



## 尊厳死ができなくなる 「尊厳死法案」

桜台明日佳病院  
認知症総合支援センター長  
宮本 礼子  
北海道中央労災病院院長  
宮本 顕二

「尊厳死」とは、自分が不治かつ末期の病態になった時、自分の意思で無意味な延命措置を差し控えまたは中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることです。しかし、今の日本では尊厳死を望み、延命を希望しないというリビング・ウィルを残していても、尊厳死はなかなか叶えられません。延命措置を怠ったと遺族から訴えられることを医師が危惧するからです。

そのため、2012年に「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（いわゆる尊厳死法案）」が超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟（以下、議員連盟）」から公表されました。その概要は、終末期に延命措置を希望しないことを書面で表示し、2人以上の医師により終末期と判定された15歳以上の患者について、延命措置を差し控える、または中止した場合（第1案では不開始、第2案では中止および不開始）、医師は民事・刑事・行政上の責任を問われない、というものです。

私は尊厳死に賛成です。しかし、議員連盟が国会提出を目指している尊厳死法案には大きな問題があります。以下にその問題点とそれに対する議員連盟からの回答を提示し、尊厳死法案について考えたいと思います。

### 1. 「終末期の定義」に関する問題

「第五条 この法律において「終末期」とは、患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう。」

この法案の「終末期」の定義を用いれば、栄養補給や人工呼吸器で生き続ける可能性がある患者は終末期に該当しなくなります。そのため延命措置中止等を希望する書面があっても、逆に延命措置をせざるを得なくなります。しかしこのようなことは、尊厳死法制化の本来の趣旨に反します。そのため、法案から「（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）」を削除あるいは変更することを議員連盟に申し入れしました。

それに対して、議員連盟からは「（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）との文言は、必ずしも回復の見込みはなくても、例えば、適切に栄養補給を行い、人工呼吸器を適切に使用すれば日常生活が十分可能な患者や障害者などに配慮して規定したものである」と、回答がありました。

これは、明らかにALS（筋萎縮性側索硬化症）や筋ジストロフィー患者に配慮した定義です。しかし、これらの患者の中にも、胃瘻や人工呼吸器を拒否する患者もいるはずで、そして、現在の日本でこの法案を必要としているのは高齢者です。この定義では、延命拒否の文書のある無しにかかわらず、終末期の高齢者は胃瘻や人工呼吸器で生かされ続けます。胃ろうなどで生かされたくないと言っていた議員連盟の麻生副総理も、延命拒否の希望を文書で残していても、胃瘻や人工呼吸器がつけられ、何年間も生かされます。なぜなら、胃瘻や人工呼吸器で生き続ける場合は終末期と判定されないからです。そして、最後の最後にやっと自分の希望通りに人工呼吸器や胃瘻が外され、死ぬことができます。

議員連盟は本来、終末期の高齢者が尊厳のうちに死を迎えることができるように、この法案を作ろうとしたのだと思います。しかしこの法案が通ると、延命されて生きる高齢者を今以上に増やすことになります。

そのようなことにならないために、法案の定義から「（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）」を削除あるいは変更する必要があります。日本尊厳死協会発行の「新・私が決める尊厳死」の中にも「回復不能な植物状態は対象から外れているため、『回復不能の植物状態』を入れるよう働きかけている」とあります。

### 2. 「終末期の判定」に関する問題

「第六条 前条第一項の判定（以下「終末期に係る判定」という。）は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師（終末期に係る傷病が口腔がんその他の厚生労働省令で定める傷病である場合にあつては、二人以上の医師又は一人以上の医師及び一人以上の歯科医師）の一般に認

められている医学的知見（歯科医師にあっては、歯科医学的知見）に基づき行う判断の一致によって、行われるものとする。

終末期の判断は慎重であるべきですが、医師にとって初めて診る患者の終末期の判断は容易ではありません。在宅医療の現場では主治医は普通一人です。二人以上の医師が判断するとなると、初めて診る患者の終末期判断を引き受けてくれる医師を探さなくてはなりません。しかし、そう簡単には見つからないと思います。そうすると、在宅では尊厳死ができなくなります。病院は医師が複数いるので問題ないと思うかもしれませんが、グループ制で診療をしている場合を除き、完全主治医制では在宅医療の現場と同じ問題があります。つまり、在宅であれ、病院であれ、二人以上の医師が終末期の判断をするのは難しいです。そのため、「終末期の判断は主治医と看護師など複数が行う」に変更する方が現実的ではないと思います。

これに対する回答は、「射水病院事件において単独の医師により判断がなされたことや、また、終末期か否か難しい判断を迫られることも多いことを踏まえ、判断につき慎重を期し、客観性と専門性を担保する点にある。」とありました。さらに「また、第6条は『医師』とのみ規定し、主治医と限定を付していない。これは、終末期の判定についての知識・経験が豊富な医師が主治医になっているとは限らず、判断を慎重、客観的に行うために主治医以外の意見を求めることにも意義が認められると考えたからである」とありました。

回答は正論ですが、これが臨床現場に通用するでしょうか。法案が通ったばかりに尊厳死ができなくなった、ということがないようにしなければなりません。

### 3. 「意思表示は書面その他の省令で定める方法」に関する問題

第七条 医師（終末期に係る傷病が口腔がんその他の厚生労働省で定める傷病である場合にあっては、医師又は歯科医師）は、患者が延命措置の中止等を希望する旨の意思を書面その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合（当該表示が満十五歳に達した日後にされた場合に限る。）であり、かつ、当該患者が終末期に係る判定を受けた場合には、厚生労働省で定めるところにより、延命措置の中止等を行うことができる。

この法律は、事前に延命措置の中止等の希望を書面で表示していた患者に適用されるため、逆に書面を残していない患者には延命措置をせざるを得なく

なる可能性があります。また、「その他の厚生労働省令で定める方法により表示している場合」とは何かわかりません。

これに対する回答は、「ご指摘のように延命措置の中止を希望しながら書面等で意思表示をしなかった患者については延命措置をせざるを得なくなる可能性はある。ただ、書面等による意思表示を要求したのは、患者の意思表示を確実に確認できるようにすることが必要であると考えたためである。」とありました。さらに「『その他の厚生労働省令で定める方法』とは具体的には厚生労働省令で定められるが、書面以外に患者の意思表示を確実に確認できる方法、例えばビデオによる意思表示なども考えられる」とありました。

私が危惧したように、延命措置中止等の希望を書面等で表示していなければ、延命措置が行われる可能性があることを議員連盟は認めています。

### まとめ

この法案は多くの問題を含んでおり、このまま成立しては反対に尊厳死ができなくなります。議員連盟からの回答を得て、ますますそのことを確信しました。議員連盟には法案の再検討をお願いしたいと思います。

その一方、「人生終末の延命措置は倫理的ではない」という社会通念が形成されると、この法案は不要になるかもしれません。問題の多い法案を議論し続けるよりも、このような社会通念を形成するほうが、尊厳死の問題は速く解決するかもしれません。

人は必ず死にます。そのとき、尊厳ある死でありたいと願います。患者の権利に関するリスボン宣言（第34回世界医師会総会、1981年）の中にも、「患者は尊厳のうちに死ぬ権利をもっている」とあります。

### 参考文献

1. 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（仮称）  
[www.bakubaku.org/120525-songenshi2.pdf](http://www.bakubaku.org/120525-songenshi2.pdf)
2. 日本尊厳死協会(2013) 新・私が決める尊厳死—「不治かつ末期」の具体的提案 中日新聞社、名古屋