



会員のひろば

治療の見送り・差し控え と尊厳死

札幌市医師会 大平 整爾
札幌北クリニック

治療による効果・効用がそれに伴う苦痛・苦悩を凌駕しない場合には、当の患者はその治療の見送り（拒否）や差し控え（中止）を求め得るものである。特別な例外規定がなければ、己の命を己のものとしてその行く末を決めることができるという自己決定権が社会的規範となってきたからである。こうした倫理的な大原則があっても、個別の事例においてそれらを一刀両断に決めることは困難である。命に対する考え方が一人ひとりで微妙に異なるものであるし、しかも命がその人だけのものとも断じ得ないからであろう。

2005年5月18日の道新夕刊が報じた「道立羽幌病院・呼吸器外し 道警・女性医師を書類送検 延命中止・殺人の疑い」は、日々生死の境界をさまよう患者に接してきている医療者には身につまされ衝撃的な出来事であった。道新は事件の経過を次のように伝えている。「2004年2月14日（午後1時）、90歳男性が昼食時に喉を詰まらせ心肺停止状態で搬送された。自発呼吸戻らず、血圧低下。瞳孔散大。担当女性医師（33歳）は「人工呼吸器」を装着したが、家族には「脳死状態で長くはもたない」と説明した。翌日午前、家族が人工呼吸器の停止に同意。10時40分頃、家族の立会いのもと、同医師が人工呼吸器のスイッチを切った。15分後、死亡を確認。2月16日、同医師は院長に「家族へは十分な説明を行った。家族の強い希望があった。」と報告した。2004年5月14日問題発覚。」家族の強い希望とは治療の中止を意味するのであろう。また、約3カ月後に「問題発

覚」とあり詳細は分からないが、当該家族か同一医療機関のスタッフからの警察への通報であったのかもしれない。

道警が書類送検した意図がどこにあったのかは不詳ではあるが、この事例で問題があるとすれば、以下の諸点であろう：1）当の患者の意思確認（意識がなかったのであるから、日頃からこうした状況下に対して患者自身の意思表示（希望する医療処置）があったか否か）2）家族・医師による代理判断が妥当であったか否か3）回復不可能で死期の切迫した重症患者に対する予後判断・脳死状態の判定などを単独の医師が行ったことの是非4）家族の希望というものが担当医以外の医療スタッフなど第三者立会いのもとで、聴取されたのか。それが成文化され署名されていたのか。5）医師以外の医療スタッフとの意見交換がなされていたのか。6）結論的に言って、「尊厳死」を容認する法的な手続きをすべて全うしていたのか。

新聞報道だけではこれらに関して十分に知らないが、それぞれに少しずつ瑕疵があったのかもしれない。ただし医療者の一人としては、この女性医師の苦渋であったであろう決断と結果に対する当惑さ加減は容易に想像できる。世論は無益な医療を拒み、スパゲティ症候群をなじる。しかし、医療の何を無益とするのかには判定が分かれるところであろう。患者本人の意向の尊重が最重要であることは認めるとしても、この領域で先を行くアメリカですら諸報告では事前指示（書）の普及率は高く30%内外だというし、わが国では日本尊厳死協会の活動もあって国民のリビングウイルや事前指示への関心は高まりつつあるが未だに低率である。難しくできれば回避したい・精神的負担を担いたくない代理判断の場面が当分はなくなるであろう。

他人（ひと）の命を左右する決定であるから、

「90歳という高齢だから」などを事由に安易な決断を下していいものではなからう。

しかし、患者の意向を忖度して止むを得ず代理判断を為さざるを得ない局面は今後はむしろ増えるのではないかと懸念するのである。

代理判断の難しさ・判断の分かれる事例を私共はアメリカで起こった「カレン・アン・クイラン事件」や「ナンシー・クルーザン事件」に学ぶことができる。

カレンは当時21歳のうら若き女性であったが、酒場で泥酔して倒れたのだった(1975.4.15)。どうやらお酒と何かの薬物を服用していたらしい。病院へ搬送されたが呼吸不全のため、人工呼吸器に装着され点滴と経管栄養の治療下に置かれる。7カ月が経過したが意識は戻らず、敬虔なクリスチャンである両親から人工呼吸器の取り外しが医療側に要請された。医療側がこれに同意しなかったため、両親は地裁に提訴する。「提訴」という言葉はこうした事例でよく使われるのであるが、両親の心は判断を司法に委ねたというべきなのかもしれない。地裁判決は両親の申し出を「患者は21歳の成人であり、本人の意向が不明である」として却下する。代理判断を行う条件が満たされていないとの判断であろう。両親は納得せずニューヨーク州最高裁へ上告したのであるが、ここでは両親の希望が取り入れられる。泥酔して倒れて約1年が経過していた。カレンから人工呼吸器が取り外されたが、予想外なことに自発呼吸が可能でカレンは生き続けるのである。水分と栄養分が補給されて1985年までの9年間を人工呼吸器なしで生存し、肺炎を併発し呼吸不全で死亡にいたる。

