

# わが国の現代医療と尊厳死

## —ALS 医療を通じた生命倫理—

井 形 昭 弘

IRYO Vol. 60 No. 7 (424-430) 2006.7

### はじめに

今日はこういう席でお話しさせていただくことを非常に光栄に思います。私は今紹介がありましたように、専門は神経内科で、難病の ALS 研究班の班員でもありましたし、いかにすれば人工呼吸器の中でもクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を高めるかということを発表もしてきましたし、主張もしてきました。その主張は今でもまったく変わりません。その後、名古屋にできた国立長寿医療センターの創設を担当し、高齢者の末期について真剣に考えるようになりました。自分が年を取ってきたこともその一因で、現在は他人事ではなくて自分の問題として考えるようになって、その結果尊厳死運動に入りました。意識的に入ったわけではなくて、たまたま「生と死」という論文を書きましたら、尊厳死協会の方から、「あなたの考えていることは尊厳死協会の考えることとまったく同じだから、汗をかきなさい」とお声がかかって、最初は介護保険のことで忙しいということもあって、あまり熱心ではない会員として参加しており、介護保険導入が終わったら、暇ができたでしょうということになりました。当時名古屋高裁で安楽死判例を下した成田先生が会長で、次の会長も日本弁護士会の会長で、法律関係の人ばかりでした。尊厳死運動として主張するのにはとくに

医師の理解が必要だということになり、私のいない間に理事長に選出されてしまいました。そんなわけで今は尊厳死の運動を中心に、尊厳死法制化に取り組んでいます。

### 尊厳死の流れ

尊厳死協会は会員が約11万名。それから今度尊厳死を法制化するにあたって署名集めたのが約14万名。署名を頼んで断られたことはありません。ほとんどの人が賛同してくれました。国会議員でも今反対する人はほとんどいませんが、賛成してはっきりとした紹介議員になって下さった方は74名です。実際はこの国会で議員立法がなされる予定でしたが、郵政の問題で今のところ継続審議の状態です。

人間の命は当然有限です。医学、医療がいかに進歩しても、末期、不治という状態は必ずやってきます。われわれは健やかに生きて、最期は苦しむことなく安らかに死にたいと思うのは当然です。人間は生まれる時は自分の意思は入りませんが、生まれてこのかた、どの学校へ行くか、どの職業を選ぶか、どこへ就職するか、誰と結婚するか、全部自分の意思で決定してきました。ところが、救急医療が発達しましたから、事故がおこったら救急車で連れて行かれて、そこへ行ったら主治医が全部を取り仕切る、自分の意思が反映しない。そういう状態が生まれてきました。つまり、ターミナルにおいて自分の意思が反映しないというのはどう考えても不自然と考えたのが、私の尊厳死運動のスタートです。人間の末

名古屋学芸大学学長  
別刷請求先：井形昭弘 名古屋学芸大学  
〒470-0196 日進市岩崎町竹ノ山57  
(平成17年11月8日受付、平成18年1月8日受理)

Current State of Medical Progress and Bioethics: Outstanding Problems in ALS Medical Treatment  
President of Nagoya University of Arts and Sciences  
Akihiro Igata

期にどう対処するかは、人類共通の問題です。尊厳死については、1976年にカレン裁判があり、一挙にアメリカ中が尊厳死の立法化に動いた背景があります。今やローマ法王も、日本でも日本医師会や日本学術会議が尊厳死を認めています。

西行法師は百人一首にも出てくる歌人ですが、自分の死に様はこうありたいと思って、「願わくば花の下にて春死なん」と詠みました。実際この人はそのとおり桜の下で死んだそうです。記録によると、最期は絶食をして尊厳死を遂げたと伝えられていますね。こういうのが人の本来の姿ではないかなという気がします。われわれが大学で教わったのは、延命至上主義でした。無駄だとわかっていても努力する中に明日の医学があると教えられたし、患者がどんなに苦しんでいても、「命は大事だから我慢せい」と叱咤激励した経験があります。今から思うと胸がしめつけられるような感じがします。その延命至上主義の見直しが、近年急速に広がってきたことはご存知のとおりです。

