

される。しかし、この場合は脳死と異なり、「延命医療」の中止によって患者は死に至るのであるから、中止は殺人罪の構成要件に該当性を有するとも考えられるとされつつも、患者の意識の回復可能性が全く失われた結果、医師の「延命医療」を施す義務も喪失するため、違法性は阻却されると説明される⁹。

植松は、既に人工呼吸器を施してからそれを取り外す、すなわち中止することは、明らかに作為による生命短縮であることを認めながら、それは不作為と誤解されやすいほど作為に類似するとされる。そして、一般的に、不作為犯の方が作為犯よりも犯情を軽く解釈されることから、人工呼吸器という「延命医療」を差控えた場合には不作為犯として犯情が軽く評価されるのに対して、一度開始した延命医療を中止した場合には作為犯として犯情が重く評価されることとなり、これは社会感情と調和しない、と説明される。したがって、本来作為である「延命医療」の中止によって死期が早められることも、不作為である「延命医療」の差控えと同様に評価して、許容範囲を広く認めるべきであるとされる¹⁰。

また、「延命医療」の中止にあたっては、特に作為によって患者を死に至らしめる点から患者の意思を尊重すべきであるとされるが、患者が仮に遷延性植物状態であり患者の意思が確認できない場合には、脳死を人の死とすることで解決し得るとされる。すなわち、脳死と判定された時点で患者は死に至っているのであり、死体に施された延命医療を中止することには何の法的問題もないと解されるのである。

不作為類似説としたが、大島説および植松説ともに、作為説に近いと言えよう。

(3) 作為説

金澤は、患者が「昏睡から回復する見込みのない植物状態である」と仮定した上で、人工呼吸器を遮断することは作為であるとするが、「延命医療」の中止を治療行為の限界線上の問題として捉え、①死の危険はあるものの確実に死をもたらすものではない場合と、②確実に死をもたらすものである場合とに分類して、その違法性を検討される。「延命医療」の中止は、患者の具体的状況に即した利益衡量¹¹と、患者あるいは保護者の承諾を要件として、死の危険はあるものの確実に死をもたらすものでなければ治療方法の変更として認められ、刑法 35 条の正当業務行為として違法性が阻却されるとする。「延命医療」の中止が確実に死をもたらすものである場合、もはや治療行為の範囲を超え、緊急避難のような何か特別な違法性阻却事由がなければ、たとえ患者本人の承諾があっても違法性は阻却されないとされる¹²。

さらに脳死を人の死とするならば¹³、「延命医療」中止が死に直結するようなときは、患者が脳死状態にある場合が少なくないため、その場合は医師が死の判定を下すことも考え

⁹ 大島一泰「生命維持装置の取り外しと刑法」福岡大学法学論叢第 23 卷 3=4 号 302 頁 (1979 年)。

¹⁰ 植松正「安楽死問題の新局面」ジュリスト 623 号 118 頁 (1976 年)。

¹¹ 具体的には、病院や家族の人的・設備的・経済的負担と生命の短縮とを比較することを指す。

¹² 金澤文雄「人工呼吸器の遮断と刑法」政経論叢第 26 卷第 5 号 123-126 頁 (1977 年)。

¹³ この論文が発表された 1977 年時点では、脳死が定義されていなかった。(注 3) 参照。

られ、「延命医療」の中止を検討する必要性がなくなるとされる¹⁴。

上田は、患者を「不可逆的な意識喪失常態に陥っていて、意思を確認できない状態」であると仮定した上で、「延命医療」の中止について、たとえば人工呼吸器の接続によって少なくともその状態で生命を維持することは可能であるとすれば、それを取り外す（中止する）ことは既に行為者が設定した因果の連鎖を新たな積極的動作によって絶つものであるとされる¹⁵。つまり、「延命医療」の中止という行為を作為と捉え、殺人罪の構成要件に該当するが、患者の「人間の尊厳」が明白に侵害されている場合は、患者の死に直結する措置の中止は刑法上の違法性が阻却される、と解される¹⁶。そして、ここに言う「人間の尊厳」が明白に侵害されている場合は、「患者とその生命がそれ自体の利益のためではなく、他の目的ないし利益のために濫用されることによって、単なる客体に貶められている」ときである、とされる¹⁷。

その他

最後にその他として、「延命医療」の差控えおよび中止を作為あるいは不作為と捉えることなく、その刑法的評価を下そうとする説を挙げる。

石原は、基本的に尊厳死は患者本人の自己決定を中心とするという考えのもと、「患者が延命措置を拒否すると否とを問わず、患者に生命維持措置を施す医師の義務は解除されず、患者の延命拒否意思を尊重すべき義務との衝突において、医師の態度を刑法的に評価しよう」とされる¹⁸。そして、作為か不作為かを決定するとしても、その基準が不明確であることから、「延命医療」の中止が作為か不作為か論ずることは有効な作業とは言いがたいと述べられている¹⁹。

また、患者が意思を表明することができない場合については、代理判断の問題として別個に論じられている。本稿はあくまで「延命医療」の差控えおよび中止の法的解釈に論点を絞っているため、この点については触れないこととする（後述第四章参照）。

次に、日本学術会議「死と医療特別委員会報告『尊厳死について』（1994）を抜粋しつつ説明する。

報告は、「患者の求めがある以上、延命医療を中止することは、何ら医師の倫理に基づくものではないことを、改めて確認すべきである」との観点から、「延命医療の中止は自然の死を迎えさせるための措置であり、その場合の死は、自殺でもなければ、医師の手による殺人でもないというべきであろう」とし、「延命医療を中止して（省略）、その結果として死を招いたとしても、それを殺人であると考えないであろう」と説明する。そして、患者の意思が確認できない場合は、基本的には、延命医療を拒否する「書面による事

