

## 【第3回 リビングウイル研究会】

テーマ「生かされなかったリビングウイル」

日 時： 2014年6月8日（日）

会 場： 政策研究大学院大学 「想海樓ホール」

パネリスト：

伊勢田 暁子（看護師、東京医科歯科大学大学院非常勤講師）

桜木 葉子（看護師 協会電話医療相談担当）

丸尾 多重子（NPO 法人つどい場さくらちゃん 理事長）

長尾 和宏（尼崎市の長尾クリニック院長）

信友 浩一（九州大学名誉教授）

益田 雄一郎（みのかも西クリニック院長）

コーディネーター： 辰濃 哲郎（ジャーナリスト）



## 【パネルディスカッションの主なやり取り】

辰濃 今日、尊厳死協会が亡くなられた会員の遺族に送っている「ご遺族アンケート」をもとに議論を始めたいと思います。毎年の集計によると、90%以上の方が協会発行のリビング・ウイル（LW）が「生かされた」と答えていただいているのですが、その裏にはさまざまな問題があるようです。協会では電話相談をしている桜木さんに、電話の内容とアンケートの集計結果に乖離があるのか、ないのかについてお伺いしたい。

桜木 90～95%が生かされていると言いますが、対象となっている担当医師がどう思っているのだろうかという疑問があります。たまたま調べたら益田先生が調査した結果がありました。医師から直接意見を聞いている精度の高い調査です。医師の半分以上がLWについて治療に反映させているという結果ですが、残りはどうなのかということが気になります。電話相談を受けていて、双方のギャップが大きいような気がしています。

益田 20年前に尊厳死協会にお邪魔して終末期ケアについて調べさせていただきましたが、1994年から97年まで追跡させてもらいたいとお願いして、2500人分を追って、主治医にアンケートをしたうえで、一部はインタビューもしました。60%位の回答がありました。55%は患者のLWを診療に反映させたと言っています。とくにがん末期などでは、きちんとLWの影響を受けたと答えている医師が多かったです。だが、容態が急変したり、救急搬送された患者の場合は、主治医はLWの影響を受けていないと答えている人が多かったですね。そういう点では、家族の側と乖離があると思います。

辰濃 私が直接お伺いしたケースを紹介しますが、これは医師を糾弾するものではなく、「死」をめぐるそれぞれの立場があることを尊重して、答えの出ない議論をするための材料にしたいと思います。ケースを読み上げます。

【ケース1】90歳になる私の母親は、つい2～3年前まで、畑で野菜の栽培を続けていました。兼業農家で、米と野菜を作っていた父は、20年前に亡くなり、以来、私たち夫婦と同居して暮らしていました。身長152センチほどの小柄な母でしたが、老人クラブに通うのが楽しみで、何より優しい母でした。そういえば、「人様に迷惑をかけるな」が口癖だったような気がします。2～3年前、東京で親戚の結婚式があり、その途中に母の生まれ故郷に車で連れて行ったのが、最後の旅行となりました。街の雰囲気は変わったものの、道路や里山などは昔ながらで、懐かしそうに、「ここには何があった。ここはどうだった」など話していました。

昨年12月14日のことでした。数日前から体調を崩していたので、私が夜勤明けのこの日、母を病院に連れて行くことになっていました。

朝、食事をした直後に嘔吐してテーブルにうずくまってしまったといいます。すぐに心肺が停止しました。救急車が到着したときには、心肺停止から20分以上、経っていたといいます。母が尊厳死協会に入会してLWを持っていることは、私の妻が救急隊員に伝えました。

すると、隊員が「見せてください」と言うので、あわててLWを探そうとしたのですが、気が動転して見つかりません。一方で隊員は、心臓マッサージを施して蘇生を試みたそうです。なぜかわかりませんが、心肺が戻りました。救急車に乗って病院に運ばれました。

私は夜勤明けで自宅に帰る途中で、母が倒れたことを知りました。いったん自宅に戻りました。尊厳死カードを持っていこうと考えたからです。生前、母親から「みんなに迷惑をかけたくない。尊厳死協会に入会したから」と伝えられていました。母が大切なものを入れていた袋の中には、「人間らしく死にたい。なにかあったときには処置をしないでもいい。誰も恨まない」など延命治療を断る文章がつづられた便箋が入っていたのを知っていました。それを持って病院に行き、主治医らふたりに示しました。「わかりました」とその場では答えたものの、すでに装着していた人口呼吸器については「外すことはできない。犯罪になってしまう」と言います。

