

命についての確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。

そして、被害者は、本件時、昏睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、(イ)上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。

以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判決は、正当である。」

### 3. 法的解釈

#### (1) 本決定の要旨

本決定では、患者の意思をその家族の意思より推定する(イ)ためには、その前提として、少なくとも、その当時の患者の予後が的確に判断(ア)されていなければならない。しかし、本件当時、まだ患者の生命予後が明らかとなる状況になかったのであるから、その誤った前提のもとになされた家族の意思表示から患者の意思を推定することはできない(イ)ということである。結局のところ、本決定は、「まだ患者の生命予後が明らかとなっていないこと」一事のみを判断し、それゆえに殺人罪に該当するとしている。

#### (2) 該当する犯罪

本件は、自力で有効な換気が困難である患者に対し、抜管すれば、死に至ることを認識、認容しながら、自らの意思で抜管したものであり、その後の薬剤の投与も同様の認識であった。

したがって、本件は、治療しようという意思のもとで医療行為を行っていたにもかかわらず、注意義務違反によって死傷の結果が発生した場合に適用される業務上過失致死傷罪ではなく、故意行為によって死の結果が発生した場合に適用される殺人罪が原則として適用されることとなる。

#### (3) 実行行為

本件では、①抜管②ドルミカム、セルシン静注③ミオブロック静注と細かく見ると三つの行為がある。医療者の中には、③のみを取り上げ、「これがあるから擁護できない」とする意見もあるようであるが、それは、学説の分類にとらわれすぎているのか個々の木に捉われすぎて森が見えなくなっているのではないだろうか。

学説上、安楽死は、いわゆる延命装置の中止である「消極的安楽死」と塩化カリウムの投与等積極的な行為により死を招く措置を行う「積極的安楽死」に大別される(なお、学説上言われる「間接的安楽死」は単なる治療行為と考えられる)。

しかるに本件行為は、①、②、③の行為が、同一人物により、継続した意思のもと、短期間のうちに、死という同一の結果に向けて行われた行為であり、各行為の現実的危険性に大きな差異がないことを考えると、①、②、③は一体として一つの行為であると考えられる。

そして、本件は、典型的な消極的安楽死である延命措置の中止の場面あって、医師も当初その認識で抜管しており、②、③の行為は、主たる①の行為による結果を完遂させ

るために行われているにすぎないのである。

最高裁決定も「本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成する」とした原判決は、正当である。」と判示しており、①、②、③一体として一つの行為と考えているものと思われる。

#### (4) 本件でとりうる判決

本件は殺人罪にて起訴されているところ、相手の同意があった場合の犯罪類型である同意殺（刑法 202 条後段）は縮小認定となるため判決としてとることができる。

したがって、本件でとりうる判決は i)殺人罪として有罪 ii)同意殺として有罪 iii)無罪の三種類が考えられる。

その場合、ii)をとるためには、患者の同意があったことを認定しなければならない（i)と ii)の分別）ところ、本件では、本人の明示の同意はなかったのであるから、家族による同意等から本人の意思を推認する外ない。そして、もし患者の意思が推認されたとした場合、必然的に許されうる安楽死であったか否かの判断を示し、該当性判断をしなければならなくなる（ii)と iii)の分別）。

同様に、iii)をとるためにも、家族による同意等から本人の意思を推認し、かつ許容される安楽死の要件を定立し、本件がその要件に該当すると認定しなければならない。

したがって、裁判所（司法）として安楽死という問題は国民的議論を要する事柄であり、かつ、法律に明示されていない安楽死の許容条件を三権分立の観点からも論ずるべきではないと判断した場合、論理的必然として、「患者の意思は推認されない。したがって殺人罪に該当する」という結論以外とり得ないということとなる。

#### (5) 量刑

本件は殺人罪の成立を認めた上で、酌量減軽を行い懲役 1 年 6 月執行猶予 3 年とした。これは、罪名こそ殺人罪ではあるが、量刑としては覚醒剤等違法薬物の初犯と同じ量刑である。しかも、平成 19 年 2 月 28 日東京高裁（控訴審）判決では「被告人は、治療中止について医療に従事する者が従うべき法的規範も医療倫理も確立されていない状況の下で、家族からの要請に対して決断を迫られたものであって、その決断を事後的に非難するというのは酷な面もある。」等として、「被告人に対しては、主文のとおり、法律上最低限の刑を科した上で、その執行を猶予することが相当であると判断した。」としている。