¹⁴ 金澤・前掲論文（注9）126頁。

¹⁵ 上田健二『生命の刑法学』ミネルヴァ書房、2002、242頁。

¹⁶ 上田・前掲書（注10）254頁。

¹⁷ 上田・前掲書（注10）253頁。

¹⁸ 石原明『医療と法と生命倫理』日本評論社、1997、320頁。

¹⁹ 石原・前掲書（注15）320頁。

前の意思表示（リビング・ウィル）」を患者の意思の確認手段とし得るとする。

後述の人工栄養補給について紹介する大谷實先生はこの委員会の一員であられたことから、この報告と近い考えと思われる。

（三）人工栄養補給

人工栄養補給が「延命医療」に含まれるか否かは、議論の分かれるところであるが、この問題は、人工栄養補給を看護と捉えるか、それとも医療と捉えるかということに集約される。

たとえば、石原は、人工栄養補給を看護と捉え、「食べることや飲むことは生命維持にとってもっとも象徴的で日常的な事柄」であり、「人工的に栄養を補給するためのチューブを取り付けるための措置は、手術というほどの技術と侵襲性を必要としない」ことから、生命維持に必須の基本的な看護養育である、とされる²⁰。また、大谷は、「延命医療」の差控えや中止は患者の自己決定権に基づいて自然の死を迎えさせえることに正当化の根拠を求め、「生命の基本となる栄養補給は自然の死を迎えさせる基本的な条件であり、これを中止することは人工的な生命の断絶をもたらすものであるから、患者がこれを拒否してもこれを認めるべきではない」とされる²¹。

しかし、石原は、患者が脳死あるいはそれに近い状態にある場合、人に本来備わっている生命維持機能が失われているということができ、そのような時は、人工呼吸器や栄養・水分の人工的補給は過剰な延命医療となりえ、また、それらを撤去しても脳死状態患者には苦痛を与えることがないため、人工的栄養補給を中止することも認めうるであろうとし、そして、治療の中止には患者の各々の病状も鑑み、慎重に判断すべきである、とされる²²。

一方、大谷は、近年、アメリカの判例では人工栄養補給の中止を認める傾向にある²³ことを受けて、以前は、先述したように人工栄養補給を看護と捉えていられたが、今日では、「自然の死を迎えさせるということは、言い換えれば人為的な措置をやめるということの意味するのであり、微光カテーテルや静脈注射による栄養補給も人為的なものであることは疑いないことから、この打ち切りも当然検討すべき」である、と見解を改めている²⁴。

²⁰ 石原・前掲書（注15）329頁。

²¹ 大谷實『刑事法の展望 [刑事法学研究第5巻]』成文堂（1998年）99頁。

²² 石原・前掲書（注15）329, 330頁

²³ コンロイ事件判決（In re Conroy, 486 A 2d 1209 (1985)）、プロフィー事件判決（Brophy v. New England Sinai Hosp., Inc., 497 N. E. 2d 626 (1986)）、ブービア事件控訴審判決（Bouvia v. Superior Court, 179 Cal. App. 3d 1127, 255 Cal. Rpte. 297 (1986)）

²⁴ 大谷・前掲書167、168頁

三. 検討

これまで述べたように、刑法学的解釈は大きく二つに分類される。「延命医療」の中止を不作為と捉えることによって殺人罪の構成要件該当性を否定するものと、作為と捉えることによって当該構成要件に該当することは認めるものの、違法性が阻却されるとするものである。しかし、注目すべきことは、どちらの立場に立ったとしても、「延命医療」の中止を合法化、正当化しようとする点である。

それでは、なぜ、医療者側は「延命医療」を中止することを違法と考えるのであろうか。その最大の理由は、「延命医療」の中止の合法性を明確に示す判例および法律がないことであろう。したがって、このように法が存在していない状況において、実際にそのような行為があった場合にそれを現行法においてどのように説明するかが、刑法の解釈論に課せられた課題であろう。医療者にとっては、「延命医療」の中止が作為か不作為かということは関心のないことであろうが、刑法学は、現行法において「延命医療」の中止を合法化、正当化しうる解釈を模索した結果として、作為・不作為という解釈が導き出されたものと考えられる。その点では、刑法学における解釈論は意味あるものと考えられる。また、「延命医療」の中止を議論するにあたり、ほぼすべての学者が、患者に意思決定能力がない状態、実際の医療現場でもっとも起こりうる困難な場合を想定している点も評価できるであろう。

ところで、「延命医療」の差控えおよび中止の合法性については、少なくとも刑法においてはかなり以前から論じられていた。このことは、刑法学的解釈に引用した論文の発表時期からも明白である。仮に出版年が最近である著書であっても、以前に学術誌で論文として発表したものを、基本的には、加筆・修正してまとめたものである。すなわち、刑法では「延命医療」の中止とは、既に議論し終わった感のある論点なのである。にもかかわらず、現在に至るまでなお解決に至らないのはなぜであろう。

一つには、わが国には医師が関与している尊厳死の判例が存在しないことが挙げられる。わが国は、実定法を採用するが、裁判で争われることによって議論が習熟することも事実であり、仮に最高裁判決が下されるならば、それは実定法とほぼ同様の効力を持つこととなる。しかし、尊厳死の判例が存在しない現状ではそのような効果を望むことができない。

そして、刑法に関して言えば、刑法における「延命医療」の中止についての解釈論が社会一般に受け入れられるものではなかった、すなわち公共性に欠けていたためと考えられる。「延命医療」の中止を作為あるいは不作為のどちらに捉えるか、と考えた場合、「延命医療」として人工呼吸器を想定すると、そのスイッチを切る行為は作為であると捉えるのが社会通念上、妥当な考え方であろう。しかし、ここで作為と捉えると、殺人罪の構成要件に該当することとなる。したがって、次に違法性が阻却されるか否かが問われるわけであるが、その違法性の判断が、特に患者に意思決定能力がない場合は非常に困難となる。患者の意思を推定的に解釈するとしても、そこには代行判断やリビング・ウィルのような事前指示の問題が複雑に絡んでくる。反対に、「延命医療」の中止を不作為と捉えるならば、そもそも殺人罪の構成要件に該当しないこととなり、違法性の判断に際しての困難を避けることができるが、やはり社会通念上では不作為とは捉えがたいと思われる。仮に、刑法学として「延命医療」の中止は「行為」であるという合意の下、違法性を阻却し得る事由について議論を重ねることができれば、新たな可能性、すなわち医療者も含めて社会一般に浸透するような解釈が生まれてくるようにも思われるが、作為あるいは不作為と考えるにはそれなりの根拠があり、また、同じ作為と考えるとしても異なる根拠に基づいて

