

# 死ぬ権利と不治患者

— 安楽死論争の原点を探る —

植 村 肇

## はじめに

人間の死は古来観念的には哲学・宗教・倫理学の問題として、また実際的には医学の対象として取り上げられて来た。最近では死に関する総合分野として死学 (thanatology) が発足している。諸科学統合という新しい学問の流れに沿ったもので学際 (interdisciplinary) ともいえよう。ここでは、じゅうらいタブー視された死の問題に対し、関連学問分野を動員して真正面から取り組み、死の意味を正しく知ることにより、人間のよりよき生き方を求めようとしている。人間は動物と違い持てる知恵の故に「自分達にやがて死が訪れることを知った」(ルリア)。そして終生死に対する恐怖に苛まれるという不幸を背負っている。人間は本来いつまでも生きつづけたいと願っているし、本能的にも生命の危険から自分を守っている。一方これに全く逆行する自殺が日常的に行なわれている。日本における自殺死亡数は昭和52年約2万(全死亡数の約3%、1日50~60人)にのぼり、これに未遂者を加えると大変な数になる。精神医学的に見て自殺を図る心理状態は、すべてが異状とはいえないまでも正常とはいえない。そして、一つの社会病理現象であることは事実である。更にこれらの人の中には責任行為能力のない少年や精神障害者も含まれている。また最近では安楽死の問題が本人にとっては人権、周囲にとっては人間愛 (humanism) の問題として国際的にも論争を巻き起こしている。そして伝統的な医の倫理に忠実な医師を苦しい立場に追い込み、医療における今日的課題となっている。自殺や安楽死の是非は最終的に人間が特定の条件下で死ぬ自由、死ぬ権利を持っているかどうかに関係している。そこで一般にいられている死ぬ権利を具体的に分析し、これに対する考え方から権利論の限界や具体策特に安楽死制度化の方向につき私見を述べることにする。

## 1. 死の大要

如何なる哲人、天才、学者でも死を経験した人もないし、自分の死を見た人もいない。しかし死に対する考え方は古来枚挙に暇がない。(別表1参照) 我々の経験できるのは意識障害(気絶)、か仮死状態のみである。筆者も学生時代に柔道で数回この程度の経験を持っている。文豪夏目漱石は胃潰瘍による吐血時30分間の昏睡から一つの死生観を述べている(「思い出す事など」明44.4)が、これなどは彼の持つ生命観の結論がこの機会に結実したものであろう。

別表1. 死 生 観 の 例

連	氏 名	要 約
1.	孔子 (BC551 ~ 479)	死生命あり、未だ生を知らずしていずくんぞ死を知らん
2.	曾子 (BC506 ~ 436)	死を視ること帰するが如し
3.	キケロ (BC106 ~ 43)	哲学することは死に備えることにほかならぬ
4.	セネカ (BC6 ~ AD65)	自殺は人間の特権
5.	空海 (744 ~ 835)	生死の分はものの大帰、生死は一体で表裏
6.	道元 (1200 ~ 53)	生死の中に仏あれば生死なし、生死を離れる
7.	一遍 (1239 ~ 89)	臨 命 終 時
8.	モンテーニュ (1533 ~ 92)	我々の存在は等分に生と死に分属している 我々の生涯の目的は死である
9.	不明 (19世紀)	生は死である。生とは死への抵抗である
10.	トインビー (1889 ~ 1975)	生のさなかに我々は死の中にいる
11.	ルリア (不明)	人間の不幸は自分達にやがて死が訪れることを知った
12.	川端康成 (1899 ~ 1972)	自殺はさとの姿ではない
13.	今東光 (1889 ~ 1977)	人間は死ぬために生まれ、死ぬために生きてきた

1) 死の判定 人間は約60兆の細胞からできている。人間の死は個体としての死であり、直ちに全細胞の死を意味するものではない。この点は屍体の器官(腎ほか)、組織(血液ほか)を医療に用いている事実からも理解できる。人体の器官のうち生命に直接関係する呼吸・循環器の不可逆的停止が結果的に他の組織器官を無理心中に追いやったといえる。

人間の死を法規的に規定したものはなく専ら医師の判断にまかされている。死亡診断・屍体検案がこれである。例外的には死産児についてのみは規定により具体的な変化が示めされている。(死産の届出に関する規程、昭21、厚命42)。また死亡判定をカバーするものとして24時間内の埋葬、火葬が禁止されている。(墓地、埋葬等に関する法律、昭23年、法48)。

