

判例研究 末期医療における治療中止の許容性

—— 川崎協同病院事件第一審判決 ——

横浜地裁平成17年3月25日第4刑事部判決 判タ1185号114頁

古川原 明 子

1. はじめに

本判決、いわゆる川崎協同病院事件第一審判決は、東海大学安楽死事件判決¹から約10年後に出されたものである²。東海大学安楽死事件は、患者の死を招いた医師の行為を安楽死・尊厳死相当行為としてはじめて扱ったものであり、さらに（傍論ながら）治療中止および安楽死の許容性について示すなかで、それまで基本的に維持されてきた名古屋高裁判決³の6要件を見直すに及んで、高い関心を集めた。川崎協同病院事件は、東海大学安楽死事件と同じく医師を被告とするもので、横浜地裁が先に示した一般的要件が具体的事例においていかなる結論を導くのか、今後の安楽死・尊厳死行為に対する裁判所の判断の方向性を見定めようと、大いに注目されたのであった。

本判決に関しては詳細な評釈がすでにいくつかあるため⁴、全体的な検討は控え、本稿では末期医療における治療中止行為の許容性について、以下の問題意識から検討を加えたいと思う。一つは、「治療義務の限界」はいかなる法的効果を有するのかという問題であり(3(c)治療義務の限界の意義)、もう一つは治療中止（尊厳死）と消極的安楽死を法的に同義とすべきかという問題である(3(d)肉体的苦痛の要件)。

2. 川崎協同病院事件第一審判決（殺人被告事件）

(a)事実の概要

第一審にて認定された事実以下の通りである。

「被告人は、平成6年5月から川崎市K病院の呼吸器内科部長に就任し、医師として同病院の患者の診療等に従事していた者であるが、昭和60年ころから主治医として担当していたA（昭和15年1月18日生）が、平成10年11月2日から気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま入院し、治療中のAについて、延命を続けることでその肉体が細菌に冒されるなどして汚れていく前に、Aにとって異物である気道確保のため鼻から気管内に挿入されているチューブを取り去って出来る限り自然なかたちで息を引き取らせて看取りたいとの気持ちをいだき、同月16日午後6時ころ、同病院南2階病棟228号室において、A（当時58歳）に対し、前記気管内チューブを抜き取り呼吸確保の措置を取らなければAが死亡することを認識しながら、あえてそのチューブを抜き取り、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待ったが、予期に反して、Aが「ぜいぜい」などと音を出しながら身体を海老のように反り返らせるなどして苦しそうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量に投与してもその呼吸を鎮めること

が出来なかったことから、そのような状態を在室していた幼児を含むその家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、このうえは、筋弛緩剤で呼吸筋を弛緩させて窒息死させようと決意し、同日午後7時ころ、事情を知らないA准看護婦（当時24歳）に命じて、注射器に詰められた非脱分極性筋弛緩薬である臭化パンクロニウム注射液（商品名「ミオブロック注射液」）3アンプル（1アンプル2ミリリットル・4ミリグラム含有）を、Aの中心静脈に挿入されたカテーテルの点滴管の途中にある三方活栓から同静脈に注入させて、まもなくその呼吸を停止させ、同日午後7時11分ころ、同室において、Aを呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させて殺害した。」

本件は、事件発生から捜査開始までに相当期間が経過しており物証等が乏しい上に、遺族、病院関係者らと被告人との供述が鋭く対立していたため、弁護士が気管内チューブ抜管の経緯、動機、薬剤の投与目的、投与方法、投与量などの事実関係を争っていた。横浜地裁はこれに対し、詳細に証拠を挙げた上で、認定事実を以下のように補足説明している。

「被告人は、被害者を診療していく中でその身体が細菌等に冒されるなど汚れていく前に看取りたいとの気持ちをいだき（前記のとおり、被告人は、患者は気管内チューブを異物と捉えて取り去りたいという本能がある、点滴量を自然に減らすことが体にある、意識がない状態で点滴のみで生きる状態は患者にとって被害であるなどの考えを持っていたこと、被害者に出来る限り自然な私たちの死を迎えさせたい、「ナチュラルコース」でいきたいという気持ちがあったことなどを自認している。…）、自己の考えによる方針を示唆し、不十分なやりとりをただけで、それを家族らも了承したものと同様に速断し気管内チューブの抜管により穏やかに死亡させる意図でこれを実行したが、予想外の被害者の激しい苦悶様呼吸を目の当たりにして周章狼狽し、鎮静剤の大量投与も奏功しない中で、呼吸停止に直結することを知らず苦悶様呼吸を止めるため筋弛緩剤であるミオ

ブロックを静脈注射することを決意したと認めることができる。なお、既に検討したように、気道確保措置がとられなければ、本件の抜管のみでも被害者が死に至ることを認めることができ、また、人工呼吸器を付けずになされる本件のような筋弛緩剤投与も死に至らせる行為といえるところ、本件においては、前記のように予期せぬ展開から後者まで行われるに至ったという経過はあるものの、被害者を死亡させるという故意の連続性は維持されており、その下でこれらの行為が行われているのであるから、その全体を殺人の実行行為に当たるものと解することが相当であり、前記認定犯罪事実のとおり認定した次第である。」

同裁判所はこのような事実認定の下、求刑5年に対して、懲役3年執行猶予5年の有罪判決⁵を被告人に言渡し、末期医療における治療中止について以下のような判断を示した（被告人控訴中）。

(b)判決要旨

1 弁護士らの主張

弁護士らは、東海大学安楽死事件判決（横浜地判平成7年3月28日判例時報1530号28頁・判例タイムズ877号148頁）の説示を援用し、本件抜管行為が、治療不可能で回復の見込みがなく死が不可避な末期状態において、治療を中止すべく被害者の意思を推定するに足りる家族の強い意思表示を受けて、被害者に自然の死を迎えさせるために治療行為の中止としてなされたものであり、実質的違法性ないし可罰的違法性がない旨主張している。そして、本件抜管行為は、低酸素性脳損傷により意識が回復せず昏睡状態にある患者に対して、医師がその生命維持のための治療を中止したものであり、被害者の余命については、Y鑑定等によれば、約1週間から3か月程度の可能性が最も高いとされている。そこで、この点に関する当裁判所の判断を示しておく。

