耕論

尊厳死法は必要か

オピニオン

深く悩み納得するのが先

回復の見込みがなくなった時に治療の中止を認める、いわゆる尊厳死法案の提出が検討されている。人生の終わりに、どうすれば尊厳は守られるのか。

56年生まれ。妻は俳優の草刈民代さん。代表作に「Shall we ダンス？」「それでもボクはやってない」。最新作「舞妓（まいこ）はレディ」は今秋に公開予定。

周防（すお） 正行（まさゆき）さん　映画監督

「患者に良かれ」と思い、治療をやめたお医者さんが、告発される。一度つけた呼吸器は外せない。そんなことがあるのなら、何らかの法律が要るんだろうなと漠然と思っていました。

でも、2012年に公開した映画「終（しゅう）の信託」をつくるため終末期医療を調べるうち、「待てよ」と感じるようになりました。死の迎え方は、人がどう生きてきたかと同じように、一律ではない。経済的な理由から治療をやめざるをえない場合もあり、社会システムの問題でもあると気付いたのです。

取材してわかったのは、食べられなくなった時に栄養を直接いれる胃ろうをつけた家族も、つけなかった家族も、どちらも「正しかったのか」と悩んでいること。そこに正解はなく、あんなに考え、話し合って決めたのだから、という思いがせめてもの救いになるのでは。その質と量によって納得するしかないんですよね。

今の医療現場では、患者や家族と医師らの間で信頼関係を築きにくい。お互い忙しく遠慮もあるのでしょう。患者や家族がいつでも、これからのことや不安を相談できる人が病院にいる態勢づくりが、大事だと思う。患者と医師を結びつけてくれる窓口のような存在がいると、患者や家族は深く考え、きちんと悩めるようになるのです。

この人が望む道は何なのか。共通認識を持ち、それを実現するのが「尊厳ある治療」なんじゃないかな。まずはそれが大事。良い医療かどうかって、患者や家族がいかに納得できるかにかかっている。コミュニケーションがうまくとれないとだめなんです。

法って、社会秩序を維持するためのものですが、私たちはいちいち、法律を考えて行動はしません。「人としてどうあるべきか」という倫理によって動きます。

一方で法律ができると、要件がそろったから、と深く考えずにすぱっと物事が決まってしまう恐れがある。治療をやめる結論が簡単に得られ、議論の質も量も薄まってしまう。極めて個人的な「死」についての考えが、法律に引っ張られる怖さもあります。だから医療に司法は介入しないほうがいいと思うようになりました。

法律ができたら争いはなくなるんですかね？　これとこれを満たしているから、絶対罪に問われませんと進めても、患者の家族から「おかしかったのでは」と問われることは、出てくると思います。逆に、この患者にとって何がベストなのかを話し合うことができれば、法律に頼らないですむ。

尊厳死法案に障害者の団体が反対していると聞きます。「受けたい治療が受けられず、切り捨てられるんじゃないか」といった不安の声に耳を傾け、その思いを反映させないといけない。そういう声をきちんと聞けない社会は、良い社会とは言えないでしょう。

一方で多くの人は、死の迎え方について、深くは話し合っていないですよね。僕も「無理な治療はやらないでいい」と妻には言ったつもりでいたんです。なので、ある会見で「彼女はわかっていると思います」と言うと彼女は「えっ。聞いてない」と言い、周囲は大爆笑。「そっか。やっぱり文書にしないとだめなんだな」と思いましたね。でも今も、文書は書けていません。

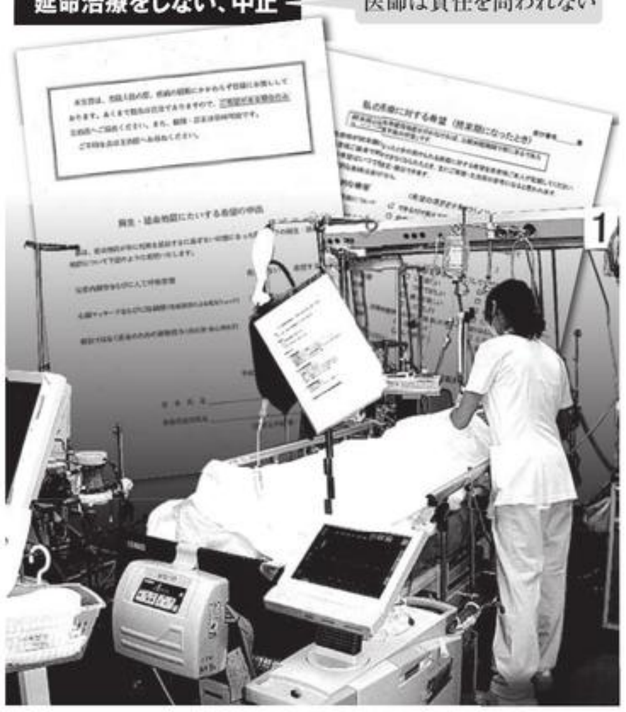
彼女がそうなったらどうするか。追い詰められないとわからないですが、お医者さんとやりとりをして、彼女にふさわしい治療や死の迎え方を一生懸命考えて決断する。そうするしかないですよね。