死とは人間個体の持つ生命のすべて(人間的生命・動物的生命・植物的生命の3層)を永久に失い、生命活動を停止することである。そして生物的、化学的变化により空気、水、土となり更に元素に帰し、将来再び新しい生命の構成要素となるのが自然の法則である。しかし古代エジプト以来、屍体の保存技術や自然条件で外形(みいら)を止めることもあったし、現代では遺体処理技術も進んでいる。

2) 死の体様 法医学では死を原因により3つに区分している。第1、傷病死 これは疾病や外傷で死亡するもので、全死亡数の約90%を占めている。これらを対象に延命と苦痛排除を担当するので医学で

あり医療である。最近における死亡率の低下や、結果としての平均寿命の伸びは主として傷病死の減少、換言すれば医療の成果である。第2、異常死(変死)これは事故死、自殺、他殺、戦死などが含まれている。全死亡の約8%で戦死以外は時代によっても大きな変化はない。第3、自然死(老衰死)、高齢のため全身的に衰弱し、苦痛もなく眠るが如く大往生するもので、すべての人の願いである。しかし老齢に達し所謂「恍惚状態」があるとしたら「老人性痴呆」という病気を考えるべきで理想的な自然死とは無関係である。老衰死の増加は国民保健の立場からも、個人の幸福な生涯といつた点でも好ましいことである。しかし全国統計によると70年前と較べ現在は実数で約2分の1、人口10万対で約4分の1に減っている。これは一見矛盾とも見られるが実際は医学特に診断技術の進歩により、じゅうらいの老衰死の中からも死因(疾病)を発見することができるようになったためであろう。なお、昭和52年、老衰死は全国約3万(全死亡の約4%)となっている。

3) 死に対する態度 前述の如く人間は永遠の生命を求めながら一方死を避けることができないことを知っている。この矛盾に対してどこに調和を求めるかに迷い、悩みながら生きている。死に対する態度は時代により、地域により異なっているし、宗教や慣習による影響も大きい。一般的に文明人は死を忌み嫌い、どちらかといえばタブー視するのにくらべ未解人は死を身近な自然現象として受け入れる傾向がある。これを概括すると次のようになる。

#### 第1、肉体死の否定(永遠の生命を信ずる)。

古代エジプトにおけるミイラ、秦の始皇帝の故事(不老・不死の薬を探す)、死者の復活などはこの考え方に立つものである。しかしこれは未開・原始時代の考え方で現在はない。

第2、霊・肉二元論 これは宗教的な考え方である。つまり、人間を靈魂と肉体の2つに分轄し、肉体の死を認めながら、靈魂の永遠・不滅を信じようとするものである。これが天国とか極楽浄土といった考え方に発展している。靈魂は物的存在ではなく科学的に立証することはできないが、人間の心の中には存在し得るであろう。このことにより少しでも死に対する恐怖から逃れることができ、心の安らぎが得られるとしたら、まさに人間の英知というべきであろう。

第3、現実的態度 死が避けられないことを知る人間が求めるものは先ず老衰死である。天命・天寿の限界まで生きたいと願うが止むを得ぬ事情で死期が早くなる場合でも安楽に人間らしく美しく死ぬことである。

また、自分の生命を子供に託することにより永遠に生きるという考え方もある。この点は人間の本能である生殖行為であり動物にも共通するものである。理論的にも生殖細胞のもつ遺伝子を通じて永遠に生きることはできる。また、大きな価値が後世に生きつづけるといった考え方から肉体死にそれ程大きな意義を感じない場合もある。儒教における忠孝、戦争、大きな事業、作品などを通じて永遠に生きる場合である。

第4、その他 仏教でいう生死の超越や自殺に見られる困難、苦悩からの逃避や厭世、死の讚美などは死に対する特殊な態度といえよう。

## 2. 死ぬ権利とは

一般にいわれている死ぬ権利には2つの場合がある。一つは死ぬ時期を決定する権利であり、二つは死に方(死にざま)を選ぶ権利である。そして何れも自分自身の自由な意志に基づく立場であることはいうまでもない。自殺の場合はその原因が全く個人的な場合のほか殉死、姥捨、即身仏など社会的なものもあるが、直接には自分の意志で自分の力で自分を死に至らせる場合である。

しかし、最近問題になっている安楽死(厳密には安楽殺人)では通常不治・病苦のため医師や肉親など第3者に殺してほしいと頼む場合である。つまり自分の心身両面の衰弱から自分を殺す能力がない場合で自殺の変形ともいえる。以下安楽死について具体的に述べる。

