

To assert absolute moral values is not to claim perfection  
is more, one of the great principles of modern liberal-Christian  
and culture have always been well commensurate, essential  
of open-mindedness. There's absolutely nothing incompatible  
of our own identity. There is no place for racial or religious  
spoke in his famous Gettysburg speech of 1863 of "govern  
people", he gave the world a neat definition of democracy

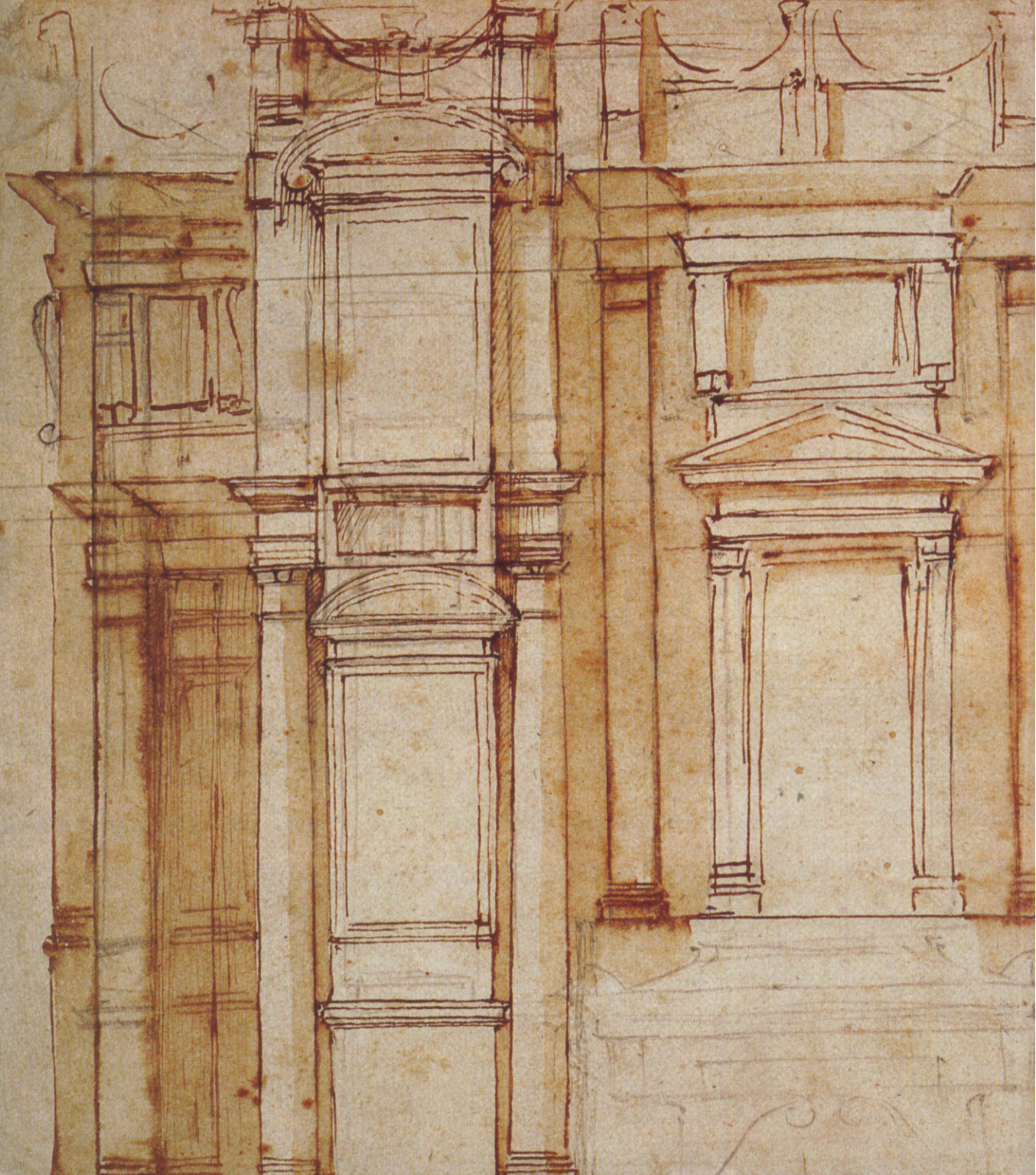
# 選択

6

JUN. 2013 VOL.39 NO.6

三万人のための情報誌

2013年6月1日発行 昭和50年3月17日第三種郵便物認可  
第39巻第6号通巻460号 毎月1日発行



# 尊厳死の議論を深めよう

——日本が今後向き合わなくてはならない尊厳死・安楽死とはなんですか。

土屋 安楽死は、大きく二つに分けられる。ひとつは本人の意思を受けて、医師が積極的手段、具体的に薬物の投与などによって死に至らしめること。積極的安楽死と呼ばれ、欧州の数カ国、米国の一部の州で実施されているものだ。もう一つは現在行われている治療を中止することで「結果として」死に至る消極的安楽死。日本では時に犯罪として問題になることがある人工呼吸器の取り外しなどがここに入る。前者は日本では行われていないが、後者は日本の個々の医療現場で常に直面する手法だ。一方で尊厳死は、あらかじめ患者による意思表示を受けて、最初から呼吸器装着などの積極的治療を行わず、苦痛を和らげる処置のみを行い死に臨むこと。積極的、消極的どちらの手法とも重なる可能性がある。

——日本の現状はどうですか。

土屋 日本では議論以前の地下さえない状態だ。過去に裁判沙汰となった

