

次に、同じ癌でも婦人科癌患者と口腔癌患者では不安の水準が異なっていたこと、口腔癌患者のほうが婦人科癌患者よりも不安が高かったことについては、口腔癌患者の平均入院日数が婦人科癌患者のそれよりも有意に長かったことからわかるように、手術自体の侵襲度や、口腔癌患者に特有な「容貌の変化」に対する不安などが関連していたのではないかと推測される。特に後者の、「容貌の変化」に対する不安は、疼痛や癌に対する不安とは異なった、アイデンティティにかかわる一種特有な精神的葛藤を術前の患者に負荷すると考えられる。今回、精神科受診にいたった女性患者はいずれも、手術により容貌が変わってしまうことへの強い不安を感じていた。

最後に、本対象者の示した心理特性の結果として、不安と抑うつはいずれもが、いずれの時点においても平均値で見ると、標準値を越すレベルに至らなかったことは、手術を受ける癌患者の精神状態を推察する上で参考になる所見といえる。結果的に一部の患者が適応障害ないし大うつ病エピソードを発症し、彼らの精神状態が病的な水準に発展したことを示したものの、大半の患者は、癌告知や手術を受けるという危機に対して、不安や抑うつの感情を抱えながらも、それなりに対峙していたことがうかがわれる。つまり、経過の中で一時的に不安を抱えたり、継続的に抑うつが高まることはあっても、もともと本人に備わっていたストレスに対する適応力にて、精神的なバランスを維持し得たと考えられる。

2. 癌患者のSOC

癌患者のSOC得点は、先行研究による一般人口のそれと比較して低い傾向にあった。SOCの調査時点（退院前後）では、本対象患者の多くがすでに手術を終え、身体的にはそれなりに安定した状態にあった。また、全対象のHADS平均得点が示すように、患者らの不安は「手術前」と比較して、「退院前」の時点では明らかに低下していたはずである。にもかかわらず「退院前後」に測定したSOC得点が、一般人口のそれより低かったということは、癌や手術自体の身体的・精神

的侵襲が、その個人にとって非常にストレスフルで危機的な刺激であり、「退院前後」までストレスが慢性的に続いたためにSOCが低下したという可能性が考えられなくない。またSOCが、不安、抑うつといった心理特性に現れないストレス状況を反映している可能性も否定できない。

3. 手術前の心理特性を予測する因子

癌患者の精神的問題として抑うつの存在が指摘される中^{5,16)}、「手術前」の抑うつを予測する患者側の条件として、SOCと「手術前」の不安があげられた。そこでまず、癌患者において、SOCが抑うつを予測し得る特性であったことについて考察したい。Antonovsky¹⁾は、自己を脅かすものとして評価されたストレッサーは、SOCの強い人には悲しみ、恐れ、怒り、罪の意識、悲痛、心配といった感情を引き起こすが、SOCの弱い人には、不安、激怒、恥辱、絶望、自暴自棄、当惑といった感情を引き起こすだろうと述べている。両者の感情を比較すると、前者の感情はより抑うつに近い感情といえるかもしれない。つまり、SOCの高い人はストレスに対してまずは抑うつを抱えやすいということであり、これは本所見と一致するものである。ただし、そうした感情を抱えた後のプロセスについてAntonovskyは、前者の場合、感情は行動を動機付け、基礎づけるのに対し、後者では無力になる点を、また、前者では感情が焦点づけられるのに対し、後者では拡散することを指摘している。感情が焦点づけられるということは、問題が理解可能であるという感覚に一致し、有意味的要素に強く関連づけられ、対処メカニズムにつながりやすいという。本研究においても、癌告知と手術を受けるという非日常的な危機状況に対し、SOCの高い患者は抑うつのようになりやすいが、それはあくまでも正常範囲内のものであり、経過の中で適応的に対処していくことを示しており、Antonovskyの理論を裏付けるものといえよう。

一方、「手術前」の抑うつは「手術前」の不安と互いに予測し合い、しかもそれが負の関係であった。一般に、不安と抑うつはそれぞれ独立して

いるというよりもむしろ、互いに連動していると想定されていることを考えるとこの結果は関心深い。しかし、これも先の Antonovsky の理論によれば、SOC の弱い人は不安をはじめとする感情を抱えやすく、SOC の強い人が抑うつになるのとは対照的であると述べられていることだから、決して彼らの理論と矛盾しない所見といえよう。Spijker ら¹⁴⁾ は、癌患者を対象に心理・精神的な問題を調査した多くの研究のメタアナリシスを行い、癌患者の不安と心理的な葛藤が、一般人口のそれと有意な相違を示さなかったのに対し、癌患者の抑うつは、一般人口よりも有意に高かったこと、また経過の中で不安が有意に低下するのに対し、抑うつは依然として残りやすいことを報告し、癌患者における不安と抑うつのあり方の相違を指摘している。本所見は、不安と抑うつの特徴の違いを示唆している点で、彼らの所見とも共通している。

