安楽死の法制化の是非

２００６年1月１７日
法学部　法律学科
Ｄ１０５１６４　杉浦達也

１．問題の背景[I)]

簡潔に言うと、安楽死とは助かる見込みのない病人を、本人の希望に従って、苦痛の少ない方法で人為的に死なせることであるが、日本では安楽死問題に触れた文学作品として名高い、森鴎外の「高瀬舟」[注1)]にも見られるように、昔からこの問題は注目視されてきて、現代では専門家たちによって３０年以上に渡って安楽死問題が議論なされてきて、今ではディベート甲子園という公式試合でも論題に扱われるほど重要な問題になっている。法制化にあたっては、具体的に安楽死の違法性、自己決定権などが重要な争点となっていることが現状である。

２．報告の目的

先に述べたとおり、安楽死の法制化にあたって、長年、議論がなされてきて、未だに決めあぐねている。そこで、なぜそこまで意見が二極化し、意見が対立してしまうのかという安楽死問題、すなわち法哲学を法学部生として知りたく、また知る必要もあると思った。

２１世紀は高齢化社会であり、安楽死、とりわけ末期医療が重要な課題となるのは必至であろう。そこで、安楽死のメリット・デメリットを踏まえた上で、患者にとって、本当に安楽死は望ましいのか、日本で安楽死を法制化するべきか否かを検討していくことを目的とする。

３．問題の概要

（1） 安楽死とは何か[II) i) iv)]

改めて説明すると、まず安楽死とは回復する見込みがない患者を苦痛から解放する目的で、延命の為の治療を中止し、死期を早める処置をすることとされている。そして、安楽死は大別すると次の２つに分類される。

- 「消極的安楽死」・・・延命治療を中止した結果、患者の死期を早める安楽死。
  ※ 消極的安楽死に関しては、延命治療を拒否する自己決定権の適法であるとされてい

る。

※ 消極的安楽死の同義語として、自らの尊厳を傷つけるような無理な延命治療を拒否するという「尊厳死」がある。ただし、治療の目的は異なり、尊厳死は患者を自然な状態にするのに対し、消極的安楽死は苦痛の緩和である。

- 「積極的安楽死」・・・致死量の薬物の投与を行うなどの方法で患者を死に至らせる安楽死。

死期が迫っており、苦痛が甚だしく、本人の希望があり、医師の方法が適切であれば、多少死期が早められたとしても、消極的安楽死は許されるとした判例があるので、問題にはならない。故に今回は、安楽死とは積極的安楽死の事とし、積極的安楽死とは延命治療の中止（消極的安楽死）以外の手段で意図的に死期を早める行為とする。

（２） 法制化とはどういうことか[i)]

積極的安楽死は、たとえ患者からの意思表示があったとしても、普通、刑法上は「同意殺人罪」に当たる行為となる。しかし、刑法で違法であると思われる行為についても、「法令又は正当業務」[注2)]、「正当防衛」[注3)]、「緊急避難」[注4)]の３要件のいずれかに当てはまる場合は安楽死の違法性がないと判断される。つまり、積極的安楽死を法制化するという事は、法令を作る事でこの条件の「法令又は正当業務」を満たし、積極的安楽死の違法性を無くすという事を意味する。

また、それ以外にも、実質的な観点から安楽死は違法でない場合があり、これを刑法学の専門用語では「実質的違法性阻却」と言い、簡潔に言うと、形式的には犯罪行為でも、事情によって違法でない場合もあるということである。具体的には「目的の正当性」、「手段の相当性」、「相対的軽微性」、「必要性・緊急性」などの要件の考え方があるが、しかし未だその要件はしっかりと定義されていないのが現状である。

（３） 自己決定権について[i)]

自己決定権は、私情について政府に妨げられることなく自由に決定できる権利のことを意味する。この自己決定権は憲法で明文化されている人権ではないが、現状として、憲法１３条の「生命，自由および幸福追求に対する国民権利」と関連して、基本的人権の一つとする考え方が強くなってきている傾向にある。

しかし、自己決定権にどのような権利が含まれるかについては、未だ検討段階にあり、特に、積極的安楽死で問題となる自己決定権に関しては、①生命というものは最上の価値であり、個人の判断で処分してよいものではないとする説、②「死ぬ権利」を認めることは社会通念に反し、法的秩序を乱す可能性があるとする説、③基本的人権である自己決定権に制限をつけるべきではないとする説、などが激しい論争を続けている現状である。

（４）日本の安楽死事件[i)]

