

木村 それでは早速、シンポジウム「安楽死・尊厳死を考える」に入りたいと思います。

ご紹介ありましたように、去年は、大林雅子さんの婚約不履行訴訟を素材にして「結婚・離婚問題を考える」をやりました。要するに、いま新聞をホットににぎわせている事件に対して、なかなか学者の皆さんはすぐにつかかるところをしないという面があるのですが、ここで私達はいま起こっているものをすぐにその場で議論をして、その中から何か新しいものを見出していこうというシンポジウムをやりたいと考えております。今年もそういうことで、安楽死・尊厳死というものの自体が大変現代的なテーマであります。そればかりでなくて、皆さんにお配りした資料1にもありますように、現実にも、東海大医学部付属病院の元助手の方が末期ガン患者に塩化カリウムを静脈注射して安楽死させた、この事件が刑事事件になって大きな話題になっているわけですが、この問題を一つの取っかかりにして、私たちの命の問題、そして死の問題を考えていきたいと考えております。

シンポジストの皆さんにそれぞれお話をいただいた後、クロストークをしながら会場の中からも質問や意見を出していただきたいと思っておりますので、ぜひ皆さんもシンポジウムの流れに沿ってご参加をいただきたいということをお願いをしておきます。

私は、きょうの司会をさせていただきます東京弁護士会の木村晋介と申します。よろしくお願ひいたします。

きょうのシンポジストの皆さんを奥のほうからご紹介いたします。

哲学、倫理、宗教の問題について研究しておられます大東文化大学文学部の教授で、また浄土真宗のお寺の住職もなさっていらっしゃる、そういう立場からお話をいただきます五十嵐明宝さんです。(拍手)

それから、京都大学名誉教授で、日本生命倫理学会の会長でいらっしゃると同時に、また日本尊厳死協会の評議員もなさっていらっしゃる星野一正さんです。(拍手)

それから、私と同業の鈴木利廣弁護士です。(拍手)

そして、大東文化大学の法学部の教授でいらっしゃいます中谷瑾子さんです。(拍手)

誰からお話をいただくか打ち合わせの中でいろいろ議論をしておりましたのですが、まず最初に、やはり一番この問題について現場で最先端でやっておられる星野さんからお話をいただくのがいいだろうと。特に星野先生のほうからは、最近私たちの仲間内でも大変に大きな議論を呼んでいる自己決定権（簡単に言えば「自分のことは自分で決める」ということですが）という視点からこの安楽死・尊厳死の問題をどういうふうに考えていくのか、それを日本の現状、海外の現状を踏まえてお話をいただきたいと思ひます。

それでは星野さん、まず皮切りをお願いいたします。

星野 ただいまご紹介いただきました星野でございます。きょうのテーマは「安楽死

・尊厳死を考える」というテーマでございますが、安楽死に入る前に、尊厳死とか慈悲殺とかいう考え方をお話をして、安楽死がいかにか違うかというところをはっきりさせたいと存じます。

私は、この前の東海事件が起きましたときに、新聞が発表する前にある新聞社から詳細な報告がありまして、意見を求められたときに、「これは絶対に安楽死ではない。絶対に『安楽死』と書いてはいけない」と強く言ったんですが、新聞、雑誌すべてが「安楽死」または「いわゆる安楽死」というふうに書いてしまって、私は大変残念だと思うのです。というのは、それによりましてああいうケースも「安楽死である」というような間違った印象を国民に与えてしまったということ。きょう時間があればそこまでお話をしたいと思いますが、時間がないかもしれませんので、結論のほうを先に申しておきます。

まず、今申しましたように、尊厳死のことから入りたいと思います。

1960年代にアメリカでいろいろな人権運動が始まりましたときに、患者の人権運動というのもありまして、いま司会の先生からお話がありましたように、自分の病気のこと、自分の体のこと、自分の死に方は自分で決めたいのだと、そういうふうな運動が出たわけです。それで皆さんよくご存じのインフォームド・コンセントとかそういったものが生まれたわけでございます。

尊厳死に関して申しますと、不治の病に冒されて末期状態になったときに、植物状態で意識が戻らないと診断されたり、あるいは知的・精神的判断能力が失われて余命幾ばくもなくなったときに、集中治療室に隔離されてたくさんの管や電線などで生命維持装置につながれて、俗に「スパゲティ症候群」などと言われる状態にされて、そして死期を遅らせるだけの目的で延命治療を強られるということは、一体人間らしく迎える尊厳ある最期と言えるであろうか、というふうに考える人が非常に多くなってきたわけでございます。我国でもそういう方が最近非常に増えておりますが、最初にそういうことを法制化運動までもっていったのが米国のカリフォルニア州の住民でございます。

カリフォルニアの人たちは、終末期に植物状態になったり意識が回復する見込みがないと医師に診断されたら、延命だけの目的で生命維持装置を使うことがなく、またもし使っていたらそれを取りはずしてくれ、自分にとって意味のない医療の介入がない自然な状態に戻して、寿命が来たら自然に息を引き取れるようにしてほしいというような、自己決定－自分の考えで自主的に判断を下すということでございます－そういうことについて、もう末期になったら手遅れでございますので、まだ元気なうちに、まだ知的・精神的判断能力がある間に証人を立てて文書を作成して残しておきたいと希望するようになったわけでございます。その結果、1976年に「自然死法」が世界に先駆けてカリフォルニアで制定され1977年に施行されたわけでございます。

この「自然死法」は、成人患者が知的・精神的判断能力がある間に証人を立てて上述のような条件で患者の終末医療拒否の意思表示をしておく書面を作成しておく権利を、法律によって認めたわけでございます。そして終末期になって医師が患者の考え、自己決定の意思に沿うべく何らかの措置をしなければならなくなったときには、まだ患者が活着しているうちにその書面が法的に有効となりまして、医師が生命維持療法をしないで放っておく、治療しないということ合法化したものでございます。この書面は、まだ患者が活着しているうちに発効するいわゆる遺言でございます。それを「リビング・ウィル」と呼ぶのでございます。

カリフォルニア州の住民は、その後、「せっかくリビング・ウィルを自分が残しておいても、それをお医者さんに実施してもらいたいと思うときには自分はまだ意識がないわけで、実施してもらったかどうかということを確認することはできないじゃないか、だから自分はそういうリビング・ウィルを残しておいてもあとはどうなるかわからない、それでは何のために残すのだろうか」と心配したわけです。そこで、実施されるのを自分に代って見届けてくれるようにリビング・ウィルをつくった後に誰か自分が信頼できる人に委任しておきまして、そしてリビング・ウィルが発効すると同時にその委任状も発効して、こういうリビング・ウィルをこの人はつくっていたということをお医者さんに提示してその実行を迫ることはできないかということで、法制化運動を始めました。そして1983年に「医療のための持続的委任権法」という法律がカリフォルニアで世界に先駆けてできました。

現在は、リビング・ウィルとか「医療のための持続的委任権法」がアメリカの47州で制定されております。ワシントンDC（大統領のいるところ）は50州に入っておりませんが、47州プラス1の地区でそれが法制化されている現状でございます。

今申しましたように、「医療のための持続的委任権法」も、患者さんが死ぬ前に活着しているうちに発効する遺言みたいなものでございましょう。ですからこれもリビング・ウィルと言う方がいますが、現在のアメリカではこれをリビング・ウィルに入れておりません。アドバンス・ディレクティブ、前もってしておく意思表示という意味でございますが、そういったグループ名をつくりまして、リビング・ウィル以外の前もってしておく意思表示、例えばドナーカードとかそういうものも全部アドバンス・ディレクティブに入っております。ですからこれをリビング・ウィルと言わないように気をつけていただきたいと思ひます。

尊厳のうちに自然の状態で寿命が尽きて死ぬということは、結局は今よく言われている尊厳死と同じことでございますので、自然の状態に戻して尊厳をもって死ぬ、それが尊厳死ではないかということで、カリフォルニアがこの法律をつくった後に他の州が法律をつくったときに、「自然死法」というところもあれば、「尊厳死法」という名前と同じような

法律をつくっている州もございます。

1981年にポルトガルのリスボンで開催された世界医師会総会におきまして「患者の権利に関するリスボン宣言」が採択されたのですが、その中に「患者は尊厳のうちに死ぬ権利を持っている」と宣言されております。

我国の現行法では、遺言は死後の遺産相続に限られておりまして、死ぬ前に法的に発効するリビング・ウィルもアドバンス・ディレクティブも法制化されておられません。米国をはじめ患者が受ける医療について患者自身の自発的な意思決定において患者個人の意思と自由を法的に保護しようという要求が強い社会と、個人の意思よりも家族や仲間の意思を尊重する日本の社会との違いが、こういうところの法制化の違いに出てきているのだろろうと思います。

それから、尊厳死とは違いまして、安楽死とのちょうど中間になるようなものでございますが、慈悲殺（マーシー・キリング mercy killing）というものが存在します。それは一つの例を挙げますと、治る見込みもない末期の病気で患者が激しい苦痛にさいなまれており、医師にも見離されて楽にしてあげる術もなく、これではあまりにもかわいそうだと、見るに見かねて、一刻も早く生き地獄での断末魔の苦しみから救ってあげたいと、患者本人の意思を確かめようもないままに第三者が患者を死に導くのを、慈悲殺と言っています。この場合、家族など医師や医療関係者でない人が実施することが比較的多いのでございます。しかし、たとえ医師が患者への哀みや慈悲の気持ちから慈悲殺を実施いたしましても、これは殺人の疑いで逮捕されます。現在、慈悲殺を法的に容認している国は世界のどこにもございません。

さて、安楽死のほうに移らせていただきます。

安楽死につきましても、我国を含めまして安楽死を容認する法律を制定している国は世界じゅうどこにもございません。（著者注：1993年2月、オランダ議会の下院において、28要件を満たした場合には、安楽死を認めない刑法条文があるにも拘らず、安楽死の違法性を阻却する法案が世界で初めて可決されました。）ところが、我国では非常に有名な判例がございます。約30年前に、脳溢血で倒れたまま病床で激痛を訴え「殺してくれ！」と叫び続けた父親に対して、息子が牛乳に殺虫剤を混入させて、事情を知らない母親の手を介してそれを飲ませて殺害したという事件でございます。この事件に対して、昭和37年12月22日に名古屋高等裁判所で行われました裁判の判決の結果、そのときの主任判事であった成田薫氏が、次の6要件が備わるときには患者を安楽死させても医師の行為の違法性は阻却されるということにされたわけです。

その6要件を簡単に申しますと、

1. 病者が現代医学の知識と技術から見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. 病者の苦痛がはなはだしく、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囑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得ないと首肯するに至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容認し得ること。

という六つの条件でございます。

先ほど述べました名古屋の事件は、この5番目と6番目の要件を欠くとして、結局違法な囑託殺人罪の成立を認めたわけでございます。

これらの6要件が今から30年前に我国で定められたということは、現在のアメリカやオランダにおける安楽死についての考え方を参考にしましても、大変先見の明のある判決だったと私は思います。成田氏は、病者の苦痛には肉体的苦痛のほかに精神的苦痛も含めたほうがよい、また医師により得ない場合として、例えば離島の無医村における場合なども対象にするほうがよいと、最近なされた講演で述べておられます。

さて、それでは米国の現状について急いでお話いたします。

昨年、1991年11月5日に、安楽死容認運動が盛んな米国のワシントン州では、2人の医師による6ヵ月以内に死期が迫っているという診断をした書面があって、しかも知的・精神的判断能力のある成人末期患者が人道的な方法で穏やかに死への幫助をしてもらいたいと自主的に決定し、死への幫助を実施してもらいたいと思うその時点になったときに、2人の証人の立ち会いのもとで自分で文書を作成した上、本人から直接その医師に自分の意思を伝え、そして安楽死をさせてもらいたいというか、死への幫助をしてくれという要請をしまして、その医師の手によって死への幫助をもらう権利を、法律によって認めてもよいかどうかということについての住民投票を行ったわけです。「イニシアティブ119」というこの法案には「死への幫助」という用語を使ってありますが、どこにも「安楽死」とか「積極的安楽死」という表現は使われておりません。現にアメリカでもヨーロッパでも、「積極的安楽死」「消極的安楽死」という言葉は死語に近く、もう使っておりません。安楽死といえば積極的安楽死ということでございます。住民投票の結果は、賛成46票で過半数(51票)に達しないために法制化はできませんでした。

