

## 「尊厳ある死」に関する考察

川 本 起 久 子

厚生労働省の「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(2004年7月)に示されているように、自分が痛みを伴う末期状態になった場合、日本国民は単なる延命医療をやめることに肯定的である。このように国民の最期の迎え方に関する意識は向上してきている。

一方、「尊厳死」という用語は、自然死から医師による自殺幫助を含んだ広い意味でも使われはじめ、用語の混乱が起こってきた。

日本、アメリカ、オランダにおける尊厳死、安楽死に関する判例や定義を基に死の迎え方について確認し、「尊厳ある死」とは何かについて考察した。考察した結果、「尊厳ある死とは、自己の尊厳を保った自分らしい死」とし、筆者が認める尊厳ある死を提示した。

キーワード：尊厳ある死，尊厳死，安楽死，ホスピス・緩和ケア

### I. 緒 言

20世紀の後半からの医療技術の進歩はめざましく、次々と先端医療が開発されてきた。また、栄養の改善、公衆衛生の充実、予防医学の普及、国民の健康に関する意識の向上によって、日本の平均寿命は伸び続け、世界的に注目をあびている。人々の平均寿命が伸びたことは好ましいことであるが、そこには別の問題が生じてきた。つまり、がん・高血圧・糖尿病等の疾患が増加してきたことと脳血管障害・心疾患等から生じた機能障害によって、さまざまな苦痛を背負いながら生きていく人々が増えてきた。さらに人工呼吸器・高カロリー輸液・経管栄養等の医療技術の発展は、人工的に延命した後にやがて死を迎える人を招き出した。その結果、生と死の選択をめぐる倫理的、法的問題が出現してきた。

1971年のオランダにおける安楽死事件以降、安楽死に関する認識は変化をみせはじめ、1976年のカリフォルニア自然死法の制定以来、「自然死」「尊厳死」という用語がしばしば使われるようになった<sup>1)</sup>。後にアメリカでは、他の州がカリフォルニア自然死法に類似した法律を制定する際に「尊厳死法」と命名し、自然死すなわち尊厳死という概念が広がっていった<sup>2)</sup>。さらに1981年の世界医師会第35回総会において「患者の権利に関するリスボン宣言」が採択され、「患者は尊厳のうちに死ぬ権利を有する」と

宣言し、自然死よりも尊厳死という用語が広まった。その後、尊厳死という用語が医師による自殺幫助を含んだ広い意味でも使われはじめ、用語の混乱が起こってきた<sup>3)</sup>。そのために尊厳死を狭義と広義に区別することが必要になってきた<sup>4)</sup>。

日本における終末期医療の在り方については、1987年7月に厚生省(現厚生労働省)が検討会を設置<sup>5)</sup>し、2004年7月に4回目の報告書「終末期医療の調査等検討会報告書」<sup>6)</sup>がまとめられた。この報告書は、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員を対象に終末期医療に関する意識調査を実施し、その結果を踏まえて検討されたものである。その結果、国民は終末期医療について高い関心を持っており、自分が痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)になった場合、国民は単なる延命医療をやめることに肯定的であった。このように日本国民の最期の迎え方に関する意識は向上してきている。

死は誰にでもいつかは訪れるものである。だからこそ、人生の完結である死は、人間としての尊厳を保って迎えられ、患者とその家族にとって悔いのないものにすることは重要なことである。日本、アメリカ、オランダにおける尊厳死、安楽死に関する判例や定義を確認し、「尊厳ある死」とは何かについて考察する。

## Ⅱ. 尊厳死と安楽死

尊厳死と安楽死に関する判例や定義を取り上げるにあたり、諸外国として、アメリカとオランダを選択した。これらの国を選択した理由は、アメリカはリビング・ウィルを世界で最も早く法制化した国であることから選び、オランダは安楽死を世界で初めて合法化した国であることから選択した。

### 1. 日本における尊厳死と安楽死

#### 1) 日本の安楽死が問題とされた刑事裁判例

日本において、安楽死が問題とされた刑事裁判例としては、以下の事件がある。

東京地裁の嘱託殺人被告事件（1950年4月14日）、名古屋高裁の尊属殺人被告事件（1962年12月22日）、鹿児島地裁の嘱託殺人被告事件（1975年10月1日）、神戸地裁の殺人被告事件（1975年10月16日）、大阪地裁の嘱託殺人被告事件（1977年11月30日）、高知地裁の嘱託殺人被告事件（1990年9月17日）、横浜地裁の殺人被告事件（1995年3月28日）<sup>7)</sup>、以上の7件は法的に確定し、1998年に発生した川崎協同病院事件の裁判は、現在係争中である<sup>8)</sup>。

この中から、安楽死の「六要件」を提示した1962年（昭和37年）の名古屋高裁の尊属殺人被告事件と、医師による積極的安楽死と治療行為中止の一般的許容要件を提示した1995年（平成7年）の横浜地裁の殺人被告事件（東海大学安楽死事件）について、述べることにする。

#### （1）名古屋高裁の尊属殺人被告事件（1962年12月22日）<sup>9)</sup>

脳卒中で倒れ、激痛を訴える父に息子が殺虫剤入りの牛乳を飲ませて殺害したもので、嘱託殺人罪（懲役1年、執行猶予3年）の判決が下された。た

だし、この判決中に、例外的に「安楽死」が許容される、つまり違法性が阻却される6つの条件（表1参照）が提示された。

#### （2）横浜地裁の殺人被告事件（1995年3月28日）<sup>11)</sup>

患者は多発性骨髄腫の男性で、主治医の診断では予後が4、5日ないし1週間位であった。被告人である主治医の問題行為があった日の患者の状態は、意識レベルは低下し、呼びかけにも疼痛刺激にも全く反応なく、呼吸はイビキ様で舌根沈下があった。男性患者の長男等から「苦しむ姿を見てられない」「いびきを聞いているのがつらい。楽にしてほしい」「早く家につれて帰りたい」等と再三言われたことから、被告人である主治医は末期状態にあり死が迫っていたこの男性患者の息を引き取らせることを決意し、塩化カリウム製剤等の薬物を注射して死亡させた。

医師である被告人の行為に殺人罪（酌量減軽のうえ、懲役2年・執行猶予2年）が確定した。本判決が安楽死行為の違法としたのは、患者に肉体的苦痛が存在しなかったこと、安楽死を希望する患者本人の意思表示が存在しなかったために、殺人罪となった。この事件で、「名古屋高裁の六要件」が見直され、新たに「積極的安楽死」が許容される四要件（表2参照）が提示された。この要件は、名古屋高裁の六要件と同様にきわめて厳しい基準であって、これら全部の要件を満たすことは現状では不可能に近く、その後の判決もその点から安楽死について合法性を欠くとするのが通常である。

また、この事件は、積極的安楽死、間接的安楽死、消極的安楽死の定義を行い、「消極的安楽死」いわゆる「尊厳死」の問題にも及んだ。

表1. 名古屋高裁の六要件<sup>10)</sup>

- 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の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、本人の真摯な嘱託または承諾のあること
- 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と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

