

生命倫理 —脳死、臓器移植、安楽死、尊厳死—

— L'homme n'est qu'un roseau,
le plus faible de la nature; mais c'est un roseau pensant —
Blaise Pascal

松井 志菜子*

Bioethics — Brain death, Transplant, Euthanasia, Death with dignity —

Shinako MATSUI*

Key words: 生命倫理 生命科学と医療技術 人間の尊厳

1. はじめに

人々は、日々、より快適な生活を求めている。様々な工夫をし、道具を作ると同時に使いこなしてきた。火を使い、自然界の危険から身を守ってきた。調理することにより食糧となる材料の種類も増えた。食物の調理方法も広がる。衣服を纏い、厳しい気候に耐え、厳しい自然からの脅威を乗り越えてきた。食糧を求めて移動するのではなく、植物を育て、動物を飼育することにより、安定した食糧確保を学び、住居を構え、定住することで落ち着いて過ごすことを知った。耕作道具を工夫し作物を作り、罠や弓による狩猟をし、海の幸を能率よく手に入れることで備蓄をし、日々の暮らしにゆとりを持つようになる。

伝達手段も進歩する。より遠くまで情報を伝えることによって、また情報の収集によって、有益な情報を捉えることもでき、思考の材料や行動を起こす判断基準とした。良くも悪くも情報の共有、情報操作も行ってきた。

人々は、快適な生活を手に入れると、更により快適で便利な生活を求める。そして、その速度は加速する。日々の生活を能率的にこなし、考える時間がよ

原稿受付：平成18年5月22日

*長岡技術科学大学経営情報系

り多くなる。自由を知った人々は、機械文明の便利さや贅沢に飽くことを知らない。今では明るい電気を灯し、快適な温度で一年中を過ごすことができるようになった。物物交換から貨幣を介在して衣食住に必要な物は何でも手に入る生活を当たり前のように感じるまでになった。

その一方で、快適生活を維持、継続するため、地球資源を恐るべき速さで消費している。資源は何億年、何十億年も掛かって創生され、蓄積されたものである。それを現代に至る数百年の間に生きた人類が使い果たそうとしている。枯渇したときの手当てをすることなく。

また人々は戦争をし、お互いを殺しあう。どの様な理由があろうと、どの様な手段であろうと生命を奪うことは誰にも許されていない。科学や技術の発展は高度な武器を製造し、生命を脅かす。生物兵器は生命を破壊する。原爆は大量に生きものの生命を奪うばかりか、自然を破壊し、環境を破壊し、生物の遺伝子情報まで変え、世代を超えて健康を脅かす脅威である。

石炭や石油、天然ガスなどの資源に限りあること、枯渇することに気がつくと、水力発電や火力発電から原子力発電を補給代替とすることを考えた。その存在自体の危険性と廃棄物が生命体に対し有害であり、危険であることを徹底的に検証することなく。

大量消費、大量生産は大気を汚し、大量廃棄は自然破壊と健康被害を齎す。空気中に含まれる人工的な化学物質による生物への健康被害、食物連鎖による汚染物質の蓄積、それらの複合汚染は、その結果や影響が出るまでには長い時間が必要である。汚染した大気や河川、池、湖、海は地球規模で重大な影響を及ぼす。生命に必要な空気や水の確保も難しくなる。

技術の発展によって自然の不思議を解き明かすことが科学であろう。より精度の高い望遠鏡を開発することによって、今まで見ることができなかった未知の天体を発見することができるようになる。発見は更なる発見への基礎となる。新しい自然法則も発見できるであろう。未知の宇宙を解き明かす小さくても偉大な一歩が印されるであろう。あるいは感度のよい顕微鏡を開発することによって、微小な生物や生命体が見つかる。その発見により分子レベルの生物の不思議が解き明かされ、健康を蝕む微生物も突き止められるであろう。新薬の開発に繋がるかもしれない。

しかし自然界の謎解きに夢中になる余り、人間の浅知恵で、自然に手を加えるには時期尚早の事柄も沢山ある。平たく言えば、人としてやっていること、悪いことがある。人としてというのは、地球上に生きる生物の中で、人類、す

なわち、他の生物と同様、進化の歴史を辿った生き物としてという意味と、生命を生み出す生殖やゲノムを操作する人間としてという意味である。

自然界の人間以外の生き物は、生まれながらにして、その境界線を知っている。地球という天体があって初めて、また、自然や他の生物があって初めて、自分達も生きることができることを知っているからである。生物界は共生、共存の世界である。長い時間を生き抜いてきた生命体の遺伝子はそのことを記憶している。しかし人間は異なる。一方では便利な道具を作り、生活を便利にする。他方、欲望で歯止めが利かず、暴走するのも人間である。人にできることは、倫理を失わないことである。

生命倫理である⁽¹⁾。

一人一人が異なる価値観や人生観を有することを認め合いながら、より快適に生きていくにはどうすればいいのか。科学や技術、道具を上手に利用し、科学するとはどういうことかを考えていきたい。

(1) 生命倫理 (bioethics) は、生命 (bio) と倫理 (ethics) の語からの造語である。生存の科学、環境の倫理、生殖医学の倫理、生命科学、医療分野の倫理など幅広い意味に使用している。

2. 科学する心

わが国の医学的な技術水準や生命科学の研究が、他の先進諸国から遅れをとっていることはない。

ミクロの研究、NT (ナノテクノロジー) の発達で、未知の生命体への研究は急速に進んでいる。遺伝子レベルの科学である。

そして生命体の誕生の分野に対する恐れ、生命の誕生自体を人為的に操作することへの畏れが、科学者や技術者の倫理の問題として歯止めをかけている。人の力の及ばぬ所に踏み込むとき、人は本能的に、予期せぬ危険と、非常事態への対応不能を感じ取っている。その感覚を大切にしなければならない。もっと謙虚にならなければならない。

3. 再生医療 (regenerative medicine)

再生医療 (regenerative medicine) には、幹細胞 (stem cell)、ES (胚性幹細胞 (embryonic stem cell)、体性 (成体) 幹細胞 (adult stem cell)、胎児由来細胞、生体組織工学 (tissue engineering) がある。

3. 1 幹細胞 (stem cell)

幹細胞は組織毎にある。

幹細胞には組織幹細胞と上位多分化能性幹細胞 (ES (胚性幹) 細胞や間葉系幹細胞とがある。組織幹細胞は、血液 (造血幹細胞) や骨 (骨幹細胞)、神経 (神経幹細胞)、皮膚 (表皮幹細胞)、筋肉 (筋肉幹細胞) など分化が限定的な細胞である。上位多分化能性幹細胞 (ES (胚性幹) 細胞や間葉系幹細胞は、機能細胞にも組織細胞にも分化が可能な、全能性を持った細胞である。

受精卵からつくる ES (胚性幹) 細胞 (embryonic stem cell) は全ての種類の細胞に分化できる細胞である。人の身体の細胞は、死滅と再生を繰り返しているが、それを幹細胞 (stem cell) が助けている。

3. 2 ES (胚性幹) 細胞 (embryonic stem cell)

ES (胚性幹) 細胞 (embryonic stem cell) は、体外受精の受精卵の発生初期段階である細胞分裂後 5 ~ 6 日目の胚盤胞の段階において取り出し、胎児へと成長する内部細胞塊を形成する細胞を培養した細胞である。生体外においても、未分化状態を維持しながら、すべての組織に分化する全能性を持ち、自己複製 (増殖) し続ける細胞株である ES (胚性幹) 細胞は、再生医療に役立つとして研究している。

1981年、マウスで ES (胚性幹) 細胞の生成に成功し、1998年にウィスコンシン大学で人の ES (胚性幹) 細胞の生成に成功した。マウスなど動物からの ES (胚性幹) 細胞は、培養した細胞の遺伝子を操作することができ、病気の治療への応用研究が進んでいる。例えば、糖尿病患者へのインスリン産生細胞など細胞移植治療するため、組織幹細胞や機能細胞を大量に分化し、培養し、投与を要する病気、血液、骨、軟骨、皮膚などへ使用する、また薬剤の毒性や有効性の試験などである。

また今は、脳死による臓器提供に頼らない移植臓器の生産の研究も行っている。脳死による臓器提供者は絶対的に不足している。脳死判定や臓器移植自体の倫理上の問題や、拒絶反応、未知の病原体など多くの課題を抱えている。臓器移植に頼らざるを得ない希望者の期待に応えることができるような臓器作成への研究が進んでいる。

患者自身の ES (胚性幹) 細胞から臓器作成は、他者からの、あるいは、他の動物からの臓器移植よりも拒絶反応などの問題は少ないと言われている。しかし技術的な研究は、長い時間がかかるであろう。なぜならばクローン胚が必要

であるからである。クローン人間作りと同じ手法であるため、深刻で困難な課題を克服しなければならないからである。また ES（胚性幹）細胞の研究は、生命活動を既に始めている ES（胚性幹）細胞を損壊することも問題とされ、課題の多い分野である。生命の始まりはいつか。

3. 3 体性（成体）幹細胞（adult stem cell）

体性（成体）幹細胞（adult stem cell）は、成体の組織や臓器の中において、ES（胚性幹）細胞と同様、未分化状態を維持しながら、自己複製（増殖）し続ける細胞株である。

白血病の治療のように、骨髄液を患者に移植し、造血幹細胞の自己複製（増殖）や血球細胞への分化を利用する治療として、既に実用化している。閉塞性動脈硬化症などの患者に対して、骨髄に含まれる血管内皮前駆細胞を投与することによる血管の再生も行っている。

皮膚（表皮幹細胞）、神経（神経幹細胞）、骨（骨幹細胞）、筋（筋幹細胞）や、骨髄や臍帯血に含まれ、骨や軟骨、筋肉、脂肪などに分化する多分化能の間葉系幹細胞の発見や、造血幹細胞が血球だけではなく、筋（筋幹細胞）や神経（神経幹細胞）にもなりうるなど、特定の機能分化細胞以外の組織幹細胞になる可塑性の研究などを行っている。

3. 4 胎児由来細胞（embryonic germ cell）

EG（胎児生殖）細胞（embryonic germ cell）は、臍帯血から採取し、体性（成体）幹細胞（adult stem cell）よりも増殖能と多分化能が高いと言われる。

しかし中絶胎児や死産胎児の幹細胞、出産時のへその緒や胎盤から採取するため問題点も多い。胎児や胎盤、へその緒を、医薬品や医学の研究材料としての価値が高いため、売買取引の対象として、すなわち価値ある商品として取り扱っている点である。

3. 5 生体組織工学（tissue engineering）

生体組織工学（tissue engineering）は、既に、皮膚や骨、角膜、血管、筋肉、神経の分野での研究が進んでいる。セラミックスやコラーゲンなどの高分子化合物の基盤に、幹細胞又は機能分化細胞やサイトカインなどの増殖因子を植え付け増殖培養し、組織を作る。人工骨などで実際に製品化している。

3. 6 再生医療における倫理問題

ES（胚性幹）細胞（embryonic stem cell）の供給は、どこか。

それは不妊治療の際の体外受精した後、余剰廃棄となった胚や、研究目的の受精胚、体細胞核移植クローン技術によるクローン胚などである。

いずれも提供者や協力者の理解と承諾が必要である。インフォームド・コンセント（informed consent）である。なぜならば、研究内容自体、胚の取り扱いに関する問題があり、研究や治療のために、生命体としての活動を始める胚の作成や利用に破壊が伴うからである。

では、胚とは、どのような存在なのか。

研究や治療のためであれば、破壊が伴う利用を是とする立場からは、胚とは、将来脊髄になる原始線条が形成される受精後14日までは単なる細胞の集まりであると考えられる。他方、胚の作成や利用を批判する立場からは、人の生命の萌芽であり、人と同様の権利を持つ主体として、個人として、人としての尊厳を有する存在であると考えられる。胚の利用に関する意見は両極端である。現実には医学や製薬、医療の発展のため、研究材料や医療資源として使用している。また売買取引の対象にはしないことにはなっている。しかし胚という生命を、道具として、また手段として、使っているという批判は免れない。

また皮膚、血管、骨などの再生医療（regenerative medicine）は、人の身体を取替えてあり、細胞や組織の増殖や分化の研究と医工学テクノロジーの発展が、何を目的とし、どこに向かおうとしているのかを常に見極めながら研究を進めることが必要である。

それと同時に、内部関係者の十分な検討と検査、外部機関や専門家、第三者機関による厳格な監査、監督が必要でもある。その結果の評価や改善策の公表も必要であろう。

4. クローン技術

4. 1 クローン羊ドリー

クローン技術には、治療的クローニング（therapeutic cloning）、生殖クローニング（reproductive cloning）がある。

治療的クローニング（therapeutic cloning）は、ES（胚性幹）細胞（embryonic stem cell）から作った細胞や組織や臓器による治療の際、拒絶反応を回避するために用いる技術である。患者の細胞からDNA情報の入った核を取り出し、核を除去した未成熟に移植して電気刺激で融合、分割させ、胚（クローン胚）を作

り、そこからES（胚性幹）細胞（embryonic stem cell）を樹立する。

しかし、クローン人間の研究につながるなど、倫理的にも議論を要する深刻な問題も多い。クローン胚の成功率はまだ低い。クローン胚に頼らない、拒絶反応を起こさないES（胚性幹）細胞樹立の研究開発も必要であろう。

生殖クローン（reproductive cloning）は、ES（胚性幹）細胞と同様の手順によってクローン胚を作り、子宮に戻し、妊娠、出産するとクローン人間が誕生する。誕生した子のDNAは、卵子由来のミトコンドリアDNAとは異なるが、体細胞提供者と同一のヒトクローン個体である。

クローンで有名な羊ドリーは、1997年2月に誕生した。クローン羊ドリーの誕生には、体細胞（乳腺細胞）を提供する羊、除核した卵子を提供する羊、妊娠、出産する羊が関係したと言われている。この成功によって、クローン人間の出現も可能であるという話題が出てきた。

クローン技術は、クローン羊ドリーの誕生よりもっと以前からあった。品質のよい肉牛の生産のため、クローン技術の研究が進み1990年代初めから実用化している。クローン技術自体の活用、利用の価値は大きい。

しかし、クローンは自分や現実の生物（人を含め）の複製である。その遺伝的な問題、クローン自体の生命体としての問題、クローンの寿命の問題など、まだまだ科学的、生物的、医学的にも未知の部分が多い。

問題の解決、原因の究明、検証がないまま、クローンを作り出していいのであろうか。もっと多くの時間と科学技術に基づく議論を尽くして、生命について考えていかなければならないのではないだろうか。

4. 2 ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律

わが国においては、「ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律」（平成十二年十二月六日法律第百四十六号）がある。