この法案の中には非常に大事なことがございます。その中に「死への幫助は医師の手によって医療の形で行われるべきである。この医療行為の実施を求める段階で知的・精神的

判断能力があり意識が鮮明な患者本人から医師に書面による自発的な要請がなされた上で、人道的で痛みを伴わず尊厳のうちに死がもたらされる方法によって実施されるべきである」ということが明記されております。

それから本人の意思表示の文書をつくるときの立会人、つまり証人となることができる人は、本人と血縁、結婚、養子縁組による関係がなく、また本人の死後、遺言などにより遺産分与を受ける権利がないことが定められております。つまり本人の意思表示の証人には家族は不適當であるということが明示されております。この点は非常に大事なところでございますが、日本では守られておらないところでございます。

そのほかに、要請を実施するお医者さんやその雇い人、あるいは本人が入院している病院の従業員、そういう人たちは証人になれないということがはっきりと書いてあります。

この要請は本人の意思によっていつでも撤回できるということになっております。しかもこの法案では、「死への幫助が自殺を構成するものではない」と言明をしております。それから「慈悲殺を大目に見たり正当化したり許可するものでもない」ともはっきり書いてあります。

木村 短い時間内で申しわけありませんが、あとでまた発言の機会がありますので補足していただくことにしましょう。

それでは続いて、鈴木さんをお願いします。鈴木弁護士の場合は医療問題についての経験がたくさんありまして、いずれも患者の立場から医師ないし医療機関を訴えるという立場に立つことが多いと思われそうですが、そういう患者の権利という観点に立って安楽死・尊厳死の問題をお話をいただきましょう。

鈴木 弁護士の鈴木です。

私は弁護士になって17年ですが、主に仕事の半分以上が、今ご紹介にありましたように、患者側の立場で医療事故紛争にかかわり、事実を調査したり、病院の法的責任を追及したりということをやってきたわけです。

そういう問題意識の中で、1984年に「患者の権利宣言案」を提案しました。医療を受けることは患者の人権の問題なんだ、その医療の中身は患者自身の知る権利と自己決定権に基づいて決定されるべきで、こういうことがあって初めて医療が人間的なものになるのだということの問題提起したわけです。

昨年10月に、この患者の権利宣言運動の延長線上で、「患者の権利法をつくる会」を発足させまして、今は患者の権利を法制化しようという運動を進めています。私たちが考えている「患者の権利」という考え方や、あるいは医療事故紛争にかかわる中で見た医療の病理的な現象を踏まえて、安楽死とか尊厳死という死をめぐる生命倫理の問題、あるいは死の選択の権利の問題を皆さんに問題提起をしておきたいと思うわけです。

患者の権利、医療において人間の尊厳を実現しようということです。医療というシステムは人間が考えたシステムで、これは人間が人間らしく生きていこうというためにつくったシステムです。最近、特にこの100年は科学を利用した医療を推進してきているわけですが、他方、医療の中で繰り返し人間の尊厳が侵されてきているという側面もあるわけです。医療は人間の尊厳にとってプラスの面とマイナスの面があるということです。ですから、今あらためて、医療の中で人間の尊厳をもう1度前進させるためにさまざまな人間的な知恵が必要になってきています。そういう意味で、人権とか権利という問題を医療との関係ではっきりさせてゆく必要があります。

今、病院では機械がいっぱいあります。医師と患者の関係も機械を間に置いたコミュニケーションにならざるをえなくなって、昔のような1対1で人間味あふれる医師・患者関係が実現しにくくなってきているわけです。先日も「患者の権利法をつくる会」の集会のときに、永井明さんという『ぼくが医者をやめた理由』の著者が書いたコントをやったわけです。最先端の検査技術を使っただけの異常なしとの検査結果を目の前にして、医師は、「でも先生、どっか調子悪いんですが」と言う患者さんに対して、「あなたは異常ありません。あとやるなら全身くまなく検査する最先端の検査機械でやって、それで異常がなければあなたは健康なんだから、そうしましょう」と患者さんの顔を見たら、「あなた、ちょっと顔色が悪いですね」「そうなんです」と患者さん。本当は「顔色が悪い」というところから医療が出発するのですが、今の医療は、機械に囲まれていような近代技術がどんどん押し寄せてくるのですが、人間が本当に人間らしく扱ってもらっているという実感がありません。そういう中であらためて患者の権利、医療を人権の問題としてとらえてみようということなのです。

そこで死をめぐる生命倫理や患者の権利の問題を考えると、医療の現状がどうなっているのだろうかということについて幾つかの問題提起をしておきたいと思います。

一つは、1986年、今から6年前に関東弁護士会連合会という私たち弁護士がつくっている団体の研究大会で、植物状態患者についての症例報告がされました。これは患者側弁護士が医療事故紛争にかかわる中で調査した6例の症例報告です。植物状態、意識のない患者さんたちがどのように扱われているのかということについての問題提起をしたわけです。これはいずれも、患者さんが医療事故にあって植物状態になって病院で治療を受け、どのように扱われているのかということ、家族からの聞き取りで症例報告をしました。

例えば27歳の患者さん、脳障害で植物状態になっているのですが、その原因は精神病院で食べ物の誤嚥、詰まらせて窒息状態になったという患者さんですが、植物状態になってほかの病院に転医をしたわけです。例えば気管切開とか昇圧剤の投与などの同意を求められても、特にこの治療が必要だということが説明されるわけではなくて、「あなた次第で

すよ。やりますか、やりませんか」と事務的に求められる。総じて医師は診療の現場に寄りたがらず、機械的に看護婦に対して指示を出す。医療者の話の中には、「植物状態患者は本当は死んだほうがましかもしれない」ということが聞かれる。看護婦がベッドサイドに来て、家族が付き添って、意識がなくても「こうしてほしい」とか「ああしてほしい」とか言うわけですが、「患者さんは何もわかってないんですから」。あまり家族がうるさく言いますと、「別に殺しやしませんよ」という発言が聞かれる。こんな報告がされています。

あるいは、別のケースですが、家族が見舞いに行きますと、寝間着がはだけているとか、頭が枕から落ちているとか、布団の中に注射器がころがっているとか、熱があるのに特に点滴や抗生剤が投与されているわけでもないとか、あるいは人工呼吸器の酸素マスクなどがはずれているとか、こういうものを目撃し「きちんとしてください」と言っても、どうも対応は人間的と思われるような対応じゃなくなっている。

こういうケースが6例報告されているわけです。

こういう中で家族の人たちは、しかも日本の社会の中の福祉が遅れている面が反映して、家族の看護に生活上かなりの負担があるというさまざまな現状の矛盾の中で、医療も人間的でない、家族も大変になっている中で、愛する家族がこういう治療を受けているならむしろ生命維持装置をはずして死んだ方がこの人にとっては幸せなのかもしれない、という思いがつのってくるという報告がなされています。

最近、プライベートの研究会の中で、ある大学病院の看護婦から報告がありました。前の日までは大変意識もはっきりしていて医療者ともコミュニケーションできる患者さんが、翌日、意識レベルが急に落ちた。薬のせいかもしれないと看護婦は思った。ところが患者さんはリビング・ウィルを書いていて、家族は「うちの人は意識がなくなったら治療をやめてくださいと言っている」と。そこで主治医は「やめますか」と言ったら、「そうしてください」。「ではやめましょう」と言って生命維持措置をはずしたというんですね。それから何時間か経って患者は死んだ。そこにいた看護婦は、これがリビング・ウィルの適用なのか、患者の権利を守るというのはこんなことじゃないはずだと思ったというわけです。これはリビング・ウィルの適用ではないんです。リビング・ウィルとか死の選択が安易に行われようとする現場がないであろうか、こういう心配が植物状態患者や意識レベルの低い患者さんの末期医療の現場で起きてはいないかということです。

次に、日本の場合、末期ガン患者の約3分の2は痛みを感じると言われているわけですが、その痛みは、世界保健機関(WHO)の疼痛コントロールの指針による三段階の鎮痛剤の経口投与のやり方をやっていけば9割以上はコントロールが可能です。こういうものをちゃんと知って、患者にも告げて、痛みのコントロールをやるかどうかということを一

緒に相談しながらやるというような現場は、まだまだ少ないと言われているわけです。つまり、WHOのガン性疼痛のコントロールの方式がありながら、それを知らないで、末期ガン患者さんで痛みはしょうがない、しかも鎮痛剤を投与することは死期を早めるからよくないと、古い医学知識で疼痛コントロールをうけていない患者さんたちがまだまだ多いと言われているわけです。

さらに、お年寄の患者さんたちがどんなふうに扱われているかです。人手不足の中でやっています。点滴をはずそうとする患者さんがいるので手足を縛って、失禁などでおしめが濡れても看護が大変だから、おしめは定時交換。赤ちゃんにおむつを決まった時間に変えるようにしています、なんていうお母さんはいないわけです。でも高齢者の場合には、「おむつの定時交換」という看護用語があるくらいになっている。これは何年も前から告発されています。少しずつ改善はされていますが、まだまだお年寄をめぐる医療は、「寝たきり製造病院」と言われています。

こういう中で、高齢者医療について医療をいくらやっても医療費が変わらないという「定額制」が導入されたわけですが、導入されてから薬の使用量が3割減ったということです。今がもし適切な治療であれば、以前は不必要なことをやっていたということになるわけです。もし以前が適切な治療をやっていたということになると、今は不適切だけどお金が大変だからしょうがないということで3割の薬をカットしていたわけになります。どっちにしろ、以前か今かどっちかがおかしいことをやっていたということになるわけです。これは医療費の問題で患者の命が左右されるのはけしからんと言うのは簡単なんです。そうはなかなかいかないのだぞというのが臨床の人たちの悩みでもあります。

こういう悩みを患者さんたちも共有しながら医療制度をつくっていかねばいけないんですが、ともかくも矛盾の最後のしわ寄せは全部患者のところに押しつけられているという現状の中で医療のあり方を考えようというわけです。

また、これまでの安楽死とか尊厳死をめぐる世界・日本の医療の中でも、びっくりするような残虐なことが歴史の中で行われてきたわけです。しかもそれは、医師の手を借りて行われてきたわけです。皆さんご承知のように、第二次世界大戦中のナチス医療とか、731部隊ですとか。ナチス医療の中では、高齢者とか精神病患者何十万人という人たちが「安楽死」の美名のもとで虐殺されたわけです。こういうことにドイツの医療者たちは手を貸した。それを40年以上かけて反省をしているというのがドイツ医療の現状のようです。

1989年には、日本の新聞にも報道されてびっくりしましたが、オーストリアで看護婦が集団で100人以上の患者さんたちを殺したというわけですね。安楽死に名を借りて。

日本では、「東海大安楽死事件は他でもよくある話だ」というふうに医療者の人たちは

言っているけれども、市民は新聞に出て初めて「あんなことがあるのか」とびっくりするわけです。いつも日本の医療は、医師と家族のコミュニケーションの中でこっそり方針が決まっている。もっとオープンに、死の問題を議論しながらどうすれば人間的な医療が実現できるのかということは、まだまだ十分されていない。

こういう状況の中で、私は尊厳死は、「死の選択の権利」として認めるべきだと考えているわけですが、それでも幾つかのさまざまなシステムを真剣に考えていかないと、安易に死の選択がされてはいないか、生命の質が下がってきたら早く死ぬことはいいことだという運動になりはしないかという心配をしているわけです。

