



尊厳死・安楽死に関する法的・規範的研究

東京大学大学院医学系研究科グローバルCOEプログラム
「次世代型生命・医療倫理の教育研究拠点創成」 特任助教

有馬 斉

尊厳死・安楽死に関する法的・規範的研究ということで、哲学・倫理学、それから社会学や経済学を専門とする他の研究者の方々と共同研究を行いました。

【ポスター -1】

一番始めに「研究の背景」というところで書かせていただいたのが、研究を始めるに当たって、もともと気になっていたところでした。国内では、終末期医療の意思決定に関わる法整備というのがあまり進んでいない状況で、臨床の現場では混乱が生じているということが言われます。ここに挙げたのは2000年代以降、終末期医療の意思決定に関わって、刑事介入の起きた事例です。ここに挙げただけでも4件あるわけ

ですが、医療者や介護者が患者の人工呼吸器を外して、不起訴までで済んだケースもありますが、有罪判決が出たというケースもいくつかあります。

問題となるケースは、色々なやり方で区別できるわけですが、大きく分ければ、いわゆる消極的安楽死と積極的安楽死になりまして、国内で特に大きな問題になっているのは消極的安楽死だと思います。すなわち延命のために必要な治療を中止する、あるいは始めからしないというような形で患者を死なせる。人工呼吸器であればそれを始めから付けない、あるいは一度付けてからスイッチを切るといったことが行われてきたわけです。

積極的安楽死についても、1件、2年前にも判決がありました。積極的安楽死では、致死薬を投与する、例えば塩化カリウムや筋弛緩剤などを注射して、積極的に患者を殺すといったことがなされます。

【ポスター -2】

これらの事件を受けて、2000年代の後半に色々な団体がガイドラインをどんどん出しました。ここに挙げたのはそのうちの主なものです。

厚生労働省や日本医師会がガイドラインを出しています。ここに挙げたものの他にも、例えば射水市民病院のように、病院のレベルでガイドラインを出しているところもありま

ポスター 1

研究の背景

- ・ 国内では、終末期医療の意思決定に関わる法整備が遅れており、臨床の現場には混乱が生じている
- ・ 延命治療の差し控えや中止は許されるか。例：末期がん患者の延命に必要な人工呼吸器の使用を差し控える、あるいは一度つけた呼吸器のスイッチを切って死なせる(消極的安楽死)
- ・ 苦しんでいる患者を速やかに死なせるために、致死薬を投与することは許されるか。例：筋弛緩剤の投与(積極的安楽死)

2004年	北海道 羽根病院	医師が人工呼吸器を外した	不起訴
2006年	富山県 射水市民病院	医師が人工呼吸器を外した(7人死亡)	不起訴
2009年	神奈川県 川崎協同病院	医師が気道確保のチューブを外したのち、筋弛緩剤を投与した	殺人罪(懲役1年6か月執行猶予3年)
2005年	相模原市 自宅介護	母親が人工呼吸器を外した	嘱託殺人罪、懲役3年(執行猶予5年)

終末期医療に関して、2000年代に刑事介入のあった主な事例 ¹⁾

す。どんどんガイドラインが出ているわけです。ところが、これらのガイドラインについては、色々な仕方で問題が指摘されています。ひとつは、終末期医療に関するガイドラインなのですが、ものによって終末期の定義を欠いているため使いにくいと言われることがある。それから、例えば患者本人の意向が分からないときに誰が決定に関わるのかということについて、ガイドラインの間で必ずしも一致していない部分がある。

また、積極的な安楽死と消極的な安楽死については明確に区別しているのですけれども、今どうやら現場で問題になっているのは、中止と差し控えの間の区別です。初めから治療をしないということについてはいいのけれども、一回開始してしまったものを途中で止めることについては、なかなか抵抗感があるとか、中止したものだけが刑事介入を受けるといようなことが起きて、この間の区別をどのようにつけるのかということについて、これらのガイドラインは触れていないということが問題として指摘されてきているようです。

【ポスター -3】

これは先に挙げた主なガイドラインの内容を、異同についてまとめた表になっていますので、ご関心のある方は見ていただければと思います。

【ポスター -4】

研究の目的としては、今回いただいた助成金を使って基本的にどういうことをしてきたかということ、1年間に亘って研究会をずっと続けてきました。分野も分野ですので共同研究といっても、全員でひとつの論文を書くということはなかったものですから、研究会をするための費用と、

