

## 安楽死についての予備的考察

平 等 文 博

20世紀半ばから今日にいたるまで、生命を支配・管理しようとする人間の欲求とそれを可能にする科学技術は、かつて想像もできなかったような速度で発達を続けている。近い将来において人間は、生と死を自在に操作できるようになり、「生老病死」という超えることのできないと古来考えられてきた人間存在の枠組みさえも突破する日がやって来るかのような予想さえ、まことしやかに語られ始めている<sup>1)</sup>。

しかし、人の不死の可能性が語られはじめた状況のなかで、生活の場では、かつては口にすることさえ忌避された死にかかわる話題が関心を集め、一昔前ならそれだけで絶対に売れないと言われた死を表題に掲げた書籍が90年代に入って以降多数出版され、市民講座などでも死をテーマとするものが関心を集めている<sup>2)</sup>。そこには、死を身近な問題として考える高齢者人口が増加する一方で、これまで人の死を受けとめてきた家族などの共同体的絆の解体・弱体化、死の問題に一定の「解答」を与えてきた宗教イデオロギーの影響力減退、伝統的な葬送儀礼の形式化といった諸事情があるだろう。多くの人々が今日、確かな死生観や自分らしい死に方とは何かを模索している。それはまた、はじめに述べた生命操作技術の発達にも通底する医の論理と技術によって日常生活から隔離された施設のなかで現代人の死が管理され<sup>3)</sup>、個性や人間としての尊厳を喪失したものになっているという怖れを、少なからぬ人が抱えていることにもよる。さらによりマクロに見れば、人と人との関係のあり方そのものが今や大きな再編過程に入っており、過渡的な無規範状態のなかに投げ出された諸個人が、自分の

---

1) 全体状況については、拙稿「生命操作と批判の視点」(『季報・唯物論研究』第70号所収、1999)を参照されたい。

2) 「死を取り戻す時代」(週刊『アエラ』1998.8.31号)など参照。

3) 厚生労働省の『人口動態統計』によれば、1970年にまだ6割近くを占めていた在宅死が77年には半数を切り、2000年には逆に8割が病院死になった。

死という個的存在の固有性が最も鮮明に浮かび上がらざるをえない出来事において、確かな自己確認を求めようとしているのだとも言えよう。

本稿では、死をめぐる諸問題のうち安楽死について、オランダでの事例を中心に、またホスピス運動にも言及しながら予備的に考察する。なぜなら自由意思にもとづく安楽死には、死の決定権を当事者の手に取り戻すことによって「自分らしく尊厳ある死」を迎え、「自分が自分である」ことの自由を貫こうとする人間的欲求が表現されているのであるが、同時に「個の自立」という近代イデオロギーがはらむ問題もまたそこに明確に現われており、死の問題を考える上での導入口になるだろうからである。

## 1 安楽死の概念と見取り図

安楽死という概念をどのように理解し、またその言葉をいかなる意味で用いるかは、論者により国によりさまざまである。日本では尊厳死という言葉も独自の意味合いで一般に使われており、これらの言葉が無規定に使うと混乱することになりかねない。そこでまず、安楽死という概念について整理しておく。

安楽死 (euthanasia) とは、ギリシャ語の eu+thanatos の字義どおりに言えば、「苦しみのない安らかなで幸福な死」を意味する。「安らか」「幸福」をどのように考えるかは、それはそれとして大きな問題なのであるが、この意味で安楽死を解する限り、そこには俗に大往生と言われるような苦痛を伴わない老衰死など安らかな自然死も含まれることになる。とすれば、すべての人の死は安楽死であることが望ましく、この望ましい死の抽象的規定としての安楽死に対してそれを拒む人はおそらくいないであろう。本稿では、このような「人間として望ましい幸福な死」という理念的・全体的な概念を表す言葉として安楽死 (広義の安楽死) もしくは「尊厳ある死」を用いることにする<sup>4)</sup>。

広義の安楽死の具体的形態としては、上記のような安らかな自然死も含まれようが、「安楽死する」という能動的形態でいえば、人間としての尊厳を実現もしくは保持することを目的とした自殺<sup>5)</sup>もそこに含まれよう。当然、鬱状態などの精神的病因によ

---

4) このテーマに詳しい哲学者の清水哲郎氏は、「実現されるべき理念」を示す語として「尊厳死」を、そのための「手段を問題にする際の用語」として「安楽死」を用いている。(「死を看取る医療」, 坂井昭宏編著『安楽死か尊厳死か』所収, 北海道大学図書刊行会, 1996, pp.65-66)

るものや衝動的なもの、いじめや生活苦などによって追い詰められたものは、「尊厳ある死」としての自殺とは考えられない。ここで想定されるのは、あくまでも自発的かつ十分に熟慮された自殺である。

今日、安楽死の形態については主として、苦痛の激しい不治の病や意識活動の不可逆的喪失といった困難な状況のなかで、当事者が苦痛から解放され「尊厳ある死」を迎えられるよう、善意の他者が直接的あるいは間接的に死につながる可能性が高い何ごとかを為し、あるいは為すのを控えることが想定され、その倫理的是非をめぐって議論がなされている。その作為もしくは不作為は、大きく次のように分類することができよう。

まず、当事者の明確な自発的意思にもとづく要請により、致死薬の投与など他者の直接的行為により死にいたることは、「積極的安楽死 (active euthanasia)」と呼ばれる<sup>6)</sup>。行為者の行為の形式から見た場合にそれは、刑法でいうところの嘱託殺人と同じである。もしその致死行為が、当事者の自発的意思によることなく、行為者の側の真摯な共感的善意のみにもとづいてなされた場合は、それは「慈悲殺 (mercy killing)」と呼ばれる。慈悲殺と犯罪としての殺人とが区別されるのは、状況判断を含めて当事者ではなく行為者の善意のみ<sup>7)</sup>であり、これを無条件に安楽死の形態とするには大きな困難を覚える。しかし、たとえばオランダにおいても現実には当事者の直前の意思確認が不可能な状況で慈悲殺が行なわれていることは確かであり<sup>8)</sup>、また代行判断による安楽死の場合も限りなく慈悲殺に近いものとなる。ここには積極的安楽死の難しさと同時に、それがはらむ紙一重の危うさが表れている。

---

5) 「殺す」という行為を、「当事者の意思に依らずもしくはそれに反して、その生命を不正に奪うこと」と解すれば、「自殺」より「自死」という言葉が適切だと思われるが、本稿では一般に使われている「自殺」を用いる。

6) オランダで用いられる安楽死の概念は、この積極的安楽死のみを指す。

7) 全人的医療を前提にして、患者の明確かつゆるぎない希望と医師の隣人愛、公開性を原則に積極的安楽死を実施しているドイツのユーリウス・ハッケタール医師は、隣人愛にもとづく善行を表すには安楽死より慈悲殺という言葉の方がふさわしいと医師の主體的観点から主張している。(Julius Hackethal, *Humanes Leben bis zuletzt*, 1995. 関田・柳沢・岩切訳『最後まで人間らしく——患者の自己決定権について』未来社, 1996)

8) 1995年の調査によれば、「患者の明確な意思なしに死亡させたケース」が950人（総死亡数の0.7%）存在する。(『朝日新聞』2000.5.30)

次に、当事者が自発的意思にもとづいて自ら死のうとする時に、他者に致死薬の提供などで手助けをしてもらう場合、それを「介助を伴う自殺 (assisted suicide)」と呼ぶ。法律でいうところの自殺幫助である。アメリカ合州国オレゴン州の「尊厳死法 (the Oregon Death with Dignity Act)」で言われる尊厳死とは、この「介助を伴う自殺」(具体的には医師による致死薬の処方)を指している。

