

【第14回 日本リビングウイル研究会】

テーマ「尊厳死と安楽死のはざま」

日 時：2025年12月13日（土）

13:00～16:30（東大・伊藤謝恩ホール&オンライン）

■コーディネーター

満岡 聰（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）

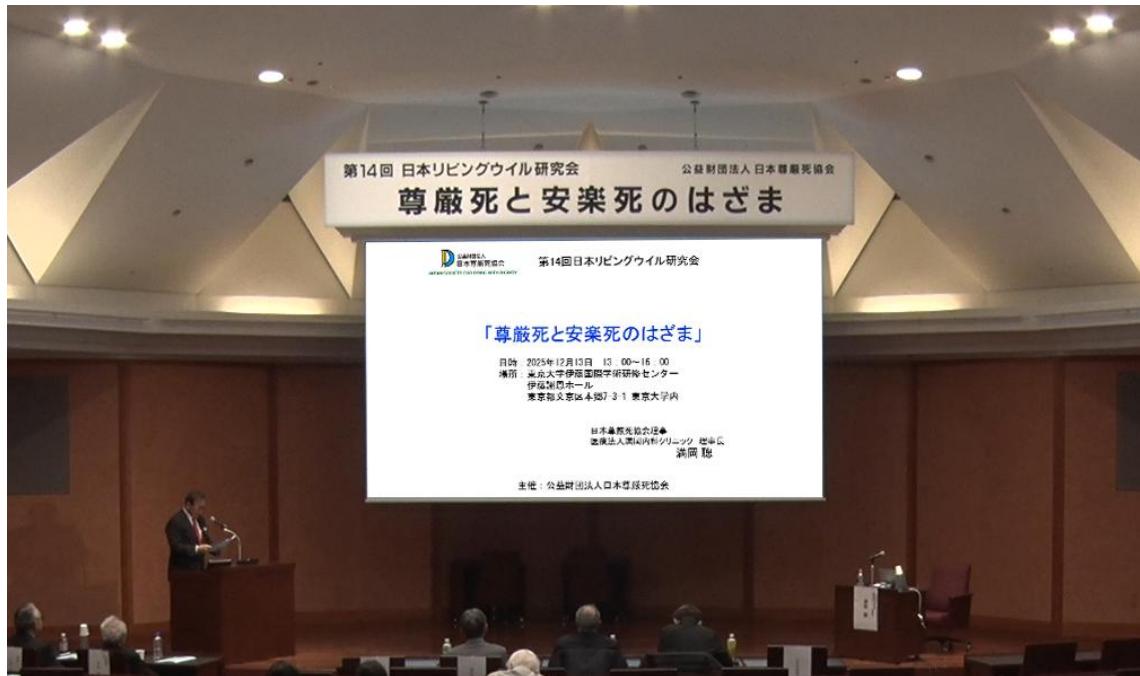
■講師（発言順）

北村義浩（日本尊厳死協会理事長、医学博士）

松田 純（静岡大学名誉教授）

三浦靖彦（医師、岩手保健医療大学教授）

満岡 聰（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）



■開会のあいさつ（北村義浩）

「今回はこれまで扱うのがためらわれたテーマですので…」



寒い毎日が続きますが、皆さん、元気に飛び跳ねていますか。私、ちょっと跳んでみますね（演壇の上で跳ぶ）。大事なのはですね、毎日、飛び跳ねるように生きていても着地はするんです。着地を考えないで跳んだら、皆さん、コケますよ。楽しくイキイキ、幸せな人生を全うするためにも、最期の最期のことをお考えいただきたいな、と思います。

今回のテーマは「尊厳死と安楽死のはざま」です。かなり突っ込んだ、これまで扱うのがためらわれたようなテーマ、素材、話題になるかと思います。これから話される三人の先生方のご経験、英知が、皆さんにアドバイスになるのではないかと思いますので、最後までお聴きいただきたいと思います。

■コーディネーターによる趣旨説明（満岡 聰）

「『最期にどんな選択があり得るのか』社会的な議論が必要」



私は現在、佐賀市内でプライマリケアと訪問診療をしており、日本尊厳死協会の理事でもあります。さて今回のテーマ「尊厳死と安楽死のはざま」ですが、この問題を考える際に大切なことは、死のその瞬間のことばかりが話題になりますけれど、尊厳ある死は尊厳ある生の先にしかないということです。昨年のLW研究会で「良き死」についてディスカッションしましたが、「死ぬまでの時間をどのように過ごすか」が「良き死」にとって大事

であることは間違いないようです。本日は「人がその尊厳を保ちながら最後までその人らしく生きられる社会の実現のためには、どのような社会的な共通認識や合意があればいいのか」ということについて考えていきたいと思います。

尊厳死についての論点を3つ考えました。①は高齢化に伴う認知症の増加に関する問題です。②は本人希望の人工呼吸器などの生命維持装置中止が認められないということ。そして③は安楽死との関連についてです。死以外に苦痛を緩和できないと判断されるケースがあり、それにどう向き合うかは、日本においてはほとんど議論されてきませんでした。

安楽死についてのデータをあげてみます。安楽死で亡くなった人はオランダで1万3291人（2023年）、カナダで1万3241人（2022年）、スイスで1791人（2023年）、米オレゴン州で367人（2023年）。日本では安楽死は殺人、自殺ほう助として罪に問われますが、世界には、耐えがたい苦痛を理由に安楽死を望み亡くなる方々がいます。この方々を「生きることを諦めた」と言って非難することはできないでしょう。

世の中には安楽死を望む方が ある一定の数いる

安楽死で亡くなった人の数

オランダ	13291人	2023年
スイス	1791人	2023年
カナダ	13241人	2022年
オレゴン州	367人	2023年

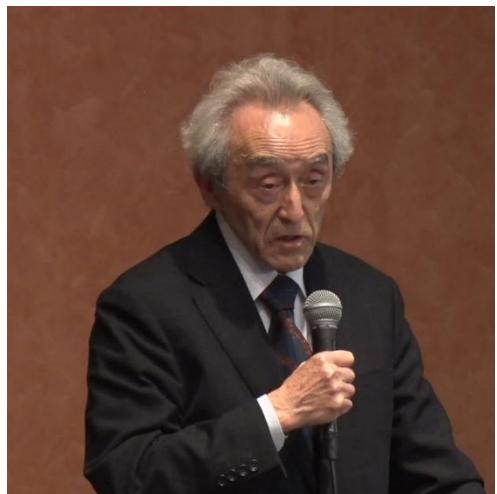
日本では安楽死は殺人、もしくは自殺帮助として罪に問われるが世界には耐え難い苦痛を理由に安楽死を望み、亡くなった方々がいる。
この方々を生きることを諦めたと言って非難することはできない。

