

瀧川ゼミ

「尊厳死と安楽死」

2019年11月13日

廣瀬 智宏
波多野 光希
藤田 恵

最近の尊厳死問題の動き

※ 「日本の尊厳死における現状と問題点」 (<https://www.keiwa-c.ac.jp/wp-content/uploads/2013/01/veritas15-02.pdf>) より引用。

尊厳死の概念

「尊厳死」という言葉は、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、死を迎え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。

実際に今、行なわれている尊厳死は主に次の5つである。

- ・ 胃ろうの中止
- ・ 中心静脈栄養法など点滴の停止
- ・ 人工透析の中止
- ・ 人工呼吸器を外す
- ・ 抗がん剤の投与中止

また、尊厳死と類似して用いられる概念である「安楽死」についても説明する。

「安楽死」は、一般的には、死期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、4つの態様に分類される。

1. 純粹安楽死
2. 間接的安楽死
3. 消極的安楽死
4. 積極的安楽死

1の純粹安楽死とは、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の間接的安楽死とは、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の消極的安楽死とは、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の積極的安楽死とは、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、4の場合である。2と3における医療行為は、末期がん患者への昇圧剤投与や気管挿管をしないことをいう。

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

また、海外では、「薬を医師が投与する場合」は安楽死で「医師が用意した薬を自分で飲む場合」には尊厳死のような区別をすることもあります。前者は日本では囑託殺人になり、後者は自殺幫助になる。

このような、尊厳死と安楽死の違いについて理解してもらったうえで、日本の尊厳死問題の現状を見てもらいたい。

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名が人工呼吸器を取り外され死亡した事件があった。(P11で詳細説明)取り外した外科部長は尊厳死を主張した。

この事件をきっかけに、尊厳死や安楽死の問題が再び議論となった。28年前の1991年に神奈川県の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、はっきりとした指針がないまま現在に至っている。

尊厳死とは先ほども述べたが、「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、死を迎えることをいう。」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202条に許されるのかが問題とされている。

刑法 202 条との関係

刑法第 202 条には、「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錮に処する。」と定められている。しかし、憲法 13 条には、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」と定められており、終末期での延命措置中止を選択する自己決定権は、憲法が保障する基本的人権の一つである幸福追求権（憲法 13 条）に含まれるとの考えが一般的である。つまり、憲法 13 条が優先されている。

だから、日本では尊厳死が認められている。

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。

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。

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」の是非の決定手続き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。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。」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 1 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。

日本尊厳死協会について

日本尊厳死協会は、1976年1月に産婦人科医で、国会議員でもあった故太田典礼氏を中心に医師や法律家、学者、政治家などが集まって設立され、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。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ある。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、何とか楽に終わっ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。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。日本尊厳死協会は、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「リビング・ウイル」(終末期医療における事前指示書)を登録管理している。各人が署名したリビング・ウイル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になる。人工呼吸器や胃ろうなどによって「生かさされる」のではなく、安らかで自然な死を迎えるために、元気なうちに作成する人が多いが、病を患って自然な死を望む人が署名するケースも増えている。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。延命治療を中止するだけでなく、痛みや苦痛などを取り除いて安らかな最後を迎えたいと願っている人が少なくない。緩和医療に全力を尽くしてもらいつつ、そのような医療態勢の整備にも力を入れてもらえるよう、日本尊厳死協会は国にも働きかけている。

日本尊厳死協会のあゆみ

年	協会のあゆみ	国内外の動き
1976	●「安楽死協会」設立 (初代理事長:太田典礼氏)	● 米国 カレンさん判決 「尊厳をもって死ぬ権利」が容認される
77		● 米カリフォルニア州 「自然死法」(終末期には、生命維持装置を使用しないか否かを医師に要請する文書を、知的精神的判断能力があるときに証人を立てて作成する権利を住民に保証する法律) 成立
78	●法制化に取り組む	
1980		● パチカン声明 「消極的安楽死」を容認
81	●「積極的安楽死」は認めないとする	● 世界医師会リスボン宣言 尊厳死の権利に言及
82		●死の権利協会世界連合結成
83	●「安楽死協会」から「日本尊厳死協会」と会名変更	
84	●法人化申請を厚生省門前払い	
87		● 世界医師会マドリード宣言 積極的安楽死を否定
1990		● ライシャワー元駐日米大使 尊厳死 ● 米クルーザン嬢判決 植物状態での栄養停止認める
91	● 東海大事件 で尊厳死・安楽心	

