

「生命の自己決定権について」

目次

序章 人は「死ぬ権利」を持っているか

第一章 生命の保護に関する自己決定権

第一節 同意自殺、自殺関与

第二節 安楽死（積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死）

第三節 尊厳死

第二章 安楽死について

第一節 積極的安楽死を認めた国の法制度

第二節 積極的安楽死を認めた国の実態

第三節 現代の積極的安楽死容認国が直面する問題

第三章 自殺について

第一節 自殺の可罰性と不可罰性

第二節 自殺と安楽死との違い

第三節 自殺と自己安楽死

第四章 死の選択とリベラリズム

第一節 自己所有権と死の選択

第二節 リバタリアンの原理とは別の生命に対する考え方

結論 自己決定権の自由の範囲に関する個人的見解

## 序章 人は「死ぬ権利」を持っているか

人は死を選択することを権利上認められるだろうか。すなわち「死ぬ権利」を持っているだろうか。もし持っているならばどのような場合にその権利の行使が認められるだろうか。オーストラリア南東部のビクトリア州が11月29日に安楽死を合法化する法案を可決したのを機に、エグジット・インターナショナル (Exit International) のフィリップ・ニッツチック医師は、自殺幫助マシン「サルコ (Sarco)」を発表した。これは死ぬことを希望し、かつ死を選択しても良いと認められた人間が、自らマシンの中に入り、マシンの中の酸素を抜いていくスイッチを押すことによって、酸欠になって死んでいくことができるようにした機械である。



安楽死の合法化発表を受け、1分で苦痛なく安らかな死につけるハイテク自殺幫助マシンが発表される(オーストラリア)  
<http://karapaia.com/archives/52250373.html> より

このマシンの製作者であるフィリップ・ニッツチック医師はこの機械を制作した根拠としてこのように述べている。

「彼らは自分で生き方を決めることに慣れた世代です。多くの女性たちが中絶、避妊といった問題に関する政治的な闘争に参加してきました。死ぬタイミングやその方法につい

て、他人からあれこれ言われたいとは思わないでしょう。そうした人たちに『落ち着いて、そうしたことは医者任せよう』と言うなどおかしな話です。人の人生はその人のものです。死もまた人生の一部であり、その決定は本人に委ねられるべきものでしょう」<sup>2</sup>

フィリップ・ニッツク医師の主張によれば、人の生命はその人個人のものであるから、その人自身の判断で自らの生命の終わりを決めることができるということである。

確かに人の命はその人自身のものであるが、その命を所有しているからと言って、本人の持つ権利に基づきその命を終わらせることは、はたして本当に正しいのだろうか。もしそれが正しいとすると、例えば、酷い苦痛を伴う死期の近い患者がこれ以上苦しまずに死を選択することが可能になるかもしれない、しかしその一方でその権利の延長では軽率な自殺さえも容認することも可能になる。これらの線引き、区別はどのように説明すればよいのだろうか。

そこで特に取り上げて考えたいのが、「自己決定権」である。

「自己決定権」とは、日本の憲法学者によれば、他人を害さない限りで「自己の私的な事柄について自由に決定する権利」、あるいは「自己の判断に基づき好きなことを成し得る、という権利」である。

また民法学者によれば、自己決定の自由とは「個人個人が...自ら『善い』と信じる生き方を追求する自由」であり、また私的自治とは「個人が自己の意思に従って法律関係を自ら形成する自由」である。

これらの議論の根底にあるのは、各個人が本来的に幸福を追求する権利を有しており、その際、幸福追求にとって不可欠の条件として、各人が自己の意思と責任において自己の人生を生きていくことが確保される必要があるという事実である。<sup>3</sup>

この憲法のもと保障されている「自己決定権」が個人の生命に対してどこまでの自由を認めているのか、どう守られているのか、このような疑問を解決するべく、ここでは、個人の自己決定権の中に生命を終わらせる権利が含まれているかを、自己決定権について述べられている書籍や、自己決定権について争われた事件（主に安楽死をめぐる事件）を取り上げて考察していこうと思う。

## 第一章 生命の保護に関する自己決定権

序章でも説明したように、「自己決定権」とは自分の生き方や生活について、他者からの介入を受けずに自由に決定する権利であるが、その内容は個人の生死に関わることから、避妊、中絶、性に関する選択、公共の場での自己決定権、会社に対する労働者の自己決定権、企業が消費者に求める自己決定権、地方自治における住民自治の自己決定権、民事訴訟における当事者主義まで多岐にわたるが、ここでは個人の生死に関わる、安楽死、尊厳死、自殺、同意殺人または自殺幫助について取り上げるにとどめることにする。

### 第一節 同意殺人、自殺関与

まず安楽死について取り上げる前に、しばしば安楽死をめぐる訴訟が起きる際に問題になる、嘱託・同意殺人、自殺幫助について取り上げてみたいと思う。

はじめに日本の刑法では嘱託・承諾による殺人（まとめて同意殺人と呼ぶ。）、また自殺の教唆、幫助（こちらまとめて自殺関与と呼ぶことにする。）は処罰の対象となっている。（刑法二百二条、刑罰は六か月以上七年以下の懲役または禁錮）<sup>4</sup>

そもそも同意殺人、自殺関与の違いは、死亡に手を下した者が自殺者か、あるいは別の行為者かで分かれている。例えば死ぬことを望んでいる人に、本人でない他人が毒薬を飲ませた場合は同意殺人となり、死ぬことを望んでいる人に毒薬を用意してあげるにとどまり、本人が自らその毒薬を飲んだのであれば、自殺幫助、すなわち自殺関与となる。このような解釈のもとで自殺関与罪と同意殺人罪を処罰の対象としている日本と異なり、ドイツ刑法では嘱託殺人のみ処罰し、承諾殺人及び自殺関与を処罰しない<sup>5</sup>。という、二つの殺人に何らかの区別を見出し、禁じている国もある。

これらの同意殺人と自殺幫助における、共通して自殺と違うところは言うまでもなく、自殺に誰かが協力しているというところである。しかし、誰からの協力無く行われる自殺は処罰の対象にはならないが、自殺への関与や代理行為は処罰されるというところの疑問点については様々な説がある。ここでその説すべてを取り上げることはしないが、それらの説をまとめて言えることは、自殺を本人以外の者が幫助あるいは代理して行った場合、本人の死亡後、本人の生命放棄の意思が不明確になるところに「違法性」が見出されてしまうということである。また、国家そのものが「個人＝生命という一種の法益を受ける者」

という見解をとっているので、本人の意思がどうあれ、同意殺人は他人の殺人であり、人間の生命の絶対的不可侵性の侵害であるとしている<sup>6</sup>。すなわち本人の生命放棄の意思とは別に、国家が個人の生命を保護の対象として絶対的に不可侵としているために、同意殺人また自殺関与は処罰の対象となるのである。

そのため、いくら本人の自己決定権であるといつて、個人の幸福実現のために同意殺人あるいは自殺関与によって命を落とすことを選択したとしても、その行為者または協力者の可罰性を阻却することはできないのである。

このような規則は個人の生命の保護や、殺人事件の発生を抑止するものではあるが、一方で、医療の場面で激痛を伴う余命わずかの患者が死を選択することを難しくしている、すなわち個人の自己決定権を認めていないように思える。ではこのような規則に照らしても罰するに値しない「死の選択」とはどのようなケースであり、またどのような要件を必要とするのか。

## 第二節 安楽死（積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死）

個人の意思に基づき「死ぬ権利」が認められていると言えるケースの一つに「安楽死」がある。しかし一重に「安楽死」と言っても、その方法や手段にはいくつかの種類があり、それらの一部を違法として禁止している国も多く存在する。

そもそも「安楽死」とは、死期が切迫し、現代医学上不治の傷病者の激しい肉体的苦痛を緩和・除去するために、患者本人の囑託または承諾を得て<sup>7</sup>患者に死を与えることを言う。そしてその死を与える手段や根拠によって安楽死は次の五つに分類された。

