

老いをめぐる生命倫理

死の迎え方

星野一正

はじめに

平成九年九月十五日の「敬老の日」にちなんで、現在、日本で百歳を越えた老人の方々が八四九一人もいらっしゃる、遠からず一万人を越すのではないかと報道されました。

また、現時点で、わが国の七十歳以上の方は一三〇二万人で、全人口の一割以上を占めておられ、六十五歳以上の方になりますと一九三七万人もいらっしゃるのだそうです。

私も一三〇二万人の中の一人として高齢者の仲間入りをしております。

わが国の老年医療の対象となる方々が、いかに多いかを国民一人一人が知り、少子化時代を何とかして克服しなければ、若い人々の負担は増すばかりで、健全な社会が保てなくなるであろうことを大変憂えております。

そこで、われわれ老人も老いに甘えず、各人が、それぞれの体力や能力の許す範囲で、少しでも自分でできることは率先して自分で行い、そして若い人たちの負担を少しでも軽くしようという気力をもって、一日一日の時

間を大切にして暮らしていこうではありませんか。

とは申しまでも、体力的に無理なことをして身体を壊したら、却って端の人達に迷惑をかけることになりま
すので、自重するべき時には、我を張らずに、大人しく
養生なさって下さい。世話をして貰わなければ、自分では
できないことも段々と増えていくのは仕方がないこと
ですので、世話をしてくれる人の親切を、感謝の気持ち
で受けようではありませんか。

このような気持ちで、老いてからも社会の一人としての
自覚をもって生きることが、老いをめぐる生命倫理の
基本的に大切なことであろうと考えております。

老いの身の生命の質・生活の質(QOL) について

わが国の平均寿命が世界で群を抜いて長寿になってか
ら久しいのですが、平均寿命が長くなった一つの重要な
理由として、わが国の未熟児保育が驚異的に進歩したこ
とも含めて新生児や乳幼児の死亡率が激減したことが挙
げられております。

しかし、乳幼児の死亡率とは無関係な、百歳を越えた
長寿者の数の増加は、長寿者の健康状態が素晴らしく良
くなってきている証拠と考えられ、誠に同慶の至りで
あります。

一口に長寿と言いましても、寿命が来て亡くなるまで
健康として生活を楽しまれる場合には、その方はご自分
の生命の質・生活の質(QOL: Quality of Life)が高いと
満足されていることと思います。しかし、そのような方
は、むしろ少ないのではないのでしょうか。

たとえ、苦しまれないにしても、晩年に意識が朦朧と
していたり、持続的植物状態であったり、昏睡に陥って
いたりして、自分が生きているのすら認識できない状態
で肉体だけが生き続けているような場合には、患者ご本
人には、ご自身のQOLが高いのか低いのかを判断する
ことはできません。

ここで、「持続的植物状態」と「昏睡」について、
少々医学的なご説明を加えさせて頂きます。

「持続的植物状態の患者」は、「意識がなく、誰をも認
識することができませんし、勿論、意思の疎通もでき

ません。一日のうちで目を閉じて眠っているような時

と目を開いて恰も起きているかのような時が周期的に
起こります。目を開いて恰も起きているかのような時

には、目玉をあちこちに動かすのですが、何を見ても
識別することはできません。無意識に口を動かした
り、流動物を少し口に入れておきますと、いつの間

にか飲み込んでしまうこともあります。自分で食べた
り飲んだりではできませんので、強制栄養を続けてい
なければ死んでしまいます。自分の意思ですることとは何
もできませんが、身体の内臓の働きで、食べたものを

消化したり、栄養分や水分などを吸収したり、小便や
大便の排泄はできるのですが、垂れ流しの状態で、尿
失禁・大便失禁の状態です。ですから、身体の中の自
律神経系により、本人の意思とは無関係に働いている
植物機能だけが正常に働いているだけで、持続的に意
識のない状態が、半年あるいはそれ以上に続いている
病状」を示しております。

「昏睡」という状態は、「いかなる刺激を与えても、そ
の検査の時に意識が戻らなかった状態」ですが、その後

に、昏睡から覚めて、意識が戻ることもあります。

さて、本題に戻りまして、先程申しましたQOLにつ
いて、もう少しお話致します。

「QOL」というのは、自分の生命の質・生活の質に
ついて本人がどう感じるかによって評価できるもので、
家族であろうと親友であろうと、第三者には想像する以
外には評価ができないものなのです。

