

論文

台湾における終末期医療の法と倫理

——終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」をめぐる判決を手掛かりに——

鍾 宜 錚*

はじめに

本稿は、台湾における終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」¹の関係が法的にどのように定められているのかを、関連する法規制、判例、国会議事録に基づいて分析するものである。近年、日本では、本人の意思決定による延命治療の差し控え・中止について、日本救急医学会¹が2007年にガイドラインを公表し、大学病院など一部の医療機関²も終末期医療をめぐる各自にガイドラインを作成した。2009年、福岡大学付属病院救命救急センターは、上記の日本救急医学会のガイドラインに則して延命治療を中止したことを、日本集中治療医学会で報告した³。この件に対し、警察の捜査の動きが見当たらなかった。日本において、延命治療の差し控え・中止をめぐる法律は存在していないが、各自の医療機関がこのようにガイドラインや指針に則して対応していることがうかがえる。

一方、台湾では、本人の事前指示もしくは家族の代理決定による延命治療の差し控え・中止を認める「安寧緩和医療法」⁴は2000年に成立した。東アジアにおいて終末期医療の法制化がまだ少ないなか、同法の公布・施行に伴って、延命治療に関する事前指示の登録制度やホスピス病棟の設立など、台湾における終末期医療の発展が注目されつつある。日本における延命治療の差し控え・中止の法制化への議論が続くなか、東アジア地域における法制化の経験や問題点を考察し、終末期医療に関する多様な視点から議論を含める必要がある。そこで、本稿は台湾における終末期医療の発展とその背景にある台湾社会の死の文化から、終末期医療の法制化と倫理を考察していく。

台湾において、終末期医療に関する法制化への議論が正式に始まったのは1990年代後半と見られている⁵。2000年に法制化になった背景に、ホスピスケアの推進者の直接的な関わりがあったとの報告⁶があり、ホスピス運動の延長線上に法制化があったとの見方もある。台湾における終末期医療の発展に医療関係者の働きはとても重要ではあるが、その背後にある台湾人の死生観、とりわけ死の場所に関する文化と慣行の存在を注目したい。台湾人の死生観に関する詳細な検討は、文化人類学の分野で行われている⁷。そのうち終末期医療にもっとも関係するものとして、臨床現場で「終末期退院」と呼ばれ、瀕死状態の患者を退院させて自宅に搬送し、そこで死を迎えさせる慣行が知られている。その由来は、台湾人の死の文化のなかで、自宅以外の場所で死ぬことは「客死他郷（故郷以外の場所で客として死ぬこと）」と思われ、望ましくない死と見られているからである。終末期退院は、病院での死を避けるために、せめて最期は自宅にいられるという考えから生じられた慣行である。具体的な内容は、自宅で死を迎えたいと希望した患者に対し、それまで行った侵襲性の高い治療を取り止め、生命を維持するための最低限の治療に代えて自宅に帰す、そこですべての治療を取りやめることである。つまり、台湾において延命治療の中止は終末期退院の慣行によって常態化しており、法制化の前から医療現場で行われていた。そして2000年の「安寧緩和医療法」の成立は、こうした終末期退院の慣行を追認し、病院内での延命治療の差し控え・中止を可能にしたものだと考えられる。ともに死の文化を反映している終末期退院の慣行と終末期医療の法制化、両者の法的な位置づけ、実行上の差異、それぞれに内在する終末期医療の倫理の解明は、台湾における終末期医療の全貌を把握するための重要な

キーワード：終末期退院、緩和医療、延命治療、判例、台湾

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2012年度3年次転入学 生命領域 日本学術振興会特別研究員(DC2)

テーマである。本稿の目的は、こうした文化的な背景に基づいた慣行と法律を法的な側面から考察することである。

台湾における終末期医療について、これまでの日本語の先行研究では、台湾のホスピスケアの発展と現状をまとめる研究ノート⁸や、「自然死」の概念と法制化の関係を考察するもの⁹が挙げられる。一方、中国語の先行研究において、終末期ケアのあり方と法的な問題に関する考察¹⁰や終末期の医療決定における家族の代理決定についての分析¹¹が挙げられる。1996年に出版された前者の論文では、終末期退院の慣行は患者本人または家族が病院での延命治療を避けるために生じた一つの方法であると論じられ、延命治療に対する患者本人の意思の尊重と法制化の必要性が強調された。後者は「安寧緩和医療法」の成立以降に出版された論文で、同法における家族の代理決定と本人の意思表示の一致性に関する問題を検討したものである。これらの研究は、台湾における死の文化と終末期退院の慣行を法的な側面から検討したのではあるが、終末期退院の慣行が制度上、すなわち死亡の認定制度や司法裁判においてどのように位置づけられているのかについてはまだ不十分である。また、先行研究でも論じられていた終末期患者の意思決定と延命治療の問題についても、終末期退院の慣行と終末期医療の法制化が並行的に存在している上に、それぞれの役割に関する分析も欠けている。そこで、本稿は終末期退院と「安寧緩和医療法」の法的な位置づけ、そして終末期医療に対するそれぞれの役割分担と適用範囲について、法律条文や国会議事録などの公文書に則して検討する。さらに、「安寧緩和医療法」の規定に適用しない、終末期退院によって自宅で死亡した患者の家族が起こした一つの裁判を分析する。終末期患者に対する延命治療の差し控え・中止をめぐる「安寧緩和医療法」の立法趣旨との矛盾も見られる高等裁判所の判例は、医療現場における延命治療の問題を象徴するものと思われる。末期がんの患者に気管内挿管を行わないことは標準治療の範囲内なのか、それと本人または家族の意思表示とはどう関係しているのかについて、司法的な判断を分析する。

