今、なぜ尊厳死が必要か？

岩尾總一郎
日本尊厳死協会理事長、慶應義塾大学医学部客員教授

私は厚生労働省、日本尊厳死協会へと活動の場を移してゆく中で、様々なメディアを通じて医療に関わる情報を発信してきた。しかしながら、かつて行政官の一人として関わってきた医療行政の分野で悔やまれることがある。それが終末期医療の推進だ。特に、わが国の高齢化が進展してゆく中で、この問題に対処しうる制度設計を十分にできなかったことは、行政官の一人として心残りであった。そこで本日は、終末医療に関する理解を深めてもらうために、特に尊厳死を巡るわが国並びに各国の状況と課題についてお話したい。

日本尊厳死協会とは

まず、私が所属している『日本尊厳死協会』の概況について説明しよう。当会は１９７６年に設立され、〝尊厳死の宣言書（Living Will）〟の普及・啓発活動を通じて、それぞれが自分の意思で自分の最期を決定できる社会を構築することをその目標としている。因みに、個人が意思表明をできなくなるような健康状態に陥る前に、事前に書面か口頭でそれを明示しておくことは〝事前指示〟というものであり、これを文書化したものが〝Living Will（以下〝ＬＷ〟）〟、そしてその意思を託された者は〝代理人〟と定義される。また同協会会員の平均年齢は74歳から75歳となっており、会員の死亡者数が入会者数を上回りつつある。また会員数の傾向としては、12・13年をピークに減少しつつあり、12万人を切ろうとしているのが現状だ。また当会では、入会者に対して医療相談を提供しており、昨年は千件を越える相談を受け付けている（相談内容の4割が延命医療関連）。加えて出版物『あなたの痛みはとれる』（2015・中日新聞社）等も発刊し、これらの書籍を通じて「〝終末期〟とは何時のことを指すのか」、「〝不治〟とはどのような状態のことなのか」、という点についてのわれわれの考え方を明示している。

時代はＱＯＤを高める医療へ

さてわが国は、２０２５年には高齢者人口がピークを迎えると予想され、認知症の高齢者数は７００万を超え、また独居高齢者の数は６８０万世帯にも上り、更に首都圏の後期高齢者の増加が全国の3分の1を占めるようになることが予測されている。これらの数字の示すところは言うまでもなく、今後多くの高齢者が〝亡くなっていく〟ということだ。従来のわが国の医療は専ら、若年層を焦点にその死亡率を減少させることを目指し、これを十分に達成してきたと言える。しかしながら今や高齢者の増加に伴う高齢死亡者の増加という将来が見積もられている以上、今後のわが国の医療というものは高齢者に着眼したものに変化してゆく必要があるだろう。

ところで、偶然の一致であるが当会が発足し

た1976年は、ちょうど〝病院死〟数が〝在宅死〟数を超過した年であった。ただ直近10年をみてみると、在宅死が一番少なかったのは2005年であり、それ以降再び在宅死の数は増加している。一方、病院死数が一番多かったのは12年で、以降その数は減少し、代わって老人施設における死、つまり〝施設死〟の数が増加しつつあるというのが現状だ。

このような傾向には今後多少の変化があるかもしれないが、何れにせよ国の長期的な医療政策が病床数の増加抑制を目指していることから、高齢者が「何処でどのように亡くなるのか」ということは、否応なしに問題にならざるを得ないだろう。このような高齢者の死に対する問題意識の高まりもあってか、昨年9月にはNHKで老人ホームにおける老衰死（その患者は救急搬送されないまま看取られて亡くなっている）を取り扱った番組が放送された。かつて同様の事例が「助けられる可能性のあるものを助けなかった〝みなし末期〟だ」と批判されたことを知っている者としては、このような番組が放送される状況に、隔世の感を禁じ得ないものがある。

また政策の面でも変化が見られ始めている。3年前になるが、社会保障制度改革国民会議が内閣総理大臣宛に提出した報告書の中に、「…納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること――すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた『QOD（クォリティ・オブ・デス）を高める医療』…」という一文が明記された。これを受け「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」が作られQOD向上のための具体的な政策の整備が進められてきており、昨年からは患者の意思を尊重した終末期医療支援チームによる体制が動き出している。

難航する終末期医療

ただこれも手放しに喜べるものではない。そもそも、終末期の医療やケアというのは、患者の身体的な側面だけでなく、心の側面も当然考慮しなければならないが、このような心の側面に対する十分な配慮がなされた終末期医療に関わった経験を有する人材は依然として少なく、この医療チームによる支援も期待通りの成果を出すかどうかは未知数である。

