

なぜやはり安楽死なのか

古牧徳生*

名寄市立大学保健福祉学部教養教育部

【要旨】医学の進歩により急速な高齢化が進む先進国では安楽死を合法化する動きが顕著になってきた。本稿は快楽主義の視点から、まず安楽死をめぐる諸事情を概観したあと、今や安楽死は単に個人の要請というだけでなく、社会としても無視することのできない要請ではないかと問うものである。

一節では安楽死が尊厳死へと変わっていく経緯とその際の議論を概観する。

二節ではオランダが世界で最初に安楽死を合法化するまでの歩みを概観する。

三節では日本国内の安楽死事件を通して、安楽死は三種類に分類されることを確認する。

四節では日本でも学会指針という形で徐々に尊厳死法制化へ進みつつあることを述べる。

五節では安楽死容認の風潮から予想される危険について述べる。

六節では前節での問題点について筆者なりの回答を示す。

キーワード：通常手段と特別手段、リビングウィル、超高齢社会

はじめに

一昨年(2016年)の秋、脚本家の橋田壽賀子が雑誌に寄稿した文章が話題になった。

「私は八十歳を過ぎた頃から、もし認知症になったら安楽死がいちばんと思っています。……回復の見込みがないままベッドに寝ているだけで、生きる希望を失った人は大勢います。長患いをしてもうこれ以上子どもに迷惑をかけたくないという人もいます。そういう人が希望するならば、本人の意思をきちんと確かめたうえで、さらに親類縁者がいるならば判ってもらうことを条件に安楽死を認めてあげるべきです」¹⁾

そのうえで彼女は、日本ではまだ安楽死が認められていないから、海外に行つて安楽死するという意向を示した。もちろん賛否両論あろうが、筆者としては大いに頷くものがあった。そこで、この機会に筆者が安楽死を容認する理由を述べることにしたい。

全体は二つの部分より成る。最初の四節は安楽死に関する事実を説明する。そのあとの五節と六節で筆者の見解を述べる。

一節 安楽死から尊厳死へ 魂の抜け殻

父は九十になった。大正の末年に生まれた父は数年前、腰の手術をしたものの持病はなく、杖をつきながら何とか歩いている。もともと丈夫で何でもよく食べる人だから、由比町最後の大正生まれも夢ではないかもしれない。

ただ、この一、二年で相当ずい(駄目)になった。薬を飲んだか、目薬を点したか、本人自身よく覚えていない。だから食事のたびに筆者の義姉が薬の残りを確認している。日記を書くのも一苦労のようだ。漢字はもちろん時には仮名も忘れるようになった。昨年の夏に帰省したとき驚いたのは、手本の通りに書くことができなかつたことだ。曾孫に小遣いをやろうとして祝儀袋に「〇〇ちゃんへ」と書こうとしたが、平仮名の「や」が書けず、見かねた義姉が、この通りに書けばいいよ、と隣に「や」と書いてみせて、また本人もその通りに書こうとしたものの、どうしても「や」と書けなかつた。

傍らで一部始終を見ていた筆者は愕然とした。「猿真似」という言葉があるが、歳をとると、その猿真似すら難しくなるらしい。してみると猿真似にもある程度の認知能力が必要なわけで「ホモ・サピエンス」(賢いヒト)という言葉に妙に納得したわけだが、この正月に帰省したときには父のやることは更にちぐはぐになっていた。手洗いに行くと言って椅子から立ちながら、手洗いとは反対の方向に廊下を進んで、

2017年11月27日受付：2018年1月20日受理

*責任著者

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1

E-mail : hurumakius@nayoro.ac.jp

義姉から、そっちじゃないよ、逆だよ、と言われていた。

そんなわけで今年の正月、上の兄は下の兄に「最近うちのお父さんはやる事が頓珍漢になってきた」と嘆いていた。それを聞いて筆者は不安を覚えた。

今はまだ受け答えはできる。電話に出ることもできる。曾孫たち一人一人にお年玉を与えることもできる。しかし、この調子ではあと三、四年もしたら兄夫婦とですら普通に会話することができなくなるかもしれない。そうなったら年に数回しか会わない筆者などはどこの誰なのか分からなくなってしまうのではないだろうか。

これは実際、父の父がそうだった。父の父つまり筆者の父方の祖父は百歳で大往生したが、九十を過ぎた頃から認知症が進み、長男（つまり筆者の叔父）を自分の父親と思っていたらしい。頭の中は昭和二十年で止まったまま本土決戦に突入してしまっただけで「いま家の前をアメリカ兵とロシア兵が通っていたぞ」と真顔で話したりしたそうだ。

問題はここからである。

父の父がそうで、父もそうなりつつあるとすると、筆者は大丈夫だろうか。

筆者は高校を出てからずっと一人暮らしで、意地汚いわりに偏食家で、甘いものも塩っぱいものも脂っこいものも好きで、それも濃い味が好きで、煙草こそ吸わないものの酒は好きだから間違っても長生きはしないと思うのだが、父方の親族は概して丈夫で長生きである。何でも昔は山梨県の長寿ナンバーワンの人もいたらしい。そんなわけで血は争えず、間違っても筆者も長生きしたとしよう。すると、まさかこんなことにならないだろうか。

——四十年後のある日、身寄りもなく、どこかの施設に収容されている筆者を昔の学生が訪ねてきた。ところが、以前に訪問したときは頓珍漢でも何とか受け答えができていたのが、今やいくら話しかけても全く反応せず、車椅子に座ったまま虚ろに目を開けているだけである。介護士たちが言うには、脳が完全に委縮していて何年も前から反射行動があるだけで意識の片鱗すら窺えないが、内臓はかなり丈夫なようで、今でも口に入ったものをしっかりと嚥下できるから、まだまだ生きられるようだ。

仮に筆者がこのようになってしまったら、それは筆者なのだろうか。生きている自覚もないまま、ただ身体が新陳代謝しているだけの、いわば魂の抜け殻の

ような状態なら、筆者はもはや存在しないも同然ではないか。すると、そんな抜け殻が生存し続けることにいったい何の意味があるのだろうか。それだけでなく忙しい介護士の手を煩わせているだけではないだろうか。それに貯金もずっと以前に使い果たし、親族たちとはもう何十年も連絡がつかないとすると、筆者の抜け殻が生命活動を停止したところで、いったい誰が悲しむだろうか。国としても少額とはいえ年金受給者が一人減るわけだから負担が減るし、若い頃に掛けた保険の死亡給付金が僅かでも出るとすれば、音信不通だった甥や姪の子供たちが名乗り出るかもしれない。だとすれば良いことづくめではないか。

そんなわけで「意識が完全になくなった場合は自分の身体を生命活動を終わらせる」旨を事前に文書など確認できる仕方で用意しているなら、法的手続きを踏まえたうえで、その人を安楽死させてもいいと思うのである。この類の主張は、長寿が当たり前になったことで社会の高齢化が深刻になってきた比較的、最近になって現れた、たぶん第三の安楽死容認論だろう。

死苦からの解放としての安楽死

では以前の安楽死容認論とはどのようなものだったのだろうか。

病気や怪我などで苦しむ者が自ら命を絶ったり、それを手助けする行為はどこの社会でも行われていた。古代の哲学者たちの中にも最期は安楽死を選んだ人がかなりある。快樂主義哲学のエピクロス（前341頃-前270頃）は胆石で尿が出なくなり苦しんだあげく、温かい浴槽に浸かりながら葡萄酒を水で割らずに飲んで死亡した。恐らく鼠径部を切ったのだろう。²⁾ 対するストア哲学の創始者キュプロスのゼノン（前336-前264）も老齢になり、躓いて転んだのを機に食を絶って亡くなったという。³⁾

このように安楽死は別に悪いことではなかった。ローマのストア哲学者セネカ（前4頃-65）はある手紙においてこう述べている。

「そこで、あの問題について意見を述べることにしよう。つまり老年の行き着く果てを嫌い、終幕は待つのではなく、自分の手で下ろすべきかどうか、という問題だ。……実際、延長されるのが人生か、それとも死かでは、きわめて大きな違いがある。だが、肉体が役に立つ働きをできないなら、魂を労苦から引き上げぬ理由があろうか。おそらく、

それをなすべきときの少し前になすべきだ。……だが老年になって精神が打撃を受け、その各部が引き剥がされ、私に残るものが人生ではなく、息をしていることだけになったなら、私は飛び出すだろう。……私は病気を死によって逃れることはしない、それが治療可能で魂の邪魔にならないかぎりには。……それでも、この苦痛がいつまでも耐え忍ばねばならぬものだと分かったならば、私は去るだろう。それは苦痛そのもののためではなく、苦痛に妨げられるせいで、私が生きている理由をなすすべてのものに手が届かなくなるからだ」⁴⁾ 同じようなことをエピクテトス(55-136 頃)も言っている。

「もし私がそのように惨めであるならば、死ぬということは(私にとっては)港である。また死、それはすべての人の港であり、それは避難所である」⁵⁾ ところがキリスト教が広まるにつれて事情は変わっていく。いや、キリスト教も迫害を受けていた頃は、棄教を迫られた信徒がやむなく自殺することを容認していた。しかし 313 年にコンスタンティヌス帝(272-337)がキリスト教を公認し、自殺を大目に見る必要がなくなると次第に自殺禁止へと向かった。

旧約聖書の『出エジプト記』によればモーゼはシナイ山において神から十戒を授けられたとある。その第五番目の戒律として「汝、殺すなかれ」とあることから、これには自殺も含まれる、と教父のアウグスチヌス(354-430)が言い出して以来、⁶⁾自殺は神によって厳禁されていることになった。

中世のキリスト教思想を代表する神学者のトマス・アクィナス(1225-1274)は『神学大全』の第 2-2 部の第 64 問題において殺人を論じている。その第 5 項で「人は自分を殺すことが許されるか」と題して次のように述べた。

「生命は神によって人間に授けられた賜物であり、『殺したり生かしたりする』方の権能に属するものである。従って自らの生命を取り去る者は神に対して罪を犯しているのである……」⁷⁾

つまり生命は神から与えられたものであるから、人間の意志で絶つことはできず、従って自殺は神への反逆というわけである。このことは、たとえ病気や事故による断末魔の苦しみを避けるためであっても例外ではない。

「同じく現世のいかなる悲惨であっても、それから逃げることは許されない。現世の諸々の悪のなかで究極にして最も恐ろしいのは死である……す

ると現世のその他の悲惨を回避するために自らを死へと引き渡すことは、より小さな悪を避けるためにより大きな悪を引き受けることになるのである」⁸⁾

ゆえに、いま仮にあなたの家族が不治の病で死の床にあり、どんなに手を尽くしても抑えられない苦しみに呻いているとしても、あなたは「これもまた神の思し召し」として十字を切るしかないわけである。

しかしルネサンスで世俗化が始まり、神中心から人間中心へとももの見方が変化してくると、死の苦しみについても次第に臨機応変な対処が語られるようになっていった。それを最初にまとまった形で訴えたのはイギリスの法律家トマス・モア(1477-1535)の『ユートピア』(1516 年)である。

「……もし病気が永久に不治であるばかりでなく、絶えまのない猛烈な苦しみを伴うものであれば、司祭と役人は相談の上、この病人に向かって、これ以上生きていても人間としての義務が果たせるわけではないし、いたずらに生恥をさらすことは、他人に対して大きな負担をかけるばかりでなく、自分自身にとっても苦痛に違いない、だからいっそのこと思い切ってこの苦しい病気と縁を切ったらどうかとすすめる。また、今は生きているということ自体が一つの拷問ではないか、もしそうなら死ぬということに対して臆することなく、いやむしろ前途に明るい希望をもって、この牢獄とも拷問ともいえる業苦の人生を、一思いに自らの命を断って脱するか、それとも他人にその労をとって貰って脱してゆくか、そのどちらかにしたらどうか、とすすめるのである。……こうやって充分納得した病人は、自らすすんで絶食して死んでゆくか、死の苦しみを味わうことなく眠っている間に死んでゆく」⁹⁾

つまりユートピアとは病気に苦しむ者の自殺も囑託殺人も認められている世界なわけである。モアは人文主義的教養に裏打ちされた人だったから、不治の病に苦しむ人を無理やり生きながらえさせることがいかに不合理なことであるか痛感していたのだろう。ただし、そうは言っても彼はやはり敬虔なカトリックであったから、病人でもない者が自殺することには強く反対する姿勢を崩さなかった。

「これに反して司祭や市会が死の当然の理由を承認しない前に自分の生命を絶った者は、土と火をもって葬るのに相応しくないものとされ、その死

骸は悪臭ただならぬ泥沼の中に捨てられることになっている」¹⁰⁾

自殺に寛容な日本人の感覚からすれば信じられないことだが、当時のヨーロッパでは自殺は加害者と被害者が同一の刑事犯罪とされており、遺体は晒しものにされたばかりか時には毀損されもしたらしい。これについて時代は少し下るが18世紀のフランスの法学者モンテスキュー(1689-1755)は『ペルシア人の手紙』(1721年)においてこう書いている。

「欧州では自殺をはかる人間に対する法律は非常にきびしく、云わば死んだものをもう一度殺すのです。街を引きずり廻され、嘲笑を浴びせられ、財産は没収される」¹¹⁾

自殺者に対するこうした余りに酷い仕打ちについてモンテスキューはパリを訪れたペルシア人に仮託して不当と非難している。

「僕はその法律を不当と思う。僕が苦痛と貧困と軽蔑とに押しつぶされている時、なぜ世人は、僕がそれらの苦しみを一挙にして絶ち切ってしまうのを邪魔するのだろう。僕の手の中にある対策の一つをなぜ残酷に取り上げようとするのだろう。…社会と云うものは相互の利益を基礎として成り立つものだ。しかしそれが自分にとって有害になったとき、それを棄ててはいけないというのは誰だ。生命は一つの恩恵として僕に与えられた。もはや恩恵でなくなったとき、お返ししてもいいわけだ。原因がなくなった以上、結果もなくなるべきではないか」¹²⁾

同じ18世紀のイギリスの哲学者デビッド・ヒューム(1711-1776)は『自殺論』という随筆の中で、自殺を犯罪とするのは単にキリスト教がそう言っているに過ぎないとして、仮に「生命は神の賜物だから、それを短くするのは神に対する罪」と言うなら、それを長くしようと努めることも神への冒瀆になるはずと指摘した。

「仮に人間の生命を処置することが万能神の独自の領域として保管されていて、その結果、人間が彼ら自身の生命を処置することは万能神への侵害だとすれば、生命の維持のために努めることも、生命の破壊のために行動するのと同じように犯罪的ということになる」¹³⁾

実に痛快な皮肉である。ただし同書が出版されたのはヒューム没後の1777年だった。まだ世間一般の意識は自殺に対しそこまで寛容になっていなかったということだろう。

もともとは老人の大往生を意味していたギリシア語の Euthanasia(「良い死」)を今日の積極的安楽死の意味で初めて用いた人物はフランシス・ベーコン(1561-1626)である。エリザベス1世女王の寵愛を受け、今の日本でいえば総理大臣と最高裁判所長官を兼ねる大法官であった彼は1605年に出版された『学問の進歩』においてこう書いている。

「……私は、ただ健康を回復させるだけでなく、痛みと苦しみを軽くすることも医師の職務であると考え。そしてそのような軽減が回復の助けとなる場合だけでなく、きれいで安楽な死に方をさせるような場合にも、そうなのである。……私の考えによれば、医師たちは、死の痛みと苦しみを和らげ軽くするために、安楽死の術を調査もし、せつせと研究もしなければならないのである」¹⁴⁾

自殺について法的に柔軟な対応をする動きが表面化するのには理性の時代と言われた18世紀も半ばになってからである。例えば啓蒙的専制君主として有名なプロイセンのフリードリヒ大王(1712-1786)は1751年、他のドイツ諸邦に先駆けて自殺に対する刑罰を廃止している。さらに産業革命の進展につれ、急激な人口増加による貧困が問題になってくると、その解決策として避妊や嬰兒殺しなどが徐々に主張されるようになった。こうした風潮になれば、自殺の擁護はもはや憚られることではなくなる。そこで病気で苦しむ患者を本人の要請にもとづいて死なせても刑法上の犯罪とは見做さないように法的に規定しようとする動きが強まった。1839年、ドイツ南部のヴュルテンベルクの刑法239条は「死が切迫した患者ならびに瀕死の重傷者の要請による殺害については特別に減刑される」と規定した。これを皮切りにブラウンシュバイク、バーデン、チューリンゲン、ハンブルクのドイツ諸邦は末期患者に対する条件付きの囑託殺人を減刑対象とする条項を制定した。¹⁵⁾

20世紀に入ると安楽死の合法化を求める動きはいよいよ強まった。1906年にはアメリカのオハイオ州で世界で最初の積極的安楽死を認める法案が可決された。激痛に苦しむ不治の病の患者が四人以上から成る専門委員会に死を申請し、許可が出れば死亡させてもよいという内容だったが、アメリカ連邦政府が認めなかったため、成立しなかった。

1919年にはフランスでベネー=サンクルが、死を望む人が苦しまずに死ぬよう「自殺センター」の設

置を提案したが、注目されなかったようである。

翌年の1920年にはドイツで『生きるに値しない命を終わらせる行為の解禁』と題した小著が出版された。著者はライプチヒ大学で法学教授を務めたカール・ビンディング(1841-1920)とフライブルク大学の精神医学の教授のアルフレート・ホッヘ(1865-1943)で、当時でも憚られていた「生きるに値しない」lebensunwert という言葉を直截に用い、後のナチス党による精神病患者安楽死政策の参考とされたため、悪い意味で有名である。内容的には、まったく無用の者も含めて全ての人間の生存意思は全面的に認められるべきであるとしたうえで、¹⁶⁾ 助かる見込みがなく安楽死の意思をはっきりと示している患者を本人の要請に基づいて殺害した場合は特別減刑扱いすべきである、¹⁷⁾とこれだけ見れば多くの人が頷きそうな主張をしていたのだが、別に大きな問題があった。それについては六節で触れる。

1931年にはカトリックのお膝元のイタリアでも自殺禁止令が撤廃され、自殺は犯罪ではなくなった。

1935年にはイギリスに、1938年にはアメリカにも自発的安楽死協会が設立され、終末期患者の安楽死を求める運動が知識人によって展開された。

1946年9月、ニューヨークの非カトリックの聖職者たちが自発的安楽死はキリストの教えに反するものではないとの声明を発した。さらに翌1947年にはニューヨーク州議会に「疾病により深刻な身体的苦痛に苛まれている、21歳以上の健全な精神を有する者で、現在の医学ではいかなる救命もしくは回復の見込みもない者」については、本人の要請と裁判所の聴取を経たあとで安楽死がなされてもよいとする法案が出されたが、成立しなかった。¹⁸⁾

こうした安楽死を求める世論の高まりのなか、同じ年の9月11日、ローマ法王ピオ12世(1876-1958)在位1939-1958)はローマで開催されたカトリック女性連盟国際会議に出席し次のように述べた。

「親の甘さは彼らを盲目にし、彼らの子供に悪影響を与えます。社会秩序においても同じような感情は精神を盲目にし、醜悪な思想に由来する理論を懐かせ、不道徳で有害な様々な行動を賞賛させることとなります。その一つは、慈悲深く賞賛すべき苦痛の緩和によってではなく、理性も不死性も持たない動物に与えるような死によって安楽死を正当化し、浄化と功德をもたらす苦しみを人間はしなくてもよいと力説する間違った憐みではないでしょうか」¹⁹⁾

つまり二十世紀半ばになってもカトリック教会は、死苦に苦しむ患者であっても苦痛の緩和以外のことは認めず、人生最後の苦しみに霊的意味を見出すことで甘受するように求めていたのである。

通常手段と特別手段

第二次大戦後、医療技術の急激な発展に伴い、それまでの何かをすることで患者を死に至らしめていた安楽死は、何かをしないことで死に至らしめる方向へと変化していった。その際に使われた概念が**通常手段** ordinary means と**特別手段** extraordinary means である。その萌芽は16世紀末の道徳神学にまで遡る。

1582年、イスパニアの神学者でドミニコ会士のドミニクス・ソト(1495-1560)は、修道院長にはそれほど苦しくない医療なら配下の者に受けさせる義務があるが、大変な苦痛を耐えてまで生命を保持する義務は誰にもないから、大変な激痛を耐えさせる権限まではないとした。背景には当時の医療の悲惨な実態があった。当時の手術は、まだ麻酔がなかったため、数人で患者を押さえつけ手早く切開し、傷口を焼きゴテで焼灼するという恐ろしいものだった。そしてまた、そんな手術の痛みにも耐えても、まだ感染対策などなかったから、死亡する者も多かった。だから、そんな拷問のような手術を無理に受ける必要はないと思うのも当然だった。

