

# E-FIELD

Education For Implementing End-of-Life Discussion

## ● 講義5

意思決定に関連する法的な知識

# 終末期医療と法

- 終末期医療と法について、**今、何が、問**われているか？
- わが国における**法のあり方そのものが、**問われている。
  - 法は、**介入のしすぎ**ではないか？
  - **本当の役に立つ部分での法の役割**は、ないのだろうか？

# 今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること

# 今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること

# これまでの終末期医療と法

- 関心の狭さ
- 終末期医療の最後の部分、延命治療の差し控え・中止という死につながる部分だけしか関心がない
  - 刑罰のおそれ 殺人罪 嘱託殺人罪
- こわい、暗いもの 関わりたくないが**事後的に**、関わりを強制されるもの
- **本当に患者のための終末期をいかに実現するかという視点や関心がない**

# 日本の課題—これまでの焦点

- 事後的な裁判例 2 つ 　いずれも執行猶予  
つきの有罪
  - 東海大学事件、川崎協同病院事件
- 尊厳死法も持続的代理権法もない
  - 尊厳死法提案の動きはあるがこれらを見ると、  
医療と法 = 医療と刑事法
- 警察（検察）は怖い → 終末期医療の  
あり方を事後的に規制 → 法的免責を  
という発想

# アメリカのcasebook

- ある金曜の午後4時半、300床の病院の顧問弁護士であるあなたのもとに電話が入った。電話をかけてきたのはスミス医師で、あなたの助言を求めてきたのだ。医師はジョーンズさんという37歳の患者を診てきた。患者は、**肺癌の末期**にあり、すでに骨に転移が生じていた。**余命はせいぜいで1ヶ月**というのが現在の状況であり、治療はもっぱら進行を遅らせるための化学療法と疼痛緩和に向けられていた。また、ジョーンズさんには心臓ペースメーカーも装着されている。このジョーンズさんが、いっさいの治療を中止してくれという。繰り返し、意思表示が行われた。弁護士のあなたはどのような助言をするだろうか。

# 延命治療と法の関係

日本の厚労省は法制化に消極的で、1980年代から5年ごとの世論調査だけをしてきた  
1987年 末期医療に関するケアの在り方の検討会（森岡恭彦座長）

医師が関わる延命治療中止事件が頻発

- 1995年 東海大学病院事件横浜地裁判決
- 1994年 日本学術会議 死と医療特別委員会・意見表明「尊厳死について」（延命治療の中止を尊厳死であるとして肯定）

# 1996年 京都国保京北病院事件

- 病院長が末期癌患者に筋弛緩剤を点滴投与した事件。翌年、投与量が致死量未満であったとして不起訴処分

# 1998年 川崎協同病院事件

- ただし明るみに出たのは2002年
- 気管支喘息で植物状態になった患者に対し、主治医が家族の目の前で気管内チューブを抜き、さらに筋弛緩剤を点滴投与して死亡させる。2002年、医師が殺人罪で逮捕され、2005年横浜地裁は懲役3年（執行猶予5年）の有罪判決。東京高裁は2007年有罪判決を維持するも家族の要請もありえたとして懲役1年半（執行猶予3年）に減刑。筋弛緩剤の投与ばかりでなく、チューブを外した抜管行為も犯罪とした。2009年最高裁でもこの判決が支持された

# 2004年 北海道立羽幌病院事件

- 当時90歳の男性患者が人工呼吸器を外されて死亡した事件。2005年書類送検されるも因果関係の立証困難で不起訴

# 2006年 富山県射水市民病院事件

- 外科部長が複数の患者の人工呼吸器を外したとして警察の捜査対象となる。筋弛緩剤の投与を伴わない、純粹の延命治療中止事例
- その後、2008年、県警は「厳重な処罰は求めるものではない」という意見つきで事件を地検に送ったことが報じられた。そのまま不起訴処分

# 2007年 岐阜県立多治見病院

- 患者本人の書面による意思表示と倫理委員会での決定がありながら、病院長が反対し、延命治療中止の行動に出ないまま患者が死亡した事件

# 2007年 和歌山県立医大病院

- 呼吸器を外した医師が殺人容疑で書類送検。家族の希望によるものであり、警察も刑事処分を求めないという意見書つきで送検

# 終末期医療の 決定プロセスに関するガイドライン

- 2007年 射水市民病院事件を契機に厚生労働省に「終末期医療の決定プロセスに関する検討会」設置。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」公表

# ガイドライン 3点

- 医療ケアチームで
  - 医師が1人で判断しない
- 患者本人の意思が大事、それが不明なら家族等に
  - 家族等 = 本人意思の推定
  - 本当にわからない場合は本人の最善の利益
- 緩和ケアの充実は国の責務

# 2009年川崎協同病院事件最高裁決定

- 被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までには、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての的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、こん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、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。

