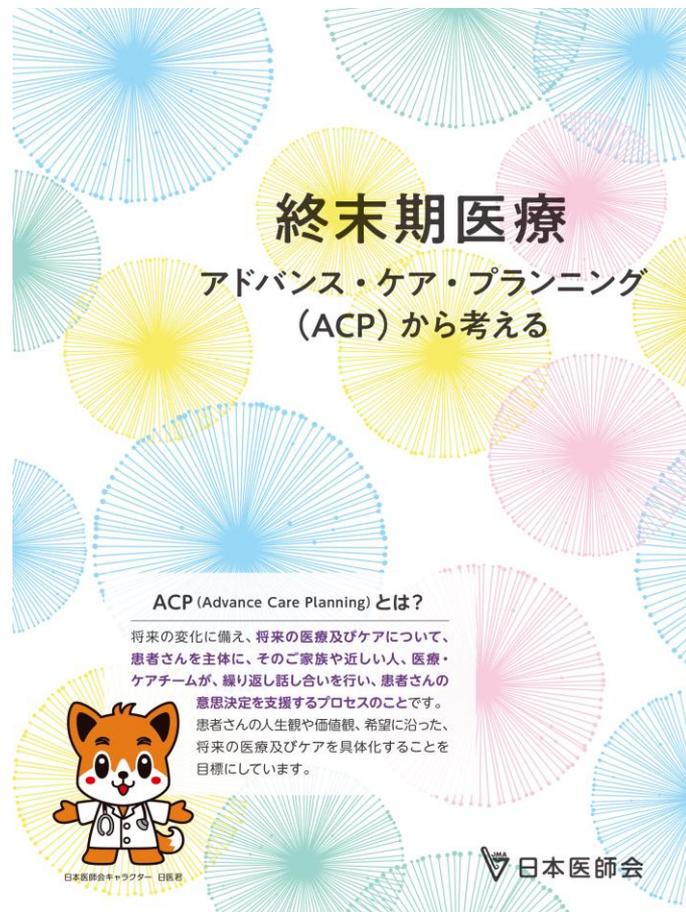
- 年齢と病期にかかわらず、患者（近親者含む）と医療者が、価値観・人生の目標・将来の医療に関する希望を理解し、共有するプロセス（話し合いの過程）
- これまで話し合ってきた過程（共有した価値観や医療に関する希望）を、いよいよ患者の終末期の治療を決めるのに活用する
- 患者のことを“点（最後の一時期のこと）”でなく、“線又は面（人生の一定期間）”で理解する
- ACPの結果（特に重要なこと）を文書にしておくこと（AD）は有意義である

ACPで何を話し合うのか？

* 患者さんの状況

- ・ 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- ・ 健康状態について気になる点がありますか？
- ・ 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者の状況や考え方は日々変化することが当たり前なので、変化に対応するために、繰り返し話し合うことが大事。



終末期医療
アドバンス・ケア・プランニング
(ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会
日本医師会キャラクター 日医君

日本医師会

前のスライドの続き

* 患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- ・ これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- ・ 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- ・ これからどのように生きていきたいですか？
- ・ これから経験してみたいことはありますか？
- ・ 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- ・ 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- ・ 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- ・ 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

それまでの人生での様々な決定と同じように、できるだけ前向きに

* 医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。

ACPは特別なことなのか？

強調しておきたいのは、「ACPは既に地域にある」「地域の医師が何気なく実践している」ということです。一方、実践している内容がACPだと気が付いていない場合が多いと感じています。

特にかかりつけ医の役割を果たしている先生方は、地域の患者さんたちとの付き合いが長く、人間関係も築けていて、患者さんとはいろいろな話をすると思います。患者さんから聞いた話の中で、患者さんが人生の中で大切にしていることや、生活の中でゆずれないことなどを、カルテの片隅にメモしている場合があるでしょう。

また、メモなど視認できる形では残していないものの、患者さんの顔を思い浮かべれば「あの人はこんなことを言っていた」と思い出すはずです。つまり、かかりつけ医の先生方は患者さんの価値観を把握していると言えます。私は、目に見える形では残していないけれど、いつでも取り出せる、思い出すことができるような状況を「心のポケットに入れて」と表現しますが、ACPに重要なキーワードや要素は、この“カルテの片隅に書いたメモ”や“心のポケット”に、先生方の気付きとして存在しているのです。気付くこと、本人の価値観をくみ取ること、これこそが、大事なACPのプロセスなのです。



西川満則先生
(国立長寿医療
研究センター緩和
ケア診療部)

