

日本における尊厳死（安楽死）論議の現況

宮 坂 和 男

（受付 2012 年 10 月 26 日）

いかなる人間も有限な存在であり、いずれ必ず死すべきものであることに思いを至らせるとき、人は自らの最期をどのように迎えるべきかについて様々に考えを巡らせるであろう。誰でも経験するように、人は年齢とともに次第に身体が衰えて病気がちになり、その行き着く先で破滅（死）に至る。大きな苦痛の果てに死を迎えることも珍しくないという現実を知るとき、多くの人が、自分の場合には最期をできる限り穏やかで苦痛の少ないものにしたいと願うのは当然のことであろう。

尊厳死（安楽死）の問題は、このことに関わるものにほかならない。すなわち、生き続けて多大な苦痛を味わうよりは、穏やかに死んで楽になることを選ぶことはできないのか、という問題である。よく言われるように、英語で「安楽死」を意味する“euthanasia”という言葉は、ギリシャ語で「よい」を意味する“eu”という語と「死」を意味する“thanatos”という語に由来している。それは、人生の最期をできる限り快適に迎えたいという願望を表現する言葉にほかならない¹⁾。

患者の救命が医療の根本原則であることは言うまでもないが、時にはこの原則から離れて、患者に安らかに死を迎えさせることも医療行為として認められるべきではないかという考えは、特に今日では自然なものを感じさせるであろう。今日、延命することが本当に正しいかどうか疑問となるケースや、苦痛を徒に長引かせているだけではないかと懸念されるケースが、以前よりもよく見かけられるようになっている。医療技術の大幅な進歩によって、かつてならば死ぬのにまかせる以外になかった患者を延命させることが、様々な可能になっているからである。実際にオランダやベルギー、アメリカのオレゴン州などでは、場合によっては患者に死を与えることが合法的なものとして認められている。

そして日本でも現在、尊厳死（安楽死）を法的に認められるものにしようとする動きが活発化している。超党派の国会議員からなる「尊厳死法制化を考える議員連盟」（中山太郎以下

1) 「尊厳死」と「安楽死」という言葉は今日、特に区別しないで用いられることも多い。区別する場合には、前者を「消極的安楽死」と同じ意味で用い、後者を「積極的安楽死」を意味する言葉として用いることが一般的になっている。本稿でも原則としてこの区別に従って言葉を使い分ける。また、同時に両方を意味する場合や区別が問題とならない場合には「尊厳死（安楽死）」のように表記する。なお「消極的安楽死」と「積極的安楽死」との区別については、本文中の解説を参照されたい。

約90人)が、現在(2012年)国会に「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)」を上程しようとする動きを見せている。本稿は、日本ではこれまで尊厳死(安楽死)に関してどのような論議が行われてきたか、論議が現在どのような状況にあるか、尊厳死(安楽死)に関して日本はどのような道を進もうとしているか、そこに問題はないのかといったことを検討しようとするものである。

もとより人に死を与えることは、人命の維持という最も根本的な倫理原則に反することであり、その是非について簡単に結論を出すことができないことは言うまでもない。本稿でも、尊厳死(安楽死)が認められるか否かという問題に直接的に答えることは控えて、課題を限定することにした。われわれが本稿で特に考えたいのは、尊厳死(安楽死)に関する論議が具体的にどのような病気の人、どのような状態の人を対象にして行われるべきかという問題である。仔細は本論に譲るが、日本における尊厳死(安楽死)法制化の動きが進もうとしている道は、この点に関して少なからず問題をはらんでいるとわれわれは考える。ここで少しだけ先取りして言うことにすれば、近年の日本の動きは、いわゆる「植物状態」(正しくは「遷延性意識障害」)の人を、事前の意思表示を根拠にして消極的に安楽死させることを重点的な目標としてきた。だが、このような照準の定め方は偏っているのではないか、尊厳死(安楽死)の実施が検討されるべき人はそれとは別にいるのではないか、というのがわれわれの考えである。

この点についても具体的な話は本論に譲ることにして、まず日本であった安楽死事件について見ることから始めることにしたい。

1. 日本における安楽死事件

日本ではこれまでに安楽死事件がいくつもあった。ここでは、それらのうち重要と思われるものを三つ挙げることにしたい。

(1) 山内事件

1961年、愛知県で20代の長男(山内某)が、寝たきりの父親(52歳)に農薬を飲ませて死なせた事件。この父親は以前脳溢血で倒れたことがあり、一時小康状態となったが、その後再発し、自宅で5年間寝たきりであった。手足は曲がったままで、少しでも動くとき激痛に見舞われ、時々発作にも苦しんだ。長男は高校卒業後、農家を継いで母親とともに父を介護していたが、ふとんの上で「早く死なせてくれ」と悶絶する父親を見ているうちにいたたまれない気持ちになった。「死なせてあげることが最後の親孝行だ」と決意した長男は、ある早朝、配達された牛乳の瓶に使い残しの有機リン系殺虫剤を混入する。母親は何も知らずに父

親に牛乳を飲ませたため、父親は間もなく有機リン中毒で死亡した。

（2）東海大学付属病院事件

1991年4月、神奈川県東海大学医学部付属病院で、多発性骨髄腫を患っていた男性患者に医師が塩化カリウムを注射して死なせた事件。事件当時、患者は昏睡状態にあり、介護していた妻や長男は、「もうやるだけのことはやった。苦しむ姿を見てられない」と言っており、点滴やカテーテルを抜いて死なせるように医師に迫った。当該医師は最初拒否していたが、家族の要請を断り切れずにカテーテルを抜いた。その後患者はいびきをかくような大きな呼吸をし始め、苦しむような様子を見せたため、動揺した長男は「楽にしてやって下さい」と厳しい口調で医師に迫った。追いつめられたような心理状態になった医師は、長男の目の前で塩化カリウムを注射して心停止に至らせた。

この二つのケースでは、手を下した者はどちらも殺人罪に問われ、裁判の結果有罪の判決が下っている。なおその際それぞれの判決の中で、安楽死が正しい行為として認められるための条件が提示されている。この条件は、二つ判決の間で項目の立て方や表現等には違いがあるが、内容的にはかなり似かよったものになっている。ここでは両者の内容を私なりにまとめて次に挙げることにしたい。日本の裁判所の判断によれば、安楽死が容認されるのは、次の8箇の条件が満たされたときである。

- ① 患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること
- ② 病気が不治のものであること
- ③ 患者の死が避けられず、死期が迫っていること
- ④ 患者の苦痛を除去・緩和するための方法が尽くされて他に手段がないこと
- ⑤ もっぱら患者の苦痛を除去する目的のために行われること
- ⑥ 患者の明確な意思表示があること
- ⑦ 医師の手によること
- ⑧ 方法が倫理的に妥当なものとして認容されうること²⁾

これらの条件の内容はわれわれの常識に合致するものであり、尊厳死（安楽死）問題について考えるときの重要な尺度となりうるであろう。今後の考察においてわれわれは、必要な場合にはこれらの条件に立ち帰ることにしたい。ここでこれに「裁判所基準」という呼び名

2) 「東海大学付属病院事件」の判決については、次に原文の一部が掲載されている。
赤林 朗（編）『入門・医療倫理Ⅰ』（勁草書房、2005年）、259－60頁。

を与えておくことにしたい。先の二つのケースでは、この「裁判所基準」がすべて満たされてはいないという理由で、有罪の判決が下ったわけである。

なお、東海大学付属病院事件に関する裁判の判決では、安楽死のあり方として次の三つが示されている。われわれの後の議論に大きく関わるものなので、ここで見ておくことにしよう。

- ① 消極的安楽死：無意味と思われる延命治療を行わずに、自然経過による死を迎えさせること
- ② 間接的安楽死：死期を早める可能性があっても患者の苦痛を除去・緩和するための措置をとること
- ③ 積極的安楽死：苦痛から免れさせるために意図的・積極的に死を招く措置をとること³⁾

(3) 射水市民病院事件

2005年10月富山県射水市民病院で、外科部長（当時）が末期の患者から人工呼吸器を取り外そうとしたことが病院内で問題となった。これをきっかけとした調査の結果、2000年から2005年までの間に、当該外科部長が7人の末期患者の呼吸器を取り外して死亡させていたことが判明し、倫理的・道義的に問題のある行為として警察に通報された。この事実が翌06年3月に新聞で報道され、それを受けて病院側が記者会見を実施し、事実をあらためて公表した。その後警察は、「遺族に被害者感情がない」、「家族から本人の意思が推定できた例もあった」といった理由から、「重い刑事処分は求めない」という意見書をつけて書類送検した。それを受けた富山地検は、08年に不起訴を決定し、事件は裁判で審理されることなく決着している。

最後に挙げた射水市民病院事件は、大きな節目をなす重大な事件であった。それは世の大きな反響を呼んで影響を残し、その後の日本における尊厳死（安楽死）論議の流れをかなりの程度まで決定づけたからである。当該の外科部長は、当初は非難の対象となったが、その後メディアに登場して自らの見解を明らかにする中で、むしろ患者思いの医師として世間の同情を集めるようになっていった。ここ数年テレビをほとんど見ていないために私自身は知

3) 判決の原文においては、「積極的安楽死」のことを言うのに「安楽死」という言葉が、「消極的安楽死」のことを言うのに「尊厳死」という言葉が用いられている（上掲『入門・医療倫理Ⅰ』、251頁、参照）。本稿では、後の議論との関わりの都合で、「消極的安楽死」「積極的安楽死」という呼び名に変えた上で判決の内容を示した。また、内容の記述も原文通りではなく、簡潔なものに書き換えている。