年	協会のおゆみ	国内外の動き
	への関心が高まり、会員 6 千人増加する。	
92		●日本医師会報告書 尊厳死を肯定
93		●オランダ 安楽死合法化の気運高まる
94		●日本学術会議報告書 尊厳死を積極的に容認 ●米オレゴン州住民投票 安楽死法に賛成多数
95		●東海大病院事件の医師に殺人罪で有罪判決 (横浜地裁、治療中止要件も示す)
97		●米オレゴン州 尊厳死法 (医師の自殺ほう助合法) 施行
98	●「自分らしい終末『尊厳死』」出版	●延命治療に否定的国民 68% (厚生省意識調査)
2000	●厚生・文部両省 全国医大へ「提言書」提出	●「エホバの証人輸血訴訟」最高裁判決 治療選択にも自己決定権を尊重するとした
01		●オランダ 安楽死法成立
02		●川崎協同病院で、安楽死事件が明るみに ●ベルギー 安楽死合法化法成立
04		●北海道立羽幌病院で、人工呼吸器外し (殺人容疑で送検。その後不起訴に)
05	●『世界のリビング・ウイル』出版	●植物状態の米テリーさん尊厳死 (政治介入退け)

年	協会のあゆみ	国内外の動き
		● フランス 尊厳死法施行
06	●『年表が語る協会 30年の歩み』出版	●富山県射水市民病院の終末期医療が社会問題に ●オレゴン尊厳死法に合憲判決（米連邦最高裁）
07	●『私が決める尊厳死』（東海支部編）出版	●厚労省「終末期医療ガイドライン」作成 ●川崎協同病院事件、医師に減刑判決（東京高裁）
09		● 米ワシントン州 尊厳死法（自殺ほう助）施行 ●「射水市民病院問題」で医師不起訴
2010	●一般社団法人としてスタート	● スイス 海外からの「自殺ツアー」規制へ
11	●「尊厳死の宣言書」改定	● ドイツ医師会 自殺介助容認に待った
13	●『新・私が決める尊厳死』出版 ●「日本リビングウイル研究会」発足	
15		●米オレゴン州で、メイナードさん安楽死事件

<https://www.songenshi-kyokai.com./about/history.html>(2019/11/08)

日本の事例

① 名古屋安楽死事件（昭和 37 年 12 月 22 日）

被告人は、父 A と母のもとに生まれ、家業である農業に精励するなど真面目な青年だった。父 A が部落の園芸組合長等の公職に就いていた頃（昭和 31 年 10 月頃）脳出血で倒れてしまった。一時の小康を得たこともあったが、昭和 34 年から再発して全身不随となってしまった。（食事や大小便の始末まですべて家人を煩わすことになった）36 年からは、食欲も減退し衰弱がはなはだしく、手足を動かすにも激痛を訴えるようになった。父 A の医師は、「おそらくはあと 7 日か、よくもって 10 日だろう」と家人に伝えたそうだ。この頃被告人は、父 A の「早く死にたい」「殺してくれ」と大声で口走っているのを聞き、また息も絶えそうになる発作に悶え苦しむありようを見るにつけ、子として耐えられない気持ちに駆られ、父親に対する最後の孝養であると考え、むしろ父 A を殺害しようと決意するに至った。被告人は、牛乳に農薬を入れそれを父 A に飲ませることで殺害した。

判決 名古屋高等裁判所

被告人は、刑法 202 条により嘱託殺人だとされ、懲役 1 年執行猶予 3 年の判決が下された。

***刑法 202 条** 人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその嘱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錮に処する。

次の（1）～（6）に挙げる要件をすべて満たすときに安楽死としての違法性が否定されうるとした。

- （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）病者の苦痛が甚しく、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

