

# 安楽死とケアリング

— 1997年、アメリカ最高裁判決からの検討 —

藤 井 薫

## はじめに

本稿は、これまで我が国で論じられてきた安楽死についての議論に、多大な影響を与えてきた米国での生死にまつわる自己決定権の議論を検討することを目的とする。これまでの医療訴訟における判例や、厚生労働省の『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』に基づき、現在の我が国での終末期医療は行われている。

一般的に安楽死として認識されている語義の規定<sup>1)</sup>のうちにも、それらの複雑さは表れている。ここでは議論を始めるにあたり、重要な前提を二点確認しておく。第一に、我が国では積極的安楽死と医師による自殺幫助は認められていないという点である。第二に、終末期医療の中では、医療というシステムの中で全てがガイドライン通りに進めば問題は出ないという人間性への配慮を欠いた極端な技術論へと傾斜する傾向が指摘されている。

だが、これまでも多く論じられてきた安楽死の検討が必要なのはなぜだろうか。なぜなら①積極的安楽死や医師による自殺幫助は原理的には自殺と同義だが、それが広く市民的な共通認識として共有されているとは言えない。また、②積極的安楽死および自殺幫助が極端な死の選択であり、必ずしも広く一般社会における最善の選択であると言うことはできない。この点に注意を払い、本稿ではまず米国における議論を検討していきたい。

## 1. 安楽死と自殺幫助

### 1-1. アメリカの動向から

現在、我が国の安楽死について議論する上で最も注目されているのが、オランダとアメリカでの現状である。なぜならば、オランダとアメリカの一部の州では、日本では認められていない自発的積極的安楽死あるいは医師による自殺幫助が段階的に容認さ

れているからである。オランダでは2002年4月に積極的安楽死と自殺幫助の双方が法制化された<sup>2)</sup>。

それに対して、アメリカでは1997年にオレゴン州において、尊厳死法の制定で医師による自殺幫助が容認された。だが同年、連邦最高裁の逆転判決によりアメリカ合衆国では積極的安楽死、ならびに自殺幫助は認められないということになった<sup>3)</sup>。アメリカの、特に都市部においては様々な宗教観(死生観)が存在し、かつ人種的にも多様である。そのため、オレゴン州に限っては、積極的安楽死および医師の自殺幫助について見解の統一性が取れたかに見えた。だが、最終的に連邦最高裁判所では、死の問題に統一された見解をとることは大きな困難があり、積極的安楽死および医師による自殺幫助は容認されないという結論が提出された。総論を通し、積極的安楽死、あるいは医師による自殺幫助に対して全米医師会をはじめとして厳しい意見が多いとされる<sup>4)</sup>。このような事実を踏まえ、以下、アメリカでの議論の動向を整理していきたい。

### 1-2. 自殺についてのコモン・ローの伝統

1997年にアメリカ最高裁で争われた裁判では、自殺の「原因となる (causing)」あるいは「幫助する (aiding)」ことは、アメリカ合衆国憲法修正第14条に反しているか、否かという点が問題とされた。西欧的な民主主義国家は概ね自殺幫助は罪であり、国が自殺幫助を禁ずる事は、何も新しいことではなく、むしろそれらは、あらゆる人間のいのちの保護と保持に国がコミットしてきた長年の現れと考えるべきだ。このような主張の上で、最終的に最高裁では自殺幫助は認められないという判決が下された<sup>5)</sup>。合衆国は、深刻な罪として殺人を扱うことにより、いのちへの彼らのコミットを表してきた。そのコミットの上で、アメリカの大多数の州は、他者による自殺幫助について刑法上の刑罰を負わせる法律が存在している。アメリカの歴史において、コモン・ロー

と自由 (liberty) の均衡が裁判では常に問題とされ、700年以上もの間、コモン・ローの伝統は自殺と自殺幫助の双方を処罰している。以下は現代でも典拠とされる伝統的なコモン・ローの一節である。

自らを殺めるであろう人は、他者の殺害によって重罪を犯した人であろう。… (中略) …罪の有罪や処罰を避けるために自殺した人の現実あるいは個人的な財産は王へと没収された。… (中略) …もし人が人生の疲労のなかで自殺するのだとしたら、彼はなおいっそうの身体の痛みに耐え抜くことを望まないからだ。… (中略) …罪人の自殺の原理はどのような理由であれ、罰せられるべき殺害者である<sup>6)</sup>。