ナンシーは1983年、交通事故で脳挫傷を被り昏睡状態で入院。当時25歳の女性であった。自発呼吸は維持しており、点滴と経管栄養が続けられた。昏睡状態が実に7年間継続し1990年ナンシー32歳の折に、両親が「こうした生き方を娘は望まないであろう」として、担当医に点滴・経管栄養の中止を願うが、担当医は同意せず地裁に判断を委ねたのだった。地裁は両親の要請を却下。両親は高裁へ提訴し高裁はナンシーの両親の申し出を認めたが医療側は同意せず、問題はさらに州最高裁で審議されるに至った。州最高裁では4:3で

両親の訴えを退ける。このため両親は連邦最高裁へ提訴するが、ここでは①人には「死する権利はある」(9:0)とはしたが、②当人の意向不明を理由に5:4の僅差で両親の訴えそのものは葬られるのである。この判決(1990.6.25)からは、本人が一定の条件下で死を望むという「明白かつ説得力のある根拠」例えばピングウイルや事前指示の存在があれば、チューブの取り外し(治療の中止)が法的に容認されると読み取ることができる。そこでその後ナンシーの両親は元同僚から「ナンシーは人工的に生かされ続けられたくない」と言っていた証言を得て、ミズリー州ジャスパー郡の検認裁判所に訴える。

1990年12月14日検認裁判所は両親の申し出を認め、経管栄養は中止される。その12日後、1990年12月26日ナンシーは鬼籍に入った。アメリカの精神的土壌は曖昧さを許さないというべきなのか、良い意味の阿吽の呼吸などという芸当が適わず司法に判断を任せがちなのか、米医師の保身が表面に出ているのか、軽々しい推測はすべきではなからう。いずれにせよ、このような背景のもとでアメリカ連邦政府は1991年12月1日「患者の自己決定権法(The patient self determination act)を施行したのである。自己決定権を法的に容認した画期的な法律、治療の拒否や中止に対して一定の法的な解釈・道標を示したと言えるのであろう。羽幌にしてもカレン、ナンシーにしても全ての事例で最大の問題は「代理判断の可否」にあった。

本人が拒否や中止を求める事態には別な意味の困難性はあるのだが、代理判断では一層困難が立ちだかっている。東海大学安楽死事件の判決で横浜地裁は、治療中止(間接的安楽死)の要件として次の3項目を述べている: 1) 患者が治癒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 2) 中止を求める患者の意思表示が中止を行う時点で存在すること(推定的意思でよい) 3) 中止の対象となる措置は、人工透析・人工呼吸器・輸血・栄養水分補給などすべてを含む(1995年3月28日)。

かなり具体的な方向性を示したものであるが、第2項に不安が残る。

Yomiuri On-Lineが2005年3月19日に、また道

新が同年4月3日に持続的植物状態の女性の死亡を報じた。フロリダ州の21歳女性がダイエット中に摂食障害を起こし、さらに一時的な心停止に陥り倒れたのが1990年2月であった。持続的植物状態を継続したため、過去2回(2001年、2003年)夫から「妻は人工的延命を望まない」として栄養補給装置の撤去が要請されている。患者の両親は、「それは殺人行為だ」と断じて拒否しいずれも裁判沙汰になっているが、カレン事件・ナンシー事件で見てきたように裁判所の判決が上位に行って逆転し、1回目は中止2日目に2回目は中止6日目に再開されているという経緯がある。この度の夫からの中止要請は3度目となるが、再び両親と意見が相違し司法の判断が求められ法廷闘争が繰り返される。治療の中止にはブッシュ大統領・連邦会議・フロリダ州知事・宗教関係者が猛反対したが、世論は賛成が優勢な中、司法の判決は中止を容認するものであった。41歳になったこの女性は2005年3月31日栄養補給装置を外され静かに死を迎えた。こうした問題は該当者の生死をそれぞれの立場の人がどう捉えるかということなのだ

が、世俗的な種々の要因にも大きく影響されるのであろう。報道によると当初この患者の介護には夫・両親が当たっていたが、この患者のダイエット治療過誤訴訟で夫が約百万ドルを得て1993年対立が芽生える。この巨額なお金を何に使用するか意見衝突であり、有り得ることであろう。娘婿が患者と離婚しないままに他の女性と間に二人の子をもうけたりしたことが、両親との大きなしこりを生んだのもであろう。生命に関わる倫理的問題が常に崇高な命への思いやりのみで論じられたり決するわけでないことは、残念なことだ。

