

第6回ディベート・アゴラ

論題：日本は積極的安楽死を法的に認めるべきである。

*積極的安楽死とは、延命治療の中止以外の手段により、意図的に患者の死期を早める行為とする。

肯定側立論

定義を述べます。「積極的安楽死」とは、「患者を耐え難い苦痛から解放するために、医師が意図的に安らかな死を迎えさせる医療行為」とします。

プランを述べます。

安楽死法を制定し**2004年4月**より施行します。以下の六つの要件が揃ったときに、積極的安楽死を行なうことを認めます。

- (1) 医師が患者に病状を的確に説明し、患者がそれを理解していること。
- (2) 患者が耐え難い苦痛に苦しんでいること。
- (3) 患者に死期が迫っていること。
- (4) 患者の肉体的・精神的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと。
- (5) 生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があること。
- (6) 担当医師以外の二名の医師によって、上記五つの条件が確認されること。

プランから生じるメリットを説明します。

メリットは「苦痛からの解放」です。

発生過程を4点にわたって説明します。

1. 末期患者は繰り返し襲って来る肉体的苦痛にさいなまれています。

土本武司、筑波大学教授は『判例時報』**1996年5月1日**号で以下のように述べています。引用開始。

「癌の末期患者のように、間歇的な激痛に襲われる患者に対して現代の鎮痛医療は十分に機能していない。思考は、覚醒時には苦痛にさいなまれ、苦痛のない時には催眠状態に置かれるという過程を繰り返しながら、死んでいく。現代の鎮痛医療はその時その苦痛を除去しえても繰り返し襲ってくる苦痛までもは除去しえない。患者は痛みが、治っているときも必ず一定時間後に襲ってくる死にもまさる激痛におそれおののかなければならない。」引用終了。

2. 現代の疼痛技術^{とうつう}をもってしても、患者の痛みを完全にとることはできません。

いかに鎮痛効果のある処置ができるとしても、依然として**10%**の患者については、肉体的苦痛を取り去ることはできません。引き続き同資料より引用します。引用開始。

「最も怖れられている癌患者の激痛について、ペイン・コントロールの専門家の間でも、「**WHO** の癌疼痛対策法を含む治療をしても、少なくとも**一〇パーセント**の患者の痛みを取ることはできない」と言われている。九〇パーセントの患者に対して鎮痛効果のある処置ができるとしても、それは治療技術としての単なる医学上の抽象的可能性でしかありえない。」引用終了。

3. 終末期になると**70%**の患者に精神疾患もあります。

保坂隆、東海大学医学部助教授は、『からだの科学』**2002**年**11**月号で以下のように述べています。引用開始。

「全体的にいえば、がん患者の**30~40%**にはうつ病・適応障害などがみられ、終末期になると、せん妄などの器質製精神疾患が加わるため、その有病率は**70%**までに増加することになる。」引用終了。

4. 精神的苦痛は肉体的苦痛に反映します。

日本人は、精神的苦痛を肉体的に表現するのです。中川米造、医事評論家は『日本の論点 '96』の中で以下のように述べています。引用開始。

「苦痛は病む主体にとってのものである以上、精神的苦痛を除外することはできない。逆に精神的苦痛は肉体に反映するものである。医療人類学によると日本人を含め東洋系の人間は、精神的な苦痛を肉体的に表現する傾向が強い。」引用終了。

このように末期患者は、肉体的・精神的な痛みさえなまれています。しかしプランを導入すると、患者はこのような苦痛から解放され、安らかに死を迎えることができるのです。

次に重要性を説明します。

末期患者は、苦痛と意識不明の状態を繰り返しながら死んで行きます。このような末期患者にとっては、いつまで続くかわからない苦痛から解放され、安らかに死ぬほうが幸せなのは当然です。安楽死法を制定し、末期患者を苦痛から解放することはとても重要なメリットです。

否定側立論

定義は肯定側に従います。

肯定側のプランによって起こるデメリットを述べます。

デメリットは「弱者切り捨て」です。

発生過程を5点にわたって説明します。

1. 肯定側は積極的安楽死を法制化します。
2. すると、老人は仕方なく「死の自己決定」をさせられてしまいます。

看護教育者の清水^{てるみ}昭美氏は、『操られる生と死』、**1998**年の中で、以下のように述べています。引用開始。

「本人の意思で決めるといっても、近親者の精神的、肉体的、経済的負担を考えると、そう決めざるを得ない状況のもとでは、「尊厳死」の道しかないと考える。選択ではなく、それしか方法がないという状況に追い込まれて、自分の意思で決めたと書かざるを得ないのが実情といえよう。(中略)老人が子や孫に迷惑をかけずに死んでいきたいと願う。自分が生きていることがまわりに迷惑をかけると考えざるを得ない社会状況のもとでの「死の自己決定」は、本当に自分の本心から決めるといふより周囲から追い込まれて、「仕方なくさせられる死の自己決定」ではないだろうか。」引用終了。

