

日本の尊厳死における現状と問題点

04K018 加藤 恵子

はじめに

医療が進歩している現代、尊厳をもって自然な死を迎えたいと誰もが思っているが、現状では難しくなっている。末期状態で回復の見込みがない患者に延命治療がなされている状態が長く続いた場合、尊厳をもって死を迎えることが出来にくい現状がある。厚生労働省が2003年に行った「終末期医療に関する意識調査」では、自分が苦痛を伴う末期状態になった場合、一般国民の74%、医療従事者では80%以上が、延命治療を「やめるべきだ」「やめた方がよい」と回答していることからわかる¹⁾。

このようなことは、本人や家族にとって不幸であると共に、治療する医師の場合も、患者の生命保持義務と患者の自己決定尊重義務との狭間に立ち、葛藤と義務衝突が出現する立場に立たされている。

そこで本稿では、本人が望む死を迎えることは現実には可能なのかを検討する。

第1章 最近の尊厳死問題の動き

1. 尊厳死の概念

「尊厳死」という言葉は、多義的であるが、一般的には、回復の見込みのない末期状態の患者に対して、生命維持治療を中止し、人間としての尊厳を保たせつつ、死をむかえさせることをいうものと解されている。これは、延命のための人工的な生命維持手段が開発され、人工呼吸器や点滴や鼻孔チューブからの栄養補給によって生命の延長が可能になった反面として回復の見込みがなくなった後まで無益な延命を続けることが、かえって患者の尊厳を害することになるのではないかという問題状況から生じた最近の現象である。

また、尊厳死と類似して用いられる概念である「安楽死」についても説明しておく。

「安楽死」という言葉も、多義的であるが、一般的には、死期が差し迫っている患者の耐え難い苦痛を緩和ないし除去して、安らかな死を迎えさせる措置のことを広く指すものと解されている。この定義によれば、死期が切迫していること、および耐え難い苦痛が存在すること、そしてその緩和・除去を目的とする措置であることが、特徴である。

安楽死は、いくつかの態様に分類されている。①「純粋安楽死」とは、肉体の苦痛を適宜取り除いても死期が早まらない場合で、治療行為・緩和ケアそのものであり、一般に適法である。この段階での苦痛緩和・除去は医師の義務である。②「間接的安楽死」とは、死苦緩和のための麻酔薬の使用が結果的に死期の短縮を伴う場合で、合法性に議論がある。③「消極的安楽死」とは、死苦を長引かせないために生命延長の積極的措置をとらない不作為の場合で、これも合法性について議論がある。④「積極的安楽死」とは、作為による直接的な生命の短縮によって死苦を終わらせる場合で、実際に安楽死の適法性が争われてきたのは、この④の場合である²⁾。

よって、安楽死が問題とされるのは、④「積極的安楽死」であると考えられている。②「間接的安楽死」と③「消極的安楽死」は、いわゆる「尊厳死」の範疇に入ると考えられている。

わが国では、本章で検討するように尊厳死の問題の方が大きな社会問題となっていることから、本稿では必要に応じて安楽死も検討するが、尊厳死を主に検討することにする。

2. 日本の尊厳死問題の現状

2005年3月、富山県の射水市民病院で、末期ガンなどの患者7人が人工呼吸器を取り外され死亡した事件があった。取り外した外科部長は尊厳死を主張している⁽³⁾。

この人工呼吸器取り外し問題をきっかけに、尊厳死や安楽死の問題がふたたび大きな議論になっている。15年前の1991年に神奈川県の大東大安楽死事件が大きな議論となったが、その後も尊厳死や安楽死の問題は、はっきりした指針がないまま現在に至っている。

尊厳死とは、一般に、「回復の見込みのない患者に無益な延命措置をほどこすことをやめ人間としての尊厳を保たせつつ、死を迎えさせることをいう。」とされている。そして、法的には、医療措置をやめることにより患者の死期を早めることになるため、医師等の行為が刑法（刑法202条）⁽⁴⁾上許されるのが問題とされている⁽⁵⁾。

3. 社会的承認に向けた動き

①日本尊厳死協会の動き

「尊厳死」行為が一定の要件の下で許容される方向に向けた動きとして、立法化への努力が見られる。現在、「尊厳死」を直接に認める趣旨の法律は存在しないが、2003年に、日本尊厳死協会（旧・日本安楽死協会）は「尊厳死に関する法律案要綱」を作成し立法化の請願書を厚生労働省に提出した⁽⁶⁾。

②日本医師会等の動き

日本学術会議、「死と医療特別委員会」の1994年報告が、一定の条件で「尊厳死」を認めること（また認めないこと）を公共的に提案したものと知られている。また、日本医師会では、第Ⅲ次生命倫理懇談会の1992年報告をふまえ、医事法関係検討委員会が2004年に「延命治療の差し控え」・「中止」を認める報告を提出した⁽⁷⁾。

③厚生労働省の動き

厚生労働省は、1987年から、終末期医療のあり方について数次の検討会を組織してきたが、2004年の検討会報告書では、「医療の不開始・中止」の是非の決定手続について学会等がガイドラインを作成し普及を図っていくことや、終末期医療に対する社会的コンセンサスが重要な課題であることに言及している⁽⁸⁾。