- ① 純粹安楽死
- ② 間接的安楽死
- ③ 消極的安楽死
- ④ 積極的安楽死
- ⑤ 慈悲による殺害

一つ目は、純粹安楽死と呼ばれる、瀕死の患者に苦痛緩和処置を行って生命短縮のない純粹な安楽死、二つ目は、間接的安楽死と呼ばれる、苦痛緩和処置によって副次的に生命短縮がもたらされる死で、これをもっと具体的に言えば、「ある一定以上投与すると、死

に至ってしまう鎮痛剤を、患者の意思に基づき、肉体的苦痛を緩和するため一定以上投与し、死に至らせてしまうような死」のことを言う。三つ目は、消極的安楽死と呼ばれる、生命延長処置を差し控える消極的な安楽死、四つ目は、積極的安楽死と呼ばれる、自殺幇助および積極的な致死手段によって生命を直接短縮する積極的な安楽死、そして五つ目は「生きるに値しない生命の抹殺」という、第二次世界大戦中のナチスドイツで行われた、心身障害者や難病者、また高齢者などを「慈悲による殺害（mercy killing）」として虐殺するという、本人の意思とは関係ない政策的安楽死のことである。この安楽死は、ほかの安楽死とは違い、本人の意思とは関係なく殺害されるので、「安楽死」の一つとして分類されるのは疑問に思われるかもしれないが、この「慈悲による安楽死」が積極的安楽死の合法化を主張し、実行に移したことで、これまで注目されてこなかった積極的安楽死の問題がとり上げられニュルンベルク裁判後に安楽死の本格的な分類分けがなされるきっかけとなった。そのため安楽死の分類や各国の法整備の成り立ちを説明する際に、必ず「安楽死」の一つとして分類される。

一つ目の「純粋安楽死」は文字通りの純粋な安楽死であるため、法的に問題にならない。現在、間接的安楽死、消極的安楽死、積極的安楽死と称される三分類は、法分野において広く使用されている。

安楽死の種類が分かったところで、これらの安楽死が同意殺人や自殺関与罪と区別され、違法な医療行為でないとされるためにはいくつかの要件がある。この要件は、名古屋高判昭三七・一二・二二<sup>8</sup>で初めて安楽死の違法阻却事由として提示された。本判決は、脳卒中の再発後に全身不随となって苦しむ父親を、牛乳に農薬を入れて飲ませ（情を知らない母親が飲ませた）事案につき、

- ① 病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、その死が目前に迫っていること、
- ② 病者の苦痛が甚だしく、何人も、これをみるに忍びない程度のものであること、
- ③ もっぱら病者の死苦の緩和が目的でなされたこと、
- ④ 病者が意思を表明できる場合には真摯な囑託または承諾があること
- ⑤ 医師の手によることを本則とし、これにより行えない場合はそれを首肯するに足りる特別な事情があること

⑥ その方法が倫理的にみて妥当なものと認容しうるものであること、

という要件を充たせば違法性が阻却されるとしたうえ、本件では⑤⑥の要件が充たされていないとして、同意殺人罪とした。<sup>9</sup>これらの要件については、様々な学者から「不治の病」についての医療的判断が難しいことや、「見るに忍びない苦痛」というものが第三者の視点からでしか考慮されていないなどの問題点があると指摘されている。また、要件①、②は明らかに本人の意思とは別に、第三者による本人への「慈悲」あるいは「人道的な理由」で安楽死が行われるとしており、このような考え方は、本人の「自己決定権」が優先されていないだけでなく、ナチスドイツの「慈悲による安楽死」を正当化する考え方と同じものではないかという指摘もあった。この名古屋判決後、1995年の東海大学病院安楽死事件判決<sup>10</sup>によって変更されるまで、何件か安楽死に関する裁判があったが、いずれもこの要件を基準に判決を下したが、実際に六要件を充足して無罪判決が下された例は見られない。このため、名古屋高裁判決は「事実上の安楽死禁止判決」とも評されてきた。この要件が変更されたのが1995年の東海大学病院安楽死事件判決である。この事件は、内科医であった大学助手が、患者の息子から、被害者である患者が末期がん症状で見ると堪えないため、「早く楽にしてやってほしい。」という強い要請を受け、入院していた患者に塩化カリウムを投与して、患者を死に至らしめたとして殺人罪に問われた刑事事件である。この判決では名古屋判決の要件は用いられず、変更された違う要件が「医師による積極的安楽死」として次のように提示された。

- ① 患者が耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいること
- ② 患者は死が避けられず、その死期が迫っていること
- ③ 患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くしほかに代替手段がないこと
- ④ 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

この要件は、1962年の名古屋高裁判決の「人道主義」の論理を変更し、新たに「患者の自己決定権」の論理によって積極的安楽死を合法化するものであった。<sup>11</sup>この判決では以上のような積極的安楽死の許容要件の他に、傍論で「患者の自己決定権の理論」と「医師の治療義務の限界」を根拠に、延命治療の中止（消極的安楽死＝尊厳死）や副作用として生命を

短縮させる可能性のある苦痛緩和措置（間接安楽死）が許容される一般要件も提示している。判決は、「医師による末期患者に対する積極的安楽死が許容されるのは、苦痛の除去・緩和のための他の医療上の代替手段がないときである」、「末期医療において医師により積極的安楽死が行われる限りでは、もっぱら苦痛除去の目的で、外形的にも治療行為の形態で行われ」る、と述べており、積極的安楽死を延命治療の中止（消極的安楽死）や間接的安楽死と同質の医療行為の一環として捉えている<sup>12</sup>ことがうかがえる。この判決から、日本の安楽死が人道的な理由から認められるものから、患者の自己決定権に基づいて認められるものに変化しているということ、すなわち「死」への自己決定権がより重要視されるようになっていることがわかる。

日本でこのような安楽死の違法阻却要件の変更がなされた背景には、世界的な安楽死の合法化の動きが関係していた。その動きについては次節の「尊厳死」で説明することにする。

### 第三節 尊厳死

第二節で安楽死の種類と日本での安楽死に関する違法阻却性の要件について触れたが、その要件の変遷に大きく影響を及ぼした「個人による死の選択肢」として安楽死とは別に存在するものが尊厳死である。

尊厳死とは、一般的に、治療不可能な末期状態の患者について、生命維持治療を中止することにより、「自然な死」を迎えさせる（＝死にゆくにまかせる）ことを言う。（「自然死」と呼ばれることもある）。人工的な延命技術に抵抗して、人間としての「尊厳」を保たせつつ死を迎えさせるという趣旨に由来する名称であるが、最近では、「治療中止」といった、よりニュートラルな表現が好まれる傾向がある。尊厳死においては、安楽死とは異なり、生命侵害による「苦痛からの解放」という患者にとっての客観的利益が問題になるのではなく、「望まない治療を強要されないこと」という、より主観的な利益の実現が問題となる。<sup>13</sup>

尊厳死について争った事件で最も有名なものが、「カレン事件」である。米国ニュージャージー州に住むカレン・アン・クライアン（当時 21 歳の女性）が、原因不明の脳障害に

より「植物人間」の状態になった。回復の見込みがないまま昏睡状態が続いたため、両親が延命装置を取り外すことにより、人工的に延命するのではなく、自然な形で死を迎えさせてほしいという、いわゆる「美と尊厳をもって死ぬ権利」求め、訴訟を起こした事件である。この事件の最終的な判決では、カレンの病状悪化と治療の限界が見られた場合、人命尊重の大原則には変わりはないが、憲法上のプライバシーの権利の尊重、すなわち「死ぬことは私的なことであって、法によって規制されるいわれはない。」という法理の下に、死を選ぶ権利のほうが優先されると判断した。この判決は、本人の意思による自己決定を、家族が代行するということの正当性の根拠が複雑なため、この理屈の苦しさを払拭すべく、1976年8月には世界で初めてのリビング・ウィル法が、カリフォルニア州会議で自然法として可決された。<sup>14</sup>現在日本にはまだリビング・ウィル法は制定されていないが、1978年に日本安楽死協会が次のような「末期医療の特別措置法案」を発表している。<sup>15</sup>

