

尊厳死をめぐって
—死の自己決定権と合法化—

梅 林 萌 音

目次

はじめに

1. 安楽死について
 1. 1 安楽死とは何か
 1. 2 安楽死が認められている国と事例
2. 日本における安楽死の事例
 2. 1 山内事件
 2. 2 東海大病院事件
 2. 3 富山県射水市民病院事件
 2. 4 老衰死
3. 尊厳死法は必要なのか
 3. 1 日本尊厳死協会と尊厳死の法制化を認めない市民の会の主張
 3. 2 医学的観点、患者、家族から見た終末期医療
 3. 2. 1 医学的観点から見た終末期医療
 3. 2. 2 患者・家族から見た終末期医療
 3. 3 医療の経済問題
 3. 4 尊厳死の是非

おわりに

参考文献

図表

はじめに

死は誰にでも平等に訪れる事象である。しかしその形は誰にも予想することができない。もし、苦しみながら「生」を選ぶより「死」を選びたいという状況になった時、今の社会はその考えに対してどう反応するのだろうかという疑問があった。

そのようなとき、2014 年 5 月 9 日の朝日新聞¹にて、「尊厳死法は必要か」というテーマで 3 人の著名人が意見を述べていた。尊厳死法とは 2012 年に超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」が公表した法律案である。この法案のポイントは患者の意思を事前に書面などで表明し、さらに 2 人以上の医師が「回復の可能性がない」と判断した場合に、延命治療の中止を行っても医師は責任を問われないという点にある。

この法案について賛否両論が飛び交っている。朝日新聞の記事においても賛成・反対・中立の 3 方向の意見が掲載されていた。誰にでも必ず訪れる「死」を巡ってそこに法律が介入することの意味について考えたく、このテーマを設定した。

本論文では、安楽死が世界と日本でどのように扱われているのか比較、また医者や患者など立場別に安楽死はどのように捉えられているのか分析し、その上で尊厳死の是非、尊厳死の法制化は必要なのかどうか考える。

第 1 章では安楽死の定義と安楽死が認められている国について述べる。「安楽死」と一口に言っても患者の意志や死に至らしめる手段によって呼称が異なることを整理し、本論文で主に取り上げる尊厳死とは日本固有の名称であることを明らかにする。その上でまず世界において安楽死がどのように扱われているかいくつか事例を取り上げ、日本との比較の素地にしたい。そして第 2 章では日本における安楽死の事例を取り上げ、日本の社会が安楽死、尊厳死、老衰死に対しどのような反応を見せてきたのか鑑みたい。第 3 章では、尊厳死を巡って医者や患者、その家族など様々な立場の意見を取り上げ、尊厳死の法制化の必要性和そもそも尊厳死は必要なのか考察する。

1. 安楽死について

1. 1 安楽死とは何か

医学とは、一日でも長く命を延ばすという責務を持ち、長い間社会もそれを当然とみなしてきた。少なくとも医療がまだ十分に発達していない時代はその考えに対抗する意見は

¹ 『朝日新聞』2014 年 5 月 9 日 1 朝刊「オピニオン」

出現しなかった。しかし近年の医療の発達は多くの人に幸福をもたらしてきた一方、終末期における人工呼吸器や投薬などの延命措置がかえって患者に苦痛をもたらす場面がしばしばみられるようになった。チューブにつながれ植物状態で延命するよりも人生の最後を尊厳を持って迎えたいという考えが生まれてきた。(日本医師会 2015)

安楽死とは苦しい生から患者を解放するという目的のもとに、意図的に患者を殺すかその者が死ぬのを許す行為を指す。安楽死は大きく分けると「自発的」「非自発的」「反自発的」の3つに分類される。(図1-1) 自発的安楽死は患者が自ら死を求めている場合を指す。患者は十分に判断能力を持ち、理解をした上で死を望む場合に起こる。非自発的安楽死は植物状態などによって患者の意思を判断できないうちに安楽死をすることを指す。反自発的安楽死は患者が死を求めているにもかかわらず安楽死が行われることである。安楽死を行う方法については大きく2つに分かれる。1つ目はモルヒネや塩化カリウムなどに死をもたらすための積極的手段をとる積極的安楽死である。2つ目は呼吸器を外すなど治療行為そのものを中止し自然死を待つ消極的安楽死である。日本ではこの消極的安楽死を尊厳死と呼んでいる。これら安楽死は本人が病あるいはそれに準ずるものによって「生が苦しい状態」にさらされているという前提にある。一方、高齢の方で特に死因と特定できる疾患がなく、加齢に伴い自然に死を迎える老衰死というものもある。

1. 2 安楽死が認められている国と事例

安楽死に対する対応は各国で異なっている。(日本医師会 第IX次生命倫理懇談会 2006) オランダ、ベルギー、アメリカのオレゴン州などでは安楽死や医師による自殺幫助が、法律で条件付きで容認されている。特に欧州社会では、終末期の扱いは医師の裁量権内とみなされている。中でもオランダでは1970年代から、医師による安楽死の実施を巡る裁判をきっかけに安楽死について社会的な関心が強まった。そして1993年の改正埋葬法の延長線上に2001年成立した通称「安楽死法」では以下の要件を満たした場合の安楽死を合法とした。患者は「12歳以上(12~18歳までは条件つき)で、安楽死の意志を明確かつ繰り返し表明し、耐え難い苦しみがあり、治療によって回復する見込みがなく、他の医師による助言を得て、かつその意志が患者と面談して文書による確認をした後、患者の望みを叶え」という内容である。

安楽死法の施行以降、オランダの地域審査委員会に通知された安楽死の数は2000件前後であった。なぜオランダは他国に先駆け安楽死を法律上合法とするに至ったのだろうか。その理由の1つに「ホーム・ドクター制度」がある。(土本 2004) オランダでは一般医と専門医の2つに医師がわけられ、前者をホーム・ドクターと呼んでいる。ホーム・ドクターは全ての地方に定住し、自宅もしくはヘルスセンターにて業務に従事する。市民はホーム・ドクターを自由に選び登録し、傷病発生時にはまずホーム・ドクターの診察を受け、必要があれば専門医の紹介にあたる。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ことが多く、強い信頼関係が生まれる。安楽死を望む患者は「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て決定し、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、安楽死を実行するのは専門医よりホーム・ドクターの方が圧倒的に多い。

もう 1 つの理由にインフォームドコンセントが徹底している事が挙げられる。また医療保険制度が整備されている事も大きな理由の一つである。(土本 2004) 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特別医療保険に加入している。この意味するところは、経済的な理由で治療が停止されることはなく、「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」ことである。経済的負担についての不安がないからこそここからの生について、安楽死を実施するか否かについて考える環境が整っているといえよう。

