

チェコ共和国における終末期医療と法規範

The Terminal Medical Care and Legal Norm in the Czech Republic

谷 口 聡

Satoshi Taniguchi

The author conducted the interview survey in healthcare workers who were engaged in terminal medical care in the Czech Republic in September 2017. This paper marshals and examines the results of the interview survey. During the interview survey, legal issues of terminal medical care were lively discussed. The author sorts out those issues from several aspects to examine each of them, and discusses them from a comprehensive viewpoint.

While there is no statute for terminal medical care other than only some exceptions in Japan, the law of terminal medical care has recently been established in the Czech Republic. The Czech issues on legal norms of terminal medical care may give Japan helpful suggestions.

〔キーワード：終末期医療、緩和医療、緩和ケア、チェコ共和国、チェコ〕

I はじめに

本稿は、「緩和医療および終末期医療」に関して、2017年9月にチェコ共和国の関係機関の専門家に対して実施した面接調査の結果の一部を記して整理するとともに、若干の検討を加えて、わが国の終末期医療の「規範」に示唆を得ることを目的とするものである。

このチェコにおける面接調査は、次章で示すとおり、科学研究費の助成を受けた研究「緩和ケア及び看取りにおける意思決定プロセスの倫理的・法的側面に関する探索的研究」（2016年～2018年「挑戦的萌芽研究」）（本稿末尾「謝辞」参照）の一環としてなされたものである。筆者は、当該研究の分担研究者として研究代表者らと共にチェコ共和国に渡航し、「終末期医療の法的問題点」という観点からこのテーマについてのアプローチを図っており、本稿では法学的観点から面接調査で得られた知見を整理して検討するものである。

II チェコ共和国における面接調査の目的と概要

上記科学研究費による研究は、高崎経済大学地域政策学部の熊澤利和教授を研究代表者とするものである。また、熊澤教授に加えて、淑徳大学の郷堀ヨゼフ准教授も筆者と共にチェコに渡航して面接調査にあたった。特に、郷堀准教授はチェコ共和国出身の同国国籍を有する者であることからチェコ語に堪能であり、今回の調査では通訳としても重要な役割を担った。

2017年の9月に筆者は研究代表の熊澤教授および郷堀准教授と渡航して、9月4日から9月7日までの4日間のチェコに滞在し、カレル大学 (Univerzita Karlova v Praze)、プラハの緩和ケアセンター (Centrum paliativní péče)、カレル大学医学部附属病院 (Fakultní nemocnice Hradec Králové)、聖アネジュカホスピス (Hospic Anežky České) などを訪問して、医師、弁護士、在宅ホスピス協力者などに面接調査を実施した。

今回のチェコ渡航は、上記科研費研究を全般的・総合的観点から進める目的で実施されたものである。このうち、9月5日に訪問したプラハの緩和ケアセンター

への面接調査も、そのような目的に沿って、研究代表者である熊澤利和教授が、以前にも同センターを訪問した際の面接調査の結果を踏まえて、この数年間に日本国内で実施した緩和ケアに関する調査を発表して同センター側の出席者から講評を得ること、および、チェコ共和国におけるアドバンスト・ケア・プランニングの実態について情報収集を図ることを主要な目的として実施されたものである。したがって、同センターの面接調査に臨むにあたって、筆者は、法律問題はそれほど大きな議論にはならないであろうとの予測の下に出席したという次第であった。

ところが、プラハの緩和ケアセンターでの面接調査では、議論が思いもよらずに法律問題に及ぶこととなった。筆者の立場からは非常に大きな「副産物」という成果を得ることができたと考えている。

したがって、本稿では、9月5日のプラハの緩和ケアセンターで実施された面接調査の中で議論として採り上げられた「法律問題」を整理した上で、若干の検討を加えて、わが国への示唆としたい考えである。

III 本稿における整理と検討の方法

プラハの緩和ケアセンターの面接調査を整理・検討するに先立って、その前提となる事情および情報の提示と、本稿での表記方法などについて記しておきたい。

まず初めに、チェコ共和国では、近年に終末期医療および緩和医療に関する法律が制定された（ZÁKON o veřejném zdravotním pojištění (290/2017 Sb.) 「公的医療保険に関する法律」2017年8月16日施行〔文末【謝辞】参照〕。その意味では、現在でも終末期医療に関して例外を除いて制定法を有していないわが国には有益な議論がなされたと考えている。

