

Reprinted from

KITAKYUSHU SHIRITSU DAIGAKU HOU-SEI RONSHU

Journal of Law and Political Science. Vol. XL No.4

March, 2013

北九州市立大学法政論集第40巻第4号（2013年3月）抜刷

論 説

死ぬ権利はあるか

——安楽死における自己決定の諸相——

**A Study on The Right of Death : The Aspects of Self-
Decision in Euthanasia**

Tsugiyoshi NAKANO

中 野 次 吉

論 説

死ぬ権利はあるか

—— 安楽死における自己決定の諸相 ——

中 野 次 吉

はじめに — 安楽死問題とその射程

第1節 医療目的の転換 — 安楽死問題の発端

第2節 本稿における安楽死の区分

第3節 死ぬ権利はあるか — 自己決定権と治療義務の比較考察

第4節 尊厳死

むすびに代えて — 総括と提言：尊厳としての安楽死

はじめに — 安楽死問題とその射程

「私たちは権利として死を選択することができるか」。この問いを検討することが本稿の課題である。「死を選ぶ？ 何をバカな」と思われたかもしれない。たしかに私たちは、望もうと望ままいと、かならず死ぬ。人間にとって死は定めである。

しかし、いま私たちは定めを選ばなければならない。蘇生術や延命医療の発達によって、いのちを望むまま引き延ばすことができるようになったからだ。

その例として、臨終の場面を想像してほしい。医師はあなたにこう尋ねる。「もはや手を尽くしました。ご家族は生命維持装置なしにはもちません。これからも治療を続けますか？」と。あなたが「はい」と応えると、家族は機械の力で生き続ける。「いいえ」と言えば、いのちを終える。

死をコントロールできるという意味で、死は定めではなくなった。生死を決定するのは私たちである。私たちは、その責任を負わなければならない⁽¹⁾ となった。

この問題をもう少し大きく見ると、「私たちはいのちに人為的な境界線を引くことができるようになった」と言うことができる。私たちはいま、いのちを自由に操作する神の力を手に入れた。これが医学を含む現代科学・技術の抱える問題であろう。

その一つの象徴が人工呼吸器に代表される生命維持装置、延命処置である。ここで言う延命とは「生命維持処置を施すことによって、それをしない場合には短時間で死亡することが必至の状態を防ぎ、生命の延長を図る処置・治療のことをいう。（中略）このなかに取り敢えず人工栄養、水分補給が含まれる⁽²⁾」。

生命維持装置は、延命こそ可能だが病気を治すわけではない。つまり、患者は健康を回復するわけではない。患者は治らないにもかかわらず生き続けなければならない。それは、患者にとって闘病や苦痛の長期化を、医療従事者や家族にとってケアの長期化に伴う精神、肉体、金銭面の負担増加を意味する⁽³⁾。

「治らないのであれば、いっそ楽にしてほしい——」。装置の力で生かされていると感じる患者はそう思う。その苦しみは、死ぬことによってしか解決できない。死にたくはないが、死ぬ他に選択がない。

しかし、問題はそう簡単ではない。「殺してくれ」と言われて「ハイ、そうですか」とは言えない。臨終の例を苦しむ側と見守る側に立って自分に当てはめてみてほしい。

本当のところ、誰も責任を引き受けたくない。いのちをとり留めたことで生じるジレンマ。死ではなく生が定めとなった現代社会。これが「死を選ぶ」ということである⁽⁴⁾。いまや誰もこのことから逃れることはできない。愛しき者を送り、自らも逝く⁽⁴⁾のだから。本当に楽になりたいのは、私たちの体ではなく心なのかもしれない。

死を選択するという行為を、本稿では死を選択する権利として捉え検討

する。本稿における安楽死は権利としての安楽死を指す。現代社会における死の有り様は、選択や権利という言葉をつけ加えることで、死がこれまでもつことのなかった責任という意味を明確化できると考えたからである。

権利としての安楽死では、自ら死を選択するという意味で自己決定が大きな意味をもつ。その決定内容により安楽死は様々な意味をもつ。その詳細については第3節で確認する。ここでは、まず安楽死という言葉の起源とその射程を確認したい。

安楽死 *euthanasia* という言葉は、ギリシア語の *eu* (良い) と *thanatos* (死) を組み合わせたものである。一般的な意味は「助かる見込みのない病人を苦痛の少ない方法で人為的に死なせること」(広辞苑・第三版)である。その起源は17世紀の英仏にあり、上述のような意味を与えたのは、19世紀末のイギリス人、S. D. ウィリアムズとされる⁽⁵⁾。

日本では、しばしば安楽死が大往生と混同される。大往生とは「安らかに死ぬこと。少しの苦しみもない往生」(広辞苑・第三版)である。かつて極楽浄土が安楽国と言われたこともあり、大往生という言葉は、天寿を全うする、無事に別の世界に生まれかわるという良いイメージを喚起する。

権利としての安楽死と日本語の大往生には決定的な違いがある。大往生が死の自然性を指すのに対し、安楽死は意図して死をもたらし行為、作為を意味する。たとえば、患者の生命維持装置を外すことは第三者が行わなければならない。それは法律上殺人である。安楽死は法に反するだけでなく、医師の職業倫理にも反する。私たちは最善ではないと知りつつ、延命処置を継続せざるを得ない。

この状況を解決するために権利としての安楽死が登場する。死の選択を自己決定権と捉えることで、周囲の人間には患者の希望を実現することが義務となり得る。本稿第一の課題は「死の選択、権利としての安楽死は成立するか」を検討することである。

生命や身体に対する自由は人権宣言以来、あらゆる権利の根幹である。他者に身体を拘束される、つまり自分の考えに反して行動を制限されることは隷属に他ならない。自らの身体に関するコントロールは本人の専管事

項である。それゆえ国家は法を設け、生命の保護を任務としてきた。

権利としての安楽死は、この近代法システムに真っ向から対立する。身体の完全かつ自由な処分、死の選択は、生命の破壊行為である。一方、法は生命の保護を命じる。いまや生命の管轄権をめぐる個人と国家(社会)のあいだに衝突が生じている。

すなわち、安楽死という事例は法や主体、個人といった近代概念がいのちという根源的現象によって挑戦を受けていることを示している。本稿第二の課題は、安楽死問題を通して近代的個や主体に代わる人間概念、尊厳を検討することである。

ところで、2006年に発表された統計ではわが国の死亡者のおよそ8割が病院で息を引きとる。⁽⁶⁾この数字は全員ではないにしろ、多くの人々に何らかの延命処置が施されていることを示している。

主要死因が感染症から根治不可能な慢性疾患へ変化した現在、この割合が急激に減少することはないだろう。蘇生術が発達する一方、「根本的な治療法が見つかっていない」、「現段階では症状の進行を抑えることしかできない」という症状は増加する。認知症や脳が委縮していくアルツハイマー、全身の筋肉が衰えていくALSがその例である。

また、わが国は世界一の高齢化社会である。その進行状況を考えると、寝たきりや慢性的な体調不良を抱える人々は確実に増加する。老化は根治不能である。彼らは家では看病できず病院や介護施設に送られ、延命治療を施される。

こうしたことからすれば、私たちは治療(延命)と無縁の生活を送ることができない。私たちは、海ならぬ病院をさまよう「永遠の患者」となってしまう。本稿第三の課題は、高齢化社会における安楽死を終末医療との関係で考えることである。

これら課題の前提として、まず安楽死が登場した背景とそれに伴う死の価値変動、そこから導き出されるいくつかの安楽死のパターンを検討する。

第1節 医療目的の転換 — 安楽死問題の発端

医療の目的は患者の命を救うことである。安楽死はこの目的に反する。患者を救いたいという意図と手の施しようがないという現実。この葛藤から医療目的の転換が生じた。

それが QOL という考え方である。それは、いのちの長さよりその質を重視する。この転換を機に死の選択という考えが生じる。ここでは、医療における価値転換とそのきっかけとなったカレン事件について検討する。

(1) カレン・アン・クインラン事件 (1975 年、アメリカ)

まず、医療目的が変化するきっかけとなったカレン事件について検討する⁽⁷⁾。ここには権利としての安楽死を考える基本枠組みが登場する。それは、自己決定による死の選択と医師の治療義務とのジレンマである。

【事件の概要】

意識不明の娘に施されている延命処置の停止を父親が求めた事件。医師がこれを拒んだため、父親は、娘の権限を代行する身上と財産上の後見人に任命して欲しいと裁判所に申し出た。

その理由は①娘に回復の見込みがない、②本人に意識があれば人工呼吸措置を望まないだろう、③それゆえ、これ以上彼女を生かしておくことはできない、の3点だった。議論では憲法における自己決定権、とくにプライバシー権と医師の責任範囲が争点となった。

アメリカ・ニュージャージー州在住のカレン・アン・クインラン (21 歳、女性) は、意識不明の状態で病院へ搬送されてきた。搬入時点で、少なくとも 2 度にわたり 15 分以上の呼吸停止に陥ったことが確認された。

彼女の治療にあたったモース医師らは、酸素欠乏による脳の損傷を疑い、様々な検査を行った。脳波は正常、いくつかの基礎的反射や反応を示した。

これにより、彼女は脳死ではなく持続的植物状態だと判断された。

モース医師は、彼女の回復可能性について「もとの認識レベルに戻ることは困難である。現時点で、回復の程度や方法は不明である。しかし、不明だからといって、回復の可能性がゼロだとは言えない」と述べた。

他の医師たちも、彼女の状態について「法的にも医学的にも死んではいない。しかし自発呼吸が不可能で、人工呼吸器なしでは生存が不可能である」と判断した。

結局、医師たちは、カレンが死んでいるわけではなく、また回復の可能性もゼロではないことから、彼女に人工呼吸器を装着した。

カレンの両親も彼女の回復を信じ、そのために必要なすべての処置を施すよう医師に求めていた。しかし、彼らは次第に悲観的になり、人工呼吸器を外そうと考えるようになる。敬虔なカトリック信徒であった彼らは、今後の処置について神父に相談した。

神父は、教皇ピオ 12 世の声明をもとに、両親の判断について罪ではないと助言した。その声明は、インスブルック大学外科麻酔部長から提出された質問への回答として、1957 年の国際麻酔学会で発表された。質問の主旨は「重篤な脳障害のため、ほぼ確実に生存の可能性がないと判断される場合、どこまで蘇生処置を行うべきか」であった。

その回答を要約すると次のようになる。自然の摂理およびキリスト教道徳は、重症であっても生命と健康を保持する権利と義務を放棄しない。この権利や義務は「通常」手段を用いる限り生じる。ここで言う「通常」とは、条件にもよるが、自他に対して過大な負担とならない手段という意味である。

また教会は、死の科学的証明に関与しない。しかし、一般的に言うなら、自発的、人工的を問わず、生命が自己を表現し続ける限り生きていると信じていることができる。

そこで医師の権利・義務が問題となるが、それらは患者の権利・義務と相関関係にある。医師は患者から独立した権限をもたず、患者が明示的あるいは間接的に許可を与えた場合のみ、行動を起こすことができる。

こうした助言を受け、両親は「カレンに施されている一切の通常外の措置を打ち切ることを認めまた指示する。その結果に対する責任は一切問わない」との文書に署名し、モース医師らにも署名を求めた。

モース医師は、次の理由から同意を拒否した。それは①人工呼吸を打ち切ることは医学的伝統にそぐわない、②治療の打ち切りは、患者のいのちを否定的に判断することを意味する。医師が患者のいのちの質について判断することは許されない、であった。

【裁判所の判断】

父親の申請を受けたニュージャージー州高等裁判所（以下、高裁）は、それを退けた。父親はカレンの財産上の後見人になることはできても、彼女の人格、身上を決定する後見人になることはできないとして、別の人物が後見人に任命された。

父親は同州最高裁判所（以下、最高裁）に上訴し、申請は認められた。ここでは、高裁、最高裁それぞれの議論について概観する。

① 高裁の判断

高裁では以下の3点が争点となった。それは、①司法が医学上の決定に介入できるか、②できるとすればいかなる権限によってか、③どこまで介入できるか、であった。

高裁はまず「裁判所が無能力者の権限を代行する代理人を任命する権限を有するか」を問うた。答えはイエスで、それは司法に求められる「良心と道徳」だとされた。同時に、その権限は相対的なもの、つまり実定法や社会的道徳との関係で決定されるとされた。

本件では、医師の義務や決定権との関係が取り上げられた。高裁は父親と医師の主張を以下のように比較検討した。その結果、父親側の主張には医学的、法的根拠がなく、本件では司法が医師の決定に介入する正当な理由がないと判断された。

	父親の主張	医師らの証言
①	回復の見込みがない。	誰も回復の見込みゼロとは判断していない。
②	本人に意識があれば、人工呼吸器を外すよう言うはずだ。	たしかに以前そのような言明はあった。しかし、それは身内の死が話題になったときにもらした感想であり、法的な同意とは言えない。また、カレンに苦痛を知覚する能力はなく、自ら死を選ぶとは思われない。

高裁は「いまカレンにとってもっとも大事なのは、生きているという事実である。裁判所はいかなる生命も剥奪する権限をもたない。動機の如何を問わず他人の生命を故意に奪うことは犯罪である」と判断した。

次いで、議論は父親の法的権限に移った。父親側は「人間には自分の身体を自由にコントロールする権利がある。それが憲法上のプライバシー権である。今回本人がその権限を行使できない以上、肉親である父親にそれを代行する権限がある」と主張した。

これに対し高裁は、次のように応じた。プライバシーとは自分自身に関する事柄を指す。それゆえ本人だけがコントロールできる。カレンが意識不明である以上、本人のプライバシーの内容は不明である。またプライバシー権は、身体に対する無制限のコントロールを認めているわけではない。今回守るべき法益が生命の維持である以上、親が子に代わっていのちを終える権利など憲法上存在しない。

最後の介入範囲については、宗教上の理由が論じられた。父親は教皇の声明をもとに処置を「通常／通常外」に区別し、娘の処置が「通常外」であると主張した。言い換えると、娘のいのちは自然のものではなく、本来の持ち分を超えている、よってそれを終えることは道徳的には問題ないという主張である。

これに対し高裁は、次のように判じた。教皇の区別は、道徳上有効だが法的効力をもつわけではない。声明の主旨は「通常／通常外」いずれの治療であっても、カトリックの教義に反しないということである。本件で裁判所が生命の保護を求める、すなわち「通常外」の処置を継続するよう命じても、信仰の自由と矛盾しない。

② 最高裁の判断

最高裁は父親の訴えを認め、彼をカレンの人格上の後見人に任命した。父親はカレンの自己決定を代行する権限を手にした。その際、以下に示す六つの手順が指示された（1976年3月）。

両親は、カレンを別の病院に移し、人工呼吸装置を外し、治療を停止した。彼女は、その後も点滴と栄養供給だけで生き続け、1985年6月併発した肺炎によって亡くなった。

①	父親をカレンの後見人とする。
②	父親に、改めて医師を選ぶ権利を与える。
③	その医師がカレンの症状を診察、検討し、回復の見込みがなく、生命維持装置を外すべきだと判断する。
④	この判断が医師の属する病院の倫理委員会にかけられる。
⑤	その委員会が許可を出せば、父親は生命維持装置を外することができる。
⑥	プライバシー権は治療拒否権を含む。父親はカレンの治療拒否権を代行するので、その結果生じた事態について責任を問われない。

ここでは、最高裁の考えを上記手続きの意味と関係付けながら概観する。最高裁は高裁と反対の結論に至ったが、高裁の事実認定をほとんど踏襲していた。にもかかわらず反対の結論に至ったのは、高裁が専門領域として法と医学のどちらの決定が優越するかを問題の核心としたのに対し、最高裁が救済、判決の言葉を用いれば「宣言的救済」を重視したためである。このことについて、最高裁は次のように述べている。

後見人や家族の同意を得て、責任ある担当医が、カレンは現在の昏睡状態から認識あり知性ある状態へ再起する相当の可能性がなく、そして現にカレンに用いられている生命維持装置は打ち切られるべきであると結論するならば、かれらはカレンが入院している施設の病院「倫理委員会」またはそれと同様の機関に相はかるべきである。その諮問

機関が、カレンの如上的ような再起に相当の可能性がないということに賛成するならば、現在の生命維持装置は撤去することができる、そしてそれらの行動がいかなる関係者の側にも——後見人であれ医師であれ病院であれ、その他の者であれ——いかなる民事・刑事の責任をも及ぼすことがあってはならない。⁽⁸⁾

ここで重要なのは、高裁と同様医師の決定を基礎としながら「倫理委員会」という協議の場を介在させたことである。最高裁は医療の専門性を尊重し、直接に人工呼吸器の撤去を命じていない。その意図は医師の判断を優先しながら、現実的救済を図ることにある。

最高裁はどのような理由で父親の訴えを認めたのか。高裁での争点、すなわち憲法上の権限（プライバシー権）と医師の治療範囲（司法の介入範囲）の相互関係について最高裁の判断を見てみよう。

最高裁はまず、カレンにプライバシー権があるか否か問うた。すなわち、自分の身体に関する自由な決定権、本件では「治療を拒否する権限を有するか」という問いである。

このような問いが発せられたのは、カレンに意識がなかったからである。プライバシーとは本人の心身に関する感情や判断であるが、それを表明するには本人がそれを意識・自覚していなければならない。

最高裁の回答はイエスであった。「本人に意識がないからといって、権利がないわけではない」からである。たしかに、子どもは権利や義務を理解できないが、人権をもたないわけではない。最高裁は、このことについて次のように述べた。

単に彼女の状況が選択の意識的行為を妨げるという理由だけで、それは見捨てられるべきではない。権利の破壊を防ぐ唯一の実践的な方法は、これらの状況の中で彼女がそれを行行使するかどうかについて、(中略)、カレンの後見人や家族がかれらの最善の判断を下すことを許すことである。⁽⁹⁾

ここではカレンのプライバシー権を認めた上で、権利を有すると言うためには、それが実際に使えなければならないと述べている。権利を認める以上、その範囲が問題となる。

そこで最高裁はプライバシー権と生命の保護という法益を比較する。最高裁は、カレンの状況について「回復の可能性がゼロではない」という事実認定を「回復の可能性はない」と判定し直し次のように述べる。

身体的侵襲の程度が増すにつれて、そして予後（の見込み）がうすくなるにつれ、対抗物たる州のインタレスト（法の管理者として生命を保護する義務）が弱くなり、個人のプライバシー権が増大すると、われわれは思う。ついには、個人の権利が州のインタレストを圧倒する点⁽¹⁰⁾が到来する。

彼女に回復の見込みがないと認定するのであれば、彼女に施されるあらゆる治療は「身体的侵襲」となる。もはや治療が無意味だからである。

最高裁は、カレンがプライバシー権を有し、回復の見込みがないという前提に立ち、「もし彼女に意識があれば、自らが回復の見込みがないという状況に対してどう判断するか」を問う。

しかし、現実として彼女に判断能力はない。そこで「彼女になり代わり、きちんと彼女の意に沿った判断ができるか」という問題が生じる。この点について、最高裁は次のように述べた。

[代理人の決定は：引用者] そのメンバーの圧倒的多数が、同様の状況においては、自分自身のために、あるいは、自分の最近親のために、同じ方法でそのような選択を行使するであろうところの社会により受け入れられるべきである。⁽¹¹⁾

自己決定の内容に関して、このような多数決的な、その意味では客観的

な判断が下せるのであれば代理人の人はあまり重要ではない。誰でも同じような判断を下すだろうからである。カレンの人格上の代理人は第三者である必要はなく、父親が任命された。

最高裁は、救済を前提としてプライバシー権、つまり患者の治療に対する決定権や医師の治療範囲について巧妙に回避しながら問題を解決している。

その判断は「回復の見込みがない」という高裁とは別の医師の判断を前提に進められた。診断は医師によって違うだろうから、この点医師の専門性を侵していない。その上で「倫理委員会」、最高裁の言葉を用いれば「責任の分散」体制を援用して、その専門的判断に一層の客観性、倫理性をもたせようとしている。

プライバシーを代行する。それは言葉の上では可能だが、内容的には不可能である。この場合、プライバシーの内容は死の選択である。カレン事件は、死の選択が法的に認められた事件であった。

(2) いのちにおける重心転換：SOL から QOL へ

カレン事件の背景にはいのちをめぐる意見対立がある。「何があってもいのちは守るべきだ」という考えと「いのちがあることはもちろん重要だが、その状態についても考えるべきだ」という考えの対立である。それは、裁判では「医師の決定権 vs 自己決定権」として、端的には「医師の権限 vs 患者の権限」として表れた。

この対立を医療倫理の観点から見ると、いのち、とくに死に対する認識の転換と捉えることができる。ニュージャージー州最高裁判所は、カレンのいのちについて「回復の見込みはない。よって治療の必要はない」と判断した。それは、モース医師が指摘したように、他人のいのちの内容に踏み込むという点で伝統的な考えへの挑戦であった。

それはいのち(死)が事実から価値へ転換したことを意味する。これが医療倫理における SOL から QOL への転換であり、権利としての安楽死と

深い関わりをもつことになる。以下、SOL から QOL への転換について概観⁽¹²⁾する。

1) SOL の意味 — 医師の救命義務

SOL とは、Sanctity Of Life の略で「生命の神聖さ」という意味である。それは「人間のいのちは無条件に尊い」と考える、もっとも一般的で、伝統的な生命観である（別名「生命至上主義」とも呼ばれる）。

