

■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
(下)

尊厳死のあり方—— リビングウィルの法制化

【講師】 岩尾 總一郎 (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教会の岩尾總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はじめ、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まだまだ少ないとし、2025年の高齢多死

時代には年間死亡者数が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。前号につづき、講演の要旨と主な質疑の模様を紹介する。

議員連盟の力得て 法制化めざす

2004年、中山太郎先生を筆頭に「尊厳死法制化を考える議員連盟」が立ち上がった。現在、127名になり、どんどん増えている。尊厳死協会は立法院に働きかけ、議員連盟の力も得て、05年に法制化の骨子案、07年に法案要綱をつくり、10年から今日まで法案制定をめざしている。

2005年に最初の法律の骨子案をつくり、目的、定義、延命措置を拒否する意思の表示、末期であることの確認、医師の免責などを書いた。すると法制局から、いろいろ指摘された。たとえば、自己決定権は何を根拠にするのか。決定権は権利だから、権利に対応する義務はどんなものを他者に課すのか、末期状態とは、死期が切迫しているとは、どういうことか。こういうことをいろいろ言われて、役所からのヒアリング、医師会、日弁連、宗教団体の意見などを聞き、終末期医療に関する検討会報告を待って、2年間かかって法案要綱をまとめた。

07年5月に「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案」(要綱)を提示したところ、日本医師会は、医師および医療関係者の免責を目的とする法律の制定をめざす方向性は評価するが、国民的な合意形成がない段階で法律をつくると医療現場に混乱を招きかねないという。

たとえば、「臨終」というときには必ず医師が立ち会うわけだが、臨終という判断は医師の「あうん」の部分もあるわけだから、そこへ法律でくさびを打ち込むようなことをやると現場が混乱するという意見が非常に多く、要綱案には賛成できないというのであった。

弁護士会は、患者の権利をきちんとせよとか、制度と環境を確保せよとかいう話で、とにかく反対であった。

07年改正は頓挫したので3年寝かせて、その間いくつか別の法案要綱や骨子も出たが、私がこの協会に積極的に関与してからは、まず「患者の意思を尊重するための緩和医療の提供と延命措置の差し控えに関する法律案」の骨子が昨年9月にまとまった。日医は法案骨子に一定の理解を示し、事前に



十分な協議が必要だということであった。

昨年11月には、「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」が出た。前回との違いは「患者の意思の尊重」ということを主語にした法律名に変えたことである。

これをさらに修正したものが12年5月版といわれる同名の法律案である。この案には1案と2案の2種類ある。

たとえば第1条「趣旨」で、「この法律は終末期に係る判定、患者の意見に基づく延命措置の不開始及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定めるものとする」のが第1案、「不開始」を「中止等」とするのが2案である。その意味

は、すでにチューブを入れていたり呼吸器をつけている末期の患者に対し、それを外すことを想定していない、新しく始めないというのが1案、チューブや呼吸器を入れてあるのを抜くことも容認するというのが2案である。

第2条に基本的理念、第3条に国及び地方公共団体の責務などを書いている。第4条・医師の責務は、医師がきちんと説明してくれということである。第5条・定義は、終末期とは、延命措置とは、延命措置の不開始とは、延命措置の中止とは……などである。第6条は、終末期の判定で、2人以上の医師の一般に認められている医学的知見に基づく判断の一致によって行うとしている。

「延命措置をしない」という自己決定権を確立

延命措置の不開始あるいは中止という言葉が入る第7条の場合には、書面その他の厚生労働省令で

定める方法による意思表示が必要である。これがリビング・ウィルというものを法定化する重要な根拠の部分であり、私たちもここをいちばん注目している。リビング・ウィルが法律上、どのように担保されるかはこの法律ができた後の政省令の問題になる。

延命措置の中止等を希望する旨の意思の表示は、いつでも撤回することができる（第8条）。自分の気持ちは常に揺れ動いているから、尊厳死の宣言書、リビング・ウィルを書いていても、「私は気が変わった」と言ったら、その変更が担保され措置できるようしておく必要がある。