1. 終末期退院の慣行と死亡検案書の発行

台湾における終末期退院の慣行について、先行研究では病院のガイドラインと自宅搬送の救急車に付き添う看護師の報告に基づいて、その内容が明らかにされてきた¹²。この慣行は、一つの条文に規定されているのではなく、複数の条文と法解釈によって合法化されている。ここではその実態を考察するため、法的な規制と関係部署による執行命令から、終末期退院の法的な位置付けを検討する。

1.1 終末期退院の法的根拠

まず、終末期退院の中国語の正式な名称は「病危自動出院」、英語の訳は「Discharge due to Terminal」である。中国語から訳すと「終末期自発退院」となるが、ここでは英訳を使用して「終末期退院」と訳す。臨床現場において、終末期退院の慣行は一般的に知られているが、それを明確に規定している法律は実は存在していない。法律で定められているのは、「自発的退院」についてのことである。1986年に公布された医療法¹³第52条第2項では、本人・家族による退院について次のように規定されている。

未だ治癒していないにも関わらず患者が退院を要求する場合、本人またはその関係者は自発的に退院する意思を記した同意書に署名し、医療機関に提出しなければならない。

つまり、本人または家族は退院の意思を文書に示せば、退院する権利を有することとなる。さらにここで対象となるのは終末期の患者だけではなく、すべての患者であることを強調したい。自発的退院について臨床現場では二種類に分けて記録することが多い¹⁴。終末期患者の場合、医療者は事前に危篤状態になった際の処置について本人または家族に確認し、退院を希望するなら「自発的退院同意書」に署名を求める。自宅で死を迎えるとの理由で退院することを、医療現場では上述の「病危自動出院」と言い、退院記録には「Discharge due to Terminal」の略語DDTを記す。

一方、終末期ではなく、単に医師の忠告に反して退院を求めることは一般的に「医師の助言に反する退院 (Against Advice Discharge、略AAD)」と言い、退院記録にはAADによる退院と明記する箇所がある。退院の理由は後に国

民健康保険の記録にも反映されるので、制度上において終末期の患者とそうでない患者の自発的退院は異なるものとしてみられている¹⁵。

1.2 死亡検案書の発行と「行政検案」の制度

終末期退院に関する法的な根拠と医療現場の制度を明らかにした上で、退院した後、自宅に戻る際に行われることを法的にどのように規定しているかを検討したい。前述のように、台湾では自宅で死を迎えることが望ましいという文化が背景にあり、最期に退院し自宅に帰ってそこで亡くなる数が比較的多いと見られている¹⁶。2010年のデータを見ると、自宅で死亡した比率は全体の50.2%を占めている。その後在宅死の比率がやや下がり、2012年の統計では全体の44.4%が自宅で亡くなったことが示された¹⁷。同年の死亡者数(153,823人)を考慮すると、自宅で亡くなった人は6万7千人を超えていたことが分かる。終末期退院による在宅死に関する全国的な統計調査は存在しておらず、その割合ははっきりしていないが、年間数万人が病院外の場所で死を迎えるとすると、検案の需要が多いことが予想できる。1987年に公布された医療法施行規則¹⁸第49条の第1項と第2項によると、死亡診断書は病院または診療所で診察・治療を受けている患者が死亡する場合、または転院の途中で患者が死亡する場合、そのいずれかに限って発行できると規定されている。つまり、退院して病院以外の場所で死亡する場合には、死亡診断書は取得できず、検案を申し込んで死亡検案書を取得することになる。この検案について、同規則第53条の第3項と第4項では、次のように規定されている。

患者が前項の規定〔病院、診療所で治療を受け、または転院の途中〕以外の状況で死亡し、死亡診断書が取得できない場合、該当地域の衛生所もしくは所在地の地方自治体の指定医療機関の医師が死体を検案し、死体検案書を発行しなければならない。(第3項、〔〕内は筆者補足)

地域の衛生所もしくは地方自治体の指定医療機関の医師が前項の規定に従って死体を検案する際、死者を診断した病院、診療所にカルテや診断書の提供を求めることができる。これを拒むことはできない。(第4項)

さらに、行政院衛生署(Ministry of Health、以下、衛生署)の通達「衛署醫字第85045054號」¹⁹(1996年)では、終末期に自発的に退院した患者に対する死亡の診断と検案について次のように補足されている。

終末期に自発的に退院した患者が病院・診療所から自宅に帰る途中、救急車のなかで死亡し、かつそこに付き添う医師のない場合、患者の診療を担当した入院先の医師、または診療所は〔死亡証明書類の発行が〕関係者にとってより簡単にするために、医師を派遣し死体の検案を行い、死亡検案書を発行することができる。もしくは退院する際に、診療した病院・診療所が衛生所や他の医師が死亡検案書を発行する際の参考にするため、先にカルテを要約し、または診断書を作成し〔関係者〕に渡すことも可能である。救急車に医師が付き添う場合には、その医師が死亡診断書を発行する義務を負う。(〔〕内は筆者補足)

つまり、終末期退院によって病院以外の場所で死亡した場合、死亡検案書は患者を担当した医師とは別に、衛生所の医師か他の医師によって発行されることになる。帰宅途中の救急車で死亡する場合もあるが、それも医師が立ち会った場合に限って死亡診断書が発行される。医療法施行規則と衛生署の通達から、退院した患者の死亡について、診療を担当した医師や診療所の責任はカルテや病歴の提供にとどまり、死亡に異状があるかどうかについては、第三者の医師によって判断される。実際、検案で病死ではない、事故死や異状死の可能性が出た場合、それを該当司法機関に通報しなければならない、との医療法の規定もある²⁰。