その起源は、キリスト教、とくに 13 世紀の神学者トマス・アクィナスに求められる。キリスト教では、いのちを神からの授かりものと考え、自らのいのちを処分することは罪とされる。西欧ではこの考えをもとに生命三原則がつけられた。

◆トマス・アクィナスの生命観

- ① 自殺は、自然法（汝殺すなかれ）に反し、自分自身に対する愛徳に反する（自然に反する）。
- ② 自殺は、人が所属する社会に反するため不法である（共同体に反する）。
- ③ 生命は、神の賜物であるため、神の支配に服する人間が自由にすることは許されない（神に反する）。

◆生命三原則

- 第 1 原則：人為的に死を招いてはならない。正当防衛を除いて、人が人を死なせてはならない。
- 第 2 原則：人のいのちは、無条件に尊く、他の人のいのちに値打ちがあるかどうか絶対に問うてはならない。
- 第 3 原則：人のいのちは、すべて平等であり、他人のものとり替えることができない。ある人のいのちを他の人のいのちと比較してはならない。

医療従事者、とくに医師から SOL を見ると「救命や治療こそ医療の本分である」という救命義務になる。医療従事者が患者のいのちを奪う、縮めるなどあってはならない。それは医療をする側の倫理であり、そこから安

楽死を認める発想は出てこない。そのことは、古代ギリシアの医師、ヒポクラテス以来の伝統であった。

◆ヒポクラテスの誓い⁽¹³⁾

誓い

医師アポローン、アスクレーピオス、ヒュギエア、パナケイアをはじめ、すべての男神・女神にかけて、またこれらの神々を証人として、誓いを立てます。そしてわたしの能力と判断力のかぎりをつくしてこの誓いとこの約定を守ります。

この術をわたしに授けた人を両親同様に思い、生計をともし、この人に金銭が必要になった場合にはわたしの金銭を分けて提供し、この人の子弟をわたし自身の兄弟同様とみなします。そしてもし彼らがこの術を学習したいと要求するならば、報酬も契約書も取らずにこれを教えます。わたしの息子たち、わたしの師の息子たち、医師の掟による誓約を行って契約書をしたためた生徒たちには、医師の心得と講義その他すべての学習を受けさせます。しかしその他の者には誰にもこれをゆるしません。

わたしの能力と判断力のかぎりをつくして食餌療法を施します。これは患者の福祉のためにするのであり、加害と不正のためにはしないようにつつしみます。致死薬は、誰に頼まれても、決して投与しません。また、そのような助言も行いません。同様に、婦人に墮胎用具を与えません。純潔に敬虔にわたしの生涯を送りわたしの術を施します。膀胱結石患者に戴石術をすることはせず、これを業とする人にまかせます。

どの家に入ろうとも、それは患者の福祉のためであり、あらゆる故意の不正と加害を避け、とくに男女を問わず、自由民であると奴隷であることを問わず、情交を結ぶようなことはしません。治療の機会に見聞きしたことや、治療と関係なくても他人の私生活についての洩らすべきでないことは、他言してはならないとの信念をもって、沈黙を守ります。

もしわたしがこの誓いを固く守って破ることがありませんでしたら、永久にすべての人々からよい評判を博して、生涯と術とを楽しむことをおゆるし下さい。もしこれを破り誓いにそむくようなことがありましたならば、これとは逆の報いをして下さい。

2) QOLの意味 — いのちを価値と見なす

SOLへの反省としてQOLが誕生した。QOLとは、Quality Of Lifeの略で「生活の質」という意味である。ここで「生命の質」と訳さなかったのは、生命ではなく患者の日常生活を強調するためである。

生命維持装置には「いのちを引き延ばすことはできるが、病気を治すこ

とはできない」というジレンマがあった。それがかえって、患者を苦しめている。

そもそも救命は何のために行われるのか。それは患者を回復させる、つまりこれまでと同様の生活を送るためである。言い換えれば、医療の目的は患者が日常生活に復帰することである。救命や治療はその手段である。

日常生活における満足度を重視するという意味で QOL を生活の質とした。病気が重度であればあるほど、患者の満足度、生活の質は低下していく。「患者を完全に回復できないのであれば、患者が少しでも有意義な生活を送ることができるよう支援する」、それが新しい医療の目的となった。この意味で QOL は患者目線の医療倫理である。

QOL の登場によって、いのちは長短ではかられる時間的事実というより、その質、つまり価値へ重心を移す。これに伴い、治療法や薬の選択についても治療する側の独断ではなく、患者の考えが重視されるようになる。たとえば、仕事中心のライフスタイルを重視する患者は、時間のかかる化学療法より、1 度で済む手術の方が満足度は高いだろう。

いずれにしても、ここで重要なのは QOL が患者の価値観や満足感、意思などプライベートな状況判断に基づくことである。それは本人にしかわからない。

言い換えると、生の一過程としての死は、心停止という客観的現象だけでは捉え切れず、そこに死をどう迎えるかについて本人の価値判断が入ってくるようになった。その意味で、いのちは固定した事実ではなく、内容によって変動する価値となる。

「人生をどう送るか」。このことについては各種人権が保障している。であれば、「人生をどう終えるか」についても人権に含まれるのではないか。

QOL によって、権利としての死の選択、安楽死が可能となってくる。一方、いのちを価値として捉えることで、いのちが医師の職業倫理や生命の保護という法の目的と衝突をはじめる。

第2節 本稿における安楽死の区分

前節では、SOL から QOL への変化、すなわちいのちにおける事実から価値への重心転換を見た。その例として、カレン事件をとり上げた。それは、権利としての安楽死が登場するきっかけとなった。

以後アメリカでは、カレン事件と同様の事件が続発する。これを受け、アメリカ医師会は治療拒否権を認める方針転換を行った⁽¹⁴⁾。また、アメリカのいくつかの州では、患者が自らのいのちを絶つ、すなわち「死を選ぶ権利」を承認する法律が制定されるに至る。

日本でも死を選択する権利について司法の場で争われる事例が増えている。以下では、カレン事件以後に生じた日米の安楽死事件をいくつか検討する。それらの事例から見えてくる安楽死の条件をもとに、本稿における安楽死の区分けを試みる。

(1) カレン事件以後アメリカで生じた安楽死事件

まず、アメリカの事例を3件取り上げる。その際、カレン事件、安楽死の基本枠組み（自己決定権と医師の治療義務の対立）に対する変更や新視点を軸として叙述を進める。

1) サイケヴィッチ事件⁽¹⁵⁾（1977年）

【事件の概要】

意思表示能力の低い患者における治療停止が問題となった事件。ジョセフ・サイケヴィッチ（男性、67歳）は、重度の精神障害を抱えており（知能指数10、3歳児程度）で、50年以上マサチューセッツ州の施設で暮らしていた。彼は身体的には健康である一方、口頭による意思表示が難しく、身振りなどで意思を伝えていた。

1976年、彼は不治の急性白血病に襲われた。利用できる治療法は、薬物療法だけだった。上手くいけば、余命が2ヶ月から13ヶ月延びると予測された。その副作用として、苦痛、貧血、感染症、骨髄の機能低下などに加え、死に至る可能性があった。治療を受けない場合の余命は数週間から数ヶ月、死に至る過程に大きな苦痛はないと予測された。

問題は、精神障害のため本人が治療に伴う苦痛の意味を理解できないことだった。薬物投与や輸血の際、子どものような必死の抵抗が予想された。治療を滞りなく行うには、身体の拘束などが必要と考えられた。

施設の責任者は、今後の方針を決定するため、検認裁判所に彼の後見人を任命するよう求めた（1976年4月）。任命された後見人は、彼の状況について以下4点を同裁判所に報告した（同年5月）。

①	不治である。
②	治療法は医学上適切ではあるが、大きな副作用を伴う。
③	本人がそのことを理解できず、大きな恐怖と苦痛を被ると予測される。
④	治療を受けた場合と受けない場合を比較すると、後者の方が本人の利益になる。

報告を受けた検認裁判所は治療の差し控えを命じると同時に、命令内容を2点に要約し、同州最高裁判所（以下、最高裁）に確認を求めた。その内容は①検認裁判所が本件において治療の差し控えを命じる権限を有するか、②本件における差し控えの命令は適切か、であった。

最高裁はいずれも承認する旨公表した（同年7月）。サイケヴィッチは、そのおよそ2ヶ月後、白血病とそれに伴う気管支肺炎を発症し、死亡した（同年9月）。

【裁判所の判断】

最高裁は、承認を公表してからおよそ1年後、その理由を明らかにした。回答は、以下3点について論じたものだった。カレン事件と比較した本件の特色をまとめると、①本人意思の法的判断基準として主観性を重視する、

②医学的客観性と法的客観性が衝突した場合、後者が優越するとしたこと、である。

①	治療拒否権は普遍的な人権であり、行為能力の有無を問わず保持している。
②	行為能力をもたないものが治療拒否権を行使するにあたって求められる法的規準。
③	その過程においてとるべき手続き。

最高裁はまず、カレン事件と同様、人権に個人差がないことを確認し、無能力者の「最善の利益」を守るよう求めた。その法的基準として代理判断論 (substituted judgment) が論じられる。

カレン事件では、無能力者の判断内容を代行する基準として、客観性を確保するため多数決原理が採用された。しかし、本件ではこの基準が否定され、主観性が重視された。その理由について最高裁は、多数者の意見とは「統計上の要素」に過ぎず、「個々の選択は、多数決によってではなく、決定をなすよう求められた人の、独自の視点から考察された複雑な個別的な状況によって、決定される」と述べた。

言い換えると、もっとも個人的であるべき人生における選択について、つまりプライバシーについて画一的な判断を適用することは、押し付けに他ならず、無能力者を「他の者より劣った地位または尊厳をもつ者」に貶めるという判断である。

カレンとサイケヴィッチとでは置かれた状況が異なっている。カレンの場合、意識不明になったのであり、以前は完全な判断力を有していた。そのため代行される権限も完全な能力者のそれであり、客観的基準として多数者の判断を援用することができた。

一方、サイケヴィッチの場合、意識はあるもののその判断力は生まれつき「制限されている」ものだった。したがって、本人の意思に忠実であろうとすれば、本人の状況に即して考えなければ「価値ある比較」にならない。このことについて最高裁は端的に「無能力者の精神的マントを身につける」ことだとし、次のように述べている。

[この種の判断で：引用者] 最も重要なテストは主観的な性格のものである——すなわち、可能なかぎり正確に、対象となっている個人の欲求と必要を決定することが目標である。⁽¹⁶⁾

次いで「延命治療の実施の可否は誰が下すか」への回答として司法判断の優越が登場する。カレン事件では、司法判断と医学的決定の比較衡量において後者が優先された。

本件では、そのような判断は「公正だが情熱的な調査・決定過程」である司法が担うべきだとされた。最高裁は、こうした判断を求められることこそ「統治機構の司法部の創設の基盤」であるとし、次のように述べた。

われわれは、人工的生命維持を継続すべきか否かの決定を、患者の後見人、家族、担当医師、そして病院の「倫理委員会」に委ねるという、カレン事件においてニュー・ジャージー州最高裁によって採用されたアプローチを拒絶する。⁽¹⁷⁾

2) エリザベス事件 (1986年)⁽¹⁸⁾

【事件の概要】

治療拒否が権利として認められた事件。人権である以上、個人の状態に関係なく適用されるので、精神的苦痛に対しても権利としての安楽死が認められた。

カレン事件との比較で本件の特色をまとめると、①精神的苦痛を原因とした安楽死の承認、②延命処置における「通常／通常外」の区別がなくなり、人工呼吸だけでなく栄養・水分補給も治療拒否権の対象に含まれたことである。

エリザベス・ボービア (女性、28歳) は、生まれつき脳性麻痺を患っていた。彼女は、寝たきりで四肢を動かすことができない (自力で食事や排

泄ができない) 一方、精神面では問題を抱えていなかった。

のちに彼女は退行性関節炎を併発し、痛みをモルヒネで緩和するようになる。担当医は流動食による栄養補給では不十分と判断し、彼女の意思に反してチューブによる強制的栄養補給に切り替えた。彼女はこの処置を嫌がり、自殺を試みたが失敗した。そこで、チューブの撤去を求め裁判所に訴えを起こした。

【裁判所の判断】

① **カリフォルニア州第1審**：訴えを無効として退ける。

彼女には、いのちの危険があるわけではない。彼女の主張は病状とは無縁で、公共施設を利用した自殺であると判断された。

② **カリフォルニア州第2審 (86年)**：訴えを認める。

いのちに対する決定権は本人に属する。患者本人の意思に反した生命維持を行うことはできない。いのちに対する決定には死も含まれる。治療拒否権は、人権として認められなければならない。

また、末期患者でなければ治療拒否権をもたないとは考えられない。健全な判断力をもつ患者は、結果的に死ぬことになっても、自分のいのちについて決定する権利がある。なお、エリザベスは友人の勧めもありチューブを撤去しなかった。

3) ナンシー事件 (1990年)⁽¹⁹⁾

【事件の概要】

本件の特色は、アメリカ連邦最高裁判所で治療拒否権 (消極的安楽死) が認められたことである。エリザベス事件と同様、延命処置およびその拒否対象として栄養・水分補給を含むことが確認された。また、本人に意識がない場合、両親や代理人の意思が尊重されることが確認された点でも重要である。

ナンシー・クルーザン (女性、24歳) は、自動車事故にあい、心肺停止

状態で病院へ搬送された。緊急処置により拍動が回復し、彼女は自力呼吸を始めたが、痛み以外の反応がなく植物状態に陥った。

彼女は、チューブによる栄養補給を受け病院で生き続けた。4年後、両親は娘の尊厳ある死を求め、病院にチューブを外すよう求めた。これが拒否され裁判となった。

【裁判所の判断】

① ミズーリ州第1審

両親の主張は認められたが、ミズーリ州が上訴したため州最高裁へ。

② ミズーリ州最高裁 (88年)

保護者の代理権が認められなかったので両親が控訴、連邦最高裁へ。

③ 連邦最高裁判決 (90年)

本人の意思を示す明白かつ確信的な証拠がない以上、両親にはチューブを外す権限はないと判断。しかし、のちにナンシーの友人3人の証言が認められ、ミズーリ州はチューブの撤去を認めた。ナンシーは、撤去から12日後、家族に看取られながら死去した。

(2) 日本の安楽死事件

ここでは日本の司法が安楽死について免責条件や判断を示した三つの事例をとり上げる。いずれも有罪判決が出ており、日本の司法は安楽死の承認に対して慎重である。

1) 山内事件 (1962年)⁽²⁰⁾

【事件の概要】

不治の病に侵された父親を息子が毒殺した事件。本件の特色は、裁判所が世界初とされる安楽死の免責条件を提示したことである。

愛知県で農業を営んでいた被疑者の父は脳溢血で倒れ、全身不随となっ

た。症状は悪化し、四肢が曲がったままとなり、少しでも動かすと激痛が走るようになった。また、しゃっくりの発作も併発し、しきりに「苦しい。殺してほしい」と叫ぶようになった。

昭和 36 (1961) 年 8 月、主治医は被疑者に父親の余命について「あと 7 日から 10 日」と告げた。8 月 27 日、被疑者は、自宅に配達された牛乳のなかに有機リン殺虫剤を入れる。事情を知らない母親がこれを父親に飲ませ、父親が死亡した。

【裁判所の判断】

裁判では尊属殺人を主張する検察と安楽死を主張する弁護側が対立した。「被疑者の行動が安楽死に該当するか」が争点となった。

第 1 審では尊属殺人が成立したが、弁護側が再審を要求。名古屋高等裁判所で再審され、嘱託殺人が成立、懲役 1 年 (執行猶予 3 年) の刑が確定した。

その際、裁判所は、安楽死が法的に成立するための 6 条件を出した (下表)。判決は「これらの要件がすべて満たされるのであれば、安楽死としてその行為の違法性までも否定しうるものでない⁽²¹⁾と解すべきであろう」と述べ、本件では条件⑤、⑥が満たされなかった。

①	病者が、現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること。
②	病者の苦痛が甚だしく、何人も真にこれを認めるに忍びない程度のもなること。
③	もつばら、病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。
④	病者の意識がなお明瞭であって、意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託、又は承諾のあること。
⑤	医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には、医師により得ない首肯するに足る特別な事情があること。
⑥	その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうるものなること。

2) 東海大学安楽死事件（1991年）⁽⁹²⁾

【事件の概要】

東海大学付属病院に入院する末期ガン患者に、担当医が薬物を投与して死に至らしめた事件。山内事件から30年以上経て、裁判所が改めて安楽死を認めるための4要件を出したことが本件の特色である。

患者は治療不可能なガン・多発性骨髄腫で入院し、昏睡状態が続いていた。1991年4月13日、担当医は家族から「楽にしてやってください」との強い要請を受け、点滴、痰引、血漿交換、フォーリーカテーテルの撤去などすべての治療を停止した。

患者は、気道が塞がったことでいびきのような「苦しそうな呼吸」をするようになった。家族は、繰り返し「聞いているのが辛い。楽にしてやってください。早く家に連れて帰りたい」と強く主張した。

一方、担当医は何度も家族の説得に努めた（「薬を使って死なせてくれと言っているようだが、法律上許されておらず、また医師としてもそのようなことはできない」）が、ついに呼吸抑制の副作用がある鎮痛剤・ホリゾン[®]を通常の倍ほど患者に投与した。

しかし、患者の症状に変化はなかった。家族は食事のため外出していた担当医を呼び出し、上述の要求を再び激しく迫った。担当医は、度重なる家族の要請と患者に症状の回復が認められないことから、家族の要請を受け入れることにした。

担当医は、患者に塩酸ベラパミル製剤（副作用として徐脈や一過性心停止）を通常の倍投与したが、効果がなかった。そこで、希釈していない塩化カリウム製剤（希釈せずに使用した場合、副作用として心停止の恐れ）を注射した。

同日、患者は急性高カリウム血症に基づく心停止により死亡する。翌年5月、事件が発覚し、担当医は殺人罪により起訴された。

【裁判所の判断】

1998年、横浜地裁は担当医の行為を積極的安楽死と判断し、有罪判決を下した(懲役2年、執行猶予2年)。判決では傍論というかたちで「今日の段階において」積極的安楽死を認めるための4要件が提示された(下表)。積極的安楽死とは患者に致死処置を行うことである。その際、肉体的苦痛が他の条件を認めるための絶対条件とされた。

①	患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいる。
②	死が避けられず、その死期が迫っている。
③	肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がない。
④	生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示がある。

【事件のポイント】

安楽死処置に至る終末期医療の典型的経過「治療不能→予後数日→家族の要請による治療の中止→苦痛緩和措置(とその効果不足)→苦痛から免れるための生命短縮措置」に対して、司法が安楽死の免責基準や上記経過のどこに違法性があるかを明らかにした。

本件では、患者が昏睡状態にあり、条件①、④を満たすことができず、有罪が確定した。有罪の根拠は、医師が薬物を投与した結果患者が死亡したこと、上記の過程で言えば生命の短縮措置であった。

肉体的苦痛を絶対条件としたのは、死因が人の手によるもの(殺人)ではなく、末期の病気による、つまり自然死の体裁をとるためである。治療拒否権を認めるアメリカでは、安楽死の要件として精神的苦痛を認めるのに対し、日本ではそれが認められなかった。

権利としての安楽死は否定されたが、その免責条件を提示した点で重要である。しかし、終末期医療においてこれらの条件を満たすことは難しく、次に紹介する川崎協同病院事件のように医師が有罪とされるケースも出ている。

3) 川崎協同病院事件 (1998年)⁽²⁴⁾

【事件の概要】

川崎協同病院で医師が意識不明の患者に筋弛緩剤を投与し窒息死させた事件。患者は重度の喘息で以前から同病院に通院しており、医師はその主治医だった。平成10年11月2日、患者は心肺停止状態で同病院に搬送された。患者は蘇生措置により一命をとり留めたが、意識が戻らなかった。その後、医師が治療を引き継いだ。

患者は不十分ながら自発呼吸を回復したが、意識は戻らず高熱が続いた。患者には呼吸補助のため気管にチューブを挿入されており、そこから感染症など様々な合併症が発生する恐れがあった。

この時点で医師は、患者の脳について手の施しようがない、予後について現状維持が精一杯（意識不明のまま寝たきり）と判断した。このとき、患者の治療方針について家族が引きとり自宅介護を行うか、あるいは治療を中止して自然なかたちで死亡させる（気管チューブの除去および急変時に心肺蘇生措置を行わない）かの選択が生じた。

医師は、後者を念頭に、見舞いに訪れていた家族らに説明し、同意を得たと判断していた。そこで11月16日午後6時ころ、家族を集めた上で、患者からチューブを撤去した。それにより患者の苦悶様呼吸が始まり、家族は激しく動揺した。

医師は家族にこの様子を見せ続けることは良くないと考え、患者に呼吸抑制作用のある鎮静剤を投与した。患者の苦悶様呼吸は一向に収まらず、鎮静剤の種類や量を変えても効果がなかった。慌てた医師は確実に患者の呼吸を止めるため筋弛緩剤（商品名・ミオブロック）を投与し、患者は窒息死で死亡した。