2 末期医療における治療中止について

このような事例、すなわち、末期医療において患者の死に直結し得る治療中止の許容性について検討してみると、このような治療中止は、患者の

自己決定の尊重と医学的判断に基づく治療義務の限界を根拠として認められるものと考えられる。

生命が尊貴であり、生命への権利・生命の最大限の保護がその担い手の生存期間の長短、健康、老若、社会的な評価等において段階付けられることなく保障されなければならないことはいうまでもない。とりわけ、医療において、生命が最大限尊重され、その救助・保護・維持が可能な限り追求されるべきであることは論を待たない。しかしながら、既に指摘されているように、近時の高度な延命医療技術発展の結果、過去の医療水準であれば人間の自然な寿命が尽きたと思われる後も、種々の医療機器等の活用によって生物学的には延命が可能な場合が生じ、過剰医療との批判も生じてきている。そのような状況が、患者に、自己の生の終わりをどのような形にするか、自己の生き方の最後の選択として、死の迎え方、死に方を選ぶという余地を与えるとともに、医師の側には、実行可能な医療行為のすべてを行うことが望ましいとは必ずしもいえないという問題を生ぜしめて来ているものと思われる。この前者が患者の終末期における自己決定の問題であり、後者が治療義務の限界の問題である。

したがって、末期、とりわけその終末期における患者の自己決定の尊重は、自殺や死ぬ権利を認めるというものではなく、あくまでも人間の尊厳、幸福追求権の発露として、各人が人間存在としての自己の生き方、生き様を自分で決め、それを実行していくことを貫徹し、全うする結果、最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができるということのいわば反射的なものとして位置付けられるべきである。そうすると、その自己決定には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが、その不可欠の前提となるというべきである。回復不能でその死期が切迫していることについては、医学的に行うべき治療や検査等を尽くし、他の医師の意見等も徴して確定的な診断がなされるべきであって、あくまでも「疑わしきは生命の利益に」という原則の下に慎重な判断が下されなければならない。また、

そのような死の迎え方を決定するのは、いうまでもなく患者本人でなければならず、その自己決定の前提として十分な情報(病状、考えられる治療・対処法、死期の見通し等)が提供され、それについての十分な説明がなされていること、患者の任意かつ真意に基づいた意思の表明がなされていることが必要である。もっとも、末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合も少なくないと思われる。このような場合には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。この点について、直接、本人からの確認ができない限り治療中止を認めないという考え方によれば解決の基準は明確になる。しかし、その結果は、そのまま、患者の意に反するかもしれない治療が継続されるか、結局、医師の裁量に委ねられるという事態を招き、かえって患者の自己決定尊重とは背馳する結果すら招来しかねないと思われる。そこで、患者本人の自己決定の趣旨に、より沿う方向性を追求するため、その真意の探求を行う方が望ましいと思われる。その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの(リビング・ウィル等)や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなるとと思われる。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、「疑わしきは生命の利益に」医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである。

治療義務の限界については、前述のように、医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況に至れば、患者が望んでいる場合であっても、それが医学的にみて有害あるいは意味がないと判断される治療については、医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはないというべきであり、この場合にもその限度での治療の中止が許容されることになる(実際には、医師が、患者や家族の納得などのためそのような治療を続け

る場合もあり得るがそれは法的義務ではないというべきである。)。なお、この際の医師の判断はあくまでも医学的な治療の有効性等に限られるべきである。医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはもちろん許されるが、それはあくまでも参考意見に止めるべきであって、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当ではないといわざるを得ない。もちろん、患者が医師を全面的に信頼し全てを任せるということも自己決定の一つとしてあり得る。さらに、医師と患者・家族の揺るぎない信頼関係が確立され、死に方の問題も医師の判断・英知に委ねるのが最も良い解決法であるとの確信が一般化しているような状況があれば（それは終末医療の一つの理想ともいえよう。）、医師の裁量に委ねることは望ましいことともいえよう。しかし、残念ながら、そのような状況にあるとはいえない現状であることは大方の異論のないところであろう。

3 本件における問題点

(1) 回復不可能性及び死期の切迫について

被告人は、被害者の脳波等の検査すら実施していないため、被害者の余命等について鑑定を嘱託されたY教授が、被害者の余命を事後的に推定するために必要な臨床的情報が揃っておらず発症から未だ2週間の時点であることから幅をもたせた推定しかできないと指摘している（甲13・3頁）。したがって、本件においては、被害者の回復の可能性や死期切迫の程度を判断する十分な検査等が尽くされていないことが明らかである。また、本件病院は川崎市所在の病床数200を超える総合病院で、被告人は当時19年余の臨床経験を有し、その呼吸器内科の長であったこと、本件抜管行為を緊急に実施すべき事情も何ら認められないことから、被告人が脳神経外科医等他の医師の意見等を徴して被害者の病状について慎重に検討を加えることは容易に可能であったというべきである。また、治療中止の前提としての死期切迫等を検討する場合には、既に述べたように「疑わしきは生命の利益に」判断すべきであるところ、本件においては、この点も問題である。すなわち、Y鑑定

等によれば、被害者の余命は、〔1〕昏睡が脱却できない場合（およそ50パーセント程度の確率）、短くて約1週間、長くて約3か月程度、〔2〕昏睡から脱却して植物状態（完全に自己と周囲についての認識を喪失すること）が持続する場合（同40パーセント）、最大数年、〔3〕昏睡・植物状態から脱却できた場合（同10パーセント程度）、介護の継続性及びその程度により生存年数は異なるとされていること、当時本件病院の同僚医師であったC及びWも、被害者については、入院2週間しか経過しておらず、未だ回復を待つべき段階にあった旨供述していること（C60頁、W31頁）などに照らせば、被害者に対しては、まずは昏睡から脱却することを目標に最善を尽くし、昏睡から脱却した場合にはさらに植物状態から脱却することを目標に最善を尽くして治療を続けるべきであったというべきであって、到底、前述の「回復不可能で死期が切迫している場合」に当たると解することはできない。