本件においては、（5）（6）が欠けているため、違法性が阻却されなかった。

② 東海大学付属病院安楽死事件（平成3年4月）

被告人は、東海大学付属病院で医師を務めていた。

平成2年3月に患者Bは、同病院で血液の異常が指摘され、診察を受けたところ、多発性骨髄腫だったため、入院した。多発性骨髄腫は、現代医学では不治の病気とされており、根治的治療は不可能であり、病気の進行を遅らせるだけの治療しか行うことができない。長男や妻にこれを告げるとかなりショックを受けており、相談の結果、患者B本人には、病名やその詳細は伝えず、骨髄機能不全とだけ告げそのまま経過した。同年6月に、病気の進行が抑えられたため患者Bは退院したが、また病状が悪化し始めたため同年12月に再入院した。その後、抗がん剤の投与などの治療が行われたが、効果はなく病状の悪化は止められなかった。骨髄腫細胞によって骨破壊、腰椎の圧迫骨折に基づく腰痛が生じ、白血球と血小板が非常に少なく感染症や脳出血などで死亡するおそれがあると告げられた。やがて、嘔吐や全身倦怠感が強まり、うつらうつらと眠る状態になり、腎機能障害と高カルシウム血症が表れ、点滴をしても病状は悪化していく一方だった。患者Bは、点滴やフォーリーカテーテルを抜こうとする体動が出たため、手足を抑制帯で抑えた。そして、患者Bの妻や長男から、「患者は一晩中寝付いていなかった。点滴とフォーリーカテーテルを抜いて治療は辞めて欲しい。治る病気ではないので治療する意味はなく、苦しめるようなことはしないでください」と言われた。被告人を含め医師たちは点滴とフォーリーカテーテルを抜いた。しかし、死亡することなく苦しそうな呼吸をしていた。それを聞いた長男は「いびきを聞いているのがつらい。楽にしてください。早く家に連れて帰りたい」と被告人に要請した。被告人は聞き入れ、殺意を持って副作用のある不整脈治療薬である塩酸ペ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。

判決 横浜地方裁判所

被告人は、刑法199条により殺人罪とされ、懲役2年執行猶予2年の有罪判決が下された。

***刑法199条** 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。

医師が業務に関して殺人罪で起訴されたのは初めてだった。

本件は、「安楽死」が許容できるとした昭和37年の名古屋高等裁判所が示した「安楽死6要件」を見直し新たに「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。

※(5)に関しては、「医師による」行為が前提となっているため削除された。(6)に関しては、より苦痛の少ないといった、目的に合った方法が選択されるのが当然であろうということから削除された。

本件においては、(1)(3)などに逸脱があったため、安楽死として違法性は阻却されなかったであろう。

上に挙げた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志を表明できないことが多く、患者本人抜きで家族と医師が相談して治療方針を決めることがとても多い。また、健康時に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きわめて少ない。主にこの2点が、家族推定を適用範囲とした理由になる。

③ 富山県射水市民病院事件（平成18年3月25日）←p3

富山県にある射水市民病院は、2000年から2005年にかけて、7人の患者が外科部長によって人工呼吸器を取り外されて死亡していた。

患者は50歳代から90歳代の男女で、7人いずれも意識がなく、回復の見込みがない状態(5人は末期がん)だったとされる。また、同院長の説明によると、この7人のうち、1人のカルテについては、家族を通じて本人の同意が得られていることが記載されており、残りの6人については、家族の同意のみが得られたことが記されていた。

県警は、2008年7月に、呼吸器外しに関与した医師2人を、殺人容疑で富山地検に書類送検した。

しかし、この事件は嫌疑不十分のため、不起訴となった。

その理由は、「人工呼吸器の取り外しに関して、患者の家族の同意があったこと」（家族推定）から違法性は阻却されること、また、「人工呼吸器の装置の取り外しの一連の行為は、延命装置とその中止行為に過ぎない」「医師に殺意を認めることはできない」ので、容疑不十分だったからだ。

海外の現状

【オランダ】

2001年、「安楽死法」が成立し安楽死が合法化された。「注意義務の基準」(医師の遵守事項)として次の6項目が定められている。

- 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(肉体的苦痛、精神的苦痛ともに該当する)が耐えがたいものであり、改善の見込みがないことを確認する
- ③ 患者に今後の状況を説明し、今後の予想を伝える
- ④ 患者とよく話し合い、双方がはかに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 患者の生命を集結させる、あるいはその自殺介助を行うことについて、適切かつ慎重な医療を実施する。

この法律が認めた「安楽死」は、意図的に死を招く「積極的安楽死」に分類される。

ただし、この「安楽死」は、患者の死期が近くなくても認められる。〈cf.日本の法案(1)〉
また、医師は「安楽死」を拒否する権利を有する。

2016年、6091人が安楽死し、そのおよそ7割が末期がん患者だった。加齢によるさまざまな苦しみを原因とする安楽死は244人、認知症患者の安楽死は141人とどまっている。安楽死を行うことに、抵抗感を抱く医者は存在する。また、高齢者や認知症患者の安楽死については、安楽死の経験が乏しい医者では判断が難しいケースも多い。

