

ISSUE BRIEF

安楽死と末期医療

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 472(MAR.11.2005)

はじめに

尊厳死と安楽死

わが国における安楽死の現状

1 過去の裁判例

2 世論調査

諸外国における安楽死に関わる法整備

1 オランダ

2 ベルギー

3 その他の国の動向

(1) アメリカ

(2) フランス

末期医療の課題

1 緩和治療

2 介護環境

3 セカンドオピニオン

4 「レット・ミー・ディサイド」(私の選択)

おわりに

社会労働課

おんだ ひろゆき
(恩田 裕之)

調査と情報

第472号

I はじめに

近年、医療技術が進歩し、多くの人の命を救うことができるようになる一方、不治の病に冒され、痛みを苦しむ患者にとっては、末期における医療行為がかえって患者を苦しめる状況が見られるようになった。このような状況を受けて、死期の迫った患者に延命のための医療行為を拒否する権利を与えるべきだとする考え方が生まれた。オランダやベルギーでは、不治の病に苦しむ患者に一定の条件の下で延命治療を拒否する権利を認める法整備が行われている。

日本尊厳死協会では、リビング・ウィル (Living Will : 自分が病によって正しい判断ができなくなった場合に備えて、延命治療に関する要望などの意思を表示した書面) を一般国民や医療関係者に広く認知させる運動を行なっている。2002年に同協会が家族を亡くした協会会員に対して行ったアンケート調査によると、70%の人がリビング・ウィルを医師に提示し、そのうち95.5%がそのリビング・ウィルが医師に尊重されたと回答している¹。このことは、リビング・ウィルには法的効力はないが、提示されれば多くの医師が尊重するという日本の現実を示している。同協会は、リビング・ウィルに法的効力を持たせる法整備が必要であると訴えている²。

本稿では、過去の裁判の判決や世論調査から見た日本の安楽死の現状について論じ、次に既に法整備が進んでいる諸外国の安楽死の状況を概説すると共に、関連する末期医療の課題を取り上げる。

II 尊厳死と安楽死

1981年にWMA (World Medical Association : 世界医師会) が『患者の権利に関するリスボン宣言』を採択した。この宣言では、“Right of dignity” (尊厳を得る権利) として、尊厳を保ち、安楽に (dignified and comfortable) 死を迎える権利がうたわれている。リスボン宣言採択以降、日本でも「尊厳死」という言葉が使われるようになった。日本尊厳死協会では、尊厳死を「患者が「不治かつ末期」になったとき、自分の意思で延命治療をやめてもらい、安らかに、人間らしい死をとげること」と定義している³。

一方、人間の死に方を表す「安楽死」という言葉もある。1995年3月の横浜地方裁判所の判決 (通称、東海大学安楽死判決) では、安楽死を次の3つに分類している⁴。

消極的安楽死：苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早めること。
間接的安楽死：苦痛を除去・緩和するための措置を取るが、それが同時に死を早めること。
積極的安楽死：苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置を取ること。

¹ 日本尊厳死協会ホームページ「医師の尊厳死容認率」

<http://www.songenshi-kyokai.com/dwd06.htm>

² 太田満夫「日本における安楽死から尊厳死へ」『リビング・ウィル』115号, 2004.9.30, pp.12-13.

³ 日本尊厳死協会ホームページ「「尊厳死」とは何か」

<http://www.songenshi-kyokai.com/dwd01.htm>

⁴ 「特集 安楽死 - 東海大学事件をめぐって」『ジュリスト』No.1072, 1995.7.15, pp.81-115.