## 末期医療の特別措置法案

日本安楽死協会 1978<sup>11</sup>

### 第一条（目的）

全ての人は、自己の生命を維持するための措置を受容すべきか否かにつき、自ら決定する権利を有する。この権利に基づきこの法律は、不治かつ末期の状態にあつて過剰な延命措置を望まない者の意思に基づき、その延命措置を停止する手続きなどを定めることを目的とする。

### 第二条（定義）

この法律で「不治かつ末期の状態」とは、合理的な医学上の判断で不治と認められ、延命措置の施用が単に死期を延長するに過ぎない状態をいう。

この法律で「過剰な延命措置」とは、その措置によって患者が治癒現象を呈せず単に死期を延長するに過ぎない措置をいい、苦痛緩和のための措置は含まない。

### 第三条（本人の過剰な延命措置を拒否する意思の表示）

一五歳以上の意思能力ある者は、不治かつ末期の状態になった場合には、過剰な延命措置を拒否する旨を予め次のいずれかの方法で文書により表示することができる。

1 本人が不治かつ末期の状態となったときは、過剰な延命措置を拒否する旨を、正常な意識をもって予め文書により表示し、その文書に日付、住所、氏名を自署し捺印すること。

2 疾病その他の事由によって本人が自筆署名をなし得ない場合は、本人が前項の意思を表示したこと及びその日付を記録する文書に、その意思の表示に立ち会い、かつその意思の表示が正常な意識をもってなされたことを証明する医師二名以上が署名捺印すること。

### 第四条（本人の意思の撤回）

前条第一項の場合において、本人がその意思を撤回するには、本人がその文書を破棄するかまたはその文書にこれを撤回する旨及び日付、氏名を自署しなければならない。

### 第五条（意思能力のない者についての措置）

第一条に定める個人の意思決定権は他の者が代行できない。但し意思能力のない者については家庭裁判所の審判を受けることができる。

### 第六条（本人が不治かつ末期の状態にあることの証明）

本人が不治かつ末期の状態にあることは、延命措置を差し控え、または停止する医師以外の医師二名以上の診断によって、確認されることが必要であり、確認した医師は、不治かつ末期の状態であることを確認したことを証明する文書に署名捺印しなければならない。

### 第七条（医師の行為の免責）

この法律の規定にしたがってなした延命措置の差し控えまたは停止の措置について、医師は民事上、刑事上の責任を問われることはない。

### 第八条（文書保管の義務）

第三条、第四条及び第六条の文書は延命措置の差し控えまたは停止した医師が五年間保管をしなければならない。

### 第九条（生命保険契約との関係）

本人が延命措置を拒否する意思を表示したことによって、保険契約上自殺とみなされてはならない。

### 第一〇条（罰則）

第三条、第四条、第六条の文書を破棄し、または隠匿した者、文書に虚偽の事実を記載した者、虚偽を知りつつ証人として署名した者、及び文書を偽造しまたは変造した者は〇〇年以下の懲役または〇〇円以下の罰金に処する。

この草案は、アメリカ各州のリビング・ウィル法と類似しており、大きな共通点としては、自己決定権に基づいていたずらな延命治療を拒否する場合、いずれも決定権者本人の意思のみがそれを可能にするのであり、家族による本人の意思の代行は認められないという点である。

## 第二章 安楽死について

一章では、同意殺人罪、自殺関与罪、また安楽死の種類について学び、自分の意思によって死を選択する際に、どのような要件を満たさなければ刑事的に違法とならずに「死の選択」をすることができるのかを知ることができた。また尊厳死についても触れることで、「安楽死」と「尊厳死」との違い、また日本の安楽死に対する自己決定権の行使を定める末期医療の特別措置法案についても知ることができた。一章では主に、一般的な定義や、判例を挙げていくにとどまったが、調べていく中でも、要件の内容の曖昧さや、一見妥当に思える文章も、学説からは批判を多く受けるものもあり、表面的な一般説を読み解くだけでは、まだまだ疑問の残るものとなった。

第二章では、諸外国の「安楽死」への考え方の違いを比較し、また各国の安楽死制度の実態とも照らし合わせて、今ある安楽死制度の問題点などを考えていきたいと思う。

## 第一節 積極的安楽死を認めた国の法制度

はじめに、安楽死を法的に容認している国を挙げ、安楽死に対するどのような考えのもとに法制度などを定めているのかを調べたうえで、各国の自己決定権の違いについて言及していこうと思う。

今現在、積極的安楽死を法的に容認している国は、主にベネルクス三国、スイス、米国オレゴン州があるが、それらの国以外にも、複数の国や地域が安楽死の種類ごとに法律を制定することを認めたり、裁判等で法的に容認したりしている。一方、日本を含むアジア諸国では安楽死を法的に容認している国はない。具体的に積極的安楽死のみ容認している国はカナダのケベック州とコロンビア、医師等自殺幫助のみ容認されている国・地域は米国のオレゴン州、カリフォルニア州、コロラド州、コロンビア特別区、モンタナ州（判例）、ワシントン州、バーモント州、そしてスイス（刑法解釈）で、積極的安楽死また医師等による自殺幫助どちらも認めている国はオランダ、ベルギー、ルクセンブルク、カナダ連邦、豪ビクトリア州である。

また事前指示等による治療中止（いわゆる消極的安楽死）を法的に容認している国は米国 50 州・1 特別区、カナダ連邦の一部州、イングランドおよびウェールズ、デンマーク、フィンランド、オーストリア、オランダ、ベルギー、ハンガリー、スペイン、ドイツ、スイス、イタリア、シンガポール、台湾、タイ、韓国、インド（最高裁判決）豪州の一部州・特別区<sup>6</sup>である。

ここで積極的安楽死と自殺幫助を違法としている日本と明らかに異なった制度を設けているオランダ、ベルギー、ルクセンブルク、の安楽死法について取り上げようと思う。ベネルクス三国の安楽死法について検討する際、ベルギーとルクセンブルクの安楽死法はオランダの安楽死法に影響を受けているため、オランダを中心にまとめていくことにする。

まず、オランダをはじめとしたこの三国における「安楽死」とは、「患者の生命をその要請に基づき意図的に終結させる、第三者によって実施される行為」いわゆる「積極的安楽死」と定義される。また自殺幫助も犯罪のひとつと言う括りではなく、安楽死と同じような行為として存在しており、患者が自己の生命を終結させることを可能ならしめる明示的な意図で薬剤を投与、供給または処方することが定義されている。<sup>7</sup>さらに治療の中止や

差し控えといった「消極的安楽死」は通常の医療行為と見なされる。また間接的安楽死とも区別される。オランダでは日本とは違い、「家庭医」（かかりつけ医）<sup>18</sup>の仕組みが発達しており、たいいていの市民には、付き合いの長い気心の知れた家庭医がいる。安楽死を希望する場合は、その家庭医に安楽死を希望する旨を告げなければならない。そして家庭医は、次の六要件を注意深く考慮した上で、患者と相談し、安楽死を実行するか判断しなければならない。

- ①医師が、患者の要請は自発的で熟慮に基づくものである、と確信する場合に限られる。
- ②患者の苦痛は、耐え難く絶望的なものでなければならない。(この苦痛は身体的なものでも精神的なものでも可)
- ③医師は、患者に、その症状や予後について十分に情報を与えなければならない。
- ④医師は、患者の苦痛を緩和するために利用可能なその他の理にかなった手段が無いことを確信しなければならない。
- ⑤ 安楽死の実施を考えている医師は、もう一人独立した医師に相談しなければならず、そのもう一人の医師は、患者に関連する相当の注意基準が満たされているか否かを評価しなければならない。
- ⑥ 生命の終結は、相当の医学的注意および配慮を持って実施されるべきである。<sup>19</sup>

