

尊厳死・安楽死・PAD

村上 陽一郎

1. 自死

宗教、とりわけキリスト教が自死を禁じていることは、広く知られている。ユダヤ教も含めて、自殺者は、通常の儀礼をもって葬られるべきではない、あるいは、正規の墓地には埋葬されるべきでない、というような、葬送における差別は、歴史的に永らく慣行として行われてきた。ただ、イスラム教では『クルアーン』中に、自殺が罪である旨の記載を見つけることができるし、またユダヤ教では、モーゼの十戒のなかの「汝殺すなかれ」を自らにも当てはめる、という解釈はあるが、福音史家や弟子たちが伝えるイエスの言動のなかに、自死を戒める直接的な言葉を見出すことはできない。言い換えれば、キリスト教の原理的教義には、自死を罪とする件りはないと言える。

では、キリスト教における自死の禁忌は、何に淵源するのか。通常は、教父アウグスティヌス（354~430）の『神の国』に説かれている内容にあると考えられている。彼は、仮令無垢の女性が、捕囚の状態のなかで、恥辱となる行為を強いられたとしても、それを理由に自死することは許されない、というような具体的な場合を引きながら、肉体的、あるいは精神的苦痛から逃れる自死は、結局人間としての「弱さ」の証であり、こうした「弱さ」は、神の意志に反するものであって、罪と見なさざるを得ない、と断定する。アウグスティヌスがこうした見解を持つに至った背景には、彼の先行者たちの間で、極めて数多くの殉教者を出し、またローマの軍隊で慣行となっていた〈decimation〉（適切な日本語訳がないが、兵士多数

が連帯責任を負わねばならないとき、十人に一人ずつを籤で選んで、処刑させ、後の九人は、多少の懲罰を受けるのみで済ませる、という習慣）が、一般化し、殉教の場面にまで広がった点などがあったのでは、と推測される。またアウグスティヌスは、モーゼの十戒の「汝殺すなかれ」も、自死に対する禁制の根拠に引いている。

13世紀以降のスコラ学を中心となったトマス・アクイナス（1225~74）もまた、神のみに委ねられている人間の生死の決定権を、人間が篡奪することになる、という理由づけで、自死を禁じる立場を明瞭にした。

こうした有力な神学者たちの立論が、キリスト教世界における自死禁制の習慣化に決定的な役割を果たした、と考えてよいだろう。実際、歴代の教皇は、折に触れて、自死を戒める言葉を公表してきている。

仏教では、事態はいささか微妙である。生き物の命を妄りに絶つことは、当然殺生戒を破ることであって、自死も同様に考えられるが、例えば、重篤な病気に罹り、しかも生き長らえることが、周囲の人々に多大の負担をかけることが明らかな際、自ら食を絶って、死を迎えることは、むしろ慈悲の行為として、推賞される場合もあるからである。あるいは衆生の救済のために、即身成仏の途を選ぶことは、むしろ最高の慈悲の行為でもある。現在、一部の仏教の派では、自死を必ずしも罪業とは認めないとしている。

翻って、日本の歴史的な伝統のなかでは、人間の死、あるいは自分の死について、ある種独特の文化的伝統を育んできた。とくに武家社会が始まってからは、生に対する執着は醜いもの、という価値観が形成され、責任の取り方としての自死（切腹）をはじめ、潔い死に方こそが理想として尊ばれる習慣が生まれた。その極致が、人間は（武士は）基本的に「死人」（しびと）である、という葉隠れの精神であり、それがデフォルメされた形で表れたのが、人命（あるいは自分の命）は羽毛より軽い、と考える太平洋戦争中の価値意識へと繋がったと言えるだろう。しかし、この価値観は、必ずしも武家階級だけのものではなかった。その例を、始まった

ばかりの江戸幕藩体制を揺るがせた島原の乱に見る。原城址に集った数万人の人のほとんどは、武士ではなかったし、自らの死を受け入れることにおいて、躊躇いは少なかった。それがキリスト教という外来の価値を基礎にした、「殉教」という特殊な状況であったにせよ、そこには、日本社会独特の死への思いが関わっていなかったとは言えない。

