

私の政策提言
「終末期」を問い直す—積極的安楽死法制
化の提言

東京大学法学部3年 佐久間弘明

目次

第1章 はじめに

第2章 現状の分析

第1節 望まぬ延命治療

第2節 末期患者の苦痛

第3章 政策提言

第1節 政策案

第2節 QOLの向上

第4章 問題の検討

第1節 自己決定とパターナリズム

第2節 弱者への圧力

第5章 おわりに

第1章 はじめに

日本が高齢化社会であることは最早国民の誰もが知るところである。そこから生じる問題は経済、社会保障、人口問題など多岐にわたるが、その中でも私は「医療」という問題にこそ、取り組むべき大きな課題が潜んでいるように思う。

「老い」と「病」、そして「死」は、目を背けられない現実として人間を襲うものである。たとえばその代表格である癌については、2025年には我が国の死亡原因の半分を占めるようになるといわれている¹。この現実を単に数字の上の現象として傍観することは簡単であるが、実際の終末期医療の現場には、まさに今救わねばならない人々の姿がある。この後分析してゆくように、一部の末期患者の方々にとり、時に「死」を積極的に望むほどに苦痛に満ちた「生」の連続が、そこでは繰り返されてゆくのである。

“SOL”——Sanctity of Lifeとは、生命が絶対不可侵であり、治療と救命こそが医療の絶対の任務であるとする、古代ギリシア以来唱えられてきた言説である。しかし、それは現代においてもなお全ての場面で妥当するものなのだろうか。まさにこのSOLへの反省として現れた概念こそが“QOL”——Quality of Lifeなのである。生命維持装置の発達はたしかに末期患者の生を延長することには寄与したが、一方で終末期の患者の病を治療することはできず、病気の重症化と共に患者の痛みは増し、満足度は低下していく²。延命によりむしろ患者の余生の幸せが損なわれる事態が増えてきたのである。

本稿は、癌を中心とした我が国の終末期医療の現状を分析し、究極の選択としての「積極的安楽死」の法制化を提言するものである。

第2章 現状の分析

第1節 望まぬ延命治療

そもそも終末期患者への延命治療はどのように行われているのだろうか。日本の法律は、医師が積極的に薬剤投与によって患者の生命を終わらせる「積極的安楽死」はもちろん、その他の延命治療の中止についても免責規定は置いていない。

その結果、北海道立はばろ病院や富山県のいみず市民病院で人工呼吸器を取り外した医師が殺人容疑で逮捕されたことをきっかけに、特に近年は医療現場では「一度始めた延命治療は絶対に中止しない」という硬直化が起きている³。

訴追のリスクから、医師は患者の希望を聞くのではなく、とにかく延命一辺倒の治療を強いられていると言える。

¹中村祐輔、『日本癌学界学術総会 会長挨拶』、<http://www2.convention.co.jp/jca2013/greeting/index.html>

²中野次吉(2013)「死ぬ権利はあるか——安楽死における自己決定の諸相」『北九州市立大学法政論集』第40巻第4号 北九州市立大学法学会 pp.303-305

³植村和正(2012)、『高齢者における医療決定、特に終末期の倫理と法制度』、http://www.kclc.or.jp/medical-legal/public/files/seika_info/120323_uemura_forum.pdf

第2節 末期患者の苦痛

この延命は末期患者の方々をどう苦しめるのだろうか。延命治療の中の苦しみを大きく分類すると、癌などの症状に代表される「肉体的苦痛」と、寝たきりの状態や余命が短いことそのものから生じる「精神的苦痛」の両面が存在する。

まず「肉体的苦痛」に関して。たとえば癌で激しい疼痛が発生することは誰もが知るところであろう。手術が不可能な域に達した末期患者の実に7割は確実に痛みを襲われ、それは時に「焼けた火鉢を24時間にわたって当てられているような」痛みであるとまで表現される⁴。

もちろん近年の医療技術の進歩はめざましく、WHO方式のモルヒネ投与を代表として、こうした疼痛に対する「緩和ケア」の技術が向上している。これは非常に良い傾向だが、一方で緩和ケアによっても防げない苦痛が存在することも事実である。土本（2003）は、「激痛、鎮痛剤投与、一時小康、再び激痛、鎮痛剤投与」というケアを含めた「全体としての苦痛」を防ぐことはできないと指摘する⁵。また、末期がん患者の約半数が経験し、最期の数週間に激化する呼吸困難こそが患者を苦しめると指摘する医師もいる⁶。倦怠感、吐き気なども、患者を苦しめる要因である⁷。これらは一部モルヒネの副作用によることもあり、全ての解決は困難である。

