

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

5 医療倫理への検討となる歴史的事件

これまで、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

48年のジュネーブ宣言や1964年に世界医師会という国際的な機関によるヘルシンキ宣言が示されたにもかかわらず、戦後も、被験者の利益に反する実験が同意なく多数行われ、米国では大きな社会問題となった。

前回の連載で触れた年表に示したように、生命倫理にあたるバイオエシックスという言葉が使われ、米国で議論されたのは1970年代になってからで、最初の医療の倫理の問題として立ち上がったのは、1962年ワシントン州立大学のスクリプナー医師による慢性腎臓病の患者に対するシャント術の発明である。このスクリプナーの医療技術は写真週刊誌「LIFE(ライフ)」に「彼らは、誰が生き、誰が死ぬのかを決定する」と題されて、女性記者シャーナ・アレグザンダーが報じた⁴⁾。しかし、透析器を必要とする患者数に比べ、透析器の台数は限られており、被験者の選定に、委員会を設置して治療する患者を決めることとし、二段階の選抜で人工透析の適応が決定された。

このようなシアトルにおける人工透析器の利配分、さらに、医療技術の進歩に伴い、延命治療の中止や臓器移植などで、1960年代からの消費者運動、女性解放運動、公民権運動も

さまざまな倫理問題のなかでも、「安楽死」問題については今日的課題を多く残している。表1は、日本の積極的安楽死をめぐる事件を表にしたものである。

これまで問題になった安楽死事件では、本人の意思表示が明確になかったにもかかわらず、医師が家族と相談の上、あるいは医師の単独判断で実行されたケースである。東海大学安楽死事件では、裁判所の安楽死に対する判断は、①耐え難い肉体的苦痛、②死期が迫っている、③肉体的苦痛を除去・緩和する方法の代替手段がない、④患者の明示の意思表示がある(表1内参照)ことで、これらの条件がそろえば、違法性がなくなるとしている。もし、今後安楽死を容認すべきだと主張する医師がいるのなら、これら条件を満たした上で、本人の意思を再確認をした上で、人工呼吸器を外す検討が求められる。警察や検察が懸念するのは、外すべきではない呼吸器を、外すべき場合のように偽装して外す場合である。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

今回、基礎的な倫理の理論(義務論・功利主義・徳倫理学・公正をめぐる理論等)、次に、生命と医療をめぐる倫理と、その生命倫理の歴史を概観してきた。生命倫理学の誕生は、医療倫理としての総体で、現在、QOLとインフォームド・コンセント、臓器移植、安楽死・尊厳死、先端医療として考察されている。また、研究倫理としてや、ケアをめぐる倫理としても検討され続けてきている。さらに、環境倫理の側面からも、情報倫理や法正義の倫理面からも思索されている。

3. 医療倫理の基本的な考え方
 疾病構造の変化（感染症から慢性疾患の時代）と消費者運動（患者は権利を持ち、意思決定を行う主体、即ち人格）による伝統的な医の倫理（バッテリーリズムと無加害原則）の再評価が求められた。時代は人間の行動と医療の日

進歩に伴い、選択、自律尊重、恩恵、無危害、公正な正義といった、社会の基本的な倫理的原則と照らして検討する必要がある。そして、個別の問題は、臨床の問題として臨床倫理や物語倫理、とりわけ、治療する者のみならず、治療を受ける者の生きる権利、死ぬ権利の、曖昧な法ではなく、具体的な論理根拠として要請されてきた。つまり、徹底した合意主義、緩和ケアの重視・充実の必要性といった環境を設定した上で、基本倫理である、自律尊重、恩恵、無危害、正義を、日常の中で検討していくことが求められる。

末期医療では、基準と手順を明確に、あるいは免責の基準の検討や倫理委員会といった施設内の決定機関を経るプロセスが論理的欠陥を補充するのかもしれない。今、できることをすることが、すべて良いこととは限らない。たとえ、良い意図から生まれた行為であってもその特性は保障されない。倫理は行動規範ではなく、実践と同時に認識の問題である。自ら行なった行為に対して、振り返ることができ、それに対して討議できるような論拠を持つことができるか否かが、医療倫理の倫理的検討において重要ではないだろうか。

(7) 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』、1293号、98頁、2005

(6) 加藤尚武：「バイオエシックスとは何か」、未来社、1986

(5) 江口聡：「安楽死問題」、『実践哲学研究』、第17号、56-66、1994

(4) 立山龍彦：「自己決定権と死ぬ権利」、東海大学出版会、1998

(3) 川瀬貴之：「ベルモント・レポートに見る臨床研究の倫理指針の問題点」

http://mituzane.lchiba-u.jp/metadb/up/BA31027730/2013no.258_61_70.pdf (アクセス20160829)