患者の自己決定権、リビング・ウィルとかインフォームド・コンセントとか、末期でどんな生き方、死に方をしたいのかというのは、基本的に患者の人権の問題だと私は考えています。ですから、こういう状態になったときにこういう治療はやりたくないとか、こんな死に方をしたいということについては、患者さんの人権の問題とと思っているわけです。

しかし、なぜ死の選択がされるのかということについて、医療者も、植物状態になっているその患者さんの限られたベッドの上だけの物事として考えないでほしいと思います。患者さんや家族が抱えているもっと奥深い生活の問題があったり、日本社会の矛盾があったり、地域社会の問題があったり、いろんな問題がある中で実は死のうとしていて、死にたいと思っているのだ、その問題を「死の選択」ということなしに解決はできないのかということも考えてみる必要があります。

ここには福祉の貧困の問題があります。意識がなくても人間的な最後を閉じることができないのか、そういう模索の中で、限られた状況の中で、矛盾がありながら、それでも今の現状の中で死の選択が最善だというふうに思えば、これは自己決定権の問題として尊重すべきです。

ですから死の選択やリビング・ウィルは、社会の中でいろんな矛盾がありながらも妥協の産物で、しかしその妥協は、今限られた中での患者さんを中心にしてできる選択としては最善のものとするわけで、そういう意味では、リビング・ウィルの運動は、貧しい医療の現状を変えようという運動と一緒に展開されていくことが重要だと思っています。

それから、今までのリビング・ウィルは、前提として「不治の病で回復の見込みがなく死が目前に迫っている」という医学的判断があるわけです。ではこの判断に間違いはないのか。1975年に起きたカレン・アン・クインランの事件は、人工呼吸器をはずせば少なくとも数ヶ月で彼女は死ぬだろうというのが医学専門家の意見でしたが、彼女ははずしてから10年近くも生きていたわけです。つまり、医学的判断というのは完全ではありませんし、私たちが「お医者様は神様だ」と思っている判断から見ると、医学の現状はもっとレ

ベルの低いものです。その低いものだという現状を私たちは認めなければいけないと思いますし、その中での医師の判断を絶対視しないということが大事です。それから「意味のない延命治療をしない」という判断があります。つまり、回復見込がなくて不治の病で死が目前に迫っているという医学的判断と、この治療が意味のないものなんだ、患者さんにとっては苦痛を強いるものであり無益な延命治療なんだという価値判断、二つの価値判断を医師に任せてしまって、さあ死の選択を尊重してください、さあ治療をやめてくださいというのでは、自己決定権の運動としてはまだ不十分だろうと考えています。つまり、私の代理人として私の最善の利益のために判断をしてくれる人を私は指名しますので、私が意識がなくなったとき私のインフォームド・コンセントは代理人に決めていただきたいと。そういう新しいリビング・ウィルの仕組み、さっき星野先生からご紹介のありました持続委任代理人という制度もそういう方向に向かった制度ですが、こういうものをもっと活かして、医師の裁量を少なくして医師は患者さん側の人とコミュニケーションしながら新しい医療を進めていくという代理人制度の活用が必要ではないか。場合によってはこういう選択に裁判所も関与してもらうことが必要なのではないかと思っているわけです。

そして安楽死の問題については、消極的に延命治療をしないということと、死の選択のために積極的に医療処置を実施するということには大きな溝があると思います。どんな治療でも、治療を実施するということについては患者側の同意がなければできないというのが新しい医療の思想になっています。そういう意味では、患者さん、あるいはリビング・ウィル、委任代理人の同意がない以上は延命治療はできないというのは原則になっています。しかし、それを超えて死の援助を積極的に行うということについては、今まで医師が人権侵害に加担をしたという歴史があったり、あるいは日本の末期医療がまだまだお粗末な状況にあるという現状を踏まえ、安楽死の援助を医師にさせることを合法化することは危険でもあり、私は違法だと思っています。

木村 どうもありがとうございました。「患者の権利」の立場から発言されました。

さらに、五十嵐明宝さんに、宗教家としての立場、あるいは哲学者としての立場から、この安楽死・尊厳死問題をどういうふうにお考えになっているかということをもっと伺っておきたいと思っています。

五十嵐 このシンポジウムに参加するようにお誘いを受けてそのままお引受けいたしました。私はこの問題に特別の知識があるわけではなく、他のシンポジストの方々がそれぞれ専門の知識をもっておいでなのに比べて、浅薄な知識しか持ちあわせず、ご迷惑になる場合は申しわけないと思っています。この安楽死や尊厳死の問題は、つきつめると極めて微妙な法律問題でございまして、そこに私の立場からあまり出る幕はないと思っていますのでございますが、折角の機会でございますので、多少とも見方を変えて私の意見を述

べさせていただきますと思います。

今のお2人のお話を聞いていて、私は直接どういうふうにかかわったらいいかちょっととまどいます。ただ、お2人のご意見を聞いてまず感じましたことは、お2人とも立場は違いますが、インフォームド・コンセントやリビング・ウィルがこの尊厳死・安楽死の問題の要点であるように伺った次第です。とくに安楽死の場合はリビング・ウィル、つまり自己決定権が極めて重要な役割を果たすことを知りました。しかし、果たして自己決定権というのはそれほど確実なものなのかどうかという点に多少とも疑問がございます。

例えばアメリカで、マーシトロンという、スイッチを押して薬が出て死んでいくという自分の意思で死を決定する機械があります。あれも大問題になったわけですが、安楽死の場合に、あるときは苦痛のために死にたいと思うことがあったとしても、別のときにもっと生きたいと思う可能性はあるし、そのときには思うように意志を伝えることができず、手おくれになるなんてことはないのでしょうか。また、安楽死を認めると悲惨な末期症状の人に安息が与えられるのに乗じて、単に生きる苦しみを除去するための自殺行為に利用されることはないのかという点に不安を感じます。

厳密に言えば私は尊厳死は肯定論者でございますが、安楽死に関しては、今のところは否定論者でございます。しかし安楽死の場合でも、本人も辛くてかわいそうだし周りも見ると見かねるという状態で、安楽死がなされたほうが良いという場合もきっとあると思うんですね。これからも多くでてくると思うんです。ですから条件をどういうふうに整理しておくか、名古屋高裁の安楽死適法六要件はありますが、それをもっと確実にするために法制化の必要もあろうと思います。しかし、今の段階では、私は、安楽死は安易に死を取り扱う可能性がでてこないとはいえ、どちらかといえば否定論者でございます。

無理な延命措置をしないで自然な死を待つ尊厳死の方は、現在では一般的に認められているのに対し、安楽死の方はまだ容認されておらず、アメリカでも、今のところは法制化はされていないと思います。しかし尊厳死の場合でも、1週間くらい前のことですが、尊厳死の後に臓器移植をして訴えられたということがありますので、確実な安全のためにはどのような条件が必要なのか更に吟味する必要があるように思います。ともかく今の段階で私が言えるのは、リビング・ウィルという、自分の意思で、自己の生命に責任をもとうとする安楽死が認められると死の選択が安易に行われる可能性があるのではないかと、という恐れもあり、それを払拭するために厳格に法制的に規定しておかないと運用が難しいのではないかと考えております。

今のところこういうことしか言えないのですが、これに関連して人間の生命観について少しだけ私の見解を述べておきたいと思っております。

私は、人間の生命というものは、例えば「人間のもの」とか「神のもの」とかいうふう

に考える場合、単に「人間のもの」と言えば、わりあいそれを医者立場で自由に扱えることになるし、単に「神の立場」と言えば、あまり勝手に人間の手を加えてはいけないということになると思いますが、私は両方とも取りません。人間はあくまで自然の中の生物であり、自然の生態の一部であると思います。しかし同時に人格の尊厳性を持っており、生命の神聖性も厳然としてあると思います。その中で人間らしいといえるのは、生存の自覚をかみしめることのできる精神状態のときであると思っています。これに対して植物人間のときは、責任を本人は取れない。取れませんが、しかし人格性はないかという、決してそうではない。人格性は本人がなくても家族関係において人格性は存在するといえるのであって、家族が責任を取りうる限りにおいて人格性はあると思うのです。子どもの場合も、人格性はまだ少ないとしても、親が責任を持つという形ではすでに存在しているといつてよいと思います。そういう問題もございしますが、生命の発生とか、これにもいろいろな説があるようございまして、また死の規定も難しゅうございしますが、ここでは生命の維持ということについてどういうふう考えているかということにちょっとだけ触れておきたいと思うのでございします。

人間は自然的な生だと申しましたが、仏教思想の中で人間は変化しつつ存在することを示している物語がございします。それを生物学的に言えば、人間には非常にたくさんの細胞がございしますが、それが刻々に激しく変化しながら人間が存在していると思われま。いわゆる新陳代謝で細胞がどんどん変わりながら存在している。それは肉体ばかりでなく、意識的にも変化しつつ存在しているといえます。それを哲学的に言えば「不連続の連続」。細胞が変わりながら生命が継続していくわけですから「不連続の連続」と言っているかと思ひます。ちょうど映画で映像が流れていく。その映像が続くのは、残像がそこにあるからです。残像が残っている間に次の像が映ってきて映像が継続していくわけですね。人間の生命体もそれと同じでありまして、細胞がどんどん変化していく。その変わっていく細胞は自分のものみたいですが、自分のものではない。どんどん移り変わりながら存在していく。病気とか死というのは、その一つの特異な状態であって、ある機能が失われていく。そういう状態で心臓が止まったり脳のはたらきが停止の状態になったりしている。私はそういうふうな見解をもっております。

そういう中で死の問題をどういふふう考えればいいのか。私はここに出てくるときに、少くはと思ひて何冊かの本を見ましたら、みんな書いてあるのは「安らかな死を求めて」と、そういうことばかりでございまして、末期的な症状の場合、余り苦痛を味わいたくない、延命治療はいらない、早く死なせてもらいたいなどと死ぬことばかり考えている。例えば植物人間で無自覚の状態になることもありますが、そのような場合を除いて、なぜ生命の尽きるまで生きようとしなないのか、なぜ最後の死の瞬間まで生存する意味

を尋ねようと考えないのか。私はそこに重要な問題点があるような気がします。

今、安楽死や尊厳死の問題も、それは自分のことであるとともに自分を取りまく周囲の人の問題であって、病や死をみつめて、そこから自己の生にどんな意義を発見することができるか、かなり苦しい局面もあることは承知していますが、最後の瞬間まで見守ることも大切であると考えられますし、やや理想論にすぎるかも知れませんが患者も死ぬ最後の時まで生きぬく覚悟があってよいのではないかと思っております。今はこういうことを申し上げるにとどめさせていただき次第でございます。あとでもう1回意見を述べる機会がありましたら述べてみたいと思います。

木村 ありがとうございます。

生命とは何なのか、何が死であるかということをもとにとらえると非常に難しい問題につきあたります。そもそも生とは一体誰のものなのか、あるいは自分で自己決定権というけど自分で処分可能なものなのか。これは法律家の立場でも大変議論のあるところでもあると思います。生とはあるいは社会的な存在である、あるいは家庭的な存在であると考え方もいるかもしれませんが、あるいは宗教的な存在であると考え方もいるかもしれない。ただ、自己決定権と言っても、なかなか難しい面はあろうかと思っております。その辺はおそらくまた後の部分で議論されていくのではないだろうかと思っております。

それでは、今度は中谷瑾子さんに、安楽死・尊厳死に関連する法的な責任の問題について、これも一つの議論の焦点だと思っておりますが、特に東海大の事件を中に挟みますと最先端の議論であろうかと思っておりますが、この点についてお話をいただきたいと思っております。

中谷 私は一応こういうテーマ（後出38頁参照）にさせていただきました。刑法を専攻しておりますので、刑法的な見地から安楽死・尊厳死というものを見ようということにしますと大変おもしろくない話になってしまいますので、一般の方にも多少は関心をお持ちいただけるような内容にしたいということで、わざとこういうくだけた標題にさせていただきました。

