

Okamura M, Uchitomi Y, et al	Psychiatric disorders following First breast cancer recurrence; Prevalence, associated factors And relationship to quality of Life.	Jpn J Clin Oncol	35	302-309	2005
Shimizu K, Uchitomi Y, et al	Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral	Cancer	103	1949-1956	2005
Sugawara Y, Uchitomi Y, et al	Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression	Support Care Cancer	13	628-636	2005
Yoshikawa E, Uchitomi Y, et al	No adverse effects of adjuvant chemotherapy on memory function and hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors	Breast Cancer Res Treat	92	81-84	2005
Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T:	Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	61(1)	84-93	2007

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉川栄省, 内富庸介, 他	リエゾン精神医療におけるうつ病; サイコオンコロジー	Clinical Neuroscience	22	173-175	2004
秋月伸哉, 内富庸介, 他	薬物療法	Depression Frontier	2	21-25	2004
秋月伸哉, 内富庸介, 他	がん患者の精神症状とその対応	日本病院薬剤師会雑誌	40	521-523	2004
秋月伸哉, 内富庸介, 他	海外におけるサイコオンコロジーの現状	臨床精神医学	33	489-493	2004

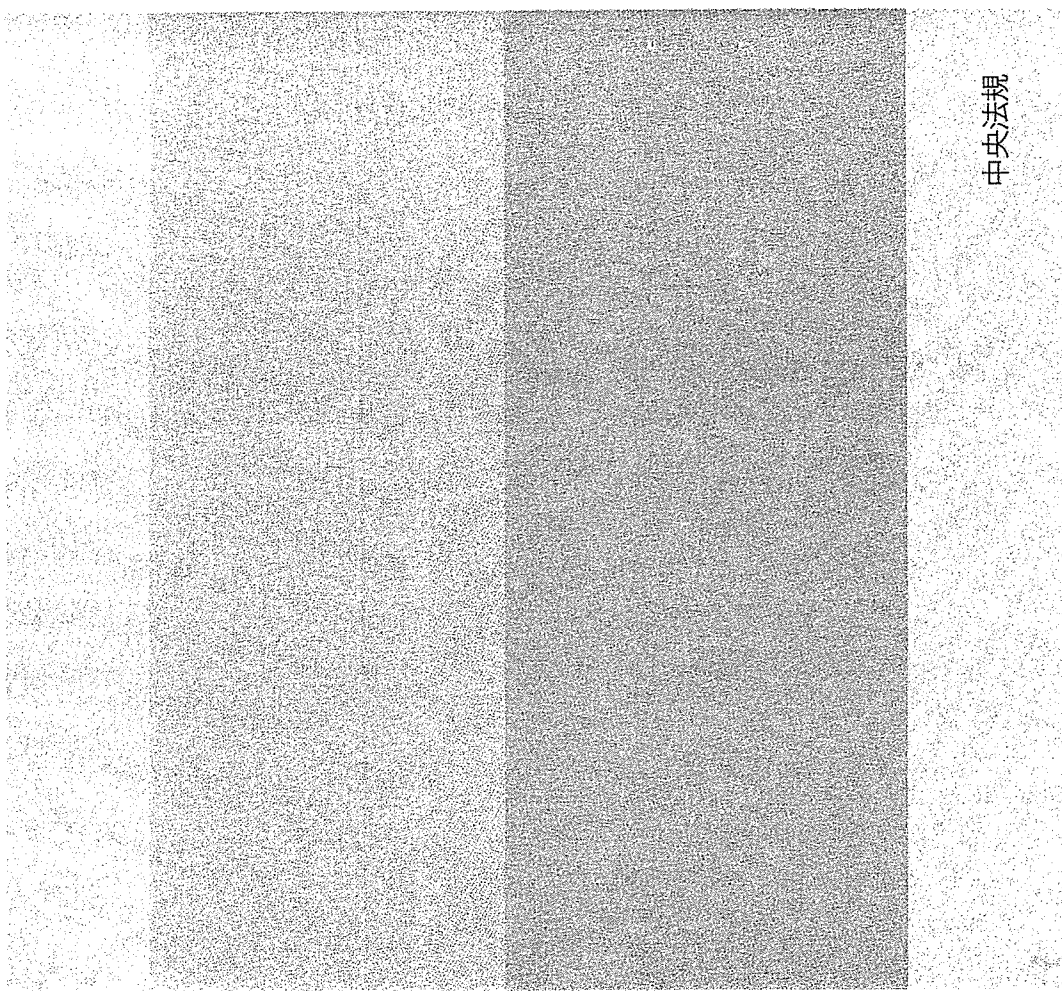
小早川誠, 内富庸介, 他	がん患者の心身ケア	からだの科学	238	104-107	2004
松岡豊, 内富庸介, 他	神経画像を用いたサイコオンコロジーの展望	最新精神医学	9	445-449	2004
清水研, 内富庸介, 他	緩和ケアチームの現状と将来	総合臨牀	53	2776-2779	2004
清水研, 内富庸介, 他	癌による症状への対策; 精神症状への対策	コンセンサス癌治療	3	193-197	2004
中野智仁, 内富庸介, 他	緩和ケアチームの現状と将来	精神神経学雑誌	106	776-781	2004
藤森麻衣子, 内富庸介, 他	がん医療におけるコミュニケーションスキルトレーニング法	臨床精神医学	33	533-557	2004
内富庸介	特集「がん患者のうつ病」にあたって	Depression Frontier	2	7	2004
内富庸介	日本における緩和ケアチームの今後の方向性; 精神科医の立場から	ターミナルケア	14	245-247	2004
明智龍男, 内富庸介, 他	がん患者の自殺・希死念慮へのアプローチ	臨床精神医学	33	681-691	2004
明智龍男, 内富庸介, 他	緩和医療における精神症状への対応	臨牀消化器内科	19	59-66	2004
明智龍男, 内富庸介, 他	サイコオンコロジーの科学的基盤; 精神症状の緩和を目指して	精神神経学雑誌	106	764-771	2004
明智龍男, 内富庸介, 他	がん患者のための包括的支援プログラムの開発	心身医学	44	503-508	2004
野口海, 大野達也, 森田智視, 相原興彦, 辻井博彦, 下妻晃二郎, 松島英介	がん患者に対するFunctional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討	Jpn Gen Hosp Psychiatry 臨床精神医学	16(1)	42-48	2004