いま一つ、人工呼吸器の使用など救命あるいは延命のための医療措置が、副次的効果として当事者の人間としての尊厳を著しく損なうことになる(なっている)場合、原則として当事者の自発的意思による要請にもとづきその救命・延命措置を行なわなかったり、すでに行なっている措置を停止した結果として、当事者の死期が早まったりあるいは死にいたる場合がある。日本で一般に用いられている「尊厳死」という言葉は、もっぱらこの種の不作為もしくは作為を意味している<sup>9)</sup>。

このような事案が世界的に注目を集めたのは、1975年にアメリカ合州国ニュージャージー州で起ったカレン・アン・クインラン事件である。昏睡状態からの回復可能性は絶無と診断されたカレンの身体的生命のみを人工呼吸器という「異常な手段」によって維持することは人道に反するとして、両親が人工呼吸器の取り外し許可を裁判所に求めたのである<sup>10)</sup>。この時点ではリビング・ウィルはまだ制度として存在しておらず、したがって当事者意思の推測による代行判断という難しい問題もからんできたのであるが、身体的生命の維持よりも人間としての尊厳の確保を優先させるために医療措置をあえて拒否・停止するという行為が、ほかならぬ救命・延命技術向上の結果、安楽死のテーマに浮上してきたのである。

1976年3月31日に州最高裁判所が人工呼吸器の取り外しを認める画期的な判決を下したことで、カレン事件そのものはひとまず決着したが<sup>11)</sup>、この事件の波紋は、カリフォルニア州をはじめ全米各州でリビング・ウィルにもとづく延命治療拒否を個人の

---

9) 正常な判断能力がある間に、かかる事態を想定して予め自分の意思を明示しておく文書が「リビング・ウィル (living will)」であり、日本尊厳死協会もこの作成と登録を活動の柱にしている。(日本尊厳死協会編『尊厳死——充実した生を生きるために』講談社、1990)

10) カレン事件についてはフィリス・バツェル『カレン・アンの永い眠り——世界が見つめた安楽死』常磐新平訳、講談社、1979、ほかを参照。

11) 人工呼吸器を外されたカレンは、予想に反して自発呼吸を始め、昏睡から覚めないいわゆる植物状態のまま、さらに9年間生き続けることになる。

法的権利として認める動きとして広がることになる。この法において、延命治療拒否・停止による安楽死は「自然死 (natural death)」と呼ばれているが、「自然」という概念はきわめて曖昧かつ多義的であるので、「尊厳ある死」を予想あるいは予期しつつも薬物投与などの積極的致死行為はとらないという意味で、「消極的安楽死 (passive euthanasia)」と呼ぶのがより適切であろう。オランダでは延命治療の事前断念あるいは停止は、医師による治療義務の限界として通常の医療行為の範疇で考えられている。しかし延命措置をおこなわずもしくは停止することが、たとえ消極的ではあっても死の動因となりうることから、まずは安楽死の一形態として考えておくのが当事者の意思の尊重を担保するためにも妥当ではないだろうか<sup>12)</sup>。

さらに、死を直接意図したものではないが、モルヒネの大量投与など苦痛を緩和するための行為が、その副次的効果によって死期を早めてしまうことがある。いわゆる「二重効果 (double effect)」による死である。これについては「間接安楽死」「結果安楽死」と呼ぶ論者もあるが<sup>13)</sup>、副次的効果として死期が早まることを予想するにしても、本質論的には死はあくまでも疼痛緩和治療の偶然的結果である以上、果たして安楽死の一樣態とすべきかどうか議論の余地がある。オランダではこれも通常の医療行為の範疇に含まれ、死は医療行為に伴うリスクと考えられる。ただ、死を直接意図したか否か、死にいたる可能性をどれほど意識したかは行為者の主観にかかわる事柄でもあり、現実の事例においては死を意図する「積極的安楽死」と明確に区別したい場合も少なくない。この境界的性格を考慮して「疼痛緩和等に伴う死」と呼ぶのが妥当ではないか。

以上を整理すると、安楽死の見取り図としては次のようになるだろう。

安楽死 [広義の安楽死, 尊厳ある死]

- 1) 安らかな自然死……………人為の主導的関わりがない安楽死
- 2) 熟慮の上の自殺……………当事者の自覚的行為による安楽死
- 3) 安楽死 [狭義の安楽死] ……当事者の意思を前提に、他者の行為が関わる安

12) 日本の医療現場で安楽死が問題になる場合、もっとも多いケースがこの消極的安楽死であろう。現実には、当事者の自発的意思を前提とする安楽死以前の形態で、医師と家族だけの「あ・うん」の呼吸で事が運ばれることが多いと思われるが、実態は明らかでない。

13) たとえば宮川俊行『安楽死の論理と倫理』東京大学出版会、1979、p.18。

## 楽死

- a. 積極的安楽死……………他者の積極的行為による安楽死  
     (慈悲殺)……………他者の善意と共同苦悩にもとづく致死
- b. 介助を伴う自殺……………他者の介助で当事者が行なう安楽死
- c. 消極的安楽死……………他者の消極的行為の結果である安楽死  
     (疼痛緩和等に伴う死)……………医療行為の副次的結果としての死

## 2 安楽死の歴史的流れと現代

「死ぬ」とは、「寝る」や「歩く」といった意思的に為す行為とは異なり、通常は思いがけずあるいは己の意思に反して自分の身に生じる出来事である。しかし、「尊厳ある死」について論じる場合には、自らの意思により為す安楽死（安楽死する）、つまり当事者の主体的意思や行為が能動的に関与する死の場面が想定されなければならない。もし死が、神であれ自然であれ他の人間であれ、他者の手中にあって当事者の関与しえぬものである限り、そのような死のよりよいあり方について論じることは、意味をなさないだろうからである<sup>14)</sup>。したがって、人間にとっての「尊厳ある死」が、没主体的に与えられる死に先だって自ら為す死、つまり自殺という形態においてまず考えられるのは当然である。

歴史においてそれを代表するのはストア主義である。セネカは「生きることは生涯をかけて学ぶべきことである。そして、おそらくそれ以上に不思議に思われるであろうが、生涯をかけて学ぶべきは死ぬことである」<sup>15)</sup>と述べ、己の生がもはや生きるに値しないと見極めた時には、自殺によって無意味な生に終止符を打つことこそが人間の尊厳にふさわしい賢明な行為であると考えた。ここで考えられている尊厳ある死とは、死にゆく過程に身体的な苦痛がないことではなく、生きるに値するだけの意味がすでに失われた苦痛な生（尊厳なき生）から自己を解放する行為としての死である。したがってそれは、「尊厳ある死」の問題であると同時に、人間が自らの意味ある生をどう最後まで貫くかという「尊厳ある生」の問題である。

しかし5世紀のアウグスティヌス以来、すべての生命の主である神に対する罪とし

14) したがって先の見取り図であげた「安らかな自然死」は、ここでの議論の対象とならない。

15) セネカ『人生の短さについて』茂手木元蔵訳、岩波文庫、p.22



て自殺が厳しく禁じられたキリスト教世界、特にローマン・カトリックの世界では、自殺という形態において「尊厳ある死」を考え実行することは赦されなくなった<sup>16)</sup>。しかし16世紀になってトマス・モアは、「どこにもない (ユートピア)」世界の出来事という形をとって、安楽死のテーマをあらためて取り上げている。

