

## 【特集 自殺学】

## 死の自己決定 - 自殺と安楽死 -

林(平野)美紀<sup>1),2)</sup>

## はじめに

自殺とは、意図されたものである<sup>25)</sup>。

現代社会においては、自己決定は、すべての事柄において尊重される。これは、私的自治を重要な理念のひとつとして位置づける日本の民法上の基礎原理であるだけでなく、基本的人権の尊重という意味で、憲法上の理念でもある。自己決定権の尊重は、売買契約や財産管理、医療上の決定などさまざまな場面に適用される。

しかし、自己決定の根源をも喪失させる決定、つまり、生命の終結という究極的な自己決定である自殺については、どのような法的評価が与えられるのであろうか。自己決定権としての生命の処分権が主張できるのであろうか。

世界史的にみれば、自殺は、精神の病の結果とみなされてきた。そして、自殺の未遂者は処罰の対象とされ、既遂者に対しては財産権が剥奪され、正式な埋葬が許可されず、四肢が切断されるなど不名誉な方法での埋葬がおこなわれていた<sup>51)</sup>。たとえば、英国では、キリスト教が自殺を罪と考えるようになったため、13世紀頃から自殺を犯罪とするようになった<sup>45)</sup>。そして、1961年に自殺法 (Suicide Act 1961) が制定されるまでは、殺人法 (Homicide Act 1957) によって、自殺は犯罪であった<sup>19)</sup>。個人の生命を個人で処分することが許されないのは、個人は納税や労働の担い手であり、個人の生命は共同体に属していると見做されていたから

でもあった。

現在の日本では、自殺自体は、刑法上、処罰の対象とされていない。しかしながら、自殺幇助や自殺教唆などの自殺関与については、刑法202条によって処罰される。自殺自体は処罰の対象とされていないにもかかわらず、自殺関与という、他人の手が介入する場合には刑法上処罰の対象となるため、学説上、自殺の法的評価については争いがある。自殺における関与形態の問題は、近年の医療技術の発達ともあいまって、より具体的にいえば、生命維持治療拒否、尊厳死、安楽死の問題につながる。

また、近年、死についての自己決定は、患者の自己決定権という視点から議論されるようになってきた。たとえば、人工呼吸器や生命維持装置などの開発と改良によって、回復の見込みがなくなったあとでも人工的に延命できるようになり、治療拒否をめぐる問題は、あらたに、患者の自己決定権という概念から議論されるようになったのである。さらに、安楽死の問題は、古くには森鷗外が小説「高瀬舟」でその命題に触れたように、痛みからの解放という側面が強調されてきたが、鎮痛医療の発達によって痛みから逃れるためという側面が弱まり、自己決定権から検討する余地がうまれてきた。

そこで、本稿では、法的視点に立って、死の自己決定の検討をおこなう。もちろん、ここでは、死という自己決定を推奨するものではなく、まず、その存在を認識したうえで、時期尚早の死について、有効な防止策を探ろうとするものである。

## 自殺の法的評価

すでに述べたように、日本の現行刑法では、自分の命を自ら絶つ行為は不処罰である。しかし、刑法202条は、他人に自殺を教唆したり、他人の自殺を幇助したりする行為や、他人の承諾を得て、あるいは殺してくれとの囑託を受けてその生命を絶つ行為を禁止して

<sup>1)</sup> 日本学術振興会特別研究員

Research fellow of the Japan society for promotion of science

<sup>2)</sup> 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部  
Department of sociocultural research, National institute of mental health, National center of neurology and psychiatry  
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3  
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan  
(別刷請求先: 林 美紀)

いる。自殺自体は不可罰であるのに、自殺関与が処罰の対象となるのは、理論的な矛盾が生じる。なぜなら、刑法上の「共犯(=自殺関与罪)が成立するためには、正犯(=自殺)行為に従属しなければならない」とする「共犯の従属性」という理論からいえば、自殺そのものが犯罪行為でなくてはならないからである。そのため、たとえばドイツ刑法では自殺関与を処罰していない。また、自殺関与と同意殺人が同一条文に規定されていることに対して、自殺の不可罰根拠が何かによって、それぞれの処罰根拠が異なってくる。そのため、自殺についての法的評価については、学説上も争いがある。端的に大別すれば、次のようになる。

(1) 自殺を適法とする説：根拠は、個人法益には法益主体に自己の生命を処分する自由がある<sup>17,23,29)</sup>、あるいは、自殺は法的に放任されているだけであり違法性はない<sup>31,38)</sup>、あるいは、自殺意思は常に不確実であるが、自殺意思が明らかな場合は適法である<sup>1)</sup>、などの説がある。