(2) 患者本人の意思の確認について

本件においては、患者の意識が回復していないので、前記のように他の資料からその意思を探求していくほかない場合といえるが、本件において、被告人は、患者を最も良く知ると思われる家族らに対しても、患者本人の意思について確認していないのみならず、その前提となる家族らに対する患者の病状・余命、本件抜管行為の意味等の説明すら十分にしていなかったことは、既に認定説示したとおりである。すなわち、被告人は、突然の被害者の入院、心肺停止、蘇生、昏睡等によって精神的に相当不安定となり医学的知識もない妻らに、9割9分植物状態になる、9割9分9厘脳死状態などという不正確で、家族らの理解能力、精神状態等への配慮を欠いた不十分かつ不適切な説明しかしておらず、結局、本件抜管の意味さえ正確には伝えられていなかったのである。家族らにおいても、患者本人の治療中止に関する意思を検討する前提となる情報を欠いていたことは明らかというほかない。なお、前記認定のように、被告人としては本件の家族らが治療中止を了解しているものと誤信していたが、この誤解も、被告人の

説明等が不十分であること、患者本人の真意の探求を尽くしていないことの顕れというべきである。結局、本件においては、被告人が診療の際に受けた患者本人の印象と前記のような家族らの誤解に基づく了承以外には、患者本人に治療中止の意思があったことを窺わせるような事情はなく、前記要件をみたしていないことは明らかである。

(3) 治療義務の限界について

被害者が本件病院に搬送されてからの病状並びに医師及び看護婦による処置の内容等は既に認定したとおりであるが、2日に心肺停止状態で本件病院に搬送されて必死の救命措置により蘇生され、集中治療室に搬送されて以降適切な医療・看護が施され、自発呼吸が出てきたことから、気道確保のために気管内チューブを残したまま人工呼吸器を離脱させて酸素を供給する装置を接続し、10日及び11日には脳の機能回復を目標に高気圧酸素療法が試みられ、12日に一般病棟に移った後もナースステーションに向き合う個室において本件抜管行為の直前まで適切な医療措置が行われていたものと認めることができる(Y鑑定等)。しかし、本件抜管の時点においては、前述のように、被害者には未だ昏睡からの回復、さらには植物状態からの回復という可能性も前述のような確率で残されていたのであるから、医師としては、本件患者の昏睡等の脱却を目標に最善を尽くして治療を続けるべきであったというべきである。そうすると、被告人の本件抜管行為は、治療義務の限界を論じるほど治療を尽くしていない時点でなされたもので、早すぎる治療中止として非難を免れないというべきである。本件においては、この観点からの治療中止も許容されないことが明らかである。

4 結論

そうすると、本件抜管行為については、その違法性を減弱させるような事情すら窺えず、実質的違法性ないし可罰的違法性がないとの弁護人の主張は採用の限りではない。」

3. 検討

(a) 本判決の位置づけ

(ア) 患者の意思

第一に確認せねばならないことは、本件事実は、刑法上一般に使われている安楽死はもとより、尊厳死のカテゴリーには本来該当しないという点である。安楽死は、終末期患者の耐えがたき肉体的苦痛を緩和するため、患者の意思に基づき、生命の短縮という反作用を有する処置を施すことで、その苦痛緩和をはかる行為である⁶。生命の短縮の程度、施される処置の性質に応じて、消極的安楽死、間接的安楽死、積極的安楽死に分類される。一方、尊厳死とは、同じく終末期患者を対象として、その患者の意思に基づき、延命治療を中止する、もしくは差控える行為である。いずれも患者の意思に基づくことが前提であり、肉体的苦痛から解放するためとはいえ、患者の意思に基づかずにその生命を短縮する行為は、非任意的（非自発的）安楽死⁷としてなお議論の対象とされることはあるが、一般の殺人行為にほかならないと評価されるのが通常である。したがって、患者の推定的意思が認められる場合、あるいは少なくとも患者の意思の存否について争いがある場合は別段、全く患者の意思に基づいていない場合を安楽死・尊厳死事件と呼ぶことは混乱を招きかねない。日本では、本人の意思にかかわらず、被害者を苦しみから解放することを目的に、これを殺害をした者が刑法199条もしくは202条で起訴された場合が「安楽死事件」と称される傾向にある。被害者が余命わずかな末期状態にはいまだ至っていない場合にも、なお安楽死事例として扱われることから、安楽死というレッテル付与に最も関連があるのは慈悲殺という概念ではないかと思われる。つまり、行為者が被害者の生命短縮をもたらす動機が決して利己的なものではなく、「本人にとって良かれと思って」「本人を苦しみから解放してやろうと思って」という性質のものであったと考えられる場合に、安楽死として扱われることになるのである。また治療中止の場合は、被害者の意思表示が事実上不可能であることを背景に、中止を求める被害

者の実際の意思表示という要件が満たされないケースであっても、やはり尊厳死として取り扱われる傾向にある。被害者の意思表示を明示のものに限らず、性格や価値観からの推定を許す、さらには家族による被害者の意向の推定を認めるのであれば、事実認定の問題として、あるいは錯誤の問題として尊厳死事例の枠内で扱うことはありうるのかもしれない。しかしながら、安楽死および尊厳死の法的許容性判断においては、まずもって被害者本人の意思に基づくことが求められるのであり⁸、本件を安楽死・尊厳死判決と呼び慣らすことに対しては注意が必要であろう。違法論として安楽死・尊厳死を扱う以上は、出発点は、被害者の死に対する意思の有無とすべきである。そこではじめてその意思がいかなる法的効果を有するのかが検討することができるのであり、また、治療中止については患者の意思要件を不要として決定を医師の裁量に委ねようという主張の是非を問うるのである⁹。

(イ) 東海大学安楽死事件との比較

本件と東海大学安楽死事件について、起訴された行為を比較対照し、本稿で検討するのはいかなる行為であるかをまず明らかにしておこう。

東海大学安楽死事件では、被告人である内科医が患者を死に至らしめるまでに、段階的な一連の行為が認められるが、以下の三つに区切ることができる。

- ① 点滴やフォーリーカテーテル等、すべての治療行為を中止（第一行為）
- ② 死期を早める可能性を認識しつつ、呼吸抑制の副作用のある鎮静剤ホリゾン、さらに抗精神病薬のセレンースを通常の二倍の量をきわめて短時間に静脈注射（第二行為）
- ③ 殺意をもって、通常の二倍量のワソランを、続いて「KCL」を静脈注射し、患者を急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた（第三行為）