次に、「精神的苦痛」である。

船木（2013）は、終末期に「最先端の医療システムに支えられながら、他者に全面的に依存し、自分でコントロール能力を失う状態」が激しい精神的な苦痛を生むことを指摘し、それは仕事上のトラブルや失恋などの他の人生の悩みとは全く異質な想像を絶するようなものであると述べる⁸。また、この先自分の症状がどうなるのかといういわゆる「時間存在としての不安」や病床で痛みを耐え続けることからくる孤独感も末期患者を苦しめる要因であると一般に言われるところであり、終末期の尊厳の喪失感は患者の方々にとって絶大な負担となっている。こうした自らの尊厳を重要視する患者は、最期のときに意識が清明であることを望み、鎮静剤などの使用を拒否するという傾向があるとも言われ⁹、この問題はまさに安楽死以外の手段での解決が難しいものとなっている。

そしてこうした苦痛は総体として、患者に死を積極的に望ませる。患者が医師に対して尊厳死・安楽死を希望する理由について複数回答で尋ねたところ、「尊厳の喪失」が57%、「自律性の喪失」33%、「身体的苦痛」46%等という内訳になった研究が存在する¹⁰。

⁴福本博文（2012）『リビング・ウィルと尊厳死』集英社新書

⁵土本武司（2003）『東京財団研究報告書 安楽死合法化に向けて一オランダの安楽死法をベースに』、<https://nippon.zaidan.info/seikabutsu/2003/00754/mokuji.htm>

⁶恒藤暁（1999）『最新緩和医療学』最新医学社

⁷坂井かをり（2007）『がん緩和ケア最前線』岩波新書

⁸船木祝（2013）「苦痛緩和処置についての倫理的考察—緩和医療、消極的安楽死から積極的安楽死に至るまで」『医療と倫理第9号』p. 34

⁹小林亜津子（2011）「緩和医療の「最後の砦」としての終末期鎮静」『法政哲学』pp. 9-10

¹⁰真部昌子（2007）『私たちの終わり方—延命治療と尊厳死のはざままで』学研新書

「身体的苦痛」は先述した激しい肉体へのダメージを指し、「尊厳の喪失」や「自律性の喪失」は寝たきりの状態で耐え続けることから生じる精神的苦痛を指すと考えてよいだろう。

こうした患者は決してレアケースではない。医師の 54%、看護師 53% が患者から安楽死を請求されたことがあると報告しているほどである¹¹。

第1節で述べたように、現在の終末期医療においては生命を終結させる措置は基本的に取られていない。末期患者の方々の一部が抱えるこのような激しい苦痛と希死念慮は、医療現場において放置されている。

第3章 政策提言

第1節 政策案

現状の問題点は、医師の免責規定が存在しないことにあった。厳密な検討の過程は紙幅の関係で省くが、東海大学安楽死事件の裁判例などを参考に、今回私は「以下の要件を満たす場合において、積極的安楽死を行った医師を免責する」ことを提言したい。

【要件】

- A: 余命3ヶ月以内の末期患者であること
- B: 精神科医により正常な判断能力があると診断されていること
- C: 口頭及び書面での安楽死を望む意思表示があり、それを複数の医師が確認したこと
- D: 撤回はいつでも可能とすること
- E: 方法は薬剤投与によること

今回何故、延命中止ではなく薬剤投与による「積極的安楽死」を法制化するのか。それは、患者のQOLのためである。苦痛を緩和する薬剤と致死性薬剤を併用することで、患者は眠るように息を引き取ることができる¹²。また、延命治療の中止、いわゆる「消極的安楽死」などに存在する死までのタイムラグが基本的に発生しないため、患者の不安を払拭し、安らかな死を実現することができるのである。

第2節 QOLの向上

本政策により、積極的安楽死を医師が行うことが可能となり、末期患者を苦痛から解放することができる。

しかし、注目すべきはその点だけに留まらない。本政策が変えるのは、人々の「死」への向き合い方そのものなのだ。オランダでは既にこの積極的安楽死が法制化されているが、そこでは安楽死の実施決定後、患者と家族や医師は様々な死への準備を整えることができ、結果「死」という悲しい思い出をも一種ポジティブに捉えることができるようになってい

