

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部
総合医学教育センター

中西 淑美

7 安楽死と尊厳死(1)

はじめに

本連載は、この医療メデイエーションという概念による、臨床倫理メデイエーションについて発信するためである。「医療メデイエーション」という概念は、widow (価値・価値) を認めること、人と問題を切り離し、二元論で考えず、どちらが正しいかではなく、他の Alternative な方法はないのか、つまり、選択肢を増やすこと、人と人をつないでいくアプローチである。それゆえ、関係の質の向上の概念であり、相互行為作用や場の展開により、対話は拓かれていく。

今回の安楽死を取り上げた理由は、グローバル

リゼーション、高齢化社会、社会保障費抑制、人々の多様な価値観などが大きく変化している日本の社会・文化的背景の中で、医師や他の医療者が追究している生物学的・専門的医学、医学的倫理、さらには道徳、法論理との間でのコンフリクトを終末期医療の中で垣間見ることができるようである。この安楽死を巡るコンフリクトの根底には「死への善悪」がある。

コンフリクトの解決の一方方法として、医療メデイエーションがある。倫理問題にはコンフリクトが多く存在する。そのことを考えれば大いに汎用する可能性はある、と筆者は考えている。さて、安楽死が法律として成立している国は、前述のような根源的な問題のために、世界的に

見ても少数である。その国々はオランダ、ベルギー、ルクセンブルク、スイス、カナダ、アメリカ合衆国(オレゴン州、カリフォルニア州、ワシントン州等)である。また、安楽死を合法として認めていない国に住む人が、合法とされているスイス等に移動して目的を遂げる事例もある。終末期の患者の最良の利益(価値)とは何か、その中に「死」がある場合には、どのように考え、医療・介護・福祉をいかに行う必要があるのか、に直面する。また、「死」が殺人でないことをどのようにすれば確認できるのか、実際に行われた行為の評価と判断はどうするのかなど、直面する法的・社会的課題は多く、複雑である。

これから具体的に、この安楽死の鍵となる問題点は何かを考えて見ることにしよう。

1. 生と死の選択

「死ぬ権利をどこまで認めるのか、赦されるのか

(1) 安楽死と尊厳死

現代倫理学事典によると、「安楽死(euthanasia/death with dignity)」は、ギリシャ語の「よく、幸せに(eu)」と「死

(thantos)」から作られた言葉で、「苦しみのない速やかな死」を意味する。重要な点は、自ら生命を絶つ能力がないから、第三者が死ぬことを補助(ほうじょ)して死ぬという点である。他方、「尊厳死(death with dignity)」は、比較的新しい用語であり、同じ事典で、過度の延命治療で単なる物体のように生かされている状態を非人間的とみて、人間としての尊厳を保持したまま死を迎えることと定義されている。

生と死の選択において、「安楽死」と「尊厳死」は、一般的な意味と専門家が使う意味合いも異なり、国によっても異なる。例えば、不治の病気や重度の障害など、患者本人にとって極めて苦痛で回復の見込みも無いような場合、倫理的な問題を孕みながら、時として延命治療を休止する、または患者の命を絶つ行為を行ったり、自殺を補助する、といった要請や判断である。一般的には、前者を「尊厳死」、後者を「安楽死」と呼ぶ傾向がある。

これに対し、専門的に用いられる時は、「安楽死」自体が前後の両方の意味を持っている場合がしばしば見受けられる。すなわち、「安楽死」を「消極的安楽死」と「積極的安楽死」の二つに分類するという考え方である。

「安楽死」を法的に認めているオランダでは、「安楽死」を合法的に認めるための要求事項がある。以下はその概要であり、オランダでは、「安楽死」は、明確に、「積極的安楽死」と認知されている。

1. 患者が耐え難い、果てしなく続く苦しみの将来に直面しなければならぬ状況
 2. 死ぬことへの要求が自主的かつ十分に熟慮されなければならない状況
 3. 医師と患者は、他の解決策が全く存在しないと確信している状況
 4. 第二の医療や治療への意見を得なければならず、また、生命は、医学的に適切な方法で終了しなければならぬ状況
- の4要件である。

(2) 安楽死と自殺補助

1935年、英国ではじめて安楽死協会が誕生し、彼らが使った「安楽死」という用語(euthanasia, euthanasie)は、前述のようにギリシャ語の語源をもつ。西欧社会では宗教的な意味で自殺を罪悪視する。このために、「安楽死」の定義は、慈悲の精神にもとづいて死期を早めることによる「良き死」を許容する、と