また、オランダでは、失業者・年金生活者など経済的に余裕のない人々を含めた全ての納税者が特別医療保険に加入し、病気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。

【アメリカ】

アメリカの“安楽死法”推進団体によると、アメリカでは、現在、安楽死は、8つの州（カリフォルニア、コロラド、オレゴン、バーモント、ワシントン、ハワイ、モンタナ、メイン）とコロンビア特別区で認められている。アメリカ人の約 21%が安楽死の選択権があることを意味する。

*ハワイ州の場合

末期患者の医師ほう助自殺 (PAS) を合法化した「Our Care、Our Choice Act(医療選択法)」が2018年3月28日、州議会で可決、成立した。全米ではPAS合法化した6番目の州になる。法案は、厳しい要件でPAS合法化を認める。

その要件は、

- ①ハワイ州在住の成人が対象
- ②2人以上の医師が「患者の余命6か月未満」と診断
- ③患者は自ら決定できる精神状態にある
- ④患者は処方薬物を自ら服用することができる状態にある
- ⑤医師以外の医療従事者による処方を禁じる、など。

※全米各州では、すでにオレゴン、ワシントン、バーモント、カリフォルニア州が特別立法で、モンタナ州が州憲法の援用でPASを合法化している。

*薬を服用するのは自分自身である。医療援助による安楽死の処方箋の要求を破棄または取り消すことができ、薬を所持してからもそれを服用する義務はない。

実際にオレゴン州では、薬を手に入れた患者のうち、実際にその薬を服用した人は約3分の2と言われている。

このようにアメリカで安楽死が合法化されたが、アメリカ人の中には医療保険に加入していない人も多くいる。そのため、経済的負担が理由で、無理に安楽死を選択してしまう患者も出てきてしまう。

【スイス】

自殺ほう助機関「エグジット (Exit)」が存在し、その会員登録者は年々増加している。

2017年時点で1万0078人が登録している。

エグジットへ相談してくる人で最も多いのは末期がん、加齢が原因の多発性疾患、慢性疼痛（とうつう）の患者だそうだ。

※スイスの法律では、自死しようとする本人が自らその行為を行い、それを手助けする人が行為者の死に何の利害関係もない限り認めるとする法律が1940年代に制定されている。ただ、自殺ほう助を合法的に行うには、以下のような適正な基準・手続きなどが必要。

- ・自分の行為を自覚している
- ・衝動的な行為ではない
- ・一貫して死にたいという意志がある
- ・第三者の影響下でない
- ・自身の手で命を絶つ
- ・激しい痛みや耐えられない症状を伴う不治の病を患っているか、耐えがたいほどの障害を抱える人

【台湾】

台湾で2016年1月、「患者自主権法」という新たな尊厳死法が成立、公布された。患者本人の医療指示書による延命措置の不開始や中止ができる対象として、末期患者に加え、「極めて重度な認知症」「持続的植物状態」などに広げた。台湾では、政府が定めた事前指示書があれば終末期の患者に尊厳死を認めるホスピス緩和医療法（安寧緩和医療条例）が2000年にできていた。以来、16年間の実績を踏まえてつくられた新法は「患者を主体として、患者本人の意思を十分に尊重した医療の実現を法的に保障する」ための法律である。