このうち起訴されたのは、積極的安楽死相当行為であるところの第三行為のみであり、治療中止（第一行為）および間接的安楽死（第二行為）に

ついては起訴の対象とされていない。それにもかかわらず、治療中止および間接的安楽死の一般的な許容性を論じた点が傍論として批判されたわけである¹⁰。

これに対して本件においても、被告人は患者の死を招くにあたって、以下の三段階の行為を行ったとされるが、いずれも起訴の対象となった。

- ① 患者が死亡することを認識しながら、気管内チューブを抜管（第一行為）
- ② 鎮痛剤を多量に投与（第二行為）
- ③ 窒息死させようとの殺意をもって、筋弛緩剤を点滴管を通して静脈に注入（第三行為）

本判決は、治療中止（第一行為）から鎮痛剤および筋弛緩剤投与という間接的安楽死、積極的安楽死相当行為（第二、第三行為）について、「予期せぬ展開から後者まで行われるに至ったという経過はあるものの、被害者を死亡させるという故意の連続性は維持されており、その下でこれらの行為が行われているのであるから、その全体を殺人の実行行為に当たるものと解することが相当」と述べて、これらを一連の行為として扱っている。とはいえ、本判決の焦点が治療中止の要件にあることは明らかである。気管内チューブの抜管行為につき実質的違法性ないし可罰的違法性の欠如を理由として、弁護人が許容性を主張したことに対応したものと思われるが、その結果、間接的安楽死と積極的安楽死について東海大学安楽死事件判決が示した要件をいかに踏襲するのかは明らかにされなかった。

したがって、東海大学安楽死判決と本判決の重なり合いは、治療中止の許容性に認められるが¹¹、一方は傍論（さらに言えば一審確定判決である）でもあり判例として扱うには留保すべき点がないとは言えない。

事実関係については、行為態様以外の点でも、東海大学安楽死事件と本件は異なっている。まず、東海大学安楽死事件においては、患者の予後は4、5日ないし1週間程度であり末期患者と認められたのに対し、本件では患者の昏睡からの回復、さらには植物状態からの回復可能性が高い確率で認められ、およそ「回復不可能で死期が切迫してい

る場合」とは言えない段階であった。次に、患者の家族が治療中止や薬剤投与について有していた態度であるが、東海大学安楽死事件においては、医師の行為を誘発したのは患者の長男であり、特に薬剤投与については、長男の強い要求により医師はいわば追い詰められたような心境からこれを行っている¹¹。これに対して本件で認定された事実によれば、患者の家族は患者の病状、被告医師の意図についてほとんど理解が出来ておらず、当時理解できたとしたならば、筋弛緩剤投与はもとより、その時点での気管内チューブの抜管にはおそらく賛成しなかったであろうと思われる。ただし、東海大学安楽死事件では、長男の強い要請は、患者の推定的同意の認定にはつながらないとされたため、いずれの事件においても、医師の行為に対して患者の明示の意思表示はもちろん、その推定的意思も認められないという点では、両事件は共通している。また、行為時に患者が無意識状態であり、肉体的な激痛を外見上は認めえない点も、共通する事実である。

いずれにしても、患者本人はもとより家族による要請もなく、医師が独断で行ったのであれば、東海大学安楽死事件はもちろん、それ以前の安楽死事例に比べて本件は問題点があまりに多い。安楽死・尊厳死判例としての意義は、東海大学安楽死事件判決にフィードバックすることでようやく認めることができるため、本稿ではたびたび東海大学安楽死事件判決に言及している。

(b) 治療中止の意義と射程

中止した場合に、尊厳死あるいは消極的安楽死に相当する行為として捉えられる治療は、いかなるものであろうか。この点については、東海大学安楽死事件判決が治療中止の許容性の要件に準じるものとして、「中止してよい治療はどのような種類の治療か」を示したにすぎない。東海大学安楽死事件判決は以下のように述べる。

「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及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、すべてが対象となってよいと考えられる。しかし、どのような措置を何時どの時点で中止するかは、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、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。」東海大学安楽死判決が、栄養・水分補給を中止の対象として含ませたこと、また、褥瘡（床ずれ）の予防や入浴、排泄の介助といった基本看護に触れなかったことに対しては批判もあったが¹³、本判決は、この点について言及していない。その中止が殺害行為と見なされる治療を考えるに、本件における気管内チューブがその範疇に含まれることは明らかであるが、「中止がただちに生命短縮をもたらすような治療（生命維持治療）」とそれ以外の治療を区別することは不要なのだろうか。生命維持治療の中止が認められた以上、全ての治療・看護の中止が許されるのだろうか。あるいは逆に、生命維持治療を継続する義務がなくなれば、それ以外の治療や看護を施すことは全て過剰治療として非難されるべきことなのだろうか。本判決で中止の対象となる治療についてわずかに示されているのは、「医学的に見て有害あるいは意味がないと判断される治療」という基準である。栄養・水分補給がこれに含まれるのか、基本看護はどうなのか、この基準から答えを導き出すことはできない。生命維持治療とそれ以外の治療を明確に線引きすることは困難であろうが、せめて段階付けなりが、治療義務の限界との関係で現場関係者からは望まれるところであつたろう¹⁴¹⁵。

次に、治療中止と治療の差控えは法的評価に差をもたらすかという問題がある。安楽死、尊厳死議論においては、治療中断という作為と、治療差控えという不作為の区別がさかんに論じられた経緯があるが、東海大学安楽死事件判決も本判決も、この点についてはあまり関心を示さない¹⁶。しかし、本件において治療中止と認定されたところの気管内チューブ抜管は、その外形的態様によれば「作為」である。人工呼吸器のスイッチをオフすることが作為なのであるから、より身体の動き

を必要とする抜管行為は当然に作為と見なされるであろう¹⁷。治療中止のうち身体的動作を要する行為を「作為による不作為」と捉えるなど、治療中止全般を不作為とする主張も少なからず存在するが¹⁸、その理論的正当性が十分に受け入れられているとは言いがたいように思われる¹⁹。後述するように、判決が治療中止を許容する根拠として「治療義務という作為義務の不存在」を掲げるのであれば、治療中止が作為であるか不作為であるかは非常に重要な問題である。対象者の余命がわずかとなり、もはやこれ以上の治療を施す義務はないと考えられる時点を経て、治療という作為義務が解除された後であれば、不作為と見なされる治療中止については刑法上の責任を問わないことは可能であるが、作為と見なされる行為を許容するためには、更に説明が求められよう。また、治療義務の不存在に基づく不作為という構成によるのであれば、医師以外の手による治療中止行為の扱いが異なる可能性もある。名古屋高裁判決が求めていた「医師の手によることを本則とし」という要件を、東海大学安楽死事件判決は治療中止についても、安楽死についても示さなかったが、その意味するところは何なのだろうか²⁰。