よく医師や看護婦など医療従事者が、「このような治
療をしたら、このようなケアをしたら、患者のQOLが
上がった」と判断していることがありますが、それは、
本人に確かめられない限り、判断した医療従事者の感覚に基
づく思い込み過ぎず、正しい判断であったかどうかは
分かりません。第三者による思い込みで、患者のQOL
の質が高いとか低いとか、決めることはよくないことだ
と思っております。

余りに痛みが強い時に「この痛みさえ止まったら、ど
んなに毎日が楽しくなるだろう」と思っていた患者が、
鎮痛剤が効いて痛みが治まってみたら、今度は、堪えら
れないほどの「だるさ」に身の置き所もなくなり、痛み

が取れても、少しもQOLが上がったとは思えないことも、往々にあるのです。本人ですら予想できないことの多い患者のQOLなのだとすることを、忘れないで頂きたいと思います。

とは言いまして、「患者のQOLを高めてあげるように努力することが、医療やケアの大きな、そして大切な目的である」こともお忘れにならないで下さい。

患者のQOLを高め、それを維持していくために、患者の希望をよく聴くと共に考え努力していくことが、医療従事者や世話をしている家族などにとっての「老いをめぐる生命倫理」で、最も大切なことだと思っております。

医療技術・医療器具の開発進歩に伴う人々の死生観の多様化

日本が第二次世界大戦の終戦前から戦後にかけての物資のない貧困生活から立ち直り、世界一の長寿国になったのは、日本国民の弛まざる努力によるものであることは、現在高齢者となっている方々にとっては、ご自分の

体験から実感をもって言えることだと思います。その上、戦後の科学、医学、医療技術の驚異的な進歩、発展によるところも大きいのです。

私は、産婦人科で医学博士の学位を頂いてから、昭和三十二（一九五七）年、物のなかった時代に米国に物資を買いつけにいく空っぽの貨物船に揺られて東京港を離れ、昭和五十二（一九七七）年の秋に二十一年目に帰国するまで、留学のためではなく海外に働きに出たため、日本に帰ることもなくずっと、海外の医療センターで働いておりました。ですから、昭和三十二年以降、母国が次第に復興していった日本の実情については、全く存じません。

戦後十二年のまだまだ復興もならぬ貧乏時代、外貨の蓄財のなかった大蔵省からは僅か三十ドルの米ドルの持ち出しの許可を頂いて、アメリカに渡り、ニューヨーク州の病院で院内産婦人科主任（産婦人科チーフ・レジデント）として勤務いたしました。当時の日本と異なり米国では、物資が多いただけではなく、余りにも多くのことが進歩していたのには、まさに驚きの連続でした。特に、

米国での科学、医学、医療技術そして医療機器などが格段に進歩していたことに驚きました。

米国では、一九五三年には、遺伝情報を担う核酸（DNA）の構造が理論的に解明されて、ワトソン・クリック（Watson & Crick）両博士が「DNAの二重らせん構造説」をとえ、その構造が正しいことが間もなく証明されて、一九六二年には彼らにノーベル賞が授与されました。

彼らの研究が糸口となり、その後、遺伝子に関する研究が急速に進み、遺伝子診断で診断できる遺伝子疾患が次々と発見され、最近では、遺伝子治療さえ試みられております。私が渡米した頃は、近代遺伝子学の幕開けの時代でした。

また、両側の腎臓が侵されて機能が廃絶したために、腎臓移植を受ける以外には生きることができない患者の血液を透析すれば、透析医療を受けている数時間だけ休めば、学業や仕事を辞めずに続けることができるという素晴らしい透析医療が開発・進歩していたのです。一九六二年には米国政府の肝いりで、米国の何処にいても

透析が受けられるように、透析装置を全米の医療機関に配置して、透析医療を普及させました。従来ならば死を免れなかった重度の腎臓失調患者を、透析医療によって、延命させる道が開きました。