1) 死を決定する権利、これはどの様な時点で死を求めるか、つまり何によって死を決意するかである。第1は、一般には死にまさる肉体的苦痛が耐える限界を超えた場合と考えられる。末期患者では本来の病苦に加えて、注射、手術など医療に伴う苦痛も追加される。この場合は医師は麻薬を頂点とし精神安定剤、鎮痛剤、催眠剤、麻酔剤などを用い痛みをなくそうとする。このことは昭和52年に全国で約6千名の医療麻薬中毒者が報告されていることから裏づけられる。しかし一般的にいて日本の医師は欧米に比し麻薬の使用に消極であるといわれる。このことはそれだけ患者の苦痛を大きくする結果となる。日本の薬事行政は欧米とくらべて中毒対策上麻薬の規制がきびしい。このためか昭和52年の不正中毒者が僅か13名という成果をあげている。しかし不治頻死の末期患者に中毒などは問題にならない筈で、多少寿命に悪影響があったとしても当面の苦痛から解放することが人道的であり、正しい医療ではなからうか。このためには予防投与を含め医師がもう少し積極的に使用できるよう、規制を緩和すべきではなからうか。

最近話題になっているホスピス(イギリス、ヘロインを予防的に用いているといわれる)についてもこの点は参考にするべきであろう。

第2は、精神的苦悩であるが、この点では先ず死に対する絶望感・恐怖感である。患者は権利として、病名や予後を知るべきであり、医師は知らせる義務があるといった意見が欧米では強い。癌の末期等に対し病名を知らせて残された生命を有効に過さすか、知らせずに再起を信じさせ闘病させるかはむづかしい問題である。少くとも日本の現状では治癒の見込のある場合以外は知らるべきではなからう。仮りに医師や肉親が病名や予後を知らせなくとも本人自身が感じたり、信じていたりすることもあり得る。次は、肉身等に対し肉体的、経済的に迷惑を掛けているといった配慮である。

多くの場合は以上の肉体的苦痛、精神苦悩の結論として死を決意するのであろう。死はすべての苦痛から人間を開放するし、死によって新たな苦痛を負うことはないからである。安楽死ではこの様な場合、死

を求めるのも止むを得ない、死ぬ権利を認めてはどうかとしている。しかしこの場合の殺して呉れの叫びは決して死の願望や欲求ではなく、この苦しみをわかってくれ、助けてくれの叫びかも知れない(阿南)。

2) 死に方を選ぶ権利 人間は安楽で美しい死に方をしたいと願っている。

第1、楽に死ぬ。これは苦痛や苦悶がなく眠る様に死ぬことである。さて死がはじまれば一般には大脳が麻痺し苦痛はない。したがって、死までのプロセス、特に瀕死における苦痛が問題となる。この場合、精神的苦悩は大脳皮質の上位中枢、肉体的苦痛は感覚中枢の健在を意味するので、これらを麻薬、催眠薬その他により麻痺させる必要がある。前述の安楽死の例である。

第2、美しく死ぬ。これには2つの考え方がある。1つは死の姿、つまり死体(被服も含む)が美しくとどまっている意味で、見にくい姿をさらしたくないとする願いである。2つは死までのプロセスで人間らしい尊厳さを保とうとするものである。たとえば人工栄養、人工排泄、人工生命維持装置など、生ける屍となった植物状態、苦悶の姿など、人間として品位を失った状態では死にたくないとの願である。一般には植物人間に対し、人工生命維持装置を停止するもので品位死(威厳死・尊厳死・自然死)といわれている。植物人間は不治ではあるが意識も苦痛もない。したがって権利を主張する意志もないのである。このため一般には生者の意志(living will)として、事前に準備された宣言書を参考とするか、肉身、医師を含む委員会組織で決定することになる。

このような死ぬ権利はアメリカのカリフォルニア州をはじめ既に8州で制度化されている。

### 3. 死ぬ権利の有無

死ぬ権利は1895年ヨストが初めて用いた。現在、死ぬこと(具体的には自殺)を権利として明文化したものは多分世界中どこにもないであろう。ただ、医療上の特別な場合として法制化された上述の自然死法はアメリカのみならず世界各国に影響を与えている。日本においても、日本安楽死協会が制度化に動いている。

1) 自殺の歴史的考察、死ぬ権利を考える場合最も一般的なものに自殺がある。自殺は多分人間の歴史とともにあったろう。文献によると古代ギリシアでは自殺を権利として認め、評議会の承認により国定の毒薬(hemlock 毒人参)が与えられたとある(葛西)。また古代ローマ時代暴君ネロに反逆を企て捕えられたセネカ(BC 6～65 ローマ、哲学者)は「自殺は人間の特権である」といって処刑前に自殺したといわれている。この言葉はむしろ人間と動物の差を示したものとして貴重だが、人間の持つ特別な権利と主張したものというよりはむしろ人間の持つ特別な能力、特権でなくて特能と解すべきではなかろうか。中世のキリスト教(カトリック)の全盛時代には自殺は犯罪とされ、教会における葬式や教会墓地への埋葬を禁止し、屍体は十字路に埋め、財産は没収したと記されている。また未遂者も有罪の宣告を受け投獄された。これらはキリスト教社会の崩壊と学問の進歩により廃止された。しかし、生命が神によりつくら

