

学習院大学×立教大学 合同ゼミ発表

尊厳死にまつわる事例 ～アルツハイマー症候群に罹患した Margo の事例～

Story

とあるアパートに Margo と呼ばれる 54 歳のアルツハイマー症の患者がいる。彼女は付き添い人の介護を受けていたが、アパートにはたくさんの鍵がかけられ、彼女が寝巻のまま夜中に彷徨しないようにしてあった。

彼女はミステリー小説を読んでいるといったが、彼女が読んでいる箇所は毎日彼女が思いつくままに飛んでいた。おそらく彼女は、物語を読むことではなく、椅子に座ったまま、鼻歌を歌いながら前後にイスをゆさぶり、気ままに居眠りをし、ときどき本の新しいページをめくることが快感だったのだ。

Margo はアルツハイマー症にも関わらず、おそらくある程度はその病ゆえに、我々が知りうる人々の中でも幸せな人の一人であることは否定しがたい。しかし、古い記憶が急速に薄れる一方で新しい記憶を蓄積できない場合に、いったいその人は何が残るのだろうか？ Margo は一体何者なのだろうか？

Issue

アルツハイマー症の初期段階において、患者は自分に何が起きているか、何が起こりうるかを知ることができる。仮にアルツハイマー症の初期段階の患者が、病気が重度に進行した際は家族や医者に対して自分に死をもたらすことを願ったとしよう。その場合、患者意思能力に基づく【死の欲求】があったことになる。

しかし、症状の末期段階では、患者はしばしば自らに死をもたらすための注射針を見たとき、危害を加えられているという被害妄想の恐怖を表すふるまいをすることになる。この場合、末期状態の患者は死ではなく【生の欲求】を持っていると言えよう。

Question

もし Margo の事例で、Margo がアルツハイマー症の初期段階に、自分の病状が悪化した際は死をもたらしてくれとあなたに願っていたとしよう。その場合に、制度上 Margo の尊厳死を認めるような仕組みを作るべきだろうか？

0 アルツハイマー病とは

1) アルツハイマー病とは

アルツハイマー症とは、脳の中の神経細胞が異常に早く、多数死んで、「ボケ」、痴ほう症状を示す病気の一つである。アルツハイマー病が医学史に登場したのは1901年といわれている。ドイツ・フランクフルトの精神病院に51歳の主婦D夫人が入院した。彼女は夫に対する嫉妬妄想や、記憶の障害があり、自分がどこにいるのかわからないといった障害もあった。痴呆症状はだんだん重くなり、約4年半後、夫人は寝たきりのまま亡くなった。彼女の脳を解剖してみると、脳はひどく小さく萎縮しており、脳の中の神経細胞が死んで数が少なくなり、「老人斑」とよばれるシミのような蓄積物や、「アルツハイマー神経原線維変化」とよばれる神経細胞中にたまったカスの増加がみられた。これがアルツハイマー病の最初の報告である。

2) アルツハイマー病の症状・特徴

アルツハイマー病の症状の出方や進み具合は、一人一人それぞれ異なる。なので、多くの症例の中から患者にほぼ共通に見られる要素を見ていき、アルツハイマー病の特徴をつかむことになる。

アルツハイマー病にかかったかどうかは、「物忘れがひどい、作業が遅い、うまくいかなくなる、言動が異常だ」など、周囲や家族が気が付く場合が多い。その始まりを識別することは、専門医でもやっかいなことである。

① 初期症状

「物忘れがひどく、したことをまるごと覚えられない」

アルツハイマー病は、新しいことを覚えることができなくなることから始まる。度忘れは覚えたことがらを思い出すことが一時的にできないのと対照的である。一番はつきりとした症状は、毎日同じようなことを繰り返す動作や仕事を、したか・しなかったか、その内容を含めて覚えられず、完全に忘れることである。