ここで国際共同研究を紹介します。高齢者の終末期における「緩和できない苦痛と尊厳死・安楽死の希望に関する研究」です。希死念慮は18%、積極的安楽

死の要求がそのうちの 44% ですから、9% 弱の人が積極的安楽死を望んでいることになります。そして死を望む理由として「自分で自分のことができない」(45%)、「楽しみになることがない」(28%) など精神的な理由が多く、身体的苦痛では「倦怠感」(23%)、呼吸困難(21%)、疼痛(12%) があげられました。ということで死を望む患者さんは「自分のことが自分でできず迷惑をかけているのがつらく、楽しみに感じることがなく、呼吸困難か疼痛、著名な倦怠感に襲われている」ということがわかります。これは、日本ばかりでなく台湾、韓国でも同様でした。緩和ケアが提供されても、精神的につらい時にどのような方法が選択しうるのか、社会的な議論が必要と考えられます。以上、趣旨説明を終わります。

■死への欲求と生きがい探し (松田 純)

「苦しいなかでも、やすらぎの時をいかに増やしていくか」



満岡先生から提示いただいた論点に沿って進めていきたいと思います。論点①は「認知症の方がたの意思決定支援」ということになるかと思います。認知症と診断されたら本人の希望など聞く必要はなく、施設などへの入所手続きをとったりして、後で本人を説得すれば良い、それが「本人のため」というようなことが広く行われていると思います。「本人のため」と言いつつも、知らず知らずのうちに「介護する自分たち家族の利害のため」ということになっているのではないか。そこには認知症の本人の意思はどうなっているのか。

ここである調査結果を紹介します。東京・練馬区の診療所の外来と往診先の 12 人の認知症の人たち(平均年齢 88 歳)に対する大井玄医師による意向調査(新里和弘・大井玄「認知能力の衰えた人の「胃ろう」造設に対する反応」*Dement Jpn.* 27 号, 2013 年)です。中等度から重度の認知能力の低下の方々に「胃ろう造設の是非」を尋ねたところ、9 人が「いや」、3 人が「わからない」。積極的に「はい」と答えた人はいなかった。この調査結果を踏まえて大井医師は「認知症というレッテルをいったん貼ると、本人の意向を訊かないのが当然だと周囲は考え

てしまう」と述べています。認知能力の低下は徐々に起こるし、その日の調子で、話がわかる時とわからない時があるのに、なぜ認知症と診断されると本人の意向に耳を傾けようとしないのか、と疑問を呈しています。つまり、認知症＝自己決定能力なし、ではないんですね。

認知症の人の意思決定支援については、厚労省がガイドラインを出し、「一見、意思決定が困難と思われる場合であっても、認知症の人の身振り手振り表情の変化も意思表示として読み取る努力を最大限に行うこと」を求めています。その意思の内容も、胃ろうをどうしたいかとかの治療方針ばかりではなく、日々の暮らしの中での「好み」なども広く含めて、意思を見極めていき、さらにその意思も時間や本人の置かれた状況によって変化するので、繰り返し確認する必要がある、となっています。書かれた書面だけを見るのではなく、その時々で、微細なサインをキャッチすることが重要なんですね。

それから代理決定という言葉があります。これは代理者が自分の思いや判断で決定するというのではなく、本人の思いを代弁するということです。家族など本人の生き方や価値観をよく理解した人が、本人に代わって、本人の思いを代弁する、これが本来のあり方ではないかと思います。

オランダの2016年の事案についてお話しします。担当の女性医師が認知症の74歳の女性のコーヒーにこっそり鎮静薬（ドルミカム）を混ぜ、眠らせてから致死薬を注射しようとしたところ、彼女が目を覚まし抵抗したため、医師は家族に押さえつけるよう頼み、致死薬を注射して死なせたという事件です。外形的に見れば、いやがる患者を押さえつけて、致死薬を注射したことになりますが、認知症の女性は「事前の安楽死宣言書」を書いていました。しかし実行時の女性の意思は明確ではないですね。女性医師は、女性はよく怒ることがあり夜の徘徊もあったことなどから、これを「耐え難い苦痛のしるし」と解釈し、オランダでの安楽死を許容する要件の一つを満たしていると判断したわけです。しかし、「よく怒ること」や「徘徊」などは、認知症の医学でいう「行動・心理症状(BPSD)」の一つです。「行動・心理症状」を悪化させないことが認知症ケアのポイントです。この認知症の女性に対するケアのあり方としては、どうだったんでしょうか？

74歳のこの女性は「事前の安楽死宣言書」を書いたことを忘れていた、また「安楽死」という言葉の意味も理解できなくなっていた、致死薬の注射がどのような意味をもつのかさえも理解できなくなっていた、という状況でした。オランダで安楽死が容認される重大要件はいくつありますが、「患者の要請が自発的で熟考されたものであること」が絶対要件です。判断力があった時に書いた事前の安楽死宣言書があればいいのか、など、何が本人の意思なのかをめぐって深刻な問題を投げかけたことになります。では、この女性の意思は①判断力があった時に書いた安楽死宣言書が安楽死を実行する時点での彼女の意思、②致死薬の

注射針から逃げている時の意思がその時点での彼女の意思。さてどちらの判断が適切でしょうか？このオランダの裁判は、2002年 安楽死法制定後初の刑事裁判になりました。結果はハーグの裁判所で無罪、そして2020年、最高裁が最終的に「無罪」の判断を下しました。

次に論点②の「本人が人工呼吸器の取り外しを求めた場合、どのように対処すべきか」ですが、これについては日本老年医学会の「高齢者的人生の最終段階における医療・ケアに関する立場表明 2025」に示されていると思います。要約すれば、緩和ケアの視点を重視し、本人の尊厳を尊重し、その尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性がある時には「その医療行為の差し控えと、いったん開始した医療行為の終了も選択肢として考慮する必要がある」と書かれており、ここでは「差し控え」と「中止」は倫理学的に「等価である」ということが根底にあります。しかし人生の最終段階における医療行為は、治すための医療行為を除外するものではなく、また予期しない急変時など医療行為の効果の判断に不明な点がある場合は“time - limited trial (TLT)”を実施し、その効果を確認することが患者の生命を擁護するために重要としています。TLTの目的の1つは、重篤な状態において治療の効果や負担が不確実ななか、本人・家族と医療・ケアチームが協働し「最適な選択肢を模索すること」と述べられています。そして、本人の人生にとっての最善を目指し、本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする医療行為を差し控えること、また、いったん開始した医療行為を終了することは「安楽死でも自殺ほう助でもない」と明記しています。

さらに TLT の実施を可能にする前提として「いったん開始した治療法が不要となったら、それを終了することが通常の選択肢となる必要がある」としています。臨床医の中には、いったん開始した治療法の終了をためらう心理があり、それなら最初から「差し控え」によって対応するというケースが少なくないように思います。これでは本人の回復可能性を生かすことが出来ませんね。医療倫理に反します。ですから「いったん開始した治療法を止める」という選択の自由があれば、人工呼吸器の装着を選択する人も当然、出てくるということになってきます。

