

不明確な法の伝える明確なメッセージ

- 第4回終末期医療に関する懇談会
- 2009年4月14日17時～
- nhiguchi@j.u-tokyo.ac.jp 樋口範雄

先回での中川翼先生のご発言

- **中川委員** もっと法律のほうも頑張ってほしいと思います。・・・座長の町野先生も苦しいところだと思えますけれども、法律の方がもう少し積極的に考える方向でないと、結局、我々医療者がそれなりに投げかけているのに、これはまだ早いとか画一的になると言っているのは、どうも私は納得がいかないのです。

課題→以下の項目は密接に関連する

★1 中川先生のご要望に応えること

「現場の悩みに十分法律家は答えていない」

★2 国民の多くはリビング・ウィルには賛成なのに、なぜその法制化には消極的か？

3 なぜこの懇談会に法律家は2人しかいないのか？ なぜ多くの法律家は必ずしも積極的でないのか？

4 アメリカではリビング・ウィルの法制化が行われているのに、アメリカ法専門の樋口はなぜ積極的でないのか？

2008年10月8日朝日新聞朝刊第3社会面

NHKニュース10月7日篠田記者

「倫理的には問題ない」 難病患者の呼吸器外し 千葉の病院倫理委見解
千葉県鴨川市の亀田総合病院(亀田信介院長)の倫理問題検討委員会が、周囲の人と意思疎通できなくなったら人工呼吸器を外してほしいという筋萎縮(いしゆく)性側索硬化症(ALS)患者の要望に対し、「倫理的には問題はない」などとする見解をまとめた。症状が進んだALS患者の呼吸器を外すことは生命を左右しかねない。患者団体によると、ALS患者のこうした要望に医療機関の倫理委が見解を示すのは珍しい。

ただ、倫理委は「呼吸器を外した人が刑事訴追される可能性がある」として、要望への対応は明言していない。

患者は県内の男性(68)。91年に難病のALSと診断され、翌年に呼吸困難になり、気管を切開して呼吸器をつけた。寝たきりだが、右ほおが数ミリ動くことを利用して、パソコンで文章を書き、家族らと意思疎通する。

家族によると、男性は「家族や友人、医療スタッフらとの意思疎通があつてこそ、人間らしく生きられる」と考え、それができなくなったら「呼吸器を外してほしい」と願っているという。

NHKニュースは「議論と調査が必要」「呼吸器外しを認める法律はない」
板倉教授の見解「囑託殺人に当たる可能性」

アメリカのcasebook(ロースクールの教材)の事例

Furrow他, Bioethics 1-5 (5th ed. West 2004)

「ある金曜の午後4時半、300ベッドの病院の顧問弁護士であるあなたのもとに電話が入った。電話をかけてきたのはミス医師で、あなたの助言を求めてきたのだ。医師はジョーンズさんという37歳の患者を診てきた。患者は、肺癌の末期にあり、すでに骨に転移が生じていた。余命はせいぜいで1ヶ月というのが現在の状況であり、治療はもっぱら進行を遅らせるための化学療法と疼痛緩和に向けられていた。また、ジョーンズさんには心臓ペースメーカーも装着されている。

さて、そのジョーンズ氏がもう化学療法もやめて、ペースメーカーも止めてくれと言ってきた。この要請は繰り返しなされており、医師は患者が明確な意識のもとで一貫した意思を表明していると判断している。そこで医師はどうすべきかを相談してきたというのである」。

→「倫理委員会で相談しなさい」という助言＝法律家として最善
→囑託殺人という類の記述につながっていない！

アメリカの医師国家試験問題

男性が事故に遭い、人工呼吸器を装着されてICUに運び込まれた。だが、あらゆる基準で脳死状態にあると判定された。臓器移植カードを所持しており、臓器提供の意思を明示していた。臓器移植チームが家族に連絡を取ったところ、臓器提供に反対するという。どうすべきか？

- A 人工呼吸器を止めて臓器を摘出すべきである。
- B 心臓停止を待って臓器摘出すべきである。
- C 裁判所の命令を得るべきである。
- D 家族の意思を尊重し臓器提供をやめるべきである。