この一節は13世紀にブラックトンによって述べられた自殺についての考察の一部である。後、18世紀、19世紀には、同様な形でアメリカでもコモン・ローが適用されていく。思想的背景を踏まえることによって、合衆国で自殺幫助禁止の深いルーツが存在しているにもかかわらず、近年、それが再精査されているのは、なぜだろうかという問いが生じる。それは、もちろん、時代の変化によって自殺や他者危害の様態が変化し、その度ごとに、法廷はコモン・ローの解釈を重ねてきた。その結果が1997年の連邦自殺幫助制限法であると考えなくてはならない。

近年において再度コモン・ローの精査が行われたのは、医学における医療技術の急激な進歩が何よりも突出し、技術の進歩によって新たな死の概念が必要とされているという理由による。その結果として1981年に合衆国の大統領委員会によって『死の定義』という報告がなされたことが、安楽死の議論にも大きな影響を与えた。1997年に連邦最高裁判所で再度「積極的安楽死、あるいは医師による自殺幫助」禁止の判決が提出されたことの内に、私たちは、次のような洞察を必要としなければならない。つまり、連邦最高裁判所の判決は致死に至る病の影響によって患者が苛まれる死の望みが本質的には何なのかという問いを私たちに投げかけているのである。

### 1-3. 近年の米国の動向

自殺幫助が明らかに非法とされた、最も早い段階でのアメリカ制定法は1828年、ニューヨークで立法化された。1975年にワシントン州は合衆国犯罪

コードの一部見直しを行い、4年後自然死法を通じた。ワシントン州でのこの法制化での特筆すべき点は、延命措置を差し控えることは、自殺の構成要素ではないことを明示した点である。さらに1994年、オレゴン州は無記名投票を通じ、終末期の大人の患者に対して許容される医師の自殺幫助を「尊厳死法」として法制化した。オレゴン州の法制化から、多くの自殺幫助について提議がなされたが、他州では法制化されたところはなかった。ワシントン州、ニューヨーク州で自殺幫助は憲法違反にあたるのではないかという判断が生じていた。最終的に、1997年4月30日にクリントン大統領が医師による自殺幫助を提供する連邦基金を使用することを禁じる連邦自殺幫助制限法に署名し、一応の議論の終結がなされている<sup>7)</sup>。このように合衆国での安楽死、および医師による自殺幫助に関する法制化は、法制化に関する幾つかのメルクマールとなっている裁判での議論による十分な精査が行われているということが、現状で強調されなければならないだろう。それでは以下、1997年に連邦最高裁で論じられた重要な論点を確認していきたい。

## 2. 「死の権利」という言葉の虚構性

### 2-1. 1997年、米国最高裁判決

1996年秋、連邦最高裁はニューヨーク州、ワシントン州、両州の上告を受理し、審理を開始した。翌97年6月、最高裁は全員一致の判断で、両州の自殺幫助の禁止を支持する決定を行った。結論として連邦最高裁は「意図的な殺人を禁じて生命を守る」「自殺行為を防ぐ」「患者の治療者としての医師の役割を維持する」「弱い立場になる患者を、無関心や偏見、心理的金銭的な死のプレッシャーから守る」「安楽死への傾斜を回避する」等の理由により、ニューヨーク州が州市民の重要で価値ある利益を擁護していると認めた。

同時に連邦最高裁は、患者の自殺幫助を禁止するワシントン州法を支持する判断の中で連邦訴訟裁判所(第九巡回区)の見方を退けた。憲法修正第14条の正当な法の手続きにより守られるべき「自由の利益」が同州法によって侵害されたという、連邦訴訟裁判所の主張を却下した。つまり、同州法の規定は、この国の歴史に根ざした基本的人権と自由を特に守るものであると見たのである。