野口海, 松島英介	がん患者のスピリチュアリティ (Spirituality)	臨床精神医学	33	567-572	2004
松島英介	がん患者のうつ病-その1	精神科	4(4)	266-271	2004
	その2		5(2)	137-141	2004
松下年子, 松島英介	癌患者のコーピング	精神科	4(2)	123-128	2004
松島英介	がん患者のうつ病 1	疫学 Depression Frontier 2	2	8-14	2004
野口海, 上木雅人, 松島英介	鎮痛補助薬としての向精神薬	精神科	4(6)	405-411	2004
野口海, 松島英介	終末期におけるコミュニケーションスキル	緩和医療学	6(4)	53-56	2004
松下年子, 松島英介	がん患者のQOL (Quality of Life)	臨床精神医学	33(5)	541-545	2004
松島英介	がん患者のせん妄	臨床精神医学	33(5)	533-539	2004
松島英介, 松島雅子	患者への情報提供ーがん告知を中心にー	精神科治療学	19増刊号	109-114	2004
野口海, 松島英介	緩和医療における「緩和ケアチーム」と大学病院の役割	精神科	5(4)	265-267	2004
野口海, 松島英介	精神疾患患者に対する緩和ケア	精神科	6(1)	48-51	2005
野口海, 赤澤輝和, 松島英介	がん患者のスピリチュアルケア	緩和医療学	7(2)	48-55	2005
松下年子, 松島英介	癌患者のQOLの軌道ー自記式質問紙 (EORTC QLQ) を用いた癌患者のQOL調査からー (その1)	精神科	6(3)	272-272	2005
松下年子, 松島英介	癌患者のQOLの軌道ー自記式質問紙 (EORTC QLQ) を用いた癌患者のQOL調査からー (その2)	精神科	6(4)	389-395	2005
赤澤輝和, 松島英介	緩和ケアにおける終末期がん患者の希死念慮	精神科	6(5)	489-492	2005

小林未果, 松島英介	頭頸部がん患者のQOLにおける心理社会的側面の重要性	精神科	7(3)	240-243	2005
松下年子, 松島英介, 丸山道生	消火器癌患者の心理特性	総合病院精神医学	17(1)	37-47	2005
木村元紀, 松島英介	総合病院におけるせん妄診療の現状	精神科	8(3)	229-233	2006
河野裕太, 松島英介	腫瘍学における自己効力感理論	精神科	8(5)	404-407	2006
中罵陽子, 松島英介	科学療法を受ける造血器腫瘍患者のQOL	精神科	9(1)	57-61	2006
松島英介	癌患者への告知について	治療	88(10)	2599-2601	2006
小泉文, 松島英介	口腔癌患者の治療とQOL	精神科	9(3)	255-258	2006
小池真規子, 松島英介	がん患者のためのサポート・プログラム	精神科	9(5)	430-434	2006
松下年子, 野口海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介	医師のがん告知におけるコミュニケーション	緩和医療学	9(1)	47-53	2007
松田彩子, 松島英介	放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛	精神科	10(1)	80-84	2007
松下年子, 野口海, 小林未果, 松田彩子, 松島英介	中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査	総合病院精神医学	19(1)	61-71	2007
松島たつ子	ホスピスにおける遺族ケア	家族看護	4(2)	85-90	2006
岩本貴子, 長澤祐子, 二見典子, 松島たつ子, 西立野研二	ホスピスにおける倫理的課題への取り組み スタッフへの意識調査の結果から	死の臨床	28(1)	80-86	2005
松島たつ子	がん緩和医療の教育プログラム 多職種教育のあり方	緩和医療学	8(1)	7-13	2006

# 尊厳死を考える

編集 医療教育情報センター



中央法規

## 第四章 法律からみた尊厳死

甲斐克則

早稲田大学大学院法務研究科教授

### 序

終末期医療をめぐるのは、安楽死と尊厳死の問題があるが、近年、わが国では終末期医療、とりわけ尊厳死をめぐる、川崎協同病院事件をはじめ、いくつかの具体的事件を契機に議論が沸騰しつつある<sup>1)</sup>。それは、かつての東海大学病院事件<sup>2)</sup>当時の問題関心を上回っているように思われる。しかし、問題設定を明確にしておかないと、議論に混乱をきたす懸念がある。現に、明確なルールがない状況下で、医療現場に混乱がみられる。そもそも、尊厳死にせよ安楽死にせよ、この種の問題の前提として、いかなる状況にあれ、患者の生存権を十分に保障することが重要である。それによつてはじめて、「自分らしい最期をどう生きるか」ということ、その反射的効果として「自分らしい最期をどう迎えるか」ということが法的・倫理的議論の俎上に上がることになるのである。もちろん、現実には、

より厳しいものがあるが、このことを忘却して、「死ぬ権利」が過度に強調されてはならないであろう。さもなくば、「死ぬ権利」が「死なせる権利」へと移行し、由々しき問題へとエスカレートしかねないからである。

以上の問題意識から、本稿では、近時の国内外の動向を射程に入れて尊厳死の問題を法的観点から整理しつつ、終末期医療の規範的ルールについて若干の提言を行うこととする。

### 安楽死と法

尊厳死について述べる前に、安楽死について述べておこう。安楽死（英語では euthanasia、ドイツ語では Euthanasie）とは、死期が切迫した病者の激しい肉体的苦痛を病者の真摯な要求に基づいて緩和・除去し、病者に安らかな死を迎えさせる行為である<sup>3)</sup>。すなわち、①死期の切迫性、②激しい肉体的苦痛の存在、③病者の真摯な要求、といった三要件が揃つてはじめて「安楽死」の土俵で議論をすることができる。単なる同情で死なせる行為は「慈悲殺人（Mercy killing）」であり、安楽死ではない。ときおりこの両者が混同されることがあるので、注意を要する。また、安楽死にはいくつかの形態がある<sup>4)</sup>。