筋弛緩剤は、筋肉を弛緩させ、その働きを弱める。呼吸は筋肉を動かすことで行われるため、筋弛緩剤は呼吸停止をもたらす。筋弛緩剤は緊急・集中処置など限られた場合にしか用いられず、同僚の医師や看護師は当初からその使用に疑問をもっていた。

当初、主治医と家族あいだにトラブルはなかった。しかし、3年後、別の患者の件で、主治医と同僚医師のあいだに対立が生じた。その医師が病院長に対し本件を病院の管理会議に報告するよう求めたことで問題が公になった。

【裁判所の判断】

① 第1審：横浜地裁判決（平成17年3月）

患者の死因を筋弛緩剤投与による窒息死と認定し、主治医に有罪判決を下した（懲役3年、執行猶予5年）。本件の争点は次の2点であった。

第一の争点は、医師の治療と患者の死亡の因果関係である。本件では、東海大学事件で見た終末医療との関係で言えば、次のような経過をたどった（下表）。

段階	処置の内容	相当する安楽死
① 抜管	気管内チューブの除去。延命措置（人工呼吸）の停止。	消極的安楽死
② 鎮静剤の投与	呼吸困難による患者の苦痛を緩和するため鎮静剤を投与。	間接的安楽死
③ 筋弛緩剤の投与	薬物による強制的な呼吸停止。薬物投与。	積極的安楽死

上記①と②は最終末期における一般的処置であり、わが国でも慣行として行われてきた。そのため、東海大学事件では違法性が問われたのは③だけであった。

本件の特色は、東海大学事件と違い、①から③の過程全体を一続きの処置と見なし、違法としたことである。判決では、次のように述べられている。

本件においては、前記のように予期せぬ展開から後者まで行われるに至ったという経過はあるものの、被害者を死亡させるという故意の連続性は維持されており、その下でこれらの行為が行われているのであ

るから、その全体を殺人の実行行為に当たるものと解することが相当。⁽²⁵⁾

言い換えれば、行為の内容ではなくその意図を重視した判断である。治療の停止、すなわち病気によって患者が死亡するというパターンでは、医師は直接患者の死に関与していない。しかし、治療を停止すれば患者が死ぬことはわかっている。この判断は、治療にあたる医師にとって違法な処置の範囲が広がることを意味する。

これに対し「患者の同意があったのだから問題はないのではないか」という反論が予想される。ここで第二の争点が浮上する。それが患者の自己決定である。本判決では「患者の自己決定」を尊重するとし、その上で患者の自己決定（治療の中止要求）を認める場合、何をどこまで認めるのかについて論じている。

具体的には、①治療中止の決定や内容は誰がどこまで判断するか、②治療中止に対する家族の同意はあったか、が検討されている。これらの争点はアメリカの事件と同様であり、権利としての安楽死を論じる基本枠組みと言える。

まず、判決では患者の自己決定を尊重すべきだとされる。現代医療では、高度な延命技術により、以前の医療水準では自然な寿命が尽きたあとでも、たんにいのちを永らえているという「生物学的な」延命が可能になった。これが過剰な医療という批判を浴びているということが確認される。

そこで患者には「自己の生の終わり方」、「死の迎え方」を選択する必要が生じた(自己決定)。この権限は、憲法における幸福追求権のバリエーションとして認められる。すなわち、望ましい生を送ることの裏面としてその最後(死)の選択を認めるのであり、「死ぬ権利」や自殺を認めるものではない。

ただし、この「最後の生き方」の決定は、あくまで生を前提とした権利から導かれる以上、不治、末期が要件となり、そのことを「患者が正確に理解し判断能力を保持していることが、その不可欠の前提となる⁽²⁶⁾」と留保がついた。

過剰な医療という批判は、医師に対して治療義務の限界について再考を要請する。患者の自己決定を認める以上、医師は医学的観点から見て、その処置が無益である場合、治療義務を解除される。

問題は、本人意思の確認が不可能な場合である。私たちは、自分が意識不明状態になることをつねに想定しながら行動しているわけではない。ならば、本人の意思表示があろうとなかろうと治療拒否を認めなければ話は簡単である。

判決では、このように割り切って考えると、結局のところ患者の意思に反する治療が継続されるか、医師の裁量に委ねられることになり、自己決定を尊重という趣旨に反するとする。しかし、最終的には「患者の真意」が不明な場合、「疑わしきは生命の利益に」、すなわち生命を尊重するという法の利益を優先して、「生命保護を優先」、「諸処置を継続すべき」と述べている。

結局、本件では①最終末期、つまり死が目前に迫っていたか（自己決定、治療義務の範囲）、②本人の意思があったか、が争点となった。

①については、回復の可能性は極めて低かったが、死は目前ではなく、(在宅介護も可能) その上わずかではあれ回復の可能性があった以上、薬物投与に至るまでに手を尽くしたとは言えず、治療義務の限界に達していないとされた。

また②については、本人の意思がはじめから不明であった。また、家族による同意も不明確であった。判決では、家族にきちんとした説明が行われておらず、雰囲気で決定されたきらいがあるとされた（もしきちんと説明されていたら、家族が騒然となり、泣き叫ぶなどの激しい動揺はなかったはずである）。

② 第2審：東京高裁判決（平成19年2月）

事実認定に若干の相違はあるものの、1審判決を大筋支持し（死因は薬物投与、治療段階全体を対象とすること）、担当医を有罪とした（懲役1年6ヶ月、執行猶予3年）。

2 審判決の特色は、自己決定権による治療中止を認めなかったことである。具体的には、自己決定に関する 1 審の判断を「やや形式論であって、実質的な答えにはなっていない」と指摘している。

患者の自己決定は尊重すべきであるが、現実問題として治療中止を認める法律は存在しない。治療中止を合法化するには、刑法 202 条の自殺関与及び同意殺人との整合性を考える必要があるとされた。

◆刑法 202 条

人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6 月以上 7 年以下の懲役又は禁固に処する。

自己決定を権利として認めるのであれば、意識のない患者の場合、家族がその権利を代行するか、家族などの意見を参考に患者の意思を推定する他ない。前者については、本人の権利を他人が代行する時点で本人の権利ではないことになる。

もう少し意味を広くとって「代諾」と呼んでも、呼び方が変わっただけで、実質的行為に違いはない。家族の意思を尊重するといっても「そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう」。このことは、カレン事件やサイケヴィッチ事件の課題であったが、判決では次のように述べられる。

自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、そのような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ないということである。[家族による意思推定も結局は:引用者]フィクションにならざるを得ない面がある。患者の生前の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。⁽²⁷⁾

高裁はこのように述べた上で、最終的に治療中止を権利として認めるには、尊厳死法あるいはこれに代わるガイドラインを策定する他ないとする。

その際、ただ法律上合法とするのではなく、具体的な手続き、患者側の意思表示の方法や様式、医療側の治療限界点の判断手続きやその資格をもつ者についても定める必要がある。「この問題は、国を挙げて議論・検討すべきものであって、司法が抜本的な解決を図る問題ではない」。いずれにせよ、治療拒否権も治療の限界も認めない以上、殺人罪の成立は避けることができなかった。

③ 最終審：最高裁判所判決（平成 21 年 12 月）

東京高裁判決を支持し、担当医の有罪が確定した。

(3) 本稿における安楽死の区分

本稿は安楽死を権利として捉えてきたが、この言葉は様々な意味をもつ。確認してきたように、その手段や意図をどう受けとるかによって言葉の内容が変わるからである。そこで、ここでは権利としての安楽死を手段と意図の点から区分する⁽²⁸⁾。

1) 積極的安楽死

アメリカでは延命を含む治療の拒否や中止が人権として認められた。その根拠は自己決定権であった。治療の拒否・中止が権利である以上、実施者にとってその指示に従うことは義務である。そのため、実施者が罪に問われることはない。

本稿では患者の意思を忠実に守り、患者を意図的に死なせる処置を積極的安楽死とする。その手段は、薬物の投与、傷害などそれが直接患者の死因となる行為である。

積極的安楽死は、患者の自己決定を最優先する自己責任型の安楽死であ

る。よって、患者の明白な意思さえあれば、末期、不治、苦痛の種類などの条件が不要になる。権利としての安楽死を突き詰めると、積極的安楽死を認めるか否かが最大の争点となる。

この安楽死は、行為だけ見れば、通常の殺人と変わらない。両者の違いは、意思の有無のみである。そのため、条件として患者の意思の確実性、明証性が求められる。またその処置は、法的には自殺幫助に相当する。それが医師の倫理や治療義務と衝突する。

2) 消極的安楽死

治療拒否権に基づく安楽死を消極的安楽死と定義する。「消極的」とは、患者の死因が医師の処置ではなく病気によることを意味する。法的に言えば不作為、「何もしていない」ということに相当する。何もしていない以上、責任も生じない。つまり、消極的安楽死の目的は、安楽死から殺意を排除することである。

その手段は延命や治療の中止・不開始である。不開始が含まれるのは、患者が延命や治療によって苦しむことがわかっている場合、事前に拒否することもできるという意味である。具体的な手段としては、人工呼吸、栄養補給などの停止が挙げられるが、人それぞれ症状や治療法が異なるため何を対象とするかは一様ではない。

その課題は患者の意思確認であり、とくに患者が意識不明となることの多い最終末期で問題化する。治療停止は手段の点では不作為であり責任は生じないが、殺意がないわけではない。川崎協同病院事件で示されたように、消極的安楽死とは一種のタテマエではないかという疑問が残る。

3) 間接的安楽死

消極的安楽死と同様、殺意を排除することで患者に死をもたらす安楽死を間接的安楽死とする。両者の違いはその手段、つまり治療の有無である。

ここで行われる治療は痛みの除去である。ガン治療で鎮痛剤としてモルヒネを投与することなどがそれにあたる。ただし、すでに見たように、鎮痛剤はいのちが旦夕に迫った患者に対して効果が少ない。そこで、副作用、死を承知で大量に投与される。

消極的安楽死が患者の治療拒否権によって延命や治療を止めるのに対し、間接的安楽死はあくまで治療を続けた結果患者が死亡する。端的に言うところ「手を尽くしたが亡くなった」というかたちをとるのが間接的安楽死である。

そのため、間接的安楽死では患者が死亡するまで治療が続けられる。つまり患者の意思とは関係なく、治療する側、周囲の意見で処置が進む。その意味でもっとも日常的、伝統的な終末期医療の姿であり、それこそが権利としての安楽死が登場した背景であった。

それは権利としての安楽死とは呼べないかもしれない。しかし、医師の裁量や死の正当化という安楽死の基本枠組みが現れることから安楽死に含めた。

ここで「正当化」と言うのは、それを消極的安楽死と比較した場合の心理的負担を指す。「回復を願って努力した結果、患者が死亡した」場合と「最初から何もせずに患者が死亡した」場合を比べると周囲の受け止め方が違う。言い換えれば、間接的安楽死は、患者の死をより道徳的にする苦肉の策であり、患者の自己決定ではなく周囲の意思を重視する考え方である。

また、間接的安楽死にも事実上殺意がある。これを解消する根拠として二重結果の法則が挙げられる。⁽²⁹⁾それは、ある行為から善悪二つの結果が生じるとき、四つの条件を満たせば、責任を問わないとする考えである（下表）。

◆二重結果の法則と間接的安楽死の関係

二重結果の法則	間接的安楽死
A 社会的に認められている手段を用いる。	A' 医学上の処置である。
B 善悪二つの結果が予測されるが、良い結果の方が起こる確立が高く、直接的に期待できる。	B' 死期が早まるかもしれないが、確実に症状を改善できる。
C 当然良い方の結果を意図して行為した。	C' 目的は苦痛からの解放である。
D 間接的に生じる悪い結果は、これを止むを得ないとするだけの十分な理由がある	D' 死は治療の結果生じたものである。

4) 尊厳死

日本では権利としての安楽死が明確に認められていない。川崎協同病院事件が示すように、日本の司法は手段よりも殺意を重視するからである。安楽死は第三者の関与が必要であるが、殺意のない安楽死は原理上不可能である。

これに対して、日本でも権利としての安楽死を求める運動がある。その代表が日本尊厳死協会である。協会の旧称は日本安楽死協会だったが、安楽死が「安楽殺」と否定的に考えられることから改称している⁽³⁰⁾。

ここでは、日本における権利としての安楽死の要求を広く尊厳死と定義する。その意味は、消極的安楽死である(詳しくは第4節で検討する)。以上から、本稿の安楽死の区分をまとめると下表のようになる。

◆本稿における安楽死の区分

種類	手 段		患者の意思	可 否
積極的 安楽死	患者の死因となる行為。 →致死薬の投与、譲渡あるいは傷害。第三者による死の手助け(自殺幫助)、自殺の容認につながる可能性。		有 (自発的安楽死) =権利としての安楽死	可否が問題化 オランダ、ベルギー、アメリカ・オレゴン州などでは可。
			不明 (非自発的安楽死)	可否が問題化
			無 (反自発的安楽死) =慈悲殺	否
消極的 安楽死	名目上患者の死を意図しない治療の停止あるいは継続。	人工呼吸や栄養・水分補給など延命や治療の停止。	有 (消極的安楽死、尊厳死) =治療拒否権	アメリカでは可。 日本では不可(問題化)
			無 (消極的安楽死) =治療拒否権 →近親者による代行?	
		鎮痛剤の投与など治療の継続。	有無を問わず慣行化 (間接的安楽死)	可否が問題化 →日本では通常の医療行為とされ、特別な意図がない限り違法性はないとされていた。

(4) 終末期の定義

安楽死の区分を確認したところで、安楽死を承認する条件を見てみたい。安楽死を認めるには、通常、不治あるいは末期という条件が必要である。

さしあたり「不治＝回復の見込みなし」、「末期＝余命わずか」と捉えてみても、両者の見極めは難しいように思われる。とすれば、安楽死の条件が不明確なまま、安楽死を認めていることになる。そこで、ここでは末期、不治そして安楽死でかならず問題になる植物状態について確認する。

まず、植物状態について確認する。それは正確には持続性植物状態(persistent vegetable state : PVS) と呼ばれ、医師の森岡恭彦は次のように説明している。

重篤な昏睡状態の後に意識障害、精神障害や認知機能の消失が長期にわたり続く状態である。患者は自発的運動はできず、寝たきりで外界の刺激に対し反応しないかわずかに反応する程度で、もちろん話すことも言葉を理解することもできず、食事は取れず、大便・尿の失禁を伴うが、脳死と異なり脳幹の機能は保たれていて循環・呼吸・消化機能などは正常で、鼻管などにより人工栄養を行い全身の管理、看護を十分に行くと長期にわたり生存が可能で、このような状態のまま41年間も生存し続けたという例もあるとされている。⁽³¹⁾

その特徴を要約すると、①大脳の損傷により意識的・自覚的な活動能力が失われ、回復不能、②一方、呼吸、代謝、消化など生命維持に不可欠な活動を担う脳幹機能が残り、自発的生命維持が可能、という状態である。そのため、脳幹機能が停止し確実に死に至るとされる脳死とは異なる。⁽³²⁾

植物状態を安楽死から見た場合、痛みがあるわけでもなく、死期が迫っているわけでもない。カレン事件を思い出してほしい。彼女の場合、回復の見込みはないと考えられるが絶対ではなく、意識不明のため痛みがあるかわからず、余命もわずかではなかった。

持続性植物状態をはじめとして、蘇生術の発達により治療不可能な病気が増えるにつれ、これまで一括りに「末期」と呼ばれてきた症状の多様化は避けられない。それは周囲、おもに医師たちの判断が多様化することも意味する。診断が多様化すれば、治療法や予後予測も多様化する。患者の死の選択は、患者と担当医の二者だけでは決定できず、多数の関係者による合意が求められるであろう。

これを受け、日本医師会は「末期」という言葉を「終末期」と変更し、その定義の見直しを行っている。それが「はじめに」で言及した日本医師会による「ふたたび終末医療についての報告」(2006年)である(以下、「報告」)。以下、終末期の定義を確認する。

「報告」によると、従来、「末期」や「終末期」という語は進行ガンを念頭においた用語であった。ガン治療では、症状の進行度合い、具体的には余命期間に応じて対処の方法が決まっていた。「終末期」は「cure から care へ」医療方針が転換するときを表していた。

しかし、ガンの研究が進み、その種類や治療法が細分化されると、余命を基準とした一律的な終末期規定が通用しなくなる。症状の多様化や患者の QOL への配慮から、治療方針を「ギアチェンジ」するのではなく、ガンの縮小を目指す治療と並行してはじめてから緩和ケアが行われるようになってきている(「cure も care も」)。

同様のことは、HIV など他の疾患や、高齢者、小児、神経、救急など各分野でも進行しており、ガンを基準とした終末期の規定は不十分になりつつある。これを受け「報告」は、終末期を「死に至るまでの時間が限られている」状態と大まかに定義している⁽³³⁾。

この定義と関連して「報告」は安楽死についても言及している。治療は「治癒」、すなわち患者が回復するために一時的な苦痛を伴うことがある。苦痛というデメリットは、のちに回復するというメリットがあるからこそ許される。しかし、「死に至るまでの時間が限られている」終末期の場合、その後のメリットを享受することが不可能である。

このことは、回復の見込みがないと判明した場合、治療の継続が絶対的

選択肢ではなくなったことを意味する。健やかに生きることが人権であるならば、「安らかに死ぬのも重要な人権の一つとして尊重されるべきである」⁽³⁴⁾。「報告」ではこの状態が「尊厳死」ないし「安楽死」と表現されており、治療の停止を念頭に置いている。

翌2007年、厚生労働省は「終末医療の決定プロセスに関するガイドライン」で「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」と公表した。その「解説編」では次のように述べられる。

疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があります。しかし、その前提には耐えがたい肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医学的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。⁽³⁵⁾

さらに、2008年、日本医師会は下表のように終末期を広義と狭義に区分し、定義の明確化を図っている⁽³⁶⁾。注目点は「広義の終末期」で、終末期の判断およびその治療差し控えなどについては、患者の意思決定を基本としながら医療従事者や周囲が決定するとある。

患者の意思や終末期という言葉からわかるように、この定義は、事実上消極的安楽死を認めたことに対し、治療停止およびそれに伴う医師の治療範囲・義務が問題として生じることへの対処であると思われる。

広義の終末期	
①	最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期。
②	主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等(法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む)が①を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。
狭義の終末期	
臨死の状態で、死期が切迫している時期。	

また、時期を同じくして日本学術会議も終末期の定義を公表している。そこでは病気の種類や患者の症状によって終末期が下表のように三つに分類⁽³⁷⁾されている。

自己決定による安楽死が問題となるのは、亜急性型終末期と慢性型終末期⁽³⁸⁾である。前者は終末期の時間的範囲について余命6ヶ月と言及している。

1. 急性型終末期
救急医学が担当するような症状。基本的には数時間から数日のうちに死亡が予測される。具体的には、①脳死と判定された状態、②生命維持が人工的な装置に依存し、必須臓器の機能不全が不可逆的である場合、③他の治療法がなく、数時間ないし数日以内に死亡することが予測される場合、④積極的な治療の開始後に回復不能な末期であることが判明した場合。
2. 亜急性型終末期
ガンなどに典型的で、「生命予後」が必ず伴う点が特徴。比較的緩やかに症状が進行するものに適用され、基本的には「生命予後」が「半年以内」とされる。
3. 慢性型終末期
老年性疾患に典型的。日本老年医学会が「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により症状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と指摘するもの。これらの症状では、具体的に生命予後の予測が困難である。たとえば、脳卒中の終末期、認知症の終末期などがこれに相当し、個体差が大きいのが特徴である。

実務にあたる日本病院協会も医師会や厚労省の表明を受け、2009年、終末医療に関するガイドラインを策定している。治療を中止するか否かの基準となる終末期の要件を三つ挙⁽³⁹⁾げている。ここでも終末期の判断については患者を含む「関係者」の関与が前提とされている。

①	医師が客観的な情報を基に、医療により病気の回復が期待できないと判断すること。
②	患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること。
③	患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること。

これらの定義を踏まえると、私たちは「一人で死ねない」ということが

言える。どの定義も患者の意思を尊重するが、治療の停止を前提としている以上、何をどこまで停止するかについて議論が生じる。そこで周囲や「関係者」との交渉がもたれる。

どの程度治療を行うかについては、①制限を設けず最大限行う、②治療方法に選択的な制限を置く、③生命維持の治療を止める、の3点が考えられる⁽⁴⁰⁾。治療拒否権の観点に立てば、実際の選択は②か③である。

意識清明なまま、苦しみもなく「コトン」と死ぬことが理想であろう。しかし、それはよほどの幸運に恵まれた場合である。経験上、私たちは何らかの原因で倒れ、ともかくも救急車で病院に運ばれる。

運ばれれば蘇生処置が施される。意識が戻れば交渉に意味があるだろうが、多くの場合まったく戻らないか、混濁状態であろう。その場合、本人の意思が問題となる。次節では本人意思について、言い換えると「死ぬ権利はあるか」について考えたい。

第3節 死ぬ権利はあるか — 自己決定権と治療義務の比較考察

これまで安楽死の定義やその背景、条件を確認してきた。安楽死は、いかなる理由をつけようとも、第三者の処置によって患者が死に至るという点では殺人となる。それを回避するために、自己決定、権利としての安楽死というロジックが登場した。