「尊厳死」と「安楽死」という言葉の意味の違いは、いまのところ社会的に合意されているとはいいがたい。本稿では、東海大学安楽死判決で用いられた安楽死の分類を採用し、原則として安楽死という言葉を用いる。

III わが国における安楽死の現状

1 過去の安楽死裁判

過去の裁判の判決には安楽死が問題となったものがいくつかあり、その中で積極的安楽死が許容される要件が示されたものが2例ある。

1 例目が、昭和37(1962)年12月の名古屋高等裁判所の判決(通称、山内判決)⁵であり、積極的安楽死が許容される以下の6要件が示された。「病者が、現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っている事。」「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なること。」「もっぱら、病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。」「病者の意識が、なお明瞭であって、意思を表明できる場合には本人の真摯な囑託、または承諾のあること。」「医師の手によることを本則とし、これによりえない場合には、医師によりえないと肯首するに足る特別な事情があること。」「その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうるものなること。」であった。

2 例目が、前述の東海大学安楽死判決⁶である。判決では、安楽死の手段が積極的・間接的・消極的のいずれであっても、治療行為中止の要件として、i)患者の死期が避けられず死期が迫っていること、ii)治療行為中止の時点で中止を求める患者の意思表示が存在すること、iii)中止の対象は、疾病治療、対症療法、生命維持など全ての措置が含まれるが、どれをいつ中止するかは決定は、自然の死を迎えさせるという目的に沿って行なうこと、を挙げている。

また、同判決では、消極的安楽死は、治療行為の中止として許容され、間接的安楽死は、苦痛の除去・緩和を主目的とすることは治療行為の範囲内とみなすことができ、患者の自己決定権を根拠に許容されるとしている。積極的安楽死は直接生命を絶つことを目的としているので、慎重に検討すべきであるとしている。特に積極的安楽死については、許容される以下の4要件が示された。「耐えがたい肉体的苦痛がある。」「患者の死が避けられず死期が迫っている。」「患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がない。」「患者本人が安楽死を望む意思を明らかにしている。」であった。

上記の2例いずれも、積極的安楽死の許容要件が示されたものの、本人の明確な意思がないなどの理由から被告は有罪になっており、これまでに積極的安楽死が許容され無罪となった判決はない。しかし、今後これらの判決で示された要件が満たされる安楽死事件が発生した場合に、実際に許容されるのか議論が生じている。医療の現場でもこれらの要件をもとに積極的安楽死の手段を取ってよいのか迷いが生じている。患者から強