1595年、同じくイスパニアのドミニコ会士のドミニクス・バーニェス(1528-1604)は治療行為に通常手段と特別手段の概念を導入し、栄養や衣服、薬など通常手段は義務であるが、手術のような特別手段は義務ではないとした。そうすることで手術拒否を正当化したわけである。

しかし、この区別も1846年にアメリカのウィリアム・モートン(1819-1868)により麻酔法が開発されると無意味になってしまった。手術自体に苦痛はないとなると手術を特別手段として拒否する理由がなくなってしまったからである。そこで苦痛に代わり「悲惨な手術でも受けなければならないのか」が議論されるようになった。

例えば1899年、イタリアの神学者でドミニコ会士のドメニコ・パルミエーリ(1829-1909)は、同じイエズス会士で師でもあったアントニオ・バルレリーニ(1805-1881)の未完の道徳神学の編集において、手足の切断はしなければならぬ手術なのか、と疑問を投げかけた。

—— 麻酔のおかげで切断手術自体に苦痛はないなら、手や足を失った悲しみとか生活上の不便などは手術拒否の理由になるのか。²⁰⁾

これについて「たとえ何らかの身体的欠損があっても人間には生命を保持する義務がある」とか「手足の切断がもたらす不便は義肢の装着である程度は軽減できるから、切断術は通常手段である」とする意見もあったが、²¹⁾ 苦痛はなくとも大変な嫌悪を引き起こすような手術なら受ける義務はないとする意見もあった。²²⁾

この「通常手段」と「特別手段」という区別が安楽死問題において中心的役割を果たすようになったのは第二次大戦後である。

1946年、カトリックの神学者のチャールズ・マックファデン McFadden は真のカトリック看護婦を養成する道徳教育の基礎とすべく『看護婦のための医療倫理』を出版、1949年には一般の医学生や医師を対象にした同書の第二版を『医療倫理』と改題して出版した。彼は「人間の生命は神から与えられたものだから、個人にも国家にも生命を破壊する権限はなく、あらゆる通常手段を用いて、神が与えたこの賜物を守る義務がある」²³⁾と主張する保守派の人物だったから、終末期医療の原則として以下の四つを挙げた。

—— 苦しんでいる患者の死を早める恐れがある薬物を与えてはならない。²⁴⁾

—— いかなる新生児であれ死を早めてはならない。そうした生命を延命させるために特別手段を取る義務はないが、洗礼を施すために生命を守る通常手段が取られねばならない。²⁵⁾

—— 死に瀕した患者が非常に苦しんでいても、死に対する霊的準備が出来ていないなら、意識を失わせる恐れがある薬物を投与してはならない。²⁶⁾

—— 死に瀕した患者が非常に苦しんでいる場合、彼に霊的準備が出来ているなら、苦しみを軽減するが意識も失わせてしまう薬物を投与してもよろしい。しかし霊的準備が出来ているか否かを確実に知ることは困難であるし、意識の喪失は苦しみを甘受することで得られるであろう霊的功德を奪うことになるから、出来ることなら、苦痛を軽減するが意識を完全には無くしてしまわないような薬物を用いることが望ましい。²⁷⁾

今から見れば、どれも厳しい原則である。しかしマ

ックファデンに言わせれば、医師や看護婦には終末期の苦しみを軽減するよりも遥かに価値のある慰めを患者に与えることができるのである。つまり苦しみには神の目的に仕えるという無上の価値があることを教えてやるべきなのだ。²⁸⁾ そのうえで彼は読者に次の問題を提示した。

—— 死に瀕した患者が非常に苦しんでいる。もはや死は避けられないが、ある薬を使えばもう一時間か二時間は延命できる。しかし患者の家族は「もう十分だから薬を投与しないで」と要請している。どう思うか。²⁹⁾

これについてマックファデンは、この患者には死が一時間ほどにまで迫っており、既に最後の秘跡を受けている、と前提したうえで、(1)その薬は特別手段であるし、(2)僅かな時間の延命のためにひどい苦しみに耐える義務はない、から薬の使用は義務ではないと回答した。ただし、その場合でも(1)患者に死が切迫していると軽率には判断しないこと、(2)終油の秘跡をまだ受けていないなら、それが済むまでは彼を生かしておくこと、と但し書きをつけるのを忘れなかった。³⁰⁾

1950年、イエズス会の道徳神学者ジェラルド・ケリー(1902-1964)は『生命を守るために人工的手段を用いる義務』という論文において、人工的手段の使用は絶対の義務か否かを論じた。

—— 『いかなる者も無益なことには拘束されない』*nemo ad inutile tenetur* という原則の中には『わずかなものは無いものと見なされる』*parum pro nihilo reputatur* という原則が含まれている。だから通常手段により生命を守る義務があるとしても、わずかな延命しかもたらさない手段なら、用いる義務はない。³¹⁾

「わずかな延命しかもたらさない」とは「治癒の見込みはない」ということであるから、ここから「病気を治す合理的の見込みがない治療なら、それをする義務はない」という原則が立てられる。そして、この原則が適用される際には、その治療が「成功する見込み」、「完全に治癒するのか、単なる延命なのか」、「その通常手段を獲得し用いる際の困難さ」などが考慮されるべきだとケリーは主張した。³²⁾ そしてマックファデンが読者に提示した問題について、短時間の延命のための薬はマックファデンが言うような特別手段ではなく、あくまで通常手段であり、むしろ人工的であり治療的価値がないからこそ使う義務はな

いとした。

「そうした(死が切迫し、ひどい苦痛があり、患者は死ぬ用意ができてい)状況においては強心剤の使用は特別手段であり義務ではないというのが彼(マックファデン)の回答である。私はそれが義務ではないことに同意するが……そうした短時間の延命に強心剤を用いることは通常手段だと言いたい。ただ、それは人工的だから、またそうした状況においては現実的に何の治療的価値もないから、患者にはそれを使う義務はないのである(というのは『いかなる者も無益なことには拘束されない』あるいは『僅かなものは無いものと見なされる』からである)」³³

この「**普通の人工的手段でも無益の場合には使用する必要はない**」という原則をケリーは翌1951年の論文『生命を守る義務』では「通常手段と特別手段」として再び論じた。

「通常手段とは善益の合理的な希望を与え、過度の経費、痛み、あるいは他の不都合なしに得られて使用される、すべての医薬品、治療処置、手術である。特別手段とは過度の経費、痛み、または他の不都合なしには得られず、また使用されず、たとえ使用されても善益の合理的な希望を与えない、すべての医薬品、治療処置、手術である」³⁴

ケリーによれば、患者は通常手段を使う義務が常にあるが、特別手段については、(1)自分の生命が共通善のために必要であるとか(2)永遠の救済のためには生命の延長が必要である場合を除けば、義務ではない。³⁵そして次のように結論した。

「医師ならびに専門医たちが患者について治療不可能と判定した場合、さらなる治療に関する決定は患者自身の利益と、明示されたものであれ暗黙なものであれ、合理的願いの点からなされるべきである。……一般に、割に合わない不利益を他者に課すことなしには患者に何らかの現実的利益をもたらす見込みがないなら、あるいは特別な理由により、そうした手段を用いなければ彼の職務に好ましからざる影響が出るというのでなければ、そうした手段を用いる道徳的義務は医師にはないと言えよう」³⁶

要するに**通常手段である生命維持装置であっても患者に利益がないなら用いる必要はない**とケリーは主張しているわけである。注目すべきは後半の、他者への「割に合わない不利益」とか患者の「何らかの現実的利益」という言葉遣いである。ここに我々は

既に1951年の時点において、カトリックの神学者においても恐らく無意識のうちに功利性の原則が働いていたことを見て取ることができよう。

ローマ法王の回答

1956年10月、ローマで第4回イタリア麻酔学会が開かれ、会長からローマ法王に宛てて三つの質問が出された。翌1957年2月24日、ピオ12世はそれらに回答を示した。

第一の質問は次のようなものだった。

—— キリスト教徒には「苦しみは神が与えた罰」として麻酔を拒否し、身体的苦痛に耐える義務があるのでしょうか。³⁷

法王によれば、苦痛は決して無意味ではない。それは宗教的、道徳的価値と結びついており、敢えて追求するに値するものですらある。³⁸だがそれを認めたいで法王は言う。

「苦痛を避けようとしたり、あるいは軽減しようとして願っている患者は、良心の呵責なしに、科学によってもたらされた手段や、それ自体としては不道徳ではない手段を利用してよい。……キリスト教徒に課せられている禁欲と内的純化の義務は麻酔を使用することの妨げとはならない。なぜなら人は別のやり方でその義務を果たすことができるからである。この規則はキリスト教の理想の超義務的な要求についても適用される」³⁹

かくして第一の質問については「**無理に痛い思いをしなくてよろしい**」とのお墨付きが与えられた。

第二の質問は次のようなものだった。

—— 麻酔により意識がなくなり精神的能力が発揮できなくなることは福音の精神と両立するのでしょうか。⁴⁰

カトリックの重要な義務として教会で様々な典礼を一生にわたり受けることが挙げられる。それら典礼の最後に位置する、その意味で最も重要な典礼が臨終に際しての終油の秘跡である。最後の悔い改めを行う病人の眉間や口に司祭が聖油を塗り、祝福を与えるわけであるが、その際に麻酔のおかげで意識が無くなってしまったら祝福を受けられないのでは、と危惧するわけである。

これについてのピオ12世の回答。

「適切な範囲内なら、また必要とあれば、意識の縮小あるいは消失をもたらす麻酔は自然的道徳によって許容されるし福音の精神と両立する」⁴¹

かくして「**臨終に際して意識は必ずしも必要でな**

い」ということになった。すると、どうせなら終末期の患者に積極的に麻酔を投与し、最後の苦しみを少しでも和らげてやろうと思うのが人情だろう。しかし、だからと言って麻酔が効きすぎると、既に衰弱している患者の死期が早まってしまうかもしれない。そこで第三の質問が出される。

—— 臨終の者や死に瀕している重態の患者に麻酔を使用することは許されるでしょうか。苦痛の軽減が恐らく生命の短縮を伴いそうな場合でも麻酔を使用してよろしいでしょうか。⁴²⁾

医師たちは、鎮痛措置により患者が死んでしまったら、キリスト教が禁じる安楽死になることを危ぶんでいたのである。これについてピオ 12 世はこう答えた。

「まず、あらゆる類の直接的安楽死つまり死をたもらしたり早めたりするために麻酔薬を投与することは許されない。なぜならそれでは生命を直接的に処置することを望むことになるからである。

『人間は彼の身体と存在の主人でもなければ所有者でもなく、その単なる使用権者にすぎない』というのが自然的かつキリスト教道徳の基本原則の一つである。……当事者の意思とか事柄の本性を問うてみて、麻酔と生命の短縮とのあいだに直接的な因果関係が存在しないなら、……あるいは逆に麻酔薬の投与がそれ自体として、一方では苦痛の緩和、他方では生命の短縮という二つの異なる結果をもたらすなら、それは許される。ただしその二つの結果のあいだに合理的な均衡があるか、また一方の利益は他方の不都合を補っているか、を見なければならぬ」⁴³⁾

つまり安楽死についてはあくまでも否定しつつ、苦痛を和らげるために麻酔薬を投与して結果的に生命が短縮されたとしてもやむを得ないとローマ法王ははっきりと認めたのである。これについて注目すべきはその論拠である。「二つの異なる結果」云々とは**二重結果の原則** principle of double effects と言われるもので、その起源は先ほど挙げたトマスの『神学大全』の第 2-2 部第 64 問題の第 7 項と言われている。⁴⁴⁾

二重結果の原則には四つの条件が挙げられる。

- (1) その行為自体は善あるいは少なくとも悪いものではない。
- (2) その行為により悪い結果が予想されるとしても、行為者自身の意図はあくまで善い結果である。

(3) 悪い結果によって善い結果が生じるのではない。

(4) 善い結果は、悪い結果よりも大きくなければならない。

この四条件に照らしてみると、麻酔薬の投与は苦痛の軽減と生命の短縮という二つの結果をもたらすが、その意図はあくまで苦痛の軽減であるし、患者を絶命させることで苦痛から解放するわけではない。するとあとは第四の条件が満たされれば、つまり「**生命が短縮されること以上に苦痛の軽減によりもたらされる善の方が大きい**」と予測できれば、問題ないことになる。引用の後半でピオ 12 世が「ただしその二つの結果のあいだに合理的な均衡があるか、また一方の利益は他方の不都合を補っているか、を見なければならぬ」と念を押しているのはまさにこのことなのである。ピオ 12 世のこの見解は、三節で見る横浜地方裁判所が示した**間接的安楽死**を先取りしたものだ。

さらに同じ年の 11 月 24 日、ピオ 12 世は、オストリアの麻酔医から出されていた蘇生をめぐる質問についても回答を与えた。

「自然理性とキリスト教道徳は教えている。人間は（また仲間の世話を受けているどんな人も）重態においても生命と健康を保つために必要な世話を受ける権利と義務を有する。……しかし普通に課されているのは（人物、場所、時代、文化に応じてであるが）通常手段すなわち自分もしくは他者にいかなる特別な負担も課さない手段の使用だけである」⁴⁵⁾

つまり**絶対の義務はあくまで通常手段だけ**である。だが、その通常手段にしたところで「自分もしくは他者にいかなる特別な負担も課さない」と言い直されているわけだから、裏を返せば、通常手段でも特別な負担になれば必ずしも義務ではないことになる。するとどうなるか。

「家族の権利と義務は一般に、意識不明の患者が成人で権限のある人 sui juris ならば、彼の推定される意思に依る。家族固有の独立した義務については普通は通常手段の使用以外に義務はない。従って蘇生の試みが、それを患者に課することが家族にとって率直に言って出来ないくらい重荷となった場合は、家族はそうした措置を中断するよう医師に正当に求めることができるし、医師もそれに正当に応じることができる。この場合において

は、患者の生命の直接的状態も存在しなければ安楽死も存在しない。安楽死については決して許されない。蘇生措置の中止が血液循環の停止を生じさせたとしても、それは生命停止の間接的原因でしかないのであり、この場合においては二重結果の原則と『原因における自発性』の原則が適用されねばならない⁴⁶⁾

つまり患者の死を目的にしたら安楽死になるから駄目だが、単に人工呼吸器を解除するだけなら、それは「通常手段を超えた特別なことをする義務はないのだから問題はない」と法王は答えているわけである。かくして、ここに**治療停止**についても法王よりお墨付きが与えられることになった。

功利性への傾斜

だが「通常手段は義務だが、特別手段は必ずしも義務ではない」としても、実際には両者を截然と分けるのは難しい。人工呼吸器にせよ人工透析器にせよ、現れた当初は特別手段だった。しかし今では通常手段であろう。

また二重結果の原則と言っても、行為の善悪は見る人の思想信条で左右されるだろうし、行為者の意図など誰にも分からない。するとどうしても第四の条件である「予想される結果」が決定的になる。

1964年、カトリックの神学者であるオキャラハン O'Callaghan は「治る見込みのない患者の生命を延長することは義務か」という読者から寄せられた質問に答えた。彼はピオ12世が示した原則とケリーの通常手段と特別手段の理解を踏まえ、たうえで「便宜」convenience と「功利性」utility を重要概念として挙げた。⁴⁷⁾

彼によれば、人工的手段であっても患者に最終的に回復する見込みがあるなら、そうした手段は通常手段と見なさなければならない。反対に慢性疾患でそうした手段が常に必要なら、そのような手段は特別手段と理解されるべきであり、従って義務ではない可能性が出てくる。⁴⁸⁾すると「安楽死」と「自然に任せること」とを分ける一線はしばしば微妙なものとなる。ピオ12世の「蘇生措置の中止が血液循環の停止を生じさせたとしても、それは生命停止の間接的原因でしかないのであり、この場合においては二重結果の原則と『原因における自発性』の原則が適用されねばならない」は時には曖昧になってしまうのである。⁴⁹⁾

「意識を回復する見込みがない単なる生物学的存在でも治療されるべきだろうか。この最後の問いに対する答えは『はい』である。これもまた人間の生命であり、極めて神聖にして侵すべからざるものである。しかし、それが活動的な人間の生命ではないという事実は、それを存在に繋ぎとめるために合理的に採らねばならない手段に関係してこよう。というのは患者の究極的利益が、特殊なやり方採ることが義務であるか否かを決定する主要な要因の一つだからである。仮に患者が(例えば中枢神経システムの重傷で)深い無意識にあり、さらにこの患者が意識を回復する見込みはないと医師が確信しているならば、秘跡を受ける必要があるといった外的理由が生命維持を求めない限り、点滴とか酸素吸入などを始める道徳的義務はない」⁵⁰⁾

つまり**患者にとって究極的に利益にならないなら特別な手段を取る義務はない**と言うのである。

さらに「もはや助からない患者の苦しみを長引かせるだけにすぎない場合でも、人工的手段を採る義務があるのか」という問いに対し、彼は言う。

「医師はまず患者あるいは関係者の願いを聴かねばならない。すると彼らは人工的手段の継続をまったく合理的に願っているのかもしれない。しかし死の準備が十分にできた患者が中断を求めたらどうすればよいか。医師はその通りにしてよいだろうか。私の意見では『はい』である。こうした状況では生命の延長は患者に何の利益にもならないし、また患者は安らかに死ぬことができるよう合理的に願っているであろう。換言すれば、こうした状況においては人工的な生命維持は特別手段なのである」⁵¹⁾

つまり**患者の利益にならない人工的な手段なら、それは特別手段であり、従って義務ではない**と言うわけである。すると**通常手段と特別手段の違いとは詰まるところ患者の利益**ということになる。これは既に見たケリーと本質的に変わらない。

さらに「通常手段と特別手段の違いは患者の利益になるか否か」ということを拡大していけば、そうした利益の中には患者の家族も含まれることになってこよう。例えば1966年、フランスの道徳神学者のユフティエ Huftier は通常手段と特別手段の使用に関する読者からの質問にこう答えた。

「少なくとも人は特別手段を採る義務はない。……

各人には『通常で自分の状態にふさわしい手段』により、つまり大きな危険がないとか特別な技術や莫大なお金を使うことなしに、自分の生命に気を配る義務があることは確かである。……しかし健康を保ったり回復したりするために特別で困難な手段に訴える義務はない」⁵²⁾

そのうえで彼はピオ 12 世が示した原則とその適用を挙げて次のように述べた。

「ここには示された問題を解決する諸原則がある。しかし考慮に入れなければならない場所、時代、文化といった様々な状況を正確に勘案すると、そうした処置が通常手段なのか特別手段なのか言うことは難しいこともわかる。例えば人工保育器がそれ自体としては特別手段であると言うことは出来ないし、困難あるいは微妙な状況でこの世に生まれてきて、人工保育器に入れられたが、今では普通である子供たちがたくさんいることを我々は知っている。しかし人生全般にわたり恒常的で難しい世話を必要とする異常児 un anormal になるであろうことが確実な子供のために人工保育器を用いるよう各人に強制することは出来ないだろう。癌や心臓発作の手術についてはこうお答えしよう。十分に長い年月にわたり生命を延長し、ある程度の活動ができるようにする手術がある。仮にその手術それ自体は家族にとって高額でないなら、通常手段である。反対に、長くお金がかかる世話を要するが、非常に衰弱した生命を長引かせるだけの手術なら特別手段に数えてよいだろう」⁵³⁾

この引用の前半では通常手段と特別手段を区別することの難しさを認め、終わりの方では両者を区別する基準として手術費用とか家族の世話が出ている。「高額で家族の負担になるなら特別手段であり必ずしも用いる義務はない」と言うわけだから、これはもはや功利主義である。

こうした功利主義への傾斜はカトリックだけではなかった。プロテスタントの神学者も「通常手段」と「特別手段」という伝統的区別が究極的には「患者の利益」に還元されてしまうことを認めた。その一例としてメソジストの神学者ポール・ラムジー (1913-1988) を挙げよう。

1970 年の『人格としての患者』において彼はケリーの「その手段は人工的だから、またその状況においては何の治療的価値もないから、患者にはそれを使

う義務はない」という考えに同意しつつ、後者の理由つまり「何の治療的価値もない」ことこそ重要として、**伝統的な通常手段と特別手段という区別は無意味であり、真に大切なことは治療としての有効性である**、と主張した。

「これまでの分析において二つの非常に重要な結論が引き出された。(1) 実際において自然的であれ通常であれ習慣的であれ、無益な useless 手段を用いる義務はない。そして(2) 死にゆく人間の手当ては、これらの世話を受ける人間においてあるのであり、彼がかかえている病気にあるのではない。これら二つは関連している。つまり、ある処置をするか否かを判断するに際しては、その人の生命を救える合理的見込みがあるかどうかを評価しなければならないのである」⁵⁴⁾

さらに言えば、『成功する合理的見込みがない』だけが医療を停止する唯一の根拠ではない。たとえ成功する見込みが確実にあっても、あえて行わないこともあり得るとラムジーは主張した。