患者の自己決定は、医療従事者からすれば、職業倫理や法に反する可能性があった。言い換えると、権利としての安楽死は、患者の自己決定権と医師の治療義務の衝突面に生じる現象である。本節ではその両面から「死を選択する権利があるか」について検討する（「はじめに」の課題①と②）。

(1) 積極的安楽死を認める国々 — オランダ、オーストラリア

もっともわかりやすい死ぬ権利は積極的安楽死である。それは患者の自己決定を制限せずに、権利として認める。処置する側にとって、患者の意思表示（指示）は治療義務（責任）がゼロになることを意味する。語弊を承知で言えば、「殺してくれと言われたので殺しました」というパターンである。

しかし、それは、生命の保護という法の目的に反する。にもかかわらず、オランダ、ベルギー、アメリカのオレゴン州、カリフォルニア州、ワシントン州、オーストラリアの北部準州では積極的安楽死が認められている、ないし認められていた。

ここではオランダ、オーストラリアを例に、積極的安楽死承認の理由や条件を確認する。その賛否の検討を通して、死ぬ権利の可否について考察を進める。

1) オランダ

寛容を重視するオランダでは、慣行として慈悲殺（同情による死の処置）が行われてきた。それは、同情のためとはいえ、殺人である。オランダでは法や社会的合意がないまま、積極的安楽死が慣行化していた。そこで慈悲殺を合法化し、その透明性を確保しようと議論が重ねられてきた。

この議論は、1993年、遺体処理法の改正というかたちでいったん落ち着く。そこでは、安楽死処置を行った医師は自らを被疑者として届け出るとされた。しかし、有罪となる可能性を知らず自ら申し出る医師は少なく、依然として相当数の安楽死処置（慈悲殺）が無届で行われていると想定された⁽⁴¹⁾。

2002年、この不備を抜本的に解消するため安楽死の合法化が行われた。それが「要請に基づいた生命終結と自殺幫助に関する審査法」、いわゆる「安楽死法」の成立である。

同法に付された「理由書」によると、この法の目的は「我々〔理由書を提出した第二次コック内閣：引用者〕は、要請に基づいた医師による生命終結行為の質の監視と促進を保障し、また、安楽死の実践に関する社会統制の可能性を保障するために、安楽死の申告と審査が不可欠であると考え⁽⁴²⁾る」というものであった。

言い換えると、オランダの目的は、非合法に行われている安楽死をコントロールすること、安楽死を公共政策として解決することであった。同法の成立により、一定の手続きが満たされた場合、自殺幫助が刑事罰の対象から外された。具体的には、①医師が「注意深さの要件」を守り、②検死医にその旨申告する、という手順を踏む。「理由書」に記された「注意深さの要件」とは下記の4点である。

①	<p>自発的な、熟慮ある、かつ、持続的要請があった。</p> <p>a：意思表示は文書によるものが望ましいが、必ずしもその限りではない。</p> <p>b：患者が意思を自由に表明できる状態にある。</p> <p>c：患者の意思表明は医師との「共同作業」である。 医師は最後まで治療を放棄するわけではないことを確認した上で、なお「生命終結が残された唯一の解決策である」と合意されること。</p> <p>d：12歳から17歳までの未成年者にも要請を行う権利が認められる。 12歳から15歳については親権者もしくは後見人の同意が必要。ただし、彼らが反対を表明したとしても、正当な医学的理由が存在し、「患者の重大な不利益を防止できる」場合には、「その要請に応じることができる」。</p>
②	<p>支配的な医療的知見に従って、患者には見込みのない、かつ耐え難い苦しみが存在した。</p> <p>肉体的苦痛だけでなく、精神的苦痛も含まれる。「安楽死のための理由は様々である。最高裁は、1984年11月27日の判決で、その者の精神的・肉体的尊厳の喪失の進行と共に、もはや尊厳ある仕方では死ねなくなる可能性について指摘した。『見込みのない、かつ、耐え難い苦しみ』の概念は、事案の具体的事情について考慮する余地を残している」。</p>
③	<p>医師は、少なくとももう一人の独立した医師と相談した。</p> <p>やむを得ない場合を除き「コンサルタント」が患者と接触し、その意思や医療環境を確認する。一方、患者は「意思宣言書（安楽死宣言書）」を作成することができ、これがあるときには医師に法的責任が生じない。「生命終結行為は、通常の医療ではないからである。良心的異議を有する医師は、求められた援助を拒否できる。その場合、他の医師とコンタクトをとるべきである」。</p>
④	<p>生命終焉行為が医療的に注意深く実施された。</p>

ここで注目すべきは、安楽死が「医療行為」と見なされていないことである(要件③)。この点について「理由書」は「この規定は安楽死と自殺幫助が、通常の医療行為ではなく、社会的に規範化された行為であり、それゆえ、社会的に統制されるべき行為であるという、一般の医学専門書には書かれていない考えを含蓄するものである⁽⁴⁴⁾」と述べている。

言い換えると、オランダでは安楽死が医療行為ではなく、権利の行使という社会的行為と見なされている。オランダの方針は、自己決定あるいは人間の自律的・理性的判断能力を最大限尊重した対応だと言える⁽⁴⁵⁾。

医師の行為は人権行使の支援であり、治療義務やその限界が問題となることはない。そのため、「理由書」は、患者の自己決定、理性的判断を妨害するような自殺「教唆」や「故意」による処置が処罰の対象になると明記している。

2) オーストラリア

続けて、世界ではじめて積極的安楽死を合法化したオーストラリア・北部連邦直轄地(州都：ダーウィン)の事例を検討する⁽⁴⁶⁾。

同州はすでに、1988年、「自然死法」を成立させ、一定条件下で治療の中止を認めていた。1996年、その内容を深化させるかたちで「終末期患者権利法」を制定した。その意図はオランダと同じである。すなわち、安楽死を自己決定権の対象とし、すでに慣行化していた安楽死の透明化を図ることであった⁽⁴⁷⁾。

オランダとの違いは、自殺幫助だけでなく、より積極的な援助自死まで認めたことである。援助自死とは、医師が致死薬や致死性の器具を患者に渡し、患者自身が自死する行為である。

この法律は、1996年7月1日に施行され、およそ9か月後の1997年3月27日、連邦議会の決議により廃止された。この間、4名が援助自死によりいのちを絶った。そのすべてに関与したのがフィリップ・ニチケ医師だった。ニチケ医師は、スイッチを押すと致死薬を自らに注入するコンピュー

ター制御の装置を制作し、処置に用いた。

以下同法における自己決定を認めるための法的手続きについて確認する。同法第4条では「終末期の病状にあり、受容できないほどの痛み、苦痛、苦悩を感じている患者は、医師に患者自身の命を終命させる援助をしてくれるように要請することができる」として、自己決定権に基づく患者の死ぬ権利を認めている。それに伴い第7条1項では、以下の16項目にわたる詳細な免責条件（手続き）が規定される⁽⁴⁸⁾。

①	患者が18歳以上である。	⑦	担当医は、患者の選択の意味をきちんと認識している。
②	担当医が次のことを医学的に確認している。 a: 患者は通常外の処置を受けなければ死に至る。 b: 効果的な治療法がない。 c: 苦痛の緩和ケアしか残されていない。	⑧	担当医は、患者が健全な精神の持ち主であり、その選択が自由かつ自発的で、十分な考慮のもとに行われたと根拠をもって確認する。
③	他の2名の医師の所見を要する。一人は当該疾病の処方箋を書くことができる専門医で、担当医の診断の適否、死の可能性を確認する。もう一人は精神科医で、患者が治療可能な精神疾患でないことを確認する。	⑨	患者もしくは代理人は、⑥の指示を行ってから7日以上経過したあとで、自ら援助要請の証明書に署名する。
④	当該疾患が患者に多大な苦痛をもたらしている。	⑩	担当医は、患者の援助要請の署名に立ち会い、また自ら署名する。
⑤	担当医は、当該疾患の性質と予後、および今後とり得る治療方針や処置、さらに緩和医療、カウンセリングといった支援について十分に患者に説明している。	⑪	援助要請の証明書は、患者と担当医の臨席のもと、別の医師が担当医と患者それぞれに上記の条件をもう一度確認し、証明書が規定通りであることを確認したあとに署名される。
⑥	患者が⑤の説明を受けたあと、死の選択をしたと医師に表明する。	⑫	もし患者と医師の母語が異なり、援助証明書の署名時に通訳が臨席した場合、患者の意思を確認した通訳者も署名する。

⑬	担当医、連署する医師、そして彼らの縁者が患者の死の結果、医療費とは別の利益を得ない。	⑮	自死援助が行われるまでに、患者が意思を変更していない。
⑭	援助要請証明書に署名されてから、48時間以上経過している。	⑯	担当医自身が自死援助に関与し、かつ患者の死が確認されるまで隣席を続ける。

条件からは、患者の選択に対してカウンセラーや他の専門医を関与させるだけでなく、文書書式や時間経過を考慮した確認など可能な限り客観性を保持しようとする姿勢がうかがわれる。とくに注目すべきは⑯である。医師が処置に「臨席」するということは、医師の治療義務より患者の自己決定が優先されていることを示している。

すでに述べたように、この法律は連邦議会で廃止される。ここでは、その審議過程における賛否を見ていく。その際、大きな争点となったのが、個人の権利・自己決定権（死の選択）と国家の役割（生命の保護）である。

まず賛成派は、程度の差こそあれ自己決定権の尊重を主張した。彼らの根拠は次のようなものだった。

現状では、安楽死が慣行化し、しばしば本人の意思確認なしに行われている。それは違法な処置（とその放任）であると同時に、医師の裁量権を際限なく認めることにつながる。そこで、個人的権利と医学的合理性のジレンマを公共政策の観点から解消しようという意見が生じた。

さらに、その延長として、「本人の要請による安楽死と他の医療上の終命決定との間に道徳的な差がない」という主張がなされた。⁽⁴⁹⁾

オーストラリアではすでに治療停止権、すなわち消極的安楽死が認められていた。治療の停止に関しては患者の自己決定を尊重しながら、どうして死の選択に対しては自己決定が尊重されないのかという疑問である。つまり、治療停止であれ援助自死であれ、患者の死が前提とされているのであれば、両者に実質的な違いはないという意見である。

一方、反対派は、この法律が人道や法の精神に反するとして次のように

主張した⁽⁵⁰⁾。この法律は、たんに生命維持装置の撤去を認めるということではなく、人を意図的に死なせる計画的行為を許容している。

殺人を認める法を制定することは、国家がその死に責任を負うことを意味する。しかし、近年見られる死刑廃止運動は国家に殺人を行う権利を認めていない。オーストラリアは正義と寛容、人道を標榜しており、この見地から容認できない。

(2) 死ぬ権利はあるか？ — 「自己」のむずかしさ

オランダやオーストラリアのように、自己決定権を全面的に認めれば積極的安楽死が可能である。一方、その反対論が示していたように、生命を絶つという自己決定は、生命の保護という法益に反する。

それは「自己決定は人間が自由である証しであり、その対象は自らの生命にも及ぶ」という考えと、「人間が自由であるのは生命および身体をもつからである。それゆえ法は生命を保護する」という考えの対立である⁽⁵¹⁾。

言い換えるなら、患者の自律を優先するかあるいは生命の保護を優先するかの問題である⁽⁵²⁾。自己決定、あるいはその自由はどこまで及ぶのだろうか。

現実問題として、緩和処置がいくら進歩しても、肉体、精神を問わず患者のすべての苦痛を除去することはできない。となると、終末期における緩和医療と安楽死を別物として区別することに意味はない。緩和処置を名目とする最終末期の間接的安楽死はその好例である。そこで問題となるのは、安楽死の可否そのものより、その手法や本人意思の確認手続きである。

こう考えると、自己決定権の無制限の承認、死ぬ権利（積極的安楽死）と、自己決定権の部分的承認、治療拒否権のあいだに本質的な違いはない。患者にとって両者とも自らに死をもたらす決断だからである。死は生のなかに起こる一出来事であり、それは人生の他の出来事に対する決断と意味の上では違いがない⁽⁵³⁾。

しかし、死ぬ権利は直ちに他者の自己決定と衝突する。安楽死は一人で

はできない。処置を行う医師も自己決定権をもっている。患者の自己決定が医師のそれに優越する、つまり患者が医師を強制する根拠はない。

とはいえ、両者の自己決定はかならずしも対立する必要はない。話し合いによって処置内容を決定することも可能だし、合意がとれない場合は合意のとれる相手と交渉すればよい。事実、カレン事件では他の医師を指定することで解決した。

結局、安楽死における自己決定権の問題は、その名称とは裏腹に「自己」の問題ではあり得ず、他者、周囲の人間がそれをどう受けとるかという問題となる。その好例が患者に意思表示能力のない場合である。この場合、本人の自己決定は他者が代行せざるを得ないというパラドクスに陥る。

この問題を避けるには、川崎協同病院事件が示すように、自己決定、この場合は死ぬ権利を認めないという手がある。つまり、患者の自己決定を制限する、あるいは自己決定の根拠である人間の自律性を過大評価しないことである。

人間の自律性については、患者は病気によって自由な自己決定を妨げられているので、その回復こそ重要だ⁽⁵⁴⁾という指摘がある。しかし、終末期や不治だからこそ安楽死が問題となるので、回復を前提とすることはできない。

一方、死ぬ権利を認めない立場の主張は明快である。死ぬ権利の承認は矛盾に陥る。死ぬ権利を認めると患者は死亡する。それは、患者の自己決定を尊重しておきながら、患者の消滅を認める、つまり患者の存在、自己そのものを否定しているという指摘である。以下、この立場における議論を4点検討する。

第一に、自己は所有できないという問題がある。死ぬ権利は、苦痛から解放されるため自分の身体に対するコントロール権限として現れる。その背後には、コントロールの対象である身体を自己の所有物と考える所有権概念が存在している。一ノ瀬直樹は、死ぬ権利が「所有権とのアナロジー」で登場すると言う。彼は、それをロックの労働に基づく所有権と比較し、その三つの問題点を指摘する。⁽⁵⁵⁾

まず、身体あるいは生命そのものを所有することは不可能である。たしかに自分の身体や生命は自分の労働(この場合は食事などによる栄養補給)で維持・管理されるが、その誕生についてはいっさい関与できない。

次いで、移転の問題がある。身体や生命を所有物と言うのであれば、所有権の移転ができなければならない。しかし、身体や生命を譲渡することはできない。いのちをもらったからと言って、いのちを二つもつわけではない。

これに対しては、心臓移植によつていのちを譲渡することができるのではないかという反論が予測される。しかし、臓器を与えた側は確実に死亡する。移植におけるいのちの贈与とは、象徴的な表現であつて、譲渡した側が消滅するものを所有権に含めることはできないように思われる。

最後に、結果の受け手の問題がある。権利という以上、それをもつことで本人に何らかの利益が生じる。しかし、死ぬ権利は本人の消滅が利益となる。つまり、利益が実現されたときに本人はいない。したがつて、権利(利益)を請求するという行為自体が無意味となる(詳細は②へ)。たとえば、ナンシー事件で見たように、治療拒否権は、自殺まで含まず、医療の強制を違法とするものであつた。⁽⁵⁶⁾

治療拒否権であれ死ぬ権利であれ、結局のところ、本人のいのちは本人のものという考えが根底にある。この意味では、一ノ瀬は、近代的所有概念に基づいた安楽死は積極的であれ、消極的であれ、法的にも、⁽⁵⁷⁾道徳的にも合理的根拠はなく、はっきり言えば「犯罪」であると述べている。

第二の問題として、患者の自己は本当の自己ではないということが挙げられる。死ぬ権利を求める患者は、その態度表明とは裏腹に、死を望んでいるわけではない。彼らは、もう手の施しようがない、他に選択肢がないというという事情から渋々死を選択している。言い換えれば、誰も安楽死を避けられるのであれば、それに越したことはないと思つている。⁽⁵⁸⁾

本人や周囲を問わず、「やむを得ない」あるいは「渋々」という感情を正当化するのが自己決定権である。権利と言われれば、周りにはそれに従う義務が生じる。つまり、私たちは本当はやりたくないのだけど、患者の意

に従っているという言い分が立つ。

その好例が、消極的安楽死、つまり患者の自己決定を制限して治療の停止までしか認めないというパターンである。そこでは医療者をはじめ周囲の人間は致死処置を行わない。患者の死は「本人の希望を尊重した」結果であり、「自分とは直接関係がない」ことになる。

また、積極的安楽死は医師の処置によって実現される。それを要求した本人はすでに死んでいるので、死ぬ権利の結果を享受できない。この場合、医師はいったい誰の何を実現したことになるのか、あるいは自己決定権の尊重とは誰の何を保障したことになるのだろうか。

たしかに、患者にとっては苦痛からの解放という利益が実現されたのかもしれない。しかし、「苦痛から解放された」とは、生きているからこそその感想である。患者が安楽死という言葉で求めているのは、死ではなく安楽な生、尊厳のある生である。

この意味で、死は手段であり目的ではない。死ぬ権利は、死への過程、「死の迎え方」、つまり生きることの最終過程をどうするかについての患者の選択（自己決定）を表す。それゆえ、自己決定権は死に対してではなく生に対して行使されるものである。⁽⁵⁹⁾

だとすれば、死ぬ権利の合法化を目指すより、生存のための終末医療や緩和医療の改善が重要になる。しかし、現実問題として本当に手の打ちようのない患者が残される。その際、本当にどうしようもないという状況をどうやって確認するかという課題が残る。

第三の問題は、第二の問題と関連するが、自己の状況性である。この問題は、オーストラリアで言われた国家による殺人という観点から生じる。国家は一方でいのちを保護しておきながら、他方でいのちの処分を認めるのは矛盾であるという指摘である。その典型が死刑廃止論である。

この観点に敏感なのがドイツである。アンセルム・W・ミュラーは、一見無害な、安楽死を承認する論理のなかに国家による殺人を正当化する契機が隠れていると⁽⁶⁰⁾言う。

安楽死を正当化する要件は、①患者の死にたいという要望と②患者のい

のちが無価値であるとする患者本人および医師の判断である。この二つの要件は、それぞれ単独では安楽死を正当化できない。

①の要件は、本人の自己決定を意味し、それが可能にする死は自殺である。一方、②の要件は、医学上の客観的根拠を指す。それは患者の死を正当化する道徳的条件であり、患者をかならず死なせなければならない理由にはならない。

とすれば、安楽死を可能にしているのは患者の自己決定権のみである。②の「やむを得ない」という一見もつともらしい根拠は、安楽死の十分条件に過ぎない。

その上、本人の自己決定も現実には安楽死の本質的な条件とは見なされていない。カレン事件が示すように、本人に自己決定能力がない場合、他者が代行するからである。

意思表示能力のない患者における治療停止は、消極的安楽死の名目で、積極的安楽死以上のことを行っていることになる。本人の了承のないまま息の根を止めるからである。

たとえば、次のような例を考えてみよう。今日はお父さんが出張から帰ってくる。お土産はお寿司だそう。私は楽しみにしていたけれど、仕事で遅くなってしまった。帰ってくるとお寿司は全部食べられていた。「どうして残しておいてくれなかったの」と私。「何も言わないからってつきりいらないんだと思った」との返事。

ここでは本人の意思を確認せずにお寿司が食べられている。「いらないんだと思った」ことが自己決定と言えるだろうか。それは、自己決定というよりむしろ、私の不在が体よく利用されていないだろうか。

自己決定を認めると代行の問題が生じるが、終末医療の現場では家族の意思決定が大きな役割を果たすことが知られている。たとえば、東海大学事件判決では終末期医療において患者の意思が不明なことが多く、その場合には「患者の推定意思を是認してよいと考える」と述べている。⁽⁶¹⁾ 河見誠は、患者の自己決定の名のもとに家族が自己決定を行っている現状を指して、家族による「自己満足モデル」と呼んでいる。⁽⁶²⁾

自己決定が本当の意味で自己決定であるには、本人が症状、治療内容、予後について正確に認識している必要がある。かりに家族が代行するとした場合、家族にはそれらに加え、本人の性格や価値観、人生観について十分に知っていることが求められる。

さらに、処置を行う医師は、これらの情報を総合的に収集しておく必要がある。もしそれが不可能な場合は、「患者の意思の推定においては、疑わしきは生命の維持を利益にとの考えを優先させ、意思の推定に慎重さをかくことがあってはならない」⁽⁶³⁾。

自己決定やその代行という論理には、本人の見解と他者の見解が異なるということ「まじめに考慮する必要はない」という考えがある⁽⁶⁴⁾。本人に意思表示能力がない場合、自己決定権代行の根拠は、本人の意思ではなくその身体的状況である。

上のお寿司の例で言えば、食べたいか食べたくないかという本人の意思ではなく、この場にいるかないかという状況が決め手となっている。結局、自己決定権というもってもらしい根拠も、実際には安楽死の決定的条件とは見なされていない。

これを踏まえミュラーは、患者の自己決定を尊重するために安楽死を認めるという一見思慮深い配慮から、国家が殺人を行う根拠を手に入れるだろうと言う。たとえば高齢者に対して、彼らの意思ではなく、もはや先がないという理由で暗黙のうちに死が推奨されたりしないだろうか。

さらに年をとりたいという希望をもつ、虚弱な八〇歳の人々について、彼らは自分たちの本当の利害をもはや見極めることができないのだ、と解釈することが、近い未来に蔓延したりするはずがないと、何故いえるだろうか⁽⁶⁵⁾。