しかし安楽死希望者は年々増え続け、安楽死を希望しているのにそれに応じてくれる医者が見つからないという不満が近年生まれている。そこで 2012 年「法律上必要な手続きまでひとつのクリニックですべて行われるように」安楽死に特化した医療施設 Levensbeide Kiniek が設立され、「起動安楽死チーム」が活動を始めた。これは「医師と看護師のチームが車で自宅までやってきて、無料で安楽死させてくれる。いわば“宅配安楽死”制度」(児玉 2014) である。オランダで定められている安楽死の条件は変わらないが、そのような安楽死専門医はホーム・ドクターに比べると患者との関係が希薄であり、正しいアセスメントができないのではないかという声が上がっている。

ベルギーでは 2002 年 5 月に安楽死法が成立した。内容としては「18 歳以上で、安楽死を明確に希望し、その意志を繰り返し表明し、耐え難い苦しみがあり、治療によって回復の見込みがない場合」安楽死を実施した医師は殺人罪に問われない。

スイスでは刑法第 114 条が安楽死を禁止し、また第 115 条が利己的動機による自殺幫助を禁止している。この規定に関して、一般的に「患者のための自殺幫助であればこれに抵触しない」と解釈がされており、安楽死に代わる自殺を支援する NGO が存在している。例えば、国内に 1 年以上在住した人を対象としたエグジットなどの自殺幫助機関の他に、外国人を受け入れるディグニタスがあり、これは「自殺ツーリズム」として知られている。ディグニタスは医療機関ではなく、あらかじめ会員登録を行った者は医師によって処方された毒物を飲んで自殺する前後の支援を行う施設である。運営者は元弁護士のルドウィッグ・ミネリであり、ミネリは終末期の人に限らず死にたいと望む人には健康であっても自己決定が認められるべきだという持論を持っている。2010 年 3 月にディグニタスが英国のガーディアン紙に提供した情報によれば「英国人 1114 人の病名リストが 2009 年段階でガーディアンに報じられ…それによると、36 人が癌、27 人が筋萎縮性側索硬化症(ALS)などの運動神経障害、17 人が多発性硬化症(MS)のほか、四肢マヒ 2 人、難治性転換 1 人、リウマチが 1 人」など終末期とはいえない人が含まれている。まだ治療の余地が残されている場合が少なからず含まれている事例が判明し、法律を厳格に運用する方向で見直すべきだという意見が出され、スイス当局は規制の検討を繰り返したが、「ディグニタスが拠点を置くチューリッヒ州で 2011 年 5 月に行われた住民投票では、4 分の 3 以上が規制に反対」し、具体的解決策は未だ提示されていないようである。²スイスでの幫助自殺件数は年々増加しており、2012 年 4 月の連邦政府統計局のデータによると、自殺幫助機関を利用して自殺したスイス在住者は 1998 年 23 人から 2009 年は約 300 人と 7 倍に増え、ディグニタスで

²[http://www.swissinfo.ch/eng/zurich-voters-reject-ban-on-suicide-tourism-/30236234\(2015/11/29\)](http://www.swissinfo.ch/eng/zurich-voters-reject-ban-on-suicide-tourism-/30236234(2015/11/29))

自殺した人は 2011 年 144 人で、前年度より 35%も増えていた。³

今まで上げた 3 か国は安楽死または医師による自殺帮助が合法とみなされている国の事例であったが、イギリスは 3 国とは違う道を歩んでいる。イギリスでは 1961 年の自殺法により、自殺を帮助することは懲役 14 年以下の違法行為になる。しかし、他国へ自殺をしに行くものに付き添っていった家族の中で、帰国後裁判で起訴されたものは 2014 年時点ではない。この法曖昧さを巡って訴訟が起き、最高裁は公訴局長に安楽死法の明確化を命じた。そして 2010 年 2 月、自殺帮助基礎ガイドラインが発表された。このガイドラインは自殺帮助は懲役 14 年以下の違法行為であること、慈悲殺と自殺帮助は明確に区別されるべき、ということが記されており、起訴が公益にあたるかどうかの判断基準となる 22 の項目を列举し、証拠が明らかなケースで起訴するかどうかについての最終的判断は公訴局長が行う、と定められた。慈悲殺人と自殺帮助の区別については「ひとえに他者の望みに応じることのみを目的で行うことであるとしても、他者の命を終わらせる行為は殺人または過失致死である」「たとえば、犠牲者が自殺を試みて意識を失っただけに終わった場合に、その後、犠牲者の死の原因となる行為を行うならば、たとえ本人は犠牲者の明らかな望みを実行するだけだと考えていたとしても、それは殺人または過失致死である」（児玉 2014）とある。しかし、2009 年以降で警察から送検された自殺帮助事件は 44 件に上るにもかかわらず 2014 年の時点で起訴されたものは誰もいない。ガイドラインでは「基礎をするかどうかの判断は証拠が明らかになった後で検察が行い、最終的に公訴局長が同意しなければならない」とされているが、「警察が勝手に捜査を見送る判断をしたり、検視官らが近親者による自殺帮助が疑われるケースでは見て見ぬふりをしている可能性が取りざたされている」現状がある。安楽死が合法化されている国や州では、一定の条件を満たした人のみが、手続きを踏み安楽死が受けられるのに対し、イギリスでは安楽死が許される対象者や、認められる安楽死の具体的方法が明確化されていない。ゆえにガイドライン違反がまかり通るといふ問題が勃発している。

終末期の決定の実態について欧州医療機関の連絡組織である EURELD 連合は 2001 年、ベルギー、デンマーク、オランダ、スウェーデン、イタリア、スイスの 6 か国の医師に終末期の決定に関するアンケートを実施した。2 万例以上の死亡を対象にしたこの調査によれば、終末期において何らかの事前の決定が行われ、かつこの決定事項が実行されている割合は全死亡の 23%（イタリア）～50%（スイス）を占めていた。1 章 1 節で定義した狭義の安楽死、患者の要請に基づく自殺帮助、明確な意思が確認できない安楽死、など死の促進が合法化されているオランダを除いても 1%程度行われている。上記の数値は「生命の短縮が予想される苦痛の緩和、延命処置の中断、延命処置をしない決定など実施されていることを示しており、欧州社会においては、終末期の決定は患者の意志決定能力の有無に関わらず、医師によってなされている」ことが往々にしてあるということが実証されている。

一方でアメリカでは、1975 年に起きたカレン・アン・クィラン事件をきっかけに翌年カリフォルニア州で世界最初の「自然死法」が制定され、「リビング・ウィル」に法的な効力が付与された。カレン・アン・クィラン事件とは回復の見込みがなく植物状態で人工呼吸

³<http://www.swissinfo.ch/eng/assisted-suicide-numbers-up-in-2011/32149416>(2015/11/29)

器に繋がれていたカレンの両親が、彼女の生前の意思を尊重し、自然に死を迎える権利を訴えるために起こした訴訟である。翌年、裁判判決の結果、カレンは人工呼吸器を外した
が奇跡的に自発呼吸が回復し、その後 10 年ほど生き続けた。1981 年には世界医師会⁴でリスボン宣言⁵「患者の権利」を採択し「患者は、尊厳のうちに死ぬ権利を持っている」とした。