いることから考えると、現実には不可能であろう。残念ながら、現行法上の刑法による解釈では、「延命医療」の中止を合法化、正当化することは容易でないといわざるを得ない。

以上のような状況に鑑みると、立法によって明確に「延命医療」の中止を合法化することが有効であるようにも思われる。しかし、「延命医療」の中止に関して立法化することについては、学者の多くは否定的である。確かに、立法化することによって、「延命医療」の中止が積極的に行われることや、法律で要件・手続きを定めることによって安易な適用を防止できることが期待される。しかし、その一方で、実際に適用すべき事案は様々であるため、これを立法によって解決しようとするれば、包括的な規定を設けざるを得なくなり、濫用の危険が生じる可能性がある。また、逆に要件が厳格になり、かえって柔軟な対応ができなくなる危険性もある。したがって、当面は、尊厳死の促進は医療の現場にゆだねるべきであるというのが刑法学者の大方の見解である。

一方で、医療現場での実務・実践により、性同一性障害のように今まで医療行為として認められなかった行為が医療行為として認められるようになった例もある。これは、1996年7月に埼玉医科大学医療倫理委員会が公表した性転換治療に関する審議結果に端を発し、日本精神神経学会の動きもあり、ついに1998年10月に同大学により性転換手術が実施されるに至ったものである²⁵。ただし、個人の尊厳を尊重するという観点では、性同一性障害も「延命医療」の中止も類似のものといえることができるが、「延命医療」の中止は、事実上、人間の生命を終了させる行為である点で、これまで認められてきた生命を救うという医療行為とは対極にあるともいえる行為であり、ことに刑法に抵触する恐れがあることから、性同一性障害以上にその規範形成には障害が大きいことは想像に難くない。

しかし、「延命医療」の中止を合法化、正当化することが現行法では困難であり、かつそれを合法化、正当化するような立法も困難である現状においては、医療者側によって「延命医療」の中止に関する規範、医療界の統一された認識となりうる規範の形成が問題解決に向けた第一歩になるのではないか。ただし、性同一性障害と異なり、規範だけでは不十分である。「延命医療」の中止には、「殺人罪」の成立の有無がかかわってくるため、最終的には、その規範を担保し得る法律が不可欠である。だからこそ、立法化の足場となるような規範の形成が必要であると考えられる。

また、仮に「延命医療」の中止の合法性が確立されたとしても、医療者の中には「延命医療」を中止することに躊躇を覚える者もいることを忘れてはならないであろう。この場合、医師の倫理観を尊重して、仮に患者本人が望み、家族も同意しているとしても、医師は断ることはできるのか、という問題もある。そのような場合は、仮に法律で「延命医療」の中止が認められたとしても、医師の倫理観を尊重し他の医療機関への移送を認める等、柔軟な対応が必要とされるであろう。アメリカでは、医師あるいは病院が「延命医療」の中止を拒否する場合は、彼ら自身の医療倫理に反してまで「延命医療」の中止を強制せず、患者の希望を受け入れる他の医療機関への移送を認めるとした判例もある²⁶。

²⁵ 石原・前掲書(注15)66-68頁。埼玉医科大学医療倫理委員会の公表内容については <http://www.saitama-med.ac.jp/hospital/douitu.html> 参照。1970年には性転換手術を行った医師が、母体保護法28条違反として争われた「ブルーボーイ事件」があり、医師は有罪とされた。(判例タイムズ233号231頁。)

²⁶ たとえば、プロフィー事件(Brophy v. New England Sinai Hosp., Inc., 497 N.E. 2d 626 (1986)) など。

最後に、日本学術会議における尊厳死に関する報告について触れると、報告という性格上、一つの見解を示すことが目的であり、「延命医療」の中止の合法性、正当性の根拠とはなりえないだろう。

四. 限界

本稿では、「延命医療」の中止について、その合法性を検討するにあたり、刑法学的解釈に焦点をあてた。しかし、「延命医療」の中止には、その他にも様々な論点が介在しており、特に、本稿で触れなかった(1) 代行判断の是非、(2) 事前指示(リビング・ウィル)の是非は、尊厳死において非常に重要な論点である。

まず、代行判断が問題となるのは、患者が無能力者であって、延命医療の差し控えや中止の判断は患者の意思が確認することができない場合である。アメリカの判例は代行判断を広く認める傾向にある²⁷。

しかし、わが国においては、病名の告知、特にがんの告知においては、患者本人には告知せず、その家族にのみ病名および病状を告知するということが常であった。現在、そのような状況は変わりつつあるものの、特に患者が無能力者である場合には、以前の慣例により、近親者が患者の治療等の決断・判断を行うことに疑念を挟む余地がない。つまり、わが国では、家族による代行判断は医療現場における慣習として従来から行われてきたことであり、代理判断の適用の是非についての議論も医療現場ではなされていないだろう。しかし、今後「延命医療」の中止の合法化を目指すにあたっては、仮に、今までと同様に代行判断を行う場合であっても、慣例としてではなくある程度明確な根拠が必要となると考える。

次に、代行判断と関連して、事前指示、すなわちリビング・ウィル、については、アメリカでは1976年カリフォルニア州自然死法を皮切りに、全米各州で自然死法(Natural Death Act)あるいは死ぬ権利法(Right To Die Act)が成立しており、リビング・ウィルに法的効力を認める傾向にある。また、1990年には患者の自己決定権法(Patient Self-Determination Act)が成立し、医療機関は、患者に対して、州の法律・判例上認められた医療に関する権利、特に医療を承諾または拒否する権利や事前の指示書を作成する権利を有することを書面で告知することが義務付けられた。しかし、自然死法や死ぬ権利法については、各州により法律内容にかなりの差異があり、また、患者の自己決定権法にもかかわらず、依然として患者による事前指示の作成は浸透していない。そして、わが国では、リビング・ウィルについては、指示書作成段階での意思表示が実際の病床の場面でもなお信憑性を保持しうるか、という点について疑問を呈する学者も少なくない。医療上の慣例である代行判断と異なり、わが国においては、事前指示、すなわちリビング・ウィルという言葉は認知されてはいるものの、実際にそれを作成する者は多くはない状況である。