らなかったが、テレビにも頻繁に登場していたようである。この事件の内実については、後ほどもう一度述べることになるであろう。

また、この事件をきっかけとして、以前から日本での尊厳死（安楽死）の実現を目指していた「日本尊厳死協会」が活動を活発化させ、06年、事件発覚からまもない時期に「尊厳死法制化の要望書」を厚労相に提出している。この動きを受けて厚労省は、07年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を作成・公表した。また、これとほぼ同時期に「尊厳死法制化を考える議員連盟」は「脳死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱（案）」を発表している。このような動きを経て今年（12年）、先にも述べたように、法案が国会へ上程されようとしている。

さて、このように進んでいる日本の尊厳死（安楽死）論議は、具体的にどのような病気の人、どのような状態の人を念頭に置くものであろうか。このことを検討するために、われわれは差し当って、上に挙げた「ガイドライン」が持つある特徴に着目してみたい。それは、「消極的安楽死」に限定して検討しようとする姿勢である。「ガイドライン」では「生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない」⁴⁾と明言されている。

「消極的安楽死」と「積極的安楽死」との違いは先に見たとおりであり、簡単にいえば、前者は患者を（無理に）延命させずに死ぬのにまかせることであり、後者は、患者を（その場で）死なせることを意味する。この区別は、尊厳死（安楽死）論議の中ではすでによく知られている。過激な「積極的安楽死」をはじめから度外視して「消極的安楽死」に限定しようとする姿勢は、穏健さを感じさせるものであり、常識に適うもっともらしさをもっているように見えよう。なお、先の射水市民病院事件で問題になったのも「消極的安楽死」であり、それゆえに裁判で審議されることなく決着している。

だが、このような常識的な見方は本当に妥当なものであろうか。尊厳死（安楽死）に関して日本が進もうとしている道筋を検討するために、次に「消極的安楽死」と「積極的安楽死」をめぐって交わされた論争について見てみることにしたい。

2. 消極的安楽死と積極的安楽死

「消極的安楽死」と「積極的安楽死」との区別は、尊厳死（安楽死）論議に重要な座標軸を与えるものにほかならない。これに関しては、J・レイチェルスとT・ビーチャムとの間で重要な論争が交されたことがあるので、ここでその内容を必要な限りで辿ることにしたい。

レイチェルスは「消極的安楽死」と「積極的安楽死」との間に実質的な違いはないと考え、

4) 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省、2007年5月）、中島みち『「尊厳死」に尊厳はあるか——ある呼吸器外しの事件から——』（岩波新書、2007年）、所収。

「消極的安楽死」が認められるのであれば「積極的安楽死」も同時に認められるはずだと主張した。そして、当時のアメリカの医師会が声明で「消極的安楽死」のみを認めて「積極的安楽死」を認めていないことを批判した。レイチェルスは自らの考えを、次のような譬えを用いて説明している。彼は読者に次の二つの場合を比較するように要請する。

- ① スミスは、もし彼の6歳の従弟の身に何かあった場合、莫大な財産を得る立場にある。ある晩、その子が風呂に入っているところに彼はしのび込み、その子を溺死させ、それからあたかも事故であるかのごとくとりつくろった。
- ② ジョーンズもまた、もし彼の6歳の従弟の身に何かあった場合、莫大な財産を得る立場にある。スミスと同じようにジョーンズは入浴中の従弟を溺死させようと風呂場にしのび込んだ。ところが、風呂場に入った途端ジョーンズは、その子がすべって頭を打ち、頭から水の中に落ち込んでしまったのを見た。ジョーンズはよろこんだ。そして、必要とあらばその従弟の頭を押し込もうと、かたわらに立つが、その必要はなかった。ジョーンズが何もしないで見ていううちに、その子はほんの少し手足をバタバタさせただけで、ひとりでに“事故で”溺れ死んだ⁵⁾。

この二つのケースを比較してみた場合、後者のほうが前者よりもましだということにはならないとレイチェルスは言う。どちらの場合も人の死を結果させている点では同じであり、この点で両者の間に本質的な違いはないからである。そして、このことと同様の理由で、「消極的安楽死」と「積極的安楽死」との間に違いを認めて、前者のみを容認しようとする考えは誤っているとレイチェルスは言う。彼によれば、前者が「死なせる」こととは違うからといって、それよりも罪のない行為だということにはならない。どちらも死という結果に至らせる点では同じであり、「(何も)しないこと」も「すること」のひとつだと言えるからである。したがって、「消極的安楽死」が認められるならば、「積極的安楽死」も同時に認められなければならないとレイチェルスは言う。

レイチェルスの論証が誤っていることを、ここで確かめておきたい。レイチェルスの議論からは何やら奇妙なもの、不自然なものが感じられるにもかかわらず、反駁しようとする意外に難しい。挙げられている譬えと尊厳死（安楽死）の場合とのあいだで、表面に現れない前提が異なっていることを指摘すれば、レイチェルスに対して反論できる。上記②は、ジョーンズが従弟を助けようと思えば助けることができるにもかかわらず助けず、財産を得

5) ジェイムズ・レイチェルス（小野谷加奈恵訳）「積極的安楽死と消極的安楽死」、H. T. エンゲルハート、H. ヨナスほか（著）、加藤尚武・飯田亘之（編）『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論——』（東海大学出版会、1988年）、所収、116頁以下。

たいという邪悪な欲望を動機として、従弟が死ぬがままにするケースである。それに対して医療の現場においては、延命治療をあえて行わずに患者が死ぬのにまかせるのは、助けようと思っても助けることができない場合である。この場合にはもちろん患者の死が望まれているわけではなく、むしろ逆に、できれば患者を回復させたいにもかかわらず、それができないために患者が死ぬがままにせざるをえないのである。このように、背後に隠れて表に現れない前提が異なっているため、レイチェルスが想定しているような類似は実は成り立たない。従弟が風呂場で溺れるのを助けられない場合と、患者を消極的に安楽死させる場合とは、根本的に異なるものなのである。

ビーチャムがレイチェルスに対する反論を試みているが、それもこの点を指摘するものである。この指摘に続けてビーチャムが主張していることを、次に整理しておこう⁶⁾。

- ・積極的安楽死を避けて消極的安楽死のみを行うという方針をとることによって、誤診によって生命が絶たれる可能性を排除することができる。医療において時に誤診があることは常識であり、安楽死が検討されるような難しい病気においてはなおさら生じやすい。消極的安楽死にとどまる限り、死が免れないと誤って判断されてしまった場合にも、生命が維持されて回復に転じる可能性が残される。
- ・安楽死を消極的なものととどめることによって、「滑り坂論法」を回避して、安楽死がどこまでも広がってしまうのを防ぐことができる。「滑り坂論法」とは、一度きっかけが与えられると、その後どこまでも滑り坂（slippery slope）を落ちるように話が広がってしまい、何らかの施策等が本来の対象よりも広く適用されてしまうことを言う。ビーチャムによれば、安楽死に関して懸念されるのは、積極的安楽死が一度認められてしまうと、それが本来当てはまらない人にまで適用されてしまって、「望ましくない人間」や「価値のない人間」までが安楽死させられる恐れがあることである。注意しないと、精神遅延者、犯罪常習者、欠損新生児、精神異常者等が安楽死の対象と見なされてしまうとビーチャムは言う。ナチス時代のドイツでユダヤ人が大量に虐殺されたのは周知のことであるが、これもそもそもは、むしろ非ユダヤ系の「望ましくない人」や「価値のない人」を安楽死させることから始まったことだという。積極的安楽死を認容することには、このように大量殺戮にまで至りかねない危険がつきまとうとビーチャムは警告する。

とまれビーチャムによれば、「消極的安楽死」と「積極的安楽死」とを区別して、安楽死を消極的なものに限ることには大きな意味がある。この考え方は常識に適うものだと言うこと

6) トム・ビーチャム（守屋唱進訳）「レイチェルスの安楽死論に就いて」、同上、所収、122頁以下。

ができるであろうが、われわれとしては、このような考え方が妥当なものであるかどうかを検討することが課題となる。というのは、尊厳死（安楽死）に関して日本が進もうとしているのも、これと同じ方向にほかならないからである。そしてこの課題を果たすためには、「射水市民病院事件」にもう一度立ち帰ってその内容について検討しなければならない。なぜなら、それはまさに「消極的安楽死」をめぐる事件だったからである。ここであらかじめ一言しておくことにすれば、この事件は一般に考えられているよりもはるかに大きな問題を含むものであった。次にこの事件の内容について見てみることにしよう。

3. 消極的安楽死における「滑り坂」

先にも触れたように「射水市民病院事件」は、当時の外科部長が末期患者の人工呼吸器を取り外していたことが問題となった事件である。「人工呼吸器」について、ここで少し述べておくことが必要であろう。それは、気管にチューブを挿入して、肺中の空気と外気との交換を機械によって行う装置である。肺に備わるガス交換のメカニズムそのものが損なわれていない限り、肺に外気が送り込まれさえすれば、人体はそこから酸素を取り込むことができ、心臓を動かし続けて生命を保つことができる。そのため今日、自力呼吸が失われる恐れがあるような状態に患者が陥ったとき、多くの場合に人工呼吸器が装着されるようになっている。人工呼吸器は今日、代表的な延命装置であると言うことができる。

