

判例研究

川崎協同病院事件最高裁決定

— 最(三)決平成21年12月7日刑集63巻11号1899頁以下 —

稲 田 朗 子

1. 事実の概要

(1) 本件犯行に至る経緯

原原審である第1審判決¹の認定した犯罪事実によれば、本件の犯行に至った経過は以下の通りのようである。

被告人は、平成6年5月から川崎協同病院の呼吸器内科部長に就任し、医師として患者の診療等に従事していた。昭和60年ころから主治医として担当していた本件被害者 X (当時58歳) は、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ていた。被告人は、治療中の X 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、X 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ただき、同月16日午後6時ころ、同病院南2階棟228号室において、X 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 X 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、X が「ぜいぜい」などと音を出しながら苦しうに見える呼吸を繰り返し、鎮痛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

高知論叢(社会科学)第105号 2012年11月

¹ 横浜地判平成17年3月25日刑集63巻11号2057頁以下、判時1909号130頁以下、判タ1185号114頁以下。

態を在室していた幼児を含むその家族らに見せ続けるのは好ましくないと考え、筋弛緩剤（後述のミオブロック……評者注）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（原文ママ、以下同じ……評者注）に命じて、ミオブロック3アンプルを、X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、Xを呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させて殺害した。

（2）第1審判決の概要

被告人側は、以下の点を争ったようである。すなわち、①ミオブロックはXの苦悶様呼吸（努力様呼吸）を鎮静化させる目的で被告人が自らその注射液1アンプルを生理食塩水ボトル（100ミリリットル）に注入して希釈したうえでこれを中心静脈カテーテル（CV）に接続して点滴による投与をしたが数分（約4分ないし6分）後、その呼吸が落ち着いた時点で点滴を中止しているから投与量は同ボトルの4分の1から3分の1程度にとどまる、②Xの死因はミオブロックによる呼吸筋弛緩によるものではない、③被告人はXの家族の要請を受けて治療行為を中断して自然な死を迎えさせようとしたのみで殺意はなかった。

原原審は、被告人側主張の①につき、被告人の指示でミオブロック3アンプルを静脈注射したとの供述をしたA准看護婦の供述を、証拠物の記載のほか重畳的に整合的な供述によって裏付けられてたもので、その内容はいずれも自然で、説得力があり、ミオブロックを自ら投与した点について一貫性が窺え、証言時においても、被告人を尊敬する態度は認められてもことさら陥れようとするような意図ないし関係等はみとめられないとして、その信用性を、動かしがたいと評価した。他方、被害者の苦悶様呼吸を鎮静化させる目的で、被告人自らミオブロックの注射液1アンプルをICUに取りに行き、南2階病棟のナースステーションにおいて生理食塩水ボトルに注入して希釈したうえで、Xに点滴投与し、数分（5、6分）後、その呼吸が落ち着いた時点で点滴を中止したとする被告人の供述は、その内容自体不自然であること、A供述ほか関係各証

拠にも整合しないこと、カルテにミオブロック3アンブル静脈注射した旨記入すれば道義的にも法的にも責任を問われて弁解できなくなることは明らかであることから、虚偽の記入をする動機も存すること、供述が変遷していることや、記憶の混乱を自認しているなど、記憶の曖昧さが窺えることなどに照らし、被告人の供述を信用することは困難というべきと評価した。また、被告人はカルテ記入時においては罪障感をもって虚偽記入したものと認めざるを得ないとの認定をした。

被告人側主張②については、信用性を是認できるA供述等の関係証拠から、Xは、被告人から命じられたAによって、本件当日午後7時ころ、ミオブロック3アンブルを静脈注射され、その後まもなく呼吸が停止し、午後7時11分ころ、その心臓が停止して死亡したこと、それまで鎮静剤を大量投与されてもなお苦悶様呼吸をしていたXが、ミオブロック投与後まもなく呼吸停止したのであるから、本件の死因は、このミオブロックの静脈内注入による呼吸筋弛緩による窒息と推認される。加えて、Y（D大学医学部教授の医師……評者注）作成の鑑定書及び供述内容から、Xは、本件抜管がなければ短くて1週間、長くて数年の余命があったと推察されるところ、本件抜管により、気道確保を必要とする状態を放置することで低酸素血症をきたし、これにより余命は大幅に短縮されて、早くて2、3時間、長くて1週間程度（一番可能性が高いのは概ね2、3日程度）と推定され、呼吸停止午後7時3分、心停止午後7時11分を前提とすれば、呼吸停止時に低酸素血症がそれほど進行していなかった状態で強制的に呼吸停止されたと解することができるというのであり、このY鑑定等は、専門的知見から、具体的根拠を述べて説得的に説明しているものであるから、十分に信用することができる。そうすると、本件の直接の死因は、ミオブロックの投与による呼吸筋弛緩・窒息と認定することができるとしている。他方、本件当日のXのカルテの記載については、その外形をみても乱雑な記載であり、抜管から死亡までの具体的経過を時間を確認するなどして正確に記載したものとは認め難いうえ、被告人の記憶のみによるものであり、大雑把な記載の仕方もあることから時刻の正確性については幅のある記載として扱うのが相当であるとし、カルテに「数分で呼吸」と記入した意味はミオブロック

点滴投与開始後4ないし6分で呼吸が弱まって点滴を停止し、さらに呼吸停止まで2、3分あった旨供述するが、被告人の供述どおりの時系列であればそのように記載するのが自然であるのに、そのような記載はないこと、そもそも前記のとおり点滴投与したという被告人の弁解は虚偽と認められることから、経過に関する供述もまた信用することは困難であるというべきとして、被告人側の主張は退けた。