民主国家がこのような推定に基づいて、安楽死を合法化することなどあり得ないと考える人は、「素朴」で、「ドイツの歴史から何も学んでいない」。死ぬ権利を認めることは、結局、国家による死あるいは生の管理へ行き着

く可能性がある⁽⁶⁶⁾。

第四の問題として、自己決定に対して人間の身体を重視する観点からの批判がある。自己決定論の根底には、精神と肉体を分離し、精神が肉体をコントロールするという心身二元論がある。死を選択する行為は、病気という不合理、身体をコントロールできなくなった人間（精神）が見せる究極⁽⁶⁷⁾の反撃だと言える。

安楽死は、現実には心身二元論が成り立たないことを示している。精神と肉体が本当に独立しているのであれば、身体の苦しみは無視できるはずである。

身体は人間が生存する基盤である。喜怒哀楽は身体の状態に左右される。死ぬ権利そのものが身体の状態に左右されている。結局、私たちは身体を通して世界と関わりをもつ。この世界との関わり方やその年月、経験が一人ひとりの人間をかたちづくる。

体の健康状態如何を問わず、身体をもつことは世界を有することである⁽⁶⁸⁾。逆に言えば、死は世界との関わり、人間形成の可能性を閉ざすことである。人間にとっての健康が疾患のない状態だけではなく、この可能性を伸ばし続けることまで含むとすれば、最後の最後まで身体は安易に失われるべきではない。

このように考えると、死ぬ権利に基づいた安楽死は、①本人の自己決定が終局的には考慮されていない、②具体的には身体の苦しみという状況性にのみ人間の在り方を制限している、という点で人間を客体と見なすこと⁽⁶⁹⁾につながるだろう。

とくに、後者は、患者側の問題にとどまらず医師の治療義務とも関わってくる。というのも、医学は患者の身体をコントロールしようとする発想のもとに行われるからである。そこで、以下では医師の治療義務と死ぬ権利との関係を検討する。

(3) 医師の治療義務とその範囲

死ぬ権利を認めると医師が処置にあたらなければならない。ここで、患者の自己決定に対応するかたちで医師の治療義務が問題となる。患者の自己決定権と医師の治療義務は同じことを違う視点から表現したものに他ならない。

権利としての安楽死は、川崎協同病院事件が示すように、違法となる可能性がある。ここでは医師の治療義務について刑法の観点から考察する。

刑法では、安楽死を正当化する学説が二つある。それが違法性阻却説と責任阻却説⁽⁷⁰⁾である。犯罪を「構成要件に該当する違法で有責な行為」と定義すると、犯罪が成立するには、①構成要件に該当する、②違法性がある、③責任が認められる、の3要素が必要であり、①から③の順で判断される。

安楽死が医師の行為によって患者の死をもたらす以上、わが国の刑法では199条「人を殺したる者は——」という①の構成要件を免れることはできない。したがって、安楽死を犯罪から除外するには、②の違法性を問わないか③の法的責任を免除するという方法が考えられる。

②の手段としてもっとも典型的なのは患者の自己決定権を完全に認めること、安楽死の合法化である。③については治療義務の限界、すなわち手の施しようがないという合理的な理由が存在するか、刑法39条における心神喪失など責任能力が問えない状態にあることのいずれかが証明されなければならない。

◆刑法39条

第1項：心神喪失者の行為は、罰しない。

第2項：心神耗弱者の行為は、その刑を減刑する。

②の自己決定権については、全面的に認めることは難しいと論じた。となると、問題は③であるが、現実問題として安楽死における医師の心神喪失を問うことは難しい。死が日常である世界で、死と関わるたびに心神喪

失となる医師は職務を遂行できないであろう。

となると、医学的な理由から治療義務の限界に達した場合、患者の意思表示を受け入れる、すなわち医師の治療義務がなくなるという観点から安楽死を論じることになる。具体的には、自己決定権に制限を課す、消極的安楽死と治療停止の内容が対象となる。

古川原明子は、川崎協同病院事件について刑法の立場から言及し、治療義務の限界によっても違法性は阻却されないと述べている。安楽死を認める条件の一つとして患者の意思表示がある。刑法で言えば、被害者の承諾という問題に相当する。しかし、患者の明確な意思表示があり、刑法 199 条の適用を免れても、刑法 202 条（自殺幫助、嘱託殺人）に該当し、完全な違法性の阻却は不可能である。⁽⁷¹⁾

嘱託殺人は被害者の依頼があることで通常の殺人に比べ違法性が減少する。しかし、本人が専管権を有する身体に対して、その権限を放棄した場合でも違法性がゼロにならないのはなぜか。その理由として、わが国では殺人の動機を重視することが挙げられる。つまり、本人意思の有無よりその真意性が重視される。

古川原はその例として、2007 年 3 月に大阪地方裁判所で死刑判決が言い渡された「自殺サイト連続殺人事件」を紹介している。それは、被告人が自殺サイトで知り合った自殺志願者を次々と窒息させ殺害した事件である。被告人は、人が窒息して苦悶する表情を見ることで性的快感を覚える嗜好をもっており、口や鼻を塞ぐなどして 3 名を殺害した。

判決では、被害者が苦痛を伴わない練炭による死を意図しており、かくも激しい苦痛を伴う死を希望していなかったことは明白として、刑法 202 条ではなく 199 条を適用した。その理由は、被害者の同意の上で口を塞いだのであれば、被害者が手足をばたつかせて必死の抵抗をするはずがないというものであった。

このことを安楽死に当てはめると、嘱託殺人と同じように同意の真意性が重視されるべきである。重要なのは、処置直前の、それも揺るぎなく明確な患者の意思表示であるはずだ。にもかかわらず、わが国では終末期の

医療方針として、家族の意思が重視される⁽⁷²⁾。

だとすると、安楽死希望者の意思と自殺希望者の意思では扱いが違うことになる。安楽死希望者の意思は、家族の意思さえ含めゆるやかに扱われるのに対し、自殺希望者の意思は、厳密性が求められる。このような区別に法的合理性はない⁽⁷³⁾。

そもそも自己決定を尊重するのであれば、それによって引き起こされる結果については本人が責任を負う。自己決定の対象が生命である場合に限って、もちろんそこに強制や誘導がない場合だが、国家による介入を認める正当な理由はない。

動機から考えると、安楽死を正当化するのは治療の限界ではなく、患者の自己決定、とくにその方法となる。たとえば、患者の意思による治療中止は同意殺人であるが、患者の死因という観点から見れば、致死薬を処方して患者に渡す行為よりも影響は大きい。患者が致死薬を飲むことは自死であるが、治療停止は他殺になるからである。また、治療の限界に達したので治療を打ち切るという場合、万人に限界まで治療が行われているという前提がなければ、それは医師の裁量を認めただけである。

動機の重視は、川崎協同病院事件だけでなく山内事件、東海大学事件にも共通する。わが国の司法は、本人意思とは無関係に患者を苦しみから解放する目的で患者を死に至らしめる行為を安楽死（意味としては安楽殺）と呼び、殺人罪（刑法 199 条、202 条）が適用される⁽⁷⁴⁾。

たとえば、東海大学事件における積極的安楽死を認める要件「肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がない」は、山内事件を踏まえ、安楽死処置が「緊急避難」として行われなければならないということを意味する。つまり、患者の身体は治療義務の限界に達しておらず、医師の処置は患者の生を短縮するものと判断されている。

治療義務を重視すると、医師の裁量が拡大し、それに比例して患者の自己決定の範囲が狭まる。たとえば、治療義務の限界に達したと判断された患者に対して医師は自由に治療を打ち切ることができる。反対に、患者は治療義務の限界に達するまで、自己決定を尊重してもらえないことになる。

この点について、小澤照彦は医師に「殺しのライセンス」を与えるのではなく、治療の停止を受け入れるべきだと説いている⁽⁷⁵⁾。日本で安楽死を認める場合、いかなるパターンであれ不治、末期であることが必要である。もしそれらの医学的判断が正しいのであれば、治療行為は意味をもたない。病気からの回復を目指す治療と現状維持を目的とする延命は別だからである。

このことが確認されれば、安楽死を望む患者と治療の停止を行う医師のあいだに意思の相違はない。また、この時点での患者の死は医師の処置によるものではなく、末期の病気による自然死となる。そこで小澤は、現状維持を旨とする延命処置のみを過剰行為として処罰の対象とすべきだとする。

治療義務の限界は、医学的に見て客観的な証拠があることによって正当化される⁽⁷⁶⁾。この基準は、カレン事件やサイケヴィッチ事件で見たように、本人に意思表示能力がない場合、処置を正当化する基準として重視されていた。

しかし、これも医師の裁量が大きくなるのでは、決して客観的とは言えない。それに加え、すでに見たように、終末期の定義も多様化している。それにより、診断内容も多様化することが予測される。

そもそも安楽死問題の根底には、医療の正当性問題が存在する。医療の特徴は、他者の身体に対する侵襲が正当化されていることである。たとえば、麻酔をはじめとした薬物の投与、切開を伴う手術がその代表であろう。これらの行為は、病気からの回復、症状の軽減といった有用性があることで正当化されている。

しかし、すでに見たように、患者の回復が不可能である場合、こうした医療を正当化する理由がなくなってしまう。言い換えれば、終末医療においては医療の有用性がきわめて低くなるのである。

こうして、安楽死を正当化する二つのアプローチ、自己決定権と治療義務の限界を検討してきた。自己決定権を突き詰めてゆくと死ぬ権利は論理上認められない。一方、刑法の観点から見ると、医師の治療義務の限界は

医師の裁量を際限なく拡大するので、自己決定が望ましいと考えられた。これでは堂々巡りである。

両者には一方を立てればもう一方が立たないという関係がある。両者がコインの表裏をなす以上、この関係は当然とも言えるだろう。⁽⁷⁷⁾

第4節 尊厳死

第4節では、死ぬ権利および治療義務の限界から安楽死を検討し、このアプローチが安楽死の正当化要因として不十分だと指摘した。

ここでは、残された安楽死、尊厳死について検討する。ここで用いられるアプローチは死における事実から価値への転換、端的に言えば価値としての死である。

(1) 尊厳死の定義

ここで尊厳死の定義についてもう一度確認する。尊厳死とは Death With Dignity の訳語で、患者の QOL を尊重した治療拒否権による死を指す。アメリカのエリザベス事件で認められた安楽死の一種、本稿の区分では消極的安楽死である。

アメリカのオレゴン州やワシントン州では、積極的安楽死を認めた法が尊厳死法と呼ばれる。安楽死を尊厳死と呼ぶのは、その選択を「やむを得ない」という消極的なニュアンスではなく、自己決定権を人間の尊厳として積極的に捉えようという意図を表している。

わが国における尊厳死という言葉の変遷を見ると、1980年代後半から90年代に広く議論されるようになり、2000年代に承認の動きが広まっている。

それはわが国の高齢化状況と連動している。終末期定義の発表年を見ればわかるように(第2節)、90年代前後に高齢化社会の到来が予測され、2000年代には実際に高齢化社会に突入した。それにより終末医療(と安楽死)が重要な社会問題となったためである。

尊厳死という言葉の普及にもっとも貢献したのは、治療拒否権を求めて活動を続けてきた日本尊厳死協会である。同協会ホームページによれば、尊厳死とは「傷病により『不治かつ末期』になったときに、自分の意思で、死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること⁽⁷⁸⁾」である。

ここで言う尊厳死は、「自分の意思で」「延命措置をやめて」という言葉からわかるように治療の不開始・停止による「死に方を選ぶ権利」、消極的安楽死を指す。「自分の意思」とはいわゆるリビング・ウィル、「生前発効の遺言書」である。以下に同協会の書式を掲示する。

尊厳死の宣言書 (全文)
(リビング・ウィル・Living Will)

私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持措置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- ① 私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。
- ② ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
- ③ 私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

平成 年 月 日

フリガナ

氏名

住所

同ホームページでは安楽死と尊厳死の違いについて「安楽死は、助かる見込みがないのに、耐え難い苦痛から逃れることもできない患者の自発的要請にこたえて、医師が積極的な医療行為で患者を早く死なせること」とされる。

ここで言う安楽死とは「医師が積極的な医療行為で」という言葉からすれば、積極的安楽死である。わが国では、安楽死が積極的安楽死（安楽殺）と見なされ違法となり、また安楽死に肯定的な意味を含ませるためにも、尊厳死という表現が用いられることはすでに見た。

次に、公的機関の尊厳死の定義を見てみよう。1994年における日本学会議の定義は「専ら延命のためにのみ実施されている医療」、つまり「過剰な延命医療の不開始・中止」とされ、「尊厳死は、こうした助かる見込みのない患者に延命治療を実施することをやめ、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせることをいうものと解されている」⁽⁷⁹⁾となっている。

十分なインフォームド・コンセントを実施した上で、健全な判断能力を有する患者の意思表示があれば「患者の求めがある以上、延命医療を中止することは何ら医師の倫理にもとるものではない」⁽⁸⁰⁾。

「延命医療の中止は自然の死を迎えさせるための措置」であり、「自殺でもなければ、医師の手による殺人でもない」⁽⁸¹⁾からである。死因は、病気や寿命となるので「自殺」でも「殺人」でもない。

言い換えると、ここで言う尊厳死は、権利ではないが治療停止による事実上の消極的安楽死あるいは治療義務の限界を承認したものである。そのため、「自力生存能力」を奪う行為は殺人であると戒められている。

2008年、同会議は改めて尊厳死について「『過剰な医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせること』と定めておき、過剰な医療を中止・不開始した結果起きる死は『自然死』(natural death)と見なし、患者の最善の医療を実現する方策に議論の焦点を絞ることが適当」⁽⁸²⁾と述べた。

この定義は、1994年の定義をより具体化したもので「過剰な医療を中止・不開始」という言葉からすれば消極的安楽死を指すことに変わらないが、「尊厳」、「患者の最善」など医療を受ける側の視点が盛り込まれた点で重要

である。

それは尊厳死が一般に普及してきたことを示している。1994年の報告は尊厳死合法化の可否を論じ、立法には慎重な立場を表明していた。一方、2008年の報告では患者のQOLへの配慮、充実した終末医療、医療者間あるいは医療医者と家族の意思疎通を図ることは「安楽殺事件などがなくなるもっとも早道である」とされ、殺人をイメージさせる安楽死（文中では「安楽殺」と区別⁽⁸³⁾されている。

(2) 高齢化社会と安楽死

わが国で安楽死が認められるには、肉体的苦痛が前提となる。しかし現在、緩和医療の進歩によりほとんどの患者の痛みを抑えることができる。たとえば、末期ガンに伴う痛みについては大半を抑えることができる⁽⁸⁴⁾と言う。

実際、ガンに限らず治療法や疼痛技術の進歩により社会復帰する、あるいは疾患を抱えながら社会生活を送る人々も多い。日本人の代表的死因とされるガンで肉体的苦痛や不治といった安楽死の要件が解消ないし改善されたのであれば、現在の日本では安楽死が不要になりつつあることを意味する。

しかし、現在でも安楽死を必要と考える人々が存在する。それが高齢者である。そこで、以下これまでの定義を一部変更し、わが国の高齢者における消極的安楽死を尊厳死とし、その可否について考える。その際、権利としての側面よりも死がもつ意味を重視する。

高齢化社会を迎えた現在、寝たきりとなる高齢者が増加している。多くの日本人は「年をとるとQOLが低くならざるを得ない」と考えている。たとえば、精神面は健康だが、肉体的衰弱により治療をほとんど受けつけず、余命を衰えていくままに送る場合、あるいは、肉体は健康だが、痴呆の進行で健全な精神力を失ってしまった場合などがそれである。

こうした現象を一言で表せば老化ということになるだろう。高齢者にお

ける疾患の特徴として①老年症候群と②要介護の2点を挙げることができ⁽⁸⁵⁾る。

①	<p><老年症候群> 老化による各種臓器の機能低下およびそれが複数並行して現れること。個々の機能低下がそれほど重篤でなくとも、老化による恒常性維持機能の低下を背景に、併発することで、慢性、難治性となることが多く、また症状の現れ方に個人差が多く、定型的な対処ができない。</p>
②	<p><要介護> こうした老化や慢性疾患によって生活機能障害が生じる。日常生活に支障をきたすようになり、介護を要する。</p>

現実問題として、要介護段階になると私たちは病院へ送られる。家族からすれば介護の負担を減らす、あるいは急変に備えるためであり、本人からすれば能力の低下に伴い「他人の世話になりたくない」という感情が生じるためである。

高齢者にとっての理想的な死の迎え方として「ピンピンコロリ」、その頭文字をとってPPK運動がある。治療拒否権という意味での尊厳死は「みっともない人生ではなく、最後まで凛として生きたい」と願う人々に支持される。

老化を生理現象として見れば、各種身体機能の低下であり、高齢者に限られることではない。老化は病気というより完全にとり戻すことのできない能力の低下である。しわや腰の曲がりや老化の象徴的な現象に過ぎない。

たとえば、20代後半になって動きのキレがなくなる、30代になって徹夜がきつい、40代になって全力疾走ができなくなるなど年齢を重ねるにつれ体の機能が低下する。その延長に、立てなくなる、食べられなくなるといった現象が訪れる。

「これまで出来ていたことができなくなる」という意味で老化はQOL⁽⁸⁶⁾の低下である。それにより、私たちは能動的な行為者から世話を受ける側へ変化する。言い換えると、老化によって自己の地位が主体から客体へ変化する。この意味で尊厳死は、老化によるQOLの低下を自らの意思により好

転させる手段を意味する。

この意味での尊厳死にも死ぬ権利あるいは治療拒否権と同様の反論が考えられる。たとえば、老いを否定的に捉える発想自体一種の諦めであり、現状に満足できないから死を選ぶということは、たんに運命に従う消極的態度に過ぎないというものである。

すでに指摘したように、権利としての安楽死は、心身二元論に基づく近代的個が前提とされている。それは精神が身体を、あるいは人生をコントロールするという発想である。この発想を転換するには、主体性という言葉の意味転換が求められるであろう⁽⁸⁷⁾。また、現実⁽⁸⁸⁾に死が前提としてあるなかで、自由な意思決定が可能かという問題もある。

そこに医師の裁量の拡大、すなわち医師による死の都合のよい操作につながる恐れがある。患者が正確な知識をもたないまま予後や後遺症を悲観している場合が考えられるからである。すなわち「どうせ死ぬなら——」として治療を拒否する場合である。

医師の側からもこの点を懸念する声がある。患者の症状や考えが多様であるなか、患者の治療拒否権はどこまで及ぶか、医師の治療義務の範囲について客観的な基準が立てにくいからである。結局、医師は自主判断に頼らざるを得ないが、いかなる基準もない現状では、違法となる可能性が大きい。実際、この懸念は川崎協同病院事件で現実となった。

治療に手詰まりとなった医師が、いかに患者のことを真剣に考え、悩みぬいたうで苦渋の選択として善意に基づいて患者を死に追いやる処置を行ったとしても、法的に容認されない方法を自己判断で実施することは犯罪に相当する。これは、医師がバイオエシックスを十分に理解せず、自分の価値観、経験値にのみ頼ってパターンリスティックになる場合の最も危険な結末である。さらに、苦しみのあまり患者が示した意思表示や、みるにみかねた家族の代諾というものは情状であつて、生命短縮の行為を実施する医師の違法性まで阻却する力はない。重要なのは患者の同意であり、しかもそれは患者に知的精神的判断能

力がある時に示されたものでなければならない。この問題が解決しないため、わが国では尊厳死すら尚早といえるのである。⁽⁸⁹⁾

日本弁護士連合会も同様の観点から尊厳死（とその法制化）について反対の立場を表明している。日弁連は、終末医療において、最善の処置を尽くした上、患者の自己決定権を尊重し、医療従事者と患者の十分な信頼関係のもとに治療の差し控えや中止が行われた場合、「法律上の問題は少ない」とする。

一方、理想的な終末医療のあり方やリビング・ウィルを尊重することと尊厳死を法制化することは「別問題」である。⁽⁹⁰⁾ 現実問題として①わが国ではインフォームド・コンセントをはじめとする患者の権利保障や②緩和医療、在宅医療、介護など終末期医療が不十分だからである。

①については、患者の権利保障が不十分なまま医師の処置を正当化すれば、患者の権利は一層弱められるという問題がある。日弁連は「自己決定しないしインフォームド・コンセント原則は、個々の患者の病状および治療法等が個別的、特定の⁽⁹¹⁾でなければ保証し得ない」と述べている。死や死に至る過程は人それぞれであり、それを法や権利として一律に規定することは難しい。

②については、患者に残される選択肢が死に限定されるという懸念がある。終末医療の整備が不十分であれば、十分な支援が期待できない患者や家族にとって肉体面、精神面、金銭面の負担を避けるために、死という選択を選ぶしかない可能性がある。

(3) 年をとるということ

安楽死は権利（法）や近代的個と関連付けて論じられる。しかし、ここで論じる尊厳死は高齢者が対象である。であれば、老化について把握しておく必要がある。そもそも老化とは一体どういうことなのだろうか。

