

意思決定に関連する法的な知識

第4回 ACPメイトミーティング ミニレクチャー

令和元年12月4日

福山市医師会／蔵王病院

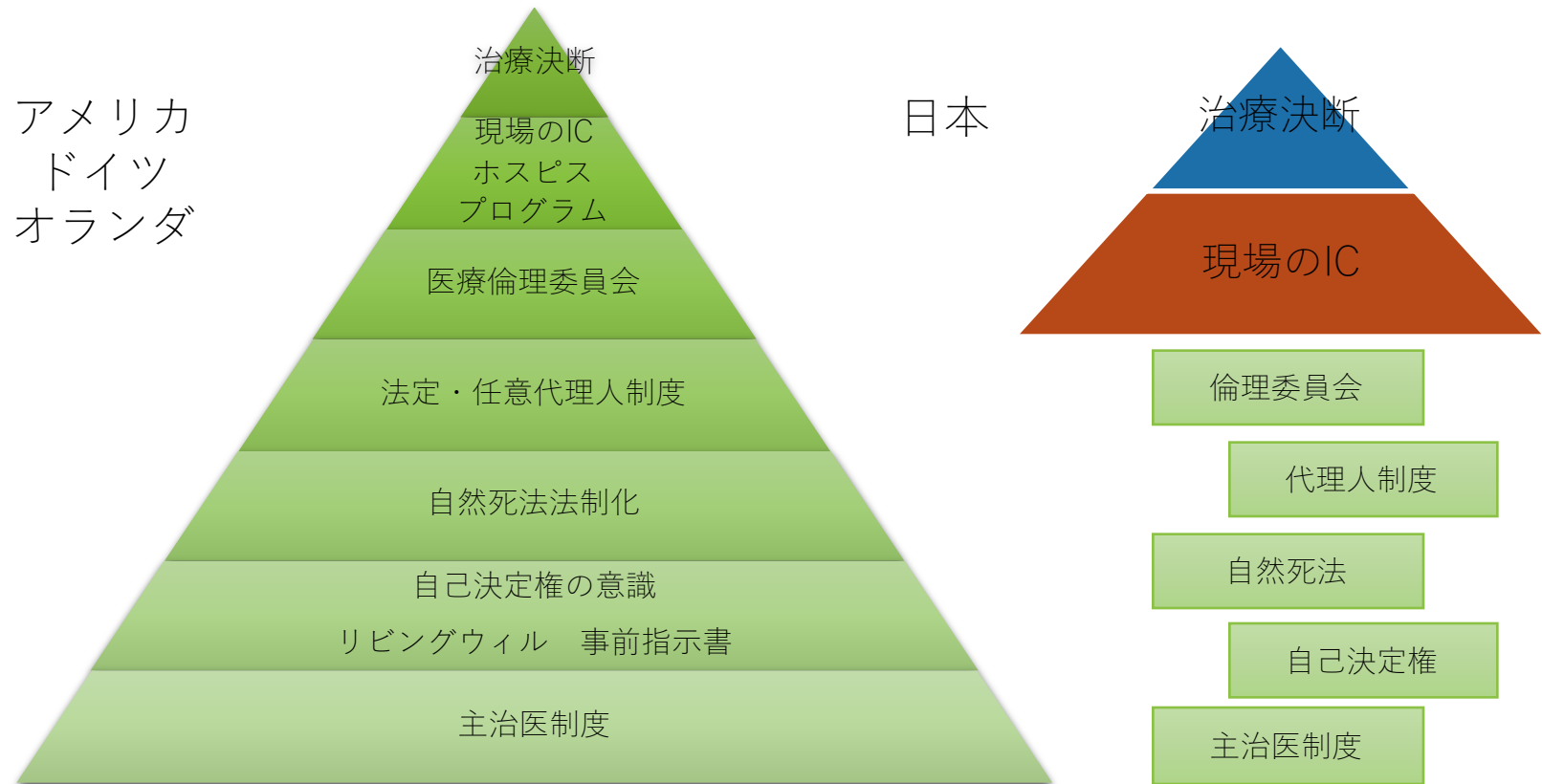
日笠 哲

日本での自己決定権とは

- 自己決定権（オートノミー）とは、自己の個人的事柄について他者・公権力から干渉されずにみずから決定すること
- 日本では
 - 憲法で「自己決定権」という言葉自体の定義はないが、憲法第13条の「幸福追求権」の一内容として保証されると考えられている
 - 死ぬ権利は認められていない
 - 一方、死のプロセスに関する自己決定権は認められる（= どう生きるかの選択は本人の自由）
 - 自己決定権は一身専属的権利 = 本人のみに与えられる権利のため、家族が忖度することは基本的に認めない
 - 家族の定義・範囲は法律上規定がなく曖昧

