

200501270 A

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

我が国における 尊厳死に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 松島 英介

平成18 (2006) 年 3月

目 次

I. 総括研究報告書

わが国の尊厳死に関する研究	松島英介 -----1
---------------	-------------

II. 分担研究報告書 (五十音順)

1. 緩和ケア病棟の運営における問題とその対応に関する研究	池永昌之 -----7
2. 難治がん患者の抑うつに関する研究	内富庸介 -----9
3. 終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任 ——川崎協同病院事件第1審判決に寄せて——	甲斐克則 -----13
4. がん患者における尊厳ある生への援助	竹中文良 -----25
5. 療養場の選択における患者の意思決定をめぐる現状	田村里子 -----29
6. 認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査 -認知症病棟入院患者について-	平澤秀人 -----31
7. 一般病院におけるがん告知の実態調査	松島英介 -----33
8. 緩和ケア病棟において看護師の直面する倫理的問題に関する調査	松島たつ子 -----55
9. 「自宅で最期まで過ごす」ことについて	和田忠志 -----63

III. 研究者一覧	-----82
------------	---------

総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
総括研究報告書

わが国における尊厳死についての研究

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授

研究要旨 わが国の終末期医療における患者やその家族の声を反映すべく、こうした医療に携わる現場のスタッフが現在直面している問題を明らかにし、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づける上で有効と思われる点を見出すことを目的に本研究を行った。その結果、患者の尊厳を低下させないための対応や患者本人の要望を生かすためのサポートシステムを充実させることの重要性が示唆された。また、患者と家族の意思の調整の必要性が改めて問題提起された。患者が「尊厳ある生」を過ごすための前提条件として、これらの問題を解決することが重要であると結論できよう。

A. 研究目的

終末期医療のあり方などを論議してきた厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会」の報告書に依る形で、無理な延命行為をしない、または医療行為の中止を決定するときの手順などを示すガイドラインを策定することが検討され、2004年から「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」班（主任研究者：国立保健医療科学院 林 謙治次長）が立ち上げられて、「尊厳死」問題をめぐる具体的で、本格的な作業が始められることとなった。

こうした流れのなかで、実際の終末期医療における患者やその家族の声を反映させることや、現場の医療スタッフが直面している問題や現場から生み出された示唆を汲みとることにより、今後のわが国の尊厳死の問題を方向づけるうえで有効と思われる方策を探り出すことを目的として、本研究を実施した。

B. 研究方法

上記の目的を達成するために、問題を以下の4つに分けて検討した。

第一は、終末期における患者本人の「尊厳ある生」を実現するために、どんなサポートが必要かを検討した。この点については分担研究者の竹中文良が、がん患者とその家族に対する精神・心理的支援を行うことを目的に設立されたジャパン・ウエルネスの会員に対して、予後の限られたがん患者がどんなサポートプログラムを希望するのかについて調査し、患者のQOL(Quality of Life)を維持し、尊厳を維持するためにどんな援助を行った方がいいのかを検討した。また、分担研究者の内富庸介は、がん患者の尊厳に関連する重大な

因子のひとつである「抑うつ」に焦点を絞り、「抑うつ」の改善を通じて、がん患者の尊厳の維持・回復を図れる可能性について検討した。

第二は、患者本人と家族の意思の間の相違の問題である。この問題は、昨年報告したように、一般病院の終末期がん患者について本人の意思が確認されず、家族の意見が医療行為に反映されている場合が多いことが明らかとなっていることから重要なテーマといえる。この点については、平素より患者本人はもとより家族の相談を受けている分担研究者の田村里子が、日本ホスピス緩和ケア協会所属の施設で働いているソーシャルワーカーを対象に、療養場の選択などに関して本人と家族の意思の相違を中心に調査した。また、がん患者と同様に終末期の問題を抱えた老年患者について、分担研究者の平澤秀人が入院している認知症患者の家族に対して「終末期における延命処置に関する調査」を行い、どの程度家族が終末期の患者の状況を理解しているのか、またどのような考えを持っているのかを探った。

第三は終末期のがん患者をめぐる医療現場の実態について、一般病院と緩和ケア病棟、さらに在宅医療のそれぞれについて問題点を浮き彫りにすることを試みた。主任研究者の松島英介は研究協力者の野口 海、松下年子、小林未果、松田彩子とともに、全国の中小規模の規模の一般病院を対象として、がん告知の実態について調査をした。つぎに緩和ケア病棟の実態については、分担研究者の池永昌之が病棟全体の立場から、また松島たつ子が看護師の立場から検討した。すなわち、池永は緩和ケア病棟の病棟責任者に対して、緩和

ケア病棟の運営において直面することの多い問題について、その対応と意見を調査した。また松島は、終末期の緩和医療を提供する看護師が、ケアの実践において遭遇する倫理的問題や葛藤、緩和ケア病棟における倫理的課題への取組み状況などについて調査し、「尊厳ある生と死」を支援していく臨床現場の現状と課題、また、ケアに臨むスタッフへのケアについて検討した。分担研究者の和田忠志は在宅ケアにおける尊厳死の問題について、厚生労働省関係の資料や診療所におけるデータをまとめ、論点整理を行った。

第四は終末期医療をめぐる法的な問題で、この点は分担研究者の甲斐克則が「尊厳死のガイドライン」を想定して国内外の判例などをもとに尊厳死問題へのアプローチの際の基本的視点について概観した。

(倫理面の配慮)

いずれの研究も、患者個人及び家族の同意の下に実施されたものや、患者が特定されるような結果を示すものでないため、倫理面での配慮は十分であると思われる。

C. 研究結果

終末期における患者本人の「尊厳ある生」を実現するために、竹中文良が終末期がん患者の逝去直近までのサポートプログラム参加期間と希望プログラムについて調査した。その結果、予後の限られたがん患者うち、医療情報を求めている者と同病者同士の交流を求めている者が逝去前3か月を基点として「医療情報>同病者間交流」から「医療情報<同病者間交流」へと変化することがわかった。これは、逝去前3か月で積極的な治療から緩和ケアへギア・チェンジしたことを意味するものである。今後はこうした事実を踏まえて、終末期患者のサポートシステムさらに充実していくことが望まれる。また内富庸介は、終末期の患者の抑うつについて代表的な難治がんである膵がん患者を対象に面接調査を行い、抑うつ(適応障害、うつ病)の有病率が11-15%であり、1か月抑うつ発症率が14%であること、抗がん治療中に抑うつを発症する治療前の予測因子には強い悲嘆、低いperformance status、近親者のがん死亡体験が挙げられることを明らかにした。したがって、終末期のがん患者が尊厳ある生活を送るために、抑うつに対する戦略は重要な問題であることが示唆された。