第一に、肉体の苦痛を適宜取つていっても死期が早まらない「純粋な安楽死」は、治療

行為は緩和ケアそのものであり、本人の希望がある限り特に問題はなく、一般に適法である。

第二に、鎮痛薬の継続的投与による苦痛緩和・除去の付随的効果として死期が早まる「間接的安楽死」（より正確には積極的間接的安楽死という）も、法律上の正当化根拠については争いがあるものの、インフォームドコンセントが確保されていることを前提として、本人の真摯な要求があれば一般に適法であり<sup>⑤</sup>、倫理的にも「二重結果理論（Theory of double effect）」（二重の結果（良い結果と悪い結果）を引き起こす一つの行為は、その悪い結果が予見されていなければ、かつまた悪い結果に釣り合う良い結果がもたらされるならば、道徳的に正当化されるとする道徳規則<sup>⑥</sup>）により許容されている。もともと、がんの告知の問題や意識混濁者の意思表示の扱いの問題等、緩和ケアの実態を考慮すると、本人の真摯な要求まで要件とするのは厳しく、家族による推定で足りるとする見解もありうるかもしれないが、やはり、本人の明確な意思を要求すべきではなからうか。

ちなみに、オランダでは、医師による積極的安楽死が安楽死等審査法により厳格な要件の下に認められているが（ベルギーも同様）、二〇〇三年に緩和的鎮静（palliative sedation）を行って患者を死亡させた医師が謀殺罪で起訴されるという、医学界にとって

はショッキングな事件が起きた。結局は無罪となったが（二〇〇五年）、オランダ王立医師会は、緩和的鎮静のためのガイドラインを作って、緩和ケアを実施する医師を起訴しないようにと検察庁の説得にあたり、それがうまく機能しはじめたという注目すべき経緯がある<sup>⑦</sup>。日本では、この種の事件で医師が起訴されることはないと思われるが、患者の意思をまったく考慮しなければ、刑事事件となる可能性を否定できないであろう。

第三に、積極的延命治療を差し控えることにより死期が早まる「消極的安楽死」は、本人の延命拒否の意思を尊重することにより法的に正当化可能である。本人の意思に反する延命の強制はできない。

第四に、殺害により病者の苦痛を直接除去する「積極的安楽死」（より正確には積極的直接的安楽死）は、違法説（場合により責任阻却≠免責とする説）と適法説（自己決定権を強調する説、もしくは一定の要件の下に違法性阻却認める説）という具合に法的評価が分かれる。後者のうち、自己決定権を強調する見解は、生命の自己処分を過大視しており、「死ぬ権利」ないし「殺害される権利」への承認に帰着する懸念があり、支持しえない。また、後者のうち、一定の要件の下に違法性阻却を認める見解は、例えば、東海大学病院事件判決（横浜地判平成七・三・二八判例タイムズ八七七号一四八頁、判例時報一五三〇

号二八頁)が医師による積極的安楽死の四要件(①患者が耐えがた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他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的意思表示があること)を呈示したように、一見すると説得力がありそうだが(2)、必ずしもこれが一般に承認されているわけではない。特に③の「他に代替手段がないこと」という要件の判断基準は難しく、病院により差異が出てくる懸念がある。ましてやオランダやベルギーのように、医師による積極的安楽死を立法で合法化することは、「堤防決壊」ないし「滑りやすい坂道(slippery slope)」に至る懸念が大きい。したがって、積極的安楽死は違法であり、せいぜい個別事情を考慮して責任阻却・免責とする見解が妥当である(3)。

さらに、第五に、その修正形態とでもいうべき「医師による自殺補助(physician assisted suicide: PAS)」がある。アメリカでは、医師による自殺補助が唯一合法化されているのがオレゴン州の「尊厳死法」であるが、これに基づいて末期患者に致死量の薬物を調剤・処方することの適否が争われ、二〇〇六年一月一七日、連邦最高裁がそれを認める判決を下した。しかし、PASの評価をめぐる、世界中で評価が揺れ動いている。少な

くとも医師による積極的な自殺補助は、法的に正当化困難と思われる(4)。

## 尊厳死と法

これに対して、「尊厳死(death with dignity)」(ないし自然死(natural death)ともいう)とは、新たな延命技術の開発により患者が医療の客体にされること(「死の管理化」)に抵抗すべく、人工延命治療を拒否し、医師が患者を死にゆくにまかせることを許容することである(5)。一般的に、患者に意識・判断能力がなく(例外あり)、本人の真意や肉体的苦痛の存否の確認が困難な点、死期が切迫しているとはかぎらない点で、安楽死と異なる。また、尊厳死の対象となる患者の病状は、いわゆる遷延性植物状態(persistent vegetative state: PVS)の他、白血病、がん、腎不全等さまざまであり、救急患者の場合、筋萎縮性側索硬化症(ALS)のように慢性的難治性患者の場合、がんのように緩和ケアを受けている患者の場合、さらには高齢の認知症患者の場合といったように、患者群の多様さに応じて、治療拒否の対象となるべき人工延命治療の内容も、典型例としての人工呼吸器の使用から、特殊化学療法、人工透析、栄養補給チューブの使用にまで広がっている。中には、栄養分の他に水分まで中止の対象としてよいとする見解もあるが、本人が



これら全てについて明確に拒否していない以上、最低限のケアとして、水分だけは補給し続けるべきであると思われる。

意思決定能力ある患者が人工呼吸器等の措置を最初から拒否する場合は、医師が患者の希望に即して治療を差し控えて、かりに患者が死亡しても、この行為（不作為）は適法といえる。なぜなら、患者の意思に基づいて死にゆくにまかせることは、消極的安楽死の場合と同様、治療拒否権＝自己決定権の正当な行使といえるからである。同じことは、すでに開始された人工延命治療を本人の希望で中断する場合にもあてはまる。なぜなら、同じ治療内容について、最初からの治療拒否を認める以上、すでに開始された人工延命治療の拒否を認めないのは、自己決定権尊重の趣旨からして論理一貫しないからである。医療現場では、後者の場合に延命治療の中断に過剰なまでに抵抗感があるという。しかし、この場合は、生命維持利益に明確に対抗する利益が存在するので、一般的な自殺権の承認とは異なる<sup>②</sup>。私見によれば、自殺関与罪（刑法二〇二条）がある現行法下では、一般的自殺への補助行為と治療拒否に応じる医師の行為（不作為）はいずれも自殺補助罪の構成要件に該当するであろうが、違法性判断のレベルで、「治療行為という場」を設定した上で、そこに生命維持利益の他に治療に直接関係する対抗利益（主として苦痛除去利益ないし必

