

日本の安楽死・尊厳死—法制化は必要か？

山 中 龍 也

はじめに

第 1 章 総論

- 1.1. 終末期医療の定義
- 1.2. 安楽死・尊厳死の概念
- 1.3. 事前指示、アドバンス・ケア・プランニング

第 2 章 安楽死・尊厳死と司法

- 2.1. 安楽死・尊厳死と刑法
- 2.2. 安楽死・尊厳死と裁判
 - 2.2.1. 東海大事件
 - 2.2.2. 川崎協同病院事件
 - 2.2.3. 小括
- 2.3. 安楽死・尊厳死の学説
 - 2.3.1. 安楽死の学説
 - 2.3.2. 尊厳死の学説
 - 2.3.3. 小括

第 3 章 安楽死・尊厳死と医療現場

- 3.1. ガイドライン
- 3.2. 緩和医療

第 4 章 安楽死・尊厳死と政策

- 4.1. 国民の意識調査
 - 4.1.1. 事前指示書
 - 4.1.2. アドバンス・ケア・プランニング
 - 4.1.3. 小括
- 4.2. 立法化の動き
 - 4.2.1. 法制化に賛成の立場
 - 4.2.1.1. 尊厳死協会
 - 4.2.1.2. 国会議員連盟
 - 4.2.2. 法制化に反対の立場
 - 4.2.2.1. 日本弁護士連合会
 - 4.2.2.2. 法制化に反対する会

第 5 章 まとめと課題

脚注

はじめに

わが国は世界屈指の長寿国となり、高齢社会の観点から医療、介護のニーズが高まっている。その中で、一般市民の人生の終末期の迎え方への関心が高まっている。健康寿命と生命寿命の間には、男性で約8年、女性で約11年以上のギャップがあり⁽¹⁾、その間に病気に罹患し、寝たきりになり、やがて死を迎える。そこには介護、高齢者医療などの諸問題がある。一方で、近年の医療技術の進歩には目覚ましいものがあり、例えば、がん患者の平均余命は急速に進む新規分子標的薬などの開発により伸び続けている⁽²⁾。従って、高齢者や患者の介護、闘病期間を社会がどのように支え、やがて迎える終末期をどのようにケアするかといった問題が浮き彫りになってきている。終末期医療は、人の「死」と向き合う医療であるが、治せる病気を治す医療も、死にゆく人々を支える医療も根本的な違いはないとも言える⁽³⁾。

世界では終末期医療の活発な議論が認められる。英国下院では、2024年に終末期患者の「安楽死」を認める法案の採決が行われ、賛成多数で法案審議が次の段階に進むことになった⁽⁴⁾。2015年に同様の法案が反対多数で廃案となったが、現在の世論調査では法案への賛成73%、反対13%で、英国の間でも安楽死を受容する考えが広まっている。フランスでは2005年から患者の意思を尊重して延命措置を中止する「尊厳死」のみが認められている。2024年にマクロン大統領が終末期医療の在り方に関する法案の審議を政府に要請した⁽⁵⁾。終末期医療に関する市民会議が議論を重ね、参加者の76%が、治療困難な疾患に苦しみ個人の意思が明確な場合に、「安楽死」や「自殺補助」を認めることに賛成している。オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、スペインなどでは安楽死を合法化し、スイスは自殺補助を認めている。米国では、11州で自殺補助を認めており、カナダでは2015年に「医療的ケア」の名のもとに、積極的安楽死と自殺補助が認められている。このように、近年、欧州、北米、太平洋州の一部の国や州で終末期医療に関する議論が活発に行われ、安楽死や自殺補助の法制化がなされる事案が続いている⁽⁶⁾⁽⁷⁾。

日本では、医師がはじめて被告人となった安楽死事件として、社会的にも大きな注目を集めた東海大事件⁽⁸⁾から 30 年余りが過ぎた。法律家の間では、東海大判決で示された安楽死の違法性を阻却する 4 要件が「事実上、安楽死を封印した」と捉えられている⁽⁹⁾。終末期医療の議論は、「安楽死」から「尊厳死」へと移ったと考えられている⁽¹⁰⁾。厚生労働省のガイドライン⁽¹¹⁾では、医療者の患者・家族の意思決定支援のプロセスが示されているが、積極的安楽死は医療行為の対象外とされ、安楽死・尊厳死の法的な整備はいまだなされていない。このように患者の死をめぐる問題は医療現場に任されているのが現状である。果たして、安楽死・尊厳死の法制化は必要ないのだろうか？ 本論文ではわが国の終末期医療に関する人々の意識の歩みをたどり、安楽死・尊厳死の法制化の議論が進まない要因を考察し、安楽死・尊厳死の法整備はどうあるべきかを検討する。

以上から、本論文では第 1 章で「終末期医療」「安楽死・尊厳死」「事前指示書、アドバンス・ケア・プランニング」などの概念を整理する。第 2 章で日本における終末期医療の現況を理解するため、「裁判例」から、過去の安楽死事件が司法の場でどのように裁かれたのか概観し、「安楽死・尊厳死の学説」から法律家の考え方を検討し、第 3 章で「ガイドライン」「緩和医療」から医療現場からの検討を、第 4 章で「国民の意識調査」で一般国民の認識を、「法制化の動き」から政治的な動向を検討する。最後に、第 5 章の「まとめ」で課題を提示し若干の私見を述べてみたい。

第 1 章 総論

1.1 終末期医療の定義

日本病院協会「終末期医療のガイドライン」⁽¹²⁾で「終末期」とは、以下の 3 つの条件を満たす場合としている。①医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断する、②患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師などの関係者が納得すること、③患者・

家族・医師・看護師などの関係者が死を予測し対応を考えること。また、日本医師会の「終末期医療のガイドライン」⁽¹³⁾によると、終末期はがんやエイズだけでなく、高齢者医療、神経難病、小児難病、さらには救急医療の場面も含んでいる。数年単位で進行する疾患の終末期もあるが、救急医療では数時間から数日単位となる終末期もある。このように、終末期といっても生命予後の長さはさまざまである。一般的には終末期とは「死に至るまでの時間が限られている」場合であり、終末期医療とはそうした状況での医療・ケアである。終末期においては患者の意思が尊重され、患者の QOL が延命治療より優先される場合が多い。

1.2. 安楽死・尊厳死の概念

安楽死とは「患者が現代の医学の知識と技術からみて不治の病に侵されており、死が目前に迫っていて、誰もが見るに見かねるほど患者の苦痛が甚だしく、耐え難い肉体的な苦痛に襲われている場合に、患者本人の嘱託または承諾を得て、もっぱら患者の苦痛を緩和あるいは除去する目的で、医師が患者の死期を若干早める処置をとることによって起こる死」であると定義⁽¹⁴⁾される。

人間の尊厳とはヨーロッパのルネサンス時代のヒューマニズムとカントの道徳哲学の歴史を経て、「人間は知性（理性）を持ち、自己を絶えず変革し向上していく創造性を持ち、自律的な主体であるがゆえに尊厳に値する」と理解されるに至った⁽¹⁵⁾。一方、近代の医学は、患者の生命がある限り最後まで治療を施するという「ヒポクラテスの誓い」⁽¹⁶⁾に忠実に従ってきた。ゆえに、時として、延命を目的とする過剰な医療が、患者の利益というよりも、むしろ患者の人間としての尊厳を損なっていることが問題になってきた⁽¹⁷⁾。米国でのカレン・クライン事件⁽¹⁸⁾などをきっかけとして尊厳死に対する社会的関心が高まった。1981年に世界医師会が「患者の権利に関するリスボン宣言」⁽¹⁹⁾を採択し、その中で尊厳を保ち、安楽に死を迎える権利が謳われている。尊

厳死は、救命が難しい患者に、輸血、高カロリー輸液、心臓マッサージ、人工呼吸などの生命維持装置の導入による延命治療を止め、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えさせるものと考えられている。