ごく最近、親しい友人(医師)が献身的な介護の末に奥さんを亡くされた。ベッドサイドに過去3年間付き添いそれなりの満足感を彼は否定しなかったが、「介護は残酷だ」と述べた一言が私の頭にこびり付いている。

ひとの終焉前後の期間がどうあるべきなのかは、関係法律ができるだけでは全面解決しないのだと痛感するのである。ひとの死に職業柄関わらざるを得ない医療人の苦悩はここにもある。

ホームライナー

石狩医師会 御園生 潤

現在の勤務先はJR手稲駅から北西方へ直線距離で約1 km。この病院との関りも、私が大学院に入学した昭和60年にさかのぼり、かれこれ20年となる。当時は病院も旧建物であり、手稲駅側にあった当直室から、早朝は、現在のJR稲穂駅に近い車両基地である札幌運転所から出区して手稲駅に入り、出発する各種列車のいろいろな汽笛の音が目覚し代わりであった。私もしばらく、この病院の診療から離れ、この度、再び勤務させていただいているが、約10年前に改築された現在の新建物の当直室は石狩市側(稲山通側)であり、気密が十分なこともあり、早朝の列車の目覚まし音も昔日のものとなってしまった。

JR稲穂駅に立つと目の前に広がる列車群に圧倒される。国鉄時代の1965年に完成した旅客列車の発着基地である敷地面積は26万4,000平方メートルと東京ドーム6個の広さに相当するという。

「列車の運転」「車両の整備」という輸送の一線業務を担い、主に特急用電車・気動車や札幌近郊を走る電車・寝台特急(北斗星など)も配置される。(学園都市線を走る気動車など一部の他の列車は苗穂運転所に配置されている。)このため、多岐の車両の出入区が手稲駅を介して行われ、加えて、手稲駅を発着する各種の普通・快速列車の多さと相俟って、手稲駅のホームのにぎやかさ・慌ただしさが手稲駅へ赴くと実感できる。

◇

こうした中で、回送扱いの特急車両を利用した、早朝、夜間のサービスに「ホームライナー」がある。これは札幌発着の様々な特急列車の前・後運用で、別表の通り、朝の下り(札幌方)4本、夜の上り(手稲方)2本からなり、快速列車の収容能力を補完している。札幌～手稲間を振り

特急など豪華な車両でノンストップで走行するため、利用客が多い。(乗車券、定期券等の他に乗車整理券として100円が必要。銭函以遠からは310円が必要。：ただしこの料金は、特殊列車(特急列車の車内)使用料の目的で徴収され、指定料金券の意味合いとは異なる。)異色な1本は表中5103Mで、一度、札幌運転所から回送(5102M)として781系特急を小樽駅まで上げ、南小樽、小樽築港、銭函で収容し、手稲を経て札幌へ向かい、手稲以西の出勤・通学客の足を補完している。別表の通り、この列車の札幌着は8番線。本運用列車の出発時刻まで、時間があるため、一度、引き上げ線に上げて待機し、隣のホームに再入線して旭川行のライラック1号として出発してゆく。(写真)

ホームライナーの命名の由来は、「自宅との通勤・通学の足をスピーディに担う列車」の意からきており、歴史は意外に古く、JR北海道誕生(昭和62年4月)以前の昭和60年8月12日に、スタートしている。当時の時刻表によると札幌～手稲間限定で下り(朝の札幌方)が2本、上り(夜の手稲方)が4本で、現在のダイヤとは逆のパタ



銭函駅を出発する札幌行ホームライナー(5103M) フロントには既に「ライラック」の文字が。 2002年5月20日 著者撮影

ーンであった。国鉄時代に生まれたこうした列車たちも20年の歴史を刻む走者たちである。(参考)手稲駅での朝の乗車整理券(100円)は、開放されるホームライナーの全編成のうちの2両のドアが開き、そこで係員が、現金もしくは切符(券売機もしくは回数券による)の形で収受する。夜については手稲駅の階上の出口口で係員が収受している。

(資料提供 JR北海道 広報室)

ホームライナー時刻 (H17. 9月1日現在)

下り

小樽発	手稲発	札幌着	着番線	本運用列車	列車番号	行先	札幌発	発番線
	7:25	7:42	⑥	スーパーとかち1号	31D	帯広	8:02	⑥
	7:53	8:08	⑥	スーパー北斗6号	5006D	函館	8:34	⑥
	8:22	8:39	⑥	スーパーおおぞら3号	4003D	釧路	9:04	⑥
8:04	8:30	8:48	⑧	ライラック1号	2001M	旭川	9:30	⑦

上り

前運用列車	列車番号	札幌着	着番線	札幌発	発番線	手稲着
スーパーおおぞら10号	4010D	20:30	⑤	20:44	⑤	20:54
スーパーホワイトアロー28号	3028M	20:20	②	21:05	③	21:15