⁵ 同上

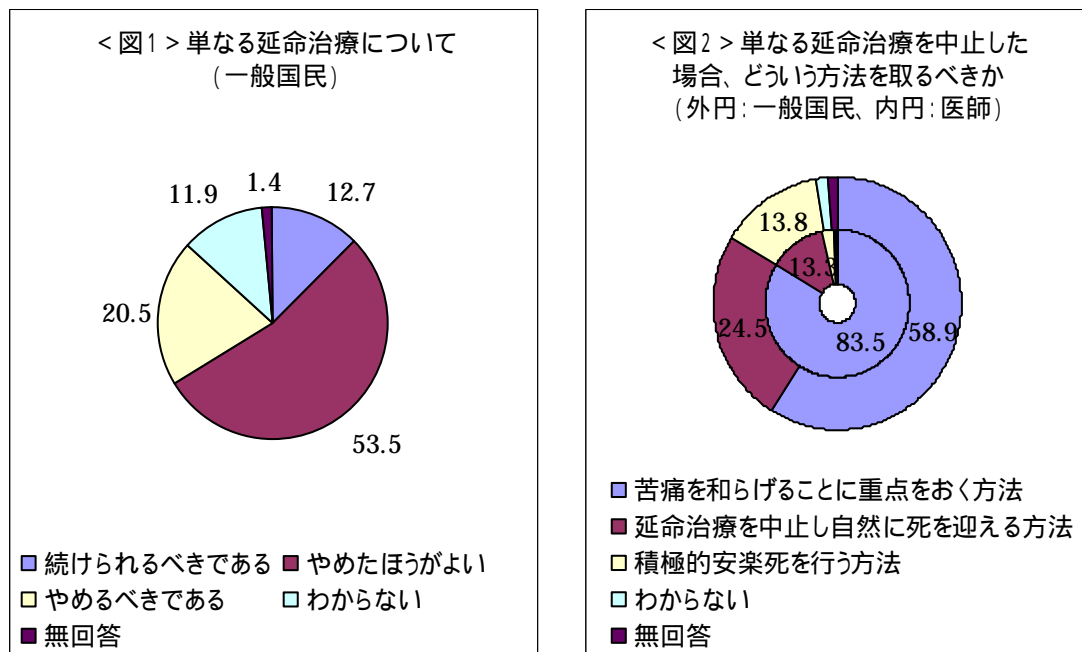
⁶ 同上

く安楽死の要求があった場合、医療機関や医師が取るべき法的対応策が確立しておらず、その場の判断で対応するというのが実態である⁷。

2 世論調査

平成 15 年 2 月から 3 月にかけて厚生労働省が、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員を対象に実施した終末期医療に関する意識調査は、国民の安楽死に対する考え方を示している⁸。

自分が痛みを伴う末期状態(死期が 6 か月程度よりも短い期間)の患者になった場合(< 図 1 >)、単なる延命治療について、「やめたほうがよい」、または「やめるべきである」と回答した人は、一般国民で 74%となっている。単なる延命治療を中止した場合の処置(< 図 2 >)として、一般国民の 58.9%は「苦痛を和らげることに重点をおく方法」を取るべきであると考えている。



(出典) 参考文献 8 より作成

多くの人が、単なる延命治療については疑問を持っているが、< 図 2 > から、積極的安楽死を取るべきであると考えている人は比較的少ないことが読み取れる。一般国民と医師を比較してみると、積極的安楽死を行う方法を取るべきであるとする一般国民は 13.8%であるが、医師では 2.5%となっており、大きな差が見られる。

最期の瞬間まで救命に尽力するべきだとする医師の責務、救命を続けることが医学の進歩を促してきた歴史に対する医師の認識、などが一般国民と医師との回答の差につな

⁷ 上田建志ほか「「また起きた安楽死事件」安楽死に逃げ込まない医師の勇気 安楽死と尊厳死の違い」『ばんぶう』281号, 2004.9, pp.36-41.

⁸ 厚生労働省ホームページ「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 - 」2004.7. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>

がった要因のひとつではないかと考えられる。また、患者は自分の病気に起因する身体的苦痛だけではなく、看護する家族の精神的・経済的負担を心配することも多い。1日でも長く生命が続くことは、その間、家族に看護を強いることになり、経済的にも負担をかける。苦痛を和らげることに重点をおく方法を取るべきだと考えている割合が、一般国民と医師との間で差がある背景には、家族への配慮があることを無視できない⁹。

IV 諸外国における安楽死に関わる法整備

1 オランダ

オランダでは、1984年11月に最高裁判所が初めて安楽死についての判決を行っている（通称「アルクマール事件判決」）。

事件の内容は次の通りである。複数の慢性疾患に罹患している患者が、医師から病状の悪化について説明を受けた際に、安楽死を求めるリビング・ウィルを作成した。その後患者は病状が悪化して昏睡状態に陥り、医師は同僚の医師、患者の息子と検討した結果、薬物を投与して安楽死させた。

裁判では、一般的に安楽死は罰しうる、とした上で、患者本人の要請に基づいて、適切な医学的判断によって行われた行為であれば、正当行為として免責されるとし、医師による安楽死を認める判決を下した。

1984年、アルクマール事件判決が下される前に、王立オランダ医師会が公式見解を公表し、その中で「王立オランダ医師会の医師へのガイドライン5要件」を勧告している。その5要件は、安楽死の要請は自発的になされること、安楽死の要請は熟慮された上でなされること、安楽死の要請は持続的で期間を特定していないこと、耐え難い苦痛を伴っていること、医師は同僚の医師と相談すること、となっている。アルクマール事件判決もこの5要件を支持する形となった。1995年には以下の要件が追加されている。精神的苦痛も（一定の条件が整えば）容認理由に加える、セカンドオピニオンを必要とする、医師は安楽死について患者と相談できるようにする。¹⁰