私がアメリカの病院で一九五七年に働き出して、すごく驚いたのは、アメリカではすでに、麻酔学という学問が確立されており、麻酔専門医が開業していたことでした。

私が渡米するまで、日本の大学病院でも一般病院でも、麻酔専門医はおりませんでしたので、たとえば産婦人科で患者に麻酔をかける時には、産婦人科医が交代で麻酔をかけていたのです。日本の大学の医学部には麻酔学という学問はありませんでした。ところが米国では、麻酔学・蘇生学が確立されていたばかりか、麻酔装置も、見たこともない素晴らしいものが日常使われておりました。麻酔専門医の資格のない私ども産婦人科医には、その麻酔装置には触れさせてすら貰えませんでした。この麻酔装置は、実は蘇生装置を兼ねた装置で、蘇生にも麻酔にも随時使えました。

この蘇生・麻酔装置がさらに改良され、進歩して数年の内に「生命維持装置」と呼ばれる進歩した装置になりました。斬新な生命維持装置で延命させられていた終末期の患者の中には「脳死」と呼ばれる新しい死が起こることが分かってきました。

終末期の患者は、生命維持装置によって、強制的に呼吸運動も血液循環もさせられているので、患者の脳に寿命が来て脳自身の組織が二度と機能しなくなっても、つまり脳死しても、まだ生命維持装置によって強制的に呼吸運動も血液循環もさせられているので、脳死した患者には、外見的には「死んだ」とは思えない「見えない死」が起こるようになりました。これが、脳死でして従来、起こったことがなかった新しい死の現象でした。

ですから、脳死は、生命維持装置を付けられていない患者には起こらないことを、ご理解頂きたいと存じます。

生命維持装置によって、患者が死んだことすら脳死判定をしない限り分からない位に、延命療法は進歩したのです。従来、臓器移植をすることができなかった心

臓、肺臓、肝臓、脾臓などの臓器の移植が脳死者からの臓器の移植によって可能になり、従来死ぬしかなかった患者が延命させて貰えるようになりました。

このように、色々と延命の可能性が出てきますと、「患者を一分でも長く生かすことが医師の最大の使命であり、患者の死は、医師の敗北である」と信じていた医師たちには、延命療法は素晴らしい医療でありました。また、何としてでも少しでも長く生きていたいと願う患者や、生きていてくれればそれだけでありがたいのだからと、患者が少しでも長く生きていて欲しいと願う家族の人達、さらに生命至上主義の人々や生命神聖説を信じる人々にとって、延命療法は、救いの神でありました。

ところが、病人が集中治療室に入れられて、生命維持装置を付けられて延命させられている姿を見た家族たちは、患者が、生命維持装置と管や電線で繋がれ、さらに患者の身体につけたセンサーから電線で患者の脳波や心電図や血圧や脈拍などをベッドの周りに配置された脳波計、心電図計などの計器と繋がれているばかりか、強制栄養補給、水分補給、点滴装置やその他の薬の注射の装

置など、沢山の管や電線などに取り巻かれており、集中治療室の中で家族の誰も付き添っていないベッドに横たわらされている孤独な状態を見て、患者は「スバゲッテ

ィー症候群」にされていて、とても人間らしくないと、悲しみ、生命維持装置をつけることをむしろ嫌うようになりしました。

「スバゲッティー症候群」にされることを聞いて嫌だと思った患者たちは、もしも自分が持続的植物状態になったら、生命維持装置を付けたくないで欲しいし、もし生命維持装置をすでに付けられていた場合には外して欲しいと、まだ知的精神的判断能力のある間に、希望するようになっていきました。

自然死・尊厳死の考え方とカレン・アン・クインラン事件

二十一歳のカレン・アン・クインラン嬢は、友人のパーティーでお酒のせいか床に倒れ、ボーイフレンドに車で自宅に送ってもらった後、救急車で意識のないまま病院に運ばれました。三日後に、肺炎となり呼吸が苦し

そうなので生命維持装置が付けられたのです。その後も意識が戻ることなく、数か月後に医師から「カレンは、持続的植物状態となって、将来意識を取り戻す可能性はないといえよう」と両親に宣言されました。

教会の牧師と相談した両親は、「カレンが元氣な時に、『万一自分が持続的植物状態となるようなことがあったら、生命維持装置を付けたくないか、付けられていたら外して貰って欲しい』と言っていたのだから、医師に言って取り外して貰おう」と決めて、医師に頼んだところ、医師が反対したので、裁判所に訴えたのです。

