

デイヴィッド・ケリー

オーストラリアからのレポート

Professor David Kelly, Report from Australia, International
Seminar on Legal Aspects of Euthanasia, 4 Nov. 1994.

紹介者のはしがき

本稿の著者は、ボンド大学の教授という肩書で、一九九四年一月にスペインのマラガで開催された安楽死の法的側面に関する国際セミナーに参加し、オーストラリアの状況を報告した英文のペーパーである。

このセミナーの後、オーストラリアでは、一九九五年五月に、その北部地域 (Northern Territory) の議会で積極的安楽死を合法化する法案が可決されたと伝えられ、オランダやアメリカのオレゴン州の動きとともに、国際的な関心を呼び起こした。この法案の存在とその内容は、すでに星野一正教授によっていち早く紹介されているが (星野「民主化の法理―医療の場合」時の法令一四九八号、一五

〇〇号)、私もその全文の翻訳と解説を試みた (近く判例時報に掲載予定)。

このペーパーは、一九九四年に書かれたものであるが、以上のような安楽死の立法化を生み出したオーストラリアの背景事情を知る上で、特別な興味をひくものがある。あらかじめ、内容的に注目すべき点をいくつかあげておくと、まず第一に、オーストラリアでは消極的安楽死はすでに実務上も広く受け入れられ、多くの州法が患者の治療拒否権を認めているが、積極的安楽死についてはいまだこれを合法化した法律はなく、論争中であること、第二に、医師の間では積極的安楽死を肯定する意見が多く、一般世論も肯定に傾いているが、他方ではローマカソリック教会を中心に否定論も根強いこと、第三に、積極的安楽死は実際にも

少数ながら行われているが、これまで起訴されたことはほとんどないこと、第四に、積極的安楽死は依然として犯罪になる可能性があるので、これを合法化しようとする法案が一九九三年以来、首都地域やビクトリア州などで準備されていること、そして第五に、著者の個人的意見として、法の任務は自由の尊重と他害の防止にあるという観点から、終末期の苦痛をコントロールできない患者が医療従事者に援助を求めた場合に、安楽に死ぬことを欲する患者に致死量の薬を与えることを法が禁止することは、法が患者および医療者の選択を尊重せず、害を与えることになって不当であるという理由から、法は変更されるべきであること、などの点が指摘されている。

以上の諸点のうち、とくに問題になるのは、オーストラリアの医療実務の中で、なぜ消極的安楽死（治療中止）や間接的安楽死（苦痛緩和措置による死期の短縮）を越えて、積極的安楽死（致死量の薬剤の投与）の必要性が強く主張されるようになったのか、現に積極的安楽死が実施されているといわれながら、なぜその当否が裁判所の判断という形で法的に争われないのか、さらに著者による安楽死合法化の理由からは、自由な自殺の援助も合法化されることに

ならないか、といった点である。最近の安楽死法の内容とともに、慎重な検討を要するところである。

以下は、このペーパーの内容の要約である。

要 約

オーストラリアでは、消極的安楽死は広く受け入れられ、かつ実施されている。

多くの州の立法は、患者の治療拒否権を認めており、若干のケースでは、患者が無能力になった場合にその意思決定の代理人を任命することを許容している。

無能力であつて代理人を任命できない者—たとえば幼児—または無能力になつて代理人を任命しなかつた者については、意思決定の代理を認める立法はない。

このような決定は、一般に医師と親族との相談でなされている。

他方、積極的な任意的安楽死は違法である。しかし、それは少数の医師によつて実施されている。大抵の医師および看護婦、および約七五パーセントの世論は、法が終末期疾患の場合に積極的安楽死を認めるよう改正されるべきだ

と信じている。

積極的安楽死を立法化しようとする草案が作成されたことがあるが、議会上程されたのは一件のみである。この法案はきびしく批判されて、撤回された。しかし、その他の法案が近い将来上程される可能性がある。