戦後価値観は一転する。(自分の)「生命を賭して」も守らなければならない価値が、別にある、という発想を、全く認めない風潮は、反動の一種として、社会全体に広がった。「人の命は地球より重い」というジョークにしてはよく出来た文句は、「超法規的な」措置の言い訳として、言い立てた為政者は、恐らく真面目だったのだろうが、そうした反対側に触れた戦後の価値観の象徴でもあった。今、命は、無条件に、無前提に、只管守るべき至上の価値の様相を呈している。ただし一言付け加えれば、後にも触れるように、現代の日本の刑法では、自死は犯罪ではない。道徳的な「罪」なのかどうかさえ、判然とはされていない。曖昧なままである。

2. 尊厳死

「尊厳死」という日本語は、英語の〈death with dignity〉の訳として定着している。現代社会における尊厳死は、むしろ医療の高度化の結果、ある種の必然として生まれてきたものだろう。過去においては、後に検討する「医師の手による自死の支援」(通常は「自殺幫助」の一種とされるが、刑法上の「自殺幫助」と区別するために本稿では煩雑を厭わず、この概念を使うことにする、なお後に英語の略語〈PAD〉に置き換えることになる)、あるいは場合によっては安楽死にも適用されていた言葉であった。言い替えば、現代における高度医療の普及が、尊厳死、医師の手による自死の支援、そして、安楽死の三者を峻別せざるを得なくなっている、とも解釈できる。ここで三者の一応の区別をしておこう。尊厳死は、終末期の患者の積極的な治療を控える、もしくは中止すること、医師の手による自死の支援は、医師によって処方された致死薬もしくは方法を、患

者が自ら服用もしくは実行すること、そして安楽死は、医師の手によって患者の生命を終わらせること、と差し当たり定義しておきたい。

さて、尊厳死であるが、もともと「尊厳」と訳される英語の〈dignity〉の源は、ルネサンスの精神を象徴する言葉（ラテン語の〈dignus〉）と考えられてきた。なかでも、いわゆる「人文主義者」の代表者の一人と目されるピコ・デッラ・ミランドラ（Giovanni Pico della Mirandola, 1463-94）の著作『人間の尊厳について』（*De hominis dignitate*）は、この概念の根源として、常に言及される。ピコは、アリストテレス主義を中心とする13世紀以降のスコラ学、とりわけトマス主義的なスコラ学の伝統と、ルネサンス期にフィレンツェを媒介して流入する新プラトン主義、あるいはユダヤ教理の一部であるカバラ、さらにはヘルメス・トリスメギストスなる聖賢の残したとされる『ヘルメス文書』に依拠するヘルメス主義など、スコラ学の立場からすれば「異端」と見なされる様々な思潮の融合を図った人物である。そのなかで、人間として、さらには知識人（哲学徒）として、譲ることの出来ない素養を求めようとするのが、彼の趣意であったと思われる。

しかし、西欧が近代に深入りするにしたがって、「尊厳」は人間の（むしろ市民一人一人の）基本的な権利の基礎となるものと考えられるに至り、多くの場合、それを侵されるときに、表面化する概念として規定されるようになった。

その延長上に、現在の尊厳死の概念もあると言えるだろう。日本において、尊厳死の考え方の普及に力を尽くしてきた日本尊厳死協会は、奇妙なことに、公的に尊厳死の定義を与えてはいない。むしろ「リビング・ウィル」という概念を柱として、その運動を展開しながら、その中で、暗々裏に尊厳死の定義を示している。それによれば、

回復の見込みがなく、すぐにも命の灯が消え去ろうとしているときでも、現代の医療は、あなたを生かし続けることが可能です。人工呼

吸器をつけて体内に酸素を送り込み、胃に穴をあけて胃ろうを装着して栄養を摂取させます。ひとたびこれらの延命措置を始めたら、はずすことは容易ではありません。〔中略〕チューブや機械につながれて、なお辛い闘病を強いられ、「回復の見込みがないのなら、安らかにそのときを迎えたい」と思っている方々も多数いらっしゃいます。〔後略〕（同協会HPより）

つまり、ここでは、「回復の見込みがないときに、望む以上の延命措置を拒む」ことが、尊厳死の定義として示されている。そして、その望みの意志表示が、当人の生前、理性的判断が出来る状態において、文書の形で残されている場合には、医療側はそれを尊重すべきである、という主張を、併せ持っているのが尊厳死ということになる。

