

見

解

終末期・人生の最終段階における延命治療の差し控え・中止
および安楽死をめぐる倫理と法制化—現状と課題—



令和8年（2026年）9月28日

日 本 学 術 会 議

哲学委員会

現代における「いのち」を考える分科会

この見解は、日本学術会議哲学委員会現代における「いのち」を考える分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議哲学委員会
現代における「いのち」を考える分科会

委員長	土井 健司	(連携会員)	関西学院大学副学長・神学部教授
副委員長	香川 知晶	(連携会員)	山梨大学名誉教授・同大学大学院医学研究員
幹 事	川端 美季	(連携会員)	徳島大学大学院社会産業理工学研究部・准教授
	吉水 千鶴子	(第一部会員)	公益財団法人東洋文庫研究部研究員／筑波大学人文社会系名誉教授
	斯波 真理子	(第二部会員)	大阪医科薬科大学循環器センター特務教授
	西村 ユミ	(第二部会員)	東京都立大学副学長
	安藤 泰至	(連携会員)	鳥取大学医学部プロジェクト研究員
	一ノ瀬 正樹	(連携会員)	東京大学名誉教授／武蔵野大学教授
	加藤 泰史	(連携会員)	相山女学園大学外国部学部教授
	木村 勝彦	(連携会員)	長崎国際大学副学長・教授
	小島 優子	(連携会員)	国立看護大学校看護学部教授
	島 蘭 進	(連携会員)	上智大学グリーンケア研究所客員所員／大正大学客員教授／東京大学名誉教授
	鈴木 隆泰	(連携会員)	山口県立大学国際文化学部教授
	田坂 さつき	(連携会員)	立正大学文学部哲学科教授・大学院文学研究科哲学専攻教授
	建石 真公子	(連携会員)	法政大学名誉教授
	豊田 光世	(連携会員)	新潟大学佐渡自然共生科学センター教授
	有馬 斉	(連携会員 (特任))	横浜市立大学大学院都市社会文化研究科教授
	本田 まり	(連携会員 (特任))	芝浦工業大学工学部教授

本見解の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務	郷家 康徳	参事官 (審議第一担当)
	加瀬 博一	参事官 (審議第一担当) 付参事官補佐
	東松 敬宏	参事官 (審議第一担当) 付審議専門職

要 旨

1 作成の背景

日本では、終末期医療（とりわけ延命治療の差し控え・中止）については、2006 年報道の射水市民病院事件等をきっかけとして翌 2007 年に出された厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を始め、ガイドラインによる対応が図られてきた。しかし、2021 年に「尊厳死法案」成立を目指す超党派の議員連盟が活動再開を宣言し、さらに 2025 年の参議院議員選挙時には幾つかの政党が「尊厳死」の法制化を政策として掲げるなど、近年、終末期医療についてガイドラインではなく立法による対応を図ろうとする動きが顕在化してきている。本分科会では、こうした動向を受けて、「終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－」（2008 年日本学術会議「臨床医学委員会終末期医療分科会」対外報告）を参考とし、法制化に関わる問題やガイドラインの現状を多角的に検討し、特に法制化の是非の問題を中心に本分科会の見解を提示することとした。

2 現状および問題点

終末期医療における延命治療の差し控え・中止については、ガイドラインによる対応が継続されてきた。2007 年の厚生労働省ガイドラインは改訂を重ね、2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に至っているほか、2014 年に「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」を出した日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会の 3 学会は現在、日本緩和医療学会を加えた 4 学会によるガイドラインを策定中である。しかし、近年、こうしたガイドラインによる対応に代えて、いわゆる「尊厳死」の法制化を目指す動きが顕在化してきている。さらには、「安楽死」についても、海外渡航して安楽死・自殺幇助を実施した例などがマスコミ等で好意的に報道され、これを容認しようとする空気も出てきている。そこで、本分科会はいわゆる「尊厳死」のみならず、「安楽死」も視野に収め、諸外国における法制化の現状を確認し、関連する概念を倫理的に分析するとともに、国内における現行ガイドラインの問題点と法制化の是非を検討した。

3 見解の内容

本文では、本見解の作成に至った背景を確認する「1. はじめに」に続いて、3 章にわたって、諸外国における法制化の現状の確認、関連する概念の倫理的な分析、国内における現行ガイドラインの問題点の検討を行い、最後に「5. おわりに」として、「三つの見解」を提示した。

(1) 諸外国における安楽死、延命治療の差し控え・中止に関する法制化および社会政策の動向と問題

諸外国における安楽死に関する法制化の状況と問題点を確認するために、2001年に安楽死を認めたオランダを含むベネルクス三国、スイス、ドイツ、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランス、カナダの動向を概観した。それらの国の少なくとも一部では、安楽死実施件数が漸増の傾向にあり、また許容される安楽死の対象者も、国連の障害者権利委員会の報告書が警告を発しているように、終末期の患者から障害者、認知症患者、精神疾患患者、難病患者へと拡大する傾向があることが指摘できる。また、諸外国の動向の概観によって「安楽死」、「尊厳死」の概念それぞれの意味するものが必ずしも同じではなく、多義的であり、問題を考える際に用いる用語の重要性も確認できる。

(2) 安楽死、延命治療の中止等に関わる倫理的考察

安楽死・自殺幇助、延命治療の差し控え・中止、緩和的鎮静・鎮痛といった医療行為を概観し、積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死、尊厳死といった概念を整理し、それを踏まえて問題となる医療行為について主に患者の苦痛と自己決定を理由とする肯定論とそれに対する反対論に分けて検討した。その結果、まず問題の検討のためには多義的で予断を生むおそれの高い「尊厳死」といった言葉を避け、例えば「オピオイドの投与が患者の死を早めるケース」といった、行為の実態をそのまま記述する用語の使用を提案する。また医師による安楽死と自殺幇助については、社会的弱者へのリスクや医療行為としての問題性のほか、生命短縮の作為性と意図性の問題点を考えるならば、法制化すべきではない。

(3) ガイドラインと法制化の是非

法制化せず現状維持が望ましいとは言え、現状のガイドラインによる対応にも倫理的問題がないわけではない。そこで現在の日本における医療・介護の現場に大きな影響力を及ぼしている2018年の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を、医療・ケアの現場から見た問題点を中心に検討し、今後の改訂時の参考となるよう考察を重ねた。その結果、意思決定プロセスに関わる本人・家族等についても、また対応する医療・ケアチームについても、さらには意思決定システム自体や対象となる疾患等についても、不明確さが残っていることが確認された。当然のことながら、ガイドラインだけでは個別の事例への十分な対応は不可能である。そのことを考えれば、少なくとも医療・ケアの現場から見れば、法制化は柔軟な対応に結び付かないどころか、過度に拘束するものになる可能性が高い。

(4) 三つの見解

以上、「尊厳死」だけではなく「安楽死」まで視野に収めて、諸外国における法制化の現状の確認、関連する概念の倫理的分析、現行ガイドラインの問題点と法制化の是非の検討を行い、そのまとめとして、本分科会は次の三つの見解を提示する。なおここでの考察は、国会議員、厚生労働省および医療・ケア従事者、医学系学会のみならず、より広い人々に向けて作成されたものである。

①問題に関連する一連の用語については、曖昧な表現を避け、意味を明確に限定できるものに整理すべきである。特に多義的で予断を生む恐れのある「尊厳死」という言葉は避けるべきであり、また「消極的安楽死」「間接的安楽死」といった言葉も使用を避けるべきである。

②医療者による安楽死・自殺幫助については、様々な倫理的理由や法制化の結果として対象者の拡大が生じている海外の現状を考慮すれば、容認することはできない。

③延命治療の差し控え・中止については、いわゆる「尊厳死」を法制化すべきではない。課題を克服するために必要なのは、医療やケアを受ける本人・家族や現場の医療者・介護従事者が柔軟で適切な個別的対応を実現するための支援である。

目 次

1	はじめに	1
2	延命治療の差し控え・中止と安楽死をめぐる法制化に関する国内外の動向	3
3	延命治療の差し控え・中止、安楽死等に関わる倫理的考察	8
(1)	行為の概要	8
①	積極的安楽死と自殺幫助	8
②	生命維持に有効な延命治療の差し控え・中止	9
③	緩和的鎮静・鎮痛	10
(2)	概念の整理	11
①	積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死	11
②	尊厳死	12
(3)	肯定論と否定論	13
①	肯定論—患者の苦痛と自己決定	13
②	否定論—生命の価値、社会的弱者へのリスク	13
(4)	倫理的評価	16
①	延命治療の差し控え・中止、緩和的鎮静・鎮痛	16
②	積極的安楽死と自殺幫助に特有の問題	16
(5)	倫理的考察のまとめ	18
4	延命治療の差し控え・中止をガイドラインで規制している現状における課題	19
(1)	人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂） （2018年）	19
①	ガイドライン（1）—①	20
②	ガイドライン（1）—②	21
③	ガイドライン（1）—③、④	22
④	その他の論点とガイドライン（2）の「決定手続」	22
(2)	現状のガイドラインの課題と法制化の是非	23
5	おわりに—三つの見解	25
	＜参考資料＞審議経過	26

