

■レコーダ

医療経済フォーラム・ジャパン主催

第59回定例研修会から (上)

尊厳死のあり方—— リビングウィルの法制化

【講師】 岩尾 総一郎 (日本尊厳死協会・理事長)

医療経済フォーラム・ジャパンの第59回定例研修会が8月24日、「尊厳死のあり方—リビング・ウィルの法制化」をテーマに日本尊厳死協会の岩尾総一郎理事長を講師に招いて都内で開かれた。

岩尾氏は、日本尊厳死協会の歴史と活動から話を始め、協会の会員数は12万5千人で、毎年亡くなる人が120万人いるのに対してまだまだ少ないこと、2015年、25年の高

齢多死時代には年間死亡者数が140万人、160万人に達すると述べ、欧米諸国の終末期医療と尊厳死・安楽死への取り組みの状況を紹介、日本ではガイドラインではだめで、法制化が必要と強調。協会の求める法律は「死に様に関する自己決定権を確立し、本人の意思にもとづく延命措置の中止ないし不開始を容認し、医師の免責を求めるものだ」と説いた。その要旨は次のとおり。

リビング・ウィルを普及
会員数は12万5千人

私は今年6月、井形昭弘先生(名古屋学芸大学学長)の後を引き継ぎ、日本尊厳死協会の理事長に就任した。

理事長になって気がついたのは、協会は毎年1500万円の赤字ということだ。赤字を解消するためには、いちばんの方法は、会員の増加である。皆さんにもその点を理解されて、ぜひ会員になっていただきたいと思う(笑)。

協会の「入会のご案内」「リビング・ウィルをご存知ですか?」などのパンフを配布したので参考にしてほしい(別紙)。まず協会の活動と歴史について話したい(表1)。

日本尊厳死協会は、一言でいうと「リビング・ウィル」という自分で自分の最期を決める事前指示書を普及していくために活動している団体である。入会登録すると会員証が渡され、その本体は協会が保管する。太田典礼さん(医師・国会議員)が1976年に日本安楽死協会をつくったが、安楽

死という言葉には語弊があるというので尊厳死に変えた。

したがって、尊厳死というのは造語だが、外国の団体は「Dying with Dignity」「Dignity in Dying」という言い方をしているのが、そのDignityをとって太田先生が尊厳死協会と名前を変えた。

会員数は現在、12万5千人ほどだが、日本はいま毎年120万人ほど死亡するので、亡くなる人に比べると会員数はまだ少ない。リビング・ウィルの登録は、アメリカではAdvance Directiveといわれる事前指示書が法定化されており、人口の約41%、1億人以上になる。日本は法制化されていないため、まだまだ低い。

私たちが考えているのは、リビング・ウィルという、終末期における自分の意思を事前に表明するルールを何とか法制化できないだろうかということである。

尊厳死を法的に認め、死に様に関する自己決定権を確立する。そして、本人の意思に基づいて延命措置の中止を容認し医師の免責を求めるため、私たちは尊厳死の法制化運動を続けている。

2004年に会員よりも多い14

表1 協会の活動と歴史

【活動】

リビング・ウィルの保管、支援と普及
生と死に関する啓発活動
尊厳死法制化運動

2005年 14万人の署名を添えて国会請願

尊厳死法制化を考える議員連盟発足

医学教育へ提案「生と死の教育」を
国際団体との連携・国際会議の主催

生と死に関する理論的研究

地区活動・広報活動

【歴史】

1976年 太田典礼らが創設

1983 日本尊厳死協会と改称

1990 会員数10万名を突破

2000 全国医育機関に生と死の教育導入を提言

2001 欧州で安楽死法制化の波

2004 14万名の署名を添えて法制化を国会に請願
尊厳死を考える議員連盟発足

2004 死の権利協会世界連合東京大会

2005 尊厳死法制化を考える議員連盟設立

2010 一般社団法人日本尊厳死協会設立

万人の署名を得て国会請願をした。それを受けて60名からなる議連ができ、法案をつくるどころま

でこぎつけた(尊厳死法制化を考える議員連盟、8月現在120名)。この間、8年かかった。



＜いわお・そういちろう＞

1947年東京生まれ。73年に慶応大学医学部卒、同大学院修了、85年に厚生省へ入り疾病対策課長、厚生科学課長などを経て2003年に医政局長。05年に退官しWHO健康開発センター所長、06年に日本尊厳死協会に入り、常任理事、副理事長から現職。

