

「尊厳死と安楽死」 —世界の状況—

令和元年 11月12日(火) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

岩尾 総一郎

(いわお そういちろう)

一般財団法人 日本尊厳死協会 理事長

講師略歴

■ 略歴

- ・1973年 慶應義塾大学 医学部 卒業
- ・1977年 慶應義塾大学大学院にて医学博士取得
- ・1978年～1980年 テキサス大学留学
- ・1981年～1985年 産業医科大学 助教授
- ・1986年 厚生省入省
- ・1988年～1990年 佐賀県出向(保健環境部長)
- ・1991年～2000年 厚生省に戻り環境庁室長、疾病対策課長、研究開発振興課長、科学課長等6つの課長を歴任
- ・2001年 環境省環境保健部長
- ・2002年 自然環境局長
- ・2003年 厚生労働省 医政局長
- ・2005年 退官
- ・2006年～2007年 WHO 健康開発センター長
- ・2008年～2011年 国際医療福祉大学 副学長
- ・2006年～2018年 慶應義塾大学 客員教授
- ・日本尊厳死協会へは2006年 入会、2008年 常任理事、2010年 副理事長、2012年より第6代 日本尊厳死協会 理事長となり現在に至る。

■ 学会活動

- ・日本衛生学会(1973年6月～2012年3月)
- ・日本産業衛生学会(1973年6月～2012年3月)
- ・日本公衆衛生学会(1980年9月～2016年6月)

■ 主な著作(共著)

- ・『シンプル衛生公衆衛生学』南江堂
- ・『産業保健マニュアル』南山堂
- ・『テクノストレスとメンタルヘルス』通産資料調査会
- ・『TEXT 公衆衛生・予防医学』南山堂ほか

尊厳死と安楽死 —世界の状況—

(資料1)

(一財)医療関連サービス振興会月例セミナー
2019年11月12日(火)
日比谷コンベンションホール

**尊厳死と安楽死
-世界の状況-**

(財)日本尊厳死協会理事長
岩尾総一郎

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料1

日本尊厳死協会理事長の岩尾です。ただ今、私の略歴をご紹介いただきましたが、行政官としての最後は厚生労働省の医政局におり、主として医療政策に従事しておりました。そのときに、自分でやり残したというか、やらなければいけないと思ったのが終末期医療のありかたでした。私は昭和22年の亥年生まれで、団塊の世代なのですが、この世代がまさに寿命を全うする時に、最期をどう過ごすべきかと考えたわけです。人生の最終章は自分で決める、そういう活動のできるところがないかと思ったときに、当時の理事長から誘われ、日本尊厳死協会に入会しました。(資料2)

The collage includes several items:

- 自己紹介 (Self-Introduction):** A document with a photo of the speaker and text in Japanese.
- 尊厳死法制化 (Euthanasia Legislation):** An article titled "自己決定権と家族の関わり" (Self-determination and family involvement) by 岩尾総一郎 (Iwano Sumioichiro).
- 終末医療 (End-of-life Care):** An article titled "グウィルの法制化" (Gwil's legislation) and "終末医療" (End-of-life care).
- 医師免許証 (Medical License):** A framed document showing the speaker's medical license.
- 論文 (Article):** A document titled "論点" (Key points) with a photo of the speaker.

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料2

日本尊厳死協会の活動

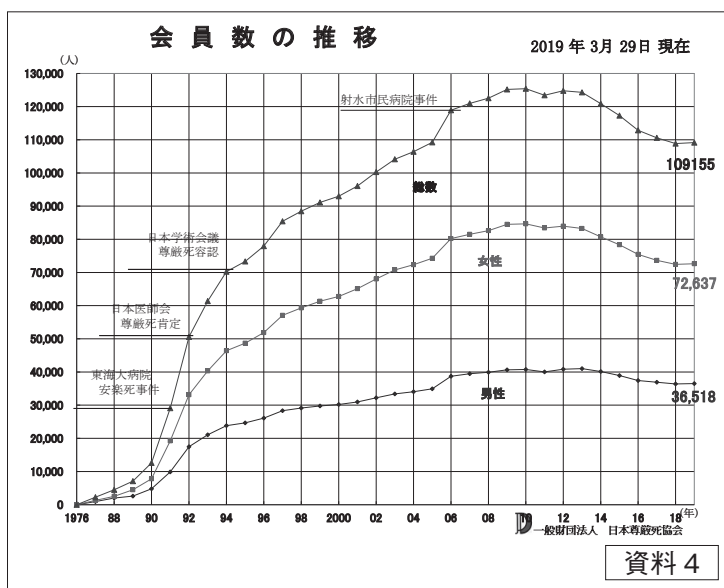
日本尊厳死協会は、1976年に設立されました。ここに掲げていますが、リビング・ウィル(LW)という終末期における医療についての事前指示書を登録管理しています。また、尊厳死法制化についてのロビー活動、今日は国会議員の先生も会場におられますが、尊厳死法制化議連に対していろいろ提言しております。現在は、広くLWを世の中に普及啓発するため、地域の講演会や、あるいはロータリークラブなどの集まりでお話をさせていただいております。(資料3)

日本尊厳死協会の活動

リビング・ウィルの保管、支援と普及
生と死に関する啓発活動
尊厳死法制化運動
2005年 14万名の署名を添えて国会請願
尊厳死法制化を考える議員連盟発足
医学教育へ提案「生と死の教育を」
国際団体との連携・国際会議の主催
生と死に関する理論的研究
地区活動・広報活動

資料 3

協会会員数の変化を見ますと、ピーク時は12万人強いたのですが、今は11万人ぐらいです。減少の理由は、協会設立の初期に入会された会員がご高齢になりお亡くなりになるという、いわば自然減です。たとえば、私の世代、昭和22年生まれば、ここにおられるかもしれませんが、264万人生まれています。今はまだ203万人ぐらい生存しています。一方、去年生まれた子どもは97万人ですから、新生児と私たちが手をつないでも、まだ私たちが100万人以上余ることになります。(資料4)



資料 4

要するに現代は高齢者の多い時代。そういう中で、考えていかなければいけない終末期医療の問題です。今日は尊厳死と安楽死ということで、日本と外国の違いを中心に話をさせていただければと思います。

■ 本日のお話

(資料5)

本日のお話

- はじめに- 樹木希林さんの遺言
- 尊厳死と安楽死
- 世界の尊厳死事情
- 事前指示書(リビングウィル)とACP
- おわりに- 健やかに生き、安らかに逝く

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料5

はじめに—樹木希林さんの遺言

これは宝島社という出版社の広告です。3年前の1月5日に、樹木希林さんをオフィーリアに模してこのイギリスの画家ミレーの絵をキャプチャーし、朝日、日経、読売に見開きで全面広告されました。ご記憶の方もおられると思います。

正月は松の内、縁起のいい時期ですから、通常は「死」に関連する話題は縁起でもないとして避けますが、宝島社がなぜこういうものを出したのか。この辺がある種の世の中の流れを敏感に感じ取ったのでしょうか。一番ポピュレーションの多い私たちの世代に、何か訴求するような広告を打つということが効果的なのではないかと、彼らが考えたのかもしれませんが。

広告のタイトルは、「死ぬときぐらい好きにさせてよ」となっており、それに続く文章を拡大しますと、「人は必ず死ぬというのに。長生きを叶える技術ばかりが進歩してなんとまあ死にくい時代になったことでしょう。死を疎むことなく、死を焦ることもなく。ひとつひとつの欲を手放して、身じまいをしていきたいと思うのです。人は死ねば宇宙の塵芥。せめて美しく輝く塵になりたい。それが、私の最後の欲なのです」と書かれています。

なるほどと思いました。この広告が掲載されたのは2016年。お亡くなりになったのは、昨年(2015年)の9月15日です。亡くなられた後すぐに、宝島社は商売がうまいと思いますがこの紙面を表紙にし、彼女のこれまで



資料6

の発言を集め出版しました。ご覧になった方がおられるかもしれません。『樹木希林120の遺言』です。私が購入した時点ですでに30万部突破ですから、今は50万分ぐらい売れているベストセラーです。なお、文芸春秋も文春新書として『一切なりゆき - 樹木希林のこぼれ』を発刊しています。宝島社のほうはハードカバーですから、1,200円するのですが、文春のほうは800円ぐらいの新書でもっと売れています。(資料6)

家-家族と子育てについて

この本を読むと、希林さんは意外と若いころからいろいろ死について考えていたことが分かります。章立てがいくつかあるのですが、これは42歳のときのものです。「娘は9歳なんですけど私の母と主人の母が亡くなったときに、普通は遺体は子どもに見せないんですけど、子どもが顔を見たいというので「見なさい」って言って見せてあげましたね。そうすると白い布をあけて撫でてるわけ」、「私は現実に死ぬということをさわってみるころがいいなあと思ってね」、というのが彼女が42歳のときの発言です。(資料7)

第6章 家-家族と子育てについて

083/120

1985年9月(42歳)

- 娘は9歳なんですけど私の母と主人の母が亡くなった時に、普通は遺体は子どもに見せないんですけど、子どもが顔を見たいというので「見なさい」って言って見せてあげましたね。そうすると白い布をあけて撫でてるわけ。
- 私は現実に死ぬということをさわってみるころがいいなあと思ってね。

 一般財団法人 日本尊厳死協会

資料7

老-老いと成熟について

60歳を過ぎてから、病気の話が増えてきます。がんを発症しそれが全身に転移する時期と重なります。「年を取ってパワーがなくなる。病気になる。言葉で言うといやらしいけど、これは神の賜物、贈り物だと思います。終わりが見えているという安心感があります」、「年を取ったら、みんなもっと楽に生きたらいいじゃないですか。求めすぎない。欲なんてきりなくあるんですから」と語っています。(資料8)

第3章 老-老いと成熟について

036/120

2008年6月(65歳)

- 年をとってパワーがなくなる。病気になる。言葉で言うといやらしいけど、これは神の賜物、贈り物だと思います。終わりが見えてくるといいう安心感があります。
- 年をとったら、みんなもっと楽に生きたらいいじゃないですか。求めすぎない。欲なんてきりなくあるんですから。

 一般財団法人 日本尊厳死協会

資料8

死一生と死について

69歳になると、「今、私は予定を立てて死ぬるなという感じがします。「あらっ」と言って死ぬのではなくて、しみじみ「死ぬんだな」という感じの死に方。そういう終わり方ができるなど。それを思うとちょっと嬉しくなったりね」、「だから、若いころに死は非日常だったけれども、今は死ぬ側にいるということを、嘘っぽくなく言えます」と言っています。(資料9)

第8章 死一生と死について

111/120

2012年2月(69歳)

- 今私は予定を立てて死ぬるなという感じがします。「あらっ」と言って死ぬのではなくて、しみじみ「死ぬんだな」という感じの死に方。そういう終わり方ができるなど。それを思うとちょっと嬉しくなったりね。
- だから、若いころに死は非日常だったけれども、今は死ぬ側にいるということを、嘘っぽくなくいえる。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料9

老一老いと成熟について

71歳では、「年を取るって、絶対に面白いことなの。若いときには「当たり前」だったことができなくなる。それが不幸だとは思わない。そこを面白がっているんですよ」、「老いは当たり前に来るものなので、ブレーキはかけない。やってきたように死んでいくんじゃないかな」、「最後のセリフは「今世は、これにてご無礼いたします」。いいセリフでしょ」と話しています。(資料10)

第3章 老一老いと成熟について

037/120

2014年10月(71歳)

- 年を取るって、絶対に面白いことなの。若い時には「当たり前」だったことができなくなる。それが不幸だとは思わない。そのことを面白がっているんですよ。
- 老いは当たり前に来るものなので、ブレーキはかけない。やってきたように死んでいくんじゃないかな。
- 最後のセリフは「今世は、これにてご無礼いたします」。いいセリフでしょ。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料10

病—がんと病いについて

「病気のおかげで、いろいろな気づきもありました。だって気づきをしないと、もったいないじゃない」、「せっかく大変な思いをするのに、それを「こんなふうになってしまって」と愚痴にしていたら、自分にとって損ですから」、「私は病気については「あ、そう来たか」と捉えています」というのは72歳の時の発言。(資料11)

第2章 病—がんと病いについて

023/120

2015年6月(72歳)

- 病気のおかげで、いろいろな気づきもありましたね。だって、気づきをしないと、もったいないじゃない？
- せっかく大変な思いをするのに、それを「こんなふうになってしまって」と愚痴にしていたら、自分にとって損ですから。
- 私は病気については、「あ、そう来たか」と捉えています。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 11

死—生と死について

これは先ほどの正月の宣伝写真が出た後です。「私こうやってね、お正月かなんかに、「死ぬ時ぐらい好きにさせてよ」なんて(広告の写真が)出ると、なんかこう、自分の死への考えがあるみたいだけど、そんなにおこがましくはないのね」、「死っていうものに対して謙虚で。じたばたしてても、みっともなくとも、それはそれで子どもに受け継がせていくというような気持ち」と話しています。(資料12)

第8章 死—生と死について

108/120

2016年2月(73歳)

- 私こうやってね、お正月かなんかに、「死ぬ時ぐらい好きにさせてよ」なんて(広告の写真が)出ると、なんかこう、自分の死への考えがあるみたいだけど、そんなにおこがましくはないのね。
- 死っていうものに対して謙虚で。じたばたしてても、みっともなくとも、それはそれで、子どもに受け継がせていくというような気持ち。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 12

死一生と死について

それから75歳になると、「後期高齢者の仲間入りね。ここまで十分生かしてもらったなあ、って思います」、「人間いつかは死ぬ」とよく言われます。これだけ長くがんと付き合っているとね、「いつかは死ぬ」じゃなくて「いつでも死ぬ」という感覚なんです、「人から見るとそれを「覚悟」と言うのかもしれませんがね」と言っています。(資料13)

第8章 死一生と死について

109/120

2018年5月(75歳)

- 後期高齢者の仲間入りね。ここまで十分生かしてもらったなあ、って思います。
- 「人間いつかは死ぬ」とよく言われます。これだけ長くがんと付き合っているとね、「いつかは死ぬ」じゃなくて「いつでも死ぬ」という感覚なんです。
- 人から見るとそれを「覚悟」と言うのかもしれませんがね。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 13

生一人生と幸福について

「もっと、もっと」という気持ちをなくすのです。「こんなはずではなかった」「もっとこうなるべきだ」という思いを一切なくす。自分を俯瞰(ふかん)して、今こうしてられるのは大変ありがたいことだと思うと、余分な要求がなくなり、すーっと楽になります、「これはやはり、病気になってから得た心境でしょうね。いつ死ぬかわからない。諦めるというのではなく、こういう状態でもここまで生きて、上出来、上出来」とも話しています。(資料14)