1 はじめに

人の生命には極めて大きな価値がある。医学・医療においても、「生命を守り、それを維持する」ことがその営みの基本であるということを否定する人はいないだろう。

しかし、いかに医学が進歩したとしても、そこには限界があり、延命や生命維持のみを至上の目的とするような医療がとりわけ終末期における患者に利益をもたらさないばかりか、かえってその苦悩を引き延ばしてしまうことについては、二十世紀の後半から徐々に認識されるようになってきた。そのようなことを避けるべく、一定の条件の下で、患者本人の要望に基づいて自然な死を迎えさせるような医療的対処、すなわち延命や生命維持に役立つ治療を差し控えたり、中止したりするという行為が容認されるようになってきた（日本ではこうした行為について「尊厳死」という語が用いられることが多いが、これは後述するように不適切であり、本見解においては「延命治療の差し控え・中止」という語を用いる）。

次章で述べるように、日本では延命治療の差し控え・中止の部分的容認は、法律の形ではなく、主としてガイドラインに基づいて行われてきた。しかし、超党派の議員連盟が、延命治療を拒否する患者の権利を法的に確立することを目指して活動したり、近年では、選挙公約に高齢者医療費の問題と関連させて終末期医療の制限を明示する政党が現れたりするなど、延命治療の差し控え・中止の法制化を求める動きも続いている。

他方、海外では延命治療の差し控え・中止の法制化にとどまらず、更に進んで、安楽死を合法化する国や地域が増えてきている。ここでの安楽死とは、主に終末期の病等に起因する苦痛から患者を解放するために患者を死に至らせることが確実な種類と量の薬物を与える行為である（本見解においては、積極的安楽死と医師による自殺幫助をまとめて安楽死と表記する。両者の違いについては3章で述べる）。安楽死については、日本では法制化されておらず、判例により要件が示され、その一部が満たされていないとして有罪判決が下された（殺人罪、東海大学安楽死事件）¹。京都の ALS 患者から依頼を受けて殺害した医師2人の事件でも、最高裁の決定により、実刑判決が確定した（嘱託殺人罪、京都 ALS 患者嘱託殺人事件）²。しかし近年、海外に渡って自殺を幫助される日本人を追ったドキュメンタリー番組などが何度も放映されるにつれ、法制化を真剣に議論すべきだと主張する人々が日本でも徐々に増えてきているものの、安楽死をめぐるのは、これまで日本では公共的な議論が十分にされてきたとは言えない。

気管内チューブを抜く行為（抜管）が法律上許容される治療中止に当たるか

〔Web サイトはすべて、2026 年 9 月 26 日時点のもの〕

¹ 横浜地判平成 7 年 3 月 28 日判時 1530 号 28 頁

² 最決令和 7 年 6 月 10 日、最決令和 7 年 7 月 7 日

否かが争われた事件では、治療中止に関する一般的な要件は示されていない。最高裁は、抜管は家族からの要請に基づき行われたが、その要請は適切な情報が伝えられた上でなされたものではなく、抜管が被害者の推定的意思に基づくともいえない、と判断した（殺人罪、川崎協同病院事件）³。

本見解では、安楽死および延命治療の差し控え・中止について、まず、日本と諸外国の現状を確認する。その上で、これらの行為について倫理的検討を行い、従来のガイドラインによる対応のあり方とその問題点を指摘し、延命治療の差し控え・中止の法制化や安楽死合法化についての要点を提示する。

日本学術会議では、1994年5月26日に「死と医療特別委員会」が「死と医療特別委員会報告－尊厳死について－⁴」を発出し、一定の条件下で延命医療の中止という意味での「尊厳死」を認めている。この報告では「実際に〔延命治療の〕中止が問題になるようなケースは様々であり、中止すべき場合を立法によって解決しようとするれば、どうしても包括的にならざるをえなくなって濫用の危険を招くか、逆に要件が厳格になりすぎて柔軟な対応ができなくなるおそれがある」と指摘されている。さらに2008年2月14日には日本学術会議「臨床医学委員会終末期医療分科会」が対外報告として「終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－⁵」を発出した。この報告では「延命医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の亜急性型終末期医療全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそ重要であり」、これが「本来の終末期医療のあるべき姿」と述べられている。いずれも発出はかなり以前のものであるが、本分科会の見解は、そこに示されている基本姿勢、特に「延命医療の中止の条件を定めることよりも、わが国の亜急性型終末期医療全般の質の向上、格差の是正を強く求めることこそ重要であり」、これが「本来の終末期医療のあるべき姿」であるとの姿勢を受け継ぐものである。

³ 最決平成21年12月7日刑集63巻11号1899頁

⁴ 日本学術会議「死と医療特別委員会報告－尊厳死について－」平成6年5月26日、
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/13/15-41.pdf>

⁵ 日本学術会議 臨床医学委員会終末期医療分科会 対外報告「終末期医療のあり方について－亜急性型の終末期について－」平成20年（2008年）2月14日、
<https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t51-2.pdf>

2 延命治療の差し控え・中止と安楽死をめぐる法制化に関する国内外の動向

日本では、終末期の医療とケアのあり方に関しては、特に法制化することなく、国や学会等がガイドラインを作ることで対応してきた。医師が書類送検された射水市民病院事件（2006 年報道）等をきっかけに、厚生労働省（以下、「厚労省」という）が 2007 年に出したガイドラインは、延命治療の差し控え・中止が容認できるための条件を示した。2018 年にはこのガイドラインの改訂版である「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン⁶」が出ている。

医学系諸学会も独自にガイドラインを策定してきた。2014 年には、日本集中治療医学会・日本救急医学会・日本循環器学会の 3 学会が「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～」を出している。安楽死は非として除きつつも、やはり延命治療の差し控え・中止については一部容認する内容である。2024 年からは、日本緩和医療学会を加えた 4 学会によるガイドラインの策定に向けた検討が行われつつある。

海外では、実際に延命治療の差し控え・中止に関して法制化のなされている国や地域もある。これらの国や地域では、患者が文書で意向を明らかにしていれば、生命維持に必要な治療であっても、その意向に従って差し控え・中止することが容認できるとする趣旨の法律が作られた。欧州と北米の他、韓国、台湾、シンガポールなど、アジア圏にもそのような法律を有している国や地域がある。

安楽死の合法化は世界全体から見ると必ずしも主流と言えないものの、欧米諸国などで徐々に広がっていることも確認できる。そこで以下では、安楽死合法化について、ベネルクス三国、スイス、ドイツ、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスおよびカナダの動向、並びにそこで起こっている問題等を概観しておきたい（これらの記述は、2026 年 9 月 26 日時点の状況に基づく）。

安楽死を合法化している国としてよく知られてきたのは、ベネルクス三国である。

オランダでは、「生命終結および自殺幫助審査法（安楽死法）」が 2001 年 4 月に可決され、2002 年 4 月から施行されている。ベルギーでは、2002 年に「安楽死に関する法律（安楽死法）」、「緩和ケアに関する法律および患者の権利に関する法律（患者の権利法）」が成立した。ルクセンブルクでは、オランダおよびベルギーの状況が検討され、2009 年に「緩和ケア、事前指示および終末期の付添いに関する法律（緩和ケア法）」並びに「安楽死および自殺幫助に関する法律（安楽死法）」が成立した。

これらベネルクス三国では安楽死の実施数が漸増傾向にあり、安楽死が一定

⁶ 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」改訂 平成 30 年 3 月、<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

程度社会的に受容されていると見ることもできる。しかし、法律の施行期間が長期間にわたるにつれて問題が出てきていることにも注意が必要である。オランダでは、進行した重度の認知症患者が事前の意思に反して拒否の態度をとっているにもかかわらず、家族が押さえつけて安楽死を実施した事例が確認されている。ベルギーでは、安楽死の要件として「肉体的または精神的苦痛」と規定されており、対象が障害者や精神疾患患者へと広がる懸念は既に現実化している。さらに、慢性的なうつ病患者の女性への安楽死が問題となったモルティエ事件において、欧州人権裁判所は、監督委員会の独立性が欠如していること等を理由として、欧州人権条約 2 条違反とする判決を下した（2022 年 10 月）。

スイスでは、積極的安楽死（当国の表現に従えば「安楽死（要請による殺害）」）は処罰の対象となり、利己的な動機により他者に自殺を教唆するか幫助した者は、既遂・未遂を問わず処罰される。しかし、自殺を幫助する側が利益を得ない場合は自殺幫助が認められる。幫助者は医師である必要はなく、刑法上は対象者の居住地や症状が限定されていない。自殺幫助団体は複数設立されているが、そのうち、スイス国籍保有者または国内居住者のみを対象とする「エグジット」が会員数として国内最大の団体である。また、外国からの希望者も受け入れている団体としては「ディグニタス」が最大規模のものであり、希望者はドイツ在住者が最多となる。2023 年には自殺者も自殺幫助者も増加しており、自殺幫助は男性 693 人、女性 1,036 人で、各々前年比で 6.8%、9.6% 増である。なお 2023 年以降、自殺幫助団体が精神疾患を患う女性に致死薬を処方した事件や病気の夫と一緒に死ぬための致死薬を処方した事件において、スイスの連邦最高裁が無罪の判断を下していた。

ドイツでは、積極的安楽死は禁止されている（刑法 216 条）。2015 年の法律により営利目的の（業としての）自殺幫助も禁止されたが（刑法 217 条）、この法律は連邦憲法裁判所 2020 年 2 月 26 日判決により違憲とされた。この判決は、一般的人格権（基本法 2 条 1 項および 1 条 1 項）には、個人の自律の表現として、自己決定に基づく死への権利が含まれる、ということを示した。