わが国の生命倫理関係の分野の法的規制は、監督官庁が分かれている。

クローン技術に関する「ヒトに関するクローン技術等の規制に関する法律」は文部科学省が管轄する。体外受精等の生殖補助医療については厚生労働省が管轄し、子の親子関係については法務省が管轄する。

仮に生命倫理法があっても、それだけでは生殖補助医療に関する分野の問題は解決しない。科学的、技術的な問題、クローン技術、生殖補助医療によって生まれた子の親子関係、監護、扶養、養育等、生命倫理、生命科学、生殖補助医療技術、提供者や協力者の医学的な安全性、医療分野における情報セキュリ

ティ、個人情報保護、情報公開、提供者の情報データ、協力者の安全性、遺伝情報、子の出自を知る権利の保障など沢山の分野に跨る問題があるからである。

監督官庁が縦割りで対応するのであれば、困難な状況を抱えた問題に対処はできないであろう。大所高所から横断的に相互の調整をできる機関や機能が整っていない限り、また社会政策的、医療政策的な取り組みが無い限り、木を見て森を見ずの法となってしまうであろう。細く奥深い道に入り込むと出口を見失ってしまう。

4. 3 クローン人間誕生に係わる倫理問題

クローン人間の誕生については、様々な分野や立場から論争がある。クローン技術は、人間の自然究明への飽くなき探究心を刺激し、すでに人間以外のクローン技術の動物実験は成功している。クローン人間の創生も、技術的な課題は、既に、クリアしているかもしれない。未知への挑戦は、実験の段階においては、既に越えてはならない一線を飛び越えているかもしれない。

人の胚の実験や研究を、倫理的な歯止めや法的な規制を掛けずに進めていくことは、人間の尊厳に反するのではないか。人間の良心であろう。これは人以外の動植物、生命体であれば、本能として、持ち合わせているものかもしれない。

覆水盆に帰らず。一旦、壊れたものは元には戻らない。

原子力の爆弾への研究開発のときも議論があった。発明者は深い苦しみと向き合い、科学者のみならず、様々な研究者の分野を越えた議論があった。大量殺戮兵器となるであろうことへの恐怖、怖れがあった。核兵器製造の決定までの逡巡、製造する過程の迷い、使用するまでの躊躇い。何度も中止するチャンスはあった。しかし計画は実行された。予期していた以上の威力。予想を超える破壊力。人の命、生きとし生けるもの、すべてに対し与えた膨大な損傷は、公表を憚るほどの惨状であった。やってはいけないことをやったのではないだろうか。

この経験から人々は何を学んだであろう。

その後、もっと威力のある核兵器、大量殺戮兵器を開発、製造している。確かに科学技術の進歩は多くの恩恵を齎す。しかし原子力開発にあるように、使い方を誤ると取り返しのつかないような災厄を齎す可能性がある。しかも公的な規制や法的規制による対応は、必ずしも科学技術の急速な発展に追いついていない。

生命科学、生殖医療、医療分野の技術の発展の速度も加速している。社会の

規制、法的規制だけではなく、今こそ人々の心に訴えかけなければならない問題ではないであろうか。

4. 4 人間の尊厳

人の尊厳とは何か。人間の尊厳とは何か。

生命は一度死んだら、復活はありえない。

再生医療（regenerative medicine）⁽²⁾とは、何の再生であろうか。火傷による皮膚の損傷を培養によって増やし、患部に移植する。現代の医療は、皮膚（表皮、真皮）、骨、角膜、血管、筋肉、神経と生体組織工学の技術研究開発が進み、細胞の増殖培養技術が進み、ここまでは現実に行っている。

では、臓器はどうであろうか。

脳死問題や臓器移植に纏わる問題を抱え、他方、臓器を希望する患者側からの要望もあり、拒絶反応の克服などの諸問題⁽³⁾をクリアするため、クローン技術で臓器を作り出す研究⁽⁴⁾が進んでいる。特定部位の臓器だけを作ることができるのか。クローン人間を作り、そこから必要な臓器だけを取り出し利用することができるのか。この様な発想は、SFにはあるが、容認できるものではない。クローン人間の人権はどうなるのか。

治療的クローニング（therapeutic cloning）と生殖クローン（reproductive cloning）の違いでクローン研究を分ける考え方もある。人以外のクローン動物とクローン人間との区別をし、たとえ技術の向上や科学の発展によって、クローンにおける原因不明の異常発生率を克服できたとしても、クローン動物の生命をどの様に考えるのか。クローン人間の創造についても、人がやってはならない領域、自然に反する、生命への冒瀆という観念がある。どの様にクローン研究と向き合うかの問題が残る。

人間の尊厳。生命体の尊厳とは何か。

クローン人間にも人権はある。クローン人間にも人間の尊厳がある。クローン動物や一卵性双生児と同様に、同じDNAを持っているからといって、同じ行動や考え方をする訳ではない。本来は両性の生殖によって生まれる生命体を、人為的な都合で作り出す不自然。他方、生殖補助医療や不妊治療、病気治療を希望する患者の側からは、生殖や出産の自由、生きる権利が叫ばれる。

どこまでも平行線では解決不能である。現代の科学水準、技術力、医学の目的、医療技術、生命倫理などを十分に踏まえたうえで、どこかに線引きすることも必要であろう。

- (2) 再生医療 (regenerative medicine) については、3. 再生医療 (regenerative medicine) を参照。再生医療には、幹細胞治療と生体組織工学などがある。幹細胞治療は、細胞が持つ自己複製能力や分化機能を利用する治療であり、骨髄移植や臍帯血移植に既に使っている。生体組織工学は、生きた細胞と増殖因子に人工材料を組み合わせ、組織や器官を作り治療に用いる。
- (3) 生体組織工学における人工材料による再生の機能や耐性に関する問題点の解決と、人以外の生物や他人の組織や臓器の利用は入手が限られていることや拒絶反応の問題点がある。
- (4) ES (胚性幹) 細胞を利用し、拒絶反応のない組織や臓器を作る研究である。

5. 臓器移植

臓器移植は、人の死の判定、判定基準、脳死とは等、倫理問題を含めた議論が必要である。臓器移植に関する法律 (以下、臓器移植法) の施行に伴い、脳死とは何か、脳死の意義、人の死の判定方法など、国民の納得のいく議論が必要である。また臓器移植法の施行とともに実施した臓器移植後の見直し、議論、反省も必要である。

5. 1 インフォームドコンセント、自己決定

医療従事者にも医師、看護師、検査技師、研究者など、それぞれの立場での倫理がある。医師は検査データを集め治療に重きを置く。看護師は正に患者を見守る人である。医師と患者の双方を理解、把握できる立場にある。医師の治療行為と患者の心の迷いや問題、病気に対する姿勢も含め、医師よりも長く日常的に接することで得られるデータを持っている。検査技師も科学的な検査の精度とデータの蓄積によって導かれる診断や所見を持っている。

インフォームドコンセントは、患者に対し、色々な立場の情報を提示し、科学的に、医学的に、統計的に、どの様な結果が予想できるかを包み隠さず述べることから始まる。患者は、医療従事者という専門家の助けを借りながら、自分の一番いいと思う結論を選択し、納得した治療に専念できるようにするのが理想である。

臓器移植を考えると、脳死判定、そして臓器移植、脳死判定が下される臓器を取り出される臓器提供者の立場。その家族の見方、脳死判定をする医師の立場、臓器を取り出す医師の立場、移植を受ける患者の立場、移植を受ける家族の立場、看護師の立場、コーディネートする人々の立場、立法を議論する法学者の立場、国民の感情、政策を考える立場。無償でやるのか、有償にするのか。

臓器移植後の精神的な支え、肉体的な障害、金銭的な手当てはどのようにするのか。どこまで情報を開示するのか。立場によって考え方もばらばらである。利害も相反する場合がある。簡単には結論が出ないし、永遠に問題を解決することは

できないかもしれないが、様々な立場の理解と、相手を思いやる気持ちが大切である。

5. 2 臓器移植の方法

臓器移植には以下のような方法がある。

火傷の場合の皮膚移植のように、同一人の中で移植する場合、一卵性双生児やクローンなど遺伝情報を同じくする別の人の臓器や組織を増殖培養したものを移植する場合、同一種間、別の個体間の移植の場合、異種間の移植の場合などがある。

また親子、兄弟、伯父（叔父）伯母（叔母）と甥や姪との間の生体移植、心停止後の臓器提供者からの死体移植、脳死判定を受けた臓器提供者からの脳死移植などがある。

わが国では、臓器移植法によって臓器売買を禁じている⁽⁵⁾。

- (5) 臓器の移植に関する法律（臓器売買等の禁止）第11条 1. 何人も、移植術に使用されるための臓器を提供すること若しくは提供したことの対価として財産上の利益の供与を受け、又はその要求若しくは約束をしてはならない。2. 何人も、移植術に使用されるための臓器の提供を受けること若しくは受けたことの対価として財産上の利益を供与し、又はその申込み若しくは約束をしてはならない。3. 何人も、移植術に使用されるための臓器を提供すること若しくはその提供を受けることのあっせんをすること若しくはあっせんをしたことの対価として財産上の利益の供与を受け、又はその要求若しくは約束をしてはならない。4. 何人も、移植術に使用されるための臓器を提供すること若しくはその提供を受けることのあっせんを受けること若しくはあっせんを受けたことの対価として財産上の利益を供与し、又はその申込み若しくは約束をしてはならない。5. 何人も、臓器が前各項の規定のいずれかに違反する行為に係るものであることを知って、当該臓器を摘出し、又は移植術に使用してはならない。6. 第一項から第四項までの対価には、交通、通信、移植術に使用されるための臓器の摘出、保存若しくは移送又は移植術等に要する費用であって、移植術に使用されるための臓器を提供すること若しくはその提供を受けること又はそれらのあっせんをすることに関して通常必要であると認められるものは、含まれない。

5. 3 生体移植

生体移植は、臓器提供者も、臓器提供を受ける患者も、共に生きた生身の人間である。臓器提供者は健康体の人であり、敢えて傷つけられる医療行為を受けることになる。

臓器提供を受ける患者の立場からは、近親者同士の臓器移植が都合が良い。なぜならば拒絶反応が少ないなど、適合する臓器を調達できる可能性が高いからである。他方、臓器提供者の立場からは、臓器の取り出しは、自己の治療や必要な診療行為ではないので問題となる。臓器の取り出しによって、臓器提供者の健康を損ったり、死亡する場合もありうるからである。また近親者同士と

ということで、無理強い、断りきれないなど、近親者ゆえの問題もある。臓器提供者への徹底的な説明と納得、自発的な承諾の意思が必要⁽⁶⁾である。

(6) 臓器の移植に関する法律（医師の責務）第4条医師は、臓器の移植を行うに当たっては、診療上必要な注意を払うとともに、移植術を受ける者又はその家族に対し必要な説明を行い、その理解を得るよう努めなければならない。

5. 4 死体移植

死体移植は、死体から臓器や組織を取り出し、移植する。死亡した臓器提供者が生存中に移植に提供する意思を書面により表示している場合や、遺族が臓器の摘出を書面によって承諾している場合である。

5. 5 脳死移植

脳死移植は、脳死判定基準が問題点となっている。

臓器の移植に関する法律（平成九年七月十六日法律第百四号）においては、第6条に臓器の摘出についての規定がある。

1. 医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体（脳死した者の身体を含む。以下同じ。）から摘出することができる。
2. 前項に規定する「脳死した者の身体」とは、その身体から移植術に使用されるための臓器が摘出されることとなる者であって脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定されたものの身体をいう。
3. 臓器の摘出に係る前項の判定は、当該者が第1項に規定する意思の表示に併せて前項による判定に従う意思を書面により表示している場合であって、その旨の告知を受けたその者の家族が当該判定を拒まないとき又は家族がないときに限り、行うことができる。
4. 臓器の摘出に係る第2項の判定は、これを的確に行うために必要な知識及び経験を有する二人以上の医師（当該判定がなされた場合に当該脳死した者の身体から臓器を摘出し、又は当該臓器を使用した移植術を行うこととなる医師を除く。）の一般に認められている医学的知見に基づき厚生労働省令で定めるところにより行う判断の一致によって、行われるものとする。
5. 前項の規定により第2項の判定を行った医師は、厚生労働省令で定めるところにより、直ちに、当該判定が的確に行われたことを証する書面を作成

しなければならない。

6. 臓器の摘出に係る第2項の判定に基づいて脳死した者の身体から臓器を摘出しようとする医師は、あらかじめ、当該脳死した者の身体に係る前項の書面の交付を受けなければならない。

5. 6 脳死判定

脳死は人の死か。

脳死の判定基準には、いくつかの説がある。

- ① 大脳機能の不可逆的停止状態を脳死とする大脳機能死説。
- ② 深昏睡、瞳孔散大、自発呼吸停止、脳幹反射消失で判断する脳幹機能の不可逆的停止状態を脳死とする脳幹機能死説。イギリスがこの基準である。
- ③ 深昏睡、瞳孔散大、自発呼吸停止、脳幹反射消失、平坦脳波で判断する大脳機能と脳幹機能すなわち全脳の不可逆的停止状態を脳死とする全脳機能死説。国際的には最も多くの国々が採用する基準である。
- ④ 深昏睡、瞳孔散大、自発呼吸停止、脳幹反射消失、平坦脳波、脳血流停止で判断する大脳機能と脳幹機能すなわち全脳組織の壊死状態で判定する説。大脳機能と脳幹機能すなわち全脳の不可逆的停止状態を脳死とする全脳器質死説。全脳梗塞説ともいう。
- ⑤ この他に脳幹反射の種類や幼児、低体温、薬物中毒等の判定除外事例もあり、国際的な統一基準はない。⁽⁷⁾

脳死の判定がむずかしいのは、実際の臨床場面において、間違いなく、遅滞無く、冷静に、すべての判定基準をチェックすることができるか。その判断の合理性、正確性、適格性を誰がどの様に検証できるのか⁽⁸⁾。

例えば、臓器提供者の判断力のあるときに、臓器提供の意思の表明があったとしても、そのときから、脳死判定までの間に決意の変更はなかったか。意思表明があるために、かえって最終的な治療を受けることができない場合も考えられる。あるいは、脳死判定のための判定作業によって、脳死状態に陥ることもあるであろう。現在、採用する脳死判定の方法が絶対正しいという科学的な裏づけはまだない。

究極の問題は、果たして脳死は人の死かという問題である。

脳死と判定を受けた人に、表には決して出せない、表現できない意識があるとしたら、臓器を取り出される臓器提供者は何を思うだろうか。

臓器提供者本人の意思だけではなく、その家族の意思も重要である。安らか

に死なせてあげたい。傷つけない。臓器が臓器提供を受ける患者の身体で、臓器だけが単独に生きていることに違和感を感じるなど、臓器提供者とも違い、意思ある人々の気持ちを尊重することも必要ではないだろうか。