その後、一九七六年のニュージャージー州最高裁判所の判決で「カレンから生命維持装置を外してよろしい」と許可が出され、カレンから外されましたが、カレンは、その後、九年間も生き続けて、寿命が来て亡くなりました。

この判決は、持続的植物状態の患者から生命維持装置を取り外してよいと決定した世界で最初の裁判結果でした。

家族から引き離されて集中治療室の中で機械に囲まれ

て「スパゲッティ症候群」にされる位なら、生命維持装置による医療の介入なしでベッドの中で自由にさせて貰い、家族たちに暖かくケアをされて寿命が来たら、機械に邪魔されることなく自分らしく死を迎えたい。それは、自分にとって一番人間らしい尊厳のある死の迎え方だから、というので、このような自然に迎える死を「自然死」と言ったのでした。

このようなことが、社会的に注目を集めたのは、一九七五年に起こった「カレン・アン・クインラン事件」でした。

「カリフォルニア州自然死法一九七六」の制定とリビング・ウイルの世界最初の法制化

カレン事件の判決を聞いたカリフォルニア州の人々は、自分たちもそうして欲しいと願い、州に法制化運動を始めました。その結果は、同年中に早々と実現しました。「カリフォルニア州自然死法一九七六」が制定されました。この法律には「成人が末期状態になったときに、生命維持装置を中止するか取り外すように、医師に

対して文書をもって指示する書面を作成する権利をカリフォルニア州法は認める」と明記されており、この法文にあるような書面をリビング・ウイルと言いますので、この法律は、リビング・ウイルを世界で最初に法制化したものとなりました。

日本では、リビング・ウイルを法制化しておりませんが、リビング・ウイルを書いている、法的には保障されません。

「カリフォルニア州自然死法一九七六」が制定されてから、翌年にはテキサス州自然死法が制定されたのをはじめ、多くの州で同様な法律が制定されました。それというのも、カレン・アン・クインラン裁判に続く法律の制定により、一部の人々の間で問題にされていた新しい考え方であった「スパゲッティ症候群」にされて死を迎えたとしたら、生命維持装置による医療技術の介入によって、たとえ少しは延命させられるにしても、自分らしく息を引き取ることができなくなり、家族に囲まれて暖かい愛情に包まれて自分らしい自然の死を迎える方が、ずっと自分にとっては幸せな死の迎え方だ」と思うよう

になり、「自分は、生命の長さよりも生命の質の高い最期の時を、家族と共に過ごしたい」というQOLを尊重する考え方が、多くの州の人々の間にも広がっていきましました。

このような医療の介入のない自然死は、一番人間らしい尊厳のある死の迎え方だから、このように自然に死ぬる死は「尊厳死」とであると言うようになったのです。

そのために、カリフォルニア州自然死法と同じような法律を制定した州で「自然死法」ではなく「尊厳死法」という法律を制定する州も多くなりました。

つまり、生命至上主義の人々や生命神聖説を信じる人々とは異なる価値観を持つ人々が増えていくようになり、人々の死生観にも多様性が現れるようになりました。

「カリフォルニア州医療のための持続的委任権法一九八三」の制定

「カリフォルニア州自然死法一九七六」が制定された後で、「考えてみれば、リビング・ウイルを医師に提示

して生命維持装置を外して貰いたいと思った時には、自分は意識がすでないの、自分で医師に提示できない」と気がついた住民は、リビング・ウイルを自分に代わって医師に提示してくれる人を、前もって決めて代理者として委任しておけばよいと考えて、その法制化運動をしたのでした。その結果、「カリフォルニア州医療のための持続的委任権法一九八三」が制定されました。

自分が知的精神的判断能力がなくなった後の自分の医療について、事前に（知的精神的判断能力のある間に）医師に指示をしておくための自分の意思表示の文書を、ここで紹介した「カリフォルニア州医療のための持続的委任権法一九八三」を含めて、総括して「医療のためのアドバンス・ディレクティブ（advance directive for medical care）」と呼んでおります。