2007年5月「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表したが、患者の意思を中心に考えている点、および倫理委員会を介在させる点は妥当だとしても、「患者の意思が推定できない場合に家族の判断を参考にして患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする点は、なお検討を要する課題である。」⁽⁹⁾としている。

④世界的な動き

1981年の世界医師会のリスボン宣言は、「患者は尊厳のうちに死ぬ権利を持っている」と宣言している。尊厳死は患者の権利の一つであり、医師は患者にその権利を与えようと努力すべきであるとした⁽¹⁰⁾。

4. 日本尊厳死協会について

1976年1月に日本尊厳死協会が、旧名の日本安楽死協会として設立されて以来、同協会は、末期医療、安楽死、植物状態、尊厳死の諸問題と取り組んできた。

1976年2月の日本尊厳死協会趣意書には、「医学の進歩にもかかわらず、不治の病がまだ甚だ多く、また公

害、事故等による不測の人体の損傷が重大な後遺症を残す悲惨な例が相次いでいる。このため、回復の見込みが全くないのに、ひどい痛みや苦しみに悩まされ、何とか楽にしてほしいという悲痛な願望を訴えられ、一方では医学の粋を集めた人工延命術によって長期にわたり意識を失ったまま、「植物人間」化し、名だけの生命を保っている人々が増えつつある。このように個人の希望に反した延命は、人間の威厳をかえって傷つけている。」と述べている⁹³⁾。

1983年、「日本安楽死協会」は現在の「日本尊厳死協会」と改称する。この機会に協会の考え方の基本は、「人間性の尊厳を守る人権の主張であること」を強調し、且つ安楽死協会の名称が「積極的安楽死（慈悲殺）を推進する団体であるかの如き誤解を解消するため、名称を改称する。」と日本尊厳死協会編『尊厳死』にある⁹⁴⁾。

いま尊厳死協会は、運動の重点を尊厳死の制定よりも、リビング・ウィルの登録普及そのものに置いている。

第2章 海外の事例とわが国の事例

わが国では今のところ、安楽死や尊厳死に関する法律はない。しかし海外では幾つか立法の動きがある。その代表例として、いち早く安楽死を認めたオランダと、尊厳死を認めたアメリカが挙げられる。このうち、日本の尊厳死の問題を検討するためには、次でみるようにオランダの事例が適切と考えられる。そこで本稿ではオランダの事例を次に紹介する。

1. オランダの事例

欧州社会においては、終末期の扱いは医師の裁量権内のこととみなされ、今日においても基本的には医療職能集団が定めるガイドラインに委ねられてきている場合が多い。その中でオランダでは、1970年代から安楽死について議論してきた⁹⁵⁾。

ポストマ医師安楽死事件

1971年オランダで、安楽死論争の口火を切ることになったこの事件は、自らの母親に、致死量のモルヒネを注射して安楽死させた、トルース・ポストマ女医の裁判である。開業医のポストマ女医は、脳溢血で倒れた後に、「部分麻痺」、「言語障害」、「難聴」などで苦しんだ挙句に、自殺未遂を繰り返し、「死にたい」と言い続けた、実の母の意思をくんで、致死量のモルヒネを注射して、安楽死させ、警察に報告した。

この事件で起訴された、ポストマ女医は、レーワルデン地方裁判所において、1973年に、オランダ刑法第293条（囑託殺人罪「他人の明示かつ真摯な囑託に基づきこれを殺した者は12年以下の拘禁刑又は第5カテゴリーの罰金に処す」）に違反したとして、懲役1週間、執行猶予1年の判決を受けたのである。裁判所は判決において、安楽死を認めるための、次の四つの要件を発表した。即ち①患者は、「不治の病気」にかかっていること、②患者は、「耐えられない苦痛」に苦しんでいること、③患者は、「自らの生命を終らせて欲しい」と要求していること、④患者の「担当の医師」、または、「その医師と相談した他の医師」が、患者の生命を終わらせること、である。安楽死がオランダで国民的議論になるきっかけとなった⁹⁶⁾。

オランダの安楽死合法化への動き

1984年、オランダ王立医師会は、「安楽死に関する医師へのガイドラインの五要件」を発表し、そこで医師が、「安楽死」、または、「自殺補助」を行う際に、すべて満たさなくてはならない次の「五つの要件」を公表した。そこでは要求者の「自己決定」と「自主的な判断」が重視されている。

①安楽死の「要求」は、まったく、「自発的」でなければならない。②安楽死の「要求」は、「十分に考えた上で」行われなければならない。③安楽死の「要求」は、「持続的」であって、特定の期間を限ってはならない。④患者は、「耐え難い苦痛」に悩まされ続けていて、しかも、その苦痛は「疼痛」にもとづくものか、「肉体的な苦痛」にもとづくものか、「病気の容体」にもとづくものか、「疼痛を伴わない肉体の崩壊」にもとづくものか、いずれかでなければならない。⑤「安楽死の臨床について経験のある同僚の医師」に、「意見」を求めなければならない。以後、オランダでは、これらすべての要件を、満たしていれば、当該の医師は、「原則的には、起訴される恐れはない」とみられるようになった⁶⁹。