この「立場表明」はこのように述べて、「過少でも過剰でもない適切な医療」「生活の質（QOL）を大切にする医療およびケアが最善の医療・ケア」と呼べるのではないかとまとめています。

次に論点③「意思決定能力のある、安楽死を求める人たちにどのように対処すべきか」に移ります。これは大変難しい問題ですが、臨床の医療・ケアスタッフの目指すこととして、「苦しいなかでも一時のやすらぎがあるとすれば、そうした時をいかに増やしていくか」ということなのではないでしょうか。つまり「生

きがい探し」ですね。「在宅医療は生きがい探し」「訪問看護は生きがい支援」と専門家も言っています。できることを探し生ききることを支える、ということですね。では生きがいとは何か。神谷美恵子さんの『生きがいについて』という名著があります。生きがいとは、生きているはりあい、生きる喜び、心のはり、生存についての充実感と神谷さんは言っています。

令和4年の調査ですが、「生きがいを感じている」高齢者は 77%、「感じていない」が 22%というデータがあります（令和4年度 内閣府政策統括官（政策調整担当）「高齢者の健康に関する調査」）。調査結果から「高齢者が生きがいを感じる」のはどういう時かを見てみると、

- ・仕事に打ち込んでいる時や家族との団らんの時
- ・対人や対社会で楽しく過ごす時・他人から感謝された時
- ・社会奉仕や地域活動をしている時・若い世代と交流している時
- ・食べたり話したりすること、となっています。

こうした「生きがい」の中には、私的なささやかな喜びもありますし、1 口のコーヒー、お酒シャーベットを食べられた喜びなども含まれます。



- ・「だからどうした」と言われるものが生きがいになる。
- ・生きがいは朝、目を覚ます理由、新しい日が来るこ_とが待ち遠しくなるような生への意欲を与えるもの
- ・生きがいはあなたが生き続けていくモチベーション、あなたが毎日目を覚まし日々の仕事を始めるモチベーションを作り出している
- ・自分の人生を続けることを可能にする小さな喜び

茂木 健一郎， IKIGAI　日本人だけの長く幸せな人生を送る秘訣 2018年，
恩藏絢子訳

43

脳科学者の茂木健一郎さんは『IKIGAI』という本で、「生きがいは、朝、目を覚ます理由、新しい日が来るこ_とが待ち遠しくなるような生への意欲を与えるもの」「生き続けていくモチベーション、毎日目を覚まし日々の仕事を始めるモチベーションを作り出している」「自分の人生を続けることを可能にする小さな喜び」と書いています。さらに「成功は生きがいを持つための必要条件ではない」「早朝の空気の心地よい冷たさ、毎日の始まりにする一杯のコーヒーなどに

も生きがいを感じられる」としています。「IKIGAI」という日本語は近年、こうして生き方の多様性を賛美するヨーロッパ語にもなっていて、「生きがいの最も偉大な秘密は自分自身を受け入れること、人生の小さな報酬に喜びを見いだし、謙虚な気持ちでそれを受け取ること」と生きがいを表現しています。

患者さんへの問いかけとしては、

- ・あなたにとって心から大事にしている一番のものは何ですか
- ・あなたに喜びを与える小さなことは何ですか、ということになり、それが生きがい探しのお手伝いということになりますね。生きがいは与えることはできません。自分で探すしかないんです。厚労省の「人生会議」でも、話し合いの進め方として、「心肺蘇生をするかしないか」とかではなく「あなたが大切にしていることは何ですか」というようなところから入るように勧めています。先ほどの神谷さんは、何が生きがいになり得るかという問い合わせに対して「出来合いの答えは一つもない」と書いています。生きがいの個別性、「本人らしい生き方をどう支えるか」という視点こそが大事であると述べています。

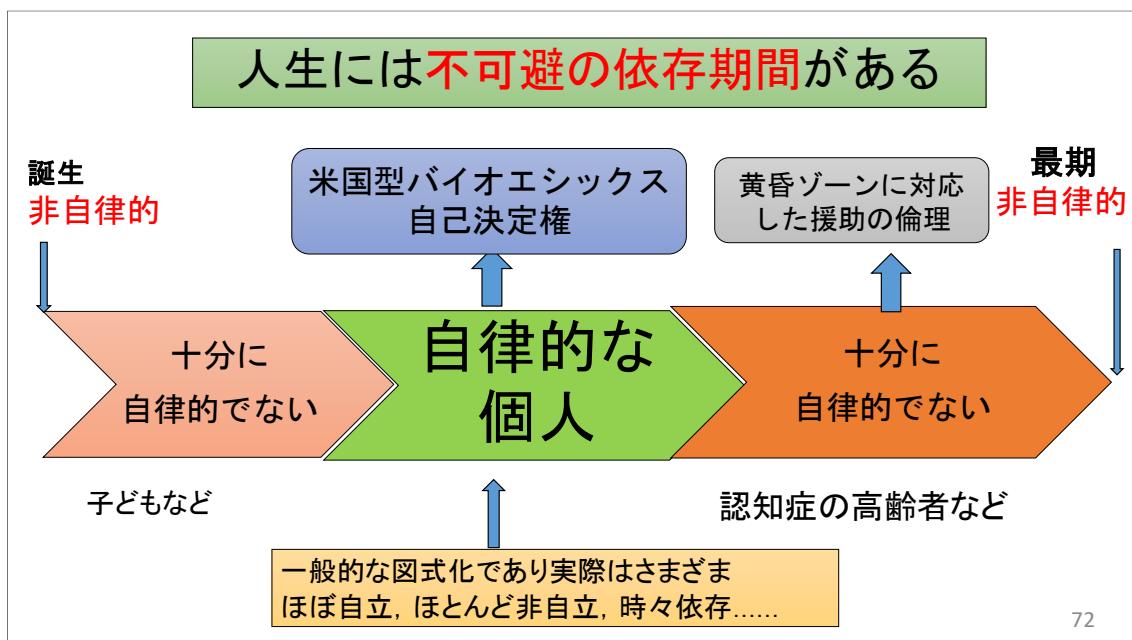
この生きがいの前提として「健康概念の捉えなおし」について話しを進めます。健康とは何かというWHOの定義があります。1946年に国連で採択された「健康とは単に疾患がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること」という定義です。この「完全に良好な状態」というのはあるんでしょうか。当初から疑問が出されていました。この健康定義が出された時代は、近代医学が感染症に対して圧倒的な勝利をおさめていく時代。医療は病気を治すものだという強いイメージを背景にしての定義です。現代医学の主要な対象は、「治らない病気」つまりゆっくり進行する慢性疾患に変わってきていますが、このWHOの健康の定義は、批判がありつつも80年経った今も変わっておらず、弊害も生んでいます。医療は病気の治療なのだから、治せない治療に意味はない、というこうした考えのもとでは、難病者や障がい者、高齢者が適切な医療を受ける権利が奪われてしまうのではないかという懸念です。「病気→治療→完治」とは別のモデルで「健康」を新しくとらえ直す必要があるということで、オランダの医師・ヒューバーらは2011年にBMJ（英国医学雑誌）に新しい健康についての捉えかたを発表し、「健康とは社会的、身体的、感情的な難題に直面した際に、適応し自らを管理する能力」と定義しています。病気を治すことはできないけれども、悪化させないとかコントロールする薬を出すとか、補装具をつけてやりくりして暮らしていくとかは、臨床の場では、すでに行われていますよね。