【ベルギー】

ベルギー政府は2014年3月に、世界で初めて年齢による制限を排した「安楽死法」を成立させた。（どの国も、「安楽死」を要請する者として幼い子供を想定していない）

- ・「精神的苦痛」による「安楽死」を合法化している（ただし、幼い子供は不可）
- ・「安楽死」は必ず医師によって行われる必要がある。自殺ほう助は不可。

（つまり、医師が直接患者に対して生命を終焉される必要がある。致死薬のみを患者に処方するのは違法となる。）

- ・意識のあるときに書かれた事前の意思表示は認められる。

（末期状態での要請は、患者本人の「肉体的または精神的苦痛」が要件とされる。）

日本での尊厳死の問題点

1. 患者の意思表示について

a 意思表示がある場合

ガイドラインの根底には、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考えがある。その理論的根拠は明確ではないが、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が訪れたとしても、それを殺人であると考えるのは難しい。患者の求めがあるとき、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すれば、患者の意思に基づく治療義務の解除論が論拠となっているように思われる。つまり患者の意思が医師の治療義務に優先するということである。医師の治療義務とは「診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。(医師法第19条)」のことである。よって患者からの求めがない場合は医療を中止してもよいということになる。医学は、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。よって医師には、患者の生命を守るといふ、生命保持義務がある。しかし医療の発達により平均寿命が上がったこと、急激な高齢化社会が進んでいることでその意識も変化してきた。現在では、患者の願望に応じた治療を行うことが良き医療として認められると考えられている。従って、死をもたらしことを承知の上で、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、認められてよいと考えられる。しかし、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をためらう医師も多い。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、現実に実施することは難しい現状である。ここで患者の意思を家族が推定してよいか問題になる。なぜなら、日本では終末期の扱いは医師の裁量権外であるとされているからである。

b 意思表明がない場合

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（厚生労働省が平成20年に行った国民意識調査では約8割の国民が尊厳死に賛成している。他反対が1割、わからないが1割）。また、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容認してよいとされている。その際、医師が患者の日常生活上の断片的言動から判断するよりも、家族の意思表示による方が中止検討段階での患者の意思を推定できるとし、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が要求されるが、例えば、関

係悪化により長い間会っていない場合でも家族が的確に推定できるといえるか、それならば、親しい友人や恋人の方が適切なのではないかという疑問が残る。医師側も、患者及び家族との意思共有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が、下記で述べるように、インフォームド・コンセントが徹底されていない中で、信頼関係を築くことができるのか疑問である。

c 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)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。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。しかし、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添うと考えられる。

{インフォームド・コンセントは、医療法第1条の4第2項(医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。)に規定されているのだが、同法は主語が「医師」の法律であって患者の側から「権利」を定めたものではない上、努力義務を定めたものに過ぎず、患者の権利の観点からは不十分なものである、という評価が一般的である。ガイドラインの法制化する動きもある中で、患者の一般的権利すら法制化されていない段階で、先に「死ぬ権利」を法律で保障することが果たして妥当なのか。十分な情報が権利として保障されない中で、生命の処分に関する真の自己決定が保障できるといえるかがネックとなっています。}

<尊厳死宣言公正証書(リビング・ウィル)の作成方法>

法律のプロである公証人が記載内容について法令違反がないかや、作成者の身元・意思などを確認して作成する文書で、証明力があり、信頼性や安全性の高い尊厳死宣言文書の1つ。内容としては以下の5点が記載される。

1. 病状が不治かつ死期が迫っている状態になった場合には、延命治療を拒否すること
2. 家族も尊厳死について同意をしていること
3. 尊厳死を容認した家族や医師に対して、刑事上、民事上の責任を求めないこと
4. 苦痛の緩和に関する処置は行ってほしいこと
5. 精神が健全な状態にあるときに本人が撤回しない限り、その効力は有効であること

医療の現場では尊厳死宣言公正証書などを提示することで、9割程度の医師は尊厳死を許容している。必要な書類として以下の5つのうち1つ。

- 1.印鑑登録証明書（公正証書作成の日から3ヵ月以内に発行されたもの）及び実印
- 2.運転免許証及び認印
- 3.パスポート及び認印
- 4.住民基本台帳カード（写真付き）及び認印
- 5.その他顔写真入りの公的機関発行の証明書及び認印

尊厳死宣言公正証書を作成した後は、信頼できる人や家族に自分の意思を伝えて、尊厳死宣言公正証書を渡しておくことも大切である。

2 医師の治療義務について

a 治療行為中止の要件

ガイドラインには、「回復」や「末期状態」という文言があるが、「回復」や「末期状態」とはいかなる状態を指すのか、どのようにして判断するのか。また、医療行為を中止した場合、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。

b 生命の尊重と人間の尊厳

法哲学者であるホセ・ヨンパルトは、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。つまり、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。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。

日本での尊厳死の検討

自己決定権とは、一般に自分の生き方や生活について、他者からの干渉を受けることなく自らの事について決定を下すことができる権利のことである。自己決定権は、憲法13条の「幸福追求の権利」が根拠とされる。自己決定というのは、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。自己決定は、それが自己の決定・選択であるがゆえに、尊重されるべきであり、まさに自己決定権尊重の根拠は、人間の尊厳、独立性の尊重といえる。そのため、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、真摯で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。しかし、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的意思表示が圧倒的に

