大阪公立大学
Osaka Metropolitan University
学術情報リポジトリ

# 末期医療における看護活動の法律問題：東海大学病院事件を通して考える(社会科学系)



| メタデータ | 言語: Japanese |
| --- | --- |
| | 出版者: |
| | 公開日: 2009-08-25 |
| | キーワード (Ja): |
| | キーワード (En): |
| | 作成者: 星, 和美 |
| | メールアドレス: |
| | 所属: |
| URL | https://doi.org/10.24729/00010865 |

大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要，Vol 4, 1998
Bulletin of Osaka Prefectural College of Health Sciences



解　説

# 末期医療における看護活動の法律問題
## －東海大学病院事件を通して考える－

星　和美
(大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科)

# Legal Issues of Nursing Care for Patients in the Advanced Stage of a Terminal Illness: Discussion on Euthanasia at Tokai University Hospital

Kazumi Hoshi

(Department of Nursing, Osaka Prefectural College of Health Sciences)

**Key words**: advanced stage medical care; euthanasia; legal issues of nursing

## はじめに

生ある者は必ず死を迎える。そして多くの人はできるだけ安らかにその最期を迎えたいと願っている。それだけに安楽死や尊厳死については強く関心を抱かせるテーマであるが，今日の多元的社会において人間の価値観はさまざまであり，これらの問題についての考え方もまたさまざまであると考えられる。

末期医療の現場は生命の尊重が問題とされる最後で最大の場面であるが，末期の段階にある患者は意識障害があることが多く，またたとえ意識が清明であっても権利の主体として十分にそれを行使することができないことが多い。このような患者に対し末期医療に携わる医療従事者(以下，医療者と略す)は，患者の生命と権利を支えるべくそれぞれの役割を分担している。そのような中で平成3年4月いわゆる東海大学病院「安楽死」事件（以下，東海大学病院事件とする）が起こり，平成7年3月被告医師に殺人罪が適用された。そして当時事件を明らかにする契機となった看護婦＜士＞（以下，＜士＞の表記を省略する）の立場や行動の意味は問われず，むしろ新聞や週刊誌の報道の中には「ひとりよがりな正義感を振り回した偽善者」として看護婦の行動を否定するもの*1)もあった。他方，被告医師を起訴する必要性があったのか，また被告医師の行為が違法であるならば，死期を早めた「罪となる事実」に至るまでの一連の行為において，教唆した家族や結果的に援助したことになる他の医師や看護婦にも刑罰が科されるべきではなかったかとする意見[1]もあった。このようにこの事件に関してはさまざまな論議をもたらしたが，立場によりそのとらえ方は異なるものと思われる。

このような状況に対し，日本看護科学学会看護倫理検討委員会[2]は平成3年6月に「看護倫理からみた東海大学病院事件―報道が問わなかった問題を問う―」と題し，医師の裁量権と看護婦の役割に関する問題と課題について緊急に提言している。その要旨は，ことの重大さに気づいて上司に報告した看護婦および看護部長の行動を勇気あるものとしたうえで，医師の指示権に対する看護婦の拒否権の存在を明らかにし，患者の生命と権利を支える者として末期医療における看護婦の役割の重要性を看護婦自身がもっと自覚するとともに，看護婦に対する評価の是正を社会一般に訴えるというものであった。

医療に携わる職業は多種にわたりそれぞれが連携して機能しているが，末期医療において看護婦の果たす役割

*1) 週刊新潮平成3年5月30日号「東海大『安楽死』事件，みんな納得するのに目を剝ぐ『偽善者』」では，看護婦の行動を「一人よがりな“正義感”を振り回してコトを“告発”に及んだ」とし，この看護婦の行動を制止できなかったのは「“仁術”としての医のあり方を説いて納得させる能力をもたなかった東海大病院の幹部のせいである」と報道している。

は大きく，専門職としての倫理や価値観が問われる場面も多い。例えば家族と医師の合意で病名告知をしていない患者から「本当のことを教えて」と依頼されたときなど，その対応において倫理的ジレンマを感じることがよくある。また医師から「安楽死」のための注射準備や実施を指示された場合には看護婦としてどう対処すべきか，医師の治療方針と患者や家族の立場を配慮する看護方針とが対立する場合など，医師－看護婦の法的関係において看護婦はどのような立場になるのかなど検討すべき問題も多い。しかしながら，これらの問題の法的側面においては看護婦として十分検討していないのが現状である。したがってこの点について検討することは，看護婦の専門的立場を明らかにし末期患者に対する良質かつ適切な看護の提供につながることになり意義があるといえる。

看護活動には保健婦，助産婦，看護婦，准看護婦の活動があるが，本稿では特に看護婦の行う看護活動に焦点を当て，東海大学病院事件の判例を通して検討する。

## I. 末期医療と看護活動

### 1. 末期医療とターミナルケア

末期医療について論じるに当たり，まずその定義を明確にする。

「医療」については平成4年に追加された医療法第1条2項「医療は，生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし，医師，歯科医師，薬剤師，看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき，医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに，その内容は，単に治療のみならず，疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」の規定に準ずる。この医療法に基づき医療の担い手つまり医師や看護婦などの医療者は，医療を受ける者（本稿では「患者」と限定する）を中心に連携し，信頼関係に基づいて患者の健康問題の解決に向けてそれぞれの役割を分担している。

では「末期医療」とはどのような医療なのか。一般に末期とは状態が非常に悪くなり救い難い時期をいうが，医療における末期とは症状が悪化し現在のいかなる治療技術をもってしても治癒を果たし得ない段階をいう。症状や個人による差が大きく，その期間は一般に余命数か月から数時間といわれている。そしてこの段階では特定の臓器や疾病のキュア (cure)，つまり治療のための処置はできないが，心身にわたる全人的なケア (care)，つまり症状コントロールのための世話や看護はできるといわれる。したがって末期医療の段階は「生命はなによりも尊い (sanctity of life, SOL)」という考え方の医療から，「人間らしい生命・生活の質 (quality of life, QOL)」を保障する努力が求められる段階である。