被告人側主張③については、本件当日午後3時から午後5時までの間に、被告人はXの妻Zから、気管内チューブを抜いてほしいとの依頼を受け、管を抜けば呼吸状態が悪くなり、最期になること、Z一人で決められることではないこと、家族で来られる人は全員来るようにとの旨を伝えたが、「夕方みんなが集まってからお願いします。」とZが答えたことから、大変辛いことであるがやむを得ないと考えてその家族が集まってから抜管することを決意し、同日午後6時前に、病室に入り、家族が集まっているところで「奥さんから管を抜いてほしいと要望が出ました。管を抜けば呼吸が落ちてきて最期になります。早ければ数分ということもありますので、看取ってあげてください。皆さん、覚悟はできていますか。それでよろしいでしょうか。」と尋ね、家族らの多くが無言でうなづいて異論を言うものがいなかったことから、被告人は、同日午後6時3分、Xに経鼻挿管された気管内チューブを抜管したとするのが、被告人側の主張であった。被告人が記入したカルテ及び複数看護婦が記入した看護記録の内容等は、被告人側主張に整合的であったとした。他方、ZらX家族の供述は、被告人側主張に反するものであった。すなわち、Zは、16日の昼間に本件病院に赴いたことも被告人に抜管を依頼したことも明確に否定したうえ、Xが本件病室に異動後、被告人から、鼻から管を挿入したままにしておくとう手足が曲がり菌により肺炎を起こすので抜管したいから都合の良い日に家族皆集まって欲しい旨言われ、このとき気管内チューブの意味や抜管の弊害等について説明されなかったことから治療行為の枠内と理解し、他の家族らの都合を考えて16日に皆で赴くことに決まったと供述している。他の家族らの供述も、Zの供述に整合的であり、看護記録本文の14日午後3時部分の記載内容とも符合している。

以上を根拠として原原審裁判所は、Zらの供述を、信用することができるとした。他方、被告人の供述については、Zから抜管の依頼を受けたとする時刻に、供述の変遷がみられること、被告人は、抜管してお看取りすることを病室に同行した准看護婦Cに伝えたと供述しているが、そのことがC供述等と整合しないこと（Cが記載したと窺われる看護記録の「fa（妻）より希望あり」「挿管チューブを抜管して欲しいとの事」との記入については、被告人から説明を受けたことを記入したもので、被告人から同説明を受けるまで、被害者の家族が抜管を希望している旨直接にも間接にも聞いたことがなく、被告人から被害者の妻ないし家族からの依頼である旨説明されたが、何故家族がそのような希望をしているのか理解できなかったとのC供述等）、抜管すれば確実に死に至るという極めて重大な事項であるにもかかわらず、突然Zから依頼されて了承し、他の医師等の意見も全く聞かず、依頼の遅くとも1時間半後には、実行に移したという性急さ及び未だX入院後2週間しか経過していないことと併せ、内容自体不自然であることなどから、全面的には信用することができないとした。

上記のような検討から、原原審裁判所は、「自己の考えによる方針を示唆し、不十分なやりとりをしただけで、それを家族らも了承したものと軽率にも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、鎮痛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決意したことを認めることが出来る。」「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」として、殺人罪についての実行行為性を肯定した。

更に、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との被告人側主張に対し、末期医療における治療中止について、以下の判断を示した。

「末期医療において患者の死に直結しう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、患者の自己決定権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。」

「……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。」「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、……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。」「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。その真意の探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウイル等）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になるとと思われる。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、……、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治療の中止が許容

されることになる……。」「……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。」

そして、本件につき、(1)回復可能性及び死期の切迫については、被告人は、被害者の脳波等の検査すら実施していない等、被害者の回復の可能性や死期の切迫の程度を判断する十分な検査が尽くされていないこと、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をしていないし、Y鑑定と同僚医師たちの供述からも「回復不可能で死期が切迫している場合」には当たらないとする、(2)患者本人の意思確認については、被告人は、家族らに対し、患者本人の意思について確認していないのみならず、患者の病状や本件抜管の意味等の説明すら十分にしていない。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伝わっていなかった。被告人が、家族らが治療中止を了解しているものと誤信していたことも、説明が不十分であること、患者本人の真意の追求を尽くしていないことの顕れであり、前記要件を満たしていないとする、(3)治療義務の限界については、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、として、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ないとして、被告人側の主張を退けた。

最後に、量刑の事情においては、「被告人に対しては実刑をもって臨むことも十分考えられるというべき」としながらも、被告人のために斟酌すべき情状を勘案し、加えて、この種事犯に対する量刑については様々な考え方があり得る等から、主文のとおり科刑してその罪責を明確にしたうえ、その刑の執行を猶予することが相当とした。

以上から、被告人に対して、懲役3年（執行猶予5年）の判決を言い渡した。

(3) 控訴審判決の概要

第1審判決に対して、被告人は控訴したが、控訴審たる原審では、基本的に原原審と同様に、以下の点を争ったようである。①被告人は、ミオブロックは1アンプルを点滴投与したのであって、ミオブロック投与は殺人の実行行為ではなく、死因はミオブロックによる窒息ではない、②本件抜管時には、Xの死期は切迫しており、被告人は治療中止についてのXの意思を推定するに足りる家族の要請に基づき本件抜管を行ったので違法性が無いとして、原判決には事実誤認がある。