ですから、「カリフォルニア州医療のための持続的委任権法一九八三」は、「医療のためのアドバンス・ディレクティブ」の最初の法律となりました。

現在、ニューヨーク州では、「医療のための持続的委任権法」は、「医療についての代理意思決定法」という

州法に含まれております。

その他の「医療のためのアドバンス・ディレクティブ」について

臓器提供の意思表示を知的精神的判断能力のある間に前以てしておく書面を携帯用にカードにしたものを「ドナー・カード」と言い、アメリカでは、一九八七年に法制化されておりますが、これも「医療のためのアドバンス・ディレクティブ」の一種であります。

わが国では、最近「臓器移植法」が制定されてから、「ドナー・カード」の作成にかかっておりますが、法制化したという情報は得ておりません。

法制化していない「ドナー・カード」に示されている意思表示の内容は、法的に保障されませんので、そのような「ドナー・カード」にどれほどの法的価値があるのか、私には分かりません。

死が切迫している臨終前の心不全・呼吸不全に対して心肺蘇生術をしないで欲しいという医師らへの事前の意思表示の書面を「蘇生拒否指示」(DNR order)(後述)と

いいますが、これも「医療のためのアドバンス・ディレクティブ」の一種です。

リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブの法制化の必要性

リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブの法制化が、なぜ必要かについて、簡単にお話をしておきたいと存じます。

自分が受ける医療やケアについては、医師らの説明を受けて理解した上で、自主的に選択した医療やケアを受けることに同意するわけでして、そのような場合の本人が表示した意思は、インフォームド・コンセントの法理によって保障されています。

しかし、リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブには、患者が知的精神的判断能力のある時に、自分が終末期に判断能力がなくなった時のことを想定してあらかじめ意思表示しておくのでして、その時に誰が主治医になるのかも分かりませんので、主治医と自分との間のインフォームド・コンセントによって

確認しておくことはできません。しかし、リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブによって患者が前以て意思表示をした段階で、患者の意思が間違いない医師によって実施される確信が欲しいわけですから、リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブに前以て意思表示してある内容そのものを法律で保障できるように法制化しておかなければならないのです。諸外国では、リビング・ウィルや医療のためのアドバンス・ディレクティブに前以て意思表示示しておくことを法律で認めているのです。

わが国では考えられないほど、欧米諸国をはじめオーストラリアやニュージーランドなどでは、患者本人の自己決定権が強く要求されております。それに引き替え、わが国では、患者のみならず、各個人の自己決定権は軽く取り扱われております。

癌などの重い病気の時には特に、患者は、むしろ置き去りにされたままで、医師と家族が相談して患者の治療方針などを決めてしまうこともあり、患者が聞きたいと思っ

ていても、患者には詳しい病状などを知らせずに、家族に知らせて、それきりになることも多いことは、皆様よくご存知の通りです。また、医師が家族に知らせた時に、医師は家族から「患者本人には、絶対に言わないで下さいね、先生」と、きつく口止めされてしまうことが多いこともご存知だと思います。

そればかりか、今回制定された「臓器移植法」では、家族の意思が、本人の意思を凌駕する法文になっております。可決された時の本法律の本文の第六条には、

『第六条 医師は、死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合であつて、その旨の告知を受けた遺族が当該臓器の摘出を拒まないとき又は遺族がないときは、この法律に基づき、移植術に使用されるための臓器を、死体(脳死した者の身体を含む。以下同じ。)から摘出することができる。』と定めてあります。

よく読んで頂ければ明白と思われると存じますが、「臓器提供をしたい」という本人の生前の意思に対して、遺族が同意しない場合には、本人が提供を希望していた

臓器を摘出してはならない」と定めてあるのです。遺族の意思によって、患者本人の意思を撤回するという恐ろしい権利を、今回の臓器移植法では、条文によって、遺族に与えているのです。

「死亡した者が生存中に臓器を移植術に使用されるために提供する意思を書面により表示している場合」というのは、先程、お話ししましたように、医療のためのアドバンス・ディレクティブに違いないのです。諸外国なら、法律違反の行為になります。

ところが、医療のためのアドバンス・ディレクティブを法制化していないわが国では、外国では見ることのできない医療のためのアドバンス・ディレクティブを否定する法律が新しく制定されてしまったのです。