要以上に干渉を受けたくない利益）が生じる場合が治療拒否の範疇であり、この場合には、発生している作為義務（治療義務）が患者の延命拒否により解除されて（緊急状況下で生命維持利益より対抗利益が優越する）、正当化が導かれる。それ以外は、正当化困難な可罰的自殺補助の範疇と解される。このように解することにより、医師による一方的な治療中断の危険性を排除することができると思われる。

もちろん、患者の要求に応じて家族が人工呼吸器を取り外す場合は、より慎重な検討を要する（例えば、ALSの患者から母親が人工呼吸器を取り外して有罪となった事件として、横浜地判平成一七年二月四日（判例集未登載）がある）。

ところが、本人が事前に明確な意思表示をしていなかったり、それが完全に不明確な場合は、代行判断（substituted judgment）がどこまで許されるかが問題となる。代行判断にも幅がある。この点については、アメリカの多くの判例、イギリスのトニー・ブランド事件貴族院判決、ドイツのケンプテン事件連邦通常裁判所判決等、世界各国で興味深い裁判例が出ており、イギリスやドイツでは、ガイドラインで対応する方向にある<sup>③</sup>。日本でも最近、ガイドライン策定の動きがある。ここでは、基本的視座を確認しておこう。

まず、患者が事前に明確に口頭または文書等（リビングウィルやアドバンスディレクテ

イブ)で延命拒否の意思表示をしていた場合、「明白かつ説得力ある証拠 (clear and convincing evidence)」がある以上、しかるべき代行決定者がそれを尊重して代行判断をしても、本人が直接拒否した場合と同様、正当化可能である。次に、患者が日常会話等で延命拒否について一般的に述べていたにすぎない場合は、ある程度それに信頼を置くことができるが、決定的ではなく、患者の生命保持の負担が生存利益よりも明らかに重いと判断される場合にのみかろうじて正当化可能である。これに対して、患者が事前に何ら意思表示をしていない場合は、近親者、医師、あるいは第三者が延命治療打切りを勝手に判断することは、正当化の枠を超える。せいぜい、個別状況により責任阻却(免責)が認められるにすぎない<sup>13)</sup>。

ここで、最近の重要判例として、川崎協同病院事件第一審判決(横浜地判平成一六年三月二五日判例タイムズ一八五号一四頁)を挙げておこう。被告人は、長年主治医として担当していた患者Aが気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま入院した際、延命続行で肉体が細菌に冒されるなどして汚れていく前に、気道確保のために鼻から気管内に挿入されているチューブを抜去してできるかぎり自然なかたちで息を引き取らせてみとりたいとの気持ちをいただき、Aが死亡することを認識しながら、あえて

そのチューブを抜去し、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待った。ところが、予期に反して、Aが身体を海老のように反り返らせるなどして苦しそうに見える呼吸を繰り返り返し、鎮静剤を多量に投与してもその呼吸を鎮めることができなかつたことから、そのような状態を家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、筋弛緩剤で窒息死させようと決意し、事情を知らない准看護師に命じて、筋弛緩薬である臭化パンクロニウム注射液(「ミオブロック注射液」)をAの中心静脈に注入させて、呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させた。検察官は抜管行為について殺人罪で同医師を起訴し、懲役五年を求刑したが、横浜地裁は、懲役三年執行猶予五年に処する判決を下した。判旨は、以下のとおりである(被告人控訴)。

「終末期における患者の自己決定の尊重は、自殺や死ぬ権利を認めるというものではなく、あくまでも人間の尊厳、幸福追求権の発露として、各人が人間存在としての自己の生き方、生き様を自分で決め、それを実行していくことを貫徹し、全うする結果、最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができるということのいわば反射的なものとして位置付けられるべきであ……り、……その自己決定には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが

不可欠の前提となる。また、そのような死の迎え方を決定するのは、……患者本人でなければならず、その自己決定の前提として十分な情報（病状、考えられる治療・対処法、死期の見通し等）が提供され、それについての十分な説明がなされていること、患者の任意かつ真意に基づいた意思の表明がなされていることが必要である。もともと、末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合……には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。……その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビングウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測もその確認の有力な手がかりとなる……。そして、その探求にもかかわらず真意が不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適した諸措置を継続すべきである。……医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはもちろん許されるが、それはあくまでも参考意見に止めるべきであつて、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わつて行うことは、相当ではない。

本判決は、前述の東海大学病院事件判決以来十年ぶりに終末期医療に関して医師の行為

が刑事裁判で裁かれたものであり、同判決の論理⑤を多分に意識しつつも、とりわけ「疑わしきは生命の利益に」という原則を前面に出して末期患者への治療中止（尊厳死）の論理をさらに掘り下げた点に意義がある。この原則は、生命の尊重及び平等性の保障を与え、人工的延命治療の最初からの差控え・中止の場合、そこに合理的な疑念が存在する以上、生命に不利益に解釈してはならないことを意味する⑥。したがって、本人の意思が明確な場合はそれを尊重し、それが必ずしも事前に明確でない場合について本判決が「患者の真意の探求」に固執し、それにもかかわらず真意が不明であれば患者の生命保護を優先させるべきことを説いているのは、論理一貫している。

もちろん、患者の意思に固執していたのでは問題解決にならず、もつと家族等の意思を重視してよいという見解⑦や「最善の利益」テストを用いればよいという見解⑧もありうる。あるいは、「人間の尊厳」を持ち出すのならば、必ずしも患者の意思に固執する必要はないという見解⑨もありうる。確かに、遷延性植物状態患者を単なる人体実験の客體としてのみ延命するとか、臓器確保のためにだけ延命する場合を想定すると、自己決定権による解決を過大視するのは問題であるが、しかし他方で、安易に「代行判断」の枠を広げたり、当該治療の「無益性」を前面に出して問題解決を図ろうとするのは、かえつて

「生命の切捨て」の懸念、ひいては「人間の尊厳」に抵触する懸念がある。その意味で、本判決は、「延命拒否権」という枠内でその合理的線引きを真摯に展開している点で評価できる。

本件では、①被害者の回復の可能性や死期切迫の程度を判断する十分な検査等が尽くされていない点、②家族らに対しても、患者本人の意思について確認していないのみならず、その前提となる患者の病状・余命・本件抜管行為の意味等の説明すら十分にしていなかった点で大きな問題があり、被告人の本件抜管行為は早すぎる治療中止として非難を免れられないし、ましてやその後の致死薬注射行為は殺人罪の罪責を免れないものと思われる<sup>26)</sup>。