2005 年フロリダ州で起きたテリー・シャイヴオ事件は、約 15 年にわたって水分と栄養分の補給を受けてきたテリー・シャイヴオ自身が「植物状態での延命を望んでいなかったという」証言をした、という夫マイケルの主張を裁判所が受け入れ、水分・栄養分の補給停止を夫が行うことを認めた事件である。しかしテリーの両親がこれに反対し、州と国家を巻き込んだ訴訟に発展したが最高裁は上告を棄却し、2005 年 3 月 31 日、テリーは亡くなった。

またオレゴン州では「尊厳死法 (Oregon Death with Dignity Act, 1994)」が 1997 年、住民投票で約 60%の支持を得たのち施行されている。この尊厳死法は医師による終末期患者への「自殺介助」のみを合法化した点が特徴である。「自殺介助」とは「医師が処方した致死量の薬物を患者自身が自ら服用し志望に至ることを目的」としている。つまりこの法律は「患者自身の命の終わりについての自己決定権を確保するとともに、自殺幫助などの理由による医師の行為の刑事法上の免責を規定した点」にも大きく特徴がある。なお、患者は致死薬を医師に対し要請するにあたって「少なくとも、口頭 2 回、書面で 1 回」医師の表明を行わなければならない、「18 歳以上のオレゴン州住民」「終末期患者で余命 6 か月未満」「自分自身の健康について決定し他者への伝達能力を持ち、自発的に致死薬の処方を主治医に対し行ったもの」等の規定がある。

2. 日本における安楽死の事例

前章において世界の、特に欧州を中心とした安楽死の事例を見てきたが、日本国内において安楽死はどのように扱われてきたのか。本章では日本で起きた代表的な安楽死の裁判例を取り上げ、その後近年増加している老衰死の事例を見ていきたい。

2. 1 山内事件

安楽死を容認する「条件」を最初に定式化した判決は、日本が初めて行ったと言われ

⁴ 1947 年パリで創立。医学教育、医科学、医術、医師の倫理規定および全人類の保健について、最高度の国際水準の確立を目的とする団体。医学全般、病院実務、社会保障について活動を行なっている。

⁵ 「患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言」のことをいい、医療従事者が知っておくべき患者の権利として、1981 年ポルトガルのリスボンで開催された世界医師会総会で採択されたものである。

ている。⁶これが1962年愛知県で起きた「山内事件」である。当時24歳だった青年の父は1956年脳溢血で倒れ3年後半身不随になる。上下肢を少しでも動かすと激痛が走り、しゃっくりの発作が続く、「苦しい、殺してほしい」と家族に繰り返し訴えるようになった。そして1961年、主治医より「7日か、10日の命」と告げられる。父親の苦しむ様子を見てこの苦痛から解放することが父親の為だと考えた青年は、自宅に配達された牛乳瓶の中に有機リン殺虫剤を混入する。事情を知らない母親はその牛乳を父親に飲ませ、父親は死亡。青年は尊属殺人の罪に問われた。

そして1962年、名古屋高等裁判所にて日本で初めて安楽死が容認される場合の6要件が掲げられた。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、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること。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嘱託、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、医師によりえないと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。この判決を出した裁判官は「殺人に違いないが、動機において酌量する余地があり、何とか刑を軽くできないかと考えて、安楽死の要件を整理した。」と語っている。結果、患者は病気で長く苦しんでおり、繰り返し死を望む言葉を家族に告げていたが、安楽死の5と6を満たさないとして、判決は懲役1年執行猶予3年であった。

2. 2 東海大病院事件

1991年におこった東海大病院事件は、日本で初めて医師による安楽死の正当性が裁判で問われた事件である。東海大学医学部の助手である被告人Aは多発性骨髄腫で入院していた男性患者（当時58歳）を担当していた。昏睡状態が続く患者に、その妻と長男は治療の中止を強く希望した。そこでAは患者が嫌がっているというフォーリーカテーテルと点滴を外し、痰引きなどの治療を中止した。しかしなお苦しそうな呼吸をする患者を見た長男は「いびきを聞くのが辛い。楽にしてやってください。」と強く要請する。Aは死期を早める可能性があることを知りつつも、鎮痛剤、抗精神病薬を通常の2倍の速度で続けて静脈注射した。しかしなお患者は苦しそうな呼吸をしていた。それを見た長男は「すぐに息を引き取らせてほしい」とAに強く要請した。Aはそれを聞き入れ、殺意を持って一過性心停止などの副作用のある不整脈治療薬である塩酸ベラパミル製剤を通常の2倍量注射する。しかし患者の脈拍などに何の変化も起こらなかったため、次に心臓伝導障害の副作用があり、希釈せずに使用すると心臓停止を引き起こす作用がある塩化カリウム製剤を、希釈せず患者の左腕に静脈注射。その後患者は心停止により死亡した。

Aは殺人罪により起訴され、懲役2年執行猶予2年の有罪判決が言い渡された。裁判の際、本件が安楽死にあたるかの基準として松浦繁裁判長は前項で記述した「安楽死の6要件」

⁶ 教育と社会を考える オランダの文化と社会日本と比較しながら（8）
http://wakei.at.webry.info/200606/article_2.html （2015/11/22）

を見直し新たに「医師による安楽死の 4 要件」を提示した。1. 患者に耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいること。2. 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること。3. 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほかに代替手段がないこと。4. 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること。1962 年名古屋高等裁判所で提示された「安楽死の 6 要件」の 5、6 が大幅に改正された。「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、医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること。」に関しては、今回は「医師による」と謳ってあるように医師による行為が前提となっているため削除された。（星野「時の法令 1496 号」：1995）「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。」に関して裁判官は「名古屋高裁判決は、医師の手によることを原則にしつつ、もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされること、その方法が倫理的にも妥当なものとして容認しうるものであることを、それぞれ要件としてあげているが、末期医療において医師により積極的安楽死が行なわれる限りでは、もっぱら苦痛除去の目的で、外形的にも治療行為の形態で行なわれ、方法も、例えばより苦痛の少ないといった、目的に相応しい方法が選択されるのが当然であろうから、特に右の二つを要件として要求する必要はないと解される」と説明している。

4 要件の項目 4 に提示された患者の意志については家族の意思表示から推定してもよいとされた。当時、このことに関して現場の医師の多くは「現実的」と評価した。末期患者は自分の意思を表明できないことが多く、患者本人抜きに家族と医師が相談して治療方針を決めるのが、一般的な傾向であったからだ。一方、日本赤十字社医療センターの折津は「私たちは家族の希望を尊重して対応せざるを得ないが、本人が望む死と、家族が望む死、そして私たち医療者がこうしてあげたいと考える死の間にずれを感じることも多い。」と語る。当時は末期医療に関する自分の希望を文書や口頭で事前に明らかにしておく人は極めて少なく、その体制も整っていなかった。本事件は末期患者への対応が欧米などに比べて大幅に遅れていた日本の医療、社会体制を露呈した事件といえよう。⁷