(2) 自殺を違法とする説

(2-ア)責任が阻却されるとする説<sup>18,44)</sup>。

つまり自殺に違法性はあるが、責任までは問えないので、不処罰とされていると解する。

(2-イ)可罰的違法性が阻却されるとする説<sup>30,34,41)</sup>

この中で、わが国は、(2)の自殺を違法とする説が支配的であり、それを根拠に、自殺関与罪が規定されている、とする見解が一般的である<sup>2,47)</sup>。

しかしながら、自己決定権の尊重から、生命維持治療拒否の問題では、自殺意思を尊重し、かつ、承認する、という方向が、世界で生まれつつあることも、一方では事実である。そして、オランダでは、生命維持治療拒否権からさらに進んで2002年には安楽死法が施行された。そこで、次に、自己決定と安楽死問題を検討してみる。

## 自己決定と安楽死

安楽死(euthanasia)の問題は、非常に古くから議論されている。その語源はギリシャ語のeu(良い)とthanatos(死)にあるといわれ、本来は、良き死、安楽な死、好ましい死、などを意味する。しかし、安楽死は、自然に死ぬという文字通りの意味ではなく、他

人の手が介入することに、法的な問題が生じる。

日本では、この行為は、本人の依頼による、あるいは承諾によるものとして、刑法202条によって、通常の殺人罪よりも軽く処罰されることになる。本人の囑託に基づいた殺害であっても囑託殺人罪に該当し、また、前述のように自殺を幫助する行為も同条によって処罰の対象とされている。

日本では安楽死については、「死期が迫っている患者の、堪え難い激しい肉体的苦痛を除去して、安らかに死なせる行為」と定義されている<sup>28)</sup>。その形態については、治療を中止するなどの消極的安楽死、鎮痛医療の副次的な作用で死期を早める間接的安楽死、積極的な殺害行為による積極的安楽死、という分類がおこなわれてきたが、本稿では、特に、積極的安楽死を検討する。なぜなら、そのほかの安楽死については医療行為の一形態とみなし、刑法的には問題とならないとするのが、一般的であるからである。

積極的安楽死については、痛みからの解放という人道的な理由を挙げてその違法性が阻却される<sup>32,48)</sup>、あるいは違法であるが個別的に責任が阻却される<sup>37,40)</sup>、とされてきた。しかしながら、近年では、鎮痛医療の発達や患者の意思を尊重する流れによって、行為者中心の論議から、患者の自己決定権を挙げるものも多く見られるようになってきた<sup>6,24,35)</sup>。

旧厚生省は、1987年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設け、1989年に、患者の自己決定権の尊重と単なる延命医療の再考などの提言をおこなった。また、1992年には、日本医師会の生命倫理想談会によって、末期医療に臨む医師に対する指針として、報告書が作成された。本報告書は、末期医療における患者の自己決定権を尊重し、単なる延命治療は避けること、としているが、安楽死の是非の問題については、立法による解決に消極的な態度を示している。

実際に安楽死事件とされた判例は、1950年の東京地裁判決<sup>a</sup>以来、7判例ある<sup>10)</sup>。

1995年の横浜地裁判決<sup>b</sup>までは、安楽死の許容要件として1962年の名古屋高裁判決<sup>c</sup>のいう6要件が挙げられていた。名古屋高裁の事件では、父の苦痛を見るにみかねた息子が、牛乳に農薬を入れて殺害した行為が問われたものである。高裁は、安楽死が許容されるには(1)不治の病であること、(2)苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びないこと、(3)死の緩和の目的であること、(4)患者の真摯な囑託または承諾があること、(5)医師の手によるもので

a 東京地裁1950年4月14日判決(裁判所時報58号4頁)。

b 横浜地裁1995年3月28日判決(判例時報1530号28頁)。

c 名古屋高裁1962年12月22日判決(高等裁判所刑事判例集15巻9号674頁)。

あること、(6)倫理的に妥当な方法であること、とし、本件においては、(5)(6)の要件が満たされていないとされた。

横浜地裁判決は、すでに意識のない患者の苦痛を見かねた息子が、医師に「楽にしてほしい」といって、医師が薬物によって患者の生命を短縮した事例である。患者の意識がなく、また意識を喪失する前にも患者の依頼がなかったため、被告である医師は嘱託殺人罪ではなく殺人罪に問われた。また、行為の時点で患者の意識がなく従って苦痛がないということは、本来、安楽死とはいえないものである<sup>20)</sup>が、日本では、つねに、本人の苦痛より、「周囲から見た苦痛」というものに焦点があてられる傾向が強いため、安楽死事件とされている。本判決では、安楽死許容要件とは、(1)堪え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、(2)死期が迫っていること、(3)肉体的苦痛を除去緩和するために方法を尽くして、代替手段がないこと、(4)明示の意思表示があること、の4点であるとされた。患者の自己決定権を尊重する立場から、安楽死については厳格な要件を定め安楽死が認められる場合もあるとしたのである。しかし、本件においては、これらの要件には該当しないとして、許容されないとした。このように、一定の条件が満たされれば許容されるとされながら、日本ではいまだに安楽死事件で無罪判決が出たことはない。このような厳格な要件が満たされることは現実には厳しいため、事実上、安楽死は容認されていないという見解もある<sup>22)</sup>。