このように考えると、本判決が許容性を論じた治療中止については、前提となる諸概念がいまだ明確とは言えず、仮に東海大学安楽死事件判決および本判決をもとにガイドラインや法律を作成するとすれば、この点についての検討が必要とされるであろう。

(c) 治療義務の限界の意義

本判決では、治療義務の限界について論じた部分は最後になるが、治療中止の許容性判断に関しては、これが第一の要件とされていると考えることができる²¹。判決では、以下のように述べられている。「治療義務の限界については、前述のように、医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況に至れば、患者が望んでいる場合であっても、それが医学的にみて有害あるいは意味がないと判断される治療については、医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはないという

べきであり、この場合にもその限度での治療の中止が許容されることになる（実際には、医師が、患者や家族の納得などのためそのような治療を続ける場合もあり得るがそれは法的義務ではないというべきである。）」ここで生じる疑問として、①その時点は客観的に明確なのか、②治療義務の限界到来後に、患者が治療継続を望んだ場合に、それが何によって保証されるのか、③治療義務の限界は、生命維持治療義務（延命治療義務）の限界にすぎないのか、あるいは全ての治療・看護を施す義務の限界なのか、が考えられる。

①に関しては、「医師が可能な限りの適切な治療を尽くし医学的に有効な治療が限界に達している状況」を現実にはいかに判断するかが問題となろう。この表現は、東海大学安楽死事件判決が「患者が…、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること」と述べた部分に対応するものと思われる。本稿で対象とする川崎協同病院事件判決ではたびたび「疑わしきは生命の利益に」判断せよと指摘されているところ、また具体的なあてはめの段階で「回復不可能性及び死期の切迫性」として論じられているところであるが、一見すると客観的な死期の切迫性を求めているようにも思われる。そしてその判定方法については、本判決が、脳神経外科医等の他の医師の意見を徴していなかった点をあげて被告医師を非難するのは、東海大学安楽死事件判決が「複数の医師による反復した診断によるのが望ましい」と述べた部分に依拠するのであろう。ただし本判決では、事後的に余命を推定するための鑑定にあたって、必要な臨床的情報が揃っていないという点が、十分な検査等を尽くしていないことのあらわれとして判断されているが、被告医師が「最善を尽くし」ていなかったことをもって、ただちに回復不可能性や死期の切迫性を否定するかのような表現には多少飛躍があるようにも感じられる。このような表現は、客観的な治療義務の限界という理解にはいささかそぐわないのではないか。客観的な治療義務の限界というある一定のポイントを観念するのであれば、たとえば、医師が可能な限りの全ての治療を尽くした時点と、以降の延命治療が無効である時

点は必ずしも一致しないという主張がありうるが²²、本判決の考え方とは相容れないものなのかもしれない。本件事実とは異なり、患者が治療中止について明確に意思表示をしていた場合であれば、回復不可能性や死期の切迫性判断が多少なりとも緩やかになることがあるのかという問題も、治療義務の限界の客観性との関連で考えるべき事柄であろう。また、客観的な問題であるべきとしても、医学的にどこまで厳密な判断ができるのかという問題はなお残る。

②は、治療義務の限界が到来した後に患者が治療継続を求めた場合、それが果たして保障されるのかという問題である。本判決は、「医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはない」と明言しているのであるから、患者が治療を継続して欲しいと願っても、それを認めるか否かは医師や現場の判断次第ということになるのであろうか²³。医師が無益と考える治療として、およそ医学的適応性・医術的正当性もない治療を考えるのか、あるいは治療の利益が多少なりとも認められるもの考えるのか。これが分けられないまま議論が進んでいる印象がある。この二つを明確に場合分けした上で、医師の裁量の問題を考えるべきではなかろうか。患者本人についてそうであるならば、その家族の希望が認められる可能性は、さらに低いものとなるであろう。栄養・水分補給や基本看護も、継続あるいは開始の義務なき治療と判断された場合に、患者や家族を待ち受けるのはいかなる死であるのか。「人間の尊厳、幸福追求権の発露として」「最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができる」という状況は、どれほど保障されるのだろうか。「医療者は宿命的に延命に向かう」などということはなく、現実にはむやみな延命措置が行われているというよりも、行われるべき措置が十分に行われていないとするならば²⁴、上述の懸念は現実離れした杞憂とは言えない。医療費抑制と保険給付の見直しがますます進む高齢化社会においては、尚更である²⁵。

さらに根本的な疑問は、治療義務の限界が上述のような法的効果を有するのであれば、患者の自

己決定権はいかなる意味を持つのであろうかということである。「自殺や死ぬ権利を認めるというものではな」ということは、治療義務の限界が到来するより前に、患者が治療中止を求めることはできないという意味であろう。しかし、治療義務の限界に至ったならば、患者の意思とは無関係に、医師は治療を中止することができるのである。この点の不明確さは判決の構造からもうかがえる。判決は具体的当てはめにおいて、まず「回復不可能性及び死期の切迫性」を判断し、その後に「患者本人の意思」について検討し、最後に「治療義務の限界」を判断しているのであるが、なぜ死期の切迫性と治療義務の限界を切り離して論じているのであろうか。本件が全くもって許される治療中止にあたらないことを駄目押ししたと考えられないこともないが、この二つは関連させて論じることが自然ではないかと思われる。東海大学安楽死事件判決は、「治療義務の限界」と「患者の自己決定権」を根拠に、積極的安楽死が認められる要件さえも示したのであるが、治療中止の場合にも同じ方程式によっているのであろうか。その点の不明確さが本判決で表明化している。その上で本判決は、患者の意思について、家族による推定さえも許すのであるが、そもそも患者の推定的意思に実際の意思表示と同じ法的効果を認めることができるかが疑問であり、事前の意思表示としてのリビング・ウィルでさえ、その法的効力に疑問なしとはいえない²⁶。家族による忖度に至っては、もはや「患者の自己決定」といえる代物ではない。「患者本人の意思」という服を着た他の誰かの意思を、医師による治療中止決定の正当性を担保するためだけに求めることとどれだけ異なるのであろうか。治療義務の限界が到来するよりも比較的前の時点で、延命治療を中止する可能性を認めてもらいたいという希望は決して少ないものとは思われず、治療義務の限界と患者の自己決定権の衡量はここで意味を持つのではないだろうか²⁷。いくつかの場面を考えてみよう。