ベルギーでは、上記の①の要件に追加する形で、その要請が繰り返しなされるものでなくてはならない。と定めている。また、⑥の要件はベルギーでは医師は医師である以上当然に担っている義務であるので、安楽死にのみあるべき要件ではないとして、⑥の要件は定められていない。

ルクセンブルクでは、ベルギーと同じように、①の要件に追加して、その要請が必要に応じて繰り返しなされ、外部からの圧力を受けることなく申し伝えられなければならないとしている。<sup>20</sup> またルクセンブルクでは、オランダの要件と類似した形で、医師の手続き措置の義務が定められており、簡潔に説明すれば上記の要件の他に、「患者の意思を前提として、患者の症状について、看護師と意思疎通を図ること。(2条2項4号)」「患者の意思を前提として、患者の事前意思の中で挙げられた患者の信頼できる人物とコンタクトをとること。(2条2項5号)」「患者が選定したものと意思疎通を図る機会があることを確認すること。(2条2項6号)」「臨死介助実務の管理と評価に関する国家委員会において、安楽

死を要請する患者の事前意思が存在するかを確認すること。(2条2項7号)」が追加して定められている。他にも、安楽死の要件の中に含まれる表現に関して、さらに具体的な定義が定められている。

オランダとベルギーの安楽死法の比較	
経緯	オランダ 30年間、安楽死の実践を律してきた手順と規範を成文化するもの。 ベルギー 患者の生を終わらせる際の医師の行為を修正するための法案。立法の際に、医師の参加なしに、政治家が政治的決断で法律を作った。
共通点	・安楽死の定義。患者の要請にもとづいて、患者の生を意図的に終結させる。 ・「厳密な要件」と「コントロールと評価の手続き」がある。 ・患者の要請は、自発的voluntaryで十分に思惟されているwell-considered、堪えられない苦痛unbearable sufferingがあることに基づく。別の医師が確認。 ・医師が安楽死について決定し、それを実施する際に医師を支援するフォーマルな訓練システムを設けてきた。オランダSCEN、ベルギーLEIF。
相違点	・オランダでは、患者の苦痛は耐えがたいもので改善の余地がないものとされている。ベルギーやルクセンブルクでは、病気あるいは事故の結果としての身体的あるいは精神的苦痛ないし苦悩で、堪えがたく不変のものとなっている。特にベルギーでは末期疾患でない場合でも可能である。 ・緩和ケア法の有無。オランダでは緩和ケアは通常の医療なので、オランダ王立医師会の指針で規制。ベルギーは緩和ケア法を2002年6月14日に公布。ルクセンブルクは、緩和ケア法を3月16日同時に公布、というよりむしろこちらの法が先。 ・オランダは12歳以上に認めた。ただし、12-16歳は患者の要請と親または保護者の承諾。16-18歳は患者の要請のみ。一方ベルギーは成人である18歳以上の患者及び結婚し親権から解放された未成年。 ・事前指示書。オランダの法律に独立した項目として明記されていないし、文書化されたものはない。地域の評価委員会に医師が提出するレポートには書式のモデルがある。ベルギー、ルクセンブルクの法には、事前指示書に関する項目がある。特に後者では書式のひな型がある。

安楽死法の運用に関して	
類似点	1)実施においては「すべり坂」の仮説を支持する兆しを示すものはない。医師—患者関係は信頼があり、透明性が手順において担保されているからである。 2)緩和ケアと安楽死は、相互に排他的なものではなくて、よき生の終結ケアの不可欠の要素である。 3)安楽死は比較的若い患者でがんの患者によって、生を終える最後の手段としてしばしば選択されている。
相違点	1)オランダは安楽死を行う医師はホームドクター(信頼関係ができてい)が80%以上であるのに対し、ベルギーは病院の専門医が40%と多い。 2)オランダでは、医師が医療スタッフに相談せず一人で決めるケースが増えている。ベルギーでは医療スタッフに相談し、医療スタッフも医師を信頼している。また緩和ケアチームへの相談も多い。法律にも看護チームへの相談、親族への相談の項目がある。ルクセンブルクも「看護チームへの相談」、「患者が選んだ人との相談、合意」が条文化されている。 3)ベルギー、ルクセンブルクには事前指示書の項目がある。ベルギー5年間、ルクセンブルク5年間有効。 4)調査の仕方が異なる。オランダは1990年に政府がレメリンク委員会を設置し、オランダにおける医師による生命終結の実施の頻度と主な特徴に関する調査を委託した。1990年、1995年、2001年、2005年、2010年に実施。ベルギーは研究者ベースで、弁護士事務所に協力してもらい医師の匿名を担保して行うシステムを立ち上げた。

盛永 審一郎 オランダ・ベルギー・ルクセンブルク安楽死法の比較的研究  
[https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20\\_3\\_01.pdf](https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20_3_01.pdf)

このようなベネルクス三国の安楽死要件を見てみれば、日本の安楽死の要件に曖昧さがあることがうかがえる。もっとも、先ほども述べたように日本と違い、家庭医のシステムが発達している国では、安楽死を実行するシステムそのものが違うため、この三国の要件の定め方をすべて取り入れるべきではないし、また批判するべきではないだろう。しかし、日本の安楽死制度や法律がはっきりと定められていないことが、安楽死と自殺との境界線の曖昧さや、どのような症状の患者に安楽死が認められるのかが、あまり認識されていないという事実を引き起こしている可能性がないとは言えない。

しかしベネルクス三国の安楽死制度について、批判すべきでないとは言っても、いくつか疑問点はあるように思える。例えば、オランダでは精神的苦痛による安楽死も要件を満たせば可罰性が阻却されると言うことは、生命終結に関する自己決定権の範囲が広すぎるように思われる。これは1994年6月21日のシャボット医師事件最高裁判決が影響している。この事件は、一人の女性が二人の息子を立て続けに亡くしたショックから耐え難い精神的苦痛を負ったため、安楽死をシャボット医師に切望し、安楽死が実行されたというものである。女性はは末期の病気による肉体的苦痛を経験しておらず、純粋に精神的苦痛を根拠に安楽死を実行された。この事件で最高裁は「…患者の耐え難くて、救いがたい苦痛が身体的原因を有するものではなく、また患者が死期にない、という理由だけでは、直ちに排除されるものではない」<sup>21</sup>と述べて、精神的苦痛の場合でも安楽死を実行する(もちろん慎重さが要求されるとも言う)による正当性の余地を認められた。このことによって、オランダの安楽死法の中に精神的苦痛も場合によれば安楽死の実行を妨げるものではないことが定められた。

またベルギーでも、耳の聞こえない双子の兄弟が医師に、まもなく全盲になると告げられ、そのことへの絶望から安楽死を希望し、実行された。<sup>22</sup>その他にも、性転換に失敗した女性の安楽死、また子供の安楽死(オランダは12歳以上、ベルギーは18歳以上)を上院で可決し、認めている。手続きや法の定め方からすれば、この3国の安楽死への考え方は慎重で、かつ患者の意思、すなわち自己決定権を十分に尊重しているように思われるが、自己決定権の尊重に重きを置きすぎるあまり、その範囲が行き過ぎているようにも思える。このことは、いわゆる「滑りやすい坂」論<sup>23</sup>を押し進める危険性もはらんでいると言ってもおかしくは無いはずである。しかし、さまざまな文書でこの「滑りやすい坂」論の懸念は、ベル

ギーやオランダの調査によると、低学歴で貧しい年寄り、未成年、精神疾患を患った患者、人種、民族マイノリティが特に安楽死することはなく、むしろ高等教育を受けた人のほうに安楽死は多いということも、オランダ、ベルギー両方で見てとれる。だから数値が毎年増加していても、そういう仮説（「すべり坂」）を検証するための何らの指摘にすらなっていないとして否定されている。<sup>24</sup>

