

る処置を取ることによって起こる死」である。

また、「安楽死」自体にもある種の区分がある。すなわち、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」とがあり、これは医師の患者にたいする処置のちがいで分類することができる。端的に言えば、「死なせること」が「積極的安楽死」であり、「死ぬにまかせること」が「消極的安楽死」である。

「積極的安楽死」とは、「医師が致命的薬剤の投与などにより、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もたらされる死」を指す（現在、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、積極的安楽死を指すのが通例となっている。オランダ医師会は「消極的安楽死」という概念を受け入れていない。東海大学附属病院事件の横浜地方裁判所の杉浦裁判長の判決でも「消極的安楽死」という用語を使っていない）。

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、医師が患者を幫助した結果、患者の希望通りに安らかに生命が短縮されて、向かえる死」である。また、患者の自発的安楽死を幫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積極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幫助」である（現在、諸外国では、後者②を「積極的安楽死」の範疇には入れていない）。現在、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」に限定されており、「自発的安楽死」と呼ばれ、医師による致死薬の積極的行為による場合を「自発的積極的安楽死」という場合もあるが、単に「積極的安楽死」という場合もある。

(2) 尊厳死・安楽死の事例(詳しい各事件の経緯・事例等は文末資料を参照されたい)。

《 尊厳死 》

<米国>

①カレン・アン・クインラン Karen Quinlan 裁判 (1975~76)

世界で最初の、持続的植物状態⁷ (Persistent Vegetative State PVS) 患者からの生命維持装置の取り外しを認めた判決であり、回復の見込みのない植物状態患者の延命拒否に関する代表例である⁸。

この事件以来、過去 30 年余りの尊厳死をめぐる多くの裁判では、植物状態患者に対する延命治療の中断や差し控えが中心課題となっている。また、この裁判をきっかけに、医療にかかわる倫理的問題が、社会全体で議論されるようになり、倫理委員会の設立も促進した。1976年に「米国カリフォルニア州自然死法(Natural Death Act)」が、1979年には「ワシントン州自然死法」が制定され、リビング・ウィルの法制化が認められた。

②ナンシー・クルーザン Nancy Cruzan 裁判 (1983~92)

意思決定能力を欠く患者に対する生命維持装置拒否の代理行使の要件について争われた事案である。この事件では、昏睡状態(coma)⁹患者の家族から、経管栄養、水分補給の中断が要請され、裁判所は、(ナンシーの友人)3人の証言により、患者が判断能力を保持していたときの「明らかで納得できる証拠(clear and convincing evidence)」、つまり、本人の明確な意思が確認され、この要請が認められた。

しかし、たとえ本人の意思があつたとしても、これらの行為が直接生命の終焉につながることは明白であるので、単なる治療の中止とはいえず、本件の場合には、意識喪失前の本人の過去の意思表示に関する第3者の証言に基づく裁判所の確認により許された「患者の自殺にたいする医師の幫助」にあたる行為と考えられるので、さらなる議論を要する問題であろう。1983年に「カリフォルニア州の医療における持続的委任権法(Durable Power of Attorney for Health Care Act)」が、1990年(91年施行)

⁷ 通常半年以上持続している無意識状態。自己認識や周りの人や物に対する認識はまったくない。大脳の機能は障害しているが、脳幹の機能である呼吸中枢、自律神経機能、ホルモン活動の中枢機能などは存続している臨床状態。自発呼吸はもちろん、血液循環、消化、吸収などの植物機能は維持されており、排尿や排便は可能。生命維持装置をつけておかなくとも、水分と栄養分が補給されつづけ、身体の衛生状態を清潔に保っていれば寿命がくるまで生命を維持しておくことは可能であり、脳幹の機能が不可逆的に停止した脳死の場合とは異なり、意識回復が起こる可能性を残している(星野一正『わたしの生命はだれのもの—尊厳死と安楽死と慈悲殺と』大蔵省印刷局、1996、pp.72—73)。

⁸ 近藤均他編集『生命倫理事典』太陽出版、2002。他多数参考。

⁹ 持続的植物状態とは異なり、いかなる強力な刺激を与えても反応せず、覚醒不能な精神的・神経学的に無反応名無意識状態。それゆえ、昏睡状態の患者には疼痛や苦痛を認識することができない。昏睡したら死ぬまで意識が戻らないわけではない(星野一正、前載書、p73)。

に、米国連邦政府の「患者の自己決定権法 (Patient Self-Determination Act)」が制定された。

クインラン事件とクルーザン事件のこれら有名な二つの事件・判例により、患者本人の死の迎え方の選択、意思決定の尊重が、バイオエシックスの議論の場で重要視されるようになった。なお、クインラン事件とクルーザン事件での決定的な違いは、延命治療中止の程度である。クインランは、生命維持装置がつけられ、その取り外しを求めた事例であるのにたいし、クルーザンは、生命維持装置なしで生きており、栄養分と水分の人工補給の中止までも求めた、医学的侵襲度の大きい事例である。クルーザンの場合、生命の終焉に直接つながる栄養分と水分補給の中止の要請であったため、クインランの場合よりも、人道的、倫理的問題が大きいといえる。また、意思決定能力を欠く者に対する延命拒否の代理行使については、カレン事件以降、これを承認する判決が続いたが、意思表示のあり方や回復の見込について十分検討する必要がある。以下、尊厳死の容認をめぐる重要な判例とまではいかないが、国内の事例を紹介したい。

