特集：終末期医療

終末期をめぐる医療と法の諸問題

林謙治

国立保健医療科学院　次長

Medico-legal Issues in Terminal Stage

Kenji HAYASHI

Vice President, National Institute of Public Health

抄録

医療の著しい進歩により不可逆的な病態においてもかなりの程度まで延命治療が可能になったために，逆に延命を希望しない要求が患者もしくはその家族から出されている．しかしながら，わが国では裁判の判例以外に延命中止・差し控えに関する法的規定がないために医療現場では大きな混乱に直面している．過去の裁判から判断する限り，積極的安楽死については厳しく制限されているが，尊厳死については一定の条件を満たせば許容的であると言われている．それにもかかわらず尊厳死の条件は一部曖昧さがあるためになお論争の余地を残している．欧米諸国では尊厳死は自然死の範疇と解されており，したがってインフォームド・コンセントの問題であっても安楽死とは峻別されている．日本における混乱の理由は固有の倫理的認識ばかりではなく，緩和ケアの立ち後れが影響しているものと思われる．

キーワード：終末期，医療，法，尊厳死，緩和ケア

Abstract

The great progress made in modern medicine makes it possible for patients to prolong their lives for ever-longer periods, even when the illness is irreversible. However, the suspension or withdrawal of life-prolonging treatment sometimes reguested by the patient or their family. In the current environment, medical facilities confront problems since there has been no related legislation except judicial precedents. Judging from these judicial precedents, outright euthanasia is strictly limited but death with dignity seems to be admitted under certain conditions. Still, there remains room for controversy because the conditions framed are so vague. In Western countries, death with dignity is interpreted in the category of natural death which might be related to the issue of informed consent as to when treatment is suspended or withdrawn, therefore strictly separate from the issue of euthanasia. The current turmoil in Japan might be attributed not only to ethical considerations but also to the underdevelopment of palliative care

Keywords : terminal stage, medicine, legislation, death with dignity, palliative care

はじめに

近年，終末期医療のあり方について社会的関心がますます高まっており，とりわけ安楽死・尊厳死に関してマスメディアが大きく取り上げ，各界からさまざまな意見が述べられている．このような大きな関心を呼び起こしている最大の理由は安楽死・尊厳死をめぐる倫理及び法的の取り扱い方に対するジレンマである．他方，戦後，安楽死・尊厳死について多くの裁判が行われてきており，また，これらの判決に関する解説がかなり出版されているにもかかわらず，現在でもなお多くの誤解があるようにみうけられる．

社会的ジレンマ及び誤解の原因は安楽死・尊厳死に関する概念が必ずしも明確でなかったことのほか医療技術の長足の進歩，医療体制そのものが大きく変化したこと，さらに患者の人権意識も以前に比べ格段と高まってきているなどいくつかの要因が複雑に絡まっていることによる．これ以外

〒351-0197　埼玉県和光市南2-3-6
2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan.

でも先進諸国がこの問題への取り組みが特色あるものとして伝えられ，日本との比較のなかで文化的違和感が一層きわだっていることに国民は衝撃をおぼえ，そのために議論が複雑化している側面も見逃せない．

1．国内の安楽死・尊厳死裁判をめぐって

戦後行われた安楽死・尊厳死裁判のうち今日にいたっても大きな影響を与えていると思われる３つの判決についてふりかえってみたい(１)．

１）東京地裁安楽死裁判（1950年）

安楽死についての最初の判決である．脳溢血による障害のため朝鮮に引き揚げた夫に同行できなかった妻が一層病状を悪化させ，苦痛からの解放を願った母親を息子が青酸カリ液を口に含ませ死亡にいたらしめたという事件である．弁護側が安楽死と主張したのは「致命的かつ不治の病気に患った者が，その病気のために激烈な肉体的苦痛に悩み，死による以外にその苦痛を軽減または終わらせることができない場合に，その病人から明示的または推定的に殺害の嘱託がなされたとき，病人の苦痛を軽減または終息させる目的で病人を殺害することを安楽死と定義づける.」その条件を

（１）殺害行為と死の結果の間には法律上の因果関係が存在しない．

（２）殺害行為は刑法第35条の正当業務行為である．

（３）殺害行為は刑法第37条の緊急避難行為である，とした．

つまり，（１)については，被告人の行為によって発生したのは，被害者の苦痛の軽減又は除去である．被害者の死という結果は不治の疾病によって生じたものであり，被告人の行為によって生じたものではないから，両者の間に刑法上の因果関係は存在しない．次に，（２)については，被告人は被害者に対し扶養の義務を有する．扶養の義務を有する者の行う安楽死は医師のなす正当行為に準じ，刑法第35条の規定する場合に該当する．更に，（３)については，被告人が本件の犯行を行った当時，被害者は激しい肉体的苦痛に悩み，これを除去するには殺害する以外にはなかった．したがって，不治の病を宣告された生命を維持することよりも，激しい肉体的苦痛を除去しようとすることの方が法益にかない，そして被告人の行為によって生じた害は避けようとした害を超えないので，被告人の行為は刑法第37条の緊急避難に当たる．