アメリカ医師国家試験の示すこと

正解は D家族の意思の尊重。臓器提供はなし。

アメリカでは、法律上、脳死が死であり、臓器提供は本人(だけ)の意思によると明記。

しかし、法律だけで医療は動いていない。

アメリカでも

①法と医療（倫理）の役割は別 後者こそ重要

②リビング・ウィル法の適用がなくとも

実態 ＊リビング・ウィルを作る人は少数

＊作っている人でも適用除外も多い

●患者本人の意思を尊重

●ただし、うつ病や自殺願望の場合は別

●問題があれば倫理委員会でも相談

これで医療の方針が定まる

★何でも法に頼る態度はとられていない

終末期と法の役割

1995年横浜地裁判決以降の主要な事件

- 1) 1996年、京都の国保京北病院長が末期癌患者に筋弛緩剤を点滴投与する事件。翌年、投与量が致死量未満であったとして不起訴処分。
- 2) 1998年、川崎協同病院。気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに筋弛緩剤を点滴投与して死亡させる。2002年になって医師が殺人罪で逮捕、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持。家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪としている。なお、この事件は最高裁に上告中である。
- 3) 2004年北海道立羽幌病院で、男性患者（当時90歳）が人工呼吸器を外されて死亡した事件が2006年送検。因果関係の立証困難で不起訴。

4) 2006年富山の射水市民病院で、外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となった。筋弛緩剤の投与を伴わない、いわば純粹の延命治療中止だけで起訴した事例はこれまでない。

その後、2008年7月24日、県警は「嚴重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。朝日新聞2008年7月24日

5) 2007年、岐阜県多治見市の県立多治見病院。患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件。

6) 2007年、和歌山県立医大病院で呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検。

経緯

1987年 以来5年ごとに厚生労働省検討会

1993年 末期医療に関する国民の意識調査等検討会
(垣添忠生座長)

1994年 日本学術会議死と医療特別委員会
意見表明「尊厳死について」平成6年5月26日

1995年 東海大学附属病院事件横浜地裁判決

1997年 末期医療に関する意識調査等検討会
(末舛恵一座長)

2002年 終末期医療に関する調査等検討会(町野朔座長)

2006年 射水市民病院事件の報道

2007年2月 川崎協同病院事件高裁判決

(執行猶予を半分に減刑/ 指針、立法の必要性を強調)

2007年5月 厚生労働省・最初のガイドライン

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

process vs. substance

射水病院事件→1人で決めないこと

当時の厚生労働大臣の約束

川崎協同病院事件判決でも強調

2007年1月岐阜県多治見病院に関する報道

「国の指針もない状況では・・・」

指針を出す

しかし、慎重に

プロセス・ガイドライン

内容は3点

1 医療ケアチーム

2 徹底した合意主義

本人の意思の尊重 しかし、家族も

3 緩和ケアの重視・充実の必要性

終末期もさまざま

①ガンの末期 ②救急の場合 ③高齢で慢性病

批判→相変わらず法は不明確

プロセス中心の、しかもガイドライン(法的効果のない指針)
→異なる立場からの疑問

- 1 実体的に、何をすれば法的責任(特に刑事責任)を問われ、何をしても法的責任を問われないかがわからない限り、現場は混乱するだけで意味がないとする議論
→医師・病院会など
- 2 プロセスを尽くせば何でもできる(患者を死に追い込むことができる)という不安・危惧
→ALS患者の会など

その後の動き

- 1 2007年6月「尊厳死法制化を考える議員連盟」要綱案
- 2 2007年11月 日本救急医学会ガイドライン
<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.htm>
- 3 2008年2月 日本学術会議終末期医療分科会報告書「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－」
- 4 2008年7月 射水市民病院事件送検(厳しい処分を求めず)
- 5 10月NHKで千葉の患者について報道
- 6 10月終末期医療のあり方に関する懇談会開始
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html> (上記3が資料添付されている)

延命医療中止の法案要綱案

2007年6月「尊厳死法制化を考える議員連盟」要綱案骨子
(定義)

- ・臨死状態は、すべての適切な治療を行っても回復の可能性がなく、かつ、死期が切迫している状態
- ・延命措置とは、患者の治癒を目的としないで単にその生命を維持するための措置(栄養、水分の補給を含む)

(延命措置の中止)

- ・患者(15歳以上)の書面による意思表示があり家族が拒まないとき、医師は延命措置の中止ができる
- ・臨死状態は2人以上の医師が判断

(効果) これらの要件を満たせば適法

(罰則)

- ・臨死状態の判定の書面を作成しなかったり、虚偽の書面作成などは 50万円以下の罰金

このままの法律が通ったら

★一方で、不本意な死の危険

★★他方で、この要件を満たさない限り、延命治療の中止ができず、不本意な生の危険

英語では

over-inclusiveness、under-inclusivenessの問題

日本語では、広すぎる・狭すぎるという問題

「適切な範囲での実施にならない」

法のもつ画一性・画一的適用という欠点のため

救急医学会ガイドライン

★(終末期医療に関する法的な明確性を期待したという気持ちはあるが)このガイドラインは、人の倫(みち)に適うことを行って法的に咎められることになるはずがないという考えによります。