<日本>

①脳死状態患者からの尊厳死…「スズメバチ事件(栃木県)」(1992)

「尊厳死」の必要条件である「本人の同意」が「リビング・ウィル」によって確認されたが、「リビング・ウィル」の中に 臓器提供希望の旨が記載されていた点、また、この事件では、脳死判定基準(竹内/厚生省基準)のすべてを満たしていなかったことなどいくつか問題点がある。

② 植物状態患者からの尊厳死…「京都の特養ホーム事件(京都府)」(1997)

この事件では、延命治療の中止について本人や家族の意思確認ができていないこと、
回

復不能(助かる見込みがない)の状態の線引きが困難であったこと、生命を維持するために必要最低限の基本的治療、栄養分・水分補給等の中止についての賛否両論があったことなどが問題としてあげられる。

「脳死状態からの尊厳死」と「植物状態からの尊厳死」との違いをのべると、前者の場合は、本人の意思確認をした上での行為であるが、後者は、本人および家族の意思確認までも確認できていないゆえ、「尊厳死」とはいえない。しかし、両者とも「回復不能」かどうかの判定が困難であり、医学的にも倫理的にも問題があるという点では一致している。後者の場合は、とくに、「患者本人の自己決定」を無視した医療行為であり、また、先の米国の2例とを比較してみても、患者本人の意思尊重の理念とは随分かけ離れている。

《 安楽死 》

最近の安楽死容認をめぐる動きでは、国内外ともに様々な大きな動きがみられる。諸

外国の例として、例えば、オランダでは、医師がいわゆる安楽死を実施した場合、明らかな患者の意思によって、一定の条件下で行われたもので、検察官が違法性阻却事由に相当すると認めた場合、告訴されないとした遺体処理法が平成5月に改正された¹⁰。

次に、海外の事例は割愛して、日本の場合のみにとどめる。

<日本>

日本で「安楽死」という概念が紹介されたのは、今から90年ほど前に出版された森鷗外の『高瀬舟』である。苦しみ悶える弟を哀れに思った兄が、楽にしてやりたいとの一心から弟を殺害する物語であり、鷗外自身がこの行為を「安楽死」と記述している。

日本で代表的な「安楽死」事件といわれるのは、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）であり、その後「東海大学附属病院事件」や「町立国保京北病院事件」など、また最近では「川崎協同病院事件」があげられる。主な「安楽死」と称される事件を紹介しながらそこでの論点を整理したい¹¹。

●尊属殺人被告事件（山内事件）

農業を営む当時24歳だった青年が、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。そこで、以下にあげる「安楽死6要件」が満たされれば、殺人罪や尊属殺人罪の成立する余地はないものとして、殺人罪としては最も軽い懲役一年に執行猶予をつけた「自殺関与罪」の判決が下された。

<名古屋安楽死6要件>（1962年）（名古屋高等裁判所 当時 成田薫主任判事）

- 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となること。
- ③もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。
- ④患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

¹⁰ 「今後の末期医療の在り方について 末期医療に関する意識調査等検討会報告書」監修：厚生省健康政策局総務課『21世紀の末期医療』中央法規、2000、pp.10—11。

¹¹ 沖永隆子、前掲書、pp.74—79。

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。

「名古屋安楽死6要件」の内容の中で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」である。事件そのものは、⑤と⑥を満たさないとして、結局、「違法な嘱託殺人罪」がいわたされた。しかしこの名古屋高裁の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土台となる。「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。

●東海大学附属病院事件

東海大学医学部付属病院で、91年4月13日、当時の徳永助手（当時36歳）が、多発性骨髄腫（原因不明の不治のがんの一種）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、死亡させていたことが翌月に発覚。92年7月、徳永元助手が殺人罪で起訴された。横浜地検は起訴にあたって、昭和37年の名古屋高裁の「安楽死6要件①-⑥」を判断基準とし、この内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。

<医師による積極的安楽死4要件>（1995）（横浜地方裁判所、松浦繁裁判長）

- 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

この事件判決での特徴は、昏睡状態の患者の積極的な治療の中止、「間接的安楽死」や「治療行為の中止」について「家族の推定」を容認した点である。つまり、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。治療中止の最大要件である「本人の意思」を家族からの推定にまで広げた点は、海外でも定着していないので、国内外で議論的になった。

この判決は、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といえるかもしれないが、何よりもまず、「本人の意思」確認を最優先し、それができない場合の「家族の推定」を厳しい条件のもとで検証する必要があるといえよう。ただし、松浦裁判長は、この家族の付度にかんして、「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ことが許

される」とのべていることに注意したい。この点は、安楽死が認められない主な理由としての「自己決定権の未定着」と関連する。

● 町立国保京北病院事件

1996年4月27日、京都府北桑田郡京北町の町立国保京北病院院長の山中医師（当時58歳）が、末期胃がんで苦しんでいた男性患者（当時48歳）に、筋弛緩剤を投与し、死亡させていた事件が、ある男性の通報により発覚。マスコミが一斉に報道した。京都府警は、医師が患者を安楽死させた疑いがあるかもしれないとして捜査を開始。本人の同意を得ず、また筋弛緩剤投与のさいに、家族にその点滴薬の中身を告げていなかったことなど、多くの問題点があるとして、医師は殺人罪に問われる可能性が高いとされた。病院長は解任され、本病院には無関係な町役場の職場に移動させられたが、98年に元の職場に復帰。