表 2. 横浜地裁の積極的安楽死の四要件<sup>12)</sup>

- 
- 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、その死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
- 

## 2) 日本における安楽死・尊厳死の定義と見解

### (1) 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会「末期医療に臨む医師の在り方」(1992年3月)<sup>13)</sup>

安楽死とは、苦痛を訴える末期患者の求めに応じ、医師その他の他人が注射などの積極的な方法を用いて、患者を死に至らしめることである。日本医師会では、当時の日本においての立法化は認めず、名古屋高裁の六要件を維持するしかないとする見解<sup>14)</sup>を示している。

日本尊厳死協会の尊厳死の宣言書については、患者本人の意思を尊重するという自己決定の考えからすると、法律の定めがなくても、本人の意思を尊重して、たとえば生命維持装置を止めても、医師は法的責任を問われないものとする。なお本人が署名した文書がない場合でも、本人の口頭で自分の意思を明確に表明したならば、やはりそれを尊重してよい<sup>15)</sup>、としている。

### (2) 厚生省末期医療に関するケアの在り方の検討会「末期医療に関するケアの在り方の検討会報告書」(1989年6月)<sup>16)</sup> 厚生省健康政策局総務課・大臣官房統計情報部人口動態統計課「末期医療に関する国民の意識『末期医療に関する国民の意識調査等検討会』報告書から」(1994年3月)<sup>17)</sup> 厚生省健康政策局総務課「末期医療に関する意識調査等検討会報告書」(1998年10月)<sup>18)</sup> 厚生労働省医政局総務課「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(2004年7月)<sup>19)</sup>

厚生労働省は、1988年以来4回にわたって、終末期医療の在り方についての検討会を開催し、その都度報告書を取りまとめている。このうち、第2回(1993年)、第3回(1997年)、第4回(2003年)には、意識調査を実施し検討されてきた。

尊厳死と安楽死の定義は、1994年の「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」において議論のために設けた定義を基本としているが、1998年の検討会において、その後の学問の進歩等を踏まえ、その

定義を一部見直し、その定義は以下の通りである。

安楽死とは、一般には本人の自発的な要請に基づき、医師が医療的方法により死に至らしめることをいう<sup>20)</sup>。

尊厳死とは、本人の自発的意思で延命治療を中止し、人工呼吸器等の医療機器を用いた医療処置によらない自然な状態で、寿命がきたら自分らしく迎えられることのできる死(自然死)をいう<sup>21)</sup>。

2004年の報告書において、安楽死と尊厳死に関連する内容は、以下の通り<sup>22)</sup>である。

- ①終末期医療について、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員のいずれも高い関心を持っている。
- ②自分が痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)になった場合、国民は単なる延命医療をやめることに肯定的であるが、その場合でも積極的な方法で生命を短縮させる行為は容認できないというのが、国民の間ではほぼ一致していると考えられる。
- ③リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方は国民の過半数が賛成しており、さらに書面にする必要はないが患者の意思を尊重するという考え方の賛成者を含めると、治る見込みがなく死期が近いときの治療方針に関し、国民の多くが患者本人の意思を尊重することに賛成していることから、何らかの形で自己の終末期医療について意思を表明した場合、その人の意向は尊重されることが重要である。

### (3) 日本学術会議「死と医療特別委員会報告・尊厳死について」(1994年5月)<sup>23)</sup>

尊厳死は、助かる見込みのない患者に延命医療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせることをいうものと解されている<sup>24)</sup>。尊厳死においては、「専ら延命のためにのみ実施されている医療」すなわち過剰な延命医療が問題になることから、委員会においてはこのような延命医療の中止を尊厳死と捉える<sup>25)</sup>としている。検討の結果、延命医療の中止について、医学的に見て患者が

回復不能な状態に陥っていること（単に植物状態にあることだけでは足りない）、意思能力を有している状態で患者が尊厳死を希望する意思を表明していること、延命医療の中止は医学的判断に基づく措置として担当医がこれを行うべきである、といった一定の要件のもとに容認するという見解<sup>26)</sup>を示した。

積極的安楽死については、延命医療の中止を越えて、毒物等を用いて患者を殺害する行為は、たとえ苦痛の緩和措置を目的としても、自力生存能力を備えた自然の生命を奪うものとして、殺人ないし同意殺人となり、倫理的、宗教的に許されないだけでなく、社会一般からしても認められない<sup>27)</sup>としている。

#### （４）横浜地裁「殺人被告事件の判旨」（1995年3月）<sup>28)</sup>

積極的安楽死は、苦痛から免れさせるため意図的積極的に死を招く措置をとるものである。

間接的安楽死は、苦痛を除去・緩和するための措置をとるが、それが同時に死を早める可能性がある治療型のものである。医学的適正性をもった治療行為の範囲内の行為とみなし得ることと、たとえ生命の短縮の危険があったとしても苦痛の除去を選択する患者の自己決定権を根拠に、許容される。ただ、患者の意思表示については、この間接的安楽死が医師の医学的適正性をもった治療行為の範囲内の行為とするので、患者の推定的意思でも足りると解される。

消極的安楽死は、苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止して死期を早める不作為型のものである。治療行為の中止の範疇に入る行為で、動機・目的が肉体的苦痛から逃れることにある場合であると解されるので、治療行為の中止としてその許容性を考えれば足りる。これは、いわゆる「尊厳死」の問題である。治療中止を求めるには患者の事前の意思表示が存在することが必要である。患者自身の事前の意思表示があれば推定的意思を認定するのに有力な証拠となる。患者の明確な意思表示がない場合、今日の多くの国民が意味のない治療行為の中止を容認していることやリビング・ウィルの普及を予想し、患者の推定的意思（家族の意思表示から推定される意思でもよい）を認定してよいと考える。治療行為の中止となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給等、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処置、さらには生命維持のための治療措置等、すべてが対象となる。どのような措置を何時中止するかは、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、自然の死を迎えさせるという目的に沿って決定されるべきである<sup>29)</sup>。

#### （５）日本尊厳死協会の定義

尊厳死とは患者が「不治かつ末期」になったとき、自分の意思で延命治療をやめてもらい安らかに、人間らしい死をとげることである<sup>30)</sup>。

日本尊厳死協会は、1976年に発足した日本安楽死協会が1983年に改称されたもので、尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）の普及活動を続けている<sup>31)</sup>。

日本尊厳死協会が会員の家族を対象に毎年実施している調査では、「医師が（宣言書の趣旨を）理解してくれなかった」「延命措置がとられた」と答える人が約5%いるという<sup>32)</sup>。

日本尊厳死協会は、2003年12月8日に、終末期患者が延命措置を望まない場合、その意思が尊重されるよう立法化を求める請願書を厚生労働大臣に提出した<sup>33)</sup>。