## 4. 最高裁判所の真意

最高裁判所のこの決定に対し、一部のメディアでは、「裁判所が安楽死の要件を提示しなかった」「医師が殺人罪にて有罪となった」という趣旨の報道がなされた。しかし、この本質、責任の所在はどこにあるのであろうか。医療界は最高裁判所の本決定に込められた強いメッセージを真摯に受け止めなければならないと考える。

先に述べたように裁判所自らが法律の明文にない上に、社会の合意形成もされていない安楽死・尊厳死という重要な問題に対し、独断で違法性を阻却する要件を提示し無罪判決を出すことは能力の問題からも三権分立の視点からも困難と考えられる。

平成 19 年 2 月 28 日になされた控訴審判決において、東京高等裁判所は「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう。すなわち、尊厳死の問題は、より広い視野の下で、国民的な合意の形成を図るべき事柄であり、その成果を法律ないしこれに代わり得るガイドラインに結実させる

べきなのである。……これに対して、裁判所は、当該刑事事件の限られた記録の中でのみ検討を行わざるを得ない。むろん、尊厳死に関する一般的な文献や鑑定的な学術意見等を参照することはできるが、いくら頑張ってみてもそれ以上のことはできないのである。……この問題は、国を挙げて議論・検討すべきものであって、司法が抜本的な解決を図るような問題ではないのである。」という異例中の異例ともいえる判示をしたうえで、一審の量刑を不当とし、法律上最大限の減刑をしたのである。

しかるに、高裁判決後、厚労省より平成 19 年 5 月に出された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>、解説編：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11b.pdf>) とされた A4 紙 1 枚半のガイドラインでは、冒頭にまず「積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。」とし、同解説（同解説注 7 参照）において、破棄された同地裁判決及び別件の地裁判決（両判決とも同じ裁判官による判決）を理由に積極的安楽死の定義すら回避していること、同解説注 4 において、「特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については引き続き検討していく必要があります。」と最重要論点につき、判断を回避（先延ばし）していること（なお、未だに法的責任につき結論は出ていない）となっており、高裁判決に対する回答はなされなかった。

そして、最高裁判所は、控訴審判決から 2 年 9 か月待って、あえて傍論を書きながらも安楽死、尊厳死に関して「何等の基準も示さない」本決定を示したのである。

即ち、異例中の異例ともいえる高裁判決から 3 年弱待ってみたものの医療界から返答はなく、世論喚起も法改正もない以上、今、この医療崩壊の中にもかかわらず、法を司る裁判所としては、個人の刑事責任を否定することはできない。しかし、この決定を契機に再度、この困難な問題に向き合って何らかの基準をつくって欲しいという裁判所からの強いメッセージが「何らの基準も示さない」傍論に込められているのである。

## 5 結語

本決定は、医療界の不作为によってもたらされたものといっても過言ではない。確かにセンシティブな問題ではあるが、医療現場ばかりでなく、今後到来する超高齢化社会において、老々介護の果ての痛ましい事件は増えてくるものと予想される。その都度、裁判所だけに判断の責任を負わせ、個人に刑事責任を負わせていいのであろうか。これ以上の先送りは許されないものとする。

ただ一方で、各医療団体からは現在まで以下の提言がなされてきている。

- a) 日本集中医療学会（平成 18 年 8 月 28 日）  
「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」  
([http://www.jsicm.org/pdf/kankoku\\_terminal.pdf](http://www.jsicm.org/pdf/kankoku_terminal.pdf))
- b) 日本救急医学会（平成 19 年 11 月 5 日）  
「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」  
(<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf>)
- c) 日本医師会（平成 20 年 2 月）  
「終末期医療に関するガイドライン」  
([http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf))。
- d) 全日本病院協会（平成 21 年 5 月）  
「終末期医療に関するガイドライン」  
([http://www.ajha.or.jp/about\\_us/activity/zen/090609.pdf](http://www.ajha.or.jp/about_us/activity/zen/090609.pdf))