何度か、一般の病室に移ったのですが、人口呼吸器は着けたまま。ときおり、ゴボゴボという苦しそうな音が喉から聞こえてきます。やるせなくて、母の耳元で「ごめんな」と謝りました。そのときです。母の頬を涙が伝ったのは。「わかっているよ」という涙なのか、それとも「早く逝かせてほしい」という涙なのか。辛くて、自分の手で母の呼吸器を外そうかとも考えましたが、病院に迷惑がかかるので、とどまりました。

数日後、血圧が下がったときに、「昇圧剤を使わなければ、すぐに亡くなる」と医師から告げられました。私は、孫や親戚が駆けつけるまでの間だけでも生きていて欲しいと、承諾してしまいました。だが、これが、何日も続くとは思わなかった。毎日、病床で母に詫言いました。

3週間後、母は病院で亡くなりましたが、本人の意思を守れなくて申し訳ない気持ちを、その後も長いこと引きずりました。

辰濃 実は救急医学会のガイドラインは、他の終末期のガイドラインと較べても進んでいます。延命措置の中止事例、例えば人工呼吸器でも、本人の承諾と家族の承諾があれば外しても構わないと明確にうたっているんです。そういう視点からすると、明らかに中止できる事例だが、主治医はそれができないと答えています。これが良い悪いというのではなく、そこに至った背景を探りたいと思います。

## ■ 救急現場で浸透していない尊厳死カード

**長尾** 救急車を呼んだら基本的に蘇生措置を取って欲しいという意思表示だ  
と思うので、蘇生をしたのは当然だと思いますね。気が動転していたら、家族  
も救急車を呼ぶでしょう。元気になって家に帰ってくる可能性もありますから。  
だが、このケースの問題は、家族とのコミュニケーションが取れていたのかど  
うかという点だと思います。

**辰濃** 介護の現場で救急車を呼ぶケースというのはあると思うのですが、介護  
現場に詳しい丸尾さんは、いかがでしょう。

**丸尾** 本人や介護者の間で話題になっているのは、救急車を呼ぶのか、呼ばな  
いのか。私たちは長尾先生の近くなので、まずは長尾先生に電話をするか、訪  
問看護師さんに電話する人たちが増えています。在宅医療が進んでくれば、救  
急車を呼ばなくてすむという安心感があります。尊厳死と在宅医療と病院が大  
切な関係にあると思うんです。家族は肉親が死ぬときのことを考えているよう  
で考えていないことが多いですね。触れたくない。そういう国民性だと思う。  
前もって家族同士が死についての話し合いをしておくべきで、どんな死を迎え  
たいのかの意思表示が必要だと思っています。

**辰濃** 私は先日父に、延命治療のことを質したら、ふてくされていました。会  
場におられるみなさんで死について話し合った方はいらっしゃいますか？

《会場で多くの方が挙手》

**信友** 私のやっている信友村ですが、「村」という字は木へんに寸（ちょっと）  
という字を書きます。ちょっと腰を下ろすにふさわしい木があるところ。居心  
地のよい居場所があるということなんですね。医者と当事者の間に入って三角  
関係を作って、みんながハッピーになれる関係を築いているつもりです。ケー  
スに戻ると、ここの院長はなにをやっていたのでしょうか。院長回診で家族は伝  
えているんですよ。主治医と家族の間に院長が入らないといけない。そこが問



題で、日本で一番欠け  
ていることだと思います。私だったら主治  
医を呼んで、家族を呼  
んで同じ席で話し合  
うでしょう。

**辰濃** 救急の専門医  
師はいらっしゃいま  
すか？

**会場B（医師）** 私  
は関西の呼吸器内科  
医です。LWを尊重し  
ていますが、ケースの  
ような救急で病院に

来られるときは、なんとか助けなければならないという形を取らないといけないんです。ゆっくり亡くなられる方は話し合いもできるし、救急の現場は目の前の患者を助けなければならないし、法的に問われないか、社会復帰できるかもしれないなど、いろんなことを考えます。まだまだ整備されていないのが現状だと思います。人工呼吸器は治療法でなく時間稼ぎで、結果的に社会復帰できるかもしれないし、苦しめることになるかもしれません。