わが国では、平成2年から4年まで脳死臨調が中心となり、脳死を人の死として認めて臓器移植をやるかどうかについて国民的に議論をしました。私は脳死臨調の委員でしたが、シナリオのない審議会です。いぶん苦労したことを覚えています。その結果、臓器移植の意思がある人に限って、一定の条件を満たした脳死を人の死として認めて、臓器提供をしてよしいということに決まったわけです。その時は今の尊厳死に対する反対と同じような議論もありましたけれども、結局約40例の脳死患者臓器移植が定着して、おぞましい事件がなく社会に定着したと思います。

次に問題になったのは、ガンの末期です。感染症が撲滅されガンで亡くなる方が増えてきました。ガンの末期には痛むわけですよ。それでも延命至上主義で、最後までガンを叩くのが医学の使命であるというので、副作用もかえりみず、制ガン剤を使って、ガンは治ったけど死亡したというようなことがおこるようになってきました。そこで生まれたのがホスピスという概念ですね。つまり、残された人生をいかにQOLを高く維持して安らかに死ぬことを助けるかの発想で、延命至上主義では絶対なかったことです。これも社会に定着し、現在各府県に緩和病棟ができています。つまり安らかな死を支援するのも医学の責務と考えられるようになり、大きく医学の哲学、概念が変換を遂げたのです。一般の人は昔か

ら末期ガンや植物状態の時延命治療を望まぬといっていました。今、私どもが尊厳死法制化の署名集めをしましても、反対という人はほとんどいませんでした。がんばればがんばるほど、署名が多く集まるという感じです。

## 高齢社会と死

次に経験しているのが、長寿社会の死ですね。死が身近に感ずる年代の人たちが死をどう考えるかということは、当然大きな問題です。健やかに生き安らかに死ぬということは人類の宿命的課題です。私が主張したいのは、安らかな死は幸せな未来高齢社会のキーワードということです。多くの人がピンピンコロリを望んでいます。ある日こっと死ぬと幸せだなあと思う風潮です。生と死の概念は時代とともに変わっていくべきだと思います。尊厳死協会の申込書には、「健やかに生きる権利、安らかに死ぬ権利を自分に求めるために」とあります。living willというのは、アメリカはadvance directive、「事前指示書」と同じように使われています。そこには「不治・末期の状態になった時は、命を長引かすだけの延命措置を拒否します。植物状態においても、一定の期間以上続いて回復不能と判断された時は延命措置を拒否します」とあります。延命措置とは、人工呼吸器、経管栄養などです。ついこの間おこったテリー・シャイボ事件は、主として経管栄養継続の可否でした。経管栄養を施すかしないかということが延命措置にあたるわけです。

カレン・クインランの事件での判決は、大きな出来事でした。本人は21歳。回復不能と判断された植物状態になって、これを見た家族が、これでは尊厳ある生とはいえない、呼吸器を止めることを免責してほしいという裁判をおこしました。最初は敗訴しましたが、ニュージャージー州の最高裁でこれが認められました。その後すぐカリフォルニア州では自然死法が成立しています。尊厳死は自然死。自然の経過にまかせて無駄な延命措置をやらないという意味です。自然死法が成立して以後、急速にアメリカのほとんどの州で尊厳死が立法化されました。1991年には「患者の自己決定権法」がアメリカの連邦法として成立し、アメリカではほぼ尊厳死の概念は定着しました。ヨーロッパもこれを社会的常識として認めていますし、法王庁も認めました。ヨーロッパには人権思想が根づいており、イギリスの人権宣言

などの背景がありますから、本人の意思を非常に重視します。その点わが国は、まだ本人の意思を重視する風潮が乏しいと思います。

死の権利協会世界連合大会は、2年に1回開かれています。私は2002年に安楽死が合法化されたばかりのベルギー会議に参加しましたが、非常に大きなショックを受けて帰ってきました。ただ先ほどの土本先生とちがいで、私は今安楽死を認めるべきだという主張は持っていません。将来どうなるかはわかりませんが、現在わが国には安楽死を推進すべきだという団体はありません。去年10月、第15回死の権利協会世界連合大会を東京で開催しました。この時もいろんな議論、とくに安楽死と尊厳死との激しい議論があったのですが、東京宣言として発表したものは、「患者の意思を尊重して、人類の未来へ向かって進みましょう」ということでした。