現段階は、徐々にではあるが医療現場からの声が出始めてきている時期と考えられる。本問題は、今後、社会に対して議論の輪を広げ、社会的合意を形成（その結果、法制定することも選択肢の一つであろう）していくというプロセスの緒についたばかりである。

私見ではあるが、安楽死が議論される場面はさまざまであり、したがって個々の患者の病態、経過によって手続的ディテールに差異が生ずるのは当然である。したがって、刑事における安楽死の許容要件を考える際、何よりも重要なことは、最小公倍数を探すのではなく、最大公約数を探すことが重要であり、かつ、正しい手法であると考ええる。

即ち、救命救急の現場における患者の病態、経過と末期がん患者の病態、経過、各内科疾患におけるそれはまったく異なるのであるから、各々の現場における最適化されたルールの整備は当然必要ではあるが、それは学会等各分野内で個別に定めるガイドライン等で規定すればいいことである。

それとは異なり、国家刑罰権の行使要件を考えるにあたって考慮すべき事項は、いかなる現場であろうとも許容し得ない態様＝犯罪を規定すればそれで足りるのであり、それが刑法のあり方として正しいものと考ええる。

医療者は、率先してこの問題を解決に導く専門家としての社会的責務がある。本決定を受け、医療者自らの自律的な活動が強く期待される



# 病棟の設計学的分析

## 1. 目的

今後平均在院日数が短縮し、ほとんどの入院患者の重症度が高まり急性期化が進むことが予測される。よって、病棟の平面および空間計画もそれに合致した計画をする必要があり、将来を予測した計画が必要とされる。本調査では、現在重症度の高い患者を扱う ICU 病棟を調査することにより、重症度の高い患者に対する看護ケア内容や看護ケア体制の現状を把握し、将来の急性期一般病棟を想定した看護ケアにあわせた急性期病棟の物理的空間・構造等を建築の視点から検討することを目的とする。

## 2. 病棟概要

調査対象病棟の病棟平面は図 1 の通りである。定床 8 床のうち、4 床（図中 1、7、8、9 ベッド）が感染面の配慮により壁で仕切られた個室となっていた。その他の 4 床は、写真 1 のようなオープンな状態でベッドが配置されていた。また、各ベッドには、電子カルテ用のパソコンや心電図モニター等が備えられた情報の出し入れをするスペースが各ベッドの足下側に備え付けられていた（写真中の赤丸）。また、薬剤等の準備ができるスペースや必要な医療資材がストックされているスペースが各ベッド

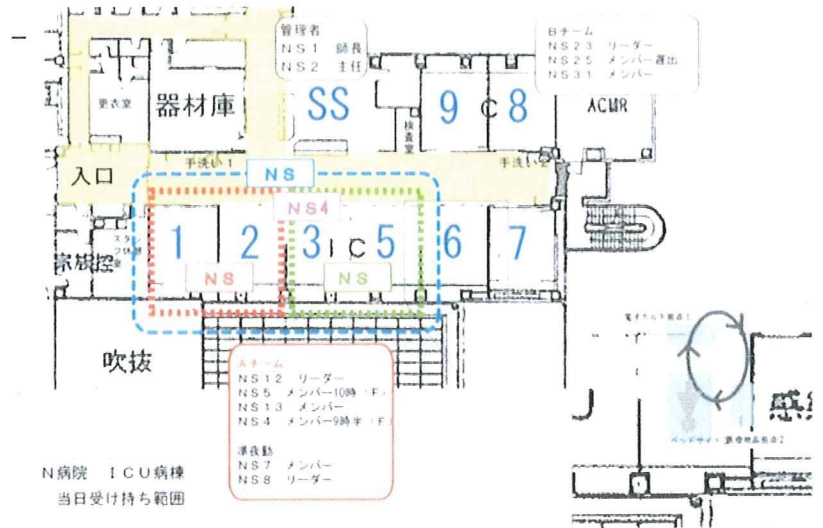


図 1 ICU 病棟の調査当日の受け持ち看護師

表 ICU 病棟の調査当日の病棟概要

調査日	2008. 10. 24
調査時間	午前 8 時～21 時
平均在院日数	約 4 日
調査日患者数／定床	8 人／8 床
看護方式	チームナーシング (2 チーム)
当日日勤看護師	A チーム：リーダー 1 名、メンバー 3 名