1990年に、医師会は、法務省、検察局との間で「ガイドラインに沿って執行し、地方検死官に報告した安楽死については訴追されない可能性がある」という合意を取り付けた。これにより、ガイドラインに沿って安楽死を行なった医師が告発される事件はほとんどなくなったと言われ、事実上、安楽死が合法化されているのと同じ状態になった。しかし、最終的に不起訴になるものの、法的に容認されていたわけではなく、安楽死処置を行っても取り調べを免れるため虚偽の報告を行う医師が存在したり、安易な安楽死処置がなされたりする可能性をはらんでいた。

1993年に、改正遺体埋葬法が成立したことより、安楽死に関する法整備が行なわれることになった¹¹。同法は、安楽死処置を行った医師を免責するための手続きを明確に

⁹ 岩間大和子「家族介護者の位置付けと公的支援 - 日英の政策の展開及び国際比較の視点 - 』『レファレンス』624号, 2003.1, pp.10-11.

¹⁰ 星野一正「本人の意思による死の選択 オランダの場合(2) 安楽死をめぐる社会的歴史的背景」『時の法令』1480号, 1994.8.30, pp.43-50.

¹¹ 林かおり「オランダ「安楽死法」の成立」『レファレンス』527号, 1994.12, pp.81-87.

することを目的としている。安楽死処置を行った医師は、自治体の検視官に届け出る、検視官に対して報告書を作成する、検視官は所見を添えて検察に報告書を提出する、検察長官委員会が医師を起訴するか否かを定める、という手続きを取らなくてはならない。報告書に盛り込まれる項目は「患者が安楽死の要請をしていたとする根拠」など、政令で示されている。これにより、安楽死は刑法犯罪だが、要件を満たすことによって検察が起訴しない制度が法的に確立したことになった。

2001年4月には、安楽死法¹²が成立し、刑法が改正され、安楽死を刑法犯罪としないことが定められた。これにより、オランダは安楽死を法的に容認する初めての国家となった。法の概要は次の通りである。

嘱託殺人罪を定めた刑法第293条及び自殺ほう助罪を定めた同法第294条に、「安楽死法第2条のケア基準(care criteria)を満たし、かつ遺体埋葬法第7条第2項による手続きを行った場合」を阻却事由として書き加えた。

安楽死法第2条のケア基準は、「医師は、a)患者が自発的に、熟慮された上で安楽死を嘱託したと確信するに至ること、b)患者の状態が回復の見込みがなく、苦しみが耐え難いものであると確信するに至ること、c)患者に病状と予後の見込みについて説明すること、d)そのほかに手段がないことを患者と共に確信するに至ること、e)a)からd)に関して他の医師と相談すること、f)安楽死処置を医学的に注意深く行うこと」と定めている。

一方、遺体埋葬法第7条第2項は、医師が安楽死処置を行った場合には、死亡診断書ではなく、別に定める書式に記入して自治体の検視官に届け出ることを定めている。この際、ケア基準の遵守に関する報告書を添付することとなっている。

ケア基準は、12歳以上から適用され、12歳以上16歳未満では、本人に判断能力があると認められ、親や本人の後見人が安楽死に同意した場合に、医師は本人の要請に従って安楽死処置を行う。16歳以上18歳未満では、本人に判断能力があると認められる場合、医師は親や本人の後見人に相談の上で、本人の要請に従って安楽死処置を行う。

患者が意思を表現することができない状態になっていても、判断能力があった時点で書面に意思表示を行っていた場合には、患者が16歳以上であれば、医師はその要請に従って安楽死処置を行う(この場合でも、前述のように、16歳以上18歳未満の場合には、医師は親や本人の後見人に相談することが必要となる)。

安楽死法第3条は、地域審査委員会について定めている。同委員会には、医師がケア基準に基づいて安楽死処置を行ったかを審査する責務が課されている。同委員会は法律家、医師、倫理問題の専門家が加わって構成され、司法とは独立した機関となっている。同法制定以降、安楽死処置に関して検察の判断を介さないこととなった。

安楽死法第2条のケア基準b)の「耐え難い苦しみ」については、精神的苦痛は含まれておらず、オランダ最高裁は2002年12月に、精神的苦痛を理由に安楽死処置を行った医師に対して有罪判決を下している¹³。

¹² オランダ外務省ホームページから、「Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act」(「要請に基づく生命の終焉並びに自殺ほう助法」の英訳)2002.4.

http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ416729 (参考資料:「尊厳死・安楽死」『資料集 生命倫理と法』太陽出版,2003.2, pp.333-339.)