最後に、SOC が不安を予測しなかったことについて簡単に考察したい。不安は「手術前」から「退院前」にかけて有意に低下した。このように、不安は非常に非特性的なもの、つまり状態依存的であり、状況によって影響を受けやすく、また変動しやすいといえる。したがって、安定的で変動しづらい、つまり特性的な SOC とは根本的に次元の違う側面をもっており、直接的には連動しづらいことが推察される。もちろん、Antonovsky が上述しているとおおり、SOC の高い人が恐怖を、低い人が不安を感じやすいということから、両者が全く関係ないというわけではない。ただ抑うつなどの心理特性と比較すると、不安は SOC に依拠していないということではないだろうか。

文 献

- 1) Antonovsky, A.: Unraveling the Mystery of Health; How People Manage Stress and Stay Well (山崎喜比古監訳: 健康の謎を解く; ストレス対処と健康保持のメカニズム). 有信堂, 東京, 2001
- 2) Antonovsky, A.: Health, Stress, and Coping; New Perspective on Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass, San Francisco, 1979
- 3) Antonovsky, A.: The structure and properties of the sense of coherence Scale. Soc Sci Med 36: 725-733, 1993
- 4) Antonovsky, A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int 11: 11-18, 1996
- 5) Massie, M.J., Holland, J.C.: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: (ed.), Holland, J.C., and Rowland, J. C.: Handbook of psycho-oncology. Oxford University Press, New York, 273-282, 1990
- 6) 松下年子, 松島英介, 平野佳奈, ほか: 精神科急性期病棟入院患者の SOC (sense of coherence) 調査. 精神医学 47: 47-55, 2005
- 7) 松下年子, 松島英介: 手術を受ける消化器癌患者の不安, 抑うつおよび QOL (Quality of Life) と対処行動の関連. 日本保健科学学会誌 8: 5-14, 2005
- 8) Nakamura, H., Ogawa, Y., Nagase, H., et al.: Natural Killer Cell Activity and its Related Psychological Factor, Sense of Coherence in Male Smokers. J Occup Health 43: 191-198, 2001
- 9) 成毛詔夫監修: (日本版) TNM Atlas (4th Edition). 金原出版, 東京, 1998
- 10) 日本産科婦人科学会 編: 卵巣腫瘍取扱い規約. 金原出版, 東京, 1997
- 11) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会 編: 子宮体癌取扱い規約. 金原出版, 東京, 1996
- 12) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会 編: 子宮頸癌取扱い規約. 金原出版, 東京, 1997
- 13) 小川幸恵, 中村裕之, 長瀬博文, ほか: 生活習慣病危険因子に関わる Health locus of control (HLC), Sense of coherence (SOC) を中心とした心理社会的因子についての構造的分析. 日本衛生学雑誌 55: 597-606, 2001
- 14) van't Spijker, A., Trijsburg, R.W., Duivenvoorden HJ: Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosom Med 59: 280-293, 1997
- 15) 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, ほか: ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と精神健康に及ぼす影響. 日本公衆衛生雑誌 46: 965-976, 1999
- 16) 山田和夫: 日常診療に役立つストレスマネジメント がん患者に対する精神的ケア. 総合臨床 48: 2442-2449, 1999
- 17) 山崎喜比古: 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. Quality Nursing 5: 825-832, 1999
- 18) Zigmond, A.S., Snaith, R.P.: The Hospital Anxi-

ety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand
67:361-370, 1983

- 19) Zigmond, A.S., Snaith, R.P., 北村俊則訳: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD 尺度).
精神科診断学 4:371-372, 1993

*abstract***Psychological state and SOC (Sense of Coherence) amongst patients with cancer****Toshiko Matsushita^{1,2)}, Manaka Hamajima¹⁾, Eisuke Matsushima¹⁾**

In order to investigate the peri-operative psychological state and SOC (Sense of Coherence) amongst patients with gynecological cancer and oral cancer undergoing surgery, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and SOC questionnaires were used. The results showed that anxiety decreased from before surgery to before discharge, although depression did not change over the study duration. There was a significant difference only in the anxiety scores between the patients with gynecological cancer and patients with oral cancer (anxiety for patients with oral cancer was higher than for those with gynecological cancer). The average score of SOC for the all subjects was found to be lower than data referenced in other studies that measured SOC in the general population. Furthermore, Logistic Regression Analysis was completed in order to analyze the determinant factors for the anxiety and depression before surgery (dependent variable: HADS-A score before surgery and HADS-D score before surgery, independent variables: the other demographic / clinical variables including SOC scores). Logistic Regression Analysis revealed that the principal determinants for depression were SOC scores and HADS-A score before surgery. The stronger the anxiety was, the less severe the depression was, and the stronger the SOC was, the more severe the depression was. On the other hand, the principal determinant for anxiety before surgery was only HADS-D score before surgery. It was suggested that SOC is related to depression amongst cancer patients.