積極的安楽死に対しては、ローマカソリック教会がとくに強く反対している。医師会も公式には反対の態度をとっている。

直接に見通しうる将来において、オーストラリアのどこかで積極的安楽死が合法化される可能性はあまりないと思われる。

序

オーストラリアは連邦国家であって、法制度はきわめて複雑である。

コモロンはオーストラリア全体に共通して妥当する。

しかし、立法権を行使する九つの分離した管轄区域（連邦六つの州、二つの地域）が存在する。このような立法権の多様性から、異なった管轄区域の間でかなりの法的な相違が生ずるのであって、そのことは政治的に微妙な安楽死の

ような問題ではとくにそうである。

1 刑事学的データ

(1) 安楽死のケースの頻度

安楽死に関する刑事学的なデータはきわめて少ない。起訴されたケースは非常に少なく、この問題について法が詳しく検討した例はない。

ビクトリア州では、一九七五年から一九八二年までの間に、動機が明白に同情にもとづく殺人は五件にすぎなかったが、この期間中、「慈悲殺」で有罪になった者はなく、安楽死で謀殺の責に問われた医師もない。

(2) 病院および在宅医療

消極的安楽死は一般に受け入れられ、実際にも行われている。多くの州法は、患者の治療拒否権を広く認めているが、積極的安楽死は別のカテゴリーに属する。

オーストラリアの医師会は、積極的安楽死を反倫理的であるとして否認する世界医師会の宣言を支持している。この立場は、国立保健および医療調査委員会の保健倫理委員会が一九九二年に出した終末期医療に関するガイドライン

にも現れている。

しかし、必ずしもすべての医師が消極的安楽死と積極的安楽死の区別を受け入れているわけではない。

医師の改革組織「選択」は、積極的安楽死の立法化を支持し、医師会の南部支部は、医師会の公式の政策に疑問を提起し、安楽死に関する行動グループを結成した。

一九九四年に、医師会はキャンベラでこの問題に関する全国フォーラムを開いたが、提出されたペーパーでもその後の討論でも、医師の間の意見は一致しなかった。

このような意見および実務における対立は、オーストラリアで行われた三つの調査にも現れている。そのいずれも、病院と在宅医療との間の区別をしていない。

① 一九八七年ビクトリア州での医師の実務と態度の調査

一九八七年に、モナシユ大学の生命倫理センターが積極的安楽死に対するビクトリア州の医師の実務と態度を調査した。それは、無作為に抽出された計二〇〇〇人の医師に郵便で質問し、八六九人からの回答を得た。

第一に、医師の診療実務に関しては、彼らの約半数が、治療の中止または積極的的行為による死期短縮の依頼を患者

から受けたことがあると回答した。

そのような依頼を受けた医師のうち、二九パーセントが積極的な行為による死期の短縮を依頼され、そのうち一九パーセントがそのような措置を一回実施し、六一パーセントが二回または三回、一九パーセントがそれ以上実施した。その際、彼らのほとんどが、正しいことをしたと感じたといい。

この点については、医師の男女差も、専門医か一般医かの差も見られないが、宗教的な信条による差は明らかに存在する（第一表参照）。

第二に、医師の態度については、積極的安楽死の倫理性に対する医師の態度を尋ねた質問に対して、回答者の六二パーセントが「ある場合には正しい」と答えた。年令、性および宗教による差は第二表の通りである。

質問には、オランダのように医師が訴追から保護されるようにすべきかという項目があったが、五九パーセントがこれを肯定し、四〇パーセントがもし積極的安楽死が合法なら実施するつもりだと答えたが、そのつもりはないとする者も同じ位の比率であった。

第一表

宗 教	かつて死期を短縮したことがある	
	肯 定	否 定
無 神 論	34%	65%
ローマカソリック	19%	81%
イギリス教会	36%	64%
その他のプロテスタント	21%	79%
ユダヤ教	39%	61%
そ の 他	7%	93%