<https://www.m3.com/open/iryolshin/article/610847/>

DNAR、BSCとは？

DNAR (Do Not Attempt to Resuscitate) :蘇生禁止指示

- ・ 死が不可避であり蘇生の努力が無益と考えられる心停止時のみ効果を発揮する医師による指示
- ・ DNARのオーダーを出すのは医師であり、医師はACPなどの話合いや検討を通じて、オーダーを出す
- ・ オーダー内容はカルテに記録する
- ・ オーダー内容は適宜見直しする

同じことはBSCにも当てはまる = BSCの方針は「この患者にやることはない」ではない

- ・ **DNARがあることは、心肺蘇生以外の酸素投与、気管挿管、人工呼吸器、補助循環装置、血液浄化法、昇圧薬、抗不整脈薬、抗菌薬、輸液、栄養、鎮痛・鎮静、ICU入室などの通常の治療・看護行為の不開始、差控え、中止に影響を与えない**

cf. 日本集中治療医学会倫理委員会「DNAR(Do Not Attempt to Resuscitate)の考え方」
「Do Not Attempt Resuscitation(DNAR)指示のあり方についての勧告」

国もACPを推奨する

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」（2018年3月最新版）

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

1. 終末期医療及びケアの在り方

- ①医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療・介護従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。患者の意思は変化しうるものである。日常的な患者と家族等との話し合いが重要。 = **ACPやインフォームド・コンセントの重要性**
- ②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療・ケアチームが、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである = **医療行為の中止も含めた、チーム医療による医学的妥当性**
- ③医療・ケアチームが可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療とケアを行うことが必要 = **緩和ケア、精神的・社会的援助**
- ④積極的安楽死（薬毒物を使った殺害）は、本ガイドラインでは対象としない = **積極的安楽死の禁止**

2. 終末期医療及びケアの方針の決定手続

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておく。時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化することであることを留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ 患者が拒まない限り、決定内容を家族に知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う。

- ① 家族が**患者の意思を推定**できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、**患者にとって何が最善であるか**について、家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で医療内容の決定が困難
- ・ 患者や家族と医療・ケアチームとの話し合いで、妥当で適切な医療内容について合意できない
- ・ 家族の中で意見がまとまらない etc.

⇒複数の専門家からなる話し合いの場 (Ex. 倫理委員会) を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて治療方針等についての検討と助言を行うことが必要である。

<このガイドラインの5つのポイント>

1. 1が基本的な考え方、2が1を生かすための手続プロセス
2. 話し合い、情報共有に基づくインフォームド・コンセントの尊重
3. チーム医療の重視
4. 医学的な最善の追及 (治療中止も認める。緩和ケアを重視)
5. 医療機関外の自宅などでの介護従事者の活動重視

このガイドラインへの不満や疑問に対する 考え方

Q1.「終末期」「終末期医療及びケア」「適切な医療」の定義が不明である？

- ・ 個々の臨床で決めるべき、決めてよい。
- ・ **臨床の裁量の余地**を大きく残す。御上のルールが決めることでない。

Q2.医療者に対する免責規定がない？

- ・ **手続的正義**を重視したガイドラインだろう
- ・ ・ ・ 「適正な手続を踏んで出した結論であれば、その結論は正しいものと尊重される」という法的・倫理的な考え方
- + 適正な手続を踏む中で、実体的な正しさ(Ex. 患者の同意の真正性、医学的判断の確かさetc.)も追及することになる

話し合うときに確認したいこと、 共有したい情報

○医学的・看護ケア的事項

- ・現在の治療内容と患者の状態(予後や苦痛の有無を含む)
- ・今後予定している治療方針と、それにより予測される患者への影響
- ・現在の治療及び予定する治療に対して、代替可能な治療方法の有無とその内容

○患者のプロフィールや環境

- ・本院への受診や入院の経緯(前医・後医関係)
- ・患者の職業、信仰、バックグラウンドなどパーソナリティ関係
- ・患者の社会的環境(家族や支援者の有無、福祉サービスの利用状況など)
- ・患者の経済的状況

私が相談を受けるときに、
聞くようにしている事項です

○医療従事者の考え

- ・相談したいことに関する依頼者自身の考え & 他の医療者の考え(チーム内の意見、上司の意見など)

○患者などの考え

- ・患者の同意能力の状態
- ・現在の患者本人の意向や考え
- ・現在の患者本人の考えが不明な場合に、それを推測できるもの(元気な時の会話内容、文書など)
- ・患者家族など近親者の意向や考え
- ・キーパーソンの有無