レメリンク・レポート

1989年に政府は、安楽死合法化について、オランダにおける安楽死の実施の実情についての、「信頼のおける情報」を入手するまでは、決定を延ばすこととして、1990年に、オランダ最高裁判所の検事総長のレメリンク教授を委員長とする「レメリンク委員会」を設置した。そして、一年半かけて安楽死の大規模な実態調査を行ない「レメリンク・レポート」を作成した。

1991年の「レメリンク・レポート」の内容は、「つぎのような医療」は、「通常の医療」と認めて、「変死届」ではなく、「死亡診断書」を書くことを求めている。「つぎのような医療」とは、①患者の生命を、やや短縮する、副作用のある「苦痛対策療法」や、諸症状に対する「対症療法」を「行う」場合、②「生命の維持のための療法」を、中止するか、または、初めから行わないで、死が間近な、「末期の状態にある患者の寿命」に「任せる」場合、③患者自身の生命の維持に必要な、「身体の機能」が、既に、「衰えてしまった」ときに、「積極的に」「生命を終らせる」場合である⁷⁰。

オランダ法務省の安楽死の定義

この「レメリンク・レポート」の内容をもとに1991年オランダ政府は、「オランダにおける安楽死の定義」を以下のように決めた。

オランダの法務省は、つぎの「五つの要件」を満たすことを前提にした、安楽死の定義を、公表し現在に至っている。

「安楽死とは、『患者本人の意思』、ならびに、そのものの『真摯で、継続的な要求』にもとづいて、医師がその患者の生命を、『故意に』、終らせることである。」

そして、「五つの要件」は、つぎのとおりである。

- ①（「苦痛」について）患者の、肉体的、または、精神的な苦痛は、患者にとって「耐え難いもの」でなければならない。患者の尊厳に対する侵害は、増加の傾向にあり、「尊厳のある死」を迎えるのを、脅かしている。
- ②（「治療」について）耐えられない苦痛は、「回復の見込がないもの」でなければならない。「可能な限りの治療」を行うことを要する。
- ③（「要求」について）要求は、「十分な情報」を得ながら、安楽死の要求が意味する内容、ならびに、その他の選択肢に関して、理解した上で、さらに、周囲の圧力のない、「患者の自由意思」にもとづいて、行われなければならない。
- ④（「相談」について）最低一名の「他の医師」と「相談した」上で、実行について、決定しなければならない。
- ⑤（「記録」について）当該の医師は、経過のすべてを、「精神的な苦しみ」だけでも、「苦痛の要件」を満たすことになる⁷¹。

2001年「安楽死法」成立

以上の流れが、2001年「安楽死法」としてついに結実する。即ち、刑法293条2項（「要請による生命終結及び自殺補助（審査手続）法第2条に定める注意義務の基準を満たす医師によってされ、かつ当該医師が埋葬・火葬法第7条2項に従って市の病理学専門家に報告したときは、前項（刑法293条1項：嘱託殺人罪）に定める行為は犯罪にならない」）が新設されたのである。

「注意義務の基準」とは、医師の遵守事項として次の六項目である。

- ①患者の希望が自発的なものであり、熟考の末であることを確認する。
- ②患者の苦痛が耐え難いものであり、改善の見込みがないことを確認する。
- ③患者に状況を説明し、今後の予想を伝える。
- ④患者とよく話し合い、双方がほかにも適切な解決方法がないと納得する。
- ⑤患者にかかわりのない他の医師少なくとも一名の意見を聞く。相談を受けた医師は患者と面接し、①～④について注意義務事項が満たされているとみなす旨を書面にする。
- ⑥患者の生命を終結させる、あるいはその自殺介助を行うについて、適切かつ慎重な医療を実施する。

本法成立により、医師は要件さえ充足していれば安楽死等行為をしても不利益を受けることはなくなった。そして、患者は死に迫りやられる不安を抱くことなく、同時に尊厳ある死を求めることができるようになった⁸⁹。

安楽死合法化の背景

以上のように、オランダでは安楽死が合法化されたが、これを可能とした背景にはホーム・ドクター制度の存在とインフォームド・コンセントの徹底そして、医療保険制度の整備が指摘されている。

まず、ホーム・ドクター制度について紹介する。オランダの医師は一般医と専門医に大別される。前者をホーム・ドクターという。ホームドクターはすべての地方に定住し、自宅またはヘルスセンターで仕事をしている。市民はホーム・ドクターを自由に選んで登録し、傷病が発生すると、まずホーム・ドクターの診察を受け、必要があればホーム・ドクターの判断により専門医に紹介される。患者とホーム・ドクターとの関係は長年にわたって継続されるから、ホーム・ドクターは患者の肉体的傷病だけでなく、性格や心の動きまで熟知しており、それだけに患者から強い信頼を得ている。安楽死を望む患者は、その信頼関係を基礎にして、自分を熟知してくれているホーム・ドクターとじっくり話し合っ決定し、ホーム・ドクターはそれに基づいて安楽死を実行する。したがって安楽死を実施するのは専門医よりもホーム・ドクターの方が圧倒的に多い。専門医とは患者の56パーセントが平均2.8回接触するにすぎないのに対し、65歳以上の患者の85.5パーセントが一年に平均5.7回ホーム・ドクターと接触している。その結果、多くの患者は、専門医のいる病院でなく、自宅かナーシング・ホームで、ホーム・ドクターと家族にみとられつつ臨終を迎えている。このようにオランダの安楽死はホーム・ドクターと患者との間の深い信頼関係をベースにしているから、かつてのナチス・ドイツがとった民族浄化政策などとは全く無縁なものである。