1995 年の東海大判決⁽²⁰⁾では、安楽死を①医師などが患者に致死薬を投与するなどして患者の命を直接的に終わらせる積極的安楽死、②死にゆく過程を引き延ばすだけの延命治療をやめて、人間としての尊厳を保ちながら死を迎える消極的安楽死、③苦痛の除去・緩和を主目的とする医学的適正性を持った治療行為であるが、同時に生命の短縮が結果として生じる間接的安楽死、に分類している。

国や社会的状況によって、安楽死・尊厳死は、必ずしも明確に区別されているわけではなく、世界の中では安楽死と自殺補助を合わせて「尊厳死」と呼ぶ国もある。問題はそれをいかなる場合に適法と認めていくかの法的合意の形成と言える⁽²¹⁾。

1.3. 事前指示書、アドバンス・ケア・プランニング

事前指示書の考え方は 1969 年に米国の法学者ルイス・カットナーが「安楽死の適正手続きーリビング・ウィルという提案」⁽²²⁾で発表したのが最初と言われている。リビング・ウィル (LW) とは人生の最後のときの自分の意思表示であり、それを事前に記録したものが事前指示書である。すなわち、患者本人が意識が明確なうちに、将来の治療についての希望を書き、意思表示できないとき、医療者がこの文章の趣旨に沿って治療方針を決める考え方である。事前指示書には以下の 2 つがある、

- ① 内容的指示：将来、自分で判断できなくなる場合に備えて、特定の治療の希望の有無を前もって示しておく。
- ② 医療代理人指名：自分に代わって治療に関する判断してくれる人を指名しておく。

1976 年、カリフォルニア州が「自然死法」を制定し、LW に法的な保証を

与え、患者の事前指示書や LW に基づいて治療を中止できることを定めている。その後も、米国連邦（1991 年）、台湾（2000 年）、フランス（2005 年）、ドイツ（2009 年）、スイス（2013 年）、韓国（2016 年）、イタリア（2017 年）などでも事前指示の法制化が行われている。

わが国では、日本尊厳死協会⁽²³⁾が、LW を一般国民や医療関係者に認知させる活動を行っている。しかしながら、問題点・注意点として以下があげられる。

- ① 適切な作成の仕方が必要で、それが絶対的なものでもない
- ② 患者の意思が同じとは限らない
- ③ 本人がいつも携帯しているわけでない
- ④ 家族から示された場合、無条件に受け入れる必要はない
- ⑤ 取得には患者の心理に配慮すべき（患者が入院した病院の心ない振る舞いと感じられる場合もある）
- ⑥ 法制化により強要されるという危機感がある

こうした要因もあって、LW は欧米に比べわが国では広まっていない。このように事前指示書だけではうまく機能しない現状から、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）⁽²⁴⁾という概念が導入された。ACP は事前の人生設計とも言われる。人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを意味し、本人の価値観を尊重し、本人の意思を反映させた医療・ケアを実現するためのものである。この考え方は厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁽²⁵⁾にも取り入れられ、本人の意思は変化しうるものであり、本人が自らの意思をその都度伝えられる支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要と考えられている。

第2章 安楽死・尊厳死と司法

2.1. 安楽死・尊厳死と刑法⁽²⁶⁾

安楽死や尊厳死は、それが人に死をもたらす行為であることから、第 199 条「人を殺した者は、死刑、無期若しくは 5 年以上の懲役に処する」という、殺人罪の規定が適用される。

しかし、安楽死・尊厳死には、相手側から死なせてほしいという依頼から実行する場合があります、それが犯罪として成立するのは、

第 202 条「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその嘱託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6 月以上 7 年以下の拘禁刑に処する」という嘱託殺人罪の規定に該当する場合である。

一方で、刑法 35 条は、「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」と規定している。また、刑法 37 条は、「自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を減輕し、又は免除することができる」とあり、安楽死・尊厳死の行為が「正当業務行為」や「緊急避難」の法理から違法性が阻却され、処罰されないことがある。例えば、医師が耐え難い苦痛にあえいでいる患者を放置できず、その苦痛を緩和することは、「正当な業務による行為」であり、その結果、患者の生命がやや早期に失われることがあっても違法ではないとして、犯罪が不成立となることがある。

2.2. 安楽死・尊厳死と裁判

わが国での積極的安楽死の先駆的事例は、東京地裁 1950 年 4 月 24 日⁽²⁷⁾で、当判決では嘱託殺人罪の成立を認めたが、正当業務行為、緊急避難としての違法性阻却は認められなかった。判例としての意義をもつものとして、名古屋高裁判決 1962 年 12 月 22 日⁽²⁸⁾があげられる。当判決は、安楽死が正当化される 6 要件を世界で初めて提示し、違法性が阻却される余地があることを示した。

- ① 病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること、
- ② 病者の苦痛が甚しく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること、
- ③ もっぱら病者の死苦の緩和目的でなされたこと、
- ④ 病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な囑託又は承諾のあること、
- ⑤ 医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえない首肯するに足る特別な事情があること、
- ⑥ その方法が倫理的にも妥当なものとして認容しうるものなること、

本件も東京地裁の案件も非医療場面で起こった、近親者による積極的安楽死であった。続けて医師が被告人となった判例を検討する。

2.2.1. 東海大事件（横浜地裁判決 1995年3月28日）⁽²⁹⁾

（概要）

多発性骨髄腫の患者A（58歳）は、終末期の状態で東海大病院に入院中であつた。1990年4月13日主治医グループの被告人の38歳医師は、遷延性意識障害にあつたAの長男からの執拗な治療中止の申し出から、看護師に指示し、点滴、尿道カテーテル、気道エアウェイを抜去させた。被告人はいびきを小さくする目的で、鎮静剤ホリゾンを経脈内注射したが、苦しそうな呼吸が依然と継続した。長男の度重なる要請もあり、鎮静剤セレネースを通常投与量の2倍用量で静脈内注射した。いっこうに苦しめないびき呼吸がおさまらないため、長男は被告人に怒りをぶつけ、さらなる治療中止を迫った。被告人は肉体的および精神的にも疲弊し、追い詰められた心境となり、長男の再三の激しい要請を拒み切れな思考え、長男の要求どおり患者に息を引き取らせようとするに至った。被告人は抗不整脈薬で心停止の副作用があ

るワソランと心臓刺激伝導障害の副作用がある塩化カリウムを静脈内注射した。その結果、A は高カリウム血症による心停止で死亡した。被告人はワソランと塩化カリウムの静脈内注射による死亡の事実に基づき殺人罪で起訴された。

(判決)

ワソラン静脈内注射以降の行為が刑法 199 条の殺人罪にあたるとして懲役 2 年執行猶予 2 年 (情状酌量で減輕) の有罪判決とした。

(判例要旨)

本裁判では、起訴の対象となっている行為のみならず、それに至るまでに行った行為についてもその適法性を点検し、全体としての違法性を検討した。そのために積極的安楽死、消極的安楽死 (治療行為の中止)、間接的安楽死、が許容される要件を提示した。特に、本事件の直接の致死行為になった積極的安楽死については、

- ① 耐え難い肉体的苦痛があること、
- ② 死が避けられずその死期が迫っていること、
- ③ 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、
- 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 (推定的同意では足りない)、を 4 要件とした。

患者はすでに深昏睡で痛みも感じない状態で、患者の事前意思は存在しないばかりか、安楽死の前提となる耐え難い肉体的苦痛は存在しないとし、積極的安楽死の許容要件は満たしておらず、違法性が肯定できるとした。

一方で、点滴、尿道カテーテル、エアウェイ抜去による消極的安楽死 (治療行為の中止) の 3 要件も示した。

- ① 治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期

状態にあること、

- ② 治療中止を求める患者の意思表示（あるいは家族の推定的同意）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、
- ③ 治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、人工透析、人工呼吸器、栄養・水分補給など疾病を治療するための措置および対症療法、さらには生命維持のための治療維持など、すべてが対象となってよいこと、とした。