② 中期症状

「時間・場所の検討がつかなくなる」

ある時に、何をしたというタイプの記憶（エピソード記憶）がよくわからなくなる（見当識の障害）。アルツハイマー病の初期では、一度覚えた昔のことは比較的よく思い出せるが、新しいエピソード記憶ができないので、時の移り変わりや場所の移動がわからなくなり、「今日は何月何日ですか」「ここはどこですか」といった問いにうまく答えられなくなる。

「抽象的なことがわからなくなる」

数の計算ができなくなり、言葉の持つ意味もわからなくなる。

「以前覚えていたことも忘れ判断がおかしくなる」

最近のことが覚えられないまま時間がたつと、覚えていたはずの発病前のかなり昔のことまで忘れてしまう。

「自分が忘れていないことに気がつかない」

発病者は、自分の明確な誤りを自覚せず、逆に家族や周囲の人に向かって「変なことを言うな」と迷惑がる。また、論理的判断をする回路は働いているので、相手のほうがおかしいのだと断定してしまう。このように、病識がないのがアルツハイマー症の特徴である。

「妄想が起こる」

たとえば、自分の財布をどこにしまいこんだか忘れ、見つからないため、家の人の誰かが盗んだと言い出す。たとえば、同居している娘の夫が帰ってくると、彼の顔の記憶がないため「ドロボウ！」と叫ぶ。

「幻覚が起きる」

深夜寝床の中で目をさまし、「恐ろしいものがある」とおびえて大騒ぎをするので、家の人は眠れなくなる。また、感覚がおかしくなり、便をいじるなどの不潔行為も見られる。

「徘徊する」

自分がどこにいるのかわからなくなり、いきなり「家へ帰ります」と荷物をまとめて出ていこうとする。

③ 末期症状

しだいに家の人やいつもあっていた知人の顔がわからなくなり、自分の名前すら言えなくなる。いわゆる「恍惚状態」になる。そのうち言語そのものがおかしくなり、会話がだんだんできなくなる。最後には話しかけても内容がほとんど理解できず、しゃべる言葉もだんだん意味がとれないものになってゆく。トイレにも行けなくなり、尿や便の失禁も起こし、寝たきりになってしまう。そして、植物状態から感染症などで死に至ることが多い¹。

3) 介護者の声・アルツハイマー病患者介護にまつわる統計

○16年にわたり、認知症の妻を介護してきた元会社社長の里村良一氏（84歳）が語る。

「もし妻が認知症になったら、できるだけ早く誰かに相談したほうがいい。一人で抱え込んではいけません。認知症は恥ずかしいことではないし、公表することで周りの人が助けてくれます。実際、私もそうでした。近所の人やケアマネジャーなどが妻のサポートをしてくれたおかげでなんとか乗り越えることができました」

○立命館大学教授で男性介護ネット事務局長の津止正敏氏が語る。

「男性介護者は、SOSを出すのが苦手なんです。世間体を気にして、誰にも相談せずに、自分一人で頑張る『隠れ介護』に陥る傾向が強い。目標を立てて何とか治そうと介護をする男性が多いのですが、介護は必ずしも結果が出るものではありません。それに絶望して不幸な結末を迎えてしまうケースが後を絶たない。

介護殺人や無理心中などの7割が男性なのもそのためです。最悪の結果を招かないためにも、介護は劇的に治すものじゃなくて、『ゆっくりと向き合うもの』だと、気づくことが重要です」

○元群馬県議会議員で、現在も認知症の妻を介護している大沢幸一氏（72歳）は、認知症介護の苦労をこう語る。

「介護する夫にとって、一番不安なのは、妻がどんな行動をするか分からないことなんです。私も妻が認知症になった時、インターネットなどでかなり調べたつもりでしたが、実際の行動は私の予想を超えることが多々ありました。

「妻の衣類を全部自分が買ってこないといけないのも、思いのほか大変でした。特に下着を買うのは勇気がいられます。女性の下着売り場に男性が一人で居たら、当然、白い目で見られますからね」

○テレビアニメ『ドラえもん』の声を26年間、演じてきた女優・大山のぶ代（82歳）。彼女の夫である俳優の砂川啓介（78歳）が、認知症を患った妻の現実と介護の日々を語る。