控訴審²は、被告人側主張①につき、炭酸ガスナルコーシス³による呼吸停止の可能性も否定できないとの被告人側の主張については、二つの鑑定から、これを退けた。被告人に命じられて、ミオブロック3アンプルをXに静脈注射したとするA准看護婦の供述については、他供述から裏付けられているミオブロックを取りに行った事実と一連の流れであるミオブロックの静脈注射についての供述は信用でき、更に、原審及び当審における尋問を通じて全く動揺がみられず、同人の上記供述は信用できるとする。同人の、輸液ルートの左右についての供述に不正確さがあることについても、供述全体が信用できないとするものではないと判断した。被告人の、ミオブロック1アンプルを自ら点滴注射したとの供述は、ミオブロックの本来の用法とは目的も投与方法も違うのに、同僚医師の「ミオブロックがいいよ。」という言葉だけでそれを思いついたという被告人供述は、不自然であり、信用できないとした。

被告人側主張②については、先ず、原原審が、証拠価値を認めなかった被告人記載のカルテとカードックスにつき、手書きのカルテが乱雑なのは当然であり、乱雑だからその内容が不正確ということはできず、カードックスは、カルテの引写しのところも多いが、看護婦独自の記載もあり、その記載内容に沿う記憶があるとする看護婦2名の供述があることから、それらの証拠価値を認めた。また、原原審が、家族の供述は互いに符合するとしていることにつき、家

² 東京高判平成19年2月28日刑集63巻11号2135頁、判タ1237号153頁以下。

³ CO₂の呼吸調節系への麻酔作用により換気が抑制されること。『南山堂医学大辞典』(南山堂、1998年)1327頁。

族間の供述の矛盾を指摘し、そもそも、何の意味も分からず子供5名を含む家族全員病室に揃うというZらの供述内容は不自然であることなどから、家族からの要請があったとする被告人の供述は、Zらの原原審の認定に沿う供述に照らしても、なおこれを排斥することはできず、家族からの要請がなかったと認定するには合理的な疑いが残るといわざるを得ないとし、この意味で家族からの要請があったことを否定することはできないとした。

そして、治療中止を適法とする根拠として、患者の自己決定権と医師の治療義務の限界があげられるが、いずれのアプローチにも解釈上の限界があり、尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であるとする。尊厳死の問題は、より広い視野の下で、国民的な合意の形成を図るべき事柄であるのに対し、裁判所は、当該刑事事件の限られた記録の中でのみ検討を行わざるを得ず、尊厳死に関する一般的な文献や鑑定的な学術意見等を参照することはできるが、いくら頑張ってみてもそれ以上のことはできない。尊厳死を適法とする場合も、実体的な要件のみが必要なのではなく、手続的な要件も欠かせない。この問題は、国を挙げて議論・検討すべきものであって、司法が抜本的な解決を図るような問題ではないとした。

他方、国家機関としての裁判所が当該治療中止が殺人に当たると認める以上は、その合理的な理由を示さなければならないとし、その場合でも、まず一般的な要件を定立して、具体的な事案をこれに当てはめて結論を示すのではなく、具体的な事案の解決に必要な範囲で要件を仮定して検討することも許されるべきであるとする。本件は、仮定する前記二つのいずれのアプローチによっても適法とはなし得ない。そうすると、尊厳死の要件を仮に定立したとしても、それは、結局は、本件において結論を導き出すための不可欠の要件ではない傍論にすぎないのであって、傍論として示すのは却って不適切とさえいえようとの見解を示した。

このような前提の上で、本件について、患者の自己決定権によるアプローチから、家族の意思が表明された場合は特段の事情がない限り患者本人の意思と同視すべきという見解もありうるが、この見解が前提とする患者が終末期状態であるという前提を本件は満たさず、家族からの要請の有無についても、原審

と当審では判断を異にするような一種微妙な証拠判断にかかるものであって、家族の明確な意思表示があったとまでは認められないから、適法とはされない。

次に、治療義務の限界によるアプローチから、Xの余命についてどうみるかであるが、Y鑑定は、脳波や画像といった余命を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た上で、W(医師……評者注)鑑定によっても、16日の時点で、Xが約1週間後に死に至るのは不可避であったとはいえず、同人の死期が切迫していたとは認められない。Y鑑定もW鑑定も、16日以降の治療が医学的におよそ意味がないとは述べていないのであって、治療義務が限界に達していたと認めることはできない。

以上の検討から、被告人に殺人罪の成立を認めた原判決は結論において正当であり、事実誤認との被告人側主張は理由がないとの判断を示した。

しかしながら、被告人は、Xの予後についての検査をしておらず、家族に対する説明も万全とはいえないが、家族に対する説明に配慮を欠いていたとは到底いえない。そして、原原審の量刑判断における評価とは異なり、被告人は家族の真意を確認せずに独断で抜管を押し進めたわけでもないし、苦悶様呼吸が出現した時点で再挿管の意向を家族に確認せよというのは無理な注文といえらるし、被告人は看護婦に箆口令を敷くなどの罪証隠滅工作をしておらず、カルテの記載は罪証隠滅のための虚偽記載というよりも、被告人の後悔の現れとみるべきであろうとする。本件抜管が家族からの要請であることは否定できないのであって、家族の要請がなかったことをする原判決の量刑判断は、維持し難いとして、職権により量刑不当として原判決を破棄した上で、当審において適正な量刑判断を行うとした。

「被告人が、家族からの要請があったと理解しても、なおその意向を再確認し、さらに他の医師にも相談すべきであって、独断で本件抜管を決断したことは、結果的に患者を軽視したといわれても致し方ないというべきである」としつつも、他方で、「被告人は、治療中止について医療に従事する者が従うべき法的規範も医療倫理も確立されていない状況の下で、家族からの抜管の要請に対して決断を迫られたのであって、その決断を事後的に非難するというのは酷