次に、面接調査の出席者などについてである。本調査（実質的には研究会のような形態であった）は9月5日の午後の時間帯の正味3時間にわたって実施された。チェコ共和国におけるプラハの緩和ケアセンター側の出席者は、次の3名であった。センター長：ロウチュカ氏（PhDr. Martin Loučka, PhD.）、在宅ホスピス Cesta domů（ツェスタ・ドムー）医師：ザーヴァドヴァー氏（MUDr. Irena Závadová）、在宅ホスピス Cesta domů（ツェスタ・ドムー）協力者・弁護士：ヴラーブロヴァー氏（JUDr. Barbora Vráblová）。

この面接調査は、チェコ語に堪能な郷堀准教授を翻

訳者として、熊澤教授および筆者の発言を郷堀准教授がチェコ語に訳して相手側に伝え、また、相手側が話したチェコ語を、同じく、郷堀准教授がこちら側に日本語に訳して伝えるという形で対話を図ったものである。ただし、次章においては、郷堀准教授の翻訳は発言には含めないで、センター側とこちら側の直接対話がなされたかのような形式で記しているのを留意されたい。

なお、敷衍するが、次章で整理する対話内容は、面接調査の全内容の中から、「法律問題」の議論に限定して、対話を抽出したものに過ぎない。筆者が上述「副産物」と比喩表現した所以である。

対話の表記に関しては、筆者が原稿作成の都合上、適宜、編集を行っていることも付言しておきたい。

IV チェコ共和国の面接調査における「法規範」に関する内容の検討

本章では、緩和ケアセンターでの「法的論点」に関する議論を以下の6つの点に整理する（論点①～論点⑥）。各論点の整理の後に【若干の検討】という項目を設けて、筆者の観点から考察を加える。

以下において、「▽」は議論の前後の流れ、「◇」はチェコ側3人の発言内容、「◆」は熊澤教授または筆者の発言内容である。

1 論点①：法律は万能ではない

◆熊澤教授：前回、看護師が緩和ケアの中心になるべきとの見解をうかがった。

◇ザーヴァドヴァー医師：法律では、医師が中心的な役割を担っている。医師による診断、インフォームドコンセント、余命の情報提供、治療方針などすべて医師によって定められて、チーム医療が展開されていく、と法律にも書かれている。緩和ケアにおいては、医師が中心というのが法律の規定である。

◆熊澤教授：日本には、インフォームドコンセントを含めて、医師が中心であると言う法律はない。

◇ロウチュカセンター長：今の点について述べたい点はいくつかある。

法律的な枠組みがあることは大事であるが、すべての問題をそれで解決できるとは思わない。なぜな

らば、患者が自分自身で意思決定できるかというところとそうでない状況にある患者も多い。法律があるから大丈夫であると簡単には言えない。

インフォームドコンセントと言っても、また、事前指示書があったとしても、患者が自分の置かれている状況をきちんと理解しているかというところと、そうではないケースが多い。そのような場合、医師による説明のあと、看護師が家族とゆっくり話をすることでやりとりが重要になるので、看護師の役割が重要である。

【若干の検討】

☆このやり取りは、緩和医療における看護師の役割に関する法律問題について展開されたものであるが、「法律」の制定が、医療現場の問題について、すべてを解決するものではなく、また、法律に定めがあるからと言って、それが現場で100%機能するものではないことが示されている。

☆終末期医療に関して、法律を制定すれば、医療現場も問題がすべて解決するというのは行き過ぎた発想であることが窺える。

2 論点②：日本における制定法の不存在

◆熊澤教授：話を伺っていると、法律的な相違は日本とチェコの間にあるが、現実的な医療の現場では共通している点が多いように感じる。

◇ロウチュカセンター長：日本には、インフォームドコンセントについて本当に法律はないのか。法律的な縛りがないとすると、医師はインフォームドコンセントなしで治療ができるのでしょうか。

◆筆者：制定法は、インフォームドコンセントについて存在していない。しかし、裁判例が多数存在していてそれがインフォームドコンセントの基準になっている。しかし、日本の判例には「先例拘束主義」はないので、裁判例は法的根拠ではないということになっている。