第1章 生一人生と幸福について

008/120

2018年5月(75歳)

- 「もっと、もっと」という気持ちをなくすのです。「こんなはずではなかった」「もっとこうなるべきだ」という思いを一切なくす。自分を俯瞰して、今こうしてられるのは大変ありがたいことだと思うと、余分な要求がなくなり、すーっと楽になります。
- これはやはり、病気になってから得た心境でしょうね。いつ死ぬかわからない。諦めるというのではなく、こういう状態でもここまで生きて、上出来、上出来。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 14

死一生と死について

そして最後ですが、「今なら自信を持ってこう言えます」、「今までの人生、上出来でございました」、「これにておいとまいたします」ということで、9月15日にお亡くなりになりました。(資料15)

第8章 死一生と死について

120/120

2018年5月(75歳)

- 今なら自信を持ってこう言えます。
- 今までの人生、上出来でございました。
- これにておいとまいたします。

2018年9月15日逝去

 一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 15

尊厳死と安楽死

(資料16)

本日のお話

- はじめに-樹木希林さんの遺言
- 尊厳死と安楽死
- 世界の尊厳死事情
- 事前指示書(リビングウィル)とACP
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

 一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 16

その他の有名人の末期の言葉を拾ってみましょう。

日野原重明先生—最後の言葉

聖路加の日野原重明先生は105歳まで生きてわけですが、最後の言葉は「最期がよければいい。最期を本当に静かに、感謝して。人生の最期の言葉は「ありがとう」、みんなに「ありがとう」ということです。日野原先生は大往生したほうかなと思います。(資料17)



桂歌丸「自分自身も考えなくては」

それから歌丸さんです。この人はヘビースモーカーで、閉そく性肺疾患でしたから、酸素ボンベを携帯していました。最後はひょっとして苦しかったのではないかと思います。たまたま元気なときに、NHKスペシャル『人生のしまい方』というものに出ていました。自分なりにかなり終末期を考えた発言もなさっていました。(資料18)



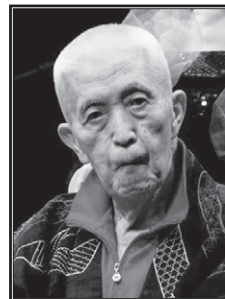
大橋巨泉「生きていても意味がない」 永六輔1994年出版『大往生』

それ以前、2016年にお亡くなりになったのが大橋巨泉さんと永六輔さん。皆さん、ご存知の方々だと思います。巨泉さんは、安楽死について語っています。やはりがんで全身痛かったのでしょうか。「生きていても意味がない」と漏らしたところ、弟さんから、「今の日本では安楽死は認められない」と諭されたそうです。彼は、週刊現代に『今週の遺言』というコラムを連載しており、そこに書かれていたエピソードです。

永六輔さんは、昔、『大往生』という本を書いてベストセラーになりました。その後、ご自身はパーキンソン病になり、骨折して寝たきりになりました。最期はどうだったかわかりませんが、ご本人としては大往生だったのかもしれませんが。(資料19)



大橋巨泉(82歳)2016年7月12日死去: 2005年胃がん、13年咽頭がん、14年リンパ節のがん、15年肺がん、16年2月鼻腔がん。病状について看病する弟に「生きていても意味がない」と漏らしたところ、「今の日本の法律では安楽死は認められていない」と返されていたことも赤裸々につづっている。



永六輔(83歳)2016年7月7日死去: 2010年前立腺がん、パーキンソン病。2011年大腿骨骨折。エッセイストとしても数々の作品を発表し、1994年に出版した『大往生』は200万部を超えるベストセラーに。

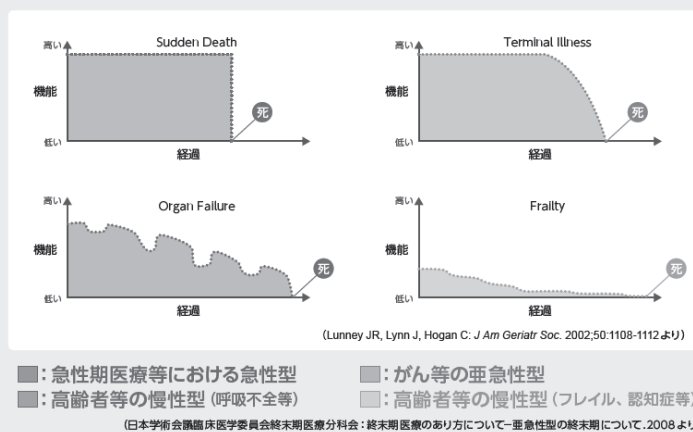
一般財団法人 日本尊厳死協会

資料19

人生の最期に至る軌跡

人生の最期がどうなるのかについてです。①自殺とか事故とか、病気で突然なくなるようなケース、②がんのようにあるところまではいいのだけれども、悪くなるとどっと悪くなるケース、③心不全とか呼吸不全とかでよくなったり悪くなったりを繰り返しながら死に至るケース、④認知症のようにどんどん弱って亡くなっていくという4つのケースがあります。いろいろなパターンがあるので、死に時というのは、なかなか分かりません。生きているときに、自分がどの辺にいるのかということはなかなか分からないものです。(資料20)

図 人生の最期に至る軌跡



一般財団法人 日本尊厳死協会

資料20

死因順位別にみた年齢階級別死亡数・死亡率

日本の統計にはどういう病気で死亡したかをまとめた人口動態統計があります。ご存知のように、日本人の3大死因というのは、長らくがん、心臓、脳卒中でした。(資料21)

死因順位(第10位まで)別にみた年齢階級別死亡数・死亡率(人口10万対)

年齢階級	全死因	悪性新生物<腫瘍>	心疾患(高血圧性を除く)	脳血管疾患	老衰	肺炎	不慮の事故	誤嚥性肺炎	腎不全	自殺	血管性及び詳細不明の显症	年齢階級
総数	1 075.3	299.5	164.3	88.2	81.3	77.7	32.4	28.7	20.2	16.4	15.7	総数
0~4歳	50.7	1.6	1.2	0.0	-	0.9	3.0	0.0	0.1	-	-	0~4歳
5~9	6.8	1.4	0.3	0.2	-	0.1	1.2	-	0.0	-	-	5~9
10~14	8.1	1.8	0.4	0.2	-	0.1	0.9	-	0.0	1.9	-	10~14
15~19	19.7	2.1	1.0	0.2	-	0.2	3.9	0.0	0.0	7.8	-	15~19
20~24	34.2	2.9	1.5	0.3	-	0.1	5.7	0.0	0.0	17.8	-	20~24
25~29	37.9	4.5	2.2	0.9	-	0.1	4.8	0.1	0.0	17.5	-	25~29
30~34	47.3	9.0	3.4	1.8	-	0.4	3.8	0.0	0.0	18.6	-	30~34
35~39	61.8	14.9	5.6	3.6	-	0.6	4.6	0.0	0.3	17.8	-	35~39
40~44	95.0	28.5	10.7	8.5	-	0.7	6.1	0.1	0.4	17.5	-	40~44
45~49	150.8	51.2	19.0	14.0	-	1.6	7.7	0.3	0.7	20.1	0.0	45~49
50~54	237.4	90.5	29.8	20.9	-	3.0	10.1	0.7	1.3	22.8	0.0	50~54
55~59	366.9	162.7	45.0	26.9	-	5.5	14.6	1.4	2.4	21.9	0.1	55~59
60~64	580.4	274.5	70.1	40.7	0.2	13.0	19.8	3.2	5.4	18.3	0.8	60~64
65~69	936.7	450.4	112.0	63.3	1.7	26.4	27.7	7.7	11.3	17.9	2.2	65~69
70~74	1 415.3	639.9	171.8	98.4	7.8	56.5	43.8	17.6	19.6	19.3	6.2	70~74
75~79	2 321.4	879.4	310.2	184.9	32.4	131.2	72.9	45.1	38.6	19.3	18.0	75~79
80~84	4 285.8	1 283.8	633.7	374.5	168.6	323.1	131.4	116.9	88.2	21.0	67.4	80~84
85~89	7 971.7	1 737.9	1 339.4	715.7	624.7	746.5	232.0	284.4	187.4	19.5	160.2	85~89
90~94	14 147.3	2 068.7	2 613.7	1 252.7	2 109.8	1 468.4	347.9	579.8	350.6	19.3	363.4	90~94
95~99	25 764.6	2 288.6	4 892.1	2 124.8	6 162.8	2 695.0	522.8	1 047.8	529.7	19.8	762.6	95~99
100歳以上	41 498.5	1 876.1	7 219.4	2 692.5	15 967.2	3 914.9	653.7	1 497.0	583.6	17.4	1 226.4	100歳以上

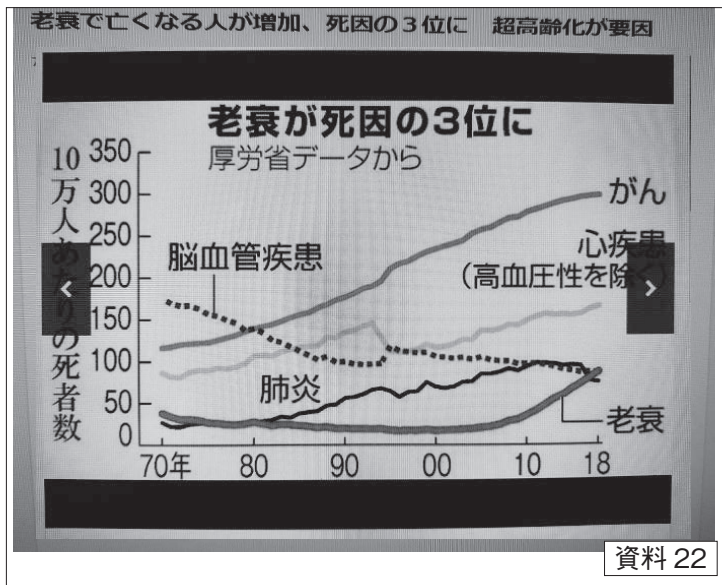
平成29年(2017年)人口動態統計 一般財団法人 日本葬死協会

資料21

老衰で亡くなる人が増加、死因の3位 超高齢化が要因

ところが昨年、老衰が死因の3位になりました。脳梗塞を抜いて死因の3位になったのです。年齢で見ると90歳以上の超高齢者が多くなっています。

老衰で亡くなる人が増えたということは、逆の見方をするとこれという病気がなくて逝ったのだなということになります。少し語弊があるかもしれませんが、老衰で亡くなられた方は、安らかな最期だったということになるのではないのでしょうか。(資料22)



尊厳死、平穏死……安楽死

老衰で亡くなった人たちが満足して安らかに亡くなられた。「安らかな死」を表現する様々な言葉がありますが、老衰死は安楽死や私たちの団体名である尊厳死などの言葉は、それぞれ、どこが違うのでしょうか。(資料23)



橋田壽賀子

私は安楽死で逝きたい

一昨年、『渡る世間は鬼ばかり』の作者橋田壽賀子さんが、『文芸春秋』に、『私は安楽死で逝きたい』という文章を寄せ、大変評判になりこの年の文芸春秋読者賞をいただきました。加筆修正したものを文春新書として発売すると、これもベストセラーになりました。(資料24)



スイス「看取りの家」

この文章中に、「スイスには70万円で安楽死をさせてくれる団体があるのです」と書いています。どういう団体かという、こういう団体です。スイスにはいくつかあるのですが、そのうちの1つです。これは私がたまたま見学に行って写真を撮ってきました。

2階建てで外側がこういう青色の鋼板で覆われています。看板はありません。看板があるとこのような活動を快く思っていたい団体からの妨害があるようです。必ずしもみんながみんな認めているわけではありません。後でなぜかという話をします。



1階が1LDKで、2階にも同じものがあります。これは庭です。これが遺体安置所です。スイスの団体の人たちは、外国から来る方々にも自殺ほう助ができる国なので、外国から来て、こういう団体に助けを求めるといふ人々もいます。先ほどの橋田さんの本にもそのように書かれていました。

私が見学したときには、5日前までイスラエルの方が来ていたそうです。やはりがんの末期で耐えがたい痛みで治しようがないということでした。到着するとこの組織の人が温かく迎えます。2日目に近所の開業医が来られて診察をします。診察をするからには、それまでの膨大なカルテ、検査データを患者が持参しますが、そういうものを全て見て、「確かにあなたはもう治らないし、余命も非常に限られているかもしれません。だけれども、ここで命を絶つということ、あなたは本当にいいのですか」ということを医者が聞きます。本人が「いいです」と言うと、医者は「分かりました。もう1日、あなたにあげますから、よく考えてください」と言って、3日目を自分の内省の日に当てます。4日目になりますと、別の医者が診察に来ます。同じ人ではありません。その人がやはり同じようにカルテを見て、本人の所見と前医の意見を参照しつつ、本人の意思を確認します。本人の病態が不治かつ末期と判断されれば、そこで処方箋が発行されます。その処方、自殺薬と言われていますが、ペントバルビタール系の薬物、先日、首を折った有名な競走馬がいて、安楽死させたと言っていますが、薬殺した時のクスリと同じものです。その処方箋を団体職員がチューリッヒで唯一扱う薬局に持っていき、自殺薬を入手します。

聞いたところでは、このイスラエルの方はその4日目の晩に20人ほど、親戚、友達を呼んで、どんちゃん騒ぎをやったそうで、5日目の朝に服薬し亡くなりました。自分で飲むのだから言ってみれば自殺です。そうすると遺体がここの霊安室に置かれ、警察と検視官が呼ばれます。「本当に本人が飲んだのですか」ということです。たとえば肢体不自由で自分自身で服用できない場合、誰かが手を下すとなると、その場合、この人は自殺ほう助で捕まります。自分で服用できない人を助けるとこの国では犯罪になる恐れがあるので、この団体では障がい者の受け入れはしないとのこと。スイスにはまた後で別の事例もお話ししますが、このようにいくつかの団体組織があります。(資料25)

日本の安楽死報道

こういうことを日本でやると、当然殺人罪になります。以前、東海大学の病院でこういう話がありました。(資料26)



