Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2025-07-16

オーストラリアにおける「安楽死」の制度化(2)

山崎, 康仕

(Citation)
国際文化学研究 : 神戸大学国際文化学部紀要,20:13*-46*

(Issue Date)
2003-09

(Resource Type)
departmental bulletin paper

(Version)
Version of Record

(JaLCDOI)
https://doi.org/10.24546/81001267

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/81001267

オーストラリアにおける「安楽死」の制度化(2)

山 﨑 康 仕

目　次

はじめに

1．オーストラリアでの「安楽死」の制度化の動向

(1)　北部連邦直轄地（Norhern Territory）での「安楽死」の法制度化

(a)　「終末期患者権利法（The Rights of the Terminally Ill Act 1996)」の成立過程

(b)　「終末期患者権利法」の概要

(2)　オーストラリア連邦議会での「安楽死」論争　（以上，第17号）

2．オーストラリアでの「安楽死」是非論

(1)　「安楽死」賛成論

(2)　「安楽死」反対論

3．「安楽死」問題での在るべき諸原則

(1)　諸外国での取り組み　（以上，本号）

(2)　「在るべき」諸原則

むすびに代えて

2．オーストラリアでの「安楽死」是非論

以下においては，オーストラリア連邦議会の上院に提出された委員会の報告書にもとづいて「安楽死」についての賛否両論をまとめてみることにする*1。

(1)「安楽死」賛成論

同報告書がまとめる「安楽死賛成論」の論拠は次の5点である。すなわち，1)個人の権利と自律，2)選択，3)尊厳をもって死ぬこと――苦痛に対する慈悲深い対応，4)現実にすでに普通の慣行になっていることを合法化すること，5)本人の要請による安楽死と他の医療上の終命決定との間に道徳的な差がないこと，である。以下，各々を順次概観してみる。

1）個人の権利と自律

「安楽死」賛成のこの論拠は，意思能力のある(competent)個人は，他者の権利を侵害しない限り，いかにして，かついつ死ぬかを決定する権利をもつべきであるというものであり，個人の権利と自律の原則に立脚するものである。ミル(J. S. Mill)の『自由論(On Liberty)』に言及するものもある。本人の要請による「安楽死」は，自己にのみ影響を及ぼす，被害者なき行動であると主張される。また，「社会が人々の行動を制限する権限を有する現実の目的は，その行動が他者に影響を与える場合である。……しかし私にだけ影響を与える他のことに関しては，私は私の決定をなす権利を保持する……そしてそれは，個人は自分で決定を行う権利を有するというリベラルな哲学と一致するのである。私は，もし第三者の問題が関係しないならば，人々がまじめに保持している見解を他の人々に押しつけるいなかる努力をも拒絶する」と主張される。

「終末期患者権利法」の立案者であるペロン(Marshall Perron)は，オーストラリア人が自分の死のタイミングと性質に関して決定できる権利を求めているということを強調し，本人の要請による「安楽死」を支持する意見が増えている理由を次のように説明した。すなわち，「1900年のオーストラリアの平均寿命は51歳であったが，今日，男性は75歳，女性は80.9歳である。我々はこれまでこれほどゆっくり死ぬということはなかったし，極めてまれな場合以外には，これほど苦悶しながら死ぬということもなかった。医学が描く未来のシナリオは，そのような状況が益々頻繁になるというものである。」そして彼の結論は，「時が経つにつれて，我々はますます，我々が死

ぬことができるという決定を誰かが行う時に，死ぬということになりつつある。オーストラリアの人々が言おうとしていると私が思うことは，彼らが，自分でその決定ができずに他者が彼らに責任をもっているという状態になる前に，あらかじめ自分でその決定をすることが少なくともできる権利を欲しているということである。」

しかし「安楽死」反対論者は，このような議論に対して次のように反論する。すなわち，「いかなる人も孤島ではない，それ自体で全体ではない。すべての人は大陸の一部である，主要なものの一部分である。……どんな人の死も私を減少させる。なぜなら私は人類の一部分であるからだ」という言葉を引用し，絶対的な個人の自律という概念は現代社会と相容れず，「我々はすべて，互いに，地上の我々すべての魂に依存している」と主張する。

さらに，個人の自律に基づく議論と「死の権利」を疑問視して次のように述べる。「これが自律の問題であると述べているにも拘わらず，実際に我々のすべてが，要請すれば殺してもらう権利をもつとは誰も提案しなかった。それは，より善く死ぬと考えられる状況にあると思われた人々だけに提供された権利である。」

2）選択

この「安楽死」賛成論は，本人の要請による「安楽死」は個人の問題であり，選択の問題であるというものであり，「個人の自律」における選択の要素を強調した議論である。「自発性(voluntariness）は，それの最も重要な点であり，我々は，北部連邦直轄地の立法が自発性を保障するために長い道のりを歩んでいると考えている。末期の病にありそれを望む人々が薬物の助けを借りて自らの命を終わらせる選択権をもつべきである。たいていの人々は自分で薬物を服薬することができるであろうが，しかしできない人々に対しては，薬物の投与につき，進んで手伝う医師の援助を受けられるようにすべきである……。もっともよく提出される道徳的議論は，人間の生命には固有の価値があるということである。それについて論じることは難しい。もち

ろんそれは真実である。しかしある人がその生命にもはや耐えることができないほどの苦痛の状態にあるという命題もまた真実である。なぜ彼らは，できる限り容易な方法でその生命を終わらせる権利を否定されるべきであるのか。それは彼らの選択である。もし彼らがそれを選択するならば，我々は彼らにそれを否定するべきではない。もしある人が宗教的な理由から本人の要請による安楽死に同意しないならば，その理由がどのようなものであれ，その人はその権利を行使する必要はないが，しかし彼らはその道徳的または宗教的な見解を――彼らの見解がどのようものであれ――死にたいと思っている人々に押しつけるべきではないと私は思う。」

あるいは，HIV と AIDS で 20 代と 30 代で亡くなる人々に関して，彼らは「生きていたいと欲している」，しかし，「なかには，もう戦うことができないと決めてしまう地点に達する人もいる。それは価値がなく，苦痛と尊厳の欠如があまりにも大きすぎる。彼らが選択をしたとき，その選択は尊重されるべきであると私は考える」という意見も出される。

あるいは，「死ぬのに正しい方法や間違った方法があるべきではありません。ある死が，錠剤を飲み込んだが故に，または致死の注射を受けたが故に，尊厳を与えられ，最後までひどい苦しみの中で戦ったが故に，尊厳を与えられないということがあるべきではありません。死における尊厳とは，個人的な，個人の価値のセットによってのみ定義されるべきです。尊厳のない死は，他者の道徳的価値が，患者の価値，判断，願望に反して，死んでいく個人に押しつけられる場合の死です。」

しかしこの個人の選択権を重視する賛成論に対しても，反対論の中には，その選択権の弱者への重大な影響を根拠にして反対する者もあるし，あるいは生命の世界に入るのに選択権をもたなかったと同様に，生命の世界を去るのに対しても選択権をもつべきではないと主張する者もある。

3）同情と尊厳のある死

この賛成論の論拠は，「安楽死」が，特に終末期の病気の場合に，除去で

きない苦しみと侮辱に対する，同情に満ちた慈悲の答えであるということにある。

クーゼ(Helga Kuhse)は，この論点で核心をついた発言を寄せている。「尊厳のある死とは，患者の価値と信念に合致した死，つまり善き人生を送り尊厳ある死で死を迎えることがどのようなことを意味するのかについて患者自身がもつ見解と矛盾しない死のことです。他者の道徳的または宗教的信念が命じる死の様式が尊厳ある死ではありません――たとえそれが相対的に苦痛がないとしても。」

また「ひどい死(hard death)」を経験した看護婦は，患者のひどい叫び声を経験した人は誰でも北部連邦直轄地の「終末期患者権利法」が誠実かつ人間的・同情的なものであるとして支持するであろうと証言している。

しかしこのような論拠に対しても反対論者は，次のような主張を述べている。すなわち「安楽死ほど重大な問題は個々のケースにもとづいて解決されるべきではない。個々のケースを超えた一般的な原則が見いだされねばならない。死刑についてと同様に，普遍的に適用できる一つの原則は，人間の生命は，国家を超えて位置づけられるほどに価値を与えられるべきであるということである。」