の横側に備え付けられていた（写真中の黄丸）。本調査では、前者を情報拠点（電子カルテ拠点）、後者を医療物品拠点とし、調査を行った。

調査当日の病棟概要を表に示す。また、調査当日の対象看護師がどの患者を受け持っていたのかは図 1 の通りである。メンバーナース 2 名が主に患者 2 名を受け持ち、メンバーナース 1 名は、患者を受

け持たず、フリーとしてチーム内の看護ケアのフォローをしていた。リーダーはその3名および患者のベッドコントロールに関してマネジメントしていた。本稿では、Aチームに勤務していたリーダー1名、メンバー1名の調査結果について報告する。



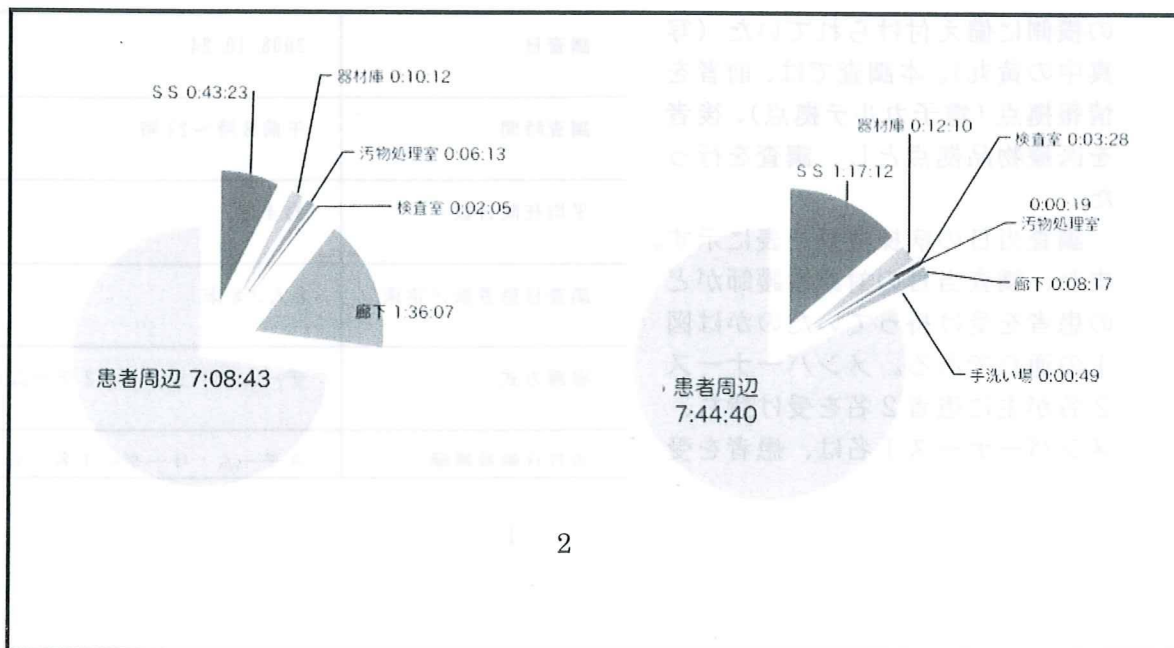
写真 ICU病棟のベッド周辺

### 3. 調査結果

#### 1. 日勤帯勤務ナースの場所別滞在時間割合

日勤帯勤務のリーダースおよびメンバーナース看護業務を行っていた場所の時間割合を図2に示す。図2で示す患者周辺とは、ベッドサイド、情報拠点および医療物品拠点での看護業務を表す。