自己決定権をめぐる彼我の差

只今、申し上げましたように、わが国では、患者の自己決定権を無視する法律が制定されたばかりです。

ところが、このような日本とは異なり、アメリカでは、連邦政府の法律として「自己決定権法」が一九九〇

年十二月に制定され、一九九一年に施行されております。

ですから、わが国における医療に関する生命倫理を論じる場合に、法律的基盤の違うアメリカなど諸外国と同一に比較したり、論じたりできないことを、ご理解頂きたいと存じます。これは、わが国の文化と国民性の特徴を反映していると信じておりますが、本日はこのことについて論じている時間がありません。

（この点につきましては、最近出版しました拙著、丸善ライブラリー三三「インフォームド・コンセント」わが国に馴染む六つの提言」に詳述してあります）

通常の医療の中止

患者の病状によっては、治療しても効果が全く期待できない場合や、副作用などで却って悪い影響を患者に与えてしまうような場合には、患者や家族と相談した上で同意が得られた場合には、相談して決めた特定の医療を中止することがあります。しかし、患者の訴えを和らげることでできる対症療法や緩和ケアまで中止するわけでは

ありません。

先程申し上げました持続的植物状態の場合に、患者の意思によって生命維持装置を取り外すことも、取り外しが直接に生命の短縮とは関係がありませんので、通常の医療の中止の範疇で考えられており、安楽死とは何の関係もありません。それゆえ、この場合に、消極的安楽死という用語を当てはめないようになっておりますので、消極的安楽死という用語を使わないで頂きたいと存じます。

蘇生拒否指示

(DNR order: Do Not Resuscitate order)

先程ちょっと申し上げました蘇生拒否指示(DNR order)とは、回復させて貰える見込みもなく、死が迫っている場合には、患者は、医師に口頭で、心肺蘇生術を実施しないで欲しいという蘇生拒否指示をしておけば米国では、死を前にして心肺蘇生術を医師はしないことになっております。

蘇生拒否指示(DNR order)を前もって書面にしてお

いたり、代理意思決定者を持続的委任権法により委任しておけば、アドバンス・ディレクティブとして、米国などでは法的に有効です。しかし日本では、この法的手続きを法制化していませんし、何らの取り決めもありません。

緩和医療・緩和ケア(palliative care)

緩和医療・緩和ケアは、患者の疾患を治癒させる治療が効かなくなった病状の場合に、痛みや他の症状の対症療法によるコントロールは勿論、患者の精神的、社会的、霊的問題をめぐるケアを含む積極的な全人的ケアにより、患者と家族のQOLを高めることを目標としている終末期医療の一つであり、ケアであります。

キリスト教を背景とした場合の緩和ケアは、ホスピスケアあるいはホスピスと呼びますが、仏教を背景とした場合にはビハラというサンスクリット語で呼び、宗教的背景のない場合、たとえば厚生省管轄の国立がんセンター東病院では緩和ケアと呼んでおります。

緩和医療・緩和ケアは、老いをめぐる生命倫理を考え

る上では、大変重要な問題ですが、時間の都合で詳しくご説明できませんので、ホスピス関係の本や論文をお読み頂きたいと存じます。

セデーション (sedation: 鎮静)

患者にとって、疼痛すなわち肉体的な痛みは、嫌なもので、酷い痛みには堪えられない苦しみが伴います。特に、骨に転移を起こしている癌患者の場合には、モルヒネなどの麻薬を使っても痛みを取ることができない場合もあります。一九八六年に、世界保健機関WHOが長年の研究の結果、「WHO方式癌疼痛治療法」を発表して国際的に癌患者の疼痛治療に積極的に乗り出しました。どうしてだかよく分かりませんが、日本では、このWHO方式が余り普及しておらず、この痛み止めの治療の恩恵に浴していない患者が多い現状を憂えております。

しかし、WHO方式癌疼痛治療法ですら取り切れない痛み、苦しんでいる患者もおりますし、また、身の置き所もないほど辛い「だるさ」など、痛みではない肉体的苦痛にさいなまれている患者もいるのです。

自殺・自殺補助・自発的安楽死

自然死や病死などでない死の迎え方について考えてみたいと存じます。

自己決定による自殺を法律で禁じている国は殆どないのではないかと思います、カトリックでは、宗教的に固く禁じております。

さて、皆様がご存知のことですが、平成七年三月二十八日に、横浜地方裁判所において東海大学の患者死亡事件の裁判が行われました時に、松浦裁判長は、判決文の中で、人には、「死ぬ権利」はないが「死の迎え方を選ぶ権利」はある、と述べておられます。