# 2007年以降

- 救急医学会や老年医学会でのガイドライン
- 実際には、刑事事件化していない
- すでに、課題は別のところへ
  - ① どうやって患者本人の意思を確認するか
  - ② 医療ケアチームと患者家族の協議のあり方
  - ③ 医療代理人の必要性 単身世帯の増加
  - ④ 緩和ケアの内容と改善

# もはや殺人罪にはならない

- 特報首都圏
  - 2016年6月10日7時30分～
  - NHK
- 昭和大学病院での、人工呼吸器を外す様子を放映
- しかし、担当医師はもちろん逮捕されていないし、たぶん捜査も入っていない

# 試案 日本的法律では？

- 第1条 終末期医療については、医療者は、独断ではなく、医療ケアチームによる判断をするものとする。
- 第2条 終末期医療については（も）、患者の意思を尊重しなければならない。その意思は何度も確認しなければならない。
- 2 患者の意思を尊重する手段としては、患者自身が判断できない状況において、患者が信頼する代理人（家族など）に判断を委ねることを含む。
- 第3条 国は緩和ケアの充実拡大を図る義務を負う
- 第4条 この法律を実施するにあたり必要な事項は、厚生労働省令で定める。

# 今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- **アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと**
- 今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること

# 法の先進国アメリカでも 法 = 医療実務ではない

- 2015年の論文の中の、ある文章から
  - 医療がうまくいっていない場面がある。
  - その典型が終末期医療の場面である。患者も医師も、不可避な死の話題を避けたがる。それによって、自分自身の価値観や選好を実現するチャンスを逃している。自己決定の意思表示がなければ、原則は、死亡ではなく生命維持の方向へ動く。その結果、過剰な治療や不適切な延命とそれに伴う苦痛の長期化が生じている

# …続き…

終末期における過剰な医療は、患者自身による死に直面したくないという想いだけでなく、終末期医療に関する学びの場の不足や、死なせたという非難を避けたいという気持ちなど、より制度的な要因による。患者が、死が間近であるのを認めたくないのは理解できるとしても、医師ですらそれを伝えたがらない。一般に、アメリカの医療は、治療や治癒に重点が置かれ、患者の緩和ケアを重視する視点が十分でない。多くの医師は、いまだに死は医療の敗北だと考え、死は必然であり、その過程をできるだけ平穏にかつ尊厳をもって迎えるものだと考えていない。

## …続き2…

多くの患者は在宅での死亡を望んでいる。ところが、アメリカの患者でそれができているのは3割に過ぎない。それに代わって、病院で相当の量の資源を費やして終末期医療に当たっている。その延命が、患者のQOL向上に役立たず、延命期間もそれほどに伸びているわけでもなく、あるいはまったく伸びていない場合もあるにもかかわらず。多くの患者は、死が直近で不可避であっても、蘇生措置やICUにおけるケアなどの介入を受けている。

# …続き3

アメリカにおいて終末期医療で最重要視されるのは、法律上も医療倫理上も患者の意思・希望である。理想的には、患者がその希望を表明し、患者が判断能力を失った際には、医師は事前指示書を探し、家族または医療代理人と話し合った上で、患者の価値観や生き方を尊重する決定をする。この枠組みでは、患者は、判断能力がなくなってもなおその自己決定を尊重することになっている。病状の重い患者で判断能力を失った場合は、事前に何らかの話し合いや指示書があることが必要になる。ところが、事前指示の割合は依然として低い。現実的に見ると、終末期における自己決定は幻想である。何よりも患者自身が生について認めた上で、それについて話し合いをするのに消極的だからである。

# これはどこの国の話だろうか

- Barbara A. Noah, A Better Death in Britain?, 40 Brook. J. Int'l L. 870-915 (2015).
  - Available at:  
<http://brooklynworks.brooklaw.edu/bjil/vol40/iss3/4>
- つまり終末期の医療に関する法整備の進んでいるはずのアメリカの話である

# アメリカからの教訓

- **法的整備がなされても、人々の行動は同じ**
  - 1976：カレン事件 ニュー・ジャージー州最高裁判決
    - 人工呼吸器の取り外しを認める
  - 1976：カリフォルニア州 アメリカ最初の自然死法
    - リビング・ウィルの法的効力を認め、医師を免責
    - その後 持続的代理権法を作り、医療代理人が終末期医療の代行判断を制度化。代理人による決定も自己決定
  - 1991：患者の自己決定法（連邦法）
    - 入院時やナーシング・ホーム入所時に、病院やナーシング・ホームに事前指示の情報提供を義務づける

# アメリカからの教訓 2

- ところが、実際は、法の想定通りにならない
- リビング・ウィルの問題点
  - いざという時に発見できない
  - そもそも作成する人が少数
  - 実際の状況と指示された状況が合わない
  - そもそもそれが真の意思かという課題
- そこで持続的代理権（医療代理人）という工夫
- 現状、このような自己決定方法ではうまくいかない

# 自己決定の限界 アメリカ

- Uniform Health Care Decision Act 1993
  - まず代理人の指名、その後自分自身の希望を書く欄
- (b) Choice To Prolong Life
  - I want my life to be prolonged as long as possible within the limits of generally accepted health-care standards.

