

尊厳死の法制化と自己決定権

—選択する自由によって安らかな死を迎える—

S. I.

目次

はじめに

1. 日本と世界の尊厳死
 1. 1 消極的安楽死（尊厳死）とは
 1. 2 日本における尊厳死の事例
 1. 2. 1 日本における尊厳死
 1. 2. 2 富山県射水市民病院事件
 1. 3 世界各国での尊厳死の現状
 1. 3. 1 安楽死や尊厳死が認められている国
 1. 3. 2 医師による自殺幫助
2. 尊厳死の推進団体と反推進団体と法制化運動
 2. 1 尊厳死を推進する団体
 2. 1. 1 日本尊厳死協会
 2. 1. 2 リビング=ウィル
 2. 2 尊厳死を反推進する団体
 2. 3 日本における尊厳死法制化運動
3. 医療と尊厳死
 3. 1 医療という側面から
 3. 1. 1 国民医療費の変遷と麻生太郎氏の発言
 3. 1. 2 死に場所の理想と現実
 3. 2 終末期医療の整備
4. 尊厳死の法制化と自己決定権

おわりに

はじめに

私の出身高校の校風は生徒が自発的に行動することを推奨しており、与えられた自由の中で自らが責任を負う自由は良しとする風潮があった。そのため、私は自発的に物事に取り組み、自分自身の意思決定を重要視しながらこれまで生活をしてきた。大学のゼミに入り、私は現代の生きづらさという観点に興味を持ちながら学習を重ねてきた。それは自分の意思が尊重されない強いられる生活などに生きづらさを見出してしまうからだ。私の祖母は86歳で亡くなったが、闘病生活の最後に酸素チューブを自らの手で外して亡くなった。祖母は脳梗塞で12年ほど入院していたが、会話はできなくとも寝たきりということではなく、調子がいい時は車いすに乗って私たち家族を迎えてきてくれることさえあった。しかし、自らの手で酸素チューブを外したと聞いたとき、もしかしたら私たちが生きることを強いていたのかもしれない、痛みに耐えられなくなったのかもしれないという考えが浮かんだ。その経験から自分自身の意思とは違って、無理やり生かされている人がいるのではないかと考えるようになった。祖母は意識がある中で息苦しさやつらさを感じ、それを緩和したいがために前述の行動をとったのかもしれない。

他方、ニュースなどで医師による人工呼吸器外しによって死を迎えさせられてしまう患者がいることも知った。一見すると医師による殺人行為のように思えるかもしれないが、そういった意思表示ができなくなる前に、自分の最期のありさまを思い描き、希望している患者の方もいるかもしれない。果たして、無理やりであろうとなかろうと延命治療をされて生かされている人の生に尊厳はあるのか、苦しんだ先に死ぬことを本人は望んでいるのだろうか。もし仮に生かされることを望んでいないのに無理やり生かされているのであれば私の祖母のように自ら死を選択するかもしれない。それは終末期医療の患者だけではなく、精神疾患や若年性癌の患者、難病を患っている患者など様々な人々が望んでいるケースもあるのではないだろうか。確かに尊厳死法案は「死ぬため」の法案であるかもしれない。しかしながら、過去の事例や必要としている人がいることから需要があることも否めない。そこで尊厳死という自分の意思によって死に方を選べるようになれば、いや選ぶという選択肢があれば自分の生きたいという意思、苦しみながら死にたくはないから安らかに死にたいという意思など様々な意思を尊重できるのではないかと思った。

今の日本では、尊厳死は合法のものではなく、たびたびニュースや新聞などにおい尊厳死問題や医師の自殺幇助などを目にするところがあるが、やはり暗に尊厳死が行われているという事実も避けては通れない現実なのではないだろうか。医師や患者が選択できる自由を法によって定めることができれば、軋轢なども生まれずに個人の意思の尊重ができるのではないだろうか。以上のことから尊厳死の合法化という選択肢も必要なのではないかと思い、尊厳死の法制化と自己決定権の結びつきを論じてみたいと考えこのテーマを策定した。

尊厳死の法制化について否定的な意見が多い日本ではあるが、このテーマを論じていくうえで私はあくまで尊厳死の法制化については肯定的に捉えていき、尊厳死の法制化が持つ有用性などについて尊厳死法案や日本尊厳死協会の動きなども踏まえて論じていければよいと考えている。

最後に本論文では尊厳死の法制化と自己決定権の結びつきを探るべく以下の構成をとっていく。まず第 1 章において日本の尊厳死の定義と事例、世界の尊厳死とその事例に触れていき、日本と世界の尊厳死の共通点と相違点、学ぶべき点について探っていく。次に 2 章において尊厳死の推進運動と反推進運動及び尊厳死の法制化について論じ、双方が議論する論点がいかなるものであるのか、そういった運動が実際のところの尊厳死法制化運動にどのような影響を与えているのかを探っていく。3 章においては医療と尊厳死の法制化の結びつきを見ていくのである。4 章では 1 章から 3 章までを踏まえて個人の意思が尊重されるために尊厳死が法制化されるべき意義について考えていく。

1. 日本と世界の尊厳死

1. 1 尊厳死（消極的安楽死）とは

現代は医療が大変発達しており、病院で延命治療の末亡くなる人々が増えている。医療が発達する以前は、人々の寿命は現在ほど長くなく、ほとんどの人々が家族に囲まれ自宅で安らかな死を迎えていた。しかし、医療の発達によって延命技術は急速な進歩を遂げており、多くの命がそれまでに比べて救われるようになった。その結果として我々の平均寿命はそれまでと比べて大幅に延びている。

井形昭弘 (2012:86) によると、「寿命が延びていることと同時に患者の意思が尊重され、それまで医師の父権主義が根強かった医師と患者の関係性から、徐々に患者の意思が反映されるようになっており、医師と患者の関係性は変化してきている。」その一方で、「不治であったり末期の病気であったりする患者の延命操作が可能となり、患者が望む治療でなかったり無意味な延命治療がかえって患者の苦痛を増大させていることもある」とも井形 (2012:86) は述べている。そのような現状から、延命治療が、患者の生死をコントロールしていて、植物状態の人や胃ろう患者を無理やり延命させている現状があるとも言わざるを得ないのではないだろうか。その現状を解決するためか、患者を苦痛から救うために安らかな死を迎えさせる安楽死という考え方が普及してきている。