2. 3 富山県射水市民病院事件

2006 年 3 月 25 日、富山県の「射水市民病院」にて外科部長により 2000 年から 2005 年にかけて 6 人の末期患者の呼吸器が外され死亡していたことが発覚した。患者は 50 代から 90 代の男女で、6 人いずれも意識はなく、回復の見込みがない状態だったと外科部長は語る。また 6 人のうち 1 人は家族を通じて人工呼吸器取り外しの本人の同意を得られていることがカルテに記載されており、残りの 5 人に関しては家族の同意のみが得られていたことが記載されていた。また呼吸器の取り外しの際、それぞれ 2 人以上の家族が立ち会ったとされている。富山地検は外科部長とその同僚だった男性を殺人容疑で書類送検したが、のちに「呼吸器の取り外しと患者の死亡に因果関係があるとするには疑いが残る」「人工呼吸器の装置から取り外しの一連の行為は、延命措置とその中止行為に過ぎない」「2 人の医師に殺意を認めることはできない」として容疑不十分で不起訴処分とした。（児玉ほか編 2006）

この事件を皮切りに『尊厳死法』あるいはそのガイドライン制定の動きが…一気に加

⁷佐賀新聞 2002 年 3 月 29 日

速しつつ社会の前面に浮上し」た。(小松 2006) 射水市民病院は終末期医療委員会を設置し延命措置に関するガイドライン作りなどを行い、2006 年 9 月「終末期医療の基本方針を發表した。また富山県内の病院を中心に終末期医療について独自のガイドラインが次々に作られた。国の動きとしては、厚生労働省検討会が発足し 2007 年 4 月「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」がまとめられた。

山内事件、東海大病院事件、そして今回の射水市民病院事件、いずれも患者の回復の見込みがなく、かつ延命治療の中止を求めていた。大きな違いは患者を安楽死させるための方法である。山内事件、東海大病院事件の 2 件は薬の投与によるもので、本件はつけていた人工呼吸器の取り外しである。どちらも結果として患者の死を招く行為であるにもかかわらず、本件は不起訴処分であり、有罪判決が出ていた前 2 件とは異なる判決が下された。人の生命の停止に手を貸すことがどこまで許され、どこまで許されないのか、日本において安楽死を巡る判断基準の曖昧さが伺えよう。

2. 4 老衰死

死という自然の摂理を受け入れる、という死の在り方として近年急増しているのが老衰死である。老衰死とは「直接の死因となる病を持たず、老いによる身体機能の低下で死を迎えることである。⁸戦後、一貫して減り続けてきた老衰死の数は高齢者人口の増加と共に 10 年前から急増し始めた。そして 2014 年、老衰死で亡くなった方は 7 万人を超え過去最高数を記録した。「老衰にはある共通した特徴がある。」と特別養護老人ホーム芦花ホームの石飛幸三医師は述べる。それは「食べる」機能の低下である。老化と共に体内の細胞は減少する。食物の消化吸収をする小腸やその周辺の筋肉が委縮し始め、栄養素をうまく吸収することができなくなる。ゆえにどれだけ食べても、体重は減っていくという。これは東京有明医療大学の川上嘉明准教授が老衰死を遂げた高齢者の毎日の体重の変化を 6 年分集計したデータでも証明されており、多くの高齢者は間もなく死を迎える時期になると、日々のカロリー摂取量が変わらないのに BMI (肥満) 数値が一気に下降線を辿るようになる。同時に水分を体内で処理することも難しくなる。この状態で強制的に水分や栄養を取り入れると、身体がむくんだり、腹水がたまったり、痰が絡まったりとかえって本人を苦しめてしまう。⁹そこで、自らの身体で水分・栄養を処理できなくなったらできるだけ脱水状態にして徐々に死を迎える老衰死が急増している。またその際の苦痛についてイギリスのエディンバラ大学のアラスダー・マクルーリッチ教授は、平均年齢 85 歳の男女 178 人を対象として調査を行った。これは呼吸の様子や筋肉の緊張具合などから、高齢者が苦痛や不快を抱いているか記録したものである。マクルーリッチ教授は「老衰間際の高齢者の脳は炎症や萎縮によって機能が低下しているため、苦痛を感じることはなくなっている。」「痛みというのは自分が怪我をして対処する必要があると脳に伝えるためのもの。しかし、死が近づくとそのプロセスが引き起こされない場合が多いようです。多くの人が最後の数日は

⁸ NHK スペシャル『老衰死 穏やかな最期を迎えるには』

⁹ 医療法人ゆうの森 <http://www.tamopopo-clinic.com/zaitaku/mitori02.html>
(2015/11/12)

痛みに苦しむこと亡くなっていると言ってよいと思います。」と述べている。また、老衰死の特徴として、死の間際呼吸のリズムが不正になり、やがて下顎呼吸が起こることが挙げられる。喉に痰が絡んだような音を発し、非常に苦しそうに見えるがこの段階までくると本人の意識はほとんど無く、特段苦痛感じていることはないという。これは病などにより急速に臓器機能が低下し死に至ったり、心不全など臓器疾患で病状の悪化を繰り返しながら死に至るパターンとは大きく異なる。NHK が 2015 年に約 1700 名の医師に対して調査したアンケート¹⁰によると老衰死とする年齢は 92%が「80 歳以上」と回答していた。死の在り方の定義に「年齢」が大きくかわってくる点も第 1 章や前節で述べた「安楽死」の条件とは大きく異なる点である。

では、老衰死に対し医師はどのように感じているのだろうか。NHK の同アンケートによると 46%が『「老衰死」と診断することに対して、難しさや不安・葛藤を感じたことがある』と回答した。理由としては「老衰死の定義が不明確」「高齢者の場合、複数の疾患が複雑に診断するのが難しい。」などの意見があった。一方 54%の医師は不安や葛藤を感じたことがないと回答した。また全回答者のうち約 7 割が「老衰にあたる対象者に医療の差し控えまたは撤退をしたことがある」と回答した。高齢者ケアについて「日本老年医学会ガイドライン」(2012)でも「AHN(人工的水分・栄養補給法)導入後も、全身状態の悪化により、延命効果が見込まれない、ないしは必要な QOL が保てなくなるなどの理由で、本人にとって益となくななくなった場合、益となるかどうか疑わしくなった場合、ANH の中止ないし減量を検討してもよい」という見解が提示されている。

3. 尊厳死法は必要なのか

3. 1 日本尊厳死協会と尊厳死の法制化を認めない市民の会の主張

山内事件で安楽死の 6 要件が、東海大病院事件で安楽死の 4 要件が裁判で定められ、その後起きた富山射水市民病院事件は、安楽死に関するガイドライン策定の動きを更に加速させた。また、死という自然の摂理を受け入れる、という点では尊厳死と共通している老衰死は近年益々増加しており、無理に延命せず死を受け入れる、という考えへの関心が徐々に高まっているということがわかった。

