

おはようございます。TKCの経営情報、
特別企画、日本尊厳死協会 理事長 岩尾總一郎氏インタビュー

『TKC医業経営情報』 特別企画

日本尊厳死協会 理事長 岩尾總一郎氏インタビュー



尊厳ある生と死の実現には「法制化」が必要

一般社団法人日本尊厳死協会 理事長
慶應義塾大学医学部 客員教授

岩尾總一郎

高齢多死社会を迎えるなか、「最期まで、安らかに、人間らしく、尊厳ある生と死」を実現するにはどうすべきか。そのために、日本尊厳死協会では、元気なうちに自分自身で終末期のあり方を決める事前指示書「リビング・ウィル」の普及と、その法制化に取り組んでいる。「終末期の医療の目的を、患者に苦痛を与え尊厳を冒す延命治療から、本人のQOLを重視した医療に転換すべき」と語る理事長の岩尾總一郎氏に話をうかがった。



「看取り」を医療行為として 明確に位置づける必要がある

——終末期医療についての現状をどのように見ておられますか。

岩尾 現在、日本の年間死亡者数は約120万人で、その8割以上が病院もしくは施設で亡くなっている状況です。そして、そこでは治る見込みがない方に対して、延命治療といえる医療行為が施されています。悲観的な言い方かもしれませんが、人間は生まれた瞬間から死に向かって生きているといえます。死が避けられないなか、人生の終末期においてどこまでの医療行為が必要なのか。衰弱し、意識もない、最期の時を迎えようとしている患者さんに対して、胃ろうを造設したり、人工呼吸器をつけたりして、1日でも生き長らえることに価値はあるのか。そうした終末期医療の現状に疑問を抱いています。

——延命治療の問題はたびたび論じられてきたことですが、そのなかでも特に、どこまでが意味のある治療で、どこからが意味のない延命治療なのかを明確に線引きするのは難しいといわれていますが。

岩尾 確かに、その境界線を明確に決めることはできないと思います。それは、それぞれの患者さんの年齢や病状などによって違いがあるからです。しかし、実

際に治療にあっている医師は、「今、自分が行っている医療行為は何のためなのか」ということをしっかり認識しているはずですが、たとえば、意識がなく自分自身で物を食べることができない患者さんに胃ろうを造設したとします。その医師は、これから患者さんの意識が回復し、自立した生活を取り戻すことができると考えているのでしょうか。治療を打ち切ることにはできないので、その状態をキープするために治療を行っていると思います。それは紛れもなく延命治療といえます。

——そこには、「命を救うことが医療の役割」という価値観が大きく関係しているのでしょうか。

岩尾 医学部では、患者さんの命を救うことを一生懸命に教えますが、患者さんを“いかに看取るか”ということは教えません。1日でも長く生かすことが医療のあるべき姿だと考えている医師は多いと思います。だから、治る見込みがない患者さんに対して、当然のように延命治療を行うわけです。

今、日本は世界で最長寿命国になり、多くの人々が80歳、85歳まで生きようになりました。その長くなった寿命を今後、どこまで延ばすことができるのかを考えると、いくら医学が発展したとしても先は知れています。いずれ最期の時は訪れるのです。命を救う医療ももちろん大切ですが、これからは、“看取る”ことを

医療行為の1つとして、明確に位置づける必要があると考えています。

——在宅医療が近年、少しずつ広がりを見せており、在宅での看取りも増えていますが、これについてはいかがですか。

岩尾 2006年度の診療報酬改定で在宅療養支援診療所が創設され、それ以降、在宅での看取り件数も少しずつ増えていますが、それによって病院で亡くなる方が減ったわけではありません。日本は今、高齢多死社会を迎えており、その死亡者数は2015年に140万人、2025年には160万人まで膨れ上がると予測されています。年々、死亡者数が増加するなかで、それに対応できるだけの在宅看取りが実現できているかといえば、まったく追いついていないのが現状です。今後も在宅看取りの件数は増えていくと思いますが、病院死をそのまま在宅での看取り医療に移行できるほどのキャパシティはありません。

いずれにしても、在宅と病院のどちらで看取るのがよいのかという議論は別の次元の話です。大事なことは、死亡者数が年々、増加しているなかで、終末期の医療の目的を、患者さん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 (Quality of Life) を重視した医療に転換することだと考えています。

尊厳死の法制化は患者の権利だけでなく 医師の免責を保障するもの

——そうしたなか日本尊厳死協会では、1976年の創設以来、尊厳ある生と死を実現するために、自分で自分の最期を決める事前指示書「リビング・ウイル」を発行し、その普及に取り組んでこられました。

岩尾 尊厳ある生と死を実現するためには、人生の最期の時まで自分らしく、健やかに生きることが大切です。最期の生き方は誰からも強制されることなく、自己決定権に基づく自らの選択が重視されるべきです。リビング・ウイル(「尊厳死の宣言書」参照)は、元気なうちに「不治かつ末期では延命治療を断る」ことをはっきり意思表示し、それを医師や家族に伝えるための文書です。誤解してほしくないのは、「終末期には