アメリカでは、1985 年に連邦法として「統一末期患者権利法」が成立し、終末期の延命治療の差し控え・中止が患者の権利として認められたが、その後、1990 年代以降、積極的安楽死や医師幫助自殺の合法化を求める運動が幾つかの州で展開されてきた。その結果、1994 年に「オレゴン州尊厳死法(Oregon Death with Dignity Act)」が住民投票で可決された（1997 年施行）。ここでの「尊厳死」は「医師幫助自殺」を指し、末期患者が医師の処方した処方箋によって致死薬を自分で入手し、自死することが合法化された。アメリカでは、同種の州法や判例が成立している州は 2008 年のワシントン州以降現在に至るまでで合わせて 13 州と 1 特別区(コロンビア自治区)となっており⁷、代表的な

⁷ California, Colorado, Delaware, Hawaii, Illinois, Maine, Montana, New Jersey, New Mexico, New York, Oregon, Vermont, Washington および District of Columbia

合法化推進団体(Compassion & Choices)は 2028 年までに全米の半数の州での合法化を「大胆な目標」として掲げているが⁸、反対意見⁹も強く今後の動向を予測することは難しい。

さらにオーストラリアでは、1995 年に北部準州において世界で初めて「医師による患者の積極的安楽死および自殺幫助」の合法化案が成立したものの、施行から 9 か月後には連邦法によって無効となっていた。それが 2017 年以降、2024 年にかけて再合法化が進み、オーストラリア全土で、医師から患者に対して自発的幫助自殺の話をしないという条件を附加したかつての北部準州法と同様の法律「自発的幫助自死法 (Voluntary Assisted Dying Act)」が成立し、対象者を拡大する方向での法改正も行われている。

イギリス (イングランドおよびウェールズ) では、1961 年自殺法(Suicide Act 1961) 2 条により、自殺教唆・幫助は犯罪として処罰される。余命 6 か月未満の成人 (18 歳以上) に死を選ぶ権利を認める「終末期成人法案 (Terminally Ill Adults (End of Life) Bill)」が議会に提出され、2025 年 6 月に下院で可決された。しかし、患者が家族らの負担を減らそうと安楽死を選ぶのではないかという点が指摘され、上院で大量の修正案が提出された結果、2026 年 4 月に審議未了で廃案となった。下院議員が法案を再提出していたが、同年 9 月 11 日に下院で否決された。延命治療の差し控え・中止に関しては、2005 年意思決定能力法 (Mental Capacity Act 2005) により、特定の延命治療を拒否する事前の意思表示 (Advance Decision to Refuse Treatment: ADRT) に法的拘束力が認められている。

フランスでは、2002 年に延命治療の差し控え・中止が最初に法制化されたが、2016 年に成立したクレス・レオネッティ法は、終末期の患者の権利として、「すべての治療を中止する権利」に加え「死亡まで継続する深い持続的鎮静を求める権利」を創設した (死亡まで継続する深い持続的鎮静については 3 章で説明する)。さらに 2022 年、マクロン大統領は選挙公約において合法的な「死の支援 (l' aide à mourir)」を掲げ、国家倫理諮問委員会 (CCNE) の『答申』 (2022 年)¹⁰も死の積極的な支援を非犯罪化することを答申した。こうして 2025 年 5 月、フランスの下院は第一読会において、終末期医療に関する二つの法案「すべての人が緩和ケアと支援サービスに平等にアクセスできることを確保するための法律案」および「死への支援を受ける権利に関する法律案」を可

(Washington, D. C.). Cf. <https://compassionandchoices.org/state-advocacy/>;
<https://deathwithdignity.org/states/>.

⁸ <https://compassionandchoices.org/about-us/cc-strategic-plan/>.

⁹ 例えば、AMA (American Medical Association: 全米医師会) は 2022 年 7 月に “Physician-Assisted Suicide” という文書を発表し、医師幫助自殺が医師の倫理綱領に反するもので容認しがたいことを確認している。Cf., <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/physician-assisted-suicide>

¹⁰ Comité consultatif national d'éthique, Avis 139 Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité.

決した。しかし後者は一定の要件下で「積極的安楽死、自殺幫助、治療の停止」を認める内容であることもあって、医療者の団体等から強い反対が出されるなど、世論を二分する問題となっている。批判としては、既に CCNE の『答申』もまとめているように、医療の使命は死をもたらすことへの貢献ではない、死ぬ権利の容認は患者にも社会にも危険である、この権利により障害のある患者や慢性疾患の患者が生きる価値がないとみなされかねない、といったものがある。さらに、緩和ケアとの関連では、その充実により「死への逃避」が軽減される可能性、また、医療費節減の観点から安楽死導入により緩和ケアの予算が削減される危険性も指摘されている。2026 年 1 月、上院は、緩和ケアに関する法律案を可決し、死への支援に関する法律案を否決した。後者の法案は、同年 2 月以降も上院により繰り返し否決されたが、7 月に下院で最終的に可決され、8 月 14 日に憲法院がこれを合憲とした。この法律は、同月 18 日に公布された¹¹。

フランスの法案では、従来の「医師幫助自殺」という表現が「死の支援」と言い換えられている。こうした置き換えを積極的に進め、現在、世界で最も大胆に安楽死の合法化を進めているのがカナダである。カナダでは、2015 年にケベック州で MAID(「死の医療的支援(Medical Assistance in Dying)」)が合法化され、翌年にはカナダ全土での合法化(Bill C-14)が行われた。その後 2019 年にケベック州上級裁判所が医療による安楽死の要件を根本的に見直し、終末期という条件を外して障害を理由とするものへ要件を拡張することを認める判決を下した(Truchon and Gladu v. Canada)。これを受けて、カナダでは対象者を順次拡張する形で、2021 年、23 年、24 年と新たに法改正が行われてきている。

こうしたカナダの動向に対して、国連の障害者権利委員会は、2025 年 3 月に、カナダにおける障害者権利条約の実施状況を検討した報告書の中で、カナダの立法は障害を医療的安楽死の理由として認めるもので、障害者の人権を侵害するものだという「強い懸念」を表明した。さらにその報告書は、カナダの立法では今後の予定として安楽死の対象を「唯一の基礎疾患が精神疾患である」人や未成年者へと拡大することが既に決定されている点も支持できないことを表明している¹²。また、同委員会は、フランスの「死の支援」法案の下院通過を受けて、同法案に対して、カナダでの動向に対するのと同様の懸念を公表している¹³。

¹¹ LOI n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir : JORF n° 0192 du 19 août 2026.

¹² この点について次の文献を参照。国連・障害者権利委員会(Committee on the Rights of Persons with Disabilities) 第 32 会期(2025 年 3 月 3 日～21 日)委員会採択、「カナダの第 2 回および第 3 回定期報告書に関する総括所見」(Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Canada).
https://digitallibrary.un.org/record/4080760?ln=zh_CN&v=pdf.

¹³ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno

以上、欧米諸外国等における安楽死合法化の状況を概観した。ベネルクス三国やスイスでは、安楽死の実施件数は増加傾向にある。さらに対象者が障害者、認知症患者、精神疾患患者、難病患者へと広がりつつあることが懸念されている。次章で詳しく述べるように、安楽死合法化は弱者に生命短縮を押し付ける危険がある。この点を見逃すことはできない。

以上の概観によって、「安楽死」「尊厳死」の概念それぞれの意味するものが必ずしも同じではないことも確認できる。とりわけ「尊厳死」という言葉は、延命治療の差し控え・中止の意味で用いられる場合もあれば、アメリカのように医師幫助自殺を意味する場合もある。オランダが生命終結と自殺幫助を「安楽死」という語でまとめたり、カナダやフランスの立法が「医師幫助自殺(PAS, physician-assisted suicide)」を「医師幫助死(PA, physician-assisted death/dying)」、さらには「死の医療的支援(MAID/MaiD, Medical Assistance in Dying/Medical Aid in Dying)」と言い換えたりする例もあり、地域によって用語が一致していない。この点についても次章で考察する。

分科会における議論では、人の生命を短縮させる、または延命治療を行わないことについて、違法性阻却事由を法定すべきではないか、という意見もあった。しかし、緩和ケアおよび患者の権利を保障する法律を先に制定しなければ、そのような立法措置はとれない、という意見も示された¹⁴。これらの議論を踏まえて、本見解では、安楽死または延命治療の差し控え・中止を許容する要件を法律で定める必要はない、ということを提案する。

「尊厳死」を法制化する法律案では、医師の免責等が趣旨とされているが、医師の責任については、日本医師会によるガイドラインで既に指摘されている。射水市民病院事件を受けて日本医師会も「終末期医療に関するガイドライン」を発出しており、厚労省の動向に合わせて「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」（令和2年5月）¹⁵に改訂した。このガイドラインでは、ACP（後述）の重要性と延命措置の開始・差し控え・変更および中止等に関する基本的な考え方および手続等が規定されており、この手続に則って延命措置を取りやめることについて「民事上および刑事上の責任が問われるべきではない」と述べられている。特定の行為を要件として法律で規定するよりも、現場における医療・ケアおよび意思決定のプロセスを重視し、ガイドラインに沿いつつ個別具体的に対応するほうが、患者・家族等に寄り添うことができる。

=CRPD%2FC%2F33%2F3&Lang=f.

