

安楽死・尊厳死と死の自己決定

Y. S

目次

はじめに

1. 自己決定と自己決定権

- 1.1 自己決定と自己決定権の違い
- 1.2 自己決定権の課題

2. 安楽死・尊厳死をめぐる各国の状況

- 2.1 日本の安楽死・尊厳死
 - 2.1.1 日本での安楽死・尊厳死の定義
 - 2.1.2 日本の安楽死・尊厳死の事例
- 2.2 世界各国の安楽死・尊厳死
 - 2.2.1 安楽死や尊厳死が認められている国
 - 2.2.2 オランダの安楽死・尊厳死の事例

3. 日本における尊厳死法制化の現在

- 3.1 尊厳死法制化の流れ
 - 3.1.1 尊厳死法制化を推進する団体—日本尊厳死協会—
 - 3.1.2 尊厳死法制化に反対する団体—安楽死・尊厳死法制化を阻止する会—
 - 3.1.3 尊厳死法制化の問題点
- 3.2 尊厳死法制化と自己決定権—尊厳とは—

4. 死の自己決定について考える

- 4.1 死の自己決定のこれから
- 4.2 自己決定権に頼らない自己決定—求められる社会の姿—

おわりに

参考・引用文献

はじめに

大学に入ってから、多くの分野の講義を受け、様々な問題に触れ、考えてきた。その中で、社会福祉に関心を持ち、『『新たな福祉のかたち』を求めて』とテーマに掲げるゼミを選んだ。ゼミでは、障害者や生活困窮者、外国人労働者やセクシュアルマイノリティなど、社会的弱者と呼ばれる人々を取り巻く問題について学び、それまで知ることのなかった社会の構造に驚いたり、ショックを受けたりした。自身の知識の乏しさや偏見を持っていたことに気づくこともあった。社会の抱える問題に向き合い、考えていく中で、最も自身の考えをまとめることができなかつたのが、安楽死・尊厳死についてであった。ゼミの授業で、実際に安楽死・尊厳死を遂げた人の考えを聞けば、認められるべきであると思い、安楽死・尊厳死に反対している障害を持つ人の意見を聞けば、認められるべきではないと思った。自身の意見が揺れる中、安楽死・尊厳死の是非について考える上では「自己決定権」の存在が重要であるのではないかと思うようになった。自分のことは自分で決定することができるという自己決定権であるが、調べていくうちに負の側面があると分かり、「自己決定権」自体に疑問が生じた。

そこで本論文では、安楽死・尊厳死と自己決定権をテーマとして設定し、その結びつきや誰にでも必ず訪れる「死」というものに法律が介入することの意味について考え、死の自己決定権のあるべき姿を問い直したい。

第1章では、自己決定権について述べる。自己決定権とはどのような権利なのか、自己決定権と自己決定の違いとは何かを明らかにする。そして、自己決定権に潜む課題やリスクについても言及する。続く第2章では、日本・世界における安楽死・尊厳死の現状をそれぞれみていく。安楽死や尊厳死に世界共通の定義は存在せず、安楽死・尊厳死という言葉の意味が日本と他の国とでは異なる。また、日本で安楽死と一口に言っても、死に至らしめる手段によって呼称が分けられている。それらを整理し、本論文における言葉の定義を示す。そして、日本とオランダで実際に起こった安楽死・尊厳死に関する事件とその判例を取り上げ、それぞれの国でどのような反応があり、影響を及ぼしたのかを明示する。第3章では、日本における尊厳死法制化に関して、これまでどのような動きがあったかをみていく。尊厳死法制化に賛成派である「日本尊厳死協会」と反対派である「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」の両方の視点の主張をもとに、尊厳死法制化の問題点を考察する。さらに、自己決定権は尊厳死法制化にどのように関わってくるのかを検討し、「尊厳」とは何かを明らかにする。最後の第4章では、死の自己決定権はこれからどうあるべきなのか見解を述べ、自己決定権に頼らない自己決定を実現するための方法を検討する。そして、そのためにはどのような社会が求められるのかを示したい。

1. 自己決定と自己決定権

「自己決定権」という権利を聞いたことがあるだろうか。自己決定権は日本の法律には明

文規定はないが、日本国憲法第13条が保証する「幸福追求権」の一つとされている。立山(2002:10)によると、「自己決定権とは一般に、個人が一定の私的事柄について公的権力から介入・干渉されることなく、自ら決定することができる権利」と解釈されていて、「アメリカでは、プライバシー権の一種としてとらえられている」が、日本においては、「プライバシー権の自覚化が、個人情報の自己管理という要求から始まったにもかかわらず、その『情報』の枠を超えて、自己の生き方そのものの自己決定・自己管理を要求し、自己の運命を決定する権利として存在するようになった」という。

小松(2004:10)によると、「他人に迷惑をかけなければ、自分のことは自分で決めてよいとする」自己決定権の考え方は強い説得力があり、「個人主義を重視するいまの世の中で、反対する理由を見つけるのが難しい」面があるという。また、「他人ではなく己で責任を引き受けるという態度には、権利以前の倫理的な響きがあって、むしろ美しいという印象を受ける人がいる」と述べている。しかし、自己決定権には、看過できない大きな問題がいくつもある。本章では、そんな自己決定権という言葉に潜む危うさを明らかにしていきたい。

1. 1 自己決定と自己決定権の違い

この節では、小松(2004:100-101)の考えを参照することとし、必要あれば引用している。

自己決定というのは、起こっている事柄自体のことであり、また生の具体的な局面で、私たちが絶えず行っている個々の判断や選択そのもののことである。そのため、人間が、自己決定なしに通常の社会生活を送ることは、とてもできないと言える。一方で、自己決定権というのは、自己決定することを、社会や国家が、個人の権利として認めるということである。「する」、あるいは「せざるを得ない」のが自己決定であるのに対して、「認められる」、あるいは「するために使う」のが自己決定権であるということができる。

私たちは、いつも他者とのかかわりのなかで自分の行動を決定しており、同じように、自分が決定した行動は、いつも周りの他者たちに少なからぬ影響を及ぼしている。

自己決定とは、そのような他者との複雑な網の目のなかで行われるしかないものであり、そういう意味では、純粋な自己決定はない。私たちの行う決定は、好むと好まざるとにかかわらず、いつも本質的に共決定であることを強いられている。しかし、他者との具体的な関係に留意する限り、自己決定と呼ばれるものを重視すべきことは明らかである。

これに対し、自己決定権は、普遍的だと措定されている抽象的な規範、または場合によって単なる規則である。普遍的な規範や規則であるため、個々の具体的な場面の悩みや葛藤には、はじめから配慮していない。配慮は、法や権利そのものではなく、その運用に任せられるということになる。

自己決定と自己決定権を混同することは許されないが、明確に違いを意識されることはなかなかない。違いが意識されないために、運用の場では、自己決定権の原則性の方が重視されることになり、個々の場面や人間のつながりのもつ具体性は切り捨てられてしまう。

自己決定権には、そういった原理主義的な危うさがある。自己決定権という言葉があるおかげで、多くの隠れた意図や貴重な人間関係などが、実に簡単に忘れ去られてしまう。次節では、そんな自己決定権が抱える問題をみていく。