3. 現状で、すでに老人医療の切り捨てが行われています。

フリージャーナリストの天笠^{あまがさけいすけ}啓祐氏は、『優生操作の悪夢』、**1994**年の中で以下のように述べています。引用開始。

「終末医療が声高になると並行して、治療打ち切り、移植への誘導が始まった。とくに腎臓移植では深刻な事態が進行している。厚生省が人工透析での健保の点数を改訂し人工透析の点数を下げ、移植手術の点数をあげたからである。これは透析から移植への意図的誘導である。これにともない人工透析を拒否される例も増えてきた。とくに高齢者や障害者で拒否される人が多い。終末医療が声高になると、治療をしない風潮が広がり、このような拒否される例が増えてくると当初から危惧されていたが、予想以上に頻繁に起き始めたのである。」引用終了。

このように、すでに現状で、国は老人・障害者の医療を切り捨てようとしています。そこに安楽死法を制定すると、さらに拍車がかかります。

4. 積極的安楽死の法制化が拡大適応されるようになります。

安楽死が法制化されると、適応が拡大解釈され、障害者にも拡大適応されてしまいます。

精神医学者の高橋^{よしとも}祥友氏は、雑誌『イマージ』1994年9月号の中で以下のように述べています。引用開始。

「当初は末期疾患の患者に限定されていたものが、自らの意志を確認し得ないような痴呆の患者に拡大適応されたり、社会的弱者である精神障害を抱える人々や先天異常のある子供にも当てはめられる危険が全くないとは言えない。そして、安楽死の法制化が社会的弱者を安易に排除する手段になりかねない。」引用終了。

5. 障害者の抹殺が起きます。

オランダでは、障害を持って生まれてきた赤ちゃんの、延命治療放棄が行われています。天笠啓祐氏、『優生操作の悪夢』より引用します。引用開始。

「(しかも) オランダ小児学会医療倫理委員会の推計によると、障害を持って生まれてきた赤ちゃんの延命治療放棄が、年間数百件にのぼるということである。消極的安楽死の次に来るのが積極的安楽死であり、さらにその次に来るのが障害児・者の抹殺であり、そういう方向に向かうことは、このオランダの例からもはっきりみることができる。」引用終了。

深刻性を説明します。

積極的安楽死を法制化することは、弱者切り捨てに合法的な手段を与えてしまいます。安楽死の適応が徐々に拡大されていき、歯止めがなくなり、社会的弱者や障害者にも適用されていきます。大変深刻なデメリットと言えます。

このように危険な安楽死の法制化は行うべきではありません。

否定側証拠資料

●近藤誠（慶応義塾大学医学部講師）「がん患者に『安楽死』などいらない『諸君！』1996年8月号、p. 60

がん性の痛みに対しては、WHO(世界保健機関)が定めた三段階方式が有名です。第一段階では、アスピリン系統の鎮痛剤を内服し、それで痛みが取れなければ、第二段階であるコデインを内服します、コデインが効かないなら、第三段階であるモルヒネを内服することになり、痛みが取れるまで増量していきます。この三段階方式により、患者の七割ないし九割において痛みを緩和できます。痛みのなかには、モルヒネでも取れない痛みや、他の方式のほうが好ましい痛みもあります。前者に対しては、針を刺して薬液を注入して神経をブロックしたり、放射線を照射したりします。後者にあたるのは、たとえば骨への転移が一ないし二箇所程度にとどまる場合です。その場合には、最初から放射線照射を試みるほうがよく、痛みが取れて鎮痛剤が不要になることがほとんどです。このようにして現在では、ほとんどの痛みをなくし、あるいは軽減させることができます。現在もし痛みで苦しんでいる人がいたとしたら、それは対処法が適当でない可能性が高いといえます。

●近藤誠（慶応義塾大学医学部講師）「がん患者に『安楽死』などいらない『諸君！』1996年8月号、p. 61

このように、痛みの対処法が確立しつつある今日では、痛みに関しては安楽死を論じる必要性が消失しつつある、とすることができます。また仮に痛みが取れずに患者が苦しむ状況があったとしても、それは意識があるがゆえに苦しいのですから(強い痛みでも意識が薄れるわけではありません)、患者本人に思考能力や意思決定能力があるわけです。その場合、いくら現場で末期医療に対する考え方が混乱しているとしても、患者本人の意識がはっきりしている状況下で、医師や家族が本人に無断で生命を短縮する行為に出ること

はありえないと思われます。したがって、仮に積極的安楽死が行われる場合には、必ず本人の意思が反映しているはずで、前期四条件は必ず充されることになり、その是非を論じる必要もないわけです。反対に、原因が何にしる意識が消失している場合には、既述のように本人は苦しみを感じなくなっているのですから、やはり積極的安楽死を論じる必要はありません。