「たとえ成功できそうな場合でも医師は、患者の人生がそのためにある価値や関係というより高い重要性に関する患者自身の評価に、自らの医学的判断を委ねてもよいし、また時にはそうすべきなのである」⁵⁵⁾

つまり通常救命措置であっても、その患者にとってより意味のあるものに抵触するなら、その時点でその措置は無意味となる。すると無意味なことをする義務はないから、その時点で通常医療措置も特別手段になるわけである。例を挙げれば、気候の良いところへの転地、男性医師の診療を妙齢の女性が拒否すること、手足の切断、腹部の切開などの大手術、さらには非常に高額な治療、などである。⁵⁶⁾

このように、ピオ 12 世は「通常手段は義務だから行わなければ駄目だが、特別手段は義務ではないから行わなくてもよい」と延命治療の原則を示したのだが、患者にもたらす利益や家族への負担によっては通常手段でも特別手段になってしまうわけだから、結局のところ「**医療において考慮すべきは一に患者の利益、二に家族の負担**」ということになるだろう。するとカトリックが大原則とする「通常手段と特別手段」という区別それ自体の中に、医療の変化とともに**功利主義**へと展開していく萌芽が潜んでいたと言っていいたいだろう。

カレン事件と自然な死

そんななかで安楽死問題において一時代を画する事件が起きた。

1975年4月14日、アメリカのニュージャージー州で、精神安定剤を常用していたカレン・アン・クインランという21歳の女性が友人の誕生祝いの席で強い酒を飲み、直後に昏睡状態に陥った。自発呼吸が止まっていた時間は15分から30分程度と推定されているが、⁵⁷⁾半年後、医師は意識回復の見込みはないと両親に通告した。それを承けてカトリックであった両親は地元の教会に生命維持装置解除の是非を伺ったところ、教会側は「特別な生命維持手段である人工呼吸器は取り外してもよいが、通常の生命維持手段である栄養補給は中止してはならない」とする見解を示した。これは既に見たピオ12世の回答に基づいたものだろう。そこで家族は娘には「美と尊厳を以って死ぬ権利」があるとして病院側に人工呼吸装置の解除を要請したが、病院側は、解除に続いて予想される患者の死が医療訴訟に発展することを恐れ、解除を拒否した。

やむなく両親は同年9月にニュージャージー州の高等裁判所に提訴したが、11月10日、高等裁判所は「患者が自分の意思を決定できないときは、生き続けることを選ぶと見なすのが社会通念である」として両親の訴えを却下した。そこで両親が同州の最高裁判所に上告したところ、翌1976年の3月31日、州の最高裁は「人命尊重の大原則よりも死を選ぶ個人の権利が優先されるべきであり、治療を続けても回復の見込みが皆無であるなら人工呼吸器を止めてよい」と世界で初めて持続的植物状態患者の生命維持装置の解除を認める判決を出した。

この判決が社会に与えた衝撃は非常に大きく、筆者も正午のNHKニュースの確か冒頭で聞いた覚えがある。かくして同年の5月22日、人工呼吸器が外されたが、カレンは自発呼吸を続け、9年後の1985年6月11日に死亡した。

この事件と判決をきっかけにアメリカの各州で、持続的昏睡状態にある患者に対して過剰な医療行為を中止する法律を制定しようとする動きが相次いだ。事件の翌年の1976年、カリフォルニア州は自然死法を制定した。同法は、18歳以上の州民なら知的精神的判断能力があるあいだに「末期状態になった場合は生命維持装置の解除を要請する」文書を作成する権利があることを認めたものであり、世界最初のリビング・ウィルの法制化として意義がある。

さらに次のナンシー事件は、こうしたリビング・ウィルが必ずしも文書である必要はないことを示した事例である。

1983年、ミズーリ州のナンシー・クルーザン(当時25歳)は車の横転で植物状態になった。両親は生命維持装置の解除を求めたが、病院側はリビング・ウィルがないことを理由に拒否した。そこで1987年、両親は裁判をおこし勝訴したが、病院側は州の最高裁判所に上告し、その結果、1990年に「両親は娘の意思を証明できない」として病院側が逆転勝訴した。さらに1990年6月25日、連邦最高裁はミズーリ州の最高裁を支持する判決を出したが、それと同時に「不治の病あるいは末期患者には栄養や水分を含む生命維持装置の解除を求める権利がある」としたうえで、友人など第三者の証言にリビング・ウィルと同等の有効性を認めた。これにより1990年12月14日、ミズーリ州での再審においてナンシーの同僚三人の証言が認定され、生命維持装置が解除、ナンシーは26日に死亡した。

これらのリビング・ウィル法制化の背景には、医学の発達により安楽死の性格が変化したことが挙げられる。昔の安楽死は、末期癌などの患者を死にゆく際の苦しみから救うために致死薬を投与するというもので、見かけ上は囑託殺人だった。しかし鎮痛技術が進歩したことにより、今では終末期の癌患者でもそれほど苦しまなくなったようである。

加えて1970年代前後から心臓マッサージ、気管挿管、除細動、強心剤のいわゆる死の四点セットによる救命措置が普及したことにより、一命は取り留めても植物状態に陥ってしまう患者が増大した。そうになると家族や医療関係者のあいだに「たとえ生きているとしても、こんな状態になってまで生きることを本人は望んでいたのだろうか」という反省が起きた。その結果、それまでの「死苦からの解放」としての安楽死とは異なる新しい安楽死として「自然な死」natural deathという概念が現れたわけである。つまり、その気になれば多少の延命は可能であるが、あえて余計な救命医療は控えることで、昔の患者ならそうであったように、そのまま自然に死なせよう、というわけである。従来の安楽死を囑託殺人型とすれば、こちらは治療停止型と言えよう。そして一たび治療停止による「自然死」が登場すると今度は「いつ、いかなる状態で自然死を選択するか」が問題になって

くる。そこで患者本人の意思が重要視されることになり、その証拠としてリビング・ウィル(生前遺志)に法的有効性を持たせる必要がでた。その最初の現れが1976年のカリフォルニア州自然死法だったわけである。

1981年には世界医師会が『患者の権利に関するリスボン宣言』を採択し、患者には尊厳dignityを保ち、安楽に死を迎える権利があると宣言した。これにより治療停止型の安楽死については今では**尊厳死** Death with dignity という言葉が使われるようになっている。

二節 オランダの安楽死合法化の歩み

このように安楽死は、患者に過剰な延命措置を行わない尊厳死という形で徐々に受け入れられていった。その一方で従来通りの嘱託殺人型の安楽死は法制化されるのに長い時間がかかった。これについて世界で最初に嘱託殺人型の安楽死が法制化されたオランダの歩みを見てみよう。

ポストマ事件 (間接的安楽死の容認)

1971年、ポストマという医師が、脳溢血で半身不随だった母(当時78歳)に乞われ、モルヒネを注射して安楽死させる事件が起きた。

嘱託殺人で起訴されたポストマ医師に対し地方裁判所は1973年、「患者の死期を早めたとしても苦痛を緩和するための鎮痛剤投与」を構成する要件を四つ挙げた。

- (1) 患者は不治の病にある。
- (2) 耐え難い苦痛がある。
- (3) 患者本人が死を希望している。
- (4) 他の医師と相談したうえで医師が実施する。

そのうえでポストマ医師がしたことは、あくまでも苦痛緩和を目的としていたものではなく、端的に死なせることだったとして禁固一週間、執行猶予一年の有罪が言い渡された。だがこれは逆に言えば、あくまでも苦痛緩和を目的とした医療措置により、結果として間接的に死亡していたなら無罪だったわけである。そこで、この判決を承けてオランダ王立医師会は、あくまでも苦痛の緩和を目的とする間接的安楽死については認める姿勢を示した。

スホーンヘイム事件 (嘱託殺人の容認)

1980年、93歳の患者が安楽死を求めるリビング・ウィルを作成した。二年後の82年になると、この患者

は視力も聴力も低下し、満足に話すこともできなくなった。本人は安楽死を希望し、息子も同意したため、スホーンヘイム医師は同僚の医師と相談したうえで安楽死させ、警察に出頭した。

地方裁判所は「スホーンヘイム医師がとった措置は嘱託殺人に当たるが、生命を救う義務と苦痛から救う義務とのジレンマに置かれ、その意味で不可抗力による選択を迫られていたのであり、従って違法性は阻却される」として無罪を宣告した。これに対し高等裁判所は刑罰を科さない逆転有罪判決を下したものの、最高裁判所は1984年11月、スホーンヘイム医師の措置は不可抗力によるものだったと認めた。これによりハーグ高等裁判所で差し戻し審が行われ、無罪が確定した。

これを承けてオランダ司法省は1985年、判例に示された要件を満たす安楽死であれば医師は不起訴とする方針を示した。

遺体埋葬法の改正 (安楽死の免責化)

1990年、オランダ政府は安楽死届け出制を開始した。安楽死を実施した医師は約20項目の質問に答えた報告書を提出し、違反がなければ医師は不起訴になるというものである。

さらに1993年には遺体埋葬法が改正された。元来この法律は人が病院以外の場所で死亡した場合に、医師が死亡証明書を作成し、検視官が異常のないことを認めたとうえで遺体の埋葬を許可するというものだった。それが、①安楽死を行った医師は約50の質問に対する報告書を提出し、②それを検視官が所見を添えて検察に提出し、③検察委員会が医師の起訴・不起訴を決定する、という形に改められた。

遺体埋葬法の改正により、要件を満たせば、安楽死そのものは嘱託殺人で違法であるが、実施した医師には違法性が阻却され不起訴となることが法的に定められた。ただし犯罪である以上、医師が必ず書類送検されることには変わりはない。

シャボット事件 (自殺幫助の容認)

ここまでの安楽死事件は病気に苦しむ患者についてのものだった。しかし1991年、健常者を安楽死させる事件が発生した。

当時50歳だったあるオランダ人女性は身体的には健康だったが、二人の息子に早死にされたことで生きる気力をなくし睡眠薬自殺を図った。一命を取りとめたものの、かえって死への思いに囚われた彼女

は自らオランダ自発的安楽死協会に連絡を取り、精神科医のパウドワイン・シャボットを紹介された。同医師は彼女の妹夫婦や友人たちからも話を聞き、彼女のかかりつけ医師や以前に彼女を診察した精神科医からカルテの提供を受けて調査した。そして最終的に四人の精神科医と精神療法士に加え、かかりつけの医師ら計六人と相談したすえ自殺幫助を決定した。その理由は「もし医師が自殺を助けなければ、既に一度、自殺に失敗している彼女はもっと悲惨な方法をとる恐れがある」というものだった。同年9月、シャボット医師が処方した睡眠剤入りの致死薬を服用してこの女性は自殺した。

この事件に対して一審も二審も不可抗力だったとして無罪を宣告した。だがオランダ最高裁判所は1994年6月に、安楽死の担当医師以外に第三者の医師が面接診療していない以上、緊急避難には当たらないとして有罪としたが、刑罰は科さなかった。

この最高裁判決により、たとえ終末期でなくても、苦痛が単に精神的なものだとしても、医師による安楽死や自殺幫助の理由になり得ることが確定した。

この最高裁判決を承けてオランダ王立医師会は翌95年、「患者の苦痛が除去できないなら、苦痛を肉体的と精神的で区別しても無意味」として精神的苦痛による安楽死も認める立場を示した。

また同じ95年、摂食を拒否する患者に対し無理に栄養注入してはならないとする**患者の治療拒否権**が法制化された。⁵⁸⁾

安楽死法の成立（積極的安楽死の免責化）

2001年4月10日、世界最初の安楽死法が成立し、積極的安楽死を禁じた刑法293条、自殺幫助を禁じた294条にそれぞれ「医師が安楽死法の要件を満たして行い、遺体埋葬法の規定に従って自治体の検視官に届け出た場合、犯罪にはならない」と付け加えられた。ただし注意すべきは、あくまでも免責というだけであり、「死ぬ権利」として積極的に認めたわけではないから、患者から安楽死の要望があったとしても医師には応える義務はないことである。

同法が定める安楽死の要件は六つある。

- (1) 患者の要請は熟慮に基づく自発的意思によるものである。
- (2) 患者には回復不能で耐えがたい苦痛がある。
- (3) 医師は患者に病状や見込みについて十分な情報を提供した。
- (4) 患者と医師はほかに妥当な対処方法がないと

いうことで一致した。

- (5) 医師は別の医師と相談し、その医師は患者との面談により、要件を満たしていることに同意した。

- (6) 医師は適切な医療慣行に従って患者を絶命させた。

この法律は16歳以上に適用されるが、親の同意があれば12歳以上の子供にも適用可能である。また患者が意識不明とか認知症の進行で現時点での意思表示ができなくても、リビング・ウィルが用意されていれば、家族が反対しても、安楽死を実施できる。

安楽死を実施した医師はオランダ国内に五か所ある安楽死地域審査委員会に報告書を出す義務がある。同委員会は政府から任命された医師、法曹関係者、倫理委員の三人により構成され、報告書を受領してから六週間以内に適法だったか否か判定する。要件を満たしていれば刑事手続きは行われませんが、要件違反があれば、検察に送検され、ただちに検察が嘱託殺人罪もしくは自殺幫助罪の容疑で捜査に入る。有罪となれば医師は嘱託殺人では最高で禁錮12年、自殺幫助なら禁固3年に処せられる。

嘱託殺人と自殺幫助

オランダが嘱託殺人型の安楽死を法制化して以来、安楽死を認める法律が次第に各国で整備されるようになった。2017年1月現在、オランダ以外にもベルギー、ルクセンブルク、カナダ、コロンビアさらにはオーストラリアの北部準州において積極的安楽死が認められている。また米国のオレゴン、ワシントン、モンタナ、カリフォルニア、コロラド、バーモント州ではあくまでも医師による自殺幫助という形で安楽死が認められている。

その一例として2009年に尊厳死法が成立したワシントン州では、(1)患者は文書と口頭で安楽死の希望を医師に表明する、(2)医師は15日間待ってから再び患者の意志を確認する、(3)二人の医師が診断して、病気が末期であること、同意能力があること、自発的であることなどを確認する、(4)医師が致死薬を処方する、という手順で、最後はあくまで患者自身が致死薬を仰ぐことになる。⁵⁹⁾

こうした「医師による自殺幫助」を考えると、必ず登場する人物が「死の医師」Doctor Deathとの異名をとったミシガン州の内科医ジャック・キボーキアン Kivorkian(1928-2011)である。1990年、ジャネ

ット・アドキンスという若年性アルツハイマー病に罹った 54 歳の女性が知的、精神的判断能力があるうちに尊厳ある死を迎えたいと願い、同年 6 月 4 日、キボーキアン自作の自動点滴装置「マーシトロン」mercytron により死亡した。

マーシトロンは横に並んだ三つの点滴瓶にタイマーと点滴針とスイッチをつけたもので、最初の瓶には生理食塩水、真中の瓶には麻酔薬のチオペンタール、最後の瓶には致死薬の塩化カリウムが入っている。安楽死を希望する患者はキボーキアンに点滴針を刺してもらい、そこから先は自分で行う。まず患者はスイッチ A を押す。すると生理食塩水が体内に入ってくる。正常に液体が入ってくることを確認してから患者は人生最後の決断としてスイッチ B を押す。するとチオペンタールが注入されて患者は二、三十秒で深い昏睡に入る。60 秒後に塩化カリウム溶液が自動的に注入され、患者は心臓麻痺を起こして死亡するというものである。

この事件でキボーキアンは告発されたが、当時のミシガン州には自殺幇助罪はなかったため、予審で告発は取り下げられた。それ以後、彼は一酸化炭素を用いた改良型の「タナトロン」を用いて自殺幇助を続け、最終的に 130 人もの患者を安楽死させた。1991 年 11 月にはミシガン州により医師免許を剥奪されたが、自殺幇助で起訴されるたびに陪審員たちの支持を受け、すべて棄却あるいは無罪を勝ち取った。

だが 1998 年 9 月 17 日、キボーキアンは 52 歳の筋萎縮性脊側硬化症 ALS の患者に積極的安楽死を施した。この患者は病状が進み、もはや手が全く動かなかったため、本人の同意を取ったうえでキボーキアンが自ら致死薬を注射したのである。患者の自発的意思を示す証拠として撮影された決定的瞬間のビデオは 11 月 22 日に全国放映され今でも Youtube で見ることができる。この事件により彼は 1999 年に有罪となり服役、2007 年に決して安楽死を施さないという条件で仮釈放となり、以後は安楽死の啓蒙活動を続けた。

スイスも医師による自殺幇助という形で安楽死を認めている。同国ではさらに外国人に対する自殺幇助も行われている。1998 年にチューリッヒに設立された「ディグニタス」(ラテン語で「尊厳」の意味)は医師と看護師により自殺を幇助する団体で、会員には日本人もいるそうである。冒頭で触れた橋田寿賀子もこの組織を考えているようだ。同会で行われ

ている睡眠剤と薬物による自殺幇助の様子も Youtube で見ることができるから興味のある方には一見をお勧めする。

オランダでは積極的安楽死も医師による自殺幇助も可能だから、希望者は最後の瞬間を他人任せにすることも自分で実行することもできる。ちなみにエラスムス大学のヨハンナ・フローエンワウド教授が 90-91 年ならびに 95-96 年の自殺幇助 114 件、積極的安楽死 535 件を調査したところ、自殺幇助の 16%、積極的安楽死の 6%で「患者がなかなか絶命しない」とか「昏睡状態にならない」とか「昏睡状態になったのに目を覚ました」などの事態が発生していた。つまり、どちらも医師の手によるものだが、積極的安楽死の方が確実性が高いようである。⁶⁰それにもかかわらず自殺幇助を選ぶ患者が相当数いるのは、仮に安楽死の手続きに不備があって医師が罪に問われた場合、積極的安楽死では最高で禁固 12 年だが、自殺幇助は 3 年だから、恐らく医師に対する患者なりの配慮によるものだろう。

なお「医師による自殺幇助」は最近では「医師の介助による自死」PAS, physician assisted suicide と呼ぶらしい。

三節 日本の安楽死事件

では翻って日本では安楽死問題はどのように論じられてきたのだろうか。そもそも安楽死は刑法 202 条の「自殺関与・同意殺人」の「人を教唆し、もしくは幇助して自殺させ、または人をその囑託を受けもしくはその承諾を得て殺した者は六月以上七年以下の懲役または禁固に処する」に抵触する刑事犯罪である。そんな安楽死について日本の裁判所が違法性を阻却する要件を示した事例はこれまでのところ二件ある。いずれも安楽死事件が発生するたびに必ず引き合いに出される事例である。

名古屋安楽死事件

1961 年(昭和 36 年)8 月 27 日、脳溢血で数年来、寝たきりだった父(当時 52 歳)を息子が安楽死させる事件が発生した。被害者である父は 7 月に入ってから病状が悪化し、手足は曲がったまま少しでも動かすと激痛に悶絶し、早く死にたい、と訴えるようになった。8 月 20 日頃、主治医から「おそらく一週間か 10 日くらいの命だろう」と告げられた息子は病苦からの解放こそ父に対する最後の孝養と思い、事情を知らない母に農薬を入れた牛乳を渡し、父に飲ませて死亡

させた。

翌年12月22日、名古屋高等裁判所は刑法上、安楽死が違法とならない要件を六つ示した。

- (1) 病者が現代医学の知識と技術から見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) もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたものであること。
- (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囑託または承諾のあること。
- (5) 医者の手によることを本則とし、これにより得ない場合は医師により得ないと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許容しうるものであること。

そのうえで裁判所は(1)、(2)、(3)、(4)については要件を満たしていると認定したものの、(5)については医師の手によらない特別な事情は見当たらないこと、(6)については農薬の入った牛乳を、事情を知らない母の手によって飲ませたことは倫理的に許容できないとして安楽死ではなく囑託殺人罪を適用し懲役1年、執行猶予3年を宣告した。

東海大学付属病院事件

1991年(平成3年)4月13日、神奈川県伊勢原市の東海大学付属病院で、前年12月から入院していた多発性骨髄腫の末期患者(当時58歳)が担当医の一人から塩化カリウムを注射され死亡する事件が起きた。

多発性骨髄腫は原因不明の難病で、この事件では家族にだけ病状や余命が告げられていた。患者は四月に入った頃から昏睡状態で、ほとんど無意識のうちに点滴やカテーテルを抜こうとする不穏行動があったため、見かねた妻と長男は再三にわたり医師団に治療の中止を希望していた。

処置した助手の内科医は翌92年7月2日、殺人罪で横浜地方検察庁より起訴され、懲役三年が求刑された。安楽死で医師が被告となった最初の例である。

1995年(平成7年)3月28日、横浜地方裁判所は判決を下した。判決文によると事の顛末は次のようなものだった。

点滴などの解除 (治療停止)

この医師は当日の午前、患者の妻と長男から「多少、死期が早まったとしても、本人が嫌がっている点滴やカテーテルを外して自然に死なせてやりたい」と強く懇願され、また患者の寿命もあと一日か二日と予想されたため、ついに治療の停止を決意し、正午頃にフォーリーカテーテルを解除、ついで約三十分後には点滴も外した。