#### 批判的考察(1)すべり坂

自発的安楽死を認めると、非自発的、さらには反自発的安楽死も認められることになるというのが、すべり坂論法である。ドイツではこれを「ダム決壊議論」と呼んでいる。それに対してオランダの調査では、2005年次より、2010年次の安楽死の件数が増加しているが、「すべり坂はない」と報告されている。安楽死が法制化されても、必要がない人まで安楽死をすることはなかったということ、低学歴で貧しい年寄り、未成年、精神疾患を患った患者、人種、民族マイノリティが特に安楽死するということはなかったということである。

ベルギーも、数値の上では毎年確実に増加(2003年235件→2011年1133件)しているが、調査しているデリエンスによると「ここ何年かの展開は、滑りやすい坂道の仮説を検証するための何らの指摘にすらなっていない」。

盛永 審一郎 オランダ・ベルギー・ルクセンブルク安楽死法の比較的研究

[https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20\\_3\\_01.pdf](https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20_3_01.pdf)

確かに、社会的に弱い立場の人がナチスドイツの「慈悲による安楽死」のように、その病気などによって、政策的に殺されてしまう危険性を指摘した「滑りやすい坂理論」を否定しているように思えるが、安楽死が法的に選択しやすくなることによって、死を望む必要が無かった人や、これからの治療に対する恐怖から安楽死を選択肢すると言ったような、本来あるべき、生命を尊重して助かろうとする意思が薄れ、患者自身が死を急ぐと言う意味での「滑りやすい坂」理論は、否定できてはいないのではないかと考えられる。すなわち自己決定権の範囲の拡大により、本来あるべき「生命への畏敬」が年々薄れていく危険性は依然として存在しているように考えられる。

## 第二節 積極的安楽死を認めた国の実態

第一節では、積極的安楽死を認めている国の法制度について文面的に調べたが、実際の患者はどのような考えを持って安楽死を選択していたのだろうか、またその家族や周りの

人間はどのようにしてそれを受け入れているのかを、主に宮下洋一著の「安楽死を遂げるまで」<sup>25</sup>に出てくるさまざまな安楽死を選択した患者の例を挙げて検討していきたい。

この節では、肉体的苦痛により安楽死を選んだ患者の例、精神的苦痛により安楽死を選択する患者の例、生命を脅かすほどの病気ではないが安楽死を選択した患者の例を取り上げようと思う。

一人目の安楽死のケースは、オランダの扁平上皮癌の患者で、癌の進行が早く、激痛とともに、呼吸することさえもままならない状態であった。この男性は、堅い意思で安楽死することを望み、診察を重ねた結果、ホームドクターから安楽死を受けることを認められた。オランダの安楽死の疾患で最も多いのは癌であるし、要件に鑑みるとこの男性のケースはある種典型的な例なのかもしれない。

二人目のケースは、ベルギーの精神病患者のケースである。彼は身体にこそ何の異常もないが、躁鬱病のような症状に苛まれていた。また彼の医師によれば、躁鬱病の他にもアスペルガー症候群<sup>26</sup>と自閉症スペクトラム障害<sup>27</sup>が混ざり合った状態であり、精神と脳に複数の病気を抱えていたようである。彼の精神的な病気は日常生活で生じるようなストレスによって生じる突発的な鬱病とは異なり、10代の頃から精神科病院に通うが治らないという慢性的な鬱病であり、脳内のセロトニン<sup>28</sup>も足りない状態であった。くわえて彼は数回自殺未遂を行っていた。このような症状から、彼は回復の見込みがなく、また耐え難い苦痛を負っているとして医師から彼の安楽死実行を認められた。こうしてみると、彼の安楽死が実行されたことは妥当なように思われるが、彼は肉体的苦痛は一切負っておらず、また死期が切迫するほどの末期の病気でもない。本来積極的安楽死は患者を病気による苦痛から解放するもので、それを実行するか否かの要件の中には、死を選択する以外に他に代替手段が無いことがあげられる。彼のケースは本当に、死を選択する以外に手段が無いものだったのだろうか。安楽死要件の中の、「耐えがたい苦痛」には肉体的苦痛の他に精神的苦痛も含まれるとしてしまったことで、完治する見込みはなくともまだ生きられる患者を死に急がせてしまっているようにも思われる。また精神病の苦痛というものは極めて主観的で客観的に評価するのは難しい。そのため安楽死するに値する精神病とそうでない精神病の線引きをどこでするのかも困難である。

このような論じ方をすると、肉体的痛みも主観的なのではないかという疑問も生じてく

る。肉体的苦痛を伴う病気と精神的苦痛を伴う病気の違いはどこにあるのか。これはもはや様々な書物を読んだ私独自の考え方になってしまうため、データの根拠に基づいたものではないが、二つの苦痛の違いは「医師の経験則によってある程度推測できるかどうか」として考える。肉体的痛みであれば、例えば食道癌であれば、「腫瘍が食道の内側を狭めており、食事のたびに痛みを感じるだろう。肺まで広がったら背中にも痛みを感じるはずだ。」といった形である程度痛みの推測ができる。しかし精神的苦痛の場合、相手の内面を推しはかることは不可能に等しい。自己申告しなければ自分以外だれも分かり得ない痛みである。ただし、病気などによって身体にかかる不自由または苦痛が原因の精神的苦痛（全身不随による苦痛など）は、純粋な精神病からくる精神的苦痛と区別されるべきである。そのため、この精神病の男性の安楽死のケースは「安楽死をしなくても良い」病気であったのではないと思われる。

三人目のケースは、病気を患っているが命に別状は無い患者が、認知症を理由に安楽死を選択したケースである。彼は心筋梗塞を患い、また慢性胃炎と進行性のない皮膚癌を発症していたが、命に別状はなかった。しかしそのあとに診断された認知症が彼にとって「耐え難い痛み」であるため、彼は安楽死を選択したのであった。オランダでは、病気について終末期である必要性はなく、回復の見込みがないこと、耐えられない痛みをもつことが要件になっており、彼の認知症はそれらの要件に当てはまったので安楽死が行われることが認められた。彼が認知症を苦痛だと考えたのは、彼の母が同じ認知症で苦しんで死んだことがあり、彼もそのような死に方をしたくないと考えたからであった。彼の場合、認知症以外にも様々な病気を抱えていたため、もしかしたら最後の引き金のように安楽死を選択したのかもしれない。また認知症以外のそれらの病気が重なっていたことによって、医師からも安楽死を認められたのかもしれない。そのため、もし彼が何の病気も抱えておらず、ただ認知症と診断されその進行への絶望感による苦痛から安楽死を望んでいたら、安楽死は認められていたかはわからない。

### 第三節 現代の積極的安楽死容認国が直面する問題

近年オランダなどの安楽死容認国では、彼のような認知症患者の安楽死が問題になっている。肉体的苦痛のみでなく精神的苦痛も「耐えられない痛み」として認識されるようになったと同様に、「認知症の進行に対する絶望」も痛みとして認識すべきであるという動