すでに見たように、近代における「尊厳」の概念は、人間の基本的な権利に相当し、その権利が、何らかの形で侵害される、あるいは侵害されようとしているときに、その侵害を抑止、もしくは排除するための根拠付に使われる傾向が強い。ここでも、尊厳死は、一人の患者が、自己の意志に逆らって、「過剰な」（と本人には思われる）医療行為を拒むことができる、という権利意識を背後に持っている行為として、定立されている。下世話な言葉を使えば、「お節介な医療」を拒否するとでも言おうか。つまり先に暫定的に与えた定義に照らせば、事前の意志表明（リビング・ウィル）によって、終末期の患者は積極的な治療を控えることを、医療側に求め、実行することと重なる。一言付け加えれば、尊厳死を標榜することは、場合によっては、生命よりも尊重すべき価値（それが「人間の尊厳」である）がある、ということをも認めることである、という点には、注意すべきであろう。

さてしかし、ここには、幾つかの問題が生じる。一つは、治療を「控える」のはともかく、すでに行われている延命治療を中止、あるいは差し止める、ということには、医療側に常に大きな抵抗が生まれる。こうした処

置は、機能している生命維持装置を外すという意味で〈plug-off〉と呼ばれることが多い。もう一つの問題は、本人の意志が確認できないままに、つまり、意志表示がされる前に、ことが起こり、意識が戻らない状態が続く場合、あるいは幼児や、認知症で明確な意志の表明ができない場合に、家族や、場合によっては医療側の判断で、尊厳死を実行できるか、という問題である。過去における諸外国にも、これらの問題に関して、多くの先例がある。例えばアメリカで、こうした問題のきっかけを作ったと言われる「カレン事件」は、まさしく、この二つの問題を兼ね備えた典型だろう。

ケース・スタディの意味で、少し詳しく振り返っておこう。この事件は、1975年春アメリカ、ニュージャージー州の、当時21歳だった女子学生カレン・クインランに起こった。彼女は日頃精神安定剤や、一種の麻薬を常用していたらしいが、その上にコンパに出席してアルコールを摂取、帰宅した後意識を失った。病院に搬送されたときには、すでに深昏睡で、植物状態様と判定され、生命維持装置（人工呼吸装置とチューブ栄養＝鼻と胃とを直接繋ぐチューブによる栄養補給）が装着され、数か月が過ぎたが、脳波は平坦のまま、意識は全くなく、状態は改善されないばかりか、全身状態も悪化するばかりだった。その段階で、両親、とくに父親はカトリック信徒であったが、病院に〈plug-off〉を要望した。病院は拒否し、ことは法廷に持ち込まれた。高裁の判決は、カレン自身の意志確認ができない状況であることを理由に、病院側の勝訴となったが、最高裁の判断はこれを覆した。父親を、カレンの後見職として認め、その意志に基づく判断を尊重すること、病院は審査の委員会を設けて、十分な条件が整ったときに、〈plug-off〉を実行すること、そしてその後に起こる法的な問題に関しては、すべて責任を免除することを示したのである。

この話には後日談が二つある。一つは、当該の病院が、プロライフの傾向が強かったためもあったか、患者は転院させられた上で、他の病院で〈plug-off〉が実行されたことであり、この点は、後に一部の批判を浴びることになった。下世話に言えば、厄介ごとを盪回しにする、あるいは、自

分の倫理的な信念を曲げないために、他者にその責任を押し付ける、という病院の姿勢は、倫理的に容認できるか、という批判であった。もう一つは、カレンの生命維持装置が外されてなお、彼女は九年間も自発呼吸があって、生物学的には生き続けたのである。カレンが肺炎で亡くなったのは事件が起こって十年後であった。

州最高裁が、父親をカレンの、真摯な意志を備えた後見人として認めた理由の背後には、父親のカトリック信仰があった。父親が求めている処置は、いわゆる「安楽死」(euthanasia)とは区別されるべきものであり、「常道的な治療外のもの」(extraordinary means of treatment)を終わらせることであった、として、最高裁の判決文に、父親の信仰の最終的な指導者と言ってよい、教皇ピオⅫ世が1957年に発した見解が引かれている。それによれば、人工延命装置の使用については、患者の意志と無縁のところで行う権利は、医師にはないこと、またこの処置は「常道的な治療外のもの」と見なせる、とされている(1957年11月24日の教皇「アロクチオ」)。判決文は、この点を判決の根拠の一つに挙げている(1976年州最高裁判決文から)。この教皇の見解は、時代とともに高度化し、「人工化」する医療に対する、「保守的な」立場から発せられた性格のものであるが、それが、むしろ時代の先端をゆく判断に援用されている、という、ある意味では皮肉な事態ではあった。