橋下雄太郎 杏林社会科学研究 2017

EOLにおける医師の治療決断の構造 日本と欧米比較




三浦久幸 日老医誌 2007 一部改変

日本透析学会のステートメント

- 医療者側の理解と、患者さん側の理解にはまだまだ大きな隔たりがありうる、と改めて認識
- 患者さんに判りやすい言葉で繰り返して説明を行うことが重要であり、それをカルテに残しておくことが必要で、「意思確認書の取得とカルテへの記載」を実際の医療現場で行うことの重要性を、ここで重ねて強調したい
- 患者さんの意思は状況に応じて変化するものであり、「意思確認書の変更はいつでもできること」をきちんと説明し、決定が患者さんにとって最善なものかどうかの振り返りを繰り返し行うべきことも改めて認識する必要がある
- 血液透析終了後の緩和ケア体制の構築が重要な課題である

日本透析学会 拡大倫理員委員会 ステートメント 2019

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？
 - 安楽死か、尊厳死か
 - 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

E-FIELD 資料より

日本の課題—これまでの焦点

- 事後的な裁判例2つはいずれも執行猶予付きの有罪
 - 東海大学事件と川崎協同病院事件
- 日本では「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、これまでは「医療と法 = 医療と刑事法」
 - 海外ではいわゆる尊厳死法を制定している国もあるが、決してうまくいっているわけではない
- 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」という発想が長らく浸透しているが・・・
 - これで本当によいのか？

E-FIELD 資料より

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）

E-FIELD 資料より

1998年 川崎協同病院事件

- ただし、明るみに出たのは2002年
- 概要
 - 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、2009年最高裁でもこの判決が支持された

E-FIELD 資料より

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、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。

E-FIELD 資料より

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、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、
1) 終末期であることを十分確認する検査がなされ、
2) 十分な情報が提供されたうえでの、本人の意思または家族の証言による推定的意思があつて、抜管行為（延命治療の中止）がなされていれば、違法性はない
 - そのほか、十分な情報が提供されたうえでの、本人の意思または家族の証言による推定的意思があつて、抜管行為（延命治療の中止）がなされていれば、違法性はない
- 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。

E-FIELD 資料より

2007年以降

- 救急医学会や老年医学会でのガイドライン
 - 3学会（日本救急医学会、日本集中医療学会、日本循環器学会）共同のガイドライン
 - 日本老年医学会 など
- 実際には、2007年以降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

E-FIELD 資料より

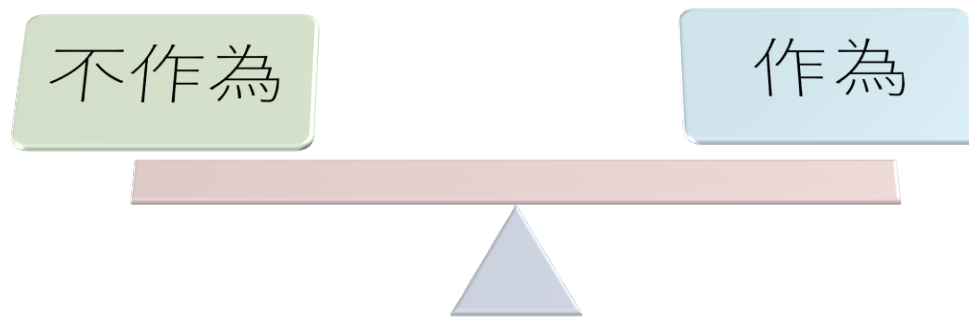
もはや殺人罪にはならない

- 特報首都圏（NHK）での特集
 - 2016年6月10日7時30分～
 - 昭和大学病院救命救急センターで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捜査も入っていない
- 他の高度救命救急センターでも同様の事例は少しずつ増えている
 - 平成31年公立福生病院での透析中止事案でも警察が介入することはない

E-FIELD 資料より

救急車要請時の心肺蘇生拒否

- 救急車要請時のCPR（心肺蘇生）の可否について
 - 全国各地では在宅（自宅や施設）で心肺停止になる人の救急要請の際、救急車到着後に家族らが心肺蘇生の中止や拒否を申し出るケースが後を絶たない
 - 救急隊員のジレンマ：救急隊は傷病者の手当て、心肺停止時の心肺蘇生の実施が本来の責務
 - これまでは、法的紛争に巻き込まれるのをおそれ、迷いながらも処置を優先されることが多かった



ミニレクチャーの予定

- 令和元年6月
 - 人生の最終段階における医療の意思決定プロセス・ガイドライン 総論
- 令和元年9月
 - 意思決定能力の評価
- 令和元年12月
 - 意思決定に関連する法的な知識
- 令和2年3月（予定）
 - チームで実践するACP（仮）