患者が自宅で死亡した後、家族は検案を所在地の衛生所に申込む。それを受けて衛生所の医師によって行われる検案は、一般的には「行政検案(administrative certification)」と呼ばれ、事件性のある「司法検案(judicial certification)」と区別される。この「行政検案」の制度は、台湾の文化的背景によって生じた独特なものとして、国際的にも注目されている²¹。生命に関わる事項を監督するために設立されたWHOの「Monitoring of Vital Events」グループが2007年の論文において、死亡証明書(death certificate)の発行と死亡登録制度(death

registration) の作成にあたって、協力的な法体系作りが重要だと述べた。その上で、宗教的な要因²¹で在宅死の希望が多い台湾では、死亡証明書類を発行するために医学の検査官 (medical certifier) が自宅に入って死亡を検査する制度が存在していると評価した²²。末期に退院した患者が、「善い死」とされる死を遂げるために自宅で死を迎えるが、その死を法的にどのように判断するのかについて、台湾では「行政検案」という制度を設けている。第三者の医師による検案と入院した病院や診療所にカルテを要求する権利が法的に守られていることで、病院以外の場所でも業務上の過失によって死亡させたと疑われるケースが見出される。

2. 終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」の位置づけ

終末期の患者が本人の意思や家族の代理決定で自発的に退院し、延命治療を取りやめて自宅に帰るという慣行を背景に、事前指示による延命治療の差し控え・中止を規定する「安寧緩和医療法」が2000年に成立した。本章では、法制化した際の国会議事録および関係文書に基づき、終末期退院の慣行がどのように認識されているのか、法制化のなかでどのように位置づけられているのかを検討する。また、終末期退院と「安寧緩和医療法」に関わる判例を調べ、判例から捉えたそれぞれの意義と適用対象を明らかにする。

2.1 終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」の成立

1999年、後に「安寧緩和医療法」と名付けられた法案が行政院によって提出され、終末期医療における法制化の第一歩を踏み出した。法案の説明文書の冒頭に、緩和医療を「治癒不可能の終末期患者に対し、本人の意思を尊重した上で、積極的な治療や危篤状態の際の心肺蘇生術などの救命措置を行わず、代わって病気による苦痛を緩和するような治療を行うこと」と定義した²³。さらに、終末期患者に対する治療のあり方について、オランダにおける安楽死法など海外の法制化の動向を整理した上で、緩和治療を行うことは「我が国の風俗習慣に合うもので、〔安楽死の概念と比べて〕比較的に社会全体に受け入れられるものである（〔〕内は筆者補足）」²⁴緩和治療の概念と従来の積極的に治療するという概念とは異なっており、実務上それぞれを希望する人も存在していることから、終末期患者の意向を尊重するために、緩和医療を実行する際の手続きと条件を法的に定めることが立法目的である²⁵。

当時の説明文書から、本人の意思による心肺蘇生術の差し控えは緩和医療の一部とされていることが分かった。立法院での審議を経て成立した「安寧緩和医療法」の第3条第1項において、安寧緩和医療は「末期患者の苦痛を和らげる、もしくは除去するために、緩和的なケアを行うこと、または心肺蘇生術を差し控えることである」（傍点 は筆者による強調）と定め、心肺蘇生術を次のように定めた。

心肺蘇生術とは、臨終、瀕死、又は生命徴候なしの患者に対し、気管内挿管、体外心臓マッサージ、薬物投与、心臓ペースメーカーと電気的除細動器の使用、人工呼吸などの救命処置または他の救命救急処置を行うことである。

つまり、本人の意思によって延命治療を差し控えることは、当時の台湾社会の慣習に合うもので、比較的に社会全体に受け入れられるものとして説明されていると分かった。さらに、これを裏付ける証言は法案審査の委員会にも見られる。2000年4月、立法院の衛生環境委員会が「安寧緩和医療法」の法案について最初の審議を行う際、立法委員であり、かつ医師の頼清徳が延命治療の差し控え・中止について、法律が存在しなくても医療現場では「すでに実行されている」ものとして認識し、次のように発言した²⁶。

実際、病院では本法案〔安寧緩和医療法〕の内容をすでに行っており、しかも医師の個別の裁断で行っています。法律の規範や罰則などはありません。私自身の経験から言うと、いままでは患者の家族がこれ以上患者を苦しめたくないという医師に頼んできます。その場合、医師は家族にカルテへその旨を明記し、署名するように求めます。そのすべて〔の例〕は、患者の余命は長くても数時間しか残っていない、家族は死ぬ前に患者を家に連れ戻そうとする状況です。（〔〕内は筆者補足）

続いて委員会に出席した衛生署の副署長である張鴻仁も、それに同意する形で次のように発言した。

ここで大切なのは、すでに多くの病院では本法案の内容が執行されているということです。しかし多くの医師は法的な保障がないことを懸念しており、〔法的に〕重視すべき問題となっています²⁷。（〔 〕内は筆者補足）

つまり、事前指示に関する法制化の議論の中で、終末期退院の慣行は一般的に存在していることと認識されている。それを法的に追認し、明確に規定することが法制化の動機だと言明された。それまで延命治療を避けるために使われてきた終末期退院の慣行は、終末期の定義や退院させる条件について決まった基準が存在しておらず、頼委員の発言のとおりその多くは医師個人の裁量で行われてきた。「安寧緩和医療法」の成立によって終末期の定義が明確となり、事前指示による延命治療の差し控え・中止を法的に認める以外、自宅で死を迎えようと思う患者にも、在宅ホスピスを導入して緩和医療を受けるようになりつつある。死亡の場所に関する文化的な要因から生じた慣行と、台湾における在宅ホスピスの発展も実に興味深いものであるが、この点については稿を改めて検討したい。ここでは終末期退院をめぐる法的な側面を中心に論じる。

2.2 判例から捉えた終末期退院の意義

前述のように、終末期の患者が退院して自宅で死亡した場合、衛生所の医師か他の指定医療機関の医師が自宅を訪れて死体を検案する。この場合、ほとんどの死は病気によるものであり、自然な死として死亡検案書が発行される。しかしながら、死因が病気であっても、不十分な治療や医療過誤によって死がもたらされた可能性もある。いわゆる「不審死」とその後の司法介入について、終末期退院の後に裁判となった事件から、終末期退院の意義を考察していく。