連邦最高裁は自殺幫助を禁じたこの国の歴史をたどり、その禁止は長い伝統に立つもので、いくつもの州で再検討され、そのたびに再確認されてきたものであると指摘した。連邦最高裁はまた、患者の利益には「死の権利」も含まれるという連邦訴訟裁判所の見解を退けた。最高裁は、正当な法の手続き条項の対象に自殺の権利、自殺を幫助する権利を含めるかどうかこそ、真の問題だととらえたのであった。連邦最高裁は、連邦訴訟裁判所が自殺幫助の権利を擁護するために人工中絶や治療の中止に関する過去の最高裁判例に安易に依拠していると批判した。ナンシー・クルーザン裁判<sup>9)</sup>における連邦最高裁の判断は、死の権利に関する憲法上の概念の拡大解釈によるものではなく、むしろ強制された医療行為（医療装置）に反対するコモン・ローに根ざすものであると強調した。

連邦最高裁判事の多数意見は自殺幫助の権利を認めるものではなく、患者が苦痛を受けないで済む権利に対し関心を示したものだ。例えばクルーザン裁判についての再検討から読み取れるものは、連邦最高裁の判断に決定的な役割を果たしたのは、患者本人とそれを支える人々が望まないであろう、無意味とも思える医療技術による延命措置に限定したものであった。治療中止は医師と患者が死を目的とせず、望まぬ技術、医療、薬からの自由を求めただけなのに対して、医師による自殺幫助は死をはっきりと目的としているという点で、両者に違いがあると最高裁は認めた。さらに治療中止後にその病気によって患者が死ぬことと、医師による自殺幫助で致死量の薬を投与されて患者が死ぬこととの間には、原因において違いがあると指摘している<sup>9)</sup>。

## 2-2. 「殺人」と「死を許すこと」

意思を表明することができない患者を支えた多くの人々が、これ以上の延命は意味がないと判断する場合について次の例を参照してみたい。筋萎縮性側索硬化症で死にかけた母親がいるとする。彼女の人工呼吸器を息子が個人的、利己的な理由ではずしたら、病気が母を殺しましたと息子に言い訳されても受け入れるわけにはいかない。けれど、医師が彼女の人工呼吸器を外したら、私たちは受け容れてしまうだろう。

医師の不作为が患者の死を招くことがあるのは、治療の行われない中で病気が患者を殺してしまうと

きだけである。そうした不作为を悪意に満ちたものであると判断すれば、その医師が母親の死に対して道徳的な責任を持つと考えるかもしれない。しかしそれは、そうした不作为を自ら手を下して殺したことと同じに見る道徳的な判断と、現実とを混同しているに過ぎない。致死薬の注射は、病人ばかりか健康な人間をも殺してしまうだろう。しかし、医師の治療の不作为は、健康人には何の影響も与えない。致命的な病がもともとあるゆえに、医師の治療の不作为は病人の命を終末に向かわせる。患者の要求により患者の望まない治療を控え、あるいは中止することは、殺人ではけっしてない。医師の行為ではなく、患者のもともとの病気が患者の死身体的な原因なのだ。そして、医師のそうした不作为は道徳的に正しい、と私たちが同意している。したがって医師は、患者が死ぬのを“許した”のだと言われなければならないのである<sup>10)</sup>。

医師による延命治療の停止とは厳密な医学・生理学的な指標のもと、おそらくは患者自身が望まないであろう延命措置が永遠と継続するであろう状況の中で現れたものである。その意味で薬剤の投与によって直接死が与えられる状況とは全く異なるものである。それゆえにおそらく、ここで「許す」という言葉が用いられているのではないだろうか。そして判断とは医療機器や延命機器がくだすのではなく、最終的には人間がくだすものである。最高裁の自殺幫助の禁止を通して主張されることは、生まれてから死ぬまで、肉体的あるいは精神的な状態をいとわず、あらゆる人間のいのちが法の保護のもとにあるということであった。

## 2-3. 安楽死の議論で見落とされる問題

また最高裁で積極的安楽死および自殺幫助の問題が議論されたことによって、波及的に、傷つきやすい人々の間で、自殺が深刻な公的健康問題であることを多くの人が認めることとなった点は重要であろう。終末期であってもなくても、自殺を試みる人々は、しばしば抑鬱やほかの精神的な不調に苦しんでいる。しかしながら多くの調査の指標が示しているのは、医師による自殺幫助を要求する多くの人は、もし彼らが抑鬱や痛みが処置されるとすれば、その要求を取りやめるということである。抑鬱は診断することが難しいため、医者や医療のプロフェッショナルはしばしば、深刻な病を持った患者のニーズに充