代行判断および事前指示については、「延命医療」の中止の対象となる患者は無能力者である場合が多く、また、「延命医療」の中止は患者の死を決することにもなりうることから、今後、慎重かつ十分に議論すべきであると考えられる。

特に、代行判断については、わが国においては根深いものであり、また、「延命医療」の中止に関する議論に大きな影響を及ぼす可能性がある。つまり、刑法学者は患者の意思の

²⁷ たとえば、カレン・クインラン事件 (In re Quinlan, 70 N. J. 10, 355, 2d(1976))、サイケヴィッチ事件 (Superintendent of Belchertown state school v. J. Saikewicz, Mass., 370 N. E. 2d 417(1977))、コンロイ事件判決 (In re Conroy, 486 A 2d 1209 (1985)) など。

尊重を大前提として議論しているのに対して、医療者側が、代行判断が医療の現場では慣習として成立していることを前提として議論しているとすれば、議論のスタート地点がそもそも異なることとなる恐れがあるからである。

IV 研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル	編集者	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
板井孝吉郎、 浅井篤、他	臨床倫理学		内科学レビュー 2004	総合医学社	東京	2004	320-324
武田美鈴、浅 井篤	臨床倫理学		内科学レビュー 2005	総合医学社	東京	2005	印刷中
浅井篤	卒後臨床研修 における行動 目標1：患者 －医師関係	福井次矢	レジデントのた めの卒後臨床研 修ハンドブック－ 二年間でこれだ けは学んでおか なければならな い－	永井書房		2005	印刷中

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻 号	ページ	出版年
尾藤誠司、他	デルファイ変法を用いた急性心筋梗 塞に対する医療の質評価指標作成の 試み	医療と社会	13	115-124	2004
尾藤誠司	医療における時間の感覚	JIM	14	536-540	2004
尾藤誠司	傷害としての医療	JIM	14	1058-1062	2004
尾藤誠司	医療サービスの評価	JIM	15	196-199	2005
Asai A, Bito S, et al	Perceptions of interpersonal relationships held by patients with obstinate disease.	Eubios Journal of Asian and International Bioethics			2004
Asai A, Bito S, Matsumura S, et al	Physicians' Attitudes toward Anticoagulant Therapy in Patients with Chronic Atrial Fibrillation.	Internal Medicine	43	553-560	2004
Asai A, et al	Focus group interviews examining attitudes towards medical research among the Japanese: A qualitative study.	Bioethics	18	446-469	2004
Asai A, et al	Patients' Preferences for Involvement in Treatment Decision Making in Japan.	BMC Family Practice	5	1	2004
Asai A, et al	Clinical Ethics Discussion 4: Urgent "lifesaving" clinical research.	Eubios Journal of Asian and International Bioethics	14	52-57	2004
Asai A, et al	The issue of trust in the doctor-patient relationship in Japan. In Darryl R. J. Macer, edition, "Challenges for Bioethics in Asia"	Eubios Ethics Institute		250-262	2004
西垣悦代、浅 井篤、他	日本人の医療に対する信頼と不信の 構造	対人社会心理学研究	4	11-20	2004
浅井篤、板井 孝吉郎、他	医療系学生に対する生命倫理学教育 と倫理的態度の不一致	臨床倫理学 (Clinical Ethics)	3	80-89	2004

浅井篤、尾藤誠司、他	気管内挿管チューブ抜去の是非:川崎「安楽死」事件を他山の石として	生命倫理	14	139-145	2004
浅井篤	患者の論理、医者論理:患者と医師は友達であるべきか	JIM	1	掲載予定	2005
浅井篤	ワークショップ8:医療専門職、医療関連職、および同領域学生に対する生命倫理学教育	日本生命倫理学会ニューズレター	26	7	2004
浅井篤	インフォームド・コンセントの基本	健康科学	16	11-15	2004
浅井篤	患者の論理・医者論理:よいことについて	JIM	15	438-441	2004
Morita T, et al	Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care.	J Pain Symptom Manage	27	44-52	2004
Morita T, Uchitomi Y, et al	Existential concern of terminally ill cancer patients receiving specialized palliative care in Japan.	Support Care Cancer	12	137-140	2004
Morita T, et al	Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients.	Psychosomatics	45	107-113	2004
Morita T, et al	Chlorpheniramine Maleate as an Alternative to Antiemetic Cyclizine.	J Pain Symptom Manage	27	389-390	2004
Morita T, Uchitomi Y, et al	Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care.	Ann Oncol	15	1551-1557	2004
Kohara H, Morita T, et al	Combined modality treatment of aromatherapy, footsoak, and reflexology relieves fatigue in patients with cancer.	J Palliat Med	7	791-796	2004
Morita T, et al	Neuroleptic malignant syndrome after haloperidol and fentanyl infusion in a patient with cancer with severe mineral imbalance.	J Palliat Med	7	861-864	2004
Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al	Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy.	Support Care Cancer	12	885-889	2004
Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al	Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	28	557-565	2004
Kohara H, Morita T, et al	Sedation for terminally ill patients with cancer with uncontrollable physical distress.	J Palliat Med	8	20-25	2005
Morita T, et al	Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspectives.	J Pain Symptom Manage	27	492-501	2004
Morita T, et al	Incidence and underlying etiologies of bronchial secretion in terminally ill cancer patients: a multi-center prospective observation study.	J Pain Symptom Manage	27	533-539	2004