いずれにせよ、この判決によって、尊厳死は、次第に容認される方向に進み、患者の自立性を擁護する立場と相まって、現在アメリカでは、ほとんど「自然死」と同じような扱いを受けるに至っている。

日本における比較的最近の事例を考えてみよう。やや衝撃的に報道されたのが、富山県射水市民病院の例である。平成12年以降七年間に、七人の終末期患者が、医師の判断で生命維持装置を外されたことが明らかになり、警察は、関わった医師二人を殺人容疑で送検したが、最終的に不起訴処分が決定した。いずれも、死期が迫り、深昏睡であったり、末期癌であったり、このうち一人は、本人の意志が確認できたが、残る六人は家族

の同意のみで、実行された、ということであった。

日本でも、尊厳死協会に登録され、いわゆる「リヴィング・ウィル」の宣言をしている人々の数は、現在二十万人に近づいている。ここでの登録は、終末期には積極的な治療を控えるように、という医師への依頼と、疼痛対策としての緩和治療は拒まない、ということを骨子とした意志表示をすることを意味しており、こうした場合には、患者の意志を尊重する習慣は、日本の医療関係者の間でも、比較的問題なく受け入れられている。したがって、患者ないしその家族の意志に従って、終末期の患者に積極的な治療を控える（withholding）という意味での尊厳死は、ある程度定着してきている、と言えるだろう。言い換えれば、ここで、敢えて取り上げるまでもないものと判断する。

ただ、カレン裁判の場合と同様、すでに行われている治療を中止する（withdrawing）ことには、上記のように、警察が介入するケースが多いので、医療側では、極めて慎重にならざるを得ない状況が続いてきた。

ただ、先に日本医師会も「中止する」ことの容認も含めて、ある種の意志表示を公表したが、尊厳死の判定基準を具体的に明確化したものではなかった。射水市民病院の事例がきっかけとなって、この時期に遅ればせながら、幾つかの組織が、尊厳死に関するガイドラインを発表するようになった。最も注目すべきなのは、平成19年10月に、日本救急医学会が公表したものであろう。その中で、リヴィング・ウィルがある場合はもちろん、家族の意志が確認できる場合、そして、家族の意志が確認もしくは判断が出来ない場合には、医療チームの複合的な判断によっても、「中止する」ことができる場合があることを示している。もちろん、このガイドラインが、そのまま日本の基準として、今後有効に機能するわけではない。国会にも、幾たびか、法案の提出があったが、結局法制化には至っていない。それだけ、簡単に白か黒かを決めてしまうには難しい問題であることは確かである。

ただ、リヴィング・ウィル、あるいは当事者の自発的な意志表示という

ことが、近代社会のなかで、個人が、他から侵されることのない、自立の権利を持つ、という価値観からみて、当然、あるいは自然な解釈であることは判るが、それがすべてに優先する、というわけにもいかない点は、考慮されなければならない。何故なら、すべての人間が、一旦宣言した自らの意志を、どんな場合でも、維持し続ける、とは限らないからであり、また、その権利がすべてに優先されるならば、自殺そのものも、無条件に容認されなければならないようになる恐れがあるからである。

他方、当人の意志の確認が明確でない、あるいはそれが難しい場合がある。これには、多少他の要素も入り込むことは前提としたうえで、横浜協同病院で1998年に起こった事件を振り返ってみよう。もともと、公害病の認定を受け、同病院の患者であった男性Aが、重度の発作による心肺停止状態で、同病院の救急に搬送されてきた。救命処置によって脈拍は回復したが、自発呼吸はなく、深昏睡の状態で、人工呼吸器を装着、経過を見た。主治医は、数日後、自発呼吸の兆候が見られたので、気管に装着したチューブは気道確保のためそのままにして、装置を外してみた。その後チューブも外してみたが、呼吸状態は悪化、結局もとに戻した。家族には、意識回復の希望はほとんどないこと、脳死状態に近いこと、などを説明していた。十病日ほど経ったころ、同意した家族の見守るなかで、チューブを抜いた。そのまま安らかに死に導かれるはずだったが、Aさんは苦悶状態が続いたため、主治医は鎮静剤などを投与したが、なかなか治まらないので、已む無く筋弛緩剤を注射して、程なくAさんは亡くなった。