次に、インフォームド・コンセントの徹底について紹介する。オランダの医師は患者に対し、病名、病状、治療方法、治療の効果、回復の可能性、死期等に関する正確な情報をすべて告知する。患者はそのうえで安楽死をするか否かの意思決定をする。患者は死を宣告されたときいろいろなショックや不安を覚えるが、安楽死はその一つである。「苦しみながら死ぬ」という恐怖からだけは解放してやることができ、それだけに「生きる」ことに前向きになりやすい。

最後に、医療保険制度の整備について紹介する。アメリカの医療関係者からオランダの安楽死に向けてよく出る質問は「患者が経済的負担に耐えられずに安楽死を求める場合はどうするか」というものである。これは

アメリカとオランダの医療制度の違いを象徴する質問である。アメリカでは医療保険に加入していない人が多いが、オランダでは、失業者・年金生活者を含むすべての納税者が一般医療保険、長期医療経費をカバーする特別医療保険に加入し、病気の治療はそれによってまかなわれている。経済的な理由で治療が停止されることはないのみならず、患者は予算を無視して治療を受ける法律上の権利を有している。経済的負担についての不安がないからこそ、「自分の考える人生の質」を基準にして安楽死を実施するか否かを決めることができるのである⁶⁹⁾。

2. 日本の事例

日本では、第一章で述べたような尊厳死に関する動きがみられるが、いまだ立法化に至っていない。そのため尊厳死の合法化の基準は、次でみるように事件の発生する度に問題とされてきた。

① 名古屋安楽死事件（山内事件）

本件は、脳出血で倒れ、5年近く病床にある半身不随の父に、長男が、農薬を入れ牛乳を飲ませて殺したという事件である。

名古屋高等裁判所は昭和37年12月22日、長男に懲役1年執行猶予3年の判決を下した。

本件では、尊属殺人として起訴されたが、名古屋高裁は、囑託殺人であるとした。その際、安楽死といえるための六条件をあげた。まず、「行為の違法性を阻却すべき場合の一としていわゆる安楽死を認めるべきか否かについては議論の存するところであるが、それはなんといたって、人為的に至尊なるべき人命を絶つのであるから、つぎのような厳しい要件のもとにのみ、これを是認しうるにとどまるであろう」として、次の六要件のすべてが充たされなければ、安楽死としての違法性まで否定しうるものではないとした。

- (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)病者の苦痛がはなはだしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものであること。
- (3)もっぱ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、本人の真摯な囑託または承諾のあること。
- (5)医師の手によることを本則とし、これによりえない場合には、医師によりえない、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。

名古屋高裁は、このうち、本件では、(5)(6)の要件を欠くから違法性を阻却しないとした。

この判決は、安楽死を正面から論じたものとして注目され、今日まで、安楽死議論の拠り所とされた⁷⁰⁾。

② 東海大学付属病院安楽死事件

東海大学医学部付属病院（神奈川県伊勢原市）で平成3年4月、医師が入院中の末期ガン患者に塩化カリウムを静脈注射して死亡させた、いわゆる「安楽死」事件で、横浜地検は平成4年7月2日、「本人の承諾を得ておらず、昏睡状態の患者は激しい苦痛も感じていないので、安楽死には当たらない。医師には、塩化カリウムの注射で死亡するとの明白な認識があり、殺意があった」として、元同大学助手の医師を殺人罪で起訴した。医師が業務に関して殺人罪で起訴されたのは初めてである。

平成7年3月28日横浜地方裁判所は、懲役2年執行猶予2年の有罪判決を下した。その際、「安楽死」が許容できるとした昭和37年の名古屋高裁判決が示した六つの基準に依拠し、被告については2(4)(6)などの点で逸脱があり、安楽死でなく殺人、と判断した⁷¹⁾。

本判決は、起訴されていない「治療行為の中止」についても刑法上許容される要件を一般的に示した。傍論

ながら日本の判例史上はじめて、「尊厳死」という語を用いている点、その具体的な内容として許容要件に治療行為の中止の要件についても言及された。このことは、重要な意義を有する⁶³⁾。

③ 富山県射水市民病院事件

2000年から2005年の間に、富山県の射水市民病院で人工呼吸器を外された50歳代から90歳代の末期状態の患者7人が死亡した。うち5人は、ガン患者であった。病院側は、患者の具体的な症状を明らかにしていないが、いずれも末期としている。また、患者の意思表示については、いずれも家族の希望としている。うち一人は患者の家族から本人の意思を確認した。としている。取り外した外科部長は尊厳死を主張している⁶⁴⁾。2007年12月の時点では捜査中である。

ここで問題となっているのは、次の通りである。

- a 患者の意思表示か、患者の意思を推定できる家族の意思表示がどこまで認められるのか。
- b 医師の治療義務の限界として治療行為の中止がどこまで認められるのか。