Morita T, et al	Physician- and nurse-reported effects of intravenous hydration therapy on symptoms of terminally ill cancer patients.	J Palliat Med	7	683-693	2004
Morita T, et al	Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy.	Palliat Med	18	550-557	2004
Morita T	Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy.	Support Care Cancer	12	584-592	2004
Morita T, et al	Chlorpheniramine maleate as an alternative to antiemetic cyclizine.	J Pain Symptom Manage	27	389-390	2004
Morita T, et al	Olanzapine-induced delirium in a terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	28	102-103	2004
Morita T	Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	28	445-450	2004
Morita T, et al	Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	28	557-565	2004
Tei Y, Morita T, et al	Torsades de pointes caused by small dose of risperidone in a terminally ill cancer patients.	Psychosomatics	45	450-451	2004
明智龍男, 森田達也, 内富庸介	進行・終末期がん患者に対する精神療法.	精神神経学雑誌	106	123-137	2004
森田達也	終末がん患者に対する輸液療法.	現代医療	36	1287-1293	2004
森田達也	苦痛緩和のための鎮静.	癌治療と宿主	7	253-263	2004
森田達也	終末がん患者への輸液療法:現状と課題 医師の考え方と態度に関する全国調査から.	緩和医療学	4	99-106	2004
森田達也	終末がん患者に対する輸液療法:身体症状への影響.	緩和医学	4	130-139	2004
森田達也	緩和医学からサイコオンコロジーへの期待:緩和医学における未解決の精神医学的問題—モルヒネによるせん妄と治療抵抗性の精神的苦痛の緩和—.	精神神経学雑誌	106	782-785	2004
森田達也	苦痛緩和のための鎮静.	癌治療と宿主	16	253-263	2004
森田達也	がん患者の精神的苦痛.	臨床精神学	33	559-565	2004
森田達也, 他	進行・緩和ケア—霊的・実存的苦痛に対するケア—.	精神科治療学	19 増刊	267-274	2004
森田達也, 他	緩和ケア病棟のある総合病院における緩和ケアチームの活動.	がん患者と対症療法	15	267-274	2004
森田達也, 他	緩和ケア:課題と将来.	日本胸部臨床	64	31-42	2005
森田達也, 他	緩和ケアチームの評価とよりよい緩和ケアを提供するための改善策:ホスピス、在宅診療、緩和ケアチームのある総合病院における看護師・医師の意識調査.	緩和ケア	15	78-84	2005
森田達也	緩和ケアの課題と将来.	癌と化学療法	32	176-181	2005

V 研究成果の刊行物・別刷

医療における時間の感覚

尾藤 誠司

Case 1

Fさんは44歳男性。システムエンジニア。最近仕事が忙しく、デスクトップに1日中張りついていた毎日。睡眠不足気味である。1週間前から頭全体に締めつけられるような頭痛があり、A病院を受診した。本人は、脳梗塞ではないかと心配しており、MRIの検査を希望している。初診を担当したB医師は、頭痛の原因については緊張性頭痛である可能性が圧倒的に高いと考え、「ちょっと原因ははっきりしませんが、とりあえず痛み止めを出しておきますので、それで様子を見ましょう。とくに検査はいらないと思います。また2週間後に来てください」と説明したところ、Fさんから「きちんと検査もせずに痛み止めでごまかすなんて、なんて医者なんだ。こっちはこんなに心配しているのに！」と憤慨されてしまった。

医師は、少なくともわが国の勤務医は、いろいろな職種のなかでもタイムカードを押す習慣のない職種のひとつであろう。また、「3時間待ちの3分診療」としばしば非難される職種でもある。医師にとっての時間は、少し一般人がもつものとはずれているかもしれない。一方で、患者マネジメントにおいて、時間軸に重きを置いて医療を行うことは非常に重要なことでもある。今回は、医師と時間について考えてみたい。

診断と治療における 医師の論理のなかでの“時間”

医療が行うべき仕事の多くは、具合の悪い人を

治し、癒すことにある。しかしながら、医療者が具合の悪い人を前にした時には、壊れた機械の修理を行うこととは若干異なった考え方とプロセスが存在しているようだ。

たとえば、コンピュータなど機械の調子が悪い時、客がエンジニアに求めるものは、調子の悪い原因を明確にし、悪い部分を修理してもらうことにある。悪い部分は、通常エンジニアに委託してまもなく明らかにされなければならないし、発見された悪い部分は、直ちに修理・交換されなければならない。その際、診断のための検査として必要なものはすべて行われるであろう。修理が非常に高くつく場合は、「修理は高くつくので、不便ですがこのままお使いいただくか、新しい機械を購入されるとよいと思います」ということになる。

一方、人間の体の調子が悪い時、調子の悪さについての診断と治療は、機械のそれと比較した場合中途半端である。多くの医師は、患者の体の調子悪に対する診断として、その原因を100%同定するための調査を、ある1点のみで行うということはない。ひとつの問題点について、すべてを解き明かすための評価を網羅的に行うことは、とくにプライマリ・ケアの場面においては不適切であることが多い。すなわち、無駄が多く、過剰にお金がかかり、しばしば検査などの評価自体が対象者である患者にとって有害であり、何よりも、あらゆる検査をしたところで原因を100%同定することは困難である。

Case1において、Fさんの診断は緊張性頭痛であると思われる。しかしながら、100%そうかといわれれば断言するのは難しい。ごく小さな可能

性で脳腫瘍かもしれないし、副鼻腔炎や緑内障も100%否定できるわけではない。だからといって、Fさんの頭痛の原因を明らかにするために、初診の時点でMRI検査や詳しい血液検査、眼底検査などをすべて網羅的に行うことは明らかに不適切であろう。そこで、Fさんの頭痛が緊張性頭痛であることを明らかにするために、われわれ医師がどのような行動をとるかといえば、ひとつは“診断的な意味も含めた治療を試してみる”ことであり、さらにその経過について“様子を見る”ことである。

“診断的治療”で“様子を見る”こと

よい医療サービスを提供するうえで、“しばらく様子を見る”ということの重要性は計り知れない。人間と機械の調子が悪い時の大きな違い、そのひとつは、調子の悪い原因が多くの場合はっきりしないことであり、もうひとつは、多くの場合その調子の悪さは、時間の経過とともに自然に修復されてしまうことである。原因の100%同定に躍起になるよりも、「引き算のプロセス」を経たうえで、よくなることを謙虚に待つほうがよい²⁾。多くの外来診療において、一番体に効く薬は時間なのだ。