れたもので個人が自分の生命を勝手に処理することは神の意志に反するといった考え方は今日でもつづいている。

安楽死の最古の文献として有名な「ユートピア」の中でモア(1478～1535英、政治)は不治、苦痛の患者は、人間の義務を果せない、生き恥をさらす、他人に負担をかけるといった理由で患者に自殺か安楽死をすすめている。そして苦痛の拷問に生きるより死の方が楽で明るく賢いといっている。彼はカトリックの聖人といわれたが、ルネッサンス後の社会に対する皮肉として述べた。そして作品の中で「理想と現実」を訴えたもので彼が実際にこの考え方を支持したかどうかはわからない(阿南)。いずれにしてもこの内容は現在の安楽死よりも一歩進んだ自殺教唆か承諾殺人に近いものであったろう。

今日多くの国においては宗教の如何を問わず、自殺を認めたり、許しているのではなく、ただ法律が積極的に関与していないに過ぎない。つまり刑罰により防止する可能性はないし、他人への迷惑にも限界があるためであろう。自殺が法規(刑法)上はとにかく倫理的、宗教的、社会的によくないという点ではほぼ一致している。

2) 基本的人権と死ぬ権利、生命が人間尊重を基盤にする基本的人権であることはいうまでもない。フランス革命における「人権宣言」、国際連合の「世界人権宣言」、日本国憲法においてもこの趣旨は生かされている。生命は自由権、生存権の土台である。そして、この生命の権利とは生命を維持発展させる権利であって生命を断つ、つまり死ぬ権利を含みぬことは明らかである。何故なれば死は権利を主張する主体がなくすることであり、論理的にも理解できない。また自由や幸福、追求の権利においても同様に死ぬ権利を認めたものとはいえない。たとえ自分を殺すことはできても、また激しい病苦から逃れるため死によって安楽が求められるとしても権利の行使とはいえない。ただ生命維持の権利も公共の福祉に反しない限りと(憲法第13条)しており、このことは重罪人の死刑を合法化していることでもわかる。この場合残虐な刑罰を厳禁している(憲法第36条)のは死刑そのものでなくて、刑執行の方法であり、日本では絞首が慣用されている。アメリカには電気椅子が残虐として毒殺を制度化した州があったり、本人の希望で銃殺が行なわれたところがあったりして問題になっている。

そして更に健康で文化的生活の権利(憲法第25条)を規定しているのは生命維持の権利を発展させたものと見ることができる。

3) 生きる権利と死ぬ権利 一般には生きる権利があるのだから反対の死ぬ権利(生きることをやめる権利)もある筈といった議論がある。筆者はこの考え方には同意できない。死に対応するのは出生(厳密には授精)つまり新しい生命の誕生でなければならない。このことは人間に出生の権利がないと同様に死ぬ権利もないということである。人間は自分の権利や意志で生まれて来たものではない、したがって死も自分の権利でもないし、意志できめるべきではない。いうならば生まれることも死ぬことも自然の理にまかすべきものであろう。そして生命に対する権利は既に保有する生命の保持以外には考えられない。

この議論に対して全く別の考え方がある。これは自分の意志で生まれて来たのではないから、自分の生命に対して責任を負う必要がない。したがって、死ぬのも自由であるといった考え方である。しかし、この考え方は自分の出生に対する感謝、生命の尊厳性を認めない態度ではなかろうか。

生命は自分で手に入れた財物とはちがいに簡単に捨てることはできない。

4) 自殺は犯罪か 自殺者には未遂者や自傷者を含めて刑法上の罰則はない。したがって自殺等は犯罪といえないかもしれない。しかし、一方には自殺関与罪がある(刑法第202条)。これには自殺教唆(心中の例)と自殺幫助(「高瀬船」の例)があり前者は自殺をそそのかした場合、後者は自殺を手助けした場合である。更に嘱託殺人(安楽死の例)や承諾殺人(無理心中の例)もある。これらの点から考えて自殺は犯罪性を持つものと解される。では何故刑罰を科さないのでしょうか、この点につき筆者は、自殺も殺人行為ではあるが加害者が被害者であるという特殊性に加えて次の事情によるものと推測している。