「不治の病に悩んでいる者があれば、その人の枕許に坐っていろいろな話をしてやるなど、あらゆる親切を尽くしてその心を慰めてやる。しかしもしその病気が永久に不治であるばかりでなく、絶えまない猛烈な苦しみを伴うものであれば、司祭と役人とは相談の上、この病人に向かって、これ以上生きていても人間としての義務が果たせるわけではないし、いたずらに生き恥をさらすことは、他人に対して大きな負担をかけるばかりでなく、自分自身にとっても苦痛に違いない、だからいっそのこと思い切ってこの苦しい病気と縁を切ったらどうかとすすめる。また、今は生きているということ自体が一つの拷問ではないのか、もしそうなら死ぬということに対して臆することなく、いや、むしろ前途に明るい希望をもって、この牢獄とも拷問ともいえる業苦の人生を、一思いに自らの命を断って脱するか、それとも他人にその労をとって貰って脱してゆくか、そのどっちかにしたらどうか、とすすめるのである。そしてなおその上、死ぬことによって人生の楽しみが少しでも失われるものではなく、むしろただ苦痛を癒されるにすぎないのであるから、死ぬことがどんなに賢いことであるかを説明してやる。……こうやって充分納得した病人は、自らすすんで絶食して死んでゆくか、死の苦しみを味わうことなく眠っている間に死んでゆく。勿論死ぬのを嫌がるのを無理に死なせることはないし、またそういう人をおろそかに取り扱うこともない。かようにすすめられて死ぬことは名誉ある死と信じられているからである。これに反して司祭や市会が死の当然の理由を承認しない前に、自分の生命を断った者は、土と火をもって葬るのに相応しくないものとされ、その死骸は悪臭ただならぬ泥沼の中に捨てられることになっている。」<sup>17)</sup>

モアは、不治の病者に対するコミュニケーション的ケアの重要性や、単なる身体的苦痛に還元しえない人間の苦の諸相など、今日でも重要な論点となっている事柄を先

16) イギリスでも、1961年にいたるまで自殺は違法とされていた。

17) トマス・モア『ユートピア』平井正穂訳、岩波文庫、pp.131-132

駆的に取り上げており、注目される。しかしここで問題としたいことは、モアの描く「死」が、ストア的賢者のような尊厳ある生を貫くための自己決定された死ではなく、司祭や役人といった権威ある他者の主導によって死の苦しみを回避するための死と考えられている点である。もちろんモアは、当事者の意に反して「無理に死なせることはない」と言うのであるが、「すすめられて死ぬ」という状況が主として想定されている。不治の病者の死の選択が、自発的意思というよりむしろ指導的他者のすすめによるという考えは、自殺は司祭や市会の承認があってこそ「名誉ある死」と認められるのであって、それ以外は犯罪として厳しく処罰するとされるところにも示されている。したがって死の動因についても、「自らすすんで死ぬ」ことと「他人にその労をとって貰って」死ぬこととが特に議論もなく並列にあげられている。

このように、賢明なる他者の判断に従いまた他者の手に依りながら、「死の苦しみを味わうことなく」死を遂げるという功利的かつパターンリスティックな望ましい死のイメージは、近代医学の発達によって死の医学的管理が進むとともに、いっそう強いものとなる。その場合に、死の判断を下しさらに手段を提供する指導的他者の役割はもはや「司祭や役人」ではなく、科学的な知識と技術を身にまとい、それらによって権威づけられた医師たちが果たすことになる。「euthanasia」を造語したフランシス・ベーコンは、安楽死をはっきり医師の職務として語っている。

こうして近代の安楽死は、専門技術者としての医師が、耐え難い死の苦痛から回復不能な傷病者を解放するための最後の手段として安らかな死へと導くこと、言い換えれば医師の主導と責任において行なわれる慈悲の職務行為として考えられるようになる。だがもちろん、傷病者の救命・延命が医師の至上の使命である以上、患者を死なせる安楽死は、医療の限界点において救い得ぬ傷病者の苦悶を前にした医師による密かな恩情的行為としてなされたであろう。人の生命は神聖なものであり終末期の苦痛は神から与えられた耐えるべき試練であるとするキリスト教イデオロギー<sup>18)</sup>からしても、人為の関与する安楽死は容認しえないことであった。

---

18) 1980年に出されたローマ教皇庁教理聖省の「安楽死に関する声明書」には、「キリスト教の教えによれば、苦痛とりわけ生命の最後の瞬間の苦痛は神の救済の計画において特別の位置を占めている。事実それはキリスト受難をわかちあうことであり、天なる神の意志に従ってキリストがささげた贖罪の犠牲的行為に結びつく」と述べられている。



安楽死問題が現代においてあらためて関心を集めるようになったのは、近代医学や医療システムの発達によって人間の生と死が当事者や近親者のもとを離れ、医師をはじめとする医療関係者の技術的コントロールのもとに置かれるようになったという事情がある。もちろんそのおかげで、人間が長年に渡って苦しんできたペストやコレラなどの感染症との闘いにおいてほぼ完全に勝利をおさめるまでになったと最近まで考えられてきた<sup>19)</sup>、その他の傷病においても治癒率、救命率は飛躍的に高まった。また衛生状態の改善や食生活の向上も寄与して平均寿命は大幅に伸長し、いわゆる「先進諸国」においては社会の高齢化が急速に進んでいる<sup>20)</sup>。

しかしその影の部分において、急性の感染症による急激な死に代わり、癌や慢性の生活習慣病による苦しくまた緩慢な死が主流になることによって、引き延ばされた寿命を長期に渡る闘病のうちに送らなければならないケースが増えてきた。また、1960—70年代以降に次々と開発・導入された人工呼吸器（respirator）や中心静脈栄養法（I V H）などの生命維持技術や蘇生術の発達によって、たとえ治癒不能で深い不可逆的昏睡状態が続いても相当長期間に渡って延命させることが可能になり、さまざまな機器にチューブや線で結ばれた俗に「スパゲッティ・シンドローム」と呼ばれる状態の患者たちが多数出現するようになった。死因の第一位となった癌においても、原発部位や発見時期によっては治癒率が飛躍的に向上している一方で、手術や放射線治療、化学療法などの副作用に苦しみ、ほとんど望みのないまま苦痛に満ちた悲惨な闘病の日々を死にいたるまで送る患者も少なくない<sup>21)</sup>。このような、生物学や生理学の科学的知見にもとづいて人間の生と死を極限まで技術的にコントロールしようとする近代医学に寄せる人々の過剰な期待と、1分1秒でも患者を延命させることでその期待に応えようとする過剰な医療とが、逆に、他に代えがたい個々人のたった一度の生の終末期を非人間的で悲劇的なものにしていないかという疑問や批判が起ってきたのである。

---

19) 今日、H I Vなど免疫システムを破壊するウイルスによる感染症や抗生物質の過剰使用による耐性菌の出現など、新たな感染症の問題が生じている。

20) 一方、国や地域によっては飢餓や疾病、戦乱などにより平均寿命が顕著に低下しており、この面においても世界における格差が拡大している。

21) こうしたことから、西洋医学による治療を拒否あるいは制限して、東洋医学や代替医療に依りつつ癌の治療に患者主体で取り組もうとする人が増えている。たとえば山口勇氏のホームページ（<http://member.nifty.ne.jp/jsts/iy.html>）を参照されたい。