## 2. アメリカ、オランダにおける尊厳死と安楽死

### 1) アメリカにおける尊厳死と安楽死

#### （１）アメリカにおける尊厳死と安楽死が問題とされた裁判例

アメリカにおいて尊厳死が問題となった裁判例は、カレン・クインラン事件（1976年）、サイケヴィッチ事件（1976年）、ブービア事件（1986年）、コンロイ事件（1985年）、ナンシー・クルーザン事件（1990年）等<sup>34)</sup>がある。この中で、回復の見込みのないにもかかわらず生命維持装置によって延命が図れている患者に治療を拒否する権利があるかどうかについて、指導的な判例となったカレン・クインラン事件（1976年）と、連邦最高裁が初めて判断を下したナンシー・クルーザン事件（1990年）について述べることにする。

アメリカにおいて安楽死が問題となった裁判例は、ジャック・キボーキアン事件（1998年）がある。

#### ①カレン・クインラン事件（1976年）<sup>35)</sup>

カレン・クインランは、パーティーでジンに精神

安定剤とアスピリンを混ぜたものを飲み、昏睡状態に陥り、遷延性意識障害になった。体重が減り人工呼吸器をつけたカレンを見て養父母は生命維持装置を外し、尊厳をもって死なせることがカレンの幸せではないかと訴えた。州高等裁判所は否定したが、州最高裁判所は、条件つきながらも、カレンの人工呼吸器をはずすことを許可した。カレンは慎重に人工呼吸器をはずされたが、自発呼吸をし、生き続け、1985年に死亡した<sup>36)</sup>。

この結論を導いたのは、治療拒否権の根拠をインフォームド・コンセントの法理とともに憲法上のプライバシー権を認めたことと、患者が意思無能力者であり自己の治療拒否権を行使できない場合には後見人がその代行をできるとした。この点は以後の判例に大きく影響を及ぼした<sup>37)</sup>。

#### ②ナンシー・クルーザン事件（1990年）<sup>38)</sup>

ナンシー・クルーザンは、交通事故により脳を損傷し意識不明となった。自発呼吸はできるものの、胃に直接チューブを取り付けて水分と栄養等を補給して生命を維持してきた。両親が水分・栄養補給を中止して死なせることを認めるよう裁判所に訴えた。巡回裁判所は認める決定をしたが、州最高裁は認めず、連邦最高裁に上訴した。連邦最高裁は「遷延性植物状態であると判断された者について後見人が栄養と水分の中断を求める手続きにおいて、州が明確な説得力のある証拠の基準を適用することは許され」と結論するとし、つまり、治療拒否権は憲法上認められること、しかし、後見人がこの権利を主張している場合には、ある基準を満たす証拠の提示を求めてその行使を制限することも憲法上許容される<sup>39)</sup>、という判断を示したのである。

その後、ナンシーの両親は、人工的に生命を維持されるより死を望んでいたという3人の友人の証言を新証拠として審理の再開を求め、1990年に第一審の判決を下したミズリー州巡回裁判所は、ナンシーの水分・栄養の中断を希望していたことを示す明確で説得力のある証明があったとして、あらためて両親に対して栄養・水分を補給するチューブを取り外す権限を与える判決を出した。この判決に従って、チューブが外され、ナンシーは1990年12月26日に死亡した<sup>40)</sup>。

この判決は、患者本人の意思を知る手掛かりとしてのリビング・ウィルへの関心を高めるとともに、

アメリカ政府が「患者の自己決定権法」を制定する契機となった<sup>41)</sup>。

#### ③ジャック・キボーキアン事件（1998年）<sup>42)</sup>

キボーキアンは、1990年に最初の自殺援助を行い、以後130人以上の自殺援助をした。1998年、トーマス・ヨークに直接薬物を投与したことにより、積極的安楽死をさせた罪で禁固10-25年の殺人罪に問われ目下服役中であるが、彼は控訴するつもりである。キボーキアンが最終的に安楽死の基本的原理として標榜してきたのは、「自己決定権」であった<sup>43)</sup>。

#### （2）カリフォルニア州自然死法（1976年）と医療における持続的委任権法（1983年）<sup>44)</sup>

1976年に制定されたカリフォルニア州自然死法は、世界で最初に「リビング・ウィル」を法制化した法律として有名であり、「末期状態になった時に、生命維持装置を中止するか取り外すようにと、18歳以上の者が知的精神判断能力がある間に、医師に対して文書をもって指示する書面を作成しておく権利をカリフォルニア州民に認める」という内容になっている。すなわち、リビング・ウィルを前もって作成した個人の自己決定権が何年か後にその人が終末期になった時に発効されることを、法的に保障したものである<sup>45)</sup>。

さらに、カリフォルニア州は1983年に「医療における持続的委任権法」を制定した。これはリビング・ウィルを法的に発効すると同時に発効するもので、リビング・ウィルが発効する段階では自分の判断能力がなくなることから、住民は「自分の意思決定を代行してもらう人を前もって委任しておくような法律」ができることを希望し、制定された<sup>46)</sup>。今日では、全ての州がリビング・ウィルか持続的委任権法を制定しており、大部分の州ではその両方を認めている<sup>47)</sup>。

#### （3）オレゴン州尊厳死法（1997年）<sup>48)</sup>

オレゴン州の尊厳死法は、1994年11月8日に住民投票が行われ、51.3%の賛成票を得て法制化されたが、反対派がアメリカ憲法違反疑いを訴え、連邦地方裁判所から法制化手続きが差し止められた。そして1995年には「法案は違憲である」という理由で、法制化手続きの差し止めの判決が下された。しかし、1997年の住民投票の結果、「オレゴン州尊厳死法廃

止案」について、賛成40%に対して反対60%という結果となり、やっと法制化された<sup>49)</sup>。そして待機期間もクリアして、「オレゴン州尊厳死法」は正式に制定された<sup>50)</sup>。

この法律は、アメリカで初めての「医師による自殺幫助容認の法律」であり、つまり、自発的積極的安楽死や慈悲殺（患者が要請しないのに生かしておくのはかえってかわいそうな目に遭わせると第三者が思い込んで患者を死に至らしめること）は、禁じられている。つまり、担当医あるいは立会い医師等複数の医師によって、不治の病で良くなる見込みが全くない終末期の病気にかかっていて適切な医学的判断に基づいて半年以内に死亡すると判断された知的精神的判断能力がある成人末期患者が、自発的に医師に懇請して、厳格な規則の手順<sup>51)</sup>を踏んだ上で、致死量の薬物の処方箋を書いてもらうことを法的に容認したにすぎない。処方箋を貰った患者が、その薬物を服用してもしなくても自由であり、処方箋を与えたからといって、医師は患者を死に追いやるわけではないのである<sup>52)</sup>。