射水市民病院事件では、医師がこの装置を外したことが問題となった。これは、——分かやすく述べるためにあえて不穏当な言い方をするが——本来ならば死ぬはずの患者から延命装置を外して、患者が自然に死ぬのにまかせた行為である。それゆえこの事件は「消極的安楽死」が問題となった事件にほかならない。生き続けるはずの患者を死なせる「積極的安楽死」が実施されたわけではないから、その点では軽微にも見える問題である。それゆえこの事件は、先にも触れたように起訴されずに決着した。

また、この事件をきっかけとして読売新聞が全国の病院にアンケート調査を行ったところ、射水市民病院で行われたことは現場的には決して珍しいものではないことが明らかになった。このアンケート調査の結果では、延命措置の中止・差し控えについて、56パーセントの医師が「経験あり」と回答している。そしてその行為として最も多かったのは、「人工呼吸器を装着しない、あるいは取り外す」の71パーセントであった⁷⁾。この調査結果を見て、昭和天皇の崩御のときのことを思い出す人も多いであろう。末期の膀胱がんを患っていた昭和天皇は、危篤状態に陥ってから、通常では考えられないような大量輸血を施され、100日以上にわたっ

7) 読売新聞、2006年7月31日の記事。

て延命した。「天皇ならではの異例の措置だ」、「通常人ではここまで延命することはなく、死ぬのにまかせるはずだ」といったことは巷間で囁かれたことであり、消極的安楽死が実際に行われていることはすでに公然の秘密になっていたと言ってよい。このような現実に鑑みれば、射水市民病院事件で問題となった行為は、なおさら重大ではないように思えるであろう。

だが問題はそう単純ではない。常識的な措置がとられただけならば、なぜ射水市民病院ばかりが問題になったのであろうか。射水市民病院では件の外科部長（当時）（以下では「X 医師」と記す）の気紛れな判断に基づいて、消極的安楽死が非常識なまでに性急に実施されていたというのが事件の真相である。「滑り坂」は、意外なことに消去的安楽死に関しても生じうることが明らかになった。ジャーナリストの中島みちが X 医師と直接関わる仕方で事件を取材し、事件の真相を明らかにしている⁸⁾。次に中島が著書で述べているところに従って、射水市民病院事件の内実を必要な限りにおいて辿ってみよう。

2005年10月、鬱状態にあった70歳代後半の男性が首つり自殺を図って、心肺停止の状態でのちに搬送された。救急措置によって心肺の活動は蘇生され、自発呼吸も認められたが、安全のために人工呼吸器が装着された。X 医師は当日から患者の家族に「回復は難しい」という見込みを伝え、2日後には延命治療の中止を決断、その翌日に人工呼吸器を取り外すことを家族に告げた。またその際、見送りのために家族や身内が集まるようにとの指示を出した。

この患者の担当だった看護師は普段は内科で勤務していたが、変則的な事情から、この場合に限って外科の患者を担当していた。“呼吸器外しの儀式”のことを聞いたこの看護師は、大変に驚いて副院長に報告し、さらに着任してまだ日の浅い院長にも報告が届いた。

普段 X 医師と一緒に仕事をしていない看護師にしてみれば、X 医師の判断は考えられないほど性急なものであり、また、家族や身内を10人ほど集めて“呼吸器外しの儀式”を行うといったことは、大変に奇矯で非常識に思われたのである。

事実を知った院長は、事実を知ってしまった以上警察に通報する義務が生じたと考え、またそうしなければ病院が組織ぐるみで隠蔽を図ったことになってしまうと判断した。この結果この事件は公にされ、大きな社会的反響を呼ぶことになったのである。その後の病院の調査によって、上記と同様のケースがほかにも7件あったことが判明した。

X 医師は患者が脳死であることを理由に呼吸器を外そうとしたが、中島が後から取材・調査したところでは、X 医師が取り外しを決断した時点では、脳死判定基準は満たされていなかったという。X 医師は患者が「瞳孔散大、対光反射消失の状態にあった」と言っているが、中島が記録を調べたところでは、X 医師の決断時には患者の瞳孔は1.5ミリ～2ミリの大きさを変動しており、「散大」の状態ではなかったという。通常は瞳孔が5～6ミリ以上で固定

8) 中島みち、前掲書。

して動かなくなったとき「散大」とされるのが常識で、脳死判定基準としては4ミリ以上で固定していることが条件となっている。「脳死」と判定される基準を満たしていないにもかかわらずX医師は、「脳死状態」という玉虫色の表現を使って患者が回復不可能であることを告げ、人工呼吸器の取り外しを決断した。人の死を決めるときの姿勢としては、思いきりがよすぎると言わざるをえない。また尊厳死（安楽死）問題に関して談義したときの話の内容や印象からも、X医師には死の決定に関する慎重さが著しく欠けているように感じられたと中島は述べている。

脳死の人からの臓器移植が広く行われるようになった今日、脳死（に近い状態）の人を死ぬにまかせることには大きな問題はないように感じる人も多いであろう。まして当該の事例は、患者が自殺を企てたケースである。だが、単純に問題はなかったと言うことはできない。話がやや逸れてしまうが、脳死の問題にここで少しだけ触れておこう。

2009年の法改定以降、脳死の人からの臓器移植が日本でも広く行われるようになったが、これとは裏腹に、脳死の人が激痛を感じている可能性や意識活動を行っている可能性が近年ますます指摘されている。臓器摘出手術の執刀時、多くの脳死患者は脈拍が速くなって血圧が急上昇する。この現象は通常の手術では、患者が痛みを感じていることを示す反応だと見なされている。それどころか、脳死患者がのたうち回る場合すらあるという。そのため脳死の人からの臓器摘出手術は、全身麻酔を施した上で行われているのが実情である⁹⁾。

また2008年にアメリカであったケースによって、脳死の人にはっきりとした意識活動がある場合もあることが証明されている。ザック・ダンラップという21歳の青年は、バイク事故のために脳死と判定された。臓器摘出の準備が進められたが、家族の判断で中止されたという。このときダンラップは、外に反応を表すことができないだけで、自分に対して死亡診断が下されたことや臓器摘出が準備されていた状況をはっきり理解していたという。ダンラップはこのときの極限の恐怖を外に表すことができないだけだったのである¹⁰⁾。結局のところダンラップは回復して社会復帰を果たしている。

このように脳死の人を死んでいると見なすことに大きな無理があることに照らせば、ましてそこにまだ至っていない人を死なせてよいということにはならない。脳死と断定された人でも意識活動があることが大いに考えられる以上、そこに至っていない人にはなおさら清明

9) この点については、次の拙稿を参照していただければ幸甚である。

「脳死体験」、『広島修大論集』第52巻第1号（広島修道大学、2011年）、所収。

「日本における脳死論議の歴史」、『人間環境学研究』第10巻（広島修道大学人間環境学会、2012年）、所収。

また、脳死に関する近年の重要な知見については、特に次の書物で詳しく解説されている。

小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』（PHP新書、2004年）。

10) 小松美彦・市野川容孝・田中智彦（編）『いのちの選択——今、考えたい脳死・臓器移植——』（岩波ブックレット No. 782、2010年）、16頁以下。

な意識があることが推測される。上記のダンラップよりもさらに意識がはっきりしている人の命を救おうとしないとするれば、当然のことながら大きな問題であろう。

射水市民病院事件における先のケースに関しては、患者が高齢である上に自殺を企図した場合でもあり、X 医師のとった道に大きな問題があったとは言えないかもしれない。だが、ほかに明らかにされた7件のケースを参照すると、X 医師の行動ははなはだ一貫性を欠いたものであり、その時々気分に基づく場当たり的な決断や行動が目立つと中島は述べている。例えば、先のケースとは逆に、高齢の患者に無理のある手術を敢行して延命を図り、死期の近い患者に無用の苦痛を与えたと思われるケースもあったという。したがってX 医師を、患者思いの親切な医者だと見ることはできない。射水市民病院で起こったのは、やはり行われてはならない尊厳死（安楽死）が実施されてしまった事件にほかならないのである。

なおここで述べておくことにすれば、X 医師には「自分には患者の最期を決定する役割が課されている」といったような一種の全能感に陶醉している様子が見られたことや、情報を操作するためにX 医師が改竄した記録内容をメディアに流そうとした事実なども中島は記している。X 医師は人格的に信頼の置けない人物だと思われても仕方がないであろう。

ともあれ射水市民病院事件から分かるのは、「滑り坂」が単に積極的安楽死に関してのみ生じるのではなく、消極的安楽死に関しても生じうるということである。消極的安楽死と積極的安楽死との区別を強調して、穏健な消極的なものに限れば安楽死を行ってもよいと思うのは、短絡的にすぎる考え方にほかならない。消極的安楽死を安易に認めてしまえば、「滑り坂」を下って、まだはっきりとした意識をもって生き続けることを望んでいる患者の生命を縮めることになりかねないのである。

4. 重点課題としての植物状態

「射水市民病院事件」は印象を二転三転させる、理解の至りにくい事件であった。報道があつて間もない当初は、医師が患者の命を絶ってしまった重大な安楽死事件があつたことが予想されたが、具体的な内容が知らされてからは、予想されたよりもずっと穏健なことだったことが分かって、軽微な事件にすぎないと思った人も多いはずである。だが中島の本が出版されて詳細な事情が明らかにされた後は、また別の意味で重大な事件であつたことが明らかになった。実施されていたのは、消去的安楽死ではあつたが早すぎるものであり、またそれらは非常に不自然な仕方で行われていたのである。

