

NPO法人 がん患者支援ネットワークひろしま

● Dr. 井上林太郎の書籍紹介

終(つい)の選択 —終末期医療を考える—
 田中美穂、児玉 聡 著 勁草書房 2017年12月初版

はじめに

日本にも、積極的安楽死や自殺幫助を望む人が少なからずいる。テレビドラマの「おしん」や「渡る世間は鬼ばかり」等で著名で、先日、文化勲章を親授された、脚本家の橋田壽賀子先生もその1人だ。2016年、「文藝春秋12月号」で、スイスに行って安楽死(自殺幫助)によって死にたいというエッセイを公表し話題となった。そのことは、本書でもふれられているので、まず、紹介する。タイトルは、「私は安楽死で逝きたい」。サブタイトルは、「夫との死別から27年、91歳脚本家の問題提起」である。抄出する。

『私は80歳を過ぎた頃から、もし認知症になったら安楽死がいちばんと思っている。どうしたらいいのかと思って、調べてみたらスマホでも色々わかった。スイスには、70万円で安楽死させてくれる団体があった。安楽死とは正確に言うと合法的な自殺幫助で、様々な厳正な審査を受けたうえで、合格した人だけが致死量の薬物を飲んで自分で死ぬというものだ。(中略)私は、日本でもスイスのように安楽死を認める法律を早く整備すべきだと思っている。』

今回は本書より引用しながら、「終の選択」の1つである、「自殺幫助」、「積極的安楽死」を紹介する。尚、本稿では、単に「安楽死」と表記した場合は、「積極的安楽死」を意味する。

著者の紹介；

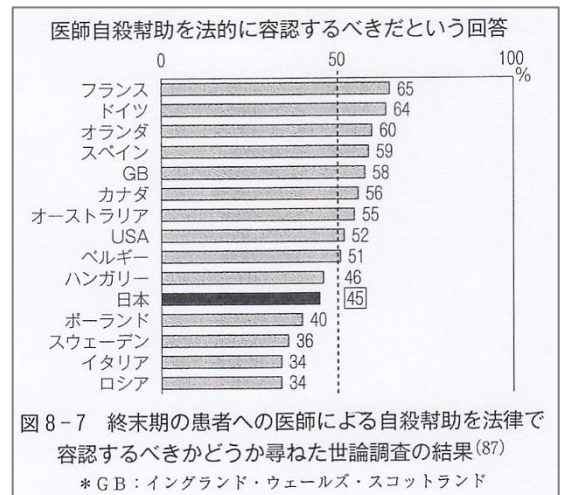
田中美穂 (たなか みほ)：1972年生まれ。1995年早稲田大学卒業。北海道新聞記者、朝日新聞記者等を経て、2012年東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻専門職学位過程修了。日本医師会総合政策研究機構主任研究員。

児玉 聡(こだま さとし)：1974年生まれ。2002年京都大学大学院文学研究科博士課程研究指導認定退学、博士(文学、2006年)。京都大学大学院文学研究科准教授。著書に「功利と直観」、「功利主義入門」等。

本書の内容・感想

図8-7は、日本を含む15ヶ国の市民(成人2,000~2,200人)を対象に、終末期の患者への医師による自殺幫助を法律で容認すべきかどうか尋ねた世論調査の結果である(英誌「エコノミスト」2015年)。バラツキはあるが、各国とも約50%の人が容認すべきだと回答している。日本でも45%の人が容認すべきだと回答している。意外と多い。

但し、自殺幫助を法的に認めている国・地域は、ベルギー、オランダ、ルクセンブルクのベネルクス3国、スイス、カナダ、そして、オレゴン州、ワシントン州等のアメリカの一部の州に限られる。安楽死を認めている国は、ベネルクス3国と南米コロンビアである。カナダも、回復不能で、耐えられない苦痛に悩まされている患者に、衰弱する前に自分の力で死ぬことがで



きるうちに死ぬのを余儀なくさせることは、憲法で保障されている「生命の権利」が侵害されている。耐えられない苦痛の中でいきることを強制することは、「自由および身体の安全性」が侵害されているとした裁判所の判決に伴い、2016年6月、医師による自殺幫助と積極的安楽死の両方を容認する法律が制定された。

スイスは、自殺幫助しか認めていないが、外国人への幫助も認めている。これは、スイスのみである。但し、自宅幫助を認める法律があるわけではなく、自殺幫助を禁じる法律の解釈によって、一定の条件のもとで自殺幫助を行っている。次の法律だ。「刑法第115条(自殺への誘導・幫助) 利己的な理由によって誰かを自殺するようにあおる、あるいは、自殺するのを幫助する者は、その自殺が実際に行われた、あるいは、試みられた場合、5年以下の懲役刑か罰金刑が科せられる。」この「利己的」には、金銭、遺産等の有形の利益だけでなく、嫌悪感情を満足させる等の精神的な利益も含まれる。つまり、利己的な動機が認められない場合には、罰を受けないということだ。