また臓器提供を受ける患者の意思も変わりが無いかの確認も必要である。臓器提供を受ける患者の家族の意思も考慮しなければならない。臓器提供を受ける患者は、臓器提供者の出現を待ちながらも、いざ臓器移植が現実となると、人の死を待っている自分に罪悪感や、そこまでして生きなくてもと逡巡を示すことが多い。また科学的な検証はないが、移植後に、臓器提供者の性格や好み、習性、物の考え方が移行する場合もあるという報告もある。臓器提供者の生前を知らないはずの臓器提供を受ける患者に、そのようなことが現れるとしたら、躊躇もあるであろう。

臓器移植には、解決しなければならない問題、科学的に明らかにしなければならない不明な点が多い。生命科学の研究者の熱心な探究心だけが、先走りしないように歯止めをかけつつ、慎重に考えていかなければならない。

(7) 脳幹反射には、①角膜反射、②眼球頭反射、③前庭反射（温度試験）、④咽頭反射、⑤咳反射、⑥毛様脊髄反射がある。①の角膜反射は、求心性神経は三叉神経で、遠心性神経は顔面神経である。綿球または綿棒の先端をよって細くしたものを眼球角膜部に触れると、瞬目する反射である。顔面神経麻痺その他で閉眼不能の状態が続いていた場合や、コンタクトレンズで角膜表面が障害されている場合などには、脳死でなくても消失することがある。②の眼球頭反射（人形の目現象）は、求心性神経は主に前庭神経で、固有感覚受容性求心路（頸部）も関与する。遠心性神経は動眼神経、滑車神経、外転神経である。意識障害があり、外眼筋麻痺のない場合には、頭を受動的に急速に左右あるいは上下に回転すると、眼球は運動方向と逆方向に偏位する。従って脳死では、この反射も消失する。なお脳死判定のためには、左右の回転のみ検査すればよい。③は求心性神経は前庭神経で、遠心性神経は動眼神経、滑車神経、外転神経である。頭部を30度挙上し、カテーテルで外耳道に冷水を50ml以上注入する。意識障害があっても脳幹機能が保たれている場合には、眼球が刺激側に偏位する。脳死では眼球運動が全くみられない。既存の前庭疾患や、鎮静、鎮痙、抗うつ薬などの投薬でも消失することがある。なお鼓膜損傷のある場合は本検査を行わない。④咽頭反射は、吸引用カテーテルで咽頭後壁を刺激すると、咽頭筋が収縮し、吐き出すような運動が起こる。舌咽・迷走両神経およびその神経核の検査である。脳幹障害があれば消失する。従って脳死では消失する。⑤咳反射は、主に迷走神経が関与する反射である。気管内吸引用カテーテルで気管を刺激した場合に咳が起こる。気管内吸引時に検査する。脳死ではこの反射は消失する。⑥毛様脊髄反射は、頸部付近をつねるか針で疼痛刺激を加えると、両側の瞳孔散大が起こる。この反射が消失している場合には下部脳幹の障害を意味する。（http://www2.hama-med.ac.jp/w1b/med1/gaku/lecture_n/braindeath.html より）

(8) 1. 臓器の移植に関する法律（平成9年7月16日法律第104号）、2. 臓器の移植に関する法律施行規則（平成9年10月8日厚生省令第78号）、3. 「臓器の移植に関する法律」の運用に関する指針（ガイドライン）（平成9年10月8日健医発第1329号）など法に基づく脳死判定は、次の様になる。①臨床的に脳死と判断する場合は、以下の項目を確認する。深昏睡、瞳孔径が左右とも4mm以上であり、瞳孔が固定、脳幹反射（対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射及び咳反射）の消失、平坦脳波である。②臨床的に脳死と判断した場合、臓器提供に関する意思表示カードの所持等、本人が何らかの意思表示を行っていたかを確認する。家族がない場合は、本人が書面により脳死の判定に従い、かつ臓器を提供する意思を表示していること

を確認し、日本臓器移植ネットワークに連絡する。この場合、以下の③④⑤の手順は日本臓器移植ネットワークが行うので必要が無い。③臓器提供の意思表示が存在するか、その存在の可能性があり、かつ家族がある場合、家族に対して、臓器提供の機会があることと、臓器提供に係る手続きに関しては移植コーディネーターによる説明があることの説明をする。④説明を聴くことにつき承諾を得た場合は日本臓器移植ネットワークに連絡し、移植コーディネーターの派遣を要請する。⑤主治医は、家族が希望する場合には、移植コーディネーターの説明に立ち合うことができる。⑥主治医は移植コーディネーターより提供される次の書面を確認する。意思表示カード等、脳死の判定に従い臓器を提供する意思表示している本人の書面、脳死判定承諾書（家族がいない場合を除く）、臓器摘出承諾書（家族がいない場合を除く）。⑦上記書面を確認後、主治医は各提供施設において定められた連絡の手順に従い、脳死判定医、倫理委員会等に連絡する。⑧脳死判定の対象者が確実に診断された内因性疾患により脳死状態にあることが明らかである者以外の者である時は次の様な手続きをとること。当該者に対し法に基づく脳死判定を行う旨を速やかに所轄警察署長に連絡する、検視その他の犯罪捜査に関する手続きが行われる時は必要な協力をし、なお臓器摘出は手続き終了後に行う。また、捜査機関に対する協力として、臓器移植と検視その他の犯罪捜査に関する手続きとの関係等について、平成9年10月8日 健医疾発第20号に基づき、脳死判定予定日時及び場所、連絡責任者の氏名、住所、電話番号、その他必要な事項を当該捜査機関への連絡する。脳死の判定に従い、かつ臓器を提供する意思表示している本人の書面、脳死判定承諾書、臓器摘出承諾書、脳死判定的確実施の証明書、死亡診断書、その他必要な書類、書面（写し）を提出する。待機する場所の提供、患者の病室等へ入室するにあたっての準備、その他必要な便宜など検察官、警察官への便宜を図る。検視等への立会い、生命維持装置等の取扱い、脳死した者の身体の移動、その他必要な補助など検視等を行うにあたっての補助を行う。⑨脳死判定医は、⑥の書面を確認した後、脳死判定を開始する。⑩脳死判定は次の様な条件を備えている医師が行う。条件は脳神経外科医、神経内科医、救急医又は麻酔・蘇生科・集中治療医で、学会専門医、又は学会認定医の資格を持つ者。脳死判定に関し、豊富な経験を有する者。臓器移植に関わらない者である。万一、提供施設において脳死判定を行う者以外に臓器摘出時にドナー管理を行う麻酔科医等を確保できない場合は、移植コーディネーターにその旨を伝え、摘出チームに依頼してドナー管理を行う医師を確保する。⑪脳死判定医は倫理委員会等の委員会において選定し、次の項目を要請があれば提示する。項目は氏名、診療科目、専門医等の資格、経験年数、その他の必要事項である。⑫脳死判定は⑩の医師が2名以上で行う。⑬家族が希望する場合は脳死判定に立会わせる。⑭第1回目の脳死判定が終了した時点から6時間以上を経過した時点で、第2回目の脳死判定を開始する。⑮第2回目の脳死判定終了時をもって脳死と判定する。死亡診断書の記載に際しては、第2回目の検査終了時を死亡時刻とする。⑯法の規定に基づき脳死判定を行った医師は、次の様な書面を作成し、その原本を保管し、最低5年間保存する。又、(イ)及び(ロ)の写し各2通を移植コーディネーターに手渡す。(イ) 脳死判定的確実施の証明書 (ロ) 脳死判定記録書 (ハ) 脳死判定の検査結果について診療録に記載し、又は当該記録の写しを貼付する。

5. 7 脳科学

脳科学の発展により、脳の働きが解き明かされつつある。しかし、感情はどのように出てくるのかは判っていない。

臓器移植を行うに当たり、「脳死」という言葉が独り歩きしている。一見して植物人間と判定される ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の脳を、光トポグラフィや MRI（磁気共鳴断層撮影）などで観察すると、実際の言語のやりとりはなくても、言語を発したり、理解するとされる左脳のブローカー脳やウェルニケ脳の分野の活動を確認できる。家族にとっては、たとえ言葉にならなくても、

すべてを理解し、意志を発していると考えるのが普通ではないだろうか。医療従事者を含め、他人が沢山の医療器具に繋がれ、ただただ意志もなく、人工呼吸器など生命維持装置によって生かされているという見方とは程遠いであろう。

家族には患者の世話に費やす精神的、肉体的、時間的な負担とともに、経済的な負担も重く押し掛かっている。元に戻る可能性が現代の最先端医療技術をしてしても無理であるとすれば、尚更、深刻な問題である。

「脳死」の判定を受け、臓器を取り出す。患者本人にとっても、家族にとっても耐え難い状況である。

完全に解明されることはないであろう生命体の不思議を、現代の科学技術のレベルで線引きし、臓器を取り出し移植するとはどういうことなのか。

専門家である医療従事者自身、医師や看護師、研究者も深く考えなければならぬ。

専門家や研究者も一括りにはできない。例えば、母となる立場の産婦人科、子の立場からの小児科、精神的な問題として精神科、発達心理学、教育者の立場、様々な分野や立場に立った十分な議論が大切である。

5. 8 異種移植

臓器移植は、人工臓器や動物の臓器を利用しても行う。しかし、異種移植には拒絶反応が伴う。特に臓器の大きさ、臓器の機能、繁殖力、無菌飼育の技術の確立など、様々な条件から臓器や組織を利用する豚から人のような遠隔種間の移植においては、拒絶反応が大きく、研究が進んでいる。例えば、豚の遺伝子を操作し、人の抗体に反応する抗原を作る遺伝子を破壊するノックアウト豚や、抗原抗体反応に抑制をかける人の遺伝子を入れたトランスジェニック豚を作る研究を行なっている。また移植時の人の免疫反応を低下する研究も行なっている。しかし、遺伝子を人為的に操作することに伴う安全性は未確認である。未知のウイルスや病原体による感染症が起きる危険性もあるかもしれない。

生命体を考えるとき、人間の生存や欲望のためだけに、他の生物の生命を犠牲にすることは是非も考えなければならない。

6. 尊厳死 (death with dignity)、安楽死 (euthanasia)

6. 1 尊厳死、安楽死

尊厳死 (death with dignity) は、回復の見込みがなく、治療が極めて困難、あるいは、治療方法がなく、死が避けられない場合、患者本人の意思に基づいて、

あるいは、本人の選択によって、医師に治療義務に反しない範囲内で医学的に意味のない治療や延命治療を停止⁽⁹⁾して、人としての尊厳を維持し自然な死を迎えることである。欧米では、自然死、延命治療の停止と呼ぶのが一般的である。

安楽死（*euthanasia*）は、不治の病の患者に死期が迫り、肉体的な苦痛が耐え難いほど激しい場合に、苦痛から開放するために、肉体的に苦しめない安らかな死を迎える措置を行うことである。*euthanasia* はギリシャ語の *eu*（よく、幸せに）と *thanatos*（死）の造語である。

(9) 横浜地方裁判所は、東海大学の安楽死事件の判決文で次のように述べた。①患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にあることが、先ず必要である②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在することが必要である。③治療行為の対象となる措置は、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、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには、生命維持のための治療措置など、全てが対象となってよいと考えられる。しかし、どのような措置を何時どの時点で中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して、医学的にもはや無意味であるとの適正さを判断し、自然の死を迎えるという目的に沿って決定すべきである。

6. 2 延命治療

近年、麻酔医療の進歩など医療技術の発展によって、病気や治療に伴う苦痛から開放した延命治療が可能となる。意識のないまま、人為的な生命維持装置による延命措置、植物状態や治療不可能であっても、生命体としての生命維持は存続できる。

しかし、患者本人が意思表示をできるとしたら、生命維持装置による延命措置、植物状態のまま、いつまでも生かされることを望むであろうか。眠るように逝きたい、自然な死を迎えたいと望むのではないか。最先端の医療技術を尽くしても、今後、治療方法が見つかる可能性はほぼ100%ないと予想され、耐え難い身体的な苦痛の毎日。生きる夢と意欲も失い、周辺の家族や看病してくれる人々に迷惑を掛けていると悩む日々。もし死なせてくれるのであれば死にたい。死ぬ決断を自分で下したい。死ぬ権利。死を選択する権利の主張である。自分で自分のやっていることを認識できているうちに死を選びたい。これも一つの人間として認めていい権利ではないか。人間の尊厳を守り、肉体的にも、精神的にも辛い延命をしないことを選ぶ権利、安らかに死ぬ権利があってもいいとの考え方、意思表明があってもいいのかもしれない。

6. 3 安楽死（*euthanasia*）、尊厳死（*death with dignity*）についての法律

わが国では、安楽死、尊厳死を規定する法律はない。

人間には、生きる権利と同時に、死ぬ権利があるという終末期医療に臨む患者からの自己決定権、良き死を選ぶ権利の主張が出てくる。その声に呼応し、1981年、世界医師会はリスボン宣言⁽¹⁰⁾において、患者の権利宣言を採択した。