4）現実においてすでに普通の慣行になっていることを合法化すること

この「安楽死」賛成論は，いくつかの調査からオーストラリアの医療の現場では「安楽死」がすでに行われているという現実があり[*2]，「安楽死」を現状のように医師の裁量に委ねるよりも，法によってコントロールする方が望ましいということである。

M.ペロンは，「本人の要請による安楽死が何の統御も受けずに秘密裏に行われることを許しておきながら公的にはそれを禁止し続けるよりも，特定の状況において厳格な安全装置と透明性をもってそれを緩和する方が確かに好ましいことである」と言う。また，H.クーゼも次のように述べる。すなわち，「多くの人々は現在，病院において，死ぬことを認める，または死ぬこ

とを助ける決断がなされた後に，亡くなる。これらの『医療上の終命決定』には，生命維持治療の中止または不開始，命を縮めることになる苦痛と症状コントロールの施行，安楽死と援助自殺が含まれるであろう。これらの決定の高い発生率は，生命は神聖であるという見解があるにもかかわらず，際だっている。本人の要請による安楽死が広範に実際におこなわれていながらそれを禁止続けることは，それについての適切なコントロールと精査を認めないことになるし，またそのような状況では，医療上の終命決定に対する同意を求めることができるであろうし，かつ求めるべき場合にあっても，医師はその同意を求めようとしないことになるであろう。」

あるいは，他にも次のような意見が述べられている。すなわち，「私は，医師が［安楽死］を行う場合に，つまり患者を助ける場合に，同情に基づいて行っていると信じている。しかし我々は，物事を医師の手に委ねることができる時代をすでに通り過ぎ去ってしまっている。患者は権利をもっており，したがって患者がもつべき権利のなかで，自分の命の最後に何が起こるかを決定する権利よりもどのような大きな権利があるであろうか。……考慮されるべき要点は，……次のことである。すなわち，本人の要請による安楽死と本人の要請によらない安楽死がオーストラリアで現在行われており，もし安楽死について懸念するならば，できる最善のことは，安楽死を白日の下にさらし，それを精査し，それに安全装置を施し，患者がその生の最後に自分に何が起こるかについて意見を言う権利をもてるようにするということである。」

5）本人の要請による安楽死と他の医療上の終命決定との間に道徳的な差がないこと

この賛成論は，延命治療を中止して「自然の」死をもたらすことと，医師が積極的に患者の死を援助すること（「援助自死」および「積極的安楽死」）との間には，道徳的な差はないという論拠に立脚している。すなわち，延命治療を中止して死をもたらす場合が許容されるがゆえに，同じ終末期の患者であるにもかかわらず，延命治療が施されているか否かによって，患者の終

命への希望が満たされるかどうかが決定されることになり不合理であるという点にある。つまり延命治療の中止による終命と，「援助自死」または「積極的安楽死」とは，道徳的に同等の価値をもつという認識が背景にある。

H.クーゼは，「援助自死」と「積極的安楽死」を禁止続けることが，オーストラリアのような多元的でリベラルな社会において許容されない特殊な道徳的視点を表明することになると断定した後，次のように主張する。「医療上の治療の拒絶を認めるが，しかし終末期患者に死の直接的な援助を与えることを禁止するという法は間違っている。それらの法は，死を求めている患者が，合法的に拒否できる生命維持を必要とするほど幸運かどうかという道徳的に重要な関連性をもたない根拠に基づいて患者を差別している。医師の主観的な精神状態――患者の同意よりもむしろ医師の意図――に焦点を当て続けることは，偽善と秘密性を促進し，患者が医療上の終命決定に同意を与えることを保障する手続き上の安全装置を提供しない。」したがって，クーゼは，医師が終末期または不治の病にある患者で，死の医療上の援助を求めている患者に死に至る直接的な援助を与えることは道徳的に適切なことであると結論づける。

この「道徳的等価値論」に対してはいくつかの反対論がある。アシュビー(Michael Ashby)教授は，法的分析にとっては意図や動機を評価することが根本的に重要であると主張した後に，絶対的にまたは相対的に実りのない医療上の治療と，致死の薬物を注射することとの間には，強い直感的な道徳上かつ診療上の区別が存在するという視点を擁護する医療上の意見がなお実質的に存在していると指摘し，「現在，法と現行の医療倫理規範はこれら二つの行為の間に鋭い区別を行っている。これが社会的連帯と緩和ケアの実践とにとって事実であり続けることは好ましいことである」と結論づけいている。

あるいは，オーストラリア医師会は，世界医師会の見解（「積極的安楽死」と「援助自死」とは倫理に反しているが，医師は，終末期段階において自然の死の過程に従おうとする患者の願望を尊重すべきであるという見解）を固

持しており，治療を拒否する患者の権利と，重病で終末期の患者が苦痛の緩和を受ける権利（たとえそのような治療によって生命を短縮することになるとしても）を認めている。同様に，オーストラリア・ホスピス緩和ケア協会のスミス(Michael Smith)氏は次のように述べている。「死は自然の過程であり，末期の病状にあるすべての人々は，現在実りのない治療を拒否する権利，またはそれを中止してもらう権利をもっている。これは安楽死ではない。さらに，避けられる苦痛の中にある患者に効果的な緩和ケアを施さないでその苦痛の状態のままにしておくことは人間の倫理と基本的人権を明白に犯している。」

あるいは，サマーヴィル教授(Margaret Somerville: McGill University, Canada)も，この道徳的等価議論の倫理的基礎について疑問を投げかけている。「安楽死はこの点で興味深い事例研究です。というのは，もし安楽死を理性のレンズだけを通してみるならば，それは理由づけられた反応として現れます。それは論理的で認識論的で合理的です。クーゼ(Helga Kuhse)とシンガー(Peter Singer)の名をあげられましたが，彼らは，認識方法として理性にほとんど全面的な信頼を置く伝統に固執している分析的な哲学者であります。もし理性を適用するならば，安楽死賛成の立場となるでしょう。しかし歴史や記憶を含むこれら他のことを適用するならば，そしてなぜ2000年間これをしなかった理由は何か，そして他の人を殺すことについての我々の倫理的感情は何かを問うならば――そして我々は殺すという直接的な言葉を使用するならば――，我々は異なった結論に達すると私は思います。」

(2) 「安楽死」反対論

豪連邦議会の上院がまとめる「安楽死」反対論は次の5点からなる。すなわち，1)生命の神聖さ，2)宗教的信念，3)「滑りやすい坂道」論，4)医療倫理の浸食と医師・患者関係の悪化，5)緩和ケアの5点である。以下，賛成論と同様にそれを概略する。

1）生命の神聖さ

この「安楽死」反対論は，人間生命に特別な価値を認め，いかなる人も他の人を直接的に殺してはならないという生命の神聖さ原理に立脚するものである。その原理は，通常，人間の尊厳という概念で基礎づけられる。すなわち，人間の本来的で，平等で不可譲の価値は最高の崇敬と尊敬に値すると言われる。この原理は，我々の文明における倫理，慣行そして法の礎石であり，文明進歩のリトマス紙のようなものであると主張される。

生命の神聖さ原理は，人間の生命に特別な価値を認める。したがってその原理の支持者(それにはキリスト教徒，ユダヤ教徒，イスラム教徒と東洋の諸宗教，そして多くの世俗哲学が含まれる)は，無実の人間を直接に殺害することが本来的に不道徳である，あるいは常に犠牲者・殺人者・共通善に対する危害であるとして，それに反対する。したがって「安楽死」は，本人の要請によろうとよるまいと，直接的な殺人である，と主張される。

この種の反対論は，次のような意見に典型的に見られる。すなわち「本人の要請による安楽死は，生命の神聖さと人間の尊厳....の原理をそのように徹底的に逆転させるので，どのような理由によろうとも，合法的な殺人を許容するいかなる法も，我々の思考におけるぞっとするほどいやなパラダイムシフトであると見なされるに違いない。そのシフトは，我々が神聖とみなすもの――人間生命の保持――に徹底的に反対するので，我々は極端に用心して進むべきである。」