少ないというのが現実であり、本人への病名の告知は家族の希望から患者全員にはされていない（2006年、アルツハイマー病の患者に対して、すべてに告知一約1割、全く告知しない一約1割、状況による一約8割／2009年、癌患者に対する告知率一約9割）。また、日本の保険制度は、弱者にとっては負担が大きい。経済的に厳しい中で死を選ぶことは本当に自由意思といえるか。現在日本では、自己決定と自己責任、すなわち、「自分のことは自分で決める、それに基づく自分の行為の責任は自分で引き受ける」がセットで使われ、一般化しているように思われる。社会的に不利な立場におかれ、他者にコントロールされる人口層は必ず存在する。そもそも自己決定権を主張できない、またそれを抗議する力が十分でないことが多い。超高齢社会といわれる今日、他者に依存する弱い人口層が増加している。尊厳死を認めることにより、自己決定と責任が強調されることは、認知症の人、重度の知的障害や精神障害のある人等、意思決定・判断に不安のある人びとを、責任能力が無いとして排除することになる危険性がある。

尊厳死法案

これまで、末期患者の人工呼吸器を医師の手で取り外すという行為は、患者本人や家族の同意のもとで行われてきた。ただ、その過程で医師が民事・刑事両面で責任を問われることも何度かあったため、尊厳死を支持する人々（主に日本尊厳死協会）は、尊厳死のルール化、法制化を長く求めてきた。2007年には、尊厳死を選択する際の最低限のルールとして、厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関する指針」というガイドラインを発表した。法律という形式ではないにせよ、これにより尊厳死を選択する際の手続きが明確化され、今に至っている。尊厳死協会が主張する法制化の必要性とは、多くの国民が尊厳死を認めていること、そして刑事、民事責任に問われることを恐れて、患者が尊厳死を望んでいるのに医師がこれを躊躇する事態を避けることとしているのだが、ガイドラインを発表して以降、特に問題が起こっていないことを考慮すると、無理に法律化しようとする動きは必要ないように思われる。

問題点

このガイドラインが法律化されると、事前に、延命措置を希望しない意思を表明する文書（リビングウィル）さえ作成しておけば、現場の複数名の医師の裁量で終末期に入ったと判定され、延命措置をすることなく最期を迎える、ということが可能になる。これは、多くの身体的、精神的障害を持つ人々などを不安にさせる。また、24時間介護をはじめとする「生きる権利」の保障についてはどうなるのか。現在の法案が用意した要件だけで「終末期」を定義すると、呼吸器を利用しながら生きている重度身体障害者（代表的な例がALS）が含まれる。彼らは呼吸器などの設備がなければ、現在のところ確実に死に至るので、「死期が間近である」と言える。ALS患者を取り巻く状況は、とても厳しく、寝たきりの状態である上に呼吸器の使用が必須となるので、常時介護が必要となる。また、一次的に介護の担い手としてあげられるのは、どうしても「家族」ということになる。このため、いざ呼吸器をつけ

るといふ局面で、医師（一般の人よりも延命治療に対して否定的な意見を持つ割合が高い）、家族が「呼吸器がいかにかんしんどのものであるか」といふことを説得し、呼吸器の装着を諦めさせようとする、といふことが起こる可能性がある。そのような状況で、「それでも呼吸器をつけてください。」といふのは大変厳しいといわざるを得ない。しかし、このような説得の末に患者がリビングウィルに署名した場合でも、任意に意思表示したとして扱われるので、問題なく尊厳死を実行できてしまう。現状、介護の支給を申請しても、希望通りに支給されることは極めて稀で、財源の問題、他の障害者との公平の問題など、様々な理由をあげて自治体は十分な介護が提供されないため、やはり家族の負担として重くのしかかる。日本中のどこであつても、家族の負担なく自由に在宅介護を受けられる社会を構築するほうが先ではないか、といふ重度身体障害者たちの思いは軽視できない。望まない死が強要されることは避けなければならない。

実際に尊厳死法が成立すると影響を受けるとされる病気

認知症

いろいろな原因で脳の細胞が死んでしまつたり、働きが悪くなつたりしたためにさまざまな障害が起こり、生活するうえで支障が出ている状態のこと。認知症にはいくつかの種類があるが、主なものとして、アルツハイマー型認知症、脳血管型認知症、レビー小体型認知症が挙げられる。アルツハイマー病の特長としては、・認知機能障害（もの忘れ等）、もの盗られ妄想、徘徊などが挙げられる。国民の意識調査（平成25年 厚生労働省）では、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱がすすんできた場合」に受けた治療として、点滴を「望む」・「望まない」割合は、どちらも約4割、他「わからない」と「無回答」であつたが、人工呼吸器に関しては、「望む」割合が1割に届かず、「望まない割合」が8割近くにまで上がった。