末期医療はまたターミナル・ケアと呼ばれることもある。ターミナルの語源はラテン語の terminus (テルミヌス，境界) であり，ターミナルケアは，この世との別れである死が迫っている人々をできるだけ苦痛なく新しい世界へ移してあげるための援助であるといわれる。このように末期医療とターミナルケアは厳密には異なった意味をもつが，基本的にはどちらも末期患者への良質で適切な援助を目指すものである。本稿では末期医療という言葉を用いるが，その医療の中心はケアであり，看護婦の役割が重視される場面として考える。

### 2 末期医療の法律問題―安楽死と尊厳死―

末期医療の場面では個人の価値観や肉体的・精神的苦痛などさまざまな理由から安楽死や尊厳死，治療行為の中止が問題になることがある。安楽死と尊厳死は両者とも重い疾患をもって生命の終焉を迎える点では共通する。しかしながら，安楽死の場合には，患者に少しでも意識があって，肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしたが依然として患者が絶え難いほどの肉体的苦痛を感じていること，死期が切迫していること，苦痛の緩和と除去を望む患者の意思表示が存在することが不可欠の要因である。安楽死は，治療の副作用により死期を早めることになる間接的安楽死，患者の死苦を長引かせないために延命のための積極的措置をとらずに治療を打ち切り，その結果死期を早める消極的安楽死，そして直接生命を断絶することによって患者の死苦を終わらせる直接的安楽死に分類される。一方，尊厳死の今日的解釈をまとめると，「末期状態の患者で人工の生命維持装置の助けを借りなければ延命の方法がないか，あるいはこの人工の装置で現在かろうじて生きている意識喪失状態の患者に対して，人間としての尊厳を失わないための死に方を尊重して，その患者の意識喪失前の意思表示がある場合に限って，その延命的方法を中止し，よってその者を死に至らしめること」とされる。このように尊厳死は消極的安楽死の延長線上にあると解釈されることもあるが，多くの場合患者に意識や判断能力がなく，必ずしもその前提として肉体的苦痛が存在するものではない点，死期が切迫しているとは限らない点で安楽死とは決定的に異なるものとされている。いずれにしても医療者の行為が患者の死期を早めることになれば，刑法第199

条殺人罪あるいは第202条同意殺人罪の構成要件に該当するため，それぞれの許容要件と照らし合わせて検討することが必要となる。

一方，民法の立場では医療は患者と医療側との契約であるとされる。この医療契約は患者側からの診療の申し込みと医療側の承諾という意思表示の合意によって成立する。契約内容は個別的で多様であるが，医療法に基づき良質かつ適切なものであることが求められる。すなわち看護においては「良質かつ適切な看護」が契約内容であるといえる。

3. 医師の指示と看護活動

看護婦の業務は保健婦助産婦看護婦法（以下，保助看法と略す）第5条[*2]で「療養上の世話」と「診療の補助」と定められ，また同第37条[*3]では条件付きで「医師又は歯科医師の指示（以下，医師の指示とする）」を必要としている。この「指示」という用語については，その拘束力は実際には指揮または命令に準ずる[*4]という解説がある一方，被指示者はそれに法的に拘束されるわけではない[*5]という解釈もある。看護業務については一般に後者を採用しているが，その解釈を採れば 医師の指示が「患者にとって良質かつ適切であるかどうか」について看護婦としての独自の判断ができ，「良質かつ適切でない」と判断した場合は医師の指示を拒否できるものと考えられる。他方「医師の指示通りに実施しなくては，患者の安全・安楽を守ることができない」と看護婦が専門的に判断し医師の指示通りに実施した場合は，その判断・行為・結果に対する責任は医師だけにあるのではなく，看護婦にもあると考えることができる。

看護婦の業務はこの医師の指示との関係で諸説に分かれる。つまり①「療養上の世話」と「診療の補助」の業務全般について医師の指示の下に行われるべきだとする説，②「療養上の世話」は看護婦が独自の判断で行うことができ医師の指示はいらないが「診療の補助」には必要だとする説，③「療養上の世話」は原則として医師の指示は不要であるが，患者の状態により医学的判断を要するものについては，その前提として医師の指示を必要とするという説がある。さらに第37条の新解釈により④看護婦の業務に「医行為の代行」を加え，「療養上の世話」と「診療の補助」は看護婦独自の本来業務であり，医師の指示を待つことなく行えるが，「医行為の代行」のみ医師の指示を必要とするという説[3]が出ている。このようにさまざまな考え方ができるが看護の専門性と独自性を根拠に「療養上の世話」については専門職として看護婦が主体的に判断し実施する本来業務であるとする見解が多い。ここでは看護活動の実態と専門性向上の期待から，「診療の補助」には医師の指示が必要だが「療養上の世話」には医師の指示を必要としないという立場から末期医療における看護活動を考えていきたい。

## II. 東海大学病院事件とその検討

1. 東海大学病院事件の概要

1) 事実の経過

平成3年4月に起こったいわゆる東海大学病院“安楽死”事件[*6]といわれるこの事件は，癌の一種である多発性骨髄腫に侵され末期状態にある患者の家族から「これ以上見ているのは辛い」「すべての治療を中止してほしい」と要請された医師が，昏睡状態におちいった患者に対して積極的治療を中止し，さらに家族から「早く楽にしてほしい」と懇願されたため塩化カリウム溶液（以下，KClと表示し溶液を略す）を静脈注射して患者を死亡させたというものである。安楽死に関する事件としては，はじめて医師の行為が裁かれるケースとして注目された。