な面もある」とし、さらに、「ミオブロック投与の情状についてみると、……被告人としては追いつめられた状況において、同僚からミオブロック投与を助言されたことで本件投与に及んだという経緯をみれば、被告人は心ならずもミオブロック投与に及んでしまったものとみることができる」として、結論として、原判決を破棄し、被告人を懲役1年6月執行猶予3年に処した。

(4) 被告人の上告理由の概要

弁護人の上告趣意⁴は、意識がなく意思表示できない患者に憲法上保障されている自己決定権を否定した原判決は、憲法13条および憲法14条違反があるとの憲法違反、終末期医療に関係する高裁レベルの判決である名古屋高裁判決と原判決との間に、看過できない齟齬、不統一が存在するとの判例違反、判決に影響を及ぼす重大な事実誤認、また法令の解釈適用に重大な誤りがあることを主張する。すなわち、「……家族会議による家族全員の同意に基づく抜管の要請は、被告人が、患者X(刑集の原文はBであるが、本稿の表記に合わせる、以下同じ……評者注)と同居している家族のみならず家族全員の意向、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定等を手掛かりに患者Xの意思を探求した上で、治療を中止すべく同人の意思を推定するに足りると判断される。被告人は、家族からの強い要請に基づき、気管内チューブを抜管したものであり、本件抜管は、法律上許容される治療中止であったとすべきである」⁵、原判決が「殺意」を認定していることについて、「そもそも殺意は存在せず、延命行為の差し控えと医療行為の中止についての違法性の意識もない」⁶、また、被告人作成のカルテや看護婦らの看護記録や証言を「適材適所、ご都合主義的に採用」⁷しており、自由心証主義に反する、原判決が依拠した鑑定は「仮定の上に構築された、虚構に満ちた単なる確率論に基づく推論にすぎない」⁸等である。そして、「医師による延命治療の差し控え、治療行為の中止や尊厳死に判

⁴ 「弁護人矢澤昇治の上告趣意」刑集63巻11号1904頁以下。

⁵ 前掲・注(4)1948頁。

⁶ 前掲・注(4)1989頁。

⁷ 前掲・注(4)1999頁。

⁸ 前掲・注(4)2021頁。

法を適用し、医師を殺人罪で立件することは、本来刑法が『謙抑的で補足的であるべき』であり、『最後の手段』であると考えた国民の意識とは、逆行していると云わざるを得ない⁹と批判している。

2. 決定要旨

「上告棄却。」

「所論にかんがみ、気管内チューブの抜管行為の違法性に関し、職権で判断する。……所論は、被告人は、終末期にあった被害者について、被害者の意思を推定するに足りる家族からの強い要請に基づき、気管内チューブを抜管したものであり、本件抜管は、法律上許容される治療中止であると主張する。

しかしながら、上記の事実経過によれば、被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ二週間の時点でもあり、その回復の可能性や余命についての確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないといふべきである。

そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。」¹⁰

⁹ 前掲・注(4)2056頁。

¹⁰ 最(三)決平成21年12月7日刑集63巻11号1899頁以下、判時2066号159頁以下、判タ1316号147頁以下。

3. 評 釈

(1) 終末期医療に関する刑法学説と判例

本件は、終末期医療のあり方が問題とされた事案であるが、刑法学においては、終末期医療の問題としては、いわゆる安楽死が、従前より論じられてきた。刑法学上、安楽死は、「死期が差し迫っている患者の耐えがたい肉体的苦痛を緩和・除去して安らかに死を迎えさせる措置」¹¹と定義され、4つの類型に分けて論じられるのが一般的である。すなわち、(1)生命短縮を伴わずに苦痛を緩和・除去する場合（純粹安楽死）、(2)死苦緩和のための麻酔薬の使用等の副作用により死期をいくらか早めた場合（間接的安楽死、治療型安楽死、狭義の安楽死）、(3)生命の延長の積極的措置をとらないことが死期をいくらか早めた場合（消極的安楽死、不作為による安楽死）、(4)生命を断つことにより死苦を免れさせる場合（積極的安楽死）である¹²。(1)(2)の類型については、適法と解する見解が多数説である¹³。(3)は近年、尊厳死を含む概念であることが意識されるようになり、新たな問題となっている。(4)の積極的安楽死については、従来から見解が分かれてきた。

通説は、積極的安楽死についても、違法性が阻却される場合があるとする。従前は、例えば「人間的同情、惻隱の行為」¹⁴や「科学的合理主義に裏づけられた人道主義」¹⁵が、その論拠とされていたが、その後、「自己決定権」の視点からアプローチする見解が、有力化した。例えば、通常の緊急避難と違い「安楽死の場合は、一人の利益主体しか存在しない。そして、安楽死の問題は彼一人に関することである。第三者が（『苦痛のある生命』と『苦痛のない短い生命』とを……評者注）客観的に『利益衡量』して本人のために結論を出して良いも