**辰濃** 人工呼吸器によってしか生命が維持されないような状態に陥ることもある。そんなときに尊厳死のカードを見せられたらどうするんですか。

**会場B** 尊厳死というカードが、どれくらいの影響力があるのか。ふだん、どういう病気なのかを知らない救急医は、まず助けることを第一に考えます。LWを持っていたとしても、治療に影響するかというと、治療を優先せざるを得ないかもしれません。

**辰濃** 救急のガイドラインでは、本人も家族も同意した場合には、延命治療を中止すると書かれています。実際にそういう場面になったら迷う？

**会場B** そういう経験はあります。急に運び込まれた患者に対して人工呼吸器を着けることは、その段階では誤りともいえない。時間が経って、初めて良かったのか、悪かったのかがわかってくるんです。ゆっくり亡くなっていく場合は、かかりつけの医師も判断できるので救急車を呼ばない判断もあります。呼んでしまったら、ぼくらはやれることは、やってしまうんですね。

## ■ 家族を巻き込まないと生かされない

**桜木** 片方では救命、片方では尊厳死という難しい状況がよくわかります。でも、いったん状態が落ち着いたときに、LWの思いを汲み取っていただけるものなのではないでしょうか。医師はそのための努力をしてくださっているのでしょうか。患者にとっての利益と負担という観点で、治療方針が検討されるのでしょうか。

**伊勢田** このケースは自宅で倒れられたお母さんが尊厳死カードを持っていたし、家族にも話していたんですね。にもかかわらず、いざというときにカードが見当たらなかった。カードが提示されていれば、気道確保とかはするだろうが、気管内挿管とかまではしなかったのではないかと思うんです。もうひとつは、一度、人工呼吸器を着けてしまったら、救急のガイドラインもありますが、基本的に外せないと思うんです。着ける前に意思表示ができたかどうかが目すべきところだったような気がします。LWが生かされるかどうかは、自分の意思だけでなく、きちんと家族やかかりつけ医を巻き込んで、伝えているかどうかが大変だと感じました。

**辰濃** 少し気になるのは、カードをいつも携帯しているのかどうか。会場の皆さんで、カードを持っていない人はいますか？（少数ながら手を挙げる）では、持っている人は？（多くの人々が手を挙げる）

では、持っている人は、どこに持っているのですか？

財布のなか？（多くが手を挙げる）

**会場から** 私の場合は、障害者手帳に本物のLWカードを入れてあります。そしてコピーを財布と通常使っている手帳に入れてあります。そしてそのコピーに「本物が障害者手帳の中にあります」と明記しています。

**辰濃** 先ほど会場から発言なさった救急の方にお伺いします。運ばれてきた患者が尊厳死カードを持っているかどうか、確認するものなののでしょうか。

**会場B** してないです。そこまで(LWカードは)浸透はしていないと思うんですよね。

**辰濃** もし、LWを持っていれば延命治療を中止しても法に問われないという法律ができた場合、どうでしょう。

**会場B** 医師としては、法に問われかねないということが常に頭にあります。カバーされるとすれば、倫理観に基づく考え方ができるんじゃないかと、私は思います。

## ■ 医師の説明能力にも問題

**信友** 私が先ほど言ったのは、救急で運ばれてきた患者が一命を取り留めた後、院長が主治医との間に入って、LWを持っていれば、それに基づいた治療方針に反映できるということなんです。組織としてそういう対応ができる。そういう文化をつくっていかねばならないと思いますよ。

**会場C (医師)** 呼吸器を外すかどうかとか、昇圧剤を投与しないということに議論がフォーカスされていくことに違和感があります。このケースの場合、家族が十字架を負っちゃったと思うんですよ。90歳でも呼吸が元に戻ることは十分ある。助かるかもしれない。なぜこの人が後悔したかという、人が死ぬときに誰かが罪悪感を感じてしまうとか、責任を負わせられることになると感じてしまうからだと思います。もう脳波も平坦に近くなっているなどと医師が説明すれば、今の法律のもとでもふつうの看取りができるのではないのでしょうか。

**長尾** 救急救命と延命を混同してはいけないと思います。重なる部分はあるが、人工呼吸器がすべてではないでしょう。このケースでは、果たして患者が不治かつ末期であったかは疑いがあります。総合的な視点が必要で、私も違和感があります。

**益田** このケースは法制化されても解決する事例ではないと思います。法制化にシンパシーを持っている私でも、このケースで言うと、主治医は患者さんに説明していたのかどうか疑わしいです。こんな悲しみに陥るような説明しかしていなかったのではないのでしょうか。コミュニケーション能力がないんですよ。