このように、病気による苦境を、さまざまな方法を駆使して乗り切っていく力・対応力・適応力・復元力＝レジリエンスとしての健康、というとらえ方が今、出てきています。

最後に、「自律・自立と依存の関係を問う」というテーマに移ります。アメリカのバイオ・エシックスの有名な4原則の1つとして、「自律尊重」という原則があります。①個人の能動性 ②(患者)個人による意思決定 ③自己決定能力・自己責任などですが、しかし、この「自律・自立した個人」という概念は「強い個」というアメリカ文化を背景としたもので、日本の文化とは少し違うし、アメリカの中でも批判的な思潮があります。

ここで2人の研究者を紹介します。1人はアメリカの法理学者・マーサ・ファインマン。彼女は『自律神話 依存の理論』(穂田信子・速水葉子訳『ケアの絆 自律神話を超えて』岩波書店, 2009年)という書で、独立がアメリカのアイデンティティの中核、自治(自律)こそ理想と述べています。「依存はぞつとする存在」「自律的で独立し自活した個人が理想」そして「こうした特性を誰もが達成できるはずだ」「達成できない者は落伍者」とまで述べています。

しかし、この自律・自立の価値だけを強調することは一面的ではないでしょうか。私たちはまずは無力な赤子として産み落とされ、他者、とりわけ母親に全面的に依存して成長し、「自律的な成人」となり、やがて病気や加齢による心身の衰えから、最期は他者に再び全面的に依存して看取られます。つまり、人生の最終段階では、誰もがもはや「自律・自立的である」ことができません。一人では死んでいけないです。100%非自律的な存在として誕生し、100%非自律的存在として人生を閉じていくわけですね。アメリカの自律尊重とは、この「自律・自立的な成人」をモデルにして築かれていますが、人生には、避けることができない「依存期間」があるんです。



もう1人の研究者はエヴァ・フェダー・キティ。彼女は「成長、衰弱、病は自然の存在としての人間に不可避」と述べています。「私たちはみんなお母さんの子どもである」というのが中核の考え方です。100%依存的な赤子を母親がケアする、その産後の母親も助けを必要とし、その支援のおかげで母親は子どもをケアすることができます。そしてキティは「どんな文化も依存の要求に逆らっては1世代以上存続することができない」「自由で平等な自立した個人の集合としてとらえられたリベラルな社会という理解は社会の一面に過ぎない。これだけで社会をとらえようとすれば虚構となる」と述べています。これは、弱さや傷つきやすさをモデルにした道徳的な関係性であり、ケアする者を支援する社会環境、相互支援を前提とした社会編成の必要性を訴えています。助けを必要とする者を助ける者、その人たちをサポートする一連の支援者、ケアする人をケアする「入れ子状の依存」ということになります（エヴァ・フェダー・キティ『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』岡野八代・牟田和恵監訳、白澤社、2010年）。

人間の赤ちゃんは他の哺乳動物と比べてきわめて未熟な状態で生まれてきて、依存期間が非常に長い。しかしこの依存という面があったからこそ人類文化の発展があり、特に母への依存は文化の継承の基盤でもあったわけです。また入れ子状の依存関係があったことによって、人と人との絆の文化、医療、介護制度、社会保障制度を築くことができた。現代社会では「自律と自立」が重視され、依存はネガティブにとらえられるが、生の実相を見えるならば、「人間は自由にして依存的な存在」（ドイツ連邦議会「現代医療の法と倫理」審議会最終報告書、2002年、松田純監訳『人間の尊厳と遺伝子情報——現代医療の法と倫理（上）』知泉書館、2004年）と言えるのではないでしょうか。「自立」と「依存」を対立的にとらえるのではなく、「自立するためには依存先を増やすことが重要」と東京大学の熊谷普一郎教授は述べています。自立・自律の一面的強調ではなく「相互支援」という関係に基づいて自立・自律を目指すということが重要ではないでしょうか。

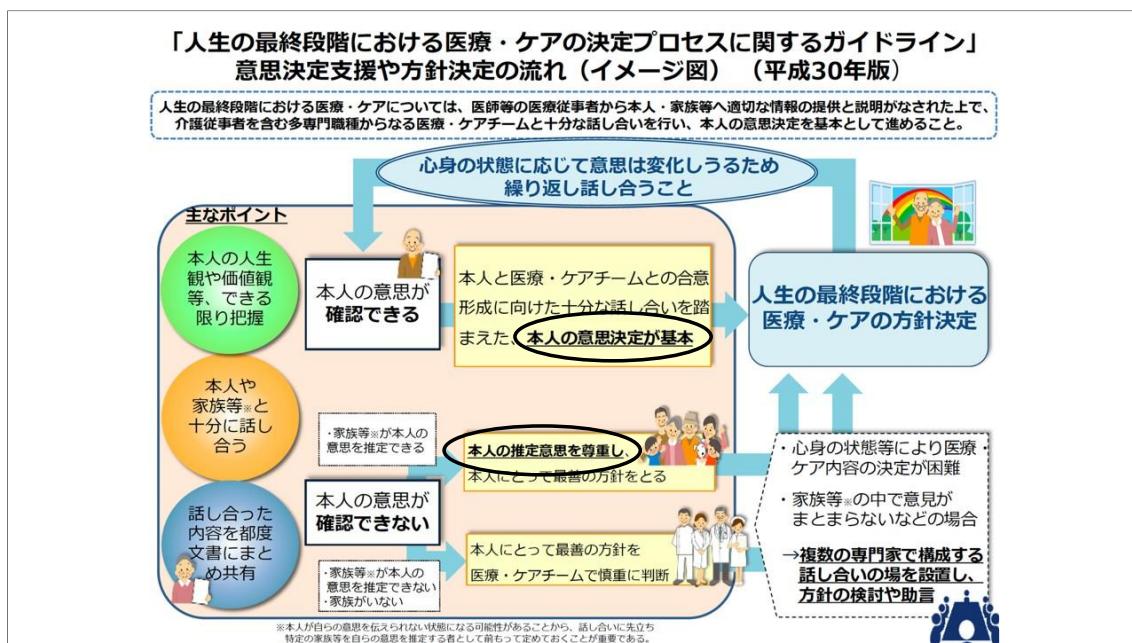
■臨床における各種ガイドラインおよび腎不全診療の経験から

（三浦靖彦）

「透析の見合わせ・中止も選択肢の一つに入りました」



まず、この「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」という図を見てください。ここで大事なのは赤く囲んだ「本人の意思決定が基本」ということです。そして、その本人の意思が確認できないときは「本人の推定意思を尊重」となっています。ここで本人の生きざま、ライフストーリーが大切になってきますね。そのようにしても意思が確認できない時には、周りの人が「本人にとっての最善」を考えましょう、となっています。