ともあれこの事件は、日本における今日の尊厳死（安楽死）論議のあり方に大きな影響を残しており、その点でも重大な事件であった。先にも述べたように、この事件をきっかけとして日本尊厳死協会は活動を活発化させており、それを受けて厚労省が翌07年に「ガイドラ

イン」を発表している。このような経過を経て今日、国会で尊厳死の法制化が検討されようとしているのである。

さてこのような経過を踏まえた上で、日本の論議では、具体的にどのような病気、どのような状態の人を、具体的にどのように尊厳死（安楽死）させることが念頭に置かれているのか、という問題についてさらに考えることにしよう。「消極的安楽死」が目指されていることは、すでに明らかになった。問題は、どのような病気や状態の人について尊厳死（安楽死）が検討されようとしているかということである。患者の病気や状態としては、当然さまざまなケースがありえるのであり、尊厳死（安楽死）の問題について真摯に考えようと思うならば、このことをできる限り具体的に思い描かなければならないであろう。

この点を検討するために、「日本尊厳死協会」の主張を参照してみることにしたい。これまで述べてきたように、この団体は日本の尊厳死（安楽死）論議の動向に大きな影響を与えてきた。ここで日本尊厳死協会が作成した「尊厳死の宣言書（リビング・ウィル）」の内容を見てみよう（図1）。

注目されるべきなのは、③の「私が数か月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい」という事項である。ここには、尊厳死する患者の具体的な病気や状態として、「いわゆる植物状態」だけが特化して挙げられている。また日本尊厳死協会が発行している書物の内容を見ても明らかであるが、この「いわゆる植物状態」（正しい言い方では「遷延性意識障害」）の人こそが、日本尊厳死協会が尊厳死（安楽死）の重点的な対象と見なしてきたものにほかならないのである。

日本尊厳死協会が発行している『私が決める尊厳死——「不治かつ末期」の具体的提案——』という書物の中で、「持続的植物状態（遷延性意識障害）」について述べられているところを、ここで参照することにしよう。この書物の中では、他のさまざまな病気や状態に先だって、「持続的植物状態（遷延性意識障害）」が最初に取りあげられている。そしてそこでは「日本尊厳死協会の会員にとっては、持続的植物状態が尊厳ある生とはいえない、との思いは強く、その延命措置への対応は不可欠というべきです」¹¹⁾とされている。

このような見方と、射水市民病院事件をきっかけとして日本尊厳死協会が活動を活発化させたこと、そして、この活動を背景にして尊厳死の法制化に向かう動きが醸成したことを考え合わせなければならないであろう。このように考え合わせるとき、近年の日本の尊厳死（安楽死）論議においては、持続的植物状態（遷延性意識障害）の患者を延命させず、消極的に安楽死させることが重点的な目標として意識されてきたことが明らかになる。「宣言書（リビング・ウィル）」によって本人があらかじめ意思表示してある場合には、持続的植物状態（遷

11) 日本尊厳死協会東海支部（編著）『私が決める尊厳死——「不治かつ末期」の具体的提案——』（中日新聞社、2007年）、31頁。

		協会 記入 欄	<h2 style="margin: 0;">尊 厳 死 の 宣 言 書</h2> <p style="margin: 0;">（リビング・ウィル Living Will）</p>
登 録 番 号			
登録日			

私は、私の傷病が不治であり、且つ死が迫っている場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。

従って私の精神が健全な状態にある時に私自身が破棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

①私の傷病が、現在の医学では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことわりいたします。

②但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施して下さい。そのため、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。

③私が数ヵ月以上に涉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持措置をとりやめて下さい。

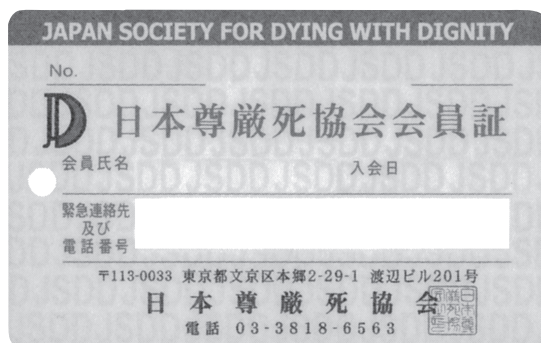
以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

平成 年 月 日

自 署

フリガナ	印
氏 名	明治・昭和 年 月 日生 大正・平成
住 所 □□□-□□□□	

入会希望者は宣言書に署名、押印して協会に送ると、協会は登録番号を付けて保管し、コピー2通を本人に返送します。1通は本人が、もう1通は第三者に所持してもらい、必要が生じたときに提示します



カード形式の会員証

図1. 日本尊厳死会協会「尊厳死の宣言書」（『私が決める尊厳死』，11頁）

延性意識障害)の患者に人工呼吸器などの生命維持装置を装着せずに、患者が自然経過で死ぬのにまかせることが目指されてきたのである。

日本における尊厳死(安楽死)論議の現況について考えようと思えば、何よりも検討されなければならないのは、このような持続的植物状態(遷延性意識障害)の患者の消極的安楽死が認められるか否かという問題である。一見穏健な印象を与える「消極的安楽死」が実は「滑り坂」の危険をはらんでいることは、すでに見たとおりである。しかもそこで問題になったのは、脳死(に近い状態)の人から生命維持装置を取り外すことの是非にすぎなかった。これに比べて、日本尊厳死協会が実現を目指してきたのは、脳死の人よりもはるかに活発な意識活動が残っていると考えられる「植物状態」の人の尊厳死である。「滑り坂」をさらに確実に下っていると言えるのではないか。

「遷延性意識障害(持続的植物状態)」がどのような状態のものであるかについて、日本尊厳死協会の理解は、1972年に日本脳神経外科学会植物状態患者研究協議会が提案した定義に基づいている。それをここでも引用しておこう。

いわゆる「植物状態」は、脳幹の一部が生きており、人工呼吸器をつけなくても自力で呼吸できる状態であり、脳死とは異なる状態である。以下の6項目が治療にもかかわらず3カ月以上続いた場合を臨床の現場では植物状態と考えている。

- ① 自力移動が不可能である。
- ② 自力摂食が不可能である。
- ③ 糞・尿が失禁状態にある。
- ④ 声を出しても意味のある発言が全く不可能である。
- ⑤ 「眼を開けろ」「手を握れ」というような簡単な命令には辛うじて応ずることがあるが、それ以上の意思疎通が不可能である。
- ⑥ 眼球は辛うじて物を追っても、認識できない¹²⁾。

ここで注目したいのは、④⑤⑥の項目の内容である。いずれも意識活動がまだあることを明確に示す現象が挙げられている。

脳死の人から人工呼吸器を取り外すことにすら現在大きな懸念が感じられているのに、それよりもさらに清明な意識があると推測される植物状態の人から生命維持装置を外すことは、果たして認められるであろうか。植物状態の人はザック・ダンラップ以上に自分の状態を理解しているのではないか。

12) 同上、33頁における引用。

この疑問に対して、日本尊厳死協会は本人の意思を根拠にして反論すると思われる。つまり、たとえ意識活動がまだあるとしても、植物状態に陥ってしまったらもはや生き続けようとは思わない人が協会に入会しているのだ、と。実際、日本尊厳死協会会長の井形昭弘は、最近行われたある対談の中で「尊厳死協会会員には、高齢者で遷延性意識障害を念頭に置いて入会する人が多い」¹³⁾と発言している。また仄聞するところでは、自らの尊厳死を望む人には、自分が失禁状態になって他人におむつを取り替えてもらうのは耐えられないと感じる人が多いようである¹⁴⁾。

では、このような意思に応じることは正しいだろうか。「本人が望んでいるのならば、その通り死ぬのにまかせてあげればよいではないか」という思う人も多いかもしれない。だが、話はそう単純にならないのであり、そこにこそ注意しなければならない。よく聞かれる話として、現実的に死に直面したとき、多くの人の意思はそれ以前と正反対のものに変わるということがある。死を意識せずに平凡な日常生活を過ごしているときには「苦しみよりはさっさと死んで楽になりたい」と言っていた人が、死にかねないような危険な状態に実際に陥ってみると、「まだ死にたくない」、「何とかしてくれ」と訴えるという話がよく聞かれる。リビング・ウィルによって事前に意思表示している人でも、実際に植物状態に陥ってしまった現在は死を望んでいない可能性がかなりあるのである。後に瞥見することになるが、全身の筋肉が徐々に委縮してゆく「筋委縮性側索硬化症（ALS）」という難病に罹ってしまった人は、やがて全身がほとんど動かなくなり、数年中に死を迎えるという現実の本気で向き合わなければならない。ところが、ALSで尊厳死（安楽死）を希望する人は少ないという。

死に本当に直面したときに意思が変わることはよく知られている事実であり、そのため厚生労働省のガイドラインでも「患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である」¹⁵⁾と記されている。この問題について尊厳死協会は、「もし意思が変われば、いつでも撤回できること」¹⁶⁾と、年会費の納入によって会員の意思が毎年あらためて確認されることを主張している¹⁷⁾。意思表示を毎年更新するシステムになっているというわけである。