その意味において、時間をうまく臨床に使うことができる医師は優れている。医師、とくに内科医やプライマリ・ケア医の臨床能力を査定するうえで、知識が豊富であることや、手技に長けていることにもまして重要なことは、同時に多面的な視点から臨床問題を考えることができること、そして患者の現在の状態だけでなく、明日の状態、1週間後の状態、1年後・10年後の状態を考えて臨床判断をすることができることである。コンピュータ技師や教師、マーケティングの仕事に就く人間にも同じことはいえるかもしれないが、対個人として判断する場面においては、時間的経過を大きく考慮した臨床判断は、医療者にとってき

わめて大切なものである。診断するということは、確からしい病気の存在確率を一定のレベルまで引き上げ、同時に鑑別診断にあがるライバルとなる疾患の存在確率を一定のレベルに下げることである。“診断的治療”は、前者に大きく寄与し、“様子を見ること”は後者に寄与する。Fさんに対しての通常のアプローチは、おおむね「とりあえず痛み止めで様子を見ましょう。リラックスした生活が必要ですね」ということになる。

一方では、症状を訴えて苦しんでいる、もしくは悩んでいる人を前に「様子を見ましょう」ということは、いささか乱暴な言い方かもしれない。患者のなかには通常鑑別診断はなく、診断的治療や症状経過の流れがもつ新たな情報や、それがもたらす患者への恩恵というの意識されることはない。したがって、検査もせずに様子を見ている医師は、自分のために何もしてくれない医師と認識されてしまっても仕方がないかもしれない²⁾。慢性咳で初めて来院した患者の診断を喘息であるとするためには、最低3回の診療が必要だが、そのプロセスが患者-医師間で共有されていなければ、咳を治してくれなかった医師を見限り、他院で喘息の治療を受け、「最初はヤブにあたったけど、次の医者で治療でよくなった」と認識されるのは仕方がないことであろう。

大切なことのひとつは、“様子を見る”というロジックを最低限のところまで共有することである(図1)。ただ「様子を見ましょう」では、一般人は普通怒ってしまう。Fさんに対しては、「たぶん脳には何もない」という消極的なコメントのみではなく、「筋肉の緊張から発生している頭痛で、原因としては最も多いもの」である旨を、ある程度明確な意見として述べるべきである。さらに「(現時点では)検査は不要です」という言葉は、横断的な意味合いとしてしか伝わらない。むしろ「この薬の効き具合、生活の工夫で症状が変化するか観察してみてください。その経過が大切です。もし今後も症状が徐々に強くなるようなら、

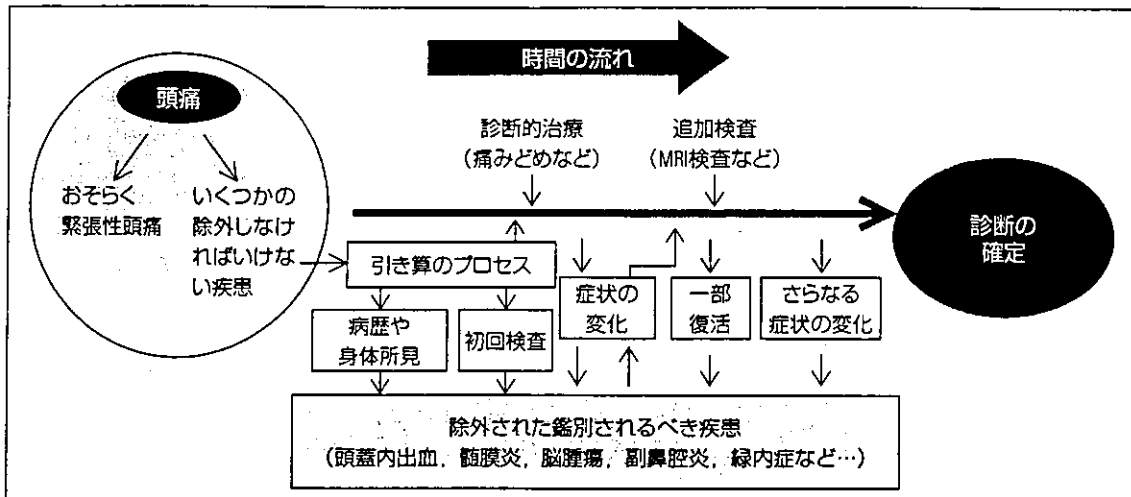


図1 診断の視点からみた“様子を見る”ことのロジック

検査の必要が出てきますね」というような、時間の文脈を意識した説明が必要であろう。

Case 2

Gさんは58歳男性。最近疲れやすく、ゴルフ場で血圧を測ったところ170 mmHgもあったので、これは大変だと思いC医院を受診した。受診時に血圧を測定したところ、158/98 mmHgと確かに高い。担当のD医師は「確かに血圧は高いですね。まずは生活習慣の改善が必要だと思います」と説明したところ、「とにかく怖いので血圧の下がる薬をください」との返事であった。まずは評価と生活習慣改善を、と思ったが、Gさんの要望が強いため、咳の副作用が起こりうることを説明したうえ、ACE阻害薬の処方を行い2週間後再診とした。2週間後の予約日にGさんはあられなかった。さらに2カ月後、Gさんは突然外来に受診し、「この間ゴルフ場で測ったら、また血圧が170 mmHgになってしまっていた！」と困惑していた。

治療における時間

医師の多くはせっからである。そのくせ時間に

ルーズである。これは何に起因するのだろうか？治療という点から考えてみたい。

まず、患者ケアに関して、医療には“1秒も待ってられないこと”が存在する。心室細動の患者を前にした場合などが典型的である。一方では、関節リウマチの診断のように、数カ月待つことが前提の医療行為もある。この落差はあまりにも大きいにもかかわらず、“待てないこと”と“待てること”を区別することは、医療の文化に深く染まって初めて可能であろう。血糖値が500 mg/dlであることと、中性脂肪が500 mg/dlであることの“待てない度”に関する区別を、いったいどれほどの非医療者が区別できるであろうか？あるいは、「検査の結果、胃に癌が見つかったので、来月手術をしましょう」という医師の説明に対して、どれほどの人が困惑せずにその言葉を受け入れることができるだろうか？数値の高いものは下げないといけないこと、体のなかにある悪いものはとらないといけないことについてはとくに説明は不要かもしれないが、その“待てる度・待てない度”の査定には、きわめて独特な医療者側の論理が存在する。医療者にとっては、高血圧や癌が1日で突然できるわけがないこと、それを翌日まで放置したとしても悪影響はないことは明