いう考え方に依拠してきた。日本尊厳死協会では、「安楽死」と「尊厳死」を区別しており、「尊厳死」とは、「リビング・ウィル(Living Will)」によって、明確に自分の死を直接的に意図し、かつ延命治療の中止によって死に至らしめることであり、本人にとって死を迎えることは厭わないことである。

「積極的安楽死」と「消極的安楽死」については、医療行為の中では、医師の患者にたいする処置の違いによって分類することができる。「積極的安楽死」とは、「医師が致死薬の投与などにより、患者の死期を比較的早めること」によって起こる死であり、「消極的安楽死」とは「鎮痛以外の積極的な治療をすべて中止し、対症療法だけで寿命が尽きるのを待つこと」によってたらされる死をいう。しかし、諸外国では「積極的/消極的安楽死」を区別しない傾向があり、「安楽死」といえば、前述したオランダのように、「積極的安楽死」を指すのが通例となっている。

法的見地から真の意味での「安楽死」は、「知的精神的判断能力のある成人患者本人の真摯で持続的な自発的要請に基づいて、医師が患者を補助した結果、患者の希望通りに安らかに生命

表1 安楽死の意味と関連語

分類		意味
安楽死	Euthanasia	XがYの生命を意図的に絶つ
積極的	Active e.	Yのbenefitのために生命を絶つ
消極的	Passive e.	XはYの死のためにその行為を行う
自発的	Voluntary e.	延命治療の保留や中止によりXはYを死なせる
非自発的	Non-voluntary e.	Yが死を意思として表明している
不随意的	Involuntary e.	Yが死を意思として表明できない場合(例えば、重篤な新生児)
自殺	Suicide	Yが自らの意思で自身の命を絶つ
補助	Assisted s.	XがYの自殺を意図的に助ける
医師による補助	Physician assisted s.	医師がYの自殺を意図的に助ける
慈悲殺	Mercy killing	本人の求めに応じて慈悲の気持ちから死に至らせる行為
尊厳死	Death with dignity	リビング・ウィル(living will)によって、明確に自分の死を直接的に意図し、かつ延命治療の中止によって死に至らしめることであり、本人にとって明確に死を迎えること

Tony Hopeら, Medical Ethics Chapter 2 Euthanasia, P11, 2004 New York Oxford University Press 著者改変

が短縮されて、むかえる死」であり、それには積極も消極もなく、自発的な死への選択の意思が患者にあつたか否かである。また、患者の自発的安楽死を補助する医師の方法が、①致死薬を注射して死をもたらす医師の自発的な行為による「積極的安楽死」の場合には、「自発的積極

的安楽死」であり、②医師は致死薬の処方箋あるいは薬剤そのものを患者に渡すだけで、その後、患者が入手した致死薬を服用して自殺する場合には、「医師による患者の自殺補助」である。真の意味での「安楽死」は、知的精神的判断能力のある成人患者にたいする「医師による行為」

ると、法的には殺人罪となる恐れもある。生死を目の当たりにする末期に生命維持装置を取り外すことは、末期患者の死への過程において、延命治療へ人為的に無理に介入するのを意味するからである。

このような「安楽死」をめぐる用語のなかで、患者の病態があるがままの自然な状態に戻して、患者の残された寿命を自力で全うさせてあげる死は「自然死」と呼ばれることになる。

このような「安楽死」の定義の混乱に対して、国民の自律心の強いオランダにおける「安楽死」の法制化やアメリカのオレゴン州をはじめとした法制化後の「安楽死」の実施の追跡調査から、「滑りやすさ坂論法(Slippery slope argument)」が論駁されようとしている。また、「自然死」あるいは「尊厳死」は、医療を中止しても直接生命の終焉とは関係のない延命治療の中止であるのに、「消極的安楽死」として一種の「安楽死」行為であるかのような誤解が生じていることも挙げられる。これらの状況から、現在の日本においても、一般に知られる「安楽死」、「尊厳死」、「慈悲殺」の三者の定義が曖昧であるために、それらが混同され、「安楽死」

問題をますます複雑にしている。

「慈悲殺」とは、本人の求めに応じて慈悲の気持ちから死に至らせる行為で、欧米では「慈悲殺(mercy killing)」と呼んでいる。「慈悲殺」の有名な事件は、日本の代表的な「安楽死」事件といわれる、昭和37年の「山内事件」とよばれる尊属殺人事件(名古屋高等裁判所判決)である(連載第5回稿の安楽死事件年表を参照)。