刑法学で死の問題を扱いますのは、伝統的には「死刑は果たしていいか悪いか」という問題、それから生命の終焉をめぐる問題としては安楽死の問題が伝統的に論じられてまいりましたが、ここ数年は、皆様ご承知のとおり、「脳死は人の死か」という脳死論議が非常に活発にといいますか、あるいは不毛な論議だとする方もありますが、そういうことが論じられてまいりました。ところが東海大学のいわゆる安楽死事件が登場いたしまして、またまた安楽死が問題になってきました。つい最近はずズメバチに刺された女性の尊厳死の問題。尊厳死を認めて段階での臓器移植を行ったということが問題になってまいりましたし、そういう意味で安楽死・尊厳死がまた議論の中心に据えられてきたような気がいたします。

東海大学病院のいわゆる安楽死事件については、星野先生が先ほど簡単にコメントされておられましたし、結論的にはそれが正しいと思います。なお、あとで、私どもシンポジスト間の意見の調整をはかりながら、星野先生から更に詳しく論評される予定でございますので、それに譲りたいと思います。

「安楽死とは何か」ということ、「尊厳死とは何か」ということが問題になるわけですが、安楽死については、刑法学において、今まで伝統的には五つのパターンがあると言われておりました。

第一は、生きるに値しない生命の毀滅。これは先ほどの意見にもありましたが、ナチスドイツが1939年にヒットラーの秘密命令に基づいて生きるに値しない精神障害者その他の人を「安楽死」という名目のもとで殺害した。それがユダヤ人の大虐殺につながって、数百万の人がこれによって殺害されてしまった。これが今日までのドイツにおける安楽死論に非常に大きな影響を与えていることは確かです。こういうものをヒットラーは「安楽死(Euthanasie)」という表現を使ったために安楽死の概念の一つとして挙げられておりますが、これは安楽死でも何でもないので、こんなものは論外であるとしなければなりません。

第二が、直接的または積極的安楽死。いわゆる安楽死として問題になるのはこの部分だろうと思います。

第三が、不作為による安楽死、消極的安楽死。これは、先ほどのお話によりますと、特に生命維持装置を付けないとか、レスピレーターを取り付けない、あるいは取り付けられているレスピレーターをはずすということもこれに入るかどうかということが問題になるかと思いますが、その関係になるかと思えます。

それから第四が間接的安楽死。これは本来は痛み止め、苦痛を緩和するという目的で行われるのだけれども、その二重効果といいますか、副作用として多少生命が短縮される。麻酔剤を使ったような場合のことを考えております。

最後に第五として純粹または真正安楽死があげられます。これは苦痛を緩和するというだけで、生命の短縮を全く伴わないものです。5番目も刑法上何か問題になるかという、何も問題になりません。ですから刑法上問題にすることができるのは、結局、第二から第四までということになるかと思えます。

一般的に申しますと、消極的な安楽死、不作為の安楽死、例えばビタカンファーを注射すれば痛みを伴いながらもちょっと生命が延びるかもしれないけれども、それは強いてやらないとか、それから、余り苦しむので麻酔剤を使って苦しみを緩和するけれども、その代り多少生命を短縮する、こういうものはまあまあある程度許されるのではなかろうかということについては、意見はそんなに分かれないうらうと思えます。問題は、もともと

生命を短縮するということを知りながら、なおかつそういうことをやっていいのかという直接的または積極的安楽死の是非です。これは先ほど星野先生が名古屋高裁の昭和37年12月22日の判決を引用されましたが、あそこに掲げられているような条件を充たせば行為の違法性を阻却していいのではなかろうかというのが刑法学会における多数意見だと言っていいと思います。

どういう理由であれ、生命を短縮することは許されない、だけれども、どうしても家族がそういう塗炭の苦しみには耐えかねているのを見るに忍びないから手を貸すというような場合は、責任を問えないのではなかろうか、違法は違法だけれども、行為の責任を問うことはできないのではないか、いわゆる責任阻却と考えるか、そういうことで積極的安楽死についても厳格な条件付きのもとではある程度認めてもいいのではないかという考え方と、いや絶対にそれは認めちゃいけないんだ、「滑りやすい坂道の論議」あるいは「クサビ理論」ということを申しますが、何か一つ例外的なものを認めると、(例外的なものを認めるいろんな条件を厳密に考えていたのが) いつの間にかその限定が抜けてしまって坂道を滑りおちてとめどもないところまで行ってしまふ、生命の侵害というものに不感症になりかねない、そのためにそういうものはあくまでも認めちゃいけないのだという考え方と、これは考え方が分かれるところではなかろうかと思います。ただ、後にもふれますように、現在世界的に問題になっているのは積極的安楽死の是非であり、先程の刑法学上の安楽死の5分類というものはもはや意味がないともいわれているのです(星野先生の見解)。

これに対して尊厳死というのは、人間らしい尊厳に満ちた死を迎えさせたいという希望を込めての措置を認めてはどうかということで、これも一つは、高度先端医療が非常に進歩して、従来ならば当然死んでもいいはずの生き延びられないような段階にありながら、高度医療に支えられて蘇生に成功して生き長らえることができる、そういう状態において生き長らえることが果たしていいのかという問題があるわけです。先ほど星野先生は「スパゲティ症候群」と申されましたが、集中治療室に参りますと、いっぱい管、蘇生のレスピレーターが取り付けられておりまして、意識はほとんどない、そういう形ででも生き延びるのがいいかどうかという問題で、なるべくそういう形では生き延びたくはない、人間らしい自然な形で死にたいというのがいわゆるリビング・ウィルということになるかと思えます。

リビング・ウィルというのは、1969年にアメリカのルイス・カトナーという人が提唱したのですが、当初は財産の遺言信託ということを主張しまして、これを末期医療の場面にも類推適用しようというものであったようでございます。

リビング・ウィル、皆様方はどう訳されるか……、星野先生は何と訳しておられます

か。

星野 そのまま使っています。

中谷 そのほうがいいと思いますね。

初めリビング・ウィルが日本で話題に上るようになったのは、先ほどからお話にありますカレン・アン・クインラン事件、1976年3月31日にニュージャージー州の最高裁の判決があって、この頃からリビング・ウィルということが言われるようになりましたが、日本では最初は「生者の意思」なんて訳されていたんです。「生者の意思」なんて言ったらって内容がさっぱりわかりませんよね。それで比較的最近になってから、それは「尊厳死の生前発効の遺言」であるといわれるようになりました。遺言というのはその人が死亡して初めて効力が出るわけですが、そうではない生きている間に効力が生じるという意味で「生前発効の遺言」であると言われているわけです。

安楽死のほうは、先ほどの条件にありましたように、端的に言えば、命旦夕に迫るといいますか、もう間もなく死にそうだ、そして現代医学の段階では絶対にそれ以上生命を延ばすことはできないという診断が下されているというのが条件なんですね。そして、精神的な苦痛もあるのかもしれませんが、少なくとも昭和37年の判決によりますとそれは肉体的な苦痛に限られておりますが、そういう苦痛に耐えかねている。苦痛がひどくて端の者が見るに忍びない状態にある、その他さき程星野先生があげられたようないろいろな条件があるわけです。非常に限られた限度で安楽死というものを認めるかどうかということなんですが、尊厳死になりますと、これは必ずしもそうではない。人間の尊厳にふさわしい死に方を願うということになります。

もっとも1976年のカリフォルニアの「自然死法」によりますと、これは生命維持装置の装着と取りはずしだけで、しかもちゃんとした認識・判断が可能な大人がそういう指示書を作成しなければだめだと非常に限定されておりますが、アーカンソー州では、必ずしも成人に限らない。未成年者でも代理人の同意を得てそういうことを指示することができる。あるいは精神障害者でもそういうことができるなど、かなり融通がきくような規定になっております。47州とワシントンDCでその種の法律があるとされますが、それらは厳格なカリフォルニア州とアーカンソー州の法律の中間的な規定が多いと言われております。

この尊厳死というものをよく考えてみますと、人間の尊厳にふさわしい死ということになります。そうなりますと、場合によっては死期がそんなに切迫していなくてもいいということになりそうです。アーカンソー州なんかはそうなんです。死期も切迫していなくてもいいということになりますと、ナチスドイツの「生きるに値しない生命の毀滅」につながりはしないかと、極端に言えばそういうことにもなりかねない。しかし、当然に

それであってはならないわけですし、誰もそんなことは考えていないと思うのです。

尊厳死と安楽死とは、もともとの要件を考えますと、先程来申し上げましたように必ずしも同一のものではない、同種のものではないと言うことができます。厳密には区別されるものではありませんが、安楽死のもともとの言葉が「*euthanasia*」であり「*euthanasia*」というのは、ギリシャ語で「良き死」という意味なんだそうです。そうしますと、非常に死期が迫っていて苦痛に耐えかねている人の苦痛をとって多少生命が短縮されても安らかな死を迎える、これも「良き死」だろうと思いますし、人間らしい尊厳を保ちながら自然の死を迎えるということもやはり「良き死」ではないでしょうか。そういう意味で、もともとは違ったものではあるけれども、共通の問題として考えることができるのではなかろうかと思っているわけです。

安楽死というのは、先ほどから申しますように、とにかく苦痛の緩和ということが主たる目的でなければならないと名古屋高裁の判決は言うておりますし、そういうものとして刑法学でも認めているわけですが、先ほど鈴木先生のお話にもありましたように、ペイン・クリニックというのが非常に進歩いたしました。一時はペイン・クリニックといっても神経ブロックとかいろいろな外科的な手法を取ったり神経を麻痺させることによって苦痛を緩和するということがありました。今日では経口の飲み薬（モルヒネ）での苦痛緩和ができて、先ほどのWHOの疼痛緩和の基準によれば、90%くらいはこれで苦痛が緩和されるといわれています。そうすると、最初に考えられました安楽死の苦痛緩和ということは、この疼痛緩和治療法によって90%まで解決されたということになるわけで、そういう意味では、「安楽死から尊厳死へ」「安楽死よさようなら、尊厳死よこんにちわ」といいますか、そういうふうに変わってくるのではなかろうかと言われてきたわけです。

ところが鈴木先生のご指摘にもあったように、ペイン・コントロールをきちんとやってくださる医療施設は必ずしもそう多くはないということですね。結局はガン末期の患者は非常に苦痛に耐えながら死を迎えざるをえないという現状があるわけです。そういう意味では、『痛みへの挑戦』という本が出ましたが、とにかくペイン・コントロールを普及させるということが非常に必要なのではなかろうかと思えます。

考えようによっては、先ほど鈴木先生のお話は非常に広範にわたりましたが、末期と言えるかどうか、高齢化社会を迎えて私は今「痴呆性老人の人権に関する研究班」というので研究しており、「痴呆老人の責任能力」という問題に取り組ませていただいておりますが、そういう高齢化社会の中で一人人間らしい人間の尊厳を保っての死を迎える方法は何だろうかということを考えます。

私は、「痴呆性老人の人権に関する研究班」の研究の中で、松沢病院に参りまして、重

度の痴呆老人のケア施設、これは東京都で指定された病院の一つとしてケアされておりましたが、そこに大体2ヵ月入院いたしますと、最も重度の痴呆といわれた方でも、普通一般病棟に戻れるくらいにまでよくなるのですね。そういうケアのノウハウみたいなものがもっと普及すれば、いわゆる痴呆老人として徘徊をする、弄便、弄尿、その他いろいろありますが、そういう問題行動がかなり治癒されるわけです。そういう方法ももっと開発されなければならない。それが尊厳死のほうへつながっていくのではなからうかと思っております。

そういう意味で、この高齢化社会を迎えて、一体「死とは何か」ということ、そういう問題をじっくりと考えていかなければならないし、先ほど五十嵐先生からは臓器移植の問題なども出ましたが、これはきょうの問題とは直接的な関係はないかもしれませんが、そういう問題も含めまして、私どもが自らの生の終わりを一体どういう形で締めくくっていくのか、そういう意味では星野先生の自己決定権ということにもつながってくるわけでございます。これは他人様の問題ではない、我が身の問題であるということで、本当に考えていかなければならないことではなからうかと思えます。