表1 医師の“待てる・待てない度”を基準にした時間の流れ—救急外来での例

ケース	医師が考える待てない度	患者への行動	患者の気持ち
突然発症した胸痛で救急来院した患者Aへの診断的対処	重大な病気を否定するための行動はただちに、待てない度最大	来院後ただちに、診察と同時に検査各種を並行して実行	すぐに診てくれるのはいいが、とても慌ただしい雰囲気不安増大
2日前からの咽頭痛と38℃の発熱をぎりぎりまで我慢していたが、こらえきれず来院した患者Bへの診察の開始	救急外来で診なければいけないほど待てないわけではない	患者Aの処置がひととおりすんだ後から対処。それまでは「しばらく待ってもらおう」	朝まで我慢できないから来たのに…。「しばらく」っていったいどれくらいだろう。とても耐えられない。
上記患者Aに対する患者家族への病状説明	詳しい説明は、評価を終えてから。ただ、カテーテルなどの必要がある場合は全く待てない	評価の間は、待合室で「しばらく待ってもらおう」	患者が1時間以上も診察室に入ったまま出てこない…。いったいどうなっているのだろう？
上記患者Bに対する対症的な処置	除痛や解熱の処置は十分に“待てる”行為	診察後、さらに検査結果が出るまで「しばらく待ってもらおう」	あれだけ待ったのに、さらに薬が出るまでこんなに待たないといけないなんて！

らかであり、くも膜下出血や大動脈解離に関しては、昨日起こして今日来るなんて遅すぎる、ということも明らかである。ただ、このあたりのあんばいは、一般的には非常に理解しづらいものであろう(表1)。

Gさんの場合、高血圧の治療、すなわち、10年、20年後に起こりうる、生命や身体機能にとって重大な悪影響を及ぼすであろう健康関連イベントを予防するための、長くて緩い医療介入がもっている特性について、患者-医師間での共有がうまくいっていなかったことが考えられる。Gさんにとって、高かった血圧が薬で低くなったことは治癒を意味したかもしれない。そして、再度血圧が高くなったことに関して尋常でない緊急性を感じたかもしれない。ある健康の問題点に対して、どのような行いがどの程度待てるものか、待てないものか、に関するズレは、患者-医師間で大きいといえる。そしてそれは、しばしば最後まで共有されることがない。

時間に関する患者との共有

上記のような医師の論理は、鑑別診断や治療などの直接的な患者ケアだけでなく、もっと大きな

枠組みにも適応されているかもしれない。たとえば、「しばらくの間入院を」「近いうちに退院を」「歩けるようになるには結構かかりますよ」といった時の医療者のニュアンスと、患者に与える影響の差、「これから説明いたしますので、処置が終わるまでしばらくお待ちください」といった時の「しばらく」の長さが何分(もしくは何時間)ほどを意味するのか、などに患者は振り回されていないだろうか？ さらには、カンファレンスなどにおいては、開始時刻が遅れることや、多くの人間が遅刻してやってくるにもかかわらず、延々2時間、3時間とただただ続くようなことも関連しているかもしれない。

医師にとっての時間の基準は、“分”や“時間”といった共通単位ではなく、“待てる内容”“待てない内容”を基準に動いているようである。患者との面接やカンファレンスに医師が遅刻して現れる場合、心の中には常に「もっと“待てない内容”の仕事をやっていたために遅れた」という強い基準があるため、より“待てる内容”の事象には自然にルーズになっていく。このような価値基準は、生命にかかわる仕事をする人間にとっては、ある意味非常に重要な価値基準であるかもしれない。しかしながら、その基準に対して無批判

でありすぎることは反省しなければならない。“待てる・待てない”の論理は、医師同士では共有できるかもしれないが、コメディカルと医師、さらには患者と医師の間に流れる時間のなかで共有するには、意識的な努力が必要である。“あなたを〇分やむを得ず待たせているのは、私の待てない事情があなたを〇〇だけ上回っているからです”という、医師のなかでの意識化と、それに対して常にすまない気持ちでいること、“待てない事情”を絶対的なエクスキューズとしないような意識づけが肝心であろう。

診断にしても治療にしても、医師のなかに流れる時間と、時間が意味するものを患者と共有することは、忘れがちではあるが、最も難しい論理の修正のひとつである。そのなかで、共通言語である具体的な時間を提示するのもよいかもしれない。「1週間たって、まだ熱が続く場合には精密検査が必要だと考えます」というようなやり方で、ある程度共通認識を得ることはできるかもしれない。それ以上に大切なことは、医師にとって“待てるもの・待てないもの”の差別化について患者

に伝える時、文脈のなかから患者が自身の問題について、どれほど“待てる・待てない”と感じているかについての想像を馳せることである。医師は、自分が日常にもっている時間の感覚について常に批判的・懐疑的でなければならない。そこで、医師のもつ“待てる事情”が患者にとって“待てない事情”になっている場合、またその逆の場合、そのギャップの多くは医療者のもつ時間感覚の特殊性に起因するものなのだ。

文献

- 1) 尾藤誠司：引き算で得る安心—鑑別と除外診断のプロセス。JIM 13(9)：806-809, 2003.
- 2) 新保卓郎：「治る」と「治す」—かぜの抗生剤問題。JIM 14(1)：79-81, 2004.
- 3) Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ : Time and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med 14 (Suppl 1) : S34-40, 1999.