ポスター 2

研究の背景

- 2000年代後半に、政府や各種学会などが、終末期医療のガイドラインを次々と作成・発表した
- しかし、これらは、「終末期」の定義を欠いている、中止してもよいとされる治療の内容が明示されていないなど、不完全な部分もある
- 各ガイドラインの内容は必ずしも一致していない
- さらに、積極的安楽死／消極的安楽死や、中止／差し控えなどの区別の倫理的な意義について、概念上の主張の根拠が明確でない

2007年	厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
2007年	日本医師会「終末期医療に関するガイドライン」
2007年	日本救急医学会「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」
2008年	日本学術会議「終末期医療のあり方について」
2007年	全日本病院協会「終末期医療に関するガイドライン」

終末期医療に関する国内の主なガイドライン 2

ポスター 3

終末期医療に関する国内の主なガイドラインの異同

		厚生労働省 2007.5	日本医師会 2008.2	全日本病院 協会2009.5	日本救急医学 2007.11
終末期 の定義 と判定	定義の有無	無し	無し	有り	有り
	死期が切迫している必要			無し	有り
意志決定 の手続き	判断の主体と基準	医療チームによる医学的判断	医療チームによる医学的判断	医師の客観的判断+患者・家族の納得	複数の医師による客観的判断
	事前指示がある場合	事前指示に従う	事前指示に従う	事前指示に従う	家族の意向と対立した場合、医療者が患者の最善の利益を判断する
	付度しても分からない場合	患者の最善を医療者と家族で判断	患者の最善を医療者と家族で判断	家族と医療者が話し合いで決定	患者の最善を医療者と家族で判断
	中止・差し控えが許される処置の内容	特に指定なし	特に指定なし	呼吸器、経管栄養、補液、薬物投与	呼吸器、ペースメーカー、人工心臓、透析、経管栄養

ポスター 4

研究の目的

- 終末期医療に関わる意志決定のあり方について、法整備を進めるために検討すべき倫理問題をあらかじめするとともに、倫理学、経済学、社会学上のアプローチを用いて解決を図る

☆ 検討すべき倫理問題として主に以下を抽出した

- ① 作為と不作為の間の区別は倫理的に重要か
- ② 安楽死・尊厳死を実施する際の要件として、患者のQOLを考慮することの妥当性
- ③ 安楽死・尊厳死の合法化が病人や障害者や高齢者に対する差別的な価値観を助長するという批判の妥当性

4

それから学会でのワークショップと公開シンポジウムを開くという形でお金を使わせていただきました。

その研究会等々の中で抽出してきた倫理的な問題というのをここに挙げています。終末期医療に関わる意志決定に関して法整備を進めるために、おそらく検討して有意義だろうと思われる倫理問題というのを、いくつか挙げさせていただきました。

【ポスター -5】

一つには、作為と不作為の違いを、概念的にどうすれば明確に区別することができるかということに関して、学会で1つワークショップを開かせていただきました。ここでは共同研究者を全員入れてやりました。

【ポスター -6】

それからもう一つ、これは私だけではなく、もう1人の共同研究者も特に関心を持って研究してきた点です。実際には国内で死なせることが許されるのは終末期の患者だけだと考えられているわけです。終末期が何かということは明確ではないのですけれども、ここで前提になっている考え方のひとつは、QOLが低い患者だけは死んでも構わないという考え方です。死ぬことが認められるのは、治療してもすぐに死ぬことが確実であるとか、あるいは延命したとしても満足に生活できないという患者だけであるという考え方だと考えられます。こうした考え方という

のは、一見すると妥当のように思われるのですが、例えば個人に消極的安楽死を選んで死ぬ権利があると認めたアメリカの連邦最高裁判所判決についてのコメントなどを読むと、必ずしもそういう考え方で安楽死が認められているとは考えにくいところもあります。つまり、本人の生命の質が低いから殺しても構わないという考え方というよりは、例えばアメリカなどでは、消極的安楽死についても、どちらかと言うと、本人が自分の人生の一番大事なことについては自分で決める権利があるから死ぬという選択も認められるべきだという考え方があるようでして、こちらのような考え方でいけば、必ずしも本人のQOLが低いというようなことは要件に入らないと言われていきます。