1. 2 自己決定権の問題

小松(2004:36-42, 44-46)によると、自己決定権という考え方には、4つの意味で根本的な問題があるという。

- ① 人が生きていくすべての場面において、個人が何かを決めるということが、個人の問題にとどまることなど、決してない。安楽死はたしかに本人が決定するのだろうが、誰かが安楽死したときには、当然ながら、周囲の人たちにもその影響が及ぶはずである。言われてみれば当たり前のことでも、自己決定権という響きのよい言葉があることによって、死ぬ本人の周囲にまで配慮を及ぼすことがほとんどない。
- ② 安楽死と自己決定権との関係を見てみると、自己決定権がベースになって歴史上最大の災厄¹が起きている。ナチス・ドイツの安楽死法案の第一条には、「不治の病に犯された者は、自ら死を選ぶ権利を有する」という趣旨の文言があり、これは、そのまま今日の「死の自己決定権」に相当する。本人の意思によるという自己決定権にかかわる言葉が、もし法律に書かれていなかったとしたら、おそらく多くの人をもっと強く抵抗したに違いないと考える。この言葉が謳われ、その美しい響きが無為に受け入れられてしまったからこそ、人々の抵抗が鈍ったのだと思う。
- ③ いったん自己決定権を盾にしてしまうと、さまざまなことに関して、自分のことは自分で決めればいいのだから、他人には口を出してほしくないという壁ができてしまい、結果として自己決定権が他者同士のコミュニケーションを遮断・排除する道具として機能してしまうと危惧される。自己決定権には、そういった自閉的な傾向を促進する力があると思う。自己決定権を認めてしまうと、すでに行われている脳死・臓器移植や出生前診断はもちろん、尊厳死や遺伝子操作、さらにはクローン人間や自殺に至るまで、私たちにとって由々しき事態が全て他人事に陥ってしまうのではないか。そうなれば、自己決定権の承認という美名の下に隠れた私たちの無関心をよそに、あとはなし崩し的に事態が進んでしまう危険性がある。
- ④ 死は果たして自己決定できるのかという問題。私たちの日常は、手帳を開くか開かないか、鉛筆を手にするかしないかなどと、小さな自己決定の積み重ねでできている。極論すると、そういった些細な自己決定が可能なのは、手帳や鉛筆が自分の所有物だからである。所有物だからどう扱おうとかまわないのであって、それが自己決定にかかわる権利関係の、最も物理的な構図だと思う。しかし、死というのは一個人に閉じ込められたものではなく、周囲の人全てにまたがる、人間関係のなかで起きる事柄であると言える。すなわち、死は関係のなかで成立し、関係のなかでしか成立しないものなのだから、人は死を所有も処分もできないということである。それを、まるで死が個人の所有物であるかのように捉え、無理に個人の枠に閉じ込めようとするのが、死の自己決定権という考え方だと言える。所有物ではないものに個人が決定を下すのは不可能であり、ましてやそこに権利概念をあてがうのは、死の本質を根本的に見誤っているとしか思えない。

¹ ナチス・ドイツによって、最終的に国家規模の安楽死の実施にまでいってしまった優生政策という悪夢のこと(小松 2004:37)

このように自己決定権という考え方の4つの問題点を指摘する小松は、「自己決定を権利化すると、権力の道具になる」（同上 15）とも述べている。

私たちの多くは、目の前で人がぶつかりそうになったら、思わず声が出てしまう。これは、考えてから「声を出す」のではなく、先に「声が出る」というような無意識の行動である。このように、私たちの行動には言葉で考えるよりも先に体が動くということがあり、自己決定には、そういった具体的な生の実相がまるごと含まれている。これに対して、自己決定権は、言葉によって普遍化された人為的な権利であり、思弁によって客観化された制度であり、さらには個別の実相を他人事に変えてしまう装置である。したがって、いつでも政治的な恣意によって道具にされるという危険性をもったものなのであると主張する。（同上 15）

また、自己決定権と切り離すことができないのが自己責任論である。その背景には、自己決定権の考え方が90年代の日本に広まった1つの要因である「新自由主義」にあると小松（2004:26）は述べている。新自由主義とは「国家経済が逼迫するという昨今の状況为背景に、個人の自由を全面に強く押し出す一方で、これを自己責任とセットにして事に当たろうとする考え方」（同上 26）であり、そのなかには、「長引く世界的な経済不況の下で、国家財政にかかる福祉政策のコストの圧迫を軽減するために、福祉国家として抱え込んだ国家の課題を、都合よく個人に転嫁、皺寄せしようとする動き」（同上 26-27）がはじめからあり、「自己決定権という口当たりのよい考え方が、国家権力の意図を隠すために有効に機能している」（同上 27）という。このように、自己決定権が日本に広まったときから、自己決定権と自己責任論は結びついているのである。

2004年4月のイラクへの自衛隊派兵を発端とする日本人の人質問題が起きた際に、「自己決定権を抑圧して自己責任を問う姿勢は、自己撞着でしかない」（同上 12）という考えが世間にはあったという。これに対し小松は、「この部分をひっくり返せば、形式論理のうえでは、『自己決定権を認めれば、自己責任を問うてもよい』という論理が待っている」（同上 12-13）と危うさを感じている。そして、自己決定権を認めれば、自己責任を問うてもよいと単純に考えることが人々の自己決定を損なうものとして働きかねない、言い換えれば、自己決定権が自己決定を妨げることになる、と小松（同上 14）は主張する。

自己決定と自己決定権とは全く違うものであり、自己決定＝自己決定権と単純に考えていると、権利という制度的なし弁の土俵の上で、思わぬ落とし穴にはまってしまう危険がある。

2. 安楽死・尊厳死をめぐる各国の状況

『安楽死』や『尊厳死』というものについて、何か世界共通の定義とか、学問的に公認されている定義というものは存在しないと安藤（2019:12）は述べている。この点は、安楽死や尊厳死について議論する上での混乱を避けるために、知っておかなければならない事実である。また、安藤（同上 13）によると、「安楽死」という語が意味しているのは、「安楽には死ねないような状況」において、その人の死をもたらすような何らかの意図的行為によって、「安楽死」を実現すること、逆に言えば、「苦痛に満ちた生を終わらせること」「そこ

から解放すること」であり、「尊厳死」とは、「尊厳がない、尊厳が奪われている（ように見える）状態で生きている（生かされている）状況」において、「尊厳（ある）死」を実現することを指している。「安楽死」＝「安楽な死」、「尊厳死」＝「尊厳ある死」とそのまま解釈してはならないということを理解する必要がある。

1 節では日本、2 節では諸外国における安楽死・尊厳死の状況をみて考えていく。

2. 1 日本の安楽死・尊厳死

2. 1. 1 日本での安楽死・尊厳死の定義

先述の通り、安楽死や尊厳死について共通の定義はないが、この論文での「日本における『安楽死』、『尊厳死』」という言葉が指す意味を定めておく。

まず、安楽死について、「安楽死を執行する方法の違いを基準に、一般的には四種に大別される」と小松(2012:25)は述べている。その四種について、それぞれの特徴を小松(同上 25-26)の考えをもとに下記にまとめる。

【積極的安楽死】

医師が塩化カリウムなどの致死薬を投与することによって、患者を死へと導くもの。

【消極的安楽死】

人工呼吸器や経管栄養などによる延命治療と呼ばれるものを最初から実施しない、あるいは実施後に中止することによって、より自然に近いとされる死を迎えるもの。

【医師による自殺幫助】

積極的安楽死と似ているが、積極的安楽死は医師みずからが致死薬を患者に注射などで直接投与するのに対して、医師による自殺幫助は致死薬を処方して患者に渡し、その服用の判断を患者に委ねるといったもの。

【間接的安楽死】

末期癌などで激しい疼痛に見舞われた場合、疼痛を緩和するために呼吸や心拍動に対して悪影響を与えかねないモルヒネなどを投与する。このように、元来の目的は疼痛の緩和であったものの、その結果として死亡すること。人為的に死を迎えることを目的としていない点で、前三者と質的に異なる。

以上のように、安楽死は基本的に四種に区分され、その区分の基準は安楽死を迎える方法の違いによる。

次に尊厳死についてだが、日本では消極的安楽死と同一視されることが多い。その背景には、後述する「日本尊厳死協会」の戦略が大きくかかわっているという。日本尊厳死協会は、「日本安楽死協会」という名称で設立し、安楽死全般の制度化を目指していたが、安楽死という言葉がナチスを彷彿させ社会的に受け容れがたいなどの判断で、日本尊厳死協会に改名した。そして、安楽死の意味を積極的安楽死に限定する一方で、消極的安楽死を尊厳死と呼んだ。日本尊厳死協会のこの言葉遣いが、マスメディアや国家によっても踏襲されるよう

になり、一般社会へと拡散したのである。(同上 26-27)

この、日本での尊厳死と消極的安楽死が等置される特殊な事態は、欧米では通用しないと小松(同上 26)は言うが、それについては次節で述べたいと思う。

2. 1. 2 日本の安楽死・尊厳死の事例

日本で具体的に安楽死・尊厳死の問題が社会的に取り上げられるようになるのは戦後になってからである。以下、話題となった事件と司法での判決を3つ取り上げ、みていく。

成吉善事件(1946年)

脳出血で全身不随の母(当時 56 歳)の求めに応じて、息子が青酸カリを飲ませて殺害した事件。前年に父が単身、朝鮮に引き上げたのち、病状が悪化し、帰国の望みも絶たれ「早く楽にしてくれ」と懇願する母の心中を察して、青酸カリ溶液を母に飲ませ、死に至らしめた。東京地裁は、嘱託殺人罪(刑法 202 条)で、懲役 1 年、執行猶予 2 年の刑を下した。犯行当時、母は疾病により激しい肉体的苦痛に苦悩していたとは認めがたく、むしろ、帰国の望みを絶たれて、失意落胆して死を嘱託した。疾病による肉体的苦痛が激しいではない以上、精神的苦痛を取り除くため死を引き起こす行為があっても、これを正当化することはできないと裁判所は判断した。(松田 2018:6)