だが詳論するまでもなく、このやり方では、実際に植物状態に陥（りそうにな）った時の本人の意思を確かめたことにはならない。いざ尊厳死が実行されそうになってみると、リビング・ウィルを書いたときとは違って、本人が死に対して大きな恐怖を感じている可能性は

13) 井形昭弘・桑山雄治（全国遷延性意識障害者・家族の会代表）（対談）「尊厳死法制化をめぐる係争点」、『現代思想』第40巻第7号（「特集＝尊厳死は誰のものか」）（青土社、2012年6月）、所収、102頁。

14) 山田 真「尊厳死法の危険な可能性」、上掲『現代思想』第40巻第7号、所収、115頁、参照。

15) 前掲「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」。

16) 前掲『私が決める尊厳死』、24頁。

17) 同上。

かなりある。周囲には分らないだけで、ザック・ダンラップのように死を怖がっているかもしれないのである。

ここで、先に見た日本の《裁判所基準》の内容（本稿93頁）を思い起してみよう。⑥の項目にあるように、尊厳死（安楽死）が実行されるには本人の意思が不可欠の条件になるとされていた。だが、尊厳死協会の主張はこの条件を十分に満たしていない。尊厳死協会の考えは、尊厳死（安楽死）の最低限の条件を満たさず、《滑り坂》の傾斜を急なものにする恐れがあるように思われる。

植物状態の人を尊厳死させることの是非を、さらに《裁判所基準》の条件に照らして検討することにしよう。次に着目したいのは、③の「患者の死が避けられず、死期が迫っていること」という条件である。これは、患者が死を間近に控えた末期にある場合にのみ尊厳死（安楽死）が認められることを意味している。ところが植物状態の人の多くは、この条件を満たしていない。人工呼吸器や栄養補給の装置——近年では、腹部の外から胃にチューブを通して養分を送り込む胃瘻^{ろう}という方法が普及している——を装着することによって、植物状態の人の生命を何年にもわたって維持することが可能になっているからである。この点について日本尊厳死協会は次のように述べて、植物状態を末期と見なす解釈を与えている。

持続的植物状態に陥ると、意識がなく自力による身体運動や摂食行動などの動物的功能は全廃、といった状態になりますが、呼吸や循環器、消化器などの機能は維持されています。しかし、回復不能の持続的植物状態と診断されればそれは不治であり、呼吸、循環、消化機能が維持されているとはいえ、生命維持としての水分・栄養補給なしに生存できないので、それは「末期」と考えたいと思います¹⁸⁾。

だが、ここには少なからぬ無理があるように思われる。人為的な措置によって命をつないでいる状態を末期と見なして、死に向かう過程に戻すことが許されるとすれば、非常に多くの医療行為が無意味だということになってしまうであろう。尊厳死協会の主張には不自然なものが含まれていると言わねばならない。また、植物状態の人に「意識がない」と言うのは、先にわれわれが見たところに照らせば、明らかな誤りにほかならない。

さてこのように見てくると、日本で重点的に目指されてきた尊厳死（安楽死）は、先の《裁判所基準》のうち実に二つを満たさないものであることが明らかになる。消極的安楽死のみに考慮に入れるという路線がとられてきたため、穏健なものが目指されてきたように見えるが、このような印象は見かけだけのもので、実はかなり過激で危ういことが目指されてきた

18) 同上、36頁。

とすることができる。すなわち、末期にあるわけでもない患者に、現時点の本人の意思を確かめることなく死を与えることが目指されてきたのである。尊厳死（安楽死）に関して現在日本が迎えている状況には、大変に危険なものが含まれているのではないかという懸念を禁じることができない。

このことを踏まえた上で、次に、いま国会への上程が目論まれている「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」¹⁹⁾の内容を点検してみよう。第一条では次のように言われている。

この法律は、終末期に係る判定、患者の意思に基づく延命措置の不開始及びこれに係る免責等に関し必要な事項を定めるものとする。

注目したいのは、「延命措置の中止」ではなく「延命措置の不開始」と言われていることである。すなわち、人工呼吸器をはじめとする生命維持装置を取り外すことではなく、これらの装置をはじめから装着しないことが目指されているのである。上程が目論まれている法案でこのようにさらに限定が加えられた理由は何か、ここで検討しておくことにしよう。

それは、一度人工呼吸器などの延命装置が装着されてしまうと、それを取り外すには非常に大きな決断が必要になり、尊厳死の実施が現実には非常に難しくなるという理由であると考えられる。尊厳死協会は次のように述べている。

人工呼吸器は、尊厳死が法制化されていない現状では、これまで人工呼吸器取り外しが問題になった事件をみると、医師に積極的な取り外しの関与を求めることは容易ではありません。取り外しには医療チームの判断を条件としても、それを取り外す場合、短期間で死に至ることから、それが将来、法的に許されるようになったとしても、担当医師、家族の苦悩はいかばかりかと思われまゝ。理論的には人工呼吸器装着の不開始と取り外しとは同じと考える意見が多いと思いますが、現実問題としては装着段階で装着しない選択が勧められます²⁰⁾。

現在日本で進んでいる動きは、この点でも穏健さを追求しているように見える。一度人工呼吸器を装着してしまうと、それを取り外すのには大きな精神的な抵抗が伴うため、人工呼吸器を最初から装着しないというやり方が目指されている。リビング・ウィルによって事前に意思表示している場合には、人工呼吸器などの延命装置を取りつけないとも医師は責任を

19) 前掲『現代思想』第40巻第7号、所収、70頁。

20) 前掲『私が決める尊厳死』、37頁以下。

問われないように法律を整備しようということである。尊厳死がこのような形で法制化されるのは正しいことだろうか。

詳述するまでもなく、このようなやり方をとっても、これまでに見られた問題を回避することはできない。また人工呼吸器を最初から装着しないことは、植物状態からの回復の可能性をはじめからふさぐことにもなってしまう。日本における尊厳死の法制化の動きは、穏健に見えるのは見かけだけで、それを主導してきた考えには大きな危険がはらまれていると言わざるをえない²¹⁾。

尊厳死（安楽死）に関しては、一見した印象からくる予断に惑わされずに、慎重に検討し直す必要があることが分かるであろう。次にわれわれは、積極的安楽死の是非について、これまでと同様に検討することにした。

5. 積極的安楽死の是非

「積極的安楽死」とは、患者に致死薬を投与して（その場で）死なせる行為であり、一見たしかに過激な印象を与えるものである。これは本当に認められないのかどうか、見かけの印象に惑わされずに検討しなければならない。意外なことであるが、先の《裁判所基準》を尺度とした場合、それに合致するのはむしろ積極的安楽死のほうである。不治の病に冒されて死を間近に控えている患者が、耐えがたい苦痛に喘ぎ、本気で「死なせてくれ!」と訴えるような場合のほうが、植物状態の場合よりも安楽死の条件を十分に満たしている。この場合のほうが、そのときの本人の意思がはっきり確認されうるし、末期にあることが明らかであ

21) 日本尊厳死協会会長の井形昭弘は、先に挙げた対談の中で、現在国会への上程が目論まれている法案では、遷延性意識障害（持続的植物状態）の人は尊厳死が実施される対象から外されたと述べている。

「今回の法案では遷延性意識障害は対象から外されましたが、私たちは対象に入れてほしいと申し出ています」（前掲『現代思想』第40巻第7号，102頁）

このことが法案のどこに反映されているかは、判然としていない。また、「遷延性意識障害（持続的植物状態）」が対象から外された場合、どのような病気、どのような状態の人が尊厳死の対象となるかもまた、よく分からないことになった。現在の状況はこのように、何やらねじれたもの、混沌としたものを含んでおり、大変に分かりにくいものになっている。この点については、本稿を書いた段階では情報不足で、十分解明するには至らなかった。他日を期したいと思う。

ただ、「遷延性意識障害（持続的植物状態）」の尊厳死という目標がこれまでの動きを大きく牽引してきたことは間違いのないところであり、また上の井形の発言にも見られるように、今後あらためて目標とされることは十分に考えられる。法案で「遷延性意識障害（持続的植物状態）」が対象から外されたとしても、現在の状況を醸成した根本的な考え方に問題があることは変わらないと考え、本稿でも「遷延性意識障害（持続的植物状態）」の人を尊厳死させることの是非を検討した。

るからである。

またレイチェルスは次のように述べて、消極的安楽死よりも積極的安楽死のほうがより妥当なものとして認められることを主張している。

もし、単に治療をひかえるだけであれば、直接的な行動が取られて死に至らしめる注射を与えられるよりも、その患者の死は長引き、患者はもっと苦しむことになるかもしれない。この事実は、患者の苦しみを引き延ばすことはしないというはじめの決定が一度なされてしまうと、むしろ逆に積極的安楽死が実質的には消極的安楽死よりも望ましいということを考える強力な理由となる²²⁾。

レイチェルスの論証が基本的に誤っていることは先に論じたとおりであるが、少なくとも上に引用した点においては、レイチェルスの主張には大きな説得力があると言うことができる。不治の病に冒されて甚大な苦痛に悩む患者は、積極的に安楽死させられない場合には、苦しむ時間ばかりが無意味に長引かされることになる。

《裁判所基準》に示された条件が満たされれば、積極的安楽死が施されてもよいということには本当にならないのであろうか。この問題について、これまでと同様に、具体的な病気や状態のことを考えながら検討することにした。