あるいは，「安楽死」に他者を殺す意図的な行為が含まれるという理由だけで安楽死に反対する主張も見られる。「社会は，死刑に値する重大な犯罪の場合でさえ，殺人が不適切な行為であるということを次第に理解するようになった。司法過程をつくした後でさえ人が殺されるときは常に，不正義が生じる危険が存在する。したがって医療専門職が事前の司法的精査を受けずに患者を殺すことを許容することは，その専門職をびっくり仰天するほど信頼するということである。」

あるいは，サマーヴィル教授は，生命の神聖さではなく，文明社会の根本

規範という根拠から「安楽死」に反対している。つまり，「もし我々のタイプの社会が基礎をおく最も根本的な規範または価値を見るならば，それは，我々は互いに殺さないということである。安楽死を実行する理由がどれほど同情的で慈悲深いものであろうとも，安楽死は，我々は互いに殺さないという規範を，我々は通常は互いに殺さないが，そうする場合もあるという規範に変更している。私は，安楽死が社会の価値に対して行うであろうことの故に，我々はそれを行う余裕がないと考えている。したがってそう考える理由は，もし安楽死が実行されれるならば，私が安楽死の濫用を恐れているという理由だけではない。もっともそれは多くの人々が議論している点であるけれども。彼らは言う。『極めて厳格な安全装置を付けよう』と。私は安楽死を行うことが本来的に間違っていると考えている。したがってそれは安全装置の問題ではない。何かについて，『それは本来的に正しいがゆえに，常に正しく用いられることを保障しよう』と我々が言う場合は，それが本来的に正しい場合だけである。したがって私はそれに関与することさえしていない。私は，我々がこれを行うことが本来的に間違っているであろうと考えている，それ故それが，我々がそれをすべきでない理由である。」

他方，この種の「安楽死」反対論に対しては，次のような反論がなされる。すなわち，生命の神聖さという倫理がきわめて重要である一方で，それは絶対的なものではない。それゆえ苦痛にあえぐ終末期患者にとっては，自律，尊厳をもって死ぬこと，そして苦痛からの解放は，生命の神聖さと比較衡量されることができ，それよりもまさっているのである。さらに，「人間生命の神聖さについて議論する人々の中には，外へ出て，他の人間を殺すことを固く決意している軍隊を賛美する人々もいる。……北アイルランド，バルカン，ルワンダ，30年戦争，異端審問所の歴史は生命の神聖さを現実に信奉している証拠にはほとんどならない。さらにある日に『生命の神聖さ』に声高に賛成する人々の多くは，別の日には，特別の犯罪カテゴリーへの死刑の再導入を求める同じ人々である。」

2）宗教的信念

この反対論は，宗教的な信念に立脚するものである。オーストラリアの主要な宗教宗派は安楽死に対する反対を表明している。すなわち，生命は神からの贈り物であり，奪われてはならない，したがってそれは個人の選択の自由のような問題にはならない。あるいは，安楽死は神の法と文明社会の諸価値に反する。あるいは，無実の人間を直接かつ自らの意思で殺害することは常に非常に不道徳である。そしてそのような要請を合法化し，その実行に権威を与える国家はいかなるものでも，生命の絶対的な尊重とすべての無実の生命の保護という根本的な原理に反する，自殺――殺人のケースを合法化していることになるであろう。あるいは，ヒッキー(Barry Hickey)大司教は，「安楽死」に反対する神学的議論を次のように説明する。すなわち「基本的には，宗教的前提から導出される見解として，人間の生命は神に由来し，したがって神が人間生命の主人であることになる。人間の生命を奪うことは我々の権利に属することではない。したがって人間の生命は神聖であり，我々の死の日は我々自身ではなく神によって決定されるべきことであるということになる。それが神学的見解である。」

この種の反対論に対しては，「安楽死」に反対する宗教的な理由は尊重されるが，ある人々がもつ宗教的見解が他者に押しつけられてはならない，という批判がある。「その法案［アン法案］は，すべての人々が，好き嫌いに拘わらず，主流派の宗教的原理を信奉しなければならないことを要求しようとしている。これは，主流派の宗教に対して異なる価値をあえてもとうとする人々に対する露骨な不寛容である。法案の支持者が寛容を提供しないのにそれを要求し，他者にとっての最善のものが何であるかを知らないのにそれを知っていると前提することは，彼らの偽善と傲慢さである。私の求めていることは，寛容が，本人の要請による安楽死を求める終末期患者を含む，社会のすべての構成員に示されるということである。これを行うためには，安楽死論争が開かれた精神で，つまり文化的，宗教的，または他の偏見をできる限り排除した精神で理解されねばならない。」

3)「滑りやすい坂道(slippery slope)」論

この反対論は,「安楽死」の実践が深遠な堕落をもたらし,究極的には統御できなくなるという議論(「滑りやすい坂道」論)に立脚している。具体的には次のような内容である。①本人の要請による「安楽死」を受け入れることは,本人の要請によらない「安楽死」を受け入れることにつながる,②終末期患者の「安楽死」は,より重篤でない病気や条件に対する「安楽死」につながる,③「安楽死」を受け入れることは,人間生命の価値に対する尊重を減少させることによって社会慣行的規範(social mores)を減少させる。

「もし中絶――生命の始まり――について楔の細い切っ先を認めるならば,なぜ同じことを安楽死――生命の終わり――の問題に関してそうすべきでないのか。一旦ひび割れによってでさえ扉を開いてしまうならば,人間の始める死が――子宮内であろうと,高齢者の自宅であろうと――狡猾にそしてほとんど無言で浸入してくることを防ぐ効果的な安全装置などは存在しない。」

この議論は,特に社会的弱者(vulnerable people)に対する「安楽死」の影響を重大視する。「個人の意見がいかなるものであろうとも,障害者を含む社会の周縁にいる人々にとっての重大問題が存在する。つまりいわゆる「安楽死」を安全に合法化または非犯罪化できないということである。」 あるいは,「安楽死」の合法化が社会の弱者に対してもつ無言の圧力に対する懸念が強く表明される。「人々がある治療を受けることができるべきか,あるいは中止すべきかどうかを考える場合,問いは普通「その治療は負担であるか」である。安楽死に関しては,さらに「その人は負担であるか」と問われ続ける。それゆえ決して安楽死を要請しなかったであろう弱者の患者にとっては,その行為の存在だけで――提示されねばならない選択肢としてこれが存在するというだけで――それ自体圧力になるのである。」

さらに,次のような意見もある。すなわち,もし安楽死が合法化されるならば,文化的・社会的モーレスが時間をかけて変化し,その結果,死ぬ権利よりもむしろ死ぬ義務を受け入れることになるであろう。歴史が示すように,国家が医療専門職による殺人を権威づけると,その結果国家は,社会構造の

本質的な要素を破壊する可能性をもち，その共同体の病者と高齢者に対する保護を弱めることになる。「病気の者と虚弱な者は，彼らを世話する者にとって重荷になるために，すばやく出口から出るような圧力を感じるようになるであろう。高齢の親戚の者は，心配する家族が心待ちにしている財産の配分から利益を受けることができるように，致死量の薬物や注射を受けるような圧力を感じるであろう。」

以上のような反対論に対しては，厳格な手続と公開性の確保によって，患者が死の援助を受けられる場合が明確にされ，濫用の危険性を回避できるという反論や，「滑りやすい坂道」論は，それを示す証拠がないために，たんに感傷的に世間を騒がせるものにすぎないという反論がある。本人の要請の有無がここではポイントとされている。「もし本人の要請のよる積極的安楽死が本人の要請によらない安楽死と根本的に異なるならば，その境界線を引くことは容易であり，したがって滑りやすい坂道を回避することは容易である。本人の要請による積極的安楽死は，患者の同意を要求するし，まさにその理由で道徳的に正しい。本人の要請によらない安楽死は患者の同意を要求しないし，その理由で道徳的に間違っていると考えることができる。その境界線を引くことは全く容易である。自己防衛での殺人を合法化することがオーストラリア人全体の虐殺にならなかったのであり，それならどうして積極的安楽死を合法化することがそうなるのであろうか。」