これは、日本における初の安楽死裁判であったが、ここで裁判所が判断したのは、精神的苦痛は安楽死成立の要件たり得ないということのみで、適法な安楽死概念は明確にされなかった。(立山 2002:50)

山内事件(1961年)

脳出血で全身不随の父(当時 52 歳)が、激痛を訴え「早く死にたい」「殺してくれ」と大声で叫ぶほどになっていた。父の苦悶の様子に耐えられなくなった息子は、父の願いを受け入れ、病苦から解放することこそ父への最後の孝養であると考え、牛乳に有機リン殺虫剤を入れ、事情を知らない母がその牛乳を父に飲ませて死に至らしめた。名古屋高裁は、嘱託殺人と認定し、懲役 1 年、執行猶予 3 年の刑を下した。この事件の判決のなかで、名古屋高裁は、「違法性阻却事由としての安楽死の要件」として下記の 6 点を示した。

- (1) 不治の病に冒され死期が目前に迫っていること
- (2) 苦痛が見るに忍びない程度に甚だしいこと
- (3) もっぱら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表示をできる場合には、本人の真摯な嘱託または承諾のあること
- (5) 原則として医師の手によるべきだが、医師の手により得ないと首肯するに足る特別の事情の認められること
- (6) 方法が倫理的にも妥当なものであること

裁判でこのように安楽死の要件が示されたのは世界初であり、国際的にも注目された。本件の場合には、このうち(5)「医師の手により得ないと首肯するに足る特別の事情」がなかったこと、(6)「方法が倫理的にも妥当なもの」ではなかったこと、この 2 つの要件を満たしておらず、安楽死としての違法性を阻却するに足るものではないと判示された。(松田

東海大学病院安楽死事件(1991年)

この事件は、医師が関わった日本初の安楽死事件であり、メディアで大きく取り上げられた。東海大学医学部助手であった医師が、附属病院に多発性骨髄腫で入院していた男性患者の長男などから依頼され、患者を死に至らしめた。「苦しむ姿を見てられない」などとして治療行為の中止を求められ、迷った末に、点滴やフォーリーカテーテルなどを外して治療行為を中止した。しかし、その後も苦しそうな息をしていた父をみていた長男から、「楽にしてやってほしい、早く家に連れて帰りたい」などと再三言われる。医師は、末期状態にあり死が迫っていたこの患者に息を引き取らせることを決意し、塩化カリウム製剤などの薬物を患者に注射し、死亡させる。裁判では、安楽死の是非自体が問われ、横浜地裁はその判決で、医師による積極的安楽死として許容されるための要件として、次の4つを示した。

- (1) 患者が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

これは、先述の名古屋高裁の6要件に継ぐものとして注目された。判決は、(4)の患者自身の意思表示がないとし、刑法202条の嘱託殺人ではなく、199条の殺人罪として、被告人に懲役2年、執行猶予2年の刑を言い渡した。

この事件と判決は、積極的安楽死の案件として関心を持たれた。起訴事実、末期がん患者に塩化カリウムを静脈内注射して心臓マヒで死亡させたという殺人罪であるが、事の発端は治療中止にあった。そのため、本件は単純な安楽死ではなく、治療行為の中止をめぐる問題をも含んでいる。(同上8-10)

このように、法での整備がされていない中でも安楽死や尊厳死にまつわる事件は起こっていたのである。3つの事件を取り上げたが、東海大学病院安楽死事件は治療行為の中止との延長線上で、医師が患者に致死薬を投与して死亡させたケースであり、治療行為の中止と積極的安楽死の両面を含んでいる点で複雑である。これに対し、成吉善事件、山内事件は病者が肉体的にもひどく苦しんでいる、苦痛を和らげる方法がほかにない、死期を早めて苦しい時間を短くするしかないなどの切迫した状況が前提となった。このような安楽死を「古典的安楽死」と松田は捉えている。緩和医療薬学の発展などによって、大抵の肉体的苦痛はコントロールできるようになったため、こうした「古典的安楽死」問題は、いまではほとんど存在しないという。(同上11)

しかし、現在、積極的安楽死や医師による自殺幫助が合法化されている国がある。安楽死や自殺幫助の合法化の広がり背景には、死を希望する理由が肉体的苦痛ではなく、「精神的な苦痛や、生きる意味の喪失、自立・自律・尊厳の喪失、周りに迷惑・負担をかけたくないなどが理由になっているから」(同上12)であると松田は主張する。次節では、これらの国々の状況を明らかにしていく。

2. 2 世界各国の安楽死・尊厳死

前節でも触れたように、欧米では、尊厳死は消極的安楽死と同一ではない点で日本とは異なる。小松(2012:27)によると、尊厳死は「そもそも安楽死一般と明確に区別されている」という。安楽死と尊厳死は、「治療の継続よりも死を優先する」という共通点があるが、「死を優先する動機や背景要因の違いによって分かたれている」。(同上 27)

小松(同上 27)の考えをもとに安楽死と尊厳死の違いを以下に記す。

安楽死とは、苦痛を取り除く方法が死以外にないとされる状況で、苦痛に苛まれた状態で生きるよりは安らかな死を選ぶというように、背景要因や動機が安楽志向にある。

一方尊厳死は、患者が種々の医療チューブにつながっていて、自分で食事も摂れず用便もできないなどの日常を尊厳を奪われた惨めな状態と捉え、医療の続行を拒否して尊厳に満ちた死を選択するというように、ベースが尊厳志向にある。

このように、安楽死と尊厳死の相違とは、死を選ぶ背景要因や動機が安楽志向にあるか尊厳志向にあるか、この相違にほかならない。東アジア文化圏に住む私たちにとっては単なる言葉の違いにしか感じられなくても、キリスト教文化圏では、尊厳と訳される“dignity”という言葉こそ、東洋からではわかりにくい伝統的で重要な意味が深く溶け込んでいる。(同上 27)

2. 2. 1 安楽死や尊厳死が認められている国

ここでは安楽死や尊厳死が認められている7つの国を取り上げ、それぞれの国で安楽死や尊厳死が認められていった動向を明らかにしていきたい。

アメリカ

立山(2002:68)によると、「世界で初めて安楽死法案に関する住民投票が行われたのは、1991年のワシントン州とカリフォルニア州においてであった」という。いずれも安楽死法案に反対する住民の数が多数を占め法制化は見送られたが、次に1994年にオレゴン州で住民投票が行われ、今度は小差で、安楽死に関する法案16(通称メジャー16²)が認められ法制化された。松田(2018:81-82)によると、その後「反対派の訴訟などにより、差し止められていたが、紆余曲折を経て1997年に再度の住民投票の結果、法は施行されることに」なり、現在も施行されている。その法案の運用実態としては、1998年から2017年に致死薬を処方され、それを服用して死に至った人は1275人。そして注目すべきは自殺を希望した理由の90.5%を占めているのが、自律の喪失であることだと松田(同上 85)は述べている。医師による自殺幫助を合法化する法律は、他州にも広がっている。松田(同上 88)によると、現在ア

² 余命6ヶ月以内と診断された精神的判断力のある成人(18歳以上)の末期患者が安楽死を申し出た場合、a 15日の猶予期間を置き別の医師が病状を確認する。b 患者は二人以上の証人の前で安楽死の意思を書面に作成する。c 主治医は、患者の意思に変更がないことを確認したうえで、生命を絶つに必要な経口薬を処方できる、というもので、医師は処方箋を書くだけで患者自らが自殺薬を飲むわけであり、実際にはこの法律は「自殺幫助容認法」といふべきものである。(立山 2002:68)

アメリカでは、オレゴン、ワシントン、モンタナ、ヴァーモント、ニューメキシコ、コロラド、ハワイの各州とワシントン DC で医師による自殺幫助が合法となっている。

オランダ

立山(2002:70-71)によると、オランダ上院は、2001 年安楽死を可決し、「国としては世界で初めての安楽死を合法化する法律」がオランダで成立した。オランダ医師会による安楽死の定義は、「本人の明確な要請によって、第三者が要請者の生命を故意に終焉させること」となっている。この点で、先述のオレゴン州のメジャー16 との相違は、医師が患者に対し致死薬を直接投与できる点である。松田(2018:13)によると、「この法の制定によって何か新しい事態が切り拓かれたわけではない」という。オランダでは、すでに1970年代から安楽死をめぐる多くの事件や裁判があり、それらが安楽死の合法化に大きく道を開いた。2001年に成立した新法は、それまでの裁判で「積み重ねられてきた既成事実」に法的な承認を与えるもの(同上18)である。松田(同上21)によると、法が施行されてからは年々安楽死の届出は増加し、2017年には6585件あったという。この年の年間死亡者数は15万人を超え、全死亡者の4.4%が安楽死法に基づいて自らの生命を終結させた。年間死亡者の20人に1人という割合に近づいている。また、松田(同上24)は「オランダでは家庭医制度がしっかり根付いている」と述べている。オランダに在住する人は、車で15分圏内の家庭医に登録しなければならないという規則があるため、家庭医は患者を長期にわたって診療し、患者の生活、性格、信条、家族関係なども熟知していて、患者との信頼関係もある。オランダの安楽死制度の特徴は、こうした家庭医制度を基盤にした患者と家庭医との親密なコミュニケーションが前提となっている点にあるとすることができる。

