

尊厳ある生命の問題としての安楽死に関する研究

広島文化学園大学大学院看護学研究科

永石喜代子, 佐々木秀美, 前信 由美, 田村 和恵, 岩本 由美
武智 朋子, 長岡 孝典, 岡本 陽子, 研究協力者: 上野 正彦

要旨 本研究は、安楽死問題について実態調査を行い、尊厳ある生命の問題を検討する際の一助とし、社会的問題への重要な示唆を得ることを目的とした。調査対象は上野正彦による「尊厳死、安楽死、終末期医療を考える」の公開講座（2018年10月開催）に参加した地域住民と看護学生で、質問紙調査による741名の有効回答を分析した。分析の結果、安楽死の承認について、自分自身の場合は“認める”が599名（80.8%）であり、その理由として、“家族に迷惑をかけたくない”が516名（69.6%），“昏睡状態で生きるより死を望む”が466名（62.9%）と高率であった。“安楽死の法制化”は、肯定的な回答が558名（75.3%）であった。自由記述による、安楽死に対する考えは【社会の承認と法制化】、【自己の意思決定】、【家族との話し合い】、【死の価値観】、医療における【生命の倫理】の5つのカテゴリーが抽出された。安楽死問題の根底には人の生命に関わる問題があり、倫理的問題や生命に対するところの揺らぎなど、医療関係者としてのジレンマなどが明らかとなった。本研究より決定的な結論を得ることはできないが、安楽死問題は個人の意思決定の尊重や、生命の倫理、命の尊厳からの検討が求められ、法制化に向けては個人的な問題にするのではなく社会的問題として、さらなる検討、議論を重ねる必要性が示唆された。

キーワード：尊厳死、安楽死、終末期医療

はじめに

1. 社会的背景

終末期医療は急速な高齢化や家族形態の変化に伴い、医療従事者に倫理的課題を提示するようになった。終末期医療のとらえ方は時代と共に変化し、それに伴って医療のあり方も変遷する。生死について厳しい捉え方をもつわが国も、長い議論の末、脳死と臓器移植を容認した臓器移植法が1997（平成9）年に成立し、2010（平成22）年には改正臓器移植法により以下の3点について改正された。一点目は臓器提供を行う本人の意思が不明でも、家族が書面で承諾すれば提供が可能となった。第二は15歳未満でも、脳死判定がされれば、臓器提供が可能になった。第三は15歳以上のドナー希望者が生前に意思表示を書面に残していれば、親族への優先提供が認められるようになった¹⁾。同じように、この終末期医療のあり方についても、やがては結論を出さなければならない日がやってくるのではないだろうか。命を扱う医療の現場では避けては通れない重要な課題でもある。

“尊厳死”とは一般的に回復の見込みのない末期状態の患者に対して、生命維持治療を中止し、人間としての尊厳を保たせながら死を迎えさせる場合を指すと解され、“安楽死”とは、一般的に死が迫っている患者の耐え難い苦痛を緩和し除去して、安らかな死を迎えさせる行為を広く指すものと解されている²⁾。また、一般的に安楽死は“積極的安楽死”と“消極的安楽死”という区分が普及している。積極的安楽死とは、患者に致死薬などを投与し死なせる行為であり、消極的安楽死とは、治療を中止して患者が死

ぬに任せることと説明される³⁾。これらの用語は長い期間にわたって、世界的にも用いられてきたもので、日本では裁判の判決文でも使われている。

しかし、松田純は「安楽死・尊厳死の現在」の著書で、これらの用語を使う必要性は感じなかったとして、安楽死を次の3つに区別している。①“狭義の安楽死”は医師が患者に致死薬を注射して患者の生命を終結させる行為などをさす。②“医師による自死介助”は医師が直接、患者に致死薬を投与するのではなく、患者の致死薬を処方し、患者が自らそれを服用（服用でない方法もある）して、生命を終結させることなどをさす。③“生命維持装置の中止”で生命を維持するための治療を中止する。あるいは開始しないことで、いわゆる消極的安楽死である⁴⁾。