それは個人的な体験である以上、なってみないとわからない。私自身、

深刻な老化、余命の限定、不治の疾患のいずれにも当てはまらない。つまり、私の議論は健常者の考え、机上の空論に過ぎない。

そこで、以下では年をとった立場から尊厳死について言及する松田道雄の考えを検討する。松田は、老境を迎え体力が落ちてくると「ものの考え方もかわってきました」と言う。

死ねば呼吸がとまり、心臓がはたらかなくなり、脳に血がまわらなくなって、意識がなくなります。この世に生まれる以前の状態にかえるのですから、それはこわくありません。こわいのは息をひきとる前に、病院でいろいろ苦しまなければならないことです。どうせ死ぬのなら楽に死にたい。痛みだの、息苦しさだの、動悸だのはごめんだ、安楽に死にたいと思うのです。それは年をとって弱った人間が、万人が願うところ⁽⁹²⁾です。

松田は、安楽死を願う人々の多くが「若い人」たちに対して、つまり健康を前提として死や人生を理論的に考えることに対して「腹をたてている」と言う。

私たちが問題にしているのは、年をとって、絶望的な状態になったときの延命です。その時の気持は年をとって弱ってきた人間でない⁽⁹³⁾とわかりません。

このとき自らの体の状態だけでなく、心の状態も変化しているだろう。経験の積み重ね、いわば年季の上に形成される自身の生やそれに対する考え方は、自分そのものであって理屈だけでは到達し得ない、一種の境地であろう。一人の人間としてのけじめ、生き様は、理論上の正しさだけでは割り切れない。

物理学的な永遠と、ひとりの人間の永遠とのちがいは、物質と観念の

ちがいである。わかいうちは、自分の生命の限界をかんがえない。いまにみろといって発憤したとき、その仕事がおわるまで、自分が生きているであろうことを疑わない。だが年をとってみると、いまにみろとはいえない。生命の限界の接近が、人間にとっては観念でしかないことを思い知らせる。[改行]ほんとうはわかい人間にとっても永遠は観念でしかないのだが、それがわからない。永遠をはばむものは、ほかならぬ今であることがみえないからだ。なんらかの偶然が永遠をはばむ今をはっきりとみせたとき、はじめて永遠と今との切点に自分がいたことを意識して、これを無常という。[改行]老いの知恵ということがいえるなら、人間の存在が永遠と今との切点であることを日々知ることであろう。[改行]永遠がひとつの観念にすぎず、やがて今がこの観念さえ無に帰することに思っていたとき、老いた人間は、その性格にしたがって、さまざまに無に抵抗する⁽⁹⁴⁾。

ここで言う抵抗とは、これまでの栄光を、あるいは人生の証しを残す行動である。たとえば、金持ちであれば銅像を建てる、健康で活発な人であれば旅行に行く、学者であれば1本ものにするという衝動である。しかし、死への抵抗としての生の謳歌は「必ず『老人性疾患』によって中断される」。

老人問題は永遠への望みがたれた今をいかに生きるかにある。人はいかに生きるべきかを、はじめて切実に考えねばならないときが来たのだ⁽⁹⁵⁾。

「切実」とは、時間の有限性を身に染みて感じとるときであり、人生という長く、深く、広い過程を総括するのに1分1秒が惜しくなるということであろう。語弊を承知で言えば、けっして延長のきかないメ切が目前にあるという状態であろう。

年をとるということは、本当に必要なものを見極め、何かを諦めることを意味している。諦念は美德ではないかもしれない。しかし、現実問題と

してメ切がある以上、すべて望みどおりにすることは不可能である。

老人問題は、自分に残されたものをはっきりと認識し、その管理を「自分だけの責任とした時におこる」。このことは、老人問題に限らず終末期の患者にも当てはまるだろう。しかし、入院は「自分だけの責任」を脅かす。つまり、思うようにできなくなる。

すでに見たように、入院させられている高齢者については、家族の意思が優先される。病名や予後の告知については「高齢者では、本人に対して情報が開示されることを家族が拒絶する場合もあり、それが許容されてきた」⁽⁹⁶⁾。

老人問題や終末状態、植物状態における自己決定は、民主主義社会では解決が困難だと松田は言う。老人や終末期・植物状態患者は、もはや自らハキハキと行動する主体ではなく、他人から面倒を見てもらうべき存在、客体と見なされるからである。

自ら決定し、進んで行動する主体として扱われなくなった状態、モノとして扱われることは尊厳の喪失と言えるだろう。以下では、尊厳について考えてみたい。

(4) 尊厳とは

一般に、尊厳という言葉にはさまざまな意味が込められる。たとえば、生命科学分野で言われる尊厳は、理念としてではなく実践的問題として追及される⁽⁹⁷⁾。具体的には、何が人間の尊厳を構成するのかという原理問題より、実験や研究において何をすると尊厳を損なうかという規制や指針のあたりで示される。

松田によると「尊厳というのは、その人間の人柄にふさわしい『社会への顔』⁽⁹⁸⁾」である。つまり、その人なりの未来への展望や過去へのノスタルジーも含め「かくありたい(あつて欲しい)」という自分らしさの表明と言い換えることができるだろう。

竹内聖一によると「自分らしさ」とは、自分の理想(目標)へと向かう

長期的計画とその下に行われた選択を指す。⁽⁹⁹⁾

この意味での「自分らしさ」は、計画が順調に進行する、すなわち継続して「自分らしさ」を保ち続ける「連続ケース」と、何らかの理由で計画の断念、変更を余儀なくされる「非連続ケース」に分けられる。私たちは「非連続ケース」に陥った場合、その都度以後の選択に肯定的意味を与えながら「自分らしさ」を再構成してゆく。

このように考えると、自己実現、「自分らしさ」に関する従来の選択論は、暗黙のうちに「連続ケース」を前提としている。⁽¹⁰⁰⁾つまり、私たちが決断と言うとき、過去を根拠として選択が組み立てられる。「次はこうしよう」という一見将来的な選択は前提、すなわち過去という基盤があってはじめて可能だからである。

これを安楽死に当てはめると、問題となる自己決定や本人意思は、これまでと連続した状況、つまり健常であった状態を所与、前提として考えるということになる。しかし、安楽死ではそれが不可能である。健常であるという前提が変わると同時に、決断の内容に新たな意味を付与して再構成する時間がないからである。

この意味では、安楽死を求める患者の「自分らしさ」、つまり尊厳はかえって決断以前の状態に強く拘束されることになる。安楽死の決断は将来の断念であり、それは未来に向けられていた過去の計画が不可能になったことを意味する。患者にとって、あらゆる選択肢の価値だけでなく、行為の理由そのものが失われてゆく。

ここに苦痛とは別の苦悩が生じる。河見誠によると苦悩と苦痛は異なる。苦痛が身体に限定された現象であるのに対し、苦悩は将来への配慮に基づいた恐れ、自らの存在に対する恐れに基づく。⁽¹⁰¹⁾

この意味で河見は、東海大学事件判決を「近代医療の延命主義を批判しながら、苦痛、特に肉体的苦痛というレベルに議論をとどめる東海大学安楽死事件判決及びそれを支える自己決定権論は、十分な近代医療批判を形成できていない」⁽¹⁰²⁾と述べている。

河見が指摘する苦悩は、竹内の言う「計画」に相当し、自己の時間的継

続性を指す。簡単に言えば、苦悩とは自分という存在が時間の上に成り立っていることへの恐れ、何人であれ時間（老いや死をもたらず）を自由に操作できないことへの恐れである。このような恐れを抱く者に対して、周囲の人間に求められることが「新たな意味づけの可能性を提示すること」、「現在の意味づけから自由になることを手助けすること」⁽¹⁰³⁾である。

ところで、松田において「社会の顔」というかたちで表明される尊厳は、何よりも社会的存在としての人間、人と人のつながりを意識する概念であろう。人間のつながりを重視する尊厳観は、木村文輝によって仏教の立場から提起されている⁽¹⁰⁴⁾。

木村は、カトリックにおける尊厳と仏教における尊厳を比較する。木村によると、カトリックの尊厳には二つの意味がある。一つは「生命の尊厳 (Sanctity of Life)」、もう一つが「人間の尊厳 (Dignity of Human Being)」である。前者は、心臓の拍動に象徴される、一人ひとりの身体に限定されたいのちというより生命そのものを指す。

後者の「人間の尊厳」は二つの側面に分かれる。一つは神が人間を自らの似姿として創造したことであり、もう一つが隣人愛の実践者としての人間という側面である⁽¹⁰⁵⁾。

前者は、人間が地上の支配者として他の存在物に優越する地位をもつことを意味する。後者は、人間が神とその教え（規範）を信じ、そのもとに行動するという共同性を指す。

いずれにしろ、キリスト教的な背景をもった尊厳観は、延命というかたちでのちをコントロールできるようになった現在、QOL 概念と鋭く対立することになる。言い換えれば、神を根拠としない人間独自の、近代的個人における尊厳観と衝突が起こる⁽¹⁰⁶⁾。

木村はキリスト教由来の尊厳の特色として、①人格の重視、②人間を閉じた存在として捉える個的発想、③その結果現在人格をもっている人間にのみ尊厳が与えられ、死者ないし将来世代が対象外とされること、の3点を挙げて⁽¹⁰⁷⁾いる。

これに対し木村は、仏教における「空」と「縁起」の思想から尊厳を考

察する。木村によると、「空」とは「あらゆるものの中に固定的な実体の存在を認めないという思想」であり、「縁起」とは「そのような実体を伴わないすべてのものは、常に一定の姿で留まることができず、他者との相互関係によって絶えず変化していくという思想」である⁽¹⁰⁸⁾。この意味では、両者は表裏一体、理念と現象の対応関係を表している。

このような観点に立てば、そもそも人格という実体は存在し得ない。この世に存在する生き物や事象は、生命という大きなうねりが一つひとつ別のかたちをとって現われた現象に過ぎない。同様に、生死は人間という生命現象に付随する現象を表し、その時間的区分に究極的な意味はない。そうした現象を区別する、すなわち意味と名称を与えるのは人間である。

こう考えると、私たち人間は、究極的には、他者と精神や身体のみで画然と区別される独立した存在ではない。よって、仏教では、一般論として、人格、つまり生きた人間を対象とするキリスト教的な尊厳を認めることが困難⁽¹⁰⁹⁾である。

木村によると「あえて極言すれば、仏教において『生命』は存在しない。あるのはただ、そこに一人の人間が『生きている』という事実、あるいは、生命現象を伴う人間が存在するという事実である⁽¹¹⁰⁾」。

むしろ、仏教で重要なのは、厳然と他の存在物から区別される個や人格ではなく、いまここに人間として生きていることの「有り難さ」である。輪廻転生に見られるように、私たちはいかなる姿もとり得る。いま私がここで人間として存在（現象）しているのは、途方もない確率（？）あるいは諸条件の整合（因縁）による。そのため、仏教ではいのちの神聖さではなく「有り難さ」としての人間の尊厳が問われる。

「有り難さ」を根拠とする人間の尊厳は、人間の条件、すなわち何をもって人間と呼ぶかという人格の問いを無力化する⁽¹¹¹⁾。仏教には、人格も個体も精神も存在しないからである。私たちが言う人間とは、そうした個別化不能なもの、具体的に言えば、個として完結するものではなく、周囲との関係の中でかたちづくられるものである。つまり、承認を軸としたアイデンティティ形成である。

「有り難さ」は自分だけでなく、他者も同様に備えている。その他者がいるからこそ自分も「有り難い」ものとして存在できる。木村は、他者から「有り難い」存在として自分と同様に扱われること、承認されることが人間の尊厳ではないかと述べている⁽¹¹²⁾。

このような開かれた人間観に立てば、理念上いわゆる他人事ということとはなくなるであろうし、死んだ人間に対してもこれから生まれ来る人間に対しても尊厳を適用することが可能となる。

またこの考えに立てば、人間は一人で死ぬことができない。私たちは、いままさに死ぬという瞬間を自分で確認できないからである。死を確認するのは私ではなく他者である。

私たちが望む「自分らしい死」や「尊厳ある死」とは、究極的には、他者の承認となる。言い換えると、死という現象は、旅立つ者と看取る者の関係性においてしか成り立たない⁽¹¹³⁾。

その際、看取る側も「有り難い」ものとして同等に尊重されなければならない。自己決定権を強調して一方的に「尊厳ある死」を求めたとしても、それは「見放された死」にしかならない⁽¹¹⁴⁾。反対に、死にゆく者の意思に対して看取る者が積極的な同意を与えた場合、尊厳ある死が実現するが、そこには積極的安楽死さえも含まれ得る。

たしかに、こうした考えは、主観性を免れないかもしれない。しかし、客観性や理性の限界が明らかとなったいま、一つの選択肢として有効であろう。

(5) 承認としての死

松田の考える尊厳死は、方法としては治療の不開始・停止を求める消極的安楽死である。しかし、これを治療拒否権あるいは自己決定という近代的主体概念から捉えると、袋小路に陥る。

権利や近代的個は、たとえば近代市民革命や宗教的自律など、特定の背景をもった理想的個人を前提としている。それが可能であればそれに越し

たことはない。だが人はつねに完璧であることはできない。野球のイチロー選手は素晴らしい選手である。だが誰もが彼と同じパフォーマンスを發揮できるわけではない。

一方、「社会の顔」や「有り難さ」という文脈での人間は、時間、経験、運命の積層物である。言い換えれば、その積み重なり方の違いこそその人がその人である理由であり、尊厳であろう。松田の言う尊厳死はその形式よりもその内実、人間という積層構造の一つの層あるいはその最後の積み方を重視したものである。それを権利や法といった理論枠組みから評価することは難しい。

この意味で権利としての安楽死は、近代的、西欧的な人間理解が崩壊しつつある証しである。いのちが自由に操作できるようになったこと、つまりコントロール可能であるという近代的発想によって、死は自然ではなくなった。私たちはその自然性を回復するために、死に主体性、権利や尊厳という言葉を付け加える。だが生や死は、人間が時間、空間、感情などの積層構造（「有り難さ」や「因縁」）である以上、特定の言葉や枠組みで一括りにできるものではない。

死という宿命に理由をつけなければならないという点で、死は事実ではなく価値、すなわち思想的現象となる。しばしば安楽死議論で言われる、「無駄な治療」の「無駄」とは、患者の生物学的生命にとって無駄というより本人の感情、価値観に照らしての問題である。

その裏面として、権利としての安楽死は、患者だけでなく看取る側の価値、利益にもつながっている。ベッドサイドの光景を思い出してほしい。呼びかけられたような気がする呼吸の途切れ、部屋に充満する便臭、患者の顔が真っ青になっても続けられる引痰、昏睡とも覚醒とも言えないまどろみ、苛立たしげな医師、ある者は一縷の望みを託し、ある者はその後を計算する——。

心の底ではどうしようもないとわかっている。誰のせいでもない。でも誰も言えない。もはや生きているのか死んでいるのかもわからないまま横たわる患者と関わり続けることに対する「居心地の悪さ」。

死は、医師にとっては医療の失敗、家族にとっては配慮や愛情の不足を意味する。死を避けたいのは、本人以上に私たち看取る側なのかもしれない。そんな中、患者が進んで自己決定してくれると、私たちはこの後ろめたさから解放される。「あれでよかったよね——」と。

自己決定は、われわれ看取る側に一つの物語をくれる。こうした語りの構造が権利としての安楽死を推進するもう一方の原動力かもしれない⁽¹¹⁵⁾。

たしかに、自己決定であれ尊厳であれ、死の自発性を重んじれば、結局、ある特定の死に方が良い死に方として理想化され、そうでないものが問題視されるということが起こり得る⁽¹¹⁶⁾。つまり QOL の低下が生存の無意味へと転換する危険がある。

だが、どうかたちであれ、これから最期を迎えようとしている人間がその幕の引き方を選ぶことは自由である。たとえば、治療拒否権では「治療する／しない」、「どこまでするか」についての考えは一人ひとり異なる。その選択を権利や法で一律に規定することは、強制であり、人間という積層構造、尊厳に反する。

それは結局、「だれかの都合で一方向的に死を宣告できる」状況をつくり出すことにつながる⁽¹¹⁷⁾。保坂恭彦はこの点について「私は、尊厳死はまず個人の死生観を貫徹するという意味をもつと思う。他者に強制できず、他者の死生観を弾劾するものではない⁽¹¹⁸⁾」と述べている。

私たちにとって死は日常ではない。肉親や自分が死ぬという意味で、死をたびたび経験することはない。私たちは、死の実際、たとえば終末医療の実態、死への接し方、死生観、人が死ぬことによる精神的影響など考え、知ることはほとんどない。死に関する基本的背景の共通認識がないままに権利としての安楽死、この場合は尊厳死を認めても、おそらく手続き以上の意味をもたないだろう。

一方、いかなる安楽死をも認めないということにすれば、医師や親族など周囲の人間の裁量を拡大することにつながる。そしてそれは、皮肉なことに、これまでの事例が示すように、誰も引き受けたくない、あるいは引き受けることのできない死の責任をめぐる綱引きを引き起こす。

むすびに代えて — 総括と提言：尊厳としての安楽死

ここでは以上の議論を総括し、権利としての安楽死に対する提言を行いたい(課題③)。

まず、自己決定を全面的に認める立場を検討した。そこでは安楽死は死ぬ権利、つまり積極的安楽死として登場する。この観点では、権利と死が相容れないという問題があった。さらに広く言えば、近代的人間像と死が相容れないということも指摘できた。

たしかに、公共政策の観点から積極的安楽死を認める国も存在する。しかしそこには、国家による殺人を認めるという問題があった。

次いで、一定の制限のもとに自己決定権を認める治療拒否権を検討した。すなわち、消極的安楽死の問題である。そこでは自己決定が生き方を決める権利と見なされた。

この観点では医師や周囲の裁量が問題となった。とりわけ、患者に自己決定能力がない場合が問題となる。自己決定を権利と考える以上、原理上、治療拒否権の代行は困難であった。

最後に、死を権利として捉えながらも、承認に重点を置く死を検討した。この意味での尊厳死は、手段としては治療拒否権を採用するが、死を正当化するのは人間の尊厳である。尊厳は、近代的な権利あるいは自己完結する個ではなく、その人の「顔」、社会的なつながりを意味した。これを尊厳としての安楽死と定義する。

これらを踏まえ、本稿では尊厳としての安楽死を提言して結びに代えた。その理由は、以下の3点である。

まず、苦痛や老化に対する完璧な対処が不可能である一方、死ぬ権利を全面的に認めることもできないからである。

次に、死の選択を制限したかたちであれ、権利として捉えると、自己決定と医師の治療義務のあいだで堂々巡りが生じるからである。

最後に、人間は一人で死を迎えることができないからである。死は他者

との関係、承認抜きには語れない。この点について、クリスティアン・ビッグは、死にゆく者への「共感」という言葉で説明している。

死のプロセスは、人間の価値として何が重要であるのかということに思い至ることにより、個人とその家族、血縁者に、死への心の準備をさせることを目的とすべきでしょう。そして、これは、死にゆく人にとって何が最善の利益なのかを決定するのは、もはや医師ではないこととなります。医師は、無益な治療を停止し、死んでゆく自分の患者に彼らの苦しみを軽減し、人生の最後の時間を穏やかに享受させることにより、患者に対してより一層の人間性と共感を持つよう求められます。⁽¹²⁰⁾

具体的には、患者が尊厳としての安楽死を申し出た場合、周囲との話し合いにより方針を決定する（それを治療方針決定会議と仮称し、以後会議と表記する）。会議形式をとるのは、本人意思や具体的な治療手段を客観的に確認するだけでなく、尊厳が他者の承認によると考えるためである。

会議は患者の要請により開かれる。参加者は、患者、担当医、1名以上の他の医師（難しいであろうが他部署、他病院が望ましい）、看護師、家族の代表（親、子、兄弟、配偶者など最大3～5名）といった当事者に加え、一層の客観性をもたせるためソーシャルワーカーや弁護士など第三者を1名以上含める。

会議の開催場所は問わないが、病院がもっとも一般的と考えられる。その際、人員や規模の点で困難な場合も考えられる。これに備えるため、近隣の医師会や市町村役場に協力を要請できる支援体制も構築しておくべきと考える。

具体的な会議の内容は、患者の意思確認と医師の治療義務の範囲を明確化（免責）し、合意することである。患者の権利が及ぶのは、治療方針とその手段であり（緩和処置を含む治療の選択、不開始、中止）、他者に直接の致死行為を要求することはできない。その際、会議では十分なインフォー

ムド・コンセントが行われる。

会議は患者本人の要請により開かれる。開催には、強制や誘導のない、明白な本人意思が絶対条件である。意思表示の代行は認めない。つまり、尊厳としての安楽死の対象は、権利と尊厳の二つを満たすため、患者本人に意思表示能力がある場合に限定される。

意思表示の手段は、本人意思が明確かつ意思表示能力がある場合に限定されるので、書面による事前指示による。その際、オーストラリアのように、本人意思は複数回確認する。ここで問題となるのは、容態の急変による意思表示能力の喪失、確認不能であるが、このことについてはかならず最初の会議で検討し、特別の事情がない限り前回の確認を優先する。

対象者は、終末期（余命 6 ヶ月前後）の高齢者とする。若年者には医療技術の進歩または将来の可能性を考え認めない。

このような尊厳としての安楽死が本当の意味で尊厳を重視するものとなるためには終末医療の充実が不可欠である。その理由は 2 点ある。

まず、患者を死へと誘導する、患者が自らの意に反して死を選ばざるを得ない状況などあってはならない。消極的安楽死の項で指摘したように、それは「殺し」以外の何ものでもない。本稿が合法化にこだわらないのはそのためである。