オーストラリア

立山(2002:80-81)によると、「世界で初めて安楽死法が成立したのは、オーストラリアの北部準州においてであった」という。北部準州の議会は、1995年に安楽死を合法化した「末期患者の権利法」を、議員立法で可決成立させた。この法律は、末期患者が医師の手によって、人間的に自発的に生命を終わらせたいと望む権利を保証するものであり、安楽死を希望する患者はフローチャートに記されている23の要件³をすべて満足させることが必要である。北部準州では安楽死概念を「現代医療の延命技術が、苦しみを伴った『生』を作り出し、その苦痛を命を絶つことによって終わらせるもの」としている。しかし、松田(2018:79-80)によると、連邦議員の保守派議員がこの法を無効にする法案を提出し、1997年に成立され発効したという。その結果、「末期患者の権利法」は施行からわずか8ヶ月で効力を喪失した。その後、2017年ヴィクトリア州議会で安楽死を合法化する「自発的臨死介助法」が成立し、2019年に施行された。北部準州は、オーストラリア唯一の準州で、自治

³ 例えば、a 患者本人の真摯な要請があり、それが文書でなされること。b 患者は18歳以上であること。c 死に至る病で苦しんでいたこと。d 病気に対する効果的な治療法がないこと。e 苦痛緩和の治療がなされていること。f 担当医以外の専門医が、患者が末期であることを確認すること等であり、この要件を充足した患者に対して、安楽死を施した医師は罪に問われないことになっている。(立山 2002:80)

権が弱いため、準州の法が連邦の法によって否定される結果になったが、ヴィクトリア州は準州ではないため、北部準州のようにはならないと松田は述べている。

ベルギー

立山(2002:82)によると、ベルギー上院は2001年安楽死を合法化する法案を可決し、2002年に下院で可決したため、ベルギーが「世界で2番目に安楽死が合法となる国になった」。オランダと同時期に安楽死法が成立したが、松田(2018:49-50)によると「オランダが長い時間をかけて安楽死法に到達したのに比べて、ベルギーでは議会や政府での議論はわずか3年間だけであった」という。この法の名前は、「安楽死に関する法」である。オランダの法には、「安楽死」という語は一度も出てこないため、「ベルギーは『安楽死』という概念が法名に入った世界初の法」(同上 50)を成立させたことになる。安楽死の法的定義は「第三者により実施される、本人の要請に基づいてその者の生命を意図的に終わらせる行為」とされている。「2014年には、末期症状の子どもにも死を選ぶ権利を拡大する改正法が成立した。年齢の制限なしに子どもの安楽死法が合法化された」(同上 52)のである。松田(同上 52)は、「安楽死の年齢制限を法的に完全撤廃した⁴のは、ベルギーが世界初であり、世界を驚かせた」という。しかし、人生経験がまだ少ない子どもに、「死を選ぶ権利を認めることが、はたして子どもの人権を守ることになると言えるのか、疑問が多い」(同上 54-55)と松田は述べている。

ルクセンブルク

松田(同上 65)によると、ルクセンブルクの議会では、2009年に「安楽死および自死介助に関する法律」が成立した。一定の条件のもとで行われた医師による安楽死および自死介助を非犯罪化する法であり、この非犯罪化をめぐる20年以上におよぶ国民的議論があり、国会審議も1996年から始まっていた。現在の法に直結する法案は2002年に議会に提出され、7年間議論が積み重ねられ、ようやく可決された。しかし、国家元首が、自らの良心を理由に、この法律への署名を拒否したため、議会が決定した法律を公布できないという事態に陥った。ルクセンブルクの憲政史上初の危機に、議会は、法律の公布によって国家元首の署名を必要としないように憲法を改正して、安楽死法をようやく公布する。ルクセンブルクの安楽死法は憲法を変えてまで求められていたということである。ルクセンブルクでは、安楽死法と同日に、「緩和ケア、事前指示書および看取りに関する法律」(以下、緩和ケア法)が成立した。これが「ルクセンブルクの安楽死法整備の大きな特徴である」と松田(同上 69)は述べる。両法は、「死の質の良さ」を保障するための「車の両輪」であり相互補完的な関係にあるととらえられたためである。緩和ケア法は生命維持治療の中止などの非犯罪化を目的としており、安楽死法は積極的な生命終結の非犯罪化を目的としている。

⁴ ただし、年齢制限はないが、「事理弁識能力を有する未成年」と規定され、判断能力を持つかどうかについて、児童精神医学者または心理学者に相談し、その能力を証明する必要があるという条件が付いている。(松田 2018:54)

カナダ

松田(同上 72)によると、カナダ連邦議会は2016年に「医療的臨死介助法」を制定した。特徴としては、「医師のみならず診療看護師⁵も安楽死を実施できる点」(同上 75)が挙げられる。医師以外の医療関係者も臨死介助行為をすることが認められたのは世界初である。

「医療的臨死介助法」についてのカナダ政府の説明では、臨死介助を行うことができる者は医師と診療看護師となっており、さらにその臨死介助を手伝うことができる者として、薬剤師、家族または本人が依頼した人、医師あるいは診療看護師を手伝う医療職の3つがある。この点も他の安楽死法には見られないと松田(同上 76)は述べている。

スイス

スイスでも自殺介助が合法的に行われている。松田(同上 89-90)によると、スイスの特徴は2つある。1つは、特別な法が制定されていないこと、2つ目は、合法的な自殺介助が外国人に対しても行われていることだという。スイス刑法 115 条には、「利己的な動機から、人を自殺に誘導し、またはこれを助けたものは、その自殺が実行され、またはそれが遂げられなかった場合、5年以下の自由刑または罰金に処する」とある。この条文を反対解釈し、利己的な動機によらなければ、自殺に関与したものは処罰されないこととなる。1970年代から終末期医療をめぐる議論が活発化し、安楽死の合法化を求める声も強まるが、実際の法制定には至らなかった。そのなかで、1980年代から医師や看護師が中心となって、重篤で不治の病気に苦しむ患者の自殺介助を組織的に行う民間団体が活動を開始した。スイスでは、国家が管理しているのではなく、民間団体が独自にルールを定めて、自殺介助を行っているのである。しかし、明確な法規制がないまま組織的な自殺介助がなされることにさまざまな疑念が出され、2000年以降も、連邦議会で安楽死や自殺介助の合法化などをめざす提案がいくつかなされたが、反対意見もあり、合意に至らなかった。そして、スイス連邦政府は状況を深く検討した結果、「組織的な自殺介助を刑法で明確に規制する必要はない。もし刑法を改正して、国家としてとくに組織的な自殺介助団体を合法化した場合、保護に値する命と保護に値しない命が存在するという印象を与えることになり、人間の生命の不可侵を相対比する結果になる。法改正はかえって不利益をもたらす」(同上 91)という結論に達した。

このようにそれぞれの国で安楽死や尊厳死を認める動きが広まっているが、その動きはこれから他の国でも進められるべきものであるのだろうか。国によって文化や風習は異なるため、単に他国を真似して、流れに乗って法制化するというのがその国にとって最善であるとは限らないと考える。

2. 2. 2 オランダの安楽死・尊厳死の事例

ここでは、松田(同上 13)が「合法化の歴史が最も長く、「世界で初めて安楽死を合法化した国」と述べるオランダで実際に起こった事件と司法での判決をみていく。

⁵ 一定以上の職務経験を積んだ看護師がさらに専門職大学院などを修了し試験に合格したうえで与えられる上級の看護師の資格。(松田 2018:75)