今日の安楽死、尊厳死に関する議論は、終末期医療における回復の見込みのない無意識状態の患者に対して、延命措置を行わないことが許容されるかどうかといった問題へと論点が変化している⁵⁾。2013(平成25)年、厚生労働省の終末期医療に関する意識調査(対象：一般国民および医療福祉従事者)の結果では、状態によって差があるが、中心静脈栄養や経鼻栄養、胃ろう、人工呼吸器の使用、心肺蘇生処置は、57～78%が望んでいなかった⁶⁾。つまり、延命治療の意味があるかどうか、自然に任せた安らかな死を選択できる“死ぬ権利”が認められるか、あるいは、どの程度まで“患者の自己決定権”が尊重できるかといった問題に安楽死問題は変化しているといえる。それは、前述の厚生労働省の意識調査からも明らかのように、終末期医療における延命処置を希望しない人の増加、患者のQOLをより重視し、場合によっては延命措置を控える、または中止すべきであるという考えが強くなってきたことからである⁷⁾。

また、終末期医療に対して石飛幸三は自然であること“平穏死”を唱えている⁸⁾。彼は超高齢者に対して行われている胃ろうと多量の栄養点滴投与は、肺炎を誘発し苦痛を与えるだけであるとして自然死としての“平穏死”を論じている⁹⁾。さらに長尾和宏は、“尊厳死”のかわりに“平穏死”という言葉を使い平穏死、自然死、尊厳死は同意語であるが、“安楽死”はそれとは別物であると述べている¹⁰⁾。さらに、“安楽死”は平穏死、尊厳死と比べて自然な死とは言い難いことから、欧米でおこなわれている“安楽死”には賛同できないと述べ¹¹⁾、このような、欧米と異なった特異な尊厳死について“安楽死”と“尊厳死”の区別に慎重でなければならないと論じている¹²⁾。

つまり、“安楽死”と“尊厳死”の明確な区別がされていない世界的傾向と異なり、わが国では両者が峻別されている。ここには日本尊厳死協会が影響している¹³⁾と松田純は述べている。この協会はもともと、1976(昭和51)年に設立された日本安楽死協会で、1983(昭和58)年に日本尊厳死協会と名称を改称し今に至っている。現在は安楽死の合法化を目標とせず、リビングウィル、いわゆる過剰な延命処置を拒否する旨を表明した文章の普及と“尊厳死”の法制化に注力している¹⁴⁾。

以上のように、わが国の安楽死の法制化については多くの議論を重ねながらも終末期医療を規定した法律は存在しない。しかし、わが国では“尊厳死”に関する法律案や終末期医療に関するガイドラインが成立している。2005(平成17)年以降、終末期医療に関するガイドラインは、2007(平成19)年に厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」、同年に、日本救急医学会の「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」、2008(平成20)年に、東京都老人医療センター(現：東京都健康長寿医療センター)の「終末期における延命治療に関する指針」、2009(平成21)年に、全日本病院協会の「終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～」が作成されている。その後、2014(平成26)年には、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会による「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～」に基づいて、救命救急医療の現場では、一旦蘇生し人工呼吸器などによって生命が維持されていても、脳の損傷が著しく意識の回復が全く望めない場合、その家族に十分な説明をし、家族が本人の意思を推定しながら「延命措置の中止を希望する場合」「家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する」となっている。また、尊厳死に関する法制化はその必要性について議論されている。2005(平成17)年、日本尊厳死協会の要望を受けて、「尊厳死の法制化を目指す議員連盟」が設立され(現在「終末期における本人の意思の尊重を考える議員連盟」)、2012(平成24)年には延命治療中止を中心とまとめた「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)第2案(いわゆる尊厳死法)を策定するに至っている¹⁵⁾。

一方、他国では安楽死および尊厳死の発展によって、安楽死を国家として合法化した国は4カ国ある。世界で初めて合法化したオランダは、2001（平成13）年に「要請に基づく生命終結と自死介助法」を制定している。他にベルギー、ルクセンブルグ、カナダがある¹⁶⁾。スイス、米国はオレゴン、ワシントン、モンタナ、バーモント、ニューメキシコ、コロラド、ハワイの7州と首都のワシントンD.C.は、医師介助自殺が合法となっている¹⁷⁾。また、スイスでは法整備を行わず、民間団体にゆだねて実施され「自殺ツーリズム」の名のもとに、他国から合法的自殺の希望者が集まっている現状がある。最近のNHK番組でも日本から参加した事例が放映されている¹⁸⁾。