① 仏教的に見れば死者はすべて仏になる。したがって仏を罰したり、墓や位牌を罰することは日本人の国民感情に合わない。

② 人間が怖れ避けようとする死を自ら選び実行するのは余程の苦悩に耐え切れなかったか、または、一時的に心神喪失状態と考えられる。このため緊急避難行為や精神的無能力者として刑罰の対象にしない。

次に自殺が犯罪でないとの理由から短絡的に死ぬことが合法化され、死ぬ権利が認められたと考えるのは問題である。もし死ぬことが権利ならば自殺は権利の行使であり、自殺者を救助することは個人の権利の侵害になる。自殺しようとする人を助けることは人道的であり美德とされている現実と矛盾することになる。したがって犯罪ではないが死ぬ権利を認めたものとはいえない。

5) 生命は私的なものか公共的なものか 個人の生命は人間存在の基礎で、生死も個人の管理下にあることは事実である。しかし人間は社会的動物であり公共的存在でもある。個人の社会的影響力の大小、家庭的存在の役割等は千差万別であるとしても、個人の死は周囲に対し何等の影響を与えるであろう。死ぬ権利についてである意見だが他人に迷惑を掛けなければ自殺も認めるべしというのがある。しかし迷惑の程度、範囲は別として肉親を含め第三者に少しの迷惑も掛けない死があるだろうか。たとえ死刑囚であっても肉親を悲しませるにちがいない。保健教育においては健康の社会性として、生命・健康の私物化をやめることを第1の条件にしている。

次に、学生に対するアンケート調査の結果を紹介したい。別表2は条件をつけずに、人間に死ぬ権利があるかどうかを調査したものである。これによると3大学とも約70%はあると答えている。現代の若者に人権尊重、個人の自由といった風潮が死の問題にも及んでいるように見える。別表3は死ぬ権利の有無についてそれぞれの根拠(理由)の調査である。ありとするのは自分の生命、生きる権利と同様といった考え方が多く、特殊な場合しかないとかあるが行使すべきでないといった控え目な理由をあげている。無しとする方は生命の尊厳や公共性をあげている。そして死ぬ権利よりは生きる義務を優先している。

別表2 死ぬ権利があるか (アンケート調査)

対 象	区 分	実 数	百分率 (%)
駒沢大学(昭53.4.20) 社会学科 2年(男女) 科目:精神医学	1) あると思う	81	73%
	2) ないと思う	26	24%
	3) 不明その他	3	3%
	計	110	100%
実践女子大(昭53.4.17) 食物学科 4年(女子) 科目:学校保健	1) あると思う	31	76%
	2) ないと思う	9	22%
	3) 不明その他	1	2%
	計	41	100%
東京家政学院大(昭53.4.17) 家政学科 3年(女子) 科目:学校保健	1) あると思う	90	65%
	2) ないと思う	47	34%
	3) 不明その他	1	1%
	計	138	100%

別表3 死ぬ権利の有無の根拠 (アンケート調査)

ありとする根拠	なしとする根拠
1) 自分の生命は自分に専属している。 2) 生きる権利に対応している。 3) 特別な条件の下に限ってある不治末期患者、 植物人間、他に迷惑なし、罪悪の清算など 4) 最後の権利だが行うべきでない。	1) 自分だけの生命でない(公共性) 2) 自分の意志で生まれたのではない。 3) 生命は1つで尊い 4) 死ぬ権利より生きる義務が優先する。
注、駒沢大学(昭51.9.20)社会学科(心理コース)2年を対象 当時、死ぬ権利につき、あり(63)、なし(32)、不明その他(9)であった。	



#### 4. 不治患者と死ぬ権利

前項までで人間には本質的にも実際的にも死ぬ権利はないこと、むしろ生きつづける義務がある点を述べた。しかし、この権利が如何なる場合でも、一つの例外もなく認められないかが実はここでの主題である。メニンジャー（1893～ 米、精神医学）は、「おのれに背くもの」の中で人間の本能には建設面と破壊面の相反する2面があり、自殺を後者の例に引用している。死を求める心は一般的にいて反自然的行為といわれているが現実には多くの自殺者がでてくる。丁度すべての国、すべての人々が平和を求めながら戦争のない世界が生まれぬようなものである。

次に死ぬ権利を自分で実行するのが自殺である。しかし、この自殺も歴史的に権利として実行したというよりはむしろ個人的、社会的事情による義務的自殺が少なくなった。前にも触れたが倫理感、口べらし、贖罪、名誉などによるものがこれである。そして自殺も或る意味で周囲の人々や環境による他殺でもある。