もう一つ、レジュメのほうには自殺幫助あるいはSterbehilfe（臨死介助）などとも書いてあります。これは安楽死・尊厳死だけではなくて、積極的な安楽死は自殺の幫助まで及ぶのかという問題です。先ほど星野先生が言われたように、医師が介助したような場合には自殺とは扱わないとなっているということでしたが、ドイツでも「臨死介助法案」というのができまして、そこでも同じような案が出されております。

ドイツで2件ほど大変問題になった事件がありました。一つは、自分の病気に失望しかねて自殺を希望していた患者がリビング・ウィルの文書を作成して机の上に置き、すでに服毒して意識不明でソファーに横たわっているのを往診に行き発見した医師が、そのまま死ぬに任せたという事件（ヴィティッヒ事件とよばれる）です。ドイツには囑託殺人罪はありますが、自殺関与罪というものはございません。場合によっては不作為による殺人罪が成立する場合がありますが、結局は無罪になったというケースです。

もう一つはハッカー事件と申しますが、これは皮膚ガンで次々と顔面に腫瘍ができて、4年間に10～15回も顔面手術をして、顔にはふたと見られないような瘢痕ができ、その上ガンはどんどん転移していき、絶望と苦痛に耐えかねて、遂に自殺を決意した患者の説得に応じて、青酸カリを入手してこれを患者に提供し、患者が自らこれを服毒、自殺したことにつき、医師および関係者が囑託殺人罪に問われたケースです。本件でも関係者は、結局、全員刑事責任を問われることはありませんでした。

なお、自殺翌日の検屍解剖所見によると、本人の余命は数日以内であったろうとされているということです。

臨死介助、自殺幫助といいますが、極端な場合にはそういう場合にもやむをえず「責任を問いただけない」とできるのではないかというのが Sterbehilfe (Sterbe=死ぬ・hilfe=助ける) の法案の趣旨であったわけですが、これは「安楽死法」と同じように積極的に生命を断つということで大方の賛同を得られませんでした、その法案はつぶれてしまいました。

アメリカのワシントン州の「尊厳死法」にしる、カリフォルニアの「尊厳死法」にしる、今までのところ安楽死を法制化することについては認められたものはない(追記参照) わけですが、しかし実際の場面では許され得ることがあるかもしれない。ただしその場合に、安易にこれを認めますと、先ほどの「滑りやすい坂道の論議」とか、あるいは「クサビ理論」とか言われるようなことが問題になるわけで、よほど慎重に考えなければいけないと思います。

ただ、私自身から言えば、植物状態になれば、その植物状態から本当に蘇生するのは1万例に1例あるいは2万例に1例とか申します。私は大変クジ運の悪い人間ですから、そういう病気になったら蘇生することは1万人のうちの1人とか2万人のうちの1人になりうるとは到底考えられませんので、私はその段階で脳死と判断してくれてもいいと考えますが、自分自身はそう思いますが、しかしひと様の生命についてはそういうふうには考えられないだろうと思っております。

どうも失礼いたしました。

木村 ありがとうございます。

一通り皆さんからお話をいただきました。私も自分が最後をどう迎えるかということを考える年齢になりまして、最近また母親が亡くなったこともありましていろいろ考えさせられた面があります。自分はどう死をむかえるかということになると、あまり痛いのはいやだとかあまりボケて長生きしたくないとか、できるだけ最後は格好よくしたいとか、そういう意見が出てくるのです。しかし全体としてほかの人の死をどうするかということになると、なかなかそうはいかない。これは例のガンの告知の問題でもそうでした、これはアンケートを取ると、「自分は告知してほしいか」というと「告知してほしい」という人が多数を占める。では「自分の親に告知できるか」というと、「できません」と言う人が多数を占める。自分の生き方と制度・仕組みとしてどうあるべきかということ、あるいは自分のかかわる親しい他人にどういうふうに対応していくべきかと考えたときに、それぞれまた非常に複雑な思いに駆られるテーマなのではないかという気がします。そういう意味でまさに私たちの生と死にもかかわる問題だという問題提起をいただいたと思います。

一通りご意見をいただきましたが、その中で自己決定権というところを当初の軸にして議論が出されたように思います。その中で、自己決定権ということになりますと、いま中

谷先生がおっしゃったように、自分で自分の生と死を決められるというところから来るわけですから、一面では自殺をしたい、あるいは早く死にたいというときに、安楽死とか尊厳死とかいう問題を超えて、さらに「死に方の自由」という方向に広がっていく側面を一つ持っている。それがまた今の医療の現状の関係からいくとまた非常に危険な側面を持ちかねない。自己決定権ということから来る広がりの方です。広がりがまた広がりすぎないかどうかという懸念が一つ問題とされたと思います。他方で、自己決定権とは、あくまでも決定出来るのは自分だけということになるわけですし、そうすると、もう既に判断能力が欠如してしまったという段階で、あるいは精神障害者、あるいは幼児なども含まれるのかもしれませんが、そういう自分の死に対して判断する能力がなくなってしまった状態の患者ということになると、尊厳死にしる安楽死にしる自分なりのよき死というものを選択する基準が出てこない。そうすると、そういう人にとっての尊厳死とか安楽死というものはなくなってしまうのか。自己決定権というところからスタートするがゆえに、カバーできない問題が生じはしないか。そういったいわば問題のせばまりすぎの危険といえますか、そういう側面も議論の中に出てきたような気がするわけです。

そういうところを踏まえて、東海大の事件がどうだったのかということを含めて、さらにもう1度シンポジストの方から、お互いにこの点についてあなたはどうか考えるのかということを含めた議論をいただければと思います。また会場の方からも、一渡りのシンポジストのご発言を聞いた上で、こういう点がもう一つ自分の頭の中で整理がつかないとか、あるいは私はこう思うという意見を出していただければ取り上げて議論の中に参加していただきたいと思います。

星野先生には途中で時間が足りなくなられた面もあったかもしれないのですが、先ほどの補足も兼ねてほかの先生の話も素材にしたご意見をいただきましょうか。

星野 それでは時間の都合もありますので、先にこの間の東海大学事件、あれは「安楽死ではない」と私は申しましたので、そう言った責任上、なぜそう思うかということの説明をさせていただきたいと思います。

今まで特に中谷先生は歴史的な背景についておっしゃいましたが、時代は変わってまいりますし、それから、さっきから言っている自己決定権を含めた個人の意思というものを非常に強く押し出す傾向が外国では強くなっております。きょうは時間がなくてオランダの特殊な状態をお話できなかったのは大変残念ですが、オランダでは、刑法上は「安楽死は殺人である」という条項があります。あるにもかかわらず、特別な条件下では違法性が阻却できるということで、これには非常にややこしいことがあるのですが、そういう厳しい関門をくぐって、現在に至っております。安楽死をさせた医者は死亡診断書が書けないので変死届をする。変死扱いにして、しかも条件が整っているときには不起訴になる。こ

ういうことで、自分の意思によって毎年約2,000人の患者が現在でも安楽死をさせられております。

先ほど私は、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」という言葉はもう外国では使われていないと申し上げたつもりでしたが、さっき五十嵐先生は尊厳死と安楽死を区別していないとおっしゃいましたが、あれは違いますので。安楽死と言えば、積極的に致死薬を与えて命を短くするというものですから、現実問題としては殺人行為に似ているわけです。それをただ違法性を阻却するだけですから、これが第三者の意思でやられたら、もう殺人が自由に行えるようになってしまうんです。ですから外国では安楽死（積極的安楽死のほう）に関する限り自己の意思を絶対視していて、家族は絶対にその証人にもなれないというくらいに、利害関係が起こりそうな人はもう最初から排除してしまっている。そういう点で日本みたいに家族の意思が非常に尊重される世の中の考え方で安楽死を考えると、なんとなく家族を疎外して家族制度を崩壊させるみたいに思うかもしれないですが、基本的にそうじゃなくて、これはオランダの話をするれば完全に家族の支持があるということはあるのですが、ちょっと時間がないので。

東海事件のことを申します前に、私の考える現代版の安楽死の定義を先に申し上げます。

鎮痛療法も効を奏せず、他の苦痛を取り除く治療も介護の方法もないのに、意識ばかりは鮮明で断末魔の苦しみにもがき、生きている喜びも意味も見出せないどころか、生きていること自体が責め苦になっている患者が、自分自身の意思で自己の尊厳を守りながら死んでいきたい、ひたすら安らかな永久の眠りを求め、最後に残された方法として信頼する医師に自分の口から直接に切望して死への幫助をしてもらうのが安楽死のあるべき姿である、というふうに私は考えております。そういう現在の世界的な流れから見た安楽死のことから考えて東海大の事件のことを批判したいと思います。

七つの項目について私は述べたいと思います。

第一は、患者の苦痛を取り除く努力をしたかということです。昨年 4月13日朝の7時半頃にこの患者は昏睡に陥っております。その前にこの方はどれほど苦しんだか。先ほどから鈴木先生も中谷先生もおっしゃいましたが、世界保健機関 (WHO) の方式のガン疼痛治療法が発表されて、事実問題として皆さんおっしゃるように9割までは疼痛の恐怖から逃れられる、多少痛くてもそんなのは目じゃないくらいの痛みだということくらいにまでいくということはもうわかっているんですね。ところが我国ではやっていないということの中谷先生はもっと強く言いたいのを非常に遠慮しながら言っておられますが、これが我国の現状でございます。そういった方法がありながら、この担当医が鎮痛療法を十分に行ったという新聞報道を私は見ていないのです。

木村 疼痛をやわらげるということですが、それに関しては、副作用なく、死期を早めることなくやれるというかなりの水準まで来ているということですね。

星野 そうです。

ちょっと過量にして恣意的に致死にもっていくという方法もありますが、私はそれを意味しておりません。オランダではそれも意味しているんですが。

その次は、意識が鮮明であったかどうかということです。安楽死の場合は、意識が鮮明でいながら断末魔の苦しみにあえいでいるということですから。ところがこの人は、4月13日の朝の7時半頃に昏睡状態に陥っていて、意識は鮮明ではなかった。だから痛みを訴えるような状態ではなかったということです。

それから、患者が耐えがたい肉体的・精神的苦痛にさいなまれていたか。これは昏睡ですから、ないわけですね。

そこで問題になるのは、新聞の報道によりますと、昏睡に陥ったと医者が言った後でも息苦しうにしていたり、そういったことで患者さんが非常に苦痛を訴えているように家族は取ったわけです。それで人工呼吸器のマウスピースも取ってくれと言ったといわれるわけですが、その場合には「昏睡なんだから、患者さんは症状としてヒーヒーというような声を出したりするけど、これは疼痛を訴えているんじゃないんだ」とこの担当医が家族にわかりやすくよく説明するべきだったのをしなかったから、家族が誤解したのだろうと私は推定するわけです。

4番目は、患者本人のお医者さんへの直接の要請があったかということですが、私が新聞などの報道から知る限りにおきましては、文書で書き残したのものもないようでございます。ましてや、昏睡してしまいましたから、本人が言うわけはございません。先ほどからしつこく申しましたが、安楽死の現在の考え方は、「もうたくさんだ、もうここで安楽死させてくれ」と、最後に実施してもらうその寸前に患者本人が医師に要請をしなければいけないことになっているのですね。ただこの場合、患者は昏睡しちゃっている。7時半に昏睡して、注射を打たれたのが夜の8時半頃と報道されています。13時間後ですから、これは直接の要請はなかったと考えなければいけない。

5番目が、もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたのか。これは成田薫前主任判事が決められた6項目の中のそのとおりの文言ですが、ですけれども、今申しましたように、本人自身はもう死ぬ苦しみは訴えていなかったわけですから、その死ぬ苦しみを緩和する目的でやった行為ではないわけでございます。