¹¹中里和弘 (2008) 「終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について」『臨床哲学』p. 32, 33

¹²星野一正 (1995) 「東海大学のいわゆる安楽死事件の判決をめぐって」『時の法令 1496号』朝陽会、p46

るとい¹³。死期を自ら決められるからこそ、それに向けて周囲との対話や別れの挨拶も十分に行える。

さらに、実は安楽死そのものを実施せずとも救われていく患者が存在する。オランダのホフ医師は、経験的に 80%の患者は、安楽死を約束するとその安心感から実際には安楽死をせず自然に亡くなってゆくと述べている¹⁴。苦しみに耐えられなくなったら安楽死できる、という状況そのものが、患者の不安という第2章第2節で検討した苦痛を取り除くのだ。

このようにして、終末期患者の QOL を向上させ、幸せな余生と死を提供することが可能となるのである。

第4章 問題の検討

第1節 自己決定とパターナリズム

刑法 202 条は、自殺関与・同意殺人罪を規定している。この規定はいわゆるパターナリズムであり、国家が国民の「自己加害」を制約するものである。

パターナリズムの根拠には様々なものが存在し、それを全て紹介して検討することは不可能である。しかし、基本的にこの思想が時に判断を誤り自らの不利益を招来してしまう「弱い個人」を保護することを原則としていることは事実であろう。人間は生まれながらにして皆自由なのであり、その自由をこそ保護するため、あらゆる自由の「前提」となる生命は積極的に保護されなければならないというのである¹⁵。

しかし、こうした保護は果たして終末期の苦しみに喘ぐ患者にまで適用されるべきものなのだろうか。私はそうは考えない。それまで自由に生きてきた個人が、死の間際にその限界を知り、その上で望んだ死を国家が制約することは、不当な制約なのではなかろうか。こうした論拠で刑法 202 条の違法性を阻却する余地があると福田（2002）は述べる。将来における自律的生存の可能性がない末期患者の場合には、本人の自由は最早達成し得ないからこそ、国家によるパターナリズム的介入には根拠も、正当性も承認され得ないのである¹⁶。

終末期という例外的な状況において、日本で起きている第2章で述べたような現実を鑑みるに、死の自己決定というものを認める社会的要請と根拠は既に十分であるように思われる。死に至る病に苦しむ人々の自由を求める声に、国家は真剣に耳を傾けるべき時なのではないだろうか。

¹³シャボットあかね（2014）『安楽死を選ぶ オランダ・「よき死」の探検家たち』日本評論社

¹⁴NHK 人体プロジェクト編著（1996）『安楽死～生と死を見つめる～』NHK 出版

¹⁵曾根威彦（2013）『現代社会と刑法』成文堂

¹⁶福田雅章（2002）『日本の社会文化構造と人権』明石書店

第2節 弱者への圧力

安楽死法制化には、常に「弱者への圧力」を問題視する反論が寄せられる。経済的に延命治療を続けられない人々や社会的に弱い立場にある人々が、早く安楽死を選ぶようプレッシャーを受けるのではないかという議論である。

この点については、経験的な検証がまず必要であろうと思われる。アグネス（2013）の検討では、積極的安楽死を認めている各国において、弱者グループにより多く安楽死が実施されているという事実は認められないという¹⁷。さらに、ほぼ同様の制度を認めている医師幫助自殺を認めているオレゴン州の事例を見ても、自殺をしているのは主に高学歴者であり、社会的弱者が死を選ばされているといった傾向が見られていないことが明らかになっている¹⁸。このように、経験的にはこの弊害の起きる余地は少ないと言ってよい。

さらに、日本においては、保険制度の充実から経済的な圧力は生じないのではないかという見解¹⁹や、日本の家族は紐帯が強いため、圧力をかけるよりむしろ死を選ぼうとする患者を逆に生きるよう説得するのではないかといった見解も存在する。

もちろん、それでも個別具体的な可能性として多少の圧力を受ける患者も存在するかもしれない。しかし、そもそも周囲に配慮しての安楽死がどこまで悪い現象なのかは完全に本人の思いに依存するし、最後の意思表示さえしなければ起きない問題である。それに対して、現状で無意味な延命を受けている人々の苦しみは、国家が法改正という形をとらねば永遠に解決されない、国家に責任のある問題である。だとすれば、国家としては、まず例外的な局面における死の自己決定を認めた上で、社会政策の範疇で「弱者」を生み出さないよう努力する、というのが正しい立場ではなかろうか。