患者本人と家族の意思の間の相違については、田村里子がソーシャルワーカーに対する

調査の結果をまとめた。それによると、どこで療養するかを選択の際、最終的に患者本人の希望や考えが尊重されないことが過半数のケースでみられることが判明し、その要因として本人と家族の間の意向の相違による場合が48.6%、本人と医師との間の意向の相違による場合が40.3%あることがわかった。その背景には、本人が病状や予後について十分に聞かされていないこと(70.1%)や、本人と家族が病状や予後について受け止めが異なること(83.0%)など、情報開示の問題があることが指摘された。つぎに、平澤秀人が認知症患者の終末期について、患者本人と家族との意思について検討した結果、栄養管理では「しない」というものが77%と多く、その判断は「本人」によるが41%、「子供」によるが32%などであった。また、急変時に対する対応では、「点滴、酸素、栄養チューブなどを用いた延命処置を続ける」が38%、「自然の経過で見守る」が61%で、子供より配偶者の方が「自然の経過で」を選ぶ割合が高かった。全体に家族の終末期に関する意識は非常に高く、主治医任せにするのではなく、判断のできるうちに本人と話し合いを持ち、どのような処置を望むにしろ、積極的に本人の意向を反映させていくべきだという姿勢が感じられた。

終末期のがん患者をめぐる医療現場の実態について、一般病院を対象にした調査で松島英介は、告知の問題を中心に報告した。それによると、担当患者に占めるがん患者の割合が2割未満の医師は62.7%であり、自ら最初の病名告知をしたがん患者の割合が7割以上を占める医師は31.5%、1割未満が28.5%で、半数以上の医師が自ら告知した患者数よりもそうでない患者数が多かった。一方、約半数の医師があえて未告知にしている患者の割合を1割未満としていた。最初の告知対象者は「家族」が最も多く、続いて「本人と家族」、「本人」であり、担当患者の中に占めるがん患者割合の高い医師ほど告知率は高く、告知全般の実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は本人が多く、家族は少なかった。また、告知の際の望ましい面接方法はルーチン化されていたが、告知後の対応は十分ではなかった。つぎに、緩和ケア病棟における実態について池永昌之はいくつかの問題点を挙げている。まず、在宅療養との連携については、緩和ケア病棟のみで対応できることは少なく、往診可能な診療所の存在が重要であることを指摘した。また民間療法については、各緩和ケア施設で対応していることが多かったが、保険適応外治療については、施設によって対応している施設もあれば、関与しない施設も多かった。症状が落ち着いているにもかかわらず

らず、長期入院を希望する患者（社会的入院）に対して、入院できる期間は施設によって異なっていた。喫煙に関するスタッフの援助も、夜勤帯などでは限界があると考えている施設は多かった。経口抗腫瘍薬の使用に関する対応と、転倒・転落などの病棟での安全に関する問題は、施設における考え方によって、その対応方法は大きく異なっていた。一方、松島たつ子は緩和ケア病棟の看護師は、日常の業務を振り返って、患者を自律した存在として尊重し、症状マネジメントや精神的な支援を行い、患者の人間としての尊厳を尊重したケアを提供できていると自己評価しており、緩和ケア病棟において、尊厳ある生、そして死を迎える過程へのケアの実践の努力がなされていることが確認された。しかし、緩和ケアの実践において倫理的な課題に遭遇することは多く、ケアに臨むスタッフはチームミーティングなど、一緒に働く仲間同士で問題の共有、相互支援をしており、チームワークの重要性が再確認された。つぎに、在宅医療の実態について和田忠志は、多くの日本人が「自宅でできる限り長期に療養し」、かつ「最期の時間を自宅で過ごしたい」と望んでいるにもかかわらず、家族負担などの社会的な要因により、その希望が実現できない現状を指摘し、また「在宅医療費」は増えているが、「医師の訪問サービスとしての在宅医療」は増えていないことも明らかにした。このように、「自宅で死亡できる」ということを在宅医療の普及としてみるとき、在宅医療が普及している市町村は少ないと推測される。さらに、自宅で療養しているがん患者においては、病院などの施設に入院している患者に比べて、実際疼痛などの苦痛が少ない可能性があることも推察した。

甲斐克則は尊厳死ガイドライン要綱の私案を示している。1) 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、患者の現実の意思表明または事前の意思表明（2年以内のもの）を中心に考えるべきである。2) 患者の事前の意思表明については、文書（リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ）のみならず多様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族および担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会で確認することを要する。3) 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである。4) 人工延命治療の差控

え・中断に際しては、家族等の近親者に十分に説明を行い、同意を得ておくことを要する。5) 人工延命装置の差控え・中断に際しては、原則として栄養分・水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することを要する。その際、致死薬投与行為を行ってはならない。

D. 考察

わが国の尊厳死に関する実際的な問題を4つの側面に分けて検討を行った結果、それぞれに重要なポイントを指摘することができた。まず、終末期にあるがん患者本人の問題としては、「同病者間の交流」を求める希望が多いことから、こうした面に配慮したサポートシステムを構築していく必要があることがわかった。また、終末期の尊厳の低下を防ぐためには、抑うつ・早期発見、早期治療導入が有用であることも示唆された。

つぎに、患者と家族の意思の相違については、終末期を過ごす療養場の選択の際に大きな問題があることがわかり、その背景に本人の意向確認・コミュニケーションの不足があり、選択と自己決定を担保するための前提となる患者本人への情報開示の不足、そこから患者本人と家族の現状理解のずれが生じている可能性が指摘された。また、認知症患者においても、家族の終末期や尊厳死についての関心は非常に高いと考えられ、急変時の処置については「主治医」より「本人」が判断すべきという割合が高いことから、判断のできるうちに本人と話し合いを持ち、本人の意向を積極的に反映させていくべきであることがわかった。

終末期のがん患者をめぐる医療現場の実態については、一般病院では告知後の対応についての課題が残されており、また緩和ケア病棟でも患者の希望に即した細かい対応ができておらず、さらに看護師自身も緩和ケアの実践において倫理的な課題に対してチームで取り組んでいく重要性が再確認された。

今後は、「尊厳ある死」に至る「尊厳ある生」を如何に充実させるかという共通の課題に対して、現実の医療現場に根付いたさらに詳しい検討が必要である。

E. 結論

尊厳ある死を達成するためには、医療現場ではまだまだ問題が多いことがわかった。また、患者本人の希望に沿った医療がどこまでできるか、また患者と家族の意思の相違をどう扱っていくかも依然として大きな課題であ

る。今後、終末期のガイドラインが作成されたとしても、それが実際の医療現場で円滑に運営されるためには、まだまだ解決すべき問題は多いのである。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

小林未果、松島英介、野口 海、松下年子、秋山英恵、桐谷優子、平澤秀人：特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究。第29回日本死の臨床研究会。山口，2005年11月12-13日。