その次が、医師が行った方法が倫理的にも妥当なものであったか。ところがこの方法は、今申しましたように、本人の要請もなく、安楽死をさせる必要を示唆する何の条件もないという段階において、心停止が起こるのは医学的常識であるという塩化カリウムの静

脈内注射をかなりのスピードでやった。そういうことは医学部の学生でも薬理学を習った後では「知らない」とは言えないわけでございます。まして臨床医では、これを知らないなんていけません。しかもこの医師は自分が塩化カリウムを選んで注射したのですから、その薬についての作用も副作用も十分に知っていたはずです。塩化カリウムは普通でしたら点滴に少量ずつ入れて、そして少量の作用で使うというのが本当なんです、希釈しない原液を20ccも静脈内注射したから、約3分半で亡くなっているということでございます。ですから、これは倫理的に妥当な方法とは言えないと私は思うわけでございます。

最後の7番目は、この担当医が独断で決行して責任が取れるようなことなのかということです。患者を死に至らしめることが常識的にわかっているような処置を独断で決行した責任を、自分一人で取れると思っていたんだらうかということです。現にこの医師の教室の主任教授は減俸処分を受けていると報道されております。この教室員がやった行為によって、その教室の責任者である主任教授は処罰されているわけです。そのこと一つ考えても、彼の助手の地位で全責任を負うことができるような問題ではないにもかかわらず、独断でやったということですね。この責任感の問題がどこから来るかということがあるわけです。僕が思うに、この方は、自分が院長をやっている個人病院で自分が全責任を取れる地位にあるかのごとくに錯覚をしている。大病院の中で、いろんな機構があって、上にはいっぱいいろいろな人がいる。この人は4月1日に助手に採用されて、この病棟に派遣され、そして初めてこの患者さんの担当医になって、そして4月13日、たった13日目にこの人はこの患者さんにこの注射をしているということです。しかも自分一人の責任でやったということ。それが私には腑に落ちないのです。そのように責任を負えない責任を負うということは、非常識だと私は思うのです。このところを私はこの人場合の非常に問題にしているところです。

大学病院、私も京都大学の医学部の教授などをやっておりましたからよく存じておりますけれども、医学部というものは、上から下までの統率をちゃんとしていなかったら、教授なんて首が幾つあっても足りないです。どの人であっても上司に聞くべきなんです。相談してオーケーを取る。その上司はさらに上の人のOKをとり最終的には教授のオーケーを取らないとこんな重大な行為はできないわけです。ところが、教授に相談するどころか、独断でやっているわけです。

もう一つは、東海大学には病院の中に立派な倫理委員会ができています。そして、通常でないような医療行為または研究行為をする場合には、前もって倫理委員会に申請を出して指針を仰がなければいけないということになっています。これは常識的になっていくはずなんです。けどこの人は、倫理委員会に申請もしていない。自分だけでやった。これは現代の医学の場においては許されないことです。必ずこれをやれば死ぬというのがわ

かっていることをやる時に、倫理委員会の承認を得ていない、倫理委員会の意見も聞いていないということは、この人の医師としての責任感というものが疑わしくなるわけです。

私は、今回の東海大学事件は、患者の命を預っている医師は生命の尊さを常に人一倍感じて、患者の命であるからこそ、特に患者の意思を聞かずにお医者さんの個人的な判断で独善的に患者の命を左右するようなことをするべきではないと反省させられた事件であったと思います。将来患者となる一般の方を含め、医師はもちろんのこと、こういう基本的に大事なことを考えて原点に戻ることが大切だということを教えた事件であろうと私は思っております。結論として「東海大学事件は安楽死ではない」ということでございます。

木村 今、東海大の事件について詳しく問題点を指摘していただきました。大変厳しいご指摘だったと思います。問題は、なぜこの種の終末医療が行われてしまったのかというところに1度問題を引き戻さないと、次の私たちを取り巻く医療の問題ということになってこないと思います。その点についてどなたかご発言いただけませんか。

特に私が感じるのは、先ほど鈴木さんからは安楽死についての制度をつくらないほうがいいんじゃないかというご指摘があった。いろいろな理由がこの背景にはあるだろうと思うので、そこはぜひお話をいただきたいと思います。それと同時に、安楽死についての明確な基準といいますか、名古屋の判例はありますが一つの先例にすぎませんし、法的な基準がなくて、こういう場合には許されてこういう場合には許されない、許される場合であってもこういう手続が法律上要請されるということが明確になっていないということも、一つヤミで安楽死をさせるしかないということを生み出していく原因にあるのではないかという気もするわけです。これは墮胎の問題も同じですが、安楽死に関する制度をつくることにより危険な坂道を滑り下りてしまうという危惧がありますが、また他方、やはりどうしても死ぬということになったときには「安らかに死にたい」という気持ちがあって、家族についても見るに忍びないという、そういうどうしても社会的な要請みたいなものが陰ひなたに大きなものとしてあって、しかしそれに対応する制度がないということが一つのヤミの世界を生み出していくという、そういう側面もあるんじゃないか。そういう気もするものですから、その両方の面からどなたか。どうしてこういう問題が起こったか、どうすれば防げるのかということについてご意見をいただきたい。それでこの議論の締めくくりの方向に向かいたいと思います。

鈴木 安楽死を合法化しようという法案は、さっき星野先生がおっしゃいましたようにヨーロッパでもアメリカでも否決されているわけです。ですが現実には、裁判所の介入とかいろいろなことがありながら認めているところもあります。

「安楽死は認めない」ないしは「死の選択の場合はこういう厳格な要件が必要だ」という法律をつくるのが一つの解決方法だと思います。ただ、かなり長い議論のプロセスを国民に公開していくことが大事だと思います。

安楽死を認める条件、星野先生は七つの要件を提唱なさっていましたが、僕は一時文献では認めるようなことを書いてありますが、いろいろゆれていまして、現状では安楽死は日本では認めてはいかんと思っているわけです。

法律だけで医療現場を変えるのは難しいわけで、法律制度について検討して、現場でも議論を沸騰させることが大事だと思います。そういう意味で、医療の内部に監査制度とか意思決定のために必要な仕組み、こういうものを病院倫理委員会を中心に議論していこうというのが内部の望ましい方向として出ているわけです。そういうものは強化していくし、システム化していくというのも大事です。

インフォームド・コンセントの関係ですが、家族中心の医療を患者中心の医療に変えていくということだと思います。このケースでも、検察官がやる冒頭陳述（検察庁の主張ですからこれは事実かどうかわかりませんが）を見る限り、何度も妻や息子さんに「医師は可能性があれば少しでも治療を続けるのは当然」とか「これ以上は神様が決めることで私たちにはどうにもできるものではありません」と言っています、息子さんは「父を楽にしてください」「辛くて見ていられない」「楽にしてやってください」、最後は「きょうはもう連れて帰りたい」と言っていますが、新聞報道を見る限り「それは『死なせてくれ』ということの意味していないんだ」というのが息子さんに対する法廷の尋問の結果です。医師は「やりたくないな」と思いつつも、家族が「何とかしてやってくれ」という。「何とかしてやってくれ」がどういう意味を持っているのかということが「あ・うん」の呼吸でやられている。つまりは旧態依然とした医師と家族の間で「あ・うん」の呼吸で決められているという枠の中で起きた事件だと思うのです。もっと、この病気についての予後はどうで、予後というのは単に何年生きるということだけではなく、痛みがどうかとか、生命の質がどうかとか、仕事ができるかどうか、どんな治療をするとどんなマイナスの点があるのか、そういうことについて患者自身に病名告知も含めて情報提供しながら、「私たちはあなたに限りなくこういう援助をしたい」「命を助けることはできませんが、私はあなたを見捨てることはありません」と、そういう人間的な援助をやった挙句の果てにどうなるのかというところが安楽死で議論されるべきところですが、最後のところだけが最初に持ち出されて議論される。

木村 中谷先生はいかがですか。

中谷 要件的に見れば安楽死の要件を満たしておりませんので、結論から言えば、星野先生の意見と同じです。

木村　　そういう事件をどういうふうになくしていくかということですね。

中谷　　ただ、こういうケースで徳永医師について見れば、それに至る経過から言えば十分に情状酌量の余地はあるのかなというふうには考えますが、安楽死かどうかと言われれば、使った薬剤が塩化カリウムという致命的なものでありますから、これはとても安楽死とは言えないだろうと思います。

あとは、病院内のヒエラルヒーといいますか担当医師間の上下関係等については私は詳細にわかりませんので、何とも言いようがないわけです。

ただ、先ほどから、自己決定権ということを中心に考えていかなければならないと。それは確かなんですね。ただし非常に疑問に思いますのは、意識がはっきりして清明なときにこういうふうなりビング・ウィルみたいなものを書いたとしますね。ところがその後、例えば老化が進んで多少痴呆化してくる。いざというときになると、「自分は生きたい」「何としても生きたいんだ」と本人が言ったときに、「あなたは、元気なとき、精神がはっきりしていたときにはこういうふうに言ったじゃありませんか。だから、そういう状態で生きていただくのは気の毒だから生命を短縮します」と言えるだろうかということ、これがとても問題だと思うんですね。尊厳死協会の会長さんがそれを盛んにおっしゃるものですから、「でも先生ご自身ももし痴呆になって、先生はこうなったら死ぬようにしてほしいと言っておられたからといって、何かしようというときに、『いや、僕は今は生きたい』と言ったときに、それをあえて殺すなんて誰もできませんよ」と言ったら、「それは狂ったからそう言っているのであって、清明な意識のときにはこう言っていたというそれを基準に判断してもらえばいい」とおっしゃるのですが、現実にはそれはできないんじゃないか。そうなりますと、自己決定権というものも、意識が正確に判断ができるときにはまさにそのとおりでけど、先ほどから言っている durable power of attorney (持続的委任代理権) といいますか、そういうものをどうするのか。アメリカの Patient Self-Determination ACT (患者の自己決定法) でもこれが非常に重要視されているわけですが、こういう点についての研究が必要なんだろうと。それで鈴木先生には、それを一生懸命やってほしいと私のほうからお願いしているところなんです。

木村　　遺言の場合には遺言執行者というのがいまして、死んだ後、その遺言執行者が遺言に従って遺産の処分をするという制度があるわけですが、今出ている持続的委任の理論は、委任を受けた代理人がまだ本人が生きている間に本人の生き方について本人に代って決めていくという考え方。いわばその人が自己決定ができなくなった段階を一種の死に準ずるものと見て、その後のその人の生き方についての遺言執行を行う。わかりやすく言えばそういうことじゃないだろうかと思いますね。

ここで会場の方からご質問なり意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

そうは言ってもおれはこうだとか、医者は信用できないとか、代理人といっても弁護士が信用できるのかとか、いろいろご意見はあってもいいと思いますが、いかがでしょうか。

フロアA 鈴木先生にお聞きしたいんですが、疼痛を取る方法があると聞いたんですが、なぜ日本の医療機関はそれをやらないのかということですね。それが完全にできれば安楽死なんて考えなくて、自然に尊厳死になっていくと思うんですね。なぜ日本の医療機関がそれをやらないのか、やりたがらないのか。その事実があれば。

鈴木 僕は、情報不足だと思います。星野先生にコメントしていただきたい。

星野 いろいろ理由がありまして、一つは医学界における習慣というか思い込みですね。なぜかといいますと、今まで医学教育におきましては、麻薬、特にモルヒネとかヘロインは、まず習慣性ができるということ、そして禁断症状が起こるということ、それから致死薬であるということ、こういったことで日本の麻薬の取締法が非常に厳しくて、金庫の中にまた金庫を入れて、そこに入れておくとか、そのくらいの管理状態で、使うことが非常に難しい状態にあったということです。ですから、WHOの方法がいいということはわかっている、実際に使うとなると大変なんですね。出して使うこと自体が。