さきの東海大学附属事件と比較すれば以下のとおりである。

<東海大付属病院事件との共通点>

- ① 患者からの明確な意思表示を医師が受けていない点。
- ② チーム医療が行われていなかった点（医師が居合わせた看護師・看護婦の反対を押し切り、他の医師の判断を仰がずに独善的に決定し、自分自身で致死薬を静脈内に注射し死亡させた）。
- ③ 致死薬を投与した時点で、すでに患者は昏睡状態に陥っていて、疼痛や苦悩を認識していなかった点。
- ④ がんの告知がされていなかった点。
- ⑤ 終末期の疼痛対策や緩和ケアが不十分であった点。
- ⑥ 回復不可能な末期がんで死が迫っていた点。

<東海大附属病院事件との差異点>

- ① 患者一医師の人間関係：東海大附属病院の医師は患者の担当になって、13日目に他界させたという浅い関係に対して、京北病院長は、患者とは20年余年にわたる長い人間関係があった。
- ② 病院内における医師の立場：東海大附属病院の医師は、関連病院から本人の助手として赴任した日に担当になったばかりであるのに対し、京北町病院では、病院長の立場にあり、患者の担当は別の医師であった。
- ③ 病院と地域住民との関係：東海大附属病院の医師は、地域とは関係がなかった。それに対し、京北病院長は、人口7千余りの山間の京北町唯一の総合病院の院長として君臨していた。町民、とくに老年者には、院長を尊敬している人が多かった。

さらに、山中医師の「慈悲殺」を動機づけていた要因と「慈悲殺」が倫理的に抵触す

る要因（主に法的要因）とに分けて問題点を分析する。まず地元老人クラブの院長留任を求める大多数の署名運動から推察されるように、山中医師は、前近代的価値観に基づく村落共同体社会の中で、地元の人々とのあいだのゆるぎない信頼関係を築き、いわば”赤ひげ先生”による独善的医療の実践者であった。これらの背景が、「安楽死」の条件としての本人の意思確認を困難にさせていたのではないかと思われる。次に、法的要因からみていくと、さきの東海大附属病院事件での場合と同じく、本人の意思確認の欠如が最大の問題である。

すなわち、4要件の一つ（④生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があること）に加えて、③代替手段の存在の可能性が法的に抵触する。③に関しては、筋弛緩剤の使用について、モルヒネの大量投与による苦痛緩和を試みたが、結果的にそうならなかったため筋弛緩剤を投与したという。地域病院の高度な専門設備の欠如であり、山中医師の専門知識の欠如、さらに加えて、本人の意思確認条件としての「告知」の欠如などが問題なのである。

山中医師をはじめとする地元の人々の中にある「前近代的価値観」に支えられた「村落共同体的倫理観」は、その中においては、慈悲殺を容認することができたかもしれないが、それは法的観点からすると、十分殺人罪に値する。なぜなら、「患者の自己決定権」を必要とするのが「安楽死」であるが、それさえも医師の違法性阻却という面でしか効力がなく（日本では「安楽死法」は存在しない）、ましてや「慈悲殺」は「患者の自己決定」に基づいていない。

これらの事件の問題点は、明らかに「安楽死」とは異なる殺人行為であるのにもかかわらず、「安楽死」事件とみなされて報じられたことである。さらには、この事件の弁護側が、医師のおこ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弁護する点である。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のではないだろうか。この点は、「安楽死」反対派が最も恐れる問題点でもある。なお、容認派は「厳しい条件付け」を主張している。

以上、日本において「安楽死」問題をややこしくしているのは、「本人の意思」よりも「家族の意思」が最優先される社会の在り方と、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」ととらえてそれに共感する傾向のあらわれであるものと考えられる。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」がいかに根づいていくかであろう。

3. バイオエシックス（生命倫理）の原理・原則

これまで、バイオエシックスの重要かつ基本的理念のひとつである「患者の自己決定

権」について、その誕生の経緯と、さまざまな事件・判例（尊厳死・安楽死）を紹介しつつ述べてきた。

以下から、バイオエシックスの原理・原則¹²に照らして、終末期医療における「患者の自己決定」の可能性を考えたい。

○（ビーチャム&チルドレス『生命医学倫理』永安幸夫、立木教夫監訳、成文堂）

Beauchamp, T. L, & Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*. 3. ed., Oxford University Press (New York), 1989

バイオエシックスの4原則

- 1、 自主性¹³の尊重 (respect for autonomy) …患者が自分の身体について自分で決定する権利。パターナリズム拒否の原理。医療者は個人（患者）の自己決定権を尊重し、判断能力に制限のある人を保護しなければならないとする医療者の倫理的態度を意味する→インフォームド・コンセントの義務。
- 2、 無危害性 (non-maleficence) の原則…基本的な医学的規範である「他人に危害を加えるな」の原則。→「他者危害の原則」
- 3、 善行・仁恵（・恩恵）(beneficence) の原則…「医師が（患者）個人およびその家族の福祉を優先させる義務がある」という原則。
- 4、 公正・正義 (justice) の原則…医療資源の配分。患者を公平に扱うこと、稀少な医療資源の分配の公正の原則。