JPN Bull Soc Psychiat 14 : 171-178, 2005

¹⁾*Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical and Dental University. 1-5-45, Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8519 Japan.*

²⁾*Graduate School of International University of Health and Welfare. Amity Nogizaka, 1-24-1 Minamiaoyama, Minato-Ku, Tokyo, 107-0062 Japan.*

尊厳死をめぐる法と倫理

甲斐克則*

◆はじめに

近年、終末期医療をめぐる問題として尊厳死の議論が盛んに行われている。この問題には、法と倫理が深くかかわっている。尊厳死問題を議論するうえで、死ぬことを先に問題設定することは適切でなく、やはり患者がまず自己の最期をどう生きるかが重要である。そのためには法的に生存権の十分な保障をすることと、医療現場で救命のための努力を十分にすることが前提である。その延長として、患者自身が自己の最期、すなわち死をどう迎えるかということが問題となるのである。

1) 安楽死とは

国によっては、安楽死を尊厳死と同じように扱う国もあるが、厳密には安楽死と尊厳死は異なる。筆者は、安楽死とは、「死期が切迫した病者の激しい肉体的苦痛を、病者の真摯な要求にもとづいて緩和・除去し、病者に安らかな死を迎えさせる行為」である、と定義している。

①「死期が切迫している」というのは当然であるが、②「激しい肉体的苦痛」に限定しているのは、厳しい定義かもしれない。オランダでは精神的苦痛だけで安楽死を認めているが、両者が併存する場合はともかくとして、流動的側面の強い精神的苦痛だけで安楽死を適法とするのは、行き過ぎであろう。③「真摯な要求」とあるが、実際の医療現場では患者は意思表示できないくらい意識が混濁していることがしばしばあるという。安楽死もいろいろな形態もあり、場合によっては真摯な要求ではなくてもよいのではないかという見解もある。

似て非なる言葉に「慈悲殺人 (mercy killing)」がある。これは、単なる同情で死なせる行為である。時々勘違いされ、「安楽死」とよばれることはあるが、これは法的には明らかに殺人の範疇に入る。本人が要求していないのに医療者が患者を診て「気の毒だ」と思って命を縮めた場合、法的・倫理的にも正当化できない。やはり一線を画して考える必要がある。

2) 安楽死の形態

① 純粋な安楽死

これは、本来の安楽死ではなく、治療行為そのもの、緩和ケアである。肉体の苦痛を適宜取っていても死期が早まらないので、一般的に本人の希望があるかぎり、この行為は、法的・倫理的に認められている。

② 間接的安楽死

これは、モルヒネ等の鎮痛薬の継続的投与による苦痛緩和・除去の付随的効果として、死期が早まるということである。この行為は、日常診療のなかで行われていることで、ここまでは法的にも倫理的にも許される。世界的にこれを犯罪としている国はほとんどない。その前提として当然、インフォームド・コンセントの確保がある。つまり鎮痛薬を打つ前に、何を患者に施すかをきちんと説明しておくこと、場合によっては家族にも説明し、了解を得ておくことが必要である。この場合も、理想としては本人の真摯な要求が望ましいが、1995年3月28日の横浜地方裁判所判決のかつての定義では、やや緩めでもよいということであった。

③ 消極的安楽死

これは、尊厳死にかなり類似しているが、積極的延命治療の差控えにより死期が早まることであり、延命拒否の意思の尊重により、法的に正当化可能である。

④ 積極的安楽死

最も問題となるのは、「積極的安楽死」である。これは、殺害による苦痛除去であり、患者が「激痛が走るので苦痛を取ってくれ」と言ったときに、モルヒネ等、通常の緩和医療で用いる鎮痛薬を使用するのではなく、筋弛緩薬や塩化カリウムといった致死薬を注入して生命を終結させるといふものである。これは、法的・倫理的評価が分かれる。このような場合も患者の自己決定権を尊重してもよいのではないかという見解も、一部で有力である。現に先に取り上げた横浜地方裁判所の判決でも、厳しい要件ながら、場合によっては医師による積極的安楽死が認められるという判断を示している。しかし、刑法や医事法の世界では、積極的安楽死が行き過ぎであるという見解も多く、筆者も命を積極的に絶つという行為は行き過ぎであり、違法であると考えている。

