

ターミナルケアにおける臨死患者の取り扱いに関する法的問題点

根本 晋一

Legal Problems Related to Handling Patient Deaths in Terminal Care

Shinichi Nemoto

Abstract

This article describes legal problems related to euthanasia, death with dignity, in Japan. In terminal care, a doctor may cancel further treatment. Treatment cancellation may shorten life. Thus, Recent theories includes treatment cancellation in a euthanasia concept, as legal killing of a patient by a doctor. However, because there is no law regarding euthanasia, death with dignity, there is no law legalizing this act in Japan. There are multiple precedents related to this issue, but the theory is not clear. Therefore, this article explains how a doctor avoided behaving illegally under the present circumstances.

Key words : Euthanasia, Death with Dignity, Terminal Care, Autonomy, Guidelines

第1 序 論 一本稿の目的一

第三者が終末期患者を合法的に死へと導く行為として、法律学上、安楽死と尊厳死なる概念が提唱されている⁽¹⁾。もっとも両者は似て非なる概念であり、当該患者が耐え難い肉体的死苦を感じている場合に用いられるのが安楽死、感じていない場合に用いられるのが尊厳死である点において区別される。因みに、尊厳死は麻酔医学の高度な発達を契機として提唱された概念である。というのは、いわゆるペインクリニック＝疼痛緩和医療技術が発展すればするほど、患者が死苦を感じることはなくなるので、死苦の除去を正当化根拠としていた従来型の安楽死概念では対処できなくなった、つまり、患者が死苦にさいなまれるのを見るに見かねて殺害した、という事態が現実存在しなくなったからである⁽²⁾。もっとも、尊厳死概念の登場とはかかわりなく、安楽死概念も独自の発展を遂げ、判

例や学説により類型化が試みられたことから、先発の安楽死概念と後発の尊厳死概念が事実上重なるに至った。現時点における判例理論や学説の到達点としては、このレベル、つまり両概念が重なる場合もあることが明らかになったに過ぎず、いまだターミナルケアにおける臨死患者の法的取扱い、つまり触法を回避するための方策がはっきりと示されていない状況である。本稿は、最近出された関連判例2例を素材として、この点に関する展望を模索するものである。

註(1) 井田 良「安楽死と尊厳死」現代刑事法 15 巻 82 頁 (立花書房 平成 12 年)

註(2) 甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任」ジュリスト 98 頁 (有斐閣 平成 17 年)

第2 安楽死概念の諸類型

積極的安楽死とは致死性の薬剤投与行為などであり、消極的安楽死とは人工呼吸器非装着などであり、間接的安楽死とは人工呼吸器取外し

などを意味する^③。そして、各々正当化要件には寛厳の差異があるとされ、正当化が相対的に困難であるのは積極的安楽死、反対に相対的に容易であるのは消極的安楽死、その中間が間接的安楽死とされている。もっとも、いずれの類型についても、実際に正当化の要件を備えるとされ、殺人罪(刑法199条)の成立を否定した判例は存在しない^④。

註(3) 星野一正「医療の倫理」(33刷)岩波新書201126~133頁(岩波書店平成19年)

註(4) 甲斐克則「安楽死と刑法」医事刑法研究1巻2頁, 33頁(成文堂平成15年)

第3 終末期患者に対する医療行為として法的に問題があるとされる行為とは何か

ターミナルケアに入ると死は目前であることから、本人がリビングウィルとして、あるいは本人の意思を知る家族が、余命維持のための治療を望まない場合、医療機関としては、生命の処分に關する患者の自己決定権を尊重する見地から、その一存で治療を続けることができなくなる。もし、かりに続けたとすると、専断的治療行為として当該患者の生命や身体に対する違法な侵襲となるからである。そこで、医療機関は、本人や家族の意思を可及的に汲み、消極的安楽死として患者に対する延命を目的とする治療をはじめからしない、間接的安楽死としてこれを途中で中止する、さらに積極的安楽死として、致死性の医薬品を投与して患者の生命を絶つことにより死苦から解放するなど、さまざまな医学的方法を用いて「延命治療の中止」を試みることになる。しかし、医療者による善意の行為、つまり患者が早晚死を免れないのであれば、結果として多少死期を早めたとしても、医学的方法を駆使して一刻も早く死苦を緩和させたいと願ってなした医療行為は、法律上、殺人罪(刑法199条)や嘱託殺人罪(同法202条)として