◇ヴラブロヴァー弁護士：日本の法律についてはよくわかったが、国際的な法的枠組みについて、国連の条約などや子供の人権について条約が整備されている。チェコでもこのような条約が、国内に規範として及んでいる。日本では、どうか？

◆筆者：よくはわからない。関連条約を日本が批准し

ているかまでは存じ上げない。

◇ヴラブロヴァー弁護士：国連の条約にはインフォームドコンセントという文言は一切入っていない。しかし、国内法において精神的・身体的侵害はしてはならないという規定があり、そこから、インフォームドコンセントをしなくてはならないという解釈をしている。

◆筆者：国連の条約を根拠にして、国内法を整備している点はチェコにおいて素晴らしいところであると感じます。日本も見習うべきでしょう。

【若干の検討】

☆わが国でインフォームドコンセントに関する制定法が存在していないとの発言を筆者が行ったが、不勉強であった。「医療法」第6条の2（主として第2項）において、医療施設の管理者等に関する患者および家族への説明の「努力義務」が規定されている。しかし判例は医師の説明義務違反は、診療契約違反ないし不法行為不成立のための違法性阻却をできなくするとの効果を与えているので、判例の方がインフォームドコンセントに強い効果を認めているのがわが国の状況である。この状況については今後の検討課題としたい。

☆国際条約に関しては、そもそも「世界人権宣言」（1948年）が存在しているが、終末期医療の自己決定権の根拠とするには具体性のない諸規定となっているように思われる。また、近年では、「児童の権利に関する条約」（1994年発効）や、「障害者の権利に関する条約」（2008年発効）などがある。後者に関しては、「障害者」と「終末期医療患者」の関係から、「意思決定代行の禁止」や「意思決定支援の重要性」を導くことは可能であろう。

☆終末期医療に関する直接的な制定法がなかったとしても、より上位の一般的法律規定を根拠にして、個別具体的な問題解決を図るということは法解釈の基本であり、ヴラブロヴァー弁護士が指摘したチェコの状況はわが国でも参考とすべきである。

3 論点③：学会のガイドラインに関して

▽治療拒否についての自己決定権に話が及ぶ。

◇ロウチュカセンター長：法律がないということは分かったが、緩和ケア学会などが存在していると思う

が、そのガイドラインとか基準はどうなっているのでしょうか。なぜならば、アメリカにも緩和ケアに関する法律はないが、関連学会ではガイドラインを出していて、それに基づいて治療がなされている。そのようなガイドラインには、インフォームドコンセントや無駄な治療をしないこと、緩和ケアに関する内容についても、法律はないが、関連学会が主導してきて基準となってきたという経緯がある。医師にとっては所属している学会のガイドラインはかなり大きな影響があるものと思われる。ガイドラインには法律上の効力はないが、場合によっては、法律よりもかなり大きな力をもっている。専門医としては、自分の所属する学会のガイドラインは守らなければならないという圧力がある。万が一、裁判になった場合には、その所見、鑑定意見などはガイドラインやスタンダードを見た上で判断するわけなので、裁判においても法的な力がなかったとしても重要な資料となるはずである。

◆熊澤教授：それについては、日本緩和医療学会など多くの団体のガイドラインが存在している。

【若干の検討】

☆熊澤教授が述べたように、わが国では、厚生労働省のガイドラインが中核的な役割を果たしている一方で、医療関係の学会などの各団体も独自のガイドラインを作成し、公表している。

☆そのようなガイドラインは、わが国においても、その団体に所属する構成員にとっては重要な終末期医療の行動指針となっていることは言うまでもない。

☆しかし、ロウチュカセンター長が例を挙げたアメリカの医師の学会は、日本の医師会などとは医師に対して、また、社会的に、機能を異にしていると思われる。端的には、アメリカの医師の学会の方がわが国より個々の医師に対する拘束力が強いという話も耳にする。

☆また、例えば、ロウチュカセンター長が述べたように、医療過誤訴訟などが起きた場合、専門家として、その医療の領域の医師が鑑定意見などを法廷で提示することがあるであろうが、その場合、その専門家としての医師は、その専門領域に関する医療学会のガイドラインに準拠した意見を述べることを容易に予想されることを考えると、医療関係の団体が公表しているガイドラインは、間接的にはあるものの、裁判においても規範に準じた「基準」としての取扱