ポストマ医師安楽死事件

宮下(2018:64)によると、本件がオランダの安楽死合法化の気運を高めたきっかけになったという。脳溢血で倒れた母に対して、娘であるポストマ医師が、モルヒネを打って死に至らせた後、警察に自首した事件である。彼女が嘱託殺人で起訴されると、国民から、母を苦しませずに逝かせようとしたポストマをなぜ罪に問えるのか、という同情の声が集まった。これが安楽死運動の呼び水になったという。1973年、レーウワールデン裁判所で、被告人は禁固1週間執行猶予1年の判決を下された。被告人の鎮痛剤投与は認められたが、致死量のモルヒネを使ったことが有罪とされたのである。実刑を免れたのは世界でも驚きとともに受け止められたと宮下は述べる。松田(2018:14)によると、裁判所は裁判のなかで、安楽死について以下の3条件を満たした場合には、医師は刑を免除されると判示する。

- (1) 医学上、患者は不治の疾患であると考えられること
- (2) 患者が身体的もしくは精神的に耐えがたいか、もしくは激烈なほどに苦痛に苛まれていること
- (3) 患者が事前に文書もしくは口頭で、自己の生命を終結させて苦痛から解放してくれるようにとの明示的な意思を表明していたこと

この判決は以後の議論にも大きな影響を与えたと松田は述べる。

ピーター・アドミラール医師事件

立山(2002:77-78)によると、本件は精神的苦痛による安楽死が初めて裁判になった事例であるという。末期でもなく、肉体的苦痛もなかった患者を安楽死させて、嘱託殺人罪で起訴された事件である。当時34歳の患者は、難病で7年間寝たきりで精神的に追い詰められており、喉が詰まって窒息する恐怖にとりつかれていた。そのため、医師に対し安楽死を施してくれるよう1年ほど前から訴え続けていた。この患者の嘱託を受け入れて、その生命を終結させたアドミラール医師が起訴された本件だが、オランダにおいて精神的苦痛を理由とする安楽死が、司法の場で初めて問われたケースである。1984年、ハーグ地方裁判所は被告人に対して無罪判決を行った。その理由として、患者が何一つ自分自身で行うことができない事実が、十分に耐え難い精神的苦痛に該当するとした。個人の自立を最重要視するオランダの国民性が、この判決の背景にあったということが出来る。オランダでは、この裁判を契機に安楽死が認められる理由の比重が、肉体的苦痛から精神的苦痛へと移っていった。

ブロンガースマ事件

松田(2018:17)によると、当時86歳の元上院議員ブロンガースマは主治医に対して、わたしは肉体的には健康だが、人生の楽しみと生きる意欲を失った。わたしにはQOL(生活の質)と存在の意味が欠けていると訴え、自死の介助を要請したという。ブロンガースマは死への願望を「わたしは生きることに苦しんでいる」と理由づけた。主治医は二人の同僚に相談後、最終的に自死への介助を受け入れることを決断し、1998年致死薬を与えた。検察は、担当した医師が自死への介助の希望を認める際の法的留意義務を十分に満たしていないという理由で、執行猶予付き3ヶ月の懲役を求刑した。しかし、2000年にハーレム地方裁判所は医師を無罪とする。裁判官は、老いの苦しきも自死への介助の一つの理由となりうると判示したのである。

このような数々の事件と裁判が「安楽死の合法化」という世界初の試みに大きく道を開いたのである。この3つの事件の流れから、オランダでは安楽死が認められる理由がだんだんと広がっていったことが見て取れる。このように「あるひとつのことが認められてしまうと、それに対する抵抗感が薄れて、だんだんとなし崩し的に周辺の別のことまで許容されていってしまう懸念が、『すべり坂』という言葉で表現される」と児玉(2013:26)は述べる。仮に日本で法制化されてしまうと、この「すべり坂」現象が起こりうるのではないかと危機感を抱く。

また、「レメリンク報告⁶」によれば、「終末期に医療方針の決定がなされた4万9000件のおよそ半数では、患者との相談がないままに、患者の命を断つ可能性があるか、もしくはその意図のある決定がなされて」おり、このうち約80%では、「医師が患者に同意を求めなかった理由は、患者にコミュニケーション能力が欠けていた」ことである。つまり、残りの約20%では、「コミュニケーション能力のある患者に対して、医者が一方的にかような医療方針を決定したことになる」と小松(2012:43)は述べる。こうしたオランダの実情が物語るように、「日本にあっても『尊厳死の自己決定権』は、いわば『尊厳死の義務』に転換しかねない」(同上43)のである。

3. 日本における尊厳死法制化の現在

松田(2018:139)によると、日本には終末期医療のあり方を規定した法がない。前章で述べたように、安楽死を合法化している国が徐々に増え、また、安楽死を容認していないとしても、治療の中止や生命維持装置の中止の手続きを法律で定めたり、事前指示の法制化をしていたりする国も多い。法律の整備で日本は遅れていると思っている人は多いと松田は述べる。小松(2012:38)によると、「日本でも消極的安楽死は、法律がないままこれまでに相当数なされてきた」という。それでは、なぜ、あらためて尊厳死(消極的安楽死)の法制化をする必要があるというのだろうか。本章では日本での尊厳死の法制化をめぐる問題を把握したい。

3. 1 尊厳死法制化の流れ

日本における尊厳死法制化の流れには、この後詳しく触れる「日本尊厳死協会」の活動も大きく関係しているが、前述した1991年に東海大学付属病院で起きた事件が直接の端緒になったといえる。この事件は社会の多大な関心を呼び、日本尊厳死協会の活動も活発化させた。しかし、法制化の必要性が世に広く喧伝され、従来からの流れが社会の前面に浮上した決定的な契機は、2006年の射水市民病院事件であると思われる。(小松 2012:21)

射水市民病院事件とは、小松(同上)によると、同病院の外科病棟に入院していた50代か

⁶ 弁護士ヤン・レメリンクを長とするオランダ政府の安楽死調査委員会、1991年(小松 2012:43)

ら 90 代の末期患者など 7 名が、2000 年から 2005 年にかけて人工呼吸器をはずされることによって死亡していたものである。2006 年 3 月 25 日、全国紙夕刊各紙は一面トップで、この事件について報じた。人工呼吸器を外した 50 代の男性外科部長は「患者本人の直接の同意はないが、家族の同意があった。患者のためだ。尊厳死だ」と主張したという。この事件を新聞各紙⁷や多くのワイドショーがスクランダラスに扱うことになったと小松は述べる。

従来は社会的にはあまり知られてこなかった尊厳死法制化の動きが、この事件の報道を機に一気に加速しつつ社会の前面に浮上した。小松(同上 22)によれば、ここで着目すべきは、それらを牽引したかに見えるのが多くのマスメディアだということである。新聞各紙は、事件発覚からこの問題をいっせいに社説⁸で取り上げ、法的整備(やガイドライン構築)の必要性を訴え、テレビ番組でも同種の主張が多くされたのである。

さらに、こうした流れと連動する形で、厚生労働大臣や「尊厳死法制化を考える議員連盟⁹」幹事長が法制化に向けた議論を加速させる考えを示した。そして、日本尊厳死協会も、尊厳死法制化推進の要望書を厚生労働省に提出し、延命治療をめぐる患者本人の意思が不明の場合は、「家族らが意思決定を代行できるよう法律で規定するのが望ましい」と、本人意思を絶対要件としてきた従来の持論を大きく踏み越える見解をまとめ、「尊厳死法制化を考える議員連盟」に提出したのである。(小松 同上 22-23)

このように、射水市民病院での人工呼吸器抜管問題は、尊厳死法の制定問題へと瞬く間に拡大し、2012 年に「終末期における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)第二案」を策定するに至った(松田 2018:139)という。この法案に関して、各党内での意見調整や立法手続きを図っていたが、時間がかかっている現状があった。しかし、今年 3 月、「尊厳死の法制化 超党派の議員連盟が再始動¹⁰」と尊厳死法制化に向けて新たなスタートを切ったことが報じられている。

3. 1. 1 尊厳死法制化を推進する団体—日本尊厳死協会—

前述した「日本尊厳死協会」は、尊厳死法制化に向けた動きの中心的な担い手として活動している。本項では、日本尊厳死協会のこれまでのあゆみや現在の活動内容などを尊厳死法制化に賛成する立場からみていく。なお、以下に示す日本尊厳死協会の歴史や目的などについては、すべて「日本尊厳死協会」ホームページ¹¹を参照することとし、必要あれば引用している。

⁷ 「尊厳死か殺人か」(「毎日新聞」2006 年 3 月 26 日朝刊)、「安楽死か殺人か」(「京都新聞」同日朝刊)、「医師は「尊厳死」を主張」(「東京新聞」同日朝刊)などの見出しが踊った。(小松 2012:21-22)