鎮痛剤などの大量投与 (苦痛緩和)

しかし患者は苦しそうな大きな呼吸を続けていたので、長男は「鼾を聞いていると苦しそうで見ているのがつらい」と訴えた。既に家族の希望を容れて治療を停止していた医師は鼾をかくような深い呼吸を抑えるために、死期を早める可能性があることを理解しつつ、通常量の二倍の量の鎮痛剤を午後6時15分頃に注射した。だが、それでも苦しそうな呼吸は収まらなかったため、午後7時頃に今度は抗精神病薬をやはり通常量の二倍の量、注射した。

致死薬の投与 (生命短縮)

しかし苦しそうな呼吸はなおも続いたので、長男は「楽にしてやってほしい。今日中に家につれて帰りたい」と再三にわたり強く要請した。そこで午後8時35分頃、医師はついに殺意を以て塩化カリウム製剤を投与、これにより患者は8時46分頃に死亡した。

次に裁判所は名古屋高裁の六要件を見直し、新たに「治療行為の中止の三要件」と「医師による積極的安楽死の四要件」を示した。この見解は下級審判例であるため法的拘束力はないが、安楽死問題を考えるうえでおおいに参考になる。

治療行為の中止の三要件。

- (1) 不治の病で、回復の見込みがなく、死期が迫っている。「回復の見込み」についての判断は難しいため、複数の医師による反復した診断が望ましい。
- (2) 治療行為を中止する時点で、中止を求める患者の意思表示がある。ただし「患者の意思を推定させるに足る家族」による意思表示でもよい。
- (3) あくまでも自然な死を迎えさせることが目的である。

積極的安楽死の四要件。

- (1) 耐えがたい肉体的苦痛がある。
- (2) 回復の見込みがなく、死期が迫っている。
- (3) 患者の肉体的苦痛を除去、緩和するために方法をし尽くし、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。

そのうえで横浜地裁は事実の適法性について一つ一つ判断を示した。

まず、被告の医師が最初に行った「点滴などの解除」は「治療行為の中止」の要件に合っているか。

- (1)については、複数の医師の診断により、患者は事件当日においては死期が迫り、回復不可能な状態にあったと認定できる。
- (2)については、なるほど患者本人の意思が明示されていなくても「患者の意思を推定できる家族」による患者の意思の推定でも許される。しかし患者は既に意識がなかった以上、苦しみを感ずる状態にはなかったことを家族は認識していなかった。だから患者の状態を正確に認識したうえでの推定とは認められない。

以上から横浜地裁は、医師が点滴などを解除した行為は「治療行為の中止」の要件を満たしていないと判断した。

次に「鎮痛剤などの大量投与」について。

- これが為された対象はあくまで鼾とか深い呼吸の除去・緩和であり、肉体的苦痛ではない。死期を早める可能性がある以上、やはり最低でも家族による正確な意思の推定が不可欠であるが、これが欠けていたことは既に述べられた。従って間接的安楽死の要件についても満たしていない。

最後に「致死薬の投与」について。

- 被告が塩化カリウムを投与した時点において、患者は昏睡状態にあり意識を失っていたのだから、肉体的苦痛はなかった。肉体的苦痛がない以上、「他に手段がなかった」とは言えないし、何よりも患者本人の明らかな意志表示がなかった。ゆえに積極的安楽死の要件も満たしていない。

こうして被告の医師の一連の処置は「治療停止」も「苦痛緩和」も「生命短縮」も、いずれの要件についても満たしておらず、有罪とされた。ただし被告が

とった処置は患者の家族からの強い要望によるものだったこと、終末期医療がまだ形成過程であること、など情状酌量の余地があるとして懲役2年、執行猶予2年が宣告された。

名古屋高裁の六要件との比較

横浜地裁が示した「積極的安楽死の四要件」は名古屋高裁の六要件と以下の点において異なっている。

- (1) 六要件では「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」とあり、必ずしも患者本人の肉体的苦痛とは限らない含みがあったが、横浜地裁の四要件では「患者本人」の「肉体的苦痛」に限定されている。
- (2) 六要件では「もっぱら病者の死苦の緩和の目的」とされていたのが、四要件で「患者の肉体的苦痛を除去、緩和するために方法をし尽くし、他に代替手段がない」と厳密になっている。つまり最新の鎮痛技術を以ってしても激痛から逃れられないごく例外的な患者にのみ積極的安楽死は認められるのである。
- (3) 六要件では「病者の意識がなお明瞭であって意思を表示できる場合には」として患者本人の意思が明らかでない可能性にも含みを残していたが、四要件では患者の明示の意思表示が絶対の条件になり、曖昧さがなくなっている。
- (4) 六要件では「医師の手によることを本則として、これにより得ない場合は」として医師以外の安楽死の可能性を認めていたが、四要件では医師によることに限定している。これは医療上の代替手段がない場合のみ許容されることを強調するためである。

このように積極的安楽死の要件が厳格化していることは明白である。さらに注目すべきは横浜地裁が安楽死を三つに分けていることである。

消極的安楽死（治療停止・いわゆる尊厳死）

医療を中止しても生命に終りをもたらすわけではない延命治療を中止するというもの。この措置の根拠は「無意味な治療行為は義務ではない」という医師の治療義務の限界である。

この措置については、患者の意思を推定できる家族の意思表示があればよい。ただし家族が患者の意思を推定するためには、患者の性格、価値観、人生観のみならず、患者の病状、治療内容、予後などについて

十分な情報と正確な認識がなければならない。中止の対象となる医療は薬物投与, 化学療法, 人工透析, 人工呼吸器, 輸血, 栄養・水分補給などである。

間接的安楽死(苦痛緩和)

苦痛を除去あるいは緩和するために薬剤を投与しつつ, 人工透析, 栄養・水分補給などの生命維持措置を中止することで生体に衰弱をもたらし, 結果として患者の死期を早めるというもの。

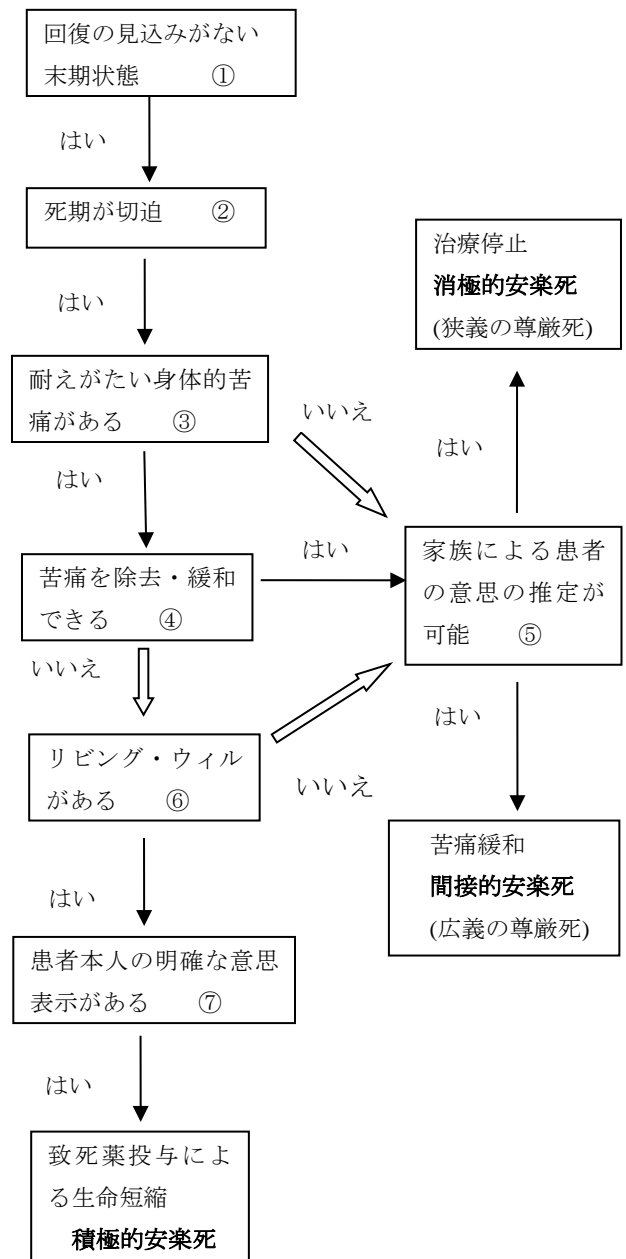
この措置はあくまでも苦痛の除去, 緩和が目的であり, その結果として死を早めたとしてもやむを得ないとする治療型の安楽死である。だから患者の意思が明示されていないくても, 家族による推定意思でもよい。

積極的安楽死(生命短縮)

この措置は, 耐え難い肉体的苦痛から患者を逃れさせるためには意図的に生命を短縮するしか方法がなく, 患者が確認できる手段で, 自発的に, 繰り返し, 要請する場合にのみ致死剤を投与するというもの。

注意すべきはこの時, 患者の意識は明瞭でなければならないということである。だから患者が安楽死を要請するリビング・ウィルを用意していたとしても, 激痛のあまり失神したとか錯乱して知的判断能力を失っているなら, 実施してはならない。ところが実際には, それをしてしまう恐れが多分にある。というのは, そもそも医療とは救命を旨とするから, 意識のある患者にいざ致死薬を投与するとなると老練の医師でも躊躇して当然である。そんな時, 患者が激痛の余り気絶したなら「うまい具合に気を失ってくれた。それ, 今のうちに」とつい致死薬を投与してしまう可能性がある。気持ちは分かるが, これでは積極的安楽死ではなく慈悲殺になってしまう。

以上を図式化すると次のようになる。



繰り返しになるが「治療義務の終了に伴い, 治療を停止すること」が消極的安楽死であるが, 安楽死という言葉を使うと, 以前の安楽死がそうであった囑託殺人の印象が強くなるので今では尊厳死と呼ばれる。だが一般に世間では尊厳死というと「苦痛の除去・緩和」を専らとする間接的安楽死も含めて一括りに尊厳死と言われることが多い。だから「尊厳死」にも本来の意味の尊厳死と広い意味での尊厳死があるわけであるが, いずれにせよ, 致死薬を投与して死なせる積極的安楽死は絶対に尊厳死ではないことに注意しなければならない。

それではなぜ横浜地裁は消極的安楽死(治療停止=

消極的安楽死 (治療停止)	間接的安楽死 (苦痛緩和)	積極的安楽死 (生命短縮)
末期状態	末期状態	末期状態
死期切迫	死期切迫	死期切迫
家族の推定可	家族の推定可	リビングウィル必須
	耐えがたい苦痛 苦痛緩和可能	耐えがたい苦痛 苦痛緩和不可能
		本人の明確な意思

尊厳死)や間接的安楽死(苦痛緩和)に止まらず、それらとは別の積極的安楽死(生命短縮)にまで言及しているのだろうか。

先にも触れたが、現在では鎮痛医療が発達し、癌の終末期でもほとんどの患者はそれほど苦しまなくなった。だがそれでも痛み止めの効果がない患者が若干ではあるが存在する。そんな患者のための最後の駆け込み寺として積極的安楽死の門を開けておく必要がある。まただからこそ横浜地裁は積極的安楽死の第一の要件として「耐え難い肉体的苦痛」を挙げ、オランダの安楽死法のような精神的苦痛は認めないのである。同地裁によれば、**精神的苦痛を含めると自殺の容認、生命軽視につながりかねない**というわけである。

ちなみに、いくら手を尽くしても痛みが緩和されない患者には一般に薬物依存者が多い傾向があるらしい。日頃、薬物に耽溺していると人生の土壇場でモルヒネが効かなくなってしまうのだろう。

四節 治療停止指針の必要性

横浜地裁の判決は安楽死をめぐる概念を整理し、消極的安楽死から間接的安楽死、さらには積極的安楽死へと至る一連の要件を示した画期的判決だった。

だが要件が一番緩い治療停止にしてすら、あくまで緊急避難であり、そもそも「治療行為中止の三要件」も「積極的安楽死の四要件」も下級審の参考意見にすぎないから、現場に立つ医師は果たしてどの程度まで横浜地裁の判断に従っているのか困惑するだろう。そのため、この判決の後にも医療の現場では安楽死をめぐる事件が何度も発生した。

国保京北病院事件

1996年(平成8年)4月27日、京都府の町立国保京北病院の病院長(当時58歳)が昏睡状態にあった末期の胃癌患者(当時48歳)に筋弛緩剤を静脈注射して死亡させ、6月になって看護師たちの内部告発により発覚した。

この病院長と患者は20年以上のつきあいがあったが、患者により書面などで明示された意思表示はなかった。病院長によると患者の妻の要望で本人には病状は知らせていなかったらしい。ただし4月初めに入院した時点で、延命治療はしないが苦痛の除去はすることを家族と口頭で同意していたという。事件の当日はこんな様子だったらしい。

患者の腸閉塞がひどくなりモルヒネを投与しても痙攣が収まらなくなった。血圧も極度に落ちたため病院長が臨終を告げて病室を出ると、患者の妻が「もう苦しませないで下さい」と泣き叫んだので、院長は、主治医の外科医(当時49歳)に相談しないまま、筋弛緩剤を生理食塩水に混ぜて点滴投与した。ちなみにこの時、看護師は筋弛緩剤の点滴の準備だけして、それ以上は拒否したそうである。

院長が筋弛緩剤を投与したことを家族に告げたのは一月後、主治医に説明したのは5月末日だった。

この事件を横浜地裁が示した「治療行為中止の三要件」ならびに「積極的安楽死の四要件」に照らし合わせてみよう。

まず①の「回復の見込みのない末期状態」と②の「死期が切迫」については病院長が臨終を宣告している事実がある。だから問題はないだろう。

次の③の「耐え難い苦痛」であるが、患者は既に昏睡状態だったから、身体的な激痛は感じていなかったと推測すべきだろう。すると後は⑤の「家族による患者の意思の推定」に進んで、それから家族の同意を得たうえで「治療停止」するべきだった。

しかし患者本人は自分が末期であることを知らなかったようだから「この入院を乗り越えれば、まだ生きられるのでは」と生きる望みを捨てていなかった可能性がある。ということは⑤の「家族による患者の意思の推定」は今一つ信用できないのではないだろうか。すると「治療停止」に行くのが順当であるにもかかわらず、実はその「治療停止」の要件を満たしていなかった可能性が高い。

あるいは仮に③の「耐え難い苦痛」を感じていたとしても、病院長は④の「苦痛を除去あるいは緩和する」措置を取っていない。

さらに⑥の「リビング・ウィル」はそもそも存在していなかった。

さらに、さらに、致死薬投与をするためには、その瞬間において患者がはっきりと激痛を訴え再三にわたり意思表示する必要があるが、既に見たように患者は昏睡状態だったから⑦の「患者本人の明確な意思表示」も満たしていない。ということは「生命短縮」は絶対に不可能だったことは明らかである。

すると以上から、この病院長がやったことは治療停止でもなければ積極的安楽死でもなく、そもそも囑託殺人以前の「慈悲殺」mercy-killingだったと言うしかない。そこで彼は翌97年に殺人容疑で書類送検

されたが、既に遺体は火葬に付されていたため筋弛緩剤と患者の死との因果関係は立証しようがなく不起訴となった。

川崎協同病院事件

1998年(平成10年)11月2日、気管支喘息により意識不明の男性(当時58歳)が川崎協同病院に搬送された。搬送の時点では心肺停止状態だったが、蘇生術の結果、自発呼吸については回復したため人工呼吸器を外し、気道が詰まらないように気管内チューブを装着した。この患者は以前から同病院に通院していたが、万一の場合の措置について特に家族に意思表示はしていなかったという。ちなみに搬送時、主治医は患者の妻から「経済的理由で介護困難」と言われていたようである。

13日後、主治医は「これ以上の延命措置は忍びない。二日間、考えてほしい」と家族に言った。二日後の16日午後3時頃、家族の見ていない前で主治医が気管内チューブを抜くと呼吸困難の発作を起こした。そこで医師が再挿入したところ、患者の妻は「抜いて下さい」と言った。これを主治医は治療停止の要請と受けとめ、「抜管することは最後を迎えることです。家族の考えが必要です」と答えた。それからこの主治医は「楽にしてあげますからね」と言いながら鎮静剤を投与したが、発作は収まらなかったため今度は筋弛緩剤を、いずれも致死量を越えて投与した。筋弛緩剤を投与された時点では患者は血圧、脈拍とも薬剤治療なしで安定していたが、数分後に死亡した。

この事件では、患者は意識こそ戻らないものの末期だったとは思われないから①を満たしていないし、最終的に筋弛緩剤を投与した時点では血圧も脈拍も安定していた以上、死期はまだ迫っていなかった。つまり②も満たしていない。さらに意識がない以上、③の「耐え難い苦痛」も満たしていないし、患者は万一の場合について家族に自分の意思を示してもいなかったようだから⑤も満たしていない。つまり「治療停止」(消極的安楽死)すら本来あり得なかったのである。

それにもかかわらず医師が致死量を超えてまで鎮静剤を投与したのは、呼吸困難の発作を示している患者の症状を鎮めるためだったと思われる。これは、ちょうど東海大学付属病院事件の被告医師が患者の軀をかくような深い呼吸を抑えるためにまずは鎮痛剤、次いで抗精神病薬を投与したのとほぼ同じ図式

で、従って川崎協同病院のこの医師は、少なくともこの時点では、あくまで苦痛緩和(間接的安楽死)を考えていたように思われる。

だが仮にそうだとしても、患者は意識不明である以上、「耐え難い苦痛」を感じてはいなかったと思われる。だから④の措置自体がそもそも不要だったうえに、⑤を満たしていないから、間接的安楽死もあり得なかったわけである。

さらに鎮静剤では効果がなかったのも、またも致死量以上の、しかも今度は筋弛緩剤を投与したのだから、これは明らかに生命短縮(積極的安楽死)を意図していたわけである。だが⑥のリビング・ウィルがないし、患者は意識不明だったのだから、致死薬投与の瞬間に患者本人の明確な意思表示はあり得ない。つまり⑦も満たしていない。

すると以上から、この医師がしたことは治療停止(消極的安楽死)にも苦痛緩和(間接的安楽死)にも生命短縮(直接的安楽死)にも当たらない、意図せざる慈悲殺だったと思われる。

2006年の3月、横浜地方裁判所はこの医師に懲役3年、執行猶予5年の有罪判決を宣告した。医師はただちに控訴したが、二審の東京高裁は懲役1年6カ月、執行猶予3年の有罪判決を下した。それでも不服の医師は上告したが、2009年12月7日、最高裁判所は被告に有罪を宣告し、二審判決が確定した。

ちなみに、この医師は患者のあいだでは「女赤ひげ先生」と評判の名医だったようで、著書からも患者を救おうとする医師としての篤実さが窺えるが、横浜地裁が示した要件に照らす限りは気の毒だが、やはり殺人だったと判断するしかない。

羽幌病院事件

2004年(平成16年)2月14日、食べものを喉に詰まらせ心肺停止状態に陥った男性(当時90歳)が北海道立羽幌病院に搬送された。担当した医師の蘇生措置により心臓は動いたものの自発呼吸は停止し、瞳孔が散大していたことから同医師は「脳死状態で回復の見込みはない」として装置の解除を家族に提案した。家族が同意したため、翌15日、人工呼吸器が外され患者は約15分後に死亡した。

この医師がしたことは積極的安楽死ではなく、あくまでも治療停止である。ではそこに至る手順に問題はなかっただろうか。

まず患者が本当に脳死だったなら①と②と③は問

題ないだろう。しかし④はどうだろうか。警察の取り調べに対し医師は「家族の負担も考えて相談した。家族の合意は得ていた」と供述したが、治療停止のために求められているのは「家族の同意を得ているか」ではなく「患者本人の意思を家族は推定できるか」である。また、そもそも脳死と判断したことについても、1997年(平成9年)成立の臓器移植法では脳死判定は少なくとも二人の医師が行うことになっていた。

そこで北海道警は「他の医師に意見を求めず独断だったこと」ならびに「患者本人の意思が確認できず家族への病状の説明も不十分だったこと」を理由にこの医師を殺人容疑で書類送検した。

2006年(平成18年)8月3日、北海道内外の複数の医師による鑑定の結果、患者の死亡と人工呼吸器解除との因果関係は薄いとして旭川地検は同医師を不起訴処分とした。ちなみにこの事件は積極的安楽死ではなく延命治療の中止(消極的安楽死。狭義の尊厳死)で医師が書類送検された最初の事例である。

射水市民病院事件

2005年(平成17年)10月9日、富山県の射水市民病院に脳梗塞で倒れた当時78歳の男性患者が搬送された。患者は心肺停止状態で意識不明だった。12日に外科から内科に移された患者の人工呼吸器を外すよう担当医である外科部長が指示しているのを内科の看護師が目撃、病院長に報告して事件が発覚した。なお病院側のカルテによれば人工呼吸器の解除は家族の希望によるものらしかった。