わが国では、1976年設立の安楽死協会は、1984年に日本尊厳死協会と改称した。Living Will、尊厳死のための生前遺言の普及を推進する。

尊厳死をめぐる判決がある。

安楽死、尊厳死の事件、あるいは、囑託殺人事件、同意殺人事件、自殺補助事件は複数ある。

- (10) 患者の権利に関する世界医師会（WMA）リスボン宣言 前文：医師、患者、社会一般という3者間の関係は近年著しく変容して来ている。医師は常に自己の良心に従い、患者の最善の利益のために行動すべきであるが、患者の自律と公正な処遇を保障するためにも同等の努力を払うべきである。本宣言は医療従事者が是認し、推進すべき患者の主要な権利を全てではないが列挙したものである。医師およびその他の医療に従事する者・機関はこれらの権利を認容し擁護する共同の責任を有する。法律や行政、あるいはその他の機関や組織が患者の権利を否定する際には、医師はその権利の保証あるいは回復のため適切な手段を講じねばならない。ヒトを対象とする生物医学（biomedical）研究（治療を目的としないものを含む）においても、被験者には研究を目的としない通常の治療を受ける患者と同等の権利や配慮が与えられるべきである。原則：1. 良質の医療を受ける権利 a. 何人も差別されることなく適切な医療を受ける権利を有する。 b. すべての患者は、臨床上および倫理上の判断を外部干渉なしに自由に下すことが期待できる医師からケアを受ける権利を有する。 c. 患者の治療は常にその患者の最善の利益に照らしてなされるべきである。患者に適用される治療は一般的に受け入れられた医学上の諸原則に沿うものでなければならない。 d. 質の保証は医療において欠くべからざる要素である。とりわけ医師は、医療の質の擁護者としての責任を担うことが強く求められる。 e. 供給に限りのある特定の治療を必要とする複数の患者の間で選択が必要になる場合、これらすべての患者は公平な選択手続を受ける権利を有する。この選択は医学的基準により、差別無くなされねばならない。 f. 患者は継続性のある医療を受ける権利を有する。医師は医学的に適切なケアが一貫性を保って患者に提供されるよう他の医療提供者と協力する義務を負う。医師は、患者がそれに代わる治療の機会が得られるような適切な支援と十分な配慮をすることなしに、医学的に必要な治療を中断してはならない。2. 選択の自由 a. 患者は、民間であると公的であるとを問わず医師や病院あるいは保健サービス施設を自由に選択し変更する権利を有する。 b. 患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。3. 自己決定権 a. 患者は自己決定権、すなわち、自分自身について自由に決定を下す権利を有する。医師は患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。 b. 判断能力のある成人患者はいかなる診断手続あるいは治療であれ、それを受ける事を承諾あるいは拒否する権利を有する。患者は自己決定をおこなう上で必要な情報を得る権利を有する。いずれの検査や治療についても、その目的、もたらされる結果、拒否した場合に予測される事態を患者が明確に理解できるよう配慮されるべきである。 c. 患者は医学の研究・教育の被験者・教材となることを拒絶する権利を有する。4. 意識喪失患者 a. 意識の無い患者あるいは自己の意思を表現できない患者の場合、インフォームドコンセントはできる限り患者の法律上の権限を有する代理人（法定代理人）に求めるべきである。 b. 法定代理人の不在時に医療処置が緊急に必要な場合、患者がこうした状況下での医療処置を拒否する意思あるいは信念を明らかにしていない限り、患者の承諾があったものとみなす。 c. しかしながら、自殺企図により意識を失っている患者に対しては、常に救命に努めるべきである。5. 法的無能力者 a. 患者が未成年者あるいは法的無能力者である場合は、本来患者の同意が必要な状況では患者の法定代理人の同意を求めるべきである。その場合であっても、患者をその能力の許す限りにおいて意思決定に参画させねばならない。 b. 患者が法的無能力者であっても合

理的な判断を下すことが可能な場合には、その判断を尊重すべきである。その患者が法定代理人への情報開示を禁止する意思表示をした場合、その意思に従うべきである。c. 患者の法定代理人、あるいは患者から権限を付託された者が、医師の立場から見て患者の最善の利益にかなうとみなされる治療を禁止する場合、医師は関係する司法機関などに異議申立てをおこなうべきである。緊急を要する場合、医師は患者の最善の利益に即して行動することが求められる。6. 患者の意思に反する処置・治療 a. 患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、法が特に許容し、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合にのみ、例外的に行なうことができる。7. 情報に関する権利 a. 患者は自分の診療録（カルテ）に記載された自分自身に関する情報を開示され、自己の健康状態（自己の病状についての医学所見を含む）について十分な情報を得る権利を有する。しかし、カルテに記載されている第三者に関する個人的情報はその第三者の承諾なしには患者に開示すべきではない。b. 情報開示により患者の生命あるいは健康に重大な害を与えると信ずるに足る理由がある場合には、例外的に患者への情報開示を差し控えることができる。c. 情報開示は患者の属する文化的背景に従い、患者に理解可能な形でなされるべきである。d. 患者がはっきり望む場合、第三者の生命の危機に関与しない限り、自己の情報を知られずにおく権利を患者は有する。e. 患者は自分に代わって自己の情報の開示を受ける人物を選択する権利を有する。8. 秘密保持に関する権利 a. 患者の健康状態、症状、診断、予後および治療に関する本人を特定し得るあらゆる情報、ならびにその他すべての個人的情報の秘密は、患者の死後も守られねばならない。ただし、患者の子孫が自らの健康上の危険に関わる情報を知る権利は、例外的に認められる。b. 秘密情報の開示は患者本人が明確な承諾を与えるか、法律に明確に規定されている場合のみ許される。他の医療従事者への情報開示は、患者が明確な承諾を与えていない限り、業務遂行上知る必要がある範囲内でのみ許される。c. 患者を特定することが可能なデータは保護されねばならない。データの保護はその保存形態に応じて適切になされねばならない。個人の特定が可能なデータが導き出されうる生体試料や標本も同様に保護されねばならない。9. 健康教育を受ける権利 a. 何人も十分な情報・知識を踏まえて自己の健康や保健サービスに関する選択が行なえるようになるため、保健教育を受ける権利を有する。b. その教育には健康的ライフスタイルや疾患の予防・早期発見の方法に関する情報が含まれねばならない。自分の健康に対する自己責任が教育の中で強調されるべきである。医師はこうした教育的努力に積極的に関与する義務を負う。10. 尊厳性への権利 a. 患者の文化的背景や価値観と同じく、その尊厳およびプライバシーは医療や医学教育の場において常に尊重されねばならない。b. 患者は最新の医学知識の下でその苦痛から救済される権利を有する。c. 患者は人道的な末期医療（ターミナルケア）を受ける権利、およびできる限り尊厳と安寧を保ちつつ死を迎えるためにあらゆる可能な支援を受ける権利を有する。11. 宗教的支援を受ける権利 a. 患者は霊的および倫理的慰安（自分で選んだ宗教の聖職者の支援を含む）を受ける権利を有し、また拒絶する権利も有する。http://www.mi-net.org/lisbon/D_Lisbon_j.html から引用

6. 4 山内事件

山内事件は、脳溢血で倒れ、半身不随になり、上下肢に耐えがたい激痛が走るようになり、早く死にたいと苦しむ寝たきりの親を、苦痛から解放したいと、子が殺虫剤入りの牛乳を飲ませ、死に至らしめた事件である。子は尊属殺人罪に問われた。懲役1年執行猶予3年であった。1962年の名古屋高裁判決⁽¹⁾は安楽死の許容要件を示した。①患者に耐え難い苦痛がある、②現代医療技術からは不治の病である、③患者の苦痛を緩和する目的である、④患者の明確な意思表示があり、患者本人からの依頼がある、⑤医師によるか、医師によりえないとは認める特別の事情がある、⑥方法が倫理的に妥当と容認できること。事件は同意殺人罪となった。

(11) 高刑集第15巻第9号674頁。

6. 5 東海大病院事件

1995年の東海大病院事件⁽¹²⁾は、末期患者の苦痛を見ている家族から早く楽にと要望され、不整脈治療薬の塩酸ベラパルミンや塩化カリウムを静脈内注射し、患者を死に至らしめた事件である。横浜地裁は判決において、延命治療中止、安楽死が許容できる4要件を示した。①患者に耐え難い肉体的苦痛がある、②死が避けられず、死期が迫っている、③患者の肉体的苦痛を除去、緩和する方法が尽くされ他に代替手段がない、④生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があることである。人工呼吸器を外す行為などを含む延命治療の中止は尊厳死とし、合法的な条件として、生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示が必要であるとする。

人工呼吸器を外すなど末期患者の延命治療の中断、中止を消極的安楽死とした。消極的安楽死は、自然な死を迎えることを望む患者の意思による自己決定による尊厳死と位置づけ、苦痛から解放するため薬物などを投与し、死に至らしめる積極的安楽死と区別した。

積極的安楽死は、苦痛の除去、緩和のため、他に代替手段がなく、生命を犠牲にすることも許される緊急避難の法理と、選択を患者の自己決定に委ねる自己決定権の理論に依拠する。

判決は間接的安楽死についても述べた。間接的安楽死は、副次的効果として、生命を短縮する可能性はあるが、主目的が苦痛の除去、緩和にある医学的適正性を持つ治療行為としての安楽死であると。

判決要旨において、松浦裁判長は、治療停止の法的根拠を、患者の自己決定権の理論と、無意味な延命治療は義務ではないという医師の治療義務の限界に求めた。

1996年の京都京北病院事件は、末期癌で入院していた昏睡状態の患者に医師の独断で筋弛緩剤を投与し、約10分後に死に至らしめた事件である。京都府警は、京都京北病院院長を殺人容疑で書類送検した。患者本人に告知はなく、患者の意思表示もなかった。院長は事件直後、安楽死の認識はあったと供述した。その後、苦悶の表情を消すのが目的で医療行為の一環と主張し、筋弛緩剤の効果が表れるまでに起きた自然死であるとして、殺意を否定した。筋弛緩剤投与と患者の死の因果関係などの立証が困難であり、安楽死や慈悲による殺人ではなく、自然死と判断し、不起訴処分となった。

(12) 横浜地判平成7年3月28日。判例時報1530号28頁－42頁。神奈川県警は殺人容疑で医師を書類送検。横浜地裁は1995年3月、医師に懲役2年、執行猶予2年の有罪判決を言い渡した。

6. 6 川崎協同病院事件

1998年の川崎協同病院事件は、気管支喘息の発作を起こした患者が搬送先の病院において植物状態となった。医師は、家族の目の前で、気管内チューブをはずし、鎮静剤と呼吸停止にいたる量の筋弛緩剤を投与し、死に至らしめた。患者本人の明らかな意思表示など、東海大安楽死事件で1995年に横浜地裁が示した安楽死とされる4要件を満たさず、殺人罪に問われた。

6. 7 安楽死の4要件

東海大学事件、京都京北病院事件、川崎協同病院事件を、東海大学事件の横浜地裁が判決で示した積極的安楽死の以下の4要件

- ① 患者に耐え難い肉体的苦痛がある
- ② 死が避けられず、死期が迫っている
- ③ 患者の肉体的苦痛を除去、緩和する方法が尽くされ他に代替手段がない
- ④ 生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があることである。人工呼吸器を外す行為などを含む延命治療の中止は尊厳死とし、合法的な条件として、生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示が必要であるとする

にあてはめると、東海大学事件、京都京北病院事件、川崎協同病事件ともに、患者は深い昏睡状態にあり、肉体的な苦痛を感じたかは疑問である。また肉体的苦痛も医学の水準から解決可能ではないか。従って①の要件を満たしていない。東海大事件は、④の要件も満たさない。医師は患者の家族に病名を伝えたが、本人への告知は家族の自由意思に任し、患者は病名の告知を受けていない。状況を把握していない患者が、生命を短縮する明示の意思表示をするとは考えにくい。この④の要件に関しては、京都京北病院事件、川崎共同病院も同様に満たしていないと考える。京都京北病院事件は②と③の要件も満たしていない。苦痛緩和の代替手段がモルヒネ以外に抗痙攣剤など残っているからである。川崎協同病院事件も②口内のチューブがある限り、死亡の可能性は低い。③についてはチューブの再挿入の手段があったであろう。いずれの事件も4つの要件をすべてを満たしている訳ではない。

東海大病院事件において横浜地裁が判決で示した積極的安楽死の4要件が、今後、どの様な見直しがあるかはわからないが、最低限の要件と、個人の尊厳を

尊重するものであってほしい。

また1996年の京都京北病院事件、1998年の川崎協同病院事件は、いずれも医師によるものである。横浜地裁は川崎協同病院の筋弛緩剤事件の判決は、終末医療で治療を中止できる条件として、死期が迫り、治療や検査を尽くした上で、他の医師の意見も聴き確定診断すべきであるとした。

2006年3月、富山県射水市民病院において、終末医療の患者に対する人工呼吸器の取り外しによる延命治療の中止措置を行った事件があった。横浜地裁判決において示した患者に病名が正しく告知したか、複数の医師による同意があったかなども問題となっている。

6. 8 終末期医療

現在、終末期医療において患者の苦痛緩和に対し関心が高くなっている。従来、医師は患者の延命処置を重視してきた。例えば、がんの痛みにはモルヒネなどの鎮痛薬が有効であり、WHO（世界保健機関）も普及を進めている。がんの苦痛緩和は、適切に対応すれば取りきれない痛みはないという意見もある。患者が納得できる医療を最期のときまで受けることができるような、医療体制、医療改革が必要である。医療に携わる医師や看護師はじめ、医療従事者、医療機関も、患者との意思の疎通があり、信頼関係があるという前提の下、患者の苦痛を取り除く、安らかな死をとの願いを聞いたつもりが、殺人や自殺幇助などの刑罰を問われるようでは、双方にとって不幸である。

安楽死、尊厳死に関する法的な規定をきちんと示す必要があるであろう。

7. 医師の使命、行動規範

医師としての誓いにヒポクラテスの誓い⁽¹³⁾がある。1948年、世界医師会総会（WMA）はジュネーブ宣言を出した。医師の義務として、2002年には患者の利益追求、患者の自律性、すなわち、患者の自己決定権の尊重を米国や欧州の内科学会が共同で作成した。1964年にはヒトを対象とする医学研究の倫理的原則であるヘルシンキ宣言、患者の権利としては、1981年の世界医師会総会（WMA）のリスボン宣言などがある。

このリスボン宣言には、次の様な原則がある。①良質の医療を受ける権利。②選択の自由の権利。③自己決定の権利④意識のない患者、あるいは、自分の意思を表わすことができない場合、法定代理人からインフォームド・コンセントを得なければならない。⑤未成年の患者は法定代理人の同意を要する。⑥患

者の意思に反する処置や治療は、特別に法律が認めるか、医の倫理の諸原則に合致する場合は例外的な事例として行うことができる。⑦情報を得る権利。⑧機密保持を得る権利。⑨健康教育を受ける権利。⑩患者の尊厳とプライバシーは、医療と医学教育の場において常に尊重される権利である。患者の文化観および価値観を尊重し、最新の医療に基づき苦痛の除去を受け、終末医療として、人間の尊厳を保ち、安楽に死を迎えるための助力を得る権利を有する。⑪宗教的支援を受ける権利である。

医師のあるべき姿として、アメリカ医師会は1980年に医の倫理原則⁽¹⁴⁾を作った。また日本医師会は2000年に倫理綱領を作成⁽¹⁵⁾した。

倫理規範として自殺や殺人は人間性に反する。他方、安楽死思想も古代ギリシアの古くからあった。患者の利益を考えるヒポクラテスの原則は、医の倫理として医療に携わる人々が受け継いできた心得である。

しかし、現代医療の進歩は、従来の医学がその発展を目指し、向き合ってきた医療技術の水準を越えた。死にたくても死ぬことができない植物状態、あるいは、人が単に生命体として生き続けるだけの状況を可能にした。診療行為は、患者に対して、できる限りの延命措置を行い、患者の家族が十分に手を尽くし看護し尽くしたと納得する頃、医師が裁量によって治療を打ち切るというのが、医療現場の慣行であろう。

医師の患者の生命の維持に最善を尽くし、延命のための行為が、いつしか患者自身の自然の死を受け入れたい気持ち、家族の思いと離れているのではないかということである。医師の職務に忠実な価値観、一方的な判断、自己満足ではないかという批判が出てくる。生命を救うという尊い行為が、パターンリズム（*paternalism*）的な医師の患者の意思を問うまでもないという、独りよがりな医療現場の慣行に疑問を呈している。