(2) 津谷喜一郎・光石忠敬・栗原千絵子訳：「ベルモント・レポート」臨床評価刊行会編『臨床評価』、28巻3号、559-568頁、2009

(1) 香川知晶：「命は誰のものか」ディスカヴァー携書、20-27、2009

参考文献

1) 香川知晶：「命は誰のものか」ディスカヴァー携書、20-27、2009

2) 津谷喜一郎・光石忠敬・栗原千絵子訳：「ベルモント・レポート」臨床評価刊行会編『臨床評価』、28巻3号、559-568頁、2009

3) 川瀬貴之：「ベルモント・レポートに見る臨床研究の倫理指針の問題点」

http://mituzane.lchiba-u.jp/metadb/up/BA31027730/2013no.258_61_70.pdf (アクセス20160829)

4) 立山龍彦：「自己決定権と死ぬ権利」、東海大学出版会、1998

5) 江口聡：「安楽死問題」、『実践哲学研究』、第17号、56-66、1994

6) 加藤尚武：「バイオエシックスとは何か」、未来社、1986

7) 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』、1293号、98頁、2005

表1 日本の安楽死をめぐる大きな報道となったケース

報道推定年月	事案	概要	判決	安楽死に関する情報
1961 (昭和36) ~ 1962 (昭和37)	積極的安楽死 山内事件 某町 一般市民(息子)	農業を営む青年(当時24歳)の父(当時52歳)は1956 (昭和31)年に脳溢血で倒れ、1959 (昭和34)年再出血を起こして半身不随になり、上下肢は屈曲位で固定され、少しでも動かすと激痛が走るようになった。吃逆の発作も起こり、「苦しい、殺してほしい」と家族に常に訴えた。1961 (昭和36)年夏家族は主治医から「おそろく後7日間か、それとも10日間くらい命だろ」と告げられた。父親の苦しむ様子を見て、この苦痛から解放することが最後の孝行になると決意した青年は、自宅に配達された牛乳瓶の中に有機リン殺虫剤を混入し、事情を知らない母親がその牛乳を飲ませたため、死亡した。	判決は懲役1年、執行猶予3年。	1962 (昭和37)年名古屋高裁における山内判決…安楽死の要件(1)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苦痛の緩和の目的でなされたこと。(3)もっぱら、病者の苦痛が、なお明瞭であったことを表明できる場合には本人の真摯な願望、または承諾のあること。(4)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認むるに足る特別な事情があること。(5)その方法が倫理的にも妥当なものであること。認むるものなること。
1991 (平成3) 4.	積極的安楽死 神奈川県 東海大学附属病院	多発性骨髄腫で入院中の患者の長男等から治療行為の中止を求められ、点滴等の治療を中止。また、執拗に「薬にきてほしい、早く家につれて帰りたい」と要望され、換化カリウム等の薬物を患者に注射して死亡させた。	横浜地判1995 (平成7) 3.28. 医師/殺人、懲役2年、執行猶予2年確定。	1995 (平成7)年(横浜地方裁判所、松浦繁裁判長)①耐え難い肉体的苦痛があること②死が避けられず、死期が迫っていること③肉体的苦痛の除去・緩和のために方法を尽くし他代手段がないこと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
1996 (平成8) 4.	積極的安楽死 京都府 国保京北病院	末期がんで入院していた昏睡状態の48歳の患者に医師の執断で筋弛緩剤を投与した。約10分後に死亡したとして、病院院長が翌年殺人容疑で書類送検された。	実際に使用した量が致死量に満たないため不起訴。	①生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示がないことに加えて、②代替手段の存在の可能性を示されず、筋弛緩剤の使用は、モルヒネの大量投与による苦痛緩和を試みた後に、筋弛緩剤を投与した。地域病院の高度な専門知識の欠如であり、山中医師の専門知識の欠如、さらに加えて、本人の意思確認条件としての「告知」もなく、地域における独自の治療の可能性あり。