判例研究の方法として、台湾の司法院のデータベース「法学資料検索系統」から裁判例を取得する^{iv}。日本における判例研究の方法論²⁸と比較すると、台湾の刑事判例が判例集として出版されることが少なく、個々の判決文に対して統一な文献番号が振り分けられるのではなく、裁判所によって個別な番号で記録されているので、追検索するには複雑になる。検索方法として、まず「業務上過失致死罪」として起訴された刑事裁判の中で、医療関係者による事案に絞り、そこから中国語の「病危自動出院」を判決文のなかで含む判例を検索する。データベースの収録範囲は高等裁判所と地方裁判所は2000年以降、最高裁判所は1996年以降という、比較的最近の判例となるが、「安寧緩和医療法」の施行時期とは重なっている。

検索の結果、2000年から2013年7月まで、計24件の刑事事件、47件の判例が存在していると見られる。その中で、検察官に起訴された「公訴」の判例は計34件、弁護士を依頼して告訴人が自ら訴訟を起こす、いわゆる「自訴」の判例は計13件である。判決の結果について、地方裁判所と高等裁判所の判例では有罪判決は8件、無罪判決は32件である^v。最高裁判所が高等裁判所の判決を破棄し差戻しを命じたのは6件、上告を棄却したのは1件である。24件の事件のなか、自訴の事件はすべて無罪とされたのに対し、公訴の事件において4件が有罪となった。

24件の刑事事件と47件の判例をここで列挙することは控えておくが、終末期退院の慣行が争点になっているかどうかについて検討したい。ここでは、台湾における医療過誤の裁判を考察し、医療裁判における刑事責任の認定と判断の困難に関する先行研究²⁹を参考し、刑事責任の成立要因という観点から判例を検討していく。呉俊穎、頼惠蓁、陳榮基らの論文による³⁰と、刑事裁判において、医療過誤として刑事責任が問われるには、次の四つの構成要件が不可欠である。すなわち、1) 医師が注意義務に違反すること、2) 該当注意義務は客観的に予見可能かつ回避可能であること、3) 患者が治療の過程において、生命または身体に傷害を与えられたこと、4) 医師の注意義務違反と患者の傷害の間に因果関係があること、この四つの要件である。同論文で取り上げられた判例のなかで、主治医の不注意で患者が危篤状態となり、多臓器不全の状態を終末期退院をし、自宅にて死亡した事件もある³¹。しかし裁判の争点となっているのは医師の注意義務であり、終末期退院ではない。ほかの事件においても同様の論理であって、終末期退院そのものが刑事責任に問われることはないと分かった。

成立要因から終末期退院の慣行について刑事責任が問われないのは、おそらく瀕死状態の患者を自宅に連れ戻す

ことは文化による慣行であり、医師の注意義務との因果関係が認められないことであろう。終末期退院の場合、刑事責任の対象となっているのは、瀕死状態になるまでの一連の治療行為と患者の死との関係であると考えられる。上記の論文で取り上げられた判決を例にして検討すると、終末期退院の慣行は死亡に至るまでのプロセスの一部ではあるが、医療過誤の場合は治療行為とは無関係のように見受けられる。言い換えると、刑事裁判において終末期退院の慣行は一つの前提として法的に受け入れられ、それを踏まえて司法的調査を行うと考えられる。

2.3 「安寧緩和医療法」の適用対象

2000年からの「安寧緩和医療法」に対し、関連する判例を司法データベースで検索してみたところ、同法をめぐり判例が存在していないことが明らかになった。法制化の際に延命治療の差し控えをめぐって家族内の意見が一致しない場合、医療紛争になりかねないという懸念もあった³²が、施行後に裁判になった例は見当たらない。これについて、2011年に2回目の法改正が行われた際、当時の衛生署副署長である陳再晋も同法が施行されて以来、裁判となった例はないと証言した³³。

このように「安寧緩和医療法」については、司法介入の例が存在していない。その理由として、同法の内容が台湾社会に広く受け入れられていることが挙げられるだろうが、本質的には法律の適用対象（患者の病状や疾病の種類など）と延命治療の差し控えに関する条件と手続きが条文によって明確化されていて、末期の状態が疑わしい場合や家族内の意見が一致しないなど、医療紛争になりうるケースはすべて法の適用外とされているからだと言える。一方、終末期退院によって行われているのが、患者を退院させて自宅に帰す、つまり死の直前の段階に関わるものであり、終末期医療やホスピスのあり方について規定するものではないという点に注意したい。両者の適用対象・範囲について、ここでは終末期退院の判例と「安寧緩和医療法」の規定を比較し、それぞれの役割について考察したい。

まず、終末期退院の対象は、2.1節の頼清徳立法委員の証言と判例の内容によると、主に余命が数時間ないし数日以内、危篤状態に陥った患者に限っていることが分かる。それまで一般的な標準治療ないし延命治療を行っているものの、数時間ないし数日以内の死が見込める患者を退院させ、自宅で死を迎えることは終末期退院の内容である。その上、終末期退院に適用する疾病の種類もがんに限定しておらず、事故で入院した患者も、最期の場所が自宅と希望するなら終末期退院が適用される。つまり、終末期退院の慣行は患者の死亡場所に関連しているもので、患者の病状に対する治療のあり方や医療決定に関わるものではない。臨床現場においては治療の最終段階にしか終末期退院が適用されないとと言える。

一方、「安寧緩和医療法」の適用対象について、同法の第3条第2項では、「末期患者」は次のように規定されている。

末期患者とは、重傷、重病に罹り、医師によって治癒不可能と診断され、かつ医学的証拠から病状の進行によって近いうちに死に至ることが不可避の者である。

ここでの「近いうち」について具体的な時期は示されていないが、これ以上の治療を行っても回復の見込みがなく、死が不可避であることが分かった段階から死に至るまでの期間だと考えられる。そして末期患者に対し心肺蘇生術を含む延命治療の差し控え・中止が行われる際に、第7条第1項では、患者の病状が末期であることを二人の医師によって診断されなければならないと規定されている。つまり、「安寧緩和医療法」の適用対象は、瀕死状態より余命が少し長く、二人の医師によって診断された終末期の患者である。その余命の長さによって患者は病院内で緩和ケアを受けることも、退院して在宅ホスピスを選択することもできるので、最期の治療方針に対し早い段階から関わるのが「安寧緩和医療法」の立法の目的である。

