

記者の目

大森 治幸
阪神支局(前富山支局)



回復の見込みがない末期状態になったら延命措置をどうするか。「人間らしい最期」を巡る葛藤が医療現場で続いている。私は2〜3月、本紙富山版で一連の問題に焦点を当てた「ヒポクラテスを超えて」(13回)を連載し、終末期患者の意思を医療に反映させる仕組みが十分整っていない現状を伝えた。超党派の国会議員が法整備の議論を始めて約10年。今国会での法案提出の動きもあり、最期の在り方について国民の本格的な議論の必要性を強く感じる。

「最期の在り方」議論を

「終末期医療と患者の意思」

話すことができない。

そこで、唯一動かせざるまぶたを使って「会話を始めた」。

「ゆきおさんには、かんしゃしています」「せかいいちあいています」。会話補助器を通して巻子さんが伝えた言葉だ。しかし、歳月を重ねるごとに「しにたい」など漏らすようになった。そして13年1月、衰弱によってこうした会話を断絶した。

「薬と機械に生かされているが、目も見えないし耳も聞かれない。だからこそ『死ぬほど』ではなく『死ぬより』つらいと思う。自分が同じ状況にあったら、どう考え、どんな決断をするか。それを問い続けるのが私の責務です」。11年

厚生労働省によると、終末期の症例には余命が数日から2〜3カ月の末期がんや数年で死を迎える脳血管疾患の後遺症、老衰などが含まれる。栄養分を点滴するなどして死期を延ばすのが延命措置だ。対をなすのが安楽死で、大きく分けて、苦しみを長引かせないため延命措置を中止する「消極的安楽死」(尊厳死に近い)と、致死量の薬物を処方するなどして死を早める「積極的安楽死」がある。



会話補助器を使って言葉を通わせる松尾さん夫婦一富山市の病院で2011年6月、大森治幸撮影

に、終末期医療の語り部活動を始めた幸郎さんが話す。

延命措置の中止 国も基準示せず

更に積極的安楽死には、本人の希望に沿う「自主型」と、意思が不明でも厳しい規定の下で医師と家族が相談して決める「非自主型」があり、意思に反する「反自主型」は犯罪となる。米国などは自主型を導入、オランダでは非自主型も合法だ。いずれも

も法的枠組みの中で実施するために「リビングウィル」(LW、生前の意思表示)を重視。欧米では30〜40年前から、LWを記録する取り組みが広がっている。ただ、意思表示できる年齢は国によって違う。国内の状況はどうか。延命措置の取りやめを巡っては、横浜地裁が1995年の安楽死事件の判決で示した①耐え難い肉体の苦痛②死期の切迫③苦痛を除く手段が他にない④本人の明確な意思表示——という違法性阻却の4要件が今もさまざまな場面で援用されている。富山県射水市民病院で06年、患者7人の人工呼吸器を外したとして医師2人が殺人容疑で書類送検された事件(不起訴)後、厚生省が出したガイドラインも「医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断」とあいまいな内容にとどまっている。

一人一人が意識 法制化の土台に

法制化の議論の中心は延命措置の開始・中止の是非だ。松尾さん夫妻の場合、巻子さんはLWを作成していない。幸郎さんは延命措置を止めたら「罪に問われるかもしれない」と考えており、法制化に賛成の立場。県内のある医師も「本人が希望するなら

延命措置をしなくても犯罪にならないと法律で担保してほしい」と漏らした。一方、法律ができる社会的弱者に死を迫る無言の圧力が生まれるという懸念が各国で出ている。医療現場には「しゃくし定規に決めた法律に制約される場面が出てくるかもしれない」という危惧もある。

ただ、これらは終末期医療に直面した当事者の声であり、外への広がりが感じられなかった。29歳の私も、連載を担当していなければ死を意識することはなかっただろう。

その理由の一つとして、カール・ベッカー(京都大学教授)『医療倫理学』は「みとりの場が在宅から病院になり、日本人にとって死が身近なものではなくなった」と指摘。「医療技術の著しい発展に伴い、死に方の選択肢が増えている。それらを整理し明確化する法律があれば、患者が望む終わりをサポートできるのでは」と話す。

大事なのは、家族で話題にしたり学校教育で触れたりし、一人でも多くが「最期の在り方」に向き合うこと。それが、法制化を含め、終末期患者の権利や意思を医療に反映できる仕組みの土台になる。重いテーマだが、目を背けるわけにはいかない。