すると、登録管理の業務が必要になってくる。私たち尊厳死協会の会員には会員証があり、全部個人番号が登録されている。救命救急隊や消防署から、ときどき電話がかかってくる。「いま運んでいるが、おたくの会員か」というので番号を言ってもらおう。

当協会の会員であると確認されれば「了解しました」と言って電話は切られる。その後どう処置されたかはわからないが、少なくともカードの後に「無用な延命措置

をしないで欲しい」と書いてあれば、そのように取り扱ってもらえたと思う。

カードを持っているがいつでも撤回できるとなると、このカードにクレジットカードのような期限をつけることを考えなくてはいけない。そうになると、会費2000円で間に合うのかという話にもなる。

運用上の注意（13条）として、この法律の規定によらない部分、つまりカードを持っている人はこの法律でいいが、持っていない人が延命措置の中止等をする場合はどうするのかという問題がある。

現実に12万5千人しかいない会員だけに適用するような法律では困るといふ批判もあるが、それに対しては、リビング・ウィルを普及し、まずカードを持ってもらうことを主眼にこの法律を考えていくのがいいという点で医師会の先生とは意見が一致している。

障害者団体からは、いろいろな質問を受けている。1つは、終末期とは決められないという議論である。だが、終末期が定義できないからといって、人生の終末期が存在しないわけではない。世界各

国で尊厳死に関連した法律がもうすでにあることを、私たちは説明している。

治療は、治療のためと延命のためとに分けられないという議論もある。しかし、治療がどのような目的でなされるかによって決まる。治療のため、緩和のため、単なる延命のためというように、実際に行われている治療目的をみれば、その判断は十分に可能だと私たちは反論している。

それから、自己決定権というが、家族に迷惑がかかるから呼吸器をつけないといった意見がある。家族からの圧力ではないかというのだが、しかし、そのように決めたことこそ自己決定であり、第三者が自分の価値を押しつける話ではない。本人がそれでいいと言ったら、それは自己決定なのである。

さらに、刑事あるいは民事で免責するといっても、目の前で死に逝く人に対する医師の心的負担は変わらないということがある。オランダの医師と話したときに、注射で人が死んでいくのを見るのは嫌だという。だから、薬を出し、家に帰って飲み、家族に見守られて死んでいく方がいいと言う。つ

まり、積極的な安楽死よりは、薬による消極的な死を選ぶ。その人の人の考えで死を選ぶから、少なくとも刑事罰は受けない。日本でも医師にとって、自分たちは医療で正しいことをやっているのだという意味では、刑事免責は必要である。

人の生死は法律で決めるものではないというが、誰にもある「死」というものに対する考え方がいろいろな学会や団体で、バラバラではまずいから、終末期の医療行為

主な質疑から

(敬称略)

会員の平均年齢は76歳
若い人たちの関心高める

岩石隆光

(医療ジャーナリスト)

尊厳死協会の会員は12万人余というが、年齢構成はどうか。

岩尾

会員の平均年齢は、現在75・9歳である。

4年前には71歳だったから、1年に1年以上延びていることになる。

というものの立法をきちんとつくるべきではないかというのが私たちの意見である。

死に逝くときの自己決定権を確立して、延命措置をしない、始めないということを本人の意思に基づいて容認し、そのとおりに実行してくれる医師に対しては免責を求めるのが私たちの主張する法律である。ここでいう自己決定権とは、憲法13条に規定する個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利の尊重である。

加入した人が死なないという印象である。

加入してくる人の年齢をみると、20代、30代の若い人もいるが、中央値をとると実際には80歳以上の人がいま圧倒的に増えている。

80歳以上になると減額会員と称して、2000円の会費を1000円に下げる。ますます赤字になる。私が値上げをすると評判の悪い理事長になりそうだが(笑い)、財政収支を考えていく必要がある。その意味では、加入者の年齢構成が下がってくれば、会費を長