わが国の安楽死に対する法的問題は、有罪説と犯罪成立に該当しないという無罪説が主張されている¹⁹⁾。わが国の刑法は202条において、嘱託、承諾殺人ならびに自殺幫助を処罰する規定があり、刑法における安楽死および尊厳死の法的許容性、さらに、患者の死ぬ権利および医師による自殺幫助がどの程度認められるべきであるかなどの問題は、検討すべき課題である²⁰⁾。上野正彦氏の講演では以下のような法的裁判の説明があった。

1つ目の判決例は、名古屋高等裁判所における「尊属殺人被告事件（山内事件）」の判決^{21) 22)}である。わが国における安楽死および尊厳死をめぐる議論は、1962（昭和37）年の名古屋高等裁判所の判決を契機として展開されている。これは、脳溢血の後遺症で苦しみ、余命一週間と診断された父（52歳）から「早く死にたい」「殺してくれ」との懇願を受けた息子が、子として見るに忍びない気持ちとなり、ついに父親の要望を受け入れ、牛乳に有機リン殺虫剤少量を混入した。事情を知らない母親はその牛乳を父親に飲ませ、有機リン中毒により死亡させたという事件である。判決は懲役1年、執行猶予3年が下された。

2つ目の判決例は、横浜地方裁判所における「東海大学病院安楽死事件」^{23) 24)}である。わが国において初めて医師による安楽死の適法性をめぐる事件である。1991（平成3）年4月13日、当時の助手（当時36歳）が、多発性骨髄腫で入院していた男性患者（当時58歳）に、家族の強い要請を受けて、塩化カリウム等を注射し死亡させた。1995（平成7）年に横浜地方裁判所で争われた。判決は、懲役2年、執行猶予2年が下された。

3つ目の判決例は、米国における治療中止をめぐる訴訟である1975（昭和50）年のカレン・クインラン事件である²⁵⁾。多量の睡眠薬を飲み呼吸停止の状態 で病院に搬送された彼女は、ICUで一命をとりとめ人工呼吸器が装着された。7か月間の昏睡状態で、人工呼吸器をつけたままの娘（21歳）に、両親は「安らかに死ぬ権利を認めてほしい」と裁判で訴えた。1年後、最高裁は人工呼吸器の取り外しを認めた。世界最初の尊厳死が認められた事例であった²⁶⁾。

このような安楽死問題は、患者が耐え難い激しい肉体的苦痛に苦しみ、この苦痛を和らげる方法がほかにない、死期を早めて苦しい時期を短くするしかないなどの切迫した状況が前提となった。しかし、現在の緩和医療薬学の発展などで、たいいていの身体的苦痛はコントロールできるようになった。安楽死を望む理由は従来と変化して、身体的苦痛というよりも、むしろ精神的苦痛や、生きる意味の喪失、自立・自律・尊厳の喪失、まわりに迷惑・負担をかけたくないなどの苦痛が理由になっている。それゆえ、超高齢社会を進むわが国にとって重要な課題である。

2. 研究動機

法的にも規制しにくい安楽死問題について医療者の立場から議論することは、終末期医療を考える意味で重要である。2014（平成26）年、厚生労働省における「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書および人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書実態調査」²⁷⁾では回復の見込みのないまま、長期間生き続けることで、医療費の負担や家族の心身的負担で追い込まれた家族や苦悩の実態から、家族に迷惑をかけたくないと延命治療を受けずに、安楽死を求めるといった意見が増えている。一方、人間としての尊厳を守り、自然に死を迎えるべきであり、安楽死の法制化には疑問の声もあるなど、わが国の死生観は変化している。そこで、安楽死についての意識の実態を知り、尊厳ある生命、医療の倫理について問うことが必要であると考えた。