「書類などを保管しているリビングの引き出しに料理を詰めたタッパーが入っていることもありました。それを見つけた時には、さすがにショックで言葉が出ませんでしたね」

「それ以外にも、電気をつけたらつけっ放し、冷蔵庫の扉もずっと開けっ放し、Tシャツを裏返しに着ても気にしない。菓の飲み間違いはもはや日常茶飯事だった。」

今まででは考えられない妻の行動について砂川は「彼女の病気のことを理解しているつもりでも、こうした目の前で起こる日々の異変に、感情が付いてこないことがしばしばだった」と複雑な胸中を語っている²。

¹黒田 洋一郎『アルツハイマー病』

² 2015年11月14日（土）講談社、週刊現代

もし妻が認知症になったら…「徘徊」「失禁」「暴言」。目の前の現実を、あなたは受け止められますか？

○警察庁の統計 (2010)

看病・介護疲れによる自殺 年間 317 件 (2009)

○2009/11/22 AFP (フランス通信社 L'Agence France-Presse)

社会の高齢化が急激に進む日本で過去 10 年間に、高齢者が家族や親族による殺人や、介護放置、心中などで死に至る事件が少なくとも 400 件発生していると、20 日の東京新聞が報じた。

同紙が過去 10 年間の新聞報道をもとに調べた結果、事件の件数は増加傾向にあり、2000 年には 32 件だったが 2006 年以降は年間 50 件以上発生していることが分かった。加害者の 75%近くが被害者の夫や息子などの男性。一方、被害者の 70%は女性だった。

高齢者の世話をする人間が介護に行き詰まり、経済的にも困難な状態に陥る傾向が高いことが原因とみられる。400 件のうち、殺人は 59% (承諾、嘱託を含む)、心中は 24%、傷害致死は 11%、介護放置は 4%だった。(c)AFP

1 尊厳死・安楽死定義

1) 辞書的な定義

【安楽死】回復の見込みがなく、苦痛の激しい病人を、本人の依頼または承諾のもとに人為的に死なせること。

【尊厳死】人間としての尊厳を保ったままで命をまっとうすること。回復の見込みのない状態や苦痛のひどい状態の際に生命維持装置を無制限に使わないなどの対応がなされる。

2) 実際に使われている意味

【積極的安楽死】

「回復不可能な病気・障害」＋「終末期」＋「耐えがたい心身の苦痛」を伴う疾患の患者の自発的意思に基づく要求に応じて、法律が定める積極的安楽死の条件を満たした場合、医師が患者を死に至らせること。(薬物投与を行う)

【消極的安楽死】

患者本人の自発的意思に基づく要求に応じ、または、患者本人が意思表示不可能な場合は患者本人の親・子・配偶者などの自発的意思に基づく要求に応じ、医師が病気・障害を治すため、または、病気・障害の進行を遅らせるための治療を開始しない、または、治療を終了することにより、結果として死に至らせること。(治療を中止)
⇒この定義で考えるならば、後者の「消極的安楽死」が尊厳死とも言える。

【死の幫助(ほうじょ)】

自殺を手助けする行為を指す。その動機、及び様態により消極的幫助と積極的幫助に分かれる。

〈消極的幫助〉

回復の見込みのない患者に対し、それ以上の延命措置を打ち切ることを指す。改善の見込みのない苦痛よりも死を選択するとの意味から、尊厳死とも呼ばれる。

〈積極的幫助〉

自殺志願者に対し、苦痛のない自殺手段を提供することを指す。この場合毒物投与などがこの行為に当たる。

基本的に日本では積極的安楽死を法的に認めておらず、実行した場合違法とされる。したがって毒物投与を行う積極的幫助も認められていない。しかし尊厳死ならば認められているかといえばそれも具体的な明言はされていないため、日本では「死を手助けする行為」自体を認めていないと言えるだろう。