先ほどの松田先生のお話も受けて、臨床倫理の4原則を紹介します。①自律尊重②無危害③善行④正義・公平・公正の4つです。中でも自律尊重が大事で、その「自律」は依存の上に成り立っている、と松田先生は話されました。一方、東京大学におられた清水哲郎先生は3原則を提示しています。自律尊重を「人間尊重」に、無危害と善行を「与益」に、正義などを「社会的適切さ」の3つに置き換えています。

私はこの置き換えが好きです。「自律できていない患者さんであっても人として尊重しよう」「日本人は『正義』と大上段に構えられると躊躇しがちなので『社会的にみてどうでしょう』というような問い合わせをしよう」といった考えですね。

私は医学生や看護学生には、国家試験対策としては4原則を覚えるべきだが、実臨床ではこの3原則で考えましょうと教えています。

しかしこの「自律尊重・人間尊重」には落とし穴もあります。例えば「ご本人の希望を叶える・患者様に寄り添う」という言葉ですが、このマジックワードにとらわれてしまう人も多いんです。はたして患者さんは、正常な意思決定能力を有し、正しい情報に基づいて理解したうえで決定しているのでしょうか。また周りの方がたは、正しいプロセスで意思決定支援ができているのでしょうか。立ち止まる必要が出てきます。ここで意思決定能力の4因子を紹介します。表明、理解、認識、論理的思考です。つまり、必要な事柄を理解しそれを自分の問題として自覚し、自分の価値観に基づいて判断したうえで、きちんと伝えることができる、ということです。この4因子がそろってはじめて「意思決定能力が満足にある」となるわけですが、ただ、満足にそろっていなければ意思決定能力がないとも言えません。

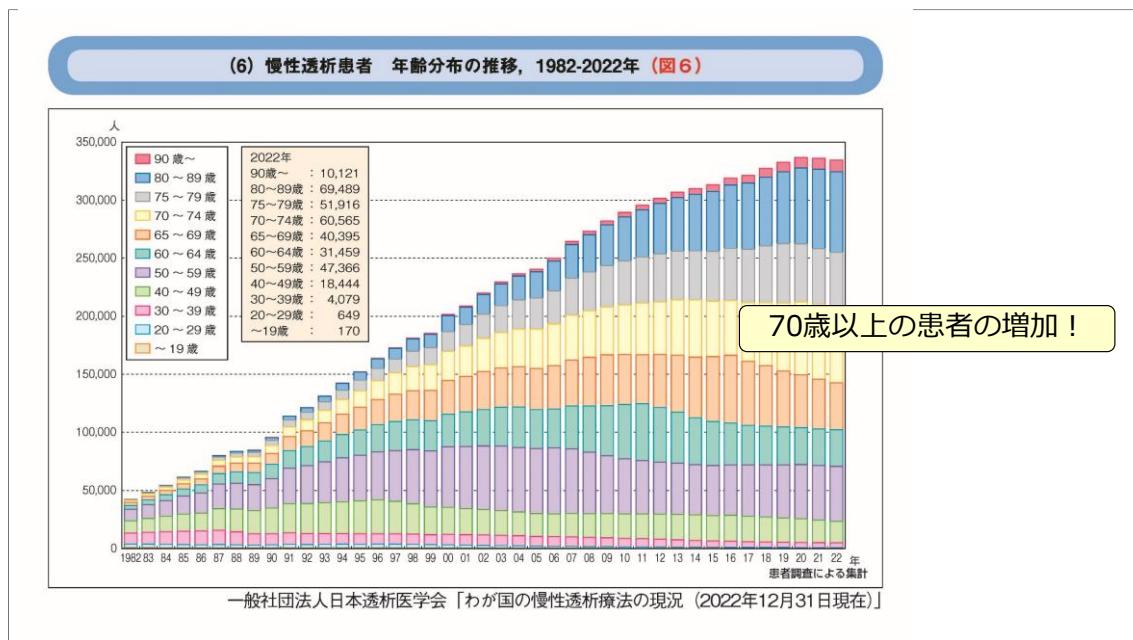
大事なのは意思決定能力の判定の大前提として、・考えられる選択肢はすべて相手のわかる言葉で説明されたのか・決定の際に必要となる社会資源についての説明はされているのか、があります。社会資源とは、在宅医がいるとか訪問看護や入浴サービスは受けられるのかなどです。それらの実際を知らないと判断できません。そのうえで「意思決定する力」を高めるための支援が必要になります。わかりやすく図やDVDなどの映像を使うことも必要ですし、家族や友人が同席して安心できる環境を設定してさしあげることも大事です。当たり前ですが症状が緩和してから説明することや、質問の機会と熟考する時間の確保も必要になります。特に重い決断には24時間以上おく必要があると言われています。

では認知症の患者さんにはどうしたらいいでしょう。これには厚労省から2018年にガイドラインが出ており、意思決定支援を意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援の3つに分けています。また2019年には「身寄りがない人の入院および医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」も出ています。ここでも「本人の意思・意向の確認と尊重」が骨子です。「認知症なので意思決定能力がない、と短絡的に考えてはいけない」と述べ、OKやNOなど表明できることもあるし、過去の本人の言動や生き様などから意思を推定することもできる、と述べています。しかし「本人の意思を尊重する」が基本とはいっても、医師ほう助自殺や安楽死はできません。

次に「終末期抜管」について考えてみましょう。先ほどはなかなか行われないということでしたが、2022年の日本集中治療学会の「広義の終末期における緩和的抜管に関する報告」には20人の患者さんに行った報告がなされています。また、いわゆる3学会合同ガイドラインというものもあります。集中治療医学会、循環器学会、救急医学会から2014年に出された「救急・集中治療における

終末期医療に関するガイドライン」です。①医学的に治癒の見込みがなく数か月以内に死が見込まれる②そのような場合において延命治療は望まないという本人の事前の意思表示③家族の了承がある、という場合には、生命維持装置を中止するのもやぶさかではない、というガイドラインです。そして今、そのガイドラインが改定を控えており、日本緩和医療学会も参加して4学会合同ガイドラインになる予定です。その中には「積極的治療終了後には緩和ケアの充実を！」が入ることになるようです。