また、間接的安楽死が許容される4要件として、

- ① 耐え難い肉体的苦痛があること、
- ② 死が避けられずその死期が迫っていること、
- ③ 肉体的苦痛を除去・緩和するための方法は、医学的適正性を持った治療行為の範囲内の行為であること、
- 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（推定的同意で足りる）、とした。

さらに、家族による本人の意思確認について、家族が①患者の性格、価値観、人生観について十分に知り、その意思を適確に推定しうる立場にあること、②患者の病状、治療内容、予後等について、十分な情報と正確な認識を持っていること、③患者の立場に立った上での真摯な考慮に基づいた意思表示でなければならないこと、という3つの条件を挙げている。

患者は深昏睡の状態で苦痛を感じる状況ではなく、正確なインフォームド・コンセントが行われておらず、家族も被告人も両者ともに患者の推定的意思表示を認定できなかったとした。医師の「治療義務の限界」は満たしているが、「自己決定権」を満たしていないため、消極的安楽死（治療行為の中止）の法的許容要件は満たしていないとした。また、苦しそうなびき呼吸は無意識状態で苦痛を感じているものではなく、鎮静剤ホリゾンとセレネース静脈内注射は耐え難い苦痛を緩和するためのものとは考えられず、間接的安楽死の法的許容要件も満たしていないとした。末期状態にあった本件患者に対して

行われた一連の行為を含めて全体的に評価しても、本件起訴の対象となっている、ワソランおよび塩化カリウムを注射して患者を死に致した行為は、その違法性がないとはいえず、可罰的違法性ないし実質的違法性が欠けるということはないとした。

(検討)

本件はわが国で医師が初めて被告人となった安楽死事件で、その判決の中で積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死の許容要件を示したところに意義がある。積極的安楽死の 4 要件は緊急避難の法理と患者の自己決定権にその根拠を求めたとされる。積極的安楽死では推定的同意では足りないが、消極的安楽死と間接的安楽死では推定的同意で足りると明言した点は注目に値する。名古屋高裁判決の自己決定権の理論をさらに明確にしたと言える。しかしながら、法律家の間では積極的安楽死の 4 要件は充足が困難で、「安楽死を事実上封印した」と捉えられた⁽³⁰⁾。

本件では治療中止の要件として、医師の「治療義務の限界」と患者の「自己決定権」が必要とする論理を展開している。被告人の行為に患者本人の同意があったとは認められないことから、刑法 199 条の殺人罪の構成要件に該当することになる。また患者の明らかな苦痛の訴えがないため、苦痛緩和と生命の短縮が均衡する「緊急避難の理論」「人道主義の理論」は成立しないという論理である。さらに、被告人の行った行為は苦痛緩和のための正当業務とは考えられない。従って、違法性阻却は困難と考えられる。

裁判官によると、患者の状態は痛みや苦しみを感ずる状態ではなかったにもかかわらず、家族が治療中止を強く望んだのは、家族に正確な病状が伝えられていなかったためとした。従って、家族の意思表示をもって患者の推定的意思表示は不可能であったと論じた。患者には病名告知もされておらず、事前の意思表示はなかったとしている。しかし、これは家族が患者への病名告知を拒否した結果でもある。家族への対応は被告人だけでなく、教授、講師、

研修医も行っており、患者は不治の病であると数日の余命であったことなど必要な説明はなされ、家族もそれを了承していたからこそ、治療中止を求めたと考えられる。裁判官が患者が痛みや苦しみを感ずる状態ではなかったから、インフォームド・コンセントがなされていなかったという論理には飛躍があるように考えられる。家族は患者の状態を見るのが耐えられなかったものと考えられ、患者の余命や病状は、医療者サイドと家族で共有できており、患者の生き方・価値観を良く知るであろう家人による患者の意思推測は可能であったと考えられる。本件患者は4月初めの時点で、すでに回復不可能な状況に陥っており、裁判官も「治療義務の限界」を認めているが、今日的視点からすれば、家族が求めるように、治療措置は中止し、患者および家族への緩和ケアを中心に考えるべきであった。被告人は終末期医療の経験・知識がまだ浅く、教授や講師は被告人を監督指導し、治療方針に誤りがあればこれを是正すべき注意義務があったと考えられる。

責任能力については、被告人は加重な負担を強いられ責任を転嫁させられているように考えられ、公平性という観点から、被告人一人を有罪とするのは好ましくない。被告人はあと数日で死亡する患者を、家族の執拗な要請に基づき、苦痛なく死に至らせようとしたもので、ワソランと塩化カリウムの静脈内注射は医学的に正当性のない行為ではあるが、殺人を敢行する意図はなかったものと考えられる。それは、被告人の「医師は可能性があれば少しでも治療を続けるのが当然であり、可能性を信じて治療している」という言葉から推定できる。被告人は医師として患者を救いたいという職業的義務と、「早く楽にしてやってください」という長男の訴えの間の義務衝突による極限状況による、適法行為の期待可能性欠如として責任阻却事由とする考え方が⁽³¹⁾妥当である。

2.2.2. 川崎協同病院事件（横浜地裁判決 2005 年 3 月 25 日、東京高裁判決 2007 年 2 月 28 日、最高裁判決 2009 年 12 月 7 日）⁽³²⁾

(概要)

被告人は川崎協同病院の呼吸器内科部長として勤務していた。患者 A (58 歳) は 1998 年 11 月 2 日から、気管支喘息重症発作に伴う低酸素性脳損傷で意識が回復せず、気管支肺炎、敗血症を併発し入院していた。被告人は 11 月 16 日 A の気管内チューブを抜管し、死亡するのを待った。ところが、予測に反して、A が苦しそうな呼吸を繰り返し、鎮静剤を投与しても呼吸を鎮められなかったことから、このような状態を在室していた家族に見せ続けるのが好ましくないと考え、准看護師に命じて筋弛緩剤の静脈注射を行い死亡させた。被告人は、抜管から筋弛緩剤の注射に至る一連の行為を対象として殺人罪で起訴された。

(判決)

2005 年横浜地裁は被告人を懲役 3 年執行猶予 5 年に処する判決を下した。東京高裁控訴審もまた、殺人罪の成立を認めたが、家族の要請もあり得たとして、法律上最低限の刑である懲役 1 年 6 ヶ月執行猶予 3 年に減軽した。最高裁第三小法廷は上告を棄却した。

(判例要旨)

本件の争点は、終末期医療において法律上適法な治療行為の中止が認められるか否かである。地裁裁判官は、治療中止を適法とする根拠として、「自己決定権」と「治療義務の限界」を挙げた。「自己決定権」に関しては①本人の意思が明確な場合はそれを尊重、②本人の意思が明確でない場合は、リビング・ウィル、家人や患者の生き方・価値観を良く知る者による患者の意思推測による患者の真意の探求、③本人の意思が不明の場合は患者の生命保護を優先し、「疑わしきは生命の利益に」としている。また、「治療義務の限界」に達している場合は、患者が延命治療を望んでいても中止しうることを認め、治療義務の限界が患者の意思に優先するとしている。高裁裁判官は、「本件の

抜管がAの意思に基づいていたとは認められず、また、Aの死期が切迫していたとは考えられず、治療義務の限界に達していたとは認められないとして、本件の医療中止行為が法的には許容されない」とした。治療中止を適法とする根拠として、「自己決定権」と「治療義務の限界」のアプローチにも解釈上の限界があり、尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれにかわるガイドラインの策定が必要としている。さらに、そのためには国を挙げて議論・検討から合意形成を図る必要があり、司法が基本的な解決を図るような問題ではないとも述べている。最高裁裁判官は、「①患者の余命を判断するために必要とされる脳波などの検査が実施されていなかったため、回復可能性や余命の判断ができない、②患者の終末期に対する考え方が明らかでない、③家族の要請は患者の病状が家族に適切な情報が伝えられた上でなされたものではなく、被害者の推定的意思に基づくものではない、以上のことから法律上許容される治療中止にはあたらない」としている。また、筋弛緩剤の静脈注射を行っている点は、明らかな殺人行為とした。