**会場D (医師)** 医療・介護施設を運営しています。今のケースをドクターのせいにするのであれば、私は半分くらいのドクターをクビにしなければなりません。3ヶ月とか3年ならまだわかるが、3週間。しかも家族が来るまで生かしてもらおうなど、自分たちの都合が優先され、わがままに思えます。だが、やはり人工呼吸は、3週間で意識が戻らなければ外すことが必要になってくると

は思います。

**会場 E (医師)** 有床診療所をしています。脳神経外科で手術もしてきましたが、患者のためにならないという反省のうえに立っています。このケースの原因に血管障害がある。脳なのか心臓なのか。脳であれば3週間も持たないでしょう。心臓であれば1~2%しか助からないことを家族と話し合うことが大切です。私は人工呼吸器を抜くことはしませんが、酸素濃度を絞っていくとか血圧を自然のままに任せるとか。ご家族が死の受け入れができた時点で安らかに旅立っていただくという消極的な安楽死をしています。そういう配慮が医師には必要で、医師の視点を変える教育が必要ですが、なかなかできていないですね。

【休憩】

## ■ どうしたら尊重できるか、家族も不安

**鈴木裕也** (埼玉メディカルセンター名誉院長・尊厳死協会副理事長) このケースについて、患者の家族に対して、医師が「犯罪になってしまうから」人工呼吸を外すことはできないと話しているが、該当する法律はないはず。警察の調べは受けているが、不起訴だった。それが主治医はわかっていなかったのだと思います。

**辰濃** 新聞報道などで騒がれたことはあったが、結果的には立件されなかったということですね。桜木さん、相談を受けるに際しての意識のギャップはありましたか？

**桜木** あくまでも相談事例を通して私を感じていることです。家族の心の痛手を考えると、病気が長期になってくると、果たしてこれでよいのかと不安になってくるが、主治医と話していないんです。ないしは話しても適切な回答がないことが多い。LWを提示したとしても、医師が内容を理解してくれているのか疑問です。それに家族としてもLWを誤解していることが多いです。医師と家族の間に溝があり、それをどう埋めていくのか。現在治療を受けているのが病気を治すための根本的な治療なのか、それとも延命治療なのか、説明がないために判断できないんです。LWを尊重したいが、どうしたらできるのかの模索が家族にはあるんですね。

**田端 (医療相談)** 桜木さんと同じ医療相談に乗っていますが、相談事例で多いのは、胃ろうの問題。医師はメリットは言うがデメリットは話していないんです。

**会場 F** 1週間前に桜木さんに電話をして相談しました。身内が特別養護老人ホームに入っているのですが、急病で「救急車を呼びました」と過去形で知らされました。53歳のときにアルツハイマーと宣告されいま、71歳。老人ホームに13年くらい寝たきりでいます。誤嚥性肺炎で入院しましたが、「食べられませんので胃ろうをしましょう」と言われました。もう「静かに逝かせてほしい」と言うと、医師は「誤嚥性肺炎が治ったら、病院を出なければならず、あなたが面倒をみななければならない。もし亡くなったらどうするんですか」と

問われました。何も言えずに、その場を辞したんです。結局は後に「胃ろうをしてください」と頼みました。

**会場G** 胃ろうのことですが、年間500万円かかると言います。どこかで苦しい選択をしなければならないんです。健保組合としての財政がもたないと。医師会の中で議論しているのでしょうか。

**長尾** 胃ろうは悪い事だと認識されていますが、胃ろうそのものは人工栄養として素晴らしいものです。ハッピーな胃ろうとは、口から食べられて、足りない分を胃労で補う。アンハッピーな胃ろうとは、終末期に意思疎通もできず唾液でさえ誤嚥してしまう状態でも中止ができない胃ろうです。先ほど、胃ろうにお金がかかりすぎるとい話がありましたが、日本尊厳死協会は、お金がかかるから尊厳死を勧めているわけではない。でも、人間の尊厳と経済性は相反するものではないと思います。