次に透析医療の経験から「安楽死」についてお話しします。透析を中止すると10日前後で尿毒症を起こし死亡してしまいます。そういうことから透析は生命維持治療の一つとされ、日本には現在、34万人がいます。



図を見てください。透析患者さんは増えていますが、特に黄色から上、つまり70歳以上の患者さんが増えています。それだけ合併症の多い患者さんが増えていると考えられます。

さてこの「透析の非開始・中止」についてですが、これはいわゆる“消極的安楽死”に分類される概念と思われますが、透析の差し控えと中止の倫理的正当性について考えてみます。欧米などでは、自己決定権を基盤とした透析を拒否する権利は誰もが持っているし、透析に伴う患者の受ける負担と得られる利益との好ましくないバランスがある場合は、透析を中止することが倫理的に認められる、としています。ただし、このような決定は「腎臓専門医と患者との間の相互理解による意思決定によってなされるべき」とされています。

こうした考えは、はたして日本では受け入れられるでしょうか。アメリカでは透析中止は透析患者の主要な死亡原因なのです。率にして 18%だそうです。初めて聞いた時には、医療費が高いからかと思ったのですが、保険が効くので、そうではないとのことです。聞いたところによると、「自分のライフスタイルに合わないと考えて中止する人が多い」のだそうです。日本では「透析中止による死」という調査項目はなく、「自殺・拒否」に入ると思われますが、人数は非常に少ないです。こうしたなか、1996 年に日本透析医会の大平整爾先生が「透析中止に対する私案」を出しています。

大平による透析中止(断念)に対する私案

(大平整爾 Clinical Engineering 7: 401 -407, 1996)

- 1) 血液透析の実施が医学的にきわめて危険か不可能であること
(重度の心肺不全による低血圧など)
- 2) 慢性腎不全に関わるか否かを問わず致命的で回復不能かつ苦痛に満ちた合併症が一定期間以上継続していること (癌末期、種々の原因による痴呆状態、重度の心肺不全など)
- 3) かかる状況下で透析、生命維持装置・処置の中止を指示する患者の文書または明らかな意志表示があらかじめ存在するか、意識障害下の患者ではそれらが存在しなくても家族による適正な代理判断が行なうと判定されること
- 4) 最終的な中止決定に際しては患者・家族・医療スタッフの三者の合意を基本とし、第三者として弁護士・学識経験者を交えること

付記:

- ・透析中止に関わる話し合いができるかぎり記録に残すように心がけること
- ・治療の中止は「透析医療」に限定したものではなく、院内に「医の倫理委員会」をもち、顧問弁護士の助言を得る体制を作ることが望ましい

この私案には「血液透析の実施が医学的にきわめて危険か不可能であること」など 4 項目あり、さらに付記として・透析中止に関わる話し合いができる限り記録に残すように心がけること・治療の中止は「透析医療」に限定したものではなく、院内に「医の倫理委員会」をもち顧問弁護士の助言を得ることが望ましい、としています。アメリカでは 2000 年にすでに「適切な透析の開始と中止のための共同意思決定」という本が出ています。日本臨床倫理学会のホームページに和訳版が掲載されていますので是非、読んでみてください。この中に、「透析の非導入や中止への決定」という項目があります。透析を見合わせる(非導入や中止)状況には以下のような場合が含まれるとして、・意思決定能力のある患者が十分な情報を得たうえで自分の意思で透析を拒否するか中止を申し出た場合、など 4 項目があげられています。そしてそのような場合には、効果的な緩和ケアを提供すると書かれています。

さて日本では2018年に透析中止の事例が社会的問題になり、2014年に策定した「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」が2020年に改定されました。改定に際して新たに盛り込まれた概念は、以前からあった事前指示に加え、共同意思決定、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）ですが、画期的なのは「保存的腎臓療法（CKM）」といって、透析をしない・中止することが選択肢の一つ、とはっきりうたったことです。その場合「透析患者への緩和ケアの提供」が盛り込まれました。そこには、「意思決定能力を有する患者または意思決定能力を有さない患者の家族等から医療チームへの透析見合わせの申し出」があった場合、どうするかなども書いてあります。事前指示の確認書とペアになった「撤回書」を必ず渡すことなどについても触れています。

さてCKMですが、これは消極的安楽死の範疇に入るかもしれません。ということは、それを実行する医療スタッフに「倫理的ジレンマ」が生じます。これに對して私は2018年に「透析中止・見合わせの申し出があった際に留意すべき事項」を発表しています。「透析中止の希望は確固たるものか、理由は何か」「希望の主要な要因を改善できる手段はないのか、手段は尽くされたのか」などです。

透析中止・見合わせの申し出があった際に留意すべき事項

- ・患者は意思決定能力を有しているのか？（Grissoを参考に）
- ・うつ状態、脳障害や他の障害による影響はないか？（精神科医の併診も）
- ・透析中止の希望は確固たるものか？
事前指示、アドバンス・ケア・プランニング等はあるか？それに合致しているか？
- ・透析の中止・見合わせを希望する理由は何か？
その理由は、関係者から見て理解可能なものか？
- ・患者の透析中止の希望の主要な要因を改善できる手段はないか？
もしくは、その手段が尽くされたか（社会資源の利用など）。
- ・患者の家族や周囲の関係者は患者の希望を支持しているか？

上記の条件について情報を入手し、多職種によるカンファレンス（臨床倫理委員会や臨床倫理コンサルテーション等）で多職種で討議することが望まれる。

（三浦靖彦 臨床倫理 2018より一部改変
2025年発出のガイドラインにも引用されている）

さて最後になりますが、ノンフィクション作家・堀川恵子さんの『透析を止めた日』をきっかけに、腎不全患者が緩和ケアを受けやすくなる体制整備が動き出しました。ということで今後、透析を止めて緩和ケアを受けたいという患者さんが増えてくることが予想されます。そこで医療従事者の役割として、「患者の意思決定を支援すること」と冒頭お話をしました。こうした正しいプロセスを経て形

成された患者の意思を尊重すること、これがつまり患者の尊厳を守ることになるのではないかと思います。要するに「延命治療をする・しない・中止する」ではなく、患者の尊厳を守ることを一義的に考えるのが私たちのすることではないかと思います。