この問題は、医師が、単なる尊厳死の範囲を逸脱して、結果的にはあろうが、安楽死そのものへと踏み込んでしまった事例となり、院内麻酔医の告発を受けた病院側は、そこには、幾つかの点で主治医の行動に不都合があったとして、調査委員会を設けて調査の上、患者側に謝罪した上で、当該の医師に退職を勧告、彼もこれに従ったが、横浜地検は、主治医を殺人罪で告訴した。一審は、殺人罪の適用を認め、懲役三年、執行猶予五年の判決を下し、控訴審では、患者の意志確認はされていないが、家族から

の付託はあったと認定、ただし、最後の処置は、尊厳死の範囲を超えろという判断で、殺人罪の成立は認め、法律の認める最も軽い刑、すなわち懲役一年半、執行猶予三年という判決になった。第三審（最高裁）では、脳死状態などの判断に使われる客観テストが十分でないこと、また、主治医の行動は「法律上許される治療中止」には相当しない、として二審判決を支持し、控訴を棄却したのである（平成二十一年十二月七日刑集Vol.63, No.11）。この種の事件で、最高裁の判決が出たのは珍しいが、残念ながら、この最高裁判決でも、ではどのような場合には、治療中止が「法律上」容認されるのか、という具体的な判断基準については、言及していない。筆者は、法律に実質的には昏いので、すべてのジャンルに亘ってそうなのか、詳らかにしないが、この種の判決では、「法律上許される場合がある」ことを言いながら、それが、どのような条件の下でなら許されるのか、という点には立ち入らない事例が目立つのは、いささか気になる。

さて、この事例でも、三審を通して、本人の意志確認が重要な論点になっていることは、他の事例と同様である。では本人の意志確認ができない、と言う状況のなかで、家族の代行などは、どのようにあり得るのだろうか。

例えば、明確な意志表示の文書はなくとも、日常的に、そうした意志を家族との会話のなかで、明らかにしたり、その意志に相当するような文章が日記のなかに現れる、などという場合は、本人の意志表示があるケースと同等と見て差支えがなかろう。実際法廷に持ち出されたときにも、そういう事実が立証され、あるいは、そう判断する合理的根拠があると認定されれば、本人の意志表示があったものとして扱われることが多い。

その条件が満たされない場合、カレン事件で見たように、法律的に「後見」が認められる（例えば、日本でも、高齢者や高度の認知症患者などで、日常的な行動や判断が難しいと認定された場合には、「後見」が認定されている）場合には、これも「後見」の意味からして、判断の代行が認められ易いケースであろう。法律的な後見でない関係者が、どこまで本人

の意志の代行ができるか、は、極めて難しい問題である。ここには一般化できる基準を設けることは困難で、個々のケースについて、諸々の事情を勘案しながら判断せざるを得ないと考えられる。ただ、抽象的な表現しかできないが、患者が、完全に人間の尊厳を認められないほど、単なる物質的客体としての存在になっていると判断できれば、例えば日本救急医学会のガイドラインが示唆するように、医療チームの判断に任せる、という選択も、検討する価値はあるはずである。この条件は、患者の生命の保持のために負わなければならない負担が、生命利益よりも大きいと判断できる場合、あるいは生命保持の目的が、人間の尊厳を傷付けると判断できる場合、などの表現も可能になろう。実は、こうした表現が必要になるのは、残念ながら現代では、生体生成物質を得るという目的のために、あるいは臓器を保存することが主目的で、さらには、人体実験のためにのみ、生命維持装置を駆動し続ける、というような場合の可能性を想定しなければならないからでもある。

この問題に関しては、ある程度の社会的合意がなされないと、生命維持のための手段の「差し控え」には緩やかだが、「中止」には厳しい、という日本の現状では、始めてしまって長引くよりは、最初から積極的治療は「差し控え」た方が無難という考え方が広がる恐れがある。

なお一方では、別の問題もある。2012年、日本のメディアで、胃瘻形成術の適用を巡って、やや踏み込んだ議論がなされたことがある。日本老年医学会が問題提起をしたのがきっかけであったが、老年学会のこの問題提起は、終末期の寝たきりになった高齢者が、経口的な栄養補給に困難が生じると、安易に胃瘻を形成することに対する警鐘であった。オランダやベルギーのような国々では、胃瘻形成術の適用は、将来回復して胃瘻を除去できる見通しの十分ある患者に限られていること、などもその背景にあったと思われる。いずれにせよ、例によって、何ら具体的な結果は得られないまま、結局はうやむやになってしまったのは、まことに残念でならない。ただ最近の事例を分析してみると、捜査当局も、本人や家族の同意