終末期医療における延命拒否の正当性は、第1原則（オートノミーの尊重）からくる。しかし、とりわけ「安楽死」で問題となるのは、第2原則（無危害性）や第3原則（善行）との対立である。「ヒポクラテスの誓い」の中、「私は能力と判断に従って医術の療法を、病める人を助けるために用いますが、決して人を傷害したり悪いことをする考えで悪用はいたしません。また、たとえ、頼まれても有害なものを誰かに投与したり、そのようなことをするようにと誰かに指示したりもいたしません」¹⁴に抵触する。尊厳死よりも安楽死の方が医師による治療中止という医療の積極的介入が強いため、人道的・倫理的問題が残る。

また、後述する「他者危害の原則」から、患者本人のオートノミー、意思尊重の原則

¹² 資料集生命倫理と法編集委員会編『資料集 生命倫理と法』太陽出版、2003、10—14。近藤均他編集『生命倫理事典』太陽出版、2002。他多数参考。

¹³ オートノミー (autonomiy) の和訳として、「医学における自律」（自分の意思とは関係なく、身体自体が勝つてに、自律神経系の作用によって、自律的に活動すること）とは区別した「自主的判断」を統一して和訳に使用する（星野一正『わたしの生命はだれのもの—尊厳死と安楽死と慈悲殺と』大蔵省印刷局、1996、pp.76—78）。

¹⁴ 星野一正『ナースが知っておきたいインフォームド・コンセント』メディカ出版、2003、p.104。

に支えられた「患者の自己決定」の正当性を説明しようとする場合、この「他者」の理解から大きな問題が生じて来ざるを得ない。そして、最終的には「わたしのいのちは誰のものか」という究極的な永遠の問いかけが生じてくる。

○ エンゲルハート～「世俗的多元社会」における「世俗的バイオエシックス」

1、 自主性の原則、2、善行の原則

○ J.S ミル (John Stuart Mill 1806-73 英) 古典的自由主義、功利主義
『自由論』On Liberty (1859)¹⁵

「他者危害原則」～ 他人に危害を加えない限り、公共機関などから他人から制約を受けることがない。

→自己決定権:個人がリスクを引き受けるなら政府は干渉すべきではない。

- ① 判断力のある大人なら…法的にいう成人男女×未成年、判断能力のない人
- ② 自分の生命、身体、財産などあらゆる（自分のもの）に関して…「私のいのちは私のもの」には難問が潜む。

Ex. 自己決定を持つ限り、自殺の権利はあるのか？

中絶の権利は？～胎児は自分の身体の一部とみなす限り私の処分権の一部となる。

臓器を他人に与える権利は？～私の身体の一部である臓器は自己決定権の対象？

- ③ 他人に危害を及ぼさない限り…客観的にみて「どうしてあんなバカげたことをするのか？」という行為を人はすることがあるが、他人は説得する権利はあってもやめるように強制する権利はない。Ex. 「愚行権」輸血拒否

- ④ 自己決定の権限をもつ…古典的自由主義の基本原則。

ミルは、社会生活を営む以上、最小限 harm to others の原則を守る必要があると説く。

¹⁵ 加藤尚武『脳死・クローン・遺伝子治療 バイオエシックスの練習問題』<PHP新書086>PHP研究所、1999、12-31。加藤尚武『応用倫理学入門―正しい合意形成の仕方』晃洋書房、2001、22-24。

【バイオエシックス的諸問題を分析・検討する枠組み】

自由主義 VS 共同体主義

他人に危害を加えない限り
公共機関などから誓約を受
けることはない→他人に迷
惑をかけなければ何をして

他者危害原則 harm to others J.S ミル(John Stuart Mill 1806-73 英) 『自由論』
On Liberty(1859)
古典的自由主義、功利主義



自己決定権 self-determination act
個人がリスクを引き受けるなら政府（社会）
は干渉すべきではない。

個人主義的 **自由主義**

liberalism

V S

共同体主義

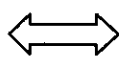
communitarianism

リベラリズム

コミュニタリアニズム

・共同体や政府などによる不当な干渉
や束縛を避け、個人の自由を尊重する
立場。

「判断能力のある大人ならば、自分の生命、
身体、財産にかんして、他人に危害を及ぼさ
ない限り、たとえその決定が当人にとって不
利益なことでも、自己決定の権利をもつ」(ミ
ル)



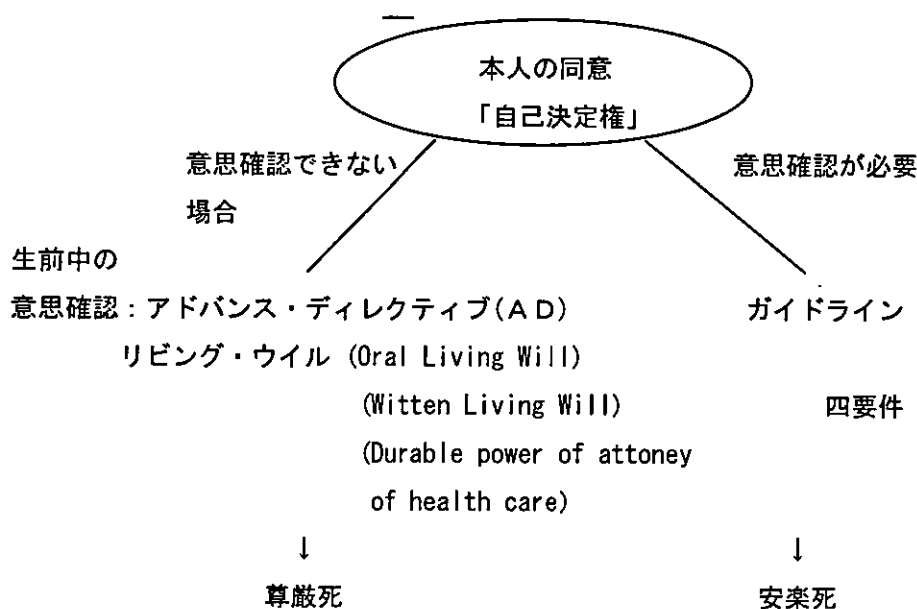
・リベラリズムが描き出すような自律
的な個人は孤立して存在せず、共同体
の価値や文化によって形成されてい
る、とする立場。
「アトムのように孤立した個人は存在しな
い……」
・共同体ないし社会に共有の価値観あ
るいは美德 (virtue) を重視し、遵守
すべき道徳的規準の立法化を擁護す
る立場。