(4) 日本の安楽死における認定要件

①山内事件(尊属殺人被告事件)での安楽死判決 農業を営む当時24歳だった青年による父親への尊属殺人である。父親は脳溢血で倒れたまま病床で激痛を訴え、「殺してくれ」と叫び続けていた。その父親に対し、有機リン殺虫剤入りの牛乳を、事情を知らない母親の手を介して与えて死亡させた事件である。控訴審で弁護人は、「安楽死」による無罪を主張したため、高裁では「安楽死」の是非の議論を避けて通ることはできなかった。1962年、名古屋高等裁判所の判決は、後に、「名古屋安楽死6要件」と呼ばれる要件から、殺人罪や尊属殺人罪は成立できないとして、殺人罪としては最も軽い執行

に限定されており、「自発的安楽死」と呼ばれ、単に「積極的安楽死」という場合もある。

「医療倫理と法」の著書のなかで、トニー・ホープの安楽死の章で、XとYでこれらの「安楽死」の定義や用語について説明している。表1は、それを参考に、著者により改変した定義を提示した。

(3) 安楽死と尊厳死

さて、もともと、「尊厳死」という語には、延命治療を中止するという意味以外に、もっと広い意味がある。死を迎える本人が誇りをもって、あるいは個人の理念に従う形で死ぬという尊厳であり、これは延命するかしないかという問題ではなく、個人の納得する形であれば、あらゆる場合が「尊厳死」と呼び得るということになる。狭義では、「尊厳死」とは、栄養と水分の補給以外には、積極的な治療もせず、本人の意思決定のもとに、尊厳のあるうちに、自然に死なせて欲しいと願う死である。「尊厳死」ではなくても行為を行う立場からすると「消極的安楽死」は成り立ち、「消極的と積極的安楽死」と「尊厳死」は区別して考えなければ、現在の日本で「安楽死」＝「積極的安楽死」とす

猶予つきの懲役一年の「自殺関与罪」であった。この判決では、「名古屋安楽死6要件」と呼ばれる日本で初の合法化のための6要件を提示した。順次述べると、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であること、③もっぱら病者の死の緩和の目的でなされたこと、④患者の意識がなお明瞭であつて、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があること、⑤医師の手によることを本則とし、これにより得ないと首肯するに足る特別の事情があること、⑥その方法が倫理的にも妥当な方法として容認しうるものとなること、の6つである。この判決での最も重要なポイントは、「苦痛からの解放」と「本人の意思尊重」の明確な自発的意思の有無である。しかし、判決は、⑤と⑥を満たさないとして、違法な「囑託殺人罪」とした。そして、この「名古屋高裁の6要件」がやがて「安楽死」を論じる際の基本的かつ客観的な判例基準となった。「山内事件」以後、日本で「積極的(安楽死)」が焦点となった事件は8件ほどあるが、すべて有罪判決である。

② 東海大学医学部付属病院の事件での安楽死に対する判決

1991年4月13日、医師(当時36歳)が、原因不明の不治のがんの一種(多発性骨髄腫)で入院していた男性患者(当時58歳)に、家族の強い要請を受けて、塩化カリウム等を注射、死亡させていた事件は当時、「安楽死」について社会的な問題を覚醒させた。1992年7月、この医師は殺人罪で起訴され、横浜地検は起訴にあたって、1962年の名古屋高裁の「安楽死6要件①-⑥」を判断基準とし、このうち、②(見るに忍びない苦痛がある)、④(患者の意識が明確で意思表示ができる場合、本人の依頼【意思】がある)、⑥(倫理的に妥当な方法)を満たさなかったとして、「安楽死ではなく、明らかに殺人」と判定した。

1995年、横浜地方裁判所は、名古屋高裁の6要件に加え、「医師による積極的安楽死4要件」を提示した。「医師における積極的安楽死4要件」とは、①耐え難い肉体的苦痛があること、②死が避けられず、死期が迫っていること、③肉体的苦痛の除去・緩和のために方法を尽くし他の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である。

とされ、現時点まで一度も提出されていない経緯がある。この法案のポイントは、生命維持治療を開始しない、あるいは、患者に提供されている生命維持治療を中止した医師の行為に対し、民事、刑事、行政上の責任を問わないとする、医師の免責規定の具体的な取り決めである。この医師の免責規定が法律に明文化されることによって、これまで法的にはグレーゾーンであった医師の行為が適法であるということが鮮明になれば、「安楽死」問題の大きな曲がり角を迎えることになる。患者の「自己決定」や家族の同意など、日本の「安楽死」の現状を考慮していくことは大きな課題となるであろう。

筆者は、日本における「安楽死」をめぐる臨床倫理で重要な3点、つまり、①「自己決定権」の存立、②「インフォームド・コンセント」の質の向上、③「安楽死」・「尊厳死」に対する知識や制度上の問題等、において、臨床倫理における医療メディエーションの適応を推進していくと考える立場である。これらの三つの点に影響する文化的側面としては、日本独自の混在型宗教性や地理的に培われた国民性(家族中心主義)などの問題が根底に横たわっている。対話過程の質が、さまざまな職種との連携、法