連邦政府は「連邦政府管理取締り物法（federal Controlled Substances Act：CSA）」を改正し、2001年11月6日にアメリカ司法長官ジョン・アシュクロフトは指令を交付した。アシュクロフトは、自殺幫助に連邦政府が制限している物質を処方したり、販売したり、投与することは、たとえ州法でそのような行為を認めていても、あるいは許していても、「連邦政府管理取締り物法」に違反していると結論し、この法律を理由に「オレゴン州尊厳死法」を無効にする行動に出た<sup>53)</sup>。2004年5月26日、サンフランシスコ連邦高裁は、安楽死を補助した医師に処罰を求めるアシュクロフト司法長官の指示を「越権行為」と判断し、連邦政府の介入権限を退ける判決を下した<sup>54)</sup>。

オレゴン州では、同法に基づいて1997年以降、約170人が自ら死を選び、真剣に検討した患者の1%程度であった<sup>55)</sup>。

## 2) オランダにおける安楽死

2001年4月に「要請に基づく生命の終結と自殺幫助の審査手続き、および刑法と遺体埋葬法改正」が成立した。これは厳格な条件のもとでのみ医師の積極的安楽死と自殺幫助措置の違法性を問わない<sup>56)</sup>としたもので、事実上、安楽死を認めた国として世

界に大きな波紋を与えた<sup>57)</sup>。

### (1) オランダにおける安楽死が問題とされた裁判例

オランダにおける安楽死論争の起こりは、1971年に起こったポストマ医師安楽死事件であり、それ以来安楽死が刑法上の犯罪であるかどうかについて、オランダでは判例が積み重ねられてきた。1984年のアルクマール事件では、オランダ最高裁判所での初の積極的安楽死事件の判決が出された<sup>58)</sup>。

#### ①アルクマール事件（1984年）<sup>59)</sup>

M（95歳女性）は、1976年から彼女のホーム・ドクターであった被告人に対し、過去数年何回も医学的に生命を絶ってくれるかたずね、1980年4月には書面による積極的安楽死の意思表示をしていた。Mはますます生命を絶つことを強く望み、身体も目に見えて衰弱した。被告人は、M、Mの息子夫婦、被告人のアシスタント医師とMの依頼について話し合い、Mの死にたいとの希望を再度確認した上で、薬剤の投与による積極的安楽死を行った<sup>60)</sup>。

アルクマール地方裁判所は被告人を無罪とし、アムステルダム控訴裁判は被告人を有罪とし、最高裁判所は嘱託殺人（刑法293条）の事案に不可抗力・緊急避難の適応があり得ることを認め、被告人の刑事責任を問わない判決を下した<sup>61)</sup>。

この判決によって、オランダは、「本人の意思に基づいて真摯に要請された医師による安楽死の容認」の法的保障に向けて、顕著な発展を見ることになった<sup>62)</sup>。

### (2) オランダの自発的安楽死の定義（1996年）

自発的安楽死とは、①本人の意思ならびに真摯で持続的な要請に基づいて医師が患者の生命を短縮して安楽死させた場合、②本人の意思ならびに真摯で持続的な要請に基づいて医師が患者の自殺を幫助した場合をいう<sup>63)</sup>。

### (3) 要請に基づく生命の終結と自殺幫助の審査手続き、および刑法と遺体埋葬法改正（2001年4月成立）<sup>64)</sup>

積極的安楽死と自殺幫助が刑法上の罪であることは変わらないが、これは厳格な条件のもとでのみ医師の積極的安楽死および自殺幫助措置の違法性を問

わないとしたものである。

上院で可決された本法案では、医師に対し以下の6つの「相当なケア基準」<sup>65)</sup>を要求している。

①患者が任意にかつ注意深く考慮された要請を行ったということを確信していなければならない、②患者の苦痛耐えがたく、かつ回復の見込みがないことを確信していなければならない、③患者に本人の現状とこれからの見込みを伝えていなければならない、④患者の状態にかんがみて、患者と共に合理的な代替策がないという結論に達していなければならない、⑤患者を診断し、上記の①および②に示される相当なケア基準に関する意見書を提出した中立医の少なくとも1人に意見を求めているとあってはならない、⑥適切な医療処置および配慮のもとで患者の生命を終結させること、または自殺幫助していなければならない。

要請に基づく生命の終結と自殺幫助のために地方審査委員会が設立され、担当医が「相当なケア基準」に従って行動したかを評価している<sup>66)</sup>。

刑法はこの法律に基づいて改正された。本人の意思表示および真摯な要請に基づき他者の生命を終結させた者や意図的に他者の自殺を幫助したり自殺手段を提供した者は、犯罪であるが、「相当なケア基準」を満たした医師によって行われ、医師がその行為を自治体の病理医に通知した場合は、処罰は免責できる、と改正された<sup>67)</sup>。

#### (4) オランダで安楽死が社会に受け入れられやすい理由

オランダにおける安楽死の社会的容認の理由<sup>68)</sup>は以下のことがあげられる。

- ①1973年以来の安楽死容認に向けての歴史的な重みがある。
- ②オランダの医療制度ではホーム・ドクター制度があり、医師と患者・家族との医師の疎通がはかれていること、自宅で死亡する患者が多いこと、末期医療も家庭で行われて往診も頻繁に行われ安楽死の希望が自主的なものか妥当なものが判断できる。
- ③人口密度が高い一方、多様性を容認する個人主義の社会からなる。
- ④宗教的に寛容であるばかりでなく倫理的にも寛容な国柄である。
- ⑤価値観の多様性を受け入れ、思想・表現の自由

を重んじる民主的な国民である。

- ⑥オランダ社会では、種々な思想や主義あるいは考え方が共存している。
- ⑦オランダ人は、安楽死のような人道的な事柄に興味と関心をもっている。
- ⑧他人の意見を尊重する傾向が強く、公開の席でオープンに討論することを好む。
- ⑨オランダ国民の87%が、ある事柄について自分と反対意見をもっている他人に対して寛容である。

#### (5) オランダの安楽死の現状

オランダでは、1990年に安楽死の届出が義務づけられた。1990年と1995年の年間死亡者数それぞれ129,000人、135,500人に対して、積極的安楽死の要請は7%, 7.1%, 積極的安楽死1.8%, 2.1%, 自殺幫助0.3%, 0.3%, 間接的安楽死17.5%, 14.8%, 消極的安楽死17.5%, 20.1%, 非自発的安楽死0.8%, 0.7%とある。非自発的安楽死となった主たる理由は、患者が判断能力を失ったからであるが、判断能力がある場合も15%ある。その時の理由は、死を終わらせることが患者にとって最良であると医師が判断したからに他ならない<sup>69)</sup>。

2002年の安楽死は1,882件で、うち5件は手続きに疑問があり、検察当局が殺人の疑いもあるとして調査中であるとオランダ安楽死評価委員会は発表した<sup>70)</sup>。そして、2003年の安楽死は、1,815件だったとオランダ保健省は発表した<sup>71)</sup>。

オランダのヘンク・A・M・J・テン・ハーフ氏は、緩和ケアが普及することで積極的安楽死や自殺幫助が減少する可能性を示唆しており<sup>72)</sup>、緩和ケアの重要性を指摘している。