分に反応することに失敗する。法的に自殺幫助が認められれば、国が精神的な病の人を守り、扱うことができない痛みや、自殺したい衝動の苦しみをもった人々を守ることをより難しくさせている<sup>11)</sup>。

たとえば癌をわずらう患者が、そのあまりに身体的な苦痛から、安楽死を望む比率が高いことはよく知られている。安楽死を望む患者は多かれ少なかれ精神的な苦痛をとまなっており、心身の苦痛には明確な境界がないと考えるべきである。病は人によって症状が異なり、先行して精神障害の患者がいるということも事実だが、同時に、身体的な疾患がもつて、患者がその苦痛から精神障害を併発するという観点を共有することは重要であろう。ここから言えることは、安楽死や自殺幫助を望む患者には何らかの形での精神医学あるいは何らかの精神的な支援が必要だという認識が、医療従事者をはじめ、一般的にもっと浸透しなければならないということである。とくに 容易な安楽死の許容は、病者をはじめとして貧しい人や、マイノリティー、老人らに対する強制的選択肢となりかねない危険性を多面的に考察すべきである。

### 3. 生と死に向きあうケア

#### 3-1. 「死の権利」の意味

合衆国で安楽死・自殺幫助を容認することができないという判断が下ったことから、安楽死・自殺幫助の問題は単に「患者の自己決定」として処理できない問題を孕んでいることは明らかだ。幾らかの臨床例を参照すると分かることは、言説上でたとえ「死の権利」を主張したとしても、終末期医療という身体を持った人間の生の現実では、たとえば水分摂取や栄養摂取の拒否によっておとずれる激しい苦悩や苦痛を、あらかじめ人は予想することは不可能なのである。現実を目の当たりにした場合、「死の権利」を擁護する根拠は誰も示すことができない。そしてむしろ積極的安楽死と自殺幫助で問われているのは、終末期に訪れる死への困難な作業の中で、患者が死によって解放されたいと望むとき、その望みと患者の生との間に、いかなる均衡点を探るかという問題となる。積極的安楽死および医師の自殺幫助を肯定できない理由は以下の四点に集約される。

1) 患者の自己決定の基盤となる「自由」は保証さ

れていない。

- 2) 対象がどんどん広がって、弱者への医療がおざなりになる可能性がある。
- 3) 死への願望は多くの場合、一過性、両価的である。
- 4) 死は本人のみのものではなく、家族をはじめ多くの人に影響を及ぼす<sup>12)</sup>。

この四点を簡潔に説明すると次のようになる。第一に、患者による安楽死・自殺幫助の要請が、たとえ患者の自己決定によって求められていたとしても、その「自己決定」は広義での社会・経済的な文脈によって位置づけられるものであり、患者が独立した全くの個人的見解として死を自己決定しているという事実を保証することはできない。自殺を要請する患者の場合、様々な側面で「自由」が損なわれている可能性があり、その観点から患者の「死の自己決定」は精査されなければならない。

第二に、安楽死や自殺幫助が一旦認められてしまうと「滑りやすい坂 (Slippery slope)」を下ってしまう可能性がある。仮に積極的安楽死や自殺幫助が法的に認められたとしても、公的にはそれが自発的なものに限定されていたとしても、次第に意思が確認できない患者の非自発的安楽死へと広がり、ついには強制的安楽死へとつながる。その結果、認識能力があつて死を望んでいない患者まで安楽死させられてしまう可能性を消す事はできず、「自己決定」の名のもとに、弱者排斥の手段として用いられる可能性がある。

第三に、多くの精神科医は、臨床の場で出会う死を望む患者の中で、一貫して迷い無く、持続的に死にたいという希望のみを述べる者は多くはないと述べている。たとえば熊倉は自殺に至った統合失調症の自験例の分析から、「死への願望」は「禁止された生への意志」と解釈すべきであり、両価的なものである以上「死ぬ権利」の根拠となる一義的で明白な自己決定ははじめから存在し得ないことになる、と論じている<sup>13)</sup>。死への願望は死を望む患者の精神状態によって常に変化するものと考えべきなのである。もし積極的安楽死や自殺幫助が合法化されたならば、患者の精神状態が最悪の状態ですべき資格が与えられ、安楽死や自殺幫助は行われることになる。だが、もし死への願望が変化するものであったら、何らかの要因でその最悪の精神状態を乗り