同病院が内部調査を進めたところ、外科では2000年以来50～90歳代の男性4人、女性3人が人工呼吸器を解除され死亡していた。

このことについて外科部長によれば「7人のうち6人については家族が同意し、人工呼吸器の解除に立ち会った。1人については記憶にない」とのことだった。家族から書面で同意を取らなかった理由は「書面で担保を取るのにはふさわしくないと思った。同意書を取ることの大切さを感じなかった」かららしい。また人工呼吸器の解除は「患者とのあうんの呼吸によるもの」であり、独断だったとの病院側の見解を否定した。

病院長によると(1)患者の意思は不明確で、家族の同意も口頭で得られただけで、(2)病院や他の医師に相談せず、外科部長の独断だった点で倫理的に問題があるとしたが、「積極的安楽死ではなく広い意味での消極的安楽死で、医師の立場からすれば延命

治療の中止措置に入ると思う」との認識を示した。

2009年、二人の医師は書類送検されたものの不起訴となった。

この事件は羽幌病院事件とほぼ同じ構図である。患者が「回復の見込みのない末期」か「死期が迫っているか」などが独断で判断され、また「家族による患者の意思の推定」がいつしか「家族の同意」にすり替わっている。しかもその同意すら口頭によるものだから確認のしようがない。これでは病院で行われていることに人々が不信感を懐いても仕方がない。となれば治療停止などに必要な手続きをやはり法律で規定するしかないだろう。

終末期医療の中止についての諸提言

道立羽幌病院と射水市民病院の事件を承けて2007年(平成19年)2月、東京高等裁判所は尊厳死に関する立法や指針が必要だと指摘した。これにより終末期医療に関する様々な提言が示されるようになった。

(一)まず2007年5月、厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成した。内容は人間の生命の最終の段階における医療行為の中止について、その手続きの大枠を示したものである。あくまで延命医療の中止であって、生命を短縮する積極的安楽死ではない。⁶¹⁾

(二)同じ2007年11月、日本救急医学会は「救急医療における終末期医療に関する提言」を発表した。それによると、①終末期と判断された患者について、②本人の意思が不明であれば、家族が本人の意思を付度したうえで、③家族が容認する範囲内で、④延命治療を中止してもよい、とした。そして延命措置中止の具体例として人工呼吸器、ペースメーカー、人工心肺などの中止あるいは解除、人工透析や血液浄化の中止、水分や栄養補給の制限もしくは中止を挙げた。⁶²⁾

(三)2012年6月、日本老年医学会は胃瘻など人工栄養などの延命処置について、①患者本人のためにならない恐れがあると判断された場合には、②本人や家族の意思を確認したうえで、④中止することも認めるガイドラインを発表した。⁶³⁾

(四)2014年、日本救急医学会、日本循環器学会、日

本集中治療医学会は合同で「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン 3 学会からの提言」を発表した。それによると、①適切な治療を尽くしても救命の見込みがないと判断される急性重症患者については、②本人にとって最善の対応をするという原則に基づいて、③家族と協議のうえで、④人工呼吸器や血液透析など生命維持装置を停止する選択があるとした。⁶⁴⁾

(五)そして2017年4月7日には日本臨床救急医学会は終末期患者に対する救急隊員の対応について提言を示した。それによると、①119番通報を受けた救急隊員が、②「心肺停止後の蘇生処置を望まない」という終末期患者の意思を書面で確認できた場合は、③かかりつけ医に確認したうえで、④蘇生行為や緊急搬送を中止できるとした。⁶⁵⁾

かくして、2007年の厚生労働省のガイドライン以降、刑事訴追された例は出ていない。だが医療に従事する側としては、延命治療中止の提言が次々と出されても、それらはいくまで指針(ガイドライン)であって法による裏付けではない以上、「救命」という作爲を本分とする者が不作為を選択することにはどうしても後ろめたさが残る。最後に紹介した日本臨床救急医学会の提言にしても、現場の隊員のあいだでは抜本的な法整備を求める声が根強い。だから治療停止(尊厳死)について法律で明確に規定するよう求める機運が年々高まっている。

尊厳死法案

1976年、日本安楽死協会が設立され、78年に「末期医療の特別措置法案」を公表した。その目的として第一条では「この法律は、不治かつ末期の状態にあつて過剰な延命措置を望まない者の意思に基づき、その延命措置を停止する手続きなどを定めることを目的とする」とされていた。つまり「安楽死協会」とは言っても内容は今でいう尊厳死を求めていたわけである。

しかし同協会に対抗して安楽死法制化を阻止する会が作られた。恐らく「安楽死」を致死薬投与の積極的安楽死と捉えたのだろう。そこで日本安楽死協会は1983年に日本尊厳死協会と改名し、2003年には「尊厳死の立法化を求める請願書」を厚生労働大臣に提出した。

同協会の働きかけを受けて2005年には「尊厳死法

制化を考える議員連盟」が発足、2012年には「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法案」が作成された。この法案は終末期の患者について、延命措置を控えたり中止したりすることで結果としての死を認めようとするものである。

ちなみに終末期について同法案では「適切なすべての医療措置を受けても回復の可能性がなく、死が間近と判定された状態」としている。15歳以上の患者が終末期の延命措置を拒否する意思を書面で示していれば、二人以上の医師により終末期判定がなされ、それ以上の延命措置は停止される。断じて積極的安楽死ではないことに注意しなければならない。

同法案を作成した「尊厳死法制化を考える議員連盟」は2015年5月には「終末期における本人意思の尊重を考える議員連盟」と改称し、2016年2月25日現在で196人の衆参両院議員を擁しているが、2017年2月の時点でまだ法案を国会に提出していない。だから日本では未だにリビング・ウィルに法的拘束力がないままである。参考までに日本尊厳死協会のホームページからリビング・ウィルを引用しておく。⁶⁶⁾

「この指示書は、私の精神が健全な状態にある時に私自身の考えで書いたものであります。

したがって、私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、また撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすための延命措置はお断りいたします。

ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。

私が回復不能な遷延性意識障害(持続的植物状態)に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを付記いたします」

見ての通り、日本尊厳死協会が求める「尊厳死」とは間接的安楽死も含めた広義の尊厳死であることが

わかる。決して積極的安楽死ではない。

五節 なぜ安楽死は危惧されるのか

滑りやすい坂道

ここからは筆者の見解である。

尊厳死(治療停止)法案はとうに準備され、多数の賛同者がいるにもかかわらず、なぜ国会に提出されないのだろうか。

それは現時点では、まだ根強い反対が予想されるからだろう。

では、そうした反対の理由は何だろうか。

考えられる一番の原因は「安楽死先進国オランダの現実に危惧されるものがあるから」ではないだろうか。それは恐らく次の二点であろう。

(その一)2001年に世界で最初に安楽死を法制化したオランダでも、自殺幇助型であれ積極的安楽死型であれ、安楽死には本人のリビング・ウィルが必要である。するとリビング・ウィルが存在しない者には安楽死はあり得ないはずであるが、現実はそのようではない。例えば重度の障害を持つ新生児がそうである。

1992年、オランダ小児科医協会は①障害について治療の見込みがなく、かつ②「意味ある人生」をおくる可能性がほとんどない場合は治療停止を容認する方針を示した。この場合の「意味ある人生」とは、従来のパーソン論で議論されたように、やはり外界とのコミュニケーション能力、医療への依存度、苦痛の程度、寿命などから総合的に判断されるとしていた。

その二年後の1994年、染色体異常による口蓋破裂や脳異常など重度の障害(13トリソミー症候群)をかかえ、延命措置を続けても数週間から数ヶ月の命とみられていた生後25日の新生児に対し、両親の依頼に基づき、医師が睡眠薬で慈悲殺させる事件が起きた。

一審は、①両親は新生児の状態についてよく理解したうえで慈悲殺に同意し、②医師は小児科医を含む第三者の医師に助言を求め、③手続きを踏んで絶命させた、として無罪判決を下した。この判決を二審も支持した。⁶⁷⁾

また安楽死法成立以前の1996年にユトレヒト大学が知的障害者施設の医師に行った調査によると、前年の95年に死亡した知的障害者のうち44%は延命治療の停止(消極的安楽死)、鎮痛剤投与による生命の短縮(間接的安楽死)、致死薬の投与(積極的安楽死)

によるものだったらしい。⁶⁸⁾ちなみに安楽死法が施行された2002年のオランダの安楽死件数は1882件、2011年は3695件で、これは全死亡数の3%弱にあたるという。⁶⁹⁾すると安楽死で亡くなった知的障害者の割合は誰がどう見ても異常である。

そこで尊厳死の法制化に反対する人々は言うだろう。

——安楽死をひとたび合法化すれば、なし崩し的に対象が拡大され、本来なら保護されるべき障害者が慈悲殺されてしまう。

つまり俗に言う「滑りやすい坂道」slippery slopeであり、その行き着く先は必然的に弱者切り捨てにつながるという論理である。週刊誌からの記事であるが、実際にオランダでは2013年6月、新生児が死に直面しているなら、親は安楽死を求めることができるようになったようである。ちなみにオランダの年間出生数は約17万5000人で、約650人がこの対象として該当するという。⁷⁰⁾

(その二)リビング・ウィルが存在しない障害のある新生児や知的障害者が慈悲殺させられていることだけが問題なのではない。オランダの安楽死法では「耐え難い苦痛」とあるだけで肉体的苦痛に限定されていないから、たとえ精神的苦痛であっても本人が「耐え難い」と言い続ければ、それも安楽死の対象になり得るわけである。その結果、シャボット医師事件のように身体的には特に問題のない人間であっても、精神的苦痛を理由に安楽死することが認められつつあるようだ。

例えば、これも週刊誌からであるが、2011年には原因不明の遺伝性疾患に苦しんでいた女性が安楽死した。彼女は、母親も同じ病気で若くして亡くなっていたため、「30歳まで苦しんで生きるより、幸せなまま人生を終えたい」として26歳の誕生日に家族と共にかかりつけの医師の許を訪れ、安楽死した。⁷¹⁾

また、オランダに次いで安楽死を合法化した隣国のベルギーでは2012年12月、45歳の双子の兄弟が安楽死した。二人とも生まれつき耳が聞こえなかったが、将来、失明する可能性が高いことがわかったため、絶望した二人は大学病院で安楽死を選んだ。⁷²⁾

そんなわけで、安楽死法制化に反対する人々は「いったん安楽死を認めれば安楽死の安易化につながる」と主張するわけである。

このように、リビング・ウィルを条件として安楽死

を合法化しても、適用対象が徐々に拡大される傾向にあることは明らかである。

—— 障害のある新生児や知的障害者などは、リビング・ウィルがなくても、障害を理由に安楽死(慈悲殺)させられる。

—— 終末期でなくても、「精神的苦痛」と言い続けられれば安楽死ができてしまう。

こうしたオランダの現実を見ると、多くの人がたとえ治療停止(尊厳死)だけであっても法制化に反対する気持ちは理解できる。確かにオランダでは安楽死法は坂道を滑っているように思われる。

では、なぜオランダでは安楽死の適用対象は拡大へと動いているのだろうか。全くの推測であるが、二つあると思う。

一つは社会の**宗教離れ**である。昔は神が世界を創造したとされていたから、この世界は神の永遠不変の意思の現れであり、人間は理性を働かせれば世界を支配する神の意思をある程度、知ることができるとされていた。それがいわゆる自然法である。

しかし近世以降、世俗化が進んだことで社会生活の背景から神が消えた。そうなるとう倫理も自然法に基づいた普遍的で厳格なものから、個別的で柔軟なものへと変わらざるを得ない。いわゆる**状況倫理 situation ethics**である。昔のように神とか他人の目とかいちいち気にしなくなれば、誰でも自分のしたいことをするのが当然だろう。となれば、いったい誰が苦しむことを欲するだろうか。一節で見たマックファデンが説くような「苦しみを甘受することで得られるであろう霊的功德」などもはや誰も見向きもしないのではないだろうか。楽しく生きて楽に死ねば、それでいいではないか。

だが、この理由だけでは(その二)の「精神的苦痛を理由にした安楽死の容認」しか説明できない。そこで筆者はもう一つの理由を日本の現実から推測する。すなわち**社会の少子高齢化とそれに必然的に付随する膨大な社会保障費**である。これについては今や世界一の高齢化社会である日本の具体的数値を見るのが一番いいだろう。

超高齢社会の現実

日本の合計特殊出生率は1926年(大正15)に5を割った。1949年(昭和24)には4を、1952年には3を割った。1974年(昭和49)には、その時点での人口を維持するのに必要な合計特殊出生率である人口置換水準の2.07を割りこみ、2.05になった。そして2005年

(平成17)には1.26という最低を記録、最近少し持ち直したものの2014年(平成26)は1.42である。

少子化と反比例するかのように平均寿命は上がり続け、1950年には男性の平均寿命は58.0歳、女性は61.5歳だったのが、2015年には男性80.79歳、女性87.05歳に達し世界一の長寿国となった。そのため社会に占める65歳以上の高齢者の割合は2013年に25%に達し、2015年には27%、2025年には30%、筆者が生きていれば100歳の2060年には40%の超高齢社会になると予想されている。

このような社会の急速な高齢化にともない年金、医療、介護、生活保護など社会保障費も年々上昇し続け2015年は110兆円、2025年には150兆円になる見込みである。

このうち年金の積立金は2015年9月の時点で135兆円あるが、毎年6兆円から7兆円が取り崩されており、この割合でいくと2060年には底を着くと言われている。年金の支払いは増えていくのに若い世代は少子化で先細りなため、現役世代の年金負担比率は重くなるばかりで2000年には3.6人で1人の高齢者を支えていたのが、2025年には1.8人で1人、2050年には1.2人で1人を支えなければならなくなる。

医療費は2015年は10兆円の薬剤費を含めて40兆円だったが、2025年には50兆円になると見込まれている。現在、現役世代の医療負担は3割であるが、いずれは4割、5割に引き上げられるだろう。

介護については、まず2015年の平均寿命は男性80.79歳、女性87.05歳であるが、90歳の時点でも男性の24.2%、女性の48.3%は生存している。さらに95歳の時点でも男性の8.7%、女性の24.4%は生存している。さらに書けば100歳以上の超長寿者は老人福祉法が制定され統計を開始した1963年(昭和38)には日本全体で153人(男20人 女133人)しかいなかったのが、1998年には1万人、2012年には5万人を越え、2016年には6万5692人(男8167人 女5万7525人)になっている。この数字は2020年には12万8000人、2030年には27万3000人、そして2040年には42万人に達すると予想されている。この42万という数は現在の東京なら町田市、北陸なら富山市、四国なら高松市に匹敵する。

問題は長寿の質である。現在、健康寿命は男性71歳、女性74歳であるから、単純に言えば男性の半数は約9年間、女性の半数は約13年間、介護を受けることになるわけで、介護保険制度の報酬総額は2015年で

10兆円(税金の投入は2.8兆円),10年後の2025年には25兆円に達すると予想されている。そのため介護保険料は現在のところ利用者は1割負担であるが,10年後には3割から4割に引き上げられるであろう。

最後に生活保護支給総額も2014年は2.8兆円(162万世帯,217万人)に上り,これだけで国家予算の約3%を占めている。超高齢社会はとにかく金がかかる社会なのだ。

長寿者はますます増えてゆく。

当然,福祉を必要とする人が増えてゆく。

でも少子化による人口減少で予算には限りがある。

誰もが考える対策は増税,具体的には消費税の税率引き上げである。現行の8%はもうすぐ10%になり,じきに15%,やがてはドイツ並みに20%を超えるだろう。当然,生活に齟齬が来る。これは所得の低い人ほど深刻だろう。

次に考えられるのは社会保障費を抑制することだろう。つまり福祉そのものの見直しである。生活保護は現在でも不正受給問題とか外国人への支給の是非が取り沙汰されているが,これからは本当に困窮している日本国民だけ,それこそ最低賃金と同等の額だけ支給するように改めねばならないだろう。

第三に考えられるのは社会を支える人間の絶対数を増やすことである。出産や育児を社会的に支援することはもちろんであるが,一定以上の現役世代を確保するために既に定年の先延ばしが行われ,それに合わせて年金受給開始年齢も引き上げられている。例えば国民年金は長らく60歳から受給だったのが現在は65歳からであり,いずれは70歳になる。ゆくゆくは75歳になるかもしれない。昨年(2017)の年頭にあたり,日本老年学会が高齢者の定義を現行の65歳から75歳に引き上げる提言をしたのはそのための布石と見ていい。⁷³⁾

かくして超高齢社会においては現役から引退したくても,なかなか引退させてもらえなくなる。なんとか70歳あるいは75歳まで勤め上げ,晴れて高齢者の仲間入りをして,年金はたぶん減らされているだろうし,消費税も医療費の自己負担率も大幅に引き上げられているだろうから,悠々自適とはいかないだろう。それでも,そこそこ健康のうちは余り金のかからない趣味を楽しむことができよう。

しかし,いよいよ介護が必要になってきたら,どう

だろうか。やることが頓珍漢になっても,さらには寝たきりになっても長生きしたいという人は多いだろう。もちろん,そう思う人は一日でも長く生きればよい。だが,そんなになっても生きてくれないと思う人もいるだろう。ましてや冒頭で挙げたような魂の抜け殻なら,そのような生存は望まないという人は相当いるのではないだろうか。

そうした認知症やその予備軍は2025年には1300万人に達すると予測されている。国民の9人に一人の割合であり,65歳以上に占める割合では実に三人に一人が認知症とその予備軍ということになる。それらのうち一人暮らしの認知症は144万人を超えるようだ。そんなわけで介護が必要になる高齢者の数は65万人,そして介護人材が38万人も不足すると言われている。

では,寝たきりであれ魂の抜け殻であれ,人生の終末にはどのくらいの費用がかかるのだろうか。

2013年の厚生労働省の調査では死亡場所の76%は病院,自宅は12%,老人ホームや介護老人福祉施設は8%である。すると大半の人は何らかの医療を受けて最期を迎えるわけで,一人の人間が一生のうちに使う医療費の約半分は死亡直前の二か月と言われている。ただし今のところは国民皆保険制度が機能しているため,後期高齢者医療制度により75歳以上は窓口医療費負担は1割であり,そしてこれは終末期医療にも適用される。さらに高額療養費制度があるから,一月の個人負担は2017年2月現在で最大でも4万4000円,70歳以上の低所得者なら1万5000円ですむ。

そこで仮にあなたは75歳を過ぎた老人で,入院して手術を受け100万円かかったとする。窓口負担は1割だから10万円。しかし高額療養費制度で負担の上限は4万4000円と決まっているから,差額の5万6000円は払わずにすむ。ただし,これはあくまでも治療費の話であって,病院の部屋代とか差額ベッド代などは別に金がかかる。仮に個室であれば,健康保険の適用外だから全額自己負担となる。

2007年に財務省が試算したところでは,死亡前の一か月にかかった医療費は一人当たり112万円だった。2015年に医療機関で亡くなった70歳以上の高齢者は約79万人だから,単純に計算すると日本の一年間の終末期医療費は8848億円ということになる。実際には何か月も入院して亡くなる人も相当いるだろうから,9000億円を軽く超え一兆円近いはずだ。⁷⁴⁾

安楽死の社会的要請

このように超高齢社会とは老人の世話が社会の相当な部分を占め、そのために現役世代が汲々とする社会である。社会を支えている現役世代が自分の活動を制約され、老人たちの介護に振り回されるとしたら気の毒である。

実際、「介護離職」という言葉が既に存在する。介護が必要になった親を施設に入れたくても「空気がない」と断られ、やむなく仕事を辞め、自分で介護するしかなくなる。そうなると貯金を取り崩さざるを得なくなり、結果として本人自身の老後の見通しも立たなくなる。親の介護のために子は自分の人生を諦めねばならないのだろうか。これでは介護殺人とか介護心中が起きてても不思議ではない。

そこで、いま仮に日本でもオランダのような安楽死法が制定されたとしよう。条件さえ満たせば積極的安楽死も可能とすると、人生の終わりにある人の何パーセントかは安楽死を選ぶようになるだろう。

ちなみに 2015 年のオランダの年間死亡者は約 14 万人で、同年の安楽死件数は 5516 件らしい。すると死亡者の 3.9%が安楽死を選択したわけである。⁷⁵⁾

そこで仮に日本の総死亡者の 4%が安楽死を選んだとすると、2015年の死亡者数は約 130 万人だから、5 万 2000 人が安楽死していたことになるだろう。これに先ほどの終末期医療費の 112 万円を掛けると 582 億 4000 万円になる。5%なら 6 万 5000 人で 728 億円になる。さらに団塊世代が 90 歳を超える 2040 年には死亡者数は 170 万人で頂点に達すると予想されているから、仮にその 5%が安楽死したとすれば 952 億円分、医療費が削減されることになるだろう。