終末期医療（ターミナルケア）の患者主体が「判断能力のある成人」であるのに対し、
遺伝子治療の患者主体が「判断能力のない遺伝子診断対象」へと移行する場合、遺伝病
保因者への告知問題のさいに、家族、近親者の決定を含む場合があるため、自己決定還
主義は意味をもたなくなる（加藤 尚武）。

ターミナルケアにおいて、患者本人の自己決定を尊重するとしても、わたしの生命はだれのもの？(つながりによって支えられるいのち観)という難問が潜んでいる……。

4. 終末期医療の在り方～自己決定の可能性

【患者本人の意思決定を支える条件】



患者本人の意思決定を支えるためには、このように、さまざまなプロセス・手段が必要となってくる。しかし、終末期医療の場面においては、以下のような倫理的問題が想定されうる。

<倫理的問題>

- ・ 延命治療の差し控えや中断の是非
 - ・ 末期患者の心肺停止時の蘇生術の適応性
 - ・ 患者の自己決定能力の有無の判断
 - ・ 患者の治療拒否
 - ・ 有効なICはどうしたら得られるか
 - ・ 関係者間での治療方針の不一致
 - ・ がん患者への病名告知の是非など……
- ・ 医師には患者の生を奪う裁量権はあるのかという問題
→「人格的自律権説 (人格の自己実現としての自死への自己決定の尊重義務)」と「一

般的自由権説（憲法13条「幸福追求権」に由来する「自己の生命を処分する自由」）の法解釈をめぐる論争。

→医師のプロフェッションとしての「生命保持義務」と患者の「自己決定権尊重義務」とのあいだの衝突。医師の「善行の原則」「無危害の原則」対患者の「オートノミーの原則」とのあいだの対立をどう考えるか。

- ・患者に決定能力がない場合の死の決定は誰が行うかという問題。
- ・緩和ケアの方法、医療技術の問題。現在の医療技術でも解消されえない精神的な痛みをどのように考えるべきか。
- ・苦痛緩和に対する医師の裁量はどこまで認められるか。

さいごに

そもそも「インフォームド・コンセント」の基礎となる「患者の自己決定権」とは、「個人の人権と自由の尊重」および「権利・義務関係」が最も重視される個人主義の国、アメリカで生まれた法的概念である。しかし、われわれ日本人は、権利意識と独立心に富んだ「自己決定」を強調されるよりもむしろ、支え合う環境のなかで葛藤と逡巡をくりかえしながらの「自己決定」の方に共感を覚えないだろうか。というのも、他人の手を介して初めて実現する機会が多い患者の自己決定権については、周囲がその「関与の仕方」を誤ることなく、繊細かつ適切な配慮をもってあたることが、何よりも大切になってくるように思われるからである。

心身に不自由を抱き始めた患者の自己決定権は、他人の手を介してのみ実現させることが多い。また、現代の医療問題の切札のように使われる「自己決定権」は、決定前の情報提供・決定後の実質的援助をいうように、その実現にほかからの「関与」が前提とされているからである。

バイオエシックスはもともと、個人ないし契約主義またキリスト教文化から生まれたので、文化の異なる日本にそうしたアメリカ式「インフォームド・コンセント」を導入するわけにはいかないだろう。「自己決定権」の原理には、自由と平等の精神が根底にある。つまり、「人間尊重思想」と「神の前における人間の平等精神」の背景である。しかし、日本において、「自己決定」を実現させるためには、それを支える環境を法的に整備する必要がある¹⁶。

¹⁶ 沖永隆子、前掲書、pp.90-91.

生命倫理 資料

1. 安楽死・尊厳死をめぐる用語

「安楽死 (euthanasia)」～ 患者が②不治の病に冒されており、死が目前に迫っていて、①耐え難い肉体的苦痛に襲われている場合に、④患者本人の囑託また承諾を得て、③もつばら患者の苦痛緩和あるいは除去するために方法を尽くし、他に代替手段がないときに、医師が患者の死期を若干早める処置を取ることによって起こる死である。

(①～④は、95年の「東海大学附属病院事件」横浜地裁4要件に基づく。)

→「積極的安楽死」と「消極的安楽死」との区別があるが、単に「安楽死」といえば、「積極的安楽死」を指す。また、「安楽死」は、「尊厳死」や「慈悲殺」などと区別される。

「尊厳死 (death with dignity)」～ 意識の回復の見込みのない持続的植物状態の患者に、栄養と水分の補給以外には、積極的な治療もせず、寿命が尽きたら尊厳のあるうちに、自然に死なせてあげる死である。生命維持装置を使う医療の介入をやめて、あるいは始めないで、患者が、自然の状態で寿命が尽きたら自然に息を引き取れるようにして、自分らしい尊厳ある死を迎えること。