その背景には、1960年代から70年代にかけて欧米諸国を中心にさまざまな市民運動が起こるなかで個人の権利意識が高まり、当事者による自己決定（self-determination）が重視されるようになったことがあげられる。医療の世界においても、旧来からのパターンリズムにもとづく医師の治療主導権に代わって患者の治療主導権が主張されるようになり、医師からの十分な情報提供と説明にもとづき患者との間で治療方針等について合意するという「インフォームド・コンセント（informed consent）」の概念が生まれた。アメリカ病院協会が「患者の権利章典」を定めたのは1973年のことである。

こうした流れのなかで先にあげたカレン事件が起こったのであるが、カレンに装着された人工呼吸器の取り外しを認めたニュージャージー州最高裁判所がその法的根拠としてあげたものはプライバシー権であった。つまり、予後が極めて不良である場合の生命維持装置の使用の是非は、ほかならぬ当事者に決定権の存するプライベートな事柄であるとされたのである。

現代の自発的安楽死の背景には初めに触れたように、医師のパターンリズムにもとづく近代医学の技術主義的管理のもとに過剰に取り込まれていた人間の死を、当事者の自己管理のもとに取り戻したいという願いがある。つまり、単に病からくる耐えがたい身体的苦痛から逃れたいというネガティブな欲求だけではなく、そうした場合においてさえも自分らしく死を迎えたいというポジティブな思いがそこにあるのである。そしてそれを支える原理と考えられたのが、死は当事者の私的な事柄であるという私的な個人主義の思想<sup>22)</sup>であり、その法的表現としてのプライバシー権である。

ここにおいて、生きるに値しないと自ら判断した場合には自殺によって生を終結させるという考え方が再生することになる。その典型的な事例が、1990年に、アルツハイマー症と診断された女性ジャネット・アドキンスが、まだ発症の初期段階にすぎないにもかかわらず、むしろこの段階にあるからこそその間に「尊厳ある死」を遂げたいと、ジャック・キヴォーキアン医師が製作・提供したマーシトロンと名づけられた装置によって自殺した事件である<sup>23)</sup>。事件が起こったミシガン州では当時自殺幫助罪

---

22) そのベースには、私の身体（生命）は私の私有物であり、所有者である私にはその自由な処分権があるという考え方があるが、人間から「われわれ」性を捨象して「われ」性のみを抽象するこの考え方は、「われわれ」に名を借りた他者の不当な干渉から「われ」の自立存在を防衛するイデオロギーとして一定有効であっても、逆にその一面性から人間をバラバラな孤立存在に解体してしまう。

が存在しなかったために、検事はキヴォーキアン医師を殺人罪で告発したが予審法廷はそれを却下した。94年に公表された州住民の世論調査では、65%近くがキヴォーキアン医師を支持し、反対は30%にすぎなかった<sup>24)</sup>。

「医師の手を借りた安楽死 (physician-assisted dying)」を合法化し、人生の終わりの選択肢として安楽死を認めるよう主張するエール大学医学部教授チャールズ・F・マッカーンは、「人生の終わりに大切なのが尊厳とQOLなら、自主性はそれらを守るのに必要な手段である。人間の自主性とは、外部からの圧力や制約に影響されることなく自分のことを自分で決める自由、そして、その決断に従って行動する能力のことである。……究極の自主性とは、死ぬ時期・場所・環境を自分で決めることである」<sup>25)</sup>と述べ、医師の介助による「理性的な自殺 (rational suicide)」を提起している。

また、悪化した癌の痛みに耐えられず死を求める妻ジーンのために致死薬を手に入れ自殺を介助した経験から、1980年に「ヘムロック協会 (the Hemlock Society)」という北米で初の安楽死合法化を求めるNPOを設立した元ジャーナリストのデレク・ハンフリーは、医師の介助によるものを含む自殺による安楽死を「自己救出 (self-deliverance)」として合法化するよう主張している。「私は、高齢者や深刻な退行性疾患にかかった患者は自殺すべきだなどと主張しているのではない。それは良心と生命の質 (QOL) とにもとづいて、彼らが自分自身で決めることである。それはすぐれて個人的な決断である。ただ私は、熟慮の上で〈最後の出口〉を出る人々への寛容と共感と理解を、声を大にして訴えているのである。私たちの市民的自由のなかで最も重要なものは、私たちの生を、私たちの身体に起ることを、統治 (govern) する権利なのであり、そこには死を選ぶ権利が含まれているのである。」<sup>26)</sup>

---

23) キヴォーキアン自身による事件の詳細は、Jack Kevorkian, *Prescription Medicide: The Goodness of Planned Death*, Prometheus Books, 1991. (松田和也訳『死を処方する』青土社, 1999)

24) 星野一正『わたしの生命はだれのもの——尊厳死と安楽死と慈悲殺と』大蔵省印刷局, 1996, p.242

25) Charles F. McKhann, *A Time to Die: The Place for Physician Assistance*, Yale University, 1999. (杉谷浩子訳『医師はなぜ安楽死に手を貸すのか』中央書院, 2000, p.58)

26) Derek Humphry, *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, 2<sup>nd</sup> Edi., Dell Publishing, 1996, p.106. (田口俊樹訳『安楽死の方法』(初版訳) 徳間書店, 1992)

しかし、彼らの運動にもかかわらず、現在アメリカ合州国において医師の介助を伴う自殺による安楽死を合法化しているのはオレゴン州のみである。いくつかの州で住民投票による合法化の動きがこれまでもあり、最近では2000年12月にメイン州で投票がおこなわれたが、ここでも51%対49%という僅差ながら反対派が合法化を阻止している<sup>27)</sup>。反対運動のなかでは、カトリック教会を中心としたキリスト教勢力が大きな役割を果たしているが、それだけではなく、安楽死の合法化がやがては高齢者や障害者や貧困者といったいわゆる社会的弱者の排除・抹殺につながるのではないかと、自ら死を選ぶ権利は事実上の死の強制、死なせる権利や死ぬ義務になるのではないかという懸念も大きい<sup>28)</sup>。確かにアメリカ社会の原理となっている熾烈な競争主義や業績主義、その結果としての貧富の極端な格差や社会保険制度の不備など、個人の自由意思による自己決定が不公正な現実を隠蔽する単なる手段になってしまいかねない社会的諸条件を考えると、その懸念には十分な理由があると言わざるをえない。

それでは、本年4月から安楽死を名実共に合法化したオランダでは、なぜそのような国民的合意が可能となったのだろうか。

### 3 オランダの安楽死への道

2002年4月、オランダでは「要請による生命の終結および介助を伴う自殺（審査手続）法」が発効した。

「安楽死を完全に合法とする法案」としてわが国のマスメディアも大きく取り上げたこの法律は、一定の条件を満たした場合に「安楽死」をおこなった医師の刑事責任が免除されることを刑法改正によって明文化するとともに、審査の仕組みや手続きの仕方を含むその免責条件を示したものである。

同法第2節によれば、「安楽死」をおこなおうとする医師は、患者に対して次のような「しかるべきケアの基準」を満たすことが必要とされる<sup>29)</sup>。

---

27) 『朝日新聞』2000.12.24

28) この観点からの合州国における「死の自己決定論」に対する批判は、篠原睦治『脳死・臓器移植、何が問題か——「死ぬ権利と生命の価値」論を軸に』現代書館、2001、に詳しく展開されている。

29) 同法の内容は、[http://www.minbuza.nl/OriginalDocuments/c\\_54632.pdf](http://www.minbuza.nl/OriginalDocuments/c_54632.pdf) に掲載の英語版による。なお、駐日オランダ大使館のホームページにも同法の解説（日本語訳）が掲載されている。