- (i) 死期が切迫しつつも、治療義務が限界に達していない時。
- (ii) 死期が切迫しつつ、治療義務が限界に達して

いる時。

(iii) 死期が切迫せず、治療義務が限界に達している時。

このうち、(i)の場合には患者の自己決定権が認められる可能性はあるかもしれないが、自殺と見なされるような決定は許されないということから、その余地は極めて限られるのではないかと推測される。(ii)については、上述のように、患者の自己決定権には積極的意義が認められない。(iii)の場合、まず、何が回復なのか、何を目指す治療なのかを検討する必要がある。その結論によっては、治療義務が限界に達している患者に持続的植物状態患者が含まれる可能性すら否定できない。いずれも本判決の射程ではないため検討は他日に譲るが、問題は複雑である。

③は、前述した治療の種類の問題と関連するが、一つの素朴な疑問を提示するにとどめる。治療中止の上位概念である尊厳死という名称は、「人間としての尊厳を保ちつつ死を迎える」という定義から付けられたものである。これは、医療技術の単なる客体として無意味と思われるような延命措置を施される状態を避けたい、という多くの人々が共有する願望に基づいている。ところが、判例により認められる治療中止の有様は、そうした願望に沿っているのだろうか。延命治療のみならず、栄養・水分補給を中止され、基本的な衛生看護も受けられない患者の状態は、尊厳ある状態と言えるのだろうか。患者の家族に心安らかな看取りの時間をもたらすのだろうか。患者が主体となる終末期医療であるべきと考えるならば、患者の意思と無関係に決定される「治療義務の限界」を基軸に治療中止の許容性を論じるという方向性には、首肯しかねる²⁸。

(d) 肉体的苦痛の要件

本判決では直接述べられていないが、本判決の評釈において触れられた点について、次に考えてみたい。東海大学安楽死事件判決は、肉体的苦痛について以下のように述べていた。「精神的苦痛が末期患者にとって大きな負担となり、それが高まって死を願望することもあり得ることは否定できないが、安楽死の対象となるのは、現段階にお

いてはやはり症状として現れている肉体的苦痛に限られると解すべきであろう。苦痛については客観的な判定、評価は難しいといわれるが、精神的苦痛はなお一層、その有無、程度の評価が一方的な主観的訴えに頼らざるを得ず、客観的な症状として現れる肉体的苦痛に比して、生命の短縮の可否を考える前提とするのは、自殺の容認へとつながり、生命軽視の危険な坂道へと発展しかねないので、現段階では安楽死の対象からは除かれるべきであると解される。もちろん精神的苦痛は、前記の治療行為の中止に関連しては、患者がそれを望む動機として大きな比重を占めるであろうし、それを理由に治療行為の中止を拒む根拠にはならない。」「消極的安楽死といわれる方法は、前記治療行為の中止の範疇に入る行為で、動機、目的が肉体的苦痛から逃れることにある場合であると解されるので、治療行為の中止としてその許容性を考えれば足りる。」消極的安楽死と治療中止（尊厳死）を区別することなく扱うことについて、違和感はあまり見られない²⁹。しかし、東海大学安楽死事件判決が示した治療中止の要件と、安楽死の要件を比較してみよう。治療中止については、回復不可能性と死期の切迫性が求められており、一方の安楽死についても、「治療不可能な病気に冒され回復の見込みがなく死が避けられない末期状態」が要件として掲げられている。一見すると治療中止と安楽死が認められる時点は同じようにも思われるが、続けて横浜地裁は「直ちに死を迎えさせる積極的安楽死については、死期の切迫性は高度のものが要求されるが、間接的安楽死については、それよりも低いもので足りる」と述べているのである。やはり安楽死においては、「耐えがたい激しい肉体的苦痛」の存在が、いわば緊急避難類似の状況をもたらしているのもであって、そこで許されるのはいかなる行為かが問題となるのである。だが、治療中止（尊厳死）の状況では、このように生命利益と対峙する利益が観念しづらく、安楽死よりも正当化は困難であると言われてきた。異なる議論を経てきたカテゴリーを、治療の中止ということを理由にただちに一緒にすることには賛成しがたい。また、包摂関係が必ずしも正確に捉え

られているとも思われない。間接的安楽死についての東海大学安楽死事件判決は、行為が許される時点が、客観的には決まらないことを示唆しているように思われる。治療義務の限界と、患者の自己決定権のそれぞれが有する意義を再検討する必要があるだろう。

4. おわりに

川崎協同病院事件第一審判決以降、医師が末期患者の死に積極的に関る事件が頻繁に報道されている。羽幌病院事件³⁰、射水市民病院事件³¹、医師以外の手によるものでは愛知入院患者殺害事件³²などいずれも記憶に新しい。一連の安楽死「的」事件は、多発というよりもむしろ今まで隠されていた医療現場の実情が表面化したと考えた方が適当であろう³³。さらに、こうした事件への反応として、尊厳死法の法制化案が再浮上し、これに対する反対派の動きも活発である³⁴。

また、東海大学安楽死事件および本件においては、いずれも患者本人の意思が不明確であり、その点が裁判所の判断に影響していることは明らかであるが、「では、同様の状況で患者の明示の意思表示がある場合、それに従った者はいかなる責任を問われるのか」という疑問が必ず生じる。この点に関して、同じ横浜地方裁判所が、本判決直前の平成17年2月14日の判決（判例集未登載）において、ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の求めに応じて、人工呼吸器のスイッチを切り死亡させた母親に嘱託殺人罪を認めたとのことである³⁵。

日本の安楽死、尊厳死議論は前者については法的許容性がほぼ確立し、後者については消極的安楽死及び間接的安楽死の許容性は認めるものの、積極的安楽死についてはこれを否定するという方向で議論は収束しつつあり、比較的早くから関連団体により提案されてきたガイドライン、試案、提言などが目指す着地点もおおむねその範囲内にあるというのが、これまでの状況であった³⁶。しかし、横浜地裁判決の影響を受けた、近年の安楽死、尊厳死議論の再燃は、趣きをかなり異にしている。