「リビング・ウイル(living will)」～生きているうちに法的に発効するいわゆる遺言書。患者が昏睡状態や植物状態になってしまう前に、自分の措置を書面で指示しておくという意味から、「事前の意思表示」と訳される。

「アドバンス・ディレクティブ(advance directive)」～判断能力のある間に前もってしておく医師への医療指示。自分自身で医療における自己決定ができない状態になったときに発効する医師への事前の指示文章を作成しておく権利が法的に保障されている文章を総括して、「アドバンス・ディレクティブ」とよぶ。具体的には、DNRのための心肺蘇生処置の中止、栄養分・水分の人工補給の中止、あるいは脳死後の臓器提供の意思表示など。

→世界で最初に法制化された法律は、「カリフォルニア州の医療のための持続的委任権法(durable power of attorney for health care) 1983」。

→終末期患者が、知的精神的判断能力のあるうちに、「して欲しいこと」、「して欲しくないこと」などの意思表示を文章にしておくという点で、「リビング・ウイル」とは内容が異なる。ただし、「リビング・ウイル」は、「アドバンス・ディレクティブ」の一種ではある。

「蘇生拒否(do not resuscitate ; DNR)」～終末期の蘇生術の実施を拒否すること。たとえば、心肺蘇生処置の中止など。患者の死に直結することから、医師

が患者の「アドバンス・ディレクティブ」による要請を入れて心肺蘇生処置を中止して、生命を終焉させれば、「間接的安楽死」をさせることになる。

(参考文献：星野一正『わたしの生命はだれのもの 尊厳死と安楽死と慈悲殺と』大蔵省印刷局、1996)

2. バイオエシックスの誕生

医療関係者の医療における態度や行為について、学際的に検討し研究する学問として誕生。

→アメリカを中心に1960年代に誕生し、今日まで成長してきたが、バイオエシックスとよばれる新しい生命倫理。体系立てられたのは、1970年代。

人間にかかわるあらゆる問題を、さまざまな角度（フィルター：医学、生物学、法学、社会学、経済学、倫理学、宗教学……）から検討してゆく学際的学問。

- ・ 医療技術面の倫理的問題→ 患者の人権運動（1969年代米）→患者の自己決定権、インフォームド・コンセント法理の誕生。*ニュルンベルグ倫理綱領（1947年）
 - ・ 人体実験
- 1932～：「タスキギー事件」黒人対象の長期的梅毒研究。1972年に公になる。
タスキギー市の貧しい黒人層を中心に、アメリカ公衆衛生局（PHS）によってなされた梅毒研究。約400人の黒人男性に、梅毒の病理学的な進展を追跡し、対照群として、梅毒のない約200人が使われた。治療を受けていない梅毒患者の集団の健康と寿命を、年齢や性別などが同じ非梅毒人口集団と比較するのが目的。この1932年にはじまった研究は、梅毒にペニシリンが有効だとわかった後も続行されていた。
- 1956年～：「ウィローブルック事件」施設の精神遅滞児にウイルスを摂取して肝炎を発症。
ニューヨーク市のスタットン島にある「知的障害」児のための施設（児童の3分の2は重度の知的障害児でIQは20以下）で、有効な予防薬の開発のために、750人余りの児童に対し、人為的にウイルスを注射し肝炎を発症させていた。
- 1963年～「ユダヤ人慢性疾患病院事件」老人患者に生きたガン細胞を投与。
ニューヨーク州ブルックリンのユダヤ人慢性疾患病院での、がんを制御する身体の免疫システムの役割を調べる研究。
22人の入院患者に、ほかの患者の生きたがん細胞組織の懸濁液を注射し、がん患者に見られるような移植がんの拒絶能力の低下は、彼ら自身のがんによるものなのか、あるいは身体の衰弱によるものなのかを調べる目的。
- ・ 患者の人権運動（1960年代米国）：アメリカ住民が「医師まかせの独善的な医療を行なう医師」から勝ち取った。ギリシャ時代からのヒポクラテスの誓いという医師の倫理的規範にみられるような、パターンリズム（医師の能力と判断だけで独善的な医療を一方的に推し進める医師の態度、ある人の利益にならないと独断で決めて、当人の意志にそむいて行なう場合があり、こどものためを思って親が子に強制的に押し進めることから

父権主義ともいう) に対する批判から起こった。

インフォームド・コンセントとは、医師の患者に対する十分な説明と患者のその理解。医師の説明を理解し、納得した情報をもとに、誰の影響も受けずに、オートノミー（自主的判断）により、自分が受けたいと思う診断法や治療法などを選択し、それを受けることを、患者の自己決定権を行使して決定すること。

（参考文献：星野一正『医療の倫理』岩波書店、1991）

3. 終末期医療 事例

《 尊厳死 》

1) 米国

① カレン・アン・クインラン裁判 (1975～76)

〈事件の経緯〉：1975年4月、強い酒にトランキライザー（精神安定剤）を混ぜたのが原因で昏睡状態に陥り、意識不明の重体となる。→ 植物状態で生命維持装置につながれたままの状態が続き、医師は、不可逆的脳損傷を起こし、意識の回復の見込みがないことを家族に告げる。→ 両親は、彼女自身が生前に「回復不能の状態になった場合には、生命維持装置を外すかつかないで欲しい」との書面が遺されていたのを理由に、病院側に生命維持装置を取り外すことを要請。