H.クーゼも「滑りやすい坂道」論の有効性について疑問を呈している。「これらの議論は，一般にレトリックの点で強力であり，論証と事実の点で貧弱である。というのは，それらの議論はもっぱら予測に依拠しており，多数の述べられていない，論争の余地のある前提に依拠しており，したがって証明することだけでなく，反証することも困難であるからである。」

なお，オランダでの「安楽死」の実践例は，「安楽死」に対する賛成論と反対論の両者から，「滑りやす坂道」論に関するそれらの論拠として例証されている。

4）医療倫理と医師患者関係の浸食

この議論は，「安楽死」が医師患者関係を変化させるという意見である。「医師は社会で多くの権限をもっている。患者が彼らに語る秘密が多くある。彼らが処方する薬は効き目がある。治療薬と毒薬とを明確に区別することができる。医師は訓練によって，病気の患者と向かい合う場合に強力な立場にたつ。強力な医師と弱い患者との関係を効果的に働かせる唯一の方法は，それを信頼の上に築くことである。さて安楽死が許容された後の数年を想像して見よう。医師は今や治療者であると同時に死刑執行人である。……これら二つの役割は両立できない。普通の医療実務は現在と同じものではなくなるであろう。」

あるいは，「国家公認の死は社会における諸関係と信頼を腐食させるであろう。患者は，医師や看護婦を治療者と慰める人であると見続けるのか，あるいは注射器をもった死の天使であると見るのか疑問である。」あるいは，「保健システムの手に終命の権限を与えるいかなる立法も，障害者に対する基礎的なケアの義務の点でしばしば失敗しているので，大変危険である。そのような権限が濫用されないと信じることは素朴すぎる。実際，障害者の取り扱いでの保健システムの多数の失敗を見るならば，十中八九そのような権限は濫用されるであろう。」

これらの議論に対しては，次のような批判がある。すなわち，本人の要請による「安楽死」という争点は，現実には医師から死にゆく患者への権限の移譲に関するものである。医師が始める「安楽死」は病院では大変しばしば同情的な理由から実践されている。本人の要請による「安楽死」に対する法的権利は，患者が自分の命を終命させる医療上の援助を要請し受けることを認めるものであり，患者を助ける医師の善意に頼る必要はない。あるいは，本人の要請による「安楽死」に反対する人々が描く邪悪なシナリオにオーストラリアの医師と他の医療専門職が関係するであろうとうそぶくことは彼らに対する侮辱である。

5）緩和ケア

このタイプの「安楽死」反対論は，緩和ケアの充実が「安楽死」を不要にするという内容である。WHO は次のような見解を表明している。すなわち，緩和ケアは，治療を受け付けなくなった病気を患う患者に対する積極的な全体的ケアである。苦痛の統御，他の症状の統御，そして心理的・社会的・精神的問題の統御が最も重要なものである。その目標は，患者とその家族にとってできる限り最善の生命の質を達成することである。緩和ケアは生命を肯定し，死んでいくことを正常な過程であると見なすのである。

この視点からは，「安楽死」の制度化は，なお発展途上にある緩和ケアの充実化に対する阻害要因となるという懸念が提出される。すなわち，「安楽死を合法化すると，不可避的に死の過程にある人々に対して利用されうるケアが減少することになるであろう。オーストラリアの緩和ケアの発展が『十字路』に差しかかっている時にはとくにそうである。この懸念は 3 つの領域――資源，専門家の混乱，そして人々の恐怖――に存在している。」

しかし緩和ケアが死の過程にある患者に関係するすべての問題を解決できるかどうかという問題が提起されている。すなわち，死の過程にあって苦痛は二つの形態をとる。第一のものは，苦痛・吐き気・嘔吐・便秘・憂鬱のような器官組織的な問題に関係しており，これらは，一般的に少数の例外を除いて，医師・看護婦・作業療法士・物理療法士・薬剤師・社会事業家を含む専門の緩和ケアティームによって十分に管理できる。第二のものは，自己価値の喪失，コントロールの喪失，恐怖，罪の意識，怒り，後悔，非常な障害を負うことに対する不安を含む実存的問題に関係している。実存的な問題は，苦痛よりもしばしば患者を「安楽死」の要請に導くものであり，そのような問題に対する対応方法を学んでいない医師には取り扱い困難な問題である。

他方，「安楽死」の本人による要請は，終末期患者の肉体的・精神的・感情的な苦痛を緩和する集中的な努力がなされる場合には，極端にまれなものになるという証言もある。この視点からは，「安楽死」の要請は，通常は，「安楽死」の要請というよりもむしろ援助の要求であると結論づけられる。

しかし緩和ケアがすべての条件を満たすことができるので，「安楽死」は医学的に不必要であるというこの見解は，最善の緩和ケアでさえ，約5％の人々を緩和しないという現実によって反論される。したがって本人の要請による「安楽死」は，緩和ケアの代替物ではなく，緩和ケアが患者の苦悩を緩和しないならば，最後の頼みの選択肢になるものである，という帰結となる。

12年間以上も緩和ケアにあたってきた医師も「緩和ケアがすべての苦痛を除去する――これは不可能な夢である」。あるいは，「終末期ケアにおいて安楽死の余地がある」という証言を寄せているし，同様の看護婦も次のような意見を述べている。「すべての人が緩和ケアで治療されることは可能であるとは思えない。……それは大半の場合大変効果的であるが，それが効果的でない場合が存在する。」

公開討論会でも次のような問題が提起された。すなわち，「私は人々が極限状態に到達するのを見たことがある。必ずしもすべての人がそうであるわけではない。心臓発作や出血や臓器不全で死ぬ人々は幸運な人々である。しかしながら不運な人々は，皮膚が引き延ばされ，関節で骨が露出した骸骨になるまで，生き続けるのである。緩和ケアのいかなる総量もそれを止めることができない。彼らは失禁状態であり，苦痛に苦しみ，死を乞い求める。……彼らは，ベッドに横たわって。彼らを訪ねてくる人々に恐怖を注ぎ込む何かのように見られたくはないと思っている。彼らは，自分の愛する者達が自分のことを恐怖ではなく，尊厳をもっている者であると考えてほしいと思っている。安楽死は純粋に一つの選択肢である。彼らが，医師がそうするのを待つよりも，『もう充分です。今そうしましょう』と言う場合，数週または数日の問題であるだろう。これは法ではない。それは人間的な選択である。その違いは，これが本人の要請によるという点にある。」

緩和ケアの効果を認めながらも，なお尊厳・独立・個人的な責任統御を重視する人々がいると主張する意見もある。「緩和ケアは普通トイレへ一人で行ったり，助けなしでベッドから出たり，顔を洗ったり，愛する人々と交流する能力を回復させることはできない。他人の完全な世話になって生きたい

と思わない人々もいる。[北部連邦直轄地の終末期患者権利法] によって援助を受けて死ぬ前の手紙の中で，デント(Bob Dent)は次のように述べた。すなわち，『私は，私の痛みを統御しようと努力する緩和ケアの人々からさらなる実験を受けようとは思わない』『私は，肋骨が折れる場合には抱きしめることさえできない。……普通の生活を送れないということは，多くの精神的・心理的な痛みを生み出しており，その痛みは薬物治療では決して緩和されることがない』」

障害が次第に進行することによって死亡する病気である運動ニューロン疾患の団体からは，この疾患の人のすべての要求を緩和ケアが満たせるわけではないのであり，緩和ケアは推奨されうる選択肢であるが，運動ニューロン疾患の患者には，その病気を患って生き続けることをやめる決定をなす権利を含む広範な選択肢が与えられるべきである，という意見が出されている。