¹³ 「精神的苦痛に安楽死 医師に有罪判決」『毎日新聞』2002.12.25.

2 ベルギー

ベルギーでは、2002年5月に安楽死法¹⁴が成立した。オランダの改正遺体埋葬法をモデルにしており、第3条第1項で、「安楽死を実行する医師は、次のことが確かめられる場合には、罪を犯すことにならない」と定め、その要件として「患者に判断能力があり、要求時点で意識があること」「自発的に、熟慮された上での要求であり、繰り返されていること」「他に解決手段がなく、不治の疾患による耐え難い苦痛があること」が挙げられている。「耐え難い苦痛」の中には精神的苦痛も含まれている。第3条第2項で、手続きが示されており、医師は本人に余命を知らせた上で、患者と相談することや、他の医師と相談することが定められている。第6条で、連邦管理評価委員会の設置が規定されており、オランダの地域審査委員会と同様の責務が課されている。

ベルギーの国会では、オランダの安楽死法と同様に刑法を改正するべきだとの意見もあったが、最終的には条件を満たせば、殺人罪に問われないということで落ち着いた。ベルギーの安楽死法第2条には、「安楽死とは、第三者により実行される・・・」と記述され、自殺幫助は含まれておらず、安楽死に際しては医師が致死薬を投与する¹⁵。

3 その他の国の動向

主要国の中で、国レベルの立法化が行なわれているのは、オランダとベルギーのみだが、その他の国でも安楽死について議論が行われるなどの動きが見られる。ここでは、アメリカ、フランスの立法化をめぐる動きを紹介する。

(1) アメリカ

オレゴン州は、1994年11月、患者の意思を受けて医師等が不治の病で死を間近にした患者に致死量の薬物を処方することを認める尊厳死法(“Death With Dignity Act”)を制定した¹⁶。

しかし、連邦政府の司法長官は、2001年11月、オレゴン州の尊厳死法に従って致死薬を処方した医師は、その行為がオレゴン州の公認するものであるか否かにかかわらず、登録を停止、または取り消されることがある、との指令を発表した。

オレゴン州は連邦政府の対応に対し、そのような連邦政府の対応措置の差止めを求めて連邦地方裁判所に提訴した。連邦地方裁判所は、2002年4月、オレゴン州の訴えを認め、連邦政府の対応措置の差止命令を発した。

連邦政府は、2003年5月に連邦控訴裁判所に控訴した。連邦控訴裁判所は、2004年5月に、司法長官の指令が「薬物規制法の明瞭な文言に抵触し、連邦議会の明白な立法意図に反し、司法長官の法定の権限の範囲を超えている」ため、違法であり、執行することができない、と判示した。しかし、その一方で、自殺幫助の倫理性や適切さについて判断を下したわけではないことを強調した。

¹⁴ 磯辺哲・本田まり訳「安楽死に関する2002年5月28日の法律(ベルギー王国)」『医療と倫理』4号, 2003.3, pp.85-89.

¹⁵ 三井美奈『安楽死のできる国』新潮社, 2003.7, pp.158-160.