家族の思いがわかる
状況をつくる必要がある

西村周二

(国立社会保障・人口問題研究所長)

数年前に座談会で、終末医療の話を経済の問題として真剣に考えなくてはいけないときがくるという水野肇さんの話に、「私もそう思う」と言ったら、ある医師から食ってかかられたことがある。医療経済的動機から尊厳死を望む人が増えることに対し、危機感をもつというのがその趣旨であった。

そこで、尊厳死を法制化するのが目標というのであれば、家族会員をつくった方がいいのではないか。つまり、親をサポートできる家族がいるかどうかは決定的な問題である。本人が臨死状態になったとき、ほとんどの決定は日本では家族がかかわるから、家族の理解が私は大事だと思う。

自分の経験だが、病院に入らないという選択を私は母親と相談して決め、結果的には母は尊厳死を達成することができた。法制化も大事だと思うが、家族の理解ということも尊厳死の運動の中に入れてもらいたい。

次に、イギリスの Mental Capacity Act などでも、本人の意思を尊重するための周りの支援体制、家族がどのように思っているか、あるいはボランティアですつと付き添っていた人が、認知症が出た場合に、本人はどのように思っている、思っていたということがわかるような状況を法制化と同時につくるのが大事である。

岩尾

家族の会員について 協会では、夫婦会員という制度を設けている。ひとりでは会費2千円だが、夫婦では3千円だ。ただ片方が死んでしまうと、残された人の会費が上がる。また、80歳以上の人には減額制度もあるが、このように会費が上がったり下がったりするのはおかしいと私は考えている。

なぜなら、80歳の人が増え、毎年1歳ずつ会員の年齢構成が上がってくると、赤字は避けられない

からである。そういう意味では、どういふ会員制度にしても、一人当たりいくらかということを決めておく必要がある。

家族の理解という意味では、尊厳死の宣言書の入会申込書に、「登録が済んだら、本人とご家族もしくは近親者が宣言書を保管しておいてください」、つまり、「少なくとも自分は会員になったという事は家族にはきちんとおいてください」と書いてある。家族には本人の意思が伝わっていると理解しているが、書いてあっても読まない人もいるので、普及活動・広報活動に力を入れていく必要がある。

医師に受容医師制度カードはどう使うか

柿原浩明
(京都大学教授)

医療関係者には、尊厳死に対してすくく反発する人と、納得する人とに分かれるような気もするが、医師など医療関係職種の入会率はどのような状況だろうか。

岩尾

当協会は全国に9支部あるが、支部長をしているのは医師が5カ所、弁護士が2カ所、あと2つはジャーナリストと会社の方である。会員には医師や弁護士もいるが、全体で見ると一般の人が多い。

ネットで登録して資料請求をしてくるのが1カ月で400件ほどある。電話での入会の問い合わせは多い月で千件ほどある。ニュースでとり上げられたり、事件があったりすると、会員が増える傾向がある。

医療関係者や弁護士は、こういう問題に対する意識は高いが、一般の方々が会員の中ではマジョリティである。

ただ、医師について私たちは、カードや宣言書を提示した場合に患者の意思を受け入れてくださる「受容医師」という制度をお願いしている。現在千名をこえているが、この制度を発展させ、たとえば尊厳死学会を設置して医師の先生方には学会員になってもらい、終末期医療の話なども含めてさまざまな形で情報提供をするような組織をつくっていききたいと考えている。

北郷勲夫

(元国保中央会理事長)

(1)カードは実際にはどのような使われるのか。病気になるたばに出すのではなく、死に瀕したときに見せるのか。実際の使い方を指導しているのか。

(2)会員登録されている人が亡くなったときに、死亡の状況等は報告されるのか。そうした管理の状況をききたい。

岩尾

(1)カードの使用方法について私たちはよくに指導しているわけではないが、死に瀕すると、家族の方が「うちの母はこういうものを持っている」と言ってみせることが多いようである。したがって、本人がこういう協会に入っているということを家族は理解している。また本人が肌身離さずカードを持っている。ただ、家族や親しい人が医師に言わないかぎりわからない。