安楽死については、日本だけでなく世界中で議論が交わされている。

しかし、注意したいことはそもそも世界と日本の「尊厳死の定義が違う」ということだ。

2 日本²の法制度とガイドライン

1) 日本の法制度

【刑法】

第199条（殺人）

人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の懲役に処する。

第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る。

▶□医師による自殺幫助（積極的安楽死）は違法

▶□しかし尊厳死（消極的安楽死）については明文規定無し

2) ガイドライン

川崎協同病院事件（2009/12/7 判決）に於いて最高裁は「法律上許容される治療中止」の存在を認めたが、その要件を具体的に示すことはしていない。しかし、この点については、すでに相当信頼に足る議論の蓄積がある。川崎協同病院事件では、医師が自分一人の判断で治療を中止していたことが、問題の大きな要素を占めていた。そこで、これらの事件を教訓に、行政や医学会において、終末期の治療方針を決定する際の適正なプロセスを検討する動きが活発化し、厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2007/5）、日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）（2007/11）、日本小児科学会「重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話合いのガイドライン」（2012/4）、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」（2012/6）等に結実している。

▶□川崎協同病院事件以降、殺人罪で立件されうるような事案が表れていないのは、これらのガイドラインが事態の改善に寄与したためと考えてよいと思われる。

▶□これらのガイドラインは法律ではない。しかし、これらは、患者の病状を適切に評価し患者の意思を尊重するために医療者が従うべき最善のプロセスを示すものであり、これらに従ってなされた治療中止行為が起訴され有罪とされることは事実上考えられない。

3 認知症患者の尊厳死について

1) 日本尊厳死協会の見解

認知症（当時の痴呆症）患者の尊厳死を認めるかどうかについては、日本では 90 年代半ばに議論された。容認を望む声も多かったが、日本尊厳死協会は認知症患者の尊厳死を認めないという判断を下した。「認知症は末期に当たらず、本人の苦痛はない」「弱者抹殺と誤解される」などの理由によるものである。その後 2013 年、協会は新たに「重度の認知症で、生命に直結するほど重い身体症状を併発した場合を「末期」とし、延命措置の是非を検討する必要がある」と提案した。

日本尊厳死協会では、尊厳死は本人の自己決定によるものでなければならないとし、「不知（回復を目的とした治療に効果が全く期待できなくなり、かつ死への進行が止められなくなった状態）、かつ、末期（不治の状態になった時から臨死期を含み、死までの時）」の患者にのみ認められるべきだという見解を示している。

※日本尊厳死協会：日本尊厳死協会とは、尊厳死の社会的容認を目指して設立された組織。1976 年設立。会員のリビングウィルの管理も行っている。現在の会員数は 12 万人以上。

2) 法哲学的な観点から

認知症の進行する前の時点の Margo を Margo1、進行したあとの Margo を Margo2 と記述する。

①自律性の問題

一般に人は、独力で自らの人生を定める重要な決定をする権利、「自律性の権利」を有していると考えられている。認知症の初期段階において、未だ正常な判断力を維持している Margo1 が死を願うことは自律性の権利の行使であり、尊重されるべきであるだろう。では、病が進行し記憶や判断力を失った状態の Margo2 が生を望むとき、それは果たして自律性の権利の行使といえるのだろうか。

②受益性の問題

Margo の担当医師に対して、Margo は「自分の最善の利益のために決定をすることを要求する権利」を有していると考えられている。しかし Margo にとっての最善の利益とはなにか。また、病気が進行した Margo2 が自己の最善の利益を判断できるのだろうか。

③人格の同一性の問題

ある病気を発症する前の人は、当然ながらその病気を経験していないので、発症後の自分が何を思って何を考えるのかを知ることはできない。また、アルツハイマーのような重度の認知症においては、発症後の患者は発症前の自分が何を思って何を考えていたかを忘れてしまう。これらを理由に Margo1 と Margo2 では異なる人格を持っていると考えることはできるだろうか。そう考えた場合、Margo のリビングウィルはどのように扱われるべきだろうか。