平成7年3月に下された横浜地方裁判所（以下，横浜地裁と略す）の判決は，まず治療行為の中止（尊厳死）と安楽死の問題を分けて考え，両者の一般的許容要件を明

---

*2) この法律において「看護婦」とは厚生大臣の免許を受けて傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする女子をいう。

*3) 保健婦，助産婦，看護婦又は准看護婦は，主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外，診療機械を使用し，医薬品を授与し，又は医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ，衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない。但し臨時応急の手当をなしまたは助産婦がへその緒を切り，浣腸を施し，その他助産婦の業務に当然付随する行為をなすことは差し支えない。

*4) 高辻正己編（1996）「法令用語辞典」（学陽書房，p.320）では「指示は，法律的には指揮又は命令よりは言わば弱く，また軽く，勧告よりは言わば強く，また重い場合に用いられると言うことができる。ただし（中略）その拘束力は，実際には指揮又は命令に準ずるものということができよう。」と解説している。

*5) 田島信威（1998）「最新法令用語の基礎知識」（ぎょうせい，p.257）によると指示とは「ある機関が関係の機関や人に対してその所掌事務に関する方針，基準，計画等を示して，これを実施させることをいう。（中略）必ずしも上級機関・下級機関の関係にあるものに限らず，またなすべきことを一般的・抽象的に示し，被指示者はそれに法的に拘束されるわけではない場合に用いられることが多い」としている。

*6) 横浜地方裁判所平成7年3月28日判決，判例タイムス877号148頁，判例時報1530号28頁より。

示した上で，本件は積極的安楽死に当たらないとして殺人罪を適用し，懲役2年・執行猶予2年で量刑し，その後確定している。

裁判の過程において弁護人は，「被告人が公訴事実の行為に及んだのは，患者の長男の強い要請に基づくもので，それは教唆に当たるにもかかわらず，検察官は，教唆者である長男は起訴せず，被告人のみを起訴したのであるが，そうした起訴は公正さを欠き，違法というべきであるから，公訴棄却が相当」としたが，判決は「患者の家族である長男と医師である被告人との地位・立場の違い，教唆者と実行行為者との責任の相違などを考慮すれば，検察官が被告人のみを起訴したことは違法であるとはいえない」とした。

この事件の経過については横浜地裁による判決文の「事実の経過」に基づき，表1にまとめた。

2) 判決の要旨

判決は，「従来安楽死の方法といわれているもの」には，「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不作為型の消極的安楽死といわれるもの」，「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可能性がある治療型の間接的安楽死といわれるもの」，「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とる積極的安楽死といわれるもの」があるとし，「消極的安楽死といわれる方法」は「治療行為の中止の問題であり，いわゆる尊厳死の問題でもあり，その許容性を考えれば足りる」とした。そして，医師による「治療行為の中止」および「間接的安楽死」措置は本件起訴の対象とはなっていないが，被告医師が最終的に行った積極的行為の違法性・有責性を判断するには，「それに至るまでに行った行為についてもその適法性を点検し，全体として検討することが必要である」とし，治療行為中止と安楽死に分け，表2に示すように各

**表1** 東海大学病院事件の経過

| |
|---|
| 平成2年12月4日，患者（58歳，男性）は多発性骨髄腫の症状が進行したため再入院。<br>平成3年3月末，当時の主治医より長男に対し，「4月中には死亡する可能性が高い」と告げられた。 |
| 4月1日より，被告人が主治医となるが，研修医が主に担当していた。<br>11日より，被告人が本格的に患者の治療と家族への対応に当たることとなった。<br>11日夕，被告人が長男に対して病状を説明したが，長男は患者の死期が迫ったときにはすべての治療を中止するように申し入れた。被告人は長男の申し出を断り，治療を最後まで継続して行うことが医師の務めであることを説明した。しかし長男は死期が迫ったときは無意味な治療をやめ，苦痛なく安らかに死を迎えられるようにしてほしい旨希望したので「いよいよ死を迎えたときには心肺蘇生はやめましょう。」と答えた。<br>12日，患者の意識レベルがさらに低下し，呼びかけにも反応しなくなった。 |
| 13日(死亡当日)，長男は被告人に「点滴やフォーリーカテーテルを抜いてほしい。早く家に連れて帰りたい。これ以上父の苦しむ姿を見ていられないので，苦しみから解放させてやりたい。」と強く要望した。被告人は家族の説得を試みたが家族の決意は固く，患者の余命もあと1～2日と考えられたので，午前11時20分ごろ，治療の全面的中止を看護婦に指示した。このとき長男は，患者が自然の状態で眠るように死亡するのではないかと思った。<br>午後5時30分ごろになっても患者は苦しそうな呼吸をしているため，長男は被告人を呼び「苦しそうなのでエアウェイを取ってほしい。」と頼んだ。被告人は長男の説得を試みたが，結局エアウェイを取り外した。 |
| 午後6時ごろになっても患者は依然として死亡せず，鼾をしていることから，長男は「鼾を聞いているのがつらい。楽にしてやってください。」と強く要望した。被告人は医師として積極的に死期を早めることはできないと思ったが，長男の要望は強く，鼾を減らす目的で呼吸抑制の副作用のある鎮静剤ホリゾンを通常の2倍量静脈注射した。長男は何も言わず，それを側で見ていた。<br>午後7時になっても患者は相変わらず鼾をかくような苦しい呼吸をしていた。そこで長男は被告人に「鼾が止まらない。早く家に連れて帰りたい。」と強く要望した。被告人はこれ以上薬を使わないで済まそうと長男を説得したが，聞き入れられなかった。そこで同じく呼吸抑制の副作用のある向精神薬セレネースを通常の2倍量静脈注射した。注射の後，長男に対し「あなたは薬を使って死なせてくれというようなことを言っているが，そのようなことは法律上許されておらず，医者としてもそのようなことはできない。」旨，強く言った。<br>午後8時10分になっても容体は変わらず，怒ったような顔をし腕組みした長男より「先生は何をやっているんですか。まだ息をしているじゃないですか。どうしても今日中に家に連れて帰りたい。何とかしてください。」と激しい調子で要望された。<br>長男から強く要請された被告人は，薬物で患者の息を引き取らせることを決意し，<br>午後8時35分ごろ，患者の病室で，徐脈・一過性心停止作用のある不整脈治療薬である塩酸ベラパミル製剤（ワソラン）の通常の2倍量を静脈注射し，患者の脈拍等に何の変化もみられなかったことより引き続き，希釈しないで投与すれば心停止作用がある塩化カリウム溶液20 mLを希釈せずに静脈注射した。途中患者の心電図モニターに異常を発見したK看護士が病室に来て「心室細動が出ています。」と被告人に声を掛けたが，そのまま注射を続けて打ち終え，まもなく心電図モニターで心停止するのを確認し，心音や脈拍，瞳孔等を調べて，長男に「ご臨終です」と告げ，よって，午後8時46分ごろ，急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた。 |