（検討）

第1審では治療中止には「自己決定権」と「治療義務の限界」から判示した。「自己決定権」に関しては、安易な「他者決定」に途を譲るべきでないことを示唆している。東海大判決⁽³³⁾が患者の「自己決定権」と「治療義務の限界」の両者が必要条件としたのに対し、同判決ではさらに、「治療義務の限界」が患者の意思に優先するとしている点は注目に値する。第2審では治療中止を適法とする根拠として、「自己決定権」と「治療義務の限界」のアプローチにも限界があり、尊厳死問題の解決のためには、尊厳死法の制定あるいはガイドラインの策定が必要としている。最高裁では、脳波などの検査で「治療義務の限界」を示すことが適法な治療行為の中止の判断になりうることを示唆した。しかしながら本件患者は自発呼吸があり、脳波検査で平坦脳波となることはありえず、脳波で余命の判定は不可能である。また、「自己決定権」の

考え方に賛同する意見⁽³⁴⁾がある一方で、家族の意思による延命治療の打ち切りを広く認めても良いという意見⁽³⁵⁾もある。患者と家族で死生観などについての事前の十分な話し合いがなされていれば良いが、家族の意思表示が患者の意思であるとは限らない。医療現場では「家族の意思でよい」との結論で、本人の意思に反した家族の「価値判断」で決定される危険性が常に考えられる。従って、本判決は推定的意思決定に対する慎重な判断がなされたとも考えられる。

2.2.3. 小括

東海大判決⁽³⁶⁾で積極的安楽死の 4 要件が示された。この 4 要件は実質的な積極的安楽死法として法的効力を有しており、日本の安楽死・尊厳死の考え方に大きな影響を与えたと考えられる。しかしながら、法律家の間では積極的安楽死の 4 要件は、実際上は緩和医療が発達した現在では充足が困難で、「安楽死を事実上封印した」と捉えられ、安楽死から尊厳死の議論へと移る契機となった⁽³⁷⁾。東海大判決⁽³⁸⁾では「自己決定権」と「治療義務の限界」を必要条件としたが、川崎協同病院判決⁽³⁹⁾では「治療義務の限界」が患者の「自己決定」に優先する考え方を示したことは注目に値する。また、同判決では、脳波などの検査で治療義務の限界を明らかにすることが、適法な治療行為の中止の判断になりうることに言及した。しかしながら、実際には脳波所見から患者の予後を推定できるのは平坦脳波を認め脳死と判断し回復不可能性を診断する場合だけで、治療行為の中止の限定的な条件を示しただけと考えられる。川崎協同病院事件後も富山県射水市民病院事件（2006 年）、和歌山県立医科大学紀北分院事件（2007 年）、県立多治見病院事件（2007 年）など⁽⁴⁰⁾、延命措置中止をめぐる社会的に注目された事件が続いたが、2007 年以降は、医療現場で書類送検、立件される事件は起こっていない。

2024 年の京都安楽死事件判決⁽⁴¹⁾は特殊な事件と考えられるが、京都地裁は嘱託殺人罪に問うことが相当ではないと評価される考え方を示した。苦痛の

除去・緩和のために他に手段がなく、患者が自らの置かれた状況を正しく認識した上で自らの命を絶つことを真摯に希望していることを前提に、

- ① 医療従事者が治療や検査を尽くし、他の医師等の意見も徴して、それまでの経過も踏まえて診察し、死期が迫るなど現在の医学では改善不可能な症状があること、他に取るべき手段がないことなどを慎重に判断、
- ② 患者に対して症状や予後、取り得る選択肢の有無などについて可能な限り説明を尽くし、正しい認識に基づいた患者の意思を確認するほか、近親者や関係者の意見も参考に、患者の意思の真摯性や変更の可能性の有無を慎重に見極める、
- ③ 患者の依頼を受けて苦痛の少ない医学的に相当な手段を用いる、
- ④ 事後検証可能なように過程を記録化する、

の4項目が最低限必要だとした。嘱託殺人罪に問うことが相当ではないと評価され得る要件を示したことは注目される。裁判官は積極的安楽死を意識しているようで、安楽死・尊厳死の今後の議論に影響を与える可能性が考えられる。

欧米では、決定が困難なケースを裁判所に依頼する風潮があり、「延命治療の中止」が法廷での争いとなり社会的な大きな関心呼び、法制化にまで至った事件があったが、わが国ではこのような風潮がないのも特徴である。しかしながら、和歌山地裁判決（2012年）⁽⁴²⁾、千葉地裁判決（2023年）⁽⁴³⁾など、難病患者の在宅医療・介護の充実に向けた判決は画期的であると考えられる。

2.3. 安楽死・尊厳死の学説

2.3.1. 安楽死の学説

(1) 違法性阻却説

小野（1955）⁽⁴⁴⁾は人道主義説から、苦痛に対する「人間的同情」こそが正当化の本質と説いている。死が数時間ののちに迫っている危篤状態に陥っていて、激しい肉体的苦痛の場合に容認されるとしている。名古屋高裁判決の

6 要件は小野の理論が基になっているとされている。

団藤（1990）⁽⁴⁵⁾は、死期が目前に切迫していることが確実で、耐え難い極度の苦痛を訴える、本人の真意による積極的な希望があれば、相当な方法によれば許されると解するべきであるとしている。しかし、これらの要件の適応には、十分に慎重でなければならないとし、死期が目前に切迫していることが確かかどうかは、医師の判断を待つほかないが、きわめて困難であろうとしている。

福田（2002）⁽⁴⁶⁾は、自律的生存権の不可能性および死の意思が客観的に担保される場合に安楽死を認めないのは、「苦痛ある生」を強要することになるとして、生命に関する自己決定権（自律性）を支持し、「どのように生きるか、どのように死ぬかの権利も、生命権または憲法が例示する諸自由の上位概念から導かれるとし、自殺幇助や嘱託殺人に刑罰を科すのは、弱い立場にある者への干渉である」と説く。また、要件と限界を明確にしつつ、医療の場における個人の主体性をいかに確立していくかという議論を展開するほうがより建設的としている。

（2）責任阻却説

町野（1977）⁽⁴⁷⁾は「安楽死の利益主体は病者彼一人であるから、第三者が客観的に利益衡量して本人のために結論を出して良いものでなく、病者の自己決定こそが本質的要素」と説く。一方で、安楽死状態にある患者が熟慮して意思決定をすることはあり得ないことから、よほど限界事例でなければ、安楽死を合法とすることは不当であり、せいぜい責任阻却が認められるだけだとして適法説とも異なる見解⁽⁴⁸⁾を示している。

甲斐（2000）⁽⁴⁹⁾は社会的弱者の排除に繋がる危険性から安楽死は反対の立場だが、適法行為を期待することが極めて困難な心理状態にあたるとして期待不可能性あるいは義務衝突の説を展開している。

2.3.2. 尊厳死の学説

（1）違法性阻却説

大島（1979）⁽⁵⁰⁾は患者を人格主体性のある段階、これを喪失した状態、脳死状態の3段階に分け、「人格的・主体的な自己実現の可能性」を失った段階に至れば治療中止の違法性が阻却されるとする。そのために、その時点を確認する客観的な基準が必要と説く。

斎藤（1989）⁽⁵¹⁾は、脳死状態および脳機能の回復の見込みがない場合の生命維持装置中止は犯罪にはあたらないとしている。はじめからおよび途中から回復の可能性の見込みがなくなった場合でも生命維持装置中止は許容されるところとしている。

甲斐（2017）⁽⁵²⁾は患者の意思が把握できない場合には「疑わしきは生命の利益に」の原則で生命保護を優先させるべきとして、代行判断には慎重な立場であるが、一方で、医師の裁量を広く認め、治療限界をより緩やかに設定して延命治療の中止を認める見解を示す。