4 尊厳死の意思表示の方法 ～アドバンス・ディレクティブ(Advance Directive)～

1) リビングウィル

リビングウィル (living will) のリビングは「生きている」あるいは「現生している」という意味であり、ウィルは「意思」あるいは「遺言」のことである。

回復の見込みがなく、すぐにでも命の灯が消え去ろうとしているときでも、現代の医療は、あなたを生きし続けることが可能だ。人工呼吸器をつけて体内に酸素を送り込み、胃に穴をあける胃ろうを装着して栄養を摂取させる。ひとたびこれらの延命措置を始めたら、はずすことは容易ではない。生命維持装置をはずせば死に至ることが明らかなため、医師がはずしたがるらないのである。

「あらゆる手段を使って生きたい」と思っている多くの方々の意思も尊重されるべきことである一方、チューブや機械につながれて、なお辛い闘病を強いられ、「回復の見込みがないのなら、安らかにその時を迎えたい」と思っている方々も多数いる。「平穏死」「自然死」を望む方々が、自分の意思を元気なうちに記しておく。それがリビングウィル (LW) である。

(日本の場合)

1995年(平成7年)の横浜地裁の判例では、下記の4つの条件(違法性阻却条件)を満たさない場合は違法行為となると認定している。

- ・患者が耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいる。
- ・患者の病気は回復の見込みがなく、死期の直前である。
- ・患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために可能なあらゆる方法で取り組み、その他の代替手段がない。
- ・患者が自発的意思表示により、寿命の短縮、今すぐの死を要求している。

4つの条件をすべて満たすとなればハードルは高く、簡単に行うことは出来ない。

2) DNR

DNRとは、蘇生処置拒否を指す。リビングウィルは、緊急事態に有効ではないのに対して、DNRは日本でも有効である。

患者がDNRを指示した場合、主治医がその患者の診療記録に記載します。この指示は、終末期の患者にとって必要がなく、かつ望ましくない、体を傷つける治療を避けるのに役立ってきました。

医師は心肺停止の可能性について患者と話し合い、心肺蘇生処置について詳しく説明し、心肺蘇生を希望するかどうかを尋ねます。患者が心肺蘇生について決断を下す能力を失った場合は、患者があらかじめ表明した希望に基づいて、代理人が心肺蘇生を行うかどうか判断します。患者の希望がわからない場合は、患者の利益に基づいて、代理人が判断します。

DNR指示は「治療を拒否」することではなく、心肺蘇生だけを拒否するということです。それ以外の延命治療(抗生物質の投与、輸血、透析、人工呼吸器の使用など)は実施されることがあります。痛みや不快感を和らげる治療は、必ず行われます。

5 尊厳死をめぐる国と各国の法制度

1) 安楽死を容認している国



欧米では尊厳死が標準である。米国では国民の 41%がリビング・ウイル（事前指示書）を示している。尊厳死だけでなく、医師による自殺幫助や安楽死を認めている国や地域もある一方で、イタリアのように、いのちの尊厳を訴えるカトリックの影響を受けて、当のカトリックは尊厳死を認めているにもかかわらず、抵抗感が根強く、尊厳死法がない国もある。

【フランス】

原則的に、消極的安楽死を指す。延命治療を中止し、緩和医療へと移行することによって、死期を結果的に早めてしまうことをいう。

患者が、ある治療の中止又は中断を要求するときには、その選択の結果がどうなるか患者に伝えた上で、患者の意思を尊重しなければならないが、治療によって患者が生きのびる可能性がある場合には、医師は、治療を続行するよう説得しなければならない。

《尊厳死を実施する上での義務的な要件》

①医師団による合議

尊厳死を実行する場合には、重篤な病状にある患者を担当する医師が自分一人で判断するのではなく、医師団の他のメンバーに相談をし、その上で尊厳死が適当であると認められることが不可欠なプロセスになる。複数の医師からなる医師団の関与が要請されるのは、まずは、治療の続行を一人の医師だけでなく、幾人かの医師で説得するためであるが、同時に、尊厳死を選択するのが適当かどうか合議制で検討する機会を設けるためでもある。