この判決の要点は、死期の迫った患者なら、昏睡状態の場合を考慮して、家族からの「本人の意思」を推定することを法律上可能にしたことである。家族の意向が強く反映される日本の医療現場の実態にあわせた判断をしたことで、まず、「本人の意思」確認を最優先し、それができない場合の「家族による意思の推定」としたのである。

しかし、本判決では、「家族の意思表示から患者の意思を推定すること、いいかえると、患者の意思を推定させるに足る家族の意思表示によるものが許される(家族による推定)」があることが鍵になる。

つまり、この東海大学病院事件の判決によって、「安楽死」が認められない主な理由としての「自己決定権」をどう考えるかについての明確な問題提起がなされたのである。

③「自己決定権」は、安楽死と倫理をめぐる大きなキーワードである。

医師の行なった行為を患者の家族の強い要請により、「安楽死」に準じた行為として主張すれば、患者の意思決定はどうなるのであろうか。もし、この医師の手による「慈悲殺」が認められたとすれば、患者と利害対立が生じる可能性がある。

や地域との対話に影響を与え、人と人をつなぎ、情報共有となり、信頼を構築し、自己の意思決定を支援する。

今回は、この「安楽死」や「尊厳死」の問題について、終末期の医療で「自己決定権」や「インフォームド・コンセント」のあり方を取り上げ、生命をめぐるジレンマやコンフリクトについて考えてみることにする。

引用・参考文献

- (1) 大庭健、井上達夫、加藤尚武、川本隆史、神崎繁、塩野谷祐一、成田和信編・現代倫理学事典、弘文堂、24頁、初版1刷、2006
- (2) T. Hope, J. Savulescu, and J. Hendrick, Medical Ethics and Law, New York Oxford University Press, 2004
- (3) 日本尊厳死協会 <http://www.songenshi-kyokai.com/> (アクセス: 20161027)
- (4) 沖永隆子:「安楽死」問題にみられる日本人の死生観―自己決定権をめぐる一考察、帝京大学短期大学紀要、(24)、69-95、2004
- (5) <http://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/the-law-and-emergency-killing/> (アクセス: 20161027)

性のある家族に患者の生死を判断する権利を認め、結果として「安楽死」は、格好な殺人の手段となってしまう場合もある。この点は、前述した「滑りやすい坂論法」に関係する。

以上から、日本において「安楽死」問題を複雑にしているのは、「本人の意思」よりも「家族の意思」が優先される文化背景や社会の在り方と、世間一般において「安楽死」と「慈悲殺」とが混同され、「安楽死」を「慈悲殺」とし、それに共感する傾向などが挙げられる。

また、日本人の死生観にも関係した生と死の選択についての個々の「自己決定権」の確立が未だ途上であるということも考えられる。

今後、「安楽死」問題を論じていく際に最大の焦点となるのは、家族の意向が尊重されやすい社会のなかで、「患者本人の自己決定権」をどのように確立させるかであろう。

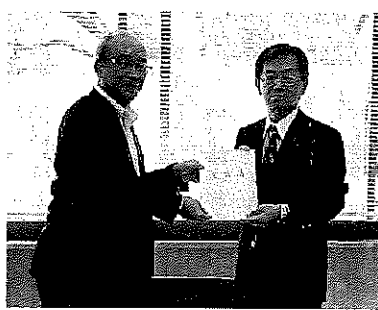
(5) 日本における「安楽死」のあり方をめぐって

倫理の法制度はその都度議論があり、「尊厳死法」と呼ばれる、「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」が、議員立法として国会提出される予定もあった。時期尚早

静岡県厚生連 医療対策について県へ要請

J A 静岡厚生連(宮瀬雅司代表理事)は、10月18日(火)、静岡県健康福祉部長あてに平成29年度の政策要請を行った。例年、県下JAグループが、県知事ほか政策要請を行う取り組みの一環として、厚生連からは医療対策についての要請を行なっている。今回は、医師確保に対する支援やへき地医療施設設備の整備に関する助成、介護報酬に対する措置など、5項目について要請した。

山口健康福祉部長は、「厚生連病院は、地域医療に大きく貢献して頂いている。静岡県としても地域医療を守っていくために可能な限り支援をしていくので協力をお願いしたい」と話した。(静岡県厚生連保健・医療・福祉課 森主 貴)



山口健康福祉部長(写真右)に要請文書を渡す宮瀬理事長(写真左)