（平成7年3月28日横浜地裁判決より要約）

**表 2**　東海大学病院事件判決が示した要件

| 治療行為中止の要件 |
|---|
| 1) 患者が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にあること。<br>患者の自己決定権は死ぬ権利を認めたものではなく，死の迎え方や死に至る過程についての選択権を認めたにすぎない。生命を救助することが不可能で，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初めて治療の中止が許される。死の回避が不可能な状態かどうかは複数の医師による反復した診断によるのが望ましい。<br>2) 治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し，それは治療行為の中止を行う時点で存在すること。<br>患者の自己決定権に由来することから，患者の明確な意思表示が望ましい。その前提として，病状や治療内容の正確な認識が必要で，病名告知やインフォームド・コンセント（十分な説明に基づく同意）が重要。患者の明確な意思表示がないときは，家族による患者の意思の推定が許される。<br>3) 治療行為が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。どのような措置をいつ，中止するかは死期の切迫の程度，その措置の中止による死期への影響の程度などを考慮して決定される。 |
| **安楽死の要件** |
| 1) 患者が耐え難い激しい肉体的苦痛が存在すること。苦痛は肉体的苦痛に限られ，精神的苦痛は含まれない。<br>2) 患者の死が避けられず，かつ死期が迫っていること。<br>3) 患者の意思表示が存在すること。<br>4) 方法としては間接的安楽死と積極的安楽死が許される。 |
| ［間接的安楽死が許容される要件］<br>①患者に耐え難い激しい肉体的苦痛が存在すること。<br>②患者の死が避けられず，かつ死期が迫っていること。<br>＊患者の明確な意思表示が存在しないときは事前の文書または口頭による意思表示，家族の意思表示からの推定が許される。 |
| ［積極的安楽死が許容される要件］<br>①患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること。<br>②患者は死が避けられず，その死期が迫っていること。<br>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他に代替手段がないこと。<br>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。 |

（平成 7 年 3 月 28 日横浜地裁判決より要約，下線は筆者による）

許容要件を述べている。

そして判決は治療行為の中止（尊厳死）および安楽死の一般的許容要件について判断した上，本件被告人の具体的行為について以下のような結論を示した。

①治療行為の中止（点滴・フォーリーカテーテルの取り外し[*7]，エアウエイ[*8]の除去）は，行為時すでに患者は苦痛を感じる状態になかったことを家族は正確に把握しておらず，被告人自身も患者と家族との意思疎通がまだ十分でなく家族の意思表示が十分かどうか判断できる立場になかった。したがって本件家族の意思表示をもって患者の推定的意思も認定できないことより，治療行為中止の要件を満たしていない，とした。

②ホリゾン[*9]・セレネース[*10]の注射については，鼾および深い呼吸の除去を目的としており，苦痛の緩和が目的ではない。また①同様，家族の意思表示が患者の推定的意思とはいえないとした。したがって間接的安楽死要件を満たしていない，とした。

③ワソラン[*11]・KCl[*12]の注射は，患者はすでに行為時に意識を失っており前提となる肉体的苦痛はなかった。したがって肉体的苦痛を除去するため，医療上の他の手段が尽くされたとか，他に代替手段がなく死に致らすしか方法がなかったとはいえない。

さらに患者本人の意思表示もない。したがって積極的安楽死の要件を満たしていない，とした。

以上より，被告人の起訴対象となっている KCl などを注射して患者を死に致らしめた行為は，それに至る経過を含めて全体的に評価しても実質的ないし可罰的違法性あるいは有責性が欠けるとはいえない。つまり安楽死行為とはいえないとした。

*7) 尿毒素や不純物を体内から排泄できなくなり，心臓に負担がかかり，病状悪化，短命効果を伴うおそれがある。

*8) 舌根沈下を防ぎ，気道確保する用具。

*9) 呼吸抑制の副作用があるため，死期を早めるおそれがある。

*10) 興奮や不穏状態を抑制するが，副作用として呼吸困難，血圧降下などがある。

*11) 不整脈治療の薬，血圧降下，一過性心停止の副作用がある。

*12) 心臓伝導障害の副作用があり，希釈せず静脈注射すれば確実に死亡する。

2. 事件の検討―チーム医療における看護婦の責任―

本件判決は末期医療の直面する問題に一定の判断を下し，その意義は大きいと思われる。しかしながらこの事件はそもそも患者自身が肉体的苦痛を感じる状態にはなく，患者本人の意思表示はもちろん，家族による推定的意思も患者の意思を推定するに足りるものではないことより，基本的には安楽死問題から外れるものである。本人の意思が不明な本件においては結果として積極的に死期を早めることになった「罪となる事実」は違法行為といわざるを得ないと考える。