（2）責任阻却説

大谷（1974）⁽⁵³⁾は患者の脳が回復不可能な状態なときの生命維持装置の中止は、殺人罪の構成要件にあたる。しかし、その行為に刑事制裁を加えて予防効果を企てる必要はないのではないか。一般的に適法化するよりは、個別的に具体的状況に応じて、医師の治療義務の限界を問い、免責の道を講ずべきとしている。大谷はその後⁽⁵⁴⁾、脳死の前の段階でも、死への経過を辿り始めたことが明らかな段階で医師の生命維持義務はなくなり、殺人罪の構成要件に該当しないと説く。

（3）否定説

中山（1978）⁽⁵⁵⁾は、脳死の前段階で人工呼吸器の取り外しを法律問題として論議し解決をせまられるような差し迫った必要性はないとし、脳死の判定も不確実性がある状況では、それに近い状態や回復の見込みの有無を判定することは困難と説く。また、治療の中止は患者本人よりも家族の利益が優先され、「死なせる権利」が前面に出る危険性があり、助からない末期の生命は

保護しないという思想に通じることからも、生命維持装置の中止は認められないとする⁽⁵⁶⁾。

2.3.3. 小括

現代医学では疼痛コントロールが可能で、苦痛から解放するために直ちに安楽死が認められるという論理は受け入れがたいと考えられる。人道主義や緊急避難の法理から自己決定権の理論へと変遷が見られるが、現在では安楽死の否定説が有力となっている。積極的安楽死を適法とすることは、「死ぬ権利」を認めることにもなり、自殺を適法とするのかという問題にもなる⁽⁵⁷⁾。最近では、安楽死問題は期待可能性の法理にあてはめ、責任阻却論から不可罰にする⁽⁵⁸⁾ことが多いようである。しかしながら、多くの患者の疼痛緩和が可能となったが、神経因性疼痛など未だ制御が困難なケースもある。患者によっては、鎮痛麻酔薬で意識がなくなっていくのを拒否し、疼痛に苦しみながら亡くなる場合もある。また、神経難病患者の抱える絶望的な苦しみは本人・家族でしか理解できないと思われ、今後も積極的安楽死を議論する余地があるのかもしれない。

尊厳死に関する諸家の学説は、生命維持装置中止が可能な時点が「意識回復の不可能性」から「生命救助の不可能性」を基準とする説に変遷が認められる。脳死と植物状態を混同している説も見られるが、生命維持装置中止を「意識回復の不可能性」から判断すると、意識の回復が困難な生命は保護に値しないという「生命の質」の問題につきあたり、生命軽視への「なだれ現象」をもたらす危険性を指摘する考え方がある⁽⁵⁹⁾。医学的には植物状態の意識の回復可能性を診断するのは不可能である。実際には法的脳死判定⁽⁶⁰⁾で生命の回復不可能性を判断する治療中止をすべきである。脳死状態が診断されれば、医師の治療義務がなくなり生命維持装置中止の違法性が阻却される。ただし、現場では本人の意思の確認は困難な事が多く、最終的には家族の代諾に頼らざるえない。大島⁽⁶¹⁾は植物状態患者への栄養補給、喀痰吸引、抗生物質投与、

排尿排便、褥瘡、身体衛生への配慮などの基本看護は生命維持治療として行う法的義務があるとしている。日本医師会のガイドライン⁽⁶²⁾でも植物状態の患者は医学的な全身管理で長期生存ができるため、水分・栄養の中止はできないとしている。

第3章 安楽死・尊厳死と医療現場

3.1. ガイドライン

終末期医療が社会問題となったことを受け、各種ガイドラインが関連学会から公表された。

- (1) 日本医師会「グランドデザイン 2009」（2009 年）⁽⁶³⁾
- (2) 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」日本老年医学会（2012 年）⁽⁶⁴⁾
- (3) 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン—3学会からの提言」（2014 年）⁽⁶⁵⁾
- (4) 日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン」（2016 年）⁽⁶⁶⁾
- (5) 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（2018 年）⁽⁶⁷⁾

厚生労働省から公表されたガイドラインは、積極的安楽死については対象外だが、終末期医療について、以下の指針などが示されている。

- ① 人生の最終段階における医療・ケア行為の中止などは、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ② 医師などの医療従事者から適切な情報の提供と説明がされ、それに基づいて、患者本人が、多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを事前に行い、本人による意思決定を基本とした上で、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分

に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助を含めた総合的な医療及びケアを行う必要がある。

このガイドラインの画期的な所は、本人の意思が不明な場合でも家族・医療チームによる「推定的意思」を認めた点にある⁽⁶⁸⁾。ただし、何をもって「最善の治療方針」とするのかはさらなる議論が必要である。また、日本医師会⁽⁶⁹⁾でも、本人の意思を最大限に実現する手段として、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) の重要性を述べている。その実践に当たり、地域包括ケアシステムが「かかりつけ医」を中心に多職種が協働し、地域で支えるという視点が重要になることを指摘している。在宅療養に従事する医師の判断を支援するシステム (例えば委員会の設置等) を地域の医師会等で構築する必要があるとしている⁽⁷⁰⁾。これらのガイドラインに沿った手順を踏んで判断すれば、医師としての「正当業務行為」に該当すると考えられ、違法性が阻却されて犯罪にはならないと考えられる。ガイドライン公表後に終末期患者の治療中止が刑事事件になったのは、福生病院透析事件⁽⁷¹⁾と京都 ALS 安楽死事件⁽⁷²⁾があるが、これらはガイドラインに沿った手順を踏んでいない。

3.2. 緩和医療

ガイドラインでも、耐え難い肉体的苦痛には緩和ケアの重要性が強調されている。世界保健機構の緩和ケアの定義⁽⁷³⁾は「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、身体的・心理的・社会的・スピリチュアル (霊的な、魂の) な問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティ・オブ・ライフ (生活の質・生命の質) を改善することである」とされている。

わが国では、1981 年聖隷三方原病院 (静岡県) に院内独立型ホスピス、1984 年淀川キリスト教病院 (大阪府) に院内病棟型ホスピスが誕生した。1990 年診療報酬「緩和ケア病棟入院料」が新設され、ホスピス・緩和ケア病

棟を有する医療機関が急速に増加した。2002 年診療報酬「緩和ケア診療加算」が新設されると、一般病棟における緩和ケアチームの活動が本格化した。特に、がん医療では、2006 年 6 月にがん対策基本法（法律第 98 号）⁽⁷⁴⁾が制定され、その基本施策のがん医療均てん化の促進の中に緩和医療の専門的な医療従事者の育成の施策が盛り込まれている。具体的には、国が定める「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（2017 年）⁽⁷⁵⁾に基づき、がん診療連携拠点病院などで統一的なプログラムによる研修会が実施され、緩和医療が広く普及した。

このように、緩和医療が発展した今日では、肉体的苦痛を除去することが可能になり、あえて積極的安楽死を実行する必要性は少なくなった。終末期においては、患者・家族に穏やかな旅立ちを支援する環境の提供の重要性が認識されるようになった。今後は、緩和医療はがんに限定せず、難病を含めた多くの疾患に拡大されることが期待される。さらに、緩和医療の質の向上、緩和医療教育の充実、在宅ケアの拡充なども今後の課題である。

第 4 章 安楽死・尊厳死と政策

4.1. 人生の最終段階における医療・ケアに関する国民の意識調査⁽⁷⁶⁾

厚生労働省は、1992 年以降 5 年ごとに一般国民および医療・介護従事者の人生の最終段階における医療・介護ケアに対する意識を把握するための調査を実施してきた。調査は全国の一般国民 6,000 人、医師 4,500 人、看護師 5,500 人、介護支援専門員 3,000 人を対象に無作為抽出によるアンケート形式で行われた。直近、2022 年と 2017 年の結果を以下にまとめる。