2000年以降、台湾の医療現場では、従来の終末期退院に加えて、終末期の患者に対して「安寧緩和医療法」という新たな選択肢ができた。医師の診断で末期状態とされた患者が、最期の場所、延命治療への意向、ホスピスケアへの希望などを事前指示で表明してから、その意思を終末期退院の慣行や「安寧緩和医療法」の規定に則して実現していくのが同法の立法目的である。終末期の診断から治療方針に関する決定までは、医療者側と患者側とのコミュ

ニケーションが重要だと思われるが、「安寧緩和医療法」が施行された初期には、同法をめぐる話し合いや現場の議論は必ずしも普及しているとは言えなかった³⁴。次の章で検討する判例は、末期がんの患者が危篤状態になった際、気管内挿管をめぐる一連の治療に対する家族と医師の認識が一致せず、家族が裁判を起こしたケースである。治療の話し合いが不十分で起きた一つの判例として見られるとともに、末期患者に対する延命治療の基準について高等裁判所がはじめての判断を下す判例として、その意義を検討していきたい。

3. 高雄広聖病院事件^M（台湾高雄地方裁判所 91年度自字第335号）

本章で取り上げるのは、末期患者への緩和医療のあり方について裁判所が判決文のなかで明確に意見を示した唯一の事件である。患者の家族が弁護士に依頼して自訴を起こしたこの事件は、最高裁判所まで争った。裁判の経緯について詳細に検討する。

3.1 事件の概要³⁵

患者（原告の父、死亡当時75歳）は2000年に膵臓がんを発見し、同年7月に国立台湾大学附属病院にて手術を受けた。その後、転移が見つかり、2002年4月25日、5月3日、5月24日、5月31日に計4回の抗がん剤治療を受けた。その翌日、6月1日に患者は息子の付き添いで地域病院（医療社団法人広聖病院、以下、広聖病院）に外来で受診し、被告人甲の診察を受けた。抗がん剤治療で体力が低下している患者に対し、被告人甲は栄養剤の注射を指示した。翌々日、6月3日午前9時頃、再診のため再び広聖病院に行った患者は、吐き気や眩暈などの症状を訴え、そのまま入院し、被告人乙に治療された。血液検査で貧血状態と判明した患者は、午後1時から午後10時半までの間輸血を受けた。輸血後、患者は熱、激しい咳嗽、痰、呼吸困難などの症状が現れた。それに対し、被告人乙はステロイド剤、咳止め剤、解熱剤を注射し、酸素吸入治療を行った。翌日、6月4日午前0時頃、患者に低血圧、呼吸困難の症状がみられ、被告人甲は酸素吸入治療を行った。同日午前2時40分、患者に低血圧、意識混迷、胸痛、頻呼吸、発汗異常の症状がみられて、被告人甲は昇圧剤と抗生物質を投与し、酸素マスクを使用して症状改善をはかった。同日午前9時30分、転院のため広聖病院を退院した患者は、20分後、9時50分に長庚病院救命救急センターに転入した。救命救急センターでは気管内挿管が行われたが、患者の症状は改善されていなかった。同日午後3時45分、患者は家族の同意によって退院し、その後自宅で死亡した。死因は敗血症性ショック、膵臓がん、呼吸不全による死亡と診断された。

3.2 告訴の理由と主な争点

患者が広聖病院を受診してから亡くなるまでに4日間あった。最後に長庚病院に転院したことを除き、広聖病院で治療を担当したのは被告人の甲と乙である。原告は患者が入院中に症状が悪化し、それに対して担当医師はしかるべき治療を行っていなかったことで、業務上過失致死罪として甲と乙を告訴した。告訴の理由でみられた主な争点³⁶を以下のようにまとめた。

- 1) 検査が不十分：患者が6月3日9時頃に再診した際に被告人乙に入院検査をすすめられ、血液検査だけを行った。しかし、抗がん剤治療を終えたばかりであることを考慮すると、血液検査以外、胸部レントゲン検査や心電図の検査も行うべきであったと原告が主張した。
- 2) 気管内挿管のタイミング：輸血後、患者に呼吸困難の症状がみられ、血液酸素が低下していることもみられた。その時点で血液の酸素を補充するために気管内挿管も行うべきであったと原告が主張した。
- 3) 抗生物質の投与：6月4日午前、意識混迷状態の患者に輸血による感染症状が見られ、抗生物質が投与された。しかし患者が抗がん剤で免疫力が低下していることを考慮すると、輸血の時点で抗生物質を投与するべきであったと原告が主張した。

3.3 判決

この事件は2006年7月に最初の判決が下された。その後、高等裁判所、最高裁判所まで争われ、最後に無罪確定

になったのは2008年5月である。第一審から確定まで計5件の判例がある。ここでは各裁判所で下された判決の概要と判断の理由をまとめて紹介する。

第一審³⁷では、上述の争点に対し、被告側はすべてが標準治療に則って行われたと反論した。これに対し、高雄地方裁判所は争点2)の気管内挿管の処置と争点3)の抗生物質およびその後の敗血症性ショックとの因果関係について、外部の医療紛争審査委員会³⁸に委託し、計三つの審査報告を受けた。審査の結果、いずれも被告側の治療に不適切なことが見当たらないと判断された。それを参考に裁判所は、原告が主張した気管内挿管のタイミングを逃したことと、抗生物質を早めに投与しなかったことを認めなかった。検査が不十分とされた点についても、家族から検査を断ったという証言が挙げられたため、被告側に非のないことが認められた。よって、第一審では、原告の主張が退けられた形で、無罪判決が下された。

