

要 旨

1 作成の背景

日本では、終末期医療（とりわけ延命治療の差し控え・中止）については、2006 年報道の射水市民病院事件等をきっかけとして翌 2007 年に出された厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を始め、ガイドラインによる対応が図られてきた。しかし、2021 年に「尊厳死法案」成立を目指す超党派の議員連盟が活動再開を宣言し、さらに 2025 年の参議院議員選挙時には幾つかの政党が「尊厳死」の法制化を政策として掲げるなど、近年、終末期医療についてガイドラインではなく立法による対応を図ろうとする動きが顕在化してきている。本分科会では、こうした動向を受けて、「終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－」（2008 年日本学術会議「臨床医学委員会終末期医療分科会」対外報告）を参考とし、法制化に関わる問題やガイドラインの現状を多角的に検討し、特に法制化の是非の問題を中心に本分科会の見解を提示することとした。

2 現状および問題点

終末期医療における延命治療の差し控え・中止については、ガイドラインによる対応が継続されてきた。2007 年の厚生労働省ガイドラインは改訂を重ね、2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に至っているほか、2014 年に「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」を出した日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会の 3 学会は現在、日本緩和医療学会を加えた 4 学会によるガイドラインを策定中である。しかし、近年、こうしたガイドラインによる対応に代えて、いわゆる「尊厳死」の法制化を目指す動きが顕在化してきている。さらには、「安楽死」についても、海外渡航して安楽死・自殺幇助を実施した例などがマスコミ等で好意的に報道され、これを容認しようとする空気も出てきている。そこで、本分科会はいわゆる「尊厳死」のみならず、「安楽死」も視野に収め、諸外国における法制化の現状を確認し、関連する概念を倫理的に分析するとともに、国内における現行ガイドラインの問題点と法制化の是非を検討した。

3 見解の内容

本文では、本見解の作成に至った背景を確認する「1. はじめに」に続いて、3 章にわたって、諸外国における法制化の現状の確認、関連する概念の倫理的な分析、国内における現行ガイドラインの問題点の検討を行い、最後に「5. おわりに」として、「三つの見解」を提示した。

(1) 諸外国における安楽死、延命治療の差し控え・中止に関する法制化および社会政策の動向と問題

諸外国における安楽死に関する法制化の状況と問題点を確認するために、2001年に安楽死を認めたオランダを含むベネルクス三国、スイス、ドイツ、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランス、カナダの動向を概観した。それらの国の少なくとも一部では、安楽死実施件数が漸増の傾向にあり、また許容される安楽死の対象者も、国連の障害者権利委員会の報告書が警告を発しているように、終末期の患者から障害者、認知症患者、精神疾患患者、難病患者へと拡大する傾向があることが指摘できる。また、諸外国の動向の概観によって「安楽死」、「尊厳死」の概念それぞれの意味するものが必ずしも同じではなく、多義的であり、問題を考える際に用いる用語の重要性も確認できる。

(2) 安楽死、延命治療の中止等に関わる倫理的考察

安楽死・自殺幇助、延命治療の差し控え・中止、緩和的鎮静・鎮痛といった医療行為を概観し、積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死、尊厳死といった概念を整理し、それを踏まえて問題となる医療行為について主に患者の苦痛と自己決定を理由とする肯定論とそれに対する反対論に分けて検討した。その結果、まず問題の検討のためには多義的で予断を生むおそれの高い「尊厳死」といった言葉を避け、例えば「オピオイドの投与が患者の死を早めるケース」といった、行為の実態をそのまま記述する用語の使用を提案する。また医師による安楽死と自殺幇助については、社会的弱者へのリスクや医療行為としての問題性のほか、生命短縮の作為性と意図性の問題点を考えるならば、法制化すべきではない。

(3) ガイドラインと法制化の是非

法制化せず現状維持が望ましいとは言え、現状のガイドラインによる対応にも倫理的問題がないわけではない。そこで現在の日本における医療・介護の現場に大きな影響力を及ぼしている2018年の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を、医療・ケアの現場から見た問題点を中心に検討し、今後の改訂時の参考となるよう考察を重ねた。その結果、意思決定プロセスに関わる本人・家族等についても、また対応する医療・ケアチームについても、さらには意思決定システム自体や対象となる疾患等についても、不明確さが残っていることが確認された。当然のことながら、ガイドラインだけでは個別の事例への十分な対応は不可能である。そのことを考えれば、少なくとも医療・ケアの現場から見れば、法制化は柔軟な対応に結び付かないどころか、過度に拘束するものになる可能性が高い。

(4) 三つの見解

以上、「尊厳死」だけではなく「安楽死」まで視野に収めて、諸外国における法制化の現状の確認、関連する概念の倫理的分析、現行ガイドラインの問題点と法制化の是非の検討を行い、そのまとめとして、本分科会は次の三つの見解を提示する。なおここでの考察は、国会議員、厚生労働省および医療・ケア従事者、医学系学会のみならず、より広い人々に向けて作成されたものである。

①問題に関連する一連の用語については、曖昧な表現を避け、意味を明確に限定できるものに整理すべきである。特に多義的で予断を生む恐れのある「尊厳死」という言葉は避けるべきであり、また「消極的安楽死」「間接的安楽死」といった言葉も使用を避けるべきである。

②医療者による安楽死・自殺幫助については、様々な倫理的理由や法制化の結果として対象者の拡大が生じている海外の現状を考慮すれば、容認することはできない。

③延命治療の差し控え・中止については、いわゆる「尊厳死」を法制化すべきではない。課題を克服するために必要なのは、医療やケアを受ける本人・家族や現場の医療者・介護従事者が柔軟で適切な個別的対応を実現するための支援である。