(2)私たちの協会に1日に3件から4件、亡くなったという電話がかかってくる。「関係は？」ときくと、「家族である」「子どもである」とか「妻である」という。私

表3 遺族アンケート結果(2011年度)

回答総数	929件 (100%)
提示した	767件 (83%)
提示しない	162件 (17%)
提示して最後の医療に 生かされた	686件 (90%)
生かされなかった	17件 (2%)
どちらとも言えない 分からない	64件 (8%)

(注) アンケート発送1,263件、回答929件

私たちは重ねて「アンケートをお願いできませんか」と尋ねる。つまり、尊厳死協会の会員としてカードを臨終の場において提示したか、それによって自分の望むような終末期を迎えられたかどうかをきいている。

その結果、表3のように8割をこえる人たちがカードを提示して、医師が了解をしてくれた、最後の医療に生かされたという答えが大部分であった。このように、亡くなった方からの情報をきちんととって、将来に役立てていくようにしている。

**尊厳死より理解しやすい
リビングウイル**

幸田正孝

(社会保険・福祉協会理事)

私の意見も含めて申しあげたい。

まず、尊厳死という言葉はなかなか国民になじまないのではないかと法律をみても、尊厳死という言葉は出てこない。出てくるのは、終末期の医療における患者の意思決定ということである。安楽死には「安楽死させる」という悪いイメージがあるが、尊厳死というのは自分が孤高で威張っている感じで、尊厳という言葉に私は違和感を覚える。外来語ではあるが、「リビング・ウイル」といった言葉を使った方が国民には理解しやすいのではないか。

もうひとつは、法制化が実現した場合、尊厳死協会のこれから考えると、国民教育というか若い人の啓発・啓蒙が重要である。そういう意味で、財源・財政の問題ももちろんあるが、初等教育・中等教育、役所でいえば文科省など

にも働きかけ、教科書にも記載し説明していくことが、法制化後の第1ステップではないか。

そうすることによって、国民の間にリビング・ウイルの意識が普及するだろう。社会的にも有意義な仕事である。がんばってもらいたい。

岩尾

私が副理事長の時代に、「日本リビング・ウイル協会にしたい」と提案したら、いちばん若かったせいもあって、設立のころを知っている方々から反対されて実現しなかった。

「死の権利・世界連合」という、尊厳死協会全体の世界中の団体の集まりがあり、今年6月に私は理事になったが、そこで話をするのは、Dying with Dignity、まさに尊厳ある死である。しかし、英語の尊厳死には、自殺補助から緩和ケアの看取りによる死まで、全部含まれている。

つまり尊厳死という言葉には、安楽死も何もみな一緒に含むというのが外国人の理解である。日本では尊厳死には安楽死を含めず、いわゆる平穏死とか満足死とか自然死という言葉と同義にとらえて

いる。In Search of Gentle Death (Corinthian Books) という英語の本が6月に出たが、Gentle Death は「穏やかな死」、平穏死の意味でなかなかいい言葉である。

しかし、野田首相も国会で尊厳死ということについて正しく答えているので、しばらくは尊厳死協会の名称でいこうかと私は考えている。

若い人に対する教育の必要性はご指摘のとおりで、小学校や中学校の教科書の倫理などで死生観を含めた形で教えるべきだ。

私たちは死生学なども、きちんと教えていこうということで、さまざまな教材もつくっている。私も講義に行くが、医学部では人を救う授業は山ほどやっていても、いかに死ぬかという話はほとんど教えていない。高齢社会の中で死ぬときはどうなるのか、最期に死ぬときは大きな息をするとか、そのようなことを教えていくべきではないかと思う。医学教育の協議会などに対しても、私たちはそういう申し入れをしている。