きが高まってきている。確かに、「認知症」は未だこれといった確実な治療法が見つかっておらず、進行を遅らせることはできるが、完治することはできないだろう。そういった点から「回復の見込みが無い」と判断され、認知症が病気による苦痛として認識されると、「耐えられない痛み」「回復の見込みが無い」状態であるとして安楽死が選択できる対象になりうるように思われる。しかし、この「認知症」の安楽死の問題を難しくしているのは、「本人の意思」が確認できないということである。その一例として2016年4月一人の女性医師が74歳の認知症の女性のコーヒーに鎮静剤を混ぜ、彼女を眠らせてから致死薬を注射しようとした。ところが彼女が目を覚まし抵抗したため、医師は家族に彼女を抑えているよう頼み、致死薬を注射して彼女を死なせたのである。医師は法で認められた安楽死として届け出たが、地域安楽死審査委員会から叱責された。<sup>29</sup>患者は生前、事前の安楽死への意思証明書<sup>30</sup>を書いていたが、安楽死執行時に彼女の意思は明確ではなかった。そのため医師は2018年に起訴されることが決定した。安楽死法では、実際に安楽死の実行を検討するとき、法律上医師は「患者の要請が自発的で熟慮されたものであることを確信」していなければならない。しかし事前に意思証明書などで意思表示していたとしても、病気の進行などによってそれらの意思表示を患者が忘れてしまうことがこの問題を難しくしている。認知症の初期の段階で判断力、精神的能力がまだあったときの意思のみを尊重して安楽死実行のときに、先ほど挙げた事件のように患者が抵抗したとしても安楽死を執行しても良いのか、どちらを優先すべきなのかを、第三者が判断することは困難なように思われる。仮にこのことが法的に認められ、意思証明書を優先して安楽死が行われるようになったら、オランダが否定してきた「滑りやすい坂」理論は、はっきりと否定できなくなるのではないか。このことは、昏睡状態の患者にも同じことが言える。意思表示ができない患者の意思を第三者の判断によって終わらせることを認めることは、ナチスドイツの「慈悲による殺害」と何ら変わりはない。しかし意識が無くただ管に繋がれ、それをはずせば死んでしまう患者と認知症患者を同じ状態としてひとつにくくるのは、また違和感を感じる。積極的安楽死のように直接手を下す安楽死を意思表示ができない患者に実行することができないという理論のもと、昏睡状態で、管に繋がれていないと生命を保てない、いわゆる「植物人間」状態の患者に、「いたずらな延命」を強制することはできないだろう。

### 第三章 自殺について

前章では、積極的安楽死を容認している国の法制度や、患者の考え方に基づく自由主義について考察した。第三章では、個人が生命に対して持つ自己決定権の限界としてしばしば問題となる「自殺」について取り上げたいと思う。そもそもこれまで調べてきた安楽死自体が一種の「自殺」と言えるために、実行するか否かで議論されてきて、それが容認されたのは、回復の見込みの無い病気に苦しむ患者のみであった。しかし患者の苦しきも多様化してきており、「自殺」と「安楽死」の区別が曖昧になってきているように思える。ここで安楽死と自殺との違いを明確にし、自己決定権の範囲についての意見に反映させていきたい。

#### 第一節 自殺の可罰性と不可罰性

自殺と安楽死との違いを明確にするにあたって、はじめに法的に自殺は認められているのかどうかを、安楽死のときと同じように調べたいと思う。

まず日本では、「自殺」は次のようにさまざまな法的評価をされている。

- ① 自殺は違法だが責任が減少ないし阻却される。
- ② 自殺は違法だが法的に禁止されないにすぎない。
- ③ 法は自殺(未遂)自体を処罰するに忍びないものとして放置したにすぎない。
- ④ 自殺は法的に放任された行為である。
- ⑤ 自殺は可罰的違法性がない。
- ⑥ 自殺は保護法益不存在の一形態である。
- ⑦ 自殺は自己の生命の毀損であって、そこに自己決定の自由が実現されているとはいえ、この利益に優越する生命の毀損という事態が存在する以上、自殺は違法行為である。

日本では、この7つの説のうち、自殺そのものが違法であることを前提として、その関与についての可罰性を根拠づける①と②説が有力である。そしてその他の説を見ても、「自殺」に対して積極的肯定的評価はしていない。

自殺の可罰性について議論する際、頻繁に引き合いに出されるのは「自殺は罰せられないのに、自殺をしようとしている人を助けなかった者は処罰されるのはおかしい」という理論である。この理論が引き合いに出された時、だいたい「自殺というものは個人が持つ自由な意思によるもので、それを妨げ、助けなければ罰せられるということは、むしろ本人の自由な意思を侵害しているに他ならず、自殺をしようとしている人を助けなかった

人に対して刑罰を与えるべきでない。」という結論になり、その結論の根拠としては、「自殺」というものは「法的に空虚な領域」すなわち法律に規定されていないことなので、法的にも規制されないもの(飲食、睡眠、散歩など)であるため、自殺という行為そのものに憲法の裁量などが及ぶ範囲でないからという考えがある。

しかし、近代刑法の法益保護原則は、基本的に一定の法益を守るために他者からの侵害行為を構成要件的に類型化しているのであり、死という対象も例外ではない。結局「自殺」を違法でないと定めることは、国家が個人の法益の保護に対して無関心ではられないことにより、不可能である。また自殺を違法であると定めたとしても、すべての違法状態が犯罪とされてはならない。これは「自殺」が不可罰だからと言って自殺の権利があるということではないし、刑事政策的理由から、自殺者には刑罰威嚇効果がないという具合に、功利主義的側面のみから判断されるべきものでもない。すなわち、「自殺」は違法であると定めることはできないが、だからと言って、だれでも自殺できる自由が保障されていると解釈すべきではないということである。

## 第二節 自殺と安楽死の違い

第一節では、日本での自殺の法的評価について学んだ。そこでは、自殺は法律的に制限されていないが、だからと言ってその制限されていないということが自殺することの自由を認めているわけではないということが分かった。では、ある一種の自殺行為といえる安楽死または自殺幫助は、一節で論じた「自殺」と何が違うのだろうか。

手段的なところで見てみれば、安楽死または自殺幫助は医師の手によって行われるが、自殺は自分の手で、医師の手を借りずに行うものである。これだけの違いのみをもって安楽死と自殺を区別することができないことは前章の安楽死を認める要件を振り返れば明らかである。

まず、「自殺」そのものは、何も病気を患っていない人間が、何らかの理由で自ら死を選ぶことであるが、そのほかにも前章で扱った安楽死の要件などを振り返ってみれば、日本では、安楽死が認められるケースは患者が耐えがたい激しい肉体的苦痛に苦しんでいること、患者は死が避けられず、その死期が迫っていることとあり、逆に言えば、これに当てはまらない精神病患者や、症状が軽い患者、死期が迫っていない患者が自ら死を選んだ

場合、それは安楽死ではないということになる。しかしこれはあくまで日本のケースであり、安楽死を認めている国では、精神病患者や、死期の迫っていない病気を持つ患者も場合によっては、自殺ではなく安楽死として死を選ぶことができるとしている。安楽死を認めている国の考え方からすれば、肉体的苦痛も精神的苦痛も同じ「苦痛」であるとして認識され、それを除去するために、安楽死という手段を用いるかどうかを判断するのだろう。

けれどもこの精神的苦痛を伴う病気と肉体的苦痛を伴う病気を同じものとして判断しても良いのだろうか。精神的苦痛によって安楽死を選択した場合と、健康な人間が死にたいから医者にもルヒネを打ってもらうことと何が違うのだろうか。そもそも健康な人間が死を選択している時点で、精神的苦痛に苛まれており、ただ病名を告げられていないだけの精神病患者なのではないだろうか。例えば、依存性人格障害<sup>3</sup>のように現代ではあらゆる精神的症状に名前を付けられる時代になっている。このことは決して悪いことではなく、精神の異常を何らかの病気であると位置づけることで、その患者に病院へ行くという選択肢を与え、治療してもらえるようにし、また健康により良く生きることができるように行われたはずである。それを死を選択できる要素として活用してよいのか疑問である。精神病患者の安楽死を認めるということは、裏を返せば、精神病と認められれば、それに結び付けて安楽死ができるようになる。すなわち自殺が楽にしやすい環境が整ってきてしまっているという危険性は考えられないだろうか。

### 第三節 自殺と自己安楽死

主にオランダを例に挙げ、安楽死容認国での安楽死の実態に触れてきたが、オランダのような容認国でも医師が患者からの安楽死の要請を拒否する場合も多々ある。そのように拒否された場合、患者は安楽死を専門に行っている医療機関に再度要請しに行くことがあるが、その他に、自分の手で安楽死を実行する患者のケースがある。医者などの助けを借りず、断食などによって自分の力で死ぬので、「自己安楽死」と呼ばれる。

自己安楽死と自殺の違いについては未だはっきりと示されていないが、自己安楽死の事例を見れば、断食による餓死、薬をため込んだうえでの大量服用、外国から入手した自殺用ピルの服用、ビニール袋をかぶってヘリウムガスでの窒息などがあり、首を吊ることや、自身を切りつける、飛び降りるなどの外傷がない、あるいは痛みがない自殺を「自己