第二表

年 令	肯 定	否 定
60以上	53%	43%
50-59	61%	35%
40-49	56%	41%
30-39	68%	27%
30未満	75%	24%
性	肯 定	否 定
女 性	64%	31%
男 性	62%	35%
宗 教	肯 定	否 定
無 神 論	81%	16%
ローマカソリック	30%	65%
イギリス教会	63%	35%
その他のプロテスタント	56%	41%
ユダヤ教	77%	18%
そ の 他	49%	43%

② 一九九一年ビクトリア州での看護婦の態度と実務の調査

質問表が一九四二人の看護婦に送られ、約半数の回答があった。

第一に、看護実務に関しては、一二歳以上の終末期患者を介護した看護婦の五パーセントが患者から死期の短縮について依頼を受けたという。

消極的安楽死（治療中止）に関しては、医師の依頼なく患者の要請にしたがった者はわずか一〇パーセントであり、七人の看護婦が一回、一人が二回または三回、九人がそれ以上実施した。

積極的安楽死への医師の依頼については、二三パーセントがそのような依頼を受けたといい、その八五パーセントは参加し、そのうち八〇パーセントは一回以上実施した。

若い看護婦は年配の看護婦よりも積極的な回答をしたが、それは宗教の違いによる回答の分かれ方と類似している。

第二に、態度に関しては、オランダのように積極的安楽死を援助した者を訴追から保護することがよいかという質問に対して、四分の三が肯定した。また三分の二は、法が変更されれば積極的安楽死に看護婦が援助することは正し

いと答えた。

若い看護婦は、年配の看護婦よりも、医師の依頼に対しても、法の変更に對しても、自ら援助するという点についても、より積極的であった。

宗教的な相違による差が見られたが、ローマカソリックの信者でも、法の変更を認め（六六パーセント）、法が変更れば参加してもよいとした者が多い（五一パーセント）。

③ ニューサウスウェルズおよび首都地域における医師の態度の調査

一九九三年に、ニューサウスウェルズ大学の医学部が、ニューサウスウェルズ州（NSW）と首都地域（ACT）において積極的安楽死に対する医師の実務と態度について調査した。無作為抽出で二〇〇〇人の医師に質問表が送られ、一二六八人（七六パーセント）から回答が得られた。

この調査は、一九八七年の調査と同一の項目のほかに、医師の援助による自殺に関する二つの質問と、医師の援助による自殺（PAS）と積極的安楽死（AVE）との区別に関する三つの質問を加えるものであった。第三表は、調査の結果を一九八七年と比較したものである。

PASに関する追加項目への回答は、問題に関する若干

第三表

質 問	ビクトリア1978	NSW / ACT 1993
	肯定	肯定
一二歳以上の末期患者を治療したか	82%	93%
患者は死期の短縮を依頼したか	48%	47%
死をもたらす措置をとったか	29%	28%
それは一回以上か	80%	81%
それは正しかったと思うか	98%	93%
自殺の手段を用意したことがあるか	—	7%
それは一回以上か	—	61%
拒否は行為の違法性によるのか	65%	52%
AVEは場合によって正しいか	62%	59%
AVEとPASとの間に理論的な相違があるか	—	28%
PASは場合によって正しいか	—	56%
オランダの状況を導入すべきか	59%	59%
AVEを法で許容すべき	60%	58%
PASを法で許容すべきか	—	46%
AVEが合法なら依頼に応じるか	50%	50%

の不明確性を示した。AVEとの相違は人為的であり、哲學的というより政策的なものである。そのことが、AVEよりもPASの立法化に対する低い賛成率に現れており、自殺の手段の提供に対する七パーセントという極端に低い賛成の回答にも現れている。

④ 逸話的証拠

以上の三つの調査のほかにも、積極的安楽死が実施されていることを示す逸話的な証拠が多く存在する。多くの医師や倫理学者が、奇形で重症の新生児について、医師や看護婦が当面する問題について書いている。

(3) 社会的態度

① 一般世論

この種の世論調査は三〇年以上も行われてきているが、最近のものとしては、全国規模での一三三六人に対する面接調査がある。

質問は、回復の見込みのない病気でげいしい苦痛に悩む患者に対して、医師は患者を死ぬに任せるべきか、それとも可能な限り生命を維持すべきかというもので、その回答は第四表が示している。