小松美彦 (2012:24-25) によると安楽死はその死に至らせ方によって大きく 4 つに分けることができる。それぞれ「積極的安楽死=positive euthanasia」、「消極的安楽死=passive euthanasia」、「医師による自殺幫助=physician assisted suicide」、「間接的安楽死=indirect euthanasia」となり、特に 2 つめの消極的安楽死は尊厳死と同義に捉えられることが多く、本論では消極的安楽死を尊厳死と捉え論じていく。「euthanasia」とはギリシャ語のよく、幸せにを意味する「eu」と死を意味する「thanatos」の造語であり、端的に言えば「苦しみのない速やかな死」を意味すると坂井昭宏 (1996:265-266) と述べる。尊厳死はその死を迎えるにあたって無意味な延命治療によって苦痛を伴うのであれば、その治療を拒否することで自然の摂理の経過によって人間の尊厳を保ったまま終末期の生と安らかな死を迎えるという考え方とも井形 (2012:88) は述べている。

また、日本の刑法学者である中山研一氏 (2000) は、尊厳死を次のように位置付けてい

る。

「尊厳死という言葉は多義的であるが、一般には回復の見込みのない末期状態の患者に対して。生命維持治療を中止し、人間としての尊厳を保たせつつ、死を迎えさせることをいうものと解されている。これは、延命のための人工的な生命維持手段が開発され、人口呼吸器や点滴や鼻孔チューブからの栄養補給によって生命の延長が可能になった反面として、回復の見込みがなくなった後まで無益な延命を続けることが、かえって患者の尊厳を害することになるのではないかという問題状況から生じた最近の現象である。」(中山2000:52)

他にも後述の日本尊厳死協会においては尊厳死を「人の不治かつ末期に際して、自己決定をして自分の死に方、延命治療の不開始または中止を求めた自然死のこと」¹と定義している。このように尊厳死という定義は曖昧ではあるものの、不治であったり末期である病に侵されたとき、延命治療の停止などによって患者自身が自己決定をすることで尊厳を保ったまま死を迎えさせる死なせ方であるということがわかる。

1. 2 日本における尊厳死と事例

1. 2. 1 日本における尊厳死

日本において尊厳死はしばしば自然死と同義であるとみなされている傾向がある。清水哲郎(1996:64)は「自然な死に方」について延命のみにこだわる過剰医療、身体に計器や治療のためのチューブがたくさん接続された状態で、家族との最後の交流もままならず終わりを迎えるといったイメージを伴う末期医療への批判として提起されていると述べている。しかしながら、積極的に「自然な死に方」とはどのようなものかという曖昧であり、結局のところ論者が個々に抱くイメージがあるに過ぎないとも述べている。その例として山崎章郎(1992:52)は「自分で摂取する力がないのに栄養・水分を強制的に補給されるというのは自然ではない。衰えていって食べ物もとらなくなって枯れるように死ぬのが自然だ」といい、その一方で澤田愛子(1996:96)は「栄養・水分補給は徒な延命処置ではなく、最後まで続行されるべきケアだ」と考え「最後まで水を飲み、食物を補給しつつ自然に枯渇していく」のが自然死であると述べる。このように「自然な」という概念そのものが「自然」といわれることも自然には実現せず、人為的に演出せざるを得ない現在となつては、実際の決め手にはならない。しかしながら、「自然な死」とされている尊厳死という考え方は広がりを見せていることは間違いない。広がりを見せている尊厳死は多くの場合以下の条件の中で是認されるべきであると澤田(1996:110-111)は捉えている。

- (1) 死期が迫っていること。
- (2) 自発的かつ持続的な意思によること(リビング=ウィルに署名がなされていること)。
- (3) 家族の同意があること。

¹Q&A | 日本尊厳死協会

http://www.songenshi-kyokai.com/question_and_answer.html (2016.12.01)

(4) 医師、看護師などが賛成していること。(澤田:106-108)

以上の4つが大まかな要件であるが論者によっては主張が微妙に異なってくる。

例えば旗出俊彦(1996:42)は、「尊厳死は死の自己決定権の行使として倫理的かつ法律上認められるべきであり、我が国においてもそうした方向で法制度が整備されるべきだ」と述べている。その背景としてはアメリカ合衆国でカレン裁判以来の判例の蓄積によって、延命治療拒否権はプライバシー権と不法行為上の同意原則(患者は自らが同意した治療のみを受け、それ以外の措置を拒否できるという権利)によって法的に基礎づけられ、こうした根拠は日本の法制度にも通ずるところがあるということが挙げられる。他方で清水(1996)は無加害の原理に一層忠実であり、また患者の自己決定権を絶対とは見ていない。彼は自殺とは倫理的に許されてはならず、また他者を死に至らせる行為も一般には禁じられているものであると述べる。同様に、死期が迫った患者の「苦しみの時を短くする選択」も死を意図してなされる限り「禁止の対象」にすべきだと彼は述べている。

以上のように尊厳死は肯定的にも否定的にも長い間論争が繰り広げられてきているが、結果として今日の日本において尊厳死という考え方自体は浸透してきており多くの国民が関心を持っているといえるのではないだろうか。確かに尊厳死は患者を死なせる行為であり、賛否両論があってしかるべきであるが、私自身は肯定的な立場として尊厳死考えたとき、自らが安らかな死を迎えるためには、無理やりな延命治療を受け苦しみながら生きる生より、山崎(1992)が言うように衰えていって食べ物もとらなくなって枯れるように死にたいと考えを持っている。このような考えを持つ人々が私以外にもいるのではないだろうか。また、国民が安楽死及び尊厳死への関心を持ち始めた理由として、後述の富山県射水病院事件やマスメディアの報道など様々な事象から、我々が尊厳死について認知できるようになったことがあげられるだろう。さらに、自分の病気が治る見込みがなく死期が迫ってきたときに、延命治療を断るという死のありかたを選ぶ権利を持ち、それを社会に認めてもらうことを目的として活動している日本尊厳死協会なども徐々に認知されており、リビング=ウィルなどで尊厳死宣言をする人も増えてきているのも大きな要因となっているだろう。

しかしながら、まだ日本においては尊厳死を法制化するまでには至っていないということが現状であり、暗に尊厳死が行われていることが少なくない。そもそも日本においては、尊厳死は法制化されていなくとも、患者本人の苦痛を和らげるような処置も可能な限り行える状況にあり、治療の拒否をすることも可能ではある。そのような現状においても、日本では尊厳死及び法制化の論争は今も続いており、尊厳死は認めるが法制化は認めないという団体も論調を強めている現状がある。賛否がある尊厳死論争ではあるが、なぜ尊厳死という考え方がここまでの広がりを見せたのか、その一因となった富山県射水市民病院事件について次項で記していく。

1. 2. 2 富山県射水市民病院事件

日本における尊厳死運動に大きな影響を与えた事件として、2006年3月25日に明るみに出た射水市民病院事件がある。この事件は、2000年から2005年にかけて、7名の患者が外