安楽死」と呼んでいるように思える。しかし実際区別があるようには見えず、「自殺」というショッキングな言葉をマイルドにしたにすぎないように思われる。

よく安楽死肯定派が主張する安楽死を認めないことによって起こりうるデメリットの中に、「安楽死を認められなければ、患者が自ら命を絶つことを選択せざる負えない（自己安楽死が増加してしまう）。自己安楽死よりも、医師による安楽死の方が患者にとっても安全であるし、患者の周りの人間も患者の「死」に対して心の準備をすることができる。」という考えがある。しかしこの考えは些か行き過ぎているように思える。何故ならそもそも自殺の増加（自己安楽死も含む）の原因には様々な問題が複雑に絡み合っているため、安楽死が認められないことそれを結び付けることが難しいからである。また自己安楽死という言葉がいつ使われ始めたのかが曖昧で、増加しているかどうかもわからない。

そのため、安楽死を認めなかったときに起こりうるデメリットとして主張するには少し根拠があやふやである。むしろ、安楽死を認めた場合に起こりうるデメリット、例えば安楽死が法的に選択しやすくなることによって、死を望む必要が無かった患者まで安楽死を選択肢するようになってしまうのではないか、と言う危険性は、近年の安楽死容認国での認知症や精神病患者の安楽死件数の増加によってその危険性がより現実的になっている。安楽死ができる症状の範囲を認めたときと、認めなかったときで起こりうる危険性を考えれば、より安全な道を選択すべきであるのは当然ではないだろうか。

1-5 オランダの安楽死に含まれる認知症・精神疾患の患者数 (2007~16年)

年	認知症	精神疾患	総数
2007	—	—	2120人
2008	—	2人	2331人
2009	12人	0人	2636人
2010	25人	2人	3360人
2011	49人	13人	3695人
2012	42人	14人	4188人
2013	97人	42人	4829人
2014	81人	41人	5306人
2015	109人	56人	5516人
2016	141人	60人	6091人

出典：Boudewijn Chabot, *Worrisome Culture Shift in the Context of Self-Selected Death* (translation), NRC Handelsblad 2017年6月16日 <https://trudolemmens.wordpress.com/2017/06/19/the-euthanasia-genie-is-out-of-the-bottle-by-boudewijn-chabot-translation/>

32

#### 第四章 死の選択とリベラリズム

これまで安楽死について、また自殺について取り上げてきた。そこで安楽死を認める病気の範囲が広がっていることの懸念と、自殺を規制する法律は無いがそのことは自殺が許されるということには、国家の義務上ならないこと、「自己安楽死」という新たな自殺の形態が存在し始めたことが分かった。この中でとくに「安楽死を認める病気の範囲が広がっていることの懸念」と「自己安楽死の存在」は自分の死は自分で決めたいという考えを持つ人々が、現代の中で先陣を切って開拓していると、松田 純 著の『安楽死・尊厳死の現在』の中で指摘されている。ここで、本論文の一番のテーマである「自己決定権で死を選ぶことができるのか」という疑問を哲学的な側面から触れていこうと思う。

##### 第一節 自己所有権と死の選択

これまで安楽死や、自殺についてそれを認めるか否かで法的に学んできた。その中で、認めるべき立場の主張の背景には、「個人の生命はその人のものであるのだから、どう処分しようが本人の自由である。」という考え方がある。この考え方を自己所有権とよび、リバタリアンの原理<sup>33</sup>から導かれるものである。この考え方は自殺を望む人の行動の支えにもなっていると思われる。

しかしこの自己所有権のもと個人の生命を終結させることができるということは、本当に正しいのだろうか。またそれを否定する考え方というものは、いったいどのようなものなのだろうか。まず、自己所有権の主張は安楽死のような、何かしらの病気による苦痛除去のための死の選択の際に主張されることが多いが、苦痛除去のためという目的を脱して、ただ「個人の生命は本人のもの」という理由だけで処分しようとした場合どうであろうか。ちょうどそのことが争われた事件がある。2001年、ドイツでソフトウェア技術者の男が、殺され、食べられたいと願う者を募集するインターネット広告に応募した。広告を出していたのはコンピューター技術者の男だった。その男は金銭的報酬は一切払わず「その経験」を味わわせるだけだとしていた。その提案に応じ、ソフトウェア技術者の男は殺され、食べられてしまった。殺人をした男の方は裁判にかけられ、最終的に終身刑が言い渡された。同意した成人間の殺人は、自己所有権というリバタリアンの原理とそこから生まれる概念

に対して、理論の苦しさを浮き彫りにしている。これは極端な形の自殺幫助である。末期患者の苦痛除去とは無関係なので、こうした自殺幫助を正当化する根拠は、ただ自分の身体と生命は自分のものなのだから、自分の好きなように使ってかまわないということである。この自己所有権の主張が正しいのであれば、同意のうえでの殺人を禁止することは自由の権利の侵害であるということになる。<sup>34</sup>

## 第二節 リバタリアンの原理とは別の生命に対する考え方

前節では、自分の命は自分のものであるという「自己所有権」の考えの理論上の矛盾について分かった。では、個人の生命はどのようにして考えればよいのだろうか。ここで、マイケル・サンデル教授の共同体主義(コミュニタリズム)を参照する。共同体主義とは、人は必ず何らかのコミュニティや社会階層等に属し、何らかの具体的状況に身を置いており、その意味で何らかの負荷を担っているということを意味している。このような人間のことを共同体主義では「負荷ありし自己」と称した。すなわち生命というものは個人単位で考えるものではなく、所属する社会と切り離して考えることはできないということである。そして生命を処分するという行為は、リバタリアニズムの源流といえるリベラル派の先駆者である、ロックもカントも否定している。<sup>35</sup>とくにカントの理論を用いて理由を挙げれば、「人はモノと違い、理性的な存在である。人間は絶対的な価値、内在的な価値を持っており、彼らは敬意と尊敬に値する。そのため人間は自分自身の中に目的があり、手段として使用することはできない。自殺するということはそのような理性的な人間を目的として尊重することに失敗している。」からである。つまり私たち理性を持つ人間は皆個人の生命に対して自由というより義務を負っているのである。このような考えをすべての安楽死を考える患者や自殺幫助などに当てはめることは難しいと思われるが、生命の権利や法整備を考える際に、人の生命への畏敬をはじめに追いやって考えることは絶対にあってはならないということである。

## 結論 自己決定権の自由の範囲に関する個人的見解

自己決定権が認められる、あるいは自己決定権が争われる事案は、回復の見込みが無い病気、苦痛が原因で本人がこれ以上生きることを拒絶した場合に限られると考える。そしてその病気は、複数の医師からみて、ある程度余命が推測できる程度のものである必要がある。安楽死実行の際にその方法が積極的安楽死であっても、その方法を（甚だしい肉体的苦痛により）本人が強く望むのであれば、本人の自己決定権に基づいて選択することも可能であるべきである。しかし、全身不随のような身体的苦痛は、痛みとは一線を画すべきであり、そのような激痛を伴わない身体的苦痛には積極的安楽死は認められるべきではない。なぜなら、積極的安楽死が正当化される背景には、身体にかかる病気による激痛を取り除く最終手段であるからという理由があるためである。そのため全身不随のような激痛を伴わない身体的苦痛のために死を選択する際は、間接的安楽死あるいは消極的安楽死の方法のみ認められるべきであり、積極的安楽死は認められるべきではない。

では、自己決定権に基づいて死を選択できない場合とは、どのようなものかという点、精神的な病気による精神的苦痛を取り除くための死の選択であるといえる。理由は先ほども述べたように、精神的な病気は、その病気によって違う病気を発症し、死期が迫ることはあるかもしれないが、その精神的病気自体は死期を早めるものではないからである。また、肉体的苦痛を伴うものでもない。そのため、本来肉体的苦痛の除去、緩和、またいたずらな延命の拒絶のために用いられる各安楽死は行われるべきではない。