安楽死の種類

このときに横浜地裁の判事は、安楽死について3つに分類しました。「患者が苦しむのを長引かせないために、延命治療を中止して死期を早めること」、「苦痛の除去・緩和を主目的とする医学的適正性を持った治療行為であるが、同時に、生命の短縮が結果として生じること」、「苦痛から患者を解放するために意図的・積極的に死を招く医療的措置を講ずること」というものです。上2つは、積極性という意味において大きな違いがあるから、尊厳死と呼び、3番目を安楽死と呼ぼうというのが日本の考え方になりました。(資料27)

東海大安楽死事件横浜地裁判決(1995年3月28日) 安楽死の種類

- 消極的安楽死: 患者が苦しむのを長引かせないために、延命治療を中止して死期を早めること
- 間接的安楽死: 苦痛の除去・緩和を主目的とする医学的適正性を持った治療行為であるが、同時に、生命の短縮が結果として生じること
- 積極的安楽死: 苦痛から患者を解放するために意図的・積極的に死を招く医療的措置を講ずること

⇒日本では死なせるという積極性において大きな違いがあることから、前二者を尊厳死、後者を安楽死と呼んでいる

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 27

人の死(1)

現在、医学部で履修すべき標準科目というか、こういうことを授業で教えてくださというモデルのカリキュラムが文科省から示されているのですが、一番新しいものは平成28年の改訂版です。これを見ますと、A～Gまである大項目うちのEに「全身に及ぶ生理的变化、病態、診断、治療」という項目があります。この中に中項目がE1からE9まであり、E9は「人の死」とあります。ここを開けますと、小項目E9-1「生物学的死と社会的死」が出、「ねらい：個体の死を理解する」とあり、「学修目標」が①からこのようにずっと並んでいます。(資料28)

E-9. 人の死

E-9-1)生物学的死と社会的死
ねらい:個体の死を理解する
学修目標:

- ①死の概念と定義や生物学的な個体の死を説明できる。
- ②植物状態と脳死の違いを説明できる。
- ③内因死と外因死について違いと内容を説明できる。
- ④突然死の定義を説明でき、突然死を来しうる疾患(乳幼児突然死症候群<SIDS>を含む)を列挙できる。
- ⑤診療関連死を説明できる。
- ⑥死に至る身体と心の過程を説明できる。その個別性にも共感配慮できる。

資料 28

人の死(2)

この学修目標⑨に「尊厳死と安楽死の概念を説明できる」というものがあります。つまり、現在の日本の医学部でも、尊厳死と安楽死の違いをこれから医師になる人は理解しているべきであるということが、カリキュラムで要求されているのです。ということは、医師国家試験にも出題される可能性があります。尊厳死の問題は国家試験に一度か二度出た記憶があります。医師として救命することばかりでなく、死に逝く人を理解する必要性を医学教育で求めているのです。(資料29)

E-9. 人の死

- ⑦人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)での患者とのコミュニケーション、頻度の高い苦痛とその対処法・ケアを説明できる。
- ⑧水・補液、栄養管理を含む人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)と小児の特殊性を説明できる。
- ⑨人生の最終段階における医療(エンド・オブ・ライフ・ケア)での本人の意思決定、事前指示、延命治療、DNAR(Do not attempt resuscitation)、尊厳死と安楽死、治療の中止と差し控えの概念を説明できる。
- ⑩患者の死後の家族ケア(悲嘆のケア(グリーフケア))を説明できる。

資料 29

患者の権利に関する世界医師会(WMA) リスボン宣言(1981年9月)

世界では、終末期の医療についてどのように考えているのでしょうか。患者の権利に関する世界医師会のリスボン宣言があります。1981年に発せられ1995年に改定されたのですが、そのときの原則10に「尊厳に対する権利」として、「患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する」という条文があります。これは日本医師会が訳したのですが、「死を迎える」と書いてあり、原文を当たると、「making dying」と書いてあるのです。ただの「dying」ではなく、「making」が付いているのです。「make」というのは使役動詞ですから、「死ぬ」のではなく、「死なせる」のです。誰が死なせるのかと言うと、これは医師会の宣言ですから医者なのです。(資料30)

「尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎える権利」、安楽死、自殺ほう助、緩和ケア、あるいは看取りという患者の権利であるこのリスボン宣言を生かすために、いくつかの国で法制化されました。後で話しますが、この法制化の大前提にはLW、事前指示書という患者の意思の尊重があります。

Assisted dying law reforms up to April 2019

世界には安楽死や自殺ほう助を認めている国、地域、そういうものを認めないで、緩和ケアや看取りのルールを作った国と大きく分かります。今年の4月現在で、前者の法制定がなされている国と地域はご覧の通りです。(資料31)

患者の権利に関する世界医師会(WMA) リスボン宣言(1981年9月)

1995年9月、インドネシア、バリ島第47回WMA総会で修正
2005年10月、チリ、サンティアゴ第171回WMA理事会で修正

原則10. 尊厳に対する権利

c. 患者は、人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限り尊厳を保ち、かつ安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。

c. The patient is entitled to humane terminal care and to be provided with all available assistance in making dying as dignified and comfortable as possible.

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 30

Assisted dying law reforms up to April 2019

Various forms of medical assisted dying have been approved in the following states and nations. Each law has its own limits, rules and guidelines. All but Switzerland forbid foreigners this type of help to die. Only Canada, the Netherlands and Belgium permit chosen death via doctor lethal injection; all others are by doctor prescription which the patient drinks. US reforms marked *

- Switzerland 1940
- *Oregon 1994
- Colombia 1997
- The Netherlands 2002
- Belgium 2002
- *Washington 2008
- Luxembourg 2009
- Montana 2009 (court ruling only)
- *Vermont 2014
- Quebec 2015
- *California 2016
- Canada 2016
- *Colorado 2016
- *Washington DC 2017
- *Hawaii 2019
- *New Jersey 2019

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 31

世界の尊厳死事情

そこで、今日の本題になります。(資料32)

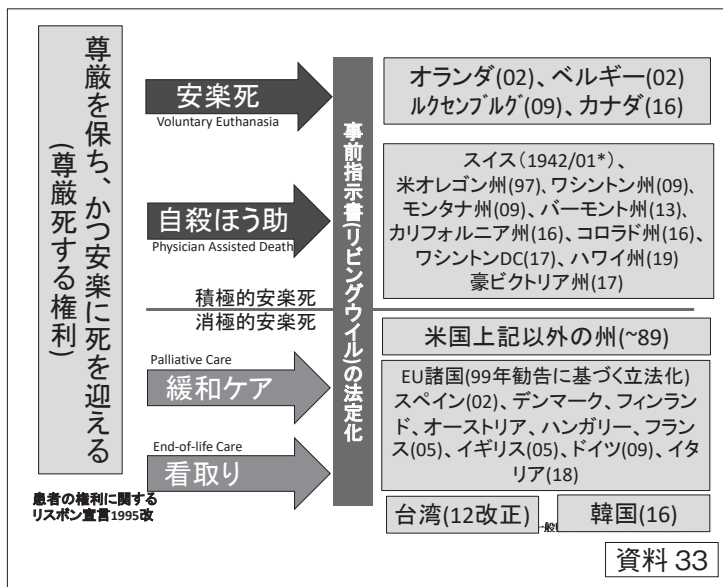
本日のお話

- ・ はじめに- 樹木希林さんの遺言
- ・ 尊厳死と安楽死
- ・ **世界の尊厳死事情**
- ・ 事前指示書(リビングウィル)とACP
- ・ おわりに- 健やかに生き、安らかに逝く

一般財団法人 日本尊厳死協会

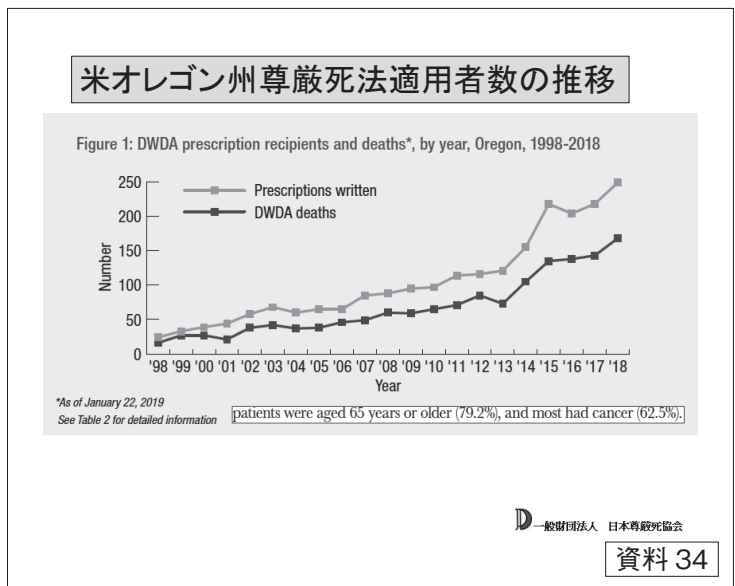
資料 32

安楽死に関しては4か国、カナダとオランダとベルギー、ルクセンブルグですが、医師が直接致死量の薬を注射することが許されています。他は、ドクターの「自殺薬」処方、医師による自殺ほう助を法定化しており、スイス、米国やオーストラリアのいくつかの州があります。ただ、法定化されたが、違憲立法だとしてもめている州、例えばハワイでは法律は成立しましたが、反対派だと提訴し連邦裁判所で争っていたり、カリフォルニアでも法施行が停止されていたりという州があると聞いています。これらの国の中で、スイスだけが外国人に対して自殺のほう助ができます。(資料33)



米オレゴン州尊厳死法適法者数の推移

それぞれの国における法制定の経緯をお話ししたいと思います。米オレゴン州は1994年、最初に自殺ほう助を法制化しました。96年に法律が発効し、連邦裁判所の判断も出て実際には98年から動き出しました。最初は法適用で薬物を処方された者が数十人のレベルでしたが、今は処方される数が250人を超えるぐらいになりました。ただ処方薬を飲まなかった者もおりますので、実際の死亡者はそれより少なくなっています。死亡者の平均年齢が65歳以上ということが書いてあります。(資料34)



この法律が通過するとき、一番の問題だったのが、弱者に対する差別、虐待につながるのではないかということでした。滑り坂理論といって、一旦ルールが決まるとそれが独り歩きし、本来は対象とはならない患者にも広がって、社会的弱者に対する無言の圧力になるのではないかということです。それから虐待です。「つまり、患者が致死量薬物を要請するのは、精神病患者であるかもしれない、又は無節操な親族の圧力によるものかもしれない、等の恐れ」だということです。

こういうことがあったのですが、98年からの統計報告を調べても、これらの恐れはオレゴンでは起きませんでした。「自殺介助を要請した者は概ね白人であり、平均して財政的にも安定した人たちであり、更に高学歴の人たちであります」ということが、2012年『The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE』に掲載されています。(資料35)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Redefining Physicians' Role in Assisted Dying
Julian J.Z. Prokopetz, B.A., and Lisa Soleymani Lehmann, M.D., Ph.D.
N Engl J Med 2012; 367:97-99 July 12, 2012

- 残りの3つの問題点は、患者の安全を脅かす問題；差別一つ、弱者に対する虐待に繋がるのではないか；slippery slope (滑り坂論法)一つ、終末期でもない患者にも広がり、積極的安楽死(患者の要請が無いにもかかわらず、患者の意思に反して強制的に注射して死に至らしめる)にも繋がるのではないか；虐待一つ、患者が致死量薬物を要請するのは精神病患者であるかもしれない、又は無節操な親族の圧力によるものかもしれない、等の恐れであります。
- これらの恐れはOregon州では起きておりません(2.5)。自殺介助を要請した患者は概ね白人であり、平均して財政的にも安定した人たちであり、更に高学歴の人たちであります。

資料 35

最新のデータを見てみます。法施行から現在まで、オレゴン州で死んだ人たちは1,459人いますが、2018年は168人でした。頭初の4年間で129人ですから、1年に40人ぐらいが法適用者、これが1年に50数人そして60と、年々増えてきたのは事実です。この表を見てお分かりのとおり、亡くなった方の9割以上、96%、去年に至っては97%が実は白人なのです。アフリカ・アメリカン、アメリカン・インディアンなどの割合は少なく、むしろアジア人が死亡者の上位に入っています。

法適用の半分弱は既婚者です。先ほどの『The NEW ENGLAND JOURNAL』は法施行後10年余りのデータ解析でしたが、2018年になっても同じような傾向が出ているということです。人口動態で見ると男の死者が若干多く女性が少ないのですが、平均の死亡者の年齢が72歳となっています。死亡者の平均年齢も年とともに伸びていますので、アメリカでも平均寿命が延びていることになります。(資料36)

Table 1. Characteristics and end-of-life care of 1,459 DWDA patients who have died from ingesting a lethal dose of medication as of January 22, 2019, by year, Oregon, 1998–2018 (Revised April, 2019)