ここでわれわれがまず検討したいのは、がんの痛みの問題である。日本では現在3人に1人ががんで死亡しており、将来は半分の人ががんで死ぬようになることが予想されている。がんは死にもっとも関わる病気にほかならない。よく知られているように、がんから来る痛みは大変に苛酷なものである。がんが成長して大きくなると、体の中で石状のものが絶えず神経を圧迫する状態になるため、患者は絶え間なく激痛を感じなければならなくなる。治らないがんになって生きられる時間もはやわずかしかなく、しかもこのような痛み悩まされるとき、患者を安楽死させることは許されないだろう。

がんの痛み問題は、1980年代後半にモルヒネが使われるようになってからは大幅に減少した。「痛み問題はほぼ解決」²³⁾したと言う医師もいる。モルヒネが使われない時代には、激痛に苦しむ患者が泣きながら家族や医者に「殺してくれ！」と本気で訴える場面が病院でよく見られたという。大変に凄惨で、想像するだけでも辛くなる状況である。

今日ではこのような状況はほとんど見られなくなったが、モルヒネが体質的に効かない患者がいまでも5パーセント程度いる。割合にすれば小さいように感じられるかもしれないが、人数にすれば決して少なくない。このような人は今でも、かつて見られたような凄絶な状況

22) レイチェルス、前掲論文、114頁。

23) 笹子三津留『家族がガンにかかったとき』（築地書館、1992年）、149頁。

を迎えているのだろうか。このような人々が感じている激痛はどのように対処されているのであろうか。これは、まさに尊厳死（安楽死）に絡めて検討されねばならない問題にはかならない。世界ではじめて安楽死を法的に認めたオランダを取材した記録を読むと、オランダではまさにこのようなケースに応じるために安楽死が実施されていることが分かる²⁴⁾。

あらためて考えてみると、このような状況こそが、安楽死（尊厳死）の是非が問題とされる状況にはかならないのではないのか。不治の病を患う患者が、苦痛に喘いで「死なせてくれ！」と本気で訴えるという状況である。本稿でも挙げた（92頁）「山内事件」も、これに当てはまるものであった。日本尊厳死協会はこれとは違って、アメリカであったカレン・クインランのケース（1976年）を、尊厳死（安楽死）論議の出発点と見なしている²⁵⁾。これは、カレン・クインランという21歳の女性が、突然原因不明の植物状態に陥って回復不能となった事件である。カレンの父親は、娘の状態が尊厳ある生とは言えないとして、人工呼吸器の停止を求めて提訴した。最終的に州最高裁が取り外しを認めたが、カレンは結局その後自力呼吸を続けて9年間生き延びた。

尊厳死（安楽死）のことが問題になるとき、念頭に置かれる典型的ケースとしては、このように二種類が挙げられることにここで触れておきたい。すなわち、カレン・クインランのような遷延性意識障害（持続的植物状態）のケースと、山内事件や、モルヒネが効かないがんのようなケースとである。日本尊厳死協会の動きを背景とする現在の日本の尊厳死（安楽死）論議においては、後者のケースが検討されないままになってしまうのではないかということが危惧される。

とまれ、がんの問題に戻ってもう一度考えよう。モルヒネが効かないがん患者については、実際どのような対処がなされているのか、医師が述べているところを辿ることにしたい。例えば後藤文夫著『痛みの治療』（2002年）という本では次のように書かれている。

がんに限らず、脳や神経が障害を受けて起こる「神経障害性疼痛」には、モルヒネはあまり効きません²⁶⁾。

「電気が走るような痛み」には抗けいれん剤のカルバマゼピンが有効であり、「シビレ」や「締め付けられるような重苦しさ」には抗うつ剤のアミトリプチリンが有効です。……（中略）……

なお、鎮痛剤の効果は患者さんごとに異なるので、どの薬がどの痛みに効いているか、

24) 三井美奈『安楽死のできる国』（新潮新書、2003年）、21頁、参照。

25) 前掲『私が決める尊厳死』、9頁、参照。

26) 後藤文夫『痛みの治療——頭痛、腰痛からがんの痛みまで——』（中公新書、2002年）、172頁。

医師とじっくり話し合う必要があります。……（中略）……

有効な薬が見つからない場合には、電気刺激のできるカテーテルを硬膜外腔へ挿入し、脊髄を刺激する治療が有効なこともあります²⁷⁾。

最後の段落からは、有効な薬が見つからない場合があること、その場合の代替手段も決定的ではないことが窺われる。モルヒネが効かないために、今日でもがんの痛みから解放されない人がまだいることは、容易に推測されるところである。

これとは別に、がんの最終末期になると多くの場合にモルヒネが効かなくなって、患者が大きな苦痛を感じるという現象があり、この場合には「セデーション（鎮静）」という方法がとられている。これは簡単に言えば、薬物によって意識の働きを大きく抑えて痛みを感じなくさせる方法である。これを実施すると患者はもう話をすることもできなくなるため、この方法は原則として、死期が2～3週間後に迫っていると考えられるときに行われる。

医師が述べているところを辿っていると、このセデーションの方法が近年、最終末期ではない患者にも施されるようになっていくことを推測させる記述に行き当たることがある。病院によっては、モルヒネが効かない場合には、まだ最終末期にない患者にもセデーションが行われているのではないか。たとえば癌研有明病院緩和ケア科部長の向山雄人は次のように述べている。

国際標準の症状緩和治療・ケアでも取れない高度の進行性の苦痛があります。この場合、持続的な深い鎮静（ディープ・セデーション〈deep sedation〉）治療以外、症状は改善できません²⁸⁾。

また、淀川キリスト教病院ホスピス長の池永昌之は、がん患者が感じる痛みには精神的なものがあることを述べ、それに対してセデーションの方法が用いられることもあることを解説している。

聖隷三方原病院の森田達也先生が2004年に発表している「わが国における心理実存的苦痛に対する鎮静」という現状報告があります。105名の緩和ケア病棟医に対する、経験に関する質問紙調査です。

27) 同上。

28) 向山雅人「パリアティブ・セデーション（緩和的鎮静）と安楽死」、日本臨床死生学会（監修）『安楽死問題と臨床倫理——日本の医療文化よりみる安らかな生と死の選択——』（青海社、2009年）、所収、80頁。

その調査では、36%の緩和ケア医が心理実存的な苦痛に対して持続的なディープ・セデーションを行った経験があると答えています。しかし、症例数でいうと1%程度であり、質問用紙では、心理実存的な苦痛のみに対して行ったということではなく、そのセデーションの対処症状の1つとしてこのような苦痛が含まれていたという問い方になっています²⁹⁾。

いろいろな条件が付帯していてやや複雑な話になっているが、ともかく最終末期のがん患者以外にもセデーションが実施されることがあることを思わせる説明になっている。実際のところセデーションがどの程度広く行われているのかは、医療の現場を知らない者にはよく分らないが、今後次第にセデーション治療が広げられてゆくことは推測されることであろう。モルヒネが効かないがん患者の問題には、今後、積極的安楽死によってではなく、セデーションによって対処されてゆくようになるのではないか。

非常に多くの人が死ぬがんについて、セデーションによって痛みの問題が対処されるとすれば、積極的安楽死の検討が必要になるケースは非常に少なくなるであろう。だがだからといって、そのようなケースが絶無になるとは言えないのであり、そこにこそ問題があると言わねばならない。人間が最期を迎えるときの病気はがんだけではないし、また、思いもかけない事情から、もっともな理由で積極的安楽死を望む人がいることも考えられるからである。このような人は非常に少数であろうが、少数であれば考慮に入れなくてもよいということにはならない。ハイデガーが言ったように死は各自的（jemeinig）なものにほかならず、すべてのケースを包括するような一般的な仕方では死を論じることはできないからである。死に関する決定は各人にとっては一回的なものであり、一回限りのことについて統計的な多寡を云々しても意味はない。尊厳死（安楽死）を実施するかどうかは、各ケースに関してそのつど決定されなければならないのであり、それゆえ、たとえごく少数のケースであっても、積極的安楽死が最善の解決策とならないかどうかは、多数派のケースにとらわれずに検討されなくてはならないのである。

この問題について考えるために、次にフランスで実際に行われた積極的安楽死のケースを取り上げてみることにしたい。

6. 尊厳死（安楽死）が真に検討されるべきケース

消防士をしていたヴァンサン・アンバールは2000年9月24日、19歳のとき、交通事故に

29) 池永昌之「臨床現場におけるセデーション施行時の倫理的葛藤について」、同上、所収、93頁。

あって昏睡状態に陥った。約9カ月後に奇跡的に意識と聴覚を取り戻したものの、回復不可能な全身麻痺のため、ベッドに横たわったままの生活を続けなければならなかった。ほとんど身体を動かすことができず、目も見えず、甚大な苦痛と不快感に苦しむヴァンサンは、死ぬことを本気で望むに至る。この間ヴァンサンはシラク大統領（当時）に手紙を書いて、「僕に死ぬ権利を下さい」と訴えた。この行動はメディアによって取り上げられて大きな社会的反響を呼び、ヴァンサンの問題はフランスで広く知られるようになった。フランスにおける尊厳死（安楽死）論議の大きなきっかけとなったようである。ただ、大統領はヴァンサンに「もう一度人生を好きにならなければならない」という「大統領命令」を与えて、ヴァンサンの希望には応じなかった。

