

尊厳死と安楽死のはざま

第14回日本リビングウイイル研究会が、昨年(2023年)の12月13日、東京大学構内の会場とオンラインを併用して開かれました。今回のテーマは「尊厳死と安楽死のはざま」。安楽死の諸課題に、ほぼ正面から初めて迫った研究会となりました。これはその要旨をまとめたものです。(HPに動画を掲載予定)

構成/会報編集・郡司 武

- 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) 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)

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」



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、それについてどう向き合うかは、日本においてはほか

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ます。論点①は「認知症

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1万791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あります。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、楽しみに感じる事がなく、呼吸困難や疼痛、顕著な倦怠感に襲われている」ということがわかっています。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。

の方がたの意思決定支援」ということになるかと思えます。

これについては、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ります。

オランダの2016年の事案を紹介します。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、彼女が目を開き、抵抗したため、医師は家族に押し



なせたという事件です。外形的に見れば、いやがる患者を押しつけて、致死薬を注射したことになりますが、認知症の女性には「事前の安楽死宣言書」を書いていません。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、女性をよく怒ることがあり夜の徘徊もあつたことなどから、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、認知症の医学という「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?

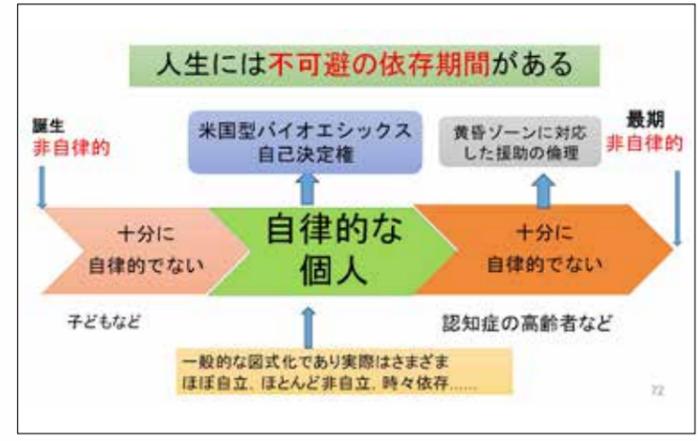
この女性は「事前の安楽死宣言書」を書いたことを忘れていた、また「安楽死」という言葉の意味も理解できなくなつていたり、致死薬の注射がどのような意味をもつかさえも理解できなくなつていたり、という状況でした。オランダで安楽死が容認される重大要件はいくつかありますが、「患者の要請が自発的で熟考されたものであること」が絶対要件です。判断力があつた時に書いた事前の安楽死宣言書があればいいのか、など、何が本人の意思なのかをめぐって深刻な問題を投げ

かけたこととなります。このオランダの裁判は、2002年の安楽死法制定後初の刑事裁判になり、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「高齢者の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、その尊厳を損なつたり苦痛を増大させたりする可能性があらる時には「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 care(TLT)」を実施し、その効果を確かめることが患者の生命を擁護するため重要、としています。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

脳科学者の茂木健一郎さんは「I K I G A I」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を待ち遠しくなるような生への意欲を与えるもの」「自分の人生を続けることが可能にする小さな喜び」と書いています。この「I K I G A I」という日本語は近年、ヨーロッパ語にもなっていて、「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」と生きがいを表現しています。

次に「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 ④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」ことができず。一人では死んでいけないのです。100%非自律的な存在として誕生し、100%非自律的な存在として人生を閉じていくわけですね。

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」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。「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・自律の一方的強調

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」



「終末期抜管」について考えてみましょう。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めやぶさかではない、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。

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せんが、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、とされています。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(18%)なのです。こうしたなか、1996年に日本透析医学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。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」

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)

- 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(重度の心不全による低血圧など)
- 慢性腎不全に関わるか否かを問わず致命的な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(盛末期、種々の原因による痙攣状態、重度の心不全など)
- 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うと判定されること
- 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を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

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を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。

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。

尊厳死と安楽死の現状と展望

満岡 聡

「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えます。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、生命を保持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。一方尊厳死は、ほぼ緩和ケアと等しいといっていると思います。尊厳死についての論点を話を進めます。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。訪問診療などの現場に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。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、私たちが臨床倫理カンファレンスで使うの

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
※ 支援自殺も安楽死 医師による自殺介助
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) 生命を終わらせる
- **消極的安楽死** 生命を保つ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訟される可能性がある。
- **尊厳死と緩和ケア**
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もある。
※ 本人が望む措置があれば尊重する

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、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。キーワードは「患者さんにとっての最善」です。

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。

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。こうした外国の状況もあり、厚生省は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。

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、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。

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えます。

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。

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」などに移るようになります。

このように、安楽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。「安楽死」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っています。

ACPでは、一度選択した治療法に関し

必要で、ケアチームは臨床倫理を学ぶ必