本件は、新たに安楽死要件が提示されたという点においてだけでなく、これまでの判例では患者の家族の行為が問われたのに対して、はじめて医師が被告となったという点でも特色がある。

また、横浜地裁判決においては、安楽死だけではなく、治療中止などの件についても触れられた。しかしながら、日本では生命維持治療の可否をめぐる裁判で争われたことはない。これは、次項に述べるアメリカとは対照的であるといえよう。

### 生命維持治療拒否における自己決定

自己決定権が尊重されるという議論が進むにつれて、安楽死についての議論が進むだけでなく、尊厳死論が生まれるようになった。

尊厳死とは、治癒不能な病気にあつて、死期が迫った患者に、過剰と考えられる延命医療をやめ、人間と

しての尊厳を保たせながら、死を迎えさせる行為をいう。そして、脳死の患者や、植物状態の患者を対象として、人工呼吸器等の治療措置を中止することについての法的評価が議論される。安楽死と尊厳死との相違は、安楽死が、苦痛から解放させるため積極的な殺害によって生命を終結することをいうのに対して、尊厳死は、生命維持治療の中止という、より消極的な行為である点に現れる。

世界で初めて尊厳死を認めたとされる1976年のKaren事件New Jersey州最高裁判決<sup>d)</sup>は、自動車事故によって遷延性植物状態に陥った21歳のKaren Quinlanについて、父親が人工呼吸器をはじめとする生命維持装置の中止を認める権限の付与を裁判所に求めた事例である。判決は、生命維持治療拒否権の根拠として、合衆国憲法上認められてきたプライバシー権をあげて、予後が非常に悪い場合には、身体的侵襲の程度がきわめて高い生命維持装置を拒否する権利を認めた。また、患者に意思能力がない場合には、代行権者に拒否権の行使を認めた<sup>3,4)</sup>。

Karen事件判決後も、1977年のSaikewicz事件判決<sup>e)</sup>、1985年のConroy事件判決<sup>f)</sup>、1986年のBouvia事件判決<sup>g)</sup>などにおいて、アメリカでは、州の最高裁レベルで、生命維持装置治療拒否の問題が議論されてきた。多くの裁判所は、生命維持治療拒否の法的根拠を合衆国憲法上のプライバシー権やインフォームド・コンセントの法理に求め、それに対抗する州の法益として、生命の維持、自殺の保護、医療プロフェッションの倫理的廉潔性の保護、患者に依存する第三者の保護を挙げた。そして、両者を衡量の結果、患者の権利に優位が認められるとしたのである。

さらに1990年の、Nancy Cruzan事件合衆国最高裁判決<sup>h)</sup>においては、治療拒否権の根拠を、合衆国憲法上もっとも価値の認められるプライバシー権ではなく、合衆国憲法修正14条の適正条項によって保護される自由権に求めた<sup>26)</sup>。本件は、治療拒否に関しては、高度な証明水準を求める州法を合憲として、本件での患者の希望がその水準に達しているとはいえないとした。しかし、いずれにしても、生命維持治療拒否について患者自身に決定権があるとし、意思能力のない患者については、代行権者が意思を代行することによって、患者の決定権を尊重してきたのが、アメリカの判例の流れである<sup>11)</sup>。

ところで、医療問題における裁判所の役割は、日本とアメリカでは多少異なる。アメリカでは、患者の希

d In re Quinlan, 70 NJ 10, 355 A 2d 647, 1976.

e Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz, Mass Adv. SCH 373 Mass 728, 370 NE 2d 417, 1997.

f In the Matter of Conroy, 98 NJ 321, 486 A 2d 1209, 1985.

g Bouvia v. Superior Court of Los Angeles County, 179 Cal App 3d 1127,

225 Cal Rptr, 1986.

h Cruzan v. Director, Missouri Dept of Health, 110 SCt 2841, 1990.