尊厳死協会は昔から、「健やかに生き安らかに死ぬ権利を自分自身の手で」と主張しています。自己決定権は、「自分の死に様を自分で決定する権利」という意味です。協会はliving willを保管して、保証人となるのです。毎年3,000円払っていただいたことによって、その意思を確認する手続きに代えさせていただく。「本人の意思といってもいつ変わるかわからない。ぐらぐらしてるじゃないか」ということが反対のポイントに挙げられておりますが、もちろん何回も繰り返し、それが確実である時に初めて認められるわけですね。尊厳死協会もそういうことを意識して、毎年の会費を払うことが尊厳死の意思確認になりますよと申し上げています。「現代の医学で不治の状態であり、死期に迫っていると判断される場合には、死期を延ばすための延命措置を拒否する。数ヵ月にわたる植物状態においても延命措置を拒否する。ただし、苦痛を和らげる処置は最大限実施を希望する。それによって生ずる問題には自分が責任を持つ」と書いてあります。死亡会員への調査によると、主治医に「こんなもの役に立たない」といわれた人は4%、主治医が何らかの形で協力してくれたのが96%でした。したがって、尊厳死を認めようという風潮、土壌は十分できあがっていると思います。ただここに書いてあるように、「一切の延命措置」をどう解釈するのか、意見が分かれるところです。そのルールを作るのが法制化です。ライシャワーさんが尊厳死を選び、点滴と経管栄養を自ら抜いて亡くなったということが報じられ、ぐっと会員が増えました。

---

## ALS

---

延命措置といえば、人工呼吸器が一番大きなもので、その装着がALSで一番大きな問題になります。そのほか経管栄養、胃瘻、点滴による輸液、昇圧剤などがあります。たとえば、ガンの末期で死ぬ1週間以内に胃瘻を受けた頻度が非常に高いということが報告されていますが、まさに無駄な延命措置に該当すると思いますね。どこまでが本人の苦しみをとる治療であって、どこまでが延命措置かは若干曖昧な点があります。この点も立法化でルールが作られるはずですよ。

とくに人工呼吸器の場合、ALSの患者さんが「息が苦しい。何とかしてくれ」といった時は、当然手が出るわけで、苦痛を取る方法として人工呼吸器が使われます。だいぶ昔、鹿児島大学の医局で、ALS患者の末期に呼吸器をつけるかつけないかを議論したことがあります。福永先生も覚えていらっしゃると思いますが、全員が「つけない」との意見でした。ただ現実には、頭ではつけない方がいいと思っても、実際現場の当直で患者に会って「息が苦しい」といわれれば、手が出ちゃうんですね。それをじーっとやらないでいるということは、医師にとってプレッシャーがかかるのです。これも大きな問題であると思いますね。そしてALSの場合は、われわれがここで主張しておりました不治・末期のうちの不治にあたりますけども、人工呼吸器でないと生きられないということが末期だという解釈ができます。そこところはなかなか難しいところで、これも立法でルールを作ろうとしています。命だけを長らえて生きるといふことと、人間らしく生きるといふことは違うというのが最近の考え方ではないかと思えます。つまり残された人生のQOLを維持することが重要です。延命至上主義ですと、ガンの場合にはガンの制圧のためにはどんな方法をも駆使して延命することが善とされていたわけですけど、緩和病棟、緩和医療においては、そういう方法はとらない。ガンの治療は断念し、残された人生をどのように幸せにし、安らかな死を迎えられるようにサポートするにはどうすればいいかを考えるのです。この考えは当然、ALSの患者にもあてはまりうることです。人工呼吸器は無駄な延命措置になるのか、患者の呼吸困難をとるための、苦痛を和らげる措置であるか、これはまだ結論は出ておりません。それから、ALSは不治であっても末期ではない、摂食不