また、終末期医療を行う上で重要な要素である〝看取りの指針〟も十分ではない。開業医の間では看取りの指針がそれなりに整備されていると思われるが、一方病院の方ではどうだろうか。試みにインターネット上で検索してみた所、最初にヒットしたのが全国老人福祉施設協議会のサイト、次にヒットしたのが山形県のサイト上の看取り指針であり、病院のものは見当たらないという結果であった。恐らく看取り指針はそれぞれの病院で作成されているものと思われるが、これが公開されていなければ、実質的に看取り指針の整備がされていないことと同義で、その意義は半減する。医療の最前線に当たる病院には、看取り指針を作成するだけで終わることなく、それらを積極的に公開してゆくことが望まれよう。

尊厳死と安楽死

ところで、終末期医療において配慮されるべきものとしては、それを望む者の〝尊厳〟の維持がある。この尊厳については海外と日本では認識の相違があるように思われる。例えば日本では、自ら食事ができなくなった高齢者などに対してSpoon Feedingを行い、排泄に支障をきたした高齢者に対してオムツをあてることが当然のように行われているが、海外ではこれは高齢者の尊厳を無視した虐待と見なされる可能性がある。というのも、「自分の意思で食べ、排泄をすることができなくなったら、人間としての尊厳が失われる」というのが外国の考え方だからである。

さて、このような尊厳というものに対する配慮を備えた終末期医療の形態として、いわゆる〝尊厳死〟がある。但し日本では、この尊厳死というのは〝安楽死〟とは異なる概念として捉えられている。ではその違いはどのような経緯から生じたのであろうか。

1991年、東海大学の医師が末期のがん患

者に塩化カリウムを投与し、死に至らしめるという事案が生じている。この事案に対する裁判の判決（95年）では、安楽死を意図的に死を招くような医療措置に相当する「積極的なもの」と、延命治療の中止や、苦痛の除去・緩和を目的とした治療措置に相当する「消極的なもの」とに類型化した。これを踏まえ、現在では一般的に前者を〝安楽死〟、後者を〝尊厳死〟と呼称するようになっている。一方近年では、モデル・コア・カリキュラム・ガイドラインに沿った医学部教育においても〝尊厳死と安楽死の概念を説明できる〟ことが要求されており、医学界の面からも安楽死・尊厳死に関する理解の向上が図られているのが現状だ。

以上が終末医療、特に尊厳死・安楽死を取り巻く日本の状況であるが、では海外におけるそれらを取り巻く状況はどのようなものとなっているだろうか。

まず、ベネルクス3国では安楽死が法制化し実践されている。また、米カリフォルニア州でも安楽死を認める州法が昨年10月に署名され、カナダでも本年6月に安楽死を可能とする法案が提出されている。但し、これらの安楽死に関する法、例えばオランダの安楽死法（２００１年）では、当事者による事前の宣言書がある場合にのみ安楽死が可能となっている。つまり安楽死を可能とするために何より重要な要件は、患者の意思の存在とその確認に他ならない。それ故、安楽死・尊厳死に向けたＬＷを自由意志の表明が困難になる可能性のある認知症になる前の元気な時点で作成しておき、家庭医などがこれを確認しておくことが重要となっている。

ＬＷが果たす役割

以上のように幾つかの国では、既に安楽死・尊厳死が市民権を得ており、その実践と裏付けとなる法制化が進展しているという実態がある。特に個人の意思とそれを客観的に証明するLiving Willの存在は、安楽死・尊厳死を合法なものとする上で最も重要な要件であり、それ故に各国は、その普及に向けた努力を行ってきている。因みにわが国では、当協会が非常にシンプルな形式のものを作成し、ＨＰ上でも公開している（次頁図）。またＬＷは当会以外、例えば、市民団体・医療機関・自治体がこれを提示し始めている。ただ、日本では個人の最期のあり方について家族が口を差し挟むケースが多々みられる。そのような場合に備えて、ＬＷは当人以外の意向を極力排除し、当人の意思を十分に反映するための明確な形式を備えている必要がある。従ってＬＷで考慮すべき要件としては、以下のものを挙げることができよう。①本人が作成したことの証明（作成時の証人）②意思の有効期限、意思継続の確認手続き（更新署名手続き）③実効性を担保させるための、事後の医療側への責任阻却（家族の同意）④患者本人の意思能力の衰退・消滅時の対応（代理人の選任）――である。