控訴審³⁸の高雄高等裁判所では、第一審の医療紛争審査委員会の報告を参考資料として審議に加わる以外、また独自に別の医療紛争審査委員会に委託し、審査報告を受けた。高雄高等裁判所は、第一審の判決が適切だと認めた上、末期がんの患者に対する標準治療は一般的な標準治療とは異なるものとして、判決書に次のように記述した。

原告は患者が原因不明で意識混迷となった場合、『ハリソン内科学』で記述されたとおり、病院の設備を利用して集中治療室で検査... (中略) などの救急治療を行うべきだと主張した。しかし本件の患者は末期の膵臓がんを罹っており、急性心筋梗塞、溺水、その他原因不明のショックのような、一般的な救急処置で治療できる症状とは異なるため、上記の教科書で提示された方法で治療するのは困難である。

さらに、原告が主張した気管内挿管のタイミングについて、高雄高等裁判所も次のような判断を示した。

教科書では敗血症性ショックの治療原則として、患者の血液酸素濃度がずっと90パーセント以下で改善されない場合、直ちに気管内挿管を行い、酸素を供給すべきだと記述されている。〔気管内挿管などの〕医療措置を行えば、患者は今回の敗血症の危機を一時的に脱したかもしれない。しかし本件の患者は膵臓がんの患者であり、予後はすでに良くないと判断されていた。気管内挿管を行ったとしても病気が悪化している状況を変えることができない。その上、末期がん患者に対して世界保健機関(WHO)が推進しているホスピスケアの理念では、病状が悪化した際に気管内挿管で酸素を供給することを勧めないとされている。よって、本件に対し、一般的な敗血症性ショックに関する教科書の治療原則を引用して広聖病院の処置を指摘することができない。〔〕内は筆者補足

ここでは、末期がんの患者に対する標準治療について、高雄高等裁判所はホスピスケアで提唱されている立場に同意し、気管内挿管のような侵襲性の高い、患者に生理的な負担と苦痛を与えるような救急措置を行うべきではないと認めた。ここで、裁判所は「安寧緩和医療法」の条文を引用せず、代わって世界保健機関の理念を判決文に述べたことを注目したい。気管内挿管を差し控える要件として、二人の医師が患者を終末期と診断し、かつ本人の事前指示または家族の代理決定、そのいずれかが存在していると「安寧緩和医療法」で定められている。判決文によると、本件は末期がんの診断が存在しているが、気管内挿管をめぐる書面的な意思表示がないと述べている。患者本人または家族による救急措置を差し控えるという明白な意思が見当たらないが、末期がんの患者に対し気管内挿管を行わないことは標準治療として認めるべきであると、裁判所が示した。よって、控訴審では、原告の主張が退けられて、被告側に再び無罪判決が下された。

上告審³⁹において、高等裁判所の判断に対し最高裁判所は、地域病院である広聖病院は患者に大型病院への早期転院と精密検査を勧めなかったことと、抗生物質の投与に「敗血症」または「敗血症性ショック」の可能性を考慮しなかったこと、この二点の不備を指摘し、差戻しを命じた。命令を受けて高雄高等裁判所で行われた再審⁴⁰は、控訴審と別の裁判官(3人)が担当となり、入院を受け入れたことと死亡の因果関係、そして抗生物質に関する問題を再審査し、両方ともしかるべき処置を行ったと認め、再び無罪判決を下した。気管内挿管のタイミングについても控訴審の判断を維持し、末期がんの患者に対して適切な処置を行ったと判断されている。

2008年5月、再審に対する上告審⁴¹の判決が下った。その結果、原告側の上告を棄却し、被告側の無罪が確定された。事件の発生から判決が確定されるまで6年近くかかった。判決の結果に対して患者の家族は納得したのかどうかについて、判決書には記述されていなかったが、末期がんの患者に対する標準治療に範囲について、これまでにない大きな一歩を踏み入れたと見受けられる。高雄高等裁判所における判決を判例研究として取り上げた論文が、2012年に法律家向けの専門誌に掲載された⁴²。終末期患者に対する標準治療のあり方について検討した同論文では、終末期患者に気管内挿管などの救命措置が行うべきかどうかの基準が定まっていななかで、高雄高等裁判所の見解は重要な参考意見として評価された。

ホスピスケアや救命救急措置について明白な判断を示したことが評価される一方、末期がんの患者に一律に気管内挿管を行うべきではないと解釈しかねない懸念も考えられる。判決で示された緩和医療と積極的に救命措置を行う治療との違いは「安寧緩和医療法」の説明文書にも言及されているが、そのいずれかを選択するのは本人または家族の代理決定によるものであると法律で規定されている。本人の意思決定が存在していないものの、終末期患者に対する気管内挿管が標準治療ではないとしている本件の判決は、これから延命治療の選択をめぐる終末期患者の自己決定権を揺さぶる前例になることも考えられる。

おわりに

本稿は、台湾における終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」の成立への発展、それぞれの実態と司法上の意義を、国会議事録や判例を通して論じてきた。東アジアにおいて終末期医療の法制化がもっとも進んでいると言われる台湾では、死の文化を尊重するために、終末期退院という臨床現場の慣行とそれを支える行政制度が存在している。また、退院して自宅で亡くなった患者に対し、病院で受けた治療行為に過誤があるかどうかについて検証する第三者の医師がいて、医療過誤の裁判が行われた判例も存在している。司法裁判において終末期退院は死のプロセスとして認められ、争点になることが見当たらないが、退院までの医師の注意義務や患者の死との因果関係を、退院後にも検証可能であるようになっていくことが注目に値する。そこで、本稿は終末期患者に対する延命治療のあり方と標準治療の範疇を示した判例を取り上げ、「安寧緩和医療法」の規定を参照し、臨床現場で実行した際の困難を提示した。