¹¹ 内藤謙『刑法講義総論（中）』（有斐閣、1986年）534頁等。

¹² 内田博文「安楽死」『別冊ジュリスト 刑法判例百選Ⅰ総論（第三版）』46頁等。

¹³ (2)の類型については、後出の(ii)判決が、傍論で、治療行為性と患者の自己決定権（推定的意思を含む）を根拠に許容されるとの判断を示している。

¹⁴ 小野清一郎「安楽死の問題」（1950年）『刑罰の本質について・その他』（有斐閣・1955年）211頁。

¹⁵ 植松正「安楽術の許容限界をめぐって」『ジュリスト』269号（1963年）45頁。

のではなく、『病者の自己決定』こそが安楽死の本質的要素で、この論理は積極的安楽死だけでなく間接的安楽死にもあてはまる¹⁶や「人権論は……最も基本的な権利である生命権の具体的内容の一つとして生命・身体に関する自己決定権を承認する。……人権論としての安楽死肯定論は、自立的生存（自己決定をなし得る主体）の可能性がなくなったときには、死の意思の真実性を担保する客観的な条件を考慮して本人の自己の生命に対する処分権を許容するものである。……本人の意思を実現する行為としての積極的安楽死は正当行為だということになる¹⁷といった見解がそれである。

他方、積極的安楽死につき、違法性は阻却されず、なお違法であるとの主張もなされてきた¹⁸。更に、期待可能性論を基軸とした責任阻却事由と解する見解¹⁹も唱えられている。たとえ本人の自己決定に基づくものであっても、それが「生存の価値なき生命の毀滅」に連なるおそれが残るため、違法性は阻却されず、期待可能性の有無の観点から不処罰の可能性を検討するものである。

古くから論じられてきた安楽死に対し、尊厳死（あるいは「治療行為の中止」）の問題は、人工呼吸器等の生命維持治療の発達によってもたらされた、比較的新しい問題として捉えられている²⁰。尊厳死は、安楽死よりも微妙で解決に困難な問題を含んでいるともいわれている²¹が、一定の要件のもとに、許容されるとする見解も多くみられる。また、現行法の解釈では限界があるとの指摘も存在する²²。

本件以前の判例を見てみると、積極的安楽死が問題とされた事案で、具体的

¹⁶ 町野朔「安楽死—ひとつの視点—(2)」『ジュリスト』631号(1977年)121頁。

¹⁷ 福田雅章「安楽死」助立明＝中井美雄編『医療過誤法入門』（青林書院、1979年）251頁以下。

¹⁸ 木村亀二『刑法総論』（有斐閣、1959年）290頁以下等。

¹⁹ 佐伯千仞『四訂 刑法講義（総論）（オンデマンド版）』（有斐閣、2007年）291頁、内藤・前掲注(11)539頁以下等。なお、中山研一『口述刑法総論』（成文堂、1978年）205頁は、「可罰的違法性がなく、または期待可能性がないために責任が阻却されるという理由で不可罰とされることがある」としている。

²⁰ 内藤・前掲注(11)544頁等。

²¹ 内藤・前掲注(11)544頁。

²² 井上宜裕「医師による気管内チューブ抜管行為が法律上許容される治療中止には当たらないとされた事例」『法学セミナー増刊 速報判例解説』7号(2010年)186頁。

な要件を示したものとしては、(i)名古屋高裁昭和37年12月12日判決²³と(ii)横浜地裁平成7年3月28日判決(東海大安楽死横浜地裁判決)²⁴を挙げることができる。(i)において、名古屋高裁は、傍論で、安楽死が違法性を阻却する要件として、次の6要件を挙げた。(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)病者の苦痛が甚しく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のもなること、(3)もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと、(4)病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託又は承諾のあること、(5)医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること、(6)その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうるものなること。しかしながら、当該案件では(5)(6)の要件を欠くとして、嘱託殺人罪の成立を認めた。学説からは、(5)(6)の要件を挙げる以上、実質的には違法性阻却を否定しているに近いとの評価がなされていた²⁵。医師が、依頼されて積極的安楽死にあたる手段をとることはまずないと考えられていたからである²⁶。

しかしその後、(ii)において、患者に薬物を注射したことにより同人を死亡させたとして、医師が殺人罪に問われることとなったが、横浜地裁は、傍論で、(i)判決で示された6要件とは別の、医師による安楽死が許容される一般的な要件として、次の4要件を新たに示した。(1)耐えがたい肉体的苦痛があること、(2)死が避けられずその死期が迫っていること、(3)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、(4)生命の短縮を承諾する明示の意思表示があること。また、(ii)判決はさらに踏み込んで、薬物の注射に至るまでに被告人が行ったとされる、当該事案では起訴されていない行為である治療行為の中止が許容される要件をも示した。すなわち、(1)許容される治療行為の中止の対象となる患者について、死の不可避性を要求し、単に治療不可能

²³ 高刑集15巻9号674頁以下。

²⁴ 判時1530号28頁以下、判タ877号148頁以下。

²⁵ 内藤・前掲注(11)542頁等。

²⁶ 内藤・前掲注(11)542頁、町野朔「『東海大学安楽死判決』覚書」『ジュリスト』1072号107頁等。

であるだけでは足りないことを示し、(2)患者の自己決定権の理論と(3)医師の治療義務の限界論を正当化の根拠とするものである。その上で、当該事案につき、許容される「治療行為の中止」及び「積極的安楽死」に当たらないとして、殺人罪の成立を認めた。

(2) 治療行為の中止の要件

本件原原審横浜地裁は、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との被告人側主張について、末期医療における治療中止の許容性の要件として、「患者の自己決定権の尊重」と「医学的判断に基づく治療義務の限界」を挙げた。その上で、本件は、(1)「回復不可能で死期が切迫している場合」にはあらず、(2)被告人は、家族らに対し、患者本人の意思について確認していないのみならず、患者の病状や本件抜管の意味の説明すら説明していない。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伝わっていなかった。被告人が、家族らが治療中止を了解しているものと誤信していたことも、説明が不十分であること、患者本人の真意の追求を尽くしていないことの顕れであり、前記要件を満たしていないとして、「患者の自己決定権の尊重」の要件を満たさず、(3)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して、被告人側の主張を退けた。