このように日本では導入過渡期といった状況下にあるＬＷであるが、諸外国の状況はどうなっているだろうか。

ＬＷの導入状況

まず、米国の状況を、これまでの経緯を踏まえ概観する。米国では１９７０年の『カリフォルニア自然死法』、85年の『終末期患者の権利に関する統一法（89年改正）』、90年の『患者の自己決定法』、そして93年の『ヘルスケア統一法』の成立など、幾重もの法の制定・改定を経て、事前指示書（ＬＷ）の普及率を25％～40％にまで向上させている。そして現在では、既に定着しつつあるＬＷという制度の改善段階にある。その一つはＡＣＰ（Advanced Care Planning）というプロセスの推進である。これは対象者の将来の意思決定能力の低下に備え、自分の希望する治療、大切にしてきた価値観などを含め、患者、家族、医療者が情報を共有し、全体ケアを計画するプロセスである。またこれに加えて、患者が作成した事前指示書を、主治医のいる身近な医療現場だけでなく、救急医療の状況下などでも確実に生かすことのできるＰＯＬＳＴ（Physician Orders for Life Sustaining Treatment）というシステムも推進されている。

一方、欧州に目を転じてみると、フランス

では『患者の権利及び生の終末に関する法律（2005年）』が成立。またイギリスでは『精神能力評価法（同年）』が、ドイツでは『第三次改正世話法（09年）』が制定・改定され、円滑な尊厳死の実践に向けた環境が整備されつつある。尚、患者の自己決定に関わる同様の法律としては、隣国の台湾や韓国でも、――尊厳死に向けた患者の自己決定を支援する――『患者自主権法（16年）』『ホスピス延命医療法（同年）』などが成立しているのが現状だ。つまり、〝患者の自己決定〟という概念は、決して西洋の範囲に収まるものではなく、アジアを含めたより広範囲な文化圏に広がりを持った普遍的なものになりつつあると言えるだろう。このような考え方の変化は、各国が何れも高齢化の問題に直面、もしくは直面することが予測され、これら高齢者の生と死というものにどのように向き合うべきか、判断を迫られているからこそ生じているのである。

遅れをとるわが国

ところがわが国では、それらの国々と同様に高齢化に直面しているにも拘わらず尊厳死に向けた事前指示書の法定化は遅々として進んでいないのが現状だ。このような状況に対し、政府は「人生の最期をどう閉じるかを議論することが重要である…個人が望んでいない延命治療をされることがないよう、医師も安心して対応できるような仕組みを考えていきたい（安陪総理発言：2013年2月20日：参議院予算委員会）」との考えを示している。また厚生労働省も『終末期の決定プロセスに関するガイドライン』を策定しており、更に医師会や学会なども独自のガイドラインを策定している。しかしながらこれらの何れも、諸外国のもの（例えばドイツの医師会のガイドラインでは、「治療の差し控えか中止を推奨、患者に全ての選択肢を示して同意を得る」との具体性が備わっている）と比べ、実効性の点で不十分（例えば厚生労働省のガイドラインでは「家族と話し合って決める」とのみ記載され、具体的な選択肢を示しておらず、また医師会のガイドラインでも「家族の意向を踏まえて総合的に判断する」と記載され、具体性に欠けるものとなっている）であり、また各ガイドライン間の調整・摺り合わせもできていないのが実情である。そこでこのような状況を改善するため、『終末期の医療における患者の意思を尊重する議員連盟』が発足、13年には『終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）』を策定している。その第7条では、「その意思を書面その他の厚生労働省令に定める方法で表示」しており、「当該患者が終末期にかかわる判定を受けた場合に、医師は延命治療の中止・不開始をすることができる」とされている。但しこの法案には代理人に関する記載はなく、先に引用した米国における最初の統一法（1985年）の水準に留まったものとなっており、21世紀の現代社会の実情には対応しきれていないという問題がある。改めて現代の実情により合致した法案の提出・成立が望まれるところだ。

最期は自分の意志で

以上のように、世界各国と比較してわが国における尊厳死を巡る環境は、認識・法的枠組みの何れの面でも立ち遅れていると言わざるを得ない。人は最期に備えて誰ならぬ自分自身の意思で遺言書を作成する。同じように人の最期の在り方についてもその人自身の意思が反映されてしかるべきではなかろうか。国民に対して尊厳死・安楽死を含めた終末期医療に関する知識の普及・啓発が進んでいくことを期待したい。

尊厳死の宣言書

（リビング・ウイル　Living Will）

私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持措置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

❶私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします。

❷ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。

❸私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げるとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします。

尊厳死の宣言書（Living Will）
日本尊厳死協会 HP：http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html より抜粋