いを受けることになることも考えられる。

☆このように考えると、論点①や論点②とも重なるが、法律を制定すればよいというものではないことと併せて、法律が存在していなくとも適正な規範を社会的に構築することは可能なのではないのか、との発想を基礎づける。

4 論点④：チェコの今般の終末期医療立法に関して

▽今日の議論の流れを振り返ると「人権」が重要な問題であるという認識に立たされる。

◇ロウチュカセンター長：現在のチェコの状況は少し危険かなとも思われる。法律はあるのであるが、法律がスムーズに制定され、「よかったですね、すばらしいですね」と言われても、それについて、その法律は本当にそれでいいのか、その形で本当にいいのかという議論ができたのかと言われると、全然できていない。早すぎたというのが率直な感想である。今後、アドバンスド・ケア。プランニングに関する大きな議論が出てくるのではないかと、出てきたら、再び議論ができるという期待をしている。これだけ複雑な議論が必要なのにしてこなかった。臨床現場の人たちは、この法律を使えていない。この法律を活かして医療ができていないというのが正直なところ。

◆筆者：議論が不十分なまま法律が制定されたというのは何故なのか。

◇ロウチュカセンター長：政治的な判断であった。なぜならば、安楽死同様、アドバンスド・ケア・プランニングやインフォームドコンセントも人権の一つとして、また、自己決定権の問題として、専門家でない人でもわかりやすく、専門家以外の人たちの間でも議論ができる。その中で、アメリカでは、イギリスではというように、政治家が参照して、医師や患者の間でどのような意見があるのかをまとめなかった。アメリカ、イギリスの例を見て、チェコでも必要だという話になった。しかし、チェコの患者がこの形を求めているのか、チェコにとってよい法律なのかという議論をまったくせずに、作られた。治療費の自己負担の法律もそうであったが、医師や患者らに意見を求めて、法律を制定したかと言えばそうではない。

◇ヴラブロヴァー弁護士：この法律でよいのか、この文言で本当に良いのか。法律の細かい文言も問題まで、医師や患者の状況を見て決めたわけではない。法律ができた後に、ダメな点を解釈論でよい方向に導くということが多い。

【若干の検討】

☆この点は、わが国に対して非常に大きな示唆を与えていただくものとなった。諸外国を真似て性急に終末期医療の法律を制定しても医療従事者や患者にとっては良いことではないことが述べられている。

☆チェコ共和国では、英米の立法に倣って、立法の機運が高まり、人権や自己決定権という一般の人や医療専門家ではない政治家にとっても議論しやすいという事情が手伝って、早々に終末期医療の立法がなされたことが述べられている。

☆上記のような状況は、医療従事者や患者の意見や考えをよく聞かないで、現場の実情を無視して法律を制定しても、医療従事者も患者も、また、国民にとっても、真に納得のいく状況は作り出せないということが示されている。このような貴重な指摘は拝聴に値する。

☆ヴラブロヴァー弁護士は、実務家らしく、制定された立法条文を、問題の解決に役立つ形で「解釈」することの重要性を訴えている。弁護士らしい態度に基づいた発言であったと考える。

5 論点⑤：日本とチェコの臓器移植法に関して

▽AD(アドバンスト・ディレクティブ)とACP(アドバンスト・ケア・プランニング)の相違に関する議論がなされている。

▽「同意」と「拒否」の問題について議論が及んでいる。

◆熊澤教授：「臓器提供意思カード」というのがあり、説明も受けないまま運転免許証を更新した時に、そのカードがあって、書いてください、というのはおかしいと思う。

◇ロウチュカセンター長：チェコだと、臓器移植に同意することが前提となっており、それを拒否したときには、わざわざ書類を書いてドナー登録から外してもらい手続きをとらないと臓器移植がなされる可能性がある。アメリカは逆であり、臓器移植をし

たいという意思表示をすれば登録して臓器移植ができることになっている。日本はどっちか。

◆熊澤教授：日本の臓器移植カードは、Yes、Noは本人の意思表示として行われ、Yesの場合には、どの臓器を移植するかを示す欄がある。家族の同意欄もある。ただし、全員が登録しなければならないという法律は日本にはない。