野口 海、松下年子、小林未果、松島英介：中・小規模の一般病院における尊厳死についての意識調査。第29回日本死の臨床研究会。山口，2005年11月12-13日。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

緩和ケア病棟の運営における問題とその対応に関する研究

分担研究者 淀川キリスト教病院ホスピス長 池永昌之

研究要旨 緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すために、近畿の緩和ケア病棟認可施設を対象に、郵送法による質問紙調査を行った。回答の施設間のばらつきは、質問項目によって大きく異なっていた。つまり、在宅療養に関する対応や民間療法に関する対応は、施設間で大きな差はなかったが、経口抗腫瘍薬に関する対応や病棟での安全に関する問題は施設における考え方によって、その対応方法は大きく異なっていた。今後、緩和ケア病棟での運営の実態を明らかにしていくことにより、施設におけるケアを統一していくことは、利用する一般市民にケアの実際を伝え、緩和ケアを啓蒙していくために、非常に重要な課題になっていくであろう。

A. 研究目的

緩和ケア病棟は急速に増加しているが、各施設の運営においてはさまざまな問題があることが報告されている。今回、緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すために調査を行った。

B. 研究方法

近畿における緩和ケア病棟認可施設（21施設）の病棟責任者に対して、郵送法による質問紙調査を行った。質問紙には緩和ケア病棟の運営において直面することの多い問題を8つの仮想症例として提示し、その対応と意見についての回答を求めた。

（倫理面への配慮）

質問紙調査は回答者に強制ではなく、すべて匿名で行い、結果は研究以外の目的以外には使用しないことを説明し、回答者の同意を得た。

C. 研究結果

回答率は95%であった。在宅療養に関する対応（往診可能な診療所があれば以下の対応は可能、HPN（在宅中心静脈栄養）：75%、在宅での看取り：70%）や民間療法に関する対応（できるだけ対応：70%）については、施設間で差は少なかった。しかし、長期入院に関する問題（期限なく入院可能：65%、期限がある：25%）や保険適応外治療に関する対応（できるだけ対応：70%、原則として関与しない：45%）、喫煙の援助（日勤帯のみ：55%、

夜勤も可能：30%）については、施設によって対応の差が認められた。また、経口抗腫瘍薬に関する対応（不可能：35%、処方する医療機関があれば可能：30%、院内一般科で対応：20%）や病棟での安全に関する問題（行動を制限する意味と目的について繰り返し説明する：60%、同意があれば本人の希望に沿う：45%）に関しては、各施設における方針はまったく異なっていた。

D. 考察

回答の施設間のばらつきは、質問項目によって大きく異なっていた。つまり、在宅療養に関しては、緩和ケア病棟のみで対応できることは少なく、往診可能な診療所の存在が重要であった。また、民間療法については施設で対応していることが多かったが、保険適応外治療については、施設によって対応している施設もあれば、関与しない施設も多かった。症状が落ち着いているにもかかわらず、長期入院を希望する患者（社会的入院）に対して、入院できる期間は施設によって異なっていた。喫煙に関するスタッフの援助も、夜勤帯などでは限界があると考えている施設は多かった。経口抗腫瘍薬の使用に関する対応と、転倒・転落などの病棟での安全に関する問題は、施設における考え方によって、その対応方法は大きく異なっていた。

今後、緩和ケア病棟での運営の実態を明らかにしていくことにより、施設におけるケアを統一していくことは、利用する一般市民に

ケアの実際を伝え、緩和ケアを啓蒙していくために、非常に重要な課題になっていくであろう。

E. 結論

緩和ケア病棟の運営の実態を明らかにし、今後の課題を示すために、近畿の緩和ケア病棟認可施設を対象に、郵送法による質問紙調査を行った。緩和ケア病棟の運営においては、一部の状況において施設間の相違が認められた。

F. 研究発表

論文・学会発表

研究内容については、第 11 回日本緩和医療学会で発表予定である。

厚生労働科学研究費補助金（わが国における尊厳死に関する研究）
分担研究報告書

難治がん患者の抑うつに関する研究

分担研究者 内富庸介
国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

研究要旨 抑うつはがん患者の尊厳に関連する重大な因子であることが示されており、抑うつを改善を通じて、がん患者の尊厳の維持・回復を図れる可能性がある。一方でがん患者の抑うつについての病態はいまだ十分明らかになっていない。本研究では、代表的な難治がんである膵がん患者 110 名を対象に面接調査を行い、抑うつ（適応障害、うつ病）の有病率が 11-15%であり、1ヶ月抑うつ発症率が 14%であること、抗がん治療中に抑うつを発症する治療前の予測因子が、強い悲嘆、低い performance status、近親者のがん死亡体験であることを明らかにした。

A. 研究目的

予後の限られたがん患者に対する緩和ケアの目標は、痛みの管理やスピリチュアルケアを通して、患者の QOL を維持し、尊厳を維持できるよう援助を行うことと考えられている。一方で尊厳を持って生きている状態とはどのような状態なのかということについては、明確でなく、十分な研究もされていない。

2002 年に Chochinov らが Sense of Dignity Items という尊厳の低下を測定する尺度を開発し、少しずつ終末期がん患者の尊厳に関する研究が行われるようになってきている。Hack らは Sense of Dignity Items と同時に、患者の QOL、痛み、道具的支援ネットワーク、情緒的支援ネットワーク、絶望・抑うつ、入浴、排泄など個人的な問題に関する依存という 6 つの背景因子を測定し、関連を解析することで、絶望・抑うつと入浴、排泄など個人的な問題に関する依存の 2 つの因子が尊厳の低下の背景因子であることを明らかにした。

このような背景から、難治がん・進行終末期がん患者の尊厳の維持・回復には抑うつ・絶望感に対する介入が必要であると考えられる。難治・進行がん患者の抑うつに関する実態調査はいくつか報告されているものの十分ではなく、特に難治がんの代表である膵がんについては、抑うつが広く存在し大きな問題であることが言われている一方で、信頼にたる実態調査は存在しない。

本研究は、膵がん患者の抑うつの有病率と抑うつ発症予測因子を明らかにすることを目

的に行われた。

B. 研究方法

本研究は抑うつの有病率、発症予測因子を明らかにするための前向き観察研究である。

対象の適格基準は、1.画像または組織診で膵がんと診断され、その診断を知らされている、2.国立がんセンター中央病院に初回治療目的で入院中、3.18 歳以上、4.書面による同意を得られた患者とした。調査の支障になるような認知機能障害や重篤な身体症状をもつ患者は除外した。