# 緩和ケアについては

- Uniform Health Care Decision Act 1993
- (8) RELIEF FROM PAIN: Except as I state in the following space, I direct that treatment for alleviation of pain or discomfort be provided at all times, **even if it hastens my death:**
  - **終末期にかかわらず、at all times**
  - **死期を早めることがあっても**

# アメリカでも

- 法と倫理の役割は別で後者こそ重要
- リビング・ウィル法の適用がなくとも、患者本人の意思を尊重
  - 実態は、リビング・ウィルを作る人は少数で作っている人でも適用除外も多い
  - 本人の意思の尊重といっても、うつ病や自殺願望の場合は別
- 問題があれば倫理委員会でも相談し、医療の方針が定まる。何でも法に頼る態度はとられていないのである

# 本人の意思の法的証拠、証明力

- 自発的に書かれた
  - 自書（遺言書、メモ書き）
  - 代書（公正証書、メモ書き）
  - 声やビデオ カルテの記載
- どれが、本人の意思を反映する法的証拠になるだろうか
  - 実質的に本人の意思が表明されているなら、どれも証拠となる
  - 家族や友人の証言でも本人の推定的意思として有効な証拠となる

# アメリカに学ぶとすれば

- 課題 1 法律だけでは動かない
  - 実務とそこでの倫理が大事
- 課題 2 自己決定だけでは動かない
  - 医療代理人も自己決定
- 課題 3 緩和ケアは重要
  - それは現在どの程度利用可能でどのような説明がなされているのか

# 今日の論点3つ

- 「終末期医療と法」では、延命治療の差し控え・中止が、刑法上の犯罪（殺人罪、嘱託殺人罪）に当たるか否かに焦点が当たりすぎてきたが、実は、その心配はない
- アメリカでは、法的免責を明記し自己決定を促す法律（いわゆる尊厳死法）が40年も前に成立したが、医療実務は必ずしも法律通りになっていないこと
- **今後は、自己決定支援をする法の工夫が大事であること**

# 自己決定支援の工夫と法

- 今後の重要課題
- 終末期を自らの価値に沿って生きる
- その希望をどうやって引き出すか
- そのために法ができることはないか

# アメリカの新たな動き

- POLST (Physician Orders for Life – Sustaining Treatment)
  - 医療者を起点とする
  - 医療者と患者・家族の相談を重ねる
  - 電子カルテに入れる
  - NY Times 2015/12/28: It's not a lot of money: \$86 for a 30-minute conversation with your doctor. That's the amount Medicare decided this year to pay physicians for talking with patients about the medical choices they would make if they become so sick they are unable speak for themselves.

- But in 2014, I wrote that the tide was changing, as more patients, doctors and even some private insurers were seeing value in discussions about interventions like feeding tubes or ventilators. Whether patients would want every possible measure to keep them alive or whether they would want pain relief and comfort care, many liked being able to specify beforehand, partly to save family members the angst of having to decide.

# 最も重要なことは

- アメリカでも最も重要なのは話し合い
- 医療者と患者・家族との話し合いをいかに続けるか
  - 死に逝く者への配慮
  - いかにその人を尊重するか
  - それこそ平凡だが真実

# 法による支援

- どうやって自己決定を支援するか
- 医師・本人・家族の協議へのインセンティブ
  - アメリカの動き（相談料）への賛否
- アメリカではうまくいかなかった法政策が日本では機能するか
  - すべての病院・施設で、医療者を交えての協議を義務づける→日本なら、みんながすることだというので、自己決定支援が円滑になるかもしれない
- 医療代理人を法的に支援（法的有効性を明確にする）ことも重要かもしれない

# 終末期医療と法の役割

- 医療を邪魔するのではなく、医療や介護の支援を
- 超高齢社会で、介護者が高齢者を安楽死させる悲劇をなくすこと
  - 医療側・施設側の対応 その基本的なルール
  - 在宅の高齢者 同様に協議の輪を
  - そのスキームを構築するのを法が支援

# 不明確な法 = 実は明確なメッセージ

- 生き方・死に方は個人の自由の問題
  - 「こうなったら死になさい・これでも生きなさい」の拒否
- これまでの検察・警察・裁判所の態度
  - 「法を過剰に恐れる必要はありません。これは法律の問題ではありません」

# 不明確な法 ＝実は明確なメッセージ

- 終末期医療の倫理：何がよいかはわからない。そのときは、せめて手だてを尽くすのが人間の知恵
  - － What がだめなら How で。これがプロセス重視の考え方
  - － 「何が本当にこの患者のためになるか」で悩む**プロセス**、手だてを尽くす**プロセス**を定めることが重要