また自殺も同様に自己決定権の範囲に及ばない。確かに法律的にみても、安楽死のように第三者の手により死をもたらせられないため、どこにも可罰性もなく、法律で禁止されていないため、自由な行為であるように感じられる。しかし、刑法にて定められている「殺人を違法とする規則」が存在するように、もともと個人の生命は国家が守る義務のもとにおかれる。そのため法律で規制されていないからという理由が「自殺」をする自由を保障しているということではない。また、哲学的に考えても、リベラリズムの考えにある「生命はその人個人のものであるから自由に扱ってよい。」という考え方は、同意による残虐な殺人も本人の自由により行っても良いという危険性を含んでいるため正当化が難しく、また個人の生命は社会との密接な関わりを持たずに存在することはできないことは明確で

あるため、自殺を個人の自由に基づいて実行することができるというリベラリズムの理論は成り立たない。

以上のことから、自己決定権によって「死」を選択できるケースは最初に述べたように、ある程度余命の推測が可能な重度の病による肉体的苦痛の除去のため、あるいはいたずらな延命の拒否が認められる場合に限り、精神的苦痛による安楽死の選択、また自殺には「自己決定権」の主張は認められないと考える。

現代の日本を含めた世界で、この自己決定権の認められる範囲が曖昧になっているため、特に日本のような自殺を抑制する文化を持たない国では、個人の権利がさらに自殺のような「死」を急がせているように思える。「女性の権利」のように、新しい権利を認める時代であるからこそ、なんでも権利の名のもとに実行するのではなく、今一度個人が持つ自己決定権の及ぶ範囲と生命への畏敬とのバランスについて考える機会を増やす必要があるように思われる。

---

<sup>1</sup> ニッツク医師が代表を務める非営利の自殺幫助推進組織のこと。医療だけに死の介入を委託するのではなく、個人やその家族の考慮をもとに死の選択を決めていけるようサポートすることを目的としている。（<https://exitinternational.net/about-exit/history/>）

<sup>2</sup> 安楽死の合法化発表を受け、1分で苦痛なく安らかな死につけるハイテク自殺幫助マシンが発表される（オーストラリア）2017年12月8日 <http://karapaia.com/archives/52250373.html>

<sup>3</sup> 松本 博之・西谷 敏 『現代社会と自己決定権—日独シンポジウム—』（信山社、1997年）3頁

<sup>4</sup> 同書 132頁

<sup>5</sup> 同書 132頁

<sup>6</sup> 甲斐 克則 『安楽死と刑法』（成文堂、2003年）24頁

<sup>7</sup> 立山 龍彦 『自己決定権と死ぬ権利』（東海大学出版社、2002年）47頁

<sup>8</sup> 名古屋高判昭和37・12・22 高等裁判所刑事判例集15巻9号674頁

<sup>9</sup> 松本 博之・西谷 敏 『現代社会と自己決定権—日独シンポジウム—』（信山社、1997年）136頁

<sup>10</sup> 横浜地判平成7・3・28 判時1530号28頁

<sup>11</sup> ホセ・ヨンパルト、秋葉 悦子 『人間の尊厳と生命倫理・生命法』（成文堂、2009年）153頁

- 
- <sup>12</sup> 同書 154 頁
- <sup>13</sup> 甲斐 克則 『レクチャー生命倫理と法』（法律文化社、2012 年）96 頁
- <sup>14</sup> 立山 龍彦 『自己決定権と死ぬ権利』（東海大学出版社、2002 年）38 頁
- <sup>15</sup> 日本安楽死協会「末期医療の特別措置法案」<http://www.arsvi.com/1900/7811et.htm>
- <sup>16</sup> 笹川記念保健協力財団 世界の安楽死概観  
[www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp.../05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf](http://www.cape.bun.kyoto-u.ac.jp/wp.../05/34346740c880a4b7c77b16f46518c83e.pdf)
- <sup>17</sup> 甲斐克則 『海外の安楽死・自殺幫助と法』（2015 年、慶応義塾大学出版会）124 頁
- <sup>18</sup> ホーム・ドクター制度はヨーロッパの多くの国で、またアメリカにおいても採用されている医療制度である。オランダの医師は「一般医」と「専門医」に分けられ、前者をホーム・ドクターという。オランダでは誰もがホーム・ドクターを持たなければならない、市民は自由にホーム・ドクターを選び登録し、傷病が発生したときにはまずホーム・ドクターの診察を受ける。診察の結果、ホーム・ドクターが自分の領域を超えていると判断した場合、その患者を専門医に紹介する。患者とホーム・ドクターの関係は長年にわたって継続されるため、強い信頼関係を築くことができる。
- <sup>19</sup> 甲斐克則 『海外の安楽死・自殺幫助と法』（2015 年、慶応義塾大学出版会）126 頁
- <sup>20</sup> 甲斐 克則 『安楽死と刑法』（成文堂、2003 年）159 頁
- <sup>21</sup> 同書 183 頁
- <sup>22</sup> 盛永 審一郎 オランダ・ベルギー・ルクセンブルク安楽死法の比較的研究  
[https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20\\_3\\_01.pdf](https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20_3_01.pdf)
- <sup>23</sup> 「滑りやすい坂」論 (slippery slope argument) とは、安楽死に慎重な人々が使う考え方で、安楽死反対の根拠の有力なひとつとされている。法律で積極的安楽死や自殺幫助を認めてしまうと、坂道をどんどん滑り落ちるように歯止めが効かなくなるという論である。この最悪の例がナチス・ドイツの安楽死政策である。
- <sup>24</sup> 盛永 審一郎 オランダ・ベルギー・ルクセンブルク安楽死法の比較的研究  
[https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20\\_3\\_01.pdf](https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forum20/fo20_3_01.pdf)
- <sup>25</sup> 宮下洋一著『安楽死を遂げるまで』（2017 年、小学館）
- <sup>26</sup> アスペルガー障害 (Asperger disorder) とは、知的障害を伴わないものの、興味・コミュニケーションについて特異性が認められる、ヒトの発達における障害
- <sup>27</sup> 自閉スペクトラム症とは、『精神障害の診断と統計マニュアル』第 5 版 (DSM-5) における、神経発達症群に分類されるひとつの診断名で、コミュニケーションや言語に関する症状があり、情動行動を示すといった様々な状態を連続体 (スペクトラム) として包含する診断名である。従来からの典型的な自閉症だけでなく、もっと軽い状態が含まれることになった。
- <sup>28</sup> セロトニンとは人間の精神面に大きな影響与える神経伝達物質のこと。
- <sup>29</sup> 松田 純 『安楽死・尊厳死の現在』（中公新書、2018 年）37 頁
- <sup>30</sup> 2015 年に地域安楽死審査委員会によって制定された書面による意思表示書の取り扱いが規定された。患者が自己の意思を表現できなくなった場合、事前に作成された安楽死への意思表示書を、医師は口頭による養成の代わりに用いることができる。
- <sup>31</sup> 精神病の中の人格障害の一つ。甘えの強い性格で、大切なものが自分で決められない。なんでも他人の判断にゆだねることしかできないという症状がある。
- <sup>32</sup> 松田 純 『安楽死・尊厳死の現在』（中公新書、2018 年）39 頁
- <sup>33</sup> リバタリアニズム (英: libertarianism) は、個人的な自由、経済的な自由の双方を重視する、自由主義上の政治思想・政治哲学の立場。新自由主義と似るが、これが経済的な自由を重視するのに対し、リバタリアニズムは個人的な自由も強調。他者の身体や正当に所有された物質的、私的財産を侵害しない限り、各人が望む全ての行動は基本的に自由であると主張する。
- <sup>34</sup> 小林 正弥 『サンデルの政治学<正義とは何か>』（平凡社新書、2010 年）99 頁

---

<sup>35</sup> マイケル・サンデル『これから「正義」の話をしよう』（早川書房、2010年）304頁