第3章 日本の尊厳死における問題点と検討

以上をふまえて、ここでは日本の尊厳死に関する問題点を整理し、これを患者と医師のそれぞれの立場から検討する。

1. 問題点

① 患者の意思表示について

1994年、日本学術会議「死と医療特別委員会『尊厳死』」の報告書で、尊厳死とは専ら延命のためにのみ実施されている医療すなわち過剰な延命医療を中止することとし、患者の自己決定を尊重し、患者の選択した生き方ないし人生最後の迎え方を尊重する。そして延命治療の中止は自然死を迎えさせるための措置であり、その場合の死は自殺でも、医師の手による殺人でもない、としている⁶⁵⁾。

a 意思表示がある場合

上記の報告書は、患者の意思を無視して延命医療を施せば過剰医療のそしりを免れないとして、「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ことを、改めて確認すべきである」との観点から、「延命医療の中止は、同意殺人罪ないし自殺関与罪に当たるという学説もあるが、延命治療の中止は自然の死を迎えさせるための措置であり、その場合の死は、自殺でもなければ、医師の手による殺人でもないというべきであろう」と説く。その理論的根拠は必ずしも明確ではないが、「延命医療を中止して苦痛の緩和のための措置や精神的ケアに切り替え、その結果として（延命治療を施している場合より早い）死を招いたとしても、それを殺人であると考える人はいないであろう」、しかも「患者の求めがあれば、医師は、治療の一環として、苦痛の緩和措置を実施する義務がある」という表現からすれば、患者の意思に基づく治療義務解除論が論拠となっているように思われる。とある⁶⁶⁾。

b リビング・ウィルの場合

日本学術会議は、「延命医療を拒否する書面による事前の意思表示（リビング・ウィル）⁶⁷⁾に基づいて患者の診療方針を決め、それを患者の意思の確認手段として延命医療の中止を行うべき。」と説く。

しかし、このリビング・ウィルについては、事前の意思表示をその後、再確認できない状態でそのまま有効

としてよいかという疑問もある。患者の同意は医師が治療を行う時点で存在していなければならないが、決定的な時点で意思を表明することができない場合に、事前にそのことを予想して作られた意思表示の文書を有効とすることは、事前の自己決定を尊重する所以であり、インフォームド・コンセントの趣旨にも即すると考える⁶⁷。

c. 意思表示がない場合

東海大学病院「安楽死」事件判決では、安楽死の要件のほかに、治療行為の中止（いわゆる尊厳死）の要件についても言及された。そこでは、治療行為の中止を求める患者の意思表示が中止の時点で存在することとされた。しかし、現実の医療現場においては治療中止の検討段階で患者の明確な意思表示が存在しないことがあるか多く、一方では家族から中止を求められたり家族に意向を確認したりすることも少なくない。甲斐教授は、「こうした現実を踏まえ、今日国民の多くが意味のない治療行為の中止を容認していることや、将来国民の間いわゆるリビング・ウィルによる意思表示が普及してゆくことを予想し、その有効性を確保することも必要であることを考慮すると、中止を検討する段階で患者の明確な意思表示が存在しないときは、患者の推定的意思によることを是認してよい」とする。さらに、患者の過去の日常生活上の断片的言動からよりも、むしろ家族の意思表示による方がはるかに中止検討段階での患者の意思を推定できることなどを考慮すると、家族の意思表示から患者の意思を推定することが許される。これを推定するには、家族が患者の意見を適格に推定しうる立場にあること、患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意見表示でなければならない。また、医師側も、患者及び家族との意思疎通に努めることによって、よく理解する立場にあることが必要である、と述べている⁶⁸。

② 医師の治療義務について

a. 治療の中止

『積極的安楽死』と『単なる延命医療の中止』との境界が、法的にかなり曖昧になってきていることも、問題の解決を一層困難なものにしている。」と、2004年の厚生労働省検討会報告書は述べている。これは、同意殺人罪の規定を置く現行刑法の下で、刑法学の大勢が積極的安楽死を一般に違法とし、一定の生命維持治療の中止を適法とすることを前提とするものだろうとしている。治療の「不開始」と「中止」とは同列に扱われる一方で、積極的に患者の死をもたらす行為を行う「積極的安楽死」と、治療を行わないことで患者が自然に死ぬのにまかせる「治療の中止」とは区別される。

東海大学安楽死事件の傍論でも述べられているが、治療行為中止の要件については、意味のない治療を打ち切って人間としての尊厳性を保って自然な死を迎えたいという「患者の自己決定権の理論」と、意味のない延命治療まで行うことは、もはや義務ではないという「医師の治療の限界」を根拠に、一定の要件の下に許容される。として甲斐教授は述べている⁶⁹。

b. 治療行為中止の要件

東海大事件判決が傍論として示した「治療行為の中止」の許容要件は、①「患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること」、②「治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在……すること」、③「治療行為の中止の対象となる措置は……すべてが対象となつてよいが、]どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである。」というものであった。しかし、「回復」や「末期状態」とは異なる状態

を指すのか、どのようにして判断するのか、判決は「家族の意思表示から患者の意思を推定することが許される」というがそれでよいのか、また、栄養・水分補給まで中止してよいのかなどをめぐり議論がある⁹⁰⁾。

c 生命の尊重と人間の尊厳

生命の尊重とは、人間の生命すなわち人命の尊重のことである。「人命の尊重」の原理に基づくものは、「人間の尊厳」という思想である。人間の生命は人間の尊厳がその上にもみ存立し、それなくしてはありえない存在基盤であるからこそ、他のなにものにもまさって尊重されるべきものなのである。とある⁹¹⁾。