#### 3) 日本、アメリカ、オランダにおける自然死・尊厳死・安楽死の見解

##### (1) 自然死・尊厳死の見解

尊厳死の定義を前述してきたが、下記にまとめる。

- ①助かる見込みのない患者に延命医療を実施することを止め、人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えさせるもの。(日本学術会議1994年)
- ②「不治かつ末期」になったとき、自分の意思で延命治療をやめてもらい安らかに、人間らしい死をとげること。(日本尊厳死協会)

③本人の自発的意思で延命治療を中止し、人工呼吸器等の医療機器を用いた医療処置によらない自然な状態で、寿命がきたら自分らしく迎えられることのできる死（自然死）。(カレン・クインラン事件1976年、カリフォルニア州自然死法1976年、ワシントン州自然死法1979年、ナンシー・クルーザン事件1990年、厚生労働省「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」1994年)

④苦しむのを長引かせないため、延命治療を中止する。(横浜地裁1995年)

⑤医師による自殺幫助を容認する。(オレゴン州尊厳死法1997年)

①～④までは、延命治療実施の中止という点で共通し自然死と考えてよいと思うが、⑤は自殺幫助を含んでおり、①～④とは区別する必要がある。

1976年のカレン・クインラン事件の影響から、カリフォルニア州では1976年にワシントン州では1979年に「自然死法」を制定している。生命維持装置のような延命治療による医療の介入をやめて、寿命がくれば息を引き取れるように自然の状態にしておいて欲しいという住民の願いをかなえるための法律である<sup>73)</sup>ので、自然死と命名している。同様な法律が他の州でも法制化されるにつれて、自然の状態でその人らしい死を迎えることは自己の尊厳を守りながら死ぬことであると考えて、「尊厳死法」と命名する州もでてきて<sup>74)</sup>、自然死すなわち尊厳死という概念が広がった。日本においても、尊厳死は自然死という概念である。しかし、オレゴン州尊厳死法は医師による自殺幫助容認の法律であり、オレゴン州尊厳死法の尊厳死は、自殺幫助を含む広い意味として使われている。

## (2) 安楽死の見解

安楽死は、オランダでは、患者の自発的な要請に基づいた医師による積極的安楽死および自殺幫助が自発的安楽死である。「医師による自発的積極的安楽死」と「医師による自殺幫助」は、方法は異なるが、いずれも「本人の真摯で持続的な自発的要請により医師が患者を幫助して、その結果、患者の生命を短縮して希望通りに死を迎えさせる行為」であり、「真の意味での安楽死」として理解され用いられている<sup>75)</sup>。表現する際、医師の積極的行為によらない安楽死、つまり医師による患者の自殺幫助を積極的

安楽死とはいわず、「医師による患者の自殺幫助」として区別している<sup>76)</sup>。

日本における消極的安楽死の定義（1995年横浜地裁判決）だが、「消極的安楽死の方法は、治療行為の中止の範疇に入る行為で、動機・目的が肉体的苦痛から逃れることにある場合であると解されるので治療行為の中止としてその許容性を考えれば足りる、これは、いわゆる『尊厳死』の問題である」としているし、また真の意味での安楽死は前述の「医師による自発的積極的安楽死」と「医師による自殺幫助」が、本人の真摯で持続的な自発的要請により医師が患者を幫助して、その結果、患者の生命を短縮して希望通りに死を迎えさせる行為であるため、筆者としては、消極的安楽死とは使用せず、尊厳死と用いたほうがよいと思われる。

## 3. 尊厳死・安楽死の是非

尊厳死や安楽死について、今までに世界中で多くの議論がなされていて、今後も続いていくと思う。本論文では、日本、アメリカ、オランダについての状況を述べてきた。3つの国の状況を踏まえて、尊厳死と安楽死の是非について筆者の意見を述べる。

### 1) 尊厳死の是非

尊厳死は延命治療を中止する自然死であるので、成人患者で知的精神判断能力がある間に明確な意思表示があれば、3つのすべての国で容認されている。アメリカやオランダでは法的に認められているが、日本においては法的に定められていない。そのため、日本では、日本尊厳死協会発行のリビング・ウィルを医師や家族等が十分理解していくことが必要となる。事実、日本尊厳死協会会員の5%は尊厳死ができなかった<sup>77)</sup>。その5%の人々が具体的にどのような状況だったのかは不明であり、詳細な分析はできないが、患者の自己決定権を尊重していくことは重要である。

### 2) 安楽死の是非

自発的積極的安楽死については、オランダを除いた他の2つの国は容認されていない。医師による自殺幫助についても、オレゴン州尊厳死法は州法であり、2001年に連邦政府から無効にする指令が出た（2004年5月26日、サンフランシスコ連邦高裁は、連邦政府の介入権限を退ける判決を下した）ことに



より、アメリカ連邦政府は容認していないのであり、容認している国は3つの中でオランダのみである。

オランダでは、自発的な要請に基づいた医師による積極的安楽死および自殺幫助を厳格な条件のもとに認めているのは、社会に受け入れやすい理由があるからである。国によって文化や価値観は違うので、オランダ国民が安楽死を支持していることから、その国民の要望にに応じていくことが必要だと思うが、テン・ハーフ氏は「緩和ケアが普及していくことで、安楽死が減少する可能性」<sup>78)</sup>を示唆し、緩和ケアの重要性を指摘している。オランダは、ホーム・ドクター制度があり、50%が在宅で死亡<sup>79)</sup>している。柳堀素雅子氏は「オランダにおいて、ごく少数の医師しか死にゆく患者への緩和ケアを身につけていないという現実がある」<sup>80)</sup>「オランダではまだホスピスの考え方は一般には受け入れられていない」<sup>81)</sup>と指摘している。テン・ハーフ氏が示唆しているように、ホスピス・緩和ケアが普及することで安楽死を望む患者が減少していくことを筆者も願うのである。

日本における積極的安楽死は、横浜地裁の四要件を全て満たさなければ違法である。また、積極的安楽死に対する日本国民の反応は、2003年の終末期医療に関する調査結果によると容認されていない。また、自殺行為自体は刑法においては不可罰であるが、自殺関与罪は刑法202条と203条に規定されて処罰されることから自殺幫助は犯罪であり、自殺行為自体をも認めているわけではない。

筆者の安楽死の是非を述べる前に、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（2004年7月、日本ホスピス緩和ケア協会に名称変更）におけるホスピス・緩和ケアの基本的な考え方を紹介すると、「ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のQOLの向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケア」を意味する。そしてそのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される<sup>82)</sup>。

また、ロナルド・ドゥオーキン氏は、死の決定に関する3つ論争<sup>83)</sup>について述べており、その3つは①自己決定あるいは自律性（Autonomy）、②最善の利益（Best Interests）、③神聖さ（Sanctity）、であるとしている。