パターンリズムはラテン語の父や神父を意味するパテル（*pater*）に由来する。子に対する父親のような愛情で、子の幸せを第一に考えてやる。従って子にとって悪いはずはないという、行き過ぎた愛情の場合もある。医学の知識はなくても、患者や家族にも意思がある。選択のための情報の提供と十分な説明をして最終的には、患者自身の意思を尊重する必要があるのではないか。どの様な最期を迎えるか、どの様に死と対峙するかの究極的な選択をするのに、患者自身の意思を尊重してもいいのではないかというのが、安楽死、尊厳死の問題ではないだろうか。人間の尊厳とは何かを問うている。

現在社会は、生活環境や食糧事情、衛生環境、医療技術の進歩によって、高

齢化の時代を迎えつつある。歴史的な経緯や議論の推移は別として、尊厳死の中の一つに安楽死を位置づけたい。個人主義のわが国で、自分の人間としての誇りを維持し、生きる質、生活の質、QOL を高め、納得のいく死に方をしたいということであろう。人には生きているほうが辛い、苦しいということもあるであろう。医学が肉体的な耐え難い苦痛を未だ取り除けない限り、屍同然に生命を永らえ、肉体的、精神的に破壊していくよりも、尊厳死を選択する患者の自律、自己決定権があるのも当然とも思える。医師や医学が絶対ではないからである。

- (13) The Oath of Hippocrates I swear by Apollo the Physician, and Aesculapius, and Health, and All-heal, and all the gods and goddesses, that, according to my ability and judgment, I will keep this oath and this stipulation-to reckon him who taught me this art equally dear to me as my parents, to share my substance with him, and relieve his necessities if required; to look upon his offspring in the same footing as my own brothers, and to teach them this art, if they shall wish to learn it, without fee or stipulation; and that by precept, lecture, and every other mode of instruction, I will impart a knowledge of the art to my own sons, and those of my teachers, and to disciples bound by a stipulation and oath according to the law of medicine, but to none others. I will follow that system of regimen which, according to my ability and judgment, I consider for the benefit of my patients, and abstain from whatever is deleterious and mischievous. I will give no deadly medicine to anyone if asked, nor suggest any such counsel; and in like manner I will not give to a woman a pessary to produce abortion. With purity and with holiness I will pass my life and practice my art. I will not cut persons laboring under the stone, but will leave this to be done by men who are practitioners of this work. Into whatever houses I enter, I will go into them for the benefit of the sick, and will abstain from every voluntary act of mischief and corruption of females or males, of freemen and slaves. Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I see or hear, in the life of men, which ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret. While I continue to keep this oath unviolated, may it be granted to me to enjoy life and the practice of the art, respected by all men, in all times! But should I trespass and violate this oath, may the reverse be my lot!
- (14) 前文 医療専門家集団は長い間にわたり、主として患者の利益のために展開されてきた倫理宣言の総体を承認してきた。この専門家集団の一員として、医師は患者に対する責任のみならず、また社会や他の保健職業専門家及び自己への責任を認めなければならない。米国医師会により採択された次の諸原則は法律ではなく、医師の名誉ある行動にとって本質的なことを定めている行動の基準なのである。Ⅰ. 医師は人間の尊厳への同情の念を持って適切な医療を与えることに献身しなければならない。Ⅱ. 医師は患者及び同僚医師に対し正直に対処し、人格またはその能力に欠陥を持った医師及び詐欺、または欺罔に携わる医師を明らかにすべく努めなければならない。Ⅲ. 医師は法律を遵守するとともに、更に患者の最大の利益に反するような諸要件の変更に努力すべき責任を認めなければならない。Ⅳ. 医師は患者の権利、同僚医師及び他の保健職業専門家の権利を尊重しなければならない。また、法の制約の範囲内で患者の秘密を擁護しなければならない。Ⅴ. 医師は科学的知識の学習、応用を、...推進継続しなければならない。また相互に関連する情報を一般の人びとに得させ、必要に応じ他の保健職業専門家の持つ能力を活用しなければならない。Ⅵ. 医師は患者に適切な看護を供与するに当たり、救急の場合を除き、業務を遂行する相手方、共に業務を行う者、及び医療を供与する環境を、自由に選択できるものとする。Ⅶ. 医師はコミュニティ（地域共同社会）の改善に貢献する諸活動に参加すべき責任を認めなければならない。
- (15) 医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持、もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。Ⅰ. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。Ⅱ. 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。

3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。平成12年4月21日採択。

8. 各国の安楽死事案

1976年、アメリカにおいてカレン・クインラン事件判決があった。この事案は、患者の家族が、娘カレン・クインランの延命治療拒否を求めた事案である。

患者は、十分な説明を受け、インフォームド・コンセント（informed consent）に基づき、医療行為を自ら決定できるか否か、大きな議論を呼んだ。その後の安楽死・尊厳死の裁判や法律に大きな影響を与えた。カリフォルニア州の自然死法（Natural Death Act）⁽¹⁶⁾の制定は、他の各州に波及した⁽¹⁷⁾。延命治療⁽¹⁸⁾の拒否要件の多くの討論、議論が起こり、尊厳死の問題が終末医療の課題として明確に認識していくことになる。

安楽死、自殺幫助、尊厳死に関し、オーストラリアの一部⁽¹⁹⁾やアメリカのオレゴン州⁽²⁰⁾、オランダ⁽²¹⁾、ベルギー⁽²²⁾、フランス⁽²³⁾において法制化した。オランダは世界で初めての安楽死の法律を制定した。

(16) カリフォルニア州自然死法（Natural Death Act）は、1975年、知的精神的判断能力のある植物状態の終末期の患者に生命維持装置を使用しない、あるいは、取り外すことを医師に要請できる権利を認めた世界で最初の法律である。カレン・クインラン裁判の影響を受けて、1976年、カリフォルニア州で植物状態に陥った終末期には、患者に生命維持装置を使用しないか、取り外すことを医師に要請する文書（リビング・ウィル）を、知的精神的判断能力があるときに証人を立てて作成する権利を住民に保証する法律カリフォルニア州自然死法（Natural Death Act）を制定した。この法に基づき作成したリビング・ウィルに従い行動した医師や医療関係者はその責任を問われず、リビング・ウィルに従った結果、患者が死亡しても、自殺ではなく保険関係での不利益を受けないこと等を定めた。厳格で制限的な内容である。3年後にはワシントン州で、その後は他州で同様の法律を制定した。

(17) マサチューセッツ州のジョセフ・サイケヴィッチ（Joseph Saikewicz）事件は、知的精神的に判断能力のない患者の代理意思決定による治療をしない要請を認めた裁判である。サイケヴィッチは重症精神遅滞の67歳の男性で法的無能力者であり、1976年に急性骨髄芽単急性白血病であると診断された。1976年、マサチューセッツ州精神保健局所属バルチャータウンのハンブシュア郡検認裁判所に彼の後見関係の請願を登録した。ジェカノフスキは控訴裁判所に本件の迅速な再調査に対する要請をした。最高裁判所は許可した。サイケヴィッチの治療や看護に必要な決定権限のある訴訟の後見人選任を、サイケヴィッチがインフォームド・コンセントをできない旨を併せ申し立てた。1976年、検認裁判所は訴訟の後見人を任命し、翌日、訴訟の後見人は、裁判所に後見人としての正式な報告書を提出した。サイケヴィッチの疾患の治療法は薬物を摂取する化学療法があること。しかし副作用がひどく、死に至ることもある。化学療法は肉体的な負担が大きく、成功率は低い。しかし治療を行わないと長くて数ヶ月であること。治療を選択しなければ、苦まずに安らかに死を迎えるであろうという内容であった。そしてサイケヴィッチにとっては何の治療もしないほうがいいと申し立てた。1976年、検認裁判所は審理し、患者にとつての苦痛などを比較衡量し、化学療法を行わないことに決定し、命令を出した。サイケヴィッチは苦痛なく死亡した。

- (18) 医療技術の発展は、人工呼吸器や心電図モニターを装着し、静脈に輸液や栄養補給のためのチューブを挿入するなどの生命維持装置を体中に施す延命治療を可能にした。生命維持装置を付けた後、有効な治療方法の効果が医学的に期待できないと判断した場合、生命維持装置を外すことができない状態が生まれる。チューブが体に沢山繋がる状態をスパゲティ症候群という。
- (19) オーストラリアの北部準州では、1996年、末期患者の権利法を施行した。医師が患者の自殺を幫助しても一定の要件を満たせば、罪に問わないとするものであった。しかしこの法律は、その後、オーストラリア連邦議会が無効とした。
- (20) 1994年11月、住民投票で賛成52%でオレゴン州尊厳死法（Death with Dignity Act）は成立した。医師による患者の自殺幫助を一定の場合に合法化する法である。しかし1994年11月、反対派が違憲の疑いがあるとして違憲訴訟を提起した。1995年8月、連邦地裁が法制化手続の差止命令を出した。しかし1997年2月、連邦高裁は法制化の差止命令の撤回を指示した。1997年10月、連邦最高裁も連邦高裁の立場を支持した。その後、1997年10月、再度、住民投票が行われ、1997年11月、60%の賛成多数で可決、最終的に法制化した。内容は本人の自発的意思表示を前提に、一定の条件を満たした場合、医師は①口頭の要請があつてから15日、書面で要請してから48時間後に処方箋を出す。②その間誰も患者に暗示、説得、教唆、強制あるいは影響を与えてはならない。③服用するかどうかは患者が決める。④患者が服用する場合は医師や家族がその場にいることは許される。
- (21) オランダでは、安楽死を認める合法化の法案が1999年7月議会に提案され、2000年暮れ下院を通過、2001年4月10日上院でも可決し、2002年1月から施行。この安楽死法の対象は、①本人の自発的で真摯な継続した意思を持ち ②耐え難い苦痛（神経的苦痛を含む）があり ③治療の見込みがない ④医師が第三者の医師と相談し、⑤医師が事後届け出るという条件を満たす場合である。医師は刑法上免責となる。この安楽死法は12歳以上の未成年にも安楽死権を与えた上、患者が判断力のある間に残した事前の安楽死を希望する意思表示に法的効力を認めている。
- (22) ベルギーの上院は、2001年、医師による安楽死の執行を認める安楽死法案を採択、賛成多数で可決した。執行の際、一定の条件を満たせば刑法の適用除外となる。2002年施行。
- (23) フランスは、2005年、尊厳死法を制定した。La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. Chacun a droit au respect de son corps. "Le corps humain est inviolable". Le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.

8. 1 アメリカ合衆国のカレン事件

アメリカ合衆国、ニュージャージー州⁽²⁴⁾の Karen Ann Quinlan 事件は、植物状態患者からの生命維持装置の取り外しを認めた裁判⁽²⁵⁾である。

1974年、カレン・クインランは、原因不明の事故（急性薬物中毒という）で意識を失い、植物状態になり、生命維持装置をつけることになった。医師は、認識機能が回復する可能性はほとんどないと診断した。

両親は医師に生命維持装置など通常の医療行為で使用する以外の装置を外すように申し出た。拒否された後、ニュージャージー州上訴裁判所に、父親を後見人として、医療措置打ち切りを認める権限付与を申し立てた。しかし、カレンの死亡は彼女の利益の保護とはいえないとして却下。

更に上告して争った州最高裁判所は、1976年、憲法にはプライバシー権の明文はないが、判例からプライバシー権の存在を認め、その領域が広汎に及び、一定の状況下における医療拒否の患者の決定を含むとし、死ぬ権利を認めた。

カレンの医療拒否の患者の決定権のため、後見人と家族による医療措置打ち切りの判断を許可した。父親は判決に基づき、生命維持装置を外した。カレンはその後呼吸を続け、1985年肺炎により死去した。

- (24) 海外では、米ニュージャージー州最高裁が76年「死ぬ権利」を認めた。87年、世界医師会が「安楽死は本人の要請に基づくものであっても倫理に反する」と宣言。96年には、米サンフランシスコ、ニューヨークで、患者の「死ぬ権利」を認める判決が出された。97年には米オレゴン州の住民投票で、安楽死法案が可決され、同法が施行された。
- (25) 同じくニュージャージー州にコンロイ（Conroy）事件がある。これは知的精神的判断能力のない患者の治療拒否のための基準を提示した裁判である。クレア・コンロイ（84歳）は、1979年、脳組織症候群のため無能力者の宣言を受けた。唯一の血縁である甥が後見人となり、専門の施設に預けた。医師は栄養と薬の投与のために鼻腔チューブを取り付けた。後見人は、チューブの撤去を求めて訴訟を提起した。事実審理で医師は、クレアは脳死でも、深昏睡でも、慢性的植物状態でもない。しかし知能は低く、精神状態の回復は望めない。苦痛も感じている可能性がある。鼻腔チューブを外せば1週間程度で死ぬであろうが、その際には苦痛を伴うかもしれない。別の医師は、コンロイは今でもおそらく数ヶ月しか生きられないだろうと証言した。事実審裁判所は、延命措置は無意味で残酷であるとの理由から、鼻腔チューブ撤去は許されると決定した。しかし上位裁判所はこの決定を破棄した。コンロイは控訴審の審理中に鼻腔チューブを装着したまま死亡したが、原告はなお上告した。ニュージャージー最高裁判所は、1985年、知的精神的判断能力を持たない者でも治療拒否の権利を有する。また権利行使には、患者の治療拒否の明確な証拠の有無、治療拒否したであろう主観的証拠がある場合に、治療から生じる負担と利益を比較考量し明らかに重荷かどうかの制限的、客観的証拠、患者が治療を拒否したであろう明確な証拠がない場合でも、治療により生じるであろう患者の負担がそれから生じる利益よりも明らかに著しく重いものであるかどうかの純客観的証拠の3つの最善利益の証拠、証明によって正当と認める場合である。原判決は破棄。しかしコンロイは死亡しており、差戻さない旨の判決が出た。

8. 2 カレン・クインラン事件の後

その後、カリフォルニア州において、末期状態でない若く意識がはっきりしている患者の補給チューブ撤去を認めた判決⁽²⁶⁾も出ている。また、ばらばらな州法の統一を図るため、モデル法⁽²⁷⁾も作られた。

その後、延命治療拒否に係わる連邦最高裁判所の判決⁽²⁸⁾もある。

しかし、中には、否定的に捉える州もあった。ワシントン州では安楽死を認める法律が廃案となった。この法律は、判断能力のある成人の末期患者が、人道的な方法による穏やかな死を迎えたいと本人の意思によって決定し、文書を作成することにより、医師に安楽死を要請する権利を認めようとするものである⁽²⁶⁾。カリフォルニア州も同様に実現しなかった⁽³⁰⁾。

またワシントン州の事案においては、連邦控訴裁判所が自殺補助規定を違憲であるとした裁判もある⁽³¹⁾。この違憲訴訟事案は、末期患者、医師、パッション・イン・ダイニング（判断能力のある成人の末期患者と家族が自殺について助言を求めたり、相談する非営利団体）が、ワシントン州改正法典9A編〔刑法典〕360章060条⁽³²⁾は、合衆国憲法修正14条に違反するとして、同法の違憲