¹⁴ 日本弁護士連合会『『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）』に対する会長声明』2012年（平成24年）4月4日、https://www.nichibenren.or.jp/document/statement/year/2012/120404_3.html

¹⁵ 日本医師会 生命倫理懇談会「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン（令和2年5月）」https://www.med.or.jp/dl-med/doctor/r0205_acp_guideline.pdf

3 延命治療の差し控え・中止、安楽死等に関わる倫理的考察

本章では、延命治療の差し控え・中止と安楽死について、まず各行為の内容を概観し、倫理的議論の前提となる諸概念を整理し、若干の倫理的検討を行う。

(1) 行為の概要

主に終末期の患者を死に至らせる、あるいはその可能性がある医師の行為の倫理的是非が国内外で社会的問題になってきた。これらの行為は、大きく二つのタイプに区別できる。①積極的安楽死と自殺幫助、②生命維持に有効な医療の差し控え・中止である。加えて、やはり倫理的懸念を生じる行為に③緩和的鎮静・鎮痛がある。これも使用する薬の量や患者の容体などによって、患者の死を早めるリスクがある。以下、それぞれの概要を述べる。

① 積極的安楽死と自殺幫助

積極的安楽死とは、患者を死亡させることで苦痛から解放するために、患者の死を速やかに引き起こすことが確実な種類と量の薬を投与することをいう。前章で触れた 1995 年のオーストラリア北部準州の一時的立法を除けば、オランダで 2001 年に初めて合法化された。

自殺幫助とは、一般には、他人の自殺を手伝うことを指す。ほとんどの国はこれを法律で禁止してきたが、近年、一部の例外的なケースに限り、合法化する国や地域が出てきた。幫助が許されるのはたいてい医師なので、合法化されている行為を指すときには「医師による自殺幫助」と呼ばれることが多い。これもまたオーストラリア北部準州での一時的合法化を除けば、合法化は 1994 年のアメリカのオレゴン州が最初である。

合法的な自殺幫助の場合、やはり患者を苦しみから解放するために、死を速やかに引き起こすことが確実な種類と量の薬が与えられる。積極的安楽死との違いは、後戻りができなくなる直前の動作を患者が自分で行うか、他人が行うかの違いにある。自分で行う場合が自殺幫助、そうでない場合が積極的安楽死である。本見解では、必要に応じて、これらの行為をまとめて安楽死と呼ぶ。

その双方を合法化しているオランダのガイドラインは、積極的安楽死の場合には、ロクロニウム等の筋弛緩剤の使用を推奨している。まず苦しくないように鎮静をかけて患者を昏睡状態にした後、筋弛緩剤を投与すると、呼吸筋を含む全身の筋肉が麻痺して、呼吸停止に至る。他方、自殺幫助の場合には、バルビツール酸の使用を勧めている。バルビツール酸は、意識低下を引き起こす鎮静薬の一種だが、特に量が多いと、患者の呼吸を抑制する効果を生じる。医師は、飲みやすいように甘いシロップと混ぜて、コップに用意する。患者がこれを自分で飲み干すと、まず意識を失った後、呼吸不全のため死亡する¹⁶。

¹⁶ Royal Dutch Medical Association (KNMG), Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, 2012, <https://derechoamorrir.org/wp->

積極的安楽死や自殺幫助を合法化した国や地域では、実施の許容条件として、判断力のある患者が安楽死や自殺幫助を要請していること、患者が治る見込みのない病気に罹患していて終末期にあること、その苦痛が耐えがたいほどであって他の方法では取り除けないことなどを要求していることが多い。

ところが実際には、前章でも述べた通り、こうした規定に沿わない仕方
で安楽死が行われるケースが起きたり、判断力のない患者や終末期にない患者でも合法的に安楽死や自殺幫助を受けられる国や地域が現れたりしている。安楽死の対象になる患者の範囲の拡大といった懸念が実際に生じていることは否定できない。

② 生命維持に有効な延命治療の差し控え・中止

特に前世紀の後半から、患者の生命の維持に効果がある、あるいは有効と見込まれる治療を差し控えたり、中止したりすることの倫理的な是非が社会問題化してきた。

延命治療の差し控え・中止がもたらす倫理的問題の深刻さは、当の治療の内容、治療を必要としている病気の種類と状態、患者の意向など、様々な要素に左右される。倫理が問題になる場面では、患者の状態と必要とされている治療の種類が特定された上で、具体的なケース毎に議論されることが多い。

1970年代からこの主題が社会問題化したアメリカでは、意識を喪失して回復を見込めない状態（遷延性の意識障害）の患者に装着した人工呼吸器の取り外し¹⁷、本人の意向を理由とした脳性麻痺などの身体障害がある人の呼吸器や経管栄養の中止¹⁸、成功する可能性が極めて小さいと思われる場合における心肺蘇生の差し控え¹⁹などのケースの妥当性をめぐって、裁判や学術的議論が行われてきた。

日本国内では、主として今世紀に入った頃から、末期がんで意識喪失状態にある患者の人工呼吸器を取り外した医師や²⁰、神経難病（ALS）患者の呼吸器を取り外した家族などが逮捕される事件が起こり²¹、より最近でも、認知症患者の胃ろうの差し控え・中止²²、慢性腎不全患者の透析の中

content/uploads/2018/09/2012-guia-eutanasia-colegio-medicos-pbajos.pdf.

¹⁷ In re Quinlan, 355 A.2d 647 (N.J. 1976); Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990); 香川知晶『死ぬ権利ーカレン・クインラン事件と生命倫理の転回』、勁草書房、2006年。

¹⁸ Bouvia v. Superior Court 225 Cal Rptr. 297 (Cal. App 2d Dist 1986); McKay v. Bergstedt, 801 P.2d 617 (Nev.1990).

¹⁹ ローレンス・J・シュナイダーマン、ナンシー・S・ジェッカー（林令奈、赤林朗監訳）『間違った医療ー医学的無益性とは何か』、勁草書房、2021年。

²⁰ 朝日新聞、2006年3月26日、「病院「医師が延命中止」 富山・呼吸器外し、死亡は7人 「倫理上問題」、1頁。

²¹ 朝日新聞、2004年11月3日、「母「承諾の下だった」 難病の長男殺害、初公判／神奈川」、神奈川、31頁。

²² 会田薫子、『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』、東京大学出版会、2011年。

止²³などのケースでその妥当性をめぐる社会的、学術的な議論が生じており、学会のガイドラインの検討も含め、議論は継続されている。

③ 緩和的鎮静・鎮痛

鎮静と鎮痛は、緩和ケアの処置である。緩和ケアの目的は、痛みや呼吸困難、吐き気、不安や抑うつなど、様々な症状に起因する苦痛を緩和、除去することにある。

鎮静とは、投薬によって患者の意識を下げることを意味する。例えばベンゾジアゼピンやバルビツール酸などの鎮静薬を投与されて意識が低下すると、患者はつらい症状があってもそれを感じなくなっていく。

鎮痛は、特に痛み（疼痛）を抑えることを意味する。モルヒネなどのオピオイドは強力な鎮痛薬であり、末期がんに伴う強い痛みでも多くの場合に取り除くことができる。

鎮静や鎮痛が倫理的懸念を生じるのは、使用する薬の種類や量によって、患者の死を早めるリスクがあるからである。上に挙げたような強力な鎮静薬や鎮痛薬は、いずれも投与量が増えてくると、呼吸を抑制して患者の生命を短縮する危険があるとされる。東海大学安楽死事件における横浜地方裁判所判決（1995 年）は、苦痛緩和目的で投与された鎮静薬や鎮痛薬が患者の死を早めるケースのことを「間接的安楽死」と呼んだ²⁴。特にベンゾジアゼピンやオピオイドの長期にわたる持続投与が患者の死を早めるケースは「ゆっくりとした安楽死(slow euthanasia)」などと呼ばれて、安楽死との境界の曖昧さが指摘されている²⁵。

近年では、鎮静に関する専門医の技術と知識の向上により、死を早める量のモルヒネを投与することは、ほとんどなくなっていると言われる²⁶。また、日本緩和医療学会の鎮静に関するガイドラインに従って使用されている限り、各種の鎮静薬が患者の死期を早めることはないとする調査報告もある²⁷。

しかしこれらのことは、鎮痛薬や鎮静薬の使用があくまで慎重になされるべきことを否定するものではないし、倫理的な懸念と無縁であることを意味するものでもない。以下、問題点を三点に絞り、指摘する。

第一に、鎮静薬や鎮痛薬は、今日一般的ではない仕方や、日本のガイドラインとは一致しない仕方では使われたときには、患者の死を早める可能性

²³ 小松美彦、市野川容孝、堀江宗正編、『〈反延命〉主義の時代：安楽死・透析中止・トリアージ』、現代書館、2021 年。

²⁴ 東海大学安楽死事件、前掲注(1)

²⁵ J. A. Billings and S. D. Block, “Slow Euthanasia,” *Journal of Palliative Care*, 1996, 12(4), 21-30.

²⁶ N. Sykes and A. Thorns, “The Use of Opioids and Sedatives at the End of Life,” *Lancet Oncology*, 2003, 4(5), 312-318.

²⁷ I. Maeda, T. Morita, T. Yamaguchi et al., “Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer.” *Lancet Oncology*, 2016, 17(1), 115-122.