この判決は医療現場に多くの示唆を与えているが，その中でも次の2点に注目したい。まず緩和医療の進歩により積極的安楽死は成立しない，今後検討されるのは「尊厳ある生」と「尊厳ある死の迎え方」であるということ，次に末期医療におけるチーム医療の整備，患者やその家族へのケア体制の整備が必要である，ということである。しかもこの医療水準，看護水準が全ての病院で十分に整えられることが求められる。

この事件が起こった当初，大学病院という性質上，一人の患者に対し一人の医師のみで診療に当たっているわけではないのではないか，他の医師はどのように接していたのか，また看護婦は患者や家族および医師に対してどのようにかかわっていたのか，さらに「安楽死」を「要請」した患者の家族の責任は問われないのか，被告医師だけに非があるのかなどいくつかの疑問を感じた。

これらの疑問に対し，判決文では家族の頻回にわたる「要請」の経過と年度替わりの病院内部における人的環境の不備，その狭間で苦悩し決定的な決断を下す被告医師の状況を描いており，ある程度の解答を与えた。しかしながら患者や家族の近くにいるはずの看護婦の姿が判決文からはほとんどみえてこない。家族への説得や治療行為の中止の段階で看護婦が登場するが，判断力や意思をもった専門的職業人としての扱いではないように思われた。もちろん裁判の対象は被告医師であり看護婦の行為の是非を問うものではないが，医療チームの一員としてこの事件における看護婦の役割は何だったのか，看護婦に問われる責任とは何なのか，という視点から本件事件を検討してみる。

この判決に関する批評はさまざまであるが，まず「この事件がなぜ起訴されて刑事裁判に取り上げられたか」[4]という疑問がある。また「被告医師の一連の行動には，医師として問題があるという人もいるであろう。しかしそこまで法が，特に刑法が干渉すべきなのだろうか。末期医療における医師には，これまでと同じように直截に患者の福利のために行動する裁量の余地を与え，法の威嚇から自由に行動する権利を認めるべきであった」[5]という見解もある。さらに「刑事政策的視点，特に刑法適用の謙抑性と補充性*[13]」の視点からみて，公訴棄却すべきであった。(中略) 被告医師一人に有罪判決を言い渡し，医療チームの共同責任者や『父親殺し』を教唆した長男の刑事責任をまったくの不問に付したこの判決に疑問を呈する。」[1]という意見もある。他方でこの判決を高く評価する見解[6]もある。

奥野[7]は，横浜地裁が「量刑の理由」の中で厳しく指摘した事件の裏側にあるさまざまな問題点について，公判記録より事実を詳細に検証し判決文では不明であった以下の点について具体的に報告している。その内容は，病院長や他の医師たち，看護婦8名，患者の妻と長男などによる公判での供述および検察官面前調書をもとに，病院のチーム医療の機能が不十分であった実態，延命中心の医療であり末期医療に対する取り組みが欠如していたこと，当該患者と家族に関わった他の医師たちのそれぞれの事情，また「睡眠剤投与」に関する患者の妻と医師のトラブルの経緯，当時の看護体制と看護婦の関わり，など*[14]である。そして奥野は看護婦の検察官面前調書が公判廷に証拠として提出されたものの，看護婦の誰ひとりとして証言台の前に立たされた者がいないことを指摘し，この裁判に「物足りなさを感じる」理由としている。さらに末期医療に対する新しい思潮のなかで被告医師が有罪の結末となったことを極めて残念なこととした上で，医療者側とその管理者，そして医学教育，看護教育の問題を指摘し「医療人の間で，自らを改善すべく，議論が尽くされんことを期待する」としている。

この奥野論文により裁判の結果違法な行為と評価された一連の行為の全容が明らかになった。詳細な報告の中から看護婦が関与している点をまとめて以下に示す。

①治療行為の中止については，まず高カルシウム血症の治療薬と抗癌剤の注射および痰の吸引の不実施，さら

---

*[13] 刑法は社会的制裁の「最後の手段」として使うべしとする法原則。

*[14] 奥野善彦「人間として，医療人として－東海大『安楽死』事件はわれわれに何を教えたか」看護管理，医学書院，①事件の概要とその背景にあるもの (1996,1 p 66-72)，②末期医療の現場での誤ったインフォームド・コンセント観 (1996,2 p 140-147)，③看護者たちの逡巡 (1996,3 p 214-220)，④続・看護者たちの逡巡 (1996,4 p 286-294)，⑤白い巨塔 (1996,6 p 430-436)，⑥クオリティ・オブ・ライフ (1996,7 p.506-516)，⑦医学教育の見直しが迫られている (1996,8 p 587-595)，⑧「安楽死」事件が問う医療人の倫理 (1996,9 p 672-678)。

に点滴とフォーリーカテーテルの取り外しについて家族から求められた主任看護婦（前受持看護婦）は「先生とよく話し合った方がいいですよ」と対応している。その後医師の指示を受けた看護婦長代理（病棟責任者）は家族を説得に行くが，むしろ強い要請に屈し納得して戻ってきている。そして点滴などの取り外しを医師から指示され実施したのは主任看護婦（前受持看護婦）である。

②エアウェイを取り外したのは被告医師であるが，現受持看護婦はその直後被告医師がエアウェイを持っているのを見て，「どうしたんですか」「いつ取ったのですか」と質問し，その回答を得て看護記録に記載しただけにとどまっている。

③薬剤投与のうちホリゾンの注射については，通常の2倍量の用意を指示された現受持看護婦が「ツーアン（プル）でいいんですか」と念を入れて尋ねたが，「いいよ」という返事に疑問をもちながら，医師の判断だからいいと思い注射器に吸引して準備し被告医師に渡し，医師とともに患者の部屋へ行き医師が通常より速い速度で注射するのを黙って見ている。

④その後夜勤婦長が巡回したときに，当日のリーダー看護婦が家族の希望で点滴，フォーリーカテーテル，エアウェイを取り外し，ホリゾン2アンプルを注射したと報告しているが，夜勤婦長は何も言わなかった。