・　昭和３７年名古屋高裁判決

脳溢血で倒れて全身不随になり、激痛を訴える父親を、息子が牛乳に農薬を混入して、殺害した事件。判決では、①不治の病で死期が迫っていること、②苦痛が激しく見るに忍びないこと、③苦痛の緩和を目的とすること、④意識がある場合、本人の真摯な嘱託があること、⑤特別な事情がない限り、医師の手によること、⑥方法が倫理的に妥当である、という違法性阻却としての安楽死の６要件を示した。そして、本件は⑤と⑥が満たされていないとして、違法性を阻却することはできないとの判決を下した。

・　昭和５０年鹿児島地裁判決

肺結核を患って、全身の疼痛に苦悶する妻から哀願され、これ以上、苦痛姿を見るに耐えない夫が絞殺した事件。鹿児島地裁は、被告人の心情は察し得るが、妻の病は現代の医学上、必ずしも不治ではなく、死期も目前ではないとして、有罪の判決を下した。

・　昭和５２年大阪地裁判決

胃がんの激痛に苦しみ、自殺未遂まで起こした妻の哀願を受け、夫が包丁で刺殺した事件。弁護人は、これを正当な安楽死であるとして無罪を主張したが、大阪地裁は名古屋高裁の判決と同様、医者の手によらない安楽死は濫用の危険が大きく、刺殺という方法は倫理的に問題があるとして、有罪の判決を下した。

・　平成７年横浜地裁判決（東海大安楽死事件）

多発性骨髄腫でこん睡状態だった患者に対し、東海大学医学部付属病院の男性医師が、家族の要請に従い、延命治療を中止して、さらに塩化カリウムを注射して死亡させた事件。

横浜地裁は、この事件を「末期医療において医師として許される行為の法的限界を考えさせる事件である」として、延命治療の中止条件や患者の意思表示の在り方、積極的安楽死の要件の検討を行った。

まず、延命治療の中止については、自己決定権の理論と治療の限界を根拠として、回復の見込みがなく、死期が迫っている場合に限り、治療中止は適法であるとの見解を示した。

また、患者の意思表示については、末期患者において難しい場合が多く、事前の文書による意思表示（リビング・ウィル）や家族の意思表示による推定も許可して良いという方針を示した。ただし、この推定を許す前提として、医者と患者・家族の間で病状や治療方針などについて十分な意思疎通がはかられていることが必要であるとされている。

そして、積極的安楽死については、名古屋地裁の６要件を再検討し、①患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、②患者は死が避けられず、その末期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に手段がないこと、④生命

の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、の４要件を示した。

以上から、現段階での司法の判断は、安楽死が正当と認められる状況はあるが、実際には安楽死を認めることに慎重な姿勢を取っているという事が分かる。

（５）諸外国の安楽死の事例[i)]

・ オランダ

オランダでは１９９３年に埋葬法が改正され、実質的に安楽死が認められており、その後、２０００年に安楽死法が制定され、国家として世界で初めて安楽死が法制化された。刑法改正案では、①患者の苦痛が耐え難く、改善の見込みがない、②患者本人の意思による自発的な要求がある、③１人の医師の判断ではなく、他の医師と相談された、などの要件を満たしてしていれば、医師は刑法違反にならないとされている。

・ ベルギー

ベルギーはオランダの影響を受け、２００２年に安楽死を法制化する法案を可決した。安楽死認定の要件はオランダとほぼ同じであるが、対象者は１８歳以上に限定し、より要件を厳しくしている。

・ オーストラリア

１９９５年、オーストラリア北部準州で、「末期患者の権利法」が可決され、①患者が１８歳以上である、②患者に肉体的苦痛または精神的苦痛がある、③患者が末期状態である、④二人の医師が末期状態の診断をしている、⑤患者の要請から７日間の考え直す期間と実施前の２日間の冷却期間がある、⑥患者の要請と医師の宣告は文書によってなされる、の６要件の元で医師が安楽死を実施することが法的に認められた。しかし、９６年、意図的に他者を殺す行為を医師に許す法律を議会が作る権限はないとし、「終末期患者の権利法を無効とする法案」が議会に提出され、９７年、同法案は可決された。

４．安楽死のメリット・デメリット

〈メリット〉[ii)]　※矢印は法制化を表す

① 耐える意味の見出せない苦痛の除去

人は健康回復の希望に支えられているから、肉体的・精神的苦痛に耐えることが出来るのであって、回復の見込みのない末期患者は、耐える意味を見出せずに苦しむことになる。
→肉体的苦痛・精神的苦痛は除去される。