がある。

第二に、上述の調査報告は、患者の死を早める可能性のある仕方で鎮静薬や鎮痛薬を使わなければ取り除くことのできない苦痛の存在を否定するものではない²⁸。

第三に、特に鎮静による意識低下は、コミュニケーションを不可能にするほど深くなることがある。場合によって、そのような深い意識低下の状態が患者の死亡時まで維持されることもある。死亡まで継続する深い持続的鎮静と呼ばれるケースである²⁹。たとえ死が早まらなくても、他人との交流の可能性が完全に失われることは、それ自体、望ましいことではない可能性がある。

鎮静や鎮痛は、以上の通り、患者の福利に関わる重大なリスクを伴うので、実施に際しては、リスクに言及しつつ十分に説明した上で患者の同意を得る必要がある。2018年に東京都内の公立福生病院で生じた透析中止の事例では、いったん中止した透析を患者が再開したいと申し出たが、担当医は再開せず、鎮静薬で患者を眠らせ、患者はそのまま意識を回復することなく死亡している。このケースでは、透析中止の意思確認に関する書類が保存されていない点などが問題になったが、同時に、鎮静の効果についても患者や家族に十分な説明がされていない可能性が指摘されている³⁰。こうしたことが起こり得るため、緩和的鎮静・鎮痛の使用が道徳的に適切な範囲についても、慎重で丁寧な検討が必要である。

(2) 概念の整理

以上の①～③の行為の倫理的是非に関する社会的、学術的な議論の中では、行為を表現するために様々な言葉や概念が使用されてきた。それらの使われ方は、前章末に指摘した通り、地域や時期、使う人の立場によって異なっており、議論に混乱が生じている。そこで、この問題に関しては、言葉や概念を整理することが特に重要である。

① 積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死

1995年の東海大学安楽死事件判決（横浜地方裁判所）は、終末期の患者を死に至らせる医療行為を積極的安楽死、消極的安楽死、間接的安楽死の三つに分類した。それぞれ、患者の死を速やかにもたらす薬が投与されるケース（上でも積極的安楽死と呼んだ）、生命維持に有効な治療が差し控え・中止されるケース、苦痛緩和のために投与した鎮静薬や鎮痛薬が患者

²⁸ Gilbertson L, Savulescu J, Oakley J et Wilkinson D., “Expanded terminal sedation in end-of-life care,” J Med Ethics, 2023, 49(4), 252-260.

²⁹ 日本緩和医療学会、『がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き（2023年版）』、金原出版、2023年、21頁。

³⁰ 高草木光一、『公立福生病院事件の闇』、小松美彦、市野川容孝、堀江宗正編、『〈反延命〉主義の時代：安楽死・透析中止・トリアージ』、現代書館、2021年、91-113頁。

の死を早めるケースのことを指す³¹。

しかし、消極的安楽死や間接的安楽死という表現は避けられることも多い。これは、「安楽死」という表現が否定的なイメージを与えるためである。とりわけ北米や欧州では、「安楽死」に対応する表現が、ナチス・ドイツの安楽死 T 4 計画を想起させるため、延命治療の差し控え・中止や、緩和的鎮静・鎮痛について倫理的に許容できると考える人々は、それらの行為を消極的安楽死や間接的安楽死のように呼ぶことを避ける傾向がある³²。最近では、前章で触れたカナダの立法が示しているように、安楽死や「医師幫助自殺」を「医師幫助死」、さらには「死の医療的支援」と言い換えることも行われている。

② 尊厳死

国内では、延命治療の差し控え・中止のことを「尊厳死」と呼ぶことが多い。日本学術会議が 2008 年に発出した対外報告「終末期医療のあり方について一重急性型の終末期について一」は、尊厳死を「過剰な医療を避け尊厳を持って自然な死を迎えさせること」と定義している³³。日本尊厳死協会は、尊厳死を「延命措置の差し控えまたは中止」のことだとしている³⁴。他方、アメリカでは、既述のように、「尊厳死 (death with dignity)」という言葉は、医師による自殺幫助の意味で使われることが多い。当該行為を容認しているアメリカの複数州（オレゴン、ワシントン、カリフォルニア等）の法律の名称が「尊厳死法 (Death with Dignity Act)」となっている。

このように、「尊厳死」という言葉は国によって異なる意味で用いられており、国際的に共通した理解はない。「尊厳」がどのような尊厳なのかが明確でないにもかかわらずしばしば使用されるのは、「消極的安楽死」や「自殺幫助」などの言葉と比べて望ましいイメージがあるためである。延命治療の差し控え・中止や自殺幫助について、道徳的あるいは法的に許容できると考える立場の人々は、それらの否定的なイメージのある言葉の代わりに「尊厳死」という言葉を使ってきた³⁵。しかし、延命治療の差し控え・中止などの行為には、妥当性に関して人々の意見が分かれるケースや、誰が見ても道徳的に許容できないことが明らかなケースもある。例えば、患者の意向が曖昧なケース、後述するような延命治療の差し控え・中止のほうへ周囲が誘導したり圧力をかけたりするケース、患者の意向に反して治

³¹ 東海大学安楽死事件、前掲注(1)

³² Griffiths, John, Heleen Weyers and Maurice Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, Hart Publishing, 2008, p.463.

³³ 日本学術会議、前掲注(5)、3頁。

³⁴ 日本尊厳死協会、『新・私が決める尊厳死』、中日新聞社、2013年、13頁。

³⁵ 大谷いづみ、「生権力と死をめぐる言説」、島藺進・竹内整一編、『死生学1—死生学とは何か』、東京大学出版会、2008年、53-73頁。

療が中止されるケース、治療の有効性に関する検討が不十分なケースなどである。「尊厳死」という言葉が喚起するイメージの良さに魅力を感じている人々でも、そのようなケースを「尊厳死」と呼ぶべきかどうかについて意見が分かれる可能性があるだろう。この意味でも、「尊厳死」という言葉は曖昧である。

延命治療の差し控え・中止や安楽死については、後述の通り、多くの倫理的懸念がある。肯定的なイメージを喚起する表現で、懸念点を覆い隠したり、印象を操作したりすることを通して、これらの行為へ誘導するような言葉の使用は、厳に慎むべきである。現に、生命の維持に有効な延命治療の差し控え・中止に関しては、道徳的、法的な是非を論じる文脈でも、行為の実態をそのまま記述して「延命治療の差し控えと中止」のように呼ぶ表現法がかなり定着してきている。これらの動向を踏まえれば、「消極的安楽死」や「尊厳死」、さらには「間接的安楽死」などの表現は避けるのが適切である。代わりに「オピオイドの投与が患者の死を早めるケース」のように行為の実態をそのまま記述することで、不要な混乱を避けることができる。本分科会は、行為の実態を記述する表現を用いることを提案したい。

(3) 肯定論と否定論

① 肯定論－患者の苦痛と自己決定

積極的安楽死と自殺幫助、延命治療の差し控え・中止、鎮静と鎮痛について、倫理的に正当化できると考える立場には、主な根拠が二つある。第一は、これらの行為が、患者を耐え難いほどの苦痛から解放するという理由である。終末期の患者は、病気やけがの症状あるいは治療の副作用として、他の方法では取り除けないような強い苦痛を経験することがある。そのため、安楽死や延命治療中止によってそうした苦痛を取り除くことができれば、たとえ死が早まっても、患者の利益になると主張されることがある。

安楽死などの行為が正当化できるとする見方にはもう一つ重要な根拠がある。亡くなる直前の時間をどのように過ごすかは、多くの人にとって重大な関心事である。判断力のある患者がよく理解した上で安楽死や延命治療の中止などを選択する場合、そうした選択は自己決定として尊重されるべきだと論じられることがある。

② 否定論－生命の価値、社会的弱者へのリスク

以上の肯定的な点が確認されとしても、患者を死に至らせる行為を許容することには、倫理的妥当性について否定的に評価すべき点があり、見過ごすことができない。以下、三点について述べておきたい。

第一に、人間的生命を短縮すること、その行為自体が否定的に評価され

る。人の生命には価値がある。生きてると、喜びや楽しみ、他人との交流、学習、美しいものの鑑賞など価値を持つ出来事が起こる。他方、患者を死に至らせる処置が検討される場面では、耐えがたいほどの激しい苦痛が起きている。しかしその終末期でも、少なくとも他者等との関係性がある場合には、上述の経験や出来事の可能性は残されている。死を早めることは、そうした出来事の可能性をすべて奪うことになる。

上の(3)-①では、苦痛を取り除くことができれば、たとえ死が早まっても、患者の利益になると主張されることがあると述べた。しかし、特に安楽死の場合、患者が苦痛から解放されるのは、患者自身が存在しなくなるからにすぎない。これは、延命治療の差し控え・中止の一部のケースでも同じである。また、死亡まで継続する深い持続的鎮静では、患者は意識を喪失することによって苦痛から解放される。言い換えれば、これらのケースでは、患者が苦痛から解放されたとしても、その利益を享受できる主体はもはや存在しない。この意味では、例えば、治療の副作用から解放されるために治療を中止した後も患者が直ちには亡くならないケースや、意識を失わない程度の鎮静や鎮痛によって苦痛緩和が達成できるケースなどと比べると、苦痛が取り除かれるとは言っても、その内容や望ましさの程度に明らかな違いがある。

第二の点は、社会的弱者にリスクが及ぶことである³⁶。死を早める行為の対象になる重篤な病人やけが人は、生命や生活を維持するために、周囲の人々の支援を必要としていることが多い。特に社会福祉の制度やそれに関する情報提供が不十分である場合などでは、患者の家族等の身近な人々が、治療や介護にかかる多大な経済的、肉体的、心理的負担を引き受けている状況がしばしば見られる。すでに高齢の配偶者による介護や未成年の家族が担い手となる状況は、社会政策上の課題とされている。患者の死期が早まれば、周囲の人々はこのような負担から解放される可能性がある。加えて、今日の社会には、例えば「寝たきり」の人、車いすや呼吸器の使用者、生活に様々な支援や介助を必要とする人の命や生活の価値を不当に低く評価する差別的な価値観があることは否定できない。このような状況では、患者は本当はできるだけ長く生きたいと思っているにもかかわらず、周囲に気兼ねしたり、周囲から圧力を感じたりして、生命短縮的な行為を受け入れてしまうリスクが生じる³⁷。また、周囲の人々も、患者の生活の質を良くするために有効な支援や工夫の可能性に気づかない、一時的な気