がない場合を除いては、「中止」に対して、殺人罪の適用は行わない（あるいは行えない）という姿勢を示しているように思われる。そこに暗黙の社会的合意点を認めるべきかもしれない。

3. 医師に手による自死支援（PAD）と安楽死

「医師の手による自死の支援」という長たらしい日本語の概念を設定したのは、すでにある程度触れたように、先端高度医療の進展とともに、過去には、大まかに「安楽死」(euthanasia)と呼ばれていた行為のなかに、幾つかのカテゴリーを分けて考えなければならなくなっている結果である。英語では〈physician-assisted suicide〉つまり「医師の手を借りた自殺」とされた時期もあったが、「自殺」(suicide)という言葉嫌って、〈physician aid in dying〉すなわち〈PAD〉が好んで使われるようになっていく。本稿でも今後は、この略語を使うことにしたい。定義は、すでに暫定的に与えておいたように、自死を希望する終末期の患者が、医師から自死のための薬物あるいは方法を与えられた上で、それを使って自死を実行することを言う。刑法上は、自殺幫助に相当する可能性がある行為といえることができる。国際的には、医師が自ら手を下して患者の生命を絶つ安楽死に比べて、医師の側の心理的負担が、多少とも軽くなることから、安楽死とは区別されて扱われる傾向が強い。幾つかの国々、あるいはアメリカの幾つかの州では、すでにこの行為は合法化されているが、何と言っても、アメリカにおける衝撃的な先駆例がケヴォキアン事件であった。

有名な事例であるが、典型例として、多少詳しく見ておこう。ケヴォキアン (Jack Kevokian, 1928~2011) は、もともと病理学者であったが、彼は1987年に「タナトロン」という装置を開発して、自殺幫助の仕事を始めた。この装置は、一種の点滴装置で、当事者の静脈に針を留置する。当事者自身が最初のアクションを起こすと、そこに生理的食塩水が注入される。言うまでもないが、この段階では、患者の生命への侵害は一切ないし、患者はそこから引き返すこともできる。第二段階では、同じように当

事者自身がスイッチを押すと、注入薬物がチオペンタールに変わる。チオペンタールは、全身麻酔薬として使われるほか、アメリカでは死刑執行の際に、予め死刑囚の意識を失わせる薬剤として使用されるものである。ここで、引き返せない点（point of no return）となる。当事者は昏睡に陥り、その後は自動的に注入薬物が塩化カリウムに変更され、それによって、急速に死に至る。塩化カリウムは、アメリカでは、州によって死刑が認められているが、その際薬物による死刑執行時に最終的に使用される物質である。

さて、確信犯としてのケヴォキアンは1998年に、ALSの患者に適用した実例をビデオに収録して、テレビジョンで公開した。ALS（筋委縮側索硬化症）は、周知のように運動を司る筋肉が次第に働かなくなる難病で、最終的には呼吸運動も不全となるため、延命処置としては、生命維持装置が必要になる。病気の性格上、この事例では、タナトロンに頼った際に、自らの意志で第二段階のスイッチングを行えなかったことがはっきりしていたので、第一級殺人罪の訴状で告訴された。後に訴因は第二級に改められたが、裁判では有罪となり、不定期刑が確定したのである。実際に1999年から2007年に仮釈放されるまで、服役したが、釈放されて後、医師免許を剥奪されており、チオペンタールが使えなくなったので、新たに一酸化炭素を利用した「マーシトロン」(Mercitron)を開発した。

タナトロンの場合も、マーシトロンの場合も、原則は、患者自身の自発的意志によって、行われる行為であり（ALSの患者の場合も、患者の意志は確認されていた）、ケヴォキアンは、その要請に応じて、「ヒューマンな」と思われる実行方法を提供している、ということになる。いずれにせよ、ケヴォキアンの例は、アメリカでもかなり突出したものであった。

現在、世界でPADを公式に認めているのは、オランダ、ベルギー、ルクセンブルクの、いわゆるベネルックス三国、それにアメリカでは、ワシントン、モンタナ、ニューメキシコ、ヴァーモント、オレゴンの五つの州である。ルクセンブルクでは、国会がPAD容認の法案を可決した際、大

公が、宗教上の理由で、承認を拒否したため、憲法問題に発展、立法府としての議会は、大公の権限の制限を新たに追加して、この案件の成立を図ったというエピソードが残った。またオレゴン州では、安楽死をも容認する提案をし、州議会はこれを可決したが、連邦政府の介入で、安楽死の公的容認は、預かりになっているという。