## ■ 告げられない「不治かつ末期」

**辰濃** 次のケースに移ります。医者が言う不治かつ末期、患者が捉える不治かつ末期の認識のずれがひとつのテーマになっています。

【ケース2】父（84歳）には3人の母がいます。実の母親は父を産んだ直後に亡くなり、その後、乳母に育てられ、さらに継母を迎えました。そのことを思春期のころに知らされたと言います。数奇な生い立ちだからか、その分、家族愛が強かった。一人娘の私を可愛がってくれました。24歳で嫁いだときも、わざわざ引越しを手伝いに来てくれたし、主人とのことも気遣ってくれた。私に宛てた季節ごとの手紙やはがきは数百通にも及び、それがいまでも宝物です。その父が10年前に心臓のバイパス手術を受けたことをきっかけに、私は息子たちを連れて故郷に戻って父と同居することになりました。最近では、この息子たち、つまり孫たちの成長を眺めているのが唯一の楽しみだったようです。

ここ数年、全身が衰弱してきました。介護施設に入居していたが、とうとう食事もうを咽を通らなくなって。意識も混濁しています。昨年5月のことでした。施設の婦長さんに、「胃ろう」をしてはどうかと持ちかけられました。胃ろうと聞いて、思い出しました。父は、「他人に迷惑をかけたくない」と1999年に尊厳死協会に入会していたのです。胃ろうを施しても、よいものだろうか。意識が混濁していく父の姿を見るのは辛かったのと、お世話になっている介護施設の婦長の申し出を断ると見放されるのではないかという不安もあり、胃ろうを承諾しました。なにより、婦長の「回復するかもしれない」という言葉に期待を持ちました。

病院で胃ろう手術をする際、院長に尊厳死カードを見せました。宣言書の存在はそのとき知りませんでした。

「これを持っているのに、いいのかなあ」

と胃ろうを施すことに躊躇しておられたのを覚えています。それでも、私た

ちは院長の同時に発した言葉「回復するかもしれない」という言葉にすぎた。

でも父は介護施設に戻ることはできませんでした。意識は混濁したまま。人工呼吸器を勧められたが、それは断りましたが、酸素マスクや点滴、輸血など、次々とチューブが増えていく。とくに痰の吸引は苦しそうでした。見ていてかわいそうで、かわいそうで。なにが延命治療なのか、私にはわからない。話しかけには応じないけど、ときおり目を開けて遠くを見るような目つきでいる。これは末期なの？

8月にはいると、体がむくんでかつての面影はありませんでした。床ずれもひどく、痛そう。チューブにつながれたままいる父がかわいそうで。医師に、何度も聞きました。

「尊厳死協会に入っているのですが」と。

そのたびに、こう答えます。

「回復するといいですね」。

回復するということは、まだ希望があるということなのか。

就職が決まった私の長男、つまり父にとっての孫が病床を訪れてきたとき、「お父さん、〇〇がきたよ」と声をかけると、つぶっていた目を大きく見開いて病室内を一生懸命に探しています。その父の姿は、一生涯、忘れない。それから間もなく、父は亡くなりました。

「人には迷惑をかけたくない」と尊厳死協会に入った父だが、その意思が生かされたのかどうか。いまでも自問自答しています。ちなみに、父の再婚相手である継母は、父の死後、便箋に「延命治療はお断りします。モルヒネはきちんとしてください」と認めました。カードだけでは、その内容もよくわかりません。こうやって具体的に書いたほうがいいと思ったようです。

## ■ 医療者も家族も納得できるとき

**辰濃** 不治かつ末期を医師が告げてくれるわけではないし、患者がわかるわけではない。どうしたらよいのでしょうか。

**丸尾** 病院食にしろ、食べるものがあまりにひどいんです。無理やり口に食事を放り込まれて、それが食べられなくなったら胃ろうに一直線。食べることは人間の最後の楽しみのはずです。多額のお金をかけて施設に入っても、食べるのが一番ないがしろにされています。食べることにもっと精力を費やさないといけない。箸が使えなくなったら手で食べてもいいんです。おいしく食べられたら。胃ろうの前に、食べることを見直さないといけないと思います。

**辰濃** 不治かつ末期というのは、医師はどう判断しているのでしょうか。

**益田** 不治かつ末期の定義は難しい。日本老年医学会も2001年にガイドラインを出しています。2012年には改定していますが、あまり知られていないのは、中身がクリアではないからなんです。終末期の定義があいまいなんです。読み上げますね。

「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり近い将来の死が不可避となった状態」

その通りなんです、それがわからないから困っている。現場の医者は終末期を決めるのは難しいんです。LWが末期とあっても、どこが末期なのか。私の立場から言うと、おのおの患者ごとに違うと思います。病気によっても違いますし、私は、「次に血圧がさがったら治療はやめましょう」などと誘導します。誘導がいいかどうかは議論がありますが、私はやっています。自分の価値観を押し付けているかもしれないが、でも、言います。