第四表

年	死ぬに任せる	生命を維持する	未 決
1946	42%	41%	17%
1955	53%	38%	9%
1962	54%	32%	14%
1978	60%	23%	17%
1983	65%	18%	17%
1986	68%	16%	16%
1987	67%	21%	12%
1989	66%	20%	14%
1990	71%	19%	10%
1991	69%	21%	10%
1992	73%	18%	9%
1993	73%	15%	12%
1994	71%	13%	16%

第五表

年	薬を与える	薬を与えない	未 決
1962	47%	39%	14%
1978	67%	22%	11%
1983	67%	21%	12%
1986	66%	21%	13%
1987	75%	18%	7%
1989	71%	20%	9%
1990	77%	17%	6%
1991	73%	20%	7%
1992	76%	18%	6%
1993	78%	15%	7%

第二の質問は、回復の見込みのない病気でげしい苦痛に悩む患者が致死的な薬剤を求めたとき、医師はこれを与えるべきかというものであり、その回答は第五表にある。これらの表が示すように、消極的安楽死についても積極的安楽死についても、この三〇年間に肯定的な意見が着実に増えている。現在では、人口の四分の三が二つのタイプの安楽死に賛成している。それは、医師の間における積極的安楽死の賛成率よりも高い。

ここでは、回答者の年齢による差はほとんど見られない。ローマカソリック信者の間では他のキリスト教グループよりも低い、しかしなお高率である（七三パーセント）。

② 政府の調査

多くの政府調査が安楽死の問題についてなされた。そのいくつかは、消極的安楽死の合法化を勧告したが、若干のものは患者が自ら決定できない場合に代理人による決定を可能にすべきことも勧告した。

最大の調査がビクトリア州の議会委員会でなされたが、政治的な配慮とカソリックの反対に影響されて、消極的安楽死には賛成だが積極的安楽死の合法化には反対という結論をとった。その他の政府調査も、主として治療中止をと

りあげ、積極的安楽死を正面から取り上げていない。

③ 団体と個人

任意的安楽死協会は、消極的安楽死と積極的安楽死との区別を原則的に認めていない。しかし、そのメンバーは少なく、公然と活動するようになったのは最近である。その他の団体も、一般に消極的安楽死の承認にとどまっている。積極的安楽死に反対する主たるグループはローマカソリック教会である。

宗教的・道徳的な理由を除けば、反対の理由は「くさび理論」であり、積極的安楽死を認めれば末期患者や障害者が圧力を受け、非任意的安楽死に至るおそれがあるとされる。また、若干の医療倫理家などは、積極的安楽死が合法化されると、経済的・政治的ファクターから末期医療に対する資金が減少し、ケアの質が低下するであろうと警告する。

他方、多くの哲学者は、積極的安楽死が道徳的にも正しく、たとえそうでなくても、法は被害のない行為を禁止する根拠がないと主張している。

2 立法の状態

オーストラリアは連邦国家であり、複雑な法制度をもつ

ている。連邦の議会のほか、六つの州と二つの地域にも独立の議会がある。

消極的安楽死に関する法案は、若干の区域で通過しており、他の区域でも予定されている。それは、全国的に共通のコモンローの原則に反しないものと解されている。

コモンローの下では、次のような命題が確立している。
 第一は、積極的安楽死は謀殺または自殺援助として犯罪になること。第二は、苦痛緩和のための薬剤の投与が結果的に死期を早める場合は、積極的安楽死ではないこと。第三は、消極的安楽死は合法であるが、通常の生命維持手段を拒否しうるかは不明であること。第四は、消極的安楽死が非任意な場合でも、合理的な医療実務にもとづくときは合法であるが、通常的手段の中止は許されないこと。

(1) 自殺と自殺関与

クインスランド州を除いて、自殺未遂は犯罪ではない。しかし、ニューサウスウェルズ、ビクトリアおよび南オーストラリア州では、人は他人の自殺を防止する権利を与えられている。また、すべての区域で、他人の自殺を援助することは犯罪である。