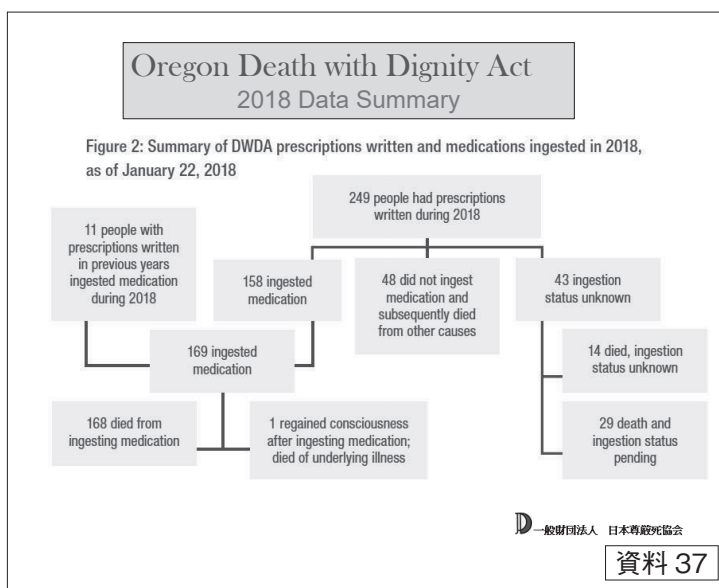
Characteristics	2018		Total		1998-2002		2003-2007		2008-2012		2013-2017	
	(N=168)	(N=1,459)	(N=129)	(N=212)	(N=129)	(N=212)	(N=340)	(N=610)				
Sex	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
Male (%)	87 (51.8)	763 (52.3)	71 (55.0)	112 (52.8)	169 (49.7)	324 (53.1)						
Female (%)	81 (48.2)	696 (47.7)	58 (45.0)	100 (47.2)	171 (50.3)	286 (46.9)						
Age												
18-34 (%)	0 (0.0)	9 (0.6)	2 (1.6)	2 (0.9)	2 (0.6)	3 (0.5)						
35-44 (%)	2 (1.2)	28 (1.9)	3 (2.3)	7 (3.3)	5 (1.5)	11 (1.8)						
45-54 (%)	9 (5.4)	85 (5.8)	10 (7.8)	21 (9.9)	21 (6.2)	24 (3.9)						
55-64 (%)	24 (14.3)	275 (18.8)	21 (16.3)	52 (24.5)	68 (20.0)	110 (18.0)						
65-74 (%)	50 (29.8)	441 (30.2)	46 (35.7)	47 (22.2)	101 (29.7)	197 (32.3)						
75-84 (%)	54 (32.1)	394 (27.0)	37 (28.7)	61 (28.8)	91 (26.8)	151 (24.8)						
85+ (%)	29 (17.3)	227 (15.6)	10 (7.8)	22 (10.4)	52 (15.3)	114 (18.7)						
Median years (range)	74 (40-102)	72 (25-102)	69 (25-94)	69 (29-96)	71 (34-96)	73 (29-102)						
Race												
White (%)	163 (97.0)	1,402 (96.4)	125 (96.9)	207 (97.6)	330 (97.9)	577 (94.9)						
African American (%)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)						
American Indian (%)	1 (0.6)	3 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.2)						
Asian (%)	2 (1.2)	21 (1.4)	4 (3.1)	2 (0.9)	2 (0.6)	11 (1.8)						
Pacific Islander (%)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)						
Other (%)	1 (0.6)	4 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.5)						
Two or more races (%)	1 (0.6)	7 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (1.0)						
Hispanic (%)	0 (0.0)	15 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.9)	3 (0.9)	10 (1.6)						
Unknown	0	5	0	0	3	2						
Marital status												
Married (including Registered Domestic Partner) (%)	72 (43.4)	668 (46.1)	60 (46.5)	94 (44.3)	156 (46.3)	286 (47.2)						
Widowed (%)	32 (19.3)	319 (22.0)	29 (22.5)	44 (20.8)	85 (25.2)	129 (21.3)						
Never married (%)	20 (12.0)	114 (7.9)	8 (6.2)	20 (9.4)	27 (8.0)	39 (6.4)						
Divorced (%)	42 (25.3)	349 (24.1)	32 (24.8)	54 (25.5)	69 (20.5)	152 (25.1)						
Unknown	2	9	0	0	3	4						

Oregon Death with Dignity Act | Patient characteristics | 8

資料 36

Oregon Death with Dignity Act

オレゴン州では、2018年に法律に従って薬物を処方された者は249人でした。しかし、そのうち服用した人(死んだ人)が158人ですから、服用しなかった人(その時は生きていた人)が48人いるのです。結局、もう自分は最期だからと思って処方してもらったあと、一種の「いつでも死ぬる」と思って安心してしまうということがあるのではないかという気がします。(資料37)



資料 37

ベネルクス3国の安楽死法

オランダ、ベルギー、ルクセンブルグのベネルクス3国は安楽死法が整備されています。オランダは2001年に法律ができ、2002年から発効しています。ベルギーは2002年成立、その後2014年に法改正し、子どもにも安楽死を広げました。これは当時、結構ニュースになりました。(資料38)

ベネルクス3国の安楽死法			
	ルクセンブルグ	ベルギー	オランダ
法律成立日	2009年3月17日	2002年5月28日	2001年4月10日
法律名	安楽死と自殺ほう助に関する法律	安楽死に関する法律	要請による生命の終結及び自殺幫助(審査手続き)法
自死ほう助	オランダと同じ	オランダと同じ	積極的安楽死を認める
医師の免責	安楽死又は自殺幫助の求めに応じて医師がなす行為は、刑事罰を免れる。刑事上の損害賠償責任を負わない。	一定の条件を満たした場合、刑法に触れない	同法2条の注意義務を満たす場合に刑事罰を問わない
実行要件	・安楽死は回復不能な末期疾患患者に限る ・本人が繰り返し意思を表明する ・二人の医師の同意が必要である ・主治医師が重大でかつ慢性的な苦痛を伴う状態にあること	・16歳以上で判断能力があり、安楽死の意思を表明すること。 ・本人が繰り返し意思を表明すること。 ・二人の医師の同意が必要である。 ・主治医師が重大でかつ慢性的な苦痛を伴う状態にあること。	注意義務: ① 患者の自発的希望であると医師が確信すること ② 患者の苦痛耐え難く、改善の見込みがないことを医師が確信すること ③ 患者に状況説明と予後見込みを説明すること ④ 患者と話し合い双方が納得すること。 ⑤ 他の医師の意見を聞くこと。 ⑥ 上記手続きが行われた場合は死亡診断書と別書式で検査官に届けること。
LW/代諾者	本人の指名。本人が意思表明できない場合は、本人の意思の代弁者。本人の意思表明がなされた後、本人に意識がない状態に達した場合に本人に意識がない状態であることを証明するための事前宣言書の作成。	本人の指名。本人が意思表明できない場合は、本人の意思の代弁者。本人の意思表明がなされた後、本人に意識がない状態に達した場合に本人に意識がない状態であることを証明するための事前宣言書の作成。	未成年でも安楽死の措置を受けられる。 ① 12歳-16歳未満で本人に判断能力がある場合は親または後見人の同意 ② 16歳-18歳未満で本人に判断能力がある場合は親または後見人に相談 患者本人が意思を表明できない状態であっても、16歳以上であれば、判断能力があった時点で同意書が行われた場合は安楽死措置を受けることができる。 大臣任命による地方審査会規定。
任命機関	医師や公務員からなる全国委員会	連邦管理評議会	大臣任命による地方審査会規定

ベネルクス3国の安楽死法

2014年2月13日、回復の見込みがない子ども患者と認知症の患者にも安楽死の権利を認める法案が成立した。

資料 38

オランダ安楽死法

オランダの話をしてします。オランダで自殺ほう助は刑法違反です。しかしその違法性を阻却するのがこの安楽死法で、正確には「要請に基づく生命終結と、自殺幫助に関する審査法」という手続法なのです。こういう手続きを取れば、刑法違反を問わないという法律を作ったのです。

安楽死は、ホームドクターが執行しますが、もう1人の医師の判断と同意が必要です。認知症などのケースというのは、非常に問題になります。各地域の審査があって、この審査会を通らないといけません。オランダの年報報告を見ますと、問題となったケースは必ず記載されており、どのような議論があって、どう判断したかということもしっかり報告されています。

オランダでは、先ほど出た滑り坂理論、つまり不適切な法律の適用拡大がなされないよう、立法時に考慮すべき事項として、精神疾患、認知症、高齢者に見られる多くの症状を挙げ、この症状と死に至る末期状態との鑑別について、医師に峻別するよう求めています。(資料39)

オランダ安楽死法	
自殺ほう助はいまだに刑法違反。その特例として、厳しい基準を設けてそれを満たせば、免責になる、合法になるという法律。	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 安楽死はHome doctorが執行するが、別にindependent physicianの判断と同意が必要。 ・ Dementiaなどのケースは、several experts (such as psychiatrist, neurologist, geriatrician) の相談と合意も必要。 ・ そしてMunicipal Pathologistの審査も受ける。その上で執行して、Review committeeに報告する。 ・ Review committeeの審査を通ればOKだが、最悪の場合、検察庁に回されることもある。 ・ なぜなら、この法律は刑法の特例なので、規定された厳しいcriteriaを通すればOKだが、そうでなければ起訴される。 ・ いずれにせよ、大前提は、あくまで患者の意志の確認であり、確認されれば、それに(治う)というもの。 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ オランダでは、「滑り坂理論」による不適切な適用拡大が心配された。そこで立法時に考慮すべき事項として、精神疾患、認知症、高齢者に見られる多くの症状を挙げ、これらの症状と死に至る末期状態との峻別について、医師に注意喚起した。 	

資料 39

オランダ安楽死の推移

しかし、これが一番新しいデータで全死亡における安楽死の割合ですが、この表では、2.7%(2011年)、3%(12年)、3.4%(13年)、3.8%(14、15年)、3.8%(16年)、そして17年が4.4%と増加しています。昨年(2018年)は少し死亡率(4%)が低下しました。安楽死させる理由で一番多い症状はがんです。がんが全体の6割以上を占めています。がんの末期に安楽死を選ぶというのは圧倒的に多いのです。

統計では認知症、精神症状、フレイルなどの老人に見られる多数の症状が上がっています。つまり、当初「十分鑑別診断すること」


を要請していたのですが、法施行10年後あたりから鑑別診断が難しくなってきた、法律もそういう状態で本人が死にたいと言ったら、医師の判断で容認してもよろしいとなりました。表でお分かりのように、2013年に、突然、「年寄りに見られるさまざまな症状」という理由で、安楽死を選んだ人たちが増えてきています。しかし昨年、認知症、あるいは、精神状態がおかしいのではないかとすることを理由に医師が安楽死させているのではないか、という批判が高まった結果、死亡率がやや低下したと思われます。(資料40)

オランダ安楽死の推移 2011~18								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total Death	135741	140813	141245	139223	147134	148973	150027	153328
Euthanasia Total	3695(2.7%)	4188(3%)	4829(3.4%)	5306(3.8%)	5516(3.8%)	6091(4%)	6585(4.4%)	6126(4%)
Cancer	2797	3251	3588	3888	4000	4137	4236	4013
CVD	114	156	223	247	233	315	275	231
Neurological D	205	257	294	317	311	411	374	382
Pulmonary D		152	174	184	207	214	226	189
Dementia		42	97	81	109	141	169	144
Psychiatric D		14	42	41	56	60	83	67
Multiple Geriatric S			251	257	183	244	293	205
Combination	185	172				465	782	738
Other	394	144	160	291	417	104	147	155

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 40

カナダ

次はカナダです。カナダは3年前にMedical Assistance in Dying(MAiD)という法律が成立しました。これは法施行後初めての年次報告書です。ここで述べていますが、カナダの安楽死死亡は、全国民死亡の1.12%です。オレゴン州の0.4%、それからオランダの4%と比較して述べていますが、この数字に対してのコメントはありません。(資料41)



Your health and safety... our priority.

Votre santé et votre sécurité... notre priorité.

Using Statistics Canada's available data for deaths per month in 2017,² and projecting a 2% average annual increase in overall deaths (based on data trends from 2013 to 2017), we estimate that for the first 10 months of 2018, **MAiD has accounted for approximately 1.12% of the estimated total deaths in Canada during this reporting period.** This means that Canada's percentage of medically assisted deaths (as a proportion of total deaths) increased only slightly since the last reporting period.³ The percentage of deaths due to MAiD in Canada also continues to remain within the percentage of medically assisted deaths provided in other countries where 0.4% (Oregon, USA, 2017)⁴ to 4% (Netherlands, 2017)⁵ of total deaths has been attributed to a medically assisted death.

Fourth Interim Report on
MEDICAL ASSISTANCE IN DYING IN CANADA

Publication date: April 2019

This publication may be reproduced
is fully acknowledged.

Cat.: H14-230/4-2019E-PDF
ISBN: 978-0-660-30379-6
Pub.: 180947

資料 41

カナダの特徴は、州によって異なりますが、看護師、Nurse Practitionerが患者の自殺ほう助をすることができます。第4四半期、一番新しいところのデータを見ると、医師が93%、看護師が7%の割合で患者に対し介入しています。

ブリティッシュコロンビア州、バンクーバー在住の知人に聞きましたが、カナダは土地が広いので、離島やへき地に住んでいるという患者に対しては薬物を送付し、テレビ電話というか、スマホかもしれませんが、服薬の方法を指導することもあると言っていました。(資料42)

Table 2. Profile of medically assisted deaths and persons receiving MAiD in Canada (excludes: Quebec, Northwest Territories, Yukon, and Nunavut)

Reporting period	June 17 to December 31, 2016 (6 months) ^a	January 1 to June 30, 2017 (6 months)	July 1 to December 31, 2017 (6 months)	January 1 to October 31, 2018 (10 months)
Total number of medically assisted deaths	510 ^a	875	1086	2614
Number of clinician-administered deaths	506	874	1086	2613
Number of self-administered deaths	4	1	0	1
Number of medically assisted deaths by clinician ^b				
Physician	N/A	837 (96%)	1031 (95%)	2421 (93%)
Nurse Practitioner	N/A	38 (4%)	55 (5%)	103 (7%)
Settings in which MAiD occurred ^c				
Hospital	249 (50%)	368 (42%)	440 (41%)	1148 (44%)
Patient's home	182 (37%)	350 (40%)	470 (43%)	1107 (42%)
Long-term care facility or nursing home	30 (6%)	78 (9%)	58 (5%)	140 (5%)
Hospice	- ^e	- ^e	32 (3%)	103 (4%)
Other/Unknown ^f	37 (7%)	79 (9%)	86 (8%)	114 (4%)

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料42

MAiD法適用者の平均年齢は、米オレゴン州と同様72歳くらいです。法律ができると、各所からの批判に耐えることができる報告書を作成します。したがって、こういうような非常にしっかりとしたデータが出てきます。だから私たちもアクセスできます。(資料43)

Age range of persons receiving MAiD¹

18-45	N/A	18 (2%)	16 (1%)	49 (2%)
46-55	N/A	39 (4%)	51 (5%)	140 (5%)
56-64	N/A	150 (17%)	159 (15%)	362 (14%)
65-70	N/A	144 (16%)	171 (16%)	406 (16%)
71-75	N/A	124 (14%)	144 (13%)	401 (15%)
76-80	N/A	119 (14%)	156 (14%)	351 (13%)
81-85	N/A	102 (12%)	145 (13%)	324 (12%)
86-90	N/A	88 (10%)	135 (12%)	305 (12%)
91+	N/A	89 (9%)	76 (7%)	265 (10%)
Unknown ²	-	23 (3%)	32 (3%)	11 (less than 1%)
Average age of persons receiving MAiD	72	73	73	72
Proportion of men and women ³	49% Men 51% Women	53% Men 47% Women	49% Men 51% Women	51% Men 49% Women
Proportion of persons receiving MAiD in large urban centres ⁴ versus smaller population centres ⁵	86% Large centres 34% Smaller centres	57% Large centres 43% Smaller centres	56% Large centres 42% Smaller centres 3% Unknown ⁶	56% Large centres 44% Smaller centres