⑤セレネースの注射については，通常の2倍量を静脈注射したのは被告医師である。しかしその準備の状況や，看護婦たちが制止しようとしたかどうかについては不明である。

⑥患者を死に至らしめた行為であるKClとワソランの注射については，被告医師よりその保管場所を尋ねられたリーダー看護婦は，「患者を早く死亡させるつもりではないか」と思ったが，「いくら何でもKClを希釈することなく静脈注射することはないと思い」，KClについては保管場所を説明し，ワソラン2アンプル（通常の2倍量）については薬剤部に取りに行くよう言われたが，「かかわりあいになりたくないと考え」，4枚綴りの注射薬用紙に“ワソラン2A”と書いて被告医師に渡している。その時リーダー看護婦は「本当に使うんですか」と言ったが被告医師は何も言わなかった。その後被告医師によりKClとワソランが注射され患者は死亡した。

以上のような具体的状況をみていくと，被告医師が決定的判断を下すまでに複数の看護婦がこの医師や患者および家族と接していることがわかる。そしておそらく一連の行為の直前までは，看護婦として患者の生命力の消耗を最小にするためのケアを確実に，また誠意をもって行っていたものと思われる。しかしながら上記に示すように，この段階において結果的には主体的に患者の身体と生命を安全に保護し，患者の権利を尊重して「療養上の世話」を行う看護婦の姿が見えてこない。患者は自己の病名については長男の希望で告知されておらず，意識が清明だったときには医学書を読んだり，他の病院や他の医師に受診したりするなど積極的に病気と取り組んでいた。看護婦，特に前・現受持看護婦たちはその患者の状況や心情を把握していたはずである。現実には「患者は本当の病名を知りませんでしたし，死にたいなどと言ったことはないはずです」という現受持看護婦の検察官面前調書の内容が，患者が「死の迎え方ないしは死に至る過程についての自己決定」がなかったことを裏付ける証拠になったとされている。療養生活が脅かされていく患者に対し，「医師の指示」の名の下に治療行為の中止や薬剤投与の実施および補助を行った看護婦たちの存在は単なる医師の手足[*15]のような感じがして残念である。これは保助看法に規定された「療養上の世話」という看護婦の業務を主体的に遂行していないことになる。また「診療の補助」については「治療行為を行うにあたっては，常にその補助者として関与することになる看護者たちに『適切な治療行為』が行われることを監視させ，その実行を補弼する役割を与えたものと解される」という見解[7]もあり，この点でも看護婦たちがその役割を十分に果たしていないということもできる。

いずれにしても看護婦として患者の生命を支える立場にあり，被告医師の違法行為を予見できる立場と知識をもちながらそれを不作為で回避しなかったという行為は，保助看法で定められた業務である「療養上の世話」と「診療の補助」に伴う注意義務を怠ったという民法第709条の不法行為[*16]，さらに刑法第218条の保護責任者遺棄致死罪[*17]に問われる可能性がある。また医師の

---

[*15] 看護婦手足論の手足という言葉は，次の判例から来ているといわれる。昭和13年，看護婦ではないが，産婆が処方箋の十二指腸虫駆虫剤ネマトール球1個を12個と誤読して包装し，医師もそれを確かめなかったために患者が中毒しした事案で，判例は「自己ガ当然ニ為スベキ職務行為ノ一部ヲ自カラ手足ニ於ケルト同一ノ関係ニ於イテ担当セシムルモノナリ」と判断したところによっている。

[*16] 故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ権利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス

[*17] 老年者，幼年者，身体障害者又は病者を保護する責任のある者がこれらの者を遺棄し，又はその生存に必要な保護をしなかったときは，三年以上五年以下の懲役に処する。

指示により，看護婦が実行した点滴などの治療行為の中止については，これは医師による殺人教唆と解釈することも可能である。そして看護婦が殺人行為になることを知りながら取り外しを実行したとすれば殺人の実行犯であり，被告医師とは共犯の関係にあたることになる。実際にはこの時点で患者が死亡することはなかったため殺人にはならなかったが，刑法第203条の殺人未遂罪に当たり刑事責任を問われることにもなると考えられる。

しかしながらこれら看護婦の責任が問われなかったのは，検察官や裁判官が看護婦の業務はすべて「医師の指示の下」で行うものと判断したことによると思われる。実際の具体的状況を振り返っても患者を保護しようとする看護婦の専門的判断が見当たらず，看護婦の位置づけをそのように判断されるのも無理がないといえるかもしれない。また「伝統的な病院内での医師－看護婦関係は特別な上命下服関係にある」[1]という一般的な理解もあるのが現状であろう。しかしながら末期医療に携わる看護婦は，患者の身体的・精神的問題に対してあらゆる専門的知識と技術をもって対処し全人的なケアを行う専門家であるべきである。日々の業務や自己の保身を優先して，ケアの対象である患者を見失うことがあってはならないと考える。

この事件における看護婦の責任を検討するとき，医療者と家族の誰もが，すべての行為において「患者の意思」を基準にして考えられなかったことがまず大きな誤りであった，と思われる。したがってこの判決は自己決定権尊重の視点においてとりあえずは納得ができる。しかしその上でやはり被告医師一人を犯罪者にしたこの判決は妥当でないように考える。その理由として，例えば医療チームの他の医師や看護婦たちにも責任を問うことが可能であるということ，またこの事件の具体的背景を考えると，被告医師の行為には刑罰をもって処罰するほどの可罰的違法性はなかったのではないかと思われることである。それ以上に，たとえ違法性があったとしても，患者家族の執拗な要請（あるいは教唆）を受けて，他の適法な行為によって患者家族が納得するという意味における「患者を安楽にさせる」方法を見出し得なかったのではないか，つまり「激しい調子で被告人に迫る長男の態度からしていくら拒んでも拒み切れないかもしれないなどと考え，肉体的にも精神的にも相当疲れ切っていて自己の立場に十分な思いを巡らすこともできずに，追い詰められたような心境から，長男の要求どおり患者にすぐに息を引き取らせてやろうと考えるに至った」被告医師の行為については，他行為可能性や期待可能性がなかったとして，責任阻却できたのではないかと考える。