◇ロウチュカセンター長：そうすると、臓器移植の意思表示がないと言う場合には、臓器移植をしないことを前提とすることになるのか。

◆熊澤教授：するともしないとも意思表示はしていない。13歳未満は家族の同意に基づいてなされる。同意も不同意もしていないというのはおかしいか?・・・

【若干の検討】

☆議論の進展自体は、処置の「同意」「不同意」に関するところから「臓器移植法」に関する議論へと発展した。

☆思うに、「臓器移植」とは、「脳死」というある意味で究極的な終末期における患者と医師、および、家族(遺族)の問題である。

☆わが国には「臓器の移植に関する法律」(1997年制定)が存在しているが、終末期医療の法律を有せず、また、今後立法することを模索するわが国においては、臓器移植法が立法されたり、改正されたりした場合の議論や委任された政令や省令などが参考資料として役立つことも考えられるため、筆者の今後の検討課題としたい。

6 論点⑥：日本の医療従事者に対する法的教育の状況について

▽会議の終わりの段階で、・・・

◇ヴラブロヴァー弁護士：日本の医学教育に関して質問であるが、法学的な枠組みについての教育はどのように行われているのか?将来医師になる人のための教育です。

◆熊澤教授：分からないので、調べてお答えします。

【若干の検討】

☆簡易な対話であったが、法律問題を第一の関心事項としている筆者にとっては重要に感じられるものであった。

☆医療の現場では、「法律」など思考の余地もないとの関係者の話を耳にすることもある。しかし、患者の権利や人権といった問題を前にするとき、医療従事者に対する法的な教育や研修の場を充実させていくことも今後のわが国における重要な課題であると思われる。

V 結語

本稿の最後に、チェコの緩和ケアセンターでの面接調査の「法律問題」に関する論点の整理を振り返りながら、結語としてまとめをしたい。

法律等に関する詳細な条文の解釈論などは一切なかったものの、チェコの状況はわが国に多大な参考事項を与えたと言える。

第一に、制定法を策定するに関して、である。わが国では、終末期医療に関する制定法が存在していない。この点については、制定法が存在するメリットも強調されて然るべきである。また、欧米の終末期医療の諸立法を見れば、わが国も早急に法整備を急ぐべきとの議論が沸き起こることも当然のことである。しかし、論点①で見たように、法律は万能ではない。医療現場における柔軟な対応を阻害するような立法は回避されるべきであろう。また、論点④で示したように、立法を行う際には、患者と医療従事者の声に十分耳を傾けて、終末期医療の現場の状況を十分に踏まえた上で作業が進められなくてはならない。当事者不在の議論は不毛なものであり、国民の利益になる立法とはならないことがチェコの専門家の意見として述べられている。

第二に、制定法が存在していない現状についてである。この点については、ヴラープロヴァー弁護士が実務家らしい視点から様々な意見を述べている。条約など上位の制定法の解釈から終末期医療の規範の根拠を導くことが不可能ではないこと（論点②）、医師の学会のガイドラインなども医療従事者の重要な規範となっていること（論点③）、また、同じく、医師の学会などの作成するガイドラインなどであっても、間接的には、裁判規範となりうること（論点③）などである。このようなことを踏まえて、わが国では厚生労働省のガイドラインが主導的な役割を果たしていることなども加味して考えれば、わが国における性急な立法作業は回避されることが望ましいと言えないこともないと

思われる。

第三に、論点⑤で問題となった臓器移植法は、究極的な意味での終末期医療に関連した制定法であるので、その検討作業から何らかの指針が得られないか考えてみる余地があると思われる。

第四に、論点⑥で指摘された、医療従事者と患者に対する法的教育の枠組みを検討することもわが国の課題であるように思われる。

終末期医療に関しては、わが国にはわが国独自の規範が独自の規範形式によって構築されなければならないということを強く認識させられたことが今回の面接調査における筆者の収穫であった。今後も今回の調査で得られた検討課題に真摯に取り組んでいきたいと考える。

(以上)

(たにぐち さとし=本学短期大学部兼任講師)

【謝辞】

本稿Ⅲで掲載したチェコ共和国の近年の終末期医療に関する法律名と施行年月日および邦訳は、淑徳大学国際社会福祉研究所准教授の郷堀ヨゼフ先生の功績によるものである。この点が郷堀ヨゼフ先生の業績であることを明記するとともに、謝意を表したい。

【謝辞】

本稿は、日本学術振興会科学研究費「挑戦的萌芽研究」JSPS（課題番号 [16K15306]）の助成を受けた研究の成果の一部である。