日本において、終末期患者に対する延命治療の差し控え・中止の法制化についても関心が高まりつつあり、最近では在宅ホスピスや在宅死についての注目も集まっている。最後は本稿で分析された台湾の状況から、在宅死が成立するために重要と思われる制度と法制化の問題点を提示して、本稿を終わりたい。まず、在宅死や施設死など、病院以外の場所で亡くなった場合の死亡診断について、診断制度の確立と検証、両方の存在が重要だと思われる。台湾のような第三者医師による検案の制度は家族が医療過誤の有無を確認する一つの手段として成立し、在宅死に対する不安を和らげる側面も見られる。そして終末期医療の法制化の問題点は、終末期患者に対する延命治療の差し控え・中止が一般化となり、異なる意思の表示がしにくくなる危惧である。とりわけ是非かという司法裁判によってこの傾向が助長される可能性もある。終末期医療をめぐる本人の意思表示への尊重、その意義と内実をあらためて考える機会になることを願いたい。

註

- I 本稿における中国語表記について、法案名と政府機関の名称は中国語のままに表記する。また、追検索可能にするため、司法院のデータベース名の中国語表記および検索の際に使用した中国語のキーワードも記述する。それ以外は基本的に日本語訳で表記する。
- II 台湾人の死生観について、尤銘煌（2005）『日本と台湾における通過儀礼の比較研究－葬送儀礼を中心に：社会学的分析－』、太陽書房の第3章「日本と台湾における死生観の基礎理論」（42-57頁）において詳細な考察が見られる。
- III ここでの宗教的な要因は、台湾においてもっとも信仰されている「道教」によるものである。道教では、自宅以外の場所で亡くなった場合、死者の魂は自宅に帰れなくなると信じられ、道士による「招魂（たまよばい）」という儀式を行わなければならないと言われている。詳細は前記II)の文献を参照のこと。

- IV 司法部「法學資料檢索系統 (<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>)」(最終閲覧 2014 年 10 月 7 日) また、台湾の判例、法律条文、立法院による法律の制定、修正、あるいは廃止された法律の調べ方について、国立国会図書館のサイト (<https://rnavi.ndl.go.jp/asia/entry/law-chn.php>) に詳細な説明がある。
- V ここで有罪判決とされたのは有罪、逆転有罪、控訴棄却で有罪確定の判決である。それと同様に、無罪判決とされたのは無罪、逆転無罪、控訴棄却で無罪確定の判決である。
- VI 台湾において、司法裁判に事件名をつけられていることはない。ここでは説明上の利便性を考慮し、事件発生の場所を事件名とする。
- VII 正式名称は「行政院衛生署醫事審議委員會」である。行政院衛生署(現、衛生福利部)に属する審査機関であり、行政規則「醫療糾紛鑑定作業要點」(1987 年、「衛署醫字第 86063502 號」により公布)に基づき、檢察機關、司法機關、当事者の依頼を受けて医療過誤の有無を審査する公的機関である。

参考文献

- 1 日本救急医学会 (2007)「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(全文は <http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf> より閲覧可能、最終閲覧: 2014 年 10 月 8 日)。
- 2 例えば、九州大学病院が 2013 年に「終末期/末期状態における延命治療中止に関わるガイドライン」をネット上に公表した。
- 3 「延命中止はもう裁かれない?」日経メディカル 38 (7): 32-35, 2009-07。
- 4 安寧緩和医療條例。2000 年 6 月 7 日、總統令「華總(一)義字第 8900135 號」により公布。最終改正は 2013 年 1 月 9 日、總統令「華總(一)義字第 1020000811 號」により公布。(現行法の全文は <http://www.tho.org.tw/xms/toc/list.php?courseID=14> より閲覧可能、最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 5 鍾宜錚 (2013)「台湾における終末期医療の議論と「自然死」の法制化—終末期退院の慣行から安寧緩和医療法へ—」『生命倫理』23 (1): 115-124。
- 6 前掲 5)。
- 7 林春香 (1995)「護理人員對末期病患自動出院過程之護理、倫理以及民俗考量」『護理雜誌』42 (3): 78-83。
- 8 ターミナルケア編集委員会編 (2002)「特集 アジアのホスピス・緩和ケアに目を向けよう」『ターミナルケア』12 (4)、三輪書店、260-291 頁。
- 9 前掲 5)。
- 10 趙可式 (1996)「臨終病人照護的倫理與法律問題」『護理雜誌』43 (1): 24-28。
- 11 吳俊穎 (2004)「壽終正寢?—病患親屬代理決定權的探討」『月旦法學雜誌』114: 155-162。
- 12 前掲 7)。
- 13 醫療法。立法院で 1986 年 11 月 11 日に可決、同年 11 月 24 日、「華總義(一)字第 913 號」により全 91 条を公布。最終改正は 2014 年 1 月 29 日「華總義(一)字第 10300013681 號」により公布。(現行法の全文は http://www.acad.ntnu.edu.tw/files/recruit/51_ebd12ae6.pdf より閲覧可能、最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 14 許禮安 (1998)「臨終關懷之我見」『應倫通訊』8、デジタル版は次のサイトより閲覧可能、<http://www.ncu.edu.tw/~phi/NRAE/newsletter/no8/03.html> (最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 15 李大正、楊靜利、王德陸 (2011)「人口老化與全民健保支出: 死亡距離取向的分析」『人口學刊』43: 1-35。
- 16 呂宗學 (2008)「行政相驗常見問題與對策略為何?」[2008 年 7 月 13 日基層醫師行政相驗教育訓練工作坊] 參考資料 (<http://robertlu.med.ncku.edu.tw/Taipei.pdf> より全文ダウンロード可能、最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 17 衛生福利部統計處 (2013)「民國 101 年度死因統計年報」(全文は次のサイト http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2747 よりダウンロード可能、最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 18 醫療法施行細則。1987 年 8 月 7 日、行政院衛生署「衛署醫字第 674946 號」より全 62 条を公布。最終改正は 2010 年 3 月 12 日、「衛署醫字第 0990260760 號」により公布。(現行規定は (<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=L0020023> より閲覧可能、最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 19 衛署醫字第 85045054 號。民國 85 年 (1996) 8 月 8 日、行政院衛生署により公布。関連の行政規則は <http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/Default.asp> より検索可能 (最終閲覧: 2014 年 9 月 4 日)。
- 20 医療法 (1987 年版) 第 49 条第 5 項では、「病院・診療所で死体の検案を行う際、病死ではない、またはそう疑う場合、檢察機關に通報し司法検案を行わなければならない」と規定している。
- 21 前掲 15)、Lu, T., Janes, C. R., Lee, M., Chou, M., Shih, T., "High-frequency death certifiers in Taiwan: a sociocultural product," *Social Science & Medicine* 55 (2002): 1663-1669。