刑法では 202 条に「同意殺人罪」という規定があるので、正当化は困難だが、免責の余地はある。刑法学者がよく議論されているように、justification (正当化) はできないが、個別事情によっては特に罪に問わないということがありうる。それは、excuse (免責) である。基本的にやってはいけない行為だが、たとえば良心的なホームドクターで何年間も患者の面倒を見てきたが、今回は激痛の患者を見て耐えがたく、医師の救助すべき義務と人間としての良心の葛藤のなかで選択した場合には、あえて犯罪とまではすることはなかろう、という理論である。しかし、いつも免責されるわけではない。総じてイギリスでも、この形態は有罪になっている。たとえばコックス医師事件というリウマチ患者を死なせた事件があり、陪審評決により 11 対 1 で有罪となった。ドイツや米国でも、議論状況は同様である。したがって、自己決定権を過度に尊重しすぎても問題がある。

なお、類似のものとして、「オレゴン州尊厳死法」がある。これは、医師による自殺幫助が認められた法律であり、米国でこの法律が認められているのはオレゴン州のみである。しかし、やはり医療現場で医師による自殺

幫助を認めることは問題があるといえる。

3) 尊厳死

尊厳死 (death with dignity) あるいは自然死 (natural death) は、安楽死と異なり、「新たな延命技術の開発により、患者が医療の客体にされること (「死の管理化」) に抵抗すべく、人工延命治療を拒否し、医師が患者を死にゆくにまかせることを許容すること」である。主として 1970 年代から米国で起きた議論であり、その後ドイツやわが国でも同様な展開がみられる。

実際の尊厳死の問題は、安楽死以上に複雑かつ深刻である。第一に、対象患者の典型は遷延性植物状態 (persistent vegetative state: PVS) 患者である。そのほか、白血病、がん、腎不全などの疾患もあり、状態にも幅がある。なかには脳の損傷を受けた段階での回復例もある。第二に、意識が明確にある場合、ある程度意識がある場合 (明確ではないが混濁状態である場合)、あるいは意識がまったくない場合、という三段階がある。特に第二、三番目の患者に対してどのような医療を行うかが最も難しい問題であり、患者本人の意思を尊重しようとするとき、その意思をどう読みとるべきか、困難な場合が多い。

第三に、治療拒否の対象は人工呼吸器が典型であるが、特殊化学療法、人工透析、栄養補給チューブなどが開発されており、さまざまなものが対象になる。ただ、一般的な栄養分や水分については、医療職者は総じてできるだけ中止とせず、保持したいという意向であり、筆者も基本的には同意見である。本人がすべて拒絶する場合はその意思を尊重してもよいが、ただ単に「人工延命治療は嫌だ」というレベルでは、最低限、水分は補給し続ける必要があるだろう。したがって、結論は、人工呼吸器の打ち切りという場合も、やはり尊厳死である以上、いきなりすべて打ち切るのではなく、段階的に侵襲の大きいものから順次解除していくという方向が妥当であると考えている。

◆ 1. 最近の国内の動向

1) 厚生労働省による報告書

2004 年 7 月に厚生労働省は「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」を公表している(表1)¹⁾。全国の大病院を中心にアンケートを採り、約50%の回収率であった。以下に、必要な範囲での質問と、その回答を示しておこう。

①「自分が治る見込みのない持続的植物状態の患者になった場合の単なる延命医療はやめたほうがよいか、またはやめるべきか」を聞いたところ、一般80%、医師85%、看護職員87%、介護施設職員84%であり、総じて8割以上の方がこのレベルの延命医療はやめたほうがよい、もしくはやめるべきである、と考えている。

②「単なる延命医療を中止するときに、人工呼吸器等生命維持のために特別に用いられる治療は中止して良いが、それ以外の治療(床ずれの手当や喀痰吸引等)は続ける」べきかという点については、一般53%、医師62%、看護職員71%、介護施設職員65%という具合に、医療職者では割合が総じて高く、できるだけ患者のケアをする姿勢がみられる。

③それでは「一切の治療を中止してよい」という点、一般28%、医師22%、看護職員14%、介護施設職員18%と、あまり支持者が少ない。

④リビング・ウィルは「書面による生前の意思表示」と訳す場合もあるが、わが国ではこれを一般的に法的に認めてはいない。米国では、全米50州のうち40数州で立法化している。これについては、賛成が一般59%、医師75%、看護職員75%、介護施設職員76%で、医療関係者は総じて支持している。これは、医療現場で患者が何を考えているか、知る手がかりがほしいという表れであろう。