■尊厳死と安楽死の現状と展望（満岡 聰）

「社会的コンセンサスに向け具体的な議論を…」



まず最初に安楽死と尊厳死についての整理をしたいと思います。まとめたものがこれです。

安楽死と尊厳死についての整理

・ 積極的安楽死 薬物などを用いて死に至らしめる

医師が薬物の注射をする、あるいは致死性の薬物を内服させる

※ 支援自死も安楽死 医師による自死介助

医師が直接致死薬を患者に投与するのではなく、患者に致死薬を処方し、患者自らがそれを服用。（致死薬の点滴のクレンメを開けて）生命を終結させる

・ 消極的安楽死 生命を保つのに必要な治療を中止する、または差し控える

治療の差し控え 延命措置を施さない 透析や人工呼吸器の非開始

延命措置の停止 経管栄養停止、人工透析や人工呼吸器停止

※ 消極的安楽死は尊厳死に相当し、違法ではないが、治療措置の停止、特に人工呼吸器の停止はグレーゾーンで訴追される可能性がある。

・ 尊厳死＝緩和ケア

症状コントロールは行い、本人が望まない、治療や延命措置は行わない。

※鎮静によって、結果的に死期が早まることがある。

※本人が望む措置があれば尊重する

安楽死には、薬物などを用いて死に至らしめる「積極的安楽死」と、生命を保つのに必要な治療を中止または差し控える「消極的安楽死」とがあります。消極的安楽死は尊厳死に相当し違法ではありませんが、治療措置の停止、特に人工呼吸器の停止はグレーゾーンで訴追される可能性があります。

一方尊厳死は、ほぼ緩和ケアと等しいといっていいと思います。症状コントロールは行うけれど、本人が望まない治療や延命措置は行わないというものです。また鎮静によって結果的に死期が早まることがあるかもしれません、それはあくまでも命を縮めることが目的ではなく、眠らせるということでの意識の低下を目的としたもので、死期が早まることがあっても消極的安楽死に含めないということになっています。

尊厳死についての論点に話を進めます。第1の問題は高齢化に伴い認知症の増加に関連する問題です。訪問診療などの現場において常に感じるのは、認知症の方との意思疎通は困難だということです。こちらの言うことが理解できない、点滴などの管も勝手に抜いてしまう、食事を摂ろうとしない、どうすればいいのでしょうか。「人生の最終段階における医療の意思決定プロセスに関するガイドライン」というのが平成30年に出ています。問題は患者の意思が確認できない場合ですが、「患者にとっての最善の治療方針を医療・ケアチームで慎重に判断す

る、家族とも十分に話し合う、ということになります。その判断のために、私たち臨床倫理カンファレンスで使うのは、「ジョンセンらの4分割法」というものです。①医学的適応、②患者の意向、③QOL（生活の質）、④周囲の状況です。この4つを1つずつあげていき、話し合いの材料にします。

「医学的適応」関連項目	「患者の意向(選好)」関連項目
患者の医学的状況 治療目標 治療適応が無くなる状況 治療の成功可能性	インフォームド・コンセント 患者の意思決定能力 患者が治療に関する意向 事前の意思 代理決定者 患者の治療に対する協力
「QOL」関連項目	「周囲の状況」関連項目
治療等が患者の全体的なアウトカム（転帰）に与える影響 患者のQOLに対する判定根拠 医療者の偏見（バイアス） QOLを改善する際の倫理的課題 QOL評価の治療方針への影響 緩和ケア 死の帮助の許容性	医療者・医療施設側の利益相反 家族・利害関係者 患者の秘密保持義務の限界 経済的問題 医療資源の配分 治療に影響を及ぼす宗教、法律、臨床研究、医学教育、公衆衛生、安全関連事項 <small>Jonsen, et al. Clinical Ethics 8th edition, 2015および同5版翻訳版（赤林ら、2006）参照</small>

この4つの中でQOLが最も大事かとも思いますが、とにかく一つずつ関連する項目をあげながら話し合い、最善に向かって判断していきます。その際、「患者にとっての最善」がじつは「家族にとっての最善」になってはいないか、などもよく考えていかなければなりません。家族が患者さんの最善を考えて判断するとは限りません。ここで「同時に存在する高齢者ケアの目的」について考えてみましょう。苦痛の緩和、病気の克服、自分らしさの追求、尊厳の保持、生活レベルの保持、いろいろありますが、いったい何が大事なのかですね。病気の克服が第一でそれを目的とすれば、点滴をし酸素を付けて治療することになりますが、その管を引っこ抜いたりしたら手足を縛るのか、ともなります。そこに「尊厳の保持」とか「自分らしさの追求」なんてあるのか。倫理的ジレンマが伴います。つまりケアに正解なんてないんです。正解がない中で「患者さんにとって何が最善か」を考え、落としどころをさぐっていかなければなりません。キーワー

ドは「患者さんにとっての最善」です。しかしながら現在、こうした倫理カンファレンスを行うことができる環境は、日本では残念ながらまだ整っていないのが現状ですね。

次に論点2の「終末期抜管」について考えてみましょう。一度付けた人工呼吸器などを外せないため最初から付けずに、生きられる命を諦めるという現状にどう向き合えばいいのか、という問題です。そもそも治療の選択は基本的人権である自己決定権です。患者本人のみが行使でき他人に移転しない権利、一身専属権と言います。ACPでは、一度選択した治療法に関して気持ちや状況が変わったら繰り返し話し合い、本人にとっての最善を目指すことが推奨されています。しかしながら終末期抜管においては、一度付けたものを取り外すと立件される恐れがあるため、これまで救急の場を除いて行われてきませんでした。

ここでのテーマです。人工呼吸器を装着せずに亡くなることは許容されるのに、人工呼吸器の取り外し（終末期抜管）を行って亡くなることは許容されないのか。先ほどの松田先生のお話のように、これは等価であるのですが、日本では社会的コンセンサスとして認められていません。透析の場合は外してもすぐに亡くなるというわけではないので、「また再開して」ということもできますが、人工呼吸器は外したらすぐに亡くなってしまいますからね。先ほどのお話にありました「TLT」の意味がないんです。

アメリカでは現在、「呼吸器を含む延命治療の中止」はすべての州で合法になっています。アメリカでは「挿管せずに亡くなること」と「挿管して後に中止して亡くなること」は同義だと考えられており、それが合法性の根拠になっているんです。こうした外国の状況もあり、厚労省は2007年、「終末期医療の決定プロセスのガイドライン」を出しました。

2007年厚生労働省 終末期医療の決定プロセスのガイドライン

厚労省の指針を座長としてまとめた樋口範雄東京大学名誉教授は、厚労省が指針を公表して以降、医師が終末期の患者の治療を中止したことで、有罪となったケースは無いと指摘しており、

「厚労省の指針はすでに、法的な役割を果たしていると思っている。抜管をすると刑事訴追される恐れが……などという議論は、時代遅れだ」と語る。

実際に人工呼吸器を止める場面を放送したテレビの報道番組もあったが、舞台となった病院の医師は刑事訴追されていない。

2025年3月13日朝日新聞記事より

しかしながら、臨床の現場に立つ我々はそうは思えない

ガイドラインを座長としてまとめた樋口範雄・東大名誉教授は、「それ以降、医師が終末期患者の治療を中止したことで有罪となったケースはない」と指摘し、「抜管をすると刑事訴追される恐れ…などという議論は時代遅れ」と話しています。しかしながら、臨床の現場に立つ私たちは、そうは思えないというのが現実です。