(3) 「患者の自己決定権論」と「医師の治療義務の限界論」

かつて前述した東海大安楽死事件横浜地裁判決によって「治療行為の中止」が許容される要件が示されていたが、本件原原審たる横浜地裁判決は、東海大

安楽死横浜地裁判決とは異なった構造をもつことが指摘されている²⁷。すなわち、東海大安楽死事件横浜地裁判決は、「患者の自己決定権論」と「医師の治療義務の限界論」を並列させているが、それに対して、本件横浜地裁判決は、それぞれが単独で治療中止の根拠となりうるとしている点である²⁸。

本件控訴審判決は、原原審が挙げた「患者の自己決定権論」と「医師の治療義務の限界論」のいずれのアプローチにも解釈上の限界があり、尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であるとしながら、他方、国家機関としての裁判所が当該治療中止が殺人に当たると認める以上は、その合理的な理由を示さなければならないことから、具体的な事案の解決に必要な範囲で要件を仮定して検討することも許されるべきであり、仮定する前記二つのいずれのアプローチによっても適法とはなし得ないとして、原原審の殺人罪成立との判断を維持した。このような、控訴審の判断方法に対しては、「裁判所がこの2つの『アプローチ』は解釈上無理であると考えるなら、別の解釈を探さなければならないだろう。法を解釈することは裁判所の職務である。それをしないのは、そんなことは最初から無理なので、現行法の解釈ではXの行為は違法であることが疑いないという結論を前提にしているからにはほかならない。しかし、もしそうなら、わざわざ2つのアプローチを試してみる必要などまったくない」²⁹といった強い批判もなされている。また、このような2つのアプローチを並列させる考え方について、これらは「終末期医療の実行・忌避が患者の最善の利益に合致するかを判断するための2つの要素であり、両者は対立するものではない。また、これらは併せて用いるべき2つのツールなのである(る)」³⁰との批判もなされている

²⁷ 町野朔「患者の自己決定権と医師の治療義務—川崎協同病院事件控訴審判決を契機として—」『刑事法ジャーナル』8号(2007年)49頁以下。

²⁸ 町野・前掲注(27)は、本件横浜地裁判決は「佐伯教授の見解に従ったもの」と指摘する。佐伯仁志「末期医療と患者の意思・家族の意思」樋口範雄編著『ジュリスト増刊 ケース・スタディ生命倫理と法〔第2版〕』(2012年)70頁は、「判旨は、両者の関係について明確ではないが、……どちらも単独で治療の中止の根拠となりうる应考虑すべきであろう」としている。

²⁹ 町野・前掲注(27)50頁。

³⁰ 町野・前掲注(27)52頁。

が、本決定は、直截に「患者の自己決定権論」「医師の治療義務の限界論」との言葉を使用することなく、控訴審の結論を維持した³¹。

³¹ 本件最高裁決定の評釈として、入江猛「気管支ぜん息の重積発作により入院しこん睡状態にあった患者から、気道確保のため挿入されていた気管内チューブを抜管した医師の行為が、法律上許容される治療中止に当たらないとされた事例」『ジュリスト』1446号(2012年)91頁以下、野村貴光「気管支ぜん息の重積発作により入院しこん睡状態にあった患者から、気道確保のため挿入されていた気管内チューブを抜管した医師の行為が、法律上許容される治療中止に当たらないとされた事例—川崎協同病院事件上告審決定—」『法学新報』117巻5・6号(2011年)295頁以下、加藤摩耶・大城孟「川崎協同病院事件最高裁決定」『年報 医事法学26』(日本評論社, 2011年)219頁以下、宍戸圭介「治療中止における本人の同意と家族の要請—川崎協同病院事件(最高裁第三小法廷平成21年12月7日決定, 判時2066号159頁)—」, 井上・前掲注(22)183頁以下、豊田兼彦「治療中止と殺人罪の成否—川崎協同病院事件最高裁決定」『法学セミナー』665号(2010年)121頁、武藤真朗「川崎協同病院事件最高裁決定—最(三小)決平成21・12・7刑集63巻登載予定, 判時2066号159頁, 判タ1316号147頁—」『刑事法ジャーナル』23号(2010年)83頁以下。その他本決定に言及するものとして、鈴木雄介「治療行為の中止と刑事責任」『刑事法ジャーナル』23号(2010年)51頁以下。

また、本件の下級審に関して、田坂晶「重篤な患者への治療の中止と殺人罪の成否—川崎協同病院控訴審判決—」『同志社法学』333号(2009年)443頁以下、田中成明「尊厳死問題への法的対応の在り方について—川崎協同病院事件控訴審判決を機縁とする—考察—」『法曹時報』60巻7号(2008年)1頁以下、斎藤信治「安楽死と治療中止・尊厳死—東海大事件・川崎協同病院事件および『鎮静』について—」『中央ロー・ジャーナル』5巻1号(2008年)47頁以下、加藤摩耶「末期医療における患者の死に直結する治療中止の許容要件について—川崎協同病院控訴審判決—」『法学論叢』16号(2008年)163頁以下、橋爪隆「治療中止と殺人罪の成否—川崎協同病院事件—」『ジュリスト臨時増刊 平成19年度重要判例解説』(2008年)169頁以下、本庄武「終末期医療における治療中止の許容性」『法学セミナー増刊 速報判例解説』2号(2008年)187頁以下、辰井聡子「治療中止と殺人罪の成否—川崎協同病院事件」『判例セレクト2007』(2008年)27頁、谷直之「終末期医療における治療中止の許容性—川崎協同病院事件控訴審判決—」『受験新報』679号(2007年), 16頁以下、古川原明子「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」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』6号(2007年)133頁以下、井田良「終末期医療と刑法」『ジュリスト』1339号(2007年)39頁以下、町野・前掲注(27)47頁以下、加藤摩耶「末期医療における患者の死に直結しうる治療中止の許容要件」『年報 医事法学21』(日本評論社, 2006年)142頁以下、辰井聡子「重篤な患者への治療の中止—川崎協同病院事件第1審判決」『ジュリスト臨時増刊 平成17年度重要判例解説』(2006年)165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—横浜地判平成17・3・25判タ1185号114頁」『刑事法ジャーナル』(2006年)84頁以下、土本武司「治療行為の中止と合法要件」判時1928号(2005年)188頁以下、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審判決に寄せて—」『ジュリスト』1293号(2005年)98頁以下等。