- a. 患者が自発的かつ慎重に熟慮された要請をなしていると確信する
- b. 患者の苦痛が耐え難く、それを改善するいかなる見通しもないと確信する
- c. 患者に自らの状態と見通しについての情報を提供した
- d. 患者の状態に照らして、他にいかなる合理的選択肢もないという結論に、患者とともに達した
- e. 少なくとも他に1名の独立した医師に相談し、その医師が患者に会って上記aからdに言及されたしかるべきケアの基準を満たしている旨、文書により意見提出した
- f. しかるべき医学的ケアと注意とをもって、患者の生命を終結し、もしくは自殺の介助を提供した

そして、「本人の明白かつ真摯な要請によって他者の生命を終結させる」こと（囑託殺人）を禁じた刑法第293条に次のような第2項が加えられた。

「第1項で言及された行為は、もしそれが<要請による生命の終結および介助を伴う自殺（審査手続）法>の第2節に述べられたしかるべきケアの基準を満たす医師によってなされ、またもしその医師が<埋葬・火葬法>第7節2の条項にしたがってその行為を管轄区の病理学専門家に届け出るならば、犯罪とはならない」。また、「他人の自殺を故意に助け、もしくは自殺の手段を提供する」ことを禁じた刑法第294条第2項にも、「第293条第2項が準用される」と明記された。

このように厳しい条件つきながら、医師が患者に直接的に致死薬（一般的には、まず睡眠薬によって昏睡状態に導き、その後に筋弛緩剤を注射して心停止させる）を投与して死なせたり（積極的安楽死）、致死薬やその投与装置を患者に提供する（自殺幫助）という行為が、一国規模でこれほど明確に合法化されたのは初めてのことである。

ただ、ここにいたるまでにオランダでは、30年にも渡って医療や司法の世界だけではなく、広く市民のレベルで安楽死をめぐる公然とした議論と試行が積み重ねられてきたことを忘れてはならない<sup>30)</sup>。

オランダで積極的安楽死の行為が初めて司法の場で裁かれたのは、1971年にトルー

---

30) オランダにおける安楽死の歴史と現状については、ジャネット・あかね・シャボット『自ら死を選ぶ権利——オランダ安楽死のすべて』徳間書店、1995、宮野彬『オランダの安楽死政策——カナダとの比較』成文堂、1997、などを参照。



ス・ポストマ医師が、半身不随など脳溢血の後遺症に苦しみ自殺未遂を繰り返して死を要請する実母に致死量のモルヒネを注射して死亡させた、いわゆる「ポストマ事件」においてである。1973年にレーウワーデン地方裁判所は刑法第293条によりポストマ医師に有罪判決をくださったが、宣告された罰則は執行猶予1年を付けた懲役1週間という名目的なものであった。この裁判では安楽死が容認されるための要件として、①不治の病、②耐え難い苦痛、③本人による生命の終結要請、④担当医またはその医師と相談した他の医師による実施、が示された。

この裁判の過程でポストマ医師を支持し連帯する市民運動が起こり、それをもとに「オランダ自発的安楽死協会」が設立された。またそれとは別に、法律家や倫理学者など知識人を中心にしたシンクタンク「自発的安楽死財団」がつくられた。同財団は、基金をもとに国民的議論を喚起するための多くの出版物を刊行し、また安楽死を望む人への援助とともに、それを望まない人たちにとって脅威とならない安楽死のあり方について研究や提言をおこなった。そうした動きのなかで、1966年にほぼ半数が安楽死に反対していたオランダの世論は、市民の権利意識の高まりもあって、1975年には85%が安楽死に賛成もしくは条件付きで容認、絶対に認めないという人はわずか9%と安楽死容認へ大きく変化した。この賛否の割合は、現在にいたるまでほぼ変わることなく続いている。

オランダの最高裁判所が一定の条件のもとで安楽死を容認する判断を下したのは、1984年のいわゆるアルクマール事件においてである。また同年には、かつては安楽死を認めないとしていた王立オランダ医師会が、「医師への安楽死ガイドライン5要件」（①自由意思による自発的要請、②熟慮された要請、③持続的な要請、④耐えられない苦痛、⑤同僚医師との相談）を公式見解として発表し、安楽死反対派の医師たちがそれに抗議して同医師会を脱会するという出来事も起こった。この5要件では、「不治の病」であることが要件から外される一方で、安楽死は本人の自由意思に基づくこと、つまり単に自発的であるというだけでなく、熟慮されまた持続的かつ執拗に表明された要請にのみ基づくというように、より厳密な配慮がなされている。

さらに、「終末期」を安楽死の要件としないことが判例となったのは、多発性硬化症の患者を安楽死させたピーター・アドミラル医師が無罪となった1985年のことであるが、この判決は同時に「耐えられない苦痛」が必ずしも身体的な苦痛に限られるものではなく、精神的な苦痛であっても要件として認められることを示したものであ



る。王立オランダ医師会5要件の「耐えられない苦痛」の項でもすでに、「その苦痛は、疼痛による苦痛か、肉体的に苦痛として感じるものか、病態にもとづく苦痛か、あるいは疼痛を伴わない肉体の崩壊によるものか、のいずれかである」と臨床的見地から「苦痛」の範囲が広く想定されていたが、それが司法の場で確認されたのである。

アドミラル医師のもとで安楽死した34歳の女性患者は、神経麻痺によってしだいに体の自由が利かなくなる多発性硬化症という難病で、7年間寝たきりの生活を送っていた。窒息する恐怖や人工呼吸器をつけられる恐怖から、彼女は1年以上も安楽死を要請し続けていたが、身体的には特にはげしい疼痛はなく、また終末期でもなかった。アドミラル医師は判決をふりかえて次のように述べている。

「無罪の判決が下った大きな理由は、患者が泣くことすらできなかったという証言でした。ある日、私が患者に、なぜあなたは一度も涙を見せないのか、と尋ねた。すると彼女は、本当は泣きたいんです。でも、もし涙を流せば、誰かが私の涙を拭くことになるでしょう。それが耐えられないから泣かないのです、と答えたのです。裁判官はその証言を聞いて、確かに、涙を他人に拭いてもらわなければならない状態は個人の尊厳が脅かされる状態だ、と認めてくれたのです。」<sup>31)</sup>

「涙を他人に拭いてもらわなければならない状態」を死に勝る苦痛だと感じ、またそれが共感をもって受けとめられるところに、オランダ社会における個の自立性への過剰とも言える価値傾斜がうかがえるのであるが、この判決によって身体的苦痛は安楽死容認の必須要件ではなく、苦痛の性質や耐えがたさの程度についても当事者の自己判断を尊重するという方向へ、大きな一歩が踏み出されたのである。

不治の病でもなく、死期も迫っておらず、さらに身体的苦痛もない人間についてさえ安楽死を認めることがオランダの最高裁によって確認されたのは、1994年のシャボット事件判決である。安楽死したのはソーシャル・ワーカーをしていた50歳の女性であった。彼女は、アルコール依存症の夫から暴力をふるわれながらも、二人の息子の幸せを生きがいに働いてきたが、まず長男が失恋問題から20歳で自殺する。さらに、夫と別れてから一緒に暮らしていた次男までもが癌のためにやはり20歳で亡くなるという度重なる悲劇に見舞われ、彼女は生きる希望も気力もすっかり失ってしまう。一度は自殺を試みるも失敗した彼女は、医師の手を借りて確実に安らかな死を遂げよう