* * *

日本では、こうした行為は、自殺幫助という刑法上の罪に該当する可能性がある。ケヴォキアンの場合、もともとミシガン州で起こった事態であったが、当時のミシガン州法には自殺幫助罪の規定がなかったために、急遽立法措置をとったという。一言付け加えておけば、安楽死の場合には、自殺幫助ではなく、嘱託殺人、もしくは同意殺人という刑法上の罪の適用可能性が生じる。嘱託殺人は、被害者の積極的な依頼に基づいて行われた行為を言い、同意殺人（承諾殺人）の、加害者の申し入れに対して、被害者が同意・承諾を与えた上で行われる行為とは区別されるものとしてゐる。なお、すでに示唆したように、自殺は刑法上罪とされていない、つまり不法行為ではないのに、それを「助ける」他者の行為が「罪」となることの根拠はどこにあるのか。違法ではあるが、自殺（未遂はともかく）を遂行した結果は、責任主体が最初から死亡していることになるから、という便宜上の考慮も含まれているであろうが、他者の生命に危害を加えるという行為そのものが（仮令その委託があったとしても）、違法性を免れない、というのが、基本的な根拠であろう。そうでないと「未遂罪」は成立し難くなるはずである。ここでは、生命に危害を加えると言う場合に、その対象となるものが、自己と他者で峻別されていることが判る。

オランダでは、この問題が議論され始めてから、かなりの時間が経っている。国民的議論を巻き起こしたきっかけは、1971年に起こったポストマ事件であった。ポストマは医師で、その78歳の母親が脳疾患のため、

生活の質（QOL）の著しい悪化、苦痛などから、度々自殺を図り、死なせて欲しいという依頼を受け続けていた。当然最初のうちは拒否していたが、度重なる精神的苦痛の訴えから、ついに致死量のモルフィネを注射して、母親を死に至らしめた、という事件である。介護を担当していた施設からの訴えで、刑事告訴されたが、罪状は嘱託殺人であった。1973年地裁での判決は、形式上有罪で、禁錮一週間、執行猶予一年という、極めて軽いものであった。なおその際、こうした行為が犯罪を構成しない要件として、以下の四つが挙げられた。①病気の回復の見込みが全くないこと、②患者に耐えがたい苦痛があること、③患者に明確な自死の要求があること、④一人の医師だけの判断ではなく、複数の医師が容認すること。

このポストマ事件は、嘱託殺人と言っても、「加害者」が医師であって、致死薬の入手に職業柄問題がなかったこと、そして、「被害者」が肉親であったこと、という二つの特殊な事情が重なった事例で、嘱託殺人一般の事件ではなかったが、そうであるがゆえに、まさしく医療現場での問題であり、医療におけるPAD、あるいは安楽死（この事例では、ポストマが自ら注射をしているので、PADには入らない）を論じるための絶好の材料を提供したことになった。

以後、オランダでは、次第に国民的な議論が高まり、三十年ほどの間に、PADもしくは安楽死容認の世論は、1990年代には90パーセント台まで上昇した。医師会も賛成した上で、2002年、議会は厳しい条件付きながら、医療におけるPADと安楽死の双方を認める法案を可決・成立させたのであった。ベネルックス三国の兄弟国は、このオランダに倣って、同様の取り決めをしたが、ルクセンブルクではひと騒動あったことは、すでに書いた通りである。

ただ、そうは言うものの、実際にPADや安楽死を依頼された医師の立場は、極めて深刻で、PADの方がはるかに負担は小さいにしても、例えば致死薬を渡して、後は「どうぞ御勝手に」で済むとは言えず、また安楽死ならば、多くの場合家族が居合わせる中で、最期を看取る責任が生じ、

特に予期したよりも、〈dying〉の時期が長引く場合には、いたたまれない気持ちを味わされることが多いという。

日本でも、幾つかの先例に当たるものがある。誰でもが引用するその第一のものは、中京地区で1962年に起こった、医師の介在しない安楽死事件であった。農業を営むAの父親は、脳障害のため全身麻痺で、他人の手を借りなければ食事も排便も不可能、その上、激しい苦痛に悩まされ、日ごろ長男であるAに、死なせてくれ、と懇願を繰り返していた。思い余ったAは、有機リン剤を使って父親を死に至らしめたとして、嘱託殺人の罪状で起訴された。名古屋高裁の判決は、同罪で有罪、懲役一年、執行猶予三年という軽いものであった。同時にこの判決のなかで、安楽死が容認される条件として、以下の六項目が挙げられた。