犯罪とされ^⑤、あるいは生命侵害を理由として、不法行為に基づく損害賠償責任(民法709条)を負うことにもなり得る。現実には、捜査機関は、医師が患者にいったん装着した人工呼吸器を事後的に外した事案、たとえば北海道羽幌病院事件(平成16年5月14日付朝日新聞夕刊1面)、富山県射水市民病院事件(平成18年3月26日朝日新聞朝刊1面)、和歌山県立医大付属病院紀北分院事件(平成19年5月23日朝日新聞朝刊1面)において殺人罪の嫌疑で捜査に着手し、医師は書類送検された。もっとも、いずれの事件についても、当該取り外しと患者死亡との因果関係が不明であるとして、嫌疑不十分を理由に不起訴処分とされている。これらのことから、治療の限界を考慮した医学的処置と法律学的な違法の概念との間に、大きな齟齬があることになる。この間隙を、どのようにして埋め合わせるのかが、問題とされているのである。

註(5) 井田 良「終末期医療と刑法」ジュリスト1339号39頁(有斐閣平成20年)

第4 判例研究

1 素材とする判例について

医師を安楽死や尊厳死の行為主体とする判例の嚆矢として、東海大学病院カテーテル抜管・塩化カリウム投与患者死亡事件(横浜地判平成7年3月28日)が存在し、これが第一審判決のみで有罪確定したため、確立された判例理論とはなり得なかったことから、最高裁判決が待たれていたところ、川崎協同病院気管内チューブ抜管・筋弛緩剤投与患者死亡事件上告審判決が出されたことから、その論理の射程範囲が問題とされている。本稿では、これら2つの判決を評釈し、考察をくわえる。なお、以下においては、単に東海大学病院事件、川崎協同病院事件と呼称する。

2 東海大学病院事件について

(1) 事実の概要

判例時報 1530 号 28 頁以下を参考にして、裁判所が認定した事実を要約すると、次のようになる。患者 Y (58 歳男性) は、末期の多発性骨髄腫(がん)のため東海大学医学部付属病院に入院しており、意識不明に陥り余命数日と宣告されていた。なお病名は家族にのみ告知されていた。平成 3 年 4 月 13 日、患者 Y の妻 Z1 と長男 Z2 は、Y に対する治療の中止を強く希望したため、同大助手の医師 X は、膀胱留置バルーンカテーテル(商品名フォーリーカテーテル)や点滴を取り外すとともに痰吸引などの治療を中止した。しかし Z2 は、なおも「いびきを聞くのがつらい。楽にしてやってください。」と強く要望したため、X はそれに応じ精神安定剤ジアゼパム(商品名ホリゾン)と抗精神剤ハロペリドール(商品名セレネース)を通常量の 2 倍、つまり前者を 2 アンブル(1A=10mg=2ml)と後者を 2 アンブル(1A=5mg=1ml)静脈注射し投与した。しかし Y の容態に変化がないので、Z2 は「早く家につれて帰りたい。」と重ねて要望した。そこで X は Y が死に至ることを認識認容しつつ、不整脈治療剤のベラパミル塩酸塩製剤(商品名ワソラン)を通常量(1A=5mg=1ml)の 2 倍ほど急速静脈注射し投与したが、なおも脈拍などに変化を生じなかったため、続いて塩化カリウム製剤(商品名 KCL 注射液)の原液 20 ml を静脈注射し投与したところ、同日、患者 Y は急性高カリウム血症に起因する心停止により死亡したものである。検察は、カテーテル抜管などの治療の中止については起訴せず、医薬品投与の中でも直接の死因とされた塩化カリウムの投与についてのみ殺人であるとして起訴したものである。

(2) 判決の概要

判例時報 1530 号 28 頁以下を参考にして、判決文の要点を示すと、次のようになる。致死性

の医薬品投与、つまり「塩化カリウム投与行為」は積極的安楽死に該当し、その違法性阻却の要件としては、①患者に耐え難い激しい肉体的苦痛があること、②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほかに代替手段がないこと、④生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、という 4 つの要件を備える必要がある。本件へのあてはめとしては、Y は昏睡状態に陥っており意思表示をなし得ないのみならず、苦痛を覚えることもなかったことから①と④の要件を備えているとはいえないことから安楽死として正当化することはできない。ゆえに X は殺人罪の罪責を免れないが(刑法 199 条)、患者 Y の妻 Z1 と長男 Z2 の強い要望が存したことを考慮して情状酌量により刑を減輕するべきであるとして、懲役 2 年、執行猶予 2 年に処した。