本件では弁護側の主張は認められなかったが，今日でも重要な意義を持つのはその後の裁判では繰り返し争点となっている事項が含まれているからである．それらの事項は①精神的な苦痛は含まれず，肉体的な苦痛に限っているかどうか②正当業務行為であるかどうか（刑法35条）③緊急避難行為であるかどうか（刑法37条)，以上の３点である．

2．名古屋高裁の尊属殺人被告事件(1962年）

事件は被告人の父親が前例と同じく脳溢血で全身不随となり，体の激痛と「しゃっくり」の発作におそわれ，苦しみのあまり「早く死にたい」と叫ぶようになった．被告人は堪えられない気持ちになり，医師からももはや施す術もない旨を告げられたので，父親の依頼に応じて同人を殺害しようと決意し，牛乳に自家用の使い残りの有機燐殺虫剤を混入したうえ，もとどおり詮をして小屋におき，事情を知らない母はそれを父親に飲ませて殺害した．

本件は尊属殺人か安楽死かについて争われ，その結果判決では世界でもはじめての安楽死を許諾する６要件が示された．その６要件とは，

（１）病者が現代の医学からみて不治の病に冒され，しかも死が目前に迫っていること．

（２）病者の苦痛が甚だしく，何人も真にこれを見るに忍びない程度のものであること．

（３）もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと．

（４）病者の意識が明瞭であり，意思を表明できる場合は本人の真摯な承諾のあること．

（５）医師の手によることを本則とし，これにより得ない場合には医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること．

（６）その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうること．

これらの要件は基本的には1950年の東京地裁の争点を踏まえていることは明らかであるが，条件として明示したとことろに重要な意義がある．すなわち，（１）では病態が不可逆でかつ終末期に限定していること，（２）では肉体的な苦痛に限定しながらも（３）とともに緊急避難であることを示しており，（５）と（６）は正当業務行為でなければならないことを再度確認している．（４）は新たに出てきた条件で死の自己決定権を認めていると解釈されており，後に大きな論争となる．

3．横浜地裁東海大安楽死事件(1991年）

被害者は多発性骨髄腫で大学病院に入院中，呼吸困難等の末期症状を呈し，医師が患者の長男の依頼（早く楽にしてほしい）を繰り返し受け，点滴等の治療行為の中止を行ったが呼吸困難がおさまらず，重なる要請に応えて呼吸抑制作用のある鎮静剤および抗精神薬を投与した．最終的には心停止を引き起こす作用のある塩化カリウム製剤を希釈することなく注射して死亡させた．本件の判決文は事件の経過に沿って①治療行為の中止，②苦痛緩和の措置，③生命短縮の措置，以上の３つの段階に分けてそれぞれ尊厳死もしくは安楽死の概念に該当するかどうかについて判断を示した．①については尊厳死（＝自然死）及び消極的安楽死（治療の不作為）②は間接的安楽死（死期を早める恐れのある薬物の投与）③は積極的安楽死（薬物投与により直接死に至らしめる）がそれぞれ相当するとした．

判決文に示された積極的安楽死が許容される４条件はよく知られており，基本的に過去の判例を引き継いで，①肉体的に耐え難い苦痛，②死期が迫っていること，③苦痛を和らげる他の方法がない，④患者の明らかな意思表示，が必要であるとした(2)．名古屋高裁との違いは先に述べた正当業務行為に係わる⑤と⑥が欠けていることである．これは本件において医師がはじめて被告になったケースであるためで

ある．ちなみにこれ以降安楽死・尊厳死裁判における被告はおしなべて医師であることに注目して頂きたい．このことはまた，戦後の患者の死亡場所の変化と無関係ではないと思われる．本稿で紹介した東京地裁のケースがあった1950年当時の病院における死亡割合は全死亡者数のわずか９％であったのが名古屋高裁の尊属殺人被告事件があった1962年当時では35％に達し，そして横浜地裁の東海大安楽死事件があった1991年ではついに70％を超えた（表１）．