科部長によって人工呼吸器を取り外されて死亡したことをうけ、病院長が記者会見を開き公表したことによって世に知れ渡るようになった。患者は 50 歳代から 90 歳代の男女で、いずれの患者も意識がなく、回復の見込みがない状態でありそのうちの 5 人は末期がんだとされている。また、7 人のうち、1 人のカルテについては、家族を通じて本人の同意が得られていることが記載されており、残りの 6 人については、家族の同意のみが得られたことが記されていた。県警は、2008 年 7 月に、呼吸器外しに関与した医師 2 人を、殺人容疑で富山地検に書類送検した。(児玉ほか 2009)

事件発覚当時は地方新聞などに安楽死や殺人というような表現で取り上げられており、当時の警察及びマスコミは人工呼吸器取り外しのことを積極的な殺人行為として捉えていた。しかしながら、その後のヒアリングなどから患者家族が自ら延命治療の中止を希望していたことや、外科医の評価も高かったことなどからマスコミの考え方も変化していき、外科医は送検されはしたものの不起訴処分となった。これまで、東海大学安楽死事件²や川崎共同病院事件³などでは延命治療中止の措置を行った医師はいずれも有罪であったが、これらの類似した事件から判断できることは、直接患者を死に至らしめる安楽死は有罪であるが、延命治療を中止する尊厳死は不起訴になる傾向に近年なりつつあるということである。(井形 2012)

この事件がきっかけとなり、行政や学会で終末期医療に関するガイドラインを作る動きが活発化した。児玉 (2009) によると、厚生労働省が 2007 年 6 月にまとめたガイドライン⁴では、医療・ケアチームと患者・家族らによる慎重な手続きを踏まえた決定の必要性が強調されており、さらに 2007 年 10 月に日本救急医学会⁵が公表した指針では、治療中止が許される 4 類型が提示されており、厚生労働省のガイドラインよりも一步踏み込んだ内容となっている。また、国会でも超党派の議員連盟が 2007 年 6 月に尊厳死法案を公表したが法案へとは至ることはなかった。後述ではあるが、その 5 年後の 2012 年にも国会に提出されたが否決に終わった。この事件をきっかけに日本での尊厳死への関心はより深いものとなっているのではないだろうか。だが、やはりこの事件を通して、尊厳死というものは曖昧であり、行政上の判断も曖昧であることが読み取れるのではないだろうか。

この事件を皮切りにそれまで以上に広まりを見せている尊厳死であるが、世界各国でも尊厳死は肯定されている場合が多く、次節では世界各国における尊厳死について触れていく。

² 1991 年 4 月 13 日に多発性骨髄腫のため東海大学医学部附属病院に入院していた患者の家族から要望を受けた医師が塩化カリウム製剤を注入して患者を死亡させた事件である。

³ 1998 年 11 月、気管支ぜんそくで入院していた男性患者(当時 58)が死亡。呼吸器内科部長だったが気管内チューブを抜き、准看護師に指示して筋弛緩剤を注射して死なせたとして 02 年に殺人罪で起訴された。事件を機に日本救急医学会が延命治療の中止のガイドライン作りに取り組むなど、終末期医療のあり方を巡る議論に影響を与えた事件である。

⁴ 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf> (2016.11.10)

⁵ 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) 2007 年
<http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.pdf> (2016.11.10)

1. 3 世界各国での尊厳死の現状

1. 3. 1 安楽死や尊厳死が認められている国

日本においてはまだ合法にまでは至っていない尊厳死や安楽死であるが、世界各国においては様々な国が大々的にであったり限定的であったりと許容している国がある。例えば、薬を自分で飲む自殺補助を含めた安楽死が認められている国はオランダ、ベルギー、ルクセンブルク、スイス、米国の一部だけとなっているが、その一方で自殺補助を除いた治療中止による尊厳死が認められている国はと言うと、米国全土・英国・デンマーク・フィンランド・オーストリア・オランダ・ベルギー・ハンガリー・スペイン・ドイツ・スイス・シンガポール・台湾・タイ・カナダやオーストラリアの一部など欧米諸国の大部分で尊厳死は認められている。他にも法的に明文化していないだけで、尊厳死に近いものが認められている、または黙認されている国は非常に多くなっており、尊厳死について真剣に考える機会があるのは医療制度が整っている先進国だけだという現状がある。そうでない後進国などでは貧困などが原因で医療費が払えないということも多く、尊厳死以前に自然な死を迎えるのが当たり前という状態があるため、そういった意味では、人間として生を受け人間として自然に死を迎えているというのは後進国に多いのかもしれない。⁶

しかしながら、尊厳死という概念が先進国にあるという事実はあるものの、日本における尊厳死の意味合いと欧米諸国での尊厳死の意味合いは大きく変わってくることもしばしばある。例えば、アメリカにおいて尊厳死は医師による自殺補助を意味している。しかし、日本では医師による自殺補助は安楽死である。また、日本における尊厳死は不治かつ末期の際に、必要以上の延命治療を拒否し、人間の尊厳を保ちながら死を迎えることを意味しておりアメリカではこれは自然死を意味する。⁷このように、尊厳死が認められているとはいえ、日本における尊厳死と同義に考えられるほど単純なものではない。そこでアメリカの、特に医師による自殺補助すなわち尊厳死について次項で見ていく。

1. 3. 2 医師による自殺補助

安楽死は第1章でも述べたとおり大きく4つに分類することができる。その中でも本項では特に直近に可決されカリフォルニアの医師による自殺補助について論じていきたい。

児玉真美(2013)によると、自殺希望のある人が自分で飲んで死に至ることができるよう医師が致死薬を処方するなどの行為を「PAS=医師による自殺補助 (physician assisted suicide)」としている。児玉が言うように医師が致死薬を処方して患者が死に至れるようにするPASであるが、今現在、一定の条件下で認める法律がある国はオランダ、ベルギー、ルクセンブルクの3国と米国のオレゴン州、ワシントン州、モンタナ州、バーモント州、そして2015年に新たに認められたカリフォルニア州の5州となっている。その中でもカリフォルニアのPAS承認は真新しいものであり、ある患者の尊厳死がきっかけとなっている。

日本尊厳死協会の海外事情『カリフォルニア州「PAS合法化」法が成立、ブラウン知事署

⁶死に方を選ぶ、尊厳死が合法的な国と日本の状況。治療中止とリビングウィル

<http://stonewashersjournal.com/2016/08/17/livingwill/>

⁷日本と海外で意味が違う？「安楽死」と「尊厳死」を考える | 介護のほんねニュース
<http://news.kaigonohonne.com/article/292> (2016.11.10)