⑤ただ、リビング・ウィルというのは書面であるが、書面に固執すべきかどうか。臓器移植のドナーカードでも、以前は一般に普及したが、最近減ってきたといわれている。つまり書面主義がかえって弊害をもたらすのではないともいわれており、一般、医療職者ともに8割以上が「書面に固執せずとも患者の意思を尊重する」と考えている。

⑥他方、リビング・ウィルを米国のように立法化すべきかについては、賛成者はあまりいない。むしろ5年前のアンケートより減少しており、一般37%、医師48%、看護職員44%、介護施設職員38%である。立法化の動

表1. 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」

① 自分が治る見込みのない持続的植物状態の患者になった場合の単なる延命医療 「やめたほうがよい」、または「やめるべきである」 一般80% 医師85% 看護職員87% 介護施設職員84%
② 単なる延命医療を中止するとき 「人工呼吸器等生命維持のために特別に用いられる治療は中止して良いが、それ以外の治療(床ずれの手当や喀痰吸引等)は続ける」 一般53% 医師62% 看護職員71% 介護施設職員65%
③ 「一切の治療を中止してよい」 一般28% 医師22% 看護職員14% 介護施設職員18%
④ リビング・ウィル(書面による生前の意思表示) 一般59% 医師75% 看護職員75% 介護施設職員76%
⑤ 書面に固執せずとも患者の意思を尊重する 一般84% 医師88% 看護職員89% 介護施設職員87%
⑥ リビング・ウィルの立法化への賛成 一般37% 医師48% 看護職員44% 介護施設職員38%
⑦ 家族・後見人の意思の考慮 一般57% 医師67% 看護職員62% 介護施設職員60%

大病院対象のアンケート

(厚生労働省, 2004¹⁾より引用)

きについては後述するが、一般の支持はまだ得られていない。

⑦本人のみならず家族・後見人の意思をどの程度考慮するかでは、一般57%であるのに対し、医療職者はそれにくらべると60%以上と高い。これは特にがんのような疾患の場合、告知の問題もあり、本人よりむしろ家族に真実を告げることがあるため、家族の意思を尊重しようということがあると推測できる。

一方、中小の病院や特別養護老人ホームについては、「我が国における尊厳死に関する研究」アンケート調査のまとめを、東京医科歯科大学の松島英介助教授の班で現在おこなっている²⁾。筆者もその研究班に属しているが、実態を知るうえで興味深いアンケート調査結果が報告書として出ている²⁾。

2) 立法化の動き

立法化の動きは、具体的には①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や、②国会議員レベルでも2005年1月9日に、自民党と公明党が「尊厳死」の容認に向けた与党協議機関を新設す

るということが表明された。

3) 裁判例

詳細は後述するが、① 2005年3月25日に川崎協同病院事件の第一審判決が出た。医療現場で医師が刑事責任を問われたのは、前述の1995年の東海大学病院「安楽死」事件判決以来であった。川崎協同病院事件の審理は同じ横浜地裁でおこなわれ、東海大学病院事件のときには陪席だった裁判官が、今度は裁判長としてこの事件を裁いたという、重要な判決である。

② 2005年、米国フロリダ州では、15年間の植物状態を続けていたテレサ・シャイボさんの人工栄養補給チューブの取り外しをめぐる政治問題にまで発展した。シャイボさんの両親は何とか延命させたいという立場だったが、夫は「本人は死にたいと言っていたのだから打ち切ってほしい」との立場をとった。大統領まで介入するほど議論が活発化し、今でもこのような問題が再燃している。

③ 2004年には北海道羽幌町の道立羽幌病院で、90歳の患者の人工呼吸器を、家族の同意を得ただけで取り外して死亡させ、2005年5月に書類送検された。もし検察官が起訴すれば裁判になるだろう。川崎協同病院事件との共通点は、医療現場で医師が単独で重要な判定をしていることである。しかも厳密な脳死判定をせずに、家族に対して「9割9分脳死である」という説明で取り外したということであった。本当に厳密な診断がなされたのかという疑念も背景にあるかもしれない。

④ 類似の事件が2005年に広島県の福山市内の病院でも起こった。家族の意思を尊重し、医師が患者の人工呼吸器を取り外して死亡させたという事件で、現在捜査中である。

これらは医療事故が注目されてきたことと関係があり、このような事件にも捜査機関が目光を光らせるようになったといえる。医師法21条は医師に対して「異状死体は24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」旨を規定しており、異状死体になれば捜査の対象となりうる。