スイス在住者に限ると、患っていた疾患は2014年のデータであるが、がんが42%と1番多い(図8-2)。スイス市民を対象に支援を行っている団体「エグジット」によると、2016年には、3,500人が希望し、審査を経て許可されたのが990人、実際に医師による幫助を受けて亡くなったのは、720人。2014年は583人で増えている。自殺方法は、鎮静作用のある麻酔薬ベントバルビタール・ナトリウムを内服する。この薬は日本では、「麻薬及び向精神薬取締法」により厳しく規制されているが、実験用小動物の安楽死に用いられていて、商品名は「ソムノペンチル」である。

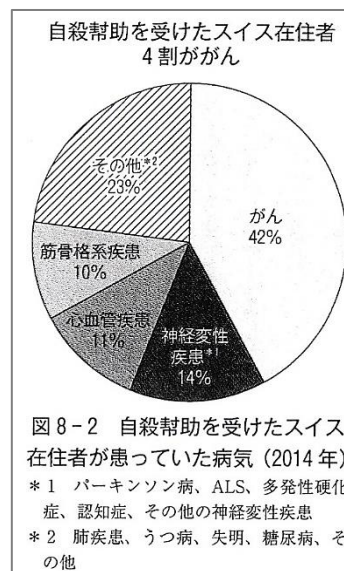
では、「審査を経て許可される」条件とは。

スイス医科学アカデミーのガイドラインは、終末期医療において、直接自殺を幫助することは医師の仕事ではなく、むしろ、自殺したいという患者の希望の根底にあるあらゆる苦痛を緩和する義務を負っている、と前置きしている。一方、患者の希望を考慮することは医師・患者関係における基本である。このようなジレンマが、医師の役割の一部分として、良心に基づく個人の意思決定を求めていること、自殺を幫助するという(良心に基づく)意思決定は尊重されなければならないこと、医師には自殺を幫助するのを拒否する権利があることが明記されている。そして、医師が自殺を幫助する意思決定をした場合、次のよう項目を確認することが医師の責務としている。

- ・自殺を幫助・介助する場合、医師が確認すべき前提条件
- ①患者の病気は、本人が終末期に近づいているという前提が妥当なことを示している。②介助を提供するその他の可能性が話し合われ、(患者が)望む場合は、それらが実施されている。③患者は、意思決定を行うことができ、患者の希望は、周囲から圧力がかけられることなくよく考えられたものであり、患者は自分の希望を貫いている。このことが、第三者(必ずしも医師でなくてよい)によって確認されている。④死を引き起こす過程における最後の行為は、常に患者自身によってなさなければならない。

外国人について述べる。外国人にも自殺幫助を斡旋している支援団体「ディグニタス」によると、概ね増加傾向で、2016年の1年間に亡くなった外国人は195人。国別では近隣諸国に多く、ドイツが73人と1番多く、イギリス47人、フランス30人と続く。2016年末時点で、これまでに、2015年に1人、2016年に2人、計3人が日本からスイスに渡航して自殺幫助を受けている。このうち、日本国籍を有していた人は1人で、残り2人は外国籍の日本在住者であった。この団体の日本在住の会員は、2017年4月時点で24人、年々増えている。費用は、日本円に換算して、入会金22,000円、年会費8,800円、自殺幫助を受けるための総費用は1,155,000円である。ディグニタスに葬儀、行政事務・公務関連の処理を求めない場合は、770,000円。橋田先生はこのことを言われているのだろう。

但し、渡航手続きや付き添いに家族等親しい人達が関わった場合、日本のように自殺幫助が禁じられている国では、罪に問われる可能性がある。イギリスも同じである。同国の場合、自殺幫助を受ける権利を求めて患者が国に対して起こした訴訟が契機となり、現在は、公訴局長菅が自殺幫助罪訴追指針を公表している。



次に、「安楽死」について。安楽死法がある国では、自国民に限られている。日本人は使えないので、簡単に述べる。別稿で述べたように、医師が直接薬物を投与することに患者を死亡させることである。通常、医師がバルビツールを注射して患者を就眠させてから、筋弛緩薬を投与する。世界で最初に合法化されたのは、オランダで、「要請に基づく生命終結と自殺幫助による審査法(いわゆる安楽死法)」が、2001年成立し、2002年から施行されている。2016年のデータでは、自殺幫助が216人、安楽死が5,856人、両方が19人で、年間死亡者数の約4%にあたる。疾患として1番多いのは、「がん」で68%である。行った医師は、検死官に報告しなければならない。検死官から報告を受けた、法律家、医師、倫理学・哲学の専門家で構成される「安楽死地域審査委員会」が、医師が適切に行ったか確認する。

本書からの引用ではないが、自殺幫助、安楽死を認めるべきだという人の意見には、次のようなものがある。「苦しくない今のうちに死なせてほしい。これが自分の生の尊厳に繋がる」。「一定の条件下で認める法律をあれば、それだけで生きる希望となる」。「日本国憲法、第13条(個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利) —すべての国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政で、最大の尊重を必要とする—において、死ぬ権利も保障されている」。

最後に、皆様は、末期がん、ALSのような治療法がない病に罹患した場合、「終の選択」についてどのようにお考えだろうか。最初に示したように、日本でも約50%の人が医師による自殺幫助を容認する立場であるが、あなたのご意見は。この問題に関しても、「正しい知識」を身につけて、判断することが肝要である。是非、本書を手にして頂きたい。

理事 井上 林太郎