名』⁸によると 2015 年 10 月 5 日、アメリカのカリフォルニア州において、末期患者に対する医師による自殺幫助（PAS）を合法とする「PAS 合法化」法が成立した。この法案は末期患者が医師の処方で命を絶つことを認める法案である。また、致死薬などを処方し死を手助けした医師が罪に問われないことも明記されている。同州のジェリー・ブラウン州知事がこの法案に署名したことでカリフォルニア州はオレゴン、ワシントン、モンタナ、バーモントの 4 つの州に続き、PAS を認める 5 番目の州となった。この法律の中で尊厳死として認められるための要件は次の三要件であり

- (1) 患者は 2 人の医師から余命 6 カ月未満の宣告を受け、少なくとも 15 日後に要求書を作成する。
- (2) 患者自らが口頭で 2 回要請すること。
- (3) そして自分で「死ぬ権利」の選択を決める能力があること。

など厳しい要件となっている。

また The Huffington post⁹によると、法案にはカトリック教会や障害者団体などが反対しており、9 月 11 日までに同州の上院で法案が可決されたが、下院では上記の団体などの反発により否決された。しかし、再度法案を支持する議員たちによって提出され可否はカトリック教徒であり、キリスト教の神学校に通っていたブラウン知事が、法案に署名するかどうかにかねてから委ねられた。知事は数週間の思慮の末に法案に署名した。この「PAS 合法化」法案は、末期の脳腫瘍患者だったブリタニー・メイナード（享年 29）が尊厳死を選択したことがきっかけとなり議論が巻き起こった。サンフランシスコに住んでいたメイナードは 2014 年 1 月、脳腫瘍の診断を受け、3 月には余命 6 カ月と宣告されていた。彼女は 2014 年 11 月 1 日に尊厳死を選択することを公表したが、結局それまでにカリフォルニア州の中では尊厳死が認められることがなかったため、カリフォルニア州から、尊厳死が合法化されているオレゴン州に移り、11 月 1 日、医師から処方された薬を自宅で服用して死去した。メイナードが尊厳死をする直前にブラウン知事に電話で尊厳死を認めるよう働きかけていた。幸か不幸か、その結果がカリフォルニア州の自然死法法制化に繋がった一因ともいえるだろう。

以上のように他国においても尊厳死は存在し法制化されたりもしているが、各国にそれぞれ違った基準が存在するため一概に尊厳死法の基準を模倣することができない現状があるように思える。しかしながら、尊厳死法が成り立つためには何らかの経緯が各国にも存在しており、必要としている患者がいるという現状もある。上記の例は PAS 合法化法ではあるものの、個人の意思が尊重された例として、日本が尊厳死を法制化するうえで一つの

⁸カリフォルニア州「PAS 合法化」法が成立、ブラウン知事署名 | 日本尊厳死協会
<http://www.songenshi-kyokai.com/messages/overseas/566.html> (2016.12.05)

⁹安楽死・尊厳死を認める「死ぬ権利」法が成立 カトリックのカリフォルニア州知事はどう決断したのか

http://www.huffingtonpost.jp/2015/10/06/right-to-die-california_n_8249202.html
(2016.12.03)

参考にすべき事例なのではないだろうか。

さて、ここまで日本と世界における尊厳死の現状を見てきたわけだが、次章では日本での尊厳死の推進運動と反推進運動、そしてそれに伴う尊厳死法制化運動について見ていく。

2. 尊厳死の推進団体と反推進団体と法制化運動

2. 1 尊厳死を推進する団体

2. 1. 1 日本尊厳死協会

日本で尊厳死の推進運動を行っている団体として日本尊厳死協会がある。日本尊厳死協会は、カレン判決のあった1976年に、元国会議員の太田典礼が自ら中心となって医師、法曹界、大学教授などを糾合し発足した。当時、尊厳死は消極的安楽死と称されていたため日本安楽死協会と称していた。しかし、誤解などで殺人者集団と批判されたことや1981年に開かれた世界医師会議リスボン宣言¹⁰で尊厳死の表現が使われていたのを受けて1983年誤解を避けるために日本尊厳死協会と改称した。この世界医師会議リスボン宣言の自己決定の権利では次の3つが唱えられている。

- (1) 患者は、自分自身に関わる自由な決定を行うための自己決定の権利を有する。医師は、患者に対してその決定のもたらす結果を知らせるものとする。
- (2) 精神的に判断能力のある成人患者は、いかなる診断上の手続きないし治療に対しても、同意を与えるかまたは差し控える権利を有する。患者は自分自身の決定を行ううえで必要とされる情報を得る権利を有する。患者は、検査ないし治療の目的、その結果が意味すること、そして同意を差し控えることの意味について明確に理解するべきである。
- (3) 患者は医学研究あるいは医学教育に参加することを拒絶する権利を有する。

以上の宣言の中で協会は、患者が自己決定の権利によって尊厳死を迎えることを肯定的に考えており、現在まで尊厳死およびリビング=ウィルの普及活動を続けてきた。

尊厳死の普及活動を行ってきた日本尊厳死協会だが、今日に至るまで会員数¹¹を増やし続けており設立当初は数百人程度であった会員数は節目ごとに増え続けている。その推移として、東海大病院事件が起きた1992年には5万人、日本学術会議¹²で尊厳死が容認された1994年には7万人、射水市民病院が起きた2006年には12万人を達成している。2006年か

¹⁰ 患者の権利に関するWMAリスボン宣言

<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf> (2016. 11.18)

¹¹ 目的 | 日本尊厳死協会

<http://www.songenshi-kyokai.com/about/purpose.html> (2016.11.19)

¹² 日本学術会議 第188回総会「尊厳死について(死と医療特別委員会)」

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/13/15-41.pdf> (2016.11.19)

ら現在に至るまでは 12 万人から 13 万人を行き来してはいるものの、安定して会員数を確保している。この会員数を多いとする考えもあるが、社会一般に理解は広まっている現状があるというから会員増強は日本尊厳死協会の当面の課題とされており、「目指せ 20 万人、目指せ 100 万」をスローガンとして協会は活動を続けている。日本尊厳死協会が発展してきた背景には会員増強運動のほかにも、父権主義やパターナリズム（医師は善意を以て対応し、患者も専門的なことは良く判らないからお任せしますと委任すること）の見直し、インフォームド=コンセント（説明と同意）の普及、医療における人生の質（QOL）の重視、あるいは消費者運動の影響が挙げられると井形（2012:87-88）は述べている。以上のことから日本尊厳死協会は精力的に従来の医師本位の考え方から脱却しようとしていることがわかる。更に日本尊厳死協会は生と死に関する啓蒙活動を展開し、リビング=ウィルを推奨し、これを登録・保管している。次節では協会が提唱しているリビング=ウィルについて論じていく。