② 医者による殺人の防止

現在、癌の末期患者に対してどのように対応するかというルールが確立しておらず、その為に家族に要請された医者が、対応に困った挙句に患者を殺すといった事件が起きている。→患者の意思表示が要件になるから、家族からの要請で殺すということはなくなる。

③ 家族による殺人の防止

現在、末期患者が苦しむのを見るに耐えない家族の手によって、患者が殺されるという事件が起こっている。→安楽死の基準が明示され、医者が安楽死を行うことが出来るようになり、家族が患者を殺してでも楽にしようと追い込まれることがなくなり、殺人を防ぐことができる。

④ 医者による患者の意志の尊重

現在、法律が整っていない為に、医者が安楽死を行った後の事を気にして安楽死を踏みとどまっており、その結果、患者は死にたくても死ねないという状況に置かれている。→医者は患者の意志通りに積極的安楽死を行うことができ、患者の延命治療中止の意志を尊重することができる。

⑤ 自己決定権の尊重

現在では基準がないために、医者の判断で安楽死が行われている。→患者は自分の病状を判断した上で、希望をすれば積極的安楽死を選ぶことができる。

⑥ 医療の発達

積極的安楽死が法制化されれば、東海大事件以上に議論は活発になされることが予想され、今よりも患者中心の医療のあり方への取り組みが行われるようになり、医療の発達に繋がる。

〈デメリット〉[ii)][iii)]　※矢印は法制化を表す

① 医者の判断による殺人

現在は日本の医療技術、とりわけWHO方式[注5)]という痛みを取り除く方法で、癌患者の肉体的苦痛は完全に取り去ることが可能であり、この技術は現在もますます研究されている。→時間が解決可能な問題なので、あえて患者を安楽死させようというのは、医者が何らかの悪意を持って行う殺人ということになる。

② 精神的苦痛の増大

安楽死が法制化すると癌告知が希望者にされることになり、その結果、病名の告知を受

けると、癌患者の中で、告知に耐えられない人は精神的ショックを受けることになる。

③ 自己決定権の押しつけ

安楽死が法制化すると、患者は自分の命について、自己決定権を行使しなくてはならなくなる。すると、行使する際に、自分の病気やこれからの処置に関して十分な情報が必要となる。ところが、患者が医学的な専門知識が無い為に、医者の言っている事が理解できず、その結果、自分の病気に関する情報が無いままで自分の命に関して決定を下すことになる。

④ 患者への圧力

日本人は、個人の意見より仲間の意見を尊重する性質にある。→法制化を叫ぶと患者に「早く死んでくれ」と言われているような無言の圧力を与え、また患者の家族が長期の介護の疲れなどから説得などをして圧力をかけることになる。

⑤ 患者の意思表示の誤解

患者が安楽死の意思表示をしたとしても死を求めているとは限らなく、それは肉体的または精神的苦痛から救ってほしいと願っているのに過ぎないこともありうる。この場合、患者の意思表示を誤解して安楽死を実施する事になる。

５．総合的な検討と総括[ⅳ)]

まず、総括としての「比較」をすると、主に問題の争点となるのが２点あり、１点目である苦痛については、メリット①で患者は病気で肉体的・精神的苦痛を伴うが、法制化すれば除去される。反対にデメリット①では法制化はしなくても、WHO 方式で肉体的苦痛は除去することができるとある。しかし、WHO 方式は精神的苦痛までは除去できないので、メリット①の方が重要性は高いと思われる。

次に、２点目である自己決定権について、メリット⑤では法制化によって、医師が患者に病状を説明して、患者がその情報から判断して、命をどう処置するかを決めることができる。反対に、デメリット③では法制化によって、先の情報が必要になるが、ただでさえ精神的に不安定なのに、医学的な知識が無い患者に対して医師が説明だけして、あまり理解できていない患者が決断してしまうこともありうる。ここで問題になるのは、医師が患者にどのように病状を説明するか、精神的に不安定な患者からどのようにしっかりとした承諾を受けるかである。そこで、個人的に検討してみると、精神的に安定していて、なおかつ患者の気持ちを一番理解しているその家族が、患者と医師の仲介役となる、という要件を足せば、問題は打開できると思われるので、メリット⑤の方が重要性は高いと思われる。また、ほぼ同意義であるメリット④も同じように発生すると思われる。（ただ、ここに

先のデメリット④「患者への圧力」の問題が絡んでくるが、その場合、友人、看護士などの身近な人が仲介役になれば、法的能力が低くなるが、患者の意見を尊重することを第一に考えれば問題はないと思われる。）