生命は尊く神聖であり、患者や家族にとっての自己決定・最善の利益はホスピス・緩和ケアの考え方

に含まれるものと思われる。患者の権利として日本国憲法13条の自己決定権が認められているが、法には規制もある。筆者は、自殺幫助、積極的安楽死よりも日本ではホスピス・緩和ケアの充実が先決であり<sup>84)</sup>、自己決定権の範囲は日本の法が認める範囲と思うので、自殺幫助、積極的安楽死は認められない。そして、ホスピス・緩和ケアが充実され、それでも患者が自殺幫助や積極的安楽死を望む傾向にあれば、そこから自殺幫助や積極的安楽死の論議がはじまるのではないかと考える。

### Ⅲ. 尊厳ある死

#### 1. 狭義の尊厳死と広義の尊厳死

尊厳死の定義については、前述したように、延命治療実施の中止という点で共通している自然死とするものと、自殺幫助を含むものに分かれた。

星野一正氏は、以下のように尊厳死を狭義と広義に区別することを提唱している。

「狭義の尊厳死」は元来の自然死＝尊厳死とし<sup>85)</sup>、医師による自発的安楽死とか自殺幫助を受けての死など「自己の尊厳を守るためのその他の死の迎え方」を個人の「尊厳ある死」あるいは「広義の尊厳死」として区別する<sup>86)</sup>。

伊藤道哉氏は、尊厳死を以下のように説明している。

「終末期に生命維持装置による医療の介入をやめ、寿命がきたらいつでも自分らしく死ぬことができるのは、自己の尊厳を保った自分らしい死の迎え方、つまり尊厳死をすることである」とする尊厳死を「狭義の尊厳死」と表現する（ただし、本人のリビング・ウィルが必須となる）。自己の尊厳を保った自分らしい死、すなわち、「尊厳ある死」ならば、方法を問わず、すべて尊厳死であると解釈する人々も出て、用語の混乱があるので、「狭義の尊厳死」に対して、他の「尊厳ある死」を「広義の尊厳死」として区別することを提唱している<sup>87)</sup>。

清水哲郎氏は、「尊厳ある死」について以下のように述べている。

尊厳ある死 (Death with Dignity - 本来の意味での「尊厳死」) とは、人間としての尊厳を保って死に至ること、つまり、単に「生きた物として」ではなく、「人間として」扱われ、「人間として」死に到ること、ないしそのようにして達成された死を指す<sup>88)</sup>。現在の「尊厳死」という用語はある限定された状況での特定の死に方を指すものとして使われる傾向があり適切ではない<sup>89)</sup>。

残りの人生をよりよいものにするために、個々の選択がなされ、個々の患者に応じたケアがなされるその延長上で、まさにターミナル段階に至った際に、生命維持装置をするかしないか、あるいはやめるかやめないか、また蘇生術を施すかどうかといったことが見極められる。こうして死に至る一歩手前まで患者と向き合い、患者と共にあるケアの実践が志向されていて、このようにして最後まで生きることこそ、「人間としての尊厳を保つ死」という言葉で私たちが期待していることではないだろうか<sup>90)</sup>。

以上のように、尊厳死の概念が自然死から医師による自殺補助まで広がっていったのは、「人間として尊厳を保つ死が個々人にとってどのような死であるのか」という本来の意味での尊厳死を追究していった結果ではないかと思われる。筆者の考える「尊厳ある死」とは、「自己の尊厳を保った自分らしい死」とする。

## 2. 尊厳ある死

「自己の尊厳を保った自分らしい死」とは具体的にどのような死をさすのであろうか。「自己の尊厳を保ち自分らしい死」には、患者自身の思いや希望からくる自己決定が大きく影響してくる。患者自身が自分らしい死をどのように迎えたのかを把握することが必要である。患者が望むことが考えられる死を予測すると、次の5通りがあげられる。そして、次の5通りについて筆者が尊厳ある死として認められるものと認められないものに分けることにする。

患者が望むことが考えられる死 (5通り)

- ①末期状態になった場合、過剰な延命治療を中止して迎える自然な死。(狭義の尊厳死)
- ②意識の回復の見込みのない遷延性意識障害になった場合、過剰な延命治療を中止して迎える自然な死。(狭義の尊厳死)

③ホスピス・緩和ケアを受けて迎える死。

④患者にインフォームド・コンセントが十分に行われ、患者の自己決定において最期まで延命治療を受け、生に向けての闘病の末に迎えた死。

⑤末期における苦痛を取り除くために、医師による積極的安楽死や自殺補助で迎える死。

この5通りの死について、筆者が認められるか否かを考えてみる。①および②については、患者自身のリビング・ウィルがある場合やまたは書面がなくても家族および家族以外の者に告げた明確な意思表示がある場合は、延命治療を中止して死を迎えることを認めてもよいと考える。その治療行為の中止の対象となる措置については、1995年の横浜地裁の判決において示してあり、その内容は、薬物投与、化学療法、人工呼吸器、人工透析、輸血、栄養・水分補給等、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処置、さらには生命維持のための治療措置等、すべてが対象となっている<sup>91)</sup>。延命治療の行為に前述のような種類があることを考えると、延命治療とひとくくりでまとめてしまうのはどうであろうか。患者の中には、種類によって中止してほしいものと中止してもらいたくないものもあるかもしれない。患者がリビング・ウィルを作成する場合は、十分に説明を行った上で、もしも中止してほしい治療行為がある場合は、その旨を記入して、患者の意思に添った内容にしていく必要があると考える。③については、ホスピス・緩和ケアは治癒不可能な疾患の終末期にある患者とその家族のQOLの向上のために行われるケアであるので、患者にとって最も自己の尊厳を保つ自分らしい死が迎えられるのではないかと考える。筆者はこのケアを受けて迎える死を勧めたい。④については、患者によっては、あらゆる治療を受け、最期まで病気と闘うことが自分らしいと考える人もいるかもしれない。患者自身の自己決定によるものであれば、認めてよいと考える。⑤については、オランダにおいて厳格な条件のもとでのみ医師による自発的積極的安楽死や自殺補助が実施されており、それによって迎えた死は患者にとっては自己の尊厳を保った自分らしい死ではないとはいえない。しかし、筆者は、積極的安楽死や自殺補助については、生命の尊さ・日本の終末期医療の不十分さ・日本社会では認められていない(法および終末期調査結果からもいえる)ことから容認できないので、⑤についての死は認められないとする。

積極的安楽死や自殺幫助は、患者が苦痛から逃れるために医師に死を願うのであり、これらより前にホスピス・緩和ケアを受けることで、積極的安楽死や自殺幫助を希望していた気持ちに変化するかもしれないと思うので、終末期医療の充実を望むのである。