安楽死が正当化できるための要件として患者のQOLが低いこととこのを入れるべき

ポスター 5

考察①: 作為と不作為

- 国内ガイドラインは全て、(A)致死薬の投与(積極的安楽死)を禁止するが、(B)延命治療の中止と差し控え(消極的安楽死)を一部認めている
 - 背景にある考え方: (A)は作為(積極的に行為すること)だが、(B)は不作為(何もしないこと)だから
 - * 悪い結果(患者の死)導くことを積極的に行うことは許されないが、同じ結果が生じることが分かっているのに何もしないことは許される
 - * しかし、こうした見方の正しさは自明でない
 - * 安楽死に関する理論研究の多くは、作為と不作為の区別の倫理的な意義を認めていない(J. Rachels, 1975; J. McMahan, 2002等)
- ⇒ 作為と不作為の区別が倫理的に重要であるとする考えを合理的に説明することはできるか検討した
- 学会ワークショップ「安楽死・尊厳死が実施される際の手続きについて倫理的に意義のある区別がつけられるか」29回医学哲学倫理学会大会 2010年

ポスター 6

考察②: QOL

- 国内では、死なせることが許されるのは、「終末期」の患者だけだとする見方が支配的
 - 背景にある考え方: QOLの低い患者だけが死んでもよい
 - * 治療してもすぐに死亡することが確実な患者や、延命しても満足に生活できない患者だけ。
 - * しかし、こうした考え方の妥当性は自明でない
 - * アメリカでは、予後の如何、終末期であるかどうかや予後の善し悪しに関わらず、全ての患者に、望まない治療を拒否して死ぬ権利が認められている
- 連邦最高裁によるCruzan判決(1990年)及び、各州が定めるNatural Death Act
- ⇒ 患者を死なせてよいかどうかを判断する基準に、患者のQOLに対する評価を用いることの妥当性を検討した
- 成果は公開シンポジウム「安楽死を巡る学説の展望と課題」(2010年、京都)等で報告

かどうかということについては例えばシンポジウムの中などで発表させていただいています。

【ポスター -7】

考察の3つ目に差別と書きましたが、これは私が特に関心を持って取り組んできた問題です。安楽死・尊厳死の合法化に対する反対意見の一つとして、「安楽死・尊厳死の合法化というのは病人や障害者や高齢者に対する差別的な価値観を前提にしているのでは」ということがよく言われます。これはQOLとも少し関わるのですが、結局は「病人や高齢者の生命というのは価値が低いから死なせてもいいけれども、健全者は死なせてはならない」という考え方があるのでないかということが言われてきたわけですが、例えば障害者運動をずっとやってきた方が、こういう主張の論文を書いているのですが、「それほど病状の重くない人が『死なせて欲しい』と言っても、そんなこと言うのは、『鬱だから』と言って聞き入れられないのに、例えば障害者が『死にたい』と言うと、『死にたくて当然だ』と言って聞き入れられてしまう」。そのことが問題だと言われています。こういったタイプの議論に対しては反論もあって、その反論が正しいかどうか検討して、論文などの形で発表してきました。

【ポスター -8】 (ポスターのみ掲載)

【ポスター -9】 (ポスターのみ掲載)

ポスター 7

考察③: 差別

・ 安楽死・尊厳死の合法化への反対意見:
安楽死・尊厳死の合法化は、病人や障害者や高齢者に対する差別的な価値観を前提にしている

- * 「病人や高齢者の生命は価値が低いから死なせてもよいが、健全者は死なせてはならない」
- * 「それほど病状の重くない人が死なせて欲しいといっても、そんなことをいうのは鬱だからだと聞き入れられないのに、障害者が死にたいという『死にたくて当然だ』として聞き入れられてしまう」(V.Michel, 1995)

⇒ 差別的な価値観を前提とせずに安楽死や尊厳死を合法化することができるか検討した

- * とくに、個人の生命の価値に対する特定の評価を前提としなくても、安楽死は合法化できるとする自由主義者の議論 (R. Dworkin, 1993; D. Brock, 1993) を検討した
- 成果は論文 有馬青「国家の中立性と個人の死ぬ権利」(『生存学』, 2010年) 等の形で発表