以上のことより，この判決は，安楽死や尊厳死に対する一定の判断を示したことには意義があると思うが，事件の具体的評価においては，医療チームのそれぞれの役割や末期医療の現実を十分に把握して検討されたものではなかったように考える。

## III. 末期医療と看護活動の法的検討

### 1. 末期患者のケア－末期医療の現場から－

東海大学病院事件の判決後，平成8年6月に京都のK病院において病院長による“安楽死”事件が起きた。平成9年4月にこの元病院長は書類送検されたが，物的証拠が乏しく筋弛緩剤投与と患者の死の因果関係などの立証が困難と判断した京都地方検察庁は平成9年12月に不起訴処分とした。この事件では当時の病院長から指示された注射の準備と実施を看護婦が拒否し反対したと伝えられているが，不起訴処分となったため具体的内容は不明である。

これら二つの事件については医学や法学に関わる者だけでなく，あらゆる方面から末期医療に対するそれぞれの意見が述べられている。患者になる可能性は誰にでもあり，ましてや死は全ての人に平等に訪れるものである。日本文化の中で長い間死を語ることはタブーとされてきたが，情報社会，高齢化社会の背景や，患者の権利を支える動きの中で徐々に「死を語る」準備が整ったといえる。

最近の医学や看護学などの教育現場では，病気を治すのは患者自身でそれをサポートするのが医療者であるという構図ができており，癌患者に対しても積極的治療が可能な段階では告知するケースが増えてきている。しかしながら告知しないケースも依然として多く，医療者にはそれぞれの患者の状況に応じた個別的な対応が求められている。ところで医学が進歩したといっても永遠に人間の生命を継続させることは不可能であり，病気との闘いを終えていずれ人間は死に至ることになる。この「生の終え方」，「死の迎え方」がこれからの課題である。

その一つの選択がホスピスである。ここでは患者の身体的・精神的・社会的苦痛が癒され，QOLの低下をきたすことなく安楽でその人らしい人生の終末を送ることを目指した医療が行われている。具体的には身体的痛みに対する麻薬（モルヒネ）による疼痛緩和医療が施される。積極的治療は本人が希望すれば行うが強制はしない。家族とともに日常の生活ができる空間・環境が準備され精神的な安定感が得られる。チューブにつながれて身動き

の取れない状態にはならない。また終末期の不穏状態や苦悶状態を来したときは，本人の意思に基づいて麻酔薬によるセデーション (terminal sedation，鎮静ともいう) を行う。このようなケアの中で患者は尊厳ある死を迎えることができる。

従来この麻薬の使用に対しては，呼吸抑制の副作用があることから間接的安楽死にあたるのではないかという問題提起がなされていた。しかし今日では研究が進められ，世界保健機関 (WHO) による使用法の基準が示されて副作用の発現が押さえられている。またセデーションについても同様の問題が投げかけられているが，麻酔薬そのもので死期を早めることがあったとしても，セデーションの目的が疼痛や症状の緩和を意図しており，医療行為としての正当性があることより間接的安楽死には当たらないといわれている[8]。さらにセデーションにより意識を消失させることは刑法第 204 条の傷害罪に当たるという見方もできるが，これについても本人の意思により緩和医療 (palliative care) やホスピスを選択していること，そして正当な医療行為であることより容認されるものと考えられる。

ところでホスピスは患者を全人的にとらえ生活の場を提供しているが，現在わが国ではホスピスそのものよりも，一般の病院の中に設置している緩和病棟のほうが多い。一般病棟からこの緩和病棟に転室する患者にとっては，不安と絶望感で複雑な心境になるといわれる。この患者の身体的・精神的苦悩を受け止めるためにも，専門的なケア技術をもった医療者が必要とされる。

またホスピスや緩和病棟に限らず，末期患者の苦痛を緩和・除去するためのケアが一般の病院でも提供されている。そのほとんどのケースにおいて医の倫理と家族の思いやりによる患者を中心にしたケアがなされ，患者を見守り見送っている。そこには法律問題が存在するのであろうか。また積極的安楽死を行う必要性があるのであろうか。看護の専門性・独自性は発揮されているのであろうか。これらの視点を常に心に刻み，末期患者に対する看護活動を進めていくことが望まれる。

末期医療においては歯車が一つ狂えば法律問題が生じる可能性があり，その可能性が常に内在していることは事実である。また法的には違法でないと判断されても倫理的に許されるものとは限らない。この事実を医療者自身が真剣に受け止め，自分たちの問題として倫理的側面への検討を深めることが必要である。

## 2. 看護活動の法的・倫理的課題

東海大学病院事件の判決に際し，横浜地裁はその量刑の理由の中で「末期医療におけるチーム医療の機能の不十分さ」を指摘しその整備の必要性を示唆したが，今回この末期医療において重要な役割を担うとされる看護婦の活動について法的側面から検討してきた。

患者の権利が宣言され，SOL から QOL 向上を中心に医療が展開するようになってきた今日，末期医療においてはこの思潮がさらに大きくクローズアップされる段階であり，安楽死や尊厳死の問題をはじめさまざまな法律問題が存在することが確認された。

これらの諸問題については複雑で個別的な要素をもっているが，基本的には患者および家族と医療者間の信頼関係を成立させることが重要であり，お互いの立場を尊重して総合的視点に立ち，医療者自身が主体的にまた倫理的判断に従って医療を展開していくことができれば，法律，特に刑法上の問題になることはないと思われる。