なお、本判決は、起訴されていない「気管内チューブやカテーテル等の抜管」についても傍論として判断し、一般化に堪え得る規範の定立に努めた。つまり、このような延命治療の中止は間接的安楽死に該当し、その違法性阻却の要件としては、①患者の自己決定権保障からのアプローチとして、患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にあること。その理由としては、患者の自己決定権は死そのものを選ぶ権利や死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたに過ぎない。また、医師の治療義務の限界からのアプローチとして、早過ぎる安易な治療の中止を認めることは生命軽視の一般的風潮をもたらす危険があるので、生命を救助することが不可能で死が避けられず単に延命を図るだけの措置しかできない状態になったときはじめて、治療の中止が許されるからであるとしている。そして「死が回避不可能な状態」に至ったのか否かにつき、

医学的にも判断に困難を伴うので複数の医師による反復した診断によるのが望ましく、またそのような状態というのも中止の対象となる行為との関係で相対的にとらえるべきであると述べている。②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し治療の中止を行う時点で存在すること。なお、治療の中止を求める患者の意思表示は「明確な」意思表示によることが望ましく、それは病状や治療内容、将来の予想される事態等について十分な情報を得て正確に認識したうえで真摯で持続的な考慮に基づいて行われることが必要であり、そのためには病名告知やインフォームドコンセントの重要性が指摘される。さらに、患者本人の意思が不明である場合には家族の意思表示から患者の意思を推定すること、換言すると、患者の意思を推定させるに足りる家族の意思表示によることも許される。③なお、治療行為の中止の対象となる措置は薬物投与・化学療法・人工透析・人工呼吸器・輸血・栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置および対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置などすべてが対象となる。どのような措置を何時中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して決定される、と判示した。

3 川崎協同病院事件について

(1) 事実の概要

判例時報 2066 号 159 頁以下を参考にして、裁判所が認定した事実を要約すると、次のようになる。平成 10 年 11 月 2 日、患者 Y (58 歳男性) は仕事帰りの車内において気管支ぜんそく重積発作を起こし心肺停止状態 (CPAOA=cardiopulmonary arrest on arrival) に陥り、運転同乗していた Y の息子 2 名により川崎協同病院に搬入された。Y は昭和 60 年より X 医師を受診しており、昭和 59 年川崎公害病患者の認定を受け、

たばこぜんそくの兆候もあった。救急を担当した医師らの蘇生処置により心拍再開するも低酸素性脳損傷により意識は回復しなかったため、舌根沈下による窒息を防ぎ気道を確保するための気管内チューブを経口挿管し、これに人工呼吸器を接続しての入院措置となった。その後 X が主治医となり、翌日 Y の自発呼吸が回復したことから、11 月 6 日人工呼吸器を取り外し、経鼻挿管に切り替え、家族に対し、再度の呼吸困難時においても人工呼吸器を再装着しないことを確認した。11 月 11 日 X はチューブを抜管し容態を観察したところ、自発呼吸は弱く窒息の危険が認められたので再挿管した。この際、X は家族に対して「今のままでは 9 分 9 厘植物状態」と説明した。そのあと家族より抜管の要請があり、11 月 16 日、Y の妻や子、孫が集まった病室にて、X は気管内チューブを抜き取った。ところが、漸次自発呼吸が弱くなりやがては死に至るであろうという予期に反し Y が身体をのけぞらすなどしながら苦悶様呼吸を始めたため、X は Y に対して鎮静剤のジアゼパム注射液 (商品名セルシン) 4 アンプル (1A=10 mg) とミタゾラム注射液 (商品名ドルミカム) 7 アンプル (1A=10 mg) を静脈注射し投与したが鎮静しなかったため、X は同僚医師に助言を求め、再挿管目的で使用すると思った同僚医師の示唆により麻酔用筋弛緩剤バンクロニウム臭化物注射液 (商品名ミオブロック) を ICU からとりよせ、准看護師に命じて 3 アンプル (1A=2 ml=4 mg) を静脈注射し投与した。注射後数分経過後の 19 時 3 分 Y の呼吸は停止し 11 分には脈拍も停止することにより死亡したものである。検察は X を、抜管と、医薬品投与のうち直接の死因とされた筋弛緩剤投与の双方について殺人罪 (刑法 199 条) にあたるとして起訴した。