望に対して、医療側が従えないと判断した場合に、医療者が裁判所の判断を仰いだり、あるいは患者が希望通りの医療を行うよう医療者側に命令する裁判所命令を求めたりするのが一般的におこなわれている<sup>13)</sup>。そのために、このような判例がいくつも出たのは、当然の流れといえるであろう。しかし、現在のところ、このような事例が、日本の裁判で争われたことはない。

### 医師の助けを得て死ぬ権利

アメリカでは、このように、生命維持治療拒否の問題が次々と憲法上の問題として議論されてきたが、それらが一歩進んで、「医師の援助を受けて死ぬ運動」へとつながっていった。そして、医師による自殺援助が法的に認められるよう、住民投票がおこなわれた。たとえば、Washington州のInitiative 119、California州のProposition 161、Oregon州Ballot Measure 16である。しかし、この中で成立したのは、Oregon州のみである。

合衆国連邦最高裁では、1997年、Washington対Glucksberg事件判決<sup>i</sup>およびVacco対Quill事件判決<sup>j</sup>において、自殺援助を求める権利と生命維持治療の拒否権とは異なるものとして、明確な判決を出している。

Washington対Glucksberg事件は、1975年から施行されているWashington州の自殺関与処罰規定が、修正14条の自由権に違反している、と訴えたものであった。しかし、連邦最高裁は、「援助を受けて自殺する権利」は、「望まない医療を拒否する権利」とは異なり、適正手続き条項によって保護される基本的な自由権には含まれないとした。また、Vacco対Quill事件は、同じようにNew York州の自殺援助処罰規定が、修正14条の平等保護条項に違反する、と訴えたものである。つまり、New York州は、「生命維持治療の中止」を認めているにもかかわらず、州法が「末期状態で激しい苦痛に苦しむ患者が医師の援助を受けて死ぬこと」を処罰の対象としていることについて、本質的に同一であるはずであるから、州の自殺援助処罰規定は違憲であるとしたものである。しかし、合衆国連邦最高裁は、自殺援助と生命維持治療拒否を区別することは合憲であるとしたのである<sup>27,42)</sup>。

合衆国連邦最高裁判決は、患者の自己決定権は尊重されるべきとしながら、医師は患者を殺害する義務を負うものではなく、「積極的な殺害行為である安楽死」と、「延命治療の中止」には、大きな相違があり、自己決定権には限界があることを示したように思われ

る。

一方で、オランダは、これより早くから、死の自己決定をめぐる多くの判例があり、世界で初めて、安楽死を法律によって認めた国として知られる。次に、オランダにおける安楽死問題について、述べてゆく。

### オランダの安楽死法

オランダでは、2002年4月より、いわゆる「安楽死法」の施行によって、刑法上医師による安楽死行為が不処罰となった。つまり、刑法においても安楽死行為を認める世界で最初の国となったのである。

本法が成立する以前から、オランダでは、安楽死行為である囑託殺人と自殺援助を刑法上で犯罪として禁止しながらも、それらの行為を行った医師に届出を義務づけ、ある一定の要件を満たした場合には起訴しないという、事実上、安楽死を許容する政策がとられていた。

オランダにおいては、安楽死は「患者の要請を受けて、生命を短縮することを唯一の目的として、患者の生命を短縮すること」と定義される。日本では、患者本人の痛みより、周囲から見た苦痛に焦点があてられ、精神的な苦痛ではなく肉体的苦痛に限定されていた。しかし、オランダにおいては、患者の自己決定が最大に強調され、生命短縮が唯一の目的でおこなわれるものである<sup>14,15)</sup>。

今回の安楽死法は、正式には、「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法(Wet toetsing levensbe indiging op verzoek en hulp bij zelfdoding)」(以下、「安楽死法」という)という<sup>55)</sup>。20条と21条で、それぞれ現行刑法と遺体埋葬法の改正を規定し、現行刑法上、医師が本法に定める注意義務に基づいておこなって報告した安楽死行為は、処罰の対象とはしないとしたものである。オランダでは、すでに1990年より、安楽死をおこなった医師の届出制度が確立されていて、1998年以降は、安楽死報告を受けた地域審査委員会は、安楽死を実行した医師が注意義務を遵守していたかどうかの審査をおこなっていたが、検察の諮問機関としての役割を果たしているに過ぎなかった<sup>54)</sup>。しかし、安楽死法3条から19条によって、地域審査委員会が実質的審査権限を有することになった。つまり、事件とはせず捜査も開始しないか、あるいは、検察に送致するか、について地域審査委員会が実質的に判断する仕組みができたのである。その際の判断材料とな

i Washington v. Glucksberg, 117 S Ct 2258, 1997.

j Vacco v. Quill, 117 S Ct 2293, 1997.