31) NHK人体プロジェクト編著『安楽死——生と死をみつめる』日本放送出版会、1996、p.36

と何人もの医師に安楽死（介助を伴う自殺）を要請することがごとく断られた。オランダ自発的安楽死協会を頼った彼女を担当することになったのが、精神科医のパウドワイン・シャボット医師である。彼は、死を思いとどまり生きるよう繰り返し説得するが彼女の死への意思は変わらず、ついに1991年、ホームドクターや友人たちの見守るなかで彼女は、シャボット医師の手渡した薬を服用し自殺を遂げた。

1994年に最高裁判所は、身体的苦痛もなく死期も迫っていない人間への自殺介助は許されないし、彼女は鬱状態で適切な判断能力を欠いていたなどとして上告した検察の主張を認めず、彼以外の他の医師が直接彼女を診断していなかった点のみ不適切であったとして、シャボット医師に刑罰を科さない有罪判決を言い渡した。これによって、精神的苦痛も安楽死要請の理由となることが判例となったのである。

その間、王立オランダ医師会と検察庁との合意により、安楽死をおこなった医師に報告書の提出を求め、届け出られたすべての安楽死を「検察長官会議」が審査するという「安楽死の報告届け出制度」が1990年に施行された。安楽死を「闇」の行為としておこなわれるものではなく、第三者に開かれたものにするための制度である。しかし、刑法自体を改正して安楽死を合法化すべきかどうかについてはカトリック教会をはじめとする反対論や慎重論も根強く、当時の連立政権内部でも意見がまとまらなかったため、政府は安楽死の実態調査から着手した。

1990年に、検事総長で刑法学者のレメリンクを長とする「生命の終わりに関する医学的決断」諮問委員会（レメリンク委員会）が設置され、翌1991年、安楽死の実態調査結果とそれへのコメントから成るいわゆる「レメリンク報告（the R Emmelink Report）」が提出された。同時期におこなわれた他の調査や統計から見て、ほぼ正確にオランダにおける安楽死の実態を捉えていると評価されたその調査結果によって、初めて年間死亡者総数のうち、①（積極的）安楽死が1.8%、②自殺幫助が0.3%あることが明らかとなった。またそれ以外に、③明白かつ真摯な要請によらない生命の終結が0.8%、④疼痛緩和等に伴う死が3.8%、⑤延命治療の停止が8.7%あることが分かった。

レメリンク委員会はそのコメントにおいて、④と⑤ならびに生命維持の身体機能がすでに失われてしまった状態での積極的な生命の終結については「通常の医療」とすることを認め、①～③についてのみ「異常な死亡例」として報告届け出の義務があるとした。

オランダ法務省は同年、「安楽死とは患者本人の意思ならびに、本人の真摯かつ持続的な要請にもとづいて、医師がその患者の生命を故意に終結させること」という安楽死定義と、そのための5要件、①患者にとっての肉体的または精神的な耐え難い苦痛、②耐え難い苦痛は可能な限りの治療によっても回復の見込みがない、③十分な情報を得、安楽死の意味や他の選択肢について理解し、周囲の圧力もない患者の自由意思、④最低1名の他の医師との相談、⑤医師によるすべての経過の書面での記録、を公表した。

その後オランダでは、拙速な刑法改正を避けつつ、暫定的措置として1993年に「遺体埋葬法」とその施行規則を改正し、90年に施行された「安楽死の報告届け出制度」を法的に追認する慎重な段階的措置がとられた。そして届け出状況を睨みながら議論が続けられた結果、99年になって政府は刑法改正を含む安楽死合法化の法案を提出、2年間かけた審議を経てようやく「要請による生命の終結および介助を伴う自殺（審査手続）法」が上下両院で順次可決・成立したのである。

このようにオランダでの安楽死合法化の道筋は、合州国におけるような、まず法律制定をめぐる勝つか負けるかのゼロサムゲームを賛成派と反対派が争い、たとえ僅差であってもいったん法律ができると一気にそれを社会のスタンダードとするトップダウン式のいわば法原理主義<sup>32)</sup>とは対極的に、下からの議論と試行錯誤を積み重ね、法を柔軟に運用しながら、現実的效果を試金石にして合意形成をはかり、法律の制定・改正はその総決算としておこなうという、漸進的な現実主義によるものであった。

オランダは、近年改革されたその社会システムが「オランダモデル」として世界の注目を集めている<sup>33)</sup>が、その根底には上記のような漸進的な現実主義と異質な他者への寛容の精神をとまなう多元論的個人主義がある。欧米の個人主義と一口に言われるが、オランダのそれは、アメリカ合州国におけるような共同体幻想と不寛容な普遍主義を裏面にもつ個人主義とはまったく異質なものと言える。ましてや、「皆がしているように自分もする」という日本的同調主義とはおよそ対極にある。

オランダは16世紀以来、多くの宗教的・思想的な被迫害者を受け入れ相互の異質性

32) これが人工妊娠中絶の是非をめぐる対立をも妥協の余地ない激しいものにした大きな要因の一つである。(荻野美穂『中絶論争とアメリカ社会』岩波書店、2001、p.78、など参照)

33) 長坂寿久『オランダ・モデル——制度疲労なき成熟社会』日本経済新聞社、2000

を尊重しつつ共存する、ヨーロッパでもっとも思想信条の自由に寛容な国であった。デカルトの異端的な哲学的思索の多くは安全なオランダでなされたものであったし、ポルトガルでの宗教迫害を逃れた亡命ユダヤ人の子孫であるスピノザの人間の自由を追究した哲学も、オランダの文化的土壌を抜きには考えられない。現在のオランダ憲法はその第一条第一項で、自国を「国籍のいかんを問わず、あらゆる人種を平等に扱い、あらゆる差別を容認しない『寛容な国家』である」と規定している。

オランダでは、子どもが18歳になると親から自立できるように、親の収入とは無関係に支給される奨学金制度や生活者として必要な知識や情報、技能を学ぶ必修科目としての「自己管理」など、個の自立を支えるさまざまな社会的支援制度が設けられている。このようにして世代を越えて再生産される個の自立とプライバシー重視の人間観は、たとえ親子の間柄であってもそれぞれの価値観や生活には干渉しないことが当然のこととされる。そうした個の自立を物質的に支えているのが高度な社会保障制度による富の再分配で、そのためにオランダ人は50%の所得税と24%の消費税を負担している。オランダに長く暮らす倉部誠は、「老いても子供たちから経済的に助けてもらう必要の無い親は、子供や孫からも適度な距離を置き、自分たちのプライバシーを大切に暮らします。傍から想像する惨めさ、暗さ、寂しさとは全く縁の無い、自立した老後がオランダにはあります。したがって、私たちが普通に考える『老人問題』はここオランダには無いのです」と述べている<sup>34)</sup>。

またオランダでは、医師と患者とが対等な立場で長年に渡り人間的な信頼関係を築き上げていくホームドクター制度がとられており、救急の場合以外は原則的にすべての患者は病気の種類にかかわらずまず自分が登録したかかりつけのホームドクターに診てもらうことになっている<sup>35)</sup>。この制度の下で、1990年に報告のあった積極的安楽死と介助を伴う自殺の合計2700件のうち2000件、実に74%がホームドクターの手によっておこなわれている<sup>36)</sup>。したがって、安楽死の要請がすべて自動的に医師に受け入

34) 倉部誠『物語オランダ人』文春新書、2001、pp.194-195

35) ホームドクター制度に加えて、オランダにおける医師と患者との深い信頼関係の背景には、第二次大戦中のドイツ占領時代に、オランダの医師たちの多くがナチスの“安楽死”計画への協力命令を拒み、収容所に送られるおそれのある患者の氏名を明かすよりも自らが収容所に送られる方を選んだという歴史的事実がある。(Jennifer M. Scherer & Rita J. Simon, *Euthanasia and the Right to Die: A Comparative View*, Rowman & Littlefield Publishers, 1999, p.55.)