#### Ⅳ. 結 語

筆者が考える「尊厳ある死とは、自己の尊厳を保った自分らしい死」とする。そして、筆者が認める「尊厳ある死」とは、①末期状態になった場合、過剰な延命治療を中止して迎える自然な死、②意識の回復の見込みのない遷延性意識障害になった場合、過剰な延命治療を中止して迎える自然な死、③ホスピス・緩和ケアを受けて迎える死、④患者にインフォームド・コンセントが十分に行われ、患者の自己決定において最期まで延命治療を受け、生に向けての闘病の末に迎えた死、とし、医師による積極的安楽死および自殺幫助は認めないものとする。ただし、筆者は、尊厳ある死として4通りの死を認めているとしても、終末期医療が目指してほしいのは、③のホスピス・緩和ケアを受けて迎える死である。ホスピスや緩和ケアは死を早めることも遅らせることもせず、残された患者の人生が患者や家族にとって価値のあるものとして過ごせるように、可能な限り人間らしく快適な生活が送れるように提供される。このような死が迎えられる終末期医療の充実を目指していくことが重要であると考えます。

#### 謝 辞

この研究にあたり、ご指導をいただいた熊本県立大学大学院 永尾孝雄教授に感謝の意を表します。

#### 付 記

本論文は、平成15年度熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科アドミニストレーション専攻修士論文「尊厳ある死と末期医療－ホスピス・緩和ケアの充実を目指して－」の一部を加筆修正したものである。

#### 注

- 1) 星野一正「安楽死・尊厳死を理解するためのキーワード」(『ターミナルケア』Vol. 6, No. 2, 1996年) 101頁.
- 2) 星野一正, 同掲稿, 108頁.
- 3) 星野一正, 同掲稿, 108頁.
- 4) 星野一正, 同掲稿, 101頁.
- 5) 厚生省, 日本医師会編『末期医療のケア』中央法規, 1989年, 3頁.
- 6) 厚生労働省医政局総務課「終末期医療の調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－」, 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji>, 2004. (2004年11月11日)
- 7) 秋葉悦子「第一部 安楽死 第一章 判例」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 2～36頁.
- 8) 小笠原信之『許されるのか? 安楽死』緑風出版, 2003年, 11～12頁.
- 9) 秋葉悦子, 前掲稿, 7～9頁.
- 10) 秋葉悦子, 前掲稿, 8頁.
- 11) 町野朔「東海大学安楽死判決覚書」(『ジュリスト』No. 1072, 有斐閣, 1995年) 106～115頁.
- 12) 町野朔, 同掲稿, 111頁.
- 13) 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会「末期医療に臨む医師の在り方についての報告(平成4年3月9日)」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 294～304頁.
- 14) 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会, 同掲稿, 300頁.
- 15) 日本医師会第Ⅲ次生命倫理懇談会, 同掲稿, 297頁.
- 16) 厚生省, 日本医師会編, 前掲書, 3～18頁.
- 17) 厚生省健康政策局総務課・大臣官房統計情報部人口動態統計課「末期医療に関する国民の意識『末期医療に関する国民の意識調査等検討会』報告書から(平成6年3月)」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 315～333頁.
- 18) 厚生省健康政策局総務課「末期医療に関する意識調査等検討会報告書(1998年)」(厚生省健康政策局総務課『21世紀の末期医療』中央法規出版, 2000年) 2～28頁.

- 19) 厚生労働省医政局総務課「終末期医療の調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－」, 厚生労働省ホームページ  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji>, 2004. (2004年11月11日)
- 20) 厚生省健康政策局総務課, 前掲書, 2000年, 13頁.
- 21) 厚生省健康政策局総務課, 前掲書, 2000年, 13頁.
- 22) 厚生労働省医政局総務課「終末期医療の調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－」, 厚生労働省ホームページ  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji>, 2004. (2004年11月11日)
- 23) 日本学術会議死と医療特別委員会「死と医療特別委員会報告・尊厳死について(平成6年5月26日)」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 146～152頁.
- 24) 日本学術会議死と医療特別委員会, 同掲稿, 147頁.
- 25) 日本学術会議死と医療特別委員会, 同掲稿, 148頁.
- 26) 日本学術会議死と医療特別委員会, 同掲稿, 150頁.
- 27) 日本学術会議死と医療特別委員会, 同掲稿, 149頁.
- 28) 町野朔, 前掲稿, 109～112頁.
- 29) 町野朔, 前掲稿, 112頁.
- 30) 日本尊厳死協会ホームページ  
<http://www.songenshi-kyokai.com/> (2004年11月11日)
- 31) 日本尊厳死協会ホームページ  
<http://www.songenshi-kyokai.com/> (2004年11月11日)
- 32) 毎日新聞, 2003年12月8日.
- 33) 毎日新聞, 同掲稿.
- 34) 清水一成「第二部 第二章 II 尊厳死判例」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 178～200頁.
- 35) 清水一成, 同掲稿, 180～185頁.
- 36) 清水昭美「著名事件から考える倫理問題」(INR 日本版編集委員会編集『臨床で直面する倫理的諸問題』日本看護協会出版会, 2001年) 109～118頁.
- 37) 清水一成, 前掲稿, 178頁.
- 38) 清水一成, 前掲稿, 194～200頁.
- 39) 清水一成, 前掲稿, 194～200頁.
- 40) 清水一成, 前掲稿, 200頁.
- 41) 清水一成, 前掲稿, 178頁.
- 42) ジャック・キボーキアン氏に関する詳しい内容は, この文献を参照されたい。ジャック・キボーキアン氏が末期患者の自殺補助を行ってきた経過やジャック・キボーキアン氏の「自己決定権」の考えに対する批判等が述べられている。棚橋實「安楽死と自己決定権－ジャック・キボーキアンをめぐって－」(『医療と倫理』No. 3, 日本医学哲学・倫理学会 関東支部, 2001年) 81～91頁.
- 43) 棚橋實, 同掲稿, 86頁.
- 44) 星野一正『わたしの生命はだれのもの』大蔵省印刷局, 1996年, 15～18頁.
- 45) 星野一正, 同掲書, 1996年, 15頁.
- 46) 星野一正, 同掲書, 1996年, 17頁.
- 47) ロナルド・ドゥオーキン著, 水谷秀夫・小島妙子訳『ライフズ・ドミニオン』信山社, 1998年, 305頁. Ronald Dworkin『LIFE'S DOMINION』A DIVISION OF RANDOM HOUSE, INC., 1994年, 188頁.
- 48) 星野一正, 前掲書, 1996年, 225～230頁.
- 49) 星野一正「オレゴン州尊厳死法の住民投票による容認」(『時の法令』1558号, 1997年11月30日) 57～62頁.
- 50) 星野一正「オレゴン州尊厳死法制定後の賛否両論」(『時の法令』1560号, 1997年12月30日) 61～64頁.
- 51) 「オレゴン州尊厳死法」には, 医師による自殺補助に際しての歯止め事項や実施の順序がある. 星野一正, 前掲書, 1996年, 226～230頁.
- 52) 星野一正, 前掲稿, 1997年12月30日, 61～64頁.
- 53) 星野一正「連邦司法長官らを訴えたオレゴン州」(『時の法令』1662号, 2002年3月30日) 70～73頁.
- 54) 産経新聞, 2004年6月2日.
- 55) 産経新聞, 2004年10月6日.
- 56) 五十子敬子訳「要請に基づく生命の終結と自殺補助の審査手続き, および刑法と遺体埋葬法改正」(生命倫理と法編集委員会編『資料集 生命倫理と法』太陽出版, 2003年) 333～337頁.