ポスター 8

まとめ

- ・ 国内では、終末期医療に関わる意志決定のあり方について、現在まで法整備が進んでおらず、臨床の現場に混乱が生じている
- ・ 法整備を進めるうえで、検討するべき倫理的な問題群をあらかじめにした
- ・ とくに作為と不作為の区別が持つ道徳的な意義、安楽死・尊厳死が許されるための条件にQOL評価を取り入れることの是非、安楽死・尊厳死の合法化が病人や障害者や高齢者に対する差別を助長するという懸念の妥当性などについて、検討した
- ・ 結果は、論文、学会ワークショップ、公開シンポジウム等のかたちで公表した

ポスター 9

主な成果

- 論文
1. 有馬青、水野俊誠、坂本徳仁、増田義太郎、「安楽死・尊厳死が実施される際の手続きについて倫理的に意義のある区別がつけられるか」、『医学哲学・医学倫理』, 2011年, 第29号, 73-76頁
 2. 増田義太郎、「障害と生命倫理学」、『ノーマライゼーション』, 2011年, 10-12頁
 3. 安部彰、「ケアにおける承認問題への一視座: パターナリズムと「安楽死」をめぐって」, 現代社会学理論研究, 第5号, 2011年
 4. 有馬青、「国家の中立性と個人の死ぬ権利」, 『生存学』(立命館大学生存学研究中心編), 2010年, Vol.2, 328-345頁
 5. Hitoshi Arima, "Children as Organ Donors: Is Japan's New Policy on Organ Procurement in Minors Justifiable?" *Asian Bioethics Review*, 2009, Vol.1, No.4, 354-366.
- 学会報告
1. Hitoshi Arima, "Posthumous Interest and Proxy Decision-Making," 10th World Congress of Bioethics, International Bioethics Association, July 30, 2010, Singapore.
 2. 坂本徳仁、増田義太郎、水野俊誠、司会: 有馬青、ワークショップ「安楽死・尊厳死が実施される際の手続きについて倫理的に意義のある区別がつけられるか」, 医学哲学倫理学会第29回会年次大会, 2010年
- 公開シンポジウム
1. 「安楽死を進める学校の後継と課題」, ファイザーヘルスリサーチ推進財団研究助成「尊厳死・安楽死研究会」共催, 京都府会館, 2010年10月2日 (<http://www.arsvix.com/ja/20101002.htm>)

質疑応答

宇都木： そもそもガイドラインが不十分であるということから出発をされましたが、検討の中身についてはご報告がなかったですね。ですからちょっと分かりにくいのですが、結論的には、法制度の整備と今回研究というのはどんな結びつきになるのでしょうか。

有馬： 実際のところ、例えば作為・不作為の線引き問題についてワークショップをやってみても、本当に論点が無数に出てきて、ここで線が引けるんだという結論まで行くことができなかったというのが実際です。あるいはまた、差別のところでは、安楽死・尊厳死を合法化すべきであるとして、その時の正当化の考え方として、例えばアメリカ式の自由主義のような考え方でやるのは少し無理があるのではないかと。そういったすごく限定的な結論が出たといったところでとりあえず終わっています。今後も研究を続けて行きたいと思っております。

宇都木： 私は、アメリカ方式ではちょっと無理ではないかと思えます。これは日本の特殊性ということですか？

有馬： 文化的なというよりは…。これはアメリカ式と言ってしまうと非常に語弊がありますね。実際にはアメリカで何人かの非常に有名な研究者、例えば、ドウォーキンとかブロックといった研究者が展開している議論になるわけですが、それに対して、先ほど述べた差別的な価値観を前提にしているのではないかとという批判も出てきました。そういう批判はある程度射ているところがあるのではないかと、というのが今のところの結論といえれば結論になるかもしれません。

宇都木： 問題は難しくなる一方だということですね。

会場： オランダでは安楽死は認められていますね。あとヨーロッパのカトリックの国の比較はなされているのですか。

有馬： 特にそれほど比較ということはやっていないのですが、イギリスで、2002年に消極的安楽死に関するガイドラインが1つ出ました。このガイドラインについて、ある障害のある人が、それに則った形で治療中止が認められるとすると、一部の障害者の生きる権利が奪われかねないとする懸念を表明し、ガイドラインの合法性が裁判で争われました。この事例について共同研究者と検討し、論文にしています。

ただし、共同研究者全員のバックグラウンドが、文化的な比較というアプローチにはあまり向いていませんでしたので、文化比較という形にはなりませんでした。