小宮山厚労相には、尊厳死議連の幹事を最初からつとめていただいている。

2025年の高齢社会像 8割以上が病院・施設で死ぬ

次に2015年から2025年の高齢社会像を説明したい。

ご承知のように高齢者人口がピクになるのが2025年である(3500万人)。それに伴い、認知症の高齢者が増える。ひとり暮らし老人が増える。なかでも明らかに120万人ほど死亡するが、2015年には140万人、2025年には160万人が亡くなる。そういう時代に私たちはどのように対応すべきなのか。

厚労省の終末期医療に関する検討会の報告書から、どこで最期を過ごしたいかをみると、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」という答えと、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケアの病棟に入院したい」という答えが多くの部分を占めている(平成10〜20年)。

在宅で終末を迎えることは、私が厚労省の医政局長だった平成15年のときも20年のときも、それほど変わらず、実現が難しいという答えが出ていた。変わらない2つの大きな理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「もし症状が変わったときの対応に自宅で不安がある」というものである。

したがって、どこで臨終を迎えるかとなると、圧倒的に医療機関あるいは施設というのが増えてきて、自宅で死ぬというのは10%台である。県によるちがいはあるが、日本全国でみて約8割以上の人がちが病院か施設で亡くなっているのが現状である。看取りの場所は、医療機関は横ばいで、自宅や介護施設その他が増えている。

いずれにしても、今の医療制度の中で在宅医療を進めていくという点も含め、どこで最後に死ぬかということ、死ぬ人が増えてくる中で大きな問題となるであろう。

安楽死をめぐる主な事件 尊厳死とは異なる概念

1カ月前ほど前に参院で税と社会保障の一体改革をめぐる質疑があ

【別紙】

入会のご案内

リビング・ウィル
尊厳死の宣言書
登録のおすすめ

健やかに生きる権利、安らかに死ぬ権利を自分自身で守るために

●入会の手続き

日本尊厳死協会 (JAPAN SOCIETY FOR DYING WITH DIGNITY) は1976年、故太田典礼さんが創設して以来、一貫してリビング・ウィルの普及に努めている団体です。不治かつ末期になったとき、無意味な延命措置を断り、安らかな自然な死を迎えたいという願いからはじめた運動です。「尊厳ある死」を求める「自己決定権」の確立をめざしています。

入会希望者はリビング・ウィルに署名し、年会費をお支払いの上、本部事務局にお送り下さい。その原本を登録・保管し、あなたに会員証と原本のコピー2通、年4回発行の会報をお届けします。

なお協会は点字用リビング・ウィルも用意しています。

原本は会員の自発的意思を明示した書面で、毎年、年会費の納入によって、その意思の継続性を示す証拠にもなるのです。

当協会は「死の権利協会世界連合」の諸団体とも情報を交換し、わが国の国民性、歴史風土に合った運動を展開しております。

協会の会費は

正会員の場合は年会費2,000円（夫婦で3,000円）、終身会員の場合は70,000円（夫婦で100,000円）です。正会員が終身会員に変わる場合、前納年会費分を差し引きします。

リビング・ウィルとは
何でしょうか……？

終末期の医療についての要望をあらかじめ表した書面です。

英語で、生きていくということをリビング、遺言書をウィルといいます。つまり生前発効の遺言という意味です。

●リビング・ウィルの要旨（宣言書）

- (1)私の傷病が、今の医学では治せない状態であり、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の延命措置はお断りします。
- (2)ただし、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。
- (3)私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状

態）に陥ったときは生命維持措置をとりやめてください。

以上、私の宣言による要望に従って下さった行為一切の責任はこの私自身にあります。

（日本尊厳死協会「尊厳死の宣言書」より）

医師の大部分が、このリビング・ウィルで会員の願いを認めています。死亡会員のご遺族へのアンケートで、毎年検証しています。

●協会はリビング・ウィルを登録・保管しています。

リビング・ウィルを必要に応じてお医者さんに示して下さい。

お医者さんは尊厳死の希望をカルテに記入してくれたり看護師さんにもよく話して患者の「心と人権」を尊重してくれるはずです。

皆さん、いざというときに備えて、会員になりませんか。尊厳死運動の輪を広げましょう。日本医師会も日本学術会議も、私たちの尊厳死の権利を認めています。

安らかに人間らしく尊厳ある正と死を
—リビング・ウィルのすすめ—

日本尊厳死協会は1976年に発足し、現在12万数千人の会員を擁する社団法人です。

尊厳死とは、不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることです。尊厳死は自然死や満足死と同義で、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なります。

医療技術の進歩により長寿社会を迎えましたが、人間は不老不死ではありません。死が避けられないなら、終末期における医療の目的を、患者に苦痛を与え尊厳ある生を冒す延命治療から、患者本人のQOLを重視した医療に転換する必要があります。