がんセンター中央病院を受診した膵がん患者のうち、抗がん治療対象と考えられる症例は全例入院するが、膵がん診断を伝えられた後、初回抗がん治療が始まる前にベースライン調査を行った。ベースライン調査では、性別、年齢などのデモグラフィックデータ、がんの病期、組織型、performance status、身体症状などの医学的要因、婚姻、信頼できる人の有無など社会的要因に加え、痛み、倦怠感などの身体症状は自記式評価法である M. D. Anderson Symptom Inventory を用いて評価した。本研究のメインアウトカムである抑うつについては、米国精神医学界の診断基準に基づく半構造化診断面接（SCID）を使用して、適応障害またはうつ病と診断された症例を抑うつありと評価した。

手術、化学療法を含む抗がん治療が開始し、1ヶ月の時点でフォローアップ調査を行った。フォローアップ時も同様に抑うつの評価と、

その時点での症状評価を行った。

解析として、有病率については記述的に行う。抑うつ発症の予測因子の同定については、ベースラインからフォローアップまでの抑うつ発症を従属変数とし、ベースラインでのデモグラフィックデータ、医学的要因、社会的要因、身体症状を独立変数として、まず単変量の解析を行い、単変量でP値が0.25以下の変数について、ロジスティック回帰分析を行うこととした。

(倫理面への配慮)

本研究計画は国立がんセンターの倫理審査委員会に承認されている。また、研究内容について十分な説明を行った上で、書面による本人の同意をいただいた上で実施された。

C. 研究結果

調査期間中の適格症例は125例であり、うち2例とはコンタクトが取れず、13名は研究への参加を拒否し、ベースライン調査には110例(88%)が参加した。フォローアップ調査はベースライン調査の中央値45日後(範囲; 30-80日)に行われたが、転院、死亡、拒否などのため19例が脱落し、91例(73%)が参加した。

ベースライン時の背景として、対象者の年齢は平均62±10歳(範囲27-90歳)、男性が62%、Karnofsky Performance Scaleによる全身状態は平均85.7±9.8(範囲60-100)であった。膵がんの背景としては切除可能例が15%、局所進行例が28%、遠隔転移例が57%であり、膵頭部腫瘍が50%、組織型はadenocarcinomaが90%、16%はPTCDを有していた。心理社会的背景として、未婚・離婚・死別者が21%、世帯数は平均2.9人、中学校以上の教育歴を有するものが90%、無職のものが46%であった。

ベースラインの半構造化診断面接で、適応障害を6.4%、うつ病を5.5%、その他の精神疾患(気分変調症、パニック障害)を1.8%に認め、抑うつ(適応障害、うつ病)の有病率は11.8%であった。治療開始後1ヶ月後のフォローアップ調査では、適応障害を11.0%、うつ病を4.4%、その他の精神疾患(気分変調症)を1.1%に認め、抑うつ有病率は15.4%であった。

フォローアップ調査を完遂できた91例を対象とした解析で、ベースライン調査で精神疾患を認めなかった79例中、11例(14%)が治療開始後1ヶ月以内に抑うつを発症した。

抑うつ発症予測因子の検討として、単変量解析でP値が0.25以下の変数として、悲しい気持ち(MDASI)、Karnofsky Performance Status、近親者のがん死経験、性別(男性)、相談できる人の数が抽出され、これらの変数をロジスティック回帰分析に投入したところ、ベースライン時で悲しい気持ちが強いこと、Karnofsky Performance Statusが低いこと、近親者のがん死経験を有していることが、抗がん治療開始1ヶ月以内の抑うつ発症を有意に予測していることが示された。

D. 考察

本研究では、代表的難治がんである膵がん患者の抑うつ有病率、1ヶ月発症率、発症予測因子を明らかにした。100名を超える膵がん患者を対象とし、半構造化診断面接を用いて抑うつ有病率を見た研究は国際的に見ても例がなく、重要な報告である。

膵がん患者には抑うつの頻度が高いといわれており、診療を行う上で抑うつの評価は非常に重要とされている。今回の研究における抑うつ有病率は11-15%であり、これまで日本国内で他のがん種、病期を対象に行われてきた抑うつ有病率調査の結果(9-42%)と比べて特に高い有病率とは言えず、膵がんに関するこれまでの報告と一致しない結果となった。先行研究と一致しない原因として、先行研究ではほとんど信頼性の高い調査方法を使用しておらず、症例数も少なかったことが考えられる。

他のがんと比べて高くはないとは言え、横断有病率11-15%、1ヶ月発症率14%の抑うつに対する戦略は、尊厳ある生活を送るために重要な問題である。今回の調査ではほとんどの抑うつ症例は専門家によるケアを受けておらず、オンコロジストや看護師による抑うつの過小評価が問題であると考えられる。特に膵がんは生存期間が短いことから、抑うつに対して頻繁にスクリーニングを実施し、可能な限り速やかに精神保健の専門家と連携してケアに当たることが重要になると思われる。またスクリーニングに今回明らかになった発症予測因子を組み合わせることで、より効率的なスクリーニング法が開発できる可能性がある。

本研究の限界として、がん治療を専門とする単施設での調査であることがあげられる。抗がん治療導入できない膵がん患者は非常に多く、今回の結果が抗がん治療の適応外の患

者に対しても一般化できるかどうかは定かでない。また、難治がん症例を対象とした調査としては少ないものの、12%の拒否、15%の脱落は本研究の結果に影響している可能性がある。

E. 結論

本研究により、抗がん治療対象の肺癌患者の抑うつ有病率は11-15%、1ヶ月発症率は14%であり、強い悲嘆、低い performance status、近親者のがん死亡体験が発症を予測することが示唆された。抑うつによる尊厳の低下を防ぐためには、抑うつの早期発見、早期治療導入が必要であると思われる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Akizuki N, Uchitomi Y, et al: Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 29:91-99, 2005
2. Fujimori M, Uchitomi Y, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-Oncology* 14:1043-1051, 2005
3. Fukui T, Uchitomi Y, et al: Clinical effectiveness of evidence-based guidelines for pain management of terminal cancer patients in Japan. *JMAJ* 48:216-223, 2005
4. Iwasaki M, Uchitomi Y, et al: Cigarette smoking and completed suicide among middle-aged men; a population-based cohort study in Japan. *Ann Epidemiol* 15:286-292, 2005
5. Kobayakawa M, Uchitomi Y, et al: Levels of omega-3 fatty acid in serum phospholipids and depression in patients with lung cancer. *Br J Cancer* 93:1329-1333, 2005
6. Kumano H, Uchitomi Y, et al: Harmony-seeking and the risk of prostate cancer; a prebiopic study. *J Psychosom Res* 59:167-174, 2005
7. Matsuoka Y, Uchitomi Y, et al: Biomedical and psychosocial determinants of posttraumatic intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics* 46:203-211, 2005
8. Morita T, Uchitomi Y, et al: Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol* 23:2637-2644, 2005
9. Morita T, Uchitomi Y, et al: Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. *J Palliat Med* 8:716-729, 2005
10. Morita T, Uchitomi Y, et al: Ethical validity of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30:308-319, 2005
11. Morita T, Uchitomi Y, et al: Efficacy and safety of palliative sedation therapy; a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 30:320-328, 2005
12. Morita T, Uchitomi Y, et al: Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients; an open-label trial. *J Pain Symptom Manage* 30:96-103, 2005
13. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Twenty-four-hour urinary cortisol levels before complete resection of non-small cell lung cancer and survival. *Acta Oncol* 44:399-405, 2005
14. Nakaya N, Uchitomi Y, et al: Personality and cancer survival; the Miyagi cohort study. *Br J Cancer* 92:2089-2094, 2005
15. Okamura M, Uchitomi Y, et al: Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence; prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol* 35:302-309, 2005
16. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral. *Cancer* 103:1949-1956, 2005
17. Sugawara Y, Uchitomi Y, et al: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Support Care Cancer* 13:628-636, 2005
18. Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on memory function and hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 92:81-84, 2005
19. 森田達也, 内富庸介, 他: 緩和ケアについての改善点と不満足な点; 遺族からの示唆. *緩和ケア* 15:251-258, 2005
20. 嶋本正弥, 内富庸介, 他: がんとうつ. *心療内科* 9:391-395, 2005
21. 嶋本正弥, 内富庸介, 他: 癌の進行に伴う精神症状; 診断と治療. *癌の臨床* 51:205-211, 2005