能とか呼吸不能は末期にあたるのかあたらぬのか。このあたりも十分議論はされておられません。ただし多くの ALS 患者は、人工呼吸器をつけることによって尊厳ある人生を送り、ある人は残された筋力でいろんな詩を書いたり絵を描いたり、テレビを見たり、外出したり、生きがいある生活をしていますね。こういうものをサポートすることについては、私はまったく反論する理由はありません。人間の尊厳は、病気になったからといって侵されるものではないのですから、本人が生きようとする限り、生きていてよかったという環境を準備するのがわれわれの責務であり、国の責務です。人工呼吸器を使って幸せだった、生きていてよかったという人ばかりなら問題はないのですが、苦痛を感じる人も多いわけですよ。先ほどの相模原事件でも、患者ははっきりと苦しいと訴えています。最近イギリスでプリティ・ダイアン事件というのがあり、同じく ALS の患者さんが夫に殺してもらい、その免責を求める裁判をおこしました。イギリスでは、マスメディアが反応したのです。それからご承知のように、日本のテレビで一度、オランダの ALS の安楽死が放映されました。ずしりと胸にこたえましたけども、あれはホームドクター制度、患者との信頼感が根本にあるからできるのであって、そう簡単にはいかないなあというのが私の実感です。先生方はいかがでしょうか。

私の大学の先輩で、ALS にかかり 17 年間レスピレーターに入って、最近亡くなった方がいます。この方は、最初のうちはレスピレーターに入り残された筋力で、かなりプロダクティブに論文を書いておりましたが、書けなくなったら生きていく価値はないということをはっきり言っておられました。病気が進行して意思伝達できなくなってからも、長く人工呼吸器をつけていました。本当に胸が痛くてですね、本人は早く死にたいといていたからです。糖尿病昏睡になった時は、病院に急患で運ばれて救命されました。結局神様が見るに見かねて、あまりこれではひどいではないかというんでガンを下さって、ガンで亡くなりました。レスピレーターの期間は 17 年間。これだけのストレスに耐えられるかどうか。考えてみていただきたいと思います。

人工呼吸器装着の時の心身の苦痛がどんなものであるかというのは主治医にはわかりません。本人がくり返し、辛いから延命措置を拒否したいといった時、どう対応すべきでしょうか。相模原事件の時もそうですね、何とかしてほしいと主治医に何べんも

訴えてるわけですよ。主治医は知らん顔して逃げたわけですよ。お母さんがそれを受けて人工呼吸を中止しました。法律が逃げ道だけは作ってやらないといけなくて強く思っています。これは安楽死ですが、「高瀬舟」という森鷗外の小説には、「ある人が死に臨してもがき苦しんでいる、従来の道徳はそのまま苦しませておくと命じている」と書いてあるんですね。胸にずしりとこたえますね。明治時代でしたが、よくぞ森鷗外が欧米の敏感な思想を代弁してこういう小説を書いたものだと思います。医療は本来患者の苦痛を取るべき責務があるのに、命が大事だという理由で苦痛を無限に強制するということは、私は許されてはならないと思います。

### 立法化を巡る諸問題

今尊厳死の立法化に対し反対運動があります。かつて大江健三郎さんが反対運動をおこしたことがあり、今回も反対する人たちは尊厳死が法制化されたら命を粗末にする風潮が出てきて、世間にお世話になっている弱者に対して死ぬ意思を強制するプレッシャーがかかると主張しています。それからもう一つは、今医療費削減のさなかにこの問題がおこってきたので、医療費削減が背景に潜んでいるとの主張です。医療費に関しては、私どもがそういうことを主張したことは一切ありません。ただ、一般に末期は医療費がかかっておりますから、こういう本人が望まない医療費は削減すべきだという意見は一般的に多くあります。しかし私たちはそれを主張しないし、この点は医師会も強く反対してますね。本人がプレッシャーを感じないというのは、人権が確立していない時代の言い分です。脳死の議論でも「脳死を認めたら、社会のお世話になっているんだからせめて心臓くらい出せ」というプレッシャーがかかっているという反対がありました。現実にはその問題はまったく杞憂で、まったくおこっていません。尊厳死の法制化には、あくまで特定の本人が希望し、苦痛がある人に逃げ道をとというのがわれわれの目的です。法制化が通ったからといって、あんたもどうですかと皆に押しつけるわけでは決してありません。この点は是非誤解しないでほしいと思います。尊厳死協会に反対する会はそういう誤解をしています。むしろ本人の意思が欧米ほど確固たるものではなくて、端から大きな声で言ったら俺は死にたくないけど死ぬと言わにゃいかんかなという社会、人間の意思が