なお、人工延命治療の打切りがどの時点から許されるかという問題についても、患者の延命拒否の意思が明確な場合には、必ずしも死期の切迫時点に固執する必要はないであろう。なぜなら、人工延命装置の使用により、どの時点から死期が切迫しはじめるかが予測しえない事態も考えられるからである。この場合は、むしろ医師と患者に判断を委ねてよいと思われる。これに対して、患者の意思が十分に明確とはいえないか、あるいは完全に不明確な場合は、前者では患者の延命拒否の意思がある程度推測できる限りで死期が切迫した時点（人工呼吸器使用の場合は切迫脳死の時点）、後者では少なくとも死亡時点（人

工呼吸器使用の場合は脳死の時点）までは治療を打ち切るべきでないと思われる。

以上のような正当化の限界を超えた場合は、医師であれ家族の者であれ、やむにやまれぬ心情ないし良心的葛藤から人工延命治療を中止させれば、せいぜい義務衝突（医師の場合）ないし期待可能性の不存在（特に家族の場合）による免責（責任阻却）が個別的事案に応じてありうるにとどまる。

---

### 終末期医療（特に尊厳死）のガイドラインの枠組み呈示

---

以上のような最近の動向を踏まえつつ、医療現場の混乱を回避するには、どうすればよいであろうか。日本尊厳死協会や超党派の国会議員は、立法化を目指しているが、混沌とした状況の中で立法化するのは、かえって医療現場に混乱を招き、患者の生存権が逆に脅かされる懸念もある。むしろハードな立法よりも、適切な公的ガイドラインを作る方が賢明なように思われる。もちろん、これも、立法に比べると拘束力が弱いので、遵守可能性に関して課題は残る。しかし、真摯な議論を尽くしてできたガイドラインであれば、課題は克服できるのではなかろうか。そこで、最後に、国民及び医療界に対して、尊厳死の問題についてのガイドライン要綱の枠組み及びガイドライン要綱の私案を呈示しておくこ

とにする。充実した倫理委員会の存在を前提条件として、以下のような二段階で考えることが現実に対応になるように思われる。もちろん、これは、暫定的なものである②。

● I あらゆる病態に共通の人工延命治療差控え・中止の基本的ガイドライン

① 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として患者の現実の意思表示または事前の意思表示（二年以内のもの）を中心に考えるべきである。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて、予後が絶望的な場合に限り、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。

② 患者の事前の意思表示については、書面（リビングウィルやアドバンスディレクティブ）のみならず多様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族及び担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認することを要する。

③ 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療ならびに中断の時期については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである。

④ 人工延命治療の差控え・中断に際しては、家族等の近親者に十分な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。

⑤ 人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することが望ましい。なお、栄養分については、病状に応じて判断する。

⑥ 以上の過程において、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。

⑦ 死亡結果については、中止手順を各施設が責任をもって都道府県の所轄部署に届け出るものとする。この手続きを遵守している場合、医師法二十一条は、適用除外とする。

● II 病態ごとの人工延命治療差控え・中止のガイドライン

患者の病状は、救急患者の場合、筋萎縮性側索硬化症（ALS）のように慢性の難治性患者の場合、がんのように緩和ケアを受けている患者の場合、さらには高齢の認知症患者の場合等、多様であることから、それぞれの特性に応じて、前記Iのガイドラインを遵守しつつ、四種類程度の人工延命治療の差控え・中止の手順を各専門学会が中心になって作るものとする。

結 語

しかし、問題は、それほど簡単ではない。倫理委員会の充実はもとより、将来的には、

高齢者医療ないし終末期医療の充実とともに、意思決定が困難になる場合も想定して、成人にも身上監護権者（世話人）を指名できる成年後見制度の拡充も射程に入れるかどうかの議論も蓄積していく必要があるように思われる。そして何より、患者の生存権の保障がないがしろにされない配慮を絶えずした上で幅広い議論を行う必要性があることを忘れてはならない。

本稿は、もともと二〇〇六年六月一日に神戸市で開催された日本麻酔科学会第五十三回学術集会シンポジウム「尊厳死と安楽死」において報告した原稿に加筆・修正を施した原稿を雑誌『麻酔』五五巻の特集増副号（二〇〇六年）に寄稿したものを基礎にして、さらにそれを本書の企画に合わせて修正を施したものである。

### 【注】

- (1) 川崎協同病院事件をはじめとする最近の問題状況の詳細については、甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任——川崎協同病院事件第一審判決に寄せて——」ジュリスト二一九三号、二〇〇五年、九八頁以下、同「末期患者への治療の中止——川崎協同病院事件」判例セレクト二〇〇五、二〇〇六年、三三頁参照。北海道の道立羽幌病院や広島県の福山市内の病院で起きた人工呼吸器取外しをめぐる事件（前者は不起訴処分、後者は現在捜査中）の他、特に、富山県の射水市民病院で起きた人工呼吸器取外しをめぐる事件（現在捜査中）は、大きな波紋を呼んでいる。
- (2) 本件当時の議論の詳細については、甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、一五七頁以下、および甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕成文堂、二〇〇四年、二七九頁以下参照。
- (3) 甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、二頁。
- (4) 甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、三頁以下および三三頁以下参照。
- (5) 甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、三頁以下および三四頁以下参照。
- (6) 宮崎真矢執筆、近藤均他編『生命倫理事典』太陽出版、二〇〇二年、四九二頁。
- (7) オランダの最新状況については、ペーター・タック（甲斐克則訳）「オランダにおける緩和的鎮静と安楽死」ジュリスト二一〇八号、二〇〇六年、一七四頁以下参照。
- (8) 本判決の詳細な分析については、甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、一五七頁以下参照。また、その他の関連判例については、同書六頁以下参照。
- (9) 詳細については、甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、三八頁以下参照。
- (10) 詳細については、甲斐克則『安楽死と刑法』〔医事刑法研究第一巻〕・成文堂、二〇〇三年、一八五頁以下および甲斐克則『医事刑法への旅Ⅰ（新版）』イウス出版、二〇〇六年、二〇八頁以下参照。なお、オレゴン州「尊厳死法」に関するアメリカ合衆国連邦最高裁の判例は、Gonzales, Attorney General, et al. v. Oregon et al. 546 U.S. (2006) である。