4.1.1. 事前指示書の認識について

(1) 質問「事前指示書を作成しておくことについて」

自分が意思決定できなくなったときに備えて、事前指示書を作成しておくことに「賛成である」と回答した者が最も多く、一般国民 69.8%、医師

80.3%、看護師 88.1%、介護支援専門員 87.2%であった。2017 年の調査では、「賛成である」と回答した者が、一般国民 66.0%、医師 71.1%、看護師 78.4%、介護支援専門員 76.1%であった。事前指示書の作成に賛成と考える者が全体的に増えている。

(2) 質問「事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることについて」

事前指示書に従った治療を受けることを法律で定めることには、「定めなくてもよい・定めるべきでない」と回答した者は、一般国民 44.5%、医師 61.0%、看護師 49.2%、介護支援専門員 51.4%であった。「定めてほしい」と回答した者は、一般国民 20.4%、医師 22.5%、看護師 22.6%、介護支援専門員 19.1%であった。2017 年の調査では、「定めなくてもよい・定めるべきでない」と回答した者は、一般国民 45.3%、医師 54.9%、看護師 47.5%、介護支援専門員 47.3%であった。「定めてほしい」と回答した者は、一般国民 22.4%、医師 21.1%、看護師 21.0%、介護支援専門員 19.9%であった。法制化が必要ないと答えた者が一般国民で 4 割前後、医療従事者で増加していて、半数以上を占める。法制化に賛成の意見は一般国民も医療従事者も 2 割前後である。

4.1.2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の認識について

(1) 質問「ACP を知っていたか」

ACP について、一般国民では「よく知っている」と回答した者が 5.9%、「知らない」と回答した者が 72.1%、医療・介護従事者では「よく知っている」と回答した者が、医師 45.9%、看護師 45.8%、介護支援専門員 47.5%であった。2017 年の調査では、一般国民では「知らない」と回答した者が 75.5%で、「よく知っている」と回答した者が、医師 22.4%、看護師 19.7%、介護支援専門員 7.6%であった。一般国民の認知度が低く、医療従事者での認知度は上がっているが、まだ半分にも満たない。

(2) 質問「人生の最終段階で受けたいもしくは受けたくない医療・ケアにつ

いて、ご家族等や医療・介護従事者と詳しく話し合っているか」

家族や医療・介護従事者と「詳しく話し合っている、一応話し合っている」と回答した者は、一般国民 29.9%、医師 50.8%、看護師 61.0%、介護支援専門員 58.8%であった。2017 年の調査では、「詳しく話し合っている、一応話し合っている」と回答した者は、一般国民 39.5%、医師 60.6%、看護師 51.8%、介護支援専門員 50.1%であった。詳しく話し合っている者の割合は、一般国民、医師で減少している。

(3) 質問「話し合った内容を共有しているか」

家族や医療・介護従事者と「詳しく話し合っている、一応話し合っている」と回答した者において、話し合った内容を「共有していない」と回答した者が多く、一般国民 81.6%、医師 65.1%、看護師 70.2%、介護支援専門員 56.6%であった。

(4) 質問「話し合ったことがない理由」

家族や医療・介護従事者と「話し合ったことはない」と回答した者において、話し合ったことがない理由は「話し合うきっかけがなかったから」が最も多く、一般国民 62.8%、医師 73.1%、看護師 79.2%、介護支援専門員 77.8%であった。一般国民も医療従事者も ACP を実践しても、多くは内容を共有しておらず、また、ACP を実践していない理由の多くは、機会がないことであることがわかる。

4.1.3. 小括

事前指示書の作成については国民にも広く賛同が得られているが、その法制化は多くの一般国民も医療従事者も必要と考えていない。ACP は医療従事者への認知度が上がっているが、一般国民の認知度が非常に低い。ACP という言葉の認知度は低いが、人生の最終段階の医療・ケアについて、家族や医療・介護従事者と詳しく話し合っている人は一定程度いて、一般国民 3 割、医療従事者が 5-6 割である。さらに、ACP の共有率も低く、意味のある実践が

なされていない。

4.2. 法制化の動き

4.2.1. 法制化に賛成の立場

4.2.1.1. 日本尊厳死協会

日本尊厳死協会⁽⁷⁷⁾が発足したのは 1976 年である。尊厳死をめぐる社会的事件が起きるたびに社会の関心が高まり会員数は増加し 12 万人を超えたこともあったが、2014 年以降は減少傾向にある。協会は「リビング・ウィル」を推奨し、登録の支援をしている。1979 年、2004 年に法制化を国会に請願している。

4.2.1.2. 国会議員連盟

尊厳死の法制化を考える議員連盟は日本尊厳死協会の要請を受けて 2005 年に設立された。「尊厳死の法制化を考える議員連盟」から「終末期の医療における本人の意思の尊重を考える議員連盟」に名称変更した。

尊厳死の法制化を考える議員連盟「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）」（2007 年）⁽⁷⁸⁾

尊厳死法制化を考える議員連盟「終末期医療における患者の意思の尊重に関する法律案（第 2 案）」（2012 年）⁽⁷⁹⁾を国会に提出している。

第 2 案では延命措置の差し控えと中止の両方を実施可能とした。また、一度示した意思の撤回が可能であることや、意思表示が難しい人は対象とならないことを明確にするため「障害者の尊厳を害することのないように留意」との文言を新たに加えた。しかしながら、実質的な審議に至っていないのが現状である。

4.2.2. 法制化に反対の立場⁽⁸⁰⁾

4.2.2.1. 日本弁護士連合会

日本弁護士連合会 2012 年 4 月 4 日の声明で「尊厳死」の法制化を検討する前に、患者の自己決定権の実質的保障などを定めたの患者の権利を保障する法律を制定し、現在の医療・福祉・介護の諸制度の問題点を改善することを求めた。

4.2.2.2. 尊厳死法制化に反対する会

次のような反対理由を表明している、

- ① 「終末期」の定義は、それぞれ医師の「主観」に左右され、曖昧である
- ② 「人工呼吸器を使って生きる」、「胃瘻や経管栄養で生きる」という重い障害のある人々にとっては「当たり前でかけがえのない生」を、「尊厳のない生」としてしまう危険性をはらんでいる
- ③ 医療的ケアを必要とする重い障害のある人々に、日常的に「生きるに値しないいのち」であるかのような重圧をかけることにもなりかねない
- ④ 大切なのは、「尊厳ある生」を保障するために介護や医療が保障されること
- ⑤ 事前指示書やリビングウィルの作成が法的に効力を持つようになれば、これらの患者は事前指示書の作成を強いられ、のちに治療を望む気持ちになってもそれを伝えることが困難になる

第5章 課題とまとめ

厚生労働省のガイドラインは 2007 年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」として公表されてから現在版⁽⁸¹⁾まで改訂されてきたが、その公表後は刑事訴追され社会的に問題となるケースは発生しておらず、ソフトローとして、医療現場ではうまく機能していると考えられている⁽⁸²⁾。ガイドラインは法的な拘束力はないが公的機関や権威ある団体が示したものである。訴訟になった場合、それに従って行動したのであれば、裁判官がそれを参照して判断を下し合法性・適切性が認められることは十分に考えられる⁽⁸³⁾。

諸外国では安楽死・尊厳死をめぐる事件を契機に議論が活発化し、判例を

積み重ね、立法化に至った歴史が見られる。例えば、オランダ⁽⁸⁴⁾の安楽死法の制定は、1973 年のポストマ事件⁽⁸⁵⁾に始まり、医師による積極的安楽死を認めるために裁判および立法でオープンな議論を積み重ね、オランダ医師会、安楽死を推進する非政府組織、安楽死に批判的なキリスト教系組織などが、検察委員会、議会、メディアと真摯な議論を積み重ねきた成果である⁽⁸⁶⁾。一方で、米国では⁽⁸⁷⁾、憲法上定着した人権規定を通じた「患者の権利アプローチ」が、自殺幫助を合法化するための基盤となった。1976 年のクインラン事件⁽⁸⁸⁾で、延命治療の中止による尊厳死をめぐる家族から裁判所に申し立てが行われ、社会的に大きな問題となり、国民的な議論が積み重ねられ、オレゴン州では住民投票によって尊厳死法が決められた経緯がある。