②患者の意思の繰り返しの表明

尊厳死は、患者の一回きりの意思の表明によっては実行されない。患者が適当な時間を置いた上で、繰り返し尊厳死を選択する意思を表明する必要がある。さまざまな状況に応じて患者の意思は変化しうる。したがって、医師が、いかなる状況の変化によっても患者の意思が揺るがない確固としたものであることを確認するために、繰り返しの意思の表明が重要となってくる。

③治療の中止又は中断の結果の告知

終末期にあり、尊厳死を望む患者に対し、治療の中止又は中断を実施した場合の結果を告知する必要がある。その告知によっても尊厳死を求める患者の意思が変化しない場合には、原則的に、医師は患者の意図を尊重し、消極的安楽死に該当する尊厳死の方途をとるべきであることが定められている。

《患者本人が自らの意思を表明することができない状態になった場合のためのプロセス》

①信頼できる相談人からの意見聴取

患者が、「信頼できる相談人」を指名できることが定められている。信頼できる相談人とは、具体的には、親、近親者又はかかりつけの医師のことであり、患者本人が意思を表明することが不可能である場合に、治療方針等に関して患者本人の意思を代弁する者である。なぜ信できる相談人の存在が必要なのかと言えば、家族や近親者が必ずしも患者の意思を代弁するとは限らないからであり、家族内で意見の相違が見られ、患者の治療に関して統一的な見解が得られるとは限らないからである。患者本人が意思を表明することができない場合には、医師団は、信頼できる相談人から治療方針に関する意見を聴取する必要がある。

②事前指示書の参照

事前指示書とは、当該人物が生みの終末において意思の表明ができなくなったときのために、延命治療に関する要望等の意思を表示した書面である。いわゆる、リビング・ウィルのことである。あらゆる成人は、この書面をあらかじめ作成しておくことができると定められている。同時に、作成した事前指示書はいつでも取り消しが可能であることが規定されている。事前指示書が効力を有するのは、それが作成されて3年以内である。3年以上経過している場合には、当該人物の意思が事前指示書に反映しているかどうか不明確である可能性があるため、医師はこれを考慮しなくとも良いとされる。ただし、3年以内に作成された事前指示書に関しては、それを参照した上で、医師団は、治療の中止又は中断を決定する。

表2 フランス尊厳死法による尊厳死実施の方法

尊厳死を求める患者の容態	採るべき尊厳死実行上の手続き
意識のある者で、必ずしも生の終末に近くはない患者 (公衆衛生法典 L.第1111-4条第2項)	原則的に、治療の続行を説得し、患者の生命の維持が患者の意思に優先する。ただし、肉体的かつ精神的な苦痛等で尊厳死を望む場合には、以下の3つの要件を満たす必要がある。①治療の中止又は中断の結果の告知を受けること。②患者自身が尊厳死の実施への意思を繰り返し表明すること。③医師団による合議を経ること。
意識がある者で、生の終末に近い患者 (公衆衛生法典 L.第1111-10条)	以下の3つの要件を満たした場合、原則的に、医師は患者の意思を尊重し、尊厳死を実行する。①治療の中止又は中断の結果の告知を受けること。②患者自身が尊厳死の実施への意思を繰り返し表明すること。③医師団による合議を経ること。
意識のない者で、必ずしも生の終末に近くはない患者 (公衆衛生法典 L.第1111-4条第5項)	原則的に、患者の生命の維持が患者の意思に優先する。ただし、以下の3つの要件を満たした場合には尊厳死を実行することができる。①信頼できる相談人等から、尊厳死を実行すべきとの意見が出ること。②患者の事前指示書があれば、それを参照し、患者の尊厳死への意思を確認すること。③医師団による合議を経ること。
意識のない者で、生の終末に近い患者 (公衆衛生法典 L.第1111-13条)	以下の3つの要件を満たす場合、原則的に、尊厳死を実行する。①信頼できる相談人等から、尊厳死を実行すべきとの意見が出ること。②患者の事前指示書があれば、それを参照し、患者の尊厳死への意思を確認すること。③医師団による合議を経ること。