3. 先行研究

安楽死，尊厳死に関する先行研究では，医中誌 Web「尊厳死」および「安楽死」のキーワードで，2014年から2019年（5年間）の看護，原著論文で検索したところ，18件が抽出された。松下年子らの『一般病棟看護師の終末期看護の実際と尊厳死に対する認識』²⁸⁾では，一般病棟看護師1077名への質問紙調査において，尊厳死を意識して看護計画を立案している者は3割であり，8割弱の看護師が終末期ケアに精通した専門看護師や認定看護師のスーパービジョンを望んでいたことから，教育研修体制の必要性を示唆している。佐瀬恵子の『安楽死や自己決定権』²⁹⁾では，わが国においても，患者の自己決定権を最大に尊重して，アメリカ，オランダ，ベルギーと同様に安楽死および尊厳死を許容する法制化を行えば，安楽死および尊厳死をめぐる議論は一応の解決をみることができであろう。しかし，法制化することで，老人や病弱など社会的弱者に対して，安楽死および尊厳死に対する自己決定を強いる可能性が懸念されるとともに，死ぬ権利までも法的に許容される可能性があることから，安易な法制化は行うべきではないように思われると述べている³⁰⁾。西岡弘晶らの『終末期の医療およびケアに関する意識調査』³¹⁾では，高齢者医療に関する市民公開講座の参加者に，リビングウィルや尊厳死に関するアンケート調査を実施している。回答のあった176名（平均64.7歳）を分析した結果，リビングウィルを知っている人は全体の49%，栄養補給法で経口摂取だけを望む人は全体の54%で，前期高齢者と後期高齢者との比較をおこなっているが有意差は見られなかったと報告している。また，岩田浩子らの『終末期医療における自己決定と医療倫理教育に関する課題の検討，安楽死・尊厳死に関する医学生・文系学生の意識差をもとに』³²⁾では，終末期医療における尊厳死や安楽死に対して，医学生と一般人と同等と考えられる文系学生と比較している。医学生は尊厳死の法制化を「望む」が多く，文科系学生は安楽死と尊厳死の法制化を「望む」と「望まない」の二派に分かれた。さらに，医学生は終末期医療における尊厳死や安楽死に対して「家族」「自分」に関して医療処置を依頼しない傾向がある一方，条件が満たされれば尊厳死を実施すると，「分からない」が高率で，判断に揺れ動いている医学生としての心情を明らかにしている。文科系学生は一定条件のもとで尊厳死を肯定する意識傾向があったと論じている。この結果から，医学生への倫理的感受性を豊かにする新たな教育と，文系学生の終末期医療の現実や安楽死・尊厳死を考える教育が必要であると論じている。

このように，終末期医療における安楽死問題は，意識調査や教育に関する研究を重ねながらも，容易に結論を出せるような問題ではないことがうかがえる。しかしながら，対象者となる患者・家族に寄り添い“生・老・病・死”に深くかかわろうとする医療者である看護師にとって，安楽死問題は避けがたい課題である。そこで，研究者らは，安楽死問題についての調査を行い，尊厳ある生命の問題を検討する際の一助となすべく検討を加え，重要な示唆を得る必要があると考えた。

I. 研究の目的と意義

1. 研究の目的

本研究は安楽死問題に関する調査を行い，尊厳ある生命の問題を検討する際の一助とし，社会的問題への重要な示唆を得ることを目的とする。

2. 研究の意義

法的にも規制しにくい安楽死問題について医療者の立場から議論することは，終末期医療を考える意味でも重要である。生存権は誰にも犯しがたい国民の基本的人権である。ゆえに，自己・他者のいずれかからも侵されることのない社会権であり，自然権でもある。安楽死問題も根底には人の生命に関わる問題である。決定的な結論は得ることはできなくても，生の価値を高めるためにも必要なことであり，医療者が患者の権利を命の尊厳から考えるためにも重要なことである。本研究を通して，さらに検討を重ねる機会となりえる。

II. 研究方法および研究デザイン

1. 研究方法

調査研究であり、上野正彦氏の公開講座の講演を聴講した後でのアンケート調査である。上野正彦の講演内容は、法医学者として体験事例を通して争点となった判例や過去の裁判判例を解説し、生命の尊厳と法的根拠、法医学者の苦悩を通して、死から生を考え、命の尊厳を改めて考えさせるという講演であった。

2. 研究デザイン

1) 調査対象

上野正彦「尊厳死、安楽死、終末期医療を考える」公開講座（以下、「講演会」と称する。）に参加した地域住民と看護学生を対象とした。講演は同じテーマで、A市で開催された講演と、B市で開催された講演の2回を対象とした。