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料43

以上、これらの国々は、先ほどの表で言うと、安楽死と自殺ほう助を容認している、あるいは法制化した国々です。

フランス

フランスは隣国のオランダやベルギーが安楽死法を制定したので、その運動が飛び火することを恐れました。カトリックの多いフランスはオランダのような法制化はまずいのではないかという議論があり、結果として2005年に尊厳死法、「患者の権利及び生の終末に関する法律」を成立させています。これは、死にゆく者の尊厳を尊重しない非理性的、執拗な、無益な治療は拒否し、その代わり、積極的安楽死は認めないという法律です。実行要件として、患者の意思表示が必要ということが書いてあります。(資料44)

フランスの場合は、意識がはっきりしているか、していないか、終末期が近いか、近くないかによって4分割し、それぞれ患者にアプローチするということが明確に書かれています。最終的には、医療チームによる合意を経ることということが最後にあるので、やはり医師を含めた医療チームによる判断というものが大事なのですが、患者の事前指示書があることが大前提です。(資料45)

フランス

- ・ アンペール事件(フランス): 2003年9月、ヴァンサン・アンペール (Vincent Lambert) が自殺補助を受け、安楽死を遂げる
- ・ 2005年4月22日: 患者の権利及び生の終末に関する法律
- ・ 死に行く者の尊厳を尊重しない非理性的、執拗な、無益な治療を拒否する。積極的安楽死は認めない
- ・ 実行要件:
 - 重篤な症状にある患者を医師団が判断
 - 患者の繰り返し意思の表明。
 - 治療の中止または中断した場合の結果の通知。それによっても意思が変わらない場合、患者意思を尊重する。
- ・ 信頼できる相談人の指名。親、近親者、かかりつけ医。
- ・ 事前指示書の参照。

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 44

フランス尊厳死法における意識のない患者に対するアプローチ

意識	はっきりしている	はっきりしている	ない	ない
終末期	必ずしも近くない。	生の終末が近い	必ずしも近くない。	生の終末が近い
治療	原則的に、治療の進行を軽視し、患者の生命の維持が患者の意思に優先する。ただし、肉体的かつ精神的な苦痛等で延命措置の差し替えを望む場合には、以下の3つの要件を満たす必要がある。	以下の3つの要件を満たした場合、原則的に、医師は患者の意思を尊重し、延命措置を差し替える。	原則的に、患者の生命の維持が患者の意思に優先する。ただし、以下の3つの要件を満たした場合には延命措置を差し替えることができる。	以下の3つの要件を満たす場合、原則的に、延命措置を差し替える。
条件	①治療の中止又は中断した場合の結果の告知をうけること。	①治療の中止又は中断した場合の結果の告知をうけること。	①患者の事前指示書があり、それによって患者の延命措置の差し替えの意思が確認できること。	①患者の事前指示書があり、それによって患者の延命措置の差し替えの意思が確認できること。
	②患者自身が延命措置の差し替えの意思を繰り返し表明していること。	②患者自身が延命措置の差し替えの意思を繰り返し表明していること。	②信頼できる代理人等から、延命措置の差し替えを実行すべきとの意見が出ること。	②信頼できる代理人等から、延命措置の差し替えを実行すべきとの意見が出ること。
	③医療チームによる合意を経ること。	③医療チームによる合意を経ること。	③医療チームによる合意を経ること。	③医療チームによる合意を経ること。

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 45

イギリス

イギリスは2005年にMental Capacity Actという法律ができました。どこの国もやはり認知症患者の増加が問題です。そのようなケースに対して、イギリスは、精神能力、Mental Capacityを調べます。法律24条に、「当該治療の開始もしくは継続が問題となった時点で同意を与えもしくは拒否する能力を喪失していても、かかる事前の決定が有効かつ適用可能であれば、治療は開始もしくは継続されない」というものがあります。「かかる事前の決定」、つまり事前指示書を持っていれば、それを有効とみなすという法律を作っています。

法律の実行のために後見人という制度をきちんと作っています。日本の後見人制度は、「医療を除く」になっているのですが、イギリスの場合は、医療の部分も関わります。そして後見人は本人のベストインタレスト(最善の利益)を実現すべしと規定されています。(資料46)

イギリス

従って、これはイギリスのアルツハイマー協会のホームページですが、これを見ますと、「あなた方も守られるのです」ということでこの法律の紹介をしています。(資料47)

イギリス

- 2005年:精神能力評価法Mental Capacity Act
 - 第24条:当該治療の開始もしくは継続が問題となった時点で同意を与えもしくは拒否する能力を喪失していても、かかる事前の決定が有効かつ適用可能であれば、治療は開始もしくは継続されない。

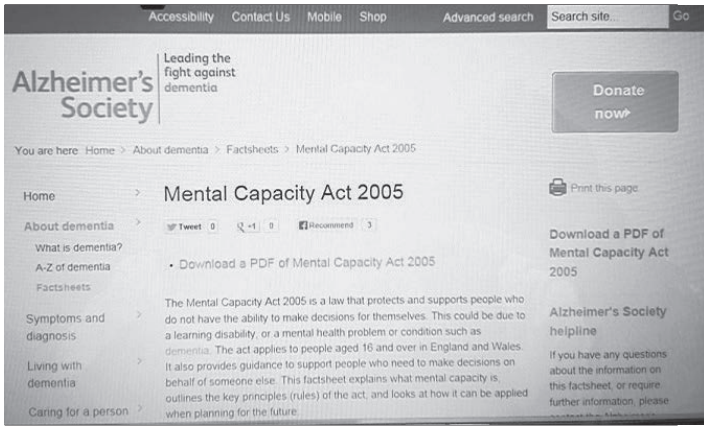
Your right to refuse future medical treatment

If you think your health will affect your ability to make decisions in future, you can make an advance decision to refuse medical treatment. This can detail treatment you don't want to have. Find out about making an advance decision, including one saying you don't want treatment to keep you alive.

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 46

イギリス



Alzheimer's Society

Leading the fight against dementia

Donate now

You are here: Home > About dementia > Factsheets > Mental Capacity Act 2005

Home > **Mental Capacity Act 2005**

About dementia > Tweet 0 > 1 > Recommend 3

- Download a PDF of Mental Capacity Act 2005

The Mental Capacity Act 2005 is a law that protects and supports people who do not have the ability to make decisions for themselves. This could be due to a learning disability, or a mental health problem or condition such as dementia. The act applies to people aged 16 and over in England and Wales. It also provides guidance to support people who need to make decisions on behalf of someone else. This factsheet explains what mental capacity is, outlines the key principles (rules) of the act, and looks at how it can be applied when planning for the future.

Download a PDF of Mental Capacity Act 2005

Alzheimer's Society helpline

If you have any questions about the information on this factsheet, or require further information, please contact us on 0300 223 344.

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 47

ドイツ

ドイツは、イギリス、フランスに4年遅れ、2009年に、第3次改正世話人法という法律を通しています。同意能力のある成年者が、自己が同意無能力の状態になった場合に備えて、書面によって意思表示がしてあれば、世話人はそれを尊重しなければいけないと規定されています。(資料48)

ドイツ

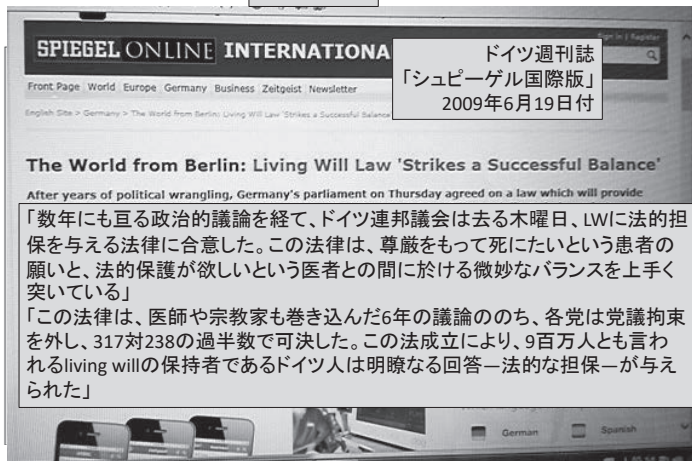
• 2009年：第3次改正世話法(通称「患者の指示(リビング・ウィル)」法)

- 患者の指示(第1901a条・新設)(第1項)：同意能力のある成年者が、自己が同意無能力の状態になった場合に備えて、特定の検査、治療行為又は施術(以下「医療措置」と略)を受けることを承認するか、拒絶するかをあらかじめ書面によって意思表示した場合(患者の指示)に、世話人(我が国の成年後見人に相当)は、当該意思表示が実際の生命及び治療の状況にあてはまるか否かを審査し、あてはまる場合には患者の指示を実現しなければならないこと、患者の指示はいつでも無方式で撤回することができる

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 48

なぜ列国に4年遅れたかと言うと、やはりドイツ人は議論好きなのでしょう。2009年、10年前ですが、この法律が成立した時の独週刊誌『SPIEGEL』誌には次のような記事が掲載されました。「数年にも亘る政治的議論を経て、ドイツ連邦議会は去る木曜日、LWに法的担保を与える法律に合意した。この法律は、尊厳をもって死にたいという患者の願いと、法的保護が欲しいという医師との間に於ける微妙なバランスを上手く突いている」、「この法律は、医師や宗教家も巻き込んだ6年の議論ののち、各党は党議拘束を外し、317対238の過半数で可決した。この法成立により、9百万人とも言われるLWの保持者であるドイツ人は明瞭なる回答—法的な担保—が与えられた」。

ドイツ



ドイツ週刊誌
「シュピーゲル国際版」
2009年6月19日付

The World from Berlin: Living Will Law 'Strikes a Successful Balance'

After years of political wrangling, Germany's parliament on Thursday agreed on a law which will provide

「数年にも亘る政治的議論を経て、ドイツ連邦議会は去る木曜日、LWに法的担保を与える法律に合意した。この法律は、尊厳をもって死にたいという患者の願いと、法的保護が欲しいという医師との間に於ける微妙なバランスを上手く突いている」

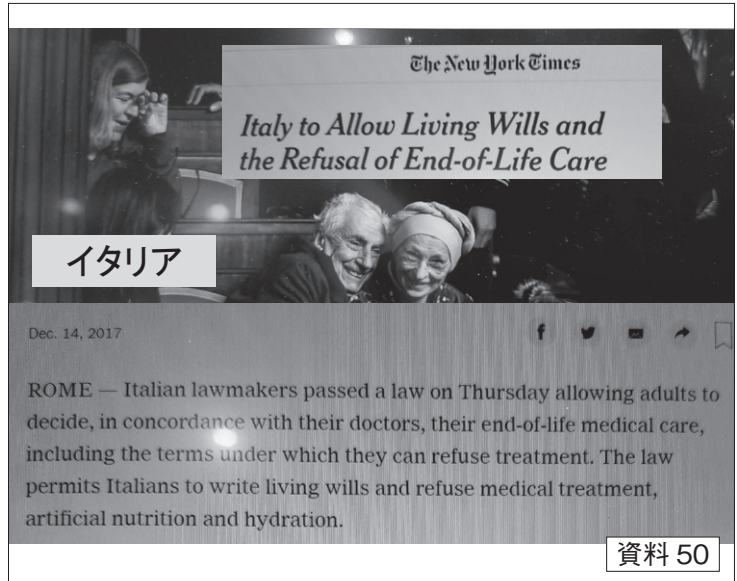
「この法律は、医師や宗教家も巻き込んだ6年の議論ののち、各党は党議拘束を外し、317対238の過半数で可決した。この法成立により、9百万人とも言われるliving willの保持者であるドイツ人は明瞭なる回答—法的な担保—が与えられた」

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 49

この種の倫理・宗教が絡む法律はどここの国でも満場一致になりません。318対238です。メルケル首相はこれに反対しました。その国の政治状況、宗教事情によって違います。尊厳死法のベースにある対立はカトリックとプロテスタントの闘いです。(資料49)

イタリア

カトリックと言えば総本山のイタリアでしょう。イタリアは長らくこの手の問題を議論することを避けてきました。しかし、つい2年前にEnd-of life-medical careに対して治療を拒否するとか、リビング・ウィルを持っていれば治療を拒否することができるという法律が通りました。(資料50)



したがってヨーロッパでは、尊厳死に関する1999年の欧州議会勧告以降、ベネルクス3国、前節で述べたイギリス、フランスが2005年、ドイツが2009年、それから8年遅れでこういうカトリックが強いイタリアでも「もう時代の流れではないか」と、法律を制定した経緯があります。

アメリカ

アメリカは1970年代に、生前の本人の意思を尊重するカリフォルニア自然死法が成立し、それ以来、各州に類似の法律ができて、85年連邦法として統一法ができました。法律には延命治療の不開始、中止を指示する宣言書を作成することができ、それに対して医療者は免責されるということが規定されています。(資料51)

アメリカ

Uniform Rights of the Terminally Ill Act(1985、89改正)
— 終末期患者の権利に関する統一法

第2条: Declaration Relating to Use of Life-sustaining Treatment: 延命治療を用いるかについての宣言

- (a)健全な精神にある18歳以上の者は延命治療の不開始、もしくは中止を指示する宣言書をいつでも作成することができる。(後略)
- (b)延命治療の不開始、中止を医師に指示する宣言書は、次の形式による。(後略)

第9条: Immunities: 免責

- 宣言書に従って、また、本法に応じて行動するものの免責を規定しており、この免責は医師、医師の指示あるいは医師の許可により行動するもの、延命治療の不開始や中止が行われる施設にも適用される。

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 51

その後、今、言った統一法のほかに、90年患者の自己決定法、それから93年ヘルスケア統一法といういくつかの法改正を経て、アメリカは今、事前指示というものがきちんとルール化しています。それに加えて、もう少し進んだアメリカの制度POLST(Physician Orders for Life Sustaining Treatment)が、今、出来上がってきつつあります。(資料52)

米国の事前指示(Advance Directive)連邦法

1. Uniform Rights of the Terminally Ill Act(1985、89改正)
 - 終末期患者の権利に関する統一法
 - 健全な精神にある18歳以上の者は延命治療の不開始、もしくは中止を指示する宣言書をいつでも作成することができる。
 - 宣言書に従って、また、本法に応じて行動するものの免責を規定する。
2. Patient Self-Determination Act(1990) - 患者の自己決定法
 - 医療機関は患者に対し、入院・入所時に事前指示書を作成する権利について書面で告知する。
 - 患者が事前の指示書を作成したかどうかを医療記録に記載する。
3. Uniform Health-Care Decisions Act(1993) - ヘルスケア統一法
 - リビング・ウィルや持続的代理権からは代行決定者がわからない場合、代行決定者となる人のリストを定める。
 - そのための事前指示の書式例を示す。