軽視されている社会だとは思いたくもないですね。あくまで本人の意思を尊重しましょうということですね。

それから、安楽死と尊厳死を混同している場合がありますね。最近「難病と在宅ケア」というのが福永先生が発刊された雑誌に載りました。私も「難病疾患と尊厳死」というタイトルで書きましたので、是非読んでいただきたいと思います。この中にALSの患者さんも2つの論文を書いています。その1人は医師ですが、最後の決定は自由にさせてもらいたいと書いています。つまり延命措置を強制して、尊厳死に反対することは、本人が絶対いやだと思っていることを強制することになっているのですね。ある特殊な状態に限り尊厳死が法的に許される、それがわれわれの主張です。決してそれを一般的に広げようという気持ちはさらさらありません。生きたいと思う人はあくまで最後まで生きればいいし、それに対する準備を十分整えればいい、そう思うわけです。

インフォームド・コンセントはいうまでもないことですが、医師の持つ情報と患者の情報とは決定的に差があります。たとえばいかに口を酸っぱくして、人工呼吸器ではこういうことがおこってこうなりますよと言っても、患者の方は言葉で聞くだけ、実感が無いわけです。人工呼吸器をつけた方がいいのか、つけない方がいいのかは、主治医の言い方によっていくらか変わるわけですね。これが難しいところです。私は人工呼吸器を装着するかどうかはきわどい問題ではなくて、息が苦しくて人工呼吸器に助けを借りたいという人は、つければいい。つけても、無限に苦しみが続く状態は耐えられない、絶対いやだと思うようになった場合に尊厳死が認められる、こういうことが望ましいと考えています。

自己決定権というのは、このまま読みますと「死ぬ権利」になります。安楽死が認められたオランダ、ベルギーへ行きますと、人間は死ぬ権利も持っているのだという主張がありますね。私どもはそうではなくて、死ぬ権利は、「死にいたる過程を選ぶ権利」、「死のあり方についてわれわれの意見を反映する権利」、そういうふうに解釈しています。死を求める権利というのは、ある意味では自殺の容認になります。自殺については、今若干の偏見と差別があり、自殺した人には勲章をくれないという話を聞いたことがあります。それでは自殺は犯罪かという、自殺未遂は罪ではないのです。そこはこれからどうい

う考えに定着していくのか、私にはわかりません。

安楽死は医師、または第三者の手で死期を早めるもので、尊厳死は自然死というべきで、根本的に異なります。ただし安楽死を認めるのにも自己決定権という言葉が使われており、尊厳死を認めるのにも自己決定権という言葉が使われている。つまり本人の意思をもっと尊重する社会でありたいという思想が根本にあるのではないかと思います。

高知の病院で消極的安楽死と報じられた事件がありました。当時は尊厳死という表現がなく、尊厳死という表現は、1981年リスボンの世界医師大会で尊厳死 death with dignity というのを使ったことから、それに応じてわれわれも尊厳死協会と名前を変えたのです。最初は安楽死協会とっていました。当時の理解は消極的安楽死しか表現がなかったからです。さて、この高知事件の決定的な誤りは、本人の意思を聞いてないことです。第三者が、「あの人はもう生きているのが辛かろうから、もうチューブをやめようか」とやっているわけですね。日本では10件ほど安楽死事件がおこっていますが、そこで本人の意思をはっきり聞いたケースはないのです。相模原事件の場合は、本人の意思をはっきりしてましたから、土本先生も無罪にしたいということをおっしゃいました。つまり本人の意思を尊重する社会であってほしい、これが私どもの根本的な主張であります。

オランダでは、安楽死法案の審議中反対につめかけた1万人の反対派住民が報じられています。つまり賛成派は50%は超したけど、依然としてカソリック教会は反対。自然死は認めて安楽死は認めていません。今後まだ予断は許さないと思います。少なくとも今の段階ではそう皆がそれいけどんどん安楽死を推進するムードではありません。この問題は人類の将来を左右する大問題です。われわれはオランダではどういう経験を積んだのか、日本ではどういう経験を学んだのか、それを合わせて人類の未来を決定していくべきであろうと思います。

豪州では、患者に選択の権利とある安楽死賛成派と、弱者抹殺の圧力を危惧する反対派があり、法案はいったん発効して失効しました。ベルギーで1年経過した安楽死は数百例ですね。ルクセンブルグも法制化されていると思います。昔からのヒポクラテス以来の父権主義も影響していますが、世界医師会が、「法律で決まったことはやむを得ないにせよ、法律に乗って医者たるものが他人の死を早めることに手を貸すことは許されない」と批判をしました。それ