リーダースは看護師のマネジメントをする役割にも関わらず、患者周辺に業務時間の約70%も患者周辺での看護業務を行っていた。メンバーナースは、患者周辺での看護ケアが約80%に至っていた。スタッフステーション（SS）での看護業務はリーダースが7%、メンバーナースが14%であった。鳥山ら<sup>1)</sup>の同様の研究結果によると、急性期一般病棟におけるリーダースのスタッフステーションでの滞在は総業務時間の80%前後、メンバーナースの滞在は40%前後であることから比較すると、本調査結果におけるSSでの滞在割合は少ないと言える。これは、情報拠点や医療物品拠点など、ベッドサイドで看護ケアが完結できるような空間構成になっており、SSを利用しなくても看護業務が行えるためだと考える。





メンバーナースの具体的な看護業務の一部分に注目すると、図3のような場所移動をしていた。これを見ると、患者周辺のスペースの中でも、特に情報拠点で看護業務を行っていることが明らかである。情報拠点には前述したように、電子カルテ用のパソコンが設置されているためその場所で記録業務や記録閲覧業務を行っているが、それ以外の業務も行っていることが図3よりわかる。記録以外の業務で特に注目する業務は、一般病棟であればSSで行う、医師との連絡・相談や報告を患者周辺の情報拠点で行っていることである。同様に、リーダーナースがベッドサイドに来て、患者の様子をメンバーナースから報告を受けることや指示受けが行われていた。これらのことから、一般病棟ではSSで行われていた連絡・相談・報告・指示業務は、ICU病棟では、患者周辺に医療スタッフが集まって行われており、患者を受け持っているメンバーナースは常に患者のそばで看護ケアを行い、異常の早期発見につとめていると考えられる。

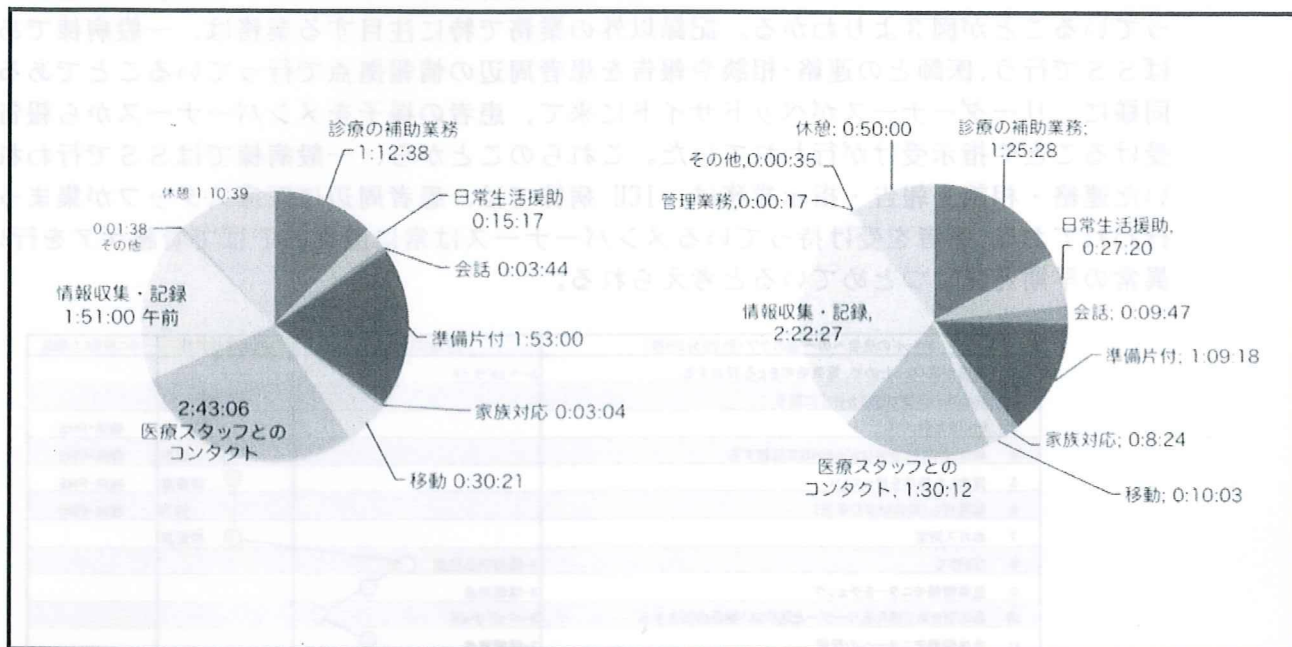
3ベッドの患者への一連のケア(計25分26秒)		担当エリア内	担当エリア外	共に移動した物品
1	体温が高くなったので、電気毛布をとる。採血する	3-ベッドサイド		
2	忘れものに気づき何もせずに戻る		SS	
3	PHSをとりに行く		SS	検体・PHS
4	検体について歩きながらPHSで確認する		廊下	検体・PHS
5	採血した検体を持っていく		検査室	検体・PHS
6	順番待ち(検体はまだ手元)		廊下	検体・PHS
7	血ガス測定		検査室	
8	ゴミ捨て	3-医療物品拠点		
9	生体情報モニターをチェック	3-情報拠点		
10	鼻の管を取り換える。リーダーと足りない物品の話をする	3-ベッドサイド		
11	生体情報モニターへの記録	3-情報拠点		
12	医師にどこにいるかPHSで聞く	3-情報拠点		
13	PHSで話していたことをリーダーに伝達	3-情報拠点		
14	医師に酸素の量について相談する	3-情報拠点		
15	ベッドのチューブを抜き、医師に報告する	3-ベッドサイド		
16	薬についてリーダーに相談する	3-情報拠点		
17	モニターを見ながら今後のスケジュールについて医師と話す	3-情報拠点		
18	クラークから書類を受け取る	3-情報拠点		
19	ゴミを捨てる	3-ベッドサイド		
20	点滴物品を取る		SS	点滴物品
21	点滴のWチェックをリーダーと行う	3-医療物品拠点		
22	注射準備	3-医療物品拠点		
23	リーダーに報告する	3-医療物品拠点		
24	点滴を患者に説明	3-ベッドサイド		
25	メンバーに手伝いを頼む	3-ベッドサイド		
26	ゴミ捨て	3-医療物品拠点		
27	青カルテへの記録	3-情報拠点		