この動きの中心的担い手として活動してきた団体として日本尊厳死協会がある。日本尊厳死協会は山内事件及びカレン・アン・クインラン事件の影響を受け、太田典礼を中心に 1976 年に設立された。なお 1983 年までは日本安楽死協会という名称で活動を行ってきた。日本尊厳死協会の活動趣意は以下である。

¹⁰ NHK スペシャル『老衰死 穏やかな最期を迎えるには』
[http://www.nhk.or.jp/special/rousui/\(2015/11/25\)](http://www.nhk.or.jp/special/rousui/(2015/11/25))

(略) 自分の病気が治る見込みがなく死期が迫ってきたときに、延命治療を断るという死のありかたを選ぶ権利を持ち、それを社会に認めてもらうことが目的です。

設立から 40 年近くが経ち、終末期に対する社会の認識も変わりつつあり、延命治療を望まない人が多数になっています。今後の目的は、そういった人たちにリビング・ウィルの提示という方法をお伝えすることにあります。¹¹

以上から分かるとおり日本尊厳死協会は尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）の普及を活動主軸の 1 つとして挙げている。協会によると「治る見込みのない病態に陥り、死期が迫ったときに延命治療を断る「尊厳死の宣言書」（リビング・ウィル）を登録管理しております。各人が署名した宣言書を医師に提示すれば、多くの場合、延命治療を施されないこととなります。」としている。その主な内容¹²は

1. 不治かつ末期になった場合、無意味な延命措置を拒否する
2. 苦痛を和らげる措置は最大限に実施してほしい
3. 回復不能な遷延性意識障害(持続的植物状態)に陥った場合は生命維持措置をとりやめてほしい

という 3 点である。このリビング・ウィルが実際の医療現場でどのくらい効力を発揮しているのか。2014 年協会がとったアンケートによると『『尊厳死の宣言書』が『最期の医療に生かされた』』と答えた会員は約 90%であった。

また協会は尊厳死の法制化に賛成の意を示している。¹³

延命治療の中止を求めても、医療機関に受け入れてもらえないケースもあります。医師は人の命を助けることが使命ですから、人工呼吸器を装着しないことや、それをはずしてしまうことに抵抗があるのです。さらには、医師自身が罪に問われることを懸念するためでもあります。自分の最期は、自分で決めるというリビングウィルの精神が生かされるためには、これらの意思を法律で認めてもらわねばなりません。結果として、医師が罪に問われることもなくなります。

国会では、超党派の議員連盟ができて法案も作成されていますが、実質的な審議にはいたっていません。私たち実質的な審議となるよう、提言・要望活動を行っています。

ここで注意したいことが一点ある。日本尊厳死協会はあくまで消極的安楽死、つまり尊厳死を支持しており医師が積極的な医療行為で患者を安楽死させるいわゆる積極的安楽死には反対の姿勢をとっている。¹⁴

¹¹ 日本尊厳死協会 日本尊厳死協会の設立目的

<http://www.songenshi-kyokai.com/about/purpose.html> (2015/12/3)

¹² 同上

¹³ 同上

¹⁴ 日本尊厳死協会 リビングウィルとは

http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html (2015/12/3)

死期が迫っている患者に耐え難い肉体的苦痛があり、患者が「早く逝かせてほしい」との意思を持っていることが明らかな場合でも、医師が積極的な医療行為で患者を死なせることを安楽死と呼びます。延命措置を行わないこととは、明らかに異なりますし、日本では患者を安楽死させた事件では、いずれも医師の有罪判決が確定しています。欧米などでは、この安楽死を合法的に認めている国・州がありますが、日本尊厳死協会は安楽死を支持していません。

またこの姿勢は1981年12月の『安楽死会報』第24号で公表された「新しい運動方針」で決定・公表された。この「新しい運動方針」を景気に協会は名称を「日本尊厳死協会」と改称している。改称の理由としては①「積極的安楽死という誤解を解消するため」②「マスコミは『尊厳死』の表現を既に使っている」などである。また、協会が発表した「会名変更の趣旨」では、「この機会にわれわれの考え方の基本は、『人間性の尊厳を守る人権の主張であること』を強調し」と述べ、「尊厳」という言葉を使用している。(日本尊厳死協会1993:218)

協会設立当初の目的は「安楽死を法制化し、医師の免責を明らかにすること」が主な目的であった。リビング・ウィルはあくまでこの目的を達成するための付随的道具であった。しかし、次第に多くの医師が尊厳死を肯定していても法制化は必要としていないと考えていること、リビング・ウィルを見せた結果これに協力しない医師は少ないということがわかってきた。このことを踏まえ協会はリビング・ウィルの普及が先決だとし、そののちに法制化への道が開けるのではと考えている。

1978年、協会は「末期医療特別措置法草案」を発表し、安楽死の法制化について具体的な法案を示した。そして1983年、会員約1万人の署名を集め、末期医療の特別措置法制定に関する請願書を国会に提出した。

この動きを受けて「安楽死法制化を阻止する会」が結成される。そして同年11月以下の声明が発表された。

最近、日本安楽死協会（太田典礼理事長）を中心に、安楽死を肯定し、肯定するばかりでなく、これを法制化しようとする動きが表面化している。

しかし、このような動きは明らかに、医療現場や治療や看護の意欲を阻害し、患者やその家族の闘病の気力を失うばかりか、生命を絶対的に尊重しようとする人々の思いを減退させている。こうした現実をみるにつけ、我々は少なくとも、安楽死法制化の動きをこれ以上黙視し放置することは許されないと、社会的な立場から考えざるをえなくなった。

現在、安楽死肯定論者が主張する「安楽死」には、疑問が多すぎるのである。真に逝く人のためを考えて、というよりも、生残る周囲のための「安楽死」である場合が多いのではないか。強い立場の人々の満足のために、弱い立場の人たちの生命が奪われるのではないか。生きたい、という人間の意志と願いを、気がねなく全うできる社会体制が不備のまま「安楽死」を肯定することは、事実上、病人や老人に「死ね」と圧力を加えることにならないか。現代の医学では、患者の死を確実に予想できないのではないか……。

これらの疑問を措いて、安楽死を即座に承認することは、我々には到底できない。実

態を学びつつ考え、討論し、正しい方向を追求するためには、我々は「安楽死法制化を阻止する会」を組織し、真に生命を尊重する社会の建設をめざそうとするものである。

右、声明する。¹⁵

法制化によって安楽死が死への圧力になる懸念が強調されており、また 2005 年に新たに発表された声明には「将来おこるかもしれない状態を想定して前もって行う意思表示であり、実際に延命措置に直面しての意思表示ではない。」¹⁶とし、リビング・ウィルが「死の選択を迫る圧力」になっているとしている。また尊厳死法制化以前に医療体制や社会体制の整備が先決であり、「医療の現実を把握、検討し、正しい方向を追求」することで「真に生命を尊重する社会をめざ」すことを主張している。

