

医政メモ Q&A

尊厳死法案

終末期医療をどうすべきかという問題は日本ではこれまでタブー視されてきました。しかし超高齢化社会を迎え、死を身近に感じざるを得ない社会が訪れようとしています。国立社会保障・人口問題研究所が3月に発表した人口統計資料集によると1990年に82万人だった年間死亡数は、2010年には約1.5倍増の120万人に増加。その後も増え続けピークを迎える2040年には167万人に達する見込みです。

そんな「多死社会」を見据えて、これからは真剣に終末期医療を議論しなければなりません。そこで今回は7月31日にまとめられた「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」いわゆる「尊厳死法案」について触れます。

Q：議論はどのようになされたのでしょうか？

A：まず3月22日に、超党派112人の国会議員が参加する「尊厳死法制化を考える議員連盟」（尊厳死議連）の総会で公表されました。この総会には日本医師会、日本弁護士連合会、DPI（障害者インターナショナル）日本会議、日本尊厳死協会の関係者らも出席しています。

Q：この時点での尊厳死法案の具体的内容は？

A：尊厳死法案では、第5条で、終末期について「患者が疾病について行い得る全ての適切な治療を受けた場合であっても回復の可能性がなく、死期が間近であると判定された状態にある期間」とし、また延命措置については「患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置（栄養または水分補給のための措置

を含む）」と定義しました。さらに同条では「延命措置の不開始」を、「終末期にある患者が現に行われている延命措置以外の新たな延命措置を要する状態の場合において、当該患者の診療を担当する医師が、当該新たな延命措置を開始しないことをいう」としました。

終末期の判定は、第6条で「必要な知識と経験を有する2人以上の医師の医学的知見の一致によって行う」としています。

その上で、第7および8条において、終末期と判定された患者が延命措置を希望しないことを書面などで意思表示していた場合、医師は延命措置を講じなくても（延命の不開始）、「民事・刑事・行政上の責任（過料に係るものも含む）を問われない」とする免責事項を設けています。

同法案の対象年齢は15歳以上で、知的障害者や精神障害者は対象外。延命措置を希望しない場合の意思表示については、第10条で運転免許証や医療保険の被保険者証などに記載できる施策を講じていくとしています。

Q：総会に出席した関係者の反応はどのようなものでしょう。日本医師会の見解は？

A：日本医師会の藤川謙二常任理事は「同法案には治療の中止は含まれていない。延命措置の差し控えだけを法律化することに意味があるのか。慎重に審議すべきだ」と問題点を指摘しました。

Q：反対の意見はありましたか？

A：日本弁護士連合会の平原興人権擁護委員会第4部会長は「いまだに患者が適切な医療を受ける権利も、インフォームドコンセントを保障する立法もない。まず医療全体における自己決定権の保障が実現されるべきで、終

末期において延命措置を取るかどうかの患者の意思決定の在り方についての法制化は、その上で初めて論じられるものではないか」と強調。現段階で「尊厳死」の法制化に賛成することはできないと反対しました。

DPI（障害者インターナショナル）日本会議の三澤了議長も「同法案を強い危機感を持って受け止めている。何故このような法律が必要なのか。上程は控えてほしい」と訴えました。

Q：賛成の立場の意見はありましたか？

A：日本尊厳死協会の長尾和宏常任理事は「患者の自分の意思を尊重したいという願いをかなえてあげたい。在宅の現場では大半が尊厳死、平穏死、自然死だ」と述べ、法案への期待感を示しました。

Q：関連学会の対応は？

A：議連の総会に先立って開かれた日本老年医学会は1月31日に「立場表明」を公表しました。この「立場表明」では、胃瘻増設を含む経管栄養や気管切開などの適応を念頭に置いた上で、「何らかの治療が、患者本人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ときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」と明記しました。

さらに6月27日には、人工的水分・栄養補給法の減量・中止にふれた「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を発表しています。

Q：ガイドラインが整備されれば法制化は不要なのでしょうか？

A：前述の日本尊厳死協会の長尾和宏副理事長は、現場の医師として次のように述べています。「人工呼吸器を外したことで医師が逮捕された射水市民病院事件がトラウマとなっている。ガイドラインはあくまでも専門家集団の『共通認識』であり、『法律』とは大きく性格が異なる。立法は理論上、市民の総意で

なされるので、万が一の訴訟の場合にも、判決の拠り所となる法律があると現場は大変心強い」との意見です。やはり法制化は大変重要なものとなります。

さらに、「今回法案に盛り込まれたのは『不開始』のみだ。仮に今回の法案が成立しても『中止』の免責をも含めた改正が必要になるだろう。いずれにせよ、終末期医療において延命措置を行うか否かは、患者さんの意思を十分尊重し、信頼関係に基づいて行うことが大前提であることには論を待たない」と意見しています。

Q：以上のような議論の末に最終的にまとまった法案はどのようなものになりましたか？

A：尊厳死議連は7月31日の総会で移植法案と同様に各党が党議拘束をかけないことを前提に、複数案を今国会に提出することを決定しました。当初、医師が免責になる場合を「延命措置の不開始」に限定していた法案を第1案。「不開始」だけでなく延命措置の「中止」もできるとした第2案の両案を国会に提出する事としています。第2案は延命措置の「中止」も対象とするべきとの日本医師会などの意見がくみ取られた形となりました。

世界の中で、日本は「尊厳死」に対する議論は遅れています。超高齢化社会を迎える今、社会保障制度の中でも重要課題として、「尊厳死」と国民・政治家・医療従事者が真摯に向き合う時がきています。

参考資料

- 1)「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」 2012.3.22 「尊厳死法制化を考える議員連盟」
- 2) 日本医事新報 2012.3.31 2012.4.28 2012.5.19 2012.8.11
- 3)「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」 2012.6.27 日本老年医学会

(政策部長 井上 善之)