木村 過剰管理になっているわけですね。

星野 そうです。過剰管理で、病院の中でも過剰管理がしみ込んでいるんですね。ですから使おうというと、「先生、使うの」というようなことになる。

それともう一つは、鈴木先生が最初に言ってしまいましたが、医者の勉強不足です。

中谷 医学教育の中でそういうものがされていない。

星野 疼痛に関しては、これは臨床課程に行ってから、倫理とかそういうこととは関係なく教えるべきことでしょう。だから、もっとここに力点を入れて教えるべきだと思うんですね。そういうところがギャップで、外国ほどペイン・コントロールができていない。

木村 日本人としては、医者に行くときには、そういう状態になったときにはペイン・コントロールをやってくれよということもリビング・ウィルの中に書いておかないといかんと、こういうことですね。

鈴木 最近、クオリティ・オブ・ライフ、「生命の質」とか「生活の質」とか言われているんだけど、このQOLが議論され始めたのは日本ではこの数年です。つまり、死期を目前にしているときは1秒でも長く生かしてやろうじゃないかという方向でずっとやってきたわけですが、むしろ痛みを取るの方がその患者さんにとって大変重要だということが気づかれ始めた。「生命の質」を維持するためには、痛みをはじめとするさまざまな精神抑鬱症状とかいろいろなことがあるわけですが、そういうもののほうが長く生きることより末期の患者さんにとっては大事なんだという考え方で研究会や学会をつくったり

臨床に応用したりという議論が活発になってきたのは、ここ数年です。

中谷 今年の9月、奈良でありました全国80の大学医学部・医科大学倫理委員会連絡懇談会でちょっとそのことを申し上げまして、ホスピスの先生にその点を伺いましたら、ホスピスではそれはちゃんとやっぴらっしゃるわけです。大学病院、大病院ほどそれをやっぴらない。そういう病院に入院した患者は苦しみながら死ぬのだということをおっぴらっしゃっておられました。それは全部が全部とは限りませんが、医学教育の中でペイン・クリニックが今まではあまり重要視されていなかったというのが大きな理由だと私は思っております。

木村 安楽死といっぴても、一番単純な本来的安楽死といっぴますか、全く死期を縮めることなく安楽に死ぬことができるのだとすれば、90%くらいの割合で真剣に安楽死の問題に直面しないで済む場面が増えてくる。私はきょう話を伺っぴて、それだけでも聞いてよかつたなというくらい非常に大きな問題のような気もしますね、それが遅れているというこは。

ほかにかがでしょうか。

フロアB 私は、尊厳死協会に入りたいのです。病院の先生は「そういうことはできない」とおっぴらるんです。全然取り上げていただけない。私も病院に入って安楽死したいんだけど、尊厳死をしたいけど、できない。ターミナルケア、ホスピスのお話に大変勇気づけられました。

木村 要するに日本ではリビング・ウィルということが言われているけど実際にそれを医者を持っていくと医者のほうが受け付けてくれない、そんなんだたらうちに入院させないよということになっぴらたらどうしようもないので、実際にリビング・ウィルを日本で適用していくためにはどうしたらいいかということですね。

きょう、実際にリビング・ウィルの一つの文案を配っぴていただいた経過もありますので、星野先生からお願いしたいと思っぴます。

星野 私も尊厳死協会の評議員をやっぴている者でございますが、私自身も、会員になったからといっぴて尊厳死をさせてもらえらるとは信じてはいないんです。ただし、今までそんな多い数ではないのですが、あなたみたいに尊厳死をさせてくれるお医者さんがみつからない、かかっている病院のお医者さんがみんな「尊厳死なんかいやだ」と言っぴてやっぴてくれないという場合に、日本尊厳死協会の事務局にそのことを言っぴていただくと、尊厳死協会のほうから、尊厳死協会に保存してあるその患者さんのリビング・ウィルを持っていっぴて、私どもこういうふうにな何月何日に受け付けているのだと病院でよく説明して、どなたかやっぴていただけないかと一生懸命に病院及び病院の中のお医者さんを口説きまっぴして、誰もいないときには尊厳死をさせてくれる病院を紹介するように努力をしているとい

うことだけ申し上げておきます。

フロアB 東海大学のこれは何でわかったんですか。

星野 看護婦です。看護婦が病院長に。

中谷 看護婦さんは止めたのに、「おれの責任でやるのだ」と言って断行されたんですよね。

フロアB 私は信頼する先生が1人いらっしゃるんですけども、必ずしもその先生にかかるとは……。どっか旅行先でなったとかいうときは困るから、これに入っておいたほうがいいのかとも思うんですが。それと同時に、いま私が信頼している先生の病院では、それは受け付けないとおっしゃるものですから。受け付けないのだったら、私は退院しなきゃならない。退院してホスピスに入りたいんですけども。

星野 ホスピスは、今まだベッド数は日本では非常に少ないんです。ですから年じゅう満員でして、なかなか入れませんが。だからといって入れないわけではないんですけどね。

フロアB 尊厳死協会のほうでこういうホスピスに入れてくださるということはないんですか。

星野 それほどベッドがないんです、いま日本では。

それから、先ほど中谷先生がおっしゃっていたことだと思いますが、元気なうちにそういうリビング・ウィルをつくっておいても末期になったときには考えが変わるだろう、そのときはどうしたらいいんだということですね。そういうリビング・ウィルを残したばかりに、自分は急に生きたくなくても、リビング・ウィルで生命維持装置をはずされるとか、自分はもっと生きたいと思ったのに生き損ってしまうということがあったらどうするのかということですが、現在、アメリカとかオランダの安楽死の考え方でも、いつでも前に表示していた自分の意思を撤回して変更することはできるということ、これを非常に強く強調しています。

皆さんのところにお配りさせていただきましたが、これは、私が指導している京都女子大のバイオエシックスのゼミの学生たちが、自分たちが尊厳死か安楽死かいろんなことを勉強した上でリビング・ウィルのひな形をつくったものでございます。その中にもちゃんと「意思の撤回が自由」ということを宣言しております。

江藤 痛みの話ですが、30年ほど前ですが、親族の病気のとときの経験があります。たまたま私の中学の同級生には戦争中に医学部あるいは医専にいったのが多いんです。きょうはちょうど51年目の太平洋戦争開戦の日にあたりますが。医者になれば徴兵猶予もあり、少しは長生きできる？というので医者になったのが多いのです。いろいろ聞いてみたら、こういうことを言われました。なるほど私は思ったんです。麻酔がなぜ日本で発

達しなかったか。要するにこれは、軍事医学のせいだというんですね。戦争でしょう。戦地では麻酔なんかして手術をしないわけです。軍艦の場合でも、戦地でも。ノコギリでバリバリ切っちゃうようなことをやるわけ。麻酔などというやわなことを、シャバでやっていたら、戦争に行ってもそういうことになってしまう。だから麻酔を、我国では研究する必要はないということが医学界に牢固として抜きがたくあったんだという説明を受けたのですが、そういうことはあり得たのではないかと思います、いかがでしょうか。

星野 日本に麻酔学というものが学問として取り入れられたのは、昭和30年以降です。私がアメリカに飛び出したのは昭和32年ですが、その頃まで私は産婦人科医でしたが、日本では我々産婦人科医が麻酔の担当を順番でやっていたのです。麻酔医というのはなかったのですね。私は昭和32年にアメリカのニューヨークの病院に赴任しましたら、もう麻酔科の先生が全部麻酔をやって独立した科になっているので、私は非常に驚いたのですが。そのときに、私の後輩が、外科医だったのですが、ニューヨークに行ったら麻酔は非常に新しい学問でおもしろいというので外科から麻酔医に転向して、日本に帰ってきてから麻酔の教室をつくって初代の教授になったくらいでしてね。昭和30年代でないと日本には麻酔学というものはなかったんです。ですから、いま先生おっしゃるように、その頃は日本は麻酔学がなくて、必要に応じて我々が麻酔をしていた。

木村 子どものときに「ものもらい」になりまして病院に行ったら、これは切開しなければいけないというので麻酔をやってもらったんですが、その麻酔の注射が痛くて、このくらいだったら麻酔をしないで切ってもらったほうがよかったなという経験をしたことがあります。その後、麻酔をしないでやったら、そのほうがまだ痛くなかった。あれがちょうど昭和30年くらいじゃないかと思いますが。

フロアC 麻酔をするかしないかをも含めて、患者が医者からよく話を聞いてから、治療について決断するということがないと、患者は全く治療行為についてお医者さんの言いなりに放題ということになってしまう。これでよいのか大変疑問に思っています。

鈴木 「生命は何よりも絶対である」という考えでずっと医学はやってきたわけです。ところが、生命は、短くなっても、その人の考えている生命の質、つまり痛みがあるかないか、意識障害にはウトウトから無意識までかなりの段階があるわけですが、そういう意識レベルがどうかとか、仕事を継続できるかどうか、最近では渡哲也さんの手術のときに議論になりましたが、人工肛門を付けてまで俳優をやるかどうかというのも彼にとっては生命の質の問題になってくるわけです。

例えば乳ガンの患者さんは、今まではハルステッド法という術式で胸筋まで含めてごっそり乳房を取っちゃうわけです。ところが今は、乳房を温存して腫瘍だけを取ろうじゃないかというふうになってきたわけです。ハルステッドをやった人たちは、腕も上がらなく

なるとか、乳ガンは防げたかもしれないけれども痛みのひどい生活をするようになるわけです。ところがハルステッドのひどいところは、乳房温存で腫瘍だけ摘出する手術と術後の生存率が変わらないというところで非人間的な治療になっているわけです。

そのように、手術する患者でも、手術のやり方から術後の暮らし方にまで創造力を働かせていろいろなやり方をきちんと患者さんに伝えていこうじゃないかということで、「生命の質」の問題は、命が長いかどうかということからいろんなところに発展してきているのです。そういうときに、命を長らえるために何をやってもいいんだ、1秒でも長くなるんだったら患者さんはどんな辛い目でも我慢すべきだというような医療を反省しようというところから、「生命の質」の議論が出てきたと思っているんです。

ところが、この「生命の質」を「あなたの生命の質」というふうに使い始めると、これは大変な人権侵害につながる危険性を持っているわけです。それが、ナチスドイツがやった「安楽死」を理由にして虐殺をするという事件になるわけです。つまり、「生命の質（クオリティ・オブ・ライフ）」は突き詰めるところ自己決定の問題です。私の人生、私がどのように生きたいのか、そのことについて私はどう考えているのかというところで、「私自身の生命の質」というところで使うべき言葉です。医療者が考えるいろいろなメニュー、術後の痛みはあるけれども病気の根治はかなり確実ですよ、病気の根治については多少不安はあるけどその後の痛みなどは少ないですよと、医学はそういう選択肢の非常に多い時代になってきていますから、そういう中でどれが自分の「生命の質」の尊重の考え方に一番適しているかは、患者自身が知る権利と自己決定権によって決めていくということなのです。「生命の質」を他人に論じられる。つまり、医学の分野で、この患者さんの生命はどうかということをもさに本人の意思とは無関係に論じているということは、これは大変危険なことなんです。

フロアC お医者さんだけではなくて、看護婦さんも含めて医療に関係する人全体の意識が問題になるではないでしょうか。

フロアD 安楽死・尊厳死、要は人権思想の問題ですが、法律家だと、人権とかそういうことを考えるでしょう。お医者さんの立場だったら、法律の問題は一般教養でやるでしょうけれども、普通の人と同じくらいの知識だと思うんです。そうすると、尊厳死というものを突き詰めて考える能力といますか、そういった場合、お医者さんというのは生命を預かるものですね。今までの医学部は、かなり頭が良くて、勉強勉強でやってきて、秀才で。ということは、人間的にバランスのとれた人が医者になっていることが多くあればいいんですが、結局は勉強ばかりできて幅が狭い人間が医者になることが案外多いんじゃないかという見方ですね。そうなった場合、尊厳死ということを考える能力のある先生がどれくらいいるのか。要は、人間を物体として見て、手術したくなったりするんじ