⁸ 見出しは、「呼吸器外し——治療中止の基準作りを」(「朝日新聞」3 月 28 日朝刊)、「延命治療中止——指針となる法的整備が必要だ」(「読売新聞」同日朝刊)、「呼吸器外し——独断を防ぐ体制が必要だ」(「京都新聞」同 27 日朝刊)といった具合である。(小松 同上 22)

⁹ 2005 年、日本尊厳死協会の要望を受けて設立された。現在「終末期における本人の意思の尊重を考える議員連盟」超党派の国家議員からなる。(松田 2018:139)

¹⁰ 「尊厳死の法制化 超党派の議員連盟が再始動」テレ朝 news
https://news.tv-asahi.co.jp/news_politics/articles/000210896.html (2021.12.10)

¹¹ 公益財団法人日本尊厳死協会 <https://songenshi-kyokai.or.jp/> (2021.12.10)

1976年に産婦人科医で、国会議員でもあった太田典礼を中心に医師や法律家、学者、政治家などが集まって、会員約150人の日本安楽死協会が設立された。1981年には積極的安楽死は認めないことを表明し、1983年に日本尊厳死協会と会名を変更した。1990年には会員1万人、2002年には会員10万人を突破している。会設立の目的は以下である。

(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年以上が経ち、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も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。

ここから分かるように日本尊厳死協会は、リビング・ウィル(終末期医療における事前指示書)の普及を活動の主軸として挙げている。日本尊厳死協会発行のリビング・ウィルとは、人生の最終段階(終末期)を迎えたときの医療の選択について事前に意思表示しておく文書のことである。協会は、病気が治らないことが明らかな「不治」で、なおかつ最期が近づいている場合に、人工呼吸器や栄養を送るための胃ろうなど、延命治療を断りたいと願っている人のために、このリビング・ウィルを発行し、登録管理を行っている。各人が署名したリビング・ウィルを医師に提示すれば、多くの場合、延命治療は施されないことになる。その主な内容は

- ・ 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
- ・ 苦痛を和らげる措置は最大限に実施してほしい
- ・ 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

というものである。協会が亡くなった会員の遺族675人に対して2020年に行ったアンケートでは、95%の遺族がリビング・ウィルの効果を認めているという。このリビング・ウィルを広め、延命治療を断るという死のありかたを選ぶ権利が認められる社会にするためには、尊厳死を法制化し、医師の権利を守ることが欠かせないと協会は主張する。

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、それを外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なければなりません。結果として、意思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・要望活動を続けていきます。

なお、協会は「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」とし、前述した通り、現在は安楽死を支持していない。

3. 1. 2 尊厳死法制化に反対する団体—安楽死・尊厳死法制化を阻止する会—

前項では、尊厳死法制化を推進する団体について述べたが、本項では、尊厳死法制化に反対の立場をとる団体についてみていく。有馬(2019:326)によると、文書で「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」への批判を公にした組織や団体には、NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会、日本 ALS 協会、日本脳性マヒ者協会「全国青い芝の会」、人工呼吸器をつけた子の親の会(バクバクの会)、全国委脊髄損傷者連合会、DPI(障害者インターナショナル)日本会議等があるという。これらの尊厳死法制化に反対する障害者団体、関係団体が集まり、「尊厳死法制化に反対する会¹²⁾」が 2012 年に結成されている。また、2005 年には「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」が発足している。以下、同団体の声明である。

現在、尊厳死の法制化を求める動きが活発化している。(略)リビング・ウィルの署名者を広く募り、尊厳死の法制化をめざすとき、個人の「死ぬ権利」は、「死ぬ義務」となり、弱い立場の者に「死の選択を迫る権利」に置きかわっていかないか。「あのようになってまで生きていたくない」と、生きている人の状態を「あのよう」に見る、自らのうちにひそむ選別の思想こそ振り返る必要がある。尊厳死法制化の動きは、人工呼吸器を使って呼吸し、栄養・水分補給をうけて生活している人々をはじめ、障害者や高齢者に目に見えない恐怖をいだかせるものとなる。(略)生きようとする人間の意思と願いを、気兼ねなく全うできる医療体制や社会体制が不備のまま、「尊厳死」を法制化することは、病に苦しむ人や高齢者に「死の選択を迫る」圧力になりかねない。これらの疑問を措いて、尊厳死を法制化することを、決して認めるわけにはいかない。医療の現実を把握し、検討し、正しい方向を追求するために、私たちは「安楽死・尊厳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をめざそうとするものである。¹³⁾

同団体は、前述した日本尊厳死協会の国会に対する働きかけを「ただでさえ弱い立場の人々に『周りに迷惑をかけずに進んで早く死んでいくように』」促しているのもであると捉え、「法によって自分で決める形をとらせて、進んで『死の行進』をさせられることは許せません」と主張している。そして、「命ある限り精一杯生き抜くことが人間の本質であるという立場」をとり、「家族の負担を考える必要のない社会、緩和ケアを充実する医療の確立」を求めている。¹⁴⁾

3. 1. 3 尊厳死法制化の問題

本節の 1 項と 2 項では、尊厳死法制化に賛成派と反対派それぞれの主張を取り上げた。本項では、そこからみえてくることをまとめつつ、尊厳死法制化をめぐる問題を明らかにする。ここからはその問題を大きく 3 つに分けて考えていきたい。

1 つ目は、法制化されることで「死ぬ権利」が「死ぬ義務」に成り代わり、社会的弱者に

¹²⁾ 尊厳死法制化に反対する会 <http://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/> (2021.12.10)

¹³⁾ 安楽死・尊厳死を阻止する会 <http://soshisuru.fc2web.com/seimei.html> (2021.12.10)

¹⁴⁾ 同上

リスクを強いる点だ。有馬(2019:326-327, 329-330)によれば、「生命維持のために医療措置を要する人は、介護が必要だったり治療費がかさんだりするため、家族など周囲の人々に心理的また金銭上の負担がかかりがちである。また、重い病状の人には、機能障害のある人や高齢者がすくなくない」という。しかし、「どの社会でも、機能障害や高齢者の命の値にかんしては、それを不当に低く評価する差別的偏見が根強く存在する」ため、そういった人々の「生命維持については、本人の意向にかかわらず、周囲が、病人の利益にならないと考える」ことが懸念される。このような状況では、尊厳死が法制化された場合、患者に対して「生命維持を諦めたり死期を早めたりすることを促す周囲からの働きかけが生じうる。患者にもともと機能障害があったり、経済的に余裕がなかったりすれば、その可能性は小さくない」といえるのではないか。周囲としてははっきり言葉にするわけではなく、自覚的でさえないかもしれないが、それでも本人には大きな圧力が加わりうると考えられる。こうした働きかけのもとで導き出された答えだとしても本人の意思だと、それを尊重すべきだといえるのだろうか。尊厳死法が成立した場合、「家族や社会の支援さえあれば、あるいは周囲の圧力さえなければ生命の維持を希望するはずの人まで、支援の不足や圧力のため生命維持を諦めかねない」と有馬は主張する。このリスクが、「周囲の支援を他よりも多く必要とする」人々、「周囲の人々がきわめて否定的な評価を下しがちな」人々、いわゆる社会的弱者に強いられるのである。「もともと周囲の人々の支援を得にくい人々が、支援を得られないということのために生命維持を諦めることを合法化があと押しすることになる」と危惧している。

2つ目は、法制化は個人よりも国家にとってのメリットの方が大きい点である。この問題を理解するためには、1990年代からの尊厳死法制化計画と医療・福祉縮減政策のつながりを見渡す必要がある。小松(2012:38-39)によると、主だったところでは、1996年から97年にかけて、被保険者の診療費負担の倍増、薬剤費の二重負担、老人医療の自己負担などが実施されたという。さらに、2002年に保険診療の自己負担は2割から3割に上がり、2003年には「健康増進法」が施行される。この法律の中には、「国民の責務」という条項があり、「国民は(略)自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と謳われている。憲法第25条で国民の「権利」として保証されてきた健康は、国民の「責務」に反転したのである。そのため、健康でない者や、健康の増進に努めたくても努められない障害者などは、形式論理からすると非国民にほかならないことになる。小松は述べる。疾病や障害を私的な問題へと方向づけるこのような動きは、2005年以降激しさを増したという。「障害者自立支援法」が成立し、障害者の医療や福祉に関する個人負担が、従来 of 所得に応じた負担から定率負担になった。重度の障害者の所得は非常に低い。そのため、定率負担が当事者の多くにとって厳しい現実になることは明らかである。このような医療や福祉の削減の流れの中に尊厳死法制化をめぐる動きはびたりと収まると小松(同上40)はいう。「不健康」が自己責任へと帰着される激流の中に、尊厳死法制化が位置づいていることは、「社会保証が逼迫したご時世にあって、重病者、障害者、老人は、家に帰って自分たちで責任をとってください、それがご無理なら尊厳ある死が法的にも保証されていますよ」という意味であると小松は解釈している。尊厳死の法制化の背景にあるのは、「国家レベルでの経済的合理性にほかならない」という。小松(同上42)は、「経済的合理性と国民の生命とを両天秤にかけ、経済的合理性を取ろうとしているのが近年の日本国家の趨勢なのである」と主張している。