（聞き手・辻外記子）

検討されている法案のポイント 満15歳以上が対象

- 本人の意思が書面などで明らか　いつでも撤回、変更できる
- ＋
- 2人以上の医師が判断　回復の可能性がない　死期が間近

延命治療をしない、中止　医師は責任を問われない



静かな看取り 条件整備を

43年生まれ。慶応大医学部卒。埼玉メディカルセンターなどに勤める。元埼玉社会保険病院長。日本尊厳死協会副理事長・同関東甲信越支部長。

鈴木（すずき） 裕也（ゆたか）さん　内科医　日本尊厳死協会副理事長

救急車で急病人が病院に運ばれてくる。医師は人工呼吸器などをつけて全力で治療をし、助けようとする。その結果、回復して退院する人もいれば、亡くなる人もいる。しかし、救命治療がいつしか延命治療に変わり、回復の見込みがなく、意識のない植物状態になってしまう人もいる。私は「不自然な生」と呼んでいます。

「治りません。（呼吸器などは）外せません」。医師がそう言い、治療が延々と続く。家族は途方に暮れる。医学の発達と高齢化により、こうした存在はどんどん増えています。

北海道や富山の病院で医師が患者の呼吸器を外して死亡し、殺人容疑で書類送検された事件の後、不起訴にはなりましたが現場は萎縮したままです。医師が患者や家族に治療の内容や今後について説明し、治療の中止を患者側が望んでも、医師は治療をやめない。そのほうが安全だから、と「ことなかれ」が横行している。患者にとって不幸なことです。

一定の条件のもとでは治療を中止しても医師は罪に問われない、と明確に法律で位置づけることが重要です。法律ができれば、静かに看取（みと）るための知識や技術を全ての医師が真剣に学び、取り組むようになります。

障害者にとっても必要な法律だと考えています。難病「筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）」の診断時に医師は、「進行したら人工呼吸器をつけますか？　つけると外せません」と患者に問うと聞きます。どうしたいかはつけてみないとわからないことが多いのですが、途中で治療方針は変更できない。そう宣告されているのです。

「終末期の医療における意思の尊重に関する法律案」という名称なのに、尊厳死法案と呼ばれるのが誤解のもとです。尊厳死を皆に勧めていると勘違いされがちですが決してそうではありません。

意識がなくなった時に備え、終末期医療への希望を残しておく書面、リビングウイル（ＬＷ）を広め、それぞれの思いを尊重することがとても重要です。現在の日本尊厳死協会のＬＷは、治療への拒否を示すものですが、これはしてほしいという選択肢も含む内容への見直しの検討を始めました。

自身の最期を真剣に考え、ＬＷを書く人が増える。医師がそれを受け止め、患者は安心して望む最期を迎えることにつながる。そのために必要な法律だと考えています。

（聞き手・辻外記子）

死への誘導にならないか

61年生まれ。宗教学のほか生命倫理や死生学も専門とする。編著「『いのちの思想』を掘り起こす」、共編著「シリーズ生命倫理学　第4巻　終末期医療」など。

安藤（あんどう） 泰至（やすのり）さん　鳥取大学医学部准教授（宗教学）

現代医療には、正反対の二つの方向性が混在しています。ひとつは「不死」へのベクトルです。新しい臓器に取り換えられないか。老化を止められないか。「死なせない」ための研究には巨額の予算が割かれます。

一方で、必要な治療すら受けられない患者がいる状況は深刻です。経営的に割が合わなければ重症でも追い出される。そのうえ「尊厳」の有無で線引きをし、それ以下は切り捨てようとしています。これらは「死なせる」ベクトルです。仮に「尊厳のない状態」というものがあるとして、じゃあ、死なせてしまうしか尊厳を保つ方法はないのでしょうか。医療やケアの問題点をそのままにして、死にたい人を死なせてあげるのが人道的という考えは危険です。

もがき苦しむ。チューブだらけで延命させられる……。「悪い死」のイメージばかりが共有されるようになっています。「そうなったら死んだほうが幸せ」という幻想を、医師も患者側も信じようとしているかのようです。早い段階で割り切ってしまい、「苦悩する力」が弱くなっていないでしょうか。

尊厳死というレトリックは「たちの悪い宗教」のようなものです。脅し文句みたいに「そんな姿で死にたいですか」「事前に自分の意思を表示しておけば悪い死に方はしなくてすみますよ」とささやく。一方の手で人の不安をあおり、もう一方の手で救いを約束するわけです。意図的ではないにせよ、結果として死への誘導になっている。

尊厳死を肯定する側は「死の自己決定権」ということを言います。米国の一部の州や欧州の中にはすでに、安楽死や医師幇助（ほうじょ）自殺を合法化したところがあり、さらに「自殺権」の主張にまで議論は拡張されています。

もともと自己決定権は米国の公民権運動のように、社会的に弱い立場の人たちが生きるうえでの選択権として勝ち取ってきたものです。それは患者の権利運動と結びついていきました。ところが「死」を選ぶというのは、自分の可能性を開くのではなく、閉ざす決定です。しかも医療者が「死なせる」方向で患者や家族に恣意（しい）的な説明をする恐れも捨てきれません。

日本には、患者が尊厳を持って生きる権利を保障する法律もありません。それなのに尊厳死法なんて本末転倒です。いまの医療のあり方や制度を前提にして発想してはいけません。広い意味での医療文化を根本から変えていくことが先のはずです。

（聞き手・磯村健太郎）

© 朝日新聞社　無断複製転載を禁じます。
すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。