- (11) 甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年、一頁。
- (12) 詳細については、甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年、九二頁以下及び二八六頁以下参照。
- (13) 詳細については、甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年の随所、最近の動向については特に二三三頁以下及び二六一頁以下参照。
- (14) 詳細については、甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年、二八七頁以下参照。
- (15) この点については、甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年、二八四頁以下参照。この点について、東海大学病院事件判決では、(i) 事前の意思表示がある場合が圧倒的に少ない現実、(ii) 医師による適正さの判断がなされ家族の意思だけで全措置が中止されるわけではないこと、(iii) 患者の過去の日常生活上の断片的言動からよりもむしろ家族の意思表示による方がはるかに中止検討段階での患者の意思を推定できること、これらを根拠に「代行判断」(判決が直接この言葉を用いているわけではない)を許容できるとした。しかし、ここには患者の意思よりも家族の意思を優先する姿勢が看取される。アメリカでも一時期、判例上この傾向が広まったが、やがて患者の事前の意思表示の具体的手がかりを要求する方向に向かった。いずれにせよ、この場合、安易な代行判断を認めると、家族や関係者にとって不要な人間には何らの治療も施さず死にゆくにまかせてよいとする他者処分を譲ることにもなりかねない。
- (16) この点については、甲斐克則『尊厳死と刑法』〔医事刑法研究第二巻〕・成文堂、二〇〇三年、七一頁以下参照。
- (17) 佐伯仁志「末期医療と患者の意思・家族の意思」樋口範雄編著『ケース・スタディ 生命倫理』ジュリスト増刊、有斐閣、二〇〇四年、八六頁以下参照。

- 1) これは、イギリスの一九九三年のトニー・ブランド事件貴族院判決 (Airedale NHS Trust v. Bland [1993] 1 All ER 821) に代表される。しかし、このテストも「最善の利益」の中に何を盛り込むかによつて、フアジーな議論になる可能性を秘めているので、その判断構造を明確化する必要がある。
- (19) 河見誠「人間の尊厳と死の管理化——甲斐克則『尊厳死と刑法』を読んで——」法の理論二四、二〇〇五年、一五九頁以下。なお、甲斐克則『尊厳死問題における患者の自己決定のアポリア——河見誠助教授の批判に答える——」法の理論二四、二〇〇五年、一七三頁以下をも参照されたい。
- (20) 本判決についての以上の分析は、甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任——川崎協同病院事件第一審判決に寄せて——」ジュリスト二一九三号、二〇〇五年、九八頁以下、同「末期患者への治療の中止」判例セレクト二〇〇五年、三三三頁ですで行ったものである。
- (21) この提言は、すでに甲斐克則「終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任——川崎協同病院事件第一審判決に寄せて——」ジュリスト二一九三号、二〇〇五年、一〇六頁で行ったものに若干の修正を加えた。

# 尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理

甲斐克則

麻酔  
第55巻増刊号別刷  
克誠堂出版株式会社



## シンポジウム

## 尊厳死と安楽死

## 尊厳死・安楽死をめぐる法と倫理

甲 斐 克 則\*

## 序

周知のように、終末期医療をめぐるのは、安楽死と尊厳死の問題がある。近年、わが国では終末期医療、とりわけ尊厳死をめぐる、川崎協同病院事件をはじめ、いくつかの具体的事件を契機に議論が沸騰しつつある<sup>1)</sup>。それは、かつての東海大学病院事件<sup>2)</sup>当時の問題関心を上回っているように思われる。しかし、問題設定を明確にしておかないと、議論に混乱を来す懸念がある。現に、明確なルールがない状況下で、医療現場に混乱がみられる。そもそも、尊厳死にせよ安楽死にせよ、この種の問題の前提として、いかなる状況にあれ、患者の生存権を十分に保障することが重要である。それによって初めて、“自分らしい最期をどう生きるか”ということ、その反射的効果として“自分らしい最期をどう迎えるか”ということが法的・倫理的議論の俎上に上がることになるのである。もちろん、現実には、より厳しいものがあるが、このことを忘却して、“死ぬ権利”が過度に強調されてはならないであろう。さもなくば、“死ぬ権利”が“死なせる権利”へと移行し、由々しき問題へとエスカレートしかねないからである。

以上の問題意識から、本稿では、近時の国内外の動向を射程に入れて安楽死と尊厳死の問題を法的・倫理的観点から整理しつつ、終末期医療の規範的ルールについて若干の提言を行うこととする。

## 1. 安楽死をめぐる法と倫理

1) 安楽死 (euthanasia ; Euthanasie) とは、死期が切迫した病者の激しい肉体的苦痛を病者の真摯な要求に基づいて緩和・除去し、病者に安らかな死を迎えさせる行為である<sup>3)</sup>。すなわち、(1) 死期の切迫性、(2) 激しい肉体的苦痛の存在、(3) 病者の真摯な要求、といった3要件が揃って初めて“安楽死”の土俵で議論をすることができる。単なる同情で死なせる行為は“慈悲殺人 (mercy killing)”であり、安楽死ではない。ときおり、この両者が混同されることがあるので、注意を要する。また、安楽死にはいくつかの形態がある<sup>4)</sup>。

2) 安楽死を形態別にみると、第1に、肉体的苦痛を適宜取っていても死期が早まらない“純粋な安楽死”は、治療行為＝緩和ケアそのものであり、本人の希望があるかぎり特に問題はなく、一般に適法である。

第2に、鎮痛薬の継続的投与による苦痛緩和・除去の付随的効果として死期が早まる“間接的安楽死”（より正確には積極的間接的安楽死という）も、法律上の正当化根拠については争いがあるものの、インフォームド・コンセントが確保されていることを前提にして、本人の真摯な要求があれば一般に適法であり<sup>5)</sup>、倫理的にも“二重結果理論 (theory of double effect)”〔“二重の結果 (良い結果と悪い結果) を引き起こす一つの行為は、その悪い結果が予見されていなければ、かつまた悪い結果に釣り合う良い結果がもたらされるならば、道徳的に正当化されるとする道徳規則”<sup>6)</sup>〕により許容されている。もっとも、癌の告知の間

\* 早稲田大学大学院法務研究科

題や意識混濁者の意思表示の扱いの問題など、緩和ケアの実態を考慮すると、本人の真摯な要求まで要件とするのは厳しく、家族による推定で足りるとする見解もありうるかもしれないが、やはり、本人の明確な意思を要求すべきではなかろうか。