協会は、終末期の医療について意識のある間に自分で意思を表し、医療機関が受け入れることの出来る「尊厳死の宣言書」（リビング・ウィル）を発行、登録管理しています。医師に自分の意思を伝えるリビング・ウィルのような事前指示書は、世界の多くの国々で法律が制定されています。

私たちは現在、本人の意思を尊重した終末期医療と、それに携わる医師の免責を保障した尊厳死の法制化に取り組んでいます。一人でも多くのみなさまが尊厳死を理解し、協会に加入して下さいをお待ちしております。

2012年6月

理事長 岩尾 総一郎

ったが、野田総理は「尊厳死を「存じか」という質問に対して、「尊厳死とは人生の終末期の段階において、患者自身の意思決定を尊重し、自然な形で死を迎えることだ」と答えている。正解である。突然の質問に対し、尊厳死とは何かがわかっていることに感心した。

日本では、今までに次のようないくつかの事件があった。
▽1962年 名古屋高裁判決（安楽死・有罪）▽1991年 東海大学事件（塩化カリウムを注射、安楽死・有罪）▽1998年 川崎協同病院事件（筋弛緩剤を投与、安楽死・有罪）▽2003年 羽幌病院事件（延命措置中止・不起訴）▽2006年 射水市民病院事件（人工呼吸器を外した、延命措置中止・不起訴）

医師が積極的に死期を短くするのを安楽死という。安楽死はすべて有罪になっているが、延命措置の中止、たとえば人工呼吸器を外したというような事件はすべて不起訴で罪に問われていない。しかし、マスコミで報道されることが医師の診療行為を萎縮させることは事実である。不起訴になるまでに2年半から3年かかり、その間

は現場で診療することが憚られる。結果が出るまではほかの医師たちも自粛することになるのが、私はいちばんの問題だと思っている。

なぜそうなるのか。病院側は医師法21条の24時間条項で、「異状死体を見たら届け出なくてはいい」とあるから、警察に言う。警察が動く、警察の記者クラブの人たちも「何だ？事件か」というので現場についてくる。

すると、起訴されようがされまいが、マスコミは何か書かなくてはならない。結果的に事件として報道され、A社が抜くと、B社が輪をかけて大きくする。それが射水の病院や羽幌の病院のような事件となってくる。

1995年、東海大の安楽死事件判決のとき横浜地裁は「こういう条件ならば治療を中止していいのではないか」と述べている。すなわち、「死が避けられない末期の状態にあり、患者に明確な意思が存在する」ような条件があった場合に、治療行為を中止してもいい。その場合に、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給、すべての医療行為は中止してもいいと判決で

述べている。

これが高裁や最高裁の上級審まで上がって確定していれば、治療行為は中止できることになったわけである。しかし、判例として出ているのは下級審（地裁）のものしかない。

積極的な方法で死期を早める安楽死は、日本人の感覚でいえば自然の摂理に反している。安楽死は、延命措置を拒否し自然の摂理に経過を任せ、安らかな死を迎える尊厳死とは概念が全く異なる。一般の社会や検察・警察もこの相違を理解するようになりつつある。人工的に何かをしたことに対しては起訴されて有罪という判決になるが、単なる延命措置の中止ということでは起訴されないという事実もある。

ヨーロッパの法制化状況 自殺補助は犯罪か

安楽死には2種類ある。第3者が薬物・毒物を投与して死期を早める積極的な安楽死と、自殺ができる薬物を処方する（医師による自殺補助、服用するのは患者自身）消極的な安楽死だ。最近では

臨死介助という言葉に置きかえられるが、このような方法も安楽死のひとつといわれる。

それぞれが法制化されている、つまり、安楽死が許されている国と許されていない国がある。

その背景には、21世紀になった今日までの人権思想の流れがある。もうひとつは、ヨーロッパでキリスト教とくにカソリックの影響力との関係でさまざまな終末期における生と死の取り扱いの法律ができていく。

オランダは2001年、ベルギーは02年、ルクセンブルグは08年に安楽死の法律をつくっている。どんな法律かというと、要するに積極的な安楽死である。オランダの法律は「要請による生命の終結及び自殺補助審査手続き法」という法律である。ベルギー・ルクセンブルグでは「安楽死（Euthanasie）に関する法律」である。

このベネルクス3国では、患者が耐え難い痛みで、もう余命いくばくもない、苦しいから何とかしてくれと言うとき、医師が「わかった」と言ったら、医師が「わかった」と言ったら、眠るように死んでしまうという。