4) 回復例

他方、裁判例ではないが、米国で20歳の青年が20年ぶりに40歳になって意識を回復したという例が報告された。交通事故で意識を喪失し、遷延性植物状態(PVS)となったが、母親が懸命に毎日声を掛けていたところ、意識がもどったという。医学的には、損傷していたアデニテート(7番染色体)が回復したという。

このように、いろいろな動きが国内外で続いている。特にドイツでは、ドイツ医師会や連邦医師会、あるいは首相直属の国家倫理評議会でガイドラインないし勧告を出すに至っている。わが国もそのようなことをせざるをえない時期にきているといえる。

◆ 2. 川崎協同病院事件

1) 概要

前述の川崎協同病院事件は、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ていた患者(当時58歳)について、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って、できるだけ自然な形で息を引き取らせたいとの気持ちを主治医はもっていた。1998年11月16日午後6時ごろ、病棟で、その医師は家族を全員集めて、「9割9分脳死でおそらく回復しない」と告げ、ベッドの周りで「今からチューブを抜き取りますからご了解ください」と言った。誰もその時点では異論はなかったようである。医師は気管内チューブを抜き取り、呼吸を確保する措置を採らずに死亡するのを待ったが、予期に反して、患者は「ぜいぜい」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、苦しそうに見える呼吸をくり返し、鎮静薬を多量に投与してもその呼吸を鎮めることができなかった。医師は、そのような状態を在室していた幼児を含む家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、筋弛緩薬で呼吸筋を弛緩させて窒息死させようと、同日午後7時ごろ准看護師に指示して取りに行かせた。別の医師に「臭化パンクロニウムをください」と依頼したときに、「何に使うのか」というやりとりがあったようである。そこが裁判では重要な点になっている。手渡した医師は、まさか患者にいきなり筋弛緩薬を打つとは考えていなかったようである。准看護師が持ってきた筋弛緩薬

を主治医が静脈注射して患者が死亡したというのが、第一審段階で認定されている事実である。

検察官は、刑法 199 条の殺人罪で起訴し、懲役 5 年を求刑した。弁護人は、「本件での抜管行為が、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、これは東海大学病院事件判決の説示に照らしても実質的違法性ないし可罰的違法性はない」と主張した。

ただ、「家族の強い意思表示を受けて」とあるが、家族は「言っていない」とし、ここも食い違いがある。弁論要旨と検察官の冒頭陳述や論告求刑を読むと、両者にはかなり差がある。また、この事件は 1 年後に表に出てきたという特異性もある。結果的に横浜地裁は検察官の主張を認め、懲役 3 年執行猶予 5 年という判決を下した。現在被告人は控訴中である。

2) 第一審判決の論理

この判決で有罪とした論理のポイントを以下に示す。

① 治療中止は、患者の自己決定権の尊重と医学的判断にもとづく治療義務の限界を根拠として認められる。生命の尊貴さを前提としつつ、自己の生き方の最後の選択としての死の迎え方、死に方を選ぶ余地があり、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。

② 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、最期の生き方、死の迎え方を自分で決めることができるということである。

③ 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ことが不可欠の前提である。ただ、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を尽くし、他の医師の意見なども聞き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」と裁判官が強調したところが特徴的である。

④ 自己決定の前提として十分な情報が提供され、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もとづいた意思の表明がなされていることが必要である。

⑤ 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およびその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合には、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索していくほかはない。

⑥ 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・考え方等をよく知る者による患者の意思の推測もその確認の有力な手がかりとなる。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。

⑦ 医師が可能なかぎ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〔—これは治療義務の限界を指している：筆者注〕。

⑧ 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留めるべきであり、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者にかかわって行うことは相当でない。

以上が判決の論理のポイントであるが、最後の点は特に重要である。この事件でも主治医は「治る見込みのないような延命治療はやめるべきである」という自分の死生観をもっていった。これについては、イギリスや米国でも議論がある。特に米国では、「意味がある」「意味がない」、*“ordinary”* *“extraordinary”* などいろいろな表現をされるように、これ以上の治療は無意味だという議論が時として出てくる。しかし裁判官は、「これはある種

の価値判断なので、その人が個人としてもっていてもよいが、自分が診ている患者にそのまま押しつけてはならない」といっている。ところが川崎協同病院事件も、北海道の羽幌病院の事件も、共通点は医師が単独で判断し、「このような治療はやめた方がよい」とのことを家族を通して伝えて実行したということである。これはおそらく医師の裁量としては行き過ぎといえる。