越えることがないとどうして言う事ができるのでしょうか。精神障害患者の自殺願望と終末期患者に見られる抑鬱を同一に論じることには慎重でなくてはならない。だとすると、終末期と判断された患者には多かれ少なかれ、精神的な抑うつ症状も同時に生じていると考えることには、賛同する見解が多い。言い換えれば、安楽死を望む患者は多かれ少なかれ精神的な苦痛をとまっており、心身の苦痛には明確な境界がないと考えるべきだ。だが、現在では患者の精神的苦痛への緩和は「宗教家、家族、ボランティア」など「無償の奉仕」ができる人々の存在の有無に大きく委ねられている<sup>14)</sup>。このような微妙な人間関係におかれた自殺を望む患者とそれを取り巻く人々の前に、もし自殺補助が合法化され、その選択肢が浮上した場合、最悪の場合、特に医者は患者の意思をコントロールしてしまう場合もある。

### 3-2. いのちのひとしき

医師による自殺の操作と言う問題についてヘンディンは次のように警鐘を鳴らしている。

自殺願望を持つ患者には、自分の担当医の手で死なせてもらいたいという願望が無意識のうちに働くことがあるのだ。医師を執行者ではなく救済者とみる患者達——死を通して、医師との親近感または一体感を得ることができると幻想を抱く患者達さえいるのである<sup>15)</sup>。

ヘンディンのこの洞察からも、かりに積極的安楽死、もしくは自殺補助が合法化された場合、医療従事者は自らの望みに関わらず、患者を死に至らしめる役割を負う可能性が確実に大きくなる。実際に、病の侵行によって無力感や無気力に苛まれていく患者は、たとえば医師の些細な誘導によって、容易に死を苦痛からの安易な解放と捉えたり、その逆に生への積極性を取り戻したりするものである。感受性が敏感となっている患者であればあるほど、医療従事者が意識しないような小さな振る舞いひとつから、自らの自殺願望を暴発させる患者も存在する。積極的安楽死、もしくは自殺補助が投げかける問題の難しさは、特に治療不可能な病に侵された患者の身体的・精神的苦痛は、実際には、私たちが患者の苦痛の中に投げ込まれなければ理解できないものだろう。

自らの息子を1985年に大腸癌で亡くしたデイヴィッド・オフは、彼の息子を看取る仕事を通して、「彼が彼の死よりもはやく死ぬことを手助けしてと頼んだならば、それは了解でき、かつ私たちは受け入れることができたろう」<sup>16)</sup>という個人的な見解を述べた上で「あなたが座っている、横たわっている場所によって、自殺補助は違って見える」としている。彼は臨終とは大変な困難な作業だということを繰り返し強調する。彼によれば、科学的医療は患者の個人的な意味を取り除くこと、抽象的で一般的な概念を形作ることによってなされる。しかし医者の中立的な抽象化された概念の見解に対し、患者は彼らの病に対して比喩的な意味をあてはめる。このような見解のギャップにより、医師と臨終の患者には深い溝のようなものが生じてしまう。良い死を迎えるように手助けする責任は、避け難く感情の沼地をさまよって歩くようなものである。終末期の患者ということであれば、医者の足は遠のき、ケアの仕事は看護師、心理士や社会福祉士、家族などがこれを負うことになる。しかし医療の基本的な目的は治療であり、全体性を回復させることであるとすれば、医療の目的は苦痛の緩和だと言い換えることもできる。特に終末期の患者は、多くの問題を一度に扱わなければならないならず、身体的な病は人々を殻にこもらせ、痛みや動けないことなどが彼らの世界の中心となる。そこから家族や友人たちとの関係は歪み、崩壊しさえする。終末期の患者への対処はそのケアに巻き込まれる全ての人に変化をあたえるのである。科学的医療の見解が断念された所から始まる、医療のオルタナティブは、最善の介助可能性を取り続け、平和的な死を患者へと捧げることではないだろうか。彼は結局のところ、医療原則の他者危害原則に沿い、自殺補助それ自体は否定する見解を持っているが、それは医療の枠の中に最善の終末期ケアの経験が共有されることによって深まっていく議論であるとも述べている。