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、生命維持装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。

①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。

②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。

③私が回復不能な遷延性意識障害(持続的植物状態)に陥った時は生命維持装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ますとともに、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。

一切、何もしない」ことを意思表示するものではないということです。安らかな死を阻害する苦痛などを和らげるための十分な緩和医療は受ける。無意味な延命治療の拒否を示したものです。

こうした理解が少しずつ深まり、現在、約12万5,000人の方がリビング・ウイルを行っています。しかし、このリビング・ウイルには法的効力がないので、患者さんがはっきりと意思表示をしているにもかかわらず、罪に問われることを恐れて、医師が従わないケースも少なくありません。そこで、リビング・ウイルを受け入れる社会環境を整えるために、2005年からは尊厳死法制化運動にも力を入れています。

——医師が患者さんの意思を尊重した医療を安心して提供できるようにするためには、法律で明確にルール化することが必要だということですね。

岩尾 リビング・ウイルは、患者さんの尊厳死を担保するだけでなく、医師を守るためのものでもあるのです。延命治療を中止してほしいことを明確に示すものがあれば、いざその場面が訪れた時、医師は治療の方向性を決める根拠となります。医師が延命治療を続ける理由の1つとして、「何もしなければ訴えられるのではないか」という不安があるのです。私たちが法制化を目指す尊厳死法案は、患者さんの尊厳死を担保するだけでなく、何もしないで看取る医師の免責を保障するものでもあります。これがルール化されることによって、医師は安心して患者さんが望む医療を提供することができます。

そもそも法制化運動を行うきっかけとなったのは、1995年に起きた東海大学病院の安楽死事件です。家族の要望で、昏睡状態の患者さんに対し、医師が塩化カリウムを投与した事件です。患者自身の意思表示がなかったために、その医師の殺人罪が確定したわけですが、その判決で、治療行為の中止の許容要件として、「死が避けられない末期状態である」「本人の明確な意思表示がある」こと、治療行為の中止の対象は「薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給等」が示されたわけです。

こうした要件がすべて満たされていれば、医師は罪に問われないはずなのですが、それ以降の類似する事件を見ると、不起訴にはなっても、判決が出るまでに数年の時間を要しています。その間、その医師は現場に出ることもできず、社会的なポジションも失うことになりま。だったら、その許容要件をしっかりと法制化して、そもそも訴えられないようにするべきというのが私たちの考えです。

——尊厳死の法制化について海外ではどのような状況にあるのでしょうか。

岩尾 まず、尊厳死と類似した言葉として「安楽死」というものがありますが、これはまったく異なるものです。

安楽死というのは、第三者が薬物や毒物を投与して死期を早めること、もしくは、自殺することができる薬を処方して服用は患者自身に任せるといったことを指します。もちろん、日本では法的に許されていませんが、オランダやベルギー、ルクセンブルグ、スイス、アメリカのワシントン州、オレゴン州など、認められている国もあります。

一方、ドイツやフランス、イギリス、アメリカのほとんどの州で患者の事前指示が法律で認められています。アメリカでのリビング・ウィルの登録者数は現在41%となっています。また、今年、イギリスのある患者さんが、脳卒中の後遺症で死にたいとして、自殺介助を認めてほしいと裁判で訴えましたが却下されました。患者さんは、その判決に失望し、ハンガーストライキを起こして、その10日後に亡くなりました。日本では点滴などで栄養を入れて、命をつなぎ止めますが、その患者さんはリビング・ウィルを提示していたので、医師は延命のための医療処置を一切、行わなかつ

たわけです。

これを「可哀想だ」「悲惨だ」と感じるかどうかは感情の問題です。要は患者本人が終末期において、延命治療はしないでほしいことを明確に示せば、医師はそれに従い、安らかな死を迎えられるように看取る。こうしたことが欧米諸国では、当たり前の考え方になっているのです。

日本では家族の意見も大きい但最终は本人の意思を尊重すべき

——欧米諸国と比べると尊厳死に関する法整備は遅れているといえますが、日本特有の家族関係などを考慮すると、患者本人の意思だけで終末期のあり方が決定されるというのは、なかなか受け入れられにくいようにも感じます。

岩尾 確かに、日本では、患者さん本人の意思ではなく、家族や親戚の意見が尊重されるケースが多くあります。私は、「死の権利協会世界連合」の理事も務めているのですが、「日本では家族の意見が非常に大きい」という話をすると、各国からは「どうして家族が関係あるのか?」「自分の命ではないのか?」と疑問の声があがります。日本のような家族関係は海外から見ると理解されにくいようです。