また、前述したように現在は安楽死を容認しない姿勢をとっている日本尊厳死協会だが、もともとは安楽死全般の法制化に向けて活動し、戦略として会名を変更した経緯をみると、尊厳死というものがいつか拡大解釈されてしまうのではないかという懸念がある。それによって尊厳死の対象者の拡大や積極的安楽死が認められるようになったら、ますます国家が個人の死をコントロールしやすくなるのではないだろうか。

3つ目は、事前の意思表示という一時的な気持ちに二度と取り返しのつかない死の選択を委ねている点である。前述した安楽死・尊厳死法制化を阻止する会の声明文にもあったように、リビング・ウィルは、「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」のである。このことに関して日本 ALS 協会は、声明文の中で、以下のように述べている。

難病患者とて命に関わる治療に関しては自分の意思で決定したいと思っておりますが、ALS 等の進行性疾患の場合、早期の事前指示書の作成により治療を断念する方向に誘導されてしまうことが多々あります。重度の身体障害を併せ持つ難病患者が家族に頼らず、個人で生き延びるための保障はいまだ皆無に近い状況にあるため、事前に治療を断って死ぬ覚悟を患者自らが表明してしまうと家族も医師も安心し、呼吸器装着を勧めてくれなくなります。もし、治療を断るための事前指示書やリビングウィルの作成が法的に効力を持つようになれば、ますますこれらの患者は事前指示書の作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになってもそれを伝えることが困難になるため、書き換えはことごとく阻止され、生存を断念する方向に向けた無言の指導(圧力)を受けることが予想できます。(中略)

「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)」は、その内容から難治性疾患患者や重度障害者、遷延性意識障害者、頸椎脊髄損傷者、精神疾患患者、また貧困のために医療や介護の自己負担に耐えられない社会的弱者に対して、冷たく自己決定による治療の断念を迫るものであります。¹⁵

日本尊厳死協会¹⁶によると、リビング・ウィルは「作りたくない方は作る必要がなく、強制されたものは無効」であり、「署名者本人の考え方が変われば、いつでも破棄、撤回することができ」としている。しかしこの声明文から、患者は意思が変わったことを伝えることが難しいことや、法制化されればリビング・ウィルの作成を強いられることになることと予想されることがわかる。人の気持ちは常に変わっていくものだと考える。たとえ今日、死を望むほど落ち込んだとしても、明日になれば気持ちは晴れて笑っているかもしれない。このような経験をしたことがある人は少なくないのではないか。そのような日々変わりゆく気持ち、感情、意思に基づいたリビング・ウィルに取り返しのつかない「死」という選択を委ねることに疑問を抱く。

¹⁵ 私たちは、生命維持に必要な治療を拒否するための法案上程に対し、反対いたします。
日本 ALS 協会

http://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page_3.html (2021.12.10)

¹⁶ 「リビングウィル」とは 公益財団法人日本尊厳死協会
<https://songenshi-kyokai.or.jp/living-will> (2021.12.10)

3. 2 尊厳死法制化と自己決定権—尊厳とは—

ここまで尊厳死の法制化をめぐる議論や問題について述べた。本節では、その尊厳死法制化と自己決定権はどのように関わっているのか明らかにしていきたい。

前節3項では、尊厳死法制化の問題点を大きく分けて3つ挙げたが、そこに「自己決定権」を持ち出してしまうと、「個人の意思なのだから尊重されるべきである」と当面の答えが出てしまい、それらの問題に蓋をして、法制化が進められてしまう危険性がある。自己決定権と尊厳死法制化を結びつけることは、尊厳死法制化の問題、考えるべき事柄を見えなくさせ、受け入れられやすくすることになるのではないか。

「尊厳死をめぐる自己決定権は、私たちの美意識を喚起し、共感を誘いがちである」と小松(2012:80)は述べる。小松は尊厳死について「思考のねじれの問題」を指摘している。「そもそも『尊厳のない苦痛に満ちた生』と対をなすのは、『尊厳のある安らかな死』ではなく、『尊厳のある安らかな生』にほかならない」ため、本来「『尊厳のない苦痛に満ちた生』が問題であるならば、追求すべきは『尊厳のある安らかな生』であるはずなのだ。「生の領域の事柄はあくまでもその中で考え、打開策を講じなければ」ならないが、それに気づかないまま思考はねじれ、「死の領域へと向かってしまっている」ことの危険性を小松は述べている。自らの意思で尊厳死を選択することで、「尊厳のある安らかな死」は正当化されてしまうのである。そして、自らの意思で尊厳死を決断するという自己決定権の説得力が、この「ねじれ」や国家が抱える問題、社会問題までも隠蔽するのである。

ここで、「尊厳」という言葉について考えてみたい。松田(2018:108-111)によると、「『尊厳』という語は古くからある」。国語辞書では「尊く厳かなこと、またはそのさま」などとなっているが、現在この語を用いるときには、「人間の尊厳」というヨーロッパ由来の概念を顧慮しなければならないという。「人間の尊厳」には2500年以上の長きにわたる概念の歴史があり、その歴史を経て、「人間は①知性(理性)を持ち②自己をたえず変革し向上していく創造性を持ち③自律的な主体ではあるがゆえに尊厳に値する、と理解されるに至った」と松田は述べる。ヨーロッパの精神史のなかで重要な概念である「人間の尊厳」を日本が公式に受け入れ、尊重し守っていくことになったのは、戦後のことである¹⁷。しかし、「日本国憲法には『人間の尊厳』という語はない」という。ただし24条に「個人の尊厳」という語が用いられ、家族生活における個人の自由意志の尊重について規定している。また尊厳という語ではないが、13条には「すべての国民は、個人として尊重される」とある。このような憲法の規定や国際的な影響もあり、日本の法令のなかに「尊厳」という語が多く使われている。しかし、「尊厳」という語がどのような意味を持っているのか、必ずしも明確ではない

¹⁷ 1948年に国連総会で採択された「世界人権宣言」は前文で「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と平等で護ることのできない権利とを承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎であるので……国際連合の諸国民は、国際連合憲章において、基本的人権、人間の尊厳及び価値並びに男女の同権についての信念を再確認」と謳っている。日本はサンフランシスコ講和条約(1952年発効)の前文で「国際連合への加盟を申請し且つあらゆる場合に国際連合検証の原則を遵守し、世界人権宣言の目的を実現するために努力」することを国際社会に約束したのである。(松田 2018:109)

と松田は述べる。世界人権宣言に謳われた「人間の尊厳」という語と世界人権宣言より前に制定された日本国憲法の「個人の尊厳」という語は同じなのか違うのかをめぐって、憲法学のなかで議論されてきたというが、憲法学者の間で意見が一致しているわけではない。多くの法制定の過程で、「尊厳」の意味をめぐって議論が深められた機会はほとんどなかったのである。「『人間の尊厳』の意味内容を十分に理解しないままにここまで来てしまっている」と松田は指摘する。「尊厳」という語の意味内容がはっきりしないまま曖昧に使っている場合が多いなかで、「尊厳死」として法制化することは果たしていいのだろうか。どのような状態を尊厳のある状態、ない状態と認識するかは人それぞれ違う。また、人間が生きている姿に勝手に尊厳の有無を決めて線引きをすることにも疑問を抱く。人の解釈によって異なる「尊厳」を一括りにし、「尊厳死」としてカテゴライズすることについて、いま一度考える必要があるのではないか。決して取り戻すことができない死を自己決定権と結びつけ、法で認めることはリスクやデメリットの方が大きいと考える。

4. 死の自己決定について考える

ここまで安楽死や尊厳死に焦点を当て、死を自分で選ぶことの是非について考えてきた。それらをもとに本章では、日本における死の自己決定権のあるべき姿、また自己決定権に頼らず誰もが自己決定できるようにするための方法を見つけていきたい。