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 52


日本では以前、2004年に議員連盟で「尊厳死法案」が作成されました。しかし、これはカリフォルニア自然死法をベースにしているから、今の日本には合わないのではないかと考えます。この話はまた機会があれば話します。

ツツ大司教(南ア)ノーベル平和賞受賞者

これは南アフリカでノーベル平和賞に輝いたツツ大司教です。ツツ大司教の所属は確か英国国教会ですから、どちらかと言うカソリックに近く、こういう発言はいかがかと思いますが、ご本人が85歳のときに、「Terminally ill people 'should have right to choose a dignified assisted death'」と言っているわけです。つまり、もう末期の人は尊厳ある死というか、介助死を選ぶ権利を持つべきと言っているのだから、宗派の趣旨と異なるのではないかということでニュースになりました。「I want right to end my life through assisted dying」とも発言し、これは結構ニュースになりました。ちなみに、南アフリカ尊厳死協会の会長は自殺ほう助の罪で起訴されています。(資料53)

Desmond Tutu: I want right to end my life through assisted dying
Fri 7 Oct 2016 The Guardian

Terminally ill people 'should have right to choose a dignified assisted death', writes archbishop on his 85th birthday



ツツ大司教(南ア)ノーベル平和賞受賞者

資料 53

以上、尊厳死を法制化した国々の表の中で、中央の線から下、いわゆる日本でいう尊厳死法(積極的ないわゆる安楽死法制化をせず終末期の医療における意思表示)を規定したフランスとか、イギリス、ドイツ、イタリア等の国々では、もう一歩進める、つまりベネルクス3国やカナダのような、自殺ほう助や安楽死を容認する法律を作ってもいいのではないかという運動が活発になっています。

NHKスペシャル 彼女は安楽死を選んだ

去る6月2日の『NHKスペシャル』で「彼女は安楽死を選んだ」という番組が放映されたのですが、ご覧になった方もここにおられるかと思えます。主人公は新潟の女性で、精神疾患というよりも、長らく神経系の病気で苦しんでいた方です。まだ若い人、そんなに年を取っていない方でしたが、スイスに行って死を選んだというものです。

番組で彼女が訪れたのは、先ほど私が最初に紹介した団体とは別の組織で、バーゼルに本拠があるグループです。このテレビ放映をご覧になった方はお分かりでしょうけれども、ここでは次のようなプロセスを

取っていました。医師が致死薬の入った点滴を患者の静脈につなぎ、点滴の流量を制御するコマの部分

を患者に握らせ、本人の意思でコマを開栓することにより亡くなるという方法でした。法律をどう解釈するかですが、自殺ほう助とは第三者が薬を飲ませたりするとほう助罪に問われるというのは理解できます。しかし、彼らは患者に点滴のルートを作るところまではやっても構わないという解釈をしているのです。それは開栓しない限り、薬が入らないからということなのだろうと思います。開栓するだけの指先の力があれば、あとは自分で死ぬということが出来るからということで、私もこの医師には何回か会っていますが、この医師はそう話していました。


スイスは自殺ほう助団体が、国外の人を受け入れるところ、スイス国民のみ対象としているところと、私の知っているだけで5つぐらいあります。悪く言えば、ビジネスです。隣国のドイツやフランス、イギリスからの需要が結構あります。反対する人たちは『デス・ツアー』だと言って、批判しています。(資料54)



安楽死を遂げた日本人 安楽死を遂げるまで —宮下洋一—

両者の橋渡しをしたのは宮下さんというルポライター。スペインに長く住んでいる方で、こういう本を書いています。NHKがドキュメンタリーを作成するに際し、間に入って自分もこのルポを書いたわけです。そういう現場を熟知している彼がこう述べています。

「23年間、欧米で生活してきた私には、日本人に繋がりがや温もりを感じる。つまり、死は自分だけのものではなく、家族や友人を含む周囲の死でもあるという意識だ。周りの支えがあって、生かされている。こうした関係が成り立っている限り、この国で安楽死は必要ない。そう思わずにいられなかった」(資料55)



私は、個人的にこうした日本の死生観を否定しているのではありません。23年間、欧米で生活してきた私には、日本人に繋がりがや温もりを感じる。つまり、死は自分だけのものではなく、家族や友人を含む周囲の死でもあるという意識だ。周りの支えがあって、生かされている。こうした関係が成り立っている限り、この国で安楽死は必要ない。そう思わずにいられなかった。もし、昨今、日本に安楽死容認を求める声が高まっているとすれば、そうした繋がりが希薄になっているということなのかもしれない。(宮下洋一)

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 55

事前指示書(リビングウィル)とACP

(資料56)

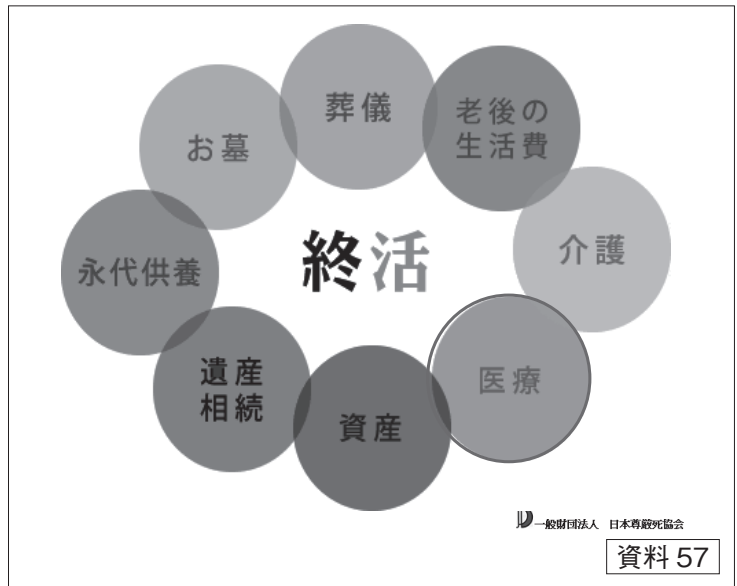
本日のお話

- ・はじめに-樹木希林さんの遺言
- ・尊厳死と安楽死
- ・世界の尊厳死事情
- ・事前指示書(リビングウィル)とACP
- ・おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

一般財団法人 日本尊厳死協会
資料 56

そうなると日本の現状ということで最後の話題です。

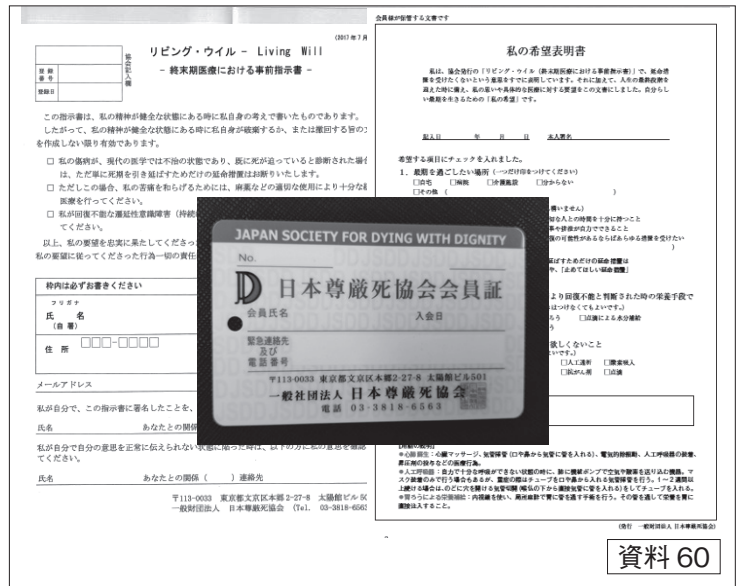
終活と日本語で言いますが、人生の最終の時期になると、遺言とかお墓をどうするかとか、さまざま考えなければいけないことがあります。(資料57)



医療に関して言えば、先ほど申し上げたように諸外国では法制化されていますが、自分が希望を示すことができなくなるような健康状態に陥ったときに、前もって、そのときの対応について、自分の意思を書面か口頭で表明するというものが事前指示というルールです。文書にすると、LWです。これを日本尊厳死協会が推進しています。その他に、代理人というものを立てるという考え方があります。この2つを合わせて事前指示と言います。(資料58)

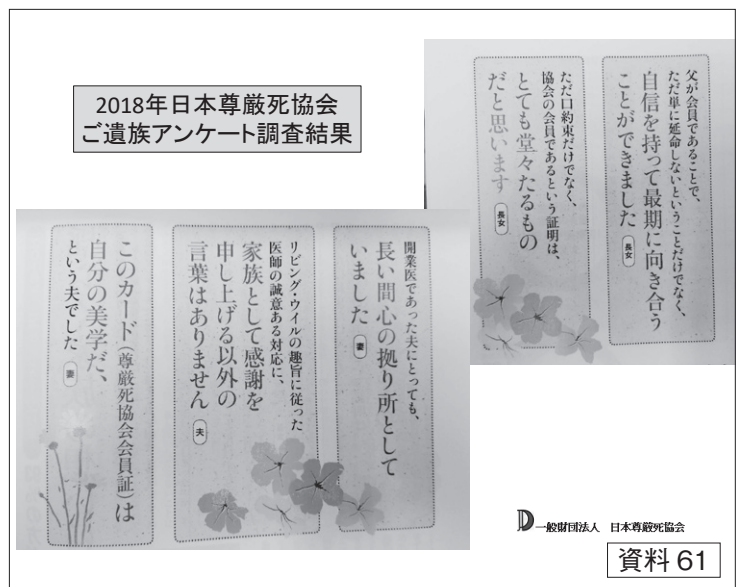
法制化されている諸外国では当然のように、自国の言葉で書いたこういうLWがあります。(資料59)

日本尊厳死協会はLWの登録・保管をする団体です。今日は実物を持ってきていませんが、画面にあるような終末期における事前指示書、すなわち「リビング・ウィル」と、それからいざというとき、どんな治療を望むか望まないか指示する「私の希望表明書」、そして持ち運ぶための「会員証」があります。年間2,000円の会費ですが、皆さんに入会を勧めているところです。(資料60)

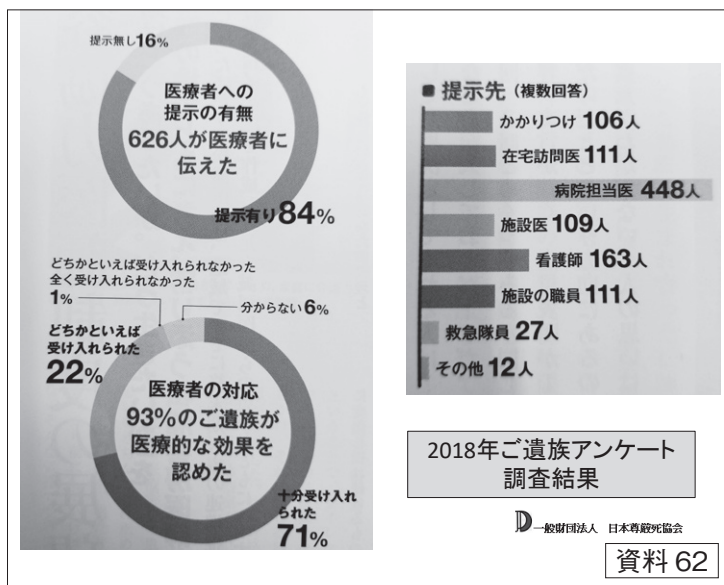


2018年日本尊厳死協会 ご遺族アンケート調査結果

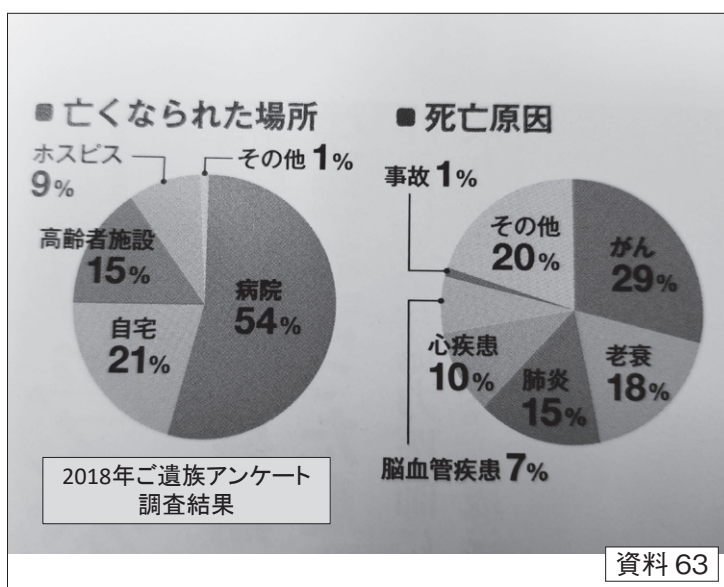
会員の意見を協会の運営に活用しています。ご本人は亡くなっていますので、遺族の方にLWが役に立ったかどうかを聞いています。毎年、アンケートを取っていますが、家族の方からは本人の最期に対し「自信を持って最期に向き合うことができました」、「とても堂々たるものだと思います」、「LWがあるということで、長い間心の拠り所としていました」、「家族として感謝を申し上げる以外に言葉はありません」、などの回答をいただいています。(資料61)



その他の回答項目を見ますと、LWを医師に提示したかについては、医療者に伝えたという方、持っていても伝えないという方もおりました。一方、医療者側はどうだったかということ、大体93%が患者の意思を理解しているので、無駄な延命治療はしなかったであろうと推測します。(資料62)



ちなみに、日本人の死に場所ですが、病院で亡くなる人が今8割ぐらいなのですが、協会の会員は病院で亡くなるよりも自宅で死亡する人のほうが多いようです。病名はいろいろありますが、がん、老衰、肺炎という死亡順位になっています。(資料63)



ご家族に、「亡くなったご本人がこのLWのカードを持っているということを知っていましたか」と聞くと、ほとんどが知っていました。「それは一体、ご本人にどんな意味があったのですか」、あるいは「それはご家族にどういう意味がありましたか」と聞くと、「本人の意思が実現できた」、「家族の迷いを払拭(ふっしょく)できた」、「医師とのコミュニケーションが図れた」、「何よりも本人がこれを持つことによって安心した」という回答を得ています。つまり、水戸黄門の印籠ではないのですが、このカードがあるから、亡くなられた方は安心して逝けた