- ① 不治の病であり、死期も迫っている
- ② 苦痛が見るに忍びないほど激しい
- ③ 専ら死苦の緩和という目的のみで行われる
- ④ 患者の意識が明瞭で、その真摯な嘱託もしくは承諾がある
- ⑤ 原則は医師によって行われる、そうでない場合は、医師に頼れないとするに足りる十分な理由がある
- ⑥ 倫理的に妥当な方法による

表現は判決文の通りではないが、Aが有罪とされたのは、これらの六項目がすべて完全に満足されていないことを明確化するために、述べられているとは言え、こうした項目が列挙されていることは、論理的に言えば、以上の要件が満たされた際には、安楽死は、刑法上罪に問うことができな、と読みこともできるはずであることに注目しておこう。

もう一つの例は1991年に東海大学附属病院で起きた事件である。重篤な多発性骨髄腫で昏睡状態にある患者の家族から、繰り返し「楽にしてほしい」という懇請を受けた主治医が、結局塩化カリウムを与えて、患者を

死に至らしめた。この場合は、訴因は嘱託殺人ではなく、殺人罪であった。横浜地裁の判決は、同罪状で有罪であり、懲役二年、執行猶予三年ということになった。この際、やはり判決文は、安楽死として認め得る四つの条件を示している。すなわち、

- ① 患者に耐えがたい肉体的苦痛がある
- ② 死を避ける方法がなく、死期も間近い
- ③ 苦痛を緩和・除去する方法はすべて尽くされ、最早代替すべき方法がない
- ④ 生命の短縮を承諾する患者本人の明確な意志表示が確認できる

名古屋高裁の場合よりは、簡潔な要件になっているが、ここでも、そのうちの④が明らかに、そしておそらくは①も、この事件の場合には欠けていることが、有罪の根拠とされている。

現在の日本の司法の姿勢には、ある程度こうした要件下でのPADや安楽死は、訴追をしないという暗黙の了解が生まれていると推測できる要素がある。しかし、ベネルックス三国やアメリカの幾つかの州のように、法的に、かつ公的に、PADや安楽死を容認する方向には、進まないこともある程度予想がつく。実は日本の医療現場でも、戦前から、すでに暗々裏にはPADや安楽死が行われてきたことは事実である。筆者の父親は病理学専攻の医師であったが、彼は、「目が六つ以内に収まっているときには」という表現の下で、PADや安楽死が、実行されていたことを実体験として話してくれた。「目が六つ」というのは、患者本人と医師、それに看護師あるいは患者の家族が一人、つまり、関与者が三人以内であるときには、暗々裏の行為が、そのまま問題とされずに過ごされている、という意味であろう。

そして筆者も、患者と医師の絶対的な信頼関係のなかで、暗々裏に行われるPADや安楽死は、容認されるべきである、という私見を長らく抱い

てきた。しかし、オランダなどの例を見るにつけ、あるいは、現在の日本社会の現状と、その文化的風土を考えるにつけ、今後ともそれでよいのか、という疑問が膨らむのを禁じ得ない。

キリスト教信徒は、日本人のなかでは1パーセントに満たず、その意味では、社会をリードする力は持たないかもしれないが、教会としても、あらためて、真摯な議論を重ね、国民的議論の礎石の一つを積む覚悟が必要なのではないか、と切に思う。

参考文献

一般的なものを以下に挙げる。

シャボット・あかね『安楽死を選ぶ』日本評論社、2014

日本尊厳死協会東海支部編『私が決める尊厳死』中日新聞社、2007

甲斐克則『尊厳死と刑法』成文堂、2004

同上『安楽死と刑法』成文堂、2003

甲斐克則・谷田俊憲編『安楽死・尊厳死』丸善出版、2011

会田薫子『延命治療と臨床現場』東京大学出版会、2011

要旨

医療技術の高度化に伴い、〈死への道程〉(deathではなく dying) は人為的にかなりな程度引き延ばされるようになった。そこで起る諸問題に対して、倫理的にも、法制上も、正面から向き合う時間のないままに、突出した事例（意図的と偶発的とを問わず）がしばしば起るようになり、対応も後追いの状態が続いている。しかしここ十年ほどの間に、先進圏では、国民的な議論を踏まえて、ラディカルな法整備に舵を切る例が見られるようになってきた。本稿では、そうした諸例に学びながら、日本社会として、どのような選択を行うべきかを考える。