表1 死亡の場所別にみた年次別死亡（%）

年次 Year		施設内 Hospitalized		施設外 Nonhosp	
		病院 Hospital	その他 Others	自宅 Home	その他 Others
1951	昭和26年	9.1	2.6	82.5	5.9
1955	昭和30年	12.3	3.2	76.9	7.7
1960	昭和35年	18.2	3.8	70.7	7.4
1965	昭和40年	24.6	4.0	65.0	6.4
1970	昭和45年	32.9	4.6	56.6	5.9
1975	昭和50年	41.8	4.9	47.7	5.6
1980	昭和55年	52.1	4.9	38.0	5.0
1985	昭和60年	63.0	4.3	28.3	4.4
1990	平成02年	71.6	3.4	21.7	3.3
1995	平成07年	74.1	4.7	18.3	2.9
2000	平成12年	78.2	5.2	13.9	2.8
2003	平成15年	78.9	5.2	13.0	2.8

人口動態統計より改変 (3)

間接的安楽死は苦痛の除去・緩和が主目的である適正の治療行為とみなされるので患者の推定意思があれば容認できるとしている．消極的安楽死は尊厳死と同様，治療行為中止の範疇に入るとしており，その動機・目的が肉体的苦痛から逃れることにある場合であるとされる．判決文のなかの治療行為の中止の記述のうち消極的安楽死を構成する動機・目的部分を除くと尊厳死になると考えられる．判決文では治癒不可能な末期患者に意味のない延命治療を打ち切って自然な死を迎えるのが尊厳死であるとしたうえで，治療行為の中止が許容される条件は①治癒不可能な病気に冒され，末期状態にあること（ただし，死ぬ権利を認めたものではなく，死の迎え方あるいは死の過程を選択する権利として認めたに過ぎないとしている，この点安楽死と決定的に違う），②患者の意思表示が必要（家族による推定意思でもよいことに注目）③治療中止の対象はすべての医療行為を含む（人工呼吸器の取り外しも含む），以上の３項目を挙げている．

2．今後の法的課題

尊厳死の概念や具体的条件は横浜地裁の判決を根拠とする流れが一応できたわけではあるが，いくつか曖昧さが残ったために今日でも問題を抱えている．まず第１に尊厳死と消極的安楽死は治療行為そのものの形態が同じなので動機・目的から区別せざるをえず，その違いは判然としない．いずれにしても治療中止の決定は患者の意思表明を尊重しつつも，家族による推定意思で足るとしている．尊厳死（自然死）を通常の治療行為の範疇でとらえるならば家族による推定意思で十分と考えることができる．しかしながら，もう１つの問題と絡んで理解を困難にしているのは終末期が明確に定義されていないことである．

積極的安楽死では「死期が迫っていること」が条件になっているのに比べ，尊厳死では治療中止の内容は生命に直接影響及ぼす場合とそうでない場合に分けられており，前者では「死期が迫っている時」に許容され，後者では「より早い段階」で容認されるとしている．このような規定のしかたは積極的安楽死の根拠となっている緊急避難の行為と区別するためであろうが，尊厳死は「必ずしも末期状態とは限らない」という法学者の解釈を生み出している．「必ずしも末期状態とは限らない」尊厳死の治療中止について果たして家族による推定意思で十分かという疑問が生じるのである．

「必ずしも末期状態とは限らない」尊厳死の治療中止の問題の具体例は，例えば日本医師会が発表した「終末期医療をめぐる法的諸問題について」（平成16年）に述べられているように終末期を狭義と広義に分類し，狭義では余命１ヶ月程度の悪性腫瘍と思われる疾患を想定しており，他方広義では筋萎縮性側索硬化症（ALS）や遷延性持続的植物状態（PVS）を例に挙げ，治療中止の条件を提示している（4）．がん末期のある時点ではいかなる治療をもっても延命不可能という診断は難しくない．しかし，ALSの場合は人工呼吸器を取り外せば直ちに死亡につながり，そして人工呼吸器の装着を続ければ数ヶ月あるいは年単位に生存するケースもある．がんとALSの「死期切迫性」の意味はまったく異なり，同じ土俵上で議論することは難しい．こうした混乱が生じるのは，裁判では特定のケースについて判断するなかで一般的な条件を導き出した結果であるために，必要条件に言及できても医療全般について整理したものでないために十分条件を言及できなかった宿命的な結果である．こうした状況のなかで個別の事情を抱えた事件が発生するたびに医療側の違法阻却性（免責）の根拠が定まらず，常に違法の脅威から逃れることができない．尊厳死立法や行政ガイドライン作成への要請はこうした状況から生まれているものと思われる．