しかし、日本特有の文化があるからといって、患者さんの意思が尊重されないというのが、ベストなあり方だとは思えません。その人、本人の人生なのです。もちろん、日本では、終末期医療のあり方を決めるために、家族と繰り返しきちんと話し合うプロセスをより大切にしなければならないと思いますが、最後は家族の意見ではなく、本人の意思を尊重すべきだと考えています。

——どの段階で患者さんにリビング・ウィルにサインをしてもらうか、そのタイミングも難しいですね。

岩尾 リビング・ウィルにサインをしている当協会の会員の平均年齢は75.9歳です。基本的には残りの人生が短いことを心のどこかで自覚されている方々で、これまでの人生にもある程度、納得されている。そうした方々が、意識がしっかりしているうちに、終末期のあり方を意思表示しているわけです。

一方、リビング・ウィルへの同意のタイミングに考

慮しなければならない方というのは、まだ人生にやり残したことがある方だと思います。「どんなことがあっても生きたい」という想いがあります。そうした方々に、「もし不治かつ末期になった場合を考えてリビング・ウィルにサインしませんか」と勧めても同意はいただけないでしょう。しかし、私はそれでよいと思っています。むしろ、そこではできる限りの治療を行うべきです。たとえば、50歳、60歳でがんになったなら、抗がん剤を投与するなど、生きるために全力で治療すべきですし、そういう意味ではもっと医療技術は進歩すべきです。

ただ、死というものは、遅かれ早かれ必ず訪れます。リビング・ウィルに同意しなくても、若いうちからそのことを真剣に考え、自分自身のなかで「最期はこうありたい」というものを、あらかじめきちんと持っておくことはとても大切なことだと思います。

——人間の気持ちというのは、その時々で移り変わるものでもあります。

岩尾 そのとおりです。最初は「何もしないでほしい」と考え、一度はリビング・ウィルにサインしても、「やはり一縷の望みがあるかもしれないから延命治療でも何でも継続してほしい」と思えば、それを白紙にすればいいだけです。リビング・ウィルは、あくまでも患者さんの「尊厳ある死」を求める「自己決定権」を明確に示したものです。患者さんの自己決定権を縛るものではありません。

終末期の看取りについて あらかじめ検討しておくことが必要

——実際の医療現場で尊厳死を実現するためには、どのような取り組みが必要になるのでしょうか。

岩尾 ほとんどの医療機関では、入院する際に治療計画を作成します。そのなかで、不治かつ末期になった場合、どのような終末期医療を望むかを“確認する機会”を設けることが必要だと考えています。国立長寿医療研究センターなど、実際にそれを取り入れている医療機関も増えています。

もう1つ、これはシステムの問題になりますが、自宅で高齢者の症状が悪くなった時に、救急車でなく、いつも診てもらっているかかりつけ医を呼ぶような仕

組みを構築するべきだと考えています。

たとえば、90歳のおじいちゃんが餅をのどに詰まらせて、家族が慌てて救急車を呼んだとします。病院に運ばば、当然、すぐに処置して人工呼吸器をつけることとなります。何とか一命は取り止めたけど、一時的に脳に酸素がいなくなり植物状態になってしまった。そのようになると、医師も家族もその判断に困ります。

誤解してほしくないのは、90歳のおじいちゃんがそういう状態になったら命を諦めろといっているわけではありません。助かれればそれはベストです。ただ、そういう時にまず呼ぶのは、かかりつけ医であるべきだということです。リビング・ウィルを提示していれば、かかりつけ医はそれを知っているわけですから、無意味な延命治療が施されることはありませんし、尊厳死を実現することができるわけです。

——最後に終末期医療を提供する医療機関などにメッセージがあればお願いします。

岩尾 これ以上、医療行為をしても回復の見込みがない患者さん、この先の寿命が見えている患者さんに対して、現在の病状やこれからの治療方針を説明し、納得していただくというのは、想像以上にとても大変なことだと思います。しかし、その時に「治療を続ける」という選択ではなく、「治療の撤退」ということも選択肢の1つとして持つべきではないでしょうか。それを選択することは、患者さんはもちろんのこと、医師にとっても非常に重い決断だと思います。ですから、自分1人で考えるのではなく、仲間の医師や、チーム医療のなかで終末期の看取りをどのように行うべきかを相談・検討し、また事前にそのためのシミュレーションなどしておくことがとても大切になるのではないかと考えています。

(平成24年11月29日 / 本誌編集部 佐々木隆一)



Profile

岩尾總一郎(いわお・そういちろう)

慶應義塾大学医学部卒、同大学院修了。85年、厚生省に入省し疾病対策課長、厚生科学課長などを経て、2003年に医政局長に就任。05年にWHO健康開発センター所長を務め、06年に一般社団法人日本尊厳死協会に入り常任理事、副理事長を経て、理事長に就任。現在に至る。慶應義塾大学医学部客員教授。

一般社団法人日本尊厳死協会

〒113-0033 東京都文京区本郷2-29-1 渡辺ビル201

TEL: 03-3818-6563