また、自ら死を選ぶ行為は本来やむを得ず行われるものである。それは、しなければしないに越したことはない。そこで、尊厳としての安楽死を認める前提としてそれをしなくてよい環境、すなわち充実した終末医療が求められる。⁽¹²¹⁾

その一つにホスピスが存在する。ホスピスの目的は、安楽死と同様苦痛に対処するが、死ぬためではなく生きるための支援を行うことである。その具体的な任務は、苦痛緩和、死の恐怖に対する精神的支援など患者の QOL を高めることである。⁽¹²²⁾

ホスピスの起源は、1967 年、イギリスの看護師シンリー・ソンドースがロンドンにつくった聖クリストファー・ホスピスである。それは、彼女が末期ガン患者の苦痛を研究する過程で発見した「全人的な痛み」を緩和す

るためにつくられた。

彼女は日々患者と接しながら、肉体的苦痛だけでなく、精神的苦痛や心配に対する配慮も必要だと痛感していた。病気であるということに対して、患者と医療従事者に認識の違いがある。医師ら医療従事者にとっては、病気とは病因の除去を必要とする状態である。

一方、患者にとって病気そのものが日常であり、重症になればなるほど病気は日常化する。それに伴い、痛みは、身体的なものから、精神的なもの、日常的なもの、つまり生や存在そのものへと拡大して行く。

たとえば、末期ガン患者の苦痛は、①肉体的苦痛（痛みや不眠）、②精神的苦痛（死への恐怖、ストレス）、③社会的苦痛（家族や仕事への心配、不安、孤独）、④存在的苦痛（人生の意味）といった複合物（「全人的な痛み」）である。肉体的苦痛だけを除去しても、患者の状況は改善しない。それに対処するのがホスピスである。

ホスピス同様、病気の治癒を目的とする病院以外の施設とその治療体制も拡充する必要がある。たとえば、現行の診療報酬制度は、終末期医療に十分対応していない。その理由は、報酬の支払い方法にある。

診療報酬制度では、病院は急性疾患対応型と療養型の二つのタイプに分類される。前者は出来高払い、すなわち一つひとつの治療に点数がつくのに対し、後者は包括払いが採用される。

包括払いについて糖尿病を例えに考えよう。糖尿病にはA、B、Cという処置が必要であるとする。その際、A、B、Cを1セットとして報酬が支払われる。そのため処置を減らせば経営上有利になる。

また、現行法では病院以外での治療を行うことはできず、治療を行い、死亡診断書を書く権限を有するのは医師のみである。こうしたことから考えると、医師にとって病院以外の施設でやりがいをもって働くことは難しいと言える。それは、患者にとって十分な支援が受けられないことも意味する。

たとえば、特別養護老人ホームなどでは介護保険が適用されるので治療行為を担当する医師が常駐していないことが多い。急変時や救急時には患

者を病院へ搬送しなければならない。患者だけでなく病院と介護施設双方の負担が増す上に、介護施設の機能が弱体化し、スタッフの士気も下がる⁽¹²³⁾ということが指摘されている。

尊厳としての安楽死を認めるのであれば、病院、とりわけ現在終末医療で大きな役割を果たしている病院以外の施設の拡充が前提となる。それによりはじめて、手段と尊厳の双方が内実を伴うからである。

<注>

- (1) このことについて、立花隆は次のように指摘している。「延命治療をいつやめてよいのかという問題は、いつから人を人として扱わなくてよくなるかという問題である。人がどうなったら、人間扱いしなくてよくなるかという問題である。生命倫理の課題の相当部分が、実はこの二つの論点をめぐる問題なのである」(立花隆「I - 1 医の倫理」、宇沢弘文／河合隼雄／藤沢令夫／渡辺慧編「岩波講座 転換期における人間 8 倫理とは」岩波書店、1989年、48 - 49頁)。
- (2) 日本医師会第IX次生命倫理懇談会「平成16・17年度『ふたたび終末医療について』の報告」2006年2月、31頁(以下「ふたたび終末医療についての報告」)。
また日本学術会議は、延命治療について次のように定義している。「延命治療とは、一般的には“何らかの治療行為を行わなければ死に至るはずのものを、生きながらえさせる”ための治療としての意味合いで使われている。がん、心臓病、アルツハイマー病に対する“代替療法”を、延命治療法として取り扱っている場合もあり、すぐに死に至るような病状ではなくても使われることがある。また、無駄な医療行為との意味合いが含まれて使われることも少なくないが、延命治療を行うことと、行っている延命治療の医学的無益性の判断とは本来別の問題であると考えられる。さらに、治療内容は人工呼吸器や補助循環に止まらず、終末期では輸液管理や栄養管理までが延命治療に含まれることが多い。このように、延命治療が意味するところは広汎である」(日本学術会議臨床医学委員会終末医療分科会「対外報告 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2月、4頁)。
- (3) 闘病の長期化は、社会全体で見れば、医療コストの増大を意味する。入院患者の増加により医療従事者やベッド数の不足、医療費の上昇などが生じる。この意味で、死は社会化しつつあると言えるが、本稿ではこの点に言及しない。
- (4) 生や死を選択する、それゆえ責任が生じる行為は、脳死や中絶、生命工学でも議論となるが、本稿では言及しない。
- (5) 山下一道「安楽死・尊厳死から尊厳的生へ」、加藤尚武／加茂直樹編『生命倫理

学を学ぶ人のために』世界思想社、2004年、155頁。

- (6) 日本医師会前掲「ふたたび終末医療についての報告」、20頁および35頁。
- (7) 以下の記述については、唄孝一「解題・カレン事件ーシュピリア・コートの場合ー」『ジュリストNo.616』1976年7月(58-76頁)、同「続・解題 カレン事件ーシュプリム・コートの場合ー」『ジュリストNo.622』1976年10月(60-76頁)を参照。
- (8) 唄前掲「続・解題 カレン事件」、61頁。
- (9) 唄前掲「続・解題 カレン事件」、68頁。
- (10) 唄前掲「続・解題 カレン事件」、68頁。
- (11) 唄前掲「続・解題 カレン事件」、68頁。
- (12) 以下、**SOL**と**QOL**については、奥野満里子「生命の神聖さと生命の質ー概念の説明」、加藤尚武／加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社、2004年、129-142頁を参照。
- (13) ヒポクラテス／小川政恭訳『古い医術について 他八編』岩波文庫、2003年、191-192頁。段落、下線は引用者による。

なお第3段落の下線部「致死薬は、誰に頼まれても、けっして投与しません」について「ヒポクラテスは安楽死をどう考えていたか」という議論がある。

たとえば、木原志乃は、安楽死を認めたものではなく、患者に「害を与えない」という医師の基本原則を述べたに過ぎないとの見解を示している(木原志乃「安楽死問題とヒポクラテスの『誓い』」『古代哲学研究紀要』13号、2004年3月)。

その理由として、①この書がヒポクラテス自身の手によるものなのかも含めた文献学的検討が必要である、②当時の医学レベルや医師に対する社会的評価などを考慮する必要がある。当時の医学レベルは低く患者が多く死亡していた、また暗殺の際に毒薬を調合できる医師が暗躍していた、ことが挙げられる。

後者については、古代ギリシア・ローマ期の医師に対する社会的評価は低く、「医師＝殺人者」との認識があった(木原前掲、18頁)。これらを踏まえると、ヒポクラテスの「誓い」は患者のピュシス(自然)、ここでは患者の病状や自然治癒力を見極め、治療をするかしないかを判断せよという、医師の倫理・責任を示したものだとされる。

- (14) その条件として、当初①生物学的な死が確実に迫っている証拠がある(末期)、②本人もしくは近親者の決定がある(本人の意思表示)、の二つが挙げられた。
- (15) 本件については、丸山英二「サイケヴィッチ事件ー無能力者の延命治療拒否権をめぐってー」『ジュリスト No.673』1978年9月、109-118頁を参照。
- (16) 丸山前掲、114頁。
- (17) 丸山前掲、116頁。この判断について、丸山は解題で次のように批判している。最高裁の対応は、法を最重要視するという点では一貫性がある。しかしこの手法は、本人の「主観」とは無縁に、あくまで司法による手続的認可になる恐れが

ある。

- (18) 本件については、嶋崎正躬「安楽死と治療停止」、今居道夫／香川知晶編『バイオエシックス入門 第三版』東信堂、2001年、122 - 124頁を参照。
- (19) 本件については、嶋崎前掲参照。
- (20) 事件の概要と名古屋高裁判決については、裁判所ホームページ判例検索システムを参照 (<http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/4270053934E0A82B49256CFA00067462.pdf>、2012年11月15日)。
- (21) 安楽死の処置者を医師とすること(条件⑤)に対し疑問が提示されている(たとえば、宮田正彦「安楽死についての刑法学的一考察ー我が国の裁判例にみる被殺者の身体的環境分析を踏まえー」『京都光華女子大学研究紀要』48、2010年12月、265 - 266頁)。
宮田によると、医師は身体の特権家である以上、安楽死処置の適任者である。しかし、その教育過程や職業倫理は、治療、患者の回復を目的としている。
判例がこれを条件としたのは、処置における苦痛をなくすため、残虐性をなくすための配慮である。安楽死の承認には、いくつもの厳格な条件が設定されており、処置に対する「透明性」は確保されている。そのため、安楽死処置を担当する能力をもつ者は「医師以外にも多数存在すると推定される」とされる。
とはいえ、のちに見るように、安楽死処置に至る過程で各種の薬物が使用される。その効能判断や予期せぬ身体への波及への対処など、やはり医師による対処が必要だと考える。
- (22) 本件については『判例時報 1530号』判例時報社、1998年7月、28 - 42頁を参照。
- (23) 安楽死の区分については、本節(3)で改めて論じる。
- (24) 本件については、1審『判例時報 1909号』(判例時報社、2006年1月、130 - 162頁)、2審『判例タイムズ No.1237』(判例タイムズ社、2007年6月、153 - 162頁)、最高裁判決(裁判所ホームページ判例検索システム <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20091209113834.pdf>、2012年11月21日)を参照。
- (25) 『判例時報 1909号』前掲、159頁。
- (26) 『判例時報 1909号』前掲、159頁。
- (27) 『判例タイムズ No.1237』前掲、160頁。
- (28) この区分については、山下一道前掲(156 - 161頁)および本田裕志「医療と倫理」(加藤尚武／松山寿一編『現代世界と倫理』晃洋書房、1996年、109頁)を参照。
- (29) このことについては、山本芳久『二重結果の原理』の実践哲学的有効性ー『安楽死』問題に対する適用可能性ー』『死生学研究』第1号、2003年3月を参照。
- (30) 日本の安楽死運動については、大谷いづみ「太田典礼小論ー安楽死思想の彼岸と此岸』『死生学研究』5号、2005年3月を参照。

- (31) 森岡恭彦『医の倫理と法』南江堂、2010年、56 - 57頁。森岡によると、なかには回復する患者も存在する。そのため「回復の見込みがない」という表現はあくまで経験的な判断、つまり「周囲の人がこの状況をどうとらえるか」という社会的問題となる。よって森岡は「持続性植物状態という言葉は医学的な病名というよりは社会的病名と言うべき」と述べている (同 57頁)。
- (32) 脳死については、竹内一夫『改定新版 脳死とは何か』講談社ブルーバックス B-1463、2004年を参照。
- (33) 日本医師会前掲「ふたたび終末医療についての報告」、5頁。とくに小児の場合、終末期の確定が難しいとされる (同 18頁)。
- (34) 日本医師会前掲「ふたたび終末医療についての報告」、19頁。
- (35) 厚生労働省「終末医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」2007年5月 (ページ番号なし)。それに伴い「緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのために麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました」と述べられている。
- (36) 日本医師会第X次生命倫理懇談会「平成18・19年度生命倫理懇談会答申『終末医療に関するガイドラインについて』」2008年2月、6頁。
- (37) 日本学術会議前掲「対外報告 終末期医療のあり方について」、4 - 5頁。
- (38) 日本医師会は、1992年に医療の高度化にともない「末期医療」問題が浮上し「対処が焦眉の急となっている」と述べ、「末期医療」について次のように述べていた。『末期医療』(または終末医療)というのは、患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床に就いてから死を迎えるまでの医療を指している。その期間は、人によってまちまちであろうが、6ヵ月程度、あるいはそれより短い期間のものが想定される」(日本医師会第III次生命倫理懇談会『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告)1992年3月、<http://www.arsvi.com/1990/920309et.htm>、2012年10月30日)。
- (39) 日本病院協会「終末医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～(概要)」2009年5月、1頁。

日本病院協会は、2007年に厚生労働省のガイドラインを受け「終末期医療の指針」を発表していた(日本病院協会「終末期医療の指針」2007年11月)。この指針は、病院として頻発する医療訴訟に備え、安楽死にどう対処すべきかを定めたものである。

そこには「厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった」という事例が紹介されている。そこでは積極的安楽死を認めないとした上で、消極的安楽死に対する基本方針の社会的合意をつくるべきだとされている。追訴の可能性がある以上、実務にあたる病院側の困惑は当然である。

- (40) 日本医師会前掲『『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告』。
- (41) 盛永審一郎「オランダ・ベルギー・ドイツにおける『安楽死』に関する現状 (1)」『富山医科大学研究紀要』第 30 号、2003 年、27 頁。
- (42) 山下邦也「オランダの安楽死 — 新法理由書を中心に —」『国際公共政策研究』6 (2)、2002 年 3 月、5 頁。
- (43) 山下邦也前掲、7 - 8 頁。要件②の「1984 年の判決」とは、オランダ最高裁がはじめて安楽死を認めたアルクマール判決を指す。

事件の概要はこうである。95 歳 (女性) の食べることも飲むこともできない患者が、医師に安楽死を求め、その処置を行った。担当医は、自らの助手をしていた別の医師と患者の息子に相談したところ、患者が健康を回復する見込みがなく、また患者の意思についても間違いのないことを確認した。

患者が末期ではなかったことから、担当医は起訴され、第 1 審、第 2 審で有罪となった (実際には刑罰は課せられなかった)。しかし、最高裁は 2 審判決を破棄し、担当医の処置について、医師として患者の生命維持と苦痛緩和の板挟みになったが、医学および医学倫理から見て適切に解決したと判断した。

また、オランダ最高裁は、1995 年、精神的苦痛による安楽死を認めている (シャボット事件)。「暴力的な結婚」のため長年鬱病を患っていた 50 歳の女性は、二人の息子を相次いで亡くしたことで、自死を決意した。

彼女はオランダ安楽死協会に連絡をとり、シャボット医師を紹介された。同医師は女性の精神的疾患を認め、複数の同僚に相談した上、致死量の薬物を処方し、彼女の自死を助けた。同医師は女性の死を検視官に報告したが、肉体的苦痛がなかった、つまり不治の病気が原因ではなかったため起訴された。

最高裁は、安楽死の承認条件である苦痛について次のように判断した。患者の苦痛が精神的なものであるからといってこれを認めない理由はない。その承認には確実な医学的根拠が必要である。シャボット医師はたしかに複数の医師に相談しているが、誰も患者を診察していない。医学上の確認義務を怠っており有罪とされた (刑罰は課されていない)。

アルクマール判決、シャボット事件については、山崎康仕「オーストラリアにおける『安楽死』の制度化 (2)」神戸大学国際文化学部紀要『国際文化研究』20、2003 年 9 月、34 - 35 頁を参照した。

- (44) 山下邦也前掲、13 頁。
- (45) 牛島謙は、オランダやベルギーと日本の安楽死の要件を比較し「オランダにおいては (欧米諸国においても) 安楽死は、自己決定であると同時に自殺でもあるという意味で、すぐれて『自決』の問題なのである」と述べている (牛島謙「安楽死と日本」『四日市大学論集』第 10 巻第 2 号、1998 年、310 頁)。
- (46) オーストラリアの事例については、山崎康仕「オーストラリアにおける『安楽死』の制度化 (1)」神戸大学国際文化学部研究紀要『国際文化研究』17、2002 年

3月および山崎前掲(2003年9月)を参照。

- (47) 山崎前掲、2003年、17頁。
- (48) 山崎前掲、2002年、152 - 154頁。
- (49) 山崎前掲、2003年、18頁。
- (50) 山崎前掲、2002年、157 - 160頁。
- (51) クリスティアン・ビック／岩江莊介訳「安楽死と生命に対する権利: ダイアン・プリティ事件」『医療・生命と倫理・社会』4 (1 - 2)、2005年3月、15頁。
- (52) もともと患者の自己決定という概念は、非人道的な人体実験から患者を守るという観点のもとに生まれた。この点については、水野肇『インフォームド・コンセントー医療現場における説明と同意』中公新書958、1993年を参照。
- (53) たとえば山本達は、生と死を対立させるのではなく、死を生の一過程として捉え、死ぬ権利を生きる権利に含ませるハンス・ヨナスの考えについて次のように述べている。

それは「人間の生命と自由を存在論的に統一する視点に立った人格論をうかがわせる。そうした人格の自律は、自らの生と死の自然的過程を自覚的に受け容れる自由、生を人為的に引き伸ばすだけの措置からの自由を意味するが、その過程に逆らってまで人為的に死をもたらしことを他者に要求する自由までは含まない」(山本達「ドイツにおける安楽死論争の一断面ー緩和医療 vs. 積極的安楽死ー」『福井大学医学部研究雑誌』第8巻第1号・第2号合併号、2007年、5頁。
- (54) 山本達前掲、8頁。
- (55) 一ノ瀬正樹『「死ぬ権利」の欺瞞』『死生学研究』3号、2003年3月、55 - 58頁。
- (56) 1997年、アメリカ政府はこのことを理由としてワシントン州やニューヨーク州の尊厳死法案を認めない方針を出し、両州と争いになった(藤井薫「安楽死とケアリングー1997年、アメリカ最高裁判決からの検討ー」『東京大学大学院教育学研究科基礎教育学研究室 研究室紀要第』37号、2011年6月参照)。
- (57) 一ノ瀬前掲、61 - 62頁。
- (58) 千葉胤久「積極的安楽死に臨む態度」『モラリア』第8号、2001年10月、41頁。
- (59) 千葉前掲、50頁。
- (60) アンセルム・W・ミュラー／河村克俊訳「安楽死ードイツ生命倫理のやっかいな問題」『関西学院哲学研究年報』36、2002年12月。
- (61) 『判例時報1530号』前掲、37頁。
- (62) 河見誠「患者の自己決定権と家族ー東海大学安楽死事件から考えるー」『青山学院女子短期大学総合文化研究所年報』8、2000年12月、79頁。
- (63) 『判例時報1530号』前掲、38頁。
- (64) ミュラー前掲、109頁。

- (65) ミュラー前掲、113 頁。
- (66) このことと関連して、コンピューターや医療制度の高度化に伴う管理医療の問題がある。米本昌平は「現代社会とナチズムとの類似性は、その優生政策よりは、超医療管理体制のほうなのである。つまり、医療の現代化が完了した社会はすべて、好むと好まざるとに関わらず制度的にナチズムに似てきてしまうのであり、それは具体的には、出生から死に至るまでの人生の要所要所でさまざまなチェックを受け、予防的健康管理を受ける社会のことなのである」と述べている (米本昌平『先端医療革命 その技術・思想・制度』中公新書 874、1996 年、83 - 84 頁)。
- (67) 河見誠「いのちと身体ー『からだとしての身体』から考える安楽死の条件ー」『青山学院女子短期大学紀要』55 号、2001 年 12 月、109 頁。
- (68) 河見前掲、2001 年、110 頁。
- (69) 河見は、意思も身体も絶対視せず、人間を総体的な存在と見なす前提があってはじめて安楽死を法規制する意味が出てくると述べている (河見前掲、2001 年、113 頁)。
- たとえば、患者に意識がない、いわゆる植物状態であっても、身体が生きようとしているのであれば、いまだ家族をはじめとした世界との関係は途切れたわけではなく、慎重な対応が必要である (河見前掲、2001 年、117 頁)。
- (70) 真島信英「安楽死の許容範囲をめぐる一考察」『亜細亜法学』42 (2)、2008 年 1 月、134 頁。
- (71) 古川原明子「安楽死・尊厳死の刑法的評価ー終末期における治療行為論に向けてー」『現代法学』18、2009 年、83 頁。
- (72) 日本学術会議は、すでに見た 2008 年の「終末期医療のあり方について」において、自己決定を尊重し延命の停止 (尊厳死、消極的安楽死) を認めた。その前提として、患者にとっての最善を慎重に判断し、医学的に最善を尽くすことが確認されている。その特徴は、複数の専門領域から成るチーム医療を重視、治療方針の検討や患者の意思についてもチーム単位で複数回の確認を求めていることなどである。
- そこでは患者の自己決定権と治療義務の停止が問題となる三つのケースが考察されている。それは、①本人意思が明確な場合、②患者本人の意思が確認できないまま、意識レベルが低下し終末期にある場合、③患者本人の意思が確認できないまま終末期に入り、家族から延命医療の中止を求められた場合である。
- 問題は②、③であるが、こうした状況が生じるのは鎮痛処置が行われる場合である。同報告は間接的安楽死を「適法」としたので、家族の意思を一人ひとり慎重に確認することを求めている。また、近年増加している独居老人など身内がない場合には、「福祉やケアマネージャーなどを含めた恒常的な倫理審査委員会等を医療機関内に設け、その判断を仰ぐ必要」があるとしている (同 15 頁)。