植物状態

脳幹（感覚神経・運動神経の通路）の機能は残存（あるいは一部残存している）しており、まれに回復する可能性がある。多くは自力で呼吸している。多くは点滴治療を施して延命している。

（脳死＝脳幹を含む全脳の機能の不可逆的な停止を意味し、回復する可能性はない。一般には心臓は動いているが、人工呼吸器を装着しても通常数日以内に心臓は停止してしまう、また、自力で呼吸できない）

ALS

ALS（筋萎縮性側索硬化症）は、全身の筋肉がやせて、力がなくなつていく病気である。発症すると進行を止めることはできない。人工呼吸器がなければ、2、3年で死に至る。あれば患者にもよるが約10年、生き延びることができ、多くが延命を望む。

癌

何らかの原因で口から食べることが出来ない場合の栄養を摂る手段として、胃に直接穴をあけて、短い管を通し、その管に液体の栄養剤を注入する、「胃ろう」というものがある。これには、リハビリと延命2つの目的がある。延命の場合、高齢で脳卒中の後遺症や、認知症（もしくはその両方）の影響で口から食べられなくなり、リハビリで食べられるようになるのは難しいと判断された場合、できるだけ命を長らえさせるために胃ろうをつくる場合がある。国民の意識調査（平成25年 厚生労働省）では、「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合に受けた治療」として、胃ろうや人工呼吸器を「望む」割合は約1割、「望まない」が約7割、他「わからない」と「無回答」であった。

議論の結果

〈論点その1〉

厚生労働省は2007年5月に、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作り、尊厳死（＝消極的安楽死-病者の苦痛を長引かせないために過剰な延命装置を差し控える場合。）を認めている。ただし、このガイドラインは積極的安楽死（病者を苦痛から解放するために積極的行為により殺害する場合。）を認めていない。末期状態で回復の見込みがない患者に対して、より尊厳を持って死を迎えられるよう、ガイドラインの適用範囲を積極的安楽死まで拡張するべきか。（つまり、「以下の(3)の範囲を拡張し、例えば、医師が患者の寿命を縮めるために薬の投与をすることを合法とするべきか」という意味。）

※定義は、『法律学小辞典第5版』より引用。

賛成 範囲を拡張するべきである。

反対 範囲を拡張するべきではない。

- (1) 行いうるすべての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近である（これを「終末期」といいます。）と判定された患者について、
- (2) 患者本人が尊厳死を希望するという意思を文書で表示している場合に、
- (3) 医師は、単に当該患者の生存期間の延長を目的とする医療上の措置（これを「延命措置」といいます。）を中止したり、新たな延命措置をしないことができる。
- (4) この法律に基づいて延命措置の中止などをした場合は、民事上、刑事上の責任を問えない。

これは、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を法律化して、国会に提出しようとした法案の内容を簡単に要約したものである。

〈賛成派の主な主張〉

- ・医療器具を外しても、薬を投与しても、死を迎えることになるならこれら2つは、一緒と見なしてよい。
- ・医療器具等チューブが患者の体にささっている状態（スパゲティ症候群）は、患者本人にとって不快でもあり、さらに周りの家族や友人にとっても不快である。
- ・患者が死にたいという気持ち（自己決定権）を尊重するべきである。
- ・治る見込みがない人に医療費をかけるべきではない。もっと治る可能性のある人にその分かけるべきなのではないか。
- ・経済的理由を含めて、安楽死を選択するかどうかは自己決定に含まれる。
- ・患者本人は、人様に迷惑をかけてまで生きたいと思わないのではないか。

〈反対派の主な主張〉

- ・たとえ安楽死が合法化されたとしても、安楽死を選択した家族は「自分が殺してしまった」と思い精神的負担が大きくなる。
- ・「治療費がかかるから殺してしまおう」と安易に思う人が増える危険性がある。
- ・経済的に厳しい人が安楽死を選択してしまう。⇒経済的な貧富の差に繋がる可能性が大きい。
- ・最後の処置を行うのは医師だとしたら、医者負担が大きくなる。⇒医者尊厳は？
- ・治療を続けたら治るかもしれないという可能性がないとは言い切れない。