これらの数字を多いと見るか少ないと見るか意見は様々だろう。ただ筆者としては(1)福祉を維持するためには財政的負担の軽減は絶対に必要であるし、加えて(2)不本意な生存を余儀なくされている相当数の人の苦悩が無くなるなら、もちろん消極的の意味であるが、やはり「よい」ことだと考える。さらに(3)安楽死させる側も法的裏付けがあれば後ろめたさが軽減されるから精神的に「よい」だろう。ゆえに日本もオランダのように積極的安楽死も含めた安楽死法を制定すべきである。

第一の古典的な安楽死は死苦に苦しむ患者に対する囑託殺人であり、第二の安楽死は患者に自然な死をもたらす治療停止だった。これらに対し**超高齢社会における第三の安楽死とは(1)いかなる理由であれ本人のリビング・ウィルがあるなら、あるいは(2)**

リビング・ウィルがなくとも、①一定以上の深刻な障碍と②家族の確認できる同意とがあれば、積極的安楽死どころか慈悲殺までも容認するものである。

もちろん、このようなことを書けば、先ほどの「滑りやすい坂道」から強い反論の声が聞こえてくることは確実である。確認のため今一度書こう。

(反論一) 安楽死を法制化すれば、障碍のある新生児や知的障碍者など弱者が切り捨てられる。

(反論二) 健常者でも「精神的苦痛」と言い続ければ安易に安楽死ができてしまう。

そこで次節では、これら反論に筆者なりの回答を試みることにしたい。

六節 安楽死もできる社会

「生きるに値しない生命」という主張

まず(反論一)の「弱者の切り捨て」から見ていこう。これについて必ず引き合いに出されるのは第二次大戦中にナチス政権が行った安楽死政策である。大戦が勃発するとドイツ国内で 27 万 5 千人もの精神に障碍のある人々が安楽死させられた。この政策の思想的根底として指摘されるのが 1920 年に出版された『生きるに値しない生命を終わらせる行為の解禁』である。同書の第一部の著者である法学者のビンディングは安楽死の対象として三種類の人々を挙げた。

(1) 疾病また重傷ゆえに助かる見込みのない絶望的状态にある人々

つまり今で言う終末期にある人々である。この人々に対してビンディングは、彼らが安楽死の意思を明確に表明し、二名の医師と法律家一名からなる国の審査委員会により承認されたなら、安楽死(囑託殺人)が許されるとした。

(2) 治療不能な知的障碍者

彼らには生きる死ぬの意思はないとして、家族もしくは家族の後見人が審査委員会に申請し、承認されれば安楽死(慈悲殺)が許されるとした。

(3) 重傷などで意識を失ったり、意識を回復したとしても悲惨な障碍が待ち受けている人々

第一次大戦では多くの将兵が重傷を負った。毒ガス、

戦車、火炎放射器など新兵器の出現とそれに比例した緊急医療の発達により、命だけ取り留めただけの重傷者が続出した。植物状態になってしまった者、首から下が完全に動かなくなってしまった者、手足を失った者、顔面を破壊された者など。終末期ではないが余りにも悲惨な彼らに関する手順について、ビンディングの記述は曖昧だが、やはり安楽死が許されるとした。

こうしたビンディングの見解に対して、恐らく多くの人は(1)と(3)については安楽死を認めてよいと思うのではないだろうか。その一方で(2)については行き過ぎと感じるのではないだろうか。

筆者はビンディングの主張には二つの問題点があると考えられる。

- (1) リビング・ウィルの規定がないこと。
- (2) 知的障害者を安楽死の対象にしていること。

なぜ、こうなってしまったのか。

(1)については、そもそもビンディングの頃にはまだリビング・ウィルという概念がなかったことが挙げられる。だから結果として現場の医師の裁量を余りにも広く認めすぎることになってしまった。その典型として彼はこう述べている。

「仮に誰かが治療不能の人を救済するために殺害したとしよう。そのさい、治療不能の患者の同意があろうと、患者が同意を疑いなく与えるだろうとの想定のもとであろうと、あるいは、たんに意識のない昏睡状態のゆえに同意が妨げられていようと、それは問わない。これらの場合に私見では、実行者と幫助者には法律上無罪とされる可能性が考慮され、また事後に解禁の前提条件が存在したものとされるならば、無罪とされなければならないだろう」⁷⁶⁾

つまり患者の意思が不明でも、安楽死の要件を満たしていると見込めるなら、医師の独断で安楽死させてもよい、と言うわけである。これでは濫用される恐れが大だろう。だから**リビング・ウィルを絶対の条件として規定すべき**である。

(2)については、同書の第二部を執筆した精神科医のホッヘが知的障害者に対し非常に冷淡だったことが大きいと思う。

「そうした状況では運命の成り行きに委ねてもよ

いのではないかという誘惑がとりわけ強くなるのは、治療不能な精神病患者が対象になる場合である。その人たちにあってはどんな場合であれ、死が優先されるべきだからである」⁷⁷⁾

ホッヘに言わせれば、知的障害者たちは社会の重荷でしかなかった。

「経済面に関する限り、極度知的障害者こそは、完全なる精神的な死のすべての前提条件を一番に満たすと同時に、誰にとっても最も重荷となる連中 Existenz となろう」⁷⁸⁾

ホッヘの一人息子は第一次大戦で戦死した。その大戦に敗れたドイツは天文学的賠償金を課され、史上空前のインフレに見舞われた。思うに彼が知的障害者たちを一方向的に「価値なき命」と決めつけた背景には、国民が塗炭の苦しみにありながら彼らが施設で保護されていることへの不満があったのだろう。

筆者の原則

筆者は「知的障害者は切り捨てられるべきではない」と考える。たとえ重度の知恵遅れとか認知症であっても「広い意味でのパーソン」として遇せられるべきだと思う。ただし筆者がそう考える理由は「人間の尊厳」とかではない。もっと単純な事実である。すなわち彼らは知的能力に障害があるとしても意識はあり、その限りで快楽が分かる存在だからである。

筆者が思うに、**すべての人間が求めているものは快楽 hedonē**である。もちろん、この快楽を「幸福」と言い換えてもよいし単に「喜び」と言ってもよい。とにかく快楽は、身体的快楽であれ精神的快楽であれ、意識を通してこそ真に快く感じられ、より大きな満足を与えてくれる。というのは人間は高度な意識を持つ動物である以上、**快を意識しなければ深い喜びを覚えることはできない**からである。ラテン語の動詞 sapere はまさにこのことを意味している。sapere は「知る」という意味であるが、語源的には「味わう」である。つまり「知る」とは「心で味わうこと」なのだ。となれば「快楽を満喫する」ためには当然「知ること」つまり意識が伴っていなければならないだろう。

いま仮にブラームスを聴くとしよう。筆者の感覚ではブラームスは音としては重くて陰気である。しかし心を傾けて聴くとき、陰鬱な旋律の底に脈打つ孤独な情熱を感じ、そのとき宗教にも似た感動を覚える。思うに芸術鑑賞とはすべてそういうことだろう。だから筆者は、**自分が満足していることを感じられ**

るくらいの意識の有無こそパーソンを決める第一の鍵と考える。

例えば脳死とか植物状態の患者の口に高級なお菓子を入れてやっても彼らは「おいしい」とは思わないだろう。しかるに知的障害のある子供でも認知症で頓珍漢になった老人でも蜜を舐めさせれば嬉しそうに目を細め、唐辛子を含ませれば悲鳴をあげて吐き出すだろう。ということは俗にいう馬鹿とか利口などは問題ではない。いかなる人間であれ、満足を実感できる程度の意識があれば快樂の当事者とみるべきである。逆に言えば、人間であっても意識がないままの者には多大な配慮をする必要はない。意識が完全に失われたまま戻らず、従って快樂も何も分からない者を介護したところで彼らは「喜び」とか「満足」を覚えるだろうか。彼らはもはや非パーソンである。快樂の分からないそうした非パーソンのために、本当なら快樂を満喫できるはずのパーソンが快樂を我慢するというのは本末転倒だと筆者は思う。

そしてまた、このように、快樂を満喫することが幸福と筆者は考えるから、ここから当然の帰結として、より多くの国民が快樂を享受できる機会を設けることが国家の役目とも思う。すると、そのような国家は単に自由であるのみならず、各種サービスが充実した快樂の園ということになろう。当然、多くの金がかかるから、「国民」の規定と金の使い方については厳重でなければならない。一国の予算は限られている以上、全体的視野を忘れてはならない。

以上の理由により(1)ある程度以上の意識があれば、重大な知的障害があっても、「広い意味でのパーソン」として扱われるべきであり、従って福祉の対象であるが、(2)ある程度以上の意識がないなら対象外としてよい、と筆者は考える。一言で言えば意識があればパーソンであり、パーソンには快樂主義、非パーソンには功利主義で接するべきである。

二重結果という名の功利主義

こう言うと、強い反対意見が出るだろう。

—— すべての人間の命は平等であり、それを意識の有無で分けるのは人間と人間とを分断するものであり、人間そのものに対する冒瀆である。

人間の命に軽重はないと考える人からすれば、いかなる基準に基づくものであれパーソン論を持ち出すことは人間を「価値ある生命」と「価値のない生命」に分断することであり、前者による後者の排除つ

まり「弱者切り捨て」につながると主張する。

その典型はカトリックである。ヨハネ・パウロ 2 世(1920-2005 在位 1978-2005)は、人間の尊厳が見失われ、人間の生命を相対視する現代社会の風潮を「死の文化」と憂い、次のように述べている。

「この思潮は過度に効率を追求する社会を理想として押し立てます。この見方から状況を検討すると、これはある意味では、強い者が弱い者にしかける戦争だということが出来ます。いっその配慮をもって受け入れられ、愛され、世話されることを求めるいのちは、無用の長物と見なされ、がまんできない重荷とされ、こうして弱者はいずれにしても排斥されるのです。疾患やハンディキャップゆえに、いやもって単純に存在しているそのことによって、より恵まれている人々の幸福と生き方を危うくしかねない人は、阻止すべき敵、あるいは排除されるべき敵と見なされる傾向があります」⁷⁹⁾

ゆえにヨハネ・パウロ 2 世は人間の生命を無条件に保護する pro-life(生命擁護)の立場を訴える。

だが既に見たように、同じローマ法王のピオ 12 世は治療停止と間接的安楽死については認めていた。そして、その際の論拠が二重結果の原則だった。今一度繰り返しておく。

- (1) その行為自体は善あるいは少なくとも悪いものではない。
- (2) その行為により悪い結果が予想されるとしても、行為者自身の意図はあくまで善い結果である。
- (3) 悪い結果によって善い結果が生じるのではない。
- (4) 善い結果は、悪い結果よりも大きくなければならない。

カトリックはこの二重結果の原則を胎児と終末期に適用することで、時として行われる医療行為を倫理的に許容できるものとみなす。

—— 例えば子宮外妊娠では、母体を救うという善のために、子宮摘出などで間接的に胎児が死ぬことになっても、それは胎児を殺すことを目的にしているわけではないから許される。

—— また終末期医療では、末期癌の患者に大量の鎮痛剤を投与して生命が短縮される恐れがあるとしても、死なせることが目的ではなく、あくまで苦痛の緩和が目的であるから、正当化される。

これらの結論自体については筆者に異論はない。だが、そこに至る論理を見ると、二重結果の原則が掲げ

る四つの要件のうち、(1)と(2)は曖昧だと思う。

(1)については、行為の善悪は各人の世界観や人生観で大きく左右されるだろう。また時代が変われば、善い行為も悪い行為になるだろう。例えばユダヤの指導者モーゼは「約束の地」の先住民を皆殺しにするよう命じた。昔ならこれは、神のお告げによるものだったから、善いことだった。しかし現在ではユダヤ人ですら悪いと思うだろう。

(2)の「行為者の真意」など誰が分かるのだろうか。誰だって自分のやることは正しいと言うだろうし、善人と思われたいだろうから、動機を問うても無駄である。

さらに(3)の「その善は悪から生じているのか否か」についても、世の中には「嘘から出た真」という言葉がある以上、悪から善が生じても構わないではないか、という反論が可能であろう。

すると結局のところ、**行為の評価は目に見える範囲内で、つまり結果で判定するしかない**わけである。ということは二重結果の原則と言っても(4)の「悪い結果が生じて、それを上回る善が生じる」が決定的になるだろう。つまり「ある医療行為をしたら、それに見合うだけの効果があるか」ということであり、だからこそ既に見たケリー以下の神学者たちは「患者に無益な医療はする必要はない」と主張していたわけである。すると「二重結果」と言っても詰まるどころはコスト・パフォーマンス(費用対効果)ではないだろうか。

この「コスト・パフォーマンス」という観点からピオ 12 世お墨付きの間接的安楽死をいま一度、考えてみよう。間接的安楽死とは「直接的安楽死のように患者の死を目的にしているわけではなく、あくまでも苦痛の緩和が目的であるが、偶然それに付随して生命が短縮されたとしてもやむ無し」という措置だった。この措置において「生命の短縮」は、たとえ偶発的としても本来的に悪のはずだが、それにもかかわらず「苦痛の軽減」が許容されるのは、「わずかな時間を苦しんで生きるよりも、苦しみのない方がまし」という心理が働いているからだろう。ということは、これは突き詰めれば筆者と同じ**快樂主義 hedonism**ではないか。ケリーやピオ 12 世が「無理に特別手段を採る義務はない」とする根底には圧倒的多数の人々の「痛いのは嫌だ」という声を是認しようとする動機が働いているからではないだろうか。そもそも誰だって出来ることなら痛くない方採るのが歴史の事実なのだ。

—— 1846年にアメリカの歯科医師ウィリアム・モートンによりエーテル麻酔法が発明された。ところが当時の聖職者の中には『創世記』の3章16節を典拠に「苦痛は神が人間に与えた罰であるから、麻酔をすることは神の定めに対することである」と反対する者もいた。だが翌年、グラスゴーの産科学教授のジェームズ・Y・シンプソンが同じ『創世記』の2章21節に「神はアダムに深い眠りを与えて、肋骨を取り出し、そこからエバを創った」とあることを指摘すると、麻酔に反対する声はぴたりと消えた。⁸⁰⁾

苦痛を与えたのが神なら、苦痛がないように眠りを与えたのも神である。「同じ神なら楽せにや損々」というわけだから熱心に信仰を論じてはいても、しよせんは**快樂主義こそ、すべての人間の本音**であることを認めるべきである。いくらローマ法王が治療停止の根拠として二重結果の原則を挙げたところで、その原則自体が根底においてはコスト・パフォーマンスつまり**功利主義**で動いているのだ。となれば**意識のある個人(パーソンならびに広い意味でのパーソン)については快樂主義、個人の意思が不明であれば功利主義**で考えていくのが一番素直な論理展開ではないだろうか。

筆者の回答

以上から筆者はベンディンクが安楽死の対象として挙げた(1)と(3)の人々について次のように考える。

(一) (1)の死が迫っている人については、**リビング・ウィルがあるなら、安楽死を認めるべきである。**

終末期患者の安楽死について、あくまでリビング・ウィルを条件にするのは、安楽死の濫用を防ぐためであり、また世の中には安楽死に反対する人がかなり存在するからでもある。そうした人たちが自らの死生観に沿った終焉を迎えることも認めなければならない。

ただ、出来るなら、そうした安楽死反対者も「私は絶対に安楽死しません」という逆リビング・ウィルを用意しておいた方がいいだろう。さもないと介護に疲れた家族があえて本人の意思に反する推定をするかもしれないからである。実際、新聞の三面記事にはしばしば介護殺人が報じられているではないか。

要するに「安楽死をするもしないも本人の意思がすべて」ということである。

(二) (3)の人々は、たとえ死が迫っていなくても、リビング・ウィルがあるなら、安楽死を認めるべきである。

これはつまり精神的苦痛を理由にした安楽死を認めるということであり、さらには(反論二)に対する答えでもある。

こんなことは絶対にあってほしくないが、事故や病気で寝たきりになってしまう可能性は誰にもある。現在の医学を以てしても再起不能となった場合のために最後の駆け込み寺の門をやはり開けておくべきだと筆者は思う。というのは、たとえ寝たきりでも意識があればパーソンであり快樂主義の担い手である。寝たきりになることが精神的に苦しいことなら、苦しみはない方がよい。だから、あなたが「寝たきりになってまで生きたくない」と思うなら今のうちからリビング・ウィルを書いておくべきだろう。

また一節で触れたように「完全に魂の抜け殻のようになってしまったなら、その時は死なせてほしい」と思う人も早めにリビング・ウィルを書いておくべきだろう。また週刊誌からの引用で恐縮だが、実際、オランダではそのような事例が既に発生しているようである。

—— 2011年11月、重度のアルツハイマー病の女性(当時64歳)が安楽死した。この女性は「老人ホームに入ったら、その際には安楽死を望む」との書状を8年前から用意していた。⁸¹⁾

実際、患者には過剰な医療を拒否する自由があることをカトリックも容認している。1980年5月5日、法王庁は『安楽死についての声明』を発表した。内容は1957年のピオ12世の公式談話を踏襲したもので、慈悲殺や積極的安楽死は絶対に禁止されることを確認したうえで、過剰な医療について次のように述べている。

「医学が提供できる普通の治療法を十分に用いることは常に許されている。だから既に用いられているとしても危険が無いわけではないとか、余りに重荷であるような治療を利用することは誰にとっても義務として課されるべきではない。そうした治療を拒否することは自殺に擬えられてはならない。むしろ人間の条件の単純な受容とか、期待される効果という有用性 *utilitas* が

つりあわないような重荷の医療装置を避けようという願いとか、一言でいえば家族とか共同体 *communitas* に過度の負担を負わせたくないという意志として理解されるべきである」⁸²⁾

ピオ12世の「通常手段は義務だが、特別手段は義務ではない」という声明はあくまで医師に向けたものだったが、この声明はそれを患者にも広げ、人間には**ほどの医療措置でよしとする権利がある**ことを認めたわけである。もちろんカトリックがこう言うのはあくまでも死が迫っている患者についてだけだが、筆者は、死が迫っていなくても、それどころか特に疾病などなくても、自分が生きていくことに価値を見いだせなくなったその時点で生きること自体が無意味になることをはっきりと認める。

筆者の母がそうだった。

母は痩せて食の細い人ではあったが医者にかかったことはなく持病もなかった。しかし家庭が思うようにならないことで生きる気力を失くし、数年前、四か月近くほとんど食を断って亡くなった。86歳だった。さぞかし苦しかったと思う。オランダのシャボット医師のような人がいてほしかった。

では(3)の人々のうち、リビング・ウィルがない人はどう扱えばいいのだろうか。

これについて実例を挙げればカレンがそうだった。彼女は死が迫っていたわけではないし耐え難い苦痛があったわけでもない。しかし意識が戻らない以上、パーソンではなかった。パーソンでない以上、快樂主義は適用できない。となると**パーソンではなく、かつリビング・ウィルがない患者については、患者に代わって家族が本人の意思を推定する**しかないだろう。つまり「うちのカレンの性格や日頃の言動からすれば恐らくこんな措置を望むのでは」と推測するわけである。もちろん医師から十分なインフォームド・コンセントを受けての話だが。

だが「家族による患者の意思の推定」と言っても、新生児とかまだ幼い子供の場合は自分の死など考えたこともないだろう。だから「この子が日頃明かしていた人生観からすれば、無駄な延命措置は拒否するのではないだろうか」などと恐らく家族でも推定できないだろう。

そこで、このような推定不可能な患者について家族が代理となって決定する際の第一の基準として、筆者はアメリカの道徳哲学者ジェームズ・レイチェ

ルズ(1941-2003)と息子のスチュアート(1969-)が挙げる**当該個体の利益**を推したい。

—— どんな文化も人間の幸福 welfare に価値を置いている。するとこの点に、いかなる文化に対しても中立でありつつ、かつ普遍的な基準を見いだせよう。すなわち「当の本人にとって有益か」である。何事であれ、その人に利益をもたらすものは良いのであり、その人に危害をもたらすものは悪い。⁸³⁾

いま仮に家族を以てしてもカレンの意思を推定できないとしよう。その場合はまず「持続的植物状態であることはカレン本人に**いかなる利益をもたらしているか**」を考えるべきである。利益など何もない。だが同時に、彼女は自分が植物状態であることを知らないわけだから、苦しみも悲しみもない。つまり不利益もないわけである。すると持続的植物状態はカレン本人にとっては良くも悪くもないことだろう。