世界の現状を見ますと、患者が自己決定をして医師に要請して実施してもらう安楽死を「自発的安楽死」といいますが、自発的安楽死が世界で初めて一九九五年五月二十五日に法制化されたのは、オーストラリア北准州の「終末期患者の権利法」でした。この法律は、一九九六年七月一日に施行されたのですが、一九九七年三月二十七日に連邦議会が制定した法律によって無効にされ、

それらの堪えられない苦痛から解放されるのは、鎮静剤や睡眠薬で眠っている間だけ、と言わざるをえない状態で、あらゆる対症療法をしても苦しんでいる患者を鎮静剤や睡眠薬で眠らせて楽にする方法をセデーション(鎮静)と申しまして、緩和医療・緩和ケアとしてよく用いられます。

ただこの場合に注意しなければならないのは、目が覚めると苦痛を訴えるので、目が覚めない位の量の鎮静剤や睡眠薬で眠らせることがあり、患者がそのまま目を覚ますことなく死んでしまうことがあります。その場合に、医師や家族は、患者が苦しまずに他界して極楽往生だと思いかもしませんが、冷静に考えてみますと、鎮静剤や睡眠薬で眠らせて死亡させたことになります。そのことを誰かに告発されますと、殺人容疑で取り調べられることになるかもしれないので、医師や家族は、鎮静剤や睡眠薬を患者に投与する判断をする場合には、慎重にしなければいけません。

それ以来、自発的安楽死を許容する法律は、地球上から消失しました。

現在までに、自発的安楽死や自殺補助を認める法案は、諸外国ですべて否決されておりますので、「自殺を補助して欲しい」と自発的に医師に要請する権利や「自殺したい患者を自発的に補助する医師の権利」も、世界中どこにも法的には認めておりません。

「オランダでは自発的安楽死や自殺補助が法的に認められているので、年間二〇〇〇人の患者が安楽死している」という報道や文書がわが国で出ておりますが、オランダにはそのような法律があるどころか、「本人の意思並びに真摯な要請に基づいて殺害した者は、十二年以下の懲役または罰金に処す」という刑法第二九三条が現存しております。ただ、一九九三年に「埋葬法」が改正されました時に、「異常死の届け出制度」というのを導入しまして、『異常死はすべて検察庁に詳細に報告して、「検察長官委員会」が判断を下すまでは、いかなる裁判所も、異常死をさせた者を起訴してはならない』と定め、「検察長官委員会」が厳しい条件の下で審査して、

起訴しないという決定をする場合が多くなっただけでして、どこにも自発的安楽死や自殺補助を認める法文も法律もございませんので、誤解なさらないで頂きたいと存じます。詳しくご説明する時間はございませんので、参考にして頂ける本を、自著で恐縮ですが、紹介させて頂きたいと存じます。

『わたしの生命はだれのもの―尊厳死と安楽死と慈悲殺と』星野一正著、大蔵省印刷局出版、官報出版所・政府刊行物サービスセンターで発売。一九九六―一一―二十五初版』

水分と栄養物の補給の中止

死が迫った状態で、患者自身に飲んだり食べたりする意欲もなく、無理に補給すれば、却って患者に負担を与えるような特別の場合に、患者本人の希望あるいは同意によって補給を中止することがあります。

本人の意思決定能力がない場合には、医師は、家族等との慎重な検討の上で、代理意思決定の下に中止することが許される場合があります。しかし、水分と栄養物の補給の中止は、患者に脱水と餓死をもたらし、死なせる

行為でありますから、場合によっては、自殺補助あるいは慈悲殺と呼ばれる殺人行為とみなされる危険のある行為ですので、軽率に行うべきではありません。

むすび

「老いをめぐる生命倫理」は、法的にも難しい問題を内蔵しておりますので、個々の問題については、さらに詳しい論文や書物を参考にして頂きたいと存じます。

(ほしの かずまさ・京都大学名誉教授、
日本生命倫理学会前会長)

(本稿は一九九七年十月二十八日に行われた当研究所主催の公開講演会における講演内容に加筆していただいたものです)