られるわけではなく、実際におこなわれるのは要請があった数の3割程度とむしろ少数であるし、安楽死という選択肢があるだけで安心して天寿を全うする人も多い。

こうしたオランダの社会的文化的条件が、たとえば合州国や日本で安楽死が問題になる時に決まって出される反対論、つまり高額な医療費や介護費が支払えなかったり、家族にさまざまな負担をかけるのを気遣って、弱い立場の人間が安楽死を「自発的に」選ばざるをえなくさせられてしまうのではないかという弱者切り捨てに対する懸念や、死を望む患者が機械的に性急な死を処置されてしまうのではないかという怖れを、基本的にはクリアーしていると言えよう<sup>37)</sup>。このように、いわば副次的な理由で安楽死を選ぶことを余儀なくされたり、安易に安楽死が実施される危険性の比較的薄いオランダにおいては、よりストレートに人間にとっての「尊厳ある死」の問題として安楽死が考えられているのではないかと思われる。

#### 4 「尊厳ある死」とは何か

「尊厳ある死」とは、「人間としての尊厳を守るための死」、あるいは「尊厳を保った状態での死」ということであろう。その前提には、このまま生きては自分が考えるような人間としての尊厳が守れない、あるいは尊厳が保てないという苦痛に満ちた状況判断がある。その判断は、「人間の尊厳」言い換えれば「人間としての価値にふさわしいあり方」つまりは「人間らしさ」についての当事者の人間観、価値観にもとづいている。

先に、安楽死を求める理由となる「耐え難い苦痛」の理解について、オランダでは「苦痛」の範囲が身体的苦痛を超えてしだいに拡大していった経緯を見た。これについては、いったん安楽死を容認してしまうと、その対象が無際限に拡大してゆく危険性がある事例として、いわゆる「滑りやすい坂 (slippery slope)」論の視点から批判

---

36) 宮野彬, 前掲書, p.47

37) 合州国の代表的な安楽死反対論者の一人で精神科医のハーバート・ヘンディンは、オランダの安楽死を「医学の最善のものではなく最悪のものをもたらした」と厳しく批判している (Herbert Hendin, *Seduced by Death: Doctors, Patients, and Assisted Suicide*, 1997. 大沼・小笠原訳『操られる死——〈安楽死〉がもたらすもの』時事通信社, 2000)。ここでは、当事者の明確な要請によらない安楽死の存在など改善・解明すべき多くの問題点が指摘されているが、同時にヘンディン自身の精神医学偏重や技術主義的な限界もまた示されている。



的に見ることもできようが、むしろ人間にとっての苦痛とは身体的次元の苦痛に限定されるものではなく、さまざまなレベルで人間は苦しむのであるという人間存在の多面性、重層性、総体性を示していると見るべきではないだろうか。

人間の「苦痛」をどう考えるかは、後でも触れるようにホスピス・ケアの基本問題でもあるが、日本におけるホスピス運動の先駆者の一人である柏木哲夫氏は、「人間は全人的に痛む。身体的、精神的、社会的、霊的な痛みを総合的にケアしなければならない。……痛みのメカニズムは複雑である。痛みの原因をただ身体的にのみ見ようとすると必ず痛みのコントロールに失敗する。医療スタッフは、病気をみるのではなくて、病人をみななければならない<sup>38)</sup>」と、痛みの全人性を強調している。

事実、オランダで1989年におこなわれた安楽死に関する医師のアンケート調査においても、安楽死が要請される最も重要な理由として身体的な「苦痛」を挙げたのはわずか5%にすぎず、最も多かったのは「意味のない苦しみ」(29%)、次いで「屈辱に対する不安とその予防」(24%)であったと言う<sup>39)</sup>。もちろん現在の疼痛緩和医療によってもなお十分には軽減できない身体的痛みが全体の1割前後あると言われ、それが依然として重要な問題であることには変わりはない。しかし、疼痛緩和技術やケアの質的向上にともなって、今日では安楽死が身体的な激痛からの脱出口というよりむしろ、「無意味さ」や「屈辱」という言葉で表現される全人的苦悩とのからみで問題になってきていることがわかる。「尊厳ある死」としての安楽死は、「尊厳ある生」とは何かという問題と表裏一体で考えるべき事柄なのであり、技術論や手続き論に矮小化することはできない。

オランダで人々が安楽死を決意する具体的理由はさまざまであろう。たとえば1988年に労働党のエドワード・ブロンゲルスマ元上院議員が「家族や友人が亡くなり、生きるかいが無い」と安楽死し、担当医師が起訴された事件があった<sup>40)</sup>が、高齢者の場合、社会との積極的な関わりがもはやもてなくなり、家族や親しい知人もすでに亡く、新しい人間関係をつくりだすことにも不自由を覚えたとき、自分の意味ある人生はもう幕を閉じたと考えることは理解できる。社会関係、とりわけ人間関係の喪失は、人間存在にとって普遍的なきわめて深刻な「苦痛」だからである。

38) 柏木哲夫『生と死を支える——ホスピス・ケアの実践』朝日選書、1987、pp.12-13

39) NHK人体プロジェクト、前掲書、pp.55-56

40) 結局、地裁は無罪を判決した(『朝日新聞』2000.11.02)



もう一つオランダ人にとって決定的な理由は、「自主性を尊ぶ個人主義の国の人間として、一般にオランダ人にとっては、まわりの人に完全に依存して生活することこそ『かわいそう』で耐えられないことなのであって、自主的に決定する安らかな死は自分の尊厳が保たれる積極的な選択なのだ<sup>41)</sup>と言われるように、他者への「過度」の依存を非人間的「屈辱」と感じ、そのような依存的生を「無意味」なものと考えることである。セルフ・コントロール（自己管理）がもはやできなくなったときに、最後に残された道として自らの死の時を自己決定することにより、自立的生を全うしようとするのであろう。

オランダ人のこの強烈な個の自立への欲求と誇りは、集団のもたれ合い的依存関係のなかで生きること慣れ、ことあるごとに個の自立の必要性が説かれる日本人の目からすれば、まことに羨むべきことである反面、過剰な自立圧力が逆に彼らにとって大きな重圧になっているのではないかと思わざるをえない。

最初にあげたように、人間関係の喪失が人間にとって死を決意させるに足だけの苦悩となるということは、言葉をかえれば人間は本質的に孤立的存在ではありえず、他者を必要とした必要とされる相互関係のなかでしか意味ある生を送りえないことを示している。他者に依存せざるをえない状況を、自立性を否定された非人間的な耐え難い屈辱と受けとめ死をもって拒否するのか、それとも他者への依存を人間存在にとって本質的なことと自己確認しつつそれが可能な人間関係を構築するのか<sup>42)</sup>は、個のレベルでは最終的には当事者の生き方に依るものとはいえ、前者への過剰な傾斜から人間にとって生きやすい社会が築き上げられてゆくかは大いに疑問とするところである<sup>43)</sup>。

---

41) ジャネット・あかね・シャボット、前掲書、p.176

42) 「私たちは、他人に迷惑をかけてもかまわないのではないか。……迷惑をかけてもいいという家族関係や、迷惑を迷惑だと思わない人間関係をつくっていくべきなのではないだろうか」というこの方向での小松美彦の考え方（『死の自己決定権』を考える、山口研一郎編『操られる生と死』所収、小学館、1998、p.135）に私は共感する。ただし、「医療や人間関係の現状を改革すれば、原理的には私たちは安楽死・尊厳死を望まなくてすむ」（同書、p.139）という点については、なお議論の余地があると考えられる。