³⁶ 本見解では、例えば病人、けが人、障害者、生活に介助を要する人などが、社会的に弱い立場に置かれる場合を指して「弱者」という言葉を用いている。しかし、これは、特定の属性を有する同じ人々が常に弱い立場にある、ということを含意するものではない。だれが弱い立場に置かれるかは、状況によって変わることである。

³⁷ 一例を挙げるなら、NPO 法人 DPI 日本会議からも指摘されている。https://www.dpi-japan.org/blog/demand/20260306_seimei/

分の落ち込みによる希死念慮（死にたいという思い）の高まりを周囲が過度に深刻に受け止めるなどの弊害を生じる可能性がある。こうした状況下で実施される延命治療の差し控え・中止や安楽死は、患者の利益や意向と一致するものとは考えがたい。むしろ社会的弱者をないがしろにする行為である³⁸。

第三の点は、第二の議論につながっている。死に至らせる行為を許容することは、社会的弱者一人ひとりをないがしろにしてしまう可能性にとどまらず、そもそもそのような個人をないがしろにしてよいと考える価値観や、生命の選別をよしとする価値観を作り出すおそれがある。障害や難病のある個人を「延命治療の差し控えや安楽死を選択して当然の状態の人」と社会が判断することにより、現にそのような障害や難病があつて生活している人々の尊厳を踏みにじるような価値観が強まる可能性である。価値観の共有は社会を構成する上で重要である。しかし、私たちの社会は財力など力のある者、健康な者、強者のみを是とするのではなく、弱者と共に生きる「共生」ということを善とする価値観を基準とする。だからこそ、過去の優生思想の反省に基づいて、死を選択したくなるような生きづらさを福祉社会政策で解消することがまずは求められるのである。死に至らせる行為を是認するなら、この価値観そのものが弱まり、揺らいでしまう。事実、そのような行為が是認され、当の価値観が弱まっているという状況は既に起こりつつあるというべきである。第2章で触れたように、国連の障害者権利委員会がカナダやフランスでの動向に対して示した障害者や精神病者の権利侵害への懸念の重みを十分に受け止める必要がある³⁹。

法制化や合法化を支持する人々は、限られた余命の中で、他の方法では決して除去できない激しい肉体的苦痛に苛まれる患者が、熟慮に基づいて延命治療の差し控え・中止や安楽死を要請する場面をイメージしがちである。しかし、生命短縮的な行為を実際に容認すると、そのようなイメージと一致しないケースや患者も対象になる。例えば、判断力の低下した患者や、終末期ではない患者が対象になる。苦痛が純粹に精神的なものである場合など、その苦痛から解放されることが生命の短縮を伴うとしてもなお

³⁸ Michel, Vickie, “Suicide by Persons with Disabilities Disguised as the Refusal of Life-Sustaining Treatment,” HEC Forum, 1995, 7, 122-131; Not Dead Yet and American Disabled for Attendant Programs Today (ADAPT), “Amici Curiae Brief of Not Dead Yet and American Disabled for Attendant Programs Today in Support of Petitioners, *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 1997, 793,”

http://kwing.christiansonnet.org/sourcebook/_reports/euthanasia_rep_USsupreme.htm; 立岩真也、「都合のよい死・屈辱による死：「安楽死」について」、『弱くある自由へ』、青土社、2000年、51-63頁；有馬斉、『死ぬ権利はあるか』、春風社、2019年、第4章。

³⁹ この点で国連における第32会期（2025年3月3日～21日）委員会において採択された、障害者権利委員会(Committee on the Rights of Persons with Disabilities)の「カナダの第2回および第3回定期報告書に関する総括所見」(Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Canada)では現在のカナダの動向に対して懸念が表明されている。

患者の利益になると言えるかの点がより不明瞭なケースも対象になる。周囲への気遣いから生き続けたいと言えないでいる患者や、一時的な気分の落ち込みや生活の質を向上させる手段を知らないことに起因する希死念慮のケースも対象になりかねない。

(4) 倫理的評価

① 延命治療の差し控え・中止、緩和的鎮静・鎮痛

延命治療の差し控え・中止の倫理的妥当性を評価するときにも、以上で述べてきた点についてよく理解している必要がある。

延命治療の差し控え・中止が患者の利益になるかどうかは、患者の病態だけでなく、治療が患者に強いる負担や副作用の有無にも左右される。意識や認知機能が低下した状態の患者が対象になることの多い治療を差し控えたり中止したりすることを検討する場面では、患者本人の意向を他の場合より更に慎重に評価しなければならない。患者が高齢者や障害者である場合には、治療方針決定のプロセスの中で、弱い立場にある人々の自己決定と利益が損なわれるリスクがあることについて特別な配慮がなされるべきである。

国内に法制化を求める動きもあるが、法制化は生命の選別をよしとする価値観を作り出すとともに、それに対する認知バイアスを助長する危険がある。法律を作って死ぬ権利を強調することが、希死念慮を有する患者に対して、生活の質を向上させ、生きる意欲を取り戻してもらおうと努力する医療者の取組を萎縮させる効果があることも懸念される。法制化は弊害が大きく、推奨できない。

緩和的鎮静・鎮痛については、延命治療の差し控え・中止や、安楽死と自殺幫助と比較して、死を早めるリスクは小さい。薬の量と用法によっては生命を短縮しないことが明らかな場合もある。しかし、リスクを完全には否定しきれないため、許容範囲についても慎重に検討する必要がある。

② 積極的安楽死と自殺幫助に特有の問題

積極的安楽死と自殺幫助については、上で述べた否定的評価に加えて、他の患者を死に至らせる行為にはない特有の問題がある。二つの問題に分けて述べておきたい。

第一の問題は、生命短縮が作為的であることである。医師は患者の快復、健康を目的に治療行為を行い、また生を過ごしやすくするために緩和的処置を行う。その目的は大きく言えば患者の生である。そもそも、医療行為とは生を目的とした行為であろう。したがって生命短縮的な作為・行為は医療の範疇外とみなされる。そのため、前章で触れたように、安楽死を認めるオランダにおいてさえも、患者は安楽死の権利を有しているわけではなく、また安楽死の実施は医師としての義務ではないことが明示されている。

積極的安楽死と自殺幫助では、薬を投与、あるいは服用するという積極的動作によって生命の短縮がもたらされる。この点で、結果として生命の短縮がもたらされる延命治療の差し控え・中止とは、大きな違いがある。

上の(3)-①では、自律的な個人による安楽死や延命治療の中止などの選択は、自己決定として尊重されるべきだと論じられることがあると述べた。しかし、今述べた通り、特に安楽死や自殺幫助は、積極的動作（作為）によって生命の短縮をもたらすふるまいであって、健康の回復と維持を目的とする医療の範疇外にある。自律的な個人であっても医療の範疇外にあるものを医療者から受ける権利があるとは言えない。

第二の問題は、積極的安楽死と自殺幫助では、生命短縮が意図的であることである。その場合、医師は、患者を早く死なせることによって患者を苦痛から解放しようとしている。例えば、安楽死でがん患者ががんのつらい症状から解放されるのは、症状がつらくなる前に患者が死ぬからである。このことを理解している医師には、患者を死なせる意図を認めざるを得ない。

これに対して生命維持に必要な延命治療の差し控え・中止では、生命の短縮は必ずしも意図的であるとは言えない。例えば抗がん剤を差し控える患者は、全身の痛みや脱力感など、抗がん剤が引き起こすつらい副作用から解放される。しかし、これは痛みや脱力感などの苦痛の原因が取り除かれるからであって、患者が早く死ぬからではない。事実、奇跡的に患者が長く生きたとしても、患者はやはり副作用の苦痛からは解放されるだろう。したがって、このような場合、治療をやめる患者や医師には狭義において患者の死を早める意図がない（彼らの意図はあくまでつらい副作用を避けることにある）と評価できる⁴⁰。積極的安楽死と自殺幫助には、人間的生を絶ち、社会的弱者と社会的に共有する価値観に対してリスクが及ぶという先述の問題に加えて、医師が生命の短縮を意図して、これを行うという深刻な問題がある。そのため医師による積極的安楽死と自殺幫助は法制化すべきではない。

なお、延命治療の差し控え・中止においても、その延命治療が本当に生命維持に必要であるとすれば、治療をやめることは必ず患者の死を早めることになる。この場合、患者や医師が治療をやめると死は早まるかもしれないがそれでもいいと思っているという意味では、広義においては生命の短縮が意図されているとも考えることができる。また、内心ではただ死を早めたくて治療をやめた人が単なる言い訳として「つらい副作用を避けた

⁴⁰ Thomas D. Sullivan, "Active and passive euthanasia: An impertinent distinction?" *The Human Life Review*, 1977, 3(3), 40-46; Hitoshi Arima, "Intending to avoid the treatment burdens only: the doctrine of double effect and withholding or withdrawing life-sustaining treatment," *Theoretical Medicine and Bioethics*, 2025, 46, 209-230.