2. 1. 2 リビング=ウィル

日本尊厳死協会では、治る見込みのない病態に陥り、死期が迫ったときに延命治療を断る「尊厳死の宣言書」所謂リビング=ウィルを登録・管理しており、各人が署名した宣言書を医師に提示すれば、多くの場合、延命治療を施されないことになっているという。人工呼吸器や胃ろうなどによって「生かされる」のではなく、安らかで自然な死を迎えるために、元気なうちに作成する人が多く、病を患って自然な死を望む人が署名するケースも増えている。会員数が増えるごとにリビング=ウィルを書く会員も増えているであろうが、日本尊厳死協会のリビング=ウィルの本文¹³には以下のことが書かれており、その内容に同意することで登録が完了する。

私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持措置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。この宣言書は、私の精神が健全な状態に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ときに私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

- (1) わたしの傷病が、現代の医学では不治の状態であり、すで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だけの延命治療はお断りいたします。
- (2) 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。
- (3) 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、私の宣言による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

¹³ リビング=ウィルとは | 日本尊厳死協会
http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html (2016.11.19)

いたします。

上記のリビング=ウィルは2011年に改訂されたものであり、2011年以前のリビング=ウィルの3項目には現行のものとは違ったニュアンスが含まれていた。

- (1) わたしの傷病が、現代の医学では状態であり、すでに死期が迫っていると診断された場合には、徒に死期を引き延ばすための延命治療は一切お断りいたします。
- (2) ただしこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施してください。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。
- (3) 私が数カ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。(井形 2012:96 頁)

以上からところどころニュアンスに変化が見られることがわかる。井形(2012:93)によると、それまでのリビング=ウィルにあった「麻薬の副作用などで死期が早まることも一向に構いません」とある表現に対し、麻酔医から「適切な使用であれば死ぬことはあり得ず、麻薬が危険な薬剤であると誤解を招く」との批判があったのを受けてこの条項を削除した。このことについてはWHOが麻薬の使用に関しガイドライン¹⁴を発表しており、現在多くの専門病で患者が疼痛から解放されているという現状からも不適切ではある。協会としてはこの批判を前々から意識していたが、第一線の医療、特に年配の医師は麻薬の危険性を過大に考えており、麻薬取り扱いの煩雑さからも十分な麻薬を使用する状況にはないため、第一線医療では痛みの解消へ患者の強い要請が必要との判断でこの表現は使われてきた。また、「一切の延命治療を拒否する」という表現がきついという批判を受けたということから「一切の」との表現も削除された。このように、見込みのない延命治療をやめ、痛みを取り除くための緩和治療をしながら死を受け入れられる環境づくりのためにリビング=ウィルも改訂され現行のものが認識・普及されている。

リビング=ウィルが認識・普及していることがわかるデータとして、平成26年3月に厚生労働省が実施した調査として「人生の最終段階における医療に関する意識調査

報告書」¹⁵がある。この調査の中で一般国民、医師、看護師、介護職員に対して「あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか。あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。」という問いに対して、一般国民の69.7%が意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方に賛成しており、医療福祉従事者では医師73.4%、看護師84.7%、施設介護職員83.8%という調査結果が出ている。また、平成20年10月に実施された「終末期医療

¹⁴ 医療用麻薬適正使用ガイドランス～がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイドランス～

http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/dl/2012iryu_tekisei_guide_001.pdf (2016.12.01)

¹⁵ 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf> (2016.12.14)

に関する調査」¹⁶での『「治る見込みがなく、死期が近いときには延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する。」(リビングウィル)という考え方について、あなたはどのようにお考えになりますか。』という質問に対し、一般国民が平成10年の調査の際に47.6%だったものが平成20年には61.9%に、医師は69.5%から79.9%に、看護師は68.2%から82.5%、介護者は平成15年に75.7%だったものが81.6%と増加している。このデータと合わせてみても、リビング=ウィル賛成者の割合が年々増えていることがわかる。またデータからは一般国民よりも医療福祉従事者のリビング=ウィルに賛成をしているということも読み取れる。これは、東海大学安楽死事件や富山県射水病院事件などで患者の死の責任が医者に委ねられることで罪に問われることを恐れ、リビング=ウィルによって責任を回避したいという思惑があるのではないだろうか。そういった点からもリビング=ウィルに賛成する割合が増えていることはうなずける。

しかしながら、リビング=ウィルには賛成しているものの実際に作成しているという割合は少なく、一般国民で3.2%、医者ですら5.0%という数字に終わっている。これはやはり、リビング=ウィルを作成する手間や作成方法を知らない人が多いのではないかと私は考える。また、リビング=ウィルの法制化についての質問でもリビング=ウィルをあまり重要視していないことが読み取れる。意思表示の書面に従った治療を行うことを法律で定めることについての質問では、リビング=ウィルに賛成している人も反対している人も含めた数字として、一般国民の定めてほしいという割合が22.2%で定めなくてもよいという人の割合が42.6%とリビング=ウィルの法制化についてはあまり積極的ではないことがわかる。医者も同じで定めてほしいという割合が16.3%で定めなくてもよいが48.8%にも昇っている。やはり、法制化という面ではいまひとつ賛同を得られていない状況がある。しかし、リビング=ウィルに賛成している割合と実際にリビング=ウィルを準備している割合からもわかるように法設備を整えることによってリビング=ウィルというものに法的効力を持たせることで作成を促進できるようにも思える。実際にリビング=ウィル自体の需要は増してきているため、リビング=ウィルの法設備についても肯定的に議論を起こしていくべきではないだろうか。

2. 2 尊厳死を反推進する団体

これまで尊厳死および尊厳死の法制化について賛成をしている団体などについて述べてきたが、もちろん尊厳死の法制化について反対をしている団体もある。それぞれ、「尊厳死の法制化を認めない市民の会」、「安楽死尊厳死法制会を阻止する会」などだ。彼らは、尊厳死そのものに反対をしているわけではなく、尊厳死の法制化ということに反対をしている団体である。そんな彼らの声明を順にみていく。

『現在、尊厳死議連による議員立法で、「尊厳死法案」が国会に上程されようとしていま

¹⁶厚生労働省「終末期医療に関する調査」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12d.pdf> (2016.12.14)