43) 同じ個人の自立を尊重する立場でも、たとえばデンマークにおいては自立と同時に社会参加や他者との関わりが重視される。高齢者についても、「身体機能の衰えた人」ではなく「価値ある全人格的な存在」として捉え、プライベートな生活と社会の一員

## 5 安楽死とホスピス

他者によってモノのように管理される死のあり方を拒否し、人間的で自分らしい死、「尊厳ある死」を取り戻したいという切実な欲求が、安楽死を求める背景にあることは先に述べた。その目標を、暗黙の強制となる社会的要素をできるかぎり取り除きつつ、死の時・場所・方法を自らの意思でコントロールすることによって追求しようとしているのが、オランダの安楽死である。自分の死を与えられるものとせず、自らの意思のもとに制御しようとするその姿には、「私は私」という個の原理に立つ近代的人間のある意味で究極の姿が示されていると言える。

しかし死を、より個を尊重した人間の尊厳にふさわしいものにするためには、個の生と死をプライベートな領域として他者の干渉を排除する以外に、つまり「自己か他者か」の二者択一に持ち込む途以外に、死をむしろ「われわれ」という人間の共同性のなかで受けとめる途が模索されてしかるべきではないだろうか。その方向で「尊厳ある死」を追求する可能性を示唆していると思われるのが、ホスピスの思想と実践<sup>44)</sup>である。

ホスピス運動 (hospice movement) についての詳細は、紙幅の関係から稿を改めなければならぬが、1967年に元看護師で医師のシシリー・ソンドースがロンドンに創設した聖クリストファー・ホスピスでは、モルヒネ製剤による疼痛コントロールをベースにして、人が死にゆく時を、すべてが失われゆく惨めな過程ではなく、自らの人生を総括し人間として大きく成長する最後の貴重な機会と積極的に位置づけ、終末期の人々やその家族に死と向き合うことのできるようなケアを提供しようとした。その後各国に広がったホスピス運動では、先に触れたような全人的苦しみを、医療スタッフだけでなく宗教者や芸術家などを含む多くのボランティアたちがそれぞれの存在を生かしつつ緩和につとめ、一人一人の死の過程を技術的に管理するのではなく、当事

---

としての生活の両方に配慮した施策がとられている (松岡洋子『「老人ホーム」を超えて』クリエイツかもがわ, 2001, などを参照)。同国に伝統のフォルケホイスコーレ (Folkehøjskole) 運動も同じ意味で注目される (清水満『生のための学校』新評論, 改訂新版 1996, 参照)。

44) ホスピス運動は、狭義の安楽死とは対立する面をもつが、広い意味での安楽死運動として位置づけることができるのではない。

者を中心にその心に寄り添いながら、人と人との交わりのなかで共有的・共感的に受けとめようとしている。「他者に干渉され管理された死」対「他者を排して自らが管理する死」という二者択一ではなく、まずは私のものであるが同時に私たちのものでもある「他者に開かれた死」あるいは「他者との交わりのなかでの死」という思想がここにある。

オランダにもホスピス・ケアの試みはなくはない。たとえばホームドクターのピーター・スラウス医師が呼びかけてニューコープという村に設立されたホスピスは、住民全員からの募金と住民自身のボランティア活動で運営するという地域ぐるみの活動を展開している<sup>45)</sup>。しかし「オランダではまだホスピスの考え方は一般に受け入れられていない。……オランダでは自宅で、自立した死を迎えることが最も良いことで、安楽死であればそれは可能だ。ホスピスで死を迎える人は自宅で死ねない『かわいそうな人』なのだ。また、ホスピス・ケアを受けること自体、オランダ人にとっては個人の自立が脅かされることだという意識とつながってしまう」<sup>46)</sup>というのが現状である。

そこには、オランダの安楽死が決して暗部を抱えているわけではない<sup>47)</sup>のと同様に、現在あるホスピスがその理念どおりの存在になりえているわけでは必ずしもないという事情が当然ある。またホスピスの多くがキリスト教を中心とする宗教的死生観をベースに運営されていることの功罪もあるだろう<sup>48)</sup>。さらにそもそも、「よりよい死」「尊厳ある死」は「よりよい生」「尊厳ある生」と不可分のものであり、「人は生きてきたようにしか死ぬことはできない」という生と死の連続性・表裏性から考えるならば、終末期のごくわずかな期間（通常は数日から数週間）のケアだけで「全人的苦悩」

---

45) これ以外にオランダでは、カトリック教会が運営する老人ホームに、安楽死のオルタナティブとして設けられたホスピスの系列がある。

46) NHK人体プロジェクト、前掲書、pp.60-61

47) 最近でも、老人施設における安楽死の現場を医師自身が体験的かつシニカルに描いた小説が、オランダでベストセラーになっている（ベルト・カイゼル『死を求める人々』畔上司訳、角川春樹事務所、1998、原著は1995）。

48) 1976年に安楽死協会（現在の日本尊厳死協会）を設立し、日本の安楽死運動の牽引者であった太田典礼は、77年にイギリスの聖ジョセフ・ホスピスを見学に訪れ、そこで精神的ケアの重視を高く評価しつつも「宗教的慰安」の限界を指摘し、「科学的で自由なホスピス」の必要性を主張している（『安楽死——人間にとっての「死ぬ権利」』三一新書、1982、pp.173-178）

という人間存在の根幹に関わる問題がすべて解決するとも思えない<sup>49)</sup>。

しかしそれは、ホスピス・ケアの思想、つまり人間らしい死＝生とは、孤独な死＝生ではなく、人と人との交わりのなかでの死＝生であるという思想を否定するものではなく、むしろそれを癌やエイズの病者という対象、終末期という時、施設・自宅という場所を限定することなく、生活のあらゆる場へと展開してゆくことの必要性を示していると言えよう。近年関心が高まってきているアソシエーションの思想と実践にも連続する内容と射程をそれはもっている。

だがそれでは、社会的な諸条件が改善されて万人が生活保障と手厚いケアを受けられるようになり、また人と人との交わりが豊かで活気あるものになれば、安楽死というテーマにおいてはもはや「安らかな自然死」だけが残され、「熟慮の上での自殺」や「狭義の安楽死」は人間に無縁のものとなるのだろうか。それともむしろ、そのときにこそ初めて死が十全な意味で人間の自由な行為になるのだろうか。人間は、その生と死を「自然」に委ね切るにはあまりにも「人間的」なものになりつつある。人類史的な営みのなかで、ついには「神の領域」であった生命の枠組みをも人為の対象とするまでになろうとしている人間は、その自由の大きさに見合うだけの賢明さを「わたしたちのもの」として獲得しうるのだろうか。

それを将来において実現される課題としてではなく、いまおこなうべき問題として考えるならば、オランダで先行する安楽死の試みやさらにはアジアを含む世界各地で展開されているホスピス運動の、その光と影の両方から学びながら、人間について根本的な問い直しがなされている時代、人と人との関係が大きく再編されようとしている時代に批判的に介入していかねばならないだろう。安楽死はその重要な切り口の一つとしてある。

※本稿は2002年度大阪経済大学特別研究費による研究成果の一部である。

---

49) 横浜甞生病院のホスピス病棟での調査では、「病棟にいた81人のうち、ホスピスケアを受けても積極的な死を求めた患者は、約4分の1にあたる19人もいた」という。〔朝日新聞〕2001.8.26)