(4) 元被告人の裁判所に対する批判点

本件被告人は、その著書の中で、控訴審判決を以下のように批判する。「ミオブロックの投与がいけなかったというだけならまだいいのです。以後こういう場合に、この薬は使わないようにすればすむので、医療現場でとくに困ることはないでしょう。ところが、『抜管行為と併せて全体として治療中止行為の違法性』が問われ、それが『殺人罪を構成する』となると、話は全くちがってきます。延命治療の中止が『殺人罪を構成する』可能性があるとなれば、現場の医療者たちに重苦しいプレッシャーがのしかかります。」³²「自己決定権と治療義務の限界説という2つのアプローチに、堂々めぐりともいえる否定的な見解をちらつかせておいて、『いずれにおいても適法とすることができなければ、殺人罪の成立を認めざるを得ないことになる』というのですから、これでは極端な話、延命治療を中止した場合は片っ端から殺人罪の疑いで捜査されても文句は言えないということになります。」³³「この判決文のいうところは、延命治療を中止する際に医師が判断したことを、あとから殺人罪として評価しなすという『後出し』を可能にすることにほかなりません。」³⁴「司法が踏み込む必要のない場所に乗りこんできて、殺人罪というモノサシを振りかざして医療者を追い回すことに、何の意味があるというのでしょうか。」³⁵「判決はまた、Aさん（本稿表記ではX……評者注）の余命判断や回復可能性について、私が脳波検査もしていないと批判します。これもまた脳波検査をしておけばよかったのか、と試してみても仕方ありません。脳波検査で余命判断や回復可能性が正確にわかるのかといえば、そんなことは死の直前までわからないのです。後出し論法でいけば、脳波検査を行っていただいで『脳波検査だけでは十分とはいえない』ということになるでしょう。どこまでいってもきりがありません。司法が、このケースは殺人罪にしようと意図すれば、必ずそうできてしまうのです。」³⁶さらに、最高裁決定については、「最高裁は延命治療の中止の適法基

³² 須田セツ子『私がしたことは殺人ですか?』（青志社、2010年）171頁。

³³ 須田・前掲注(32)184頁。

³⁴ 須田・前掲注(32)185頁。

³⁵ 須田・前掲注(32)185頁。

³⁶ 須田・前掲注(32)189頁。

準を示すことなく、ただ東京高裁の判断を追認しました。もうこれで後出しの刑事訴追に歯止めはかかりません。」³⁷

本件の各裁判所が採用し、学説も支持しているとされる治療行為の中止の正当化要件である「回復不可能性及び死期の切迫」「患者本人の真意の追求が尽くされていること」「治療義務の限界に達していること」は、被告人には、実態にそぐわないものとして映ったであろうか。特に、東京高裁の言い回しは、現実の事件において実在している被告人に対して、当該正当化要件に対して「堂々めぐりともいえる否定的な見解」を示しながら、その要件を用いて殺人罪の成立を認めたという意味で、被告人にとっては受け入れ難いものだったのかも知れない。

被告人がこのような割り切れない思いを抱えるのは、実際の医療の現場において、被告人の行為が、やはり突出したものであって、刑事責任を問わざるを得ないとは、被告人自身が思えないことがあるのではないだろうか。事件発生当時の医療「準則」や医療実態から、本当に、被告人の行為が殺人罪の刑事責任に問われるものなのであったのか。このような観点から判例を検討すると、なるほど、「脳波検査さえやっていない」と被告人を論難してはいるが、当時の医療「準則」として、専門家たる医師である被告人は、どのような検査を行ってしかるべきであったかという観点からの判断は見られない。これだと、「後出し」として、司法への不信が募ることにも理由があるように思われなくもない。

(5) 殺人罪の成否における「医療水準」ないし「医療倫理」

このような観点からみれば、尊厳死法³⁸やガイドライン³⁹の必要性を指摘し

³⁷ 須田・前掲注(32)197頁。

³⁸ 2012年、「尊厳死法制化を考える議員連盟」により、いわゆる「尊厳死法案」の国会上程が企図されている。いわゆる「尊厳死法案」を考察するものとして、「特集＝尊厳死は誰のものか 終末期医療のリアル」『現代思想』（青土社、2012年）等。

³⁹ 本件控訴審判決が出た後の2007年5月、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。樋口範雄『続・医療と法を考える 終末期医療ガイドライン』（有斐閣、2008年）87頁以下は、本ガイドラインは「終末期医療の決定のためのプロセスを明確化するだけであり、終末期を迎えた患者を皆で支える体制作りをする