しかしこれらの議論に対しては，緩和ケアによって全く援助できない「割合」があるとする研究は何ら行われていないという反論が述べられている。

また，緩和ケア実践者からは，次のような意見も述べられている。すなわち，肉体的な痛みを統御することは容易です。……終末期患者に対して統御することがより困難であるのは感情的・精神的な痛みです。肉体的な痛みを統御できない場合，それはしばしば精神的な問題の表明であることがあります。「緩和ケアは単なるモルヒネ以上のものです。モルヒネは緩和ケア学の中で次第にその役割を減じています。他の薬物療法，他の薬があります。特に痛みを扱う他の方法があります。痛みは死にゆく場合には最大の問題ではありません。それはもっと精神的な，悲しみ，感情的なものです。人々が統御できない痛みをもつ場合，しばしばそれは他の苦痛と混ざり合っています。それゆえそれを他の方法に向けることができます。」

3.「安楽死」問題での在るべき諸原則

以下では，「安楽死」問題に対応する場合に考慮されるべき「在るべき」

原則について考察してみたい。それに先だって，まずオーストラリア以外の諸外国でどのような法政策や制度化が採用されているのかを概観し，それらをもとにして「在るべき原則」を模索することにする。

「安楽死」に対する欧米各国の対応に関しても，上述のオーストラリア連邦議会上院の報告書が簡潔にまとめているのでそれを以下では紹介することにする。ただ，当報告書作成時期が1990年代後半であるために，その後の各国の展開はフォローされていない。

(1) 諸外国での取り組み

1）イギリス，カナダ，アメリカの委員会報告

A. イギリス

イギリスの貴族院と医療倫理特別委員会は，1994年に報告書を国会に提出した[*3]。この委員会の検討課題は，他者の生命を短縮させる意図や行動が，当事者の願望またはその最善の利益に合致するという理由で正当化されうるか，そしてどのような状況で正当化されうるか，ということであった。

その報告書は，「安楽死」を唱道する人々が極めて強力に保持し，誠実に表明している見解を揚げると共に，親戚や友人の臨終の日々が平穏でも救いともならなかった経験に関する証言を報告した。また，安楽死が適切であると考える人々がいる個々の状況があることも認めた。しかしながら，委員会は，意図的な殺人を社会が禁止していることは緩和されてはならないという結論に達し，「安楽死」を許容しない結論を得た。その中心的な理由は，意図的な殺人の禁止は，法と社会関係との礎であり，「安楽死」が妥当するであろうと思われる個々のケースに基づく根拠で，社会的に広範な影響力をもつ政策を決定すべきではないということにある。

その委員会は，次のような見解を表明した。

- 死ぬことは個人的なまたは個別的な事柄ではなく，他者の生命に影響を与える。したがって安楽死という争点は，個人の利害が社会全体の利害から分離できない争点である。

- 本人の要請による安楽死に安全な限界を設定することは不可能である。
- 弱者——高齢者・孤独な人々・病気の人々・困窮している人々——は，早期の死を要請する圧力を，現実の圧力であろうと想像上の圧力であろうと，そのような圧力を感じるであろう。
- 生命が攻撃的な医療によって引き延ばされるという恐怖は，延命治療が中止まはた不開始とされてもよい状況についての合意によって益々軽減されるであろう。
- 緩和ケアは，大多数のケースにおいて末期の病気の苦痛を十分に緩和できる。
- 苦痛を満足いくほどにコントロールできない少数のケースにおいて，ケアティームは，専門的な判断によって，たとえ生命を短縮させる結果になろうとも，苦痛緩和のための投薬をしだいに増加させることができる。ただし，これが適切なものとなるのは，医師が，苦痛の緩和を目的として，殺害する意図をもたずに，責任ある医療慣行に合致して行動する限りにおいてである。

その委員会は，援助自死に関しても，法を変更すべきではないと考えた。その理由は，その場合に，医師の行為と他の人の行為との間に区別を行うべき理由を見いだし得ないということである。

B. カナダ

カナダでも同様の委員会が 1995 年に報告書を提出した[*4]。その報告書において，委員会の多数派は，援助自死と安楽死に関する法を変更すべきでないと勧告した。その中心的な理由は，本人の要請による安楽死に関して，患者が自由にまたは自発的に同意を与えることを保障する十分な安全装置を確立することができないということにある。また，もし苦痛のコントロールが効果的でないまれなケースに対応できるように法改正を行うならば，共通善が危険にさらされるであろうという理由を唱えるものもいる。というのは，安楽死の合法化は最も弱い立場にある人々にとっての重大な危険を生み出し，

かつ社会における生命の根本的な価値に脅威を与えるがゆえに，その合法化を正当化するためには，まれな少数のケースでは十分ではないからである。

委員会の多数派は次のような意見を表明している。

・治療の中止と不開始とを透明化させること。

・不可逆的な病気に罹患した患者の世話をする職員の訓練を改善すること。

・苦痛の緩和と緩和ケア処置を改良すること。

・死を引き起こすことを意図する安楽死と，苦痛の緩和を意図する他の終命決定（治療の中止や不開始，あるいは死を早めるかもしれない苦痛の緩和を意図した治療の提供）との間に道徳的な差異が存在する。

しかしながら委員会の多数派は，同情や慈悲の要素が存在するケースでは，本人の要請による安楽死に対する刑罰を軽減する方向で法改正を行うべきであると勧告している。

C. アメリカ

アメリカ合衆国のニューヨーク州の専門調査団は，安楽死に関する報告書を公表した[*5]。その調査団は，援助自死と安楽死とに関する倫理的な受容性について見解を異にしながらも，現行法の改正を行うべきでないと勧告した。その中心的な理由は，援助自死の合法化は危険な公共政策(public policy)になるであろうということにある。

その報告書は次の見解を表明している。

・援助自死または安楽死が医学的かつ倫理的に適切であるケースの数は極めてまれである。

・この少数の患者のために生み出される利益は，公共政策での主要な変更や，その援助自死や安楽死の実践を合法化することによって帰結するであろう重大なリスクを正当化できるものとはならないであろう。

・そのような実践を法によって禁止することは重要な目的に役立つのであり，それは高度な象徴的な効用をもつ。

援助自死と安楽死を合法化することは，病気や弱い立場にある多くの人々

に対して深刻なリスクを生み出すであろうし，劇的な変化が公共政策に対してもつ潜在的な危険は，得られるかもしれないどんな利益にも勝っているということである。

2）オランダ，スイス，オレゴン州の現状

A. オランダ

オランダは，安楽死が相当な期間にわたって公に実施されてきた唯一の国であり，その実践についての評価は安楽死論争に大きな影響力をもっている[*6]。

オランダ刑法第293条は，他者の「明白かつ真摯な要請」に従ってその者の死を引き起こすことを，12年以下の拘禁または罰金に処すと規定している。したがってこの規定は，本人の要請による積極的な安楽死に適用される。また，刑法第294条は，他者が自殺することを意図的に教唆・幇助する，またはその手段を提供することを，3年以下の拘禁または罰金に処すと規定しており，この規定は医師の援助を受けての自死に適用される。

他方，刑法第40条は，本人の要請による積極的安楽死または援助自死が行われる前に，裁判所の確定した規準が遵守される場合には，第293条または第294条の適用を妨げる「必要性の抗弁」(noodtoestand)について規定している。それらの規準に違反する場合でさえ，当該医師に対して相対的に軽い判決が言い渡されることがよくあり，1991年以来，本人の要請による積極的安楽死または援助自死に関して，オランダ王立医師会とオランダ法務大臣との間で議論が行われ，医師が一定の指針を遵守するならば，医師に対して訴追免除が与えられてきた。しかし厳格に言えば，安楽死も援助自死もオランダでは，「合法化」も「非刑罰化」もなされていない。それらはなお犯罪であり，必要性の抗弁が受け入れられているだけである[*7]。

1971年にポストマ(Greertruida Postma)医師は，母である患者にモルヒネとクラーレ(curare)を注射し，その結果患者は死亡した。その患者は，脳溢血を患っており，聴力障害と言語障害を伴い，椅子から落ちないように