びとう せいじ

東京医療センター総合診療科

〒152-8901 東京都目黒区東が丘 2-5-1

Tel: 03-3411-0111 Fax: 03-3412-9811

傷害としての医療

尾藤 誠司

Case

Case 1

Nさんは42歳の女性。7日前から上腹部のしくしくした痛みが続き、D医院を受診した。診察上は一時的な胃炎であると考えられたため、まずはH₂ブロッカーを投与して症状の経過を追うのがよいと判断し、「それではまず胃薬を出しておきます。薬を飲んでいる期間は避妊をお願いします。また1週間後にいらしてください」と言って診療を終えた。翌日よりNさんのお腹の具合はよくなってきたが、5日後より異変が起こった。唇を中心にただれが生じてしまったのだ。すぐにNさんはD医院に駆けつけた。D医師はスチーブンス・ジョンソン症候群であると判断し、「おそらく胃薬の副作用でしょう。めったにこんなことはないのですが…。アンラッキーでしたね」と説明したが、Nさんは「先生を信じていたのに、こんなことになってとてもつらい」と泣いてしまった。D医師は、「お気持ちはわかりますが、そもそもこの薬は薬局で市販されているくらいですから、そんなに危険な薬ではないのですよ」と説明するのが精一杯であった。

Case 2

S病院では、病院としてある取り決めをした。今年、中心静脈栄養を目的とした静脈路確保のためにS病院で施行された鎖骨下静脈・内頸静脈穿刺術の際に、手技に伴う重大な合併症が10例発生し、さらにそのうち3例は集中治療を要するほどの生命の危機にさらされる事態となったため、警察の介入があったのである。それを受け、今後S病院で行う中心静脈穿刺は、原則的にすべて大腿静脈からのアプローチで行うことを決定したのである。

医療があらかじめもつ 傷害としての性質

医療行為とは何か、医療行為は患者と医師の間でどのように認識されているのか、ということについて考えてみたい。

医療行為というものは、基本的に患者に対して益となるものを与えるはずの行為であり、患者も、医療者もそれを信じている。とくに“治療”行為は、辞書によれば「手当てをして病気・けがなどを治すこと。また、その手当て」¹⁾のことを意味し、医療行為は医師が患者に益をもたらすものであるということが前提条件であるといえる。しかしながら、医療行為は本当に常に患者に益をもたらす行為なのだろうか？ 答えは否である。医療は、多くのエビデンスが論証するように、患者に対して益にも害にもならないことが多い。ごくたまに、何もしないよりより有意に、患者のアウトカムにより結果をもたらす、それよりわずかにごくたまに、患者のアウトカムにより不幸な結果をもたらす。それが医療の本質である。

逆にいえば、患者は医療行為によって、むしろ苦しんでしまうことが少なからずあるということである。このことは、人の体に何らかの影響を与えることを目的としながらも、不確実性が非常に高い“医療”というものに内在する性質である。100の医療行為のうちの1つか2つは、その行為によってむしろより悪い転帰をもたらすことは否定しようがない。

一方、医療を受ける患者にとっては、医療行為

を受ける機会が日常ではない。そのなかで、たまたま 100 のうちの 1 つか 2 つに当たってしまった場合、これはたまたまのものではない。信頼した人によって被った苦痛や傷害が、患者に及ぼす影響は絶大なものである。

もともと医療行為とは、何らかの人工的な介入を行うことで、人の体に変化を与えることを目的としている。それは、世間でいう傷害行為そのものである。患者のアウトカムが結果としてよいものであった場合は喜ばしいことであろう。一方で、患者のアウトカムがケアする側の望むものでなかった時、傷害としての医療行為は、本来的な意味での傷害として成立してしまう。

患者・医療者は医療行為を概念として共有しているか

効果のあるすべての医療行為は、患者に対して悪いアウトカムも与えるる諸刃の剣である。そしてその事実、医師側、患者側両方にとって、おそらく認知が不十分なものである。

まず、傷害としての医療行為について、医療者の認知はどうだろうか？ Case 1 と照らし合わせて考えてみたい。医療者が自分の行うすべての医療行為を傷害として認識しているのであれば、それはもう仕事を辞めているか、その医療者が相当な悪人かのどちらかであろう。医療者は、どのような要因から、自分たちが患者に与える行いを害と認識するのであるか？

● 医療者の認識

第 1 には、医療行為の主体の直接性がある。自分が患者に対して行った手技などによって患者に有害事象が発生した場合、それが十分注意されたものであったとしても、医療者にとっての傷害認識はかなり高いといえる。一方、たとえ自分が処方したものであったとしても、薬などによってもたらされる有害事象には、気持ちのうえでの間接

性が伴う。「これは薬によって引き起こされたものであり、私がこの患者に間違いを犯したわけではない」ということになる。

第 2 に考えられることは、医療行為によってもたらされる有害事象が、いつ起こるかということである。行為の直後に起こるものであれば、医療者にとって記憶は鮮明であり、気持ちの揺らぎも大きい。しかしながら、時が経つにつれて、医療行為と有害事象との関連性は医療者のなかで希薄になってくるように思える。

ここで、Case 1 と Case 2 について検討してみたい。中心静脈穿刺という手技によって、直後にもたらされる有害事象は、血腫や気胸、空気塞栓などである。われわれ医師の間では、中心静脈穿刺のように、行為の主体者によって直接起こる、しかも行為直後に起こる有害事象についてはきわめてセンシティブである。Case 2 で S 病院が決めた取り決めは、それに起因するものであろう。大腿静脈から穿刺を行うことで、気胸・血胸という傷害を回避できる。一方で、大腿静脈穿刺によって起こりうるカテーテル感染や静脈血栓症などについては、まず、時間経過が行為と事象との間に存在すること、さらに、臥床状態などそのほかの因子が関与してくることによって、いつしか“害”は“リスク”に置き換えることも可能である²⁾。もし、患者に起こった悪いことが“リスク”によって生じたものであれば、医療者の責任は回避されると考えてもおかしくはない。

上記を受けて第 3 に考えられる点は、有害事象が、エラーによって起きたものか、もしくは一定の確率のなかで避けられないものか、という違いである。おそらく何らかの医療行為を受けて患者に発生した悪い出来事は、本当に私(医療者)の過ちから来るものなのかということの認識の違いで、医療者の意識は大きく変わるであろう。たとえば、Case 1 で起こった患者への有害事象が誤薬によるものであったとしたら、D 医師がもつ自身の行為への責任感はまるで違ったものになるであ