**辰濃** いま国会で議論になっている法案では、その「不治かつ末期」が延命治療を止めるひとつの定義になっています。でも、それが難しいということは、法案そのものが難しいということなのではないでしょうか。

**信友** 不治かつ末期というのは技術用語ですよ。フランス人が言っていることを理解しなさいということですよ。医者自体がわからないものを納得はできないでしょう。



**辰濃** そのフランス語を翻訳しなさいと言われてるのは厚生労働省だと思うんですが。政省令で具体的に示しなさい、と。今の話を聞いていると、厚労省が翻訳できるとは思えなくなりますが。

**信友** 技術用語でなく、患者や家族が「死に時」だとわかるような話をしないと。技術用語では

患者と対話ができませんよ。

**長尾** 町医者として言えば、不治かつ末期という言葉は、私は使うことはまずありません。よくわからない。終末期という言葉も、この4月から使ってはだめだということになりました。「人生の最終段階」と言いなさいと。後から考えれば終末期はわかることはあります。が、医師が終末期を決めるものかと思っ

ているでしょうが、そうじゃないです。本人とか家族が感じるものなんです。それが死に時。介護職員も含めたみんなが感じることなんです。だから、このケースで言えば、家族が「終末期だな」と思ったら家に帰らないと。帰ってご飯を食べる。それが尊厳死で、連れて帰ってよかったなと思えるんだと思いますよ。

**辰濃** でも、現にLWのカードの裏には「不治かつ末期」という言葉が書かれています。

**長尾** 完全に定義することはできませんよ。当事者・家族・主治医ら一定期間、

関わっている人しかわからないです。みんなで決めることが終末期だと思いませんね。

**辰濃** 医師がみんな定義できないとか、あいまいなものだと言っていますが、伊勢田さんはどう思いますか。

**伊勢田** がんの末期のような状態であればある程度、予想はつくが、慢性疾患の急性増悪など急に容態が悪くなるケースもありますよね。なかには在宅に戻れる人もいます。だから私は定義はわからないです。でも、どこかで線を引かねばならない。医療者も家族も満足できるところで線を引く以外に方法はないのではないかと。でないと、「あの時、ああすればよかった」という思いに苛まされることになりますから。

**辰濃** その終末期の定義についてですが、厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の解説編がありますが、ここに「がんの末期のように、予後が数日から長くとも2-3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です」と書かれているように、非常にあいまいなんですね。ここに厚生労働省の佐々木昌弘さんが会場にいらっしゃると思うので、お願いします。

**佐々木** 仮に法制化がなされたときに、法律に基づく政省令は、一から作り直すことになります。不治かつ末期には、必ずどこかで線を引かねばならない。臓器移植法のとくのように、コンセンサスが得られたものがないので、広く意見を聞いたうえで定めていきたいと考えています。

## ■ 私がルールブックだ

**鈴木** (会場から) 大部分の疾患は終末期の判断はできると思いますよ。壇上の3人の医師の方々には「わからない」とおっしゃっているのが不思議で、危篤状態と終末期は違います。定義はあいまいでよいと思うんです。裁判官は判決で懲役を決めるときに、10年にするか5年にするかは、裁判官が決めるわけですから。野球の審判で「私がルールブックだ」という言葉がありますが、そのくらい胸を張って終末期の医療に臨むということが大切だと思いますね。

**長尾** 全く違いますね。みんなで決めてなぜダメなんですか？ 犬や猫に例えたら怒られるけど、食べられなくなって寝たきりになったら、「ああ、ダメだ」と思ったら、それは終末期ですから。ケース1は突発的なことで、全体の死者の5%ですよ。95%は末期がんや臓器不全症です。終末期は確かにありますが、みんなが同意したら、それが終末期なんです。