(2) 判決の概要

本件は最高裁まで争われ、控訴審は原判決で

ある第一審判決を破棄自判し、上告審も弁護人の所論、つまり気管内チューブ抜管の違法性についてとくに職権判断していることから、事実認定や法律構成が審級ごとに異なる部分がある。そこで、各判決の相違点に留意しつつ概要を掲げる。

(一) 第一審判決（横浜地判平成 17 年 3 月 25 日）

判例時報 1909 号 130 頁以下を参考にして、判決文の要点を示すと、次のようになる。本判決は、X の行為が違法性を阻却される要件として、X の治療義務の限界と Y の自己決定権保障という二つ側面から検討すべきであるとして⁶⁾、具体的には、X は被害者の回復可能性や死期切迫の程度を判断するに足りる十分な検査をしていないので、治療義務の限界を論じるほどまでに治療義務を尽くしているとはいえず、早すぎる治療中止といわざるを得ないこと、また、X は家族らに対して患者本人 Y の終末期医療の受け方についての意思を確認していないのみならず、また X は家族に対して抜管の意味すらも正確に説明していないので、家族はその意味、つまり抜管すると気道が閉塞することを理解していたとはいえないことから、抜管の意味を十分に理解した上での家族の要請があったともいえない、それゆえに、Y の自己決定権が十分に保障されていたとはいえないこと、これら二つの要件を検討した結果、X の行為が違法性阻却される余地はないとして殺人罪の成立を認め、Y を懲役 3 年、執行猶予 5 年に処した。

註(6) 町野 朔「患者の自己決定権と医師の治療義務」刑事法ジャーナル 47 頁（成文堂 平成 19 年）

(二) 控訴審判決（東京高判平成 19 年 2 月 28 日）

判例タイムズ 1237 号 153 頁以下を参考にして、判決文の要点を示すと、次のようになる。

X の行為の違法性阻却の可否につき、延命治療の中止の合法性、つまり尊厳死問題を抜本的に解決するためには、最終的には尊厳死法の制定やガイドラインの策定が必要であり、国を挙げて議論・検討すべきであるが、これらの行為規範が未だ存在しない現状においては、当該治療中止が殺人罪に該当するためには、患者の自己決定権と治療義務の限界の双方の見地から検討するほかなく、いずれの見解からもその治療中止を正当化できなければ、同罪の成立を認めざるを得ないとした。これを本件についてみると、気管内チューブの抜管については患者の意思に基づいていたとはいえず、また X の治療義務が限界に達していたということもできないと判示した。なお、本判決は抜管についての家族からの要請の有無につき、本件抜管の適法性を判断するうえで重要な事実として、第一審判決がこの要請の存在を否定したことに関し「…家族からの要請がなかったと認定するには合理的な疑いが残る。」として、X は Y の家族の要請で抜管したと認定し、事後的に非難するのは酷な面もあるとして原判決を破棄して自判し、X は殺人罪の罪責を負うとしてつつ刑を減輕し、懲役 1 年 6 ヶ月、執行猶予 3 年に処した。

(三) 上告審判決（最三小決平成 21 年 12 月 7 日）

判例時報 2066 号 159 頁以下を参考にして、判決文の要点を示すと、次のようになる。Y の死因については、検察側証人である片山容一日本大学医学部教授の鑑定を採用し、X による筋弛緩剤投与に起因する窒息死としつつ、X の行為の正当化を否定する第一審判決と控訴審判決の認定を支持したことから、筋弛緩剤投与の事実のみを以って X に殺人罪の罪責を問い得るので、抜管の違法性については検討する必要がなくなった。しかし X の弁護人がこの点につき、抜管行為が死因でないとすれば、これを殺人行為の一部とする必要はないにもかかわらず、第

一審判決や控訴審判決の認定はこれをその一部としているが、これはおかしいので職権により判断し直せ、また、抜管を殺人行為の一部としたため、結果として抜管は違法行為となってしまうのであるが、これもおかしいので判断し直せと、職権発動を求めたことから、最高裁はとくに判断をなし、前者については事実誤認なし、後者についてはつぎのような事情、つまりXはYの脳波などの検査をしておらず、Yの余命についての確かな判断を下せる状況にはなかったことからXは治療義務を尽くしたとはいえず、Yもターミナルであったとはいえないこと、Yの終末期医療の受け方についての考えも不明なので推定的意思に基づくものともいえないこと、抜管の効果についての説明も足りず家族の中止要請もその説明を前提としたものに過ぎなかったこと、などの事情を認定したうえで、Xによる抜管は法律上許される治療中止には当たらないと判断し、Xの上告を棄却した。