1) 医療における死 本来医学・医療は人間の英知が作りあげた学問であり技術である。もし出生も死も完全に自然にまかすとしたら、医療の介入する余地は全くないであろう。この考え方に対し、人間にとっては天寿を全うする（老衰死）のが自然の法則であり、病気はすべて反自然的な現象である。このため医療はこれを取り除く行為であり、本質的には自然にまかすこと矛盾しない、とする反論がある。そして現実には医療は出生に対しても安全な誕生に役立っているし、死に対してはこれを避け少しでも寿命を引き伸ばすことに貢献している。筆者は医療の目的として2本の柱を考えている、1つはいうまでもなく救命・延命であり、2つは苦痛からの解放である。そして歴史的にもまた現在でも実感として後者の比重が大きい。後述の安楽死問題は実にこの両者の競合によっておこっている。

一般に傷病患者に対し医師は当時の医学水準に照らし最善の医療を行い、結果として死を免れない場合がでてくる。これが医療における死の大部分で、医師には殺す意志はなく、患者も死にたいと思わない。やむを得ない死、結果としての死である。時には救命のための手術・輸血などが患者の宗教的信条その他の理由で拒否され死の転帰をとることがある。この場合でも患者は死を求めたものではなく医師も見殺しにしたとはいえない。最近の判例では治療内容についても患者の信条が権利として優先的に認められている。

このため自殺を目的として治療の拒否や絶食その他の方法をとる場合もある。これらは患者の意志によるものであるが、社会的には医師に対し患者管理上の責任が追求される。

次には例外的に医療過誤で患者を死に至らせることもあり、これらは医事紛争としてマスコミを騒がしている。

2) 安楽死医療 これは不治、頻死の末期患者で苦痛の激しい場合、患者が死を求めた場合に医師がとるべき態度である。古代ギリシャのヒポクラテスの誓（BC 460～377 ギリシャ、医学）は勿論世界医師会で定めた医学的治療の原則は、「故意に殺すことは勿論傷けるようなことは決してない（*Nil nocere*）」

である。

また、シュバイツェル(1875～1965独→仏神・哲・医)も「生命への畏敬」として「命を長びかせるのは善であり、命を縮めそこなうのは悪である。人は悪にくみせず善につく」と主張している。

この様に医師にとって1分1秒でも患者の生命をのばすことが最高(職業)倫理であり、使命である。この点は何人からも拘束されない。むしろこの倫理こそが多くの人が安心して医療を受けている根本である。この信頼のないところにもはや医療は存在しないといってよい。

この場合何週(日)間かの余命を地獄の苦しみの中に生かしつづけることが人間愛か、それとも患者の意志に従い科学的な方法で死なせることがより人道的かの問題となる。そしてこの様な特殊な場合においても権利として患者の死は認められないであろうか。しかし仮りにこれを認めると、本来生命を救うための医療が結果的に殺人となるし、殺人行為が医療とはいえない。また前述の倫理とも矛盾する。この場合苦痛を完全に取除く薬があれば問題は簡単である。しかし、寿命に全く無害で苦痛のみ排除できる薬は現在の所発見されていない。そこで実際問題として麻薬により目前の苦痛を取り除き結果として若干の死期を早めているのが医療の実情であろう。これは不作為(刑法上の意味と少しちがう)の安楽死といっているが広義には消極的安楽死ともいえよう。現在世界の安楽死運動が不作為の安楽死より一步すすめて麻薬の積極的使用を求める消極的なものか或は空気・毒薬等による積極的なものは一定していない。

一方刑法上は昭和37年名古屋高裁の判決の際示めされた見解として6つの条件が今日でも生きており、先般の大阪地裁でも同じ立場の判決が見られた。両事件とも医師が行う、倫理的方法を用いるとした2つの条件に触れたため嘱託殺人罪が適用され、刑は軽い但有罪となっている。

日本では小説「高瀬舟」にある如くすべての安楽死は肉親により行なわれている。しかし、安楽死が一定条件の下に刑罰の対象にならないとする点で、死の権利を認めたとはいえないが、制度以前の問題として既に解決していると見ることができる。しかし、この6条件を満たす事件が起きていない現在、明確に結論づけることはできない。この意味で大阪地裁事件が最高裁まで争われた方がこの問題の究明にはよかったかも知れない。しかし被告自身は控訴せず罪に服したところにむしろこの問題の深さがうかがえる。これは筆者の推測ではあるが、最愛の妻を殺した加害者は殺人に対する自責の念と自己弁護の葛藤に終生苦しむことであろう。医療が医師と患者の契約と考えれば、医師も患者と同様に診療拒否はできるかもしれない。たとえ患者の頼みがあったとしても大多数の医師は殺人(下手人)の道は選ばないのではなからうか。この故にこそ前述の6条件の中で医師が行うという条件が大きな壁になってくる。