4. 1 死の自己決定のこれから

他人に迷惑をかけなければ、自分のことは自分で決めてよいとするのが自己決定権であるが、自己決定は複雑な関係の中で行うため、個人が何かを決めるということが個人の問題にとどまることがないと主張する。自己決定が必ずしも本人の意思のみで決められたものとは限らず、またその自己決定は周りの人々へ影響を及ぼすのである。そのため、小松(2004:100)が述べるように純粋な自己決定はないとすることができるのではないか。また、第1章2節で見たように、自己決定権を認めることは自己責任論を強めることにつながったり、自分のことに関して他人に口を出してほしくないという壁ができ、コミュニケーションを遮断する道具として機能したりと、自閉的な傾向を促進する力がある。それから、自己決定権の行使は国家の思惑までもが個人の責任へと転嫁されてしまうことであり、自己決定権の考え方は国家権力の意図を隠すために有効に機能しているということを忘れてはならない。このように、そもそも自己決定権というもの自体に危うさがある中で、二度と取り返しのつかない死の自己決定権を認めることなど不可能であると主張する。

また、児玉(2013:191-192)は、『死の自己選択』は痛苦の責を患者に負わせ、社会を免責する」と述べている。死ぬための「注射や薬を拒むなら、逆に痛みながら生きることは患者の選択であり、患者の責任ということになる。責を患者に負わせると、本当はさらなるケアが必要な場合にも医療者・介護者にはそれを提供するモチベーションが低下」し、「ケアが不十分であっても罪悪感は軽減される」と指摘する。これは、本来あるべき医療や介護の姿

から離れていくことを意味するのではないか。

したがって、筆者は安楽死や尊厳死、そして自殺も含めた全ての場合において、死の自己決定権を認めるべきではないという立場をとる。そして、自己決定権という権利に頼らずとも、誰もが自己決定できる社会が望ましいと考える。次節では「自己決定権に頼らない自己決定」の実現のためにはどうしたらいいのか見解を述べる。

4. 2 自己決定権に頼らない自己決定—求められる社会の姿—

これまでに述べてきたように、自己決定権と自己決定は異なる。自己決定権を認めることは自己責任を問われることになるということをごここで改めて言及したい。小松(2004:13)は、「政府の言う自己責任論は、国家や支配権力が、基本的に人々を強制したいと考えている事実の裏返しに過ぎ」ず、「自己決定をするのなら自分で責任をとれという、身もふたもない態度の裏側には、文句を言わずに言うことを聞けと言う、国家の冷徹で傲慢な態度が透けて見え」と指摘する。このような背景があって認められる自己決定権の尊重と私たちが生活のあらゆる場面で行っている自己決定の尊重を同じものと見なして話を進めることは危険である。児玉(2013:192)は、「自己選択・自己責任という名のもとでの当事者の自己責任への転嫁と、それに伴う(中略)社会側への免責という現象」が少しずつ広がり始めていることを危惧している。自己決定権を持ち出すことで、国家や社会の抱える問題や思惑を不可視化してしまうのである。このように考えていくと、自己決定権というものがどこまで個人の望む意思を尊重するのかを見極める必要が出てくる。自己決定権で認められた自分の意思決定は、それを尊重するためではなく、国家や社会が望むものを尊重するためであるかもしれないのだ。

個人の意見を最大限尊重するべきであるという当たり前とも言える考えが自己決定権に対する反対意見をなくし、「自己決定権の尊重」というものをここまで作り上げたのである。私たちは自己決定権の構造を見直し、自己決定権の尊重を結論に持ち出す議論から脱却するべきなのではないだろうか。

また、重病を患っている人や高齢者が「尊厳死」を選ぶのではなく、「尊厳のある生」を全うできる社会であるべきだと考える。例えば、延命措置をするかどうかの選択を迫られたとき、本当は延命措置をしたいと思っても家族など解除してくれる人に迷惑をかけたくない気持ちや経済的な理由から、延命措置をしない決断を下した人がいたとする。その場合、自ら延命措置をしないことを選んだ(尊厳死を選んだ)というよりも、選ばざるを得なかったという表現の方が正しいだろう。そのような状況で出された決断は自己決定と呼ぶことができるのだろうか。全ての人が平等な条件のもとで延命措置をしたい、したくないという選択ができないにも関わらず、「尊厳死」だけを認めようとするのが間違っていると考える。まずは、「生きたい人が生きる選択をできる」社会を構築するべきであると主張したい。家族に申し訳ない気持ちや家族のいない孤立した状態、金銭的に困窮していることを理由に生きることを諦めてしまう人がいなくなることを望む。そのためには、例えば医療費を無料にしたり、家族ではない誰かが無料で介護をしてくれる環境を作ったりする必要があるだろう。そして何よりも「あなたに生きていてほしい」と自分が生きることを望んでくれる周囲の存在も欠かせない。このように、社会や周りの人々のサポートがあることで、選択

肢を増やし、純粋な自分の意思で決断を下せるのではないかと考える。児玉(同上 194)は、「苦しみや絶望の中にある人に対して、どのように受け止め向かい合う社会であろうとするのか」が重要であると述べている。「病苦の責を患者や介護者に転嫁し、当事者を『自己責任』のなかに放棄する社会になろうとするのか」、「それが深く考えられずに容易に起こることであるからこそ、その危うさを自覚し自覚する社会であろうとするのか」(同上 195)の選択が迫られているのである。筆者は、これからの社会が後者であることを望む。苦しみや絶望の中にいる人を受け止め、向かい合う社会、手を差し伸べる社会であることは、そのような人々が「もっと生きていたい」「もう少し生きてみようかな」と思える希望にも繋がるのではないだろうか。誰にでも必ず訪れる「死」について、真の意味で自己決定が下される社会であることはもちろん、その下された自己決定が「死」ではなく「生」である社会であつたらと願う。

おわりに

以上、本論文では、安楽死・尊厳死に焦点を当てながら、自己決定権を批判的に捉えてきた。そして、自己決定権の主体性は必ずしも個人にあるとは言えず、自己決定権を行使することによって、国家の思惑までもが個人の責任へと転嫁されてしまうことが明らかとなった。また、日本と世界各国の安楽死・尊厳死に関する現状を比較したり、尊厳死法制化に賛成派と反対派両方の意見に触れたりして、日本での尊厳死の法制化は必要なのかを考えてきた。その結果、「死」は誰にでも訪れる普遍的な事象であるが、どのような状態を「尊厳がある状態」「尊厳がない状態」と捉えるかは人それぞれ違うため、法律や制度に則って語ることは非常に難しいことがわかった。自己決定権というものの自体に危うさがあり、尊厳についても一般化することができない状態で、取り返しのつかない「尊厳死」に関して法制化するべきではないという結論に至った。

尊厳死の法制化を進める以前に、誰もが純粋に自分の意思で自己決定できる社会や「尊厳のある生」を全うできる社会であるべきだと述べた。しかし、そのような社会の実現のための具体的な方法まで検討することはできていないため、残された課題としてこれから考えていきたい。

本論文を書き進める中で、尊厳死法制化について、考えが賛成に傾いたり反対に傾いたりしながらも、最終的にこれまでもやもやとしていた自身の考えをまとめることができた。尊厳死法制化に関しては、今後も議論が続いていくと思うが、言葉の意味や定義を明らかにしながら、賛成派と反対派が意見をぶつけ合い、日本に最も適する形、より良い死生観をもてる形を目指してほしい。

参考・引用文献

- 有馬斉, 2019, 『死ぬ権利はあるか-安楽死、尊厳死、自殺幫助の是非と命の価値』 春風社
- 安藤泰至, 2019, 『安楽死・尊厳死を語る前に知っておきたいこと』 岩波書店
- 安楽死・尊厳死を阻止する会 <http://soshisuru.fc2web.com/seimei.html> (2021.12.10)
- 公益財団法人日本尊厳死協会 <https://songenshi-kyokai.or.jp/> (2021.12.10)
- 児玉真美, 2013, 『死の自己決定権のゆくえ』 大月書店
- 小松美彦, 2004, 『自己決定権は幻想である』 洋泉社
- _____, 2012, 『生権力の歴史 脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐって』 青土社
- 尊厳死法制化に反対する会 <http://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/>
(2021.12.10)
- 立山竜彦, 2002, 『自己決定権と死ぬ権利 新版』 東海大学出版会
- テレ朝 news 「尊厳死の法制化 超党派の議員連盟が再始動」
https://news.tv-asahi.co.jp/news_politics/articles/000210896.html (2021.12.10)
- 日本 ALS 協会 「私たちは、生命維持に必要な治療を拒否するための法案上程に対し、反対いたします。」
http://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page_3.html
(2021.12.10)
- 松田純, 2018, 『安楽死・尊厳死の現在-最終段階の医療と自己決定』 中央公論新書
- 宮下洋一, 2017, 『安楽死を遂げるまで』 小学館