た裁判所に対して、被告人は「これ（厚生労働省が策定した2007年5月『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』……評者注）は国が策定したガイドラインですが、かりにこの決定のプロセスの手順を踏んで、終末期医療の一環として延命治療の中止を行ったとしても、事後に刑事訴追をまぬかれるわけではありません。」⁴⁰として批判をするが、しかし、これらのガイドラインが時の「医療水準」ないし「医療倫理」を満たすものであれば、それは医療者として守るべきものとはならないか。もちろん、「処罰される行為」と「やってはならない行為」は別物であり、ガイドラインに違反した治療の中止が直ちに殺人罪になるわけではない⁴¹が、反対に、ガイドラインにそった行為であるならば、不処罰化の方向で考えるべきともいえよう。ガイドラインは、医師の免責の道具と堕してはならず、専門家に当然要求されるべき水準を満足させるものでなければならない。だからこそ、国家の刑事介入を拒むこともできるのである。とすると、被告人の「グループ・カンファランスとなれば、さらに延命治療はつづくでしょう。」⁴²「公の場では万が一の可能性にかける『正論』に反対できる人はいないのです。また多人数で決めたことには誰も責任をもたないし、複数主治医というのも、遠慮を含めて本音をいわないことが多いものです。」⁴³「かつて、私たちが医者になったころは、患者さんに接するときは自分の家族のように、一番よいと思われる治療をほどこすように教わりました。いまでは、つねに患者さんと距離をおくように指導されているのでしょうか。患者さんやその家族から、訴えられることがないように、少しでもリスクのある

ための指針]であるが、これには①医師の刑事免責の実体的要件が明らかにされていない、②患者にとって不本意な安楽死への道を開くことになるのではないかという懸念、という2つの批判が寄せられたことを指摘する。

⁴⁰ 須田・前掲注(32)202頁。

⁴¹ 町野・前掲注(27)51頁。しかし、医療者に対するガイドラインについては、一定限度の許容を当然の前提とするものであり、つねに事実上の拡大傾向を促進する危険性が孕まれているとの危惧を唱える見解もある。辰井(2006年)・前掲注(31)167頁参照。なお、原原審における要件の認定に際して、「疑わしきは生命の利益に」判断すべきとの考え方に対しては、「疑わしきは被告人の利益に」との抵触を懸念する見解もある。橋爪・前掲注(31)170頁、井上・前掲注(22)185頁以下参照。

⁴² 須田・前掲注(32)212頁。

⁴³ 須田・前掲注(32)212頁。

場合には、客観的な説明をしたうえで、あとはクールに患者サイドに決めてもらい、責任を回避する。患者さんへの感情移入は御法度、ということになれば、医療はいったい何なのだという根本的な疑問にかられます。」⁴⁴ といった主張の一部が、現在の「医療水準」ないし「医療倫理」として適切であるか否かは、疑問の余地もあろうか。

(6) 医療と刑事規制

また、本件が起訴され、刑事事件となったことについても、公平感を欠くこととなったように思われる。同時期に、他にも複数の治療中止に関わる案件がマスメディアで盛んに報道されたが、起訴をされたものはなかった。さらに、事件化したのが発生から3年半経っていたことも看過できない。川崎協同病院は、本件発生直後には、この件が発生したことを認識しており、本人（本件被告人）から事情聴取まで行っているにもかかわらず、当時の院長が事件を公にすることはなかった。速やかに倫理委員会を設置して本件について審議するなり、調査委員会を立ち上げて、調査を行うということにはなかったという⁴⁵。本件が事件化するのを受けて、内部調査委員会⁴⁶および外部調査委員会⁴⁷を立ち上げ、調査を実施しているが、内部調査委員会においては、本件被告人、被害者家族双方の協力を得られていない。ひとり、被告人が刑事責任を問われるこ

⁴⁴ 須田・前掲注(32)214頁。

⁴⁵ 本件発生時さらには調査委員会の調査時にも、川崎協同病院には、倫理委員会は置かれていなかったという。川崎協同病院における「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」についての内部調査委員会「川崎協同病院における『気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件』についての調査報告(2002.7.31.)」

http://kawasaki-kyodo.hospi.jp/img/process/2010_02.pdf (2012年10月9日確認)

⁴⁶ 内部調査委員会の調査報告書として、前掲・注(45)。

⁴⁷ 外部調査委員会の調査報告書として、川崎協同病院「気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」外部評価委員会「川崎協同病院における『気管チューブ抜去、薬剤投与死亡事件』に関する外部評価委員会報告書 医療の民主化と安全文化を育む組織の仕組みと運営」(2002年7月31日)。外部評価委員会の委員は、当該病院とは全く関係のない外部の医院から構成されたという。この調査は、「『本事例』がどのような状況により発生したのかの情報収集を行い、その収集された情報の内容を検討・評価し、病院のあるべき姿を論じ合いその結果と提言とをまとめて報告しようとするもの」とのことである。

http://kawasaki-kyodo.hospi.jp/img/process/2010_01.pdf (2012年10月9日確認)

とのみでは、問題の解決とはならないであろう。そして、3年半の歳月が、事実認定の困難さをも生んだと思われる。証人らの供述があいまいであるがゆえ、被告人側から、ご都合主義的な証拠採用と批判⁴⁸される事態を招いたともいえよう。

その意味では、原原審から最高裁決定までの一連の刑事裁判が、その努力にもかかわらず、なお現場の一医師の疑問に対して答えるべき点を残していたのではないかと、との疑いを持たざるをえないように思われる。

⁴⁸ 須田・前掲注(32)、矢澤昇治『殺人罪に問われた医師 川崎協同病院事件 終末期医療と刑事責任』（現代人文社、2008年）。