す。この法案は、人間の個人的な「死」に関して国家が介入するという政治的なものです。過去にも何度も同じような動きがありましたが、その都度関係者や文化人による反対の運動によって阻止されてきました。この度も、法制化の動きは増大する医療費の圧縮や臓器移植への期待などを背景にして活発になってきております。わたしたちは、本来の意味での「死の尊厳」を守るためにこれを阻止しなければならないと考えております。この会は、代表の存在しない個人の集まりであり、尊厳死に対する考え方も様々ですが、個別的であり、多様でもあるひとの死の決定に国家が関与することには断固として反対いたします。

下記の意見にご賛同いただける方々に対して、連帯していただけますようここに呼びかけたいと思います。趣旨に賛同いただける皆様と連帯して、尊厳死の法制化を阻止していきたいと思います。』(尊厳死の法制化を認めない市民の会¹⁷⁾)

『現在、尊厳死の法制化を求める動きが活発化している。日本尊厳死協会は、リビング=ウィルに署名し入会する者を募り、その数が10万人を超えたと宣伝している。しかし、同協会のリビング=ウィルは、将来おこるかもしれない状態を想定して前もって行う意思表示であり、実際に延命治療に直面しての意思表示ではない。リビング=ウィルの署名者を広く募り、尊厳死の法制化をめざすとき、個人の「死ぬ権利」は、「死ぬ義務」となり、弱い立場の者に「死の選択を迫る権利」に置きかわっていかないか。「あのようになってまで生きていたくない」と、生きている人の状態を「あのよう」に見る、自らの内にひそむ選別の思想こそ振り返る必要がある。尊厳死法制化の動きは、人工呼吸器を使って呼吸し、栄養・水分補給をうけて生活している人々をはじめ、障害者や高齢者に目に見えない恐怖をいだかせるものとなる。現在では癌への対処法も進歩し、抗癌剤の副作用を減らし激痛を緩和することも可能になってきている。激痛のため生命を絶つなどということは、もはや過去のこととなった。生きようとする人間の意思と願いを、気兼ねなく全うできる医療体制や社会体制が不備のまま、「尊厳死」を法制化することは、病に苦しむ人や高齢者に「死の選択を迫る」圧力になりかねない。これらの疑問を措いて、尊厳死を法制化することを、決して認めるわけにはいかない。医療の現実を把握し、検討し、正しい方向を追求するために、私たちは「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」を組織し、真に生命を尊重する社会をめざそうとするものである。』(安楽死・尊厳死法制化を阻止する会¹⁸⁾)

以上のように、尊厳死という死に方が法制化によって「死ぬ権利」から「死ぬ義務」となり、あたかも早く死ぬことを求められるようになるということを危惧している。これらの主張を大まかにまとめると以下のようにまとめられるのではないだろうか。

- (1) 尊厳死は医療費節減や臓器移植ドナー増加を目的としている可能性がある。
- (2) 尊厳死の法制化は国家が個人の死生観に介入し個人の死が政治的なものになる可能性がある。

¹⁷ 尊厳死の法制化を認めない市民の会

<http://mitomenai.org/> (2016.12.01)

¹⁸ 声明*安楽死・尊厳死法制化を阻止する会

<http://soshisuru.fc2web.com/seimei.html> (2016.12.01)

- (3) リビング＝ウィルはあくまで健康な時に書いたものであって、実際に死に直面したときに書いた意思表示ではないため意見が異なる可能性がある。
- (4) 「死ぬ権利」が「死ぬ義務」に成り代わり、障害者や弱者に対して圧力を与える可能性がある。
- (5) 生きている人の状態によって生きる価値のある命と生きる価値のない命とに選別される可能性がある。

確かに、尊厳死の法制化によって、個人の生死に国家が介入することは医療費の削減や臓器提供増大の可能性を秘めているだろう。また、尊厳死の法制化によって死ぬまでの筋道が明確になった場合、今よりも尊厳死は増えることは目に見えているだろう。しかしながら、私は尊厳死が法制化されたからといっても国が選択肢として一つの方法を提示するだけに留まると考えている。これまでは、尊厳死が暗に行われてきており、発覚すると事件として取り上げられてきたことも少なくないが、双方のリスクを減らす可能性もあるのではないだろうか。そこで、次節では尊厳死の法制化運動が現在どのような段階にあるのかについて見ていく。

2. 3 日本における尊厳死法制化運動

尊厳死が推進も反推進もされている日本ではあるが、尊厳死の法制化についてはより一層議論が巻き起こっている。日本において尊厳死法制化の先駆けとなったのはやはり日本尊厳死協会で日本安楽死教会と称していた 1979 年に「末期医療特別措置法」を国会に請願している。さらに 2004 年には日本尊厳死協会が 14 万人の署名を集め国会に提出しており、この年には超党派によって「尊厳死法制化を考える議員連盟」発足している。翌年の 2012 年に「尊厳死法制化を考える議員連盟」が「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」¹⁹の第一案、第二案を作成した。この法案の第五条では、終末期を、「患者が、傷病について行い得る全ての適切な医療上の措置（栄養補給の処置その他の生命を維持するための措置を含む。以下同じ。）を受けた場合であっても、回復の可能性がなく、かつ、死期が間近であると判定された状態にある期間をいう。」と定義づけられており、医師二人以上で判定することが必要とされている。15 歳以上の患者が終末期の延命について拒否する意思を書面に残していれば、それに従った医師は法的責任も行政上の責任を問われないとされている。第 1 案は許容範囲を延命治療の不開始に限定しており第 2 案では中止も法案に含まれている。この内容だけを考慮すると延命治療を拒否して尊厳死を選択したいと考えている人は賛成するであろうし尊厳死そのものに賛成であるため尊厳死の法制化についても賛成であると考えのではないだろうか。

しかしながら、「尊厳死の法制化を認めない市民の会」や、「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」が存在するように反対意見も多数ある現状がある。だが、反対を謳う団体の中には上記の団体のように尊厳死という概念そのものは認めるが、尊厳死の法制化について

¹⁹ 尊厳死法制化を考える議員連盟
<http://www.arsvi.com/o/giren.html> (2016.12.11)

は反対という団体も少なくないように思える。これは「尊厳死の法制化を認めない市民の会」が声明文で出しているように個人の死生観に対して国家が介入して行くことに抵抗があるのではないだろうか。確かに個人個人にその当人だけの生き方があれば、死に方も存在しているだろう。だが、尊厳死を行うのは個人であっても法制化がなされると、社会の中の多様性を失わせる可能性を孕むかもしれない。法案の第3条においては責務として、「国及び地方公共団体は、終末期の医療について国民の理解を深めるために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」とさえある。これは「尊厳死を選ぶ権利」を与えるというよりは、「尊厳死を選ぶ義務」と捉えられてしまう可能性があるだろう。重度の障害を持っている人たちや、介護医療費などが過大である人々にとっては確かに尊厳死を選択すべきであるという重圧を与えかねないかもしれない。ただやはり、私は尊厳死の法制化というものは一つの選択肢としてのガイドラインとして必要なのではないかと考える。もちろん上記のような批判は多々あるが、あくまでも、「選択肢としての尊厳死」の法制化はあってもよいというのが私の考えである。次章では尊厳死を法制化するうえでの諸問題を踏まえたうえで法制化をするべきか否かについてまとめていきたい