→ しかし、医療訴訟を恐れた病院の医師団は両親の要請を拒否。→ 両親は裁判所に嘆願。→ ニュージャージー州最高裁判所は、1976年3月最終的に両親の希望を受け入れる。プライバシー権にもとづいて、生命維持装置を取り外しても良いという判決を下す。患者が自分で生命維持装置を拒否する権利を行使できない場合には、後見人に（カレンの父親）その権利の代行行使を許した。

→ カレンは、脳幹の機能が維持されていたので、機械の助けなしでも自力で呼吸しつづけ、水分と栄養分の供給と抗生物質の投与のみで9年間生き続けた（1985年5月死亡）。

② ナンシー・クルーザン裁判 (1983～92)

〈事件の経緯〉：米国ミズーリー州で起こった事件。1983年にナンシーは自動車事故で植物状態となった。ナンシーがこのような状態で生かされたくないことを知っていた両親が、生命維持装置なしで生きているナンシーへの栄養分と水分の人工補給を止めて欲しいと、本人に代わって、裁判所に訴えた。→ ミズーリー州最高裁判所は、娘の尊厳を重んじるべきという理由で訴えを却下。

→ 両親は、連邦最高裁判所に上告。本人の意思の証明がないとして再び退けられた。

→ その後、ナンシーの3人の友人が証人を申し出、1992年、裁判官はついに本人の意思を確認して、その旨を許可した。しかし、病院の担当医は患者を餓死させる処置を取ることに對して人道的に苦しんだ。

→ ナンシーは、栄養分水分の補給の中止後、12日目に脱水と餓死で他界した。

2) 日本

①脳死状態患者からの尊厳死…「スズメバチ事件(栃木県)」(1992)

〈事件の経緯〉栃木県益子町で女性陶芸家(53歳) Oさんが、スズメバチに右肩を刺され、意識不明の重体。→T医師夫妻らが心臓マッサージなどの救命処置を行なったが、意識が戻らず、人工呼吸器を取り付けた。→4日目に自発呼吸が止まり、5日目に7種類の脳幹反射テストが行なわれたが、無反応。蘇生限界点を超えてはいたが、脳幹判定基準のすべてを満たしていなかった(竹内基準の6項目の内4項目しか満たしていない)。

→T医師は家族に脳の機能が回復不可能で、呼吸も意識も戻らないことを説明。→家族は本人が尊厳死希望の旨をしるす「リビング・ウィル」を遺しており、臓器提供も希望していたことを医師に告げた。→7日目、人工呼吸器の取り外し後、肝臓や角膜の摘出、レシピエント(臓器受入患者)に移植。→東大病院に勤務するH医師(患者の権利検討委員会代表)や小児科のM医師ら計24名が、尊厳死の必要条件として、専門医の応援を受けなかった点、すべての脳死判定基準を満たしておらず回復の見込みを十分に検討せずに早期に治療中止した点などを理由に、T夫妻を刑法199条の殺人罪で告発。→Oさんの実弟が、本人は、脳死後の臓器移植を前提としての死ではないとして、逆にH医師らを虚偽の告発をしたことにたいして訴えた。→双方の告発は、現在、検察庁で処分保留となっている。

②植物状態患者からの尊厳死…「京都の特養ホーム事件」(1966)

〈事件の経緯〉京都市右京区の特別養護老人ホームで、昨年6月下旬、脳こうそくのため「植物状態」になっていた女性(当時83歳)が人工栄養の投与を止められ、死亡。

《 安楽死 》

1) オランダ

①ポストマ医師安楽死事件：1971～73年。

オランダ刑法第293条違反として「一週間の懲役ならびに一年間の執行猶予」の判決(73年)。

〈経緯〉：開業医ポストマ医師は、脳いっ血で倒れた後に、部分麻痺、言語障害、難聴などで苦しんだあげく自殺未遂を繰り返し、「死にたい」と言い続けていた実の母の意思をくんで、致死量であるモルヒネ200ミリグラムを注射して安楽死させ、警察に出頭して話題となった。

2) 日本

① 尊属殺人事件(山内事件)：1962年 名古屋高裁。懲役1年、執行猶予付き「自殺関与罪」の判決。

〈経緯〉昭和37年、脳溢血で苦しむ父親を息子が(事情を知らない母親の手を介して)農薬で殺害した事件。→「安楽死六要件」。本件では5, 6を満たさなかった。

- 1、不治の病で、死期が目前。
- 2、患者の苦痛が甚だしい
- 3、患者の死苦の緩和が目的

- 4、本人の真摯な囑託または承諾が必要
- 5、医師の手によることが原則
- 6、倫理的に妥当かつ容認しうる方法

② 東海大学附属病院事件：91年4月13日～95年3月28日 横浜地裁最終。
公判懲役2年、執行猶予2年(求刑懲役3年)。

<経緯>：東海大学医学部附属病院で、91年4月13日、当時のT助手が、多発性骨髄種で入院していた男性患者(当時58歳)に、家族からの強い要請を受けて塩化カリウムなどを注射、死亡させていたことが翌月に発覚。92年7月、T助手が殺人罪で起訴された。横浜地検は起訴にあたって、昭和37年の名古屋高裁の「安楽死六要件」を判断基準とし、このうち1～4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。「安楽死六要件」は、昭和37年「山内事件」判決時に安楽死の適用条件として提示されたもので、その後の裁判や検察の基準となっている。横浜地裁の「安楽死四要件」は、京北病院「安楽死」事件の判断基準となる。本件では山内事件の六要件、2、4、6を満たさなかった。