かっただけで、死を早めるつもりはなかった」のように言うケースも考える。これらの可能性を考慮すると、延命治療の差し控え・中止も決して軽々に行われてはならない。

(5) 倫理的考察のまとめ

第3章において、次の三点を述べた。第一に積極的安楽死と自殺幫助については、弱者にリスクをもたらし、社会的価値を毀損しかねないことに加えて、意図的かつ作為的に死をもたらす行為であるため、全面的な禁止が妥当である。第二に、延命治療の差し控え・中止については、生命短縮が意図的、作為的であるとは限らないため、場合によって許容できるものの、弱者の自己決定と利益を損なうリスクがある点は安楽死と共通するため、ケース毎に極めて慎重な対応が求められる。第三に、法制化については、延命治療の差し控え・中止であっても、弱者を害し社会的価値を毀損するリスクの増大につながるため認められない。

以上のことは、国内の終末期医療政策に関しては、大枠では現状維持が望ましいということを意味する。すなわち、安楽死は禁止しつつ、延命治療の差し控え・中止については種々のガイドライン（ソフト・ロー）で規制する、という方針が維持されるべきである。しかし、だからといって、現状の国内の終末期臨床に倫理的な課題がないことにはならない。

4 延命治療の差し控え・中止をガイドラインで規制している現状における課題

ここまでの議論から、延命治療の差し控え・中止について法制化はせずに、現状の維持が望ましいことを述べた。現状とは、拘束力を持たない種々の指針（ガイドライン）、事後的な刑事上の制裁および判例の組合せによる規制である。第2章でも触れたように、日本では、2007年以降、厚労省や様々な医学系学会、諸団体によってガイドラインが作られてきた。中でも、厚労省のガイドラインは、2008年発出の日本学術会議「臨床医学委員会終末期医療分科会」による対外報告「終末期医療のあり方について―亜急性型の終末期について―」にも見られるように、日本で延命治療の差し控え・中止問題を考える際の大きな参照枠となってきた。このガイドラインは、その後、幾度かの改訂を経て、2018年の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁴¹となっている。

そこで、本章では、まず(1)として厚労省の改訂ガイドラインに即して、患者の意思の尊重の観点に立って、国内の終末期臨床における現在の課題や問題点を指摘し、このガイドラインの次なる改訂時の検討事項を提示したい。また(2)では、列挙した課題の要点をまとめた後、延命治療の差し控え・中止を法制化することの是非について改めて簡潔に付言する。

(1) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂）（2018年）

2018年の厚労省ガイドラインの改訂は、社会ニーズへの対応の必要性、さらには、英米諸国を中心としてアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の概念に基づいた研究や取組が普及してきていることを踏まえたものと考えられる。

改定後、ガイドラインは、病院だけでなく介護施設や在宅の現場で活用できるよう見直しが行われた。これによって、決定プロセスのチームに介護従事者が含まれることが明記された点をまずは強調しておきたい

厚労省の改訂ガイドラインは、「1. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方」、「2. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手順」という2つの部分から成る。ここではそのうちの「1」の「在り方」を中心に、具体的な内容を確認し、各々に残る問題点を列挙していくことにする。

⁴¹ 厚労省、前掲注(6)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」改訂 平成30年3月。 <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>；人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」改訂 平成30年3月、<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>。

① ガイドライン（１）—①

「１．人生の最終段階における医療・ケアの在り方」では、①～④の４つのガイドラインが示されている。

①は、医療・ケアチームからの適切な情報提供と説明に基づいて、医療・ケアを受ける本人が、医療従事者と話し合っ決定した終末期医療を進めることを、「最も重要な原則」として挙げている。

この原則は改定前のガイドラインを引き継ぐものだが、「医療従事者」が「多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチーム」と言い換えられている点は、本ガイドライン活用者の射程が広がったことを意味する。また意思決定には、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて大きく変化する可能性⁴²があることも強調される。さらに、支援の対象である「本人・家族」に「等」が付され、本人が事前に定めて相談する、信頼できる者の範囲が拡大されたことにも注目しておきたい。この変更は、身寄りのない高齢者が増えていること⁴³などが考慮された結果であると言える。ただし、家族「等」という表現は極めて曖昧である。家族を含めて患者の周囲にいる人々は、患者の価値観を理解する支援者であり得る一方で、患者の介護や世話にかかる負担の担い手として治療継続の可否の判断に利益相反を有する可能性も大きいことも、本ガイドラインに指摘しておくべきである。家族等とされる参加者を確認する方法、および家族等が参加する意思決定プロセスに利益相反等が入り込まぬよう慎重に行われる方法の具体化が求められる。

さらに、ガイドライン①は、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性についても言及し、このガイドラインによって導入が図られた「ACP(アドバンス・ケア・プランニング:人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス)」⁴⁴の重要性を述べている。

ACPについては、老化分科会が2020年に発出した提言⁴⁵で、老年医学会の提言⁴⁶を参照しつつ、ACPが意思決定支援の中心になると論じている。特に、高齢者は認知症を発症すると意思決定能力が低下する可能性があり、より早い時期から本人と医療・ケア従事者が信頼関係を築き、一緒に決定していくプロセスが重要である。厚労省でも、人生会議ともいわれるACP

⁴² Whitney, S. N. et al., “A new model of medical decisions: Exploring the limits of shared decision making,” Medical Decision Making, 2003, 23(4), 275-280.

⁴³ 身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査 | 日本総研.
<https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=107744>.

⁴⁴ 同上、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」【平成30年度版ガイドライン改訂の経緯】.

⁴⁵ 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会 提言「活力ある超高齢社会の構築に向けて—これからの日本の医学・医療、そして社会のあり方」(令和2年(2020年)9月11日)

⁴⁶ ACP推進に関する提言、2019、日本老年医学会.

https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

を紹介するホームページを作り、その有効性を紹介しつつ普及を推進している⁴⁷。他方で、このガイドラインでは、議論を開始する時期については明記されていない。実際には、人生の最終段階の幅が広く、慢性疾患や認知症患者などは本人を含めたチームでの検討を開始する時期が難しく、本人が判断できる時期を逸することも報告されている⁴⁸。この点を考慮すると、医療・福祉チームは、本人の意思を推定する者を前もって定めることに加え、どの段階から検討が必要であるのかについても明示することが必要となるだろう。

他方で、新たに導入された ACP の考え方は、1990 年代半ばに、いわゆる SUPPORT 研究⁴⁹によって、米国などで法制化などが進んでいていた事前指示書(Advance Directive)の有効性に対して大きな疑問符がつけられたことを受けて、終末期における患者本人の意思を生かす医療を実現するべく、登場したものである。しかし、近年、ACP に対しても、その有効性自体に懐疑的な研究が ACP を主導してきた研究者たちから出されている⁵⁰。また、多くの患者は将来の状況を予測できず、文書化された選択が現実合わないことが確認されており、むしろ医療チーム、本人、家族の対話こそが必要であるとの指摘も出てきている。そのことを考えれば、ガイドラインの中で ACP の有効性を自明な前提としたり、ましてや単なる手続として制度化を図るようなことはできないはずである。それゆえ、多様なガイドライン使用事例を積み重ねて評価することで、国は、本ガイドラインの有効性と限界・課題をより明確にすることが必要不可欠であることを強調しておきたい。

② ガイドライン（１）—②

続くガイドライン②では、人生の最終段階における医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等に言及し、この判断を、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に行うべきとなっている。

この②に関しては、緊急時⁵¹こそ複数の医師や看護師等の医療従事者が協働して対応することを強調したい⁵²。また状況的にそれが叶わない場合、

⁴⁷https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html

⁴⁸ 介護老人保健施設における人生の最終段階における医療・ケアの提供実態にかかる調査研究事業。
https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2024/04/R5_46.pdf

⁴⁹ Connors et al. (1995), "A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT)," *JAMA*, 274(20), 1591-1598.

⁵⁰ Morrison RS, "Advance Directives/Care Planning: Clear, Simple, and Wrong," *Journal of Palliative Medicine*, 2020, 23(7), 878-879; Morrison RS et al., "What's Wrong With Advance Care Planning?" *JAMA*, 2021, 326(16), 1575-1576.

⁵¹ 同上、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」注 4 を参照。

⁵² 第 2 回救急医療の現場における医療関係職種の内在工作に関する検討会、令和 4 年 12 月 14 日。【資料 1】救急外来における多職種の配置、連携等について

事後に医療・ケアチームが行った判断の妥当性を検討すべきである⁵³。さらに付言すれば、ガイドラインの検討において、厚労省は、チームであるからこそその責任の所在の難しさについても検討すべきである。

なお、ガイドライン策定以降、刑事責任や医療従事者間の法的側面から大きく報道される事態は生じていないとされる⁵⁴。しかし、それがガイドラインの成果といえるか否かは、客観的な評価が必要であろう。

③ ガイドライン（１）—③、④

残る二つのガイドラインのうち、③は緩和ケアと社会的援助によって、本人および家族等に総合的な医療・ケアを行うこと、④では積極的安楽死を本ガイドラインの対象としないことが述べられている。本ガイドラインでは「疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題」であることが前提とされている。その意味で、ガイドライン使用者は、③が重要な位置にあることを再確認すべきである。

④ その他の論点とガイドライン（２）の「決定手続」

緩和ケアについては、2012 年のがん対策推進基本計画において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点的に取り組むべき課題として位置付けられた。2016 年に改正された「がん対策基本法」では、緩和ケアの対象疾患はがんに限定されるものではないことが明記された。世界保健機関（WHO）の定義（2002 年）⁵⁵でも、対象は「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族」のすべてとされている。

日本では、2024 年度の診療報酬改定において、緩和ケア診療加算の対象が悪性腫瘍（がん）、後天性免疫不全症候群（AIDS）、末期心不全、進行性神経難病（一部要件あり）、その他、生命予後が限られた疾患で身体的・精神的苦痛が強い場合に拡大された。要件として、緩和ケアチームによる診療が必要とされている。この改訂によって WHO の定義に近づくことはできたが、緩和ケアチームの構成要件を満たす医療専門職は十分には育っていない。さらに、緩和ケア診療加算の対象に含まれていても、緩和ケア病棟入院料の対象外である疾患もある。

第 3 章で既に述べたように、緩和的鎮静・鎮痛のための薬剤の使用においては、患者の死期を早めたりコミュニケーションを困難にしたりするリスクがある。技術の向上によってリスクは軽減されたが、なくなったわけではないという事実については射程に入れて継続検討する必要がある。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001023423.pdf>.