(2) 消極的安楽死法

三つの区域で、消極的安楽死を認める法案が通過した。それらは治療拒否権を認める点では共通するが、その他の点では多様である。

① ビクトリア州の一九八八年医療法

この法律は、患者が治療拒否を登録しうる手続を定め、患者の拒否した治療を行った医師の行為は違法であるとす。拒否は、一般的な治療にも特別な治療にも及びうる。登録は特別な書式でなされ、医師およびその他の者が、患者の意思の任意性を確認した上で、署名する。

治療拒否権についての主要な制約は、合理的な苦痛緩和および合理的な栄養と水分の補給を除いた治療手段に限定されていることである。

本法はさらに、治療拒否書にしたがって善意で行為した医師や保健従事者を刑事、民事および懲戒責任から保護することを定めている。

② ビクトリア州の一九九〇年医療（持続的代理権）法
 この法律は、一九八五年法を拡大して、自ら決定できない者のための治療拒否を認めた。しかし、それは患者によつて予め任命された代理人による治療拒否に限定されている。

代理人の任命は一定の手続にもとづき、二人の証人を必

要とする。代理人は、治療が患者に不合理な苦しみをもたららし、患者がもし能力があればその治療を拒否したであろうと合理的に信ずる理由がある場合に、治療を拒否しうる。

③ 南オーストラリア州および北部地域の一九八三年、一九八八年の自然死法

これらの法律は、能力ある成人に「リビング・ウィル」を行う権利を認める。それは、末期疾患に悩み無能力になった場合には延命を拒否するという事前の意思をいう。

末期疾患とは、精神的または肉体的な病気または変質であつて、通常外的手段を用いなければ死が差し迫つたものであり、回復の合理的な見込みがない状態をいう。

リビング・ウィルは、「通常外的手段」の拒否を定めるが、南オーストラリア州法では、それが身体機能の維持によつて生命を延長するような医療または外科的手段を指すものと定義されている。

(3) 消極的安楽死の立法化

多くの区域で消極的安楽死の立法化が進められており、首都地域と南オーストラリア州では法案が準備されている。

① 首都地域

一九九四年の医療法案は、治療拒否権と代理人の任命権を定めている。この点は、ビクトリア州法と同様であるが、本法案では口頭による治療中止の指示も認められている。

② 南オーストラリア州

一九九四年の治療と苦痛緩和に対する同意法案は、治療に対する同意を広く扱うもので、患者が末期疾患または継続的な植物状態にあつて、治療についての意思決定のできない場合に、いかなる治療手段が与えられ、または与えられるべきではないかを決定する権利を定めたものである。

法案はまた、人が無能力になった場合の治療の決定権を代理人に与える手続についても定めている。しかし、代理権は栄養または水分の補給の中止、苦痛緩和のための薬剤の投与、または慣例的で侵襲的でない手段には及ばない。

法案はまた、苦痛緩和を目的とした薬剤の合理的な投与から死期を早めたような場合には、医師はいかなる責任も負わないとしている。

3 現在論議されている法改革の草案

ここでは、積極的安楽死を合法化しようとする立法改革の二つの草案を問題にする。

(1) ビクトリアア州安楽死協会による一九九四年医療（死の援助）法案

この草案は、積極的安楽死のうち、医師の援助による自殺を合法化しようとするもので、手続にしたがった医師や看護婦を刑事、民事および懲戒責任から解放する。免責の要件は次の通りである。