●清水昭美（しみずてるみ、著述業・看護教育者）「第三章 『安楽死』『尊厳死』に隠されたもの『操られる生と死 — 生命の誕生から終焉まで —』(小学館、1998年)、p. 85

苦しい時に発する「死なせてほしい」とか「殺してくれ」という表現は、「死」を求める言葉ではなく、苦痛の最大級の表現なのである。それをはき違えて死の希求と受け取り実行してはならない。

●高橋祥友（たかはしよしとも、精神医学者）「安楽死は何故問題なのか」『imago(イマーゴ)』1994年9月号、p. 85

癌患者で自殺を望んだ者の大多数がうつ病の診断基準に当てはまったとの報告もあるように、背景に同時に存在する精神障害を治療することによって、本来の死を全うできる場合も多い。多くの場合背景にある精神障害の結果として、患者は死を望んでおり、当然それは治療の対象となる。身体的・精神的・社会的苦痛に対して、患者が他の適切な解決手段を知らされていないために安楽死を望むことさえある。

●高橋祥友（たかはしよしとも、精神医学者）「安楽死は何故問題なのか」『imago(イマーゴ)』1994年9月号、p. 84

死に対する患者の「意志」も問題となる。もしも、ある時点で患者が死を望んだとしても、一体いつ、何回、患者の死の願望を確認すれば、十分なのだろうか。患者の自由意志で希望した場合に

のみ安楽死が実施されるというが、精神科医である筆者の経験からは、「死にたい」と口にする患者でも死に対して両価的であることのほうがむしろ一般的であるのだ。死の願望は一過性のことも多く、死を望む一方で、痛みを止め生を望んでいることも忘れてはならない。どの時点で、そしてどの程度の期間、安楽死を望むという患者の希望が持続した場合に、これを自由意志によるものと判断するかは、実質的に非常に困難な問題である。むしろ、「死にたい」という言葉の背後にある患者の「救いを求める叫び」に耳を傾ける必要があるのだ。

肯定側証拠資料

●星野一正、(京都女子大学教授)「患者の尊厳を守るための人生最後の選択肢として自発的安楽死を認めよ」『日本の論点 '97』(文藝春秋社、1996年) pp. 444-445

不治の病に冒されて、食事、立ち居振る舞いから、入浴、大小便の世話まですべて人の手を借りなければ生きてさえいけず、死ぬ日を待っているような致命的疾患患者の場合に、そのような自分が惨めで、自分の人格の尊厳が侵され自尊心を保てなくなっていくのを死ぬほど辛く思い始める。

●星野一正(京都大学名誉教授・日本生命倫理学会会長)「わが国での安楽死の法制化は時期尚早」『時の法令』1996年1月号、p. 59

先天異常者や身体障害者あるいは精神病患者を虐殺した昔のナチスの場合を思い起こして、現在の段階で、自発的安楽死が社会的・法的に容認された場合には、先天異常者や身体障害者あるいは精神病患者のような患者が安楽死の対象となったり、周りの圧力で安楽死に追い込まれるに違いないと懸念するとしたら、それは誤解であり、思い過ぎしなのである。現在法制化の対象となりうるのは自発的安楽死に限られており、もし法制化さ

れたにしても、医師ですら患者に安楽死することを勧めることはできないのであり、ましてや家族や第三者が無理にさせるように患者を追い込むことはとてもできない。もし、無理やりにさせれば、家族であろうと医師であろうと、殺人をしたことになり、させるように強いれば、殺人未遂になるので、患者本人は、法律によって守られているのである。

●グレゴリー・E・ペンス(アラバマ大学医学部・哲学部教授)『医療倫理1』(みすず書房、2000年)、pp. 162-163

さらに、アメリカでは七〇年代に、ダウン症の赤ん坊や二分脊椎の赤ん坊が何人か死ぬがままにされるという事件が起こった(これについては、第八章で詳しく述べる)が、そこから滑りやすい坂は始まりはしなかった。その反対に、「障害を持つアメリカ人法」が制定され、今日ではそのような赤ん坊を合法的に死なせるといのはほとんど不可能となった。少なくともオランダや北アメリカでは、安楽死に関して予測された滑りやすい坂は、過去二五年間発生しなかった。

●土本武司(帝京大学教授)「オランダにおける安楽死立法の新動向」『判例時報』1999年11月21日号、p. 16

医療実務のうえでも、実施された安楽死が合法か違法かは、訴追、一審、控訴審を経て、最高裁の判断が下されて初めて確定するので、医師としては、将来、被告人とされ、犯罪者の烙印を押されることを覚悟のうえで安楽死を実施せざるを得なくなるが、医師にそのようなリスクを負わせつつ、運用の妙を期待することは無理がある。したがって、安楽死を、法律上、違法であるが合法という曖昧な状態に置くのではなく、刑法上の違法性阻却事由として明確な位置づけをすべきである。