【オランダ】

オランダは尊厳死だけではなく、本人の希望によって医師が薬物を処方する積極的安楽死まで認めている。その要件としては、①肉体的あるいは精神的な耐えがたい苦痛である②可能な限りの治療を行い、回復の見込みがない③十分な情報を理解した上での自発的な要求④他の医師との相談⑤医師は全ての経過を書面に記録するという1991年の「安楽死第5要件」が一般的で、1993年の「改正埋葬法」により、安楽死自体は違憲とされたまま、医師の緊急避難としてその違憲性をそう阻去する制度ができた。精神的な苦痛を理由とする安楽死が認められたことも世界に例を見ない。

【アメリカ】

カリフォルニア州自然死法は、知的精神的判断能力のある成人（18歳以上の者）が末期状態である場合に、医師に対して生命維持装置を中止するか、取り外すように指示する書面を作成することができる権利を認めるという法律である。現在では、アメリカのほとんどの州においてリビングウィルに基づく尊厳死や自然死を許容する法律が制定されることとなった。1983年にカリフォルニア州では「医療における持続的委任権法（The Durable Power of Attorney for Health Care Act）」が制定された。これは、患者に対して委任権を認め、リビングウィルをはじめとした、患者の自己決定に基づく医師に対する指示書を「アドバンス・ディレクティブ（advance directive）」と総称し、これを作成する権利を認めた法律である。現在は、リビングウィルに関する法律と同様に、アドバンス・ディレクティブに関する法律も、アメリカのほとんどの州において制定されることとなった。

【ベルギー】

ベルギーにおける安楽死容認法はオランダにおける安楽死容認法をモデルとして制定されている。ベルギーの安楽死容認法において、安楽死は、法的成人年齢である18歳以上の患者が、自発的に数回に及んで行った医師への特殊な要望によって、患者の担当医が目的的にその患者の生命を終焉させる行為であるとされている。また、安楽死を要請することが許される患者は、医学的に回復の見込みがない状態であり、肉体的あるいは精神的に絶え間ない苦痛がなければならないということ、さらに、患者が貧困に窮していたり、孤独であったりといった場合においては、貧困や孤独を理由に安楽死を求めないように、国家は、そのような患者に対して鎮痛剤による治療を受け続けられるように、費用を負担しなければならないということが定められている。

2) 安楽死の法制化に至った論拠

オランダとベルギーで安楽死が合法化された背景には、かかりつけの医師をもつホームドクター制度が浸透し、患者と医師の密接な信頼関係と、徹底したインフォームド・コンセント（告知と同意）が機能していることが指摘されている。尊厳死の法制化に留まるフランスにおいては、緩和医療を実施する医師が病院の臨床医師ではなく、嘱託や臨時の医師であることが多い。つまり、患者と医師との間に身近で密接な関係が生じるのが困難な状況にある場合がしばしばである。

オランダでは 2012 年には年間死亡者数の約 3 % に当たる約 4200 人が安楽死している。

また、アメリカでは、1947 年ニューヨーク州の医師 2000 名からなる委員会が安楽死が現在のように非合法のまま行われるよりは、むしろこれを合法化することによってその濫用を防止すべきであると主張し法律案を提示した。

3) 宗教と尊厳死

○自殺と尊厳死

実際的な考え方をすれば、自殺は問題解決の一つの（非合理的な）方法であるとも言える。また、自殺者の多くは、正常な精神状態で死を選ぶ、ということはない。自殺未遂で助かった多くの人が、後になると、死ななくてよかった、と言う。