3) 植物人間医療 これも広義の安楽死に含めて論ぜられているが厳密には前述の安楽死とは著るしく異っている。共通する点是不治という点のみで、瀕死ではなく苦痛もない。更に意識がないため意志を表現することもできない。これは、アメリカのカレン裁判から世界中の話題になり、アメリカにおけるいくつかの州での制度化もこれが中心になったものと思われる。

この場合、本人の意志はわからぬため肉親や関係者の意志で人工生命維持装置を停止することの可否である。これは積極的に殺すのではなく人工的に生かしつづけることをやめるだけだが結果的には殺人である。一般には消極的安楽死に含めている。また本人の意志に代るものとして前述の「生者の意志」を用いる例もある。この場合自然死を求めるものとして機械で人工的に生かすことやめる、尊厳死（威厳死）として人間らしく美しく死なすといったもので、これらを人間の権利として認めようとするものである。これには賛成論として、既に人間的生命のないものを機械で生かして置くことは無意味、本人の尊厳を傷つける、単なる医師や肉親の自己満足にすぎない、とかまた、国民の最低医療を超える（健保の給付）、医療資源の浪費、家族・社会に対する負担が大きすぎるなどの点をあげている。反対論として、植物状態であっても人間にかわりがない、生命に対する価値判断は許されない、経済的には社会保障によればよいし、意識の回復という奇跡が絶対おこらないとは断言できないなどと主張している。

植物人間は以前なら100%死亡していたものが医学技術の進歩により人工的に作られた悲劇ともいえる皮肉な現実である。勿論この様なケースは歴史上の文献にも見られないであろう。

実際問題としては人工生命維持装置（呼吸・循環）に限らず人工栄養、人工腎、輸血などでも停止により死を来たすこともあり得るが基本的に不治という前程を忘れてはならない。

なお、問題の前提条件である不治、瀕死の判定にしても絶対とはいえない。あくまでも現在の医学水準と医師の経験に基づくものであり、この点今後問題を残している。

## 5. 安楽死制度化

結論として死ぬ権利を認めこれを積極的合法化することは結局自殺を奨励することになり、倫理的宗教的にも許される見込は少ない。また現行法上自殺に対する刑罰規定がない以上特例を認めようにも土台がないことになる。したがって安楽死を制度するとすれば、死ぬ意志がありながら死ぬ能力のない患者に対し、医療に限り特別な措置として自殺関与罪（刑法第202条）の特に嘱託殺人罪を合法化する以外に方法がないであろう。しかしこれに対しては前述の如く既に条件により違法性が阻却される見界がでている。

こうなると制度化というよりは医師の倫理観の問題になり、現実はこの様な患者と日夜取り組んでいる医師が制度化を求めるかどうかの問題となる。そして制度のないためどれだけ医師・患者が無意味な苦悩に苛まれているかであり、制度化以外に解決の方法が絶対ないかである。筆者も両親や妹達をなくし、瀕死の過程で所謂不作為の安楽死を経験している。

次に植物人間に対する人工生命維持装置を用いなくとも停止する点はたとえ「生者の意志」が事前に準備されていたとしても、植物状態における意志が不明である以上自殺関与罪との関係も出てくる。したがって、安楽死に準じたものとするか或は肉親を含めて社会的判断により特例的に、一種の殺人行為を合法化する以外に方法がなかろう。この場合判定委員会のようなものを設けるとしたら、死ぬ権利とは反対

に生命の公共性を認めたことになるのではなからうか。合法的殺人の制度化につき刑法、優生保護法と対比したものを別表4に示めした。

別表4 合法的殺人の例

区分 条件	死刑	人工妊娠中絶	安楽死	植物人間致死
1. 対象者	犯罪人	胎児	患者(末期)	患者(植物状態)
1) 人格	あり	なし	あり	なし
2) 死ぬ意志	なし	なし	あり	不明
3) 将来性	社会に危険	可能性あり	なし(不治、瀕死)	なし(不治、品位なし)
4) 苦悩	なし	なし	あり	なし
2. 制度化				
1) 法律	刑法	優生保護法	?	?
2) 根拠	公共の福祉 罪のつぐない	母性人権と 公共の福祉 母性保護と国民優生	無意味な延命 本人の願い、 苦痛からの解放	無意味な延命 家族の権利、 社会の負担