椅子に縛り付けられねばならなかった。彼女は何度も娘に自分の命を終わらせてほしいと頼んでいた。ポストマ医師は，オランダ刑法第293条違反で起訴された。1973年Leeuwarden刑事裁判所は，ポストマ医師に有罪判決を下した。1週間の執行猶予と1年の保護観察を命じた。裁判所は，もし治療の目的が不治の末期の病気から生じている肉体的または精神的な痛みの緩和であるならば，一定の状況において患者の死をもたらすことになる鎮痛剤を処方することができると判示した。しかしながらこのケースでは，ポストマ医師の第一次的な目的は患者の死を引き起こすことであった。1973年に，ポストマ判決に従って，KNMG(オランダ王立医師会)は，刑法第293条を維持する声明を発表したが，その声明の中で，鎮痛剤の処方と無益な治療の中止や不開始とは，たとえそれによって死がもたらされるとしても，正当化されると論じた。

次に転機になったのは，オランダ最高裁の1984年のAlkmaar判決であった。95歳の年老いた患者は食べることも飲むこともできず，死の直前一時的に意識を無くした。彼女は，意識を回復した後に，医師による安楽死を受けることを要請した。その医師は，別の医師に意見を求め，その医師は患者が健康を回復する可能性はないことを認めた。しかしここでは患者が慢性ではあるが，末期ではない病状にあったということが重要である。その医師は，下級審と控訴審でオランダ刑法第293条違反で有罪となった。もっともいかなる刑罰も科せられなかった。上告審で最高裁はその判決を破棄し，その医師は第40条の必要性の抗弁をもちいることができると判示した。最高裁は，その医師が一方において患者の生命を維持する責任と，他方において苦痛を緩和する責任との間で，責任の衝突に直面していたという医師の抗弁に同意した。最高裁は，この衝突が一般に普及している医療倫理規準で評価される医師の責任ある医学上の意見に基づいて解決されねばならないと判決した。このケースで医師は，その衝突を適切に解決したと認定された。

1994年6月にオランダ最高裁はChabotケースに判決を下した。それは，必要性の抗弁に関して転機となったもう一つの判決と見なされている。50

歳の患者，Hilly Boscher 氏の苦しみは純粋に精神的なものであった。彼女は，暴力的な結婚のゆえに(?)，長い間鬱病を患っており，二人の息子はすでに死亡していた。一人は自殺で，もう一人はガンで亡くなっていた。二番目の息子の死と同時に，彼女は自死を決意し，オランダ安楽死協会に連絡をとり，Chabot 医師を紹介された。Chabot 医師は，彼女が重い難治性の精神的苦痛に苦しんでいると診断した。彼は，Boscher 夫人のケースが指針を満たしているという見解に達した。彼は多数の同僚に相談した。しかし Chabot 医師以外に誰も Boscher 夫人を診察しなかった。1991 年 9 月に Chabot 医師は，致死量の薬物を処方することによって Boscher 夫人が自死するのを助けた。彼は彼女の死を検死官に報告した。

Chabot 医師はオランダ刑法第 294 条違反で訴追された。彼は必要性の抗弁に訴えることを求めた。最高裁は，患者の苦痛が精神的な場合には必要性の抗弁を適用できない理由は原理上存在しないと判示した。しかしながら，最高裁は，その抗弁が適用されるためには，その患者が独立した医学上の専門家によって診察されねばならないと判示した。Chabot 医師は，7 人の同僚に医学上の意見を求めたが，誰も実際には Boscher 夫人に会わなかった。したがって必要性の抗弁は成立しなかった。Chabot 医師は第 294 条の犯罪で有罪と認定された。最高裁は，刑罰を科さなかったが，1995 年 2 月に Chabot 医師は医療規律裁判所から懲戒を受けた。

1995 年の幼児に関係した二つのケースが新たな論争を生み出した。Kadijik ケース(Groningen 地裁)では，医師は，「患者に対する明白で真摯な願望」をもって致死の薬物を注射することによって生後 25 日の新生児を死に至らしめ，オランダ刑法違反で起訴された。その新生児は三染色体性 13（Pateau 症候群）に罹っていた。この疾患の症候群には，三つ口と口蓋裂，頭蓋骨欠損，重複した指，microphthalmia，重度の精神遅滞，多数の神経欠損，痙攣，運動遅滞が含まれていた。その子は，心臓性呼吸停止を患っており，腎不全の形跡があり，頭皮欠損の一つは潰瘍化し感染していた。上肢の痙攣は，無痛法や鎮痛剤による鎮痛をコントロールすると，腎不全を危

険な状態にするほどの状態であった。三染色体性13の子供の90%は生後1年以内に死亡するという証拠もあった。そのような状況において，Groningen地裁は医師の必要性抗弁を支持した。当事者双方が上訴した。

Prinsケース(1995年11月，アムステルダム控訴裁判所)は，水痘症と二分脊椎症を患った生後3日の新生児に致死の薬物を注射した医師に関するものであった。その赤ん坊はひどい痛みを受けており，6ヶ月以上生存するとは考えられなかった。両親にはその状態と予後についての情報が与えられ，彼らは，その赤ん坊が致死の薬物注射によって終命されることを「熟慮して真摯に要請」した。Kadijikケースと同様に，裁判所は必要性抗弁を支持したが，この問題も上訴されている。

1995年にオランダ王立医師会の指針が次のように改定された。すなわち，第一に，援助自死が可能な場合には，それを安楽死よりも優先すべきである。第二に，初期の包括的医療を行う医師は，その患者の初期包括医療医師と職業上の関係や家族関係にない，経験ある医師と相談すべきである。第三に，もし医師が安楽死に個人的に反対しているならば，その医師はその見解を患者に知らせ，援助を行う医師を患者が見つけるのを助けねばならない。

1990年以来，医師が，オランダ法務大臣とオランダ王立医師会との間で合意された指針を遵守するかぎり，訴追が行われる可能性はない。これらの指針は，医師が必要性抗弁に訴えて成功したときに判決で述べられた基準に基づいている。

その実体的要件は以下の通りである。

- 積極的安楽死または医師の援助を受けた自死の要請は患者によってなされねばならないし，それは自発的でなければならない。
- 患者の要請は熟慮されたものでなければならない。
- 患者の要請は永続かつ持続したものでなければならない。
- 患者の状況は改善の見込みのない耐え難い苦痛を必然的に伴うものでなければならない。患者はこの要件を満たすために末期の病状にある必要はない。

手続的要件は以下の通りである。

・安楽死は医師によって実施されねばならない。

・医師が患者を援助する前に，別の医師の意見を求めねばならない。1991年のChabotケース以来，もし患者が精神疾患をもっているならば，医師は，少なくとも二人の別の医師の診察を受けさせねばならない。それらの医師の一人は精神科医でなければならない。

・医師はそのケースについての完全な書面の記録を残さねばならない。

・その死は，自然死のケースとしてではなく，安楽死または医師の援助を受けての自死のケースとして検察当局に報告されねばならない。

1990年に法務大臣とオランダ王立医師会とは死亡通知手続について合意した。1994年にオランダ議会はこの手続を立法で確認したが，しかし刑法第293条と第294条を破棄しなかった。しかしながら，安楽死の大半は報告されなかったということは注目すべきことである。すなわち公式の研究が示唆するところでは，1990年には18％だけが報告され，1995年には41％が報告されただけである。それら報告されなかったものは，一般に死亡証明書で自然死とされた。

オランダでの1991年と1995年の研究：　P J van der Mass教授は，オランダにおいて終末期に関する安楽死と他の医療上の決定の実践に関して公式の研究を行った。この研究は，1991年に死亡したサンプルと1991年初頭に死亡した何人かの詳細事項に基づいて1991年に行われた。それは，オランダの高等参事会の法務長官の名ににちなんで，Remmelink報告として言及される。それついての追跡研究は，1995年の死者をサンプルとして同様の方法を用いて行われ，1996年に出版された。

各々の研究は，終末期に関する次のようなカテゴリーの一定範囲の医療上の決定に関するデータを収集した。すなわち，

・「安楽死」：当人の要請で当人以外の者によってその生命を終わらせる意図的な行為。

- 援助自死
- 明示的な要請なしに行われる意図的な終命行為
- 患者からの明示的な要請なしに行われる積極的な安楽死
- 多量のオピオイドを投与することによって結果する死
- 潜在的に生命維持の可能性をもつ治療を中止または差し控えることから結果する死