22. 嶋本正弥, 内富庸介, 他: 向精神薬の使い方. 心療内科 9:101-106, 2005
23. 中谷直樹, 内富庸介, 他: がんと疫学. 心療内科 9:95-100, 2005

学会発表

1. Akechi T, Uchitomi Y, et al: Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan. 52th Annual Meeting Academy of Psychosomatic Medicine. Poster Session. 2005. 11, New Mexico, USA
2. Shimizu K, Uchitomi Y, et al: Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. 52th Annual Meeting Academy of Psychosomatic Medicine. Poster Session. 2005. 11, New Mexico, USA
3. 明智龍男, 内富庸介, 他: 終末期がん患者の適応障害、うつ病、外傷後ストレス障害の関連要因および予測要因. 第10回日本緩和医療学会総会第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会. 一般演題. 2005. 6, 横浜
4. 小早川誠, 内富庸介, 他: 肺がん患者におけるうつ病と血清リン脂質オメガ3系脂肪酸の関連. 第24回躁うつ病の薬理・生化学的研究懇話会. 一般演題. 2005. 6, 熱海
5. 秋月伸哉, 内富庸介, 他: がん患者の適応障害と大うつ病の簡便なスクリーニングの開発; つらさと支障の寒暖計. 第18回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2005. 11, 島根
6. 清水研, 内富庸介, 他: 看護師と精神科による抑うつ病の早期発見、治療の取り組み; 実施可能性と有用性の検討. 第18回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2005. 11, 島根
7. 岡村優子, 内富庸介, 他: 乳がん初再発後の精神疾患; 有病率、関連因子、生活の質との関係. 第18回日本総合病院精神医学会総会. 一般演題. 2005. 11, 島根

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任
——川崎協同病院事件第1審判決に寄せて——

分担研究者 甲斐克則 早稲田大学大学院法務研究科教授

A. 研究目的

1 尊厳死問題をめぐる最近の日本における動向は、かつてないほどに新たな局面を迎えつつある。

まず、2004年7月には、厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書——今後の終末期医療の在り方について」（平成16年7月）（以下「報告書」という）が公表された¹⁾。この報告書は、5年毎に実施されているアンケートをもとにしてまとめられたものである。後述のように、同報告書は、調査対象が大規模な病院が主たる対象であり、かつアンケート分析に力点がある内容であるとはいえず、尊厳死の許容性の枠組みについて一定の方向を示している²⁾。

つぎに、医療現場および関係者の間で、尊厳死のためのガイドライン策定の希望が一定程度出されつつある。しかし、必ずしも公的な動きにはなっていない。他方、日本尊厳死協会によるリビング・ウィルを中心とした立法化要請の動き、あるいは自民党と公明党が「尊厳死」の容認に向けた与党協議機関（会長、丹羽雅哉元厚相）を新設するという表明（2005年1月9日）もある³⁾。

2 さらに、このような中、2005年3月25日、終末期医療をめぐる刑事事件として注目を集めていた川崎協同病院事件第1審判決が横浜地裁で下された（横浜地判平成17・3・25判例集未登載）。かの東海大学病院「安楽死」事件判決（横浜地判平成7・3・28判時1530号28頁）以来、10年ぶりに終末期医療に関して医師の行為が刑事裁判で裁かれた。しかも、同じ横浜地裁で、かつて陪席であった裁判官が今度は裁判長として今回の裁判を担当したことに、奇縁めいたものを感じざるをえない。当然ながら、今回の判決は、東海大学病院事件判決の論理を多分に意識した内容であるが、とりわけ「尊厳死」論に関してさらにその内容を深化させた興味深いものも含まれており、

各方面に終末期医療のあり方について改めて問題提起をした⁴⁾。しかし、川崎協同病院事件の背景を調べると、かつての東海大学病院事件のときと同様、終末期医療におけるチーム医療のあり方がきわめて不十分であること、また、それに関するガイドラインが存在しないこと、その結果、担当医の一方的思い込みに伴う行為が悲劇を招く傾向がある。これに対して、アメリカでは各州での立法化による対応のほか、判例の集積による対応をしており、また、ドイツやイギリスでは、入念にガイドラインを策定する傾向にある⁵⁾。

3 なお、2004年12月18日フジテレビ「サイエンス・ミステリー」テリー・ウォレス：20年ぶりに植物状態から意識を回復」では、アメリカにおいて、交通事故で意識を喪失し、遷延性植物状態となった患者が母親の懸命の介護（特に連日の声かけ）により、損傷していたアデニテート（7番染色体）が回復し、20年ぶりに意識を回復したという報道がなされた。このような回復例がある点も忘れてはならない。また、アメリカでは、フロリダ州で15年間も植物状態を続けたテレサ・シャイボさんの人工栄養補給チューブ取外しをめぐる問題が政治問題とも絡んで大きな関心と呼んだ⁶⁾。

4 以上の動向を踏まえて、本稿では、まず、川崎協同病院事件の概要および同判決を紹介し、つぎに、判決の論理を分析して同判決の位置づけを行いつつ、終末期医療、特に尊厳死と医師の刑事責任について論じ、最後に、厚生労働省「報告書」の分析をしつつ、法的・倫理的観点から尊厳死問題のガイドライン策定のための枠組みおよび尊厳死ガイドライン要綱私案を呈示することにした。