ちなみに、オランダでは、医師による積極的安楽死が安楽死等審査法により厳格な要件の下に認められているが（ベルギーも同様）、2003年に緩和的鎮静（palliative sedation）を行って患者を死亡させた医師が謀殺罪で起訴されるという、医学界にとってはショッキングな事件が起きた。結局は無罪となったが（2005年）、オランダ王立医師会は、緩和的鎮静のためのガイドラインを作って、緩和ケアを実施する医師を起訴しないようにと検察庁の説得にあたり、それがうまく機能し始めたという注目すべき経緯がある<sup>7)</sup>。日本では、この種の事件で医師が起訴されることはないと思われるが、患者の意思を全く考慮しなければ、刑事事件となる可能性を否定できないであろう。

第3に、積極的延命治療を差し控えることにより死期が早まる“消極的安楽死”は、本人の延命拒否の意思を尊重することにより法的に正当化可能である。本人の意思に反する延命の強制はできない。

3) 第4に、殺害により病者の苦痛を直接除去する“積極的安楽死”（より正確には積極的直接的安楽死）は、違法説（場合により責任阻却＝免責とする説）と適法説（自己決定権を強調する説、もしくは一定の要件の下に違法性阻却を認める説）という具合に法的評価が分かれる。後者のうち、自己決定権を強調する見解は、生命の自己処分を過大視しており、“殺害される権利”ないし“死ぬ権利”への承認に帰着する懸念があり、支持しえない。また、後者のうち、一定の要件の下に違法性阻却を認める見解は、例えば、東海大学病院事件判決（横浜地判平成7・3・28判例タイムズ877号148頁、判例時報1530号28頁）が医師による積極的安楽死の4要件〔(1) 患者が耐えがた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他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〕を呈示したところである<sup>8)</sup>。しかし、必ずしもこれが一般に承認されているわけではない。特に(3)の“他に代替手段がないこと”という要件の判断基準は難しく、病院により差異が出てくる懸念がある。ましてやオランダやベルギーのように、医師による積極的安楽死を立法で合法化することは、“堤防決壊”ないしは“滑りやすい坂道（slippery slope）”に至る懸念が大きい。したがって、生命保護の根幹を揺るがす積極的安楽死は違法であり、せいぜい個別事情を考慮して責任阻却＝免責とする見解が妥当である<sup>9)</sup>。

さらに、第5に、その修正形態とでもいうべき“医師による自殺幫助（physician assisted suicide：PAS）”がある。アメリカでは、医師による自殺幫助が唯一合法化されているのがオレゴン州の“尊厳死法”であるが、これについて、2006年1月17日、連邦最高裁がそれを認める判決を下した。しかし、PASの評価をめぐる、世界中で評価が揺れ動いている。少なくとも医師による積極的な自殺幫助は、正当化困難と思われる<sup>10)</sup>。

## 2. 尊厳死をめぐる法と倫理

1) これに対して、“尊厳死（death with dignity）”〔ないし自然死（natural death）〕とは、新たな延命技術の開発により患者が医療の客体にされること（“死の管理化”）に抵抗すべく、人工延命治療を拒否し、医師が患者を死にゆくにまかせることを許容することである<sup>11)</sup>。一般的に、患者に意識・判断能力がなく（例外あり）、本人の真意や肉体的苦痛の存否の確認が困難な点、死期が切迫しているとはかぎらない点で、安楽死と異なる。また、尊厳死の対象となる患者の病状は、いわゆる遷延性植物状態（PVS）のほか、白血病、癌、腎不全など、さまざまであり、救急患者の場合、筋萎縮性側索硬化症（ALS）のように慢性の難治性患者の場合、癌のように緩和ケアを受けている患者の場合、さらには高齢の認知症患者の場合といったように、患者群の多様さに応じて、治療拒否の対象となるべき人工延命治療の内容も、典型例としての人工呼吸器の使用から、特殊化学療法、人工透析、栄養補給チューブの使用にまで広がってい

る。なかには、栄養分のほかに水分まで中止の対象としてよいとする見解もあるが、本人がこれらすべてについて明確に拒否していない以上、最低限のケアとして、水分だけは補給し続けるべきであると思われる。栄養分については、個別的に対応すべきであろう。

2) 意思決定能力ある患者が人工呼吸器などの措置を最初から拒否する場合は、医師が患者の希望に即して治療を差し控えて、かりに患者が死亡しても、この行為（不作為）は適法といえる。なぜなら、患者の意思に基づいて死にゆくにまかせることは、消極的安楽死の場合と同様、治療拒否権＝自己決定権の正当な行使といえるからである。同じことは、すでに開始された人工延命治療を本人の希望で中断する場合にも当てはまる。なぜなら、同じ治療内容について、最初からの治療拒否を認める以上、すでに開始された人工延命治療の拒否を認めないのは、自己決定権尊重の趣旨からして論理一貫しないからである。この場合は、生命維持利益に明確に対抗する利益が存在するので、一般的な自殺権の承認とは異なる<sup>12)</sup>。私見によれば、自殺関与罪（刑法 202 条）がある現行法下では、一般的自殺への幫助行為と治療拒否に応じる医師の行為（不作為）はいずれも自殺幫助罪の構成要件に該当するであろうが、違法性判断のレベルで“治療行為という場”を設定したうえで、そこに生命維持利益のほかに治療に直接関係する対抗利益（主として苦痛除去利益ないし必要以上に干渉を受けたくない利益）が生じる場合が治療拒否の範疇であり、この場合には、発生している作為義務（治療義務）が患者の延命拒否により解除され（緊急状況下で生命維持利益より対抗利益が優越）、正当化が導かれる。それ以外は、正当化困難な可罰的自殺幫助の範疇と解される。このように解することにより、医師による一方的な治療中断の危険性を排除することができると思われる。

もちろん、患者の要求に応じて家族が人工呼吸器を取り外す場合は、より慎重な検討を要する〔例えば、ALS の患者から母親が人工呼吸器を取り外して有罪となった事件として、横浜地判平成 17 年 2 月 14 日（判例集未掲載）がある〕。