3. 医療と尊厳死

3. 1 医療という側面から

3. 1. 1 国民医療費の変遷と麻生太郎氏の発言

国民が医療機関で治療を受ける際に払っている国民医療費であるが、年々増加傾向にあることがわかるデータがある。厚生労働省の「平成26年度 国民医療費の概況結果」²⁰によると、平成26年度の国民医療費は40兆8,071億円、前年度の40兆610億円に比べ7,461億円、1.9%の増加となっている。これを人口一人当たりで割ると、国民医療費は32万1,100円、前年度の31万4,700円に比べ6,400円、2.0%の増加となっている。このことからわかるように徐々に国民医療費は増加しており、後期高齢者の割合がますます増加している日本において現行の法制度の中では、国民医療費がますます増加していくことは必至であろう。また、診療種別別国民医療費を見てみると医科診療医療費は29兆2,506億円であり、構想割合の71.7%を占めている。この医科診療医療費の内訳は、入院医療費が15兆2,641億円で37.4%、入院外医療費が13兆9,865億円で34.3%となっている。このデータから読み取れるのは国民医療費の大半が歯科や薬剤などではなく、病院での治療に使われているということだ。さらに、年齢階級別にみると、0～14歳は2兆4,829億円で構成割合のうちに6.1%、15～44歳は5兆2,244億円で12.8%、45～64歳は9兆1,932億円で22.5%、65歳以上は23兆9,066億円で58.6%となっている。このうち人口一人当たりの国民医療費をみると、65歳未満は17万9,600円、65歳以上は72万4,400円となっている。そのう

²⁰ 平成26年度 国民医療費の概況と結果 | 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/14/dl/kekka.pdf> (2016.12.14)

ち医科診療医療費では、65歳未満が12万3,000円、65歳以上が53万5,700円となっている。将来的に更なる少子高齢者社会になりうる可能性がある日本において、医療費の大半が65歳以上の高齢者によって支払われている。また、その大半を占めている65歳以上の医療費を「公費負担医療給付分」、「公的医療保険等給付分」、「後期高齢者医療給付分」などで国が負担しているということを踏まえれば、高齢者と国双方に大きな負担がかかることは避けては通れないだろう。

さて、ここで2013年の麻生太郎氏の発言を取り上げていく。高齢者医療費の問題に関して、政府の社会保障制度改革国民会議で「死にたいと思っても、『生きられますから』なんて生かされたんじゃないかなわらない。しかも政府の金でやってもらっていると思うとなるとますます寝覚めが悪い。さっさと死ぬるようにしてもらわないと」²¹という麻生太郎氏の発言であるがもちろん批判の声も大きかったという点も否めない。しかし、上記のように医療費の高騰や国民の負担費の増加などの要因を踏まえると納得できる点もあるように思える。この発言について国会で言及された麻生太郎氏ではあるが、その際に「あくまで私の個人の見解というか、人生観みたいなもの」と応答をしている。あくまでも個人という一人の人間として尊厳死を選択することの可能性の提示にも捉えられるのではないかと私は考えている。もちろん、さっさと死ぬるようにしてもらわないとという点に関していえば多様な捉え方ができるだろう。障害者に対しても当てはまるだろうし、高齢者にも当てはまるだろうし、自分自身にも当てはめることができる。法制化されることにより自分自身の負担を減らすことにも繋がるかもしれない。過度な延命治療であったり、痛みを耐えながら高額な医療費を払い生きながらえることを望まない人にとっては法制化は良い点があるように思えるし、私自身もそういった観念からも法制化を捉えているため、麻生太郎氏の発言には共感できることが多い。医療費の問題と尊厳死はもはや切って離せるものではなくなっているのではないだろうか。

3. 1. 2 死に場所の理想と現実

平成28年度の「内閣府 高齢者の健康・福祉」をみると日常生活に制限のない期間（健康寿命）と平均寿命に大きな差が生じており、2013年の健康寿命は男性が71.19年、女性が74.21年となっており、平均寿命は男性が80.21年、女性が86.61歳となっている。これは、現代医療の発達によって健康を損なった場合でもある程度は長生きをすることが今の日本では可能であることを表している。また、この統計からは意外なことが読み取れる。「最期を迎えたい場所」という項目において病院などの医療施設を選択した人が27.7%に対し自宅が54.6%と約二倍も自宅を選択している人が多いのだ。1章でも述べた通り、現代医療が発達する前は自宅で家族に見守られながら安らかに死んでいくのが一般だったのが現代医療の進歩によって最後まで延命治療をすることによって病院の中で死を迎えることが、現代では増えている。そのデータとして厚生労働省「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」がある。このデータによると、2009年に亡くなった人数の総数は1,141,865人であり、死亡場所として病院と自宅を見てみると、病院では895,356人、自

²¹民主党・梅村議員が麻生大臣へ尊厳死について質問

<https://www.youtube.com/watch?v=QFKaY64b9r0> (2016.12.16)

宅では141,955人が亡くなっている。これを割合でみていくと病院が78.4%であり、自宅が12.4%となる。上記の「最後を迎えたい場所」という理想と実際の死の方には矛盾が生じていることがわかる。つまり、自宅で死にたいものの家族や医師の勧めによって延命治療を施されることで、本人の意思と違った死の方を迎えている人が多いということにも繋がるのではないだろうか。延命治療の拒否ができるかできないかでもこの数字に差は出てくるであろう。尊厳死の法制化によって延命治療をやめ、自宅で静かな最後を迎えるという選択肢もできるのではないだろうか。

3. 2 終末期医療の整備

これまで尊厳死の法制化については肯定的に捉えてきたが、その一つの要因として州末期医療の整備が少しずつなされている為である。法制化の動きが強まる中で厚生労働省や日本医師会など、様々な機関から終末期医療についてのガイドラインが出されている。これらのガイドラインには共通点が多くみられ、

- (1) 本人の意思尊重。
- (2) 治療方針の決定は主治医だけでなく医療チームまたは複数の意思による。
- (3) 安楽死は許されない

などがあげられる。ガイドラインによると、あくまでも本人の意思は最優先で尊重されるべきであり、本人の意思が不明の場合は家族の意見を尊重するという事も付随されているが、あくまでも意思を残せるうちにリビング=ウィルによって意思を表示することであくまでもではあるが自己の意思を表示することが可能となるのではないだろうか。