また 2012 年に超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」が公表した法律案を受け平川克美、中西正司、川口有美子によって「尊厳死の法制化を認めない市民の会」が結成された。「個別的であり、多様でもあるひとの死の決定に国家が関与することには断固として反対」¹⁷とし、尊厳死の法制化を阻止する意を示している。その理由として平川克美は「原理的に言って、ひとの生き方が法律によって拘束されることがないのと同じように、ひとの死もいかなる法律によっても拘束されるべきではないと考え・・・介護や診療の現場において、どのような方法を選択すべきかは、あらゆる個別的な条件を配慮しながら、現場の医師とケアされるもの、その関係者によって決定されるべきものである。・・・誰であっても、ひとの死を「尊厳のある死」と「尊厳のない死」という線引きをすることはできない。」と述べている。中西正司は地域サービスの未整備がまず大きな問題としてあるとし、この状態で尊厳死を法制化する事は医療サービスを十分に受けることができている人々に「死をえらばざるをえない状況に追いこ」んでしまうという懸念を示す。また川口有美子は「そもそも終末期とは法律で一律に定義できるものなのか」という疑問を呈し、尊厳死を法制化は拙速であると主張している。関正勝・聖公会神学院校長(2006)は、「法制化が、むしろ尊厳死を可能とすると思われる医療現場における医師―患者関係の信頼関係を阻害することになるのでは」と危惧している。尊厳死法制化は死の自己決定権の付与ではなく、現在の社会制度の欠陥を補う制度として利用される可能性があり、そのことによって重度の障害や疾患を持つ患者に「死を迫る圧力」となる恐れがあるようだ。

3. 2 医学的観点、患者、家族から見た終末期医療

どのように死を迎えたいか、その選択肢は多様であり病気に苦しむ本人だけの問題にはとどまらない。死を目前控えた本人、その家族、そして彼らを見守ってきた医者、それぞれの立場で終末期医療はどのように捉えられているのだろうか。

3. 2. 1 医学的観点から見た終末期医療

¹⁵ 1978 年 11 月 「安楽死法制化を阻止する会」の声明

<http://www.arsvi.com/1900/781100et.htm> (2015/11/26)

¹⁶ 安楽死・尊厳死法制化を阻止する会公式 HP <http://soshisuru.fc2web.com/seimei.html> (2015/11/26)

¹⁷ 「尊厳死の法制化を認めない市民の会」声明 <http://mitomenai.org/> (2015/11/26)

荒川(2015)は「余命は短く(通常は6か月)死が確実に迫っている状態を終末期」とし、かつその終末期は疾患末期と生命末期の2つに分類できるとする。疾患末期とは「新準備をする時期」であるが「治療を受けてなお回復を期待する」可能性のある状態を指す。一方、「治療の限界を超え」もはや治療ではなく延命措置をとるか否かの状態になったとき、それは臨死期でありすなわち生命末期としている。終末期医療に関するガイドライン(2009)によると終末期には「患者自身に意識がない、あるいは意識があっても判断力がない状態が多く」その場合は患者の家族にその後の措置方法についての判断が委ねられることがほとんどだという。その際、患者自身の意思・価値観を尊重し、また家族同士や家族と医者の中で生まれる葛藤や対立を緩和するため、荒川は「事前に終末期の迎え方を指示することは合理的である」と述べる。しかし板井(2011)はあくまで医療現場において行われる事前指示の動機は可能性であることに留意し、「患者の人生観・価値観を探る上での『手がかり』に過ぎない」ことに注意しなければならないと述べる。つまり「人工呼吸器をつけないでほしい」と記してあったとしても、ただ字面だけで「呼吸器は希望していない」と早急な判断を下すのではなく、患者にとって何が最善の医療なのか、医師・患者・その家族全体で話し合うための「ひとつの『ツール』」として事前指示書はあることを念頭に置かなければいけない。(板井 2011)また事前指示の内容は「患者の健康状態に応じて変化するので、一旦話し合ったからこそれで終わりと言うことではない」と警鐘を鳴らす。患者の意志を尊重するためには事前指示のコミュニケーション定期的に継続することが当たり前のものとしてなされるべきなのである。

これらのことも含め荒川(2015)は、「死期を引き延ばしているに過ぎない延命措置であれば、本人の事前の意志、あるいは家族による本人の推定意志で不開始・中止できる」と述べる。ただし現在の日本は「終末期にある患者と家族らに対する社会支援が不十分」であり、医療現場においても生命倫理への理解が未熟、司法判断においても議論が成熟途上と荒川は述べる。また板井(2011)は「実際の現場で医師を始め医療従事者が直面する『延命治療の差し控え・中止』をめぐる倫理的ジレンマは、いわゆる『リビング・ウィル』や『事前指示書』という文書を作成するだけでたちどころに解決するものではない」と述べる。2013年終末期医療に関する意識調査等検討会が921名の医師に行った調査結果でも「大まかな基準を作り、それに則った詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者(入所者)・家族等と十分に検討して決定すればよい」と回答した者が51.1%と最も高く、そのうちの8割以上が判断基準をどうすべきかについて「法律ではなく専門家によって作成されたガイドライン等で示すべきである」と回答している。つまり尊厳死の是非を法律という一つの基準で判断する以前に医療者が患者・家族の心に寄り添える体制、制度作りや倫理的問題などについて議論を深めることが先決なのである。

3. 2. 2 患者・家族から見た終末期医療

次に患者・家族から見た終末期医療の実態を横浜市民病院でがん看護専門看護師である小迫富美江の体験をもとに見ていく。

患者Aは癌の多発性骨転移で疼痛コントロール目的で再入院した。Aは化学療法を拒否し、「自分には時間がない、家で死にたい」と看護師に漏らす。癌告知は受けているが予後についてははっきりと知らされておらず、医師に対して自分の気持ちが十分話せていない状

況にある。文書で明記はしていないが、口頭で家族（妻）に「延命を望まない」ことを伝えている。一方家族は積極的治療を望んでおり、化学療法を続けてほしいと医師に頼んでいる。A の QOL の状態として、セルフケアは自立しているが、痛みによって利き腕が使えない状態にある。また家族（息子）の強い要望で治療を続けてきたが化学療法を拒否し、妻への負担感を感じ抑鬱気分、希死念慮がある。しかし医師は、A にはまだ体力もあり、在宅ケアも可能と判断し、また家族の強い希望もあって、延命、疼痛コントロールに効果が期待できる化学療法を続けた。

これは患者本人と家族の意志が全く対立している事例である。小迫（2015）によると A は「直接家族に意向を伝えられず、医師とのコミュニケーションにも満足していない」状況にあったという。病で苦しむ当事者となっても本人の意向を反映させた話し合いの場が不十分であり、またどのような選択肢があるのか情報提供がしっかりとできていない問題が浮かび上がってくる。

この 1 例から浮かび上がる問題は日常的な問題なのだろうか。2013 年厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査と、終末期医療に関する電話相談を行ってきた NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長の山口の体験を参考に見ていく。