★基本的な考え方・方法

救急現場では救命措置を中止する方が適切だと思われる状態があるにもかかわらず、その対応が明確に示されていない。したがって、…

日本学術会議(ガンと終末期医療)

2008年2月報告書

45年前、名古屋高裁は積極的安楽死の六要件を、12年前、横浜地裁は安楽死の四要件を示した。この要件がすべて満たされれば、適法な安楽死として認められ殺人罪には問われたいとする、当該事件における裁判所の判断基準を掲げたものである。因みに現在に至るまで、この要件を満たして適法とされた、積極的安楽死の事例はない。これらの要件は、患者の終末期の耐え難い肉体的苦痛を除去したり緩和したりする手段が、客観的に見て他になく、患者の死だけが救いとなる事態を想定している。現在の終末期医療、緩和医療の進歩を考えれば、これらの要件はもはや役割を終わったものと考えられる。他方では、本報告書の対象とした「亜急性期における終末期医療」に関しては、未だ同法の判断基準は不明確なままである。

(一方で、末期医療の内容の充実はまだ十分でない)この事態を打開すべく国も、学会も、医療従事者もがん等の終末期医療の充実に向け、着実な取り組みを展開している。今後の大いなる発展が期待される。

医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の終末期医療全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそ重要であり、これこそ本来の終末期医療のあるべき姿と当分科会は考える

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 —

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、医療行為の変更・中止等は、患者本人の意思表示が明確な場合には、患者の意思に従うべきである。少しでも長く生きたいと希望する患者には、十分に緩和医療を提供しながら残された生を充実して生きられるように適確な援助を行う。

緩和医療が十分に提供されていても、延命医療を拒否し、その結果、死期が早まることを容認する患者には、リビング・ウィルも含めその意思に従い、延命医療を中止する。

- ・ 患者本人の意思が確認できないまま終末期に入り、家族から延命医療の中止を要請されたときには、「患者に最善の医療」という観点から検討し、結論として要請を受け入れる場合と受け入れない場合があつてよい。

患者が何を望むかを基本とした、家族による患者の意思の「推定」を容認し、家族が患者の意思を推定できない場合には、医療チームは家族と十分に話し合った上で、患者にとって最良の治療方針を判断する。当分科会としては延命に全力を尽くすことを基本前提としつつも、関係者の衆知を集めて延命医療の中止を選択する余地を残すこととした。

なお、患者が拒否しうる延命医療の内容・範囲については、人工呼吸器や人工透析等の積極的治療のほか、鼻孔カテーテル及び静脈注射等による栄養補給についても、その方法が人為的である点に鑑みれば、病状等を十分に考慮して、中止してもよい場合があると思われる。

不明確な法＝実は明確なメッセージ

- 1 行き方・死に方は個人の自由の問題→画一はいや
「こうなったら死になさい・これでも生きなさい」の拒否
- 2 これまでの検察・警察・裁判所の態度
「法を過剰に恐れる必要はありません。これは法律の問題ではありません」。→24枚目のスライド参照
- 3 終末期医療の倫理=何がよいかはわからない
そのときは、せめて手だてを尽くすのが人間の知恵
What がだめなら Howで。これがプロセス重視
今後とも、「何が本当にこの患者のためになるか」で悩むプロセス、手だてを尽くすプロセスを定めること。

千葉の病院の事件でも

- 院長先生のためらい
- 法律的な点を理由にしているが、実は、
- 人の生死の判断に関するためらい(千葉県警が介入し起訴する確率は低い←射水市民病院事件すら起訴されていないから)

- ためらいや悩み・迷いがあるって当然
- →それを不要にする法律なら危険

結びに代えて

わが国でも呼吸器外しだけで刑事処分された例はない

刑事司法への恐れ

→本来の医療者の考え方をむしろ阻害

いかに死ぬか、いかに生きるかの問題は、法律ではなく、医療倫理と個人の問題意識のあり方(それは変化するもの)による

補足資料:現代刑事法研究会第1回終末期医療と刑法(ジュリスト1377号2009年4月15日号)

井田良教授「少なくとも刑法上の評価にあたっては、「治療行為を最初から差し控えること」と、「開始した治療を中止すること」とは同列におくべきだ。

佐伯仁志教授(人工呼吸器を付けると外せないというので付けないという例があるというのは)「非常に不当なことだと思います」。・・・「プロセス・ガイドラインに従って判断がなされれば、そこに警察が介入することは考えられないのではないかと私は考えていました」。

山口厚教授「私も全く同感です」。

原田國男裁判官「本来ですと刑事事件になるべきでない分野のように思います」。