B. 研究方法

研究方法は、川崎協同病院事件の事実の概要を簡潔に示した後、第1審判決の要旨を示し、その後、その論理を分析しつつ考察を加

えるという手法による。

【川崎協同病院事件の事実の概要】

まず、川崎協同病院事件の事実の概要を示しておこう。第1審の横浜地裁が認定した事実によると、被告人は、平成6年5月から川崎協同病院の呼吸器内科部長に就任し、医師として同病院の患者の診療等に従事していた者であるが、昭和60年ころから主治医として担当していた患者Iが、平成10年11月2日から気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま入院し、治療中の患者Iについて、延命を続けることでその肉体が細菌に冒されるなどして汚れていく前に、Iにとって異物である気道確保のために鼻から気管内に挿入されているチューブを取り去ることができるかぎり自然なかたちで息を引き取らせて看取りたいとの気持ちをいだし、同月16日午後6時ころ、同病院南2階病棟228号室において、患者I（当時58歳）に対し、前記気管内チューブを抜き取り呼吸確保の措置を取らなければIが死亡することを認識しながら、あえてそのチューブを抜き取り、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待った。ところが、予期に反して、Iが「ぜいぜい」などと音を出しながら身体を海老のように反り返らせるなどして苦しそうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量に投与してもその呼吸を鎮めることができなかつたことから、そのような状態を在室していた幼児を含むその家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、このうえは、筋弛緩剤で呼吸筋を弛緩させて窒息死させようと決意し、同日午後7時ころ、事情を知らない准看護婦（当時24歳）に命じて、注射器に詰められた非脱分極性筋弛緩薬である臭化パンクロニウム注射液（商品名「ミオブロック注射液」）を、Iの中心静脈に注入させて、まもなくその呼吸を停止させ、同日午後7時11分ころ、同室において、Iを呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させて殺害した。

検察官は、上記医師を殺人罪で起訴し、懲役5年を求刑したが、弁護人は、本件抜管行為が、治療不可能で回復の見込みがなく死が不可避な末期状態において、治療を中止すべく被害者の意思を推定するに足りる家族の強い意思表示を受けて、被害者に自然の死を迎えさせるために治療行為の中止としてなされたものであり、東海大学病院事件判決（前出）の説示に照らしても実質的違法性ないし可罰的違法性がない旨を主張して争った。横浜地

裁第4刑事部は、平成17年3月25日、次のような理由で被告人を懲役3年執行猶予5年に処する判決を下した（被告人控訴中）。

【川崎協同病院事件第1審判決の要旨】

1 判決文の構成

第1審判決は、患者からの抜管行為に至る医師と患者の家族とのやりとり、さらには病院内での医療者間でのやりとりについて入念な事実認定を行った後、総論ともいうべき「末期医療における治療中止について」において基本的考え方を示し、それを受けて、各論ともいうべき「本件における問題点」において、(1)「回復可能性及び死期の切迫性について」、(2)「患者本人の意思の確認について」、(3)「治療義務の限界について」という具合に3点について検討を加え、「結論」を導いている。また、「量刑の事情」でも重要な指摘がなされているが、これについては後述する。以下、判決の論理の中心部分を抜粋しておこう。

2 末期医療における治療中止について

「このような事例、すなわち、末期医療において患者の死に直結し得る治療中止の許容性について検討してみると、このような治療中止は、患者の自己決定の尊重と医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠として認められるものと考えられる。

生命が尊貴であり、生命への権利・生命の最大限の保護がその担い手の生存期間の長短、健康、老若、社会的な評価等において段階付けられることなく保障されなければならないことはいうまでもない。とりわけ、医療において、生命が最大限尊重され、その救助・保護・維持が可能な限り追求されるべきであることは論を待たない。しかしながら、既に指摘されているように、近時の高度な延命医療技術発展の結果、過去の医療水準であれば人間の自然な寿命が尽きたと思われる後も、種々の医療機器等の活用によって生物学的には延命が可能な場合が生じ、過剰医療との批判も生じてきている。そのような状況が、患者に、自己の生の終わりをどのような形にするか、自己の生き方の最後の選択として、死の迎え方、死に方を選ぶという余地を与えるとともに、医師の側には、実行可能な医療行為のすべてを行うことが望ましいとは必ずしもいえないという問題を生ぜしめて来ているものと思われる。この前者が患者の終末期における自己決定の問題であり、後者が治療義務の限界の問題である。

したがって、末期、とりわけその終末期に

おける患者の自己決定の尊重は、自殺や死ぬ権利を認めるというものではなく、あくまでも人間の尊厳、幸福追求権の発露として、各人が人間存在としての自己の生き方、生き様を自分で決め、それを実行していくことを貫徹し、全うする結果、最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができるということのいわば反射的なものとして位置付けられるべきである。そうすると、その自己決定には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが、その不可欠の前提となるというべきである。回復不能でその死期が切迫していることについては、医学的に行うべき治療や検査等を尽くし、他の医師の意見等も徴して確定的な診断がなされるべきであって、あくまでも『疑わしきは生命の利益に』という原則の下に慎重な判断が下されなければならない。また、そのような死の迎え方を決定するのは、いうまでもなく患者本人でなければならず、その自己決定の前提として十分な情報（病状、考えられる治療・対処法、死期の見通し等）が提供され、それについての十分な説明がなされていること、患者の任意かつ真意に基づいた意思の表明がなされていることが必要である。もっとも、末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという事態を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなるとと思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が

不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである。

治療義務の限界については、前述のように、医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況に至れば、患者が望んでいる場合であっても、それが医学的にみて有害あるいは意味がないと判断される治療については、医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはないというべきであり、この場合にもその限度での治療の中止が許容されることになる（実際には、医師が、患者や家族の納得などのためそのような治療を続ける場合もあり得るがそれは法的義務ではないというべきである。）。なお、この際の医師の判断はあくまでも医学的な治療の有効性等に限られるべきである。医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはもちろん許されるが、それはあくまでも参考意見に止めるべきであって、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当ではないといわざるを得ない。もちろん、患者が医師を全面的に信頼し全てを任せるということも自己決定の一つとしてあり得る。さらに、医師と患者・家族の揺るぎない信頼関係が確立され、死に方の問題も医師の判断・英知に委ねるのが最も良い解決法であるとの確信が一般化しているような状況があれば（それは終末医療の一つの理想ともいえよう。）、医師の裁量に委ねることは望ましいことともいえよう。しかし、残念ながら、そのような状況にあるとはいえない現状であることは大方の異論のないところであろう。