¹⁶ 土屋恵司「オレゴン州尊厳死法否定に固執するブッシュ政権」『外国の立法』2004.7.26.(事務用資料)

オレゴン州では、末期患者の約 1000 人に 1 人が尊厳死法に基づく死を選んでいるが、他の州では約 250 人に 1 人である。同州では、医師が法律に則って尊厳死を厳格に取り扱った結果、かえって人数が減ったのではないかと考えられている¹⁷。

(2) フランス¹⁸

フランスでは、2004 年 7 月 21 日、「尊厳死法案」が下院に提出され、可決された¹⁹。その具体的な骨子は、以下の通りである。医師団は、無用な延命措置を止める決定を下すことができる。ただし患者及びその家族との話し合いを体系的な枠組みに則って行なわなければならない。患者と医師の意見が食い違った場合には、患者は他の医師団に相談することができる。意識のない患者に関しては、意識のあるうちに、前もって選択の指示を残しておくことができる。すなわち、医師団が参考にするべく、一種の医療的遺言を残しておくことを可能とする。上記の指示がない場合には、治療停止のための決定は、あらゆる合議の上でなければ下されえない。この医療的遺言は、強制的な執行力を持つものではない。

厚生大臣は、刑法典を改正せず、医療倫理法典と公衆衛生法典の改正にとどめることを示唆し、ベルギーやオランダの方式ではなく、独自の方式を追求していくと述べた。同大臣は併せて、末期医療の重要性が増すことに関連して、全国的な規模で、このためのベッド数を増やすようラファラン首相に進言するとも述べている。

V 末期医療の課題

1 緩和治療

昭和 52(1977)年 7 月に、末期癌の患者の懇願を入れて、その夫が死亡させた事件が発生している²⁰。新聞紙上などで、安楽死を望む妻に対する殺人事件として取り上げられているが、それと同時に医療者側の問題も浮上した。

患者は 8 人部屋に入院していたが、痛みを苦しむ患者のために、同室者は毎夜不眠に陥り、死亡させた当日も、同室者と患者の夫との間でトラブルが起こっていた。麻薬の中には痛みを緩和する効果があり、医療機関では必要に応じて麻薬を備えることができるが、この病院では取り扱いが面倒であるとして麻薬を置いておらず、麻薬のある病院に転院させるなどの処置も取っていなかった²¹。

この事件からは 30 年程度経過しているが、現在でも同様の問題は発生していると思われる。通常、複数の患者が同じ部屋に入院し、療養することが多いが、そのためにそ

¹⁷ 「安楽死認めるオレゴン州 検討者の 1%だけ『実行』 認めない州の 4 分の 1 に」『東京新聞』2004.10.4.

¹⁸ 門彬「「尊厳死」に関する議員立法、通常国会で審議へ」『外国の立法』2004.9.13. (事務用資料)

¹⁹ 2005 年 2 月 16 日時点では、上院で審議が進められている。

²⁰ 「正当行為としての安楽死とは認められないとされた事例」『判例時報』879 号, 1978.4.21, pp.158-160.

²¹ 清水昭美「差額なし重症個室の確保を 同室患者の病状にも影響の恐れ」『朝日新聞』1980.2.9.

れぞれの患者が必要以上にストレスを受けたり、自由な生活を制限されたりするケースがあることも事実である。特にそれが末期の患者がケアを受ける環境としてふさわしいか議論の余地がある。末期患者が訴える耐え難い苦痛というものが罹患している病のみを原因とするのか、それ以外の原因があるのかは十分に調査し、対策を取る必要がある。

1986年にWHOが公表した「がん疼痛治療法」は、痛みを緩和する医薬品の投与を段階的に行えば、痛みの8~9割は抑えられるとしている。アメリカでは6種類の医療用麻薬が承認され臨床の現場で用いられている。一方、日本では、2001年まではモルヒネ1種類のみであった。その後、2002年には張り薬「フェンタニル」、2003年には腎機能が低下した人にも投与可能な「オキシコドン」が承認された。モルヒネの人口当たり消費量もアメリカの3分の1程度となっている。医療提供者は、がんの痛みを取る治療法を取り入れる努力を行うべきであると指摘されている²²。

