

日本尊厳死協会からの要望

2008 年 12 月 15 日

理事長 井形 昭弘

本日は本委員会に参考人として参加できる機会を与えて下さったことに感謝し、非常に光栄に存じています。以下意見を述べさせていただきます。

1. 尊厳死および法制化について

日本尊厳死協会は尊厳死(自然死)の出発点になったカレン裁判判決のあった昭和 51 年(1976 年)発足しました。創設以来、生と死に関する啓発運動を展開し、尊厳なる終末期のあり方を模索、リビング・ウィルを介して自分の死に様に関与できる権利、自然に死を迎えられる権利を主張してまいりました。平成 20 年「終末期医療に関する調査」でもリビングウィルを認める方は一般で 84%、医師で 93%に達しています。

さて、協会の会員数は末期医療に関する種々の事件が報じられる度に増加し、現在全国で約 12 万 2000 名を越しています。しかし、まだ尊厳死についてご存じのない方も少なくなく、現在会員増強運動を展開しています。もし、会員が 20 万、100 万あるいはそれ以上となれば国民の尊厳死への理解はより一層深まると考えています。

協会は会員のリビング・ウィル(尊厳死の宣言書)を登録し、リビング・ウィルの実現を支援しています。そのリビング・ウィルには「不治、末期或いは回復不能の持続的植物状態では単に死期を延ばすだけの延命措置を拒否します。ただ、苦痛を除去する治療は十分に行うことを希望し、措置結果の責任は自分にあります」と宣言しています。このリビング・ウィルは現在かなり浸透しており、当協会による死亡会員の遺族に対するアンケート調査でも毎年95%以上の方が「主治医にはリビング・ウィルを尊重して協力して頂いた」と答えています。

2005 年には 14 万名の署名を添えて尊厳死法制化を求める国会請願を果たし、それを受けて「尊厳死法制化を考える議員連盟;会長中山太郎先生」が発足、調査活動を精力的に開始し 2007 年には衆議院法制局から法案要綱素案が提示されるに至っています。その間、2007 年には厚生労働省、日本医師会あるいは専門学会から終末期医療に関するガイドラインが提示されました。これはいずれもわれわれの主張に沿って本人意思を最大限に尊重すべきことが強調されており、協会の運動の一つの成果でもあると思っています。ただ、このガ

ガイドライン通りに終末期医療が実施された場合、主治医の民事上、刑事上の責任について明確ではありません。もし、ガイドライン通りに実施すれば法的責任は問わないと保証されない限り、現場では延命措置の中止には躊躇があり、結果として患者の人権が無視され苦しみが強制され、尊厳なる生を冒している場合が少なくありません。ちなみに日本医師会第10次生命倫理懇談会(私も一委員でしたが)の答申では「このガイドライン通り実施された場合、民事上、刑事上の責任が問われない体制が必要」との説明が附記されています。

現実にはこのガイドラインだけでは本人の意思に反し、苦痛を強制し人権を侵害しているかも知れない主治医の悩みには対処できていません。つまり延命措置の中止をせざるを得ないと悩む医師にとって十分な対応ができません。

主治医が苦渋の決断で延命措置の不開始、ないし中止を決断せざるを得ない状況でも、告訴の可能性やマスメディアの報道により決断できず、延命措置を続けざるを得ない状況を是非ご理解いただきたいと思います。

勿論、生命が尊重されるべき立場から不治、末期あるいは回復不能の植物状態での判定に疑義が生まれることは絶対に許されるべきでなく、協会でも各項につき学問的検討を続けており、また法制化の過程で脳死判定条件のような慎重なる条件が不可欠であると思っています。この点、私たちは国民的議論を期待して不治、末期などの判定基準の試案を提示しており、また、重症認知症は議論の末に尊厳死の対象としない決定をしています。

現実には誰が見ても不治、末期でありながら本人の意思に反して意味のない延命措置を続けられているケースも多く、これは第三者の価値観を強制しているともいえ人権に関する問題としても許されるべきでないと考えています。尊厳死は世界の多くの国で法制化され、法制化されていない国でも社会的通念として尊厳死が定着しており、わが国にのみこれを阻む理由は存在しないと思っています。

2. 反対意見について

一方、尊厳死反対の意見も若干ありますが、その多くは誤解によるものが多いのが現状です。

- 1) 「法制化すれば命を軽く見る風潮を助長する」との反対があります。しかし尊厳死が社会に定着している諸外国でも障害者や弱者に対する対応に些かも揺らぎや生命軽視の風潮はありません。脳死法制化のときも同様な反対がありましたが、脳死はドナーカードの保持者のみに限定する臓器移植法が施行されたため危惧された事象は起こらず全く

の杞憂でした。弱者にとって尊厳死は強制を伴うかも知れないとの危惧は人権思想があまり確立していない背景の反映でもあるように思います。

- 2) 安楽死との混同も少なくありません。安楽死は第三者が注射や毒物投与などの積極的な方法で死期を早めるもので、延命措置を拒否し自然の摂理に経過を任せて死を迎える尊厳死とは根本的に異なります。この点安楽死と尊厳死との区別の理解は徐々ながら進んでいると思います。

極端な誤解は「協会の最終目標は安楽死で、目的達成のためにさし当たり尊厳死を主張している」との主張ですが、これは全く事実無根で協会は安楽死には反対です。

- 3) 尊厳死が医療費削減が目的であるとの誤解もあります。協会は医療費抑制との関係を考えてきたことは一度もなく、また医療費削減の声の無かった時代にも一貫して主張してきました。

生きる価値のある生と価値のない生とを差別しているとの批判がありますが、われわれは本人の価値判断を基本としており、当を得ていません。生きたいと希望している方はそのように意思表示すれば社会は全力を挙げて支援すべきで、本人意思に反して延命措置の中止はあり得ません。

- 4) 高度に専門職能に属する「死への対処」は法制化に馴染まず、また法制化は現状をかえて制約するので法制化には反対との意見もありますが、現実に現場の主治医、患者、そして家族はルールが明確でないために対処に悩んでいます。

多くの方は尊厳死を希望しています。しかるに本人の拒否の意思が明確で尊厳死を認めたいと思いながら、延命措置を続けざるを得ない現場を是非ご理解頂きたいと思います。

尚、ガイドラインや法案要綱素案には植物状態が対象から外されていますが、会員の多くは植物状態を念頭においており、是非尊厳死の対象としてご検討下さることをお願い申し上げます。

協会として尊厳死の法制化が実現し、健やかに生きる権利、安らかな死の権利が守れる社会の到来を強く希望して発言を終わります。