3) 本件における問題点

以上のことを本件に照らして判決文を整理すると、つぎのようになる。

①「回復不可能性および死期の切迫について」

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が尽くされていなかったのではないかと、脳神経外科医等のほかの医師の意見を聞き、病状に対し、慎重に検討を加えることは容易に可能であった。また、治療中止の前提としての死期切迫などを検討する場合には、「疑わしきは生命の利益に」判断すべきところ、本件ではなされているか、疑問である。

②「患者本人の意思の確認について」

この事件では、もちろん患者本人の意思の確認がないのみならず、家族らに対する説明についても不十分だった点がある。「9割9分植物状態になる」と言われると、患者や家族からするともうどうにもならない状態だということを知るわけである。これは病院内でチームを組んで、きっちりとした判定をしたうえでないと言えない内容である。その点を裁判官も、「家族との意思の疎通が不十分であった」と認定している。医師側は「これで通じたはずだ」、患者側は「いや、納得していない」ということが起きる。これは終末期医療だけではなく、医療事故でもそのようなことがある。意思の疎通がうまくいっていない場合に、このような事件が起きるのである。

③「治療義務の限界について」

本件抜管時点においては、被害者にはいまだ昏睡からの回復、さらには植物状態からの回復という可能性も一定の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。被告人の行為は、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。

◆3. 尊厳死の法的・倫理的許容の枠組み

尊厳死の法的・倫理的許容の枠組みを以下にあげる。

①意思決定能力ある患者が人工呼吸器等の措置を最初から拒否する場合は、医師が患者の希望に即して治療を差し控えて、仮に患者が死亡しても、この行為（不作為）は適法である。

②患者の意思にもとづいて死にゆくにまかせることは、「治療拒否権＝自己決定権の正当な行使」といえる。同じことは、すでに開始された人工延命治療を本人の希望で中断する場合にもあてはまる。殺害は英語で“killing”，ドイツ語で“Tötung”と表現するが、この場合は、英語で“allowing to die”や“letting to die”，ドイツ語では“Sterbenlassen”という言葉を使って、あえて殺害と区別している。この場合は自己決定権の正当な行使であり、最初から延命治療を行わない場合と途中で打ち切る場合を同列に考えてよいだろう。

③この場合は、自殺とは違って延命拒否であるから、生命維持利益に明確に対抗する利益が存在する。「自分は身体に侵襲を受けるような介入を受けたくない、自然な状態で最期を迎えたい」という対抗利益も一種の保護すべき利益である。したがって、一般的な自殺権の承認とは異なる。

④本人が事前に明確な意思表示をしていなかったり、あるいは意思表示が完全に不明確な場合は難しい。患者が事前に明確に口頭または書面〔たとえばリビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ（事前の指示）〕などで、延命拒否の意思表示をしていた場合、「明白かつ説得力のある証拠」により「間違いなく本人がそう言っていた」と認められる場合は、しかるべき代行決定者（多くの場合、家族）がそれを尊重して代行判断をしても、本人が直接拒否した場合と同様、正当化可能であり、米国では“clear and convincing evidence”という表現で特に強調されている。これはドイツも同様である。やはり可能なかぎり本人の意思を確認して、このような形でそれが確認ができれば尊重してよいと思われる。

⑤ただ、患者が日常会話で延命拒否について一般的に述べていたにすぎない場合は、ある程度それに信頼を

置くことができるが、決定的ではなく、患者の生命保持の負担が生存利益よりも明らかに重いと判断される場合にのみ、かろうじて正当化可能である。

⑥ 患者が事前に何ら意思表示をしていない場合は、近親者、医師、あるいは第三者が延命治療打切りを勝手に判断することは、正当化の枠を超え、せいぜい個別状況を考慮して責任阻却（免責）が認められるにすぎない。この場合は論争があり、「この理論は非現実的である。むしろ家族の意思を尊重しなければならない」という見解も有力な反対説としてあり、今後も議論されていくであろう課題である。

⑦ 将来的には、高齢者医療ないし終末期医療の充実とともに、意思決定が困難になる場合も想定して、成人にも身上監護権者を指名できる成年後見制度の拡充が望まれる。ドイツでは成年後見という制度を立法化し、家庭裁判所を介在させて、一定の場合には成年後見（世話人“Betreuer”）に判断を委ねることを考えて、制度として運用している。わが国でもこの制度は財産では導入されているが、身上監護まで運用できるかは現段階では難しい。しかし、今後検討すべき課題である。

◆ 4. 尊厳死問題についてのガイドラインの要綱私案

最後に、前述の松島研究班²⁾で示した案を若干修正したガイドラインの要綱私案を呈示する。

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、原則として患者の現実の意思表明または事前の意思表明（2年以内）を中心に考えるべきである。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて予後が絶望的である場合にかぎり、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。