フランスは積極的な安楽死は認めていない。フランスの尊厳死法は「患者の権利及び生の終末に関する法律」で05年に成立した。死に逝く者の尊厳を尊重しないような非理性的で無益な治療を拒否するというのが法の精神で、意識のない人にチューブをつないで生き永らえさせるようなことはしないというのが、フランスの法律である。フランスは私たちの望む尊厳死法にかなり近いものである。

フランスの法律の特徴は、患者の意識がはっきりしている、患者の意識がない、あるいは終末期に近い、必ずしも近くないの4つのパターンに分け、すべて条件をつけてルール化している。最終的には医療チームによる合議を経る形になっている。

ナーシングホームやケアハウスで死亡することを想定し、医療チームで対処するというルールになっているので、患者に対しては延命措置は差し控える、中止するというのがフランスの法律である。

イギリスでは「自殺に関する法律」が1961年にできており、オランダやベルギーのような自殺補助は犯罪になる。

BBCのニュースで最近、自分は脳卒中後遺症で死にたいとして医師の介助を求めた58歳の人が、イギリスの高等裁判所で認められなかったために、ハンガーストライキをし肺炎を起こして死んでしまったという例がある。

他のヨーロッパ諸国のように法律をつくらうという動きはイギリスではいつも出てくるが、英国国教会はカソリックに近いのか、反対する力が非常に強く、なかなかできない。

多発性硬化症のパーデイさんは、「自分が意識がなくなったときには、自分を介助して死ぬようにしてくれ」と言っており、誰かが手伝ったときにその人が訴追されないことを確認する裁判を起こした。

そのときに裁判所は、訴追には法務総裁の同意が必要だが、どうい場合にも訴追されるのかされないのかはつきりせよという判決が出た(09年)。それから3年かかって「臨死介助に関する委員会 (The Commission on Assisted Dying)」が今年1月に最終報告を出し、次のように適格基準を示した。

(1) 18歳以上

(2) 「終末期の病状」 12カ月以内に患者が死を迎える見込みがあり、段階的に進行する不可逆な状態
(3) 「自発的な選択」 任意性と強制されないこと
(4) 「当事者の意志決定能力に関する評価(精神的能力)は必要不可欠」

次にドイツでは2004年に「患者の事前指示」の法制化が提言され、09年に法律ができた。2010年、胃ろうをつけて余命いくばくもないプルツさんが、家族に「きついから、抜いてくれ」と言った。家族は医者に言ったが、「抜けない」と医者は断った。そこで後見人の弁護士に相談したところ、「では、家族が抜けばいい」というので抜くと、医者がすぐ入れしてしまう。

そこで弁護士が、「つないである管を切つてしまえ」と家族に指示した。これが事件として取り上げられ、抜いた家族は訴えないが、それを教唆した弁護士が訴えられた。

判決は2010年6月に出て、患者の意思に合致する場合は、治療の中止は不作為のみならず積極的な作為でも可能だ、つまり抜い

ても構わないとした。これを受けて、ドイツの連邦医師会は、「看取りの医療指針」を改正し自殺補助の容認案を出したが、6月に総会で否決された。

ちなみにドイツの連邦医師会は、弁護士会のように法律できちんと位置づけられていて、自分たちで規則や法律をつくったり、地域での開業や専門医の容認をする権限もある。

ドイツの刑法では、自殺補助を原則として犯罪とは認めていない。しかし昨年6月、ドイツ医師の職業規則で、「医師は死に逝く人を、その人の尊厳を保持しその意思を尊重して援助しなければならぬ。医師が患者の要請に基づいて患者を殺害することを禁じる」と明記した。つまり、自殺を医師が助けることについて、刑法をこえる禁止を初めてドイツ医師規則が明確に定式化した。

自殺が許されるスイス ドイツやフランスから行く

ところで隣国スイスでは、刑法第115条に、自殺の補助をしてもいいとある。この法律は194

表2 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン (厚生労働省: 2007年5月21日)

1 終末期医療及びケアの在り方

①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。

②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

③医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。

④生命を短縮させる意図をもつ積極的な安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続き

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1)患者の意思の確認ができる場合

①専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。

②治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。

③このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2)患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

①家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

②家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

③家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

2年、第二次大戦中、永世中立を保つ中で成立し、今でも生きている。米国オレゴン州、ワシントン州でも同種の法律が成立している。

スイスの自殺幫助は医者が積極的に行うようなものではなく、消極的なものだ。飲み薬を処方されてそれを薬局に行つて買ってきて、家で家族が見守る中で飲むと、40分ぐらいして眠るように亡くなる。こうしたことが許されるスイスに対し、医師に自殺の手助けを許さないドイツやイギリスはちがう。