る、安楽死行為をおこなう際に要求される医師の注意要件は安楽死法2条で明確にされた<sup>7,33,43)</sup>。

安楽死法施行以前のオランダでは、前述のように、刑法上、安楽死行為は処罰の対象となっていた。オランダ刑法293条は囑託殺人罪を、同294条は自殺幫助罪を規定していたのである。事実上、安楽死行為が容認されていたのには、さまざまな理由があった。

まず、1952年以来、特に、1980年代から安楽死に関する判例が積み重ねられ、1984年最高裁判決<sup>k</sup>では、具体的な要件も掲げられた。安楽死の要請は、完全に自由意思に基づいて自己決定したものであること。

患者の要請は十分に熟慮されて、永続的かつ持続的であること。患者は回復する見込みがなく、肉体的あるいは精神的に耐え難い苦痛が存在していること。

安楽死があくまで、最後の手段であり、他には方法がないこと。医師によって実行されること。安楽死を実行する医師は、安楽死の経験がある他の第三者的立場にある医師に相談すること、の6要件である<sup>15)</sup>。

また、全国調査によって次のようなことが明らかとなった。つまり、全死亡のうち、17.5% (25,000件) で無処置の決定、同じく17.5% (25,000件) で苦痛及び症状の軽減が行われ、安楽死は1.8% (2,300件)、自殺幫助は0.3% (400件)、患者の明確かつ一貫した要請のない生命終結行為が0.8% (1,000件) でおこなわれているということである。また、安楽死がおこなわれた事例の内の187例の面接調査によれば、安楽死要請の理由は、尊厳喪失57%、痛み46%、価値を感じられない死への過程 (unworthy dying) 46%、他人への依存 (being dependent on others) 33%、人生に対する倦怠感23%である。また、痛みのみを理由に挙げたのは187件中10件しかなく、この割合は5%にすぎない。安楽死と自殺幫助に関してのみいえば、前述のように全死亡の2.1% (2,700件) で行われていたことになるが、要請件数は9,000件にも上り、そのほとんどが実施を拒否されていることが確認された<sup>50)</sup>。

これらの状況を踏まえて、政府は幾度となく安楽死合法化案を上程したが、安楽死が刑法上も認められることはなかった。しかしながら1990年以降、安楽死をおこなった医師に、不自然死として検死官への届出義務を課した。つまり、安楽死行為を刑法上処罰の対象としながら、その存在を公的に認めて実態の把握を試みたのである。この制度は、次のような形式のものであった。つまり、安楽死をおこなった医師は、地方検死官に対して、質問に答える形で詳細な届出事項を提

出する。それを受けて、検死官は、その報告書と共に検死報告書類を検察官に提出する。検察官は書類のみ個別にチェックし、特段不審な点がないと判断すれば、刑事手続き上の捜査は開始されず自然死同様の取り扱いで処理されるという形式というものであった。この安楽死報告制度は、制度発足当初の1990年には法的根拠を有しておらず、1994年になって、はじめて、遺体埋葬法が改正された。この遺体埋葬法改正は、安楽死を刑法上も認めたものと誤解されたため、オランダにおける安楽死合法化としてセンセーショナルに報道された。また、新生児なども含めて意思能力のない患者についても、「本人の意思が明確ではない場合」として安楽死行為と同じ形式での報告が求められたため、この行為も安楽死行為の範疇とみなされて、世界中から非難の声があがったのである<sup>15,46)</sup>。

このように、社会的に問題と思われる違法な行為であっても、隠すことなくオープンに議論し、そのうえで解決方法を探す、つまり、法文と運用を乖離させる、というやり方は、オランダのもっとも得意とするところである<sup>9)</sup>。たとえば、麻薬についても、オランダではある一定の規制を設けて認めている<sup>36,52)</sup>。

しかし、オランダには、前述のような理由のほかに、特殊ともいえる、いくつかの背景がある。たとえば、ホームドクター制は、医師と患者との関係を、概して、長期間にわたり親密なものにしている。そして、お互いの信頼関係を厚くし、より対等の立場にあって、率直に話し合いができる間柄を可能にしている<sup>49)</sup>。患者の性格、生活環境、価値観等日ごろの診療等で得た多くの材料によって、医師は、安楽死や自殺幫助の要請について、真摯なものであるか、苦痛の余り咄嗟に出た希望でないかを判断することができる。また、患者の一番苦しいときに見捨てないという医療精神がある。オランダでは、安楽死という患者の選択に沿う行為をした医師について、自分の死後刑事罰に問われないよう、安楽死合法化を求める患者側の声が多い。安楽死に関する議論が盛んになるきっかけともなった1973年のLeeuwarden地裁事件<sup>1)</sup>では、安楽死をおこなって罪を問われた医師を励まそうと、医師の患者たちが連帯のため花を携えて裁判を傍聴したというエピソードが象徴的であろう<sup>5)</sup>。

オランダ人の個人の自立性を重視する国民性も、安楽死容認の背景として非常に重要な要素である。個人は常に自分の判断の上での行動を求められ、決断のリスクを自らが引き受けるのは当然のことと考えられて

k NJ 1985 nr106.