① 患者が成人であること。
② 医師は、合理的な理由によって、患者が末期疾患に苦しみ、一二月以内に死ぬであろうと認めたこと。

③ 疾病が患者にはげしい痛みまたは苦しみまたは悩みをもたらしていること。

④ 医師は、患者に対して、病気の性質とその見込み、および苦痛緩和を含む可能な治療手段について告知すること。

⑤ 患者のはげしい痛み、苦しみおよび悩みを救うような合理的でその患者に受け入れられる治療手段がないこと。

⑥ 病状等を告知された後、患者が医師に対して、生命を終結させる決心をしたことを指示すること。

⑦ 医師は、合理的な理由にもとづいて、患者に意思能力があり、生命終結の決心が自由に、任意にかつ熟慮の後

になされたことを確認すること。

⑧ 患者または患者のために行為する者が、医師に対して生命の終結に援助を与えるよう求める要請書に署名すること。

⑨ 医師は、患者の署名を確認すること。

⑩ 要請書には、第二の医師が、担当の医師および患者と相談し、合理的な理由によって、要請書が正しく作成され所定の条件が満たされていることを確認した後、署名すること。

⑪ 患者の生命終結を援助するに際して、医師は、合理的な理由によって、患者に意思能力があり、なお生命の終結を望んでいることを再確認すること。

⑫ 医師は、自己または補充署名をした医師、または彼らの親族が、患者の死の結果として、直接または間接に、財政的な利益を得るであろうと信ずる理由が全くないこと。

草案は、手続の濫用に対する一連の保護規定を置いている。第一は、要請書への署名、証明または補充署名を得るに際して、欺罔したりまたは不当な影響を与えた場合を処罰すること。第二は、直接または間接に得た財政的利益を没収すること。第三は、医師は検死官に死亡の報告をする

こと、検死官は毎年議事に報告すること。

本草案の主要な特色は、医師の援助による自殺に限定したこと、および幼児を含む意思能力のない者に関する問題を除外した点にある。

(2) 首都地域の一九九三年任意的自然死法案

この草案は、首都地域の議会上程されたが、後に撤回された。それは、消極的安楽死とともに積極的安楽死をも扱っており、末期患者に致死量の薬剤を与えた医師を訴追から解放している。

草案は、書面による場合のほか口頭による指示も認めているが、口頭の指示は六日間のうち異なった三日間になされることを要する。書面または口頭による指示は、患者が撤回を求めたり、その内容に疑いを持ったときは、撤回されたものとする。

草案は、医師の援助による自殺を優先させた。それは、患者にその能力があれば薬剤の服用を求めている。

草案はまた、致死量の薬剤の服用または供与に対して同意権を付与する代理権についてもこれを認めた。

濫用から患者を保護するために、次のような手続が要求

されている。第一は、書面による指示の書式、および口頭の指示に特別な要件を定めたこと。第二は、指示には証人による確認を要すること、第三は、証人の資格として親族を除外したこと。第四は、患者が指示に疑いをもったという意思表示だけで指示が撤回されること。第五は、末期疾患の性質や治療方法について患者に十分な情報が提供されること。第六は、医師が行為する前に独立した他の医師の同意を得ること。

代理権の行使も、慎重にコントロールされている。授与者は医師によって末期患者と認められ、代理人は病気と治療について十分な情報を与えられ、患者がもし能力があれば生命の終結を求めるであろうと合理的に信ずる理由があることが必要である。

この草案は、ビクトリア州の草案よりも範囲が広いが、しかし末期の子供については積極的安楽死も消極的安楽死も定めていない。

4 刑事政策的な論議の現状

オーストラリアにおける安楽死についての最近の論議は、主として消極的安楽死に関するものであったが、それは対

立的なものではなかった。消極的安楽死については、すべての区域でこれを認める立法化が進行している。しかし、子供を含む無能力者にも適用しようとする兆しは存在しない。

最近、ビクトリア州で子供のケースが問題になった。女の乳児Mは、生まれながらの重い脊椎分離症に悩み、下半身は麻痺し、水頭症で脳幹に異常があり、重い足の障害のため、八〇パーセントの確率で脊椎が湾曲し、車椅子にも座れる可能性がない状態であった。彼女は、どんな治療をしても生存しなかったであろうし、もし生存しても、その生命の質は極端に低いものと思われた。

担当の医師は、両親と相談し、多くの独立した相談員と議論した後、手術しないことに決した。Mには苦痛緩和剤のみが与えられ、授乳は続けられたが、数日後に死亡した。生命の権利協会が、両親の親族を通じてこの事件を知り、病院と警察に介入し、検死官も死亡の調査をした。