法哲学者であるホセ・ヨンパルト教授は、人間の尊厳は、すべての人間に等しく認められる絶対的価値観であり、例外はないのに対して、人命の尊重は人間の尊厳から導かれる最重要な価値ではあるが、絶対的なものではない。例えば、殺人は人間の尊厳に対する最大の侵害であるが、正当防衛によって人を殺すことはそれに当たらない。人間の尊厳は、道徳的正当性の問題と分離できないものである。それゆえ、人命について絶対性とか尊厳という言葉を用いることは適当とはいえないのである。と述べている⁹²⁾。

これらのことから導かれることは、人命の上に人間の尊厳があるということから、尊厳死は認められると解釈できる。

2. 検討

① 阻害する要因

以上のような現状から、本人が望む死を阻害する要因として次の2つのことが考えられる。1つは、患者や家族の立場からで、患者の自己決定権とその限界である。次に、医師の立場からで、医師の治療義務の限界である。

a 患者の自己決定とその限界

先ず、患者の自己決定権とその限界について述べる。はじめに、自己決定権とは何かについて説明する。

憲法上の人権としての自己決定権とは、自分の私的問題を自分で決める権利であって、しかもその結果負うリスクへの覚悟という特徴をもつものである⁹³⁾。

自己決定権の根拠としては、憲法13条の「幸福追求の権利」が、一般的な人権を認めたものとして、援用される。自己決定というものは、思想・良心の自由(19条)、信教の自由(20条)、集会・結社・表現の自由(21条)等、基本的な自由の前提になっているものであり、これらの規定の底にあるものとして、自己決定権が認められないか、である。思想にしろ、宗教にしろ、職業にしろ、自己決定の結果であると考えれば、自己決定権というものは、それらの諸自由の上位概念であると考えられることもできる⁹⁴⁾。

自己決定の位置づけに関しては、次のようなことがいわれてきた。「自由とは本来自己決定の自由あるいは選択の自由である。」また、「自由主義の原則」の重要な構成要素として自己決定をとらえる見解もみられた。自己決定の本質をなすのは選択や自由意思である。自己決定は「それが自己の決定・選択であるが故に」尊重されるべきであり、まさに「自律それ自体に価値がある」、ということである⁹⁵⁾。

自己決定権尊重の根拠は、人間の尊厳、独立性の尊重である。自己決定の自由が保障され、発揮されてはじめて、個性豊かな人格の発揮が期待できるのである⁹⁶⁾。

憲法上の自己決定権に関する議論のきっかけが、アメリカ合衆国最高裁による1973年のロウ対ウエイト判決(妊娠中絶の自由を憲法上のプライバシー権と認めた判決)によるものであるといわれ、わが国の議論もアメリカでの発展を背景にしたものである⁹⁷⁾。英米では、自己決定権は、人間の自由の根源的なものと認められているといってよく、パターンリズムへの反感は、きわめて強い。

日本においては、私的領域においても自己が決定権をもつことを嫌い、むしろ後見的に、アドバイスなり、命令をすることが歓迎されるとさえいえる⁸⁸⁾。

そこで、患者自身の明確な意思表示は、「患者自身が自己の病状や治療内容、将来の予想される事態等について、十分な情報について正確に認識し、真摯な持続的な考慮に基づいて行われることが必要」であり、そのためには、「病名告知」や「インフォームド・コンセント」が重要である⁸⁹⁾。

患者の自己決定権として、患者自身の事前の意思表示がある場合はいいが、国民の大多数が延命医療の中止を容認する意見を持ちながら、事前といえども患者の実際の意味表示が圧倒的に少ないというのが現実である。日本の場合リビング・ウィル⁹⁰⁾が定着していない。そうした場合、患者の意思は家族という代理人でどこまで認められるのか。患者の意思を推定する場合、どこまで認められるのか。

患者の意思表示については、「治療行為の中止が検討される段階で存在すること」が望ましい。しかし、現実の医療の現場においては、患者の明確な意思表示が存在しないことがはるかに多く、家族からの治療の中止の要求あるいは家族の意向の確認という状況も少なくない。そうした現実にあつた時、患者の推定意思によることを是認しても良いのか。

また日本は、本人が自己決定できる環境が整っていないと考えられる。オランダのような医療制度や保険制度である。インフォームド・コンセントが日本に導入されたのは、1990年頃からであり、本人への病名の告知は家族の希望からまだ半数⁹¹⁾くらいである。そうすると医師は患者となんでも話し合える関係ではないため信頼関係は築きにくく、インフォームド・コンセントも形式的なものとなりやすい。患者は意思表示しにくい環境になっている。

また、日本の保険制度は、弱者にとっては負担が大きい。すべての人に十分な医療が与えられているかどうか。そうでなければ、ほんとうの患者の意思表示はできにくいと考えられる。

b 医師の治療義務の限界

次に、医師の治療義務の限界について述べる。医学は、ヒポクラテス以来、一日でも長く命を延長すべき責務を有し、最後まで延命に努力する中で明日の医学が生まれると考えられてきた。また社会もそれを当然と受け止めてきた。よって医師には、医プロフェッションとして、患者の生命を守るという、生命保持義務がある⁹²⁾。