1 NJ 1973 nr183.

いる。その決断の正否ではなく、決断することが重要なのであり、その決断は周囲からも尊重される。患者の意思は医療の現場においても、権利として法的に保障される。死をめぐる現場においてもまさに同様であり、患者が苦痛を耐え難いものと考えて安楽死を望むとき、そこに家族の入り込む余地は限られているともいえよう。したがって、周囲からの重圧や家族の意思によって、患者本人の望まない安楽死がおこなわれるという状態は考えられない。また、家族の一員が安楽死を選択したからといって、その家族間の愛情が不足していた、家族が支えきれず見殺しにした、とは見なされない。患者の選択した死に方を認めるのが真の愛情であり、患者の死の受容と患者への愛情は矛盾しないと考えられている。また、異質性との共存を得意として異質なものにも寛容であるオランダ人の国民性も安楽死容認の背景にあるだろう<sup>14)</sup>。

さらに、その後、肉体的疾患がまったくない女性の自殺補助事件、いわゆるChabot事件最高裁判決<sup>m)</sup>をめぐって、国中で議論がますます活発化し、最高裁では肉体的な疾患のない患者の精神的苦痛も、安楽死要請の根拠となるとされた<sup>16, 53)</sup>。さらに、2002年のBrongersma事件最高裁判決<sup>n)</sup>では、精神的苦痛でも精神医学上問題のある状態と結びついていない要請は安楽死要請の理由とは認められないとされた<sup>12, 39)</sup>。本判決は、Chabot事件判決によって認められた精神的苦痛による安楽死について否定するものではなく、精神的苦痛による安楽死が無条件に認められるわけではないとしたものである。そして、精神医学的な意味をもつ精神的苦痛によるものに限定されることを確認したといえよう。

### 結びにかえて

このように、死をめぐる自己決定には、法制度や、時代の動き、文化的社会的背景が色濃く反映され、それらによって倫理の見解や法的評価も多様である。

現在、医療現場における自己決定の尊重の重要性は広く認識されるようになり、インフォームド・コンセントという患者の自己決定を重視する語も医療の現場では定着してきているように思われる。今まで、日本の医療現場はパターナリスティックであるといわれてきた<sup>21)</sup>が、国民の意識もかわりつつある<sup>9)</sup>。そして、死の場面が高度に医療化されたために、機械に囲まれて死を迎えるのではなく、自然に近い形で死を求め

る動きが出てきた。これが尊厳死であり、また、第三者の積極的な介入によって自分の生命を終結させるのが安楽死である。これらは、生命の処分に関する自己決定という視点から考えれば、自殺と共通の問題点を有している。

オランダでの調査によれば、安楽死という死の自己決定は、尊厳喪失が大きな理由のひとつであった<sup>50)</sup>。そこには、他人に依存する形で生きながらえるより、人間として尊厳を持って死にたい、最期まで自分で決定して自分らしい人生を送りたい、と望むオランダ人の考え方が現れている。そして、医療福祉が行き届いたオランダという国であるからこそ、死の自己決定権の尊重を求めようという背景もある。福祉的な支援という側面が欠けていれば、生きることに絶望した人を死へと追いやる危険性が生まれるからであり、死に急がせる周囲からのプレッシャーによって、死を選択せざるを得ない状況を作ってはならないのである。幼少の頃からすべてにおいて自己決定しているオランダ人にとって、そのようなプレッシャーは無縁だといえるであろう。そこにあるのは、自分で作り上げる人生を最期まで自分らしく過ごしたいという強い願いだけなのである。

他方、自己決定がすべての局面において許されるわけではない。死という不可逆的な決定については、なおさら安易に認めるわけにはいかない。それは、囑託殺人罪あるいは自殺補助罪の規定が存在することからも分かる。特に、今日の科学技術の急速な発達、延命治療の中止や安楽死という生命の終期の問題だけではなく、出生前診断や代理母、クローン人間の出現など、生命の起源にも複雑にかかわるようになってきたために、規制を実定法の形で要請する場面が生まれてきている。法は自己決定を保障するだけでなく、自己決定に対して一定の規制を加えるという役割も期待されるのである。

死の自己決定という場面では、本人の自己決定を尊重しつつ、その自己決定に対して適切な介入と対策を行わなければならないというジレンマが生じる。尊厳ある死を人から奪うことは許されないが、だからといって時期尚早の死について手をこまねいて傍観することも許されないからである。ジレンマをどのように解決するか、そのためには、国民の間での論議はもちろんだ、学際的な研究が不可欠である。今後の自殺防止策には、死の自己決定に至るプロセスへの適切な介入という意味で、いわゆる精神的な苦痛への取り組みが

m NJ 1994 nr656.

n LJN-nummer: AE8772 Zaaknr: 00797/02.