各々の研究は，不起訴手続の指針と報告手続がどの程度順守されているかのような多数の関連する問題についての情報も収集した。

	1990	1995
全死亡数（すべての死因）	12,8786	13,5546
1．本人の要請による積極的安楽死	1.7%	2.4%
2．医師の援助を受けての自死	0.2%	0.2%
3．患者の明示的要請なしに行われる意図的な終命行為	0.8%	0.7%
4．多量のオピオイド	18.8%	19.1%
5．生命維持の可能性をもつ治療の中止又は不開始	17.9%	20.2%
6．1～5の総数	39.4%	42.6%

Roger Woodruff 博士は，委員会への意見の中で，オランダにおいて1990年と1995年の間に本人の要請による安楽死が増加している点に注意を喚起した。しかしながらこの増加はオランダでの高齢化の自然の結果であると論じられている。実際，1995年に追跡調査を行った研究者達は，その増加が複数の要素の複合的な結果であるかもしれないと述べている。

「1990年の研究について報告において我々は，吟味された安楽死と他の実践について，次のようないくつかの理由から，増加するであろうと予測した。すなわち，人口の高齢化，虚血性の心臓病に帰因する死の減少の結果としてガンに帰因する死の割合の増加，生命維持技術の利用可能性の増加，そ

しておそらく患者の態度における世代的・文化的変化である。」

これらの研究結果については種々の解釈が行われている。Cambridge Univ.の Queens College の Keown 博士は，オランダにおける安楽死の法と実践についての経験的な調査を行い，この問題についての多数の論文を出版してきた。Keown 博士が当委員会に述べたところでは，裁判所の判決，専門家の意見の変化，そして 1991 年と 1995 年の研究が明らかにすることは，オランダがいわゆる「滑りやすい坂道」の上にあるということである。彼はその調査から次のように結論づけた。すなわち本人の要請による安楽死は，実効的かつ安全に規制することはできないし，患者が明示的な要請を行ない，耐え難い苦痛に苦しんでいる困難なケースに限定することができず，むしろ要請もない安楽死へと，そしてもはや耐えられない苦しみに苦しんでいるのではない状況へと滑り落ちていく傾向をもっている，と。

「第一に，安楽死がオランダにおいて広範に許容されるようになって以来，何千もの患者が明示的な要請もなくその生命を意図的に短縮されてきた。第二に，多くのケースで，たとえ他の代替手段が利用でき，患者の苦痛が耐えられないものではないにもかかわらず，安楽死が用いられてきた。第三に，相当多数のケースがガイドラインの要求に従っているとは報告されておらず，医師によって自然な原因での死亡として違法に証明されている。」

Keown 博士は，当委員会に対して，Herbert Hendin 博士の最近の著書 *Seduced by death* にも言及している。その著書で著者は，経験的調査に基づいて次のように結論づけている。

「オランダ国民の経験は，援助自死と安楽死の合法化が末期の病状にある人々の問題に対する答えとならないということを明らかにしている。オランダは，援助自死から安楽死に移行してきた。末期の病状にある人々に対する安楽死から慢性状態にある患者に対する安楽死に移行した。肉体的病状に対する安楽死から精神的苦痛に対する安楽死に移行した。そして本人の要請による安楽死から本人の要請のない安楽死に移行した。結局，安楽死を規制するためにオランダ人が確立したすべてのガイドラインは，場合によっては非

刑罰化される修正を施されたり，破棄されることになった。」

本人の要請による安楽死協会，モナッシュ大学のクーゼ(Helga Kuhse)博士らは，Keown 博士の見解を拒絶した。クーゼ博士は，委員会に対して，1991 年と 1995 年にオランダで行われた 2 つの国家規模での研究が生命についての決定に関して医療上の目的でこれまでなされた最大のものであると述べた。

「オランダの研究は 5 年の期間おいておこなわれており，実際，この『滑りやすい坂道』論に対して強い疑問を投げかけており，その議論が成り立たないと言う人々もいるであろう。1991 年の研究は，大ざっぱに言ってオランダの全死亡数の 1.8%が本人の要請による安楽死の結果であったし，オランダの全死亡数の 0.8%が本人の要請のない安楽死の結果であったと認定した。そして本人の要請のない安楽死は患者が尋ねられなかったケースであった。患者に尋ねることができないことはよくあるし，また患者がより早い時期に願望を述べていたということもよくあるが，しかし医師が致死の薬物を注射した時点では，患者は同時的かつ明示的な同意を与えなかった。それが 0.8%である。

1995 年では本人の要請による安楽死の出現はわずかに増加した――あまり多くはないが――そして本人の要請のない安楽死の出現はわずかに減少した。私の見るところでは，その研究を出版したオランダの研究者の説明が説得力をもっているように思われる。彼らの示唆するところでは，本人の要請による安楽死のわずかの増加はその実践が以前よりもよりオープンに実践されうるということになった結果であり，本人の要請のない安楽死の減少は『滑りやすい坂道』論が成り立たないことを示している。実際に，本人の要請による安楽死が非犯罪化されることで促進される議論は，医師がこれらの問題を患者とより自由に議論することを許すのである。言い換えれば，もし坂道があるとするならば，最新の研究は，その坂道が上りの坂道であるということを示唆しているように思われる。言い換えれば，実務上はわずかな改善が存在する。」

Robert Marr 博士は，「滑りやすい坂道」論に関して“*New England Journal of Medicine*”の論説に注意を喚起している。

「オランダの人々は滑りやすい坂道の上にいるのか。そうは思われない。van der Maas とその同僚による第一の報告書が示唆するところでは，1995 年の実践は 1990 年のそれとあまり異なっていない。……患者からの明示的な要請なしの終命の出現率は，――以前の研究の最も悩ましげなものであったが――1995 年には 1990 年よりもわずかに減少している。これらの認定事実を邪悪なものへの堕落であると解釈することは大変困難であろう。我々が語りうる限りでは，オランダの医師達は，しぶしぶながら，そして競合する諸状況のもとでのみ，医師の援助を受けた死への旅立ちを実践し続けている。」

しかしこの論説について John Keown は次のように述べている。

「私の見るところでは，その論説は，要請なしに終命された人々が広範に報告されず，相当な数になるということを示しているデータの現実を説明していないだけである。そのデータは，明らかに規準が順守されていないことを示しており，したがって私の見るところでは，この論説は，オランダの安楽死の現実について誤解を招く都合のよい曲解を述べている。」

クーゼ博士は，なぜそのような異なる解釈が生じるのかについて可能な一つの解釈を提示した。「意図的な終命行為のすべてのケースを安楽死として分類すべきであるという見解をとる John Keown のような人々がいる。彼は，オランダにおける死亡数を計算する際にこの計算方法を使用している。言い換えれば，彼は，安楽死の定義の中に，たとえ治療の中止や緩和ケアの実施によってなされた場合でさえ，意図的な終命のすべてのケースを含めているのである。」

さらなる争点として，オランダにおける本人の要請のない安楽死が本人の要請による安楽死を公的に緩和することで隠蔽されるか否か，あるいは本人の要請のない安楽死が，安楽死が公的に緩和されない国々で同じ程度に生じているかどうかという問題がある。

B. スイス

Marshall Perron 氏は，次のように述べた。「……スイスの人々は，上院や他の人々が予測するように社会がぼろぼろに崩れることなく，50年間にわたって援助自死を許容しそれを実践してきたということはあまり知られていない事実である。スイス法の下で毎年約120人の人々が完全に合法的に自死することを助けてもらっている。」

スイス法は，本人の要請による安楽死と援助自死を別々の規定で扱っている。スイス刑法 114 条は，本人の要請による安楽死に対して特別の犯罪を規定している。

「真摯で緊急の要請に基づいて，尊敬に値する動機，すなわち同情心から，人の生命を終わらせる者は，拘禁刑に処す。」

この犯罪に対する刑罰は殺人罪に対するそれよりも軽いものである。スイス法では，有罪判決を受けた人の動機が量刑の際に主要な考慮事項である。その点についての司法決定は報告されていないように思われるが，本人の要請による安楽死のケースでは動機が刑罰を科さないことになるほど慈善深いものであると見なされるかもしれないと示唆された。