1998 (平成10) 11.	積極的安楽死+治療中止(後者に焦点) 神奈川県 川崎協同病院	気管支喘息発作で意識不明状態の患者に対し、主治医が気管内チューブを抜管した。その際、患者が苦しうに見える呼吸を繰り返したことから、主治医は看護婦に命じて、筋弛緩剤を静脈注射し、患者を死亡させた。事件後3年たった2001年10月30日、麻酔科医師が内部告発という形で、次期院長に訴えた。院長は患者の診療録を横取りし、医師に面談した。医師は家族の要請で抜管を行ったが、苦悶呼吸がみられたので鎮痛剤投与と筋弛緩剤を投与したことを認めた。病院管理部長は、医師が不適切な処置により患者を死に至らせたことを確認し、医師として許されない行為を行ったとして、11月末に医師に退職を勧告し、2002年2月、医師は退職した。法人本部は、社会的に影響が大きいこと、患者家族への影響があり、組合員や職員に与えるショックも大きくなることなどが予想されたが、2002年4月、患者家族に謝罪し、記者会見で事件を公表し、事件を起こしたことをお詫びした。事件はマスコミにより、センセーショナルに繰り返して報道された。	横浜地判2005 (平成17) 3.25. 医師/殺人、懲役3年、執行猶予5年 →東京高判2007 (平成19) 2.28. 懲役1年6月、執行猶予3年 →第三小決2009 (平成21) 12.7. 上告棄却	2009 (平成21)年12月、最高裁第三小法廷は、「筋弛緩剤の検査をしておらず、余命について明確な判断を下せる状況にはなかった。チューブを抜いた行為も被害者の推定意思に基づくとは言えない」と、法律上許される治療中止には当たらないとして、被告の上告を棄却し、高裁判決が確定した。尊厳死などの延命治療の中止を巡って医師が殺人罪に問われたケースで、最高裁が判断を示した初のケースだったが、延命治療の中止が許される要件については示さなかった。
2004 (平成16) 2.	治療中止 北海道 道立羽幌病院	食事の誤嚥で心臓停止となった患者(90歳)に装着していた人工呼吸器を外して患者を死亡させた。家族は主治医に「脳死状態で回復の見込みはない」と説明した。	2004 (平成16) 5. 殺人容疑で書類送検 →不起訴2006 (平成18) 8. (因果関係認定困難)	治療中止の決定を医師が単独に行なった。治療行為の中止を決定するまでの手順が具体的に定められていなかったことは大きな問題であるとされた。
2000 (平成12) 9. ~ 2005 (平成17) 10. ※2006 (平成18) 31. 報道	治療中止 富山県 射水市民病院	平成12年以降、末期状態の患者7名(54~90歳、男性4名、女性3名)に対して、家族の希望により、外科部長が人工呼吸器を外し、死亡させた。	2008 (平成20) 7. 元外科部長と元外科第二部長を殺人容疑で書類送検(敬重処罰を求めず) →不起訴2009 (平成21) 11.	マスコミの論調の変化(患者を死亡させた医師への批判が、次第に、患者本人の意思を確認せずに延命治療を中止した当該医師を告発した病院院長への批判に変化した)。患者の家族の批判がないこと、当該医師のマスコミへの嫌な登場態度、富山テレビのドキュメンタリーの影響あり。ドキュメンタリーは2006年のテレビドキュメンタリーを受賞。
2006 (平成18) 2. ※2007 (平成19) 5. 1. 報道	治療中止 和歌山県 和歌山県立医大附属病院紀北分院	脳内出血で運ばれてきた80歳女性の緊急手術後に人工呼吸器を装着。女性が脳死状態となったため、その後、家族らが話し合い、「自然に亡くなる方法を取ってほしい」と要望。医師は何らか、呼吸器を外さないことを説明したが、同日午後9時半ごろ脳死判定として自発呼吸の有無を調べようと、医師の判断で呼吸器を外したという。患者は約30分後に心停止が確認された。	2007 (平成19) 1. 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。	紀北分院副院長は「呼吸器の取り外しについては医師個人の判断だった。医療現場の難しい問題なので、司法の判断を仰ぎたいと考えて県警へ届け出た」と話した。家族は被害届を出しておらず、「医師に感謝している」と話していたという。
2006 (平成18) 10.	治療中止 岐阜県 多治見病院	食事をのどに詰まらせ、救急搬送で蘇生後、人工呼吸器が装着されたが回復が認めない患者について、本人の「再起不能なら延命治療をしないで」との文書と家族の依頼で、倫理委員会が呼吸器を含む延命治療の中止を決定したが、県の「国の指針もなく、時期尚早」との意見で治療が中止されないうまま患者は死亡した。		患者が延命治療を拒む文書を用意していたことを受け、人工呼吸器取り外しなどの延命治療中止を認める結論を出していたことが分かった。当時の病院院長が岐阜県と相談した上で「国の指針などが明確でなく(治療中止は)時期尚早」と判断し、人工呼吸器を外さないまま患者は亡くなった。倫理委が個別患者の呼吸器外しを容認するのは全国的に珍しかった。
2008 (平成20) 4.	治療中止 千葉県 亀田総合病院	筋萎縮性側索硬化症(ALS)の患者が提出した「病状進行で意思疎通ができなくなった時は人工呼吸器を外して」という要請書について、倫理委員会はその意思を尊重するよう病院院長に提言したが、病院院長は「現行法では呼吸器を外せば(殺人容疑などで)逮捕される恐れがある」として、呼吸器外しに難色を示した。		実体的に、何をすれば法的責任(特に刑事責任)を問われ、何をしても法的責任を問われないかが不明で、現場は混乱するという医師側・治療側の問題。患者・家族やチーム医療でのプロセスを尽くせば正当化できるのかという問題。

次回、臨床倫理をめぐる医と法について検討する。