2 介護環境

40歳~79歳までの全国の男女を対象としたアンケート調査²³によると、理想の最期として、「心筋梗塞などで、ある日突然死ぬ」と回答した人が64.6%、「病気などで多少寝込んでもいいから、少しずつ死に向かっていく」と回答した人は31.7%となっている。「突然死ぬ」ことを理想の最期とした人にその理由(複数回答)を聞いたところ、「家族にあまり迷惑をかけたくないから」(85.9%)が、「苦しみたくないから」(62.3%)を上回っている。安楽死が合法化された場合、痛みや苦しみからの回避ではなく、家族への負担を心配して安楽死を選択する人が出てくるのではないかと懸念がある。

日本では、家族介護者への負担が大きく、要介護者のいる世帯のうち、主な介護者が1日8時間以上の介護を行っている世帯は、平成12(2000)年では20.5%にのぼる。家族による介護が行われている家庭では、精神的・肉体的負担を訴えている介護者も多く、介護のために退職しているケースも少なくない²⁴。ドイツ、イギリス等の例を見ると、家族介護者に過度な負担がかからないような施策がとられている。家族介護者に対して、介護に係る現金給付、社会保障上の優遇措置、休暇・休息の保障、などの権利が整備されており、イギリスでは介護能力についてアセスメントを受け、それに基づいてサービスが提供される仕組みが取られている²⁵。

3 セカンドオピニオン

セカンドオピニオンとは、患者や家族が担当医師とは別の医師から、診断や治療に関してアドバイスを受けることである。

オランダやベルギーの法律を見ると、医師が安楽死を実行したり、安楽死について患者と協議を行ったりする場合には、必ず担当医師は他の医師と相談をすることが定められている。

²² 「がんに挑む・アメリカの報告(2)痛み抑制が治療の柱」『読売新聞』2004.1.15.

²³ 小谷みどり「死に対する意識と死の恐れ」『ライフデザインレポート』161号, 2004.5, pp.6-8.

²⁴ 岩間, 前掲, pp.10-11.

²⁵ 同上 p.38.

日本の場合を過去の裁判例から見ると、前述の山内判決や東海大学安楽死判決でも担当医師が他の医師と相談したかどうかは裁判の争点にはなっておらず、安楽死の要件にも含まれていない。最近の安楽死事件について見ても（＜表1＞）、医師が事前に家族に説明を尽くしていたか、本人や家族からの安楽死の要望が明確であったか、などについて、患者の死後に担当医師と遺族側とで事実認識が異なり裁判で争っているケースが見られる。このような事態から推測すると、患者や担当医師が他の医師に事前の相談を行っていたのか疑問がある。

＜表1＞最近の日本での医師による安楽死事件

日時	場所	事件の内容
平成 16 年 2 月	道立羽幌 病院	心肺停止状態で搬送されてきた患者に対し、担当医師が心肺蘇生を施した。心臓は動き出したものの、自発呼吸は戻らなかった。人工呼吸器を着けた後、家族に「脳死状態で長くはもたない」と説明。家族から要望を受け、人工呼吸器を止め、患者は死亡。同病院長はインフォームドコンセント不足の可能性を示唆。耐え難い苦痛があったかどうかについても疑問があるとされる。北海道警が調査中。 ²⁶
平成 10 年 11 月	川崎協同 病院	ぜんそくの発作で入院中の患者から担当医師が気管内チューブを抜き、筋弛緩剤を投与して死亡させた。担当医師は患者の家族の要請の下に行ったと証言しているが、患者の妻は要請していないと証言。死が避けられない末期状態であったかについても疑問があるとされる。横浜地裁で公判中。 ²⁷
平成 7 年 2 月	関西電力 病院	末期の直腸がんの患者に対して、担当医師が塩化カリウム溶液を点滴チューブに流し込み、患者が死亡。平成 16 年 3 月、大阪地裁は薬剤投与と死亡の因果関係が立証できないとして不起訴。捜査の段階で、カルテの看護記録が紛失するなどの事態も発生した。 ²⁸

日本では、患者は治療方針について医師に任せる傾向が強い。セカンドオピニオンの導入が進められ、以前より改善されつつあるが、積極的に行われているとは言いがたい。セカンドオピニオンによって、担当医師との信頼関係を損なうのではないかと懸念する患者もいる。患者が担当医師に断らずに他の医師を受診するケースなどもあるが、同じ検査を二度やるなどの手間がかかる²⁹。