今後の議論の流れがさらに注目される。

〔追記〕本稿脱稿後に、「日本救急医学会が、患者や家族の同意など一定の条件下で延命治療を中止できるとする終末期医療の指針案をまとめた」との報道に接した。

〔追記2〕控訴審は一審判決を破棄、被告人を懲役1年6月執行猶予3年とした（東京高判平19年2月28日）。

注

- (1) 横浜地判平7年3月28日判時1530号28頁
- (2) 事件発生は、東海大学安楽死事件から約7年半後、同事件の判決からは約3年半後である。
- (3) 名古屋高判昭37年12月22日高刑集15巻9号674頁
- (4) たとえば甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任—川崎協同病院事件第1審判決によせて—」ジュリスト1293号(2005)103頁以下、小林憲太郎「治療中止の許容性の限界—川崎協同病院事件—」刑事法ジャーナルvol. 2(2006)84頁以下など。
- (5) 事件発生は平成16年の法改正以前であるため、刑法199条の下限は懲役3年であった。判決は、執行猶予付きの刑としては最高刑を科しているが（ちなみに東海大学安楽死事件判決は懲役2年執行猶予2年）、量刑事情については前掲・小林94頁の指摘など参照。
- (6) 全く生命の短縮をもたらさない苦痛緩和措置を「純粹安楽死」として安楽死の一類型とする場合もあるが、検討の対象から除外して構わないであろう。
- (7) アメリカの議論においては、患者の意思に基づく自発的(voluntary)安楽死、無能力であるがゆえに患者の安楽死要請が存在しない非自発的(non-voluntary)安楽死、患者が安楽死を拒否している不本意的(involuntary)安楽死という分類も見られる。
- (8) 名古屋高裁判決で患者の意思が安楽死適法化の第4番目の要件とされていたのに対し（しかもそれは必須ではなく、むしろ周囲の者の心情に重きが置かれていた）、東海大学安楽死事件判決は患者の自己決定権を基軸にして安楽死・治療中止の許容性を論じようとしており、この点を積極的に評価したものもある。たとえば土本武司「安楽死合法化の根拠と要件」『中山研一先生古稀祝賀記念論文集』第一巻(1997)276頁以下、281-282頁は、方法の倫理的妥当性を不要と

し患者の意思に主体的な地位を認めたとして、名古屋高裁の示した6要件に対する批判を克服し、合法的積極的安楽死の可能性をもたらしたと評している。

- (9) 町野朔「東海大学安楽死判決覚書」ジュリスト1072号(1995)106頁以下、同「法律問題としての『尊厳死』」加藤＝森島編『医療と人権』(有斐閣, 1984)209頁以下、同「違法論としての安楽死・尊厳死—複合的な視点」現代刑事法第二巻第6号(2000)37頁以下、「《対談》生命倫理と刑事規制のあり方」同第4号(2002)4頁以下、秋葉悦子「同意殺人—自己決定権の限界」法学教室232号(2000)2頁以下、同「自己決定権の限界—東海大学安楽死判決事件への疑問と新たな手がかり」法の理論17(1997)79頁以下など。また、本判決においても、判断を医師に一任することが、終末期医療の理想として挙げられている。
- (10) 町野朔「『東海大学安楽死判決』における末期医療と法」法律時報67巻7号(1995)106頁以下、108-109頁、福田雅章「安楽死(東海大学安楽死事件)」医療過誤判例百選〔第二版〕(1996)130頁以下、131-132頁など。
- (11) ただしこの「治療中止」が、尊厳死のみならず消極的安楽死を含むのかについては後述のように注意が必要である。
- (12) 弁護士は本件は長男の教唆に基づくものであると主張したが、この長男は起訴されていない。
- (13) たとえば、大嶋一泰＝大谷實＝紙屋克子＝神野哲夫＝唄孝一「〔座談会〕『尊厳死』論議の光と影」ジュリスト1061号(1995)7頁以下など。
- (14) 私見では、生命維持治療とそれ以外の治療の間には、量的ではなく質的な差を認めるべきであり、生命維持治療の中止を通常の治療選択の延長線上に捉えることは疑問である。古川原明子「生命維持治療と患者の自己決定権」一橋法学第2巻第1号(2003)145頁以下参照。ところで、中止が許される延命治療の定義がこれまで論じられてこなかったわけではない。たとえば中山研一「尊厳死問題を考える」中山研一＝石原明編著『資料に見る尊厳死問題』(1993)45頁以下など。
- (15) たとえば次のような例を考えてみよう。①末期患者からの要請なく、人工呼吸器を外し、同時に全ての治療、看護を中止し、患者は死亡した。②末期患者からの要請なく、転位を中止し、患者の体にはたくさんの褥瘡が生じた。治療義務の限界をどう解するかは問題であるが、とにかく治療義務は継続しているものとする。生命維持治療と基本看護のどちらが最後まで施されるべきなのか。
- (16) 判決中の「医師においてその治療を続ける義務、あるいは、それを行う義務は法的にはない」という表現によれば、「続ける」「行う」は治療の「中止」「不開始」にそれぞれ対応していると考