3 本件における問題点

(1) 回復不可能性および死期の切迫について

「被告人は、被害者の脳波等の検査すら実施していないため、被害者の余命等について鑑定を囑託された K 教授が、被害者の余命を事後的に推定するために必要な臨床的情報が揃っておらず発症から未だ 2 週間の時点であることから幅をもたせた推定しかできないと指摘している……。したがって、本件においては、被害者の回復の可能性や死期切迫の程度を判断する十分な検査等が尽くされていないことが明らかである。また、本件病院は川崎市所在の病床数 200 を超える総合病院で、被告人は当時 19 年余の臨床経験を有し、その呼吸器内科の長であったこと、本件抜管行為

を緊急に実施すべき事情も何ら認められないことから、被告人が脳神経外科医等他の医師の意見等を徴して被害者の病状について慎重に検討を加えることは容易に可能であったというべきである。また、治療中止の前提としての死期切迫等を検討する場合には、既に述べたように『疑わしきは生命の利益に』判断すべきであるところ、本件においては、この点も問題である。すなわち、K 鑑定等によれば、被害者の余命は、①昏睡が脱却できない場合（およそ 50 パーセント程度の確率）、短くて約 1 週間、長くて約 3 か月程度、②昏睡から脱却して植物状態（完全に自己と周囲についての認識を喪失すること）が持続する場合（同 40 パーセント）、最大数年、③昏睡・植物状態から脱却できた場合（同 10 パーセント程度）、介護の継続性及びその程度により生存年数は異なるとされていること、当時本件病院の同僚医師であった A 及び B も、被害者については、入院 2 週間しか経過しておらず、未だ回復を待つべき段階にあった旨供述していること……などに照らせば、被害者に対しては、まずは昏睡から脱却することを目標に最善を尽くし、昏睡から脱却した場合にはさらに植物状態から脱却することを目標に最善を尽くして治療を続けるべきであったというべきであって、到底、前述の『回復不可能で死期が切迫している場合』に当たると解することはできない」。

（2）患者本人の意思の確認について

「本件においては、患者の意識が回復していないので、前記のように他の資料からその意思を探求していくほかない場合といえるが、本件において、被告人は、患者を最も良く知るとされる家族らに対しても、患者本人の意思について確認していないのみならず、その前提となる家族らに対する患者の病状・余命、本件抜管行為の意味等の説明すら十分にしていなかったことは、既に認定説示したとおりである。すなわち、被告人は、突然の被害者の入院、心肺停止、蘇生、昏睡等によって精神的に相当不安定となり医学的知識もない妻らに、9 割 9 分植物状態になる、9 割 9 分 9 厘脳死状態などという不正確で、家族らの理解能力、精神状態等への配慮を欠いた不十分かつ不適切な説明しかしておらず、結局、本件抜管の意味さえ正確には伝えられていなかったのである。家族らにおいても、患者本人の治療中止に関する意思を検討する前提となる情報を欠いていたことは明らかというほ

かない。なお、前記認定のように、被告人としては本件の家族らが治療中止を了解しているものと誤信していたが、この誤解も、被告人の説明等が不十分であること、患者本人の真意の探求を尽くしていないことの顕れというべきである。結局、本件においては、被告人が診療の際に受けた患者本人の印象と前記のような家族らの誤解に基づく了承以外には、患者本人に治療中止の意思があったことを窺わせるような事情はなく、前記要件をみたしていないことは明らかである」。

（3）治療義務の限界について

「被害者が本件病院に搬送されてからの病状並びに医師及び看護婦による処置の内容等は既に認定したとおりであるが、2 日に心肺停止状態で本件病院に搬送されて必死の救命措置により蘇生され、集中治療室に搬送されて以降適切な医療・看護が施され、自発呼吸が出てきたことから、気道確保のために気管内チューブを残したまま人工呼吸器を離脱させて酸素を供給する装置を接続し、10 日及び 11 日には脳の機能回復を目標に高気圧酸素療法が試みられ、12 日に一般病棟に移った後もナースステーションに向き合う個室において本件抜管行為の直前まで適切な医療措置が行われていたものと認めることができる（K 鑑定等）。しかし、本件抜管の時点においては、前述のように、被害者には未だ昏睡からの回復、さらには植物状態からの回復という可能性も前述のような確率で残されていたのであるから、医師としては、本件患者の昏睡等の脱却を目標に最善を尽くして治療を続けるべきであったというべきである。そうすると、被告人の本件抜管行為は、治療義務の限界を論じるほど治療を尽くしていない時点でなされたもので、早すぎる治療中止として非難を免れないというべきである。本件においては、この観点からの治療中止も許容されることが明らかである」。

C. 研究結果

川崎協同病院事件では、医師による抜管行為は行き過ぎた行為であり、したがって違法性があり、患者を死亡させた行為は、殺人罪を構成する。それゆえ、判決は正当である。

D. 考察

【終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任——第 1 審判決の検討と位置づけ】

1 本判決は、先の東海大学病院事件判決の論理を前提としつつも、それをさらに深化させた部分がある。すなわち、東海大学病院事件判決では、傍論ながら、治療行為の中止（いわゆる尊厳死）は、意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという患者の自己決定権の理論と、そうした意味のない治療行為までを行うことはもはや義務ではないとの医師の治療義務の限界を根拠に、一定の要件（3要件）の下に許容される、と述べたが、今回の判決は、それをもう少し掘り下げている。そこで、その異同を意識しつつ、本判決の位置づけを行う必要がある。その際に、尊厳死問題へのアプローチの基本的視点を確認しつつその作業を行うこととする。

まず第1に、「疑わしきは生命の利益に(in dubio pro vita)」という基本的視点は不可欠である。この原則は、生命の尊重および平等性の保障を与えるものであり、人工延命治療を最初から施さない場合、あるいは中止する場合、そこに合理的な疑念が存在する以上、生命に不利益に解釈してはならないことを意味する7)。本判決でも、この原則が立論の基礎に置かれた点は、東海大学病院事件判決にはなかっただけに、高く評価される。東海大学病院事件判決では、自己決定権は死ぬ権利を認めたものでなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたにすぎないとする点は妥当であったとしても、治療義務の限界がそれとどのように関係するのか、あるいはその限界がどこから導かれるのかは、不明であった。もし、「意味のある治療」と「意味のない治療」の区別を医師の裁量にまかせ、それを根拠に治療義務の限界を画するとするのであれば、裁量濫用の懸念を払拭できず、問題である。今回の判決は、この点を明確にしたものと思われる。「疑わしきは生命の利益に」の原則は、具体的には、例えば、本人の意思を何ら確認することなく、医師が一方的に当該延命治療について「無意味」とか「無益」という価値判断を押し付けてはならないことを意味する。本件では、被告人医師が単独の価値判断で、ある種の自己の死生観を患者側に押し付けた観がある。本件の医師の行為は、明らかに医師の裁量（許される「判断裁量」）を逸脱したもの（いわば許されない「行為裁量」）といえる8)。ましてや、抜管行為の後、筋弛緩剤を注射して患者を積極的に死亡させているのであるから、な