具体的な臨床例を提示している棚橋は自らの臨床経験から「患者は死を望むほど苦しみながら、その苦痛の中にこそ自らの人生が反映されていると感じることがある」<sup>17)</sup>と述べているが、実際にその苦痛の中に反映されている希望が何かについては論及していない。この点に関して、イギリスの緩和ケアの専門家であるトワイクロスは「希望のあるところに人生あり」とし、希望とは治療の見込みがあるという

ことではなく、人生に意味を与えるものが最後まであることだと論じた<sup>18)</sup>。

### 3-3. 欧州型の4原則から

医療従事者は医療倫理の4原則に基づいて、治療を行う際のジレンマに対処している。その内実①自律尊重、②無危害③恩恵④正義である。だが近年欧州の文化的価値を反映させて提案された欧州型の4原則が公表された。その内容は①自律②尊厳③不可侵性 (integrity) ④傷つきやすさ (vulnerability) である。米国型の四原則が1979年に発表されたことから米国型の4原則の知名度が高いと言えるが、米国型と欧州型では第三項目以下に違った項目が並んでいることに、ここでは注目したい。レントドロフ (Rendtorff) は、「人間、動物や自然のための『常識的な倫理原則』となりうる原則にひろげて論じる」と断り書きを付し、欧州型の4原則を相互関連的に論じている。詳細を検討することはここでの目的からそれるが、彼は自律の概念は自由な自己としての人間存在と、具体的にすでに具現化されたその人の特性との間の緊張による限界があるとする。そして私達は状況付けられた主体として人間を考えなくてはならないと論じた<sup>19)</sup>。欧州型医療倫理の4原則において、第一項目の自律だけでは論じられない点を、尊厳、不可侵性、傷つきやすさという原則との連関によって議論を進めるのである。

不可侵性の考えは、肉体と精神の双方において、触れてはならない核、侵略されることのない基本的な生の条件を表しており、それは外部からの介入の対象となつてはならない。従って不可侵の尊重とはプライバシーの尊重であり、特に、彼あるいは彼女の生活と病についての患者への理解である。不可侵性は触れられない破壊されることのない尊厳ある人生に注意をむける。人間存在にかんすれば、それは経験から想起され、物語によって語られる生の一貫性である。それは人の人生の物語であり、人間社会や文化についての物語的調和や歴史である。また、動物や植物という生き物の中で、そして究極的にはあらゆる生命を条件付ける創造された世界の全体性の中で自然に育まれた結びつきが含まれる<sup>20)</sup>。

もし先述したディヴィッドオフが言うように、医療の基本的な目的が治療であり、全体性を回復させることであり、医療の目的は苦痛の緩和だと考えるならば、終末期という現実の中で、科学的治療や薬剤の投与という技術的な側面だけが強調されるべきではなく、患者の生の物語にひとつの脈略を与え、最善の介助可能性を取り続け、平穏な死を患者へと捧げる「対話者の存在」は、医学の重要な部分を担い続けるだろう。そして、その存在の可能性にこそ、医療の倫理の新しい視座も含まれているのではないだろうか。

### おわりに

たとえ終末期の患者であったとしても「だれもが生きる権利をもっている」のだということを我々はずっと強く自らに刻み付けるべきである。守ることができる命は守るべきであろう。しばしば介助可能性を取り続けることは、患者が苦悩している身体的・精神的苦痛に巻き込まれるかたちで、周囲の人たちも激しく消耗していくことが現実である。しかし他者とともに消耗していく、その過程こそを、生の希望と表すこともできよう。人間の生は、人と人との結びつきや、人と環境との結びつきによるものとして、そういった交感に支えられるものとして、また愛情による絆にもとづく共通感覚として考えていかななくてはならない。その観点から示されることは、第一に、私たちは他人が経験していることを理解する力を深めていくこと。第二に、愛情を源泉として、人々の間を繋ぐ責任を熟慮することであるように思える。終末期という人間の死期を支える医療の中では、そのような能力が治療の一部を既に形成しているときとも言えるだろう。むしろこの力こそが人を「死の権利」から離陸させる唯一の可能性とすることもできるのではないだろうか。死は全ての人に訪れ、その全ての人が普遍化されることのない個別の一回きりの生を生き、病というものが、その人生の縮図のような陰影を投げかけている。その陰影に向き合うことから、私たちははかり知れないものを学ぶのである。