**辰濃** 長尾、鈴木の両氏とも尊厳死協会の副理事長ですが、喧嘩をしているわけではありません。自由活発な議論が協会内で行われていると受け止めていただければ。(笑)

**鈴木** 家族周囲が医学的に決めるのは無理で、家族・周囲の皆さんにきちんと

説明して納得してもらって合意して終末期ですよというのは同じ意見です。

**辰濃** もうひとり、副理事長がおられます。病態ごとの終末期、つまり不治かつ末期を専門家に定義してもらった『新・私が決める尊厳死』の編集を担っていただいた弁護士です。

**会場から青木仁子**（弁護士・尊厳死協会副理事長）ぐっと我慢して思っておりましたが、不治かつ末期という客観的な基準がなければ、LWを持っているから死なせてくれという患者の意に沿ったら、それは自殺幫助になってしまいます。家族が決めたとしたら、それは殺人になってしまいます。いい加減なものではないんです。救いは、長尾さんがおっしゃいましたが、「後から考えると、不治かつ末期はあのときだね」とおっしゃいました。自殺幫助や殺人にならないためには、不治かつ末期でなければならないという裁判事例があるんです。そのときに初めて自分の死を自己決定できることとなります。この法律がないと延命治療をしない、つまり不開始は行われているが、不治かつ末期でも治療を止めてもらえないのは苦痛だ。法の世界では止めることはできるはずだが、法律がないと中止できないというお医者さんがたくさんおられます。法律を作ろうと運動をしなければなりません。

**辰濃** 法制化があるのだとしたら、不治かつ末期に関する定義は、このままでよいのでしょうか。岩尾理事長に意見をおうかがいしたいと思います。

## ■ 大切な医療側との話し合い

**岩尾** 私の団体は2005年に140万人の署名を集めて尊厳死の法制化を国会議員に陳情し、議員連盟ができました。一昨年には法律の素案ができて各党持ち帰りで議論が続いています。この法案は30%くらいしか満足していませんが、議論のたたき台として国民に理解してもらうためには国会での議論は必要だと思っています。自民党の中でも賛成、反対に別れています。一番の問題は、不治かつ末期のことではなく、法律ができると自分たちが弱者だとすると、障害者や子どもを持っている人たちからすると、自分たちに生きづらい世界になるということです。法律の正しい名称は「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律」。終末期に自分たちの意思が通るかどうかという法律です。不治かつ末期になったら、自分たちの意思を通させてもらう。そのときに医師が罪に問われないように免責にしてくださいという法体系になっています。正しく伝わらないから、LWを持っていたらいつでも殺してくれるんですね、というところで議論が進んでしまっています。だから、障害者の人たちが自分たちの命が軽視されているという話になってしまうんです。それでは、障害者を除くという議論まで出ています。話が違ってきてしまう。死ぬときに不治かつ末期だったら無駄なことはしないでくださいと言っているだけで、傷害の有無とは関係のない法律なんです。

**桜木** 法制化も大事ですが、現状を見ると、患者も医療側ももっと病状や変化に応じて綿密な情報を伝え合って合意形成していくことを大切にしていけない

といけないのではないのでしょうか。

**辰濃** みなさん先ほどから、患者側と医療側のコミュニケーションの話しをされていますが、地域包括ケアの現場で、大勢の方が死んでいく時代を迎えて、医師にそのような余裕があるのでしょうか。

**益田** 不治かつ末期とか終末期医療の話し合いをするのは、正直、手間がかかります。時間がない中でも私は一生懸命やっているけど、ゆっくり話しても診療報酬はつかない。そうやっている医師は多くて、そういう医師を見つけて欲しいと思っています。半分はいるはず。

**辰濃** 半分しかいない？（笑） 医療側と患者側の話し合いも大切だが、これらのケースを取材して思うんですが、患者本人と家族との話し合いも大切なのに、なかなかできていないんですね。

**丸尾** 兄弟が難儀。介護していない人ほど、弱みがあるから口を出すんです。まずここにも医療者の方がたくさんおられますが、コミュニケーション能力が劣っている方が多いように思えます。よく介護の現場で話し合うんですが、「この薬を飲んでからおかしいよね」と。で、「それを医師に伝えようよ」と伝えると、「俺の出した薬に文句がるんだったらほかの医者を探せ」（笑）話し合いが一番苦手なのが、医療職の方だと思いますよ。

## ■ 患者の選択を保障する権利法

**長尾** 「死ぬ権利」というからややこしい。人生の終末段階における選択肢はいろいろあります。その選択の自由を保障する権利法なんです。死ぬ権利を認めてくれというから狭く、特殊なものに感じてしまうんです。法案では、一度始めた人工呼吸器を止めるなどの中止を促すものです。そうした場合の医師の免責を盛り込んでいます。だが、朝日新聞は「誰のための免責か」と批判するんですよ。患者のために決まっています。中止に迷う場合もあるんです。そんなときに後ろ盾になってくれる法案なんです。