ということですが。

先ほど、オレゴン州で、薬はもらったけれども飲まない人がいると言いましたが、それと同じとは言いませんが、何らかの自分に対する安心したものがあるということですが。だから私は印籠のようなものと言っているのだけれども、LWはそういうような意味を持つのではないかと思います。(資料64)

人生会議

国(厚生労働省)は、終末期の医療にあたって「命の危機が迫った状態になると、約70%の方が医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えるたりすることができなくなると言われています」、「自分自身で前持って考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です」と言っています。

これがAdvance Care Planningです。ACPと私たちは言っていますが、少し分かりにくいということで、人生会議にしようとなりました。そういう名前にしたので、私たちも人生会議と言っていますが、こういうプロセスを大事にしていきましょうと国が進めています。(資料65)


人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

人生会議

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病状やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることが、できなくなると言われています。

自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療やケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。



話し合いの進めかた (例)

あなたが大切にしていることは何ですか？

あなたが信頼できる人は誰ですか？

信頼できる人や医療・ケアチームと話し合いましたか？

話し合いの結果を大切な人たちに伝えて共有しましたか？

心身の状態に応じて医療やケアを受けることができるように、いつでも話し合いを繰り返して進めたいです。

日本尊厳死協会

資料 65

Advance Care Planning

Advance Care Planningは前向きに残された人生を生きる仕組みです。主体はあくまでも本人です。その意思は変化する可能性がありますから、繰り返し話し合しましょう。地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、多職種で、患者の意思に寄り添うということが大事です。その場で決まらないこともあります。話し合いの内容はその都度、文書にまとめておきましょう。まずは話し合いのきっかけを作り、話し合いのプロセスを提供することが重要です。(資料66)

Advance Care Planning

- ・ACPIは、前向きにこれからの生き方を考える仕組み
- ・主体はあくまでも患者本人、患者の意思は変化する可能性がありますから、繰り返し話し合うことが重要
- ・地域で支えるという視点から、かかりつけ医を中心に、看護師、ケアマネジャー、介護職、MSW(医療ソーシャルワーカー、薬剤師等の多職種で、患者さんの意思に寄り添う(生活を支えて長い期間を共に過ごす施設介護職、看護職はACPの重要な担い手)
- ・その場で決まらないこともあり、話し合いの内容は、その都度、文書にまとめておくことが大切
- ・まずは、話し合いのきっかけをつくり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 66

ACPの大切なポイント

「プロセスを大事にする」、「その人の価値観というのは、当然個別性があるのが当たり前なので、それを大事にしましょう」、「家族との関係、地域、文化がその人の価値の意思決定に関わります」、「話し合いは繰り返し行われることで、本人の希望が変わってもいいのです」ということがACPの大切なポイントとして示されています。(資料67)

ACPの大切なポイント

- 関係者がみんなと一緒に話し合うというプロセスを大事にすること
- 価値観は生まれた時から作られ、個人の価値観には個別性があることは当たり前なので、その個別性を大事にすること
- 家族との関係性、地域性、文化等がその人の価値観や意思決定に関わること
- 話し合いは繰り返し行われることや、本人の希望が変わっても良いことを伝える
- ACPは将来の意思決定のヒントになる
- ACPを行なっておくと、周囲の人も納得しやすい
- ACPはグリーフケアにつながる

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 67

ACPを行う上で注意すべきポイント

ACPを行う上で注意すべきことですが、どちらかと言うと、医療チーム側、ケアチーム側に、次の点に気を付けるよう求めています。「信頼関係ができていない人の人生に土足で踏み込んでしまうことがある」、「心の準備ができていない人に決めることを要求してしまう」、「事前指示書の作成を目的にしてしまうことのないよう、話し合いに十分な時間を割く」、「医療者の価値観を押し付けないようにする」、「揺れることを許容することが大切、人の気持ちは変わるため、何度でも話しあい、確認をすること」、「地域で病院から在宅へと一つの流れでACPの流れを共有していく」、「一人で決めてしまわず、チームで決めること」というようなことが注意すべきポイントとして言われています。(資料68)

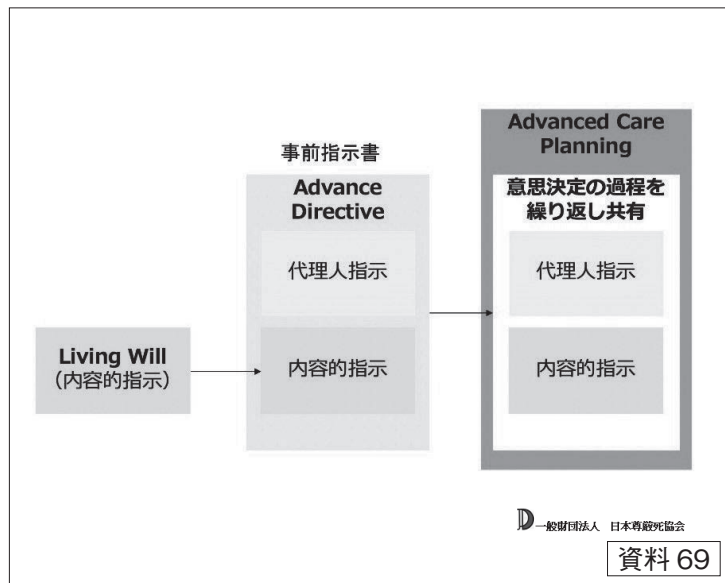
ACPを行う上で注意すべきポイント

- まだ信頼関係が出来ていない人の人生に土足で踏み込んでしまうことがある
- 心の準備ができていない人に決めることを要求する
- 事前指示書の作成を目的にしてしまう
- 医療者の価値観を押し付けないようにする。
- 揺れることを許容することが大切、人の気持ちは変わるため、何度でも話しあい、確認をすること
- 地域で病院から在宅へと一つの流れでACPの流れを共有していく
- すべての人に同じACPを行おうとせず、その方の心の準備や受け入れ状態に応じたACPを行うこと
- 一人で決めてしまわず、チームで決めること

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 68

以上、LWとACPの関係をまとめますと、私たちはLW(事前指示書)を普及します。また、LWに加えて自分の意思を代行する代理人を指定すると、これがAdvance Directiveと言われるものになります。それを医療介護の現場で何回も繰り返すことがAdvance Care Planningになるのではないかと思います。(資料69)



終わりに-健やかに生き、安らかに逝く

(資料70)

本日のお話

- はじめに-樹木希林さんの遺言
- 尊厳死と安楽死
- 世界の尊厳死事情
- 事前指示書(リビングウィル)とACP
- おわりに-健やかに生き、安らかに逝く

一般財団法人 日本尊厳死協会

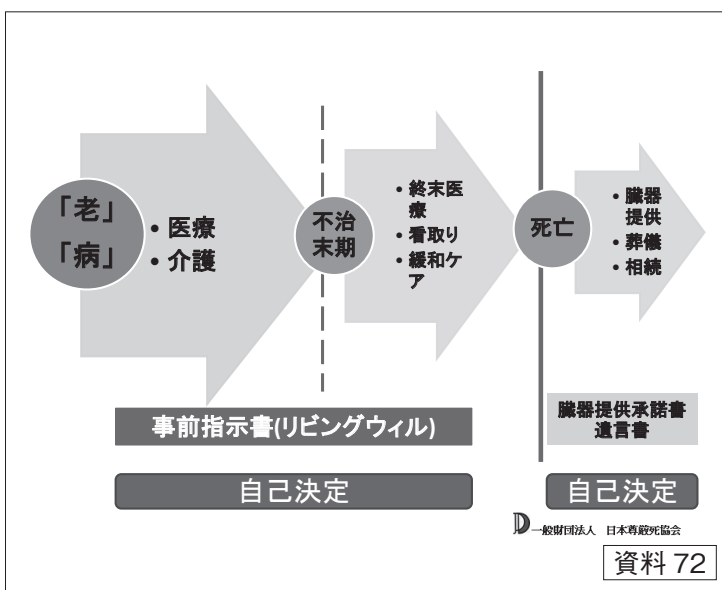
資料 70

対談 横倉義武会長 岩尾総一郎日本尊厳死協会理事長

こういう自分の意思をきちんと残すことの重要性は日本医師会も理解しており、横倉会長とも話し合っ、事前指示書をきちんと残しておくこと、そのためには、地域で見えていただくかかりつけ医というものが重要になるという話をしました。(資料71)



私たちは一旦生まれたら、死に向かって進んでいると言っても過言ではないのですが、死んだ後、例えば自分の臓器を提供します、あるいは自分の財産を誰に譲りますという臓器提供指示や遺言は自分で決めるわけです。病を得て、ある時点で戻れなくなる、ポイント・オブ・ノーリターンの終末期になったときに、どんな治療を受けたいかということも、やはり文書としてきちんと残しておく必要があるのではないのでしょうか。(資料72)



日本経済新聞 「尊厳死宣言」広がる

私たちのようなLWを全国の自治体でも住民向けに配布するところが増えてきました。そのほかに公正証書を使って、事前指示を残すということが、広がってきています。(資料73)

終末期 延命治療望まぬ意思表示

「尊厳死宣言」広がる

公正証書遺言と併せ

1～7月調査 1000件迫る

終末期の尊厳死の意思を明らかにし、死後、延命治療を望まないという意思表示が、全国的に広がっている。公正証書遺言と併せて、事前指示を残すという考え方も広がってきている。

公正証書は全国で85カ所の法律所で作成、保管され、本人の意思を公的に証明する。尊厳死は法外に認められておらず、尊厳死宣言に法的な拘束力はないが、公正証書の写し(原本)を医療機関などに提出すれば意思を尊重してもらえるという。同連合によると、05年に公正証書の基本類型(本意)をまとめた法律

様々な手段で「尊厳死」の意思表示が広がっている

延命治療は希望しません

公正証書

日本尊厳死協会のリビングウィル

病院などの意思確認

同連合は「死や老後に備える『活』に力があがる。延命治療を望まないという意思表示が、全国的に広がっている。公正証書遺言と併せて、事前指示を残すという考え方も広がってきている。」

同連合によると、05年に公正証書の基本類型(本意)をまとめた法律

日本経済新聞
10月1日 朝刊

資料 73

日本人の死生観

日本人の死生観には、生まれたときには命の始まりは選べないのだから、命の終わりも同じように選べないのではないかとこの考え方があります。欧米の安楽死を取材している宮下さんも述べていますが、意識のあるうちに命を絶つという考え方は日本ではなかなか合わないのではないかとこのところも感じます。

ただ医療技術というものが発達して、人の寿命は自然の摂理でなくなっています。ある程度の年齢に達すれば、その人の人生観、宗教観は収束していきますから、最期にどう死ぬかは個人の尊厳から考慮されるべきです。もちろん、人の生死は完全には自分のものでなく、社会的なものだから利己的に行動すべきでないという考えもあるでしょう。(資料74)

日本人の死生観

生まれた時には命の始まりは選べないのと同じで、命の終わりも選べないのではないか。

- ⇒医療技術が発達し、人の寿命は自然の摂理ではなくなっている。
- ⇒ある程度の年齢に達すれば、人生観・宗教観が形成される。
- ⇒最後にどう死ぬかは個人の尊厳から考慮されるべき。
- ⇒一方、人の生死は完全には自分のものではなく、社会的なもの。
- ⇒自分の最期を自分の意思に加え、置かれている状況で決められれば、それこそ尊厳ある死。

資料 74

最期を自分の意思に加え、自身の置かれている状況で決めることができるならば、それが尊厳ある死になるのではないのでしょうか。ということで、まず会員になっていたければ、先ほど言いましたように、会員証がお守りのようなものになるのではないかと思います。

死ぬとき、あるいは死んだ後に人に迷惑をかけることを厭う人が大勢います。だから迷惑をかけないためには、何らかの意思表示が必要なのではないのでしょうか。(資料75)

そのために私たちは、LWの普及を進めています。

ご関心を持っていただければ、連絡いただければありがたいと思っています。(資料76)

私の発表は以上です。ご清聴をありがとうございました。



- 会員になる
- お守りのようなもの
- 死ぬ間際の他者への迷惑
- 「人に迷惑をかける前に死にたいと思ったら、尊厳死しかありません。」

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 75

一般財団法人
日本尊厳死協会
JAPAN SOCIETY FOR DYING WITH DIGNITY

03-3818-6563

<http://www.songenshi-kyokai.com/>

〒113-0033 東京都文京区
本郷2-27-8 太陽館ビル501

一般財団法人 日本尊厳死協会

資料 76

《会場からの質疑応答》

<質問者 1>

高齢者住宅新聞です。各国の状況が非常によく分かり、勉強になりました。日本においてなのですが、尊厳、安楽死の状況について、この考え方自体がどんどん浸透してきているのかどうか、この先も含めて、ご見解をいただければと思います。もし、よろしければ、その認知が進まない原因が、その制度なのか、何なのか、その辺りのお考えもいただければと思います。

<岩尾講師>

外国の人と話をすると、日本は昔、切腹をしたということに向こうの人はよく知っています。日本の自決というのは、自己決定の略なのですが、そういう国だから、当然こういう発想を持っているのではないかと思われる人が多いのです。しかし、私が「日本はまだ法律も何もできていない段階で、いわば、あうんで最期を医療関係者に任せていることが多い」と答えています。もしよろしければ後で、法制化に関しては議員の先生からコメントをいただいてもよろしいと思います。

終末期の医療処置に関し積極的なものと消極的なものがあるということは言葉では分かるのですが、ぎりぎりこういうものを法制化していこうかと考えたときに、簡単には安楽死、尊厳死に2分割できない状態があります。例えば終末期鎮静です。ディープセデーション、痛みがあまり強いものだから本人の痛みを取ると、必然的に意識も失うわけです。それでそのまま呼吸抑制が始まって、そのまま亡くなってしまうというようなときに、それは実は積極的に死期を早めたのではないかという議論があるのです。

先ほど、安楽死、自殺ほう助、緩和ケア、看取りと言っているけれども、実際の医療現場、医療サイドの人に聞くと、「そんなきれいになかなか分けられない。特に死に関わる話になって、こういう話をやるときにみんなが納得して終わればいいけれども、やはり誰かが何かを言ったとき、医療サイドとしては困るから、なるべく生きる方向に持っていくという発想が残っているので、この手の議論が進まない」ということです。

こういう講演を一般の人向けにやりますと、例えば今日、来られている方もそうだけれども、「まだ、自分の問題ではない」と思うのです。私は各地で講演をさせていただいておりますが、講演を聞きに来る人は自分自身の問題と思っていないのです。本当は寝たきりになって具合の悪い人に聞いていただきたいのですが、そういう人たちは講演会に来られないのです。本当に必要な人々に伝わらないギャップがあるのではないかと思います。