- 1、患者に耐え難い激しい肉体的苦痛がある
- 2、死が避けられず、死期が迫っている
- 3、肉体的苦痛を除去・緩和する方法を尽くし、他に代替手段がない
- 4、生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示がある

③ 町立国保京北病院事件：96年4月27日～

<経緯>：96年4月27日、京都府北桑郡京北町の町立国保京北病院院長の山中医師が、末期ガンで苦しんでいた男性患者に筋弛緩剤を投与し、死亡させた事件。本人の同意を得ず、また、筋しん剤投与のさいに、家族にその点滴薬の中身を告げていなかったことなど、多くの問題点があるとして、医師は殺人罪に問われる可能性が高いとの見方。

④ 川崎協同病院事件：2002年4月19日

<経緯>川崎協同病院で気管支喘息で植物状態になった患者に対し、平成10年11月に女性主治医が家族の間の前で気管内チューブを抜き、呼吸困難に陥ったところで筋弛緩剤を点滴投与して死亡させた事件。

→本人の意識がないので「安楽死四要件」の1、3、4を満たしていなかった。家族からのインフォームド・コンセントをえていないなど問題点が浮上し、平成14年12月14日に神奈川県警に殺人容疑で逮捕された。

4. その他

● TV 報道

「安楽死がついにドキュメントされた！～依頼された死 Death On Request～」

オランダ アムステルダム TBS スペースJスペシャル (94.11.16 (水))

・94年(H6)2/9 「安楽死法案可決」× → 「オランダ改正埋葬法」(1993)

…医師による異常死報告届出制度、埋葬許可の取扱い に関する法改正。

* 安楽死その他の患者の生命の終焉に関する医療措置の結果、死亡した患者の埋葬許可の取扱いに関する法改正。1990年に、王立オランダ医師会と裁判所が決定した報告届出制度により、医師が検死官に答えなければならない質問事項があり、それに手を加えたも

のが、オランダ埋葬法改正法。

- * オランダには安楽死を犯罪とする刑法も自殺幫助を犯罪とする刑法も依然と存在しており (293 条:「本人の意思並びに真摯な要請に基づいて殺害した者は、12 年以下の懲役又は罰金に処す」→自発的安楽死でも殺人。「本人の意思によらない殺人」は終身刑。294 条:「故意に自殺するように教唆し、幫助し、または自殺の方法を斡旋した者は、その結果死亡した場合には、3 年以下の懲役又は罰金に処す」)、安楽死法はオランダには存在せず、異常死届出制度と政令が安楽死や自殺幫助を受けた患者の遺体の埋葬許可を出す時に意味をもつ。報告届出に不審点があれば、埋葬許可を出さず、検察長官委員会に送られて起訴するかどうかが決まる。
- * 刑法第 40 条「不可抗力の状態では犯罪を犯した者は、刑事上責任はない」を適用して、緊急避難という防衛が容認され、自発的安楽死の違法性が阻却される。
- ・ 2001 年 4/10 「オランダ安楽死法制定」オランダ議会上院において 62%の賛成で「要請に基づく生命の終焉ならびに自殺幫助法」が制定される。世界で初めて国家が定めた安楽死容認の法律となる。

● ビデオ・ケース

- ・登場人物： 患者 ケイス 62 歳、妻アントワネット、オイエン医師他。
- ・ 1993 年 4 月：ALS (筋萎縮性側索硬化症) と診断された患者に異変が起こる。
- * ALS (amyotrophic lateral sclerosis) : 運動神経の細胞が消失し、自力での生活が困難になっていく、難治性神経疾患。原因不明で病気が進行するにつれ、身体が利かなくなり、会話、食事、呼吸すら難しくなっていく。しかし、頭脳は最期まで正常のまま。別称：アミトロ、ルー・ゲーリック病。オイエン医師は、患者を救うために患者を死にいたらしめることへの矛盾、患者の安楽死決断を尊重すべきだが、人間として、死という決断を下すことへの重さに苦しむ。

* ホーム・ドクター制：すべてのオランダ国民は、町医者→大病院というネットワークによるシステムによって

任されている。

* セカンド・ドクター制：安楽死にあたっては、主治医以外の他の医者の意見を得ること、法律、ガイドラインに沿って安楽死を説明することが義務つけられる。

① 回復の見込みのない末期状態、耐えがたい苦痛

② もはや生きていくことのできない時点で、患者から繰り返し安楽死の要請があること
→チェック項目 50 以上が条件：度重なる患者からの安楽死要請があったか、繰り返し本人の意思確認を行うこと。

以上、2 点が安楽死容認の重要なポイント。

→安楽死の方法：睡眠薬→ 筋肉弛緩剤投与

熟睡 →呼吸機能停止→10 分前後で死。患者自身は昏睡状態なので、苦痛はないはず……。

・ 1994 年 1 月 14 日：患者は安楽死同意書にサイン。医師に提出。

・ 1994 年 3 月 3 日 (ケイスの 63 回目の誕生日)：安楽死。

ケイスの日記より：耐えがたい身体的苦痛の中で、安楽死できるということが唯一の救いだった……。

妻のコメント：不治の病と診断されて2ヶ月で安楽死を決意（本人の希望から）したが、これでよかった。

第三部 「国内外の動向」