そのため、不治かつ末期で死にたくても死ねない人たちが、イギリスの場合は飛行機で、ドイツの場合は車でスイスに行く。スイスには看取りの家があり、外国から来た人の自殺も看取ってくれる。

その実態を視察してきた。看取りの家は全く普通の家である。2階建てで、普通の部屋がある。看板はどこにも出ていない。スイスにも、尊厳死に反対の人たちはたくさんいる。カソリックの人たちである。だから、きちんとしたIDカードを持っていないと入れ

ない。このような施設を運営しているのは、それなりのしつかりした考えをもった人だろうと思う。

看取りの家に着いた日の翌日、医師のコンサルテーションを受ける。3日目にもういち自分でもよく考えろということでも1日おく。4日目に再び医者に会って、「意思は変わらないね」ということになったら、そこで処方してもらおう。

それを支持者の人たちがチュエリッヒで一軒だけ許可されている薬局に持つて行き、5日目にそれを飲んで本人は亡くなる。死亡す

ると警察に届け出る。不審死ではないかということをもまず考えるからだ。警察が確かに自殺で、他殺ではないことがわかると、初めて火葬場に行けるというシステムである。

こうした各国の動きをみて、安楽死という言葉がいいのか、自殺幫助という言葉がいいのか迷うが、少なくとも不治かつ末期のときには、医者が致死量の薬物を注射することができるといふ考え方のところと、そこまではしないが自分で自殺薬を服用することを法律に

している国や米国の州と、フランスのように、緩和ケアの中で鎮痛作用や痛みコントロールをしながら無駄な治療はしない、延命措置はしないと法律化しているところと、まだそういうものもできないところと様々である。

だが、これらの国すべてに共通しているのは、「私は最期はこういう格好で死にたい」、それから、「私もし意識がなくなったら、この人に任せる」ということを書く事前指示書 (Advance Directive、私たちはリビング・ウィルという) が法定化されているということだろう。アメリカのオバマ大統領も事前指示書を持っていると言っていた。日本はそれすら法定化されていない。私たちの協会がやっているといっても、たかだか12万5千人である。

日本のガイドラインは現場を混乱させるだけ

日本はガイドラインでいいではないかということで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」(厚生労働省) がつくられた(前頁の表2)。

ガイドラインは終末期のケアの在り方は「患者本人による決定を基本とした上で」、「開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止は多職種の治療従事者からなるケアチームによって」「慎重に判断する」「可能な限り疼痛の除去をする」といったことをあげている。

どういう手続きを踏むのか。患者の意思が確認できる場合は、文書にする。意思が確認できない場合は家族や医療・ケアチームによるという。しかし、このガイドラインは総論的なことしか書いてない。どうすれば法的責任を問われないかがわからないから、現場が混乱するだけで意味がないという、医師会・病院会の意見だった。

患者・障害者など弱者の方々からすれば、プロセスをつくれば何でもできるという不安と危惧があり、自分たちの命がとられると反対した。

このような考え方はどこの国にもある。「Sliding Slope Theory」、いったん事を決めるとどんどん落ちていき、何でもできると考えってしまう「滑り台理論」である。

ドイツの医師会のガイドラインをみると、「患者にすべての選択肢

を示して同意を得る」とか、「治療目的を救命から意思の実現に変更する」とか、断定的に書いている。日本は「患者の意向を踏まえて総合的に判断する」というが、総合的に判断できないから何カルールをつくってくれと言っているのに、こういうガイドラインでは役に立たないと思う。

2006年に起きた富山県射水市民病院の事件は、入院患者7人が人工呼吸器をとり外された後に死亡したため、外科部長ら2人が殺人の疑いで書類送検されたのだが、09年12月に不起訴になった。

このように、患者の苦痛と延命の責務との間での悩みは、医療の現場では日常的に起こり得る。医師には面倒なことにかかわりたくない気持ちもあり、また刑法上告訴される恐れもある以上、適切な対処には法的な免責が不可欠である。規制力のないガイドラインでは対処できないので、法律をつくってくれということになる。

(下)につづく

堤 修三著

『社会保障改革の立法政策的批判』

B 6判 288頁/定価2,730円(本体2,600円+税)

発売中

2005年の介護保険法改正、障害者自立支援法、2006年の医療制度改革をとりあげ、立法政策的な観点から照射し、高齢者医療制度や特定健診・保健指導の改正内容にも鋭い批判を加えている。

株式会社 社会保険研究所 〒101-8522 東京都千代田区内神田2-4-6 WTC内神田ビル
電話 03-3252-7901(代) ファックス 03-3252-7977