ヴァンサンはこれに納得しなかった。ヴァンサンの切実な願いを理解した母親マリーは、2003年9月24日、ヴァンサンにつながれたゾンデにバルビツール系鎮痛剤を注ぎ込んだ。ヴァンサンはこれだけでは死に至らず、異変に気づいた療養所職員が警察に通報したため、マリーは身柄を拘束される。その後もヴァンサンの昏睡状態が続いていたところ、医師団はヴァンサンの希望を踏まえて、「これ以上の延命措置は無意味」と判断するに至る。最終的には蘇生専門医であるフレデリック・ショソイが人工呼吸器を外し、塩化カリウムを注射して心臓を停止させた。裁判の結果、2006年にマリーとショソイには無罪の判決が下っている。

全身麻痺の状態にあったヴァンサンは、もちろん口で話すことはできなかったが、右手の親指だけは動いたため、大声で読み上げられるアルファベットに反応して指を動かすという方法で、自分の思いを言語に移すことができた。ヴァンサンはこの方法によって、母親やヘルパー、ジャーナリストに手助けされて意思を外に表した。ヴァンサンの心中は膨大な時間をかけて記録され、書物にも著わされている。

考えること、思うこと、分析すること以外の行為にはすべて介助を必要とする。呼吸するためさえ補助が必要なことがしばしばだ。僕の立場になって少し想像してみてもいい。……（中略）……からだのあちこちが痛む。でも自分では何もすることができない。苦痛は自分のなかにあって、どっちみち、何をしたところで、その痛みは十分後、さらには一時間後にまたやってくるのだ。喉にはいつも何かが詰まっていて、自分ではつばを飲み込むことさえできない。口の中をすっきりさせるためには、誰かに手伝ってもらって、中にあるものを吸い出してもらわなければならない。酸素が足りなくなり、吸い込んだ空気だけではからだ全体にはもはや十分ではなくなってしまう。だから楽になるために誰かにマスクを当ててもらわなければならない³⁰⁾。

30) ヴァンサン・アンペール（山本知子訳）『僕に死ぬ権利をください——命の尊厳をもとめて——』（NHK 出版、2004年）、97頁。

僕はいつだって早く人生を終わりにしたいと思っている。そう、僕はずっと言い続けている。早く死にたい、と。事故以来、僕が送っているこのクソツたれな人生にはもう耐えられない、耐えたくもない。こんなのは人生じゃない。こんなのは僕の人生じゃない³¹⁾。

ヴァンサン希望をかなえてあげることはおかしなことだろうか。つばを飲み込むのにも人の介助を必要とする生活がどれほど苦痛や不快感に満ちたものであるかは、通常の人には想像することさえむずかしいものであろう。改善されることのない甚大な苦痛と不快感に悩む人の「死にたい」という希望に応じてあげることが、本当に認められないであろうか。この場合には死なせてあげてもよいと考える人も多いはずである。それゆえにフランスの裁判所は、母親と医師に対して無罪の判決を下している。

この問題にここで拙速に答えるのは控えるが、少なくとも、このヴァンサンのケースが、尊厳死（安楽死）を実施するかどうかの検討に真に値する事例だと言うことはできるであろう。安楽死に関する論議は、ヴァンサンのような人を死なせてあげてもよいかどうかをまず考えるべきではないだろうか。

朝日新聞が報じているところによれば、日本でもこれに非常に似たケースがあり、やはり本人が死ぬことを望んでいる。富山市の松尾卷子（69歳）は2006年、少年の居眠り運転による衝突事故にあい、顔の神経の一部を除いて体の自由がきかなくなった。人工呼吸器と胃瘻をつけて生命をつないでいる。まばたきの動きと会話補助装置によって夫の幸郎（76歳）に言葉を伝えて意思疎通をしている。卷子は2009年4月に自らの死を望む意思を明らかにしたという。これを受けて幸郎も、卷子を死なせることを切実に望んでいる。また、自分のほうが先に死ぬかもしれないという幸郎の不安からも、この願いはつのっているようである。もしそうになったら、誰も付き添う人がいないまま卷子だけが残されてしまう。「こんなに残酷な生き方はないでしょう。そこまでして生きなきゃいけないのか」と幸郎は訴える³²⁾。

ヴァンサンの場合と同様、死を与えてもよいのではないかと考えなくなるケースである。ただ、またさらに話が複雑になって分かりにくくなってしまうが、このようなケースでも単純に死を与えてよいということにはならず、だからこそ問題は難しいと言わねばならない。このような単純な見方をとることができないことを示すケースがあるからである。次に見るのは、同じフランスでヴァンサンと似たような植物状態に陥ったジャックという青年のケースである。

ジャックは脳内出血のために植物状態となり、人生に絶望したが、2～3年後に心境が変

31) 同上、13頁以下。

32) 朝日新聞、2012年8月25日の記事。

化し、自らの内面の世界を発達させて、精神活動に喜びを見出すことができるようになったという。植物状態の人でも新たに生きがいを見出すことはできるのである。ヴァンサンと同様の方法で人とコミュニケーションをとっていたジャックは、妻に小説を読み聞かせてもらい、ラジオを聞き、映画を見る（ジャックは片方の目に視力が残っていた）といったことに喜びを感じることができるようになったという。シラク大統領（当時）の「もう一度人生を好きにならなければならない」という大統領命令も、決して的外れなものではなかったのである。ヴァンサンよりも3年ほど早く不自由な状態に陥ったジャックは、このことをヴァンサンに手紙で訴え、ヴァンサンに死ぬことを思いとどまらせようとした³³⁾。（ヴァンサンはジャックからの手紙に大きな感銘を受け、非常に喜んだが、ジャックの提案には同意しなかった。ジャックはリハビリによってリモコン装置を指で操作できるまでに回復しているといったこともあり、ジャックの状態は自分ほど重篤ではないとヴァンサンは考えたからである。ジャックの経験は自分には当てはまらないとヴァンサンは考えたのである。）

ヴァンサンのような人を安楽死させてよいかどうかは、やはりかなり難しい問題である。ヴァンサンが安楽死を遂げずに生き続けた場合、ジャックと同様に人生を楽しむようになった可能性は否定できない。ジャックのようなケースがあることを知るとき、植物状態の人にはたくさんの言葉をかけてあげることが重要だということもまた分かるであろう。植物状態の人は、外に向けて反応することができないだけで、十分な意識活動を保持していることがかなり考えられる。植物状態の人は、家族や友人に話しかけられることに快感を覚えているかもしれない、またテレビやラジオの音声を楽しんでいるかもしれない。植物状態にある期間が長い人ほど自らの精神世界を豊かなものに発達させていることすら考えられるであろう。

7. 尊厳死（安楽死）に関する現在の日本の課題

さて、これらの事例を踏まえた上で、現在日本に見られる尊厳死（安楽死）の法制化の動きについてもう一度考えてみよう。現在の日本における動きは、その基本的な方向性において正鵠を逸していると言わざるをえない。再三述べてきたようにそれは、事前に意思表示してある人が植物状態に陥る場合を重点的なケースと見なして、このような人に消極的安楽死を施すことを目標として進んできた。

だが、それよりも先に、ヴァンサン・アンベールや松尾卷子のような人のケースをまず検討するべきではないだろうか。「消極的」安楽死という言葉に由来する穏健さに惑わされて、尊厳死（安楽死）問題の本質を取り逃してはならない。ヴァンサンや松尾卷子のような人を

33) アンベール、前掲書、139頁以下、参照。

積極的に安楽死させることのほうが、いま日本で法制化が目指されていることよりも、安楽死（尊厳死）の本来の基準をよく満たしている。ヴァンサンも松尾卷子も持続的植物状態ではあるが、安楽死が実施されるときの本人の意思がはっきり示されているからである。

これに対して、リビング・ウィルによって事前に意思表示がしてある場合では、実際に植物状態に（なりそうに）なってから意思が変わって、本人が死を望んでいないことがかなり考えられる。この意思を外に向けて表わすことができないだけかもしれないのである。尊厳死（安楽死）に関して重要なのは、事前の意思ではなく、そのときの意思である。

ヴァンサンや松尾卷子の場合でも、延命措置によって何年にもわたって生存を続けることができるから、《裁判所基準》③の「死期が迫っている」という条件は満たされていない。だが、それでも日本でこれまで目標とされてきた尊厳死よりは基準を満たしているし、このような場合に安楽死を認めないことは、その人が味わっている重篤な苦痛を意味もなく長引かせることになってしまう。

また植物状態の人については、回復することもあるという事実を指摘しておかなければならない。日本で主導的となってきた考え方では、このようなケースに対処することができない。事前の意思を理由に、まだ回復するかもしれない人に延命治療が施されずに、死ぬにまかされてしまう危険がかなりある。また医師が「回復不可能」という診断を下したとしても、誤診の可能性を否定することはできない。ビーチャムが指摘したように、尊厳死（安楽死）の問題に関しては、誤診による間違った決定を避けることが重要になるが、現在日本で上程されようとしている法案では、この要点が逸せられてしまう。

遷延性意識障害（持続的植物状態）は尊厳死（安楽死）が即座に検討されるような状態ではない。ジャックに関して見たように、植物状態の人についてまず重要なのは、多くの言葉をかけ、テレビやラジオの音声、音楽などを聞かせてあげることなのである。植物状態の人は、外に向けて反応を見せることができないだけで、それらを聞くことを楽しみにしていることがかなり考えられるからである。