- 22 AbouZahr, C., Cleland, J., Coullare, F., Macfarlane, S. B., Notzon, F. C., Setel, P., Szreter, S., on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group "The way forward," *Lancet* 370 (2007): 1791-1799.
- 23 立法院議案關係文書、1999年12月29日、「院總第1780號 政府提案第6927號」0464-0470頁。
- 24 前掲22)、0466頁。
- 25 前掲22)、0466頁。
- 26 立法院公報(2000)「『衛生環境及社會福利、司法委員會』會議記錄 中華民國89年4月27日」89卷23期3082號、426頁。
- 27 前掲25)、427頁。
- 28 日高義博(2010)「刑事判例研究の意義と方法」『専修ロージャーナル』5:73-94。
- 29 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基(2009)「醫療過失判斷的困境」『法學新論』17:57-73。同論文は吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基、楊增暉、吳佳勳 共著(2012)『清官難斷醫務事?—醫療過失責任與醫療糾紛鑑定』に収録、79-100頁。
- 30 前掲28)85頁。
- 31 前掲28)87頁及び臺灣高等裁判所 95年度台上字第3884號刑事判決。
- 32 立法院公報(2000)「『衛生環境及社會福利、司法委員會』會議記錄 中華民國89年4月27日」89卷23期3082號、421頁。
- 33 立法院公報(2011)「『社會福利及衛生環境委員會』會議記錄 中華民國100年1月3日」100卷11期3863號、266頁。
- 34 陳榮基(2004)「安寧緩和醫療條例的實施與困境」『台灣醫學』8(5):684-687。
- 35 「臺灣高雄地方法院刑事判決 91年度自字第335號」より要約。判決理由で記載された「事實。經查…」から以下の部分より抜粋。
- 36 前掲34)、「自訴意旨」の箇所より抜粋。
- 37 前掲34)、判決文における「主文」および「理由」より抜粋。
- 38 臺灣高等法院高雄分院刑事判決、裁判字號:95、醫上訴、6。
- 39 最高法院刑事判決、裁判字號:96、台上、5643。
- 40 臺灣高等法院高雄分院刑事判決、裁判字號:96、醫上更(一)、2。
- 41 最高法院刑事判決、裁判字號:97、台上、2111。
- 42 王志嘉(2012)「末期病人醫療常規—臺灣高等法院高雄分院九十六年度醫上更(一)字第二號刑事判決評釋」『月旦法學雜誌』211:232-256。

The Law and Ethics of End-of-life Care in Taiwan: On the Practice of Terminal Discharge and a Criminal Court Case Concerning the Hospice and Palliative Care Act

CHUNG Yicheng

Abstract:

The withholding or withdrawing of life-sustaining treatment following advance directives has not been legalized in most East Asian countries. Moreover, the relationships between cultural perspectives and movements to legalize end-of-life care have not been fully studied. This paper aims to clarify the relationship between culture and law in end-of-life care by discussing the case of Taiwan, in particular the implementation and the legal meaning of the Hospice and Palliative Care Act enacted in 2000 as well as Taiwanese customs concerning end-of-life care. The paper examines (1) the so-called practice of “terminal discharge,” in which terminal patients are allowed to leave the hospital and die at home, (2) the relation of this practice to legalization and (3) the relationship between cultural customs and legal systems after the enactment of the law. The research is based on legislative proceedings leading to the law’s enactment, administrative orders related to its execution and a criminal court case related to its interpretation. In the criminal case, the court ruled that withholding life-sustaining treatment to terminal patients is within the standard of treatment, thereby validating in legal terms both the practice of terminal discharge and the Hospice and Palliative Care Act.

Keywords: terminal discharge, palliative care, life-sustaining treatment, court case, Taiwan

台湾における終末期医療の法と倫理

——終末期退院の慣行と「安寧緩和医療法」をめぐる判決を手掛かりに——

鍾 宜 錚

要旨：

本稿は、台湾における終末期医療に関わる慣行と2000年に成立した「安寧緩和医療法」、両者の実態と司法上の意義を考察するものである。東アジアにおいて、事前指示による延命治療の差し控え・中止の法制化はまだ少なく、終末期医療に関わる文化的な側面と法制化への動きとの関係性についての検討も十分とは言い難い。そこで、本稿は台湾を事例として以下の三点を検討し、終末期医療に関わる文化に基づく慣行と法律の関係と倫理を論じた。即ち(1) 瀕死状態の患者を退院させ自宅へ搬送するという「終末期退院」の慣行、(2) 慣行と法制化の関係、(3) 法制化以降の実態。研究方法は国会議事録と行政命令を分析する以外、法制化以降の終末期患者に対する延命治療の問題に関わる判例を調査した。終末期患者に対する延命治療の差し控えは標準治療から逸脱した行為ではないとの判決を通じて、「終末期退院」の慣行と「安寧緩和医療法」の意義を提示した。