したがって、そうならないように、国は地域包括ケアの中で繰り返し話し合うような「人生会議」を、病気になる前から始めましょうと広報しているのだらうと思います。結局、そういう音頭を取らなければいけないというのは、意識のない人、関心のない人に関心を持たせるというツールを、ACPという方法でやっていこうではないかということなのだらうと思います。

私がこういう講演会で、安楽死は斯々、尊厳死は然々と言うと、皆さん聞いて「なるほど」と思うけれども、では自分に照らして、「まだ早い」とか、「まだ考えられない」とか、あるいは家族が正月やお盆に集まったときに、お父さんがそういう話をしたときに、「縁起でもない」という話になって終わってしまうのが現状ではないかと思います。だからなかなか立法化も進まないのです。

立法化が進まないのは、やはり日本特有なのかと思います。例えば東洋人の思想が自己決定権になじ

まないという話もあるけれども、韓国とか、台湾はもう法律にしてしまったのです。ガイドラインではなく法的には整備できるだろうと思いますが、日本はまだそこまでは行っていないという状況です。

<質問者2>

今回、ACPが家族のグリーフケアというところにつながるということもあったと思います。特にグリーフケアというところに関しましては、これから在宅等での看取りとかがかなり推進されると思いますが、グリーフケアというのはどういうところがポイントになると思われますか。

<岩尾講師>

最愛の人が亡くなったということで、医療ケア担当者はグリーフケアを残された人に行うことになります。この時、医療者側は残された方々がどういう悲しみの状況にあるかということを考えなければいけません。例えば、「危篤です。親戚の方は集まってください」と言われて集まったときに、「嘘」「そんなばかな」という状況にいる家族と、もうずっと介護、あるいは看護をしていて、「もういい」と思っている家族の悲嘆のレベルの違いがあるのです。

遠くに住んでいる娘、結婚して嫁いで実家を離れたという人に、「お父さんが大変

だ」、「お母さんが大変だ」と言って呼ぶとします。しかし、ずっと面倒を見ているのは嫁なわけで、そこに小姑が帰ってくるわけです。娘は、離れていて親の面倒を見ていられなかったから、何もしてあげられなかったという呵責の念があります。こういう状態で帰ってくれば、永らく舅姑の介護で疲弊している嫁に向かって、「あなた、何をやっているの」ということになります。その後はこういうプロセスをたどると言っています。こういう状況のときに、どういう声を掛けなければいけないかということです。(追加資料1)

「悲嘆のプロセス12段階」-
アルフォンス・デーケン(上智大学名誉教授)

<p>①精神的打撃と麻痺状態</p> <p>②否認</p> <p>③パニック</p> <p>④怒りと不当感</p> <p>⑤敵意と恨み</p> <p>⑥罪の意識</p>	<p>⑦空想形成</p> <p>⑧孤独感と抑うつ</p> <p>⑨精神的混乱と無関心</p> <p>⑩あきらめ、受容</p> <p>⑪新しい希望</p> <p>⑫立ち直り</p>
--	---

一般財団法人 日本尊厳死協会

追加資料 1

臨終のときに下顎呼吸をするわけですが、苦しそうに見えます。しかし、これは臨終の生理的現象で本人は意識がなく、苦しくないと説明する必要があります。家族には、「眠るように旅立たれました。つらさはなかったと思います。穏やかなお顔です」とか、「よく頑張りました。立派な方でした。」
(追加資料2)

家族に対しても、「私たちにも優しい言葉を掛けてくれました」、「皆さま、とても立派でした。なかなかできることではありません。何々さんは幸せだったでしょう」という声掛けをします。(追加資料3)

死亡診断後のプロセス グリーフケア(1)

1. 患者の辛さ

☞ 家族は亡くなる直前の下顎呼吸から苦しうだった感じる人が多いが、患者本人は苦しうはないということを十分に説明する。

- 「眠るように旅立たれたようですね」
- 「辛さはなかったと思います」
- 「穏やかなお顔ですね」

 一般財団法人 日本尊厳死協会

追加資料 2

死亡診断後のプロセス グリーフケア(2)

2. 患者への尊敬の気持ちを表現

- 「よくがんばりましたね」
- 「長い闘病お疲れさまでした」
- 「とても立派な方でした」
- 「いつも私たちにやさしい言葉をかけてくれました」
- 「とてもユーモアのある方でした」
- 「私たちは〇〇さんから大切なことをいくつも教えていただきました」

 一般財団法人 日本尊厳死協会

追加資料 3

もちろんレベルの差はあるでしょうが、このような医療者側の声掛けによってその家族は、自分の中にいろいろたまっていたもの、感情を表しやすくなります。そして「お父さん(泣)」という話になれば、ある種のカタルシスがそこでできるのだろーと思ひます。(追加資料4)

死亡診断後のプロセス グリーフケア(3)

3. 家族へのねぎらい

- 「ご家族の皆様もよく頑張りましたね」
- 「ご家族の皆様もとても立派でした」
- 「なかなかできることではありません」
- 「〇〇さんは幸せだったでしょうね」

☞このような声掛けで家族は感情を表出しやすくなる。

☞医師にとっては長い時間のように思われるが、ほんの数分のこと。

一般財団法人 日本尊厳死協会

追加資料 4

グリーフケアをするときに、誰がキーパーソンなのかを見極めることが大事です。本来なら、「この後、どうなさいますか」というような場合、「ご家族でお決めください」と言ったときに、先ほどのようないろいろなレベルの反応があると纏まりません。したがって、「ご家族のどなたからお話をさせていただきますか」と話を向けると、ある程度、意見がまとまると理解しています。

医療者側がどういう形で残された家族をねぎらうかというのは、毎日あるルーチンワークかもしれませんが、家族にとっては、一生に一度しかありません。そして家族は千差万別ですから、医療サイドの人は相手の立場に立つ、寄り添うということを心がけるのが最大のグリーフケアではないかと私はいつも言っています。

<質問者3>

栃木県で臨床医をやっています。今日ご質問をしたいのは、先生が事前の指示カードのようなものを皆さんに作るようにと話されている中で、どれぐらいの日本人がそういうことを実際に本気で考えているのかとか、考えた人の中で、どれぐらいの人が、実際に例えば尊厳死であるとか、安楽死を希望される傾向にあるのかという数的なところが分かれば教えていただきたいです。

<岩尾講師>

日本尊厳死協会の会員は12万人弱ですから、国民全体の0.1パーセントです。厚生労働省が5年に一度、終末期の医療に関する国民の意識調査を行っています。それによると、協会のカード以外に、「自分で書いて持っています」という人を合わせると、3.2%という数字でした。(追加資料5)

LWの普及率ですが、ドイツで12%、それからアメリカですと、州によって違いますが、15から40%というデータがあります。私たちの運動が全てではないですが、私たち自体は国の0.1%ですから10%というのはあと100倍、増やなければいけません。そういう意味で、市民活動としてもう少し努力をしなければいけないのではないかと考えています。

希望通りに尊厳死で来たかということに関しては、先ほどのご遺族アンケートにお示したように、安らかに亡くなる方が多いわけで、先生方も受け入れてくれた、尊厳死できたという人が多いと思います。従って、私たちの会員に関しては、ご家族の方のアンケートになります。カードを持つという、つまりうちの会員であるということがある程度機能しているのではないかと考えています。当初は、私たちのカードを提示しても理解してくれた医師が7割ぐらいだったのです。今は先ほど紹介したように、提示した場合の受け入れは9割以上で、ほとんどの医療機関に認知はされていると考えています。

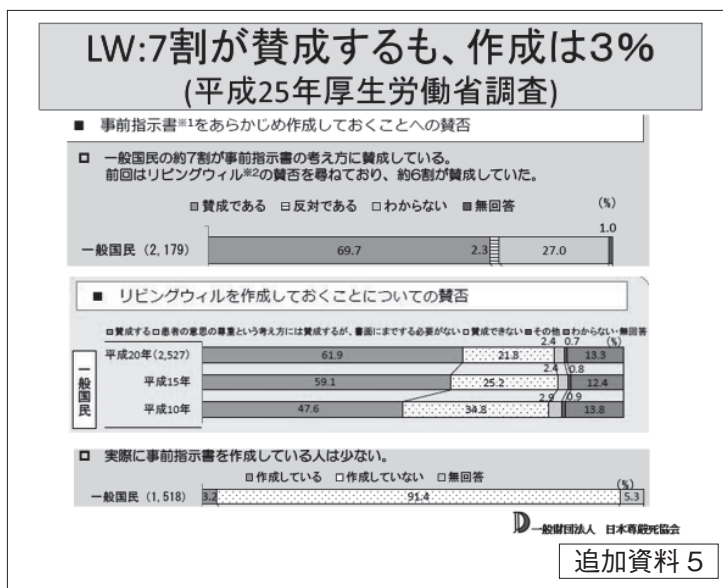
安楽死に関してですが、協会は会員からの電話相談を受け付けており、いろいろな問い合わせが来ます。その問い合わせの中で、安楽死をさせてくれということは結構多いです。協会では安楽死のサポートはできませんという話はしますが、そのような問い合わせの根底には、最初に言った尊厳死と安楽死の概念の違いみたいなものが分からない、あるいは分かっているでもそのボーダーラインがはっきりしていないから、その辺がごちゃごちゃになっている、そういう面はあるかと思っています。

<質問者4>

ありがとうございます。昨年の国民民主党党首選挙に出て、尊厳死の法制化ということを訴えました。それ以来、岩尾先生にいろいろご指導いただいております。少し振っていただいたので、もうできるだけ短くお話ししようと思います。

先ほど本を書かれた宮下さんの話などは、現場をたくさんご覧になっているので、非常に示唆に富むと思っています。ただ日本は死生観とか、家族の関係がまだそこまで至っていないから安楽死を認めるべきでないと言ってしまうと、やや一般化が過ぎるのではないかと考えています。

そもそも日本は世界一の長寿国で、人口も世界有数の国です。量的なニーズという言い方はよくないかもしれませんが、こうしたテーマに関心のある方がそもそも日本にはたくさんいらっしゃるというこ



とは1つあると思います。また現実にセデーションという形であったり、または厚労省のガイドラインに沿った形での延命治療の中止という形であったり、定義によってはもうすでに日本で尊厳死はたくさん行われているわけです。

ただこれが富山の射水市民病院事件の後、過去の有罪判決のいわば亡霊を払拭する意味で、厚労省がガイドラインを出しはしましたが、やはり厚労省のガイドラインという少し分かりにくい、あるいは専門的過ぎるものでこれを位置付けていていいものかと思ったものですから、もう少し正面から法律でこのLWを位置付けるべきだという問題意識で、基本的に日本尊厳死協会と同じスタンスで勉強させていただいています。

最近思うのですが、日本尊厳死協会への1つ小さなご意見です。やはり多くの方は、尊厳死と安楽死というものがごっちゃになっています。今日みたいな説明を繰り返していただいていますし、だんだん普及しているのですが、日本尊厳死協会のホームページに、正確な文言は検索できなかったのですが、「私たちは安楽死とは違うのです」ということをすごく明確に書いてあります。そのとおりなのですが、そこだけを見てしまう人は、尊厳死と安楽死というのは対立的なもので、逆方向なのかなという印象をホームページから受け取る方もいらっしまったようです。少しその表現というか、岩尾さんがおっしゃったように、もちろん違うもので、段階も全然違うものなのですが、多分逆方向ではないのではないかと思いますので、少し気になりました。すみません。ありがとうございました。

<岩尾講師>

ありがとうございました。ご指摘の点は、十分私たちも分かっています。私たちの団体が1976年に創立したときは、実は日本安楽死協会という名前だったものですから、「お前たちはいつも人殺しをしている」ということをずっとよそのブログでは書かれていました。「そういうことはやっていません」と言うために、あえて二項対立的な「安楽死とは違います」という話をしているのです。先ほど話したように、死に至るプロセスというか、死を介助するプロセス、あるいは看取るプロセスというのは紙一重なのです。どこで線を引くかで、多分いろいろな国も迷っているレベルのものです。自殺ほう助的なところで線を引いたり、医師が注射をするのを容認したり、あるいは自殺を容認したり、いろいろな考え方がその国その国でやってきたわけです。

法制化についてですが、オランダも、法律ができるまでやはり20数年かかっているのです。ドイツは先ほど言いましたように、国会に上がってから6年かかっているのです。やはり国民のコンセンサスをどこで得るかという点で必要な部分です。何度も言っているように、欧米の場合は、カトリックとプロテスタントの力関係の中で出来上がっているけれども、私たちの活動はどちらかと言うと、ほとんどが無関心なのですが、関心のある方々というのは障害を持った方とか、自分たちというか、自分たちの仲間が弱者だろうという発想の方々が命を縮められるのではないかとということをおそれて反対している方々が多いのです。そうすると、「あなた方の命を取るつもりは毛頭ありません」ということを、どこかで明示していかなければいけないので、どうしてもそういう意味では、「私たちは安楽死ではありません」という話を書いてはいるのです。しかし、もう少し皆さん方が身近にこういう死の問題を考えてくれるようになってくるとすれば、先ほど言った尊厳死と安楽死の間に線が引けるのかというようなことも議論にはなるだろうと思っています。

今日、お話ししたように諸外国には尊厳死から安楽死へという流れがあります。日本はLWの法律もないわけですが、世界は取りあえずそういう法律を作って、その後、安楽死の法律へという—どちらが上とか下とかと言うつもりはありませんが—そういう流れがあるのは事実です。ですからイギリスでもフランスでも立法化の動きは常にあります。フランスの前の大統領のオランドさんは、安楽死法を作ると言って当選したのだけれども、結局できずに辞めています。アメリカの各州でもカナダのような医師による自殺ほう助を合法化する動きが盛んです。オーストラリアではビクトリア州がMAiD法はOKになったのですが、ニューサウスウェールズ州は1票差で否決されました。そこには宗教上の対立が常に出てきます。

そういう国から比べると、日本の場合は宗教者があまり出てこない。法律がない。自分の命は自分で決めると、私たちは言っているのですが、「そうはいかないだろう」という先ほど言いましたような日本の考え方があるとすると、実は自分が切羽詰まってもう苦しいから安楽死させてほしいという電話が来たとしても、ルールやコンセンサスがない状況では、そういう会員の要望にはなかなか応えづらいのです。ただ少なくとも、世の中の方向は、医師が積極的に死に対することに関わる流れにはなってきていると思います。