2013 年終末期医療に関する意識調査等検討会が行った調査結果は全国の市区町村に居住する満 20 歳以上の男女から 5000 人を層化二段無作為抽出法によって抽出し、また 2010 年国税調査区から各地点の標本数が 22～39 程度になるよ 150 地点を無作為抽出したうえで、各地点の住民基本台帳から無作為抽出した客体としている。そのうちの 2179 人から得た回答をもとに作成されたものである。

まず「自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載し、書面をあらかじめ作成しておくこと」について、「賛成である」と回答したものの割合は 69.7%と最も高かった。しかし、賛成と回答したもののうち「実際に書面を作成している」人は 3.2%と非常に少ない。また実際に書面を作成している人々を年齢別でみると、年齢が高いほど作成している割合が高くなる傾向にあった。関連して「自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族との話し合い」について「全く話し合ったことがない」と回答したものの割合が 55.9%と最も多かった。話し合ったことがある 44.1%の一般国民のうち年齢階級別でみると、半数以上が 60 歳以上であり、また、身近な人の死別経験がある人のほうが話し合いをしていることが多い傾向にあった。

その一方人生の最終段階における治療方針の選択について、「自分で判断できなくなった場合の治療方針の決定」は「家族等が集まって話し合った結果」と回答したものの割合が 44.6%と最も高かった。これらの数字から、死の間際に立たされた際、治療方針をどうするかは本人（自分）の意志を尊重したい（してもらいたい）と多くの人が考えているにも関わらず、事前の準備が不十分であることによって患者本人の希望をかなえることができない、あるいはそもそも希望がわからず家族に混乱が生じていることが推察できる。

また山口（2015）によると電話相談に届く終末期の問題として特に多いのが①患者が「元気な時に意志表示していた」にも関わらず、家族の考えが一致せずその通りに実現しなかった②終末期の治療を巡って、考えるべき事項・可能な選択肢がわからない③患者本人の意志がわからないの 3 点だという。

調査対象者の 69.7%が賛成と答えた事前指示書やリビング・ウィルの作成は、「人生の最終段階における医療や療養の方法に関する選択肢の情報や具体的な人生の最終段階の療養がイメージできなければ困難」と池上(2014)は述べ、それは実際に作成していると回答した割合の低さからも推察できる。また死別の経験が少ない若者にとって終末期医療は未だ実感の湧く事項ではなく、関心の低さが調査結果から伺うことができる。しかし死は年齢に関わらず誰にでも降りかかってくる事象であり、年齢問わず自分の生き方を含める死に方を考える機会やどのような選択肢があるのかの情報提供をいかに行っていくかの課題が見えてくる。

一方、事前意志の書面の法制化に関しては「法律で定めなくてもよい」「定めるべきではない」という意見が最も多く合わせて 59.3%であった。このことについて池上は「国民は一律に書面等を作成してそれに従うことを希望しているわけではなく、本人の揺れ動く気持ちや家族への配慮等に柔軟に対応して欲しいという思いがあるため」と推察し、「治療方針の決定に際しては、書面を作成することを目指すのではなく、医療福祉従事者が本人の気持ちを受け止め、本人・家族と十分に話し合うプロセスがもっとも重要である。」と述べる。山口(2015)も身近にがんによる死を経験したことをふまえ一人一人異なる医療のサポートの必要性を主張している。人生の最終段階における医療への希望は1人1人異なっており、こうした思いを叶えるためには「それぞれのライフステージに適した情報を提供する事等により、国民が主体的に考えることができる機会を確保することが重要」であり、その提供方法について池上は具体的に「若年者や関心が少ない者には、医療に係る一般的な普及啓発活動において人生の最終段階における医療をテーマとして取り上げる、意識が高い者には、情報を得るための相談窓口の設置、意思表示を希望する場合の書面の様式の標準化等」を挙げている。

3. 3 医療の経済問題

高齢者の増加に伴い、治療を受ける人が増え医療費は年々増え続けている。2014 年厚生労働省がまとめた統計調査¹⁸によると、患者負担と保険給付の総額は 40 兆円に達した。これは国民所得の 10.8%に値する。例年目立つのが高齢者の医療費の増加である。75 歳以上の医療費は前年より 2.3%増え医療費の 36%を占める。

尊厳死の法制化にはこの増え続ける医療費削減を狙ってのことではないかという憶測と批判が相次ぐ。実際、長尾医師(2012)も「胃ろう問題は、『尊厳ある生』という観点からはもちろん、『医療経済』の観点からも論じられる時期に来ているのではないのでしょうか」と述べ、医療経済と安楽死の問題を結びつけて議論に持ち込んでいる。

また麻生太郎副総理兼財務大臣が社会保障制度改革国民会議にて終末期医療に関して「私は少なくともそういう必要はないと遺書を書いているが、いいかげんに死にたいと思っても『生きられますから』と生かされたらかなわない。さっさと死ねるようにしてもら

¹⁸ 厚生労働省 国民医療費 結果の概要

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/12/index.html> (2015/12/7)

わないと」などと語り、物議を醸したことは記憶に新しい。¹⁹また麻生氏は同会議にて「い
いかげん死にてえなと思っても、とにかく生きられますから。しかもその金は政府のお金
でやってもらってるなんて思うと、ますます目覚めが悪い。さっさと死ぬるようにしても
らうとか、いろんなことを考えないと、これ一つの話だけじゃなくて総合的なことを考え
ないと、この種の話は解決することはないんだ」と述べた。麻生氏は同日午後「私の個人
的なことを申し上げた。別に終末医療のあるべき姿について意見を申し上げたものではない
」としたものの「適当でない面もあった」として発言を撤回した。しかし政治家である
麻生氏が言うからこそ、尊厳死を認めるということは単に自己決定権や、個人の自由だけ
の話には留まらない問題である現実を浮き出たさせていると私は感じた。また石原伸晃氏も
2012年9月11日に放送された報道ステーションにて「個人的な考え方」という前置きをし
ているが尊厳死と医療費削減の話を結びつけた意見を述べ批判が広がった。政治家の尊
厳死と医療費についての発言が度々されることについて「尊厳死法制化を認めない市民の会」
呼びかけ人の川口有美子は「尊厳死の法制化が国の経済対策の特効薬とみなされている証
拠」と述べている。²⁰

一方、児玉(2013)は「自己決定権の尊重の問題として語られる尊厳死は、医療経済の問
題として語られる尊厳死とは本来まったく別の議論」と述べる。板井(2015)も尊厳死の宣
言書やエンディング・ノート、リビング・ウィルをめぐって必ず生じる医療費削減が目的
という推測を「誤解」だとし『医療費削減』のためでは決してありませんし、あつてはい
けません」と断定する。尊厳死の法制化に賛成派の人々、法制化に反対だが尊厳死そのも
のは認める人々、どちらの立場も医療費削減は結果として後からついてくる程度に考えて
いるように推察される。

尊厳死の法制化について語られる内容は、発言当事者が政治と医療どちらにより強く携
わっているかで、経済効果のウエイトの置き方が異なっている。しかし法制化には国会の
承認が必須である。その最終関門に携わる人間が、医療費削減のための尊厳死法制化と受
け取られるような発言をしている現状を見るに、今の日本は法制化以前に整えるべき制度
やシステムが多々あることが推知できる。