⁵³ 同上。

⁵⁴ 第 4 回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会、

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193945.html>、および同第 4 回検討会資料 2－2

「資料 2－2 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 解説編 改訂案（PDF：411KB）<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000191282.pdf>

⁵⁵ <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

また、ガイドラインの「2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続」は、本人の意思確認ができる場合とできない場合とに分けて記述されている。前者においては、まず①医療従事者からの情報提供と説明に基づき、医療・ケアチームとの十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定が基本とされている。次いで②本人の意思が変化しうることから、本人が意思をその都度示し、伝えることができるような支援、および本人が意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることが必要とされている。さらに③話し合った内容を文書にまとめておくことが示されている。後者においては、医療・ケアチームの中で慎重に判断する必要がある、①家族等が本人の意思を推定ができる場合と②できない場合、さらに③家族等がいない場合および家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合に分けられ、いずれにおいても本人にとっての最善の方針をとることが基本とされている。ここでも④話し合った内容を文書にまとめておく。

いずれの場合においても、医療・ケアチームの中で決定が困難な場合又は本人若しくは家族等との話し合いの中で合意が得られない場合等においては、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、検討および助言を行うことが必要とされている。

(2) 現状のガイドラインの課題と法制化の是非

以上、厚労省より出されたガイドラインに即して、延命治療の差し控え・中止に関して今の国内の臨床に残る課題を指摘してきた。改めて課題の要点をまとめておく。

第一に、特に生命維持に関する治療中止をめぐる十分な説明・意思確認というものをどのように捉えるのかは、改訂ガイドライン以後も大きな課題として残っていることが指摘できる。その点は、前章（(1)③）で触れた公立福生病院の事例では、透析中止に関する説明・意思確認をめぐる問題がクローズアップされたことを見ても明らかである。

第二に、これに関連して意思決定の主体として「本人・家族等」と「等」が加えられているが、「等」とは誰のことなのかを決定するプロセスを具体的に明示する必要がある。また、家族等の第三者は、治療継続可否の判断に関して利益相反を有する可能性があることにも十分留意する必要がある。

第三に、ACP については意思決定の重要な活動とされるが、その議論を開始する時期について明記されておらず、検討の必要があることである。また、ACP 事例を更に積み重ねることで、ガイドラインの有効性と限界・課題をより明確にしていくことも必要である。その際には、上で確認したように、ACP は単なる一回限りの手続ではなく、本来繰り返し行われるものであることを再確認すべきである。この点で患者の文書化された意思表示はある時点での

選択を示しているにすぎず、それを汎用することは、選択は常に変化し得るため、現実的ではない場合も確認されている。さらには、ACP が患者の価値観の尊重につながるという見方そのものについても重大な疑念が提示されている現状を踏まえると、ACP という考え方自体の有効性を自明な前提とすることなく、より良い意思決定とは何であるのかを更に検討していくことが求められる。

加えて、延命治療の差し控え・中止そのものというよりも、その前提条件に関わる問題点を一つ追加しておきたい。緩和ケア診療加算や緩和ケア病棟への入院について改善が確認されるものの、未だ悪性腫瘍などの疾患に限られている。この対象疾患が限定されている点は更に現状を検討し、改善していくことが求められる。

以上、終末期医療の臨床に残る問題点と課題をここでは三つに要約し、再確認した。これらの点は、基本的に、大きな原則を示すガイドラインと医療・介護の臨床の場面の個別具体的な問題との間に、不可避免的に生じてくるギャップに由来するものだと考えられる。そのギャップを埋めるように公的に議論を重ねていくことによって、より良い医療・介護が実践できるはずである。したがって、時代の変化に合わせてガイドラインを更に改訂していくだけではなく、個々の事例の具体的な検討を重ねていくことが不可欠である。上で触れたように、現場に即した事例検討は既に開始されている。ここでは、そうした検討を積み重ねていくことが問題のギャップを埋めていく大きな手掛かりとなるはずであることを強調しておきたい。

言うまでもなく、医学の発展、医療の進歩により治療・緩和ケアの内容は常に変化していく。そうした変化への柔軟な対応を治療・緩和ケアの現場は常に求められている。その視点からすると、法制化の方向は柔軟な対応に結び付かず、望ましいとは思われない⁵⁶。それどころか、延命治療の差し控え・中止を法制化するなら、コンプライアンス確保の必要性はいうまでもないが、遵守事項や手続が過度に複雑化し、現場への周知や支援が十分でない場合には、負担の増大や運用上の混乱を招くおそれがある。また、周囲の人々の意識や対応が「人生の最終段階」を迎える患者よりも、法の遵守に偏る危険性も考えられる。多様な個々の患者を人として尊重するなら、法制化に訴えることなく対応する方策を模索することこそが、治療・緩和ケアの現場には求められていると思われる。

⁵⁶ この点については、既に 1994 年に日本学術会議死と医療特別委員会による「死と医療特別委員会報告－尊厳死について－」（第 6 節「立法化の要否」）においても指摘されている。

5 おわりに—三つの見解

以上は、国会議員、厚労省および医療・ケア従事者、医学系学会のみならず、より広い人々に向けて作成された。ここまでの考察の結果は次の三点にまとめることができる。

(1) 問題に関連する一連の用語に関しては、曖昧な表現を避け、意味を明確に限定できるものに整理すべきである。具体的には、「安楽死」という言葉は患者に致死薬を与える行為に限定し、「消極的安楽死」や「間接的安楽死」といった言葉は使用すべきではない。「尊厳死」という言葉も、倫理的懸念のある行為について懸念を覆い隠し、行為へと人々を誘導するもので、不適切である。「消極的安楽死」や「尊厳死」という言葉に換えて、「延命治療の差し控え・中止」と表現すること、また「間接的安楽死」に換え、事柄に即して「鎮静剤や鎮痛剤によって早められた死」と呼ぶことを提案したい。

(2) 積極的安楽死、自殺幫助は容認できない。第2章で論じたように、安楽死を合法化したベネルクス三国等では、安楽死による死者数の増加、さらに対象者の拡大が確認された。加えて、カナダやフランスの合法化に対しては国連障害者権利委員会報告書が懸念を示していた。また第3章で論じたように、安楽死の容認は生の軽視、社会的弱者への圧力、共生という社会的価値の衰退と命の選別をよしとする価値観の醸成を促すものと思われる。さらにそれは、患者の生を目的とする医療という職業の倫理に反することになる。

(3) 延命治療の差し控え・中止については、法制化を為すべきではない。延命治療の差し控え・中止の容認についても、弱者を害し社会的価値を毀損するリスクが否定できないが、法制化にはこのリスクを更に大きくするという弊害がある。ガイドラインで対応している現状に課題がないわけではないが、課題を克服するために必要なのは、医療やケアを受ける本人・家族や現場の医療者・介護従事者が柔軟で適切な個別的対応を実現するための支援である。すなわち求められているのは、各医療機関等において、ガイドラインをもとにした独自の医療・ケアの決定プロセスを検討・作成・制度化して、いかなる事例に対しても医療・ケアの決定に関する検討および省察が行われるよう整備することである。さらに、それによって得られた知見を厚労省にフィードバックしてガイドライン改訂の資料とすることである。こうした相互の動的プロセスは法制化とはまったく性質の異なるものである。なお、既に、ガイドラインは各種団体によって紹介・解説され、医療や介護の現場で活用されている。ガイドラインの内容や関与する専門家等の課題を明確にするためにも、厚生労働省にはガイドラインに基づいた既存の実践を集約し、関連学会等で議論できる基盤を作ることを求める。

＜参考資料＞審議経過

・哲学委員会現代における「いのち」を考える分科会

第1回 令和6年2月2日 委員長を含む執行部体制と今期の審議テーマ

第2回 令和6年4月27日 報告（土井健司委員）と討議

第3回 令和6年7月4日 報告（有馬斉参考人）と討議

第4回 令和6年8月25日 報告（安藤泰至委員）と討議

第5回 令和6年10月17日 報告（高山佳奈子参考人）と討議

第6回 令和6年12月12日から14日（メール審議） 委員長の交替について

第7回 令和6年12月22日 意思の発出について

第8回 令和7年3月4日 報告（一ノ瀬正樹委員）と討議

第9回 令和7年5月12日 報告（西村ユミ委員、秋下雅弘参考人、澤芳樹参考人）と討議

第10回 令和7年6月10日 『見解』の執筆について

第11回 令和7年10月3日 『見解』案の検討

第12回 令和7年11月10日 『見解』案の検討

第13回 令和7年12月8日 『見解』案の検討と決議