図3 ICU病棟のメンバーナースの具体的な業務内容と業

## 2. 日勤帯勤務ナースの業務別時間割合

日勤帯勤務のリーダーナースおよびメンバーナースの業務内容の時間割合を図4に示す。この結果より、直接看護（診療の補助業務、日常生活援助、会話等患者に直接的に関わる看護ケア）の時間は、リーダーナースは約20%、メンバーナースは約25%であった。前述した鳥山ら1)の調査と比較すると、直接看護時間は、一般病棟のリーダーナースよりICU病棟のリーダーナースの方が長かった。しかしながら、メンバーナースの直接看護時間は変わりがなかった。

また、その他大きく相違のある部分は、移動時間であった。ICU 病棟では移動時間が非常に短かった。当然のことながら、ICU 病棟では受け持ち患者の人数も少なく、近いエリアの患者を受け持っているためであると考える。



### 3. まとめ

今後重症度が高くなる急性期一般病棟を見据えて、ICU 病棟の調査を行い、以下の3点が示唆された。

- 1) 看護チームをマネジメントするリーダーナースや医師等が患者の近くにいるメンバーナースにアクセスし、メンバーナースは重症患者から離れることなく看護ケアができることが、患者の安全、異常の早期発見のために重要である。
- 2) 1) を実践できるためには、患者近くで情報を出し入れできる拠点および必要な物品がストックされ、点滴等の準備ができる拠点が必要である。
- 3) 当然のことながら、一人の看護師が受け持つ患者は本調査で行っていたように近いエリアで行うことが必要である。

### 引用文献

- 1) 鳥山亜紀, 渡辺玲奈, 中山茂樹, 笈淳夫, 山下哲郎: 「パーソナル看護拠点」が看護業務に与える影響—医療・患者情報の電子化による急性期病棟計画の再検討— その1—, 日本建築学会計画系論文集, 622, 61, 2007.