3. 4 尊厳死の是非

終末期医療は、それ以前の医療やあるいはその他の医療と全く断絶した特異なものとし
て出現するのではなく、それまでの医療と繋がりを有しているものである。医療行為は多
種多様であり、同じ病気であっても個人をとりまくさまざまな状況や条件によって治療方
法は千差万別である。ゆえにどの時点から終末期とするかについての判断は医師にとって
も、あるいは患者本人にとっても決定しがたい事項であるように感じられる。死は誰にで
も訪れる普遍的な事象であるが、その迎え方は個別的であり、終末期をいかに過ごすかを一
般化した法や制度にのっとして語ることは困難を伴うと感じる。安楽死が合法化され、そ

¹⁹ 日本経済新聞 (2013/1/21)

²⁰ 「尊厳死法制化」は医療格差の拡大を招きかねない―川口有美子氏インタビュー回答編
<http://blogos.com/article/47441/> (2015/12/7)

の法のもとに安楽死ないし尊厳死が実行されている事例は多々あるが、未だに物議を醸す事例がいくつもある。そしてその論点の多くが安楽死を行うに当たっての基準についてであることから、一般化された基準で個別的事象をまかなうことは不可能に近く、あえて法制化する必要性は感じられない。

また、尊厳死法制化の議論の中でそれぞれの意見を見ていくと「何が何でもあらゆる手を尽くして延命」か「一切の延命をせず死なせる」の「単純な二項対立」ではないということが伺える。児玉(2014)は障害を持つ子供自身の経験を振り返り「人の生き死にまつわる問題は『Aか否か』や『AかBか』と、はっきりと答えが出せるところにあるのではなく、常に『AでもありBでもあり、さらにCでもあるけれど、同時にAのみでもBのみでもCのみでもない中でどうするか』というところに」あると語る。患者が求めているのはAかBかどちらでもない曖昧なものであることが多く、それは今に始まったことではない。法制化の話をする以前に、医師と患者、そしてその家族の密なコミュニケーションをとることができるような環境・制度作りが先決だと考える。

また患者にとってどのような治療方針を選択するか、どのような死を迎えたいかは「治療の選択肢の内容や意味をある程度正しく理解できるだけの知識と体験があり、それにもとづいて考え判断できる力」がある程度まで身につけていなければ、そもそも考えることが難しい事項だと推察する。2節で見た一般国民への終末期医療に関するアンケートでも自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載し、書面をあらかじめ作成しておくことに賛成する人が約70%と多いにもかかわらず「実際に書面を作成している」人は約3%、また年齢が高いほど実際に書面を作成している割合が高くなる傾向にあることも、情報や経験の差が原因としてあると考えられる。生の延長線上としての死をどのように迎えたいのか考えるのかはどのように生きたいのかということにも繋がる。その方法の一つに尊厳死を選択することは必ずしも糾弾されるべき事項ではないと考える。しかし尊厳死を法制化すべきか否かを議論する前に、知らなければいけないこと、深く議論しなければならないこと、改善・整備をしなければならないことはまだ数多あるのではないか。この問題に関し国民は高い関心を持っている現状があるならば、医療機関やあるいは国全体をあげ積極的な情報提供、議論が早急に求められる。その上で個々人が死を含めてどのように生きるのか、自由に選ぶことができるような制度・仕組み作りが今の日本の喫緊の課題ではないだろうか。

おわりに

以上、本論文では尊厳死の法制化は必要なのかという疑問から出発し、安楽死が世界と日本でどのように扱われているのか比較、また医者や患者など立場別に安楽死はどのように捉えられているのか分析し、その一端を明らかにすることを試みてきた。その結果、死は普遍的な事象であるが、その迎え方は個別的であるゆえ、一般化した法や制度にのっとって語ることは非常に困難であることがわかった。そして、患者本人の意志を尊重した治療

を行うことができるしくみ作りなど尊厳死の法制化以前に整えるべき制度が多々あることを述べた。

また本論文では、尊厳死が法制化されていない日本との比較材料として挙げた諸外国の合法化された事例について、どのようなプロセスを経たのか、その際起こったであろう侃侃諤諤の議論はいかなるものだったかの情報をつぶさに得ることができなかった。各国の合法化に至るまでの軌跡を詳細に鑑みれば、日本に数多残されている課題解決の糸口がより具体性を持って見えてくるだろう。

参考文献

- 荒川迪生,2015,「医学的観点から見た終末期医療における治療・延命措置の差し控えや中止における問題・課題と患者の意志決定について」『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—』 13-21
- 板井孝彦,2011,「ACP（事前ケア計画）としての事前指示—患者医師の「共有プロセスを支える臨床倫理サポート—」『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—』 63-72
- 小迫富美,2015,「がん看護領域における終末期の治療の差し控えや中止に関する患者・家族の意志、看護師の苦悩」『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—』 22-29
- 岡部耕典,2015,「『尊厳』死と終末期医療のエコノミー」
- 児玉真美,2013,『死の自己決定権のゆくえ：尊厳死「無益な治療」』（大月出版）
- 児玉聡、前田正一、赤林朗編「富山県射水市民病院事件について—日本の延命治療の中止の在り方に関する提案」『日本維持新報 別冊 第 4281 号』
- 小松美彦,2006,「『尊厳死法制化』の歴史的構造を概観する」『九州国際大学教養研究』 13-2
- 終末期医療に関する意識調査等検討会(2014)「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—175-197
- 聖公会神学院校長,2006,関正勝「尊厳死法制化を巡って」『キリスト新聞』
- 立川龍彦,2002,『新版 自己決定権と死ぬ権利』（東海大学出版会）
- 東京財団研究報告書（2004）
[http://www2f.biglobe.ne.jp/boke/anrakusi.pdf#search='%E3%82%AA%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%83%80+%E5%AE%89%E6%A5%BD%E6%AD%BB+%E8%A6%81%E4%BB%B6'\(2015/11/20\)](http://www2f.biglobe.ne.jp/boke/anrakusi.pdf#search='%E3%82%AA%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%83%80+%E5%AE%89%E6%A5%BD%E6%AD%BB+%E8%A6%81%E4%BB%B6'(2015/11/20))

時の法令 1496 号,1995,40-46

トニー・ホープ,2007,『医療倫理』岩波書店

中島みち,2007,『「尊厳死」に尊厳はあるか—ある呼吸器外し事件から』岩波書店

日本医師会 第 IX 次生命倫理懇談会,2006,『「ふたたび終末期医療について」の報告』『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—』136-156

日本尊厳死協会,1993,『尊厳死』講談社

山口育子,2015,「患者・家族からの電話相談を通して見えてくる、終末期における治療の差し控えや中止の問題について」『終末期における治療の差し控えや中止とその倫理的問題—よい死を迎えるために—』30-33

図表

図 1－1 安楽死の分類