○その他

- ・臨床研究や症例報告との関連性
- ・医療資源の配分的な問題

皆さんへの問い

* 「尊厳死」や「安楽死」という言葉を聞いたことはありますか？ 正確な意味を説明できますか？ 「終末期医療」とは違うのでしょうか？

* 日本の法は、尊厳死や安楽死を認めていないのでしょうか？ 尊厳死や安楽死を行うと、法的責任を問われるのでしょうか？

「尊厳死」「安楽死」という言葉の整理

	目的(この区別は曖昧)	方法(医師が行うことが絶対原則)	具体的内容、別の用語
尊厳死	回復不能な末期状態の患者に、 人間としての尊厳を害さず に(Ex.機械で生かされない、本人希望を尊重する)死を迎えさせる	生命維持処置（人工呼吸器、栄養水分補給）を開始しない、又は、開始した生命維持処置を中止する →死期を積極的に早めるのではなく、自然の経過に任せる	延命治療の差控え又は 終了 (by 会田薫子『長寿時代の医療・ケア』ちくま新書)
消極的安楽死			
間接的安楽死	死期が迫る患者が激しい肉体的苦痛に襲われている場合に、 患者の依頼に応じて苦痛を緩和・除去する	苦痛緩和のための鎮静薬を用い、意識を失い、そのまま亡くなる →死期を積極的に早めるのではなく、自然の経過に任せる	終末期鎮静、持続的な深い鎮静
積極的安楽死		薬毒物などを用いて、人の生命を自然の死期よりも直接的に早める	殺人、承諾殺人

法律がないとできないのか？

Q. 日本の法は、尊厳死や安楽死を認めていない？
法律がないから、尊厳死や安楽死をできない？

A1. 法規制には2種類のパターンがあり、終末期医療はタイプ②

- ① 予め規制によって行って良いこと、行うためのルールを決める (Ex.再生医療安全性確保法、臓器移植法)
- ② 特別な規制を予め設けず、問題・トラブルが発生した場合に一般的なルール (民法や刑法) で処理する

A2. 最近ではテレビでも治療中止場面が放映されているし、厚労省ガイドラインにも医療行為の中止は書いてある

終末期医療の主な事件、裁判例

- 東海大学病院事件(1991年発生、95年横浜地裁 = 有罪判決)
- 川崎協同病院事件(98年発生、2002年発覚、09年最高裁 = 有罪判決)
- 北海道道立羽幌病院事件(2004年発生、05年発覚、書類送検→不起訴)
- 射水市民病院事件(2000年～05年に7件発生、06年発覚、書類送検→09年不起訴)

中島みち『「尊厳死」に尊厳はあるかーある呼吸器外し事件から』



- ①積極的安楽死か否か = 刑事裁判 & 有罪判決になるか否かの事実上の境界
- ②これら全ての事件で、次の2点は社会的に問題になったので要配慮
 - ・患者本人の意思表示がない又は不明確であること
 - ・医師の判断と行動が独断であること = チーム医療、患者・家族への説明が大事
- ③2010年代には、医師の終末期医療安楽死が事件になっていなかった
→福生病院事件（2019年）、京都ALS患者殺人事件（2020年）

日本で2件しかない 医師の安楽死の刑事事件と裁判

<東海大学病院事件>

多発性骨髄腫の終末期患者に対して、本人意思が不明なまま、家族の強い要請に基づき、3種類の安楽死行為を順番に実施して(最後は塩化カリウム注射)、死亡。

⇒横浜地裁判決(H7年3月28日)：殺人罪で有罪＋執行猶予

<川崎協同病院事件>

気管支喘息の重責発作に伴う低酸素血症により脳損傷し、意識が回復しない患者の気管内チューブを外来主治医が抜去し、鎮静剤、筋弛緩剤を投与して死亡。医師の診断に疑問が生じ、患者の意思は不明、家族への説明内容と同意の有無も曖昧であった。

⇒東京地裁判決(H17年3月25日),東京高裁判決(H19年2月28日),最高裁決定(H21年12月7日)：殺人罪で有罪＋執行猶予

2つの事件判決から学ぶ 終末期医療の考え方

①治療義務の限界

- ・ 治療不能な病気、回復見込みなし、死が不可避
- ・ 取りうる手段が他にない
- ・ 医療行為の一環として、医師の判断・処置による

②患者の自己決定権の尊重

- ・ 行為時点での明示の意思表示がベスト
- ・ 家族等による意思の推定でも可

⇒この二本柱に基づいて、安楽死は許容されるだろう

適法な医療行為要件と重なる（前掲）

特別法は有効か？ リビング・ウィルの先進国アメリカでは？

1976年：ニュー・ジャージー州最高裁判決が、人工呼吸器の取り外しを認める = 全米が注目したカレン・クインラン事件

1976年：カリフォルニア州でアメリカ最初の自然死法が制定：リビング・ウィルの法的効力を認め、医師を免責

⇒その後、医療代理人が終末期医療の代行判断を行うことを制度化し、代理人による決定も自己決定とする法律も作る

1991年 患者の自己決定法(連邦法)：入院やナーシング・ホーム入所に際して、事前指示の情報提供を義務づける



ところが、事前指示の割合は依然として低い。1700名を対象にした調査で、8割が事前指示は重要と答えたが、実行しているのは1/4以下。

現実的には終末期における自己決定は幻想である。何よりも患者自身が死について認めた上で、それについて話し合うのに消極的だからである。

Barbara A. Noah, A Better Death in Britain?, 40 Brook. J. Int'l L. 876-877 (2015).