- 57) 三井美奈『安楽死のできる国』新潮社, 2003年, 51～53頁.
- 58) 星野一正, 前掲書, 1996年, 133～135頁.
- 59) 安村勉「第一部 第三章 オランダの安楽死問題」(町野朔他『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社, 1997年) 73～76頁.
- 60) 安村勉, 同掲稿, 73頁.
- 61) 安村勉, 同掲稿, 73～74頁.
- 62) 星野一正, 前掲書, 1996年, 135頁.
- 63) 星野一正, 前掲稿, 1996年, 102頁.
- 64) 五十子敬子, 前掲稿, 2003年, 333～337頁.
- 65) 五十子敬子, 前掲稿, 2003年, 333頁.
- 66) 五十子敬子, 前掲稿, 2003年, 334頁.
- 67) 五十子敬子, 前掲稿, 2003年, 335～336頁.
- 68) 星野一正, 前掲書, 1996年, 165～167頁.
- 69) 高橋隆雄「第5章 安楽死について」(高橋隆雄, 田口宏昭編『よき死の作法』九州大学出版会, 2003年) 177頁.
- 70) 産経新聞, 2003年5月3日.
- 71) 共同通信, 2004年5月28日.
- 72) ヘンク・A・M・J・テン・ハーフ, 南千穂通訳, 公開講演「オランダ安楽死の実情と課題」第22回日本医学哲学・倫理学会大会, 2003年11月23日講演.
- 73) 星野一正「本人の意思による死の選択 アメリカにおける最近の安楽死法制化運動」(『時の法令』1482号, 1994年9月30日) 56頁.
- 74) 星野一正, 前掲稿, 1994年9月30日) 56頁.
- 75) 星野一正, 前掲稿, 1996年, 102頁.
- 76) 星野一正, 前掲書, 1996年, 35頁.
- 77) 毎日新聞, 2003年12月8日.
- 78) ヘンク・A・M・J・テン・ハーフ, 南千穂通訳, 公開講演「オランダ安楽死の実情と課題」第22回日本医学哲学・倫理学会大会, 2003年11月23日講演.
- 79) 柳堀素雅子「オランダにおける安楽死—その背景と実態の分析—」(『医学哲学 医学倫理』No. 20, 日本医学哲学・倫理学会, 2002年) 20頁.
- 80) 柳堀素雅子, 同掲稿, 21頁.
- 81) 柳堀素雅子, 同掲稿, 25頁.
- 82) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会ホームページ <http://www.angel.ne.jp> (2003年12月5日). 日野原重明『よく生きる』2002年, 88頁.
- 83) ロナルド・ドゥオーキン著・水谷秀夫・小島妙子訳, 前掲書, 308～317頁. Ronald Dworkin, 前掲書, 190～196頁.
- 84) 終末期医療の現状について, アメリカ, イギリス, オランダ, 日本を比較し, 日本における末期医療の課題を挙げ, 日本の終末期医療に必要なことを述べている. 具体的には, ①患者の自己決定権の尊重, ②ホスピス・緩和ケア施設の増加, ③在宅ホスピスの推進, ④ホスピス・緩和ケア専門家の活躍による一般病院等でのホスピス・緩和ケア教育の拡大, ⑤資格取得のための研修や大学院進学に対する病院等施設側の理解の拡大, ⑥死の準備教育に対する理解の拡大, ⑦ホスピス・緩和ケア研究の推進, ⑧ホスピス・緩和ケア入院対象者の検討, の必要性を示した. 川本起久子「尊厳ある死と末期医療—ホスピス・緩和ケアの充実を目指して—」(『熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科アドミニストレーション専攻平成15年度修士論文』2004年) 49～85頁.
- 85) 星野一正, 前掲稿, 1996年, 108頁.
- 86) 星野一正, 前掲書, 1996年, 33頁.
- 87) 伊藤道哉『生命と医療の倫理学』丸善, 2002年, 161頁.
- 88) 清水哲郎「尊厳ある死・安楽死の概念と区分」清水哲郎ホームページ <http://www.sal.tohoku.ac.jp/~shimizu/euthanasia/euth-def.html> (2004年11月11日)
- 89) 清水哲郎「死を看取る医療」(坂井昭宏編著『安楽死か尊厳死か』北海道大学図書館刊行会, 1996年) 65頁.
- 90) 清水哲郎, 同掲書, 73頁.
- 91) 町野朔, 前掲稿, 112頁.

## 参考文献

- アルフォンス・デーケン『よく生きよく笑いよき死に出会う』新潮社, 2003年.
- 生井久美子『人間らしい死をもとめて』岩波書店, 1999年.
- 植村和正, 井口昭久「安楽死と尊厳死—法律的考察—」(『生命倫理』Vol. 9, No. 1, 日本生命倫理学会, 1999年) 116～120頁.
- 柏木哲夫『ターミナルケアとホスピス』大阪大学出版会, 2001年.

澤田愛子『末期医療からみたいのち』朱鷺書房，  
1996年．

霜田求「第十一章 死をめぐる問い」（石崎嘉彦，  
山内廣隆『人間論の21世紀的課題』ナカニシヤ  
出版，1997年）197～214頁．

ジャネット・あかね・シャボット，星野一正監修  
『自ら死を選ぶ権利－オランダ安楽死のすべて  
－』徳間書店，1995年．

高橋隆雄編『ヒトの生命と人間の尊厳』九州大学出  
版会，2002年．

立山龍彦『新版 自己決定権と死ぬ権利』東海大学

出版会，2002年．

日野原重明『よく生きる』日本工業新聞社，2003年．

平沢一郎『麻薬・安楽死の最前線－挑戦するオラン  
ダー』東京書籍，1996年．

（平成17年1月24日受理）

川本起久子

〒861-5598 熊本市和泉町325番地

熊本保健科学大学

保健科学部 看護学科

## Stady of Dying with Dignity

Kikuko KAWAMOTO

### Abstract

The Ministry of Health, Labour and Welfare reported a study of terminal care in July, 2004. As it indicates, people have a growing interest in terminal care. If people were terminal conditions with their pain, they don't agree about merely treatments of the prolongation. The term entitled "death with dignity" happened to confuse because it began to be used widely from "natural death" to "aiding and abetting suicide by doctors".

In this article, America, Holland and Japan were verified regarding the use of the terms "death with dignity" and "euthanasia", and the meaning of dying with dignity was examined. In conclusion, "death with dignity" was defined as "dying in a personal manner maintaining one's dignity". The author's viewpoint regarding dying with dignity is presented.