日本では、医師が被告人となった東海大判決⁽⁸⁹⁾を契機に、安楽死の議論は封印されたといえるだろう。一方、尊厳死についてはガイドラインが整備され、緩和医療が周知・発展してきた。しかし、日常の診療活動のなかでも、治療の差し控えや中止をめぐる、刑法に抵触すると考えられる場面が存在する。国民の権利意識や訴訟制度の違いもあるのだろうか、欧米のように患者・家族から治療の中止や安楽死を禁ずる法律の違憲性を裁判に訴える事例は認められなかった。国民意識調査⁽⁹⁰⁾に見るように、一般国民、医療従事者の事前指示書や ACP への認知度は低く、法制化を望む声も少数である。

安楽死・尊厳死の法制化の利点は、許容範囲が明確になり、医療者も安心して診療に従事できることが挙げられる。欠点は、さまざまな病態に包括的に対応する法律の制定の難しさ、安楽死を望んでいない難病患者や障害者への社会的な圧力になることなどがあげられる。一般国民も医療者も認知度が低く、議論も尽くされていない状況下での法制化となれば、社会的な混乱を招きかねないと考えられる。著者は法制化を直ちに推進すべきという立場ではなく、特に、尊厳死の問題はガイドラインの運用で良いと考える。医療現場ではガイドラインなどの規範に基づいて、患者の価値観、最善の利益⁽⁹¹⁾を考慮し、医療者と患者・家族が良好なインフォームド・コンセントを確立し

た上で話し合いから合意点を見いだすのが現実的と考えられる。その際に、患者・家族・医療チームの意思をまとめていくのは、医師の経験と技量によるところとなる。今後の課題として以下の3点をあげてみたい、

(1) 医療ケア・福祉の充実

緩和ケアはがん医療の分野が中心で、筋萎縮性側索硬化症（ALS）など長期療養が必要な神経難病は、専門医が少ないこともあってケアの提供が遅れてきた。相模原事件⁽⁹²⁾や京都 ALS 事件⁽⁹³⁾は患者・家族の抱える苦悩を垣間見る事例と考えられる。ALS やハンチントン病などの患者の苦悩は壮絶とも言われ、自殺死リスクが最も高いとする報告⁽⁹⁴⁾もある。難病患者の自己決定権を尊重するために、安楽死・尊厳死を法整備すべきという意見もある⁽⁹⁵⁾。一方で、ポーランドの ALS 患者の調査⁽⁹⁶⁾では、患者はその生活に満足し生きる意欲を持っており、死を選択したい希望は少なかった。この研究から「人としての尊厳を保つ」重要性が指摘された。まずは、患者が「生きていて良い」と思えるように、サポートや介護環境の整備に向けた社会保障制度の充実を先行すべきと考えられる。和歌山地裁判決⁽⁹⁷⁾、千葉地裁判決⁽⁹⁸⁾などが手掛かりになることを期待したい。また同時に、高齢者が「生きがい」のある社会を築き上げる努力も必要であろう⁽⁹⁹⁾。

(2) 国民的な議論の継続

安楽死の問題は、一般国民、医療従事者、法律家、倫理学者などによる議論を継続させ、社会的なコンセンサスを形成していく必要があるように考えられる。こういった議論を深めるためには、死生観について自由に議論や意見交換ができる機会が求められる。また、医師や看護師などの医療従事者の教育課程において終末期医療の教育を充実させる努力を継続しなければならない。死期が切迫していない患者は、絶望的な肉体的・精神的苦痛に耐えなければならない。患者に「苦痛に満ちた長い生」よりも、「苦痛から解放された短い生」を許容すべきかどうかといった議論が必要であろう。緩和医療の発達した現代でも、積極的安楽死の議論の余地はあるのかもしれない。

(3) 「かかりつけ医」制度の普及と支援

オランダでは家庭医制度が定着し、生まれた時から健康上の問題は家庭医が相談に応ずる。安楽死を行うのは 80% 以上が家庭医ということからも、家庭医は患者・家族の意思を尊重し患者の尊厳ある生き方を支え、患者にとって信頼できる立場にある。わが国では、長らく専門医制度が中心であったが、近年、家庭医に相当する「かかりつけ医」が見直され、日本医師会でも「かかりつけ医」制度の議論が活発化している⁽¹⁰⁰⁾。国民が「かかりつけ医」を持つ事が ACP の実践が促進すると考えられる。現在は、在宅医療や施設での尊厳死の問題に取り組む「かかりつけ医」や中小病院の医師が大学病院のような医師よりもはるかに多い。地域の医師会などが中心となり地域包括ケアシステムの中核として在宅医療に従事する「かかりつけ医」や介護職の支援システムを構築する必要がある。

脚注

(1) 健康寿命の令和 4 年値について

<https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001363069.pdf> (2025 年 5 月 4 日最終アクセス、以下同様)

(2) がんの統計 2024 https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2024_fig_J.pdf

(3) 安藤泰至「医療にとって『死』とはなにか？」『シリーズ生命倫理学 4 終末期医療』(丸善出版、2012) 1 頁以下。

(4) 「英下院『安楽死』法案予想外の大差で賛成多数 - 余命 6 か月未満の 18 歳以上対象」(読売新聞 2024 年 12 月 1 日)

(5) 「フランス『死への援助』導入法案 - 5 月から議会審議へ」(日本経済新聞 2024 年 3 月 12 日)

(6) 田中美穂、児玉聡「日医総研リサーチレポート No.117 諸外国の安楽死に関する法制度・データの概況」Ver.1 (2021) <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/12/RR117.pdf>

(7) 児玉真美『安楽死が合法の国で起こっていること』(ちくま書房、2023) 27 頁以下。

(8) 判例時報 1530 号 (1995) 28 頁、町野朔「東海大学安楽死判決覚書」ジュリスト

30 - 日本の安楽死・尊厳死—法制化は必要か？（山中）

- 1072号（1995）106頁、唄孝一「いわゆる『東海大学安楽死判決』における『末期医療と法』」法律時報67（7）（1995）43頁。
- （9） 町野・前掲注8）
- （10） 城裕一郎『現代医療関係法』（成文堂、2022）320頁。
- （11） 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（2018年）」<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>
- （12） 日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン」
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf
- （13） 日本医師会「終末期医療のガイドライン」（2007）
<https://mitte-x-img.istsw.jp/roushikyo/file/attachment/302373/10.pdf>
- （14） 星野一正「安楽死について - わが国の場合」テレック・ハンフリー、出口俊樹 [訳]『安楽死の方法』（徳間書店、1992）254頁。
- （15） 松田純『安楽死と尊厳死の現在』（中公新書、2018）108頁、片山善博「尊厳についての哲学的考察」社会福祉学60（4）（2020）82頁以下。
- （16） 「ヒポクラテスと医の倫理」https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/a06.html
- （17） 日本学術会議「死と医療特別委員会報告 - 尊厳死について」蘇生13（1995）160頁。
- （18） 1976年、21歳クインランはパーティでジン・トニックを飲んだ後、眠り込んで呼吸停止し脳の損傷を受け遷延性意識障害に陥る。両親がニュージャージー州最高裁判所へ人工呼吸器の取り外しを要望する。生命維持装置の中止が争点、延命拒否権と代行判断が認定される。人工呼吸器は取り外されたが、自発呼吸が回復して10年近く生存した。
- （19） 「患者の権利に関するリスボン宣言」
<https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/lisbon.html>
- （20） 前掲注8）
- （21） 城・前掲注10）202頁。
- （22） Kutner L. *Due Process of Euthanasia : The Living Will, A Proposal*. Indiana Law J 44 (1969) at 539-554.
- （23） 日本尊厳死協会 <https://songenshi-kyokai.or.jp/>
- （24） Sudore RL, et al. *Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel*. J Pain Symptom Manage 53 (2017) at 821-832.
- （25） 前掲注11）
- （26） 城・前掲注10）275頁。
- （27） 裁判所時報58（1950）4頁。
- （28） 下級裁判所刑事裁判例集第4巻11-12号（1962）996頁。