スイス刑法第 15 条は援助自死を扱っている。それは 1937 年に制定され，次のように規定している。「利己的な理由から他人が自死することを説得または援助する者は，自死が遂行または試みられた場合に，5 年以下の懲役または禁固に処せられる。」もし利己的な動機がなければ，他人の自死を援助することは犯罪とはならない。しかしスイスの医師はその種の援助を行うことに対して乗り気ではないように思われる。

Meinrad Schär の論稿は，重病で末期状態にある人々が死ぬことを助け，6 万人以上の会員を擁する EXIT と呼ばれるスイスの任意団体の働きについて述べた[*8]。彼は以下のようにその手続を概略した。

「1．（親戚や友人ではなく）患者が個人的に EXIT の長と契約をする。

2．EXIT の協力者が患者を訪ねて，決定を行った者が健全な精神の持ち主であるということ，及び彼が第三者によって強制されたり影響

を受けていないということを確証する。

3．患者は彼の医師に診断と――もし可能であるならば――予後の証明書を求めるように勧められる。

4．死への援助を提供できるか否かについての決定はEXITの医師が行う。（疑わしい場合には，3人の協力者集団――法律家・医師・精神科医――が決定を行う）

5．EXITの援助者は患者を訪ねて，彼の自死を援助する。彼は，死が訪れるまで患者の側に居続けることを約束する。……常に証人，たいていは自死者の最も親密な親戚の者が側にいる。
それから患者に“ドラマミン(Dramamine)”が2錠与えられる。（患者は完全にリラックスして自己の人生について自由に語る。死にゆくことについての恐れや不安は存在しない。）30分後に患者に，100か150mlの水で溶かしたペントバルビタールナトリウム10gが与えられる。……

6．5分以内に患者は深いに眠りに入り，2時間以内に――若干の例外はあるが――安らかに死ぬ。

7．死後直ちに警察が呼ばれる。検察官，検死官，犯罪学者や他の「役人」が姿を現し，法律違反がなかったか否かを確認する。」

EXITが自死援助に課している条件は次のことを要求している。すなわち，援助を受ける患者が18歳以上であること，精神的に意思決定能力があること，EXITの会員であること，スイスの住民であること，予後が貧弱である重病を患っている，あるいは耐え難い健康上の障害をうけている，あるいはその両方，EXITの援助を受けて死ぬ意思があること。病気の診断とその予後は医師によって確証されねばならない。

C．オレゴン州の尊厳死法（Death with Dignity Act）

1994年11月の総選挙で，オレゴン州の有権者は住民投票で49%対51%で，

医師の援助を受けての自死を制限された形で認める法案を可決した。その結果成立した法律は，尊厳死法と呼ばれた。合衆国で初めて医師による援助を受けての自死を許容する法律が制定された。

その法律は，末期患者が自己の生命を終わらせるという明白な目的でもって致死量の薬物を得るために医師の処方箋を得ることを許容している。しかしその法律は，医師が患者を殺害する行為を行うことを許容していない。患者は致死量の薬物を自ら服薬しなければならない。

この法律を用いるためには，患者は「終末期の病気」を患うオレゴン州の成人の住民でなければならない。それは，「医学的に確証された，かつ合理的な医学的判断において６ヶ月以内に死をもたらすであろう，不治で不可逆的な病気」と定義されている。患者は，死にたいという自発的に表明された要請を，少なくとも15日の間隔を開けて２回の口頭によって，そして２人の証人が見まもる中で書面によって１回しなければならない。処方箋は，最初の口頭による要請の後１５日以内に，書面による要請の後４８時間以内に与えられてはならない。その決定は，とりわけ緩和ケアの代替策についての情報に依拠した，十分な情報が与えられた上での決定でなければならない。２人の医師が，患者は末期の病にあり，精神的に意思能力があり，自発的で，かつ十分な情報を与えられた上での決定を行ったということを証明しなければならない。

この尊厳死法の有効性については，それが合衆国憲法の保障するいくつかの保護に違反するという理由で疑問を投げかけられた。1994年12月27日にオレゴン州の連邦地裁によってその法律の施行を中止する暫定的な差止命令が認められた。1995年８月に同裁判所は，その法律が修正第14条の要求する平等保護を規定していないがゆえに違憲であると判示した[*9]。恒久的な差し止め命令が認められた。

同裁判所は，その制定法が自殺願望のある末期患者だけを取り出し，オレゴンの法律によって他者に付与された保護から彼らを除外したと認定した。それらの法律は，誰かに自殺を行わせたりそれを援助することを犯罪として

おり，自分に危険であると考えられる自死からの保護を規定している。

同裁判所の認定では，尊厳死法の設定する手続は，意思能力のない人々がその手続を使用することを防ぐために，あるいは処方箋を求め自ら致死量の薬物を服薬するという決定が真に自発的で強制されたものでないということを保障するのに，十分な安全装置を提供していない。同裁判所はその法律を大いに批判した。例えば，裁判所がその法律に確認した不十分さのひとつは，手続に関与することを要求されている二人の医師のどちらもが精神衛生の専門家である必要がないということである。もう一つには，社会サービスが，患者への援助を行うかどうかを判断するためにいかなる社会的評価も要求されていないということである。裁判所は，同法の規定する熟慮期間が満足のいくものではないと認定した。裁判所は，薬物を現実に服用する場合に医師の立ち会いや特定の日時や特定の方法を同法が要求していないという事実を批判した。薬物は，何週間または何ヶ月も後に，当該患者が意思能力をなくしたとき，あるいは不当な影響を受けたときに服用される可能性がある。このケースは上訴され，差止命令は効力をもったままになった。1997年2月27日に上訴審は，原告，すなわち患者，医師，看護ホームの集団は原告適格を欠くと述べて，そのオレゴンの法律に対する異議申し立てを棄却した。

オレゴン尊厳死法は1998年から施行され，実施状況についてのレポートが毎年公表されている[*10]。この援助自死の制度化によって，その制度を利用して毎年数十名が終命しているが，なお実験段階の状況にあり，反対派は連邦による介入によってこの援助自死を禁止しようと虎視眈々としている。

＊1　Senate Legal and Constitutional Legislation Committee, *Consideration of Legislation Referred to the Committee:Euthanasia Laws Bill 1996* (Parliament House, Canberra, 1997), Chap.6 (http://www.aph.gov.au/senate/committee/legcon_ctte/euthanasia/euthan6.pdf)

＊2　豪におけるすべての死の約40%が医師による終命決定の結果であるとみなされ

ている。Cf.H.Kuhse and P.Singer, Active Voluntary Euthanasia, Morality and Law, 3 *Journal of Law and Medicine* 129(1995)。また，豪におけるすべての死の中で，医師による終命決定が関与する死は 1.8%(内，援助自死は 0.1%)，患者による直前の明示的な要請なしに行われた終命は 3.5%(この数字はオランダよりも高い)，「尊厳死」は 28.6%，短命効果をもつのにおそらく十分な量のオピオイドの投与による疼痛処置は 30.9%である。Cf.H.Kuhs,P.Singer,P.Baume,M.Clark and M.Rickard, End-of-life decisions in Australia medical practice, *Medical Journal of Australia*, Vol.166, 17 Febrruary 1997, pp.191-6.。

＊3　The House of Lords Select Committee on Medical Ethics, *Report of the Select Committe on Medical Ethics*(HMSO, London).

＊4　The Canadian Special Select Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, *Of Life and Death*(1994)

＊5　The New York State Task Force on Life and Law, *When Death is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*(1994)

＊6　Cf. van del Wal et al, Evaluation of the Notification Procedures for Physician-Assisted Death in the Neatherlands, *New England Journal of Medicine*, November 28 1996, pp.1706ff.

＊7　その後，オランダでは，「安楽死」は 2001 年の立法によって刑事犯罪の対象から削除され合法化された

＊8　M.Schär(EXIT: Swiss Society for Humane Dying),Assisted Suicide in Switzerland: When is it permited?, mimeo,undated but apparently late 1996.

＊9　Lee v Oregon, 891 F Supp 1429(1995).

＊10　Oregon Department of Human Service, *Fifth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*(State of Oregon, USA, 2003) (http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/02pasrpt.pdf)