このように終末期医療のガイドラインが整備されることで、生きることを選択することも可能となり、安らかに人間の尊厳を守ったまま死ぬことも可能になるのではないだろうか。個人の意思の尊重は少しずつではあるものの進みつつあるのかもしれない。

また2007年11月に「救急医療における終末期医療に関する提言」が日本救急医学会から好評されたが、次の4種の場合においては延命治療行わなくてもよいとした。

- (1) 脳死などの不可逆的な全脳不全。
- (2) 生命が生命維持装置に依存し、生命維持に必須の臓器の機能不全が不可逆である場合。
- (3) 代替医療がなく、現状の医療を継続しても、数日以内に死亡することが予測される場合。
- (4) 疾病の末期であることが積極的な治療の開始後にも判明した場合。

このように終末期医療の生と死は明確になりつつある。そのなかで尊厳死という選択肢は許容されるべきなのかもしれない。

4. 尊厳死の法制化と自己決定権

私は1章から3章に至るまでおおむね尊厳死の法制化を肯定的に捉えてきたが、あくまでも尊厳死の法制化を「選択肢の拡張」というように捉えることで肯定しているのだ。日本で尊厳死が行われてきたにもかかわらず、尊厳死を行った医師が逮捕されたり、患者本人が苦しんでいるにもかかわらず、死ぬことを選べずに延命治療を家族や医師に強要されてしまう現状を打破するには、やはり法制化が必要なのではと考えてしまう。もちろん、個人の意思を尊重するということで延命治療を望む人や尊厳死を望む人など様々わかれているが、リビング=ウィルなどにおいて意思表示を残したり、撤回できるように法制度を整えることで、延命治療を受けるしかないという選択肢から尊厳死も選ぶことができる状況にすることが個人の意思尊重へとつながっていくと私は考える。今現在の日本では暗に尊厳死が行われており、家族や医師の保身を心配しながら尊厳死を迎える可能性があるかもしれない。これでは意思は尊重されたとしても、周囲の人間にリスクを負わせかねない。もちろん法制化をしたからと言ってあらゆるリスクが想定されよう。

支援不足や周囲からの圧力をうけ患者が延命を諦めるという結果を導きかねないというリスクなども考えられるし、人間の意思が常に変化する可能性があることも重々承知であるが、はじめでも述べたとおり、延命治療をする風潮こそが自然でなく、命の蹂躪にもつながりかねないように思える。延命治療の中止を問題とするのではなく、延命治療を行うことが不適切であると捉えることによって見方は大きく変わってくるであろうし、そう捉えることで不適切な延命治療を拒み、尊厳のある死を迎えることを自己決定できるようになると私は考える。もちろん本人の意思によって適切だと思う治療を受けるべきであるし、家族の意思などによって受ける場合もあるかもしれないが、あくまで一個人として尊厳死の法制化は自己決定の一つの選択肢を増やすうえで有意義であると私は結論付ける。

おわりに

本論文では1章において日本と世界における尊厳死の現状や事例、2章において尊厳死を推進する団体や反推進する団体、尊厳死の法制化運動、3章においては尊厳死を取り巻く諸問題として医療や医療費を、そして4章では尊厳死の法制化と自己決定権について述べてきたが、やはり個人の意思を尊重するためには尊厳死という選択肢を明確にするためにも法制化がなされるべきだという結論に至った。もちろんこれは、私自身の思想が大きく反映されている部分もあるが苦しみながら生きるよりも安らかな死を選びたいという感情が大きいのもかもしれない。もちろん、法制化されるべきと考えているのは尊厳死であり、安楽死はまた別の問題であると捉えている。死を早めるのではなく、あくまで自然の流れの中で朽ちていきたいため、安楽死を許容はしない。

今後の課題の課題としては、実際に尊厳死の法制化のよって個人の意思を尊重するためには法案自体の見直しや患者のパターンによっての多様性も必要に思える。健常者・障害

者を問わずに当てはめることのできる法律が果たして作ることができるのか、反推進派を納得させることができる法律ができるのかなど課題は山積みである。

反省点としてはやはり尊厳死を選択する自由が尊厳死を選択する義務になりかねないことに対する核心を突いた反論ができなかった。また選択肢としての尊厳死を推すあまり、リスクなどを吟味することがあまりできなかった。尊厳死の法制化がなされた国で現在巻き起こっている問題などについても考えていかなければ尊厳死の法制化の負の面だけが強調されてしまう。そこに踏み込んで論じることができなかったことが最大の反省点であると考え。

私自身、本論文を書き上げていく中で、尊厳死の法制化について、考えが賛成に傾くこともあれば反対に傾くこともあり、もやもやとしたものを解決することはかなわなかった。しかしながら、文献を読み解いていく中で反対の意見を多く目にしたことから、賛成の風潮がある中で反対意見を出す有識者の方が多いのではないかとも思えるようになった。このよう賛成と反対の意見がぶつかった先により良い死生観を持てる国づくりがなされることを切に願いたい。

参考・引用文献

- 井形昭弘，2012，「わが国における尊厳死運動—日本尊厳死協会の立場から」．シリーズ生命倫理学編集委員会『シリーズ生命倫理学第5巻 安楽死・尊厳死 85-105
- 児玉聡・赤林朗，2009，「生命倫理」．『現代用語の基礎知識 2009』自由国民社 846-850
- 児玉真美，2013，『死の決定権のゆくえ 尊厳死・「無益な治療論」・臓器移植』大月書店
- 小松美彦，2012，『生権力の歴史 脳死・尊厳死・人間の尊厳をめぐって』青土社
- 坂井昭宏，1996，『安楽死か尊厳死か』北海道大学図書刊行会 265-275
- 澤田愛子，1996，「尊厳死はどこまで許されるか」．坂井昭宏『安楽死か尊厳死か』北海道大学図書刊行会 87-112
- 清水哲郎，1996，「死を看取る医療」．坂井昭宏『安楽死か尊厳死か』北海道大学図書刊行会 63-75
- 中島みち，2007，『「尊厳死」に尊厳はあるか—ある呼吸器外し事件から』岩波新書
- 中山研一，2000，『安楽死と尊厳死—その展開状況を追って—』株式会社成文堂
- 旗手俊彦，1996，「死の自己決定と積極的安楽死」．坂井昭宏『安楽死か尊厳死か』北海道大学図書刊行会 27-47
- 山崎章郎・和田，1992，「人生最後の時間を過ごす、最良の死の迎え方とは？」．別冊宝島 152 『病院で死ぬ！』JICC 50-61