一方で人格の自己実現としての自己決定の尊重義務が、その生命を尊重してそれを保持しつづける義務にまさって、患者の願望に応じた医療を行うことが良き医療として認められると考えられる。すなわち、患者の自己決定権尊重義務が患者の生命保持義務より優先すると考えられる。従って、死をもたらすことを承知の上で、一定の治療を拒否する、あるいは中断を要求するという尊厳死に関しては、認められてよい。

患者の自己決定権として治療拒否は認めても治療の中断を認めない、たとえば人工呼吸器をはじめから付けないと主張したら聞き入れられても、動いている人工呼吸器を外すことには難色を示す医師も多いという。「スイッチを切ることが死に直接つながるのは手を下して殺したようで、罪にはならないと解ついても、心理的抵抗が大きいのだろう。」と稲葉は述べている⁹³⁾。

「治療を中止する」ことを認める要件は存在しているが、いざ中止となると圧倒的に患者の意思表示が示されていない場合が多く、現実には実施することは難しい現状である。また、欧州社会のように終末期の扱いは医師の裁量権内のことであると十分に認められていない。

自分の死に方を自ら決定する自己決定は、人格の自己実現として尊重すべきだと考えられる。このことは、生命を最高の価値とする従来の考え方を一歩進めて、人格の自己実現をより優先するという考え方を基礎とすることにほかならない⁹⁴⁾。

② 本人の望む死は可能なのか

以上をふまえて、日本において本人の望む死が可能になる条件を、次に提示したい。

- a 患者・家族と医師との信頼関係を築く環境を整える。日々のコミュニケーションを積み重ねることによって、患者の意思が十分伝えられるような時間が確保できること。日本の国民性から、事前のリビング・ウィルは定着しにくいと考えられるが、お互いの関係性によって患者の意思が分かるような配慮を必要とする。弱者が不利益にならないような社会環境を整える。主に保険制度を充実させるなどがある。
- b 医師の治療義務において、治療を中止してもよい場合の医師の裁量としての注意義務のガイドラインが、使えるような現場が整えられる。
- c 人間の尊厳が、生命尊重より優先されるという考え方が広く容認されること。

人間の尊厳の歴史的由来は、はるか昔に古く古代ギリシア哲学に始まり、自然法論や哲学的人間学と深く結びついて伝えられてきた。とくに、キリスト教の「神の似姿」の教義とキリストによる人類救済の教義から人間の尊厳が基礎づけられてきた⁶⁴⁾。よって、アメリカやオランダは文化、思想、宗教などが大きな要因であることから合法化が進んだと思われる。

日本は、終戦当時「人間の尊厳」などという言葉も思想も、一般国民には馴染みがなくそれまでの超国家主義と家制度、忠孝の国家的道徳の下で、国民はひたすら国家に奉仕し尽くしてきた⁶⁵⁾。自律の確立と個人の尊厳の精神が受け入れにくい土壌であると考えられる。安楽死や尊厳死を合法化するのは、受け入れにくく、むしろ強い抵抗や拒絶反応を生みやすい状況であると思われる。

国際社会と各国実定法の最高原則というべき人間の尊厳は、日本では法原則として承認されているとはいえないのであろうか。しかし、日本も1977年に、「人間の固有の尊厳」を規定した国際人権規約を批准したことによって示されているように、世界のこの法思想に同調する意思を明らかにしているのである⁶⁶⁾。

人間の尊厳が優先するという考え方から、「尊厳死」は認められてよいと考えたい。また、2003年の意識調査からあるように、多くの人は延命治療を望んでいないことから「尊厳死」は認められてよいとしたい。しかし、合法化は社会環境がある程度、整ってからしたほうが良いと考える。「法」があることで厳格になり過ぎて柔軟な対応ができなくなることも考えられるので、むしろ、判例を丁寧に積み重ねていくことで価値の高いものが築き上げられるように思う。

おわりに

日本は、早くから尊厳死の問題はあったが、日本の社会のしくみから、今日まで自己決定権として「人間の尊厳」が優先しにくい国であった。その結果、尊厳死は、社会から受け入れられなかった。しかし、今後は社会全体が「人間の尊厳」を優先するという本来の考え方を受け入れていくことで、自己決定権として尊厳死の権利が容認の方向に向かっていくのではないかと思われる。