そこで第二の基準として筆者は「**家族にとって利益になっているか、不利益になっているか**」を挙げたい。第一の基準である「本人の利益」がつかまるどころ**快楽主義**であるのに対し、こちらは「**関係者の利益**」に訴えているわけだから明らかに**功利主義**である。この場合では、家族は、持続的植物状態というそれ自体としては良くも悪くもない状態に陥ったカレンが自分たち家族にもたらす**利益・不利益**を数えることで彼女への医療措置を決定するわけである。だから「たとえ植物状態だとしてもカレンに血のぬくもりがある分だけうれしい」と思うなら、そのまま生命維持装置につなぎ続ければよろしい。だが大半の家族にとっては、回復の見込みのない患者にいつまでも寄り添うことは様々な事情でできないだろう。だからいずれ適当な時点で安楽死(慈悲殺)を選ぶことになると筆者は思う。

だがさらに、その家族すらいない場合はどうすればいいのだろうか。というのは今後、家族のいない人が急激に増加していくからである。

平成 26 年版厚生労働白書によれば、生涯未婚率つまり 50 歳の時点で一度も結婚したことの無い人の割合は 1985 年の時点では男性 3.9%、女性 4.3%だった。これが 2000 年には男性 12.6%、女性 5.8%に上昇し、2015 年現在では男性はなんと 24.2%、女性も 14.9%に達している。つまり男性の四人に一人は 50 歳になっても未婚のままというわけである。この数値は二十年後の 2035 年には男性 29.0%、女性 19.2%

に達すると予想されている。男性の 3 割、女性の 2 割は恐らく生涯独身というわけである。⁸⁴⁾

これは当然、一人暮らしの老人が増えるということである。同じく厚生労働省によれば、65 歳以上の高齢者の家族形態のうち単独世帯つまり一人暮らしの割合は 1980 年においては 8.5%だったが、2001 年には 13.8%、2013 年には 17.7%に増えている。さらに 65 歳以上で配偶者がいない人だと実に 49.9%が一人暮らしである。⁸⁵⁾

パーソンではなく、かつリビング・ウィルのない者は家族が決めるとしても、その家族がいない場合がこれからますます増えていくとなると、そうした場合については、もはや公共の視点から決めるしかないだろう。つまり「その患者をどう処遇すれば、自治体の利益を大きくするか。あるいは不利益を少なくするか」である。すると、こうなる。

(三) 非パーソンのうちリビング・ウィルがある人はその指示通りにすべきである。

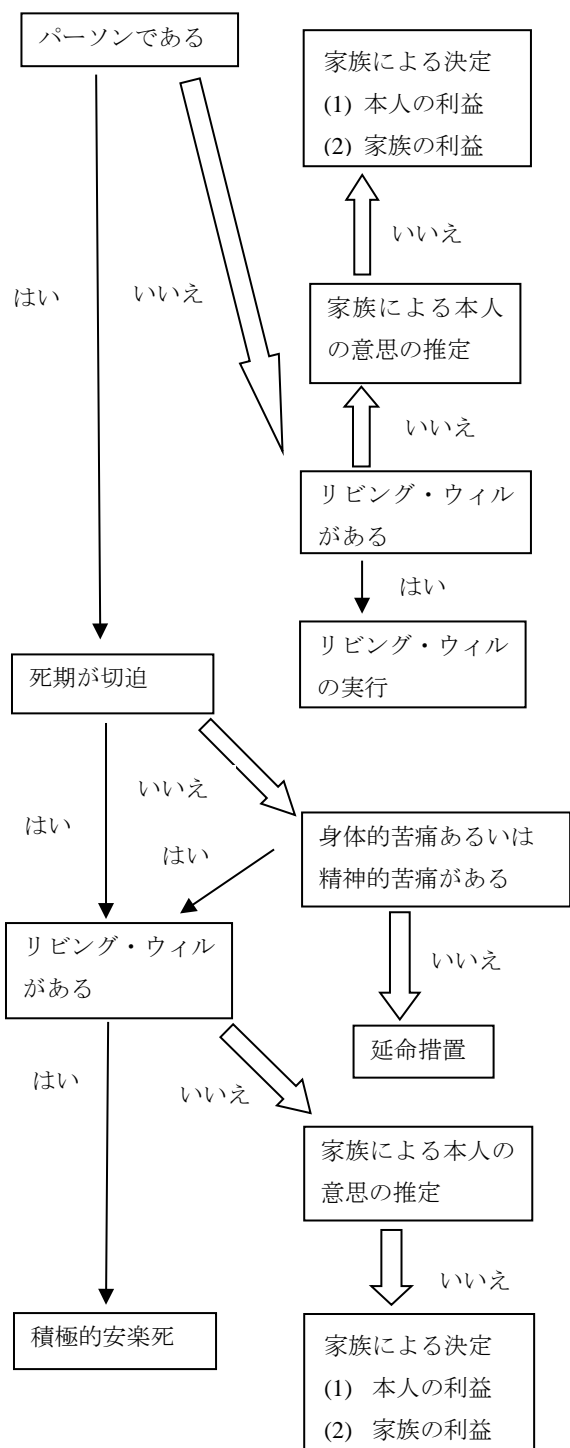
非パーソンのうちリビング・ウィルがない人は家族が本人の意思を推定すべきである。

本人の意思を推定できない場合は、第一に「本人の利益」、第二に「家族の利益」を基準にして家族が決定すべきである。

その家族がいない場合は、もはや自治体の功利主義的判断に委ねるしかない。

こう書くと「家族へ責任を押しつけた実質的な弱者切り捨てだ」とか「リビングウィルも身寄りもない非パーソンの生死を自治体の算盤勘定に委ねていいのか」と非難されるのは必至であるが、およそ日本国が国民の厚生を施政の一環に掲げる限り、終末期医療もまた公共政策の一部である。そして一国の福祉予算には限りがある以上、その配分はコスト・パフォーマンスを無視するわけにはいかない。となれば、より多くの国民の生活を長期的に維持できる方向へ法整備していくしかない。ゆえにどのようにしても**本人の意思を推定できない非パーソンに対しては冷徹に功利主義を適用せざるを得ないのである**。だから財政難の自治体に冷徹な決定を下されたくなかったら、今のうちから安楽死反対の逆リビングウィルを書いておくべきである。筆者が「**リビングウィルの尊重**」を第一に掲げているのは、**安楽死に反対する人々が自治体による功利主義の冷徹な適用を拒否できるようにするためでもあるのだ**。

このように考えていくと、1995年に横浜地方裁判所が示した「治療停止のための三要件」ならびに「積極的安楽死のための四要件」の図は次のように修正されることになろう。



繰り返し強調すべきは、「パーソンではない」、「リビング・ウィルがない」、「家族による本人の意思の推定ができない」の場合になされる「家族による決

定」の基準はあくまでも「一に本人の利益、二に家族の利益」でなければならないことである。なぜ「本人の利益」が「家族の利益」よりも優先されるべきなのか。それは「生命の尊厳」よりも「本人の利益」を重視することこそ患者中心の医療(ケア)だと筆者は思うからである。

いま仮に重い障害のある新生児が生まれたとしよう。この修正図でいくと、生後まもないうちはまだ意識は発生していないようだから非パーソンということになる。すると「パーソンではない」さらに「リビング・ウィルがない」から「家族による本人の意思の推定」に委ねられることになる。しかし新生児に自分の医療措置に関する意思など恐らくないだろう。ということは家族による本人の意思の推定は不可能であるから、そこから先は家族の決定に委ねるしかない。すると「生命の尊厳」の立場から次のような反対がなされることだろう。

—— いま仮に障害のある新生児が生まれたとしよう。修正した図に当てはめれば、「パーソンではない」し「リビング・ウィルがない」し「家族による本人の意思の推定」もできないから「家族による決定」に委ねられることになる。そうすると、ここから先はジョーンズ・ホプキンス大学病院事件(1969年)と同じ構図になることが予想される。あの事件で死亡した小腸閉鎖症の嬰兒は手術すれば治るはずだったが、両親は医師団の治療勧告を拒否して死ぬにまかせた。このことから「家族による患者の意思の推定」が不可能なら、そのあとのことは家族に決定させてはならない。そうさせないために、すべての新生児は無条件に保護されるようにすべきである。

気持ちは分かるが、こうした「すべての新生児の無条件保護」を言い出すと、親の理想のために、もの言えぬ新生児や乳幼児たちが無用の苦しみに晒されることになる。それは快樂主義者を自認する筆者には忍びない。次の事件を見てみよう。

—— イギリスで重度の難病により生命維持装置に繋がれている11カ月の乳児について、地元の病院は回復の見込みはないとして両親に安楽死を提案した。この乳児は先天性のミトコンドリアDNA枯渇症候群で内臓や筋肉の形成が難しく、脳にも深刻な障害があるという。欧州人権裁判所は2017年6月、治療の継続は「さらなる苦しみを与える」として病院の提案を

認める決定を下した。しかし両親はこの決定に不服で、アメリカに渡り治療を継続することを模索している。アメリカのトランプ大統領もローマ法王も両親の訴えを支持する発言をしている。⁸⁶⁾

この両親は恐らく「生命の尊厳」の立場から治療継続を求めていると思う。しかし「生命の尊厳」はあくまでも両親の思想信条であって、この乳児「本人の利益」ではない。なぜ患者である乳児自身の利益を優先しないのか筆者は理解に苦しむ。

一つ前の「家族による本人の意思の推定」の段階では「家族の意思」ではなく「本人の意思」が強調されていた。となれば、家族による推定の次に来る「家族による決定」においても第一に考慮されるべきは「障碍児の親としての思想信条」ではなく「そうした障碍が当の本人に与える利益」とした方が自然ではないだろうか。だから筆者ならこう考える。

—— 脳に重い障碍があるということは精神的快樂は不可能ということだろう。一生病院通いでは食欲とか性欲など身体的快樂すら満足に味わえないだろう。そうした楽しみのない人生は本人にどのような利益をもたらすのだろうか。いま仮に私にそうした人生が待ち受けているとしよう。私はそうした人生を享受できるだろうか。絶対にいやだ。そんなことは私に起きてほしくない。我が身に起きてほしくない人生を、どうして我が子に願うことができようか。

ゆえに筆者なら病院側の提案に同意する。そもそも「生命の尊厳」と言うなら、生命を苦しめるべきではない。となれば本人のために最低でも「苦みの少ない」、出来るなら「喜びの多い」生命を願うべきだろう。またそのためにこそ医学は発達してきたのではないだろうか。

さらに、このように人間の生命の始まりにおいて非パーソンについて「本人の利益」を勘案したうえで慈悲殺を是認するからには、同じく生命の終わりにおいても非パーソンに対する安楽死(慈悲殺)を認めなければ不合理であろう。だからこそ修正した図では「リビング・ウィルがある」と「積極的安楽死」の間に「本人の意思の確認」を置かなかった。

すなわち先に三節で示した図では、積極的安楽死を行うためには致死薬を投与する瞬間に「患者本人の明確な意思表示」がなければならなかった。そう

すると「終末期」で、「死期が切迫」していて、「耐え難い肉体的苦痛」があって、「その苦痛を緩和することが不可能」で、「リビング・ウィル」が存在していても、致死薬の処方に手間取っているうちに患者が激痛の余り気を失ってしまったら、その時点で話は振り出しに戻ってしまい、積極的安楽死は不可ということになった。だからリビング・ウィルによる直接的安楽死をより広く可能にするためには、最期の瞬間に患者の意識がなくても、本人のリビング・ウィルを理由にして致死薬投与を認めるべきだと筆者は思うのである。

結論として以上の(一)、(二)、(三)を要約すれば次のようになるだろう。

いかなる状況であれリビング・ウィルがあるなら、リビング・ウィルを尊重する。

リビング・ウィルがなくとも、意識があるなら、本人の意思を優先する。

リビング・ウィルも意識もないなら、家族に本人の意思を推定させる。

家族による推定が不可能な場合は、まずは本人の利益、次いで家族の利益に基づいて決定する。

その家族もいないなら、関係者の総合的利益に基づいて決定する。

快樂主義から功利主義へ —— このように論理を組み立てるのは筆者が快樂主義者 hedonist だからである。快樂こそ善であり幸福であると考えから、食欲であれ性欲であれ人生に不可欠の要素として肯定する。もちろん知識欲もだ。そのために、つまり**身体的快樂から精神的快樂に至るまで、あらゆる快樂の前提として生命はある**と筆者は思うから、快樂の実現に資することのない生命なら、はっきり言って無意味だと思っている。ただ、そうは言っても死ぬのは苦しうだから、生きていることが苦痛でない限りは、なるべく先に延ばしたい。だから、たとえ快樂の実現に資することのない頓珍漢な生命になっても、苦しくさえなければ、「苦しみがない」という消極的意味とはいえ悪いことではないから、しぶとく生きるつもりでいる。

だが、そうやって生き続けているうちに頓珍漢を通り越して魂の抜け殻になってしまったなら、もはやそれは筆者ではない。快樂の主体であるはずの自分が快樂の主体でないなら、それは快樂主義者の美学に反する。となれば、筆者のように身寄りのない者としては、己の生き方を貫くために、尊厳死に加えて慈悲殺も積極的安楽死も認めてもらわねばならない。まことに**快樂主義者は生の質にこだわるからこそ、生の最後の一部として死の質にもこだわるのである。**すると恐らく筆者の最期は次のようになるだろう。

—— この人は食べ物を嚙下できるということはまだ死期は迫っていない。しかし脳が委縮していて意識の存在を示す兆候が全くない。ということとはもはや魂の抜け殻であって「広い意味でのパーソン」ですらない。どうすればいいのだろうか。

—— 探してみたら四十年前に書かれたリビング・ウィルらしきものが見つかった。そこには「死期が迫っていなくても、魂の抜け殻のようになっていることが客観的に確認されたなら、安楽死を認めるべきである」という内容が書いてある。

—— すると(1)そのリビング・ウィルは本当に本人が書いたものなのか、さらに(2)本人の自発的意思によって書かれたものなのか、そして(3)本人の最終意思なのか、を裁判所で認定してもらえればよい。

正式に認められたなら、親族に連絡してから、複数の医師の立ち合いのもと、安楽死が執行されることになるだろう。もちろん筆者がそんなに長生きすることはないと思うが、仮に幸運にも安楽死できるほど長生きできたなら、最期の日には区切りよく誕生日がいい。日曜日のお昼頃に生まれたそうだから、終焉の時刻もやはり正午がいいだろう。その日がもし晴れていたならテラスに出て、南に広がる海に顔を向けたうえで、お手柔らかにお願いする。

脚注

本文中の引用のうち、邦訳のない文献については拙訳であるため、参考までに原文を付しておく。誤訳や曲解など御教示いただければ幸いです。

- [1] 橋田壽賀子 「私は安楽死で逝きたい」 『文藝春秋』 2016年12月号 pp. 157-159.
 [2] ディオゲネス・ラエルティオス 『ギリシア哲学者列伝』 岩波文庫 下巻 p. 212. 筆者の勝手な推測だが「葡萄酒を割らずに飲んだ」

のには麻酔の意味があったと思う。

- [3] 同上 中巻 p. 229.
 [4] 『倫理書簡集 I』 『セネカ哲学全集』 第5巻 pp. 227-228.
 [5] 『人生談義』 岩波文庫 下巻 p. 212.
 [6] 『神の国』 第1巻20章 『アウグスティヌス著作集』 第11巻 pp. 69-71.
 [7] 『神学大全』 第2-2部 第64問題 第5項主文
 [8] 同上 第2-2部 第64問題 第5項 第3異論回答
 [9] 『ユートピア』 第2巻 第7章 pp. 131-132.
 [10] 同上 第2巻 第7章 p. 132.
 [11] 『ペルシア人の手紙』 岩波文庫 下巻 p. 23.
 [12] 同上 下巻 p. 24.
 [13] 『奇蹟論・迷信論・自殺論』 p. 74.
 [14] 『学問の進歩』 岩波文庫 pp. 198-199.
 [15] 『「生きるに値しない命」とは誰のことか』 p. 32.
 [16] 同上 p. 39.
 「そこから必然的に生じる帰結はすべての人の生存意思を全面的に尊重するというものであり、これにはいかなる制限条件も付かない。むしろそのすべての人には、死を回避できない患者、激しい苦痛に苛まれている人、なんの役にも立たない nutzlosest 人が含まれる」
 [17] 同上 pp. 40-43.
 [18] McFadden, Charles J., “Medical Ethics”, p. 143.
 [19] Acta Apostolicae Sedis, 39 (1947), p. 483. “L’ indulgente faiblesse des parents les aveugle et fait le malheur de leurs enfants. Dans l’ ordre social, une pareille sensibilité aveugle l’ esprit et lui fait soutenir en théorie des thèses monstrueuses, prôner des pratiques immorales et néfastes. N’ en est-ce pas une que cette fausse pitié qui prétend justifier l’ euthanasie et soustraire l’ homme à la souffrance purificatrice et méritoire, non par un charitable et louable soulagement, mais par la mort telle qu’ on la donne à un animal sans raison et sans immortalité ? ” .
 [20] Kelly, Gerald, “The Duty of using artificial means of preserving Life”, “Theological Studies”, 11 (1950), p. 205.
 [21] McCartney, James J., “The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case”, “The Linacre Quarterly”, 47(3), 1980, p. 216.
 [22] Ibid. p. 217.
 [23] McFadden, Charles J., “Medical Ethics”, p. 150. “Human life belongs to the Creator alone as its Supreme Lord and Master. Neither man himself nor the State has any right to destroy it. Their obligation is to take all ordinary means to conserve this gift of God” .
 [24] ibid. p. 150. “It is never permissible to give a drug which would hasten the death of a suffering patient. The fact that the patient is certain to die soon does not alter the problem” .
 [25] ibid. pp. 150-151. “It is never permissible to hasten the death of any product of human conception. The degree of deformity does not change the situation. There is no obligation to take extraordinary measures to prolong such life, but baptism should be administered and the ordinary steps to conserve life must be taken” .

- [26] *ibid.* p. 151. “In the case of those dying in great pain without being spiritually prepared for death, it is not morally permissible to administer any drug which would take away consciousness. Such an act obviously grants alleviation from pain at the expense of possible reconciliation with God” .
- [27] *ibid.* p. 151. “In the case of those dying in great pain, who are known to be spiritually at peace with God, a drug may be administered which will alleviate pain and also take away consciousness. The practice is, however, not to be recommended. It is often difficult to be certain that a person is spiritually prepared to die, and the loss of consciousness deprives the dying person of the spiritual merit which might be derived from resignation to suffering. The ideal solution, if possible, would be to use a drug which would alleviate pain but not totally destroy consciousness” .
- [28] *ibid.* p. 154. “It is true that they cannot always banish physical pain and free the mind of torturing worries. But they are always capable of providing the patient with a far more valuable comfort. No greater benefit can be conferred upon suffering man than to imbue his mind with a knowledge of the inestimable value of suffering and the divine purposes which it can be made to serve” .
- [29] *ibid.* p. 159. “A patient is dying in great pain. Death is certain and inevitable. A certain stimulating drug may prolong life for another hour or two. Members of the patient’s family tell the doctor and nurse that the patient has suffered enough already and request that the drug not be given. Comment on the case” .
- [30] McFadden, Charles J., “Reference Manual for Medical Ethics” , p. 25, F. A. Davis Co., Philadelphia, (1949)
<http://www.obrascaticas.com/livros/Teologia/Reference%20Manual%20for%20Medical%20Ethics%20McFadden.pdf> 2017年11月17日取得
 “In this problem, we assume that death is certain and inevitable within an hour or so, ……and also that the patient has made his peace with God and received the Last Sacraments. Under such conditions, there is no moral obligation to give a stimulating drug that will merely prolong life in intense pain for so brief a period. Such a step should be construed, under the above conditions as an extraordinary means of preserving life; and ……no one is obliged to submit to such grave hardship in order to fulfill a duty, that is, to take such a step to prolong life for such a brief period. Appropriate words of warning, however, are in order: one must not be too ready to believe that death is certain and inevitable; and, if a dying person has not yet received the Last Sacraments, every effort should be made to keep him alive until he has had the opportunity to do so” .
- [31] Kelly, Gerald, “ The Duty of using artificial means of preserving Life ” , “ Theological Studies ” , 11 (1950), p. 208. “ The duty of preserving one’s life through ordinary means,” he says, “does not include the duty of using means that will prolong life so briefly that they may be morally considered as nothing.” It may be that the principle, *parum pro nihilo reputatur*, is really contained in the preceding principle, *nemo ad inutile tenetur*” .
- [32] *ibid.* p. 214. “The principle just cited refers even to the use of remedies which are normally considered ordinary means; a sick man is excused from using them if they do not offer a reasonable hope of success. Yet isn’t it true that in interpreting this excusing cause many relative factors have to be weighed? There are degrees of “success.” ……There are also degrees of “hope,” even when it concerns complete recovery. ……Finally, there are degrees of difficulty in obtaining and using ordinary means” .
- [33] *ibid.* p. 218. “His solution is that, under the circumstances (inevitable death in a sort time, great pain, patient prepared for death), the use of the stimulant may be considered an extraordinary means and not obligatory. I agree that it is not obligatory, but my analysis of the case would be somewhat different. I should prefer to say that the use of a stimulant for such a short time is an ordinary means. But since it is artificial, and since it has practically no remedial value in the circumstances, the patient is not obliged to use it. (*Nemo ad inutile tenetur*, or *parum pro nihilo reputatur*.)” .
- [34] Kelly, Gerald, “ The Duty to preserve Life ” , “ Theological Studies ” , 12 (1951), p. 550.
 “ Ordinary means are all means, treatments, and operations, which offers a reasonable hope of benefit and which can be obtained and used without excessive expense, pain, or other inconvenience. Extraordinary means are all medicines, treatment, and operations, which cannot be obtained or used without excessive expense, pain, or other inconvenience, or which, if used, would not offer a reasonable hope of benefit ” .
- [35] *ibid.* p. 550. “With these definitions in mind, we could say without qualification that the patient is always obliged to use ordinary means. On the other hand, insofar as the precept of caring for his health is concerned, he is never obliged to use extraordinary means; but he might have an extrinsic obligation to use such means, e. g., when his life is necessary for the common good or when a prolongation of life is necessary for his eternal salvation” .
- [36] *ibid.* pp. 555-556. “ When a doctor and his consultants have sincerely judged that a patient is incurable, the decision concerning further treatment should be in terms of the patient’s own interests and reasonable wishes, expressed or implied. Proper treatment certainly includes the use of all natural means of preserving life (food, drink, etc.), good nursing care, appropriate measures to relieve physical and mental pain, and the opportunity of preparing for death. Since the professional standards of conscientious physicians vary somewhat regarding

the use of further means, such as artificial life-sustainers, the doctor should feel in conscience to use or not use these things, according to the circumstances of each case. In general, it may be said that he has no moral obligation to use them unless they offer the hope of some real benefit to his patient without imposing a disproportionate inconvenience on others, or unless by reason of special conditions, failure to use such means would reflect unfavorably on his profession” .