- (29) 前掲注 8)
- (30) 城・前掲注 10) 320 頁。
- (31) 城・前掲注 10) 314 頁。
- (32) 判例時報 2006 号 (2008) 159 頁。
- (33) 前掲注 8)
- (34) 甲斐克則「尊厳死・安楽死の許容条件 - 東海大学病院『安楽死』事件判決」ジェリスト 1091 号 (1996) 134 頁、甲斐克則『終末期医療と刑法』(成文堂、2017) 15 頁。
- (35) 佐伯仁志「末期医療と患者の意思・家族の意思」樋口範雄 [編]『ケース・スタディ 生命倫理と法』ジェリスト増刊 (2004) 86 頁。
- (36) 前掲注 8)
- (37) 城・前掲注 10) 320 頁。
- (38) 前掲注 8)
- (39) 前掲注 32)
- (40) 日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会「終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について」(2008) <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12g.pdf>
- (41) 京都 ALS 安楽死事件
https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=92835、
https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=93615
医師である被告人は、SNS で知り合った ALS 患者から殺害の囑託を受け、ペントバルビタール相当量を同人の胃腸チューブから注入し死亡させた。この事件は主治医でない医師が診察もせず、家族や主治医の同意もなく、金銭的な報酬を受け取って安楽死を行ったことなど、医療現場で想定される安楽死・尊厳死とはきわめて異質のもので、社会的相当性がないと考えられる。
- (42) https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=82646、https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=82645。「難病介護、時間増命じる和歌山地裁、仮義務づけ市に『1 日 20 時間』」(朝日新聞 2011 年 9 月 28 日)
- (43) https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=92518。「ALS 患者の公的介護、『24 時間』命じる初の判決 - 難病の妻が『限界』と訴える」(読売新聞 2023 年 11 月 1 日)
- (44) 小野清一郎「安楽死の問題 - 刑罰の本質について・その他」『刑事法論集第 3 巻』(有斐閣、1955) 197 頁。
- (45) 団藤重光『刑法概要総論 [第 3 版]』(創文社、1990) 226 頁。
- (46) 福田雅章『日本の社会文化構造と人権』(明石書店、2002) 352 頁。
- (47) 町野朔「安楽死 - ひとつの視点 [2]」ジェリスト 631 号 (1977) 121 頁。
- (48) 町野朔「違法論としての安楽死・尊厳死 - 複合的な視点」現代刑事法 14 号 (2000) 39 頁。

- (49) 甲斐克則「安楽死・尊厳死」西田典之＝山口厚『刑法の争点 [第3版]』(有斐閣、2000) 40 頁。
- (50) 大嶋一泰「生命維持装置の取外しと刑法」福岡大学法学論叢 3 (3・4) (1979) 302 頁。
- (51) 斎藤誠二『刑法における生命の保護』(多賀出版、1989) 337 頁。
- (52) 甲斐・前掲注 34) 150 頁。
- (53) 大谷實「死の判定と人工蘇生術の中断」同志社法学 25 (1) (1974) 23 頁。
- (54) 大谷實「末期医療の医師の刑事責任 - 刑法解釈の諸問題 [一]」警察研究 56 (7) (1985) 3 頁。
- (55) 中山研一「植物状態患者をめぐる法的問題 [下]」ジュリスト 665 号 (1978) 95 頁。
- (56) 中山・前掲注 55) 100 頁。
- (57) 稲葉美香「生命の不可侵と自己決定権の狭間 - 安楽死行為の憲法上の位置づけに関する考察 [2] 完」法学論叢 158 (2) (2005) 78 頁。
- (58) 甲斐・前掲注 49)
- (59) 内藤謙『刑法講義総論 [中]』(有斐閣、1986) 564 頁。
- (60) 法的脳死判定の検査方法 <https://www.jotnw.or.jp/explanation/03/03/>
- (61) 大嶋・前掲注 50) 306 頁。
- (62) 日本医師会「グランドデザイン 2009」
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/dl/s0311-5f.pdf>
- (63) 前掲注 62)。
- (64) 「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン - 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf
- (65) 「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン - 3 学会からの提言」
https://www.jsicm.org/publication/3gakkai_teigen1411.html
- (66) 前掲注 12)
- (67) 前掲注 11)
- (68) 城・前掲注 10) 329 頁。
- (69) 日本医師会 https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html
- (70) 日本医師会・第 X 次生命倫理懇談会「終末期医療に関するガイドラインについて」(2008) https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080227_1.pdf
- (71) 「福生病院透析中止事件」(日経メディカル 2019 年 4 月 25 日)
- (72) 前掲注 41)
- (73) Sepúlveda C, et al. *Palliative Care. The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage* 24 (2) (2002) at 91-96.
- (74) 「がん対策基本法一部改正と第 3 期がん対策推進基本計画の検討状況について」

- <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000168737.pdf>
- (75) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針について」
<https://www.jaot.or.jp/files/news/wp-content/uploads/2017/12/cancer-care-tsuuchi20171201.pdf>
- (76) 「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査 報告書」2023 年 12 月
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_r04.pdf
- (77) 前掲注 23)
- (78) 谷口聡「終末期医療に関する医療関係団体のガイドライン」産業研究 54 (1) (2018) 27 頁以下。
- (79) 「尊厳死について初の法案を超党派議連が公表」(日経メディカル 2012 年 3 月 23 日)
- (80) 尊厳死法制化に反対する会声明文
https://songeshihouseikanihantaisurukai.blogspot.com/p/blog-page_3.html
- (81) 前掲注 11)
- (82) 甲斐克則「比較法的観点から見た終末期医療の立法化・ルール化の動向と課題」判例時報 2379 (2018) 130 頁。
- (83) 城・前掲注 10) 330 頁。
- (84) 甲斐・前掲注 34 (2017) 159 頁。
- (85) ポストマ医師が自己の母親の要請に基づき、大量のモルヒネを注射し生命の終結をした。レーワルデン地方裁判所は執行猶予 1 年と 1 週間の拘禁刑を宣告。医師が刑の免除を受ける 3 つの条件として、不治の疾患、耐え難い苦痛 (身体的もしくは精神的)、事前の明示的意思表示を示す。
- (86) 前掲注 13)
- (87) 新谷一郎「アメリカにおける尊厳死」『シリーズ生命倫理学 5 安楽死・尊厳死』(丸善出版、2012) 180 頁。
- (88) 前掲注 18)
- (89) 前掲注 8)
- (90) 前掲注 76)
- (91) 甲斐・前掲注 34 (2017) 201 頁。
- (92) 医事法判例百選 [第 3 版] (有斐閣、2022) 196-197 頁。「神奈川・相模原の難病長男殺害：母、嘱託殺人で猶予判決 - 横浜地裁」(毎日新聞 2005 年 2 月 15 日) 2004 年 8 月 27 日、在宅療養中の ALS 患者が生きていく気力を失い母に懇願、母の手で呼吸器をはずし亡くなる。母も自殺を計るが一命はとりとめた。横浜地裁裁判長は「長男の日ごろの懇願を受け入れて呼吸器を停止させた」として嘱託殺人罪を適用した。
- (93) 前掲注 41)
- (94) Erlangsen A, et al. *Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark*. JAMA 323 (5) (2020) at 444-454.

- (95) 湯浅龍彦「筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の緩和医療を巡る幾つかの重要な論点」IRYO 59 (7) (2005) 347 頁以下。
- (96) Kuzma-Kozakiewicz M, et al. *An observational study on quality of life and preferences to sustain life in locked-in state*. *Neurology* 93 (10) (2019) at e938-e945.
- (97) 前掲注 42)
- (98) 前掲注 43)
- (99) 森下直貴、佐野誠 [編著]『生きるに値しない命とは誰のことか』(中央公論新社、2020) 225 頁以下。
- (100) 日本医師会「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」
<https://www.med.or.jp/people/kakari/>