3) ところが、本人が事前に明確な意思表示をしていなかったり、それが完全に不明確な場合は、代行判断（substituted judgment）がどこまで許されるかが問題となる。代行判断にも幅がある。この点については、アメリカの多くの判例、イギリスのトニー・ブランド事件貴族院判決、ドイツのケンプテン事件連邦通常裁判所判決など、世界各国で興味深い裁判例が出ており、イギリスやドイツでは、ガイドラインで対応する方向にある<sup>13)</sup>。日本でも最近、ガイドライン策定の動きがある。ここでは、基本的視座を確認しておこう。

まず、患者が事前に明確に口頭または文書など（リビング・ウィルやアドヴァンス・ディレクティブ）で延命拒否の意思表示をしていた場合、“明白かつ説得力ある証拠（clear and convincing evidence）”がある以上、しかるべき代行決定者がそれを尊重して代行判断をしても、本人が直接拒否した場合と同様、正当化可能である。つぎに、患者が日常会話などで延命拒否について一般的に述べていたにすぎない場合は、ある程度それに信頼を置くことができるが、決定的ではなく、患者の生命保持の負担が生存利益よりも明らかに重いと判断される場合にのみかろうじて正当化可能である。これに対して、患者が事前になんら意思表示をしていない場合は、近親者、医師、あるいは第三者が延命治療打切りを勝手に判断することは、正当化の枠を超える。せいぜい、個別状況により責任阻却（免責）が認められるにすぎない<sup>14)</sup>。

4) ここで、最近の重要判例として、川崎協同病院事件第 1 審判決（横浜地判平成 16 年 3 月 25 日判例タイムズ 1185 号 114 頁）を挙げておこう。被告人は、長年主治医として担当していた患者 A が気管支喘息重積発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復しないまま入院した際、延命続行で肉体が細菌に冒されるなどして汚れていく前に、気道確保のために鼻から気管内に挿入されているチューブを抜去して、できるかぎり自然なかたちで息を引き取らせて看取りたいとの気持ちをいだし、A が死亡することを認識しながら、あえてそのチューブを抜去し、呼吸を確保する処置を取らずに死亡するのを待った。ところが、予期に反して、A が身体を海老のように反り返らせるなどし

て苦しそうに見える呼吸を繰り返し、鎮静剤を多量に投与してもその呼吸を鎮めることができなかつたことから、そのような状態を家族らに見せ続けることは好ましくないと考え、筋弛緩剤で窒息死させようと決意し、事情を知らない准看護婦（当時の呼称であり、現在は准看護師）に命じて、筋弛緩薬である臭化パンクロニウム注射液（“ミオブロック注射液”）を A の中心静脈に注入させて、呼吸筋弛緩に基づく窒息により死亡させた。検察官は抜管行為について殺人罪で同医師を起訴し、懲役 5 年を求刑したが、横浜地裁は、懲役 3 年執行猶予 5 年に処する判決を下した。判旨は、以下のとおりである（被告人控訴）。

“終末期における患者の自己決定の尊重は、自殺や死ぬ権利を認めるというものではなく、あくまでも人間の尊厳、幸福追求権の発露として、各人が人間存在としての自己の生き方、生き様を自分で決め、それを実行していくことを貫徹し、全うする結果、最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができるということのいわば反射的なものとして位置付けられるべきであり、”その自己決定には、回復の見込みがなく死が目前に迫っていること、それを患者が正確に理解し判断能力を保持しているということが不可欠の前提となる”。“また、そのような死の迎え方を決定するのは、……患者本人でなければならず、その自己決定の前提として十分な情報（病状、考えられる治療・対処法、死期の見通し等）が提供され、それについての十分な説明がなされていること、患者の任意かつ真意に基づいた意思の表明がなされていることが必要である。もっとも、末期医療における治療中止においては、その決定時に、病状の進行、容体の悪化等から、患者本人の任意な自己決定及びその意思の表明や真意の直接の確認ができない場合……には、前記自己決定の趣旨にできるだけ沿い、これを尊重できるように、患者の真意を探求していくほかない。……その真意探求に当たっては、本人の事前の意思が記録化されているもの（リビング・ウィル等）や同居している家族等、患者の生き方・考え方等を良く知る者による患者の意思の推測等もその確認の有力な手がかりとなる……。そして、その探求にもかかわ

らず真意が不明であれば、『疑わしきは生命の利益に』医師は患者の生命保護を優先させ、医学的に最も適応した諸措置を継続すべきである”。〔改行〕“医師があるべき死の迎え方を患者に助言することはもちろん許されるが、それはあくまでも参考意見に止めるべきであって、本人の死に方に関する価値判断を医師が患者に代わって行うことは、相当ではない”。

本判決は、前述の東海大学病院事件判決以来 10 年ぶりに終末期医療に関して医師の行為が刑事裁判で裁かれたものであり、同判決の論理<sup>15)</sup>を多分に意識しつつも、とりわけ“疑わしきは生命の利益に”という原則を前面に出して末期患者への治療中止（尊厳死）の論理をさらに掘り下げた点に意義がある。この原則は、生命の尊重および平等性の保障を与え、人工的延命治療の最初からの差控え・中止の場合、そこに合理的な疑念が存在する以上、生命に不利益に解釈してはならないことを意味する<sup>16)</sup>。したがって、本人の意思が明確な場合はそれを尊重し、それが必ずしも事前に明確でない場合について本判決が“患者の真意の探求”に固執し、それにもかかわらず真意が不明であれば患者の生命保護を優先させるべきことを説いているのは、論理一貫している。

もちろん、患者の意思に固執していたのでは問題解決にならず、もっと家族などの意思を重視してよいという見解<sup>17)</sup>や“最善の利益”テストを用いればよいという見解<sup>18)</sup>もありうる。あるいは、“人間の尊厳”を持ち出すのならば、必ずしも患者の意思に固執する必要はないという見解<sup>19)</sup>もありうる。確かに、遷延性植物状態患者を単なる人体実験の客体としてのみ延命するとか、臓器確保のためにだけ延命する場合を想定すると、自己決定権による解決を過大視するのは問題であるが、しかし他方で、安易に“代行判断”の枠を広げたり、当該治療の“無益性”を前面に出して問題解決を図ろうとするのは、かえって“生命の切捨て”の懸念、ひいては“人間の尊厳”に抵触する懸念がある。その意味で、本判決は、“延命拒否権”という枠内で、その合理的線引きを真摯に展開している点で評価できる。

本件では、(1) 被害者の回復の可能性や死期切