判決と、同法の執行停止する差止命令による救済を求めたものである。ワシントン州西部地区連邦司法裁判所は差止命令による救済を認めなかった。しかし、同規定は合衆国憲法修正14条⁽³³⁾のデュー・プロセス条項および平等条項に違反するとした。ワシントン州の控訴を受けた第9巡回区連邦控訴裁判所は、1996年実体的デュー・プロセス違反を理由に控訴を棄却した。

(26) ブービア (Bouvia) 事件は、エリザベス・ブービア (28歳) は、精神能力は優れていたが、生来の脳性麻痺で身体が不自由であった。夫と離婚、両親も面倒を見きれなくなった。やがて死を願望し始め、餓死を試みた。しかし医療従事者はエリザベスの意思に反して栄養補給の鼻経チューブを取り付けた。彼女はチューブの撤去と生存するための処置の禁止を求め提訴した。カリフォルニア州ロサンゼルス地区上位裁判所は、自殺を補助するもので治療拒否権の誠実な行使とはいえないし、栄養や食物摂取によって、今後15年~20年は生存できるとして請求を退けた。しかしカリフォルニア控訴裁判所で審議された結果、1986年、患者はいかなる治療や医療サービスをも拒否する権利を持っている。この権利は、その行使が生命の危険を招く場合でも存在する。また権利は、末期患者に限定されるべき実践的、論理的理由はないとした。

(27) 1989年統一末期病者権利法 (Uniform Rights of the Terminally III Act, 1989) は、：統一州法全米会議 (National Conference of Commissioners on Uniform State Laws) であり、1985年の自然死法の統一のために定めたモデル法の修正版である。1975年のカリフォルニア州自然死法の制定以後、多くの州で同様の法律を作成したが、内容が不統一であった。そこで統一州法全米会議は1985年、統一末期病者権利法を定め、これをモデル法として統一を図ると同時に、他州で作成したリビング・ウィルにも効力を与えようとした。さらに1989年、新たな統一末期病者権利法を定めた。1985年との相違点は、①患者があらかじめ指名した他人に末期状態になったときの意思決定の代行を認める宣言書を作成できること、②末期状態に陥った患者のリビング・ウィルがない場合、患者の家族等に治療の差し控え・装置の撤去を決定する権限を認めている点である。①の権限は、1983年、カリフォルニア州の持続的委任状法 (Durable Power of Attorney for Health Care Act) が法的根拠を与え、多くの州で既に認めていたものであった。②の権限は、判例で広く認め、1977年制定のアーカンソー州法のように州法でも認めていた。

(28) 延命治療拒否について連邦最高裁判所が初めて判決を下した裁判クルーザン (Cruzan) 事件：連邦最高裁判所983年、ナンシー・クルーザン (当時25歳) は交通事故により植物状態になり、水分と栄養を送り込むチューブが取り付けられた。呼吸は自力で行われており、水分と栄養の補給さえあれば30~40年は生き続けられるであろうとされている。共同後見人である両親は病院にチューブの撤去を求めたが拒否されたため、訴訟を提起した。

ミズーリ州巡回裁判所は、彼女が事故の1年ほど前に友人に大きな障害を負った場合死んだほうがよいと語っていたことから両親の請求を認めたが、州から上訴がなされミズーリ州最高裁判所は、どのような状況下でも治療を拒否できる権利を含む広範なプライバシー権を州憲法に見出すことはできず、合衆国憲法がそれを認めていると解することにも疑問がある。またリビング・ウィルも示されておらず、患者が治療拒否を望んでいるという明確な証拠がないとして、判決を破棄した。

両親から裁量上訴の申し立てを受けた連邦最高裁判所は、1990年、合衆国憲法は知的精神的判断能力者が生命維持のための水分と栄養の補給を拒否する権利を認めていると仮定した上で、無能力者も同様の権利を有するはずであるが、この件では患者がそのことを希望している明確で説得力のある証拠がないとの判決を下した。

それを受けて両親は彼女の希望を証明する3人の友人の証言を証拠として、審理の再開を求めた結果、1990年、第1審判決を下した裁判所により、あらためて両親に水分と栄養を補給するチューブを取り外す権限が与えられた。これに従ってチューブが外され、同年ナンシーは死亡した。

(29) 1991年11月5日、イニシアティブ (Initiative) 119という法案に対して、住民投票を行い、賛成46%、反対54%で廃案となった。

(30) 1992年11月3日、法案プロポジション161に対する住民投票において、医師や看護師は、宗教的、

道徳的などの理由で反対の場合には要請を受け入れなくてもよいとして、賛成47%、反対53%で否決した。

- (31) 改正法典 9 A 編〔刑法典〕360章060条は、合衆国憲法修正14条に違反するとして、同法の違憲判決と、同法の執行停止する差止命令による救済を求めたものである。自殺幫助規定をワシントン州西部地区連邦地方裁判所は差止命令による救済を認めなかった。しかし、同規定は合衆国憲法修正14条のデュー・プロセス条項および平等条項に違反するとした。ワシントン州の控訴を受けた第9巡回区連邦控訴裁判所は、1996年実体的デュー・プロセス違反を理由に控訴を棄却した。
- (32) ワシントン州の改正法典 9 A 編〔刑法典〕360章060条は、①故意に人の自殺行為を惹起し又は助ける者は、自殺行為の助長の罪とする。②自殺行為の助長はC級犯罪とする。
- (33) 合衆国憲法修正14条〔第1節〕 合衆国において出生し、またこれに帰化し、その法域に服しているすべての者は、合衆国およびその居住する州の市民である。いかなる州も合衆国市民の特権または免除を制限する法律を制定あるいは強制してはならない。またいかなる州も、法のデュー・プロセスによらないで、何人からも生命、自由または財産を奪ってはならない。またいかなる州も、その法域内で何人に対しても法の平等の保護を拒否してはならない。

8. 3 オレゴン州の尊厳死法

オレゴン州にはオレゴン州の尊厳死法がある。この尊厳死法は、住民投票において、賛成52%、反対48%で過半数を得、世界で2番目に安楽死、なかでも自殺幫助を認めた法律である。1994年11月8日、オレゴン州尊厳死法の住民投票を行った。

法案発効までの15日間の猶予期間中の1994年11月23日に、反対する患者や医療機関が、本法案は米国憲法修正1条及び24条に違反するとして訴えた。連邦地方裁判所のマイケル・ホーガン裁判官は、法制化手続きの執行の暫定的差止命令を出し、法制化の手続きは一時中断した。その後1995年8月3日に、同裁判官は、本法の憲法違反の判決を出し、差止命令により本法の法制化は実現しなかった。

しかし、このオレゴン州の尊厳死法⁽³⁴⁾を違憲とした連邦地裁判決に対し、連邦控訴第9巡回裁判所が、1997年2月27日に逆転判決を下し、法制化手続差止命令を撤回するように指示した。医師の幫助を受けた自殺は、末期患者の権利として認め、医師による尊厳死法を違憲とした連邦地裁判決を否定した。尊厳死反対派は連邦最高裁判所に上告した。最高裁判所は1997年10月14日に連邦控訴裁判所の判決を支持し上告理由を認めなかった。

しかし、反対派議員が、オレゴン州議会に、1994年提出のオレゴン州尊厳死法法案16の廃止を問う住民投票のための法案51を提出し、1997年9月2日に可決した。1997年11月4日に住民投票を行い、賛成60%で法案を認め、15日間の待機期間を経、オレゴン州尊厳死法を正式に制定した。

その後、更に1999年6月17日に、疼痛除去促進法案が連邦議会下院に上程さ

れる。この法案は、連邦政府管理取締り物法を改正し、取締り物を使用した安楽死、自殺補助を認めないとするものである。1999年11月19日に可決した。米国司法長官アシュクロフトが、この法律を理由に、オレゴン州尊厳死法を無効にする指令を出したので、オレゴン州政府は、米国司法長官らを被告人として、第1審裁判所に訴訟を提起している。

(34) オレゴン州の尊厳死法は、住民投票において、賛成52%、反対48%で過半数を得、世界で2番目に安楽死、なかでも自殺補助を認めた法律である。1994年11月8日、オレゴン州尊厳死法の住民投票を行った。<http://www.iaetf.org/orrpt2.htm>

8. 4 テリ・シャイボ (Terri Schiavo) 事件

テリ・シャイボ (Terri Schiavo) 事件は、植物状態の続いた患者の生命維持装置を外した事案である。栄養補給装置は必要であるが、臓器は機能しており、自発呼吸や表情の変化はある。両親は、娘は呼びかけに反応していると主張する。医療関係者は、植物状態にあり、表情の変化は生理的な反射作用にすぎないと説明する。

フロリダ州のバイラスパーク (CNN) において、1990年2月、心臓疾病で倒れた後、一時的に心停止となった影響で脳障害を受け、約15年間にわたり植物状態⁽³⁵⁾のテリ・シャイボ (Terri Schiavo) の主治医が、州地裁の決定に従い、生命を維持の栄養補給装置を外した。栄養補給装置が外された状態では、シャイボは数週間で、脱水状態のため死亡する可能性が高い。尊厳死をめぐる論議と絡め、マスコミが取り上げた。

シャイボの両親は、装置撤去に反対し、延命の権利を強調した。栄養補給装置を外す決定を下した地裁に異議を申し立てると共に、州議会に介入するよう要請した。連邦議会においても、宗教的にも装置撤去に反対する意見が出た。

連邦議会には、シャイボの延命措置再開を命じる権限はない。しかし連邦地裁は延命措置続行を命じることができる。共和党が多数を占める米連邦下院は、延命措置の再開を認める司法判断を求めるといふ異例の法案を可決した。上院はすでに可決していた。ブッシュ大統領は直ちに法案に署名し、法案は成立した。法案成立を受けて、フロリダの連邦地裁が当面、再審理する間の延命続行を命じる可能性が出てきた。

法案採択後、シャイボの妹は、連邦地裁が議会の意志に従い、姉の命を助けてくれるよう強く願っていると話した。またシャイボの両親の弁護士は、法案に大統領の署名が得られれば、数時間中にもシャイボへの水分栄養補給が再開されると期待を示した。両親は、州地裁の撤去命令の差し止めを求める訴えを

州連邦地裁に起こした。州連邦地裁は、装置の再装着を拒否する判断を示した。理由は、延命装置維持による回復見込み、回復実現の可能性の立証がないと指摘した。両親は、ジョージア州アトランタの第11巡回区控訴裁判所（連邦高裁）へ控訴した。また米司法省は、両親の訴えを支持する文書を、控訴裁判所に提出した。司法省の文書は、暫定的な救済措置を直ちに実施しなければ、重大で不可逆な損害が齎される。シャイボは死んでしまうと訴えている。同省は連邦地裁に対しても、同様の応援文書を提出していた。ブッシュ政権は、延命措置再開を求める法案を後押しするなどして、両親を支援している。シャイボの延命措置は、ジョージア州アトランタの第11巡回区控訴裁判所（連邦高裁）が、両親の延命措置再開の命令を求めた控訴審で、3人の裁判官による合議で2人が反対し、両親の訴えを斥けた。

法的な保護者として選任された夫は弁護士である。シャイボが尊厳死を望んでいたし、死ぬ権利があると主張し、妻の尊厳死を求めた⁽³⁶⁾。夫は、シャイボの尊厳死を認める訴えを控訴裁判所に提出した。夫は、ホスピスでシャイボに付き添い、最期を見取ると言い、両親の見舞いを認めている。

米連邦最高裁⁽³⁷⁾は、栄養チューブによる延命措置の再開を求めるシャイボの両親の訴えを斥けた。

(34) 診療記録を調べた神経科医は、シャイボは植物状態（遷延性意識障害）にあるのではなく、意識レベルが極めて低い状態にあると判定。

(36) フロリダ州政府の児童家庭局は州地裁に対し、シャイボの法的な保護者である夫は、シャイボに適切な治療を受けさせないなど虐待、保護放棄、私利のための利用を継続していると指摘している。

(37) 連邦最高裁の構成はレンキスト長官のほか判事8人である。9人中、民主党クリントン政権中の指名は2人で、残りは共和党政権による指名である。シャイボの延命を支持するブッシュ大統領が連邦議会とともに政治的な介入を試みるなど、米国の生命倫理をめぐる論争を巻き起こした。

8. 5 カナダ

カナダにおいても、安楽死についての議論が盛んである。

ブリティッシュ・コロンビア州において自殺幫助を認めない裁判例がある。

スウ・ロドリゲス（Sue Rodriguez）事件⁽³⁸⁾である。この事案は、ブリティッシュ・コロンビア州に住むスウ・ロドリゲスが医師に自殺幫助の権利を認めってもらう訴訟を提起した事案である。スウ・ロドリゲスは、全身の筋肉が侵され、3～4年で死亡する確率の多い難病である筋萎縮性側索硬化症（ALS）⁽³⁹⁾に罹っていた。いずれ肉体的、精神的にも苦痛のため、自殺したくても自分では遂行できなくなる。医師に致死薬の入った注射器を準備してもらい、自分で注射できる力が残っている間に自殺したいとして医師に自殺幫助の依頼を望んでい

た。1 審、2 審とも敗訴した。上告したが、カナダ最高裁判所は1993年 9 月30日に棄却した。スウ・ロドリゲスは、その後、匿名の医師の援助を受け1994年 2 月12日に死を迎えた。カナダでは自殺補助は罪であるが、死を支援した弁護士や医師は起訴されなかった。

刑罰を科した事案もある。カナダ・サスカチュワン州の事案は親が病気の子トレーシーを一酸化炭素中毒で殺害した事案である。トレーシーは重度の脳性マヒであり、自分で話したり、歩いたり、飲食もできない。さらに股関節脱臼が加わり、絶え間ない苦痛があった。1993年10月24日で父親が12歳の子トレーシーを苦痛から救うため、自動車内に排気ガスを引き死に至らしめた事件である。1994年11月17日サスカチュワン州裁判所は父に対し、第 2 級謀殺で執行猶予のつかない10年の懲役刑を言い渡した。

(38) カナダのスウ・ロドリゲス (Sue Rodriguez) 事件において裁判所は次の様に述べた。カナダ刑法は第224条 (b) 項において、人を幫助して自殺させた者は、14年以下の拘禁刑に処すると規定する。従ってスウ・ロドリゲスは第一審も第二審のブリティッシュコロンビア州高等裁判所において敗訴した。控訴審の判決理由において自殺補助を認めるか否かは議会の問題であり、国民の声を聞かなければならないと指摘した。スウ・ロドリゲスが上告をしたため、カナダ最高裁判所は1993年 9 月30日に、9 人の裁判官中 5 対 4 で医師による自殺補助は認めないと判決を下した。その後、匿名の医師の幫助により死亡したが、自殺補助した医師は起訴されなかった。スウ・ロドリゲス事件の最高裁判決後、1994年 2 月23日に、安楽死及び自殺補助に関する連邦上院特別委員会 Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide を連邦上院に設置した。1995年 6 月、公式報告書の公表には、刑法の自殺補助罪の規定の改正の必要はないとした。