「自殺者は「死にたい」と思う反面、必ず「助けられたい」と願う心を共有しており、だからこそ救うべきだ。」
(シュナイドマン博士) *

○キリスト教と尊厳死

キリスト教文化圏の国では、個人の自己決定権を尊重して積極的安楽死が法律や判例で容認されている国がある。また、人間が作り上げ、長い歴史の中で形成された社会倫理は、言い換えれば各人の良心がつくりあげた倫理、そしてその集合体であって、よって社会倫理においてキリスト教の教えだけでは通用しないということが現実である。

カトリックは厳死を否定しない。ローマ法王庁は 1980 年 5 月に「安楽死に関する宣言書」を発表し、「生命は神の賜物」で「意図的に引き起こされる死や自殺は殺人と同じく悪である」と積極的安楽死を否定した。ただし、「不可避の死が迫っている時には、同様の病人に通常施される治療が中断されない限り、生命の厄介な引き延ばししか保証できないような治療方法を拒むこと」は認めた。また、「危険を伴い、負担となる技術」の拒絶は自殺ではなく、むしろ「人間らしさを受け入れること」で「過度の出費を家族や社会に押しつけない望みであるとみなされるべきである」とした。このほか、「安楽死」という言葉が、家庭や社会に過度な負担を押しつける惨めな生活から不治の病の患者を救うための「慈悲ある殺人」という意味で使用されていることや、病人が「殺してほしい」というのは助けと愛を求める願いであって言葉通りに解すべきではないということにも触れた。

ローマ法王ヨハネ・パウロ 2 世（在位 1978～2005 年）は 1999 年に改めて、教会は「非人間的な治療」「高齢者や苦しむ人の無視」「安楽死」に反対するが、「人間としてのケア」「苦痛緩和のためのケア」「社会的連帯と医療機関の刷新」を勧告すると語った。

これを受けて、日本カトリック司教団（カトリック中央協議会）は「過剰医療を中止し、必要な苦痛緩和によって結果的に死期が早まったとしても、それは許されること」で、「延命治療だけの医療を中止し、ふさわしい苦痛緩和に専念する」のは「生きているものの尊厳を尊重するため」と述べ、栄養・水分補給は「原則的には義務」とした。

○カトリックの姿勢

- 延命措置について。通常与えられる範囲の延命措置は倫理的な義務だが、危険が大きかったり、経済的、肉体的負担の大きな「特別手段」の使用は義務ではなく、自殺の意志とは取られない。(尊厳死の容認)
- 回復が期待できない状態で人工延命装置を付けることは義務ではない。(尊厳死の容認)
- 投薬によって直接死に至らないのであれば、生命が短縮される結果が予想されても末期患者に鎮痛剤を投与することは必要悪である。
- 身体的苦痛、精神的苦痛からの解放のために積極的
- 能動的になされる人為的致死行為は容認されない。(安楽死の否定)

【キリスト教徒が知事であるカリフォルニア州の自然死法案】

法案には、カトリック教会や障害者団体などが反対。9月11日までに同州議会で法案が可決されたが、カトリック教徒であり、キリスト教の神学校に通っていたブラウン知事が、法案に署名するかどうか注目が集まっていた。

知事は決断までに数週間をかけ、「最後は、私自身が自分の死に直面した時に、どうしたいかを検討できるようにした」と告白。「もし私が、長期にわたる耐え難い痛みで死に向かっているときに、どうするかはわからない」と続けた。そのうえで、「この法律によって安心する人もいるだろうと思う。その権利を、私は否定しないと述べた。

○宗教と尊厳死

宗教的な考え方は、尊厳死を否定する論理にも肯定する論理にも展開しうる。尊厳死を選ぶ「自己決定権」は「人は関係性のなかで生きている」という理由で否定されるが、逆に「関係性のなかで生きている」からこそ「自分のことだけでなく他人をも慮って、尊厳死を選ぶ」という発想もあり得る。また、「神仏の命・自然の摂理を甘受する」という考えは、「選択をせずに運命に任せて延命治療を受ける」という論理にもまた「延命治療(人為的介入)を拒否して自然の摂理に任せて死ぬ」論理にも転換しうる。「自然の摂理」に神仏をみる宗教者は多い。