4 考 察

(1) 検察による起訴の仕方と裁判所による審判対象の設定

延命治療の中止といっても決して一つの医療行為に限られない。つまり、不可避の死を目前にした患者が容易に絶命しない場合には、時系列として、延命治療をしない、例えば人工呼吸器の非装着、またはこれの取り外しから始まり、やがては致死性の医薬品投与という積極的安楽死行為におよぶ可能性があるが、これら一連の行為のうち、いずれか一つを取り上げて起訴するのか、あるいはすべてを取り上げて起訴するのかは、起訴便宜主義により検察側の裁量である(刑事訴訟法248条)。もし、前者であるとする、受訴裁判所は、一つの医療行為のみを審判対象として、殺人罪の構成要件該当性を検討し、つぎに、安楽死として行為の違法性が阻却されるのか否かを検討するというプロセスを経るこ

とになる。例えば、東海大学病院事件の場合、検察は死因とされた塩化カリウムの投与のみを起訴し、死因とされなかったカテーテルの抜管は不問に付して起訴しなかった。すると、塩化カリウムの投与は、致死性の医薬品投与であって積極的安楽死に分類されることから、受訴裁判所は当該事実関係のもとにおいて、積極的安楽死行為の違法性阻却の要件が備わっているのか否かのみを検討すれば足りた。これに対して後者であると、検討の方法は一概に決められないことになる。一つの考え方としては、起訴された複数の行為を包括し、法律上は一つの行為であるとして殺人罪の構成要件該当性を検討し、あとはいずれかの安楽死類型にあたるとして違法性阻却の可否を検討することが考えられる。もう一つの考え方としては、すべての行為のうち、死因とされなかった行為は捨象し、死因とされた行為のみを審判の対象として殺人罪の犯罪構成要件該当性を検討し、あとはいずれかの安楽死類型にあたるとして違法性阻却の可否を検討することも考えられる。後に示した考え方によれば、検察側が複数の行為を起訴したとしても、裁判所は死因とされた一つの行為のみを審判対象とすれば足りる。ところが、この点について川崎協同病院事件の第一審、控訴審、上告審の各判決は、先に示した考え方、つまり起訴された複数の行為を包括し、法律上は一つの行為とみる構成を採用したため、死因とはならなかった抜管まで殺人行為の一部に含まれることになってしまった。のみならず、そのような複合的な行為がいずれの安楽死類型に該当するのかも判然としなくなった。どのようなことかという、筋弛緩剤投与を基準とすれば積極的安楽死として違法性阻却を検討することになり、抜管を基準とすると間接的安楽死としてこれを検討することになるが、そのいずれを採用しているのか、あるいはまったく別個の違法性阻却の要件を定立したのを見るべきなのか、判

決文からは詳らかではなく、東海大学事件判決が苦心して規範定立した安楽死の類型論と違法性阻却の要件がほとんど生かされていない。もし、かりに川崎協同病院事件判決が、検察の起訴の仕方に惑わされることなく、後に示した考え方を採用し、抜管を捨象して、死因とされた筋弛緩剤投与のみを審判対象としていけば、東海大学病院事件判決と同じ流れ、つまり積極的安楽死として違法性阻却の可否を検討すれば足り、また抜管を殺人行為の一部とすることもなかった。このように、受訴裁判所が検察の起訴の仕方に惑わされ、複数の医療行為を審判対象とすると、被告人の予測可能性を害し、防御の利益を害するのみならず、筆者が第 3 において指摘した懸念、つまり治療の限界を考慮した医学的処置（抜管などの治療中止）を一律に違法行為として取り扱うことになり、医学と法律学の相克を生じることになる。この点につき、丸山雅夫教授は、平成 22 年 1 月 29 日に開催された西江大学校法学専門大学院＝南山大学法科大学院学術交流セミナー「日本における終末期医療をめぐる最近の動向」と題する報告のレジュメ 3 頁以下において、弁護人による抜管の違法性に関する職権判断発動の求めの取り扱いにつき、最高裁は「所論には理由がない」との一言を以て棄却するべきであったと主張されていることが注目される。その意図であるが、筆者が思うに、判断しなくても結論に影響がなく、また、棄却すれば抜管の違法性に関する判断は明確に留保された形になった、ということであろうか。以上の考察より、川崎協同病院事件に関する一連の判決が採用した構成は妥当でないと考えらる。