たとえば、延命に全力を尽くしつつも、複数の専門からなる医療チームや家族、ときにはソーシャルワーカーなども交えた「関係者の衆知をあつめて最善の選択を行える余地を残そうとするものである」とされている(同13頁)。

- (73) 古川原明子「嘱託殺人材における殺害の態様と嘱託の真意性」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』(7)、2007年12月、52頁。

このこと関係して、作為と不作為を区別することの困難も指摘されている。前出のノ瀬は、殺人罪を否定するのではないと断った上で、次のように述べている。

そもそも、殺人が成立するには、死因とそれをもたらした行為が直接に結びつかなければならない。たとえば、自分がサーカスの映画を見せたために、友人が感化され真似をして死亡した場合と、人を殺すように指示した場合、どちらの罪が重いだろうか。前者に悪意はなく、後者には行為がないが、刑法では後者が処罰される。

「つまりは、なにが『死』をもたらしたのかに関して、厳密な確定など出来ないのである。換言するなら、『殺人』とは、客観的事実でも自然現象でもなく、脚色されたお話しなのである。実際、『罪刑法定主義』というリーガルマインドの基本は、法なくして犯罪なし、ということであり、したがって犯罪とは法による一種の虚構だと事実上みなされているといつてよい。ならば、『殺すこと』と『死なせること』との区別は、あくまでも脚色空間をどう構成するかということにすぎず、絶対の峻別などありえないし、もしそれがあると強弁するとしたら、それは理論的には虚言である」(ノ瀬前掲、46 - 47頁)。

- (74) 古川原明子「判例研究 末期医療における治療中止の許容性 — 川崎協同病院事件第一審判決 — 横浜地裁平成17年3月25日第4刑事部判決 判タ1185号114頁」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』(6)、2007年3月、137頁。

- (75) 小澤照彦「殺しのライセンス — 安楽死再考 —」『高知大学学術研究報告 人文科学50』2001年12月、15頁。

- (76) 日本医師会は、その時点における「最善の判断」とできる限りの最高レベルの医療を提供するのでなければ「生命倫理的思量は意味を失うであろう」と述べている(日本医師会前掲「ふたたび終末医療についての報告」、37頁)。

- (77) このことに関して古川原は、一般の治療行為であれ安楽死であれ、同じ医療行為として同じ枠組みで正当化基準を考えるべきだとする。その際、患者の自己決定権を基軸とする一方、一般的な治療と生命維持に関する治療とのあいだに質的な相違があることを重視すべきだとする(古川原前掲、2009年、100 - 101頁)。

- (78) 一般社団法人日本尊厳死協会ホームページ(<http://www.songenshi-kyokai.com/>、2012年12月16日)。また、以下のリビング・ウィルの書式(転載にあたり一部フォント等を変更)をはじめ、引用も同ホームページより。

- (79) 日本学術会議「死と医療特別委員会報告 — 尊厳死について —」1994年6月、

167 頁。

- (80) 日本学術会議前掲、1994 年、169 頁。その条件は、①医学的に見て患者が回復不能、②意思表示能力のある段階で患者が尊厳死の希望を表明した、③医師が行い、近親者の処置は認めない、であった (同 171 頁)。
- (81) 日本学術会議前掲、1994 年、169 頁。ここで延命医療として、人工呼吸器の装着、人工透析、化学療法、輸血や静脈注射などによる栄養補給が挙げられている。
- (82) 日本学術会議前掲、2008 年、3 頁。
- (83) 日本学術会議前掲、2008 年、16 頁。
- (84) 世界保健機関／武田文和訳『がんの痛みからの解放ーWHO 方式がん疼痛治療法』金原出版、1996 年参照。
- (85) 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会「提言 よりよい高齢社会の実現を目指してー老年学・老年医学の立場からー」2011 年 7 月、3 - 4 頁。
- (86) 藤原芳朗「死に関する意識の変化から主体的な生の意味を問う」『川崎医療短期大学紀要 31 号』2011 年、53 頁。
- (87) 藤原前掲、54 頁。
- (88) 藤井前掲「安楽死とケアリング」、96 頁。
- (89) 中島弘、飯原弘二、宮本享「延命拒否事例にみる患者の自己決定権と生の尊厳に関する考察」『脳外誌』18 巻 1 号、2009 年 1 月、39 頁。これに関連して「栄養と水分補給の中止は確実に死をもたらすため、患者の求めがあっても、死期が一両日に迫り、栄養補給そのものが患者の生命維持に必要な役割を果たしていない段階で、初めて家族とも相談して中止を検討」すべきだと述べられる (同 39 頁)。
- (90) 日本弁護士連合会『臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要項(案)』に関する意見書 2007 年 8 月、2 頁。
- (91) 日本弁護士連合会前掲、4 頁。その他、日弁連はいわゆる尊厳死法案の文言、「臨死状態」や「延命措置」についても異議を述べている。
- 「臨死状態」は、あらゆる手を尽くしたうえで、回復の可能性がなく、死期が切迫している状態とされる。しかし、そこには「痛み」という要件が入っていない。苦痛を当然のこととして記入しなかったという見方もできるが、尊厳死におけるもっとも重要な要件を欠いたものである。そこに精神的苦痛が含まれるのか、含むとすればそれを他者が「判断」するのは困難である。
- 「延命措置」は法案では「治療を目的としないで単にその生命を維持するため」の措置とされる。この考えを認めると治療目的でなければ生命維の措置は無駄だと判断されることになる。それは「治療の概念を覆し、『臨死状態』を死とほぼ同義と位置づけることになる」(同 5 頁)としている。
- (92) 松田道雄『安楽に死にたい』岩波書店、1999 年、4 頁。
- (93) 松田前掲、17 頁。
- (94) 松田前掲、100 - 101 頁。

- (95) 松田前掲、105 頁。
- (96) 日本老年医学会『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012』2012 年 1 月、2 頁。
- (97) 棚島次郎『先端医療のルール 人体利用はどこまで許されるのか』講談社現代新書 1581、2001 年、186 頁。
- (98) 松田前掲、46 頁。
- (99) 竹内聖一『自分らしく生きる』とはどういうことなのか』『死生学研究』17 号、2012 年 5 月。
- (100) 竹内前掲、96 頁。
- (101) 河見誠「苦痛と苦悩と安楽死ー重度の身体障害者ケリー・ナイルズの事例を手がかりにー」『青山学院女子短期大学紀要』54、2000 年 12 月。
- (102) 河見前掲「苦痛と苦悩と安楽死」、110 頁。
- (103) 竹内前掲、107 頁。
- (104) 木村文輝『人間の尊厳』の仏教的解釈ー脳死と安楽死問題を手がかりとしてー』『禅研究所紀要』33 号、2005 年 3 月。
- (105) 木村前掲、142 頁。
- (106) 近代的個における尊厳とは、世俗化された尊厳だと言うことができる。ここではその起源を、神なしに道徳を打ち立てようとしたイマヌエル・カントに求める。カントは、人間の尊厳を手段として扱われることではなく、目的として扱われることだと述べた（イマヌエル・カント／篠田英雄訳『道徳形而上学原論』岩波文庫、1975 年、75 頁）。
- (107) 木村前掲、146 頁。
- (108) 木村前掲、150 頁。
- (109) 木村前掲、151 頁。
- (110) 木村前掲、150 - 151 頁。
- (111) 木村前掲、151 頁。生命倫理において人格を論じたものとしてパーソン論があるが、ここでは論じない。
- (112) 木村前掲、156 頁。
- (113) 木村前掲、154 頁。
- (114) 木村前掲、166 頁。
- (115) 立岩真也「他社を思う自然で私の一存の死」『思想』976 号、2005 年 8 月、38 - 39 頁。
- (116) 大谷前掲、104 頁。このように「古い／若い」、「主体／客体」、「病気／健康」といった二分法が「正常／異常」、「善／悪」の二分法を再生産し続けるという問題もある。
- (117) 中島みち『「尊厳死」に尊厳はあるかーある呼吸器外し事件から』岩波新書 1092、2007 年参照。

- (118) 保坂正康『安楽死と尊厳死 医療の中の生と死』講談社現代新書 1141、1993年、99頁。
- (119) 河見誠は、積極的安楽死容認の条件として次のように述べている。「[精神的苦悩あるいは回復不能という事実に対する：引用者]挫折を通しての人格的成長の可能性がある限り、その可能性を意図的に断絶させる生命短縮すなわち安楽死は、倫理的に認められないことになる。しかし逆に言えば、そのような人格的成長が一般的に言って実質的にもはや不可能な極限状態と言えるケースに限り、積極的安楽死を倫理的に認める可能性が出てくる」(河見前掲「苦痛と苦悩と安楽死」、111頁)。
- (120) クリスティアン・ビック／柿本佳美訳「尊厳死と安楽死：ヨーロッパの比較アプローチ」『医療・生命と倫理・社会』6、2007年3月、45頁。また、死を敵視せず共感をもって受け入れることを説いたものとしてはE・キューブラー・ロス／鈴木晶訳『死ぬ瞬間 死とその過程について』中公文庫、2008年を参照。
- (121) 一方、現実問題として患者全員が理想的な終末医療を受けられるとは限らないという問題もある。患者の需要が高まる一方なのに、医療資源は有限だからである。
- たとえば、在宅療養者に対する貸出用人工呼吸器が少なく、利用希望者に優先順位をつけざるを得ない場合などがそれにあたる(齋藤ひろみ「生命倫理と安楽死の理論枠 — エドワード・W・カイザーリンクの所論を手がかりに —」『東北大学医療技術短期大学部紀要』8(1)、1999年、76頁)。
- (122) 田代志門「最後まで生きるために ホスピス・緩和ケアの現場から」、玉井真理子／大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』有斐閣、2011年、174 - 175頁。以下、ホスピスについては田代を参照。
- (123) 石飛幸三『「平穏死」という選択』幻冬舎ルネッサンス新書 062、2012年、第3、4章参照。石飛は「平穏死」という概念を提案している。それは「加齢により、老衰・認知症となり、中枢機能障害から嚥下機能障害を起こして口から物が食べられない状態で回復が望めず、栄養補給をしても長く生きられなく、本人の意識がない場合に、家族が延命を望まないケース」(石飛前掲、169頁)に適用される。
- 言い換えると、平穏死は老衰などで食物を受け付けなくなった患者に胃ろうなどの延命処置を施さず自然に死を迎えさせるという考え方である。権利としての安楽死や尊厳死との違いは、①対象が高齢者に限定される、②症状が特定されている、③苦痛を必要としない(したがってその緩和処置も必要ない)という点である。
- 胃ろうとは胃に直接チューブを通し栄養を送る処置である。高齢者、とくに認知症をもつ高齢者は誤飲が生じやすい(たとえば喉にものを詰まらせる、気管に入るなど)。それにより肺炎が生じる。その際、特養などでは対応できず、患者は病院へ搬送される。

石飛によると、肺炎が治った患者のほとんどが消化器外科に送られ、胃ろう処置が施される。急性疾患対応型の病院は老衰処置を目的とした施設ではない。治療は必要だが十分に手をかけられないので、病院の負担が少ない胃ろうが施される。

老衰により食物を受け付けなくなるのは自然な生理現象であり、食物を欲しているのに食べることができない餓死とは異なる(石飛前掲、139頁)。しかし、いまでは「命を伸ばす方法があるのであれば、それをしないと、『不作為の殺人』になる。医師はそれを恐れている」(石飛前掲、19頁)。その結果、医師は患者の最善を考える余裕を失っている。

石飛は「どこまで医療が介入するべきかを冷静に考え、ここまできたらもう看取ってあげるだけでよいのではないかという、人生の最終章としての老いへの判断をする医者が今必要なのです。そのような医者が介護施設で一番求められているのです。それが医療保険と介護保険とを協同させて、高齢者の尊厳を守る鍵なのです」(石飛前掲、37頁)と言う。

その際、医師の免責が必要であるが、石飛らは刑法 35 条の正当行為「法令又は正当な業務による行為はこれを罰しない」を適用すべきだとしている(石飛前掲、160頁)。

<文献一覧>

- 1 アンセルム・W・ミュラー／河村克俊訳「安楽死 — ドイツ生命倫理のやっかいな問題」『関西学院哲学研究年報』36、2002年12月。
- 2 石飛幸三『「平穏死」という選択』幻冬舎ルネッサンス新書062、2012年。
- 3 一ノ瀬正樹『死ぬ権利』の欺瞞『死生学研究』1号、2003年3月。
- 4 一般社団法人日本尊厳死協会ホームページ(<http://www.songenshi-kyokai.com/>、2012年12月16日)。
- 5 イマニュエル・カント／篠田英雄訳『道徳形而上学原論』岩波文庫、1975年。
- 6 牛島謙「安楽死と日本」『四日市大学論集』第10巻第2号、1998年。
- 7 E・キューブラー・ロス／鈴木晶訳『死ぬ瞬間 死とその過程について』中公文庫、2008年。
- 8 大谷いづみ「太田典礼小論 — 安楽死思想の彼岸と此岸」『死生学研究』第5号、2005年3月。
- 9 奥野満里子「生命の神聖さと生命の質 — 概念の説明」、加藤尚武／加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社、2004年。
- 10 小澤照彦「殺しのライセンス — 安楽死再考 —」『高知大学学術研究報告 人文科学50』2001年12月。
- 11 河見誠「患者の自己決定権と家族 — 東海大学安楽死事件から考える —」『青山

学院女子短期大学総合文化研究所年報』8、2000年12月。

- 12 河見誠「苦痛と苦悩と安楽死ー重度の身体障害者ケリー・ナイルズの事例を手がかりにー」『青山学院女子短期大学紀要』54、2000年12月。
- 13 河見誠「いのちと身体ー『からだとしての身体』から考える安楽死の条件ー」『青山学院女子短期大学紀要』55号、2001年12月。
- 14 木原志乃「安楽死問題とヒポクラテスの『誓い』」『古代哲学研究紀要』13号、2004年3月。
- 15 木村文輝「『人間の尊厳』の仏教的解釈ー脳死と安楽死問題を手がかりとしてー」『禅研究所紀要』33号、2005年3月。
- 16 クリスティアン・ビック／岩江荘介訳「安楽死と生命に対する権利:ダイアン・プリティ事件」『医療・生命と倫理・社会』4(1-2)、2005年3月。
- 17 クリスティアン・ビック／柿本佳美訳「尊厳死と安楽死:ヨーロッパの比較アプローチ」『医療・生命と倫理・社会』6、2007年3月。
- 18 厚生労働省「終末医療の決定プロセスに関するガイドライン」および「同解説編」2007年5月。
- 19 古川原明子「判例研究 末期医療における治療中止の許容性ー川崎協同病院事件第一審判決ー横浜地裁平成17年3月25日第4刑事部判決 判タ1185号114頁」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』(6)、2007年3月。
- 20 古川原明子「囑託殺人材における殺害の態様と囑託の真意性」『明治学院大学法科大学院ローレビュー』(7)、2007年12月。
- 21 古川原明子「安楽死・尊厳死の刑法的評価ー終末期における治療行為論に向けてー」『現代法学』18、2009年。
- 22 齋藤ひろみ「生命倫理と安楽死の理論枠ーエドワード・W・カイザーリンクの所論を手がかりにー」『東北大学医療技術短期大学部紀要』8(1)、1999年。
- 23 嶋崎正躬「安楽死と治療停止」、今居道夫／香川知晶編『バイオエシックス入門 第三版』東信堂、2001年。
- 24 世界保健機関／武田文和訳『がんの痛みからの解放ーWHO方式がん疼痛治療法』金原出版、1996年。
- 25 竹内一夫『改定新版 脳死とは何か』講談社ブルーバックス B-1463、2004年。
- 26 竹内聖一「『自分らしく生きる』とはどういうことなのか」『死生学研究』17号、2012年5月。
- 27 田代志門「最後まで生きるために ホスピス・緩和ケアの現場から」、玉井真理子／大谷いづみ編『はじめて出会う生命倫理』有斐閣、2011年、第8章。
- 28 立花隆「I-1 医の倫理」、宇沢弘文／河合隼雄／藤沢令夫／渡辺慧編「岩波講座 転換期における人間 8 倫理とは」岩波書店、1989年。
- 29 立岩真也「他社を思う自然で私の一存の死」『思想』976号、2005年8月。
- 30 千葉胤久「積極的安楽死に臨む態度」『モラリア』第8号、2001年10月。

- 31 中島弘、飯原弘二、宮本享「延命拒否事例にみる患者の自己決定権と生の尊厳に関する考察」『脳外誌』18巻1号、2009年1月。
- 32 中島みち『「尊厳死」に尊厳はあるかーある呼吸器外し事件から』岩波新書1092、2007年。
- 33 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会「『末期医療に臨む医師の在り方』についての報告」1992年3月 (<http://www.arsvi.com/1990/920309et.htm>、2012年10月30日)。
- 34 日本医師会第Ⅸ次生命倫理懇談会「平成16・17年度『ふたたび終末医療について』の報告」2006年2月。
- 35 日本医師会第Ⅹ次生命倫理懇談会平成18・19年度生命倫理懇談会答申「終末医療に関するガイドラインについて」2008年2月。
- 36 日本学術会議「死と医療特別委員会報告ー尊厳死についてー」1994年6月。
- 37 日本学術会議臨床医学委員会終末医療分科会「対外報告 終末期医療のあり方についてー亜急性型の終末期についてー」2008年2月。
- 38 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会「提言 よりよい高齢社会の実現を目指してー老年学・老年医学の立場からー」2011年7月。
- 39 日本病院協会「終末期医療の指針」2007年11月。
- 40 日本病院協会「終末医療に関するガイドラインーよりよい終末期を迎えるためにー(概要)」2009年5月。
- 41 日本弁護士連合会「『臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要項(案)』に関する意見書」2007年8月。
- 42 日本老年医学会「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012」2012年1月。
- 43 櫛島次郎『先端医療のルール 人体利用はどこまで許されるのか』講談社現代新書1581、2001年。
- 44 唄孝一「解題・カレン事件ーシュビリア・コートの場合ー」『ジュリスト No.616』1976年7月。
- 45 唄孝一「続・解題 カレン事件ーシュプリーム・コートの場合ー」『ジュリスト No.622』1976年10月。
- 46 『判例時報1530号』判例時報社、1998年7月。
- 47 『判例時報1909号』判例時報社、2006年1月。
- 48 『判例タイムズNo.1237』判例タイムズ社、2007年6月。
- 49 ヒポクラテス／小川政恭訳『古い医術について 他八編』岩波文庫、2003年。
- 50 藤井薫「安楽死とケアリングー1997年、アメリカ最高裁判決からの検討ー」『東京大学大学院教育学研究科基礎教育学研究室 研究室紀要第』37号、2011年6月。
- 51 藤原芳朗「死に関する意識の変化から主体的な生の意味を問う」、川崎医療短

期大学紀要 31 号、2011 年。

- 52 保坂正康『安楽死と尊厳死 医療の中の生と死』講談社現代新書 1141、1993 年。
- 53 本田裕志「医療と倫理」、加藤尚武／松山寿一編『現代世界と倫理』晃洋書房、1996 年。
- 54 真島信英「安楽死の許容範囲をめぐる一考察」『亜細亜法学』42 (2)、2008 年 1 月。
- 55 松田道雄『安楽に死にたい』岩波書店、1999 年。
- 56 丸山英二「サイケヴィッチ事件ー無能力者の延命治療拒否権をめぐるー」『ジュリスト No.673』1978 年 9 月。
- 57 水野肇『インフォームド・コンセントー医療現場における説明と同意』中公新書 958、1993 年。
- 58 宮田正彦「安楽死についての刑法学的一考察ー我が国の裁判例にみる被殺者の身体的環境分析を踏まえー」『京都光華女子大学研究紀要』48、2010 年 12 月。
- 59 森岡恭彦『医の倫理と法』南江堂、2010 年。
- 60 盛永審一郎「オランダ・ベルギー・ドイツにおける『安楽死』に関する現状 (1)」『富山医科大学研究紀要』第 30 号、2003 年。
- 61 山崎康仕「オーストラリアにおける『安楽死』の制度化 (1)」神戸大学国際文化学部研究紀要『国際文化研究』17、2002 年 3 月。
- 62 山崎康仕「オーストラリアにおける『安楽死』の制度化 (2)」神戸大学国際文化学部研究紀要『国際文化研究』20、2003 年 9 月。
- 63 山下一道「安楽死・尊厳死から尊厳的生へ」、上述『生命倫理学を学ぶ人のために』。
- 64 山下邦也「オランダの安楽死ー新法理由書を中心にー」『国際公共政策研究』6 (2)、2002 年 3 月。
- 65 山本達「ドイツにおける安楽死論争の一断面ー緩和医療 vs. 積極的安楽死ー」『福井大学医学部研究雑誌』第 8 巻第 1 号・第 2 号合併号、2007 年。
- 66 山本芳久『二重結果の原理』の実践哲学的有効性ー『安楽死』問題に対する適用可能性ー『死生学研究』第 1 号、2003 年 3 月。
- 67 米本昌平『先端医療革命 その技術・思想・制度』中公新書 874、1996 年。

(本学非常勤講師)