えられ、作為と不作為を同じものとして扱っているようである。

- (17) たとえば町野朔「違法論としての安楽死・尊厳死」現代刑事法第2巻第6号38頁は、人工呼吸器のスイッチを切る、点滴装置を撤去するなどの行為に作為性を否定することは困難であると述べる。ほかにも大谷實『医療行為と法〔新版補正版〕』(1995)243頁。
- (18) たとえば井田良『刑法総論の理論構造』(2005)28頁以下、214頁以下は「作為による不作為」による解決を主張する。なお甲斐克則「人口延命措置の差控え・中断の問題について(五)」同(六)「海保大研究報告第32巻第2号31頁以下および第33巻第1号は、医師と患者関係の中で、一定の条件下で人工呼吸器を遮断することの社会的意味を検討した場合、もはやそれ以上の治療を続けられないという不作為であると解釈して、身体的活動だけに固執してこれを作為であるとするのは妥当ではないと述べるが、「作為による不作為」という概念範疇を不要なものとして退けている。
- (19) 結局のところ「何が(中止を許される)治療か」という判断を治療義務の存否あるいは不作為性判断により先取りしており、トートロジーに陥っているのではないかという疑問がある。また、上田健二『生命の刑法学』(2002)240頁以下を参照。
- (20) 死期の切迫性判断および苦痛緩和措置を行うことができるのは医師だけであるから、実質的には医師以外が主体とはなりえないと考えられるが、では医師以外が行為に及ぶことは一切許されないのかについては議論のあるところと思われる。
- (21) 小林・前掲93頁。
- (22) たとえば小林・前掲93頁。
- (23) このような場面の一つの例として、『ケース・スタディ 生命倫理と法』ジュリスト増刊(2005)CASE5が興味深い。
- (24) たとえば立岩真也「他者を思う自然で私の一存の死」『思想』976号(2005)23頁以下およびその注に挙げられている文献など参照。
- (25) 最近では、高齢者が高齢者を自宅で介護せざるをえない場合も多く、介護疲れから殺人や無理心中に至った事件が報道されることは珍しくない。
- (26) たとえば、大谷・前掲注239頁など。
- (27) アメリカで生命維持治療判決のさきがけとなったクインラン判決のあまりにも有名な一文、「州の利益は身体的侵襲が増大し、予後が暗くなるにつれて減少し、個人のプライバシー権は増大する」という定式が想起される。Matter of Quinlan, 355 A.2d 647 (1976), 664.
アメリカの生命維持治療判決では、治療を決定する権利の裏返しとしての治療拒否権という

- 考え方も有力だが、日本の安楽死判決ではあまりこのような表現は見られない。なお輸血拒否に関する下記判例も参照。最高裁平 12・2・29 判時 1710 号 97 頁(損害賠償請求上告, 同附帯上告事件)
- (28) 正面から論じることには抵抗もあろうが、「医療資源の適正な配分」という観点からの議論であれば、むしろ分かりやすいのではないだろうか。尊厳ある死を求める患者の意思を考えるに、患者の自己決定権による理論化がやはり必要ではないかと感じる。古川原・前掲注参照。
- (29) たとえば小林・前掲 88 頁は、人工呼吸器取り外しなどにより自然な死を迎えさせる行為を「尊厳死(消極的安楽死)」と呼んでいる。
- (30) 「延命治療中止で患者死亡、殺人の疑いで医師書類送検へ：道立羽幌病院の女性医師(33)が昨年二月、入院していた患者(当時 90)の人工呼吸器のスイッチを切り、死亡させた問題で、道警は二十六日、殺人の疑いで五月にも女性医師を書類送検する方針を固めた。道警などによると、延命治療の中止だけで殺人容疑で書類送検するのは全国初。調べでは、女性医師は食事をのどに詰まらせ心肺停止の状態昨年二月十四日に道立羽幌病院に搬送された男性患者に対し、翌十五日午前十時四十分ごろ、人工呼吸器のスイッチを切り、死亡させた疑い。」2005/04/27『日本経済新聞』北海道朝刊 その後、「北海道羽幌町の道立羽幌病院で 04 年 2 月、男性患者(当時 90 歳)が人工呼吸器を外されて死亡した事件で、旭川地検は、殺人容疑で書類送検された担当の女性医師(34)を起訴するのは困難との見方を強めている模様だ。複数の医師が「死亡と呼吸器外しとの因果関係は薄い」との鑑定結果を提出しており、不起訴となる公算が大きい。」との報道があった。毎日新聞 2006 年 6 月 4 日
- (31) 「富山県の射水市民病院で末期患者 7 人が人工呼吸器を外され死亡した問題は、病院が公表して半年が過ぎた。県警は専門家に依頼したカルテの鑑定を終え、殺人容疑での書類送検を視野に捜査中だが、立件するかどうかは微妙な情勢だ。地元では元外科部長の医療現場への復帰を求める署名活動が進められ、1 万人以上が賛同した。」2006 年 10 月 02 日 asahi.com
- (32) 「愛知県瀬戸市の青和会中央病院で、入院中の女性患者が首を切られて死んでいるのが見つかった事件で、県警瀬戸署などは 30 日夜、静岡県浜松市内にいた容疑者(75)を殺人容疑で逮捕した。容疑者は殺害をほのめかすメモを残して逃げていたが、「(被害者に)頼まれてカッターナイフで殺した」などと容疑を認めているという。調べでは、容疑者は 9 月 26 日午後 9 時半ごろから 27 日午前 5 時半ごろの間、同病院 3 階の病室で女性患者の首を刃物のようなもので切り、失血死させた疑い。女性患者は末期の乳がん今年 6 月から入院し、容疑者がほぼ毎日看病していたという。供述によると、2 人は約 10 年前からの知り合い。女性患者は痛みがひどく、鎮痛剤も効かなくなっており、ナースコールのコード線を自ら首にかけて「絞めてくれ」と言ったという。容疑者がためらうと、女性患者が首を切ってくれという意思表示をしたため、右手にカッターを持たせ、自分の右手を添える形で首を切ったという。9 月 26 日夜、看護師が容疑者と女性患者が病室にいるのを目撃。遺体のそばに「彼女の願いを拒めませんでした。後を追います」などと殺害をほのめかすメモがあったことから、同署などが行方を追っていた。」2006 年 10 月 01 日 excite ニュース
- (33) 「終末期患者に延命施さず 病院の 56%」がなどで終末期を迎えた患者に対し、人工呼吸器を取り外す、当初から装着しないなど、延命措置の中止や差控えを行ったことのある病院が 56%に上ることが、読売新聞社が全国の医療機関に実施したアンケート調査で明らかになった。2006 年 7 月 31 日読売新聞
- (34) 2005 年に超党派の国会議員が集まって結成された「尊厳死法制化を考える議員連盟」(中山太郎会長)と、これに反対する「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」の立ち上げなど。前者については、日本尊厳死協会の役割が重要である。荒川迪夫・井形昭弘「尊厳死法の立法化を望む」日本医事新法 No.4274 (2006) 58 頁以下など。後者については、立岩真也『ALS：不動の身体と息する機械』(2004) などが論争の前線にいる。
- (35) ただし、ALS 患者は、ただちに末期患者といえるわけではない。
- (36) 厚生労働省「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」(2006)、厚生労働省「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」(2006)、日本学術会議死と医療特別委員会『『死と医療特別委員会』最終報告書—尊厳死について』(1994)、日本医師会「医師の職業倫理指針」うち「(20) 末期患者における延命治療の差し控えと中止」(2004) など。