に対してオランダ、ベルギーの医師会は、「それは医師が取り仕切った昔のことだ、今は患者に決定権があり、すべては患者と医師の共同作業だから、患者の意思を無視することはできない」という反論をしています。みなさん、どちらを選ばれるでしょうか。

ALSの問題にしても、やはり試行錯誤で、やってみて悪ければすっと変えればいい。それがベストな、理想的な未来へ向けての方策です。私はそういう意味で、医師が治療行為を怠ったことによって死んだ場合に、つねに告訴されるという状態はない方が望ましいと思います。臓器移植の時も、立法以前は臓器を提供した医師が全員告訴されました。民事で告訴されたのですが、全部ペンディングになっていて、脳死容認が決まった時に一斉に不起訴になりました。今はもう臓器提供しても、犯罪か否かは議論にもなりません。

1960年に名古屋高裁で成田判事の安楽死の判決がありました。それから1996年に横浜でも、松浦裁判長が、安楽死はこういう条件なら認められるけれども、被告は安楽死に該当しないと判決を下しています。今回、昨年判決がおきた川崎協同病院事件も同じく、安楽死に該当せずという判決が下っております。ちなみに成田先生は尊厳死協会の名誉理事長で93歳でお元気です。

東海大学の安楽死事件では、患者は相当苦しんでおり、家族が主治医をつかまえて、こんな苦しみを何とかできんのかということで、相当プレッシャーをかけたようです。色々努力したけど全然苦悶が治まらないというので、結局ふらふらとなって主治医が塩化カリを注射したのですね。川崎協同病院事件も若干似たようなところがあります。裁判になると、家族はそんなことは言っていないと主張しますから、真相はよくわかりません。今年の3月に判決があったALS患者の相模原事件では、裁判長は須藤判事ですが、囑託殺人として有罪にはなりましたが、執行猶予がつきました。われわれはもっと考えなさいというような判決になったのではないのでしょうか。

最近尊厳死をめぐるのは、日本医師会が末期治療に関するガイドライン倫理要項を作りましたが、そこには患者の意思を尊重して医療行為を行うべきだとあります。厚生労働省の末期医療に関する懇談会でも、それぞれの疾患においてガイドラインが必要とっています。ということは、ALSはALSの専門家が議論していただいて、ガイドラインを作り、

それにしたいがまいしょうという意味です。その流れで今日の会も行われていると理解しています。みなさんの意思が日本の将来を決定する、ALSの将来を決定するといっても過言ではないと思います。尊厳死法制化を考える議員連盟は16年の5月にスタートし、死の権利世界連合大会は去年の9月開催されています。

何回も申し上げますけれど、法制化したからといって、誰も彼もがあなたは尊厳死にあたるから意思をはっきりしなさいよということではありません。極端な条件にある時に違法性阻却が行われるようなことを目指しているわけです。特定の人だけに、こういう条件があれば免責できるというふうにしてほしいと主張しているのです。ALS問題は今や世界の問題になっています。したがって、表向きクリアカットにこれ賛成これ反対という議論はみなさんお持ちじゃなく、心の中に両方とも理由があるなあと思います。ですけど、どこかで決断しないと、現実にはそういう問題がおこるわけですからね。相模原事件では医師としても正面切って悩み、患者とともに未来を模索する努力が必要ではなかったかと思うわけです。

---

### 終わりに

---

去年行われた死の権利世界連合大会では、私がお話を務めました。難しかったですね。安楽死派も来てますから、うまく調和をしなければならない。驚いたのは、経団連の奥田会長が成熟した社会では多様性のダイナミズムが必要だといって、経済界の未来展望に尊厳死の項目を入れられたことですね。延命至上主義は変化を遂げつつあります。健やかに生き安らかに死ぬ権利は人権の重要な柱です。基調は本人の意思が大事であって、本人が何言っても俺は知らんぞという事なかれ主義はいけない。主治医の考えを患者に強制することも許されない。そういうことで、今日は私の意見を述べさせていただきました。ご静聴ありがとうございました。