- [37] Acta Apostolicae Sedis, 49 (1957), p. 130.
 “ Existe-t-il une obligation morale générale de refuser, l’ analgésie et d’ accepter la douleur physique par esprit de foi ? ”

- [38] ibid. p. 135.
 「人間は、墮落の後でさえも、自然の様々な力を支配し、それらを自分の仕事のために役立て、かくして身体的苦痛を回避したり無くしたりするために自然が人間に与えるあらゆる手立てを活用する権利を保持している。しかしキリスト教にとっては、苦痛は全く否定的な出来事ではないこと、逆にそれは宗教的また道徳的な高い価値と結びついていること、だから苦痛は、たとえあれこれの個別の事例において何らそうした道徳的義務のためにあるわけではなくても、欲せられ求められ得るものであること、を我々は付け加えた。そして我々は続けた。『主の生命と苦しみ、かくも多くの偉大な人々が背負い、また求め、そしてそのおかげで彼らをキリスト教の英雄主義の頂点にまで成熟させ高めた苦しみ、我々が目の当たりにしている日々の十字架への帰依、これらはすべて、この地上に生きる間の苦しみと、救いの現実的経緯において苦痛を忍耐強く受容することの意味を明らかにしている』

“L’ homme conserve, même après la Chute, le droit de dominer les forces de la nature, de les utiliser à son service, et donc de mettre à profit toutes les ressources qu’ elle lui offre pour éviter ou supprimer la douleur physique. Mais Nous avons ajouté que, pour le chrétien, celle-ci ne constitue pas un fait purement négatif, qu’ elle est associée au contraire à des valeurs religieuses et morales élevées, et peut donc être voulue et cherchée, même s’ il n’ existe pour cela aucune obligation morale dans tel ou tel cas particulier. Et Nous continuons : 《La vie et la souffrance de Seigneur, les douleurs que tant de grands hommes ont supportées et même cherchées, grâce auxquelles ils ont mûri, grandi jusqu’ aux sommets de l’ héroïsme chrétien, les exemples quotidiens d’ acceptation résignée de la croix, que Nous avons sous les yeux, tout cela révèle la signification de la souffrance, de l’ acceptation patiente de la douleur dans l’ économie actuelle du salut, pendant le temps de cette vie terrestre》 ”

- [39] ibid. p. 137. “Le patient désireux d’ éviter ou de calmer la douleur peut, sans inquiétude de conscience, utiliser les moyens trouvés par la science et qui, en eux-mêmes, ne sont pas immoraux. ……mais le devoir de renoncement et de purification intérieure qui incombe aux chrétiens, n’ est pas un obstacle à l’ emploi de l’ anesthésie, parce qu’ on peut le remplir

d’ une autre manière. La même règle s’ applique aussi aux exigences surrogatoires de l’ idéal chrétien.”

- [40] ibid. p. 130. “La privation, de la conscience et de l’ usage des facultés supérieures provoquée par les narcotiques est-elle compatible avec l’ esprit de l’ Evangile ? ”
- [41] ibid. p. 143. “……dans les limites indiquées et si l’ on observe les conditions requises, la narcose entraînant une diminution ou une suppression de la conscience est permise par la morale naturelle et compatible avec l’ esprit de l’ Evangile.”
- [42] ibid. p. 130. “L’ emploi de narcotiques est-il licite pour des mourants ou des malades en péril de mort, à supposer qu’ il existe pour cela une indication clinique ? Peut-on les utiliser même si l’ atténuation de la douleur s’ accompagne probablement d’ un abrègement de la vie ? ”
- [43] ibid. p. 146. “D’ abord toute forme d’ euthanasie directe, c’ est-à-dire l’ administration de narcotique afin de provoquer ou de hâter la mort, est illicite, parce qu’ on prétend alors disposer directement de la vie. C’ est un des principes fondamentaux de la morale naturelle et chrétienne, que l’ homme n’ est pas maître et possesseur, mais seulement usufruitier de son corps et de son existence. ……Si entre la narcose et l’ abrègement de la vie n’ existe aucun lien causal direct, posé par la volonté des intéressés ou par la nature des choses ……et si au contraire l’ administration de narcotiques entraîne par elle-même deux effets distincts, d’ une part le soulagement des douleurs, et d’ autre part l’ abrègement de la vie, elle est licite; encore faut-il voir s’ il y a entre ces deux effets une proportion raisonnable, et si les avantages de l’ un compensent les inconvénients de l’ autre.”
- [44] 『神学大全』第2-2部 第64問題 第7項主文
 「一つの行為が二つの結果 —— そのうちの一方だけが意図されたものであり、他のものは意図の外にあるような —— を持つことを妨げるものは何もない。……それゆえに自分を守る行為において二つの結果が生じることは可能である。すなわち、その一つは自らの生命が保全されることであり、もう一つは攻撃する者が殺されることである。……しかるに善い意図に由来する行為であっても、もし目的との釣り合いを失するならば、許されざるものとなることが可能である。従って、もし或る人が自分の生命を守るために、必要以上の暴力を行使したならば、許されざることであろう」
- [45] Acta Apostolicae Sedis, 49 (1957), p. 1030. “La raison naturelle et la morale chrétienne disent que l’ homme (et quiconque est chargé de prendre soin de son semblable) a le droit et le devoir, en cas de maladie grave, de prendre les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé. ……Mais il n’ oblige habituellement qu’ à l’ emploi des moyens ordinaires (suivant les circonstances de personnes, de lieux, d’ époques, de culture), c’ est-à-dire des moyens qui n’ imposent aucune charge extraordinaire pour soi-même ou pour un autre.”

- [46] *ibid.* p.1032. “Les droits et les devoirs de la famille, en général, dépendent de la volonté présumée du patient inconscient, s’ il est majeur et «sui juris». Quant au devoir propre et indépendant de la famille, il n’ oblige habituellement qu’ à l’ emploi des moyens ordinaires. Par conséquent, s’ il apparaît que la tentative de réanimation constitue en réalité pour la famille une telle charge qu’ on ne puisse pas en conscience la lui imposer, elle peut licitement insister pour que le médecin interrompe ses tentatives, et le médecin peut licitement lui obtempérer. Il n’ y a en ce cas aucune disposition directe de la vie du patient, ni euthanasie, ce qui ne serait jamais licite; même quand elle entraîne la cessation de la circulation sanguine, l’ interruption des tentatives de réanimation n’ est jamais qu’ indirectement cause de la cessation de la vie, et il faut appliquer dans ce cas le principe du double effet et celui du «voluntarium in causa» .”
- [47] O’Callaghan, D.F., “Duty to Prolong Life in the Hopeless Case”, p.332. “The Popetouches on a principle basic to our case when he states that the duty of preserving life is limited to taking *ordinary* means or precautions.……Ordinary and extraordinary are the critical words in the principle.……The accepted moral definition of ordinary means is that of Father Gerald Kelly: ‘All medicines, treatments and operations which offer a reasonable hope of benefit for the patient, and which can be obtained or used without excessive expense, pain or other inconvenience,’ The two cardinal factors are convenience and utility” .
- [48] *ibid.* p.333. “If the artificial methods are used to tide a patient over a temporary crisis with good hope of ultimate recovery they must be regarded as ordinary means.……On the other hand, if chronic illness necessitates the employment of these methods on a permanent basis, one may judge that they are extraordinary and therefore not obligatory” .
- [49] *ibid.* p.333. “Often one will discover that the line between euthanasia and the decision to allow nature to take its course is extremely fine. Often the clear lines of the principle quoted by pius XII will be blurred: ‘The cessation of attempts to resuscitate (or prolong)life, even though circulation and vital activity lapse as a result, is nothing more than an indirect cause of death, and it is necessary to introduce here the principle of double effect or *voluntarium in causa.*’ ” .
- [50] *ibid.* p.334. “Does mere biological existence without hope of a return to consciousness qualify for the description? The answer to the final question is yes. This too is the life of a human being, and it is sacrosanct and inviolable. However, the fact that it is not operative human life will have a bearing on the measures which one is reasonably bound to employ to keep it in being, since the ultimate benefit to the patient is one of the chief elements in deciding the obligatory character of a particular procedure. If the patient is deeply unconscious (with massive injuries to the central nervous system, for instance), and if the doctor is certain that there is no hope of the return of consciousness, he is not morally obliged to initiate drip-feeding or oxygen unless some extrinsic reason, such as the need to receive the sacraments, requires that life be sustained” .
- [51] *ibid.* p.335. “The doctor must first consult the wishes of the patient or of his representatives and they may quite reasonably desire that the artificial measures be continued. But may the patient who is well prepared for death ask that they be discontinued? May the doctor act on this? In my opinion the answer is yes. The prolonging of life in these circumstances is of no benefit to the patient and he may reasonably desire to be allowed to die in peace. In other words, in these circumstances the artificial life-sustainers are extraordinary means” .
- [52] Huftier, M., “Usage de Soins Extraordinaires”, p.455-456. “du moins, on n’ est pas obligé d’ employer des moyens extraordinaires.……Il est certain que chacun est tenu de prendre soin de sa vie par les «moyens ordinaires et convenables à son état», c’ est-à-dire sans grand risque ou déploiement de techniques extraordinaires ou de grosses sommes d’ argent : ……Mais on n’ est pas obligé de recourir à des moyens vraiment extraordinaires et difficiles pour conserver ou récupérer la santé” .
- [53] *ibid.* p.456. “On a là les principes de solution aux questions posées. Mais on comprend aussi qu’ il soit difficile de dire si, en tel cas précis, tel traitement est un moyen ordinaire ou extraordinaire, étant donné, précisément, les circonstances de lieux, d’ époques, de culture, don’ t il faut tenir compte. Par exemple, on ne peut pas dire qu’ une couveuse soit, de soi, un moyen extraordinaire, et l’ on connaît beaucoup d’ enfants qui, venus au monde dans des circonstances difficiles ou délicates, furent placés dans une couveuse et sont maintenant des enfants normaux. Mais on ne pourra pas un enfant dont on est sûr qu’ il sera toute sa vie un anormal demandant des soins constants et délicats. Même réponse lorsqu’ il s’ agit d’ opération por cancer ou crise cardiaque : il y a de telles opérations qui prolongent une vie pendant des années assez longues et permettent une certaine activité : si l’ opération elle-même n’ entraîne pas des frais élevés pour la famille, c’ est un moyen ordinaire. Au contraire, une opération qui ne prolongera qu’ une vie très diminuée demandant des soins prolongés et coûteux, pourra être rangée au nombre des moyens extraordinaires” .
- [54] Ramsy, Paul, “The Patient as Person”, p.132. “In the foregoing analysis we have drawn two pivotal conclusions : (1) that there is no duty to use useless means, however natural or ordinary or

- customary in practice ; and (2)that the description of human acts of caring for the dying(or caring for the not yet dying)terminates in the man who is the patient of these ministrations and not in the disease or diseases he has. There are related points : in judging whether to try a given treatment one has to estimate whether there is a reasonable hope of succwss insaving the man’ s life” .
- [55] ibid. p.137, “ Even when he could succeed, a doctor may and sometimes should allow his medical judgment to defer to a patient’ s estimate of the higher importance of the worth and the relations for which his life was lived ” .
- [56] ibid. p.137, “Fr.Kelly lists the following examples : “Leaving one’ s home to go to a more healthful climate ; the maiden’ s repugnance to being treated by a (male) physician or surgeon ; the amputation of a limb ; other major operations.especially those involving the opening of the abdomen ; and all very costly treatments” .
- [57] ウィリアム・R・クラーク 『死はなぜ進化したか』 p. 147.
- [58] 読売新聞 2000年4月13日6面
- [59] 朝日新聞 2013年4月12日7面
- [60] 三井美奈 『安楽死のできる国』 pp.69-70.
- [61] 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf
- [62] 「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)」
http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf
- [63] 「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」
www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/.../jgs_ahn-gl_2012....
- [64] 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン 3学会からの提言」
www.jaam.jp/html/info/2014/pdf/info-20141104_02_01.pdf
- [65] 産経新聞 2017年4月8日26面「救急搬送中の終末期患者 蘇生望まぬ場合救命中止も」
- [66] 日本尊厳死協会ホームページより 2017年7月改訂版
http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html
- [67] 『安楽死のできる国』 pp.128-129.
- [68] 『安楽死のできる国』 p.133.
- [69] 朝日新聞 2013年4月18日23面
- [70] 「もし合法ならあなたは安楽死を選びますか？」
『週刊ポスト』 2013年10月25日号
- [71] 同上
- [72] 同上
- [73] 日本経済新聞 2017年1月5日
- [74] www.minnanokaigo.com/guide/disease/terminal-care-cost/
「安楽死のすべて」
『週刊ポスト』 2017年2月17日号
- [76] 『「生きるに値しない命」とは誰のことか』 p.56-57.
- [77] 同上 p.70.
- [78] 同上 p.77.
- [79] ヨハネ・パウロ二世 『いのちの福音』 pp.29-30.
- [80] ジョセフ・フレッチャー 『医療と人間』 p.30.
- [81] 「もし合法ならあなたは安楽死を選びますか？」
週刊ポスト 2013年10月25日号
- [82] Acta Apostolicae Sedis,72 (1980),pp.550-551,
“ Semper licet satis habere communia remedia, quae ars medica suppeditare potest. Quapropter nemini obligation imponenda est genus curationis adhibendi quod, etsi in usu iam est, adhuc tamen non caret periculo vel nimis est onerosum. Quae remedii recusatio comparanda non est cum suicidio : verius habenda est vel simplex acceptatione condicionis humanae ; vel cura vitandi laboriosum medicare artis apparatus cui tamen par sperandorum effectuum utilitas non respondet ; vel denique voluntas onus nimis grave familiae aut communitati non imponendi ” .
- [83] ジェームズ・レイチェルズ, スチュアート・レイチェルズ 『哲学のアポリア』 p.152.
- [84] 平成26年版厚生労働白書「生涯未婚率の推移」
www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/.../2-1-1-02.html
- [85] 厚生労働省 平成26年国民生活基礎調査(平成25年)の結果から 「グラフでみる世帯の状況」 p.9.
www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-h25.pdf
- [86] 「<英国>乳児尊厳死に注目 トランプ氏ら治療継続を支援」 2017年7月11日取得
https://news.yahoo.co.jp/pickup/6246481

文 献

- ディオゲネス・ラエルティオス 『ギリシア哲学者列伝』
加来彰俊訳 岩波文庫 1994年
- セネカ 『倫理書簡集 I』 高橋宏幸訳 (『セネカ哲学全集』第5巻) 岩波書店 2005年
- エピクテトス 『人生談義』 鹿野治助訳 岩波文庫
昭和33年
- アウグスティヌス 『神の国』 赤木善光・泉治典・金子晴勇
訳 (『アウグスティヌス著作集』第11巻) 教文館
1990年
- トマス・アキナス 『神学大全』 第18巻 稲垣良典訳
創文社 1985年
- トーマス・モア 『ユートピア』 平井正徳訳 岩波文庫
1957年
- フランシス・ベーコン 『学問の進歩』
服部英次郎・多田英次訳 岩波文庫 昭和49年
- フランシス・ベーコン 『ニュー・アトランティス』
川西進訳 岩波文庫 2003年
- モンテスキュー 『ペルシア人の手紙』 大岩誠訳
岩波文庫 昭和26年
- デビッド・ヒューム 『奇蹟論・迷信論・自殺論』
福鎌忠恕訳 法政大学出版局 1985年
- ビンディンク, ホッヘ
『「生きるに値しない命」とは誰のことか』
森下直貴・佐野誠訳 窓社 2001年

- ウィリアム・R・クラーク 『死はなぜ進化したか』
岡田益吉訳 三田出版会 1997年
- ジャック・キヴォーキアン 『死を処方する』
松田和也訳 青土社 1999年
- ヨハネ・パウロ二世 『いのちの福音』
裏辻洋二訳 カトリック中央協議会 2008年
- ジョセフ・フレッチャー 『医療と人間』
岩井祐彦訳 誠信書房 1965年
- ジェームズ・レイチェルズ, スチュアート・レイチェルズ
『哲学のアポリア』 古牧徳生・次田憲和訳
晃洋書房 2015年
- 宮川俊行 『安楽死の論理と倫理』
東京大学出版会 1979年
- 宮川俊行 『安楽死について 「バチカン声明」はこう
考える』 中央出版社 昭和58年
- 星野一正 『わたしの生命はだれのもの』
大蔵省印刷局 平成8年
- 三井美奈 『安楽死のできる国』 新潮社 2003年
- 須田セツ子 『わたしがしたことは殺人ですか』
青志社 2010年
- 加藤尚武・飯田亘之編 『バイオエシックスの基礎』
東海大学出版会 1988年
- 日本尊厳死協会編 『尊厳死』 講談社 1990年
- “Acta Apostolicae Sedis”, (『使徒座公報』)
www.vatican.va/archive/aas/index_sp.htm -
- Kelly, Gerald, “The Duty of using artificial means of
preserving Life”, “Theological Studies”, 11
(1950), pp. 203-220.
- Kelly, Gerald, “The Duty to preserve Life”,
“Theological Studies”, 12 (1951), pp. 550-556.
- O’Callaghan, D.F., “Duty to Prolong Life in the
Hopeless Case”, “Irish Ecclesiastical
Record”, 103 (1964), pp. 330-336.
- Huftier, M., “Usage de Soins Extraordinaires”, “Ami
du Clerge”, 75 (1966), pp. 455-456.
- McCartney, James J., “The Development of the Doctrine
of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving
Life in Catholic Moral Theology Before the Karen
Quinlan Case”, “The Linacre
Quarterly”, 47 (3), 1980, pp. 215-224.
- McFadden, Charles J., “Medical Ethics”, 3rd
ed, F. A. Davis
Company, Publishers, Philadelphia, 1953.
- McFadden, Charles J., “Reference Manual for Medical
Ethics”, F. A. Davis Co., Philadelphia, 1949 .
[http://www.obrascaticas.com/livros/Teologia/Ref
erence%20Manual%20for%20Medical%20Ethics%20McFadd
en.pdf](http://www.obrascaticas.com/livros/Teologia/Reference%20Manual%20for%20Medical%20Ethics%20McFadden.pdf)
2017年11月17日取得
- Ramsey, Paul, “The Patient as Person”, 2nd edit., Yale
University Press, New Haven and London, 2002.

Original paper

Why Euthanasia yet again ?

Tokuo HURUMAKI*

Faculty of Health and Welfare Science, Nayoro City University

Abstract: Facing the rapid aging of society due to ongoing advances in medicine, many developed countries have made moves to legalize euthanasia. From the hedonistic point of view, this article argues for the necessity of euthanasia, not only as personal demand but also as social request. It consists of six sections.

1. Ideological review of the transition from “euthanasia” to “death with dignity”.
2. Steps towards the legalization of euthanasia in the Netherlands.
3. Some euthanasia incidents in Japan.
4. Struggles towards passing a euthanasia bill in Japan.
5. Some prospective problems arising from an increasing tolerance of euthanasia.
6. The author’s response to the problems posited in the previous section.

Key words: ordinary means and extraordinary means, Living-will, Hyper-aged Society