ないか。そうしたら、尊厳死を一般的に考えることももちろん大事ですが、突き詰めれば医学教育につながっていくんじゃないか。いま受験するのに、医学部が一番難しいわけでしょう。きちがいようになって勉強しないと通らない。片端の人間が医者になっちゃう。頭のいい人ばかり合格させて、医学教育がそこまで必要なのかどうかと思うんですがね。

木村　　こういうふうにまとめましょうか。要するに、先ほどから医療の荒廃が問題にされているわけですが、だけどきと僕は、お医者さんの中にも尊厳死とかこういう人間の尊厳とかいうものを考える動きは出てきていると思うんですよ。そういう医の展望といますか、そういうあたりをどなたかから。まず薬のほうは痛み止めがすごく発達しているのがわかって随分ホッとしたという面があるわけですが、お医者さんのほうがどうなっていくかということをし。

フロアD　　なぜそこまでギリギリいっぱいの人が必要なのか。もう少しバランスを考えた選考の仕方があるんじゃないか。人間の温みのある人をね。いわば医者に適した人間。

星野　　医療の倫理を医学教育の中に取り込まなければいけないと、誰でも大学の教育者は思っているんです。だけどそれがなかなかできないのは、現在、医学部4年間、これは昭和10年代から変わってないんですよ。ところが、終戦の昭和20年のときに我々が教わった医学の内容と比べて、今は、10倍や20倍じゃないですね、もっと量が多いですね。そうすると、今までかなり時間をかけてきた、例えば私が学生のときに解剖学は500時間、それが今は120~180時間に抑えられています。そういう時間が生命倫理に行けばいいけど、遺伝学とかそういったことにどんどん廻して行かないと医学医療の進歩についていられないわけですね。そういうところで今困ってどうやるかという、今まで医学概論とかそういった名前でもいろんなことを教えていたところに生命倫理的のものを大変に入れてきているのです。それで努力はしているんですが、皆さん期待するほど行かないんです。

ところが、4年くらい前ですか、厚生省が医師の国家試験に急に「インフォームド・コンセントとは何か」とか、そういった生命倫理の問題を学校で教えていないのに出題し始めたのです。そうすると国家試験を受ける人は独学しなきゃならなくなっちゃうんですね。ということで、大学では教えていないけど学生たちが本を読んだりする意欲は非常に出てきている。

最近になると生命倫理ということに興味を持ってくれる若い人が多くなって、私は、このところ、もう4年目になりますが、駿台予備校の受験生相手に生命倫理の話をしているんです。毎年、駿台予備校の京都校、大阪校、神戸校（去年からです）、東京校で生命

倫理の話をする、ものすごく熱心ですよ。受験には直接関係ないですよ。でもそういう連中は、医学部志望だけじゃなくて、講師冥利に尽きるくらいのものすごく熱心です。ですから僕は悲観していません。今の17、18から20歳くらいのこれから大学に行く連中が、ものすごく生命倫理を真面目に取り上げて真面目に勉強していますでしょう。ですからもうちょっと辛抱していただくと、医学部のほうもかなり変わってきております。もうちょっと辛抱してください。

木村 もう少し長生きしましょう。

鈴木 辛抱しないで、どんどんそういうことを言ったらいいと思うんです。僕も、幾つかの医科大学に、単発的ですが、こういう話をしに行っています。

それから、今おっしゃったことを、「医者」を「弁護士」と変えるとそのままあてはまりそうで、そうだと思ったんです。つまり、医者だけじゃないでしょう、人間性を要求されるのは。弁護士だってそうだし、消防士だって人間性を要求されないと怖いですよ。火事を消すことだけに一生懸命になって人間を救うことを忘れられたというんじゃ、笑い話にもならないですよ。日本の教育の隅々まで、どこもそんなことを教えられてこなかったわけです。逆に言うと、「それを医学部だけに押しつけてどうするの」という感じが僕はするんですよ。学校教育や地域や卒後教育の中全体で命とか死とか生ということを考える土壌が必要だ思います。

先ほど会場の方が「ホスピスに入りたい」とおっしゃいましたが、ホスピスというのは、施設のことではなくて、1人の末期の患者さんをどのように人間的に援助していくかという地域ぐるみのヒューマン・ネットワークのことを言うと早稲田大学の木村利人教授は言っているわけです。つまり、施設をつくってそこに入れればいい、緩和病棟ということで保険が付く、ということでもつくっても、それは人間的な医療につながっていかないわけですね。福祉の問題とか地域の問題とかいろんなことを含めないとホスピスというのは希望したようなものにならないし、それは誰かに早くつくってほしいというよりも、地域で少しずつ考えながらみんなで作っていくという発想になっていかないと、いつまで経っても実現しないんじゃないかという気がするんですよ。

中谷 いろんなご意見が出て、またご質問が出て、大変よかったですと私は思います。

QOLの問題は、SOL（サンクティティ・オブ・ライフ）と対立的なものとして考えると大変問題があるので。例えば未熟児の保育にしても、生育限界を考えると、日本では300グラム台でも育てることができる。そういう子どもたちが本当に後遺症がなく育つかどうかという場合にも、QOLみたいなことを考えることがありますね。そういう問題を含めて命というものをどう考えるか、大変重要な時期が来ているのではないかなと思っております。

私、こちらの大学に去年から来ているのですが、こちらに参りますときの条件として「医事法」という講座を設置させてほしいと希望いたしました。法学部としてはかなり少ないと思います。私は慶応におりまして、慶応にいたときに日本で初めて「医事法」という講座を開設いたしました。1人ではもちろんできませんから、いろいろな民法の先生、あるいは裁判官とか弁護士さんとか法医の先生、精神科の先生、行政関係の先生、オムニバスで出発いたしました。こちらに参りましてもかなりの先生方を招待というか依頼してオムニバスでやっているのですが、残念ながらこの大学では大変皆さんの関心が薄くて、現在出席者は3名か4名です。非常に惜しいと私は思いますが。そういう関心のなさが私は大変残念だと思います。アメリカですと、バイオエシックスの講座はアメリカ全土で六百何十もあるといわれています。そこでは哲学からSF小説までと言われるくらい非常に広範な学際的な講座を設けてやっているわけですが、日本ではまだそれが定着しておりません。私がいる限りではこの講座をなるべく発展させて大学の皆さん方には勉強してほしいし、機会があればまた地域の皆さん方にもいろんな情報を提供することができれば大変ありがたいことだと思います。

いずれにせよ、きょうは安楽死・尊厳死ということですが、要するに死を考えるということは、その前の自らの生を考えるということだと思います。その生をいかに充実させていかに良き死を迎えるかということがきょうのテーマだったわけで、その点については外来の皆様方から非常にいいご意見が出て、またいいご質問が出て大変よかったと、私は大変喜んでおります。ありがとうございました。

五十嵐 このシンポジウムに出席させていただき、内容の深い、いろいろなご意見を聞かせていただきまして、私はあまり立ち入る余裕がありませんでしたが、きわめて参考になることが多くございました。その中で、今、中谷先生が最後に「死を考えることは生を考えることである」とおっしゃいましたけれども、この安楽死や尊厳死の問題を通して生と死の間にひそむ深淵にも似た複雑な問題や、人間性の尊厳と自由、個人と家族や社会との切っても切れない関係などが今更ながら浮かび上がってまいりました。そして、これらを真剣に考えるところに、人の生存の意味もまたあるとってよいかと思えます。

安楽死の問題ではリビング・ウィルが記録され、他の条件もそろって、晴明に、地獄の責め苦を見るような末期的状況が解決される、そんな日の来ることを期待しております。それと同時に生命の短縮を安易に考えてはならないということを徹底するような教育が必要であると考えます。現今、人間の生命は機械化した医療にあやつられているようでもあり、尊厳死などといっても人間の尊厳性など全く考えられない状況を聞見することがありますが、医療機器が単に延命のためのものでなく、また医療が本来的目的である健康への回復をあくまで第一義として専念することが大切と存じます。そして、生命の神秘さをも

う一度深く認識して生命体を大事にとり扱う配慮が保持されねばならないでありましよう。ともかく、今回貴重な機会を得て、安楽死や尊厳死について深く考えることができ心から感謝いたしております。これからもこの問題に強い関心をいだきつづけることができると思います。本当にありがとうございます。

木村 どうもありがとうございました。

きょうは、東海大の事件を一つの発火点にして安楽死と尊厳死をいろいろな方面からいろいろな角度から考えることができ、大変いい機会になったと思います。その中で、例えば「リビング・ウィルを尊重する」といって私たちがそういう気持ちを前に出していても、実際にそれを受け入れられる医療の現場はあるのかという問題が出ました。それから医療の遅れという点では、麻酔の問題から終末医療の問題全般を含めていろいろな提起がされたと思います。また尊厳死・安楽死をめぐる制度をどうするのかということについても、まだまだ議論が広がっていない。本当に掘り起こした議論をしていかなきゃいけないんじゃないかということも、きょう伺ってみてますますそう思いました。しかし、最終的には、この発するところは自己決定権の問題である。これは憲法の中でも「個人の尊重」をうたいました憲法13条がありまして、「生命・自由・幸福追求についての権利」は国政の中で一番大切にされなければいけないと言われています。この幸福追求の権利というところが大変味のあるところでございます。憲法は幸福を保障はしてくれないのですね。「幸福を追求する権利」を保障しているわけで、何が幸せであり何が幸せでないかということは我々一人ひとりが決めていくほかはないということだろうと思います。そういう私たちの自分の生き方を自ら決めていくということから発しているのだとすれば、医療の現場がけしからん、あるいは国がなかなかしっかりしないのがけしからんといって他人をなじっているだけでは済まないわけで、やっぱり私たち自身がそこを変えていく、自分たちのことは自分で変えていくという気持ちがなければならないのかなということ伺いながら、大変に考えさせられました。

私たち日本人は、どっかに専門家がいまして、難しいことはそちらに任せておけばいいんじゃないかというふうになりがちところで、最近の政界のなんとも言いがたいような状況も、発するところは私たちの自己決定権の行使の弱さにあったんだろうとつくづく感じさせられる今日この頃です。そういう意味で、今日は大変いいテーマで議論ができたと思います。また新しいテーマで来年やりたいと思います。また大勢ご参加いただきたいと思います。今日のようにまた活発に議論をしていただきたいと思います。

今日は大変ありがとうございました。(拍手)

江藤先生から閉会の言葉を。

江藤 今、木村さんから閉会の言葉があったから、あえて言うこともないんですが、

この企画は、今回で第2回です。去年はほとんど地域の方のご参集をいただけなかったのですが。ちょうど板橋の大学講座があったゆえか、地域の方のご参会を得まして、本当にうれしく思っております。

大学があるのですから、大学と地域との交歓、それには意見の交換もあるだろうし、友情の交歓もあるだろうし、いろんなつながりを持たないと、大学の発展はあり得ないことだろうと思います。我国の大学は、国立大学を始めとして、なんとなく象牙の塔になっている傾向があります。それでは、大学は孤立してしまいます。大学は、国立私立を問わず、税金と学生諸君の高い授業料で成り立っているわけです。だから、一般国民・市民にその成果を還元していかなければ我々研究者としても存在意義がないのではないかと、かねてから思っていたわけです。ここにいる木村さん、彼とどういつき合いなのかとよくよく考えてみると、飲み友達であったということになりますが、たまたま去年、東松山で講演していただいて、終わったあとでいろいろ話しているうちに、この企画に話がおよんで、おそらく来年もやるだろうと思います。ずっと、なんとか続けていきたいと思っております。

ところで、アンケートを配ってあると思いますが、いろいろと書いていただければ、それを我々は検討して来年以降の企画に役立てたいと思います。しかし、この宣伝が大変なんです。もしこういうところへ送ってくれ、ということがあれば、来年やる場合にお送りします。ぜひそういった連絡ポスト等ができたらいいな、と思っております。来年盛大にやるためにも、ぜひいろいろな形で連絡等あるいはご意見等を寄せていただければと思います。

来年も積極的に誘い合って、ご参加いただければと思います。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

- 以上 -