検死官は、子供のために医療上の決定をする権利を親に認め、Mの死は自然死であるとした。成熟した社会はこれらの問題でそのメンバーを信頼し、支持すべきだとしたのである。

しかし、この分野の著名な評論家によれば、このケースに関する検死官の決定には拘束力がなく、将来、医師や親が同様な状況の中で刑事告発を受ける危険があるとされている。とくに、医師が死期を早めるために栄養や水分を中止したならば、訴追の危険が現実になるであろう。

第二のケースも、脊椎分離症に悩む幼児に関するもので、その祖父から最高裁判所に保護の訴えがなされた。その子は、病院で栄養補給を停止されて危険であるというのであったが、裁判所は、鎮痛剤の投与と栄養の中止の決定がなされたことを認定した上で、栄養補給の中止の妥当性を強く否定した。

積極的安楽死については、司法はそれが違法であるとする伝統的な立場に立っている。法の変更の試みが論争されているが、それが政治的に成功する可能性は低い。当分の間は、議会の個々のメンバーが個人的な議員立法を提出して論議を喚起することが望まれる。

5 個人的な見解

刑法の領域では、自由の尊重が前提となる原則である。国家は、他人に害を加える行為のみを禁止することが正当

化される。これはミルの自由論にもとづくもので、行為を犯罪たらしめるには、それが非道德的なものであることは足りない。

しかし実際には、現行法は、死に行く患者を苦しみと悩みにしばりつけ、その解放を援助する医師を訴追の危険にさらしている。

苦痛は多くの死に行く患者については薬剤でコントロールできるが、かなりの患者についてはコントロールが不可能である。ここでは、苦痛のみでなく、死に伴う苦悩が存在し、薬剤ではこれをコントロールすることはできない場合がある。

彼らがその苦痛からの解放を求めて医師に援助を依頼しようとしても、法はこの援助を禁止するのであるが、それはかなりの末期患者とその医師に害を及ぼすことを意味する。法がこのような危険を除去しない限り、法は積極的安楽死を許容するよう変更されるべきである。死に行く患者は死への援助を求める権利を与えられ、医師は援助を与える権利を持つべきである。

法の変更に反対する者は、積極的安楽死から生ずる二つの危険を指摘する。第一は、個人的な濫用の危険であり、

死に行く患者がその意思に反して殺害され、または家族等からの圧迫によって同意を強制されるという危険である。

第二は、より広く、任意的安楽死が非任意的安楽死へとエスカレートし、自ら意思決定できない者に及び、生命の軽視と末期医療の質の低下をもたらすという危険である。

これらは重要な論点であるが、一つの例外を除いて、その危険は現実的なものとは思えない。また、その危険は死に行く患者や医師が受けている害に比して大きいといえない。

ただ、一つの起こりうる例外とは、積極的な非任意的安楽死の一つとして、年令その他の理由により意思決定できない者のためになされる生命短縮の決定がある。しかし、これは「害悪」ではなく、人間の自由の原理と矛盾しない問題は、その決定が本人の「ため」であることが合理的に予測されうるという点にある。

法の変更が積極的な非任意的安楽死の許容に至るといふ議論には疑問がある。それは、人間の自由の尊重という原理に反するもので、患者の選択や援助する医師の権利と矛盾するからである。

「滑り易い坂」の理論にもかかわらず、積極的な任意的

安楽死から非任意的安楽死へと移行する危険は、個人的な選択権の尊重という原理が維持されている限り、少ない。むしろ現行法の方が、この選択権を尊重していない点で問題である。

積極的な任意的安楽死の合法化は、末期患者の生命を軽視するのではなく、法が禁じている選択権を与えることによって生命の尊厳を保障するものである。ましてや、それが末期医療のサービスの低下に導くということも理解できな

ない。結論として、積極的安楽死に反対する議論には説得力がない。現行法が与えている害悪の方が、法の変更によってもたらされるといわれる危険よりも大きいからである。

(北陸大学教授・中山 研一)