ヴァンサンや松尾卷子と同様に、死ぬことを本気で望んでいる場合ももちろんあると考えられるが、推測だけで死を決定してはならない。いま現在の意思がはっきり確かめられない場合には、植物状態の人にはやはり尊厳死を実施するべきではない。植物状態は人間が尊厳を保って生きている状態とは言えないと考える見方があり、尊厳死（安楽死）論議の大きな動機となっているが、植物状態のように生と死との境界に位置する現象に関しては、H・ヨナスが言うように「われわれが採用すべき方針は、生きている可能性の側にできるだけ加担することである」³⁴⁾。

34) ハンス・ヨナス（谷田信一訳）「死の定義と再定義」、前掲『バイオエシックスの基礎』、所収、232頁。

さて次に、ヴァンサンや松尾卷子のようなケースでは安楽死を実施してよいかどうかを、可能な範囲で検討することにしたい。私としては今のところ実施してよいのではないかという考えに傾いているが、なお難しい問題が残るために、結論を出し切ることができない。ともあれ、現在考えることができる限りで検討してみることにしたい。

まず注意されなければならないこととして、期間の長さの問題がある。植物状態に関しては、それがどれくらい長く続いているのかは、必ず顧慮されなければならない要件である。先にも述べたように、植物状態の人には何といても回復の可能性がある。植物状態に陥ってから程ない間は回復の望みのほうに賭けるべきであり、死を望む本人の意思が明らかである場合にも、尊厳死（安楽死）を実施するべきではない。

またジャックのように、絶望の時期を経た後に、自らの内面の世界を発達させて生きがいを見出す場合もある。ジャックの場合には、植物状態を2～3年続けた後にこのような心境に達している。このように心境が変化することもあるのであるから、植物状態に関しては拙速に尊厳死（安楽死）の可能性を考えるべきではなく、長い静観の期間を置かなければならない。この点について日本尊厳死協会は「6ヵ月ないし1年」という期間を考えている³⁵⁾が、短すぎるであろう。

ただ長い期間が経過すれば、植物状態の人がすべてジャックと同じようになるわけではないのであり、そのためこの問題について考えるのは非常に難しい。ヴァンサンの場合は事故後1年数か月頃から死を望む意思が固まってゆき、その意思は3年後にも変わっていない。また松尾卷子の場合には、ほぼ全身が麻痺状態になってから約3年後に「死にたい」という希望が表明されている。どちらもジャックとは逆のケースである。このように長い期間の植物状態を経て「死にたい」という意思が固まったことが分かった場合、この意思に応じるべきであろうか。

今のところ私は応じてよいという考えに傾いているが、断定的に結論づけるのはやはり控えることしたい。仮に応じるとする場合にどのように応じるべきかを、ここでは考えることにしたい。まず、この場合には「消極的」安楽死（尊厳死）は適切ではない。人工呼吸器などの延命装置を取り外し、自然経過にまかせて死に向かわせることは、無用の苦痛を感じる時間だけを長引かせることになってしまう。実施するとすれば、必要量の薬物を投与して心臓を停止させる措置でなければならないはずである。実施するとすれば「積極的」安楽死のほうが望ましい場合もたしかに存在するのである。

なおこの場合にもう一つ検討されねばならないのは、先にも触れた「セデーション（鎮静）」の方法である。すでに述べたようにこれは、意識の働きを大きく抑える方法である。この方

35) 前掲『私が決める尊厳死』、31頁

法は今日適用範囲を広げて、最終末期のがん患者以外にも施されようとしている傾向が窺われる。ヴァンサンや松尾卷子のような人に、持続的で深いセデーションを施すことは不適切であろうか。このことの是非をきちんと検討するべきではないかと思われる。セデーションを施した場合、もう一度覚醒させることはどの程度できるのか、セデーションと覚醒とを繰り返すような場合、患者の負担はどのようなものなのかといった問題が、検討されねばならないであろう。ただこれらの問題は、まず医学研究者によって考察されるべきことであり、本稿の課題を超え出るものである。ここでは、植物状態の人にセデーションを施してもよいかどうか、今後の検討の課題となりうることを指摘するだけにとどめておきたい。

最後に、尊厳死（安楽死）に関してよく指摘される問題に触れておくことにしたい。尊厳死（安楽死）を法制化すると、望まない人まで死なせることにつながりかねないという不安がよく聞かれる。例の「滑り坂」の問題である。ナチス時代のドイツにおいて、精神病患者や重度障害者の安楽死がその適用範囲を広げて、ユダヤ人の虐殺にまで至ったことには、先にも触れた。このような「滑り坂」を危惧する声は、「筋委縮性側索硬化症（ALS）」に関わる人から発せられることが多いようである。これは、全身の筋肉の委縮が徐々に進んでゆく難病で、自然経過にまかせれば、摂食不能、呼吸困難になって数年以内に死を迎える。ただ、意識や知的機能は末期まで正常に保たれることが多く、水分・栄養が補給され、人工呼吸器などの延命装置が取り付けられれば、10年以上生存できるケースもある。多くの患者は、このような延命措置を受ける生活を意義あるものと考え、生き続けることを望むようである。

このような場合には、尊厳死（安楽死）を実施してはならないことは言うまでもない。この場合に必要なのは、患者の生をできるかぎりよいものとするように支援することである。先のジャックのケースのように、できる限り末期まで会話補助装置等を使って会話をを行い、それができなくなった後も、できるかぎり頻繁に話しかけ、テレビやラジオの音声、音楽等を聞かせてあげることが重要なことである。これらを聞くことに患者が生きがいを感じていることも十分考えられる。

また ALS の患者は、人工呼吸器が装着されると、痰がつまらないように24時間介護されることが必要となる。必要なのは、こういったことにも対応できるように介護制度を充実させることである。

朝日新聞で松尾卷子について報じている記事の隣には、このような ALS の患者のケースが並記されている³⁶⁾。ALS 患者の土居賢真（40歳）は、自分の場合に対応するように介護制度が成り立っていないために、大きな不自由を味わったという。本来の居住地である茨城県の介護事業所からは「痰の吸引に対応できない」と軒並み断られたために、東京都内に引つ

36) 朝日新聞、2012年8月25日の記事。

越さなければならなかったという。この場合に必要なのは、交替でヘルパーが24時間必ず患者に付き添うことができるような介護制度を確立することである。そうすることによってALSの患者が安心感を得ることができれば、ヘルパーや家族、身内からの話しかけを楽しんだり、内的な精神世界を発達させて生きがいを見出すといったことも、より容易になるのではないか。

またALSの場合にセデーションを施すことが適切か否かも、検討するべきではないか。病状が進んで身体が動かなくなってしまう前に、この点に関して本人が意思表示しておくことは十分可能である。本人が希望した場合、ALSの状態が進行した患者にセデーションを行うことは不適切なのかどうか、医学研究者が検討を積み重ねなければならないであろう。

結 語

現在日本に見られる尊厳死の法制化の動きは、その基本的な方向性において、要点を逸したのになっているとわれわれは考える。それは遷延性意識障害（持続的植物状態）の人を尊厳死の実施の重点的な対象と見なし、事前の意思表示がある場合に消極的安楽死を施すことを目標にしてきた。だがわれわれが見てきたように、尊厳死（安楽死）の実施が検討されるべき人はほかにいる。それは、非常に重篤で回復不可能な苦痛に悩み、真剣に死を望む意思を（事前にではなく）いま現在明らかにしている人である。本稿は、このような人に安楽死を実施してよいかどうかについて結論を出すことは控えたが、このようなケースをまず検討の対象とするべきことを主張するものである。この点について議論を積み重ね、合意を形成してゆくことが今後の課題となろう。またその際、セデーションをもって代替手段とすることができないかどうか、あわせて検討されねばならない。

本稿では、積極的安楽死のほうが消極的安楽死（尊厳死）よりも適切な場合もありえることを論じた。この点について誤解を避けるために、念のため述べておかねばならないが、もちろん本稿は尊厳死（安楽死）の拡大や推進を主張するものではない。むしろ逆に尊厳死（安楽死）の実施の条件を、現在論議されているよりも厳しくするべきだと考えるものである。「本人の現時点の意思」という基準を厳格に順守して、ALSに関わる人たちが恐れる「滑り坂」が生じないような仕方で尊厳死（安楽死）は法制化されねばならない。ALSに関しては、むしろ患者がよい状態で生活続けることができるように法整備が行われなければならないはずである。ALSに関して必要となるのは、尊厳死（安楽死）に関する法律ではなく、患者の生活を社会全体が全力で支援することができるような法律なのである。

人に死を与えてよいかどうかという重大な問題に対して答えようとすれば、当然のことながら慎重にならざるをえない。本稿は答えを出すよりも、尊厳死（安楽死）の実施がまず検

討されるべきケースについて述べ、そのことによって尊厳死（安楽死）問題を見通すための視点を得ようとしたものである。日本における尊厳死の法制化の動きが今後どのような経過を辿るかはまだ不明であるが、われわれはここで示された視座に立って今後の動向を注視しなければならないであろう。

【付記】周知のように2012年12月に国会が解散したため、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案（仮称）」は結局上程されずに終った。本稿準備中はこのような経過を予期することはできなかったため、状況にそぐわない述べ方になっている箇所がある。読者諸賢には事情を汲みとっていただくようお願いしたい。なお上記法案の国会上程の動きはまた振り出しに戻ったことになる。今後の国会の動きが注目される。