② 患者の事前の意思表明については、書面（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（たとえばビデオ録画など）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。単独で行うと食い違いが起りやすい。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認するこ

とを要する。そのような時間的余裕がないということも考えられるが、緊急に招集できる場合には可能なかぎり行うべきである。これを取り上げた理由として、世界のリーディング・ケースである、1976年の米国のカレン・クインラン事件判決ですでにこのことが述べられているからである。それから考えても、特にわが国ではまだ尊厳死の議論は十分に定着していないので、やはり慎重さを期す意味で、このようなシステムを通して判断することを考えるべきである。単独で行うと、必ずややこしい問題に発展する。

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。病状、予後の診断は、多分野の専門医の判断が必要な場合もあるだろう。

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な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。本人の問題とはいえ、やはり家族とのコミュニケーションも非常に重要である。これは自己決定を尊重するドイツでも、やはり「家族の意思を尊重する」という。これは補助的な役割かもしれないが、やはり食い違いを防止するという点で重要である。

⑤ 栄養分や水分は原則として維持すべきである。「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することが望ましい。その際、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。川崎協同病院事件では最後に生命を積極的に奪ってしまった。これはいかに抗弁しても正当化は難しいだろう。

◆ おわりに

課題として、「医療現場でのコミュニケーション」が大切である。医療事故も含めて、特に刑事事件にまで発展するケースを分析すると、やはり現場で患者、家族あるいは医療関係者相互のコミュニケーションが不十分である場合が圧倒的に多い。したがって、コミュニケーション・スキルの向上が重要である。

そして公的もしくはそれに準じるガイドラインの策定が必要である。立法化となると相当時間もかかり、紆余曲折が想像される。したがって、柔軟な公的ガイドライ

ンを国民や医療関係者に示すことが現時点での取りうる一つの策ではなかろうか。ドイツで2005年6月に、首相直属の諮問機関である国家倫理評議会が14の勧告を出した。イギリスも医師会が中心となってガイドラインを作成している。したがってわが国でも、法律家はもとより、緩和ケアの専門家や精神科医を含めて、ガイドラインを策定できればよいと思う。縦割りの医療ではなく、各専門医が集まり、この終末期医療の問題に取り組むことが大切である。

文 献

- 1) 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，2004
- 2) 松島英介：「我が国における尊厳死に関する研究」アンケート調査のまとめ，2005

参考文献

- 3) 甲斐克則：安楽死と刑法。医事刑法研究第1巻，成文堂，東京，2003
- 4) 甲斐克則：尊厳死と刑法。医事刑法研究第2巻，成文堂，東京，2004
- 5) 甲斐克則：終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任—川崎共同病院事件第1審判決に寄せて—。ジュリスト1293：98，2005

JAPANESE JOURNAL OF MOLECULAR PSYCHIATRY

分子精神医学 10

Vol. 5 No. 4 2005

定価 2,415 円 (本体 2,300 円 + 税 5%)

年間購読 9,200 円 + 税 (送料弊社負担)

※初年度のみ年 5 回 年間購読 11,500 円 + 税

- ・本誌に掲載する著作物の複製権・翻訳権・上映権・譲渡権・公衆送信権 (送信可能化権を含む) は株式会社先端医学社が保有します。
- ・JCLIS <(株) 日本著作出版権管理システム委託出版物>
本誌の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつど事前に (株) 日本著作出版権管理システム (電話 03-3817-5670, FAX 03-3815-8199) の許諾を得てください。

2005 年 10 月 10 日発行

編集 「分子精神医学」編集委員会

発行者 鯨岡 哲

発行所 株式会社 先端医学社

〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町 2-17-8

浜町花長ビル

電話 03-3667-5656 (代)

FAX 03-3667-5657

郵便振替 00190-0-703930

<http://www.sentan.com>

E-mail: book@sentan.com

印刷・製本/三報社印刷

研究者一覧

主任研究者	所属機関
松島英介	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野助教授

分担研究者	所属機関
池永昌之	宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション淀川キリスト教病院
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
甲斐克則	早稲田大学大学院法務研究科
竹中文良	特定非営利活動法人 (NPO) ジャパン・ウェルネス
田村里子	医療法人 東札幌病院
平澤秀人	医療法人啓仁会 平沢記念病院
松島たつ子	財団法人 ライフプランニングセンター ピースハウス病院
和田忠志	医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸

研究協力者	所属機関
野口 海	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
松下年子	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
小林未果	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野
松田彩子	東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学分野