3．終末期ケア提供体制の整備の必要性

本来終末期への対応は単に医療の問題ではなく，死を迎える人に対するトータルケアとして位置づける必要がある．しかし，現状では全死亡者の８割が病院で死んでおり，病院は機能的には治療を中心とする施設として整備されているが，精神的ケア，社会的ケア，霊的ケアまでカバーする余裕がないのが普通である．望むらくはトータルケアが提供できる体制の充実をはかるべきであるが，いまのところ緩和ケア施設（がんとエイズ患者のみ収容，ほとんどががん）や在宅ホスピスがそのような役割を担うことが期待されているにもかかわらず，緩和ケアベッド数は現時点で全国3000床に満たず，平均在院日数30日としても年間フル回転で３万６千人しか収容できず，年間がん死亡者数32万人の１割程度を占めるに過ぎない．在宅ホスピスの推進はこれからの課題で現況では需要に応えるにほど遠い．現在でも緩和ケア施設や在宅ホスピスの多くは終末期患者に対して治療よりも

ケアに重点を置いているので一般病院に比べ過剰な治療に歯止めがかかるように工夫している印象がある．終末期ケア提供体制の整備が進めば，現在焦点となっている法的問題や倫理的問題がケア体制のなかに大部分吸収されてしまうことが予想される．

4．おわりに

終末期の尊厳死を議論するときによく引用されるのはオランダ等先進諸国の法的整備の状況である．しかし，別表のように子細にみるとオランダとアメリカは確かに突出しているが，その他の国の状況はさまざまであり，各国の歴史的・文化的背景を背負っている（表２）．一方，病院での死亡割合は日本に比べかなり低く（オランダ，アメリカは35-40%），老健施設の死亡割合は日本の７-10倍にのぼる．その他緩和ケアの普及は格段進んでいることにもわれわれは注目すべきで，単に法整備の問題でないことに留意しつつわが国の終末期医療・ケアの充実を図る必要がある．

参考文献

1）「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」，平成16年度厚生労働科学特別研究事業報告書（主任研究者　林　謙治）
2）横浜地裁：東海大学安楽死事件，判例タイムズ，877号，1995年７月
3）厚生（労働省）統計情報部：人口動態統計，昭和26年－平成15年
4）日本医師会医事法関係検討委員会：「終末期医療をめぐる法的諸問題」，平成16年３月

諸外国における終末期医療の法的整備状況

国　名	法的整備	備　考	
オランダ	有	「終末期の緩和的鎮静のためのガイドライン」オランダ王立医師会2005年12月（安楽死を目的としない）	医療における同意：16歳以上を対象（12-15歳未満は両親か法定代理人の同意が必要）「安楽死法」16歳以上の患者本人の要請に基づく．安楽死行為は検死官への届出義務，地域審査委員会の審査あり．
ベルギー	有		18歳以上の者が自発的に頻回にわたり医師に要望している場合医師がその患者の生命を終焉させることができる．
フランス	有		2005年３月に「患者の権利と終末期に関する法律」制定（元老院）いわゆる積極的安楽死は認めず，終末期において延命治療の制限もしくは停止を認める内容となっている．
イギリス	無	BMA（英国医師会）ガイドライン「延命治療の中止と差し控え」，ＧＭＣ（全国医療評議会）ガイドライン，保健省ガイドライン（小児，高齢者，学習障害者別），議会「慣習法」（未法制化だが法的効力を持つ）	患者の意志決定や治療の差し控え・中止など医療上の倫理的問題に関して各関連機関が指針を定めている． また，最高裁においても「安らかに尊厳を持って死ぬ権利がある」との判決を下している．
ドイツ	無	「医師による臨死の介添えおよび期待可能な治療の限界についての指針」（1998年）裁判所は生死に関する決定権能は無いと指摘（1997）	2003年３月に大学関係者，弁護士らの研究班において，個別に終末期医療（緩和医療含む）指針を定める．
スイス	無	刑法の解釈において容認	「利己的動機でなく患者の利益のために行う自殺幇助であれば刑法に抵触しない」という法的解釈でもって，末期患者への自殺幇助が広く行われている．
アメリカ	州法（尊厳死法，自然死法）	連邦政府「患者自己決定法（Patients' Self Determination Act）」（1990）で延命治療の拒否を選択可能．	余命６月以内で精神的判断力がある18歳以上に対して，条件を満たした場合には自殺薬の投与が可能
オーストラリア	州法（北部準州）	連邦議会の採決において，無効とされた	死に至る病気に苦しんでおり，効果的な治療法がなく，苦痛的緩和の治療が施されていることを条件に，医師は罪に問われないと定めた．しかしながら，連邦議会の採決において，無効とされた．
「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策定に関する研究」（H16年厚生労働科学特別研究）			