(2) 川崎協同病院事件上告審判決の射程

本判決が「本件における事実関係を鑑みると」などと、とくに留保していること、また、第 4-3-(2)-(三)上告審判決の要点において指摘した

ように、弁護人が裁判所に対してとくに職権判断を求めた事項であることに鑑みると、当判部分部分は抜管の違法性に関する一般的規範を示した判決ではなく、当該事案に限定して判断した事例判決というべきである。ゆえに、抜管は本判決によって一律に違法と確定されてしまったわけではなく、この点に関する一般的規範の確立は、抜管という間接的安楽死行為「のみ」が純粹に殺人として起訴され、最高裁まで争われ、判決が示される時まで留保されていると考える。

(3) わが国における安楽死・尊厳死の展望

既往の考察より、抜管などの治療中止に関する一般的な規範は未だ定立されていないと考えられることから、現時点において、ターミナルケアに携わる医療者は、臨床における触法を回避すべく、どのように対処したらよいか。一つの方途としては、厚生労働省が平成 19 年に策定した「終末期医療の決定のプロセスに関するガイドライン」に準拠することが考えられる (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>)。このガイドラインによると、積極的安楽死はいかなる場合にも正当化されないが、他の安楽死類型については医療倫理の見地から妥当と思われるプロセスを明示することにより例外として許容する場合を認めている。しかし、ガイドラインは医療倫理であって法規範ではないことから、犯罪の成立を否定し、捜査や起訴を抑制することはできないので、ターミナルケアにおける行為規範として機能し得るのか否か疑問である。なお、この点につき樋口範雄教授は、「続・医療と法を考える 終末期医療ガイドライン」89 頁（有斐閣 平成 20 年 東京）において、ガイドラインは法的責任の免責を明らかにするものではないとしつつ、間接的には警察介入の恐れへの十分な対処となるはずであると主張されていることが注目される。いずれにしろ、医療者

の不安を完全に払拭するためには、結局のところ、安楽死法や尊厳死法などの制定により正当化するしかないであろうが(刑法35条)、法制化の現状は、どのようになっているのであろうか。この点につき、超党派議員によって構成される「厳死法制化を考える議員連盟」は、平成19年に「臨死状態における延命措置中止等に関する法律」案を提出し、これが期限切れにより廃案となると、平成24年、「終末期における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)修正案」を提出し、法制化をめざしている。しかし、本法案は「終末期」「治療のすべてを尽くす」「回復の見込みがない」などの文言の定義が不明確であり、法案としては未成熟である。どのようなことかという、例えばALS、つまり筋委縮性側索硬化症の患者についてみると、この疾病は「回復の見込みがない」ので「終末期」といえることから、一方で、人工呼吸器の装着は、まさに中止されるべき無意味な延命術に過ぎないとも考えることもできるが、他方で、本法は延命治療を中止するに際し「治療のすべてを尽くす」ことを要件としていることから、人工呼吸器の装着は、まさに「治療のすべてを尽くす」

ための唯一の治療手段とも考えられるので、このような解釈上の疑義を露呈している本法案は、まだまだ医学的合理性に欠けているといわざるを得ず、臨床の対応に迷いを生じさせるおそれがあるからである。ゆえに、法制化への道程はかなり遠いといわざるを得ない。

第5 結 語

結論として、現時点において医療者がとるべき態度とは、事前における本人や親族に対するインフォームドコンセントを徹底し、延命治療の中止に関する理解を深めさせ、医療者と本人や親族との間に行き違いがないようにするとともに、尊厳死協会推奨書式のリビングウィルを作成し、事後的な改ざん等ができない状態で保管しておく。これにくわえて、先に説明をした厚生労働省起案によるガイドラインを尊重し、医師に対して法律上の責任を問わないことを医療者・捜査機関・国民の暗黙の了解となし、その間に尊厳死に対する社会的合意を形成することにより、一刻も早い法制化をめざし、法案を煮詰めてゆくしかないであろう。

以 上