**辰濃** 法制化のほうに話しが進んでいるので、少し戻しますね。さきほどのケース1でも2でも、共通していることは、患者がLWを認めた理由に「家族に迷惑をかけたくない」という言葉が出てくることです。果たして自発的なのか。

**青木** 迷惑をかけたくないというのは日本人に共通したものだと思います。だからそれがいけないというのはどうなのでしょう。でも、迷惑をかけるから本当に死にたいのでしょうか。おいしいものが食べられなくて、なおかつ苦しい。そこから逃れたくて死にたいとしか言いようがないですね。

**辰濃** 議論も途中だが、時間もないのでまとめに入らねばなりません。やはり家族内でのコミュニケーションが、いかに大切であるか、医師とのコミュニケーションによって理解を深める必要もあります。鈴木さんにまとめをお願いします。

**鈴木** 救急車の話がありましたが、救命士の任務は患者を死なないように病院に送ることです。急性期と慢性期は分けて議論する必要があります。慢性期は

静かに看取られることが多くなったが、救急の場合は元気になるのか、ならないかの判断は家族にはできないですから。救命処置は必要になってくるので、尊厳死カードを探すなんてありえないですね。点滴をするし、呼吸が止まっていれば、呼吸を動かす。それは仕方のないことです。問題は、不治かつ末期だと判断されたときに、治療を中止できるかどうか一番の関心事。それから、治療が延命治療なのかどうか。主治医に聞けば、だいたい答えられるはずだと思います。常に患者のQOLを考えて判断しながら医療を受けたい。そのためにはLWの内容をもう少し詳しくしなければならないのです。法律ができたときのための準備を尊厳死協会として進めています。最後に医師の教育。終末期医療、つまり看取りについて、もっと勉強していただきたいですね。



## 《解説》 浮き彫りになったLWめぐる課題

ふたつのケーススタディから浮かび上がってくる課題に、まず救急救命医療の問題があります。もちろん壇上の医師たちが指摘したように、がんなどの慢性疾患と同列で救急医療を語るのは無理があるのでしょうか。しかし、実際には、「LWが生かされなかった」という方の多くが、救急医療、すなわち容態が急変して病院に運び込まれた方であるという現実があります。ひとたび人工呼吸器を装着してしまったら、その後、本人がLWを表明していても、これを外すことは容易ではありません。こういった現実をふまえた上で、法制化が必要なのか、あるいは、救急医療の現場にもLWの意識が普及させることが重要なのかの議論が必要な時代にきているのだと思います。

今回も問題になったのは、やはり「不治かつ末期」の定義です。壇上の医師たちは一様に、その難しさを訴えます。尊厳死協会の副理事長でもある長尾さんは、こう述べています。

「本人とか家族が感じるものなんです。それが死に時。介護職員も含めたみんなが感じることなんです。だから、このケースで言えば、家族が『終末期だな』と思ったら家に自宅に帰らないと。帰ってご飯を食べる。それが尊厳死で、連れて帰ってよかったなと思えるんだと思いますよ」

一方、弁護士で協会の副理事長の青木さんは、「不治かつ末期の基準がないと、自殺幫助、ないしは殺人になってしまう」と意見を述べました。協会内部でも意見の食い違いがあるだけでなく、医師と家族、法律家、マスコミでも主張が異なるのがこの問題です。

そういう意味では、「死ぬ権利というからややこしい。人生の終末段階における選択肢はいろいろあります。その選択の自由を保障する権利法なんです」という長尾さんの発言は、これまでの協会内部の議論には欠けていた視点です。従来の協会の方針とは異なる意見ではありますが、そういった議論が交わされた意味は、日本の尊厳死のあり方を考えるうえで大きな意味を持つてくると信じます。

ご遺族アンケートで「LWが生かされなかった」と答えた方は、毎年わずか数パーセントですが、12万人の会員数を考えれば、決して無視できる数字ではありません。これらのケースを突き詰めていくと、協会が予定調和的に指摘してきた「医療側の無理解」というだけでは説明できない構造的な問題があります。家族の話し合いがきちんとできていないことや、医師とのコミュニケーション不足もあるでしょう。

協会は現在、新しい時代のLWがどうあるべきかの提言をまとめるための外部有識者を交えて検討を重ねています。

計3回にわたるLW研究会を通して、LWの取り巻く状況や、課題、そして議論すべき問題点が浮き彫りになってきたように感じます。タブーを排した議論が今後も交わされ、国民が自己決定できる態勢を築き上げていくことは、協会の使命であることを肝に銘じて。