おさらである。最終的に、医師の刑事責任は免れがたいと思われる。

2 これと関連して、第2に、「人間の尊厳」を保障することである。これは、生存権の保障と生命の平等性の保障を当然含むほか、患者を医療技術の単なる客体に貶めること（人間を手段としてのみ用いること）を避けるよう要請する9)。もちろん、過剰な延命が「人間の尊厳」を侵害する場合はどのような場合かをより具体的に呈示する必要がある。少なくとも、移植用の臓器確保のためにだけ、あるいは人体実験のためにのみ延命する場合は、それに該当するといえよう。本判決は、この点でも、「人間存在としての自己の生き方」ないし「最後の生き方」の問題として捉えつつ、東海大学病院事件判決よりも1歩踏み込んで、「人間の尊厳」を意識して事案解決に取り組んでおり、評価できる。

3 第3に、対象の明確化が必要である。典型例とされるいわゆる植物状態患者の病状も多様であり、遷延性植物状態(PVS)の段階からそこに至らない程度のものであるのでその慎重な把握が必要であるし、がんの末期患者の病状も多様であるのでその慎重な把握も必要である。東海大学病院事件判決でも、第1要件として、「患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること」が挙げられていた。すなわち、治療中止が患者の自己決定権に由来するとはいえ、その権利は死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたにすぎず、早すぎる治療中止を認めることは生命軽視の一般的风潮をもたらす危険があり、「死の回避不可能の状態に至ったか否かは、医学的にも判断に困難を伴うと考えられるので、複数の医師による反復した診断によるのが望ましい」と。また、この状態は、当該対象行為の死期への影響の程度によって相対的に決してよい、とも述べていた。ところが、本件では、「9割9分植物状態になる、9割9分9厘脳死状態」などと不正確な表現で家族側に説明しており、前提がきわめて不明確である。「本件においては、被害者の回復の可能性や死期切迫の程度を判断する十分な検査等が尽くされていないことが明らかである」と本判決が断じているのは、正鵠を射ている。

なお、差控え・打ち切り対象となる延命治療の内容も、人工呼吸器、人工栄養補給、化学療法等多様であり、これは東海大学病院事件

判決も第3要件で述べていた。本件の場合も、気管内チューブの抜管が当初の対象行為であったので、この点では特に問題はない。ちなみに、重大な侵襲を伴わない水分や栄養分の補給については争いがある。すべてを対象にしてよいとする見解もあるが¹⁰⁾、本人が栄養分・水分のすべてについて拒否をしていない以上、最低限それらは（特に水分は）補給することが「人間の尊厳」に適った段階的な治療解除であると思われる¹¹⁾。

4 第4に、本判決が重視したように、患者の意思の確認が重要である。厳密には、それも、いくつかの場合分けが必要である。

まず、①患者の延命拒否の意思が明確な場合は、結論的に、それを尊重して、かりに患者が死亡しても、法的に民事・刑事の責任を負わないであろう。より厳密には、さらに、(1)患者が延命治療時に直接意思表示ができ、かつ延命拒否の意思表示をしていた場合と、(2)延命治療時には直接意思表示ができなかったが、一定期間内の事前の明確な意思表示がある場合とに分かれる。前者の場合には、自殺との区別が問題になりうるが、プライバシー権としての延命拒否権の尊重ということであり、後述のように、一般的な自殺とは区別すべきであり、特段の問題はないと考える¹²⁾。後者の場合も、一定期間内の事前の明確な意思表示があれば、その意思が継続しているとみることができ、基本的に同様に解釈してもよいと思われる。リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ（事前の指示書）は、そのかぎりでも尊重してよいであろう。

つぎに、②患者の意思が必ずしも十分に明確でない場合には、「代行判断 (substituted judgment)」を考えざるをえない。問題は、どのような場合に誰が代行判断をすることが許されるか、である。ここで参考になるのが、1985年のアメリカのニュージャージー州におけるコンロイ事件上告審判決 (In re Conroy, 486 A.2d 1209) である¹³⁾。本判決では、代行判断の際の代行決定方式として、(a)主観的テスト（代行決定者が患者の願望を十分に知ったうえで明確な証拠に基づいて決定する）、(b)制限的・客観的テスト（患者の治療拒否を推定せしめるある程度信頼に値する証拠があるとき、および患者の生命保持の負担が生存利益より明らかに重いと決定者が判断するとき、差控え・撤去〔抜去〕を認める）、そして(c)純客観的テスト（患者の生の負担

が生存利益より明らかに重く、治療実施がインヒューマンなものになる場合、主観的証拠なしで差控え・撤去〔抜去〕を認める）というテストが呈示された。主観的テストは患者本人の意思と同視してよいであろうし、制限的客観的テストも患者の意思の手がかりを探りつつ客観的状況を加味して判断するというものであるから、客観面の状況把握をきめ細かく行う体制が整えば考慮に値すると思われる。しかし、純客観的テストは、すでに代行判断の枠組みを超えるものであり、例えば、遷延性植物状態の患者を単なる人体実験の客体としてのみ延命するとか、臓器確保のためにだけ延命する場合が考えられるが、むしろこのような場合には「人間の尊厳」に反するという論理で延命治療を打ち切るべきであると思われる。以上の点に留意すれば、これは、日本でも導入可能なテストであると思われる。川崎協同病院事件第1審判決が「治療義務の限界」として論じている部分は、この脈絡で理解すべきように思われる。

最後に、③患者の意思がまったく不明確な場合には、なお「代行判断」を採用できるか、疑問である。アメリカでは、家族の意思だけで代行判断を認めたケースもあるが¹⁴⁾、問題である。今回の川崎協同病院事件第1審判決では、医師は患者の家族側の了解があったと「誤解」したと認定されたように、家族の判断は複数人にわたることもあり、確認しにくいケースもある。正確な情報提供ないし説明が誰に対してなされたかも、重要な要因となる。また、仮に本件のような場合に正確な情報が家族に伝わっていて、家族が判断を迫られた場合、家族が本人に代わって本当にこの種の問題で判断できるか、あるいはその判断が適法性を導けるかは、もう少し慎重に議論する必要がある。近時、「問題は、家族の意思による推定を広く認めることが理想的かどうかではなく、認めない場合と比較してどちらが望ましいかである」という観点から、家族の意思による推定を認めることを支持する有力説も出始めたが¹⁵⁾、家族の有り様が多様なだけに、疑問がある。それが認められるのは、患者本人の延命拒否の意思の合理的な推定が可能な場合に限定されるべきものと思われる。

この点について、東海大学病院事件判決では、(i)事前の意思表示がある場合が圧倒的に少ない現実、(ii)医師による適正さの判断がなされ家族の意思だけで全措置が中止される