* 法律を作ることの意義、患者の自己決定権への期待は、難しい...

オランダの安楽死をめぐる法制度

- 大前提：かかりつけ医師制度、充実した医療・福祉、医療同意法
- ポストマ事件判決（1973年）：医師による実親の積極的安楽死→執行猶予付有罪判決
- 王立オランダ医師会が安楽死に関する意見表明（1973年:上記裁判中、1984年:ガイドライン策定）
- 同医師会と司法省による安楽死の報告届出制（1990年:実務運用開始、1994年：遺体埋葬法改正）
 - ①安楽死を実施した医師は直ちに検死官に報告
 - ②現場で医師は自治体の検死官に詳細な報告書を提出
 - ③検死官は医師の報告書と検死報告書を地方検察庁に提出（+98年:安楽死地域審査委員会に報告→2002年法制化）
 - ④検死官が不審な点なしと判断すれば、検察官を通じて市町村が埋葬許可
 - ⑤全書類は検察庁に提出され起訴/不起訴の決定
- 安楽死審査委員会が審査結果に関する報告書を毎年作成（透明性の確保）：2011年には3695件の安楽死（生命終結3446件、自殺幫助196件、2つの合体形態53件）←安楽死要請の約1/3（cf. 1990年には同国の全死亡における安楽死を調査）

オランダの安楽死をめぐる法制度

- 刑法293条1項：囑託殺人の罪

→293条2項：1項の行為が「2002年要請に基づく生命終結及び自殺幫助に関する審査法（＝安楽死法）」2条の「注意深さの要件*」を遵守した医師によって実施され、かつ、遺体埋葬法に従い、医師がその行為を自治体の検死官に届け出たときには罰しない

- 刑法294条1項：自殺の幫助・教唆の罪

→294条2項：293条2項と同旨

2002年改正

* 注意深さの要件：

- ①患者の自発的・熟慮ある要請
- ②回復の見込みのない耐えがたい苦しみ（末期、身体的苦痛に限定されない）
- ③患者の現状と予後について患者に情報提供
- ④他に合理的手段（解決策）がない
- ⑤医師は他の独立した立場の医師が患者を診察して合意

cf. 星野一正「民主化の法理/医療の場合(80)オランダで、安楽死の容認はなぜ可能なのか」時の法令1650号（2001年）78-85頁

平野美紀「オランダにおける安楽死議論」甲斐克則『終末期医療と医事法』（2013年）

(倫理) 指針の活用

<終末期医療に関する国 & 医学界のガイドライン>

2006年/緩和医療学会「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」

→2013年改定

06年/集中治療医学会「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」

07年/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」

→16年「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」

→18年3月に改訂

07年/救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言」

08年/医師会・第X次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドライン」

08年/学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会「終末期医療のあり方について」

10年/循環器学会他・合同研究班「循環器疾患における末期医療に関する提言」

10年/緩和医療学会「苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン」

12年/老年医学会「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」

12年/集中治療医学会「終末期医療に関して市民の皆様への提言」

14年/救急医学会等「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン」

- ・ 殆どに、治療中止や苦痛緩和処置を書いてあるはず = 禁止されていない
- ・ 「法律」というルールがなくても、「ガイドライン」というルールを各組織や現場で効力のあるものに仕上げる、ガイドラインの理想を現実にする

参考文献

- 長谷部圭司『認知症等意思決定能力低下患者の診療における法的問題への処方箋』（日本医事新報社、2017年）
- 一家綱邦「終末期医療の法と倫理—許されること、許されないこと、その根拠」病院78巻7号 508-513頁（2019年7月）
- 中山茂樹「『自分らしい死』をめぐる法と倫理」法学セミナー798号26-32頁（2020年）
- 森田達也／田代志門編『鎮静と安楽死のグレーゾーンを問う—医学・看護学・生命倫理学・法学の視点』（中外医学社、2023年）
 - ⇒一家綱邦「終末期医療・終末期鎮静をめぐる医事法学的検討—個々の臨床から医療制度の拡充にわたって—」
- 『看護管理』29巻8号2019年 特集：対話のプロセスを支援する倫理カンファレンスの技法ジレンマ・メソッド
- 『Cancer Board Square』5巻3号2019年 特集2：臨床現場での倫理的問題を解決するジレンマ・メソッド入門