### 注

1) 「安楽死」の語義の定義は以下のように分類されてお

り、本稿もこれに従って議論をすすめていく。

「死期が切迫した病者の激しい肉体的苦痛を病者の真摯な要求に基づいて緩和・除去し、病者に安らかな死を迎えさせる行為」と定義され、概ね次の4分類に分けて論じられることが多い。なお、④と⑤は我が国では違法行為である。

①肉体の苦痛を適宜取っていても（治療行為＝緩和ケア）死期が早まらない。これは「純粋な安楽死」と呼ばれている。

②インフォームド・コンセントに基づき、患者本人の真摯な要求があるという前提において、鎮痛薬の継続的投与によって苦痛緩和・除去の付随的効果として死期が早まる「間接的安楽死」。

③積極的に延命措置を不開始、もしくは停止することによって死期が早まる「消極的安楽死」。

④致死量にいたる薬剤を投与することによって直接的に死をもたらす「積極的安楽死」。

⑤④の修正形態といえる「医師の自殺補助」、具体的には特別な訓練を受けた医療従事者による定期的な審査によって死ぬ資格が与えられ、法に触れない形で医師が患者の自殺を助けること

（甲斐克則『安楽死と刑法』、2003年、p2-6.）

- 2) Lois Snyder and Arthur L. Caplan *Assisted Suicide - Finding common Ground*, Indiana University Press, 2002, p134-142.
- 3) Ibid, p201-225.
- 4) 棚橋實『医療と倫理』（4）2003年、p67.
- 5) Supreme Court of the United States, Washington et al., *Petitioners v. Harold Glucksberg et al.* On writ of Certiorari to the United States Court of Appeals for the Ninth circuit, June 26, 1997.
- 6) Henry de Bracton *Law and Customs of England* 423-424 (f.150)
- 7) Supreme Court of the United States No. 96-110 Washington et al., *Petitioners v. Harold Glucksberg et al.* June 26, 1997.
- 8) ナンシー・クルーザン事件については、香川知晶『死ぬ権利——カレン・クライン事件と生命倫理の転回』、勁草書房、2006年、315-338頁.を参照。
- 9) Supreme Court of the United States, *Quill v. Vacco*.

Argued January 8, 1997. Decision reported June 26, 1997; Supreme Court of the United States. Washington et al *Glucksberg et al.* Argued January 8, 1997. Decision reported June 26, 1997.

- 10) D. Callahan, "When Self-Determination Runs Amok" *Hastings Center Report*, 1992, 22, 2: 52-55.
- 11) Herbert Hendin, M.D., *Seduced by Death-Doctors, Patients, and Assisted suicide*, W.W. Norton & Company, New York, 1997, p.24-25.
- 12) 岡島美朗「死を望む患者に、精神科医は何ができるか？」『精神神経学雑誌』第107巻、(9)、2005年、p.936.
- 13) 熊倉伸宏「『死ぬ権利』と医師による自殺補助」、『生命倫理』(7)、p61-67.
- 14) 月山淑・畑埜義雄「緩和医療における苦痛緩和と尊厳死・安楽死」『麻酔』(55)、2006年、p100.
- 15) Hendin Ibid, p159.
- 16) Frank Davidoff, "Lessons from the Dying", Lois Snyder and Arthur L. Caplan *Assisted Suicide-Finding common Ground*, Indiana University Press, 2002, p.98-105.
- 17) 棚橋前掲論文、p 70.
- 18) Robert G. Twycross "Where there is hope, there is life : a view from the hospice", in *Euthanasia examined : ethical, clinical and legal perspectives*, ed. John Keown, Cambridge University Press, 1995.
- 19) Jacob Dahl Rendtorff, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of bioethics and biolaw*, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 2002, p.236.
- 20) Ibid, p.243.

#### \* 謝辞

本稿をまとめるにあたり、東京大学教育学研究科の川本隆史先生・金森修先生・今井康雄先生のゼミの皆様から貴重なご意見をいただきました。また紙幅の関係で膨大な量の論文・文献一覧を掲載することができませんでした。皆様には重ねて感謝を申し上げます。