註

- (1) 厚生労働省 「資料 終末期医療に関する調査等検討会報告書」 2004年
- (2) 中山研一・石原明編著 『資料に見る 尊厳死問題』 日本評論社 1993年 4～5頁
- (3) 「問われる終末期医療」 新潟日報 2006/5/26
- (4) 刑法202条 自殺関与及び同意殺人：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ヶ月以上7年以下の懲役又は禁錮に処す。
- (5) 中山茂樹 「法における「尊厳死」の捉え方」 『思想』 2005年8月 62頁
- (6) 中山『前掲書』(注5) 63頁
- (7) 同上
- (8) 同上
- (9) 甲斐克則 「新・法律学の争点シリーズ2、刑法の争点」 『ジュリスト増刊』2007年 36頁
- (10) 中山研一・石原明編著 『資料に見る 尊厳死問題』 日本評論社 1993年 230頁
- (11) 中山・石原『前掲書』(注10) 141～143頁
- (12) 中山・石原『前掲書』(注10) 148頁
- (13) 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会 「資料 ふたたび終末期医療についての報告」 2006年2月 23頁
- (14) 宮野彬 『オランダの安楽死政策 カナダとの比較』 成文堂 1997年 212～213頁
- (15) 宮野『前掲書』(注14) 233頁
- (16) 宮野『前掲書』(注14) 237～238頁
- (17) 宮野『前掲書』(注14) 239～240頁
- (18) 土本武志 「オランダ安楽死法」 『判例時報』 NO,1833 2003年11月 4～5頁
- (19) 土本『前掲書』(注18) 5～6頁
- (20) 田卓生 『私事と自己決定』 日本評論社 2001年 300～301頁
- (21) 中山研一・石原明 『資料に見る 尊厳死問題』 日本評論社 1993年 82頁
- (22) 甲斐克則 『尊厳死と刑法』 成文堂 2004年 286頁
- (23) 「問われる終末期医療」 新潟日報 2006/5/26
- (24) 五十子敬子 『死をめぐる自己決定について』 1997年 批評社 220頁
- (25) 甲斐克則 『尊厳死と刑法』 成文堂 2004年 280～281頁
- (26) リビング・ウィル (Living Will) とは、生前に行われる尊厳死の宣誓書のこと。「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示のこと。また、それを記録した「遺言書」などのこと。
- (27) 甲斐克則 『尊厳死と刑法』 成文堂 2004年 281頁
- (28) 甲斐『前掲書』(注27) 284～285頁
- (29) 甲斐『前掲書』(注27) 284頁
- (30) 中山茂樹 「法における「尊厳死」の捉え方」 『思想』 2005年8月 64頁
- (31) 金澤文雄 「生命の尊重と自己決定権—法的評価空白領域の理論に関して—」 三島淑臣 他編 『人間の尊厳と現代法理論』 ホセ・ヨンパルト教授古希祝賀 成文堂 2000年 93頁
- (32) 金澤『前掲書』(注31) 96頁
- (33) 内野正幸 「自己決定と平等」 大塚言一 他編 『岩波講座現代の法14 自己決定権と法』 岩波書店 1998年 6頁
- (34) 山田卓生 『私事と自己決定』 日本評論社 2001年 342～343頁
- (35) 内野『前掲書』(注33) 6頁
- (36) 山田『前掲書』(注34) 335頁

- (37) 樋口範雄「患者の自己決定権」 大塚信一 他編『岩波講座現代の法14 自己決定権と法』 岩波書店 1998年 65頁
- (38) 山田『前掲書』(注34) 7頁
- (39) 甲斐『前掲書』(注27) 284頁
- (40) リビング・ウィルについて、アメリカのシュナイダー教授は、実際にその利用者が少ないことに相応の理由があると指摘する。事前に将来の不確かな事態を予想することが難しいこと、リビング・ウィルの文言は漠然としていること、縁起の悪いことは考えたくない人が多いこと、さらに今受ける治療について自己決定を好まない人が将来の具体的でない状況について決定することを好むはずがないということ等。これらは、おそらくそのままが国にもあてはまる事柄である。樋口範雄 「患者の自己決定権」『岩波講座現代の法14 自己決定権と法』 岩波書店 1998年 87頁
- (41) 新潟日報 2007/6/6 厚生労働省研究班の調査では、「がん患者への病名告知率は平均で65.7%、余命告知率は29.9%にとどまり、患者の意思確認が容易でない。」とある。
- (42) 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会 「資料 ふたたび終末期医療についての報告」2006年2月 19頁
- (43) 稲葉美香 「生命の不可侵と自己決定権の狭間 (一) (二)・完 安楽死行為の憲法上の位置づけに関する一考察」『法学論叢』158(1)(2) 2005年11月 70頁
- (44) 石原明 『法と生命倫理20講』 日本評論社 2004年 209頁
- (45) 金澤『前掲書』(注31) 94頁
- (46) 金澤『前掲書』(注31) 95頁
- (47) 同上

参考文献

- 立山龍彦 『自己決定権と死ぬ権利』 東海大学出版会 1999年
- 中山研一 『安楽死と尊厳死』 刑事法研究第8巻 成文堂 2000年
- 大谷實 『いのちの法律学』 悠々社 1999年
- 伊坂青司 『市民のための生命倫理 生命操作の現在』 神奈川大学評論ブックレット15 御茶の水書房 2001年
- 別冊ジュリスト『医療過誤判例百選』 有斐閣 1997年
- ジュリストNO.1293 『終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任』 有斐閣 2005年7月
- 柘植あづみ 「終末期医療をめぐる静い、テリ・シャイボの事例が映すアメリカの現在」『思想』2005年8月
- ジュリスト増刊 『ケース・スタディ 生命倫理と法』 有斐閣 2004年12月
- 斎藤誠二 『刑法における生命の保護』(第訂版) 多賀出版 1989年
- 日学双書 『尊厳死の在り方』 日本学術会議主催公開講演会における記録 1995年2月
- 日本医師会 第III次生命倫理懇談会 「資料 末期医療に臨む医師の在り方についての報告」 1992年3月
- ホセ・ヨンパルト 『人間の尊厳と国家の権力』 成文堂 1990年

(卒業論文指導教員 藤本晃嗣)