〈論点その2〉・・・議論中に新たに出てきた論点

日本において、現行法からオランダの法律に変更すべきか。

賛成 オランダの法律に変更すべきである。

反対 オランダの法律に変更すべきではない。

〈賛成派の主な主張〉

- ・ 自己意思を認めるべきである。
- ・ 自殺と同等である。
- ・ 生 or 死、どちらが幸せなのかは個人次第。
- ・ オランダの法律は要件がしっかりしている。(かかりつけ医以外の意見も取り入れられる点など)

〈反対派の主な主張〉

- ・ 本人の意思は、他人に影響されやすく移り変わるものである。
- ・ 「他人に迷惑をかけてしまうから死ぬ」と意見を持つ人が出てくるおそれがある。
- ・ 安楽死を認める要件として、「耐えがたい」だけでは足りないのではないか。「終末期」という要件が妥当である。
- ・ 自分の体を大切にするのは義務である。

参考文献

- ・「江原朗 医療倫理・医療安全論 8. 終末期医療について」
<http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/hirokoku/rinri8.pdf>(2019/11/08)
- ・「死に方を選ぶ、尊厳死が合法的な国と日本の状況。治療中止とリビングウィル」
<https://stonewashersjournal.com/2016/08/17/livingwill/>(2019/11/08)
- ・「日本尊厳死協会 協会のあゆみ 日本尊厳死協会のあゆみと主な出来事」
<https://www.songenshi-kyokai.com/about/history.html>
- ・「世界の安楽死に関する裁判と法律」
<http://www.let.kumamoto-u.ac.jp/ihs/soc/ethics/takahashi/tyousa/2syousu.html>
- ・「高裁判例-裁判所 | 最判例情報」
http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail3?id=23053
- ・「安楽死に関する刑事事件」
<https://square.umin.ac.jp/endoflife/shiryo/pdf/shiryo03/04/312.pdf>
- ・「消極的安楽死？尊厳死？日本とオランダどう違う？朝日新聞」
<https://www.asahi.com/articles/ASL326307L32UEHF00Q.html>
- ・「尊厳死をめぐる」
http://www.f.waseda.jp/k_okabe/semi-theses/1502mone_umebayashi.pdf
- ・「スイスの死ぬ権利」
https://www.swissinfo.ch/jpn/society/%E3%82%B9%E3%82%A4%E3%82%B9%E3%81%AE-%E6%AD%BB%E3%81%AC%E6%A8%A9%E5%88%A9_%E5%AE%89%E6%A5%BD%E6%AD%BB%E3%82%92%E5%B8%8C%E6%9C%9B%E3%81%99%E3%82%8B%E4%BA%BA%E3%81%AF%E3%81%A9%E3%81%86%E3%81%99%E3%82%8C%E3%81%B0%E3%81%84%E3%81%84-/43914124
- ・「ベルギー『2014年法』成立の背景をめぐる - 考察」
<https://www2.med.osaka-u.ac.jp/eth/site/wp-content/uploads/2019/05/makita-1.pdf>
- ・「富山射水市民病院事件」
<http://plaza.umin.ac.jp/~kodama/bioethics/wordbook/imizu.html>
- ・「呼吸器外した射水市民病院2医師、不起訴処分に J:Cast ニュース」
<https://www.j-cast.com/2009/12/22056776.html>
- ・「安楽死に関する刑事事件（東海大学病院事件）」
<file:///C:/Users/MEGUMI/Downloads/20070507.pdf>
- ・米「ハワイ州で『末期患者の医師ほう助自殺合法化成る』」
<https://www.songenshi-kyokai.com/messages/overseas/1699.html>
- ・「日本の尊厳死における現状と問題」
<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/FMfcgxwDsFbBsZTFwRwGTvccqdrPJKMQ?projector=1&messagePartId=0.1>
- ・「みんなの介護 延命治療を望まない方が9割！」
<https://www.minnanokaigo.com/news/kaigo-text/law/no22/>
- ・「胃ろうをつくとどのくらい生きられるのか？途中でやめることはできる？」
<https://swallowmouth.com/peg04-830>
- ・「日経メディカル」
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/gakkai/sp/jspm2010/201006/515735.html>
- ・「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/dl/saisyuu_iryuu08.pdf
- ・「未唯への手紙 自己決定は自己責任を伴うのか」
<https://blog.goo.ne.jp/tgalmoh/e/c4bb4ec02e3ae32ac515cdf69c4e52df>
- ・『法律学小辞典第5版』