**福永** 本当にわかりやすいご講演ありがとうございました。この話題に関してはいつも大きなところか、たくさんの議論があるんですけども、何かご質問はありますか。

**湯浅** 先生どうもありがとうございました。それ

で一番の要点は結局言葉の定義をどうしておくかということがあって、安楽死と尊厳死の切り分けの所なんです。尊厳死はあくまで死に至る過程を尊厳ある形で、自然死を望むということのようですし、安楽死は先ほどの土本先生の講演中では3種類あって、その内の一部は尊厳死に沿っていて、一部は積極的安楽死、つまり死期を早めるという意味でそういうわけなんです。そういうことであつたとして呼吸器を外すというような今回の相模原事件のような状況は法的には嘱託殺人という判断であつたのですが、内的には安楽死にはあたらないのでしょうか。

**井形** 安楽死のスタートがカレン裁判でありましたから、カレン裁判は呼吸器を外すことで、尊厳死です。あくまで延命措置の中止で安楽死ではありません。

**湯浅** 尊厳死ですか。そうしますと、先生が一貫しておっしゃっていることは私も了解できました。しかし、ALSという特殊な状況では、尊厳死と安楽死の峻別がまた難しくなる場面もあるようにも思えます。私が安楽死と思っていたことも含めて尊厳死かどうかまだちょっと考えがおよばなくて、安楽死ということ積極的に手を下すということについては先ほど土本先生に踏み込んでいただいたので、将来的にはそういうものも展望すべき時代もあるかと思うんです。少なくとも今現実問題としてあの相模原事件が私の心の中で非常に大きなショックでして、もし土本裁定なら無罪ということをおっしゃって下さったので、あのお母さんも救われたかなと有り難く思うんです。医療者である限り、いつ何時東海大事件、川崎協同病院事件など同じようなことが目の前に突然ふりかかってこないとはいえないわけですし、考え方をしっかり持っておかなければならないわけです。医師であれ家族であれALS医療の中で患者を助けつつ罪人が発生してはならないのです。また、死を望む患者の心の深みを思いやり、できればそれを防止し、反面その望みを叶えるという相克する事態が尊厳という言葉で解決できるならそれも大切なことだと思います。言葉の定義で私が混乱していたかもしれませんが、先生のご講演をお聞かせいただき大分わかりましたのは、安楽死とか尊厳死とはいってもそれを操る人々の信頼関係と人間性にあつて、より深い所の、根本は一緒のように思います。あの相模原事件の母親に決して鬼の心があつたとは思えません。問題はそれに携わる人の立場と資

質でしょう。そういう意味で先生が目指していられることと、ALS医療を通して私が日頃感ずるものに相通ずるものがあると思えました。どうもありがとうございました。

**海野** ALS協会の海野と申します。本日はありがとうございました。一点先ほどの質問と重複してしまう所があるかもしれませんが、呼吸器を外すことがカレン裁判の中で尊厳死の考え方があてはまるという意見があつたんですけども、その根拠は、どのように考えればよろしいのでしょうか。

**井形** 主治医には抵抗があるでしょうが、やはりプリティ・ダイアン事件などにみるように、人工呼吸器を取り外すことの免責を求める運動、それが尊厳死運動のスタートになってますから、尊厳死の意思を尊重すべきでしょう。人工呼吸器でないと生きられないのは、末期と考えています。

**海野** ありがとうございます。

**井形** 延命措置をどの範囲までこれに含めるか、どこまでを延命措置と呼ぶかです。たとえば、昇圧剤もある意味では延命措置ですが、実際現場では、いよいよ末期で本人の尊厳死の意思がはっきりしている時は、昇圧剤を減らしたりしている現実があります。他方、人工呼吸器の場合は、なかなか困難な問題を含みます。酸素濃度を減らすということをやっつけられる医師もいると思いますが、止めるか止めないかは、はっきりしてますからね。仮に酸素を中断して、全部空気だったとしても、それで人工呼吸器は救命効果を発揮するわけで、なかなか難しいと思います。

**福永** まだほかにもあるかもしれませんが、一応こらで今日の議論は終わりたいと思います。先生どうもありがとうございました。

[本講演は平成17年8月19日公立学校共済長崎宿泊所ホテルセントヒル長崎で開催された厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤にした神経疾患の総合的研究」平成17年度湯浅班夏季ワークショップ「今後のALS医療のあり方を考える：NHO/NCNP政策医療ネットワークの役割」における特別講演として行われたものである。]