ケースがあるのに、国民も医療者もまともに向き合ってこなかった。原因は個別の事例を蓄積してこなかったことにある。本来であれば、医療訴訟が起きた際に、学会が医学的見地から、「本当に他の手段はなかったのか」「何が

## InterVIEW

つちやりょうすけ  
**土屋了介**

(公益財団法人がん研究会 理事)

1946年生まれ。1970年慶應義塾大学医学部卒。慶應病院、防衛医科大学校、国立がんセンター病院を経て、2010年3月まで国立がんセンター中央病院院長。同年4月より現職。



——責任はどこにありますか。

土屋 最大の問題点は、現場の医師をサポートする体制がないことだろう。過去の訴訟例を見ると、患者家族の合意を明文化していない例もある。しかし、それは医師の過失ではなく病院側が現場の医師をバックアップしなかったことに問題がある。医師が「患者第

足りなかったのか」などを調査すべきだ。むしろ、そこそが専門家集団である学会がやるべきことなのに、彼らにはその責任感がない。一方で「日本尊厳死協会」は、まず法制化ありきで議論が浅いように見える。また、事件

が起きた時に「殺した医師」の個人攻撃に終始するマスコミの姿勢も大いに問題があるだろう。

——どのようにルール作りをしていけばいいでしょうか。

土屋 日本の医療現場は、何でも御

上に決めてもらおうとしており、常に厚生労働省のいいなり。死は「百人百様」であり、厚生省が線引きできない。厚生省からのトップダウンで勝手に線を引いてしまうと、こぼれおちる患者が必ず出る。米国を見てみると、何事も民間がルールを作って動かそうという気概がある。特に安楽死・尊厳死については、現場の要望を上げるボトムアップで事例を積み重ね、それが結果としてルールとなるようにすべきだ。

——どこから始めるべきでしょうか。

土屋 まず「尊厳死」や「安楽死」ではなく、「尊厳・生」であるべきだ。すべての行為は生を安楽にするために行われる。「殺すか殺さないか」と、医師が死の方を向いたら、患者家族の敵になる。「どう生かすか」となったら、医師は家族と同じ方向を向いた味方になる。死なせるためでなく、患者から苦痛をとるために、限界まで投薬したあげく過量で亡くなってしまった、というのが本来の安楽死の意味なのだ。それを理解し、尊厳死や安楽死というテーマに向き合わなければ道を外れる。

〈インタビュー〉 編集部