重要となるであろう。日本では自殺者の多くがその動機に健康問題を挙げているが(本特集の駒田・野口・石原「自殺と遺書」を参照)、医療は、身体的な意味での健康の回復だけを目指しているわけではない。さまざまな福祉的支援や心理的ケアという視点が充実していなければならないのである。その意味では、問題をタブー視するのではなくオープンに議論するオランダの姿勢を見習うべきであろうと考える。また、臨床現場での取り組みも視野に入れて、多分野にわたる研究とそれに基づく実用的な政策が必要であろう。本稿が、日本国内での議論のために少しでも貢献できるとしたら、望外の喜びである。

### 文 献

- 1) 秋葉悦子: 自殺関与罪に関する考察. 上智法学 32(2=3): 137-198, 1988.
- 2) 秋葉悦子: 同意殺人 - 自己決定権の限界. 法学教室 232: 2-3, 2000.
- 3) 唄孝一: 解題カレン事件 - シュピリアコートの場合. ジュリスト 616: 58-76, 1976.
- 4) 唄孝一: 続・解題カレン事件 シュプリームコートの場合. ジュリスト622: 60-76, 1976.
- 5) シャボット AJ: 自ら死を選ぶ権利. 徳間書店, 東京, p94, 1995.
- 6) 福田雅章: 安楽死をめぐる2つの論点 - 安楽死はタブーか. 自由と正義 34(7): 48-55, 1983.
- 7) ホルディン B (川口浩一訳): オランダにおける安楽死と医師による自殺幫助の寛容政策から法律的規制への転換. 姫路法学 34=35: 215-232, 2001.
- 8) 原優: 運用の妙?!. 法曹 512: 41-46, 1993.
- 9) Hayahi M, Hasui C, Kitamura F et al: Respecting autonomy in difficult medical settings- A questionnaire study in Japan. Ethics & Behavior 10(1): 51-63, 2000.
- 10) Hayashi M, Kitamura T: Euthanasia trials in Japan. Int J Law and Psychiatry 25: 557-571, 2002.
- 11) 林(平野)美紀: 医療における意思能力 - 生命の終結に関して. 新井誠, 西山詮: 成年後見と意思能力 - 法学と医学のインターフェース. 日本評論社, 東京, 223-241, 2002.
- 12) 林(平野)美紀: オランダにおける新安楽死法と Brongersma事件判決. 投稿中.
- 13) 樋口範雄: 民法と憲法の関係 - アメリカ法の視点. 法学教室 171: 58-64, 1994.
- 14) 平野美紀: オランダにおける安楽死の現状とその背景. 日蘭学会会誌 21(1): 1-21, 1996.
- 15) 平野美紀: オランダにおける安楽死をめぐる諸問題. 法学政治学論究 30: 321-358, 1996.
- 16) 平野美紀: オランダにおける安楽死問題の行方 - シャボット事件を中心に: 日蘭学会会誌22(2): 19-40, 1998.
- 17) 平野龍一: 刑法概説. 東京大学出版会, 東京, p158, 1977.
- 18) 生田勝義: 被害者の承諾についての一考察. 立命館法学 228: 167-212, 1993.
- 19) 五十子敬子: 死をめぐる自己決定について - 比較法的視座からの考察. 批評社, 東京, p133, 1997.
- 20) 加藤久雄: 医事刑法入門(改訂版). 東京法令出版, 東京, pp 341-354, 1999.
- 21) Leflar RB: Informed consent and patient's right in Japan. Houston Law Review 33: 1-112, 1996.
- 22) 町野朔: 「東海大学安楽死判決」覚書. ジュリスト 1072: 106-115, 1995.
- 23) 前田雅英: 刑法各論講義(第3版). 東京大学出版会, 東京, p18, 1999.
- 24) 前田雅英: 刑法総論講義(第3版). 東京大学出版会, 東京, p221, 1998.
- 25) Maris RW, Berman AL & Silverman MM: Comprehensive textbook of Suicidology. The Guilford Press, New York. 2000.p.31.
- 26) 丸山英二: アメリカにおける生命維持治療拒否権. 自由と正義 40(2): 56-63, 1989.
- 27) 松本哲治: 憲法上の「死ぬ権利」の行方 - Glucksberg判決以後. 奈良法学会雑誌 11(2): 37-104, 1998.
- 28) 内藤謙: 安楽死. 法学教室 41(28): 28-33, 1984.
- 29) 内藤謙: 刑法講義総論(中). 有斐閣, 東京, p329, 1986.
- 30) 中山研一: 概説刑法. 成文堂, 東京, p22, 2003.
- 31) 岡野光雄: 刑法要説各論(第4版). 成文堂, 東京, p9, 2003.
- 32) 小野清一郎: 安楽死の問題. 小野清一郎: 刑罰の本質について・その他. 有斐閣, 東京, p217, 1955.
- 33) 大嶋一泰: 安楽死をめぐる課題と展望 - オランダにおける「囑託に基づく生命の終焉と自殺幫助の審査法」の成立を契機として. 現代刑事法 31: 69-75, 2001.