2) データの収集方法

留め置き法とし、講演会会場にて質問紙を配布し、講演会終了後に回収する。

3) 調査時期：A市の講演会は2018（平成30）年10月12日、B市の講演会は、その翌日の10月13日とした。

4) 調査内容

基本属性：年齢、性別、職業とした。

質問項目：安楽死に関する質問5項目とした。

(問1)：安楽死を認める期間を問う。(昏睡状態が固定し、回復の見込みがないと診断された場合、その期間が()ヶ月以上持続したら安楽死を認める。()に数字の記入を求めた。

(問2)：昏睡状態が持続する場合の安楽死について、安楽死を「認める」「認めない」「分からない」の選択肢で、自分自身の場合、家族の場合、第三者の場合から問う。

(問3)：安楽死の是非について、その理由を複数回答で問う。選択項目は、①家族に迷惑をかけたくない。②その状態で生き続けるより死を望む。③死は自然に任せるべきで人間が決めるべきではない。④その他の理由の4項目であり、選択項目には該当する番号に○をつける。また、④のその他の理由には、具体的な理由を自由記述で求めた。

(問4)：脳死と臓器移植が認められたように、国民参加の上、国会で論議し決めるべきである。

①はい ②いいえで問う。

(問5)：自由記述：安楽死の法制化に対する考えや安楽死に関する思いを自由記述で求めた。

5) 分析手順

(1) 基本属性：年齢区分は、厚生労働省の人生の年齢区分を使用し、青年期：15歳～29歳、壮年期：30歳～44歳、中年期：45歳～64歳、前期高年期：65歳～74歳、中・後期高年期：75歳～とした。

(2) 基本属性と質問項目別は記述集計・単純集計を実施した。IBM SPSS Statistics 24 for Windowsを使用した。

(3) 看護学生と地域住民との比較はクロス集計で χ^2 検定を実施した。有意水準を5%とした。

(4) 自由記述：意味内容の類似性に従い、カテゴリー化分析を実施した。

3. 倫理的配慮

本研究は、広島文化学園大学看護学部・看護学研究科倫理審査委員会に申請し承認を得た（承認番号：1804）。開示すべき利益相反はない。調査対象者のプライバシーを保護し、参加は自由意思とする。なお、本調査は質問紙への記載と返却によって同意とみなした。

Ⅲ. 結 果

公開講座の講演会終了後、回答用紙の回収は、747名で、未記入の多いものを除き、有効回答は、741名（有効回答率99.2%）であった。以下は有効回答741名についての結果である。

1. 質問紙調査の結果

1) 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示した。年齢は、青年期が416名（56.1%）、前期高年期が121名（16.3%）であった。性別は、女性が588名（79.4%）で7割強を占めていた。職業は、学生が404名（54.5%）で、学生の中に看護学生398名と一般学生6名が含まれる。次に無職が106名（14.3%）であった。

表 1 対象者の属性 n = 741

		名	%
年齢	青年期（15歳～29歳）	416	56.1
	壮年期（30歳～44歳）	26	3.5
	中年期（45歳～64歳）	93	12.6
	前期高年期（65歳～74歳）	121	16.3
	中・後期高年期（75歳以上）	82	11.1
	未記入	3	0.4
性別	男性	152	20.5
	女性	588	79.4
	未記入	1	0.1
職業	医療関係（看護師含む）	31	4.2
	介護・福祉関係	5	0.7
	主婦	71	9.6
	学生（看護学生と一般学生）	404	54.5
	その他（農業・アルバイト）	78	10.5
	無職	106	14.3
	未記入	46	6.2

2) 安楽死を認める期間

昏睡状態が固定し、回復の見込みがないと診断された場合、何ヶ月以上持続したら安楽死を認めるかとの問いである。安楽死を認める期間については表2に示した通り、1ヶ月が169名（22.8%）で、次に未記入が144名（19.4%）、6ヶ月が141名（19.0%）であった。

表 2 安楽死を認める期間（ヶ月） n = 741

期間（ヶ月）	名	%
0	21	2.8
1	169	22.8
2	45	6.1
3	120	16.2
4	11	1.5
5	5	0.7
6	141	19.0
7	7	1.0
8	3	0.4
9	1	0.1
10	5	0.7
12	56	7.6
24	5	0.7
26	5	0.7
37	1	0.1
42	1	0.1
48	1	0.1
未記入	144	19.4
合計	741	100.0