また残りの点を見ていくと、メリット②、③については、それぞれ横浜地裁や名古屋地裁のように実際に事件が起きており、当然に現状問題を打開する必要があるから、要件を作る、すなわち法制化するべきなので、単に重要性は高い。反対にデメリット⑤については、確かに患者が苦痛からの解放を単に願っており、医者が誤診する場合もありうるが、個人的な検討として、誤診を防ぐ為に、「担当医師以外の二名の医師によって、横浜地裁の４要件が確認されること」という要件を足せば、一人の医者によらない正確な判断が出来、一人一人にかかる負担も少なくなると思われる。つまり、法制化の要件を以下のようにまとめることが出来る。

（定義）

「積極的安楽死」とは、患者を耐え難い苦痛から解放するために、医師が意図的に安らかな死を迎えさせる、尊厳死を除いた医療行為とする。

（プラン）

１、安楽死法を制定し、次の五つの条件が揃ったときに積極的安楽死を行うことを認める。

一、医師が患者に病状を的確に説明し、患者がそれを理解していること。ただし、理解できない場合は、家族が仲介する。

二、患者が耐え難い苦痛に苦しんでいること。

三、患者は、その死期が迫っていること。

四、患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために、方法を尽くし、他に代替手段がないこと。

五、生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること。

２、誤診による殺人を防ぐため、担当医師以外の二名の医師によって、上記五つの条件が確認されることとする。

そして、メリット⑥とデメリット②については直接的なことなので、上手く検討することは出来ないが、個人的な考えを述べると、末期医療が発達すれば、最小限に患者の精神的ショックを和らげることができるかもしれなく、なおかつその様になることも期待する。

よって、以上を考慮して自分は、**積極的安楽死は患者にとって望ましく、日本で法制化するべきである**という結論に至った。

６．私見

「スパゲッティ症候群」という言葉がある。これは、重い病気で入院すると、治療の為に体の中に管を何本も入れられることで、この様子がスパゲッティの絡み合う様子に似ていることから、スパゲッティ症候群と名付けられた[Ⅱ)]のだが、実際、そのような回復する見込みがない患者の姿を見続けることは、家族は当然、本人にも苦痛だと思う。しかし、それ以上に酷いのは、患者は人間なのに、まるでスパゲッティのように物として扱われてしまうことでもある。これは紙の上なので分かりにくいが、自分がその現場に居合わせた時、もしかしたら死なせてあげたいと思ってしまうかもしれない。

そこで行使するのが今回の安楽死であるが、要件（基準）が定まっていないから安易に安楽死を実施できないばかりか、人の命はこの世で最上級の価値であるはずなのに、人が患者の命を物として勝手に扱ってしまう。しかし、自分はその道理を許したくないと思うので、安楽死を法制化し、しっかりと要件を定めて、患者の自己決定権を尊重し、人の命を物として見ない時が来てほしいと、今回のレポートを通じて思った。

７．参考資料

（１）文献等

（Ⅰ）広辞苑　第５版

（Ⅱ）戸梶雄一(著)　安楽死が分かる本

（２）インターネット

（ⅰ）NADE 情報局（http://mm.nade.jp/）

（ⅱ）DEBATE（http://www.rt.sakura.ne.jp/~kanto/text/debate/index.htm）

（ⅲ）（http://f22.aaa.livedoor.jp/~debate/）

（ⅳ）（http://www.geocities.co.jp/CollegeLife-Labo/5631/text/site_midasi.html）

８．注

（注１）高瀬舟・・・森鴎外の短編小説。１９１６年「中央公論」に発表。弟殺しの罪で遠島に処せられ、高瀬川を船で下る喜助の心情を叙して、知足の境地や安楽死の問題などに触れた作品

（注２）法令又は正当業務・・・法令行為とは、直接に成文の法律、命令に基づいて権利又は義務として行われるべき行為をいい、また正当業務行為とは、法令に直接の規定が無くても、社会通念上正当のものと認められる業務行為は、違法性を阻却される

ことをいう。（刑法３５条）

（注３）正当防衛・・・正当防衛とは、急迫不正の侵害に対して、自己又は他人の権利を防衛する為、やむを得ずにした行為である。（刑法３６条第１項）

（注４）緊急避難・・・緊急避難とは、自己又は他人の生命、身体、自由もしくは財産に対する現在の危難を避ける為、やむを得ずになした行為で、その行為から生じた害が、その避けようとした害の程度を超えない場合をいう。（刑法３７条第１項）

（注５）WHO 方式・・・WHO 方式癌疼痛治療法。世界保健機構（WHO）が 1986 年に「癌の痛みからの解放」という報告書を発表し、モルヒネを主軸とした癌疼痛治療法。