**表 3** 看護婦の倫理規定

人々の看護へのニーズは共通で，その基本は不変である。看護婦の基本的責任は，人々の健康を増進し，疾病を予防し，健康を回復し，苦痛を軽減することである。この責任を遂行するにあたっての看護婦の行動の指針を日本看護協会は以下のように提示する。

1. 看護婦は，人間の生命を尊重し，また人間としての尊厳および権利を尊重する。
2. 看護婦は，対象の国籍，人種，信条，年齢，性別，社会的身分，経済的状態にこだわることなく対応する。
3. 看護婦は対象のプライバシーの権利を保護するために，個人に関する情報の秘密を守り，これを他者と共有する場合については，適切な判断のもとに対応する。
4. 看護婦は，現実の状況下において個人としてあるいは他者と協働して，常に可能な限り高度な看護を提供する。また自己の実施した看護については個人として責任をもつ。
5. 看護婦は，対象のケアが他者によって阻害されているときは，対象を保護するよう適切に行動する。
6. 看護婦は，地域における健康問題の解決のために住民と協力するとともに，国の政策決定に積極的に参画する。
7. 看護婦は，常に質の高い看護を提供できるよう個人の責任において継続的学習に努める。
8. 看護婦は，看護実践の水準を高め，よりよい看護ケアのために研究に努める。
9. 看護婦は，人々に常に質の高い看護を提供できるよう看護教育の水準を設定し，実施する。
10. 看護婦は，常に看護水準を高めるような制度の確立に参画し，また，看護専門職のレベルの向上のために組織的な活動を行う。

（日本看護協会 1988 年）

ところで看護婦は実にさまざまな状況下におかれる。そして時には法律問題と隣り合わせの立場にいることもあり，それぞれの状況でいかなる行為をとるべきかの判断が必要となる。その判断の指針として昭和63年日本看護協会が示した看護婦の倫理規定（表3参照）がある。この倫理規定は，変わり行く社会の中で，人間を対象とし，その生命と権利を支える職業人としていかにあるべきかを示したものである。日々の看護活動にあたって，例えば末期患者のケアにおいては，「1. 人間の生命を尊重し，また人間としての尊厳および権利を尊重」しつつ，もしも「5. 対象（患者）のケアが他者（例えば医師や家族）によって阻害されているときは，対象を保護するよう適切に行動する」ことが求められている。そしてこのことは倫理規定だけでなく，患者の「療養上の世話」を看護婦の業務とうたっている保助看法により義務づけられていることがらでもある。

一般に，社会における道徳規範や倫理が変わるとそれにつれて法も新しくされる必要があるといわれる。しかしながら保助看法は昭和23年に制定された後抜本的な改正のないまま今日に至っている。したがって条文解釈においてさまざまな考え方が生じているが，「療養上の世話」は医師の指示を必要とせず，看護婦が独自に責任をもって行う業務であるとする前向きな見解が多い。また「診療の補助」についても看護の主体性を発揮するべく内容の具体的検討が進められている。さらに「補助」から「代行」という考えもある。これら保助看法の解釈が一部の看護関係者だけの理想を語るものに終わらないためにも，看護婦自身が主体性をもった看護活動を行いそれに伴う責任を果たしていくべきである。

ところで末期の患者に対しては，キュアはできないがケアはできるといわれる。そして，医療の担い手である看護婦はケアの専門家である。またキュアとケアの連携された役割を担っていくのが看護活動の専門性であるとも考えられる。このキュアからケアへと医療の中心が変化していく末期状態の患者を前にして，医師もまたケアに参加することになる。この段階ではすでに看護婦は「医師の指示」という，いわゆる従属関係から解放され，自律と自覚をもって専門性を患者と家族に向けて与えていくことができる。したがって末期患者のケアにあたっては，看護婦が主体性をもって医師を含む他の医療チームを指導し，協働していくべきであると考える。

## IV. まとめ

今回，末期医療における看護活動の法律問題について東海大学病院事件の判例を通して検討してきた。その結果，この末期医療においては生と死の狭間におけるさまざまな問題が存在し，法律問題と紙一重の境界において医療が進行していることがわかった。看護婦自身もそのことを常に認識し，日々の看護活動において患者の「生命と，人間としての尊厳および権利を尊重」しながら，主体的にその専門性を発揮していかなければならない。

また医療チームは患者を中心にして構成されるものであり，そのチームに属する医師や看護婦などの医療者は，お互いが協力してこそ医療が成立するものである。末期医療に限らず医療者がそれぞれの役割を果たし，またお互いの機能をチェックし，さらに補いあうことが求められている。医療者として誠意をもってそれに応えていかなければならない。

## 文　献


1) 加藤久雄 (1995) 末期医療における看護者の刑事責任. 看護学雑誌, 59:1040-1048.
2) 日本看護科学学会看護倫理検討委員会 (1991) 看護倫理からみた東海大学病院事件. 日本看護科学会誌, 11:76-79.
3) 小島通代 (1996) 保健婦助産婦看護婦法における看護業務と医師の指示との関係の検討. 看護管理, 6:192-197.
4) 内藤謙 (1995) 座談会・安楽死－東海大学事件をめぐって. ジュリスト, 1072:81-90.
5) 町野朔 (1995)「東海大学安楽死事件判決」覚書. ジュリスト, 1072:113-115.
6) 唄孝一 (1995) いわゆる「東海大学安楽死事件」における「末期医療と法」. 判例時報, 67:43-46.
7) 奥野善彦 (1996) 人間として, 医療人として－東海大「安楽死」事件はわれわれに何を教えたか. 看護管理, 6:66-72; 140-147; 214-220; 286-294; 430-436; 506-516; 587-595; 672-678.
8) 石谷邦彦 (1993) セデーションと安楽死, "緩和医療学"(柏木哲夫, 石谷邦彦編), 三輪書店, 大阪, p. 256-263.


(受付日 1998 年 10 月 30 日, 受理日 1999 年 1 月 18 日)