(39) 公開シンポジウム「難病の緩和医療の進歩と今後」からⅢ-1 ALS の告示の問題 (呼吸器装着の問題を含めて) 東京都立駒込病院 神経内科医長 林 秀明

ALS の臨床病理学的所見は発症 2 ~ 3 年で生じる呼吸筋麻痺をターミナルとして確立され、医師は、「NO-CAUSE (原因不明の疾患)、NO-CURE (治療法のない疾患)、NO-HOPE (希望の持てない疾患)」として、病気を家族のみに話し患者自身には知らせないようにしてきた。しかし、ここ20数年の呼吸器装置の実践から呼吸筋麻痺後の長期療養が可能となり、ALS の呼吸筋麻痺は ALS の一つの症状で、病気の一進行過程であり、ターミナルではないことが明らかとなった。ALS の呼吸筋麻痺が、即「死」を意味しなくなったので、呼吸筋の麻痺する前に、患者自身に呼吸器装着の問題を含めて病気を知らせることが必須となっている。ALS の各筋群麻痺の発症や進行の個人差、早期呼吸筋麻痺の存在、緊急時呼吸器装着頻度の高さから、ALS の診断が確定した早期に知らせるのがよい。ALS の告示は呼吸筋麻痺が ALS の一つの症状であるという「新しい ALS 観」で、現在の症状及びこれから起こりうる事が了解できるように話し、ALS 患者を慢性進行性で早晩死に至る不治の患者でなく障害を持った人と考え、人的・経済的・社会的に生活していくのに厳しい現状から、ALS 患者が普通の人と同じように生活していけるように、社会に一員として、皆と、具体的に社会に働きかけていかなければならない現状にあることを理解してもらうようにしていく必要がある。そして、単に情報を伝達するのではなく、情報を共有できる互いに交流しあった関係で行い、新たな状況の変化に対し患者・家族とその都度一緒に判断できる信頼関係の確立が大切である。ところで、呼吸筋麻痺が ALS のターミナルではなくなった現在、ALS の呼吸器装着の問題は、ALS そのものの問題から、厳しい障害を持った人の生命を如何に考えるかの問題に変わってきていることに留意されなければならない。以上

8. 6 オーストラリア

オーストラリアは、末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act 1995）を、世界で初めて積極的安楽死⁽⁴⁰⁾（そのなかでも自殺補助）を認めた法律である。

1995年5月25日、オーストラリアのダブリン市ノーザン・テリトリー准州議会は、医師による患者の自発的安楽死⁽⁴¹⁾及び自殺補助を、世界で始めて認めた法律である、終末期患者の権利法案を可決した⁽⁴²⁾。1996年7月1日、施行した⁽⁴³⁾。

法案には、18歳以上の終末期の患者は、病気の激しい肉体的苦痛または精神的苦痛を理由に資格を有する医師にその生命の終焉の補助を要請できる。二人の医師が末期状態の診断をしている。いつでも、どんな方法でも撤回できる。患者の要請と医師の宣告は文書による。生命の終焉の承認と補助の実施との間に一定期間を置き、生命の終焉は人道的な方法で行う。不法行為に対する罪を厳重に罰する。補助するのは、5年以上の経験のある臨床医であり、患者との間に職業的、家族的な関係がないことなどの要件を盛り込んだ。

連邦議会は、1997年3月25日、安楽死の法律の法案1996（Euthanasia Laws Bill 1996）を可決した。この法律は北准州の法律を無効とするためのものである。従って、オーストラリア総督が署名した1997年3月27日に終末期患者の権利法は効力を失った。将来、准州において、医師の補助による患者の自発的安楽死と自殺補助を容認する法律を制定する権限を奪った。この間で法律による死亡者は4名である⁽⁴⁴⁾。

(40) 積極的安楽死は、薬の投与などで意図的に死に至らしめる行為である。安楽死を行為の態様で分類すると、積極的安楽死、間接的安楽死、消極的安楽死がある。間接的安楽死は、患者が病気や治療による肉体的な耐え難い苦痛を伴っているときに、苦痛を緩和するための麻薬などを使用し、その結果、患者の生命を短縮することに繋がる措置である。ホスピスケア、終末期等の医療に用いる。消極的安楽死は、延命措置や延命治療をせずに死に至らしめる行為である。

(41) 安楽死の分類には、患者の意思の有無によるものもある。患者の意思による自発的安楽死。患者本人の意思能力がない場合や、意思の表現方法がない場合、家族や代理人などが患者本人に最善の方法である判断し、死に至らしめる非自発的安楽死。患者本人に意思能力はあるにも拘らず、本人の意思と無関係に死に至らしめる反自発的安楽死。死刑執行の際の安楽死など。

(42) この法案はまず1月に上程後、公聴会を開催した。オーストラリア各地から法案に対する賛否の証言を集め、提出した。その後、准州議会内に設置した5人の議員が構成する特別委員会にかけ、勧告を付加後、5月16日に答申。更に審議を重ね5月25日に可決した。

(43) 1995年5月25日、オーストラリア北部準州（Northern Territory）議会で、末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）、議員立法で可決成立した。1996年7月1日、オーストラリア北部地域は、医学資格を有する者に人道的な方法で自分の生命の終焉の補助を依頼する末期患者の権利の確認と、一定の状況下の補助が補助者への法的障害なしに行うことを許容するとともに、これらの権利の濫用可能性に対する手続的保護規定等に関する法律を施行した。

(44) オーストラリア北部準州における末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）を適用した男性がん患者は末期のがんであった。世界で初めて末期患者の死ぬ権利を認めた末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）に基づき、患者は安楽死装置を使って死亡した。安楽死装置はパソコンキーを押すと致死量の薬物を体内に注入する装置である。安楽死推進派のツッキ医師に

依頼し、同法の要件である医師三人の同意を得た上で、自宅において死亡。末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）は、連邦最高裁にオーストラリア医師会などが違憲訴訟を提訴するなど争いがある。州政府も刑事訴追を免責されない場合があるとして、医師に対し、実施を見合わせるよう通知している。連邦議会で末期患者の権利法（Rights of the Terminal Ill Act）の無効の訴えに対する法案の趣旨説明で、無効になったとしても、遡及しないということから、安楽死を強行した。

8. 7 オランダ

1971年ポストマ安楽死事件の1973年 レウワーデン判決を見る。

オランダにおける安楽死論争の起こりは、ポストマ医師安楽死事件からだと言われる。母親からの要請に基づき、致死量のモルヒネを注射し死に至らしめたとして、ポストマ医師を起訴した。1973年のレウワーデン地方裁判所の判決では、オランダ刑法第293条に違反したとして、ポストマ医師は懲役一週間、執行猶予一年という有罪判決を受けた。この時点でのオランダ刑法第293条は、「他人の明示かつ真摯な囑託によって、その者の生命を奪った者は12年以下の拘禁刑又は第五類型（十万ギルダー以下）の罰金に処する」と規定する⁽⁴⁵⁾。

更に、レウワーデン地方裁判所は判決の中で、安楽死容認4要件を発表した。それは①不治の病であること、②耐えられない苦痛、③自らの生命の終焉の要請、④担当医師あるいはその医師と相談した他の医師が患者の生命を終焉させる、というものである。

この事件をきっかけに、多くのオランダ市民と医師の同情の声がポストマ医師に集まり、他の医師たちがオランダの法務大臣宛の公開書簡に自分たちもポストマ医師と同じ罪を犯したことがあるという内容を含むに署名をした。さらに事件後、オランダ自発的安楽死協会も設立した。オランダの安楽死議論が始まったと言われる。

1981年、オランダの検察庁は、すべての安楽死事件についての審議を行う検察長官委員会を設置した。さらに同年、オランダ国家安楽死委員会を設置した。この委員会の役割は、安楽死及び自殺幫助のこれからの政策や法律の適用に関して政府に勧告することであった⁽⁴⁶⁾。

(45) 1993年遺体埋葬法改正。1993年、遺体埋葬法を改正した。これは、1990年の安楽死報告届出制に対し、法律上の根拠を与えたものである。この時点ではオランダ刑法293条を改正していない。法的には安楽死も自殺幫助も違法であった。安楽死を合法化するためには、刑法の改正も必要であった。

(46) 1990年安楽死報告届出制度。1990年に、裁判所とオランダ王立医師会が安楽死報告届出制度を定めた。届出制度では、安楽死を実行した医師は、監察医務官（検察官）に報告する。監察医務官による検死後、地方検察庁における審議があり、不審な点がなければそのまま埋葬の許可が下りる。さらに地方検察庁を経て、1981年に設置した検察長官委員会が審査し、起訴か否かの決定を下す。

8. 7. 1 安楽死を認める不可抗力や緊急避難

オランダは、患者の要請による安楽死を正当化した事案が多くある⁽⁴⁷⁾。

1984年、アルクマール事件は、オランダ初の最高裁判所における安楽死事件の判決が出た事件である。

アルクマール事件は、95歳の女性が医師に安楽死を要請し、1980年4月書面でも意思表示をした事件である。この事件で安楽死を受けた患者は、被告である医師に対し、数年前から、自分の尊厳を保つことができなくなったならば、安楽死させて欲しい旨を告げ、文書にも署名していた。彼女は1982年7月16日の数週間前から身体も衰弱し、かつ、安楽死を強く望んだ。医師は薬物注射によって安楽死を実行した。捜査機関は、医師からの報告を受け裁判となった。

アルクマール地方裁判所は、実質的違法性に欠けるとして、被告人である医師を無罪とした。1983年、アムステルダム控訴裁判所は、1審判決を破棄し、刑を宣告しない有罪判決を下した。最高裁判所は、医師の行為を緊急避難と認め、医師の刑事責任を問わず、本件を控訴審に差し戻した。1994年、ハーグ控訴裁判所は、これを受け入れ被告人を無罪とした。この事件は、患者本人の要請に基づく医師による安楽死を、最高裁が認めた事件である。

フローニンゲン事件は、安楽死を認める不可抗力や緊急避難について触れた裁判である。多発性硬化症の患者は、友人の医師に安楽死を要請した。医師は、1982年8月4日、セコナル溶液を渡し彼女は効き目を強めるためワインで飲んだ。医師は彼女が意識を失っていたが、まだ生きていたので致死量のモルヒネを注射した。医師は、このことを検察官に通知した。

1審のフローニンゲン地方裁判所の判決は、執行猶予付きの有罪判決である。レーワルデン控訴裁判所は、1審判決を破棄し、被告人である医師に2ヶ月の懲役刑を宣告した。1986年オランダ最高裁判所は、原判決を破棄して控訴裁判所に本件を差し戻した。アルンヘム控訴裁判所は、差し戻審でも第1次控訴審と同じく執行猶予付きの有罪判決であった。オランダ最高裁判所への再上告審においても、患者は末期でなく、安楽死が唯一の方法とは言いがたく、医師が心理的不可抗力を受け、安楽死を回避できなかったとは言えないとして、上告を棄却した。

精神疾患の患者に、安楽死を認めた裁判もある。シャボット医師事件である⁽⁴⁸⁾。患者は子の自殺や病死、離婚を経験し、うつ状態にあった。自殺を希望し、安楽死に理解を示すシャボット医師や他の医師達にも相談した。1991年9月、友人や雇いつけの医師、シャボット医師の立会いの下、薬による安楽死によって

死亡した。シャボット医師は、地方自治体の検察官に報告した。

1 審のアッセン地方裁判所と控訴審のレーワルデン控訴裁判所は、シャボット医師を無罪とした。検察官が上告し争う。1994年6月、身体的苦痛や患者が死期にある場合以外でも緊急避難は認めた。しかし、この事案においては、シャボット医師とは別の医師が患者を診察し、苦痛の程度、耐え難い身体的な苦痛、精神的な辛さなどを判断し、患者を救う他の方法を模索するなどをしていないとして、執行猶予付きの有罪とした。

また、1985年、ハーグ下級裁判所事件は、多発性硬化症のために身体的苦痛並びに精神的苦痛に苦しむ終末期ではない患者が、医師に安楽死を要請した事件であった。この事件に対し、ハーグ下級裁判所は緊急避難行為を認め、医師は不起訴処分となった。この判決により、患者自身の要請に基づいていれば、必ずしも終末期でなくともよいことを初めて認めた。

- (47) オランダにおいて行っている安楽死や自殺補助は、がん等の末期患者と言われる。自分では何もできず、すべてを他人に頼らざるを得ない状態であり、余命が数日から数週間の患者である。肉体的な苦痛の治療技術は高まり、苦痛を和らげたり、緩和治療はある程度、取り除くことができる。しかしむしろ精神的な苦痛からの要望として、患者自身が死ぬ時期を決定したいという気持ちから出てくる。オランダ下院は、患者自身からの明確な要請などの一定要件を満たした場合、安楽死を合法とする法案を可決した。欧州の国々においても法制化の動きがある。1973年頃から、オランダにおいて、安楽死をめぐる論議がある。1993年には、①患者からの明確な要請②耐え難い苦痛③ 治療の見込みがなく、他に救う手段がない④他の医師と協議するなどの要件を満たし、報告するなど手続きをきちんと踏めば、医師は刑事訴追を免れることになった。しかし刑法は医師の行為を囑託殺人や自殺補助の犯罪行為として扱った。医学界や患者団体などからの要望があり、安楽死は世界で初めて合法となった。また刑法において、医師の刑事訴追免除を定めた。オランダでは既に医師による安楽死を実施している。医師による筋肉弛緩剤の注射による積極的安楽死や、患者本人による調合薬による自殺補助があり、医師を起訴した事案は少ない。また将来的に昏睡状態などで意思表示が出来なくなるであろう患者が事前に安楽死の希望を表明していれば、医師は原則として患者の希望に従わねばならないことも条文化した。オランダでは18歳から成年であるが、16歳以上は親の同意がなくても、12歳から15歳の未成年者は親の同意が必要であるが、医師が必要と判断すれば安楽死できる。問題は、子供や痴呆老人など意思の表明ができない者に対する安楽死を許容するか否かであった。アルツハイマー病患者など痴呆老人については、1994年、最高裁判決で精神的な疾患を有する患者への安楽死を事実上、容認し、安楽死を実行した医師を不起訴とする事案がある。地裁では、安楽死を希望する86歳の健康な人に安楽死を実施した医師に対して刑事責任を問うていない。