この問題についてまとめますと、人工呼吸器の取り外し（終末期抜管）は基本的人権である自己決定権により認められるものであり、本人から取り外しを求められた場合は、本人、家族等、ケアチームで繰り返し話し合い共有意思決定を行うこと。そのためにはACP、緩和ケアを行うためのコミュニケーションスキルが必要で、ケアチームは臨床倫理を学ぶ必要があり、また緩和ケアチームの参加は必須、ということになるかと思います。

では最後に安楽死についての論点に移ります。現在、日本では安楽死は認められていませんが、世界では安楽死容認の国が増えています。緩和ケアに携わる医師へのアンケートでは約9%の患者さんから安楽死を求められた経験があると報告されています。死以外に本人の苦痛を緩和できないと判断されるケースがあることも事実ですね。しかし日本ではこれまで、そこにどう向き合うかの議論はされてきませんでした。安楽死を求めて海外渡航する人々がいる現状に、私た

ちはどう向き合うべきでしょうか。具体的には、どのように話し合うかということになります。

まず、本人が安楽死について正しい理解をしているかの確認が必要です。また死にたいと訴える理由、中身、本当に死にたいのか、死にたいほど辛いのは何なのかの確認などですね。それらを確認し、適切な対応をしてもそれでもなお死を望まれるならば、次のステップ「専門家への相談」などに移ることになります。

「自発的飲食停止（VSED）」などの選択肢もありますが、それも簡単ではなく倫理委員会を含めた話し合いが繰り返し必要になります。

VSED（自発的飲食停止）



2024年9月ダブリンで開催されたWorld Federation Right to Die conference

ちなみにカナダで安楽死を受けた人の苦しみの性質をみてみると、高い順から「有意義な活動に従事する能力の喪失」「日常生活をする能力の喪失」「不適切な疼痛コントロール」「尊厳の喪失」「痛み以外の症状のコントロールが不十分」「家族や友人、ケアギバーの負担感」「身体機能のコントロール能力喪失」「孤立・孤独」と続きます。

最後に、先ほどの自発的飲食停止に関してですが、人は食べなくても水分があれば1か月くらいは生きます。しかし水分を探らないと2週間近くで亡くなる、ということがわかっています。イギリスの調査では「食事と水分の摂取をやめた

患者は人生最後の 2 週間の苦しみが少なく、より平穏であったと看護師から評価された」との報告があがっています。だからと言って、死を求める患者さんに「自発的飲食停止がありますよ」と言えるかとなると、それはなかなかできませんね。このように、安樂死に関する問題はそう簡単ではないということをいろいろ申し上げました。「安樂死」については、社会的コンセンサスに向け、さまざまな角度からより具体的な議論が必要になると思います。

【解説と感想】

キーワードは「生きがい=IKIGAI」

郡司 武（日本尊厳死協会 会報編集）

第 14 回を迎えた LW 研究会の今回のテーマは「尊厳死と安樂死のはざま」。14 年になる研究会で初めて「安樂死」をほぼ正面から取り上げたといつていいでしょう。「はざま」を微妙にさぐりつつ「安樂死」本丸に迫っていくといった印象でした。それには 3 人の講師がこれまでより具体的なシチュエーションを提示し、「この場合、さあ、どうしましょうか」と、対応を問うていったからと言えます。

例えば「医療行為の差し控えと中止」について。

最初に登壇した哲学者の松田純さんは「苦痛に耐えかねた本人が人工呼吸器の取り外しを求めてきた場合、どうすべきか」を論点として取り上げました。本人の意思は明確です。取り外してもらうことで死=安樂死を選ぶ、という意思です。松田さんは、本人の「苦しみ続けることから一刻も早く解放されたい」という意思・尊厳を尊重し、その尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性がある時には、「その医療行為の差し控えと、いったん開始した医療行為の終了も選択肢として考慮する必要がある」との日本老年医学会の「立場表明 2025」を紹介しつつ、「差し控えと中止は等価である」「差し控えと中止は安樂死でも自殺ほう助でもないと明記されている」と述べ、論を進めます。そのうえで、最終的・実際的には、本人・家族と医療・ケアチームが協働しつつ、本人の意思をしっかりと確認し、本人の人生にとっての最善を目指し、最適な選択肢を模索することが必要、と続けます。

さて、この「差し控えと中止」は、なかなか難しい問題です。日本では安樂死が認められていませんから、いったん開始した治療法を終了することは「罰せられる可能性」につながります。本来、医師は命を助ける・かりに 1 日でも命を長

引かせるのが使命ですから、開始した治療法を中止することには重いためらいの心理が働き、それなら最初から「差し控え」によって対応するといったケースの想定が考えられます。回復する可能性があるのに「しない」。というのは医療倫理に反するのではないかと問いかれます。もし治療法の中止という選択の自由があるのなら、人工呼吸器の装着を最初から選ぶ人がもっと増えてくるのではないかでしょうか。「中止」という選択の自由がないから「最初から装着しない」ということになっている現実。さあ、どうしたものでしょう。そう問いかかけました。

この問題については、2人目の登壇者・三浦靖彦さんも腎臓病の専門家として透析患者の「終末期抜管」に絡めて提示します。欧米などでは、透析に伴う患者の受ける負担と得られる利益との好ましくないバランスがある場合は、透析を中止することが倫理的に認められる、とする考えを紹介しつつ、ただし、このような決定は「腎臓専門医と患者の相互理解による意思決定によってなされるべき」としています。しかし、この問題は慎重に進めなければなりません。透析患者などに対する「中止」への同調圧力の懸念を常に念頭に置いておく必要があるでしょう。

次に、例えはもう一つ。安楽死を求める人たちにどう対処すべきでしょうか。「死にたい」と強く訴えてくる人に対してどうするか、です。まず、臨床の医療・ケアスタッフの目指すこととして「苦しい中でも一時のやすらぎがあるとすれば、そうした時をいかに増やしていくか」だとし、「在宅医療は生きがい探し」「訪問看護は生きがい支援」「できることを探し生き生きと支える」と話を進めます。生きがいは与えることはできない、自分で探すしかない——というわけです。安楽死を強く求める人に「生きがい」ですか、と思う人も多いかもしれません。非常にシンプルで平易なことのように思うでしょうが、生きがい=IKIGAIはヨーロッパ語にもなっていて、きわめて重要なのだとか。IKIGAIは「死にたい」を救う強いキーワードなのかもしれません。

哲学的で重いテーマの「安楽死」に対して「生きがい=IKIGAI」。なんとも非対称的なようで、しかし実は極めてバランスの取れた対象概念なのかもしれません。