- 34) 大塚仁: 刑法概説各論(第3版). 有斐閣, 東京, p18, 1996.
- 35) 大谷実: 刑法講義総論(新版). 成文堂, 東京, p283, 2000.
- 36) Ruter F: Drugs and the criminal law in the Netherlands. Van Dijk JJM et al(Ed.): Criminal law in action- An overview of current issues in Western Societies. Gouda Quint, Arnhem, pp147-65, 1986.
- 37) 佐伯千仞: 刑法各論. 有信堂, 東京, p102, 1968.
- 38) 齊藤誠二: 刑法講義各論I(新訂版). 多賀出版, p97, 1979.
- 39) Sheldon T: Being "tired of life" is not grounds for euthanasia. BMJ 326: 71, 2003.
- 40) 曾根威彦: 刑法総論(第3版). 弘文堂, 東京, p142, 2000.
- 41) 曾根威彦: 刑法各論(第3版補正版). 弘文堂, 東京, p12, 2003.
- 42) 鈴木義男: 自殺幫助処罰規定の合憲性 - アメリカ合衆国最高裁の2判決をめぐって. 芝原邦爾, 西田典之, 井上正仁: 松尾浩也先生古稀祝賀論文集(上). 有斐閣, 東京: 595-625, 1998.
- 43) タック PJP(上田健二・浅田和茂訳): オランダ新安楽死法の成立について. 同志社法学 53(5): 179-208, 2002.
- 44) 滝川幸辰: 刑法概説各論(増補版). 世界思想社, 東京, p30, 1951.
- 45) 谷直之: 自殺関与罪に関する一考察. 同志社法学 44(6): 121-194, 1994.
- 46) 土本武司: 安楽死とオランダ法 - 本年6月施行の改正法と関連規則等. 判例時報 1499: 3-15, 1994.
- 47) 上田健二: 自殺 - 違法か、適法か、それとも何か. 上田健二: 生命の刑法学 - 中絶・安楽死・自死の権利と法理論. ミネルヴァ書房, 京都, pp331-386, 2002.
- 48) 植松正: 安楽死の許容限界をめぐって. ジュリスト 269: 42, 1963.
- 49) ファン・ペールス L: オランダから愛をこめて安楽死報告. 新潮45 133: 159-165, 1993.
- 50) Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L et al: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 338: 669-674, 1991.
- 51) Van Hoff AJL: A Historical perspective on suicide. Maris RW, Berman AL, Silverman MM: Comprehensive textbook of Suicidology. The Guilford Press, New York, pp96-123, 2000.
- 52) Van Kalmthout A: Intoxication and criminal responsibility in Dutch criminal law. Eur Addiction Research 4: 102-106, 1998.
- 53) 山下邦也: オランダにおける安楽死問題の新局面. 判例時報 1510: 3-11, 1995.
- 54) 山下邦也: オランダにおける安楽死申告手続の改正 - 新たな政令とモデル報告書. 秋山賢三, 大出良知, 小田中聰樹ほか: 庭山英雄先生古稀祝賀記念論文集 - 民衆司法と刑事法学. 現代人文社, 東京, pp521-537, 1999.
- 55) 山下邦也: オランダ新安楽死法(正文). 同志社法学 53(5): 229-241, 2002.

#### 謝 辞

この論稿は、Maris, R.W., Berman, A.L. & Silverman, M.M. "Comprehensive textbook of Suicidology" (The Guilford Press, New York, 2000) を輪読する会に参加させていただいたことによって、仕上げる事ができた。この勉強会は、国立精神・神経センター精神保健研究所所属の、専門を異にする、若手の研究員たちによって、2年間にわたって開かれた。筆者は、参加者の方々に多くのことを教えられ、そして、たくさんの示唆とアドバイスをいただいた。ここでは全員の名前を挙げることはしないが、参加された研究員全員、特に、勉強会を企画し筆者にこのような機会を与えてくださった石原明子研究員に、深く感謝するものである。

2003年2月7日脱稿