- (48) 8.7.3 1994年シャボット医師安楽死事件参照

8. 7. 2 安楽死の要件

1984年、オランダ王立医師会が安楽死公認の見解と5要件を示した。医学界からの動きとして、1984年のオランダ王立医師会の安楽死に関する公式見解は、安楽死は患者にとっての最後の選択肢として実行すべきであると述べた。さらに、オランダ王立医師会は、医師へのガイドラインの5要件を勧告した。①自

発的な要請、②十分考慮した上での要請、③持続的な要請で、期間を限定しない、④耐えられない身体的な苦痛、⑤他の医師の意見が必要、というものである。このガイドラインには、患者が終末期であることは含まれていない。

オランダ法務省は、1991年、安楽死の定義と5要件を公表した⁽⁴⁹⁾。

安楽死の5要件 ①患者の耐えがたい肉体的、身体的苦痛がある、②患者は回復の見込みがない、③十分な情報を得て、患者の自由意志に基づいた要請である、④最低一名の他の医師と相談する、⑤医師は経過を書面に記載するという5要件を満たすことを前提とする。安楽死とは、患者本人の意思、並びに、その者の真摯で、継続的な要求に基づき、医師がその患者の生命を故意に終わらせることである。

(49) 1991年レメリンク調査。1991年、ヴァン・ダ・マス教授が、オランダの医師に対する1990年の終末期の決定に関するアンケート調査、通称レメリンク調査の結果を発表した。この調査は405人の医師へのインタビューと共に、6000人の死を診断した医師へのアンケートの形で行った。1996年にも1995年の調査結果を示した。報告によると明確な要請がなく生命を終焉した行為が1990年におよそ1,000件（全死者数の0.8%）、1995年には約900件（全死者数の0.7%）であった。レメリンク調査結果で明らかとなった非自発的安楽死の数値は、諸外国に衝撃を与えた。安楽死の要請は、1990年に8,900（7%）、1995年に9,700（7.1%）。安楽死は、2,300（1.8%）と3,200（2.4%）。自殺幫助は、400（0.3%）で変わらず。

8. 7. 3 1994年シャボット医師安楽死事件

1994年、シャボット医師安楽死事件が起こる。

精神科医であるシャボット医師が、二人の息子を亡くし死にたいという母の願いに応え、自殺を幫助した。最高裁判所における判決は、シャボット医師に対し有罪判決を下したが、刑罰はなかった。

シャボット医師の事件は、オランダでは身体的苦痛という上記の法務省のガイドラインの要件を超えて、精神的な苦痛のある人に対する自殺幫助も事実上、容認したことを示すものであった。

8. 7. 4 オランダにおける積極的安楽死、自殺幫助の合法化

2001年4月、オランダは、要請に基づく生命の終焉ならびに自殺幫助法を可決した。オランダの刑法第293条を改正⁽⁵⁰⁾することになる。

オランダは、積極的安楽死を合法化し刑法改正を行った世界最初の国である。オランダにおける安楽死は、患者本人の要請に従って医師が患者の生命を終わらせる自発的積極的安楽死である。オランダでは、患者自身の意思に反した非自発的安楽死、または患者の意思を反映しない反自発的安楽死、さらに延命治

療の停止である消極的安楽死は安楽死に含まない。

オランダにおいては、家庭医（ホームドクター）と専門医が別である。家庭医（ホームドクター）は人が近所のホームドクターに登録をしている。病気になればまずホームドクターの診断を受け、その後専門医を紹介されるというシステムがある。担当の患者が専門の病院に入院している間も、ホームドクターは患者のもとを訪れる。何十年も同じホームドクターに診てもらっているという人も多く、ホームドクターは自分の患者や患者の家族の病歴、治療歴や薬歴を把握し、患者の家庭の事情や精神的な悩み、経済的な事情などふまえて治療にあたる。

患者とホームドクターの信頼関係が強く、インフォームド・コンセントを徹底している。安楽死を実施する医師は、専門医が44%、老人病院（ナーシングホーム）の医師が12%、家庭医（ホームドクター）が62%との統計がある。

- (50) 改正後のオランダ刑法第293条には、次の項目を付け加えた。前項の犯罪（改正前の刑法第293条）が…「相当の注意」の必要条件を満たしている医師によって行い、埋葬、火葬法の第7条の二項に従って、自治都市の検死官に報告してあるならば罰すべきでない。相当の注意の必須条件として、医師は、a. 患者の要請が自発的で、かつ十分に考慮したという確信、b. 患者の苦痛・苦悩は持続的で、耐えられないものであったことの確信、c. 患者には現状と今後の見込みについて説明し知らせてある、d. 患者の現状に対する合理的な解決法はないという確信が患者にあり、e. 患者を診察し、a から d の必須条件について、少なくとも一人の他の医師に意見を求めたことがあり、f. 相当の注意をしてその患者の生命を終焉したか、自殺帮助をした。

8. 8 ベルギー

ベルギーは、世界で2番目に積極的安楽死を容認する法律を作った国である。

ベルギー上院は2001年10月、下院は2002年5月、医師による安楽死を容認する法案を可決した。ベルギーの法案における医師による安楽死の要件は、①18歳以上②医学的に回復の見込みのない状態。身体的、精神的に耐えがたい苦痛がある③本人の複数の医師への特殊な要望④医師の承認がある。但し、患者が終末期状態ではない場合、精神科医、あるいは、患者の疾患を専門とする医師にセカンド・オピニオンを求める⑤患者からの要請を受けてから安楽死させるまでに1ヶ月以上の経過期間を置く。

8. 9 イギリス

患者の求める死ぬ権利を認める判決として、2002年3月のトニー・ブランド事件がある。脊椎の血管破裂で全身が麻痺し、回復の見込みがほとんどない患者の死ぬ権利を求めた訴訟である。高等法院（High Court of Justice）は、訴え

を認めた⁽⁵¹⁾。また倫理上の問題を理由に人工呼吸器を外すことを拒んだ病院側に対して、人権侵害の賠償金を支払うよう命じた。病院側は上訴せず、判決は確定した。障害の重さや患者の切なる願いから認めた権利である。尊厳死とも言える。しかし障害者の生命を軽んずることにも繋がるなど批判もある。この患者は、ソーシャルワーカーであった。意識や言葉には問題はなかったが、麻痺が始まってからは病院の人工呼吸器によって生命を維持するしかなかった。医師の判断によると、リハビリなどによる治癒の可能性は1%であった。病院は、人工呼吸器を外して欲しい旨の患者の要望を拒否したため裁判となった。判決は、患者は延命治療の諾否を判断できる能力を備えている。深刻な障害を持つ人が、生きることが死ぬことよりも辛いと感じる場合もあるとして、主張を認めた。病院側に賠償金額100ポンド（約1万8000円）の支払いを命じた。

植物状態の患者の事案がある。アンソニー・D・ブランドは、植物状態の患者であり、その治療中止を認めた事件である。アンソニー・D・ブランドは、事件によって肺が押しつぶされ、3年以上、植物状態であった。患者本人による意思表示はないが、家族と担当医師、他の2人の医師が、食物供給等の中止が適切と同意した。病院はこれに対して確認判決を求めた。1992年、高等法院家事部（High Court of Justice, Family Division）は、この措置を認める確認判決を出し、控訴院も支持した。1993年、貴族院（House of Lords）も認めた。

(51) 2002年3月6日、高等法院の判事と弁護士が病院の集中治療室（ICU）に出張して異例の出張審査を行った。患者は死なせて欲しいと証言した。これは数キロメートル離れた法廷において、テレビ中継した。高等法院は患者の希望を受け入れて、生命維持装置の使用の停止を許す判決を下した。

9. 尊厳死とは何か

尊厳死を考えることは、個人の生き方を考えることであると思う。

尽きるとき、生の最期を、どの様に迎えるか。

自分の思うように生を完結したいと考える人もいるであろう。人間としての誇りを持ったまま、最期を迎える。

自然死を望む人もいるであろう。またたとえ意識がなくなっても、遺していく家族のために、植物状態になっても生きたいと思う人もあるであろう。

人それぞれの人生観があり、それを尊重するというのではないかと思う。

中には自殺を選ぶ人もいるかもしれない。それは様々な環境や置かれている立場から自らの生命を絶つことを選択しているように思う。生きることが死ぬよりも辛いということを耳にするが、それは厳しい状況に置かれていることを

意味するのであって、心から死にたいと思っているかどうか。

人間らしく生きているうちに、しっかりした意識のあるうちに死にたい。身体が不自由になり、痴呆になった場合には、安楽死を希望すると明確な意思を表明する人もいるであろう。

しかし今のところ、私は自分で死を選ぶこと、安楽死、尊厳死の条件という判定基準を示すこと自体、素直には受け入れがたい。自然に死ぬまで精一杯、生きることが人間、生きとし生けるものであると思う。裁判になり、あるいは、医学の倫理綱領のように条件を示す。時代がそれを要求しているのかもしれないが、他人が決めることではないのではないかと。

従って臓器移植における脳死判定にも疑問を持つ。生命をいじることへのおそれは私だけが感じているのだろうか。生殖補助医療における胚の操作、生命体の不可思議は、人間の知識を遥かに超えていると思っている。

生き方、考え方、感じ方は、生き物の数だけ存在する。それを厳粛に受け止め、尊重するのが尊厳というものではないだろうか。

参考文献

1. 「生命倫理」坂本百大、青木清、山田卓生編著 北樹出版 2005年
2. 「環境と倫理」加藤尚武編 有斐閣アルマ 2005年
3. 「ふたたびの生」柳澤桂子 草思社 2000年
4. 「われわれはなぜ死ぬのか」柳澤桂子 草思社 1997年
5. 「生命倫理と医療倫理」伏木信次、樫則章、霜田求編著 金芳堂 2004年
6. 「生命・情報・機械」高橋隆雄編 九州大学出版会 2005年
7. 「生命倫理学入門」〔第二版〕今井道夫 産業図書 2005年
8. 「基本医療六法 平成18年版」中央法規 2005年
9. 「古い医術について」ヒポクラテス、小川正恭訳 岩波文庫 1963年
10. 「新しい生殖技術のガイドライン」〔改訂第二版〕日本不妊学会編 金原出版 2003年
11. 「脳死」立花隆 中央公論社 1986年
12. 「脳死再論」立花隆 中央公論社 1988年
13. 「脳死判定・臓器移植ハンドブック」厚生省保険医療局臓器移植対策室監修 社会保険出版社 1998年
14. 「先天異常の医学—遺伝病・胎児異常の理解のために—」木田盈四郎 中公新書 1982年
15. 「わたしの生命はだれのもの—尊厳死と安楽死と慈悲殺と—」星野一正 大蔵省印刷局 1996年
16. 「医療現場に臨む哲学」清水哲郎 勁草書房 1997年
17. 「死を看取る医学 ホスピスの現場から」柏木哲夫 NHK出版 1997年
18. 「緩和ケアマニュアル—ターミナルケアマニュアル改訂第4版—」 淀川キリスト教病院ホスピス編、柏木哲夫監修 最新医学社 2001年
19. 「遺伝子で診断する」中村祐輔 PHP新書 1996年
20. 「遺伝子の技術、遺伝子の思想」広井良典医療の変容と高齢者社会」広井良典 中公新書 1996年

21. 「インフォームド・コンセント—患者の選択」 ルース・R・フェイドン、
トム・L・ビーチャム 酒井忠昭、秦洋一訳 みすず書房 1994年
22. 「生命倫理とは何か」市野川容孝編 平凡社 2002年
23. 「心を生みだす遺伝子」ゲアリー・マーカス著 大隈典子訳 岩波書店 2005年
24. 「二重らせんの私」柳澤桂子 早川書房 1998年
25. 「医療情報と生命倫理」越智貢、板井孝彦編 太陽出版 2005年
26. 「生命倫理と法」[ダイジェスト版] 内山雄一、大井賢一、岡本天晴、尾崎恭一、加藤直隆、
木坂昌知、黒須三恵、長島隆編 太陽出版 2005年
27. 「生きて死ぬ智慧」柳澤桂子 草思社 2004年
28. 「いのちの始まりと終わりに」柳澤桂子 草思社 2001年
29. 「ヒトゲノムとあなた—遺伝子を読み解く」集英社 2001年
30. 「生命と環境の共鳴」高橋隆雄編 九州大学出版会 2004年
31. 「医療過誤判例百選」[第二版] 別冊ジュリストNo140 有斐閣 1996年
32. 「生殖の生命倫理学」森崇英 永井書店 2005年
33. 「個人情報保護法の施行」ジュリストNo1287 有斐閣 2005年
34. 「生命倫理と法」樋口範雄編著 ジュリスト増刊 有斐閣 2004年
35. 「生命倫理法案」総合研究開発機構(NIRA)、川井健共編 2005年
36. 「生殖革命と法—生命科学の発展と倫理」藤川忠宏 日本経済評論社 2002年
37. 「医療機関のための個人情報保護対策」開原成允監修、羽生正宗著 じほう 2005年
38. 「医事訴訟入門」稲垣喬 有斐閣 2003年
39. 「医事法入門」手嶋豊 有斐閣 2005年
40. 「医事法セミナー」前田和彦 医療科学社 2004年
41. 「医療紛争の法律相談」石原寛 青林書院 2003年
42. 「医療の法律学」[第二版] 植木哲 有斐閣 2003年
43. 「医療事故の知識とQ&A」上田智司 法学書院 2005年
44. 「医療の個人情報保護とセキュリティ」[第二版] 開原成允、樋口範雄編 有斐閣 2005年
45. 「フランスの判例における代理母と養子縁組」野村豊弘著 星野英一、森島昭夫編
「加藤一郎先生古稀記念・現代社会と民法学の動向(下)」有斐閣 1992年
46. 「フランスの人工生殖親子関係法について」本山敦 学習院大学法学論集第6号97項 1998年
47. 「フランスにおける生命倫理立法の概要」ジュリスト1090号 有斐閣 1996年
48. 「生命科学の発展と法」総合研究開発機構(NIRA)、川井健共編 有斐閣 2001年
49. 「バイオエシックス入門」今井道夫・香川知晶共編 東信堂 1992年
50. 「あなたの臓器は誰のもの—価値の基礎理論と臓器移植—」飯田亘之 東信堂 1988年
51. 「生命技術と倫理」飯田亘之 市井社 1994年
52. 「脳死とイデオロギー」飯田亘之 千葉大学『生命・環境・科学技術倫理研究Ⅷ』 2003年
53. 「人格権法の研究」齋藤博 一粒社 1979年
54. 「人格権論」五十嵐清 一粒社 1989年
55. 「人格権法概説」五十嵐清 有斐閣 2003年
56. 「安楽死、尊厳死、末期医療」町野朔他編著 信山社 1997年
57. 「臓器移植と生命倫理」倉持武編 太陽出版 2003年
58. 「プライバシー研究」伊藤正己 戒脳通孝 日本評論社 1962年