注 死刑のほか刑法における正当防衛ほか、戦争などはいずれも加害者が直接間接生命の危険にさらされる場合である。

### まとめ

以上人間の死ぬ権利を中心に医療上の課題となっている安楽死や植物人間の問題を述べて来た。結論的にいって人間の死ぬ権利は理論的にも実際的になさそうに思はれる。たとえ医療上特別な場合である安楽死や植物人間に対しても権利論では片づかないのではあるまいか、むしろ死は権利論にはなじまないもので、もっと高次のヒューマニズムに立脚した各分野の総合判断にまつべきものであろう。しかし安楽死(植物人間)の問題は結局医療における業務上の致死行為で合法化するにはそれなりの理由がなければならない。

前述の如く優生保護法による人工妊娠中絶は胎児であっても殺人であることに変わりはない。そこで母性保護、国民優生という公共の福祉のための刑法にある墮胎罪(刑法第212条)が合法化されている。見方によれば胎児の方が不治である安楽死対象患者より将来の可能性を多く持っているかもしれない。殺人という意味では死刑も刑法により、公共の福祉のため殺人を合法化したものといえる。この場合は犯人の贖罪と凶

悪犯罪の抑止力をねらったものであろう。

いずれにしても安楽死の是非論の論拠として死ぬ権利はこれに対する決定打にはならないであろう。当面は制度化の努力を進めるとしても基本的には前述の死学の振興つまり人間の生命に関係する医学、宗教、倫理、法学などすべての学問分野が協力してこの解決にあたることである。一方、当事者である医師・患者が状況の変化に応じて死の問題に対処できるような死生観を確立することである。

医学技術の進歩は死亡率の低下・寿命の延長など人類の福祉に骨髄している。しかし一方では安楽死、植物人間などの悲劇を招来した。誠に皮肉な現実である。安楽死問題は不治患者を浮きぼりにしたし、植物人間は人工的生命維持装置の発明によるものであった。そしてこの点は重症心身障害者、精神病患者、野生児（狼少女）も同様に苦悩の中に生かされ、また生かし続けるために科学が動員されている。人間の生命は地球より重いともいわれる。しかし、その生命についても考えなおす余地があろう。そして安楽死問題はあくまでもケースバイケースであり、極端に個別的な死生観世界観の問題である。この点が法制化に対する基本的な隘路となっている。そのためこそ、多くのアンケート調査では安楽死は賛成だが画一的な制度化には可成りの抵抗がある。筆者も率直に言って安楽死は賛成だが制度化には大きなジレンマを感じている。最後に当面の対策として無害・安全鎮痛薬と人工意識維持装置の開発に夢を託することにしよう。

参 考 図 書

- |                |                |                 |
|----------------|----------------|-----------------|
| 1. 阿南成一        | 安楽死(法学選書1)     | 弘文堂             |
| 2. 石原俊明        | 禅学要典           | 大法輪閣            |
| 3. 植松正         | 刑法教室(1.2.)     | 大蔵省印刷局          |
| 4. 植村肇         | 現代人のための精神保健    | ぎょうせい           |
| ”              | 即身仏・ミイラ仏について   | 駒大紀要(昭52.3)     |
| ”              | 安楽死と医療         | 駒大論集(昭52.2)     |
| 5. 太田典礼        | 安楽死のすすめ        | 三一書房            |
| 6. 葛西龍郎        | 自殺論考           | 医界時報(昭50.12)    |
| 7. ジェスパソン      | 合法的妊娠中絶について    | 日本医師会雑誌(昭和53.7) |
| 8. 関根  訳       | 新選モンテーニュ随想録    | 白水社             |
| 9. 夏目漱石        | 思い出す事など(漱石全集8) | 岩波書店            |
| 10. 日本安楽死協会    |                | 安楽死会報(昭51.11~)  |
| ”              | 安楽死論集(第1集)     | 人間の科学社          |
| ”              | ” (第2集)        | 出版科学総合研究所       |
| 11. 日本医師会      | 医師倫理論集         | 金原出版            |
| 12. バーグドーン、原田訳 | シュヴァイツァー伝      | 白水社             |
| 13. 毎日新聞取材班    | 宗教を現代に問う       | 毎日新聞社           |
| 14. 増谷文雄       | 現代語訳 正法眼蔵(8巻)  | 角川書店            |
| 15. 三宅勇三       | 安楽死考           | 三滝社             |
| 16. メニンジャー、草野訳 | おのれに背くもの(上・下)  | 日本教文社           |
| 17. 森  鷗  外    | 高瀬舟(現代日本文学全集)  | 筑摩書房            |
| 18. 渡辺治生       | 医師・患者関係を考える    | 法律時報(昭52.)      |