第5章 おわりに

ここまで、日本の終末期医療の状況を概観した上で、そこに表出した問題の解決法を提案してきた。

我々は日頃、こうした「遠い」世界の問題に目を向けることは少ない。むしろ、目を背けたい誘惑に駆られるような「暗い」話題かも知れない。しかし、今は半数もの日本人が癌で亡くなる時代であるし、その他の病もある。知り合い、家族、そして自分自身……。いずれは現実を直視せねばならない時期が誰にも訪れるであろう。しかし、第1章、第2章で述べたように、現在の医療は彼らを安心・快適に送り出せる態勢にあるとは残念ながら言えない。もちろん病気自体の予防や治療への取り組みは大変尊く、技術が日々進歩していくことを切に願っているが、一方で現実には苦しみの中で死を迎える方々が発生してしまう状況が当分は続くことも確実である。

¹⁷アグネス・ヴァン・デル・ハイデ著、甲斐克則＝福山好典訳（2013）「オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幫助」『比較法学 47 卷 2 号』早稲田大学比較法研究所 p. 180

¹⁸朝日新聞「安楽死法案巡り世論二分 米メーン州で是非を問う住民投票」2000年12月24日朝刊

¹⁹大野竜三（2001）『自分で選ぶ終末期医療』朝日選書

高齢化社会において若者の未来を憂うことは勿論大変重要であるが、一方でこれまでの社会を支えてきてくださった高齢者の皆様を最期まで QOL を維持できる形でお送りすることも同様に国家の、社会の責任であると私は信じる。

だからこそ今、我々は「死の自己決定」というテーマを直視し、SOL から QOL への転換を真剣に議論すべきなのである。

(本文 4954 文字)

参考文献

- アグネス・ヴァン・デル・ハイデ著、甲斐克則＝福山好典訳（2013）「オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺幫助」『比較法学 47 巻 2 号』早稲田大学比較法研究所朝日新聞「安楽死法案巡り世論二分 米メーン州では是非を問う住民投票」2000 年 12 月 24 日朝刊
- 植村和正（2012）、『高齢者における医療決定、特に終末期の倫理と法制度』
- NHK 人体プロジェクト編著（1996）『安楽死～生と死を見つめる～』NHK 出版
- 大野竜三（2001）『自分で選ぶ終末期医療』朝日選書
- 小林亜津子（2011）「緩和医療の「最後の砦」としての終末期鎮静」『法政哲学』
- 坂井かをり（2007）『がん緩和ケア最前線』岩波新書
- シャボットあかね（2014）『安楽死を選ぶ オランダ・「よき死」の探検家たち』日本評論社
- 曾根威彦（2013）『現代社会と刑法』成文堂
- 土本武司（2003）『東京財団研究報告書 安楽死合法化に向けて—オランダの安楽死法をベースに』、<https://nippon.zaidan.info/seikabutsu/2003/00754/mokuji.htm>（2016. 8. 16 確認）
- 恒藤暁（1999）『最新緩和医療学』最新医学社
- 中里和弘（2008）「終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について」『臨床哲学』
- 中野次吉（2013）「死ぬ権利はあるか——安楽死における自己決定の諸相」『北九州市立大学法政論集』第 40 巻第 4 号 北九州市立大学法学会
http://www.kclc.or.jp/medical-legal/public/files/seika_info/120323_uemura_forum.pdf
- 中村祐輔、『日本癌学界学術総会 会長挨拶』
<http://www2.convention.co.jp/jca2013/greeting/index.html>（2016. 8. 16 確認）
- 福田雅章（2002）『日本の社会文化構造と人権』明石書店
- 福本博文（2012）『リビング・ウィルと尊厳死』集英社新書
- 船木祝（2013）「苦痛緩和処置についての倫理的考察—緩和医療、消極的安楽死から積極的安楽死に至るまで」『医療と倫理第 9 号』p. 34
- 星野一正（1995）「東海大学のいわゆる安楽死事件の判決をめぐって」『時の法令 1496 号』朝陽会
- 真部昌子（2007）『私たちの終わり方—延命治療と尊厳死のはざままで』学研新書