特に治療が困難な疾患や末期において、担当医師の独断で診断や治療が行われる弊害を防ぐためにも、セカンドオピニオンが積極的に行われることが好ましい。そのためにも、検査結果を病院間で相互利用できる仕組みや、信頼関係を損なわないようにするための医師や医療機関の努力が望まれる。

²⁶ 「延命中止 道内医療関係者、基準作りを歓迎 現場は効果疑問視も」『読売新聞』2004.6.4.夕刊

²⁷ 「川崎協同病院・筋弛緩剤事件 須田セツ子被告「所見難しかった」」『毎日新聞』神奈川地方版, 2003.5.23.

²⁸ 「殺人容疑で書類送検の医師不起訴 関電病院「安楽死」」『朝日新聞』2004.3.23.

²⁹ 矢崎義雄「セカンドオピニオン」『日本医師会雑誌』132 巻 5 号, 2004.9.1, pp.719-722.

4 「レット・ミー・ディサイド」(私の選択)

近年、わが国でもリビング・ウィルの利用が、広がりつつある。その中で、カナダのウィリアム・モーロイ博士が考案し、1994年頃から日本に取り入れられ、普及しつつある「レット・ミー・ディサイド」(アメリカやカナダで、"Advance Directive (事前の指示書)"と呼ばれているものの中の1つの形態)を紹介する。³⁰

「レット・ミー・ディサイド」の事前指定書では、「回復可能な状態」と「回復不可能な状態」とに分けて、それぞれ治療法を選択肢から選ぶ。選択肢は、「緩和ケア」、「限定治療」、「外科的治療」、「集中治療」の4つである。例えば、「回復可能ならば「集中治療」を、回復不可能ならば「緩和ケア」を望む」というように指定する。事前指定書の作成に当たっては、医師などから説明を受けた後、2人の代理人(家族、友人など)と一緒に作成する。その後、通常はかかりつけ医に預けておく。

「レット・ミー・ディサイド」では、患者本人の希望を確実なものとするために、代理人やかかりつけ医の協力や承認を必要としている。治療を行なう担当医師が、かかりつけ医と異なっている場合には、かかりつけ医が担当医師に連絡を取り、患者本人の意思を伝える役割を担っている。患者が、転院したり救急搬送されたりすることもあるため、そのようなケースはしばしば見られる。しかし、日本では、かかりつけ医の存在が曖昧で、協力を求められないこともあり、「レット・ミー・ディサイド」が普及する上で、ネックとなっている。一方、アメリカではほとんどの州で、事前指定書が法律で定められており、病院側は、患者が入院する際、事前指定書を持っているかどうかを確認し、持っていない場合には、事前指定書についての説明をしなければならない。³¹

VI おわりに

世界的にも末期医療の自己選択の重要性の認識が高まりつつあり、安楽死に関する法整備を行った国もある。日本でも末期状態での延命治療は行なうべきではないと考える人が多い。日本でもリビング・ウィルの利用が広まりつつあるが、緩和ケアや家庭内介護の状況には問題点が多く、患者の権利の確立も未成熟である。患者が純粋に自分の気持ちで自己決定できる環境にあるかの疑問がある。日本でリビング・ウィルを法整備すべきかどうかは今後の大きな課題となると思われるが、諸外国の法整備の中には、日本の医療の問題を浮き彫りにする点が多くあり、今後の議論の参考になるだろう。

³⁰ レット・ミー・ディサイドのほかに、1970年代から尊厳死協会が行なっている「尊厳死の宣言書」、1990年に「終末期を考える市民の会」が考案した「終末期の宣言書」などがある。(終末期を考える市民の会ホームページ <http://www6.ocn.ne.jp/~syumatuk/>)

³¹ 二之坂保喜「レット・ミー・ディサイド - 私の選択 治療の事前指定書を書いた人たち」『Active』4号, 2002.4, pp.97-108.