※0は1ヶ月未満

3) 安楽死の承認（自分自身の場合、家族の場合、第三者の場合）

昏睡状態が持続している場合の安楽死についての承認を表3に示した。自分自身の場合は、“認める”が599名（80.8%），“認めない”が29名（3.9%），“分からない”が102名（13.8%）であった。家族の場合は、“認める”が362名（48.9%），“認めない”が93名（12.6%），“分からない”が253名（34.1%）であった。第三者の場合は、“認める”が211名（28.5%），“認めない”が64名（8.6%），“分からない”が419名（56.5%）であった。

表 3 昏睡状態が持続している場合の自分・家族・第三者の安楽死に関する承認

	名 (%)			n = 741
	認める	認めない	分からない	未記入
自分自身の場合	599 (80.8)	29 (3.9)	102 (13.8)	11 (1.5)
家族の場合	362 (48.9)	93 (12.6)	253 (34.1)	33 (4.5)
第三者の場合	211 (28.5)	64 (8.6)	419 (56.5)	47 (6.3)

安楽死の承認について、立場による違いを図1に示す。安楽死を“認める”と回答しているのは、自分自身の場合が80.8%、家族が48.9%、第三者が28.5%と立場によって減少している。それに反して、“分からない”は、自分自身の場合が13.8%、家族が34.1%、第三者は56.5%と増加していた。

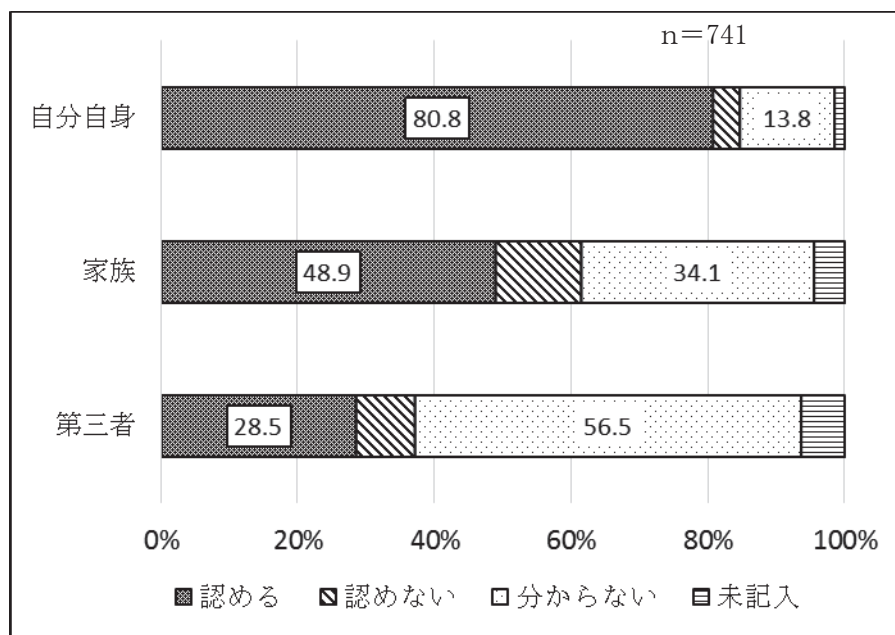


図 1 昏睡状態が持続している場合：自分・家族・第三者の立場からの安楽死の承認

4) 安楽死の是非について、その理由を問う（複数回答）

安楽死の是非について、その理由の結果を表4に示した。“家族に迷惑をかけたくない”が、516名（69.6%）であり、“その状態で生きるより死を望む”が、466名（62.9%）であった。また、“死は自然に任せるべきで人間が決めるべきではない”が、167名（22.5%）であった。

表 4 安楽死の是非について、その理由（複数回答）

	名	%
家族に迷惑をかけたくない	516	69.6
その状態で生きるより死を望む	466	62.9
死は自然に任せるべきで人間が決めるべきではない	167	22.5

5) 安楽死に関する法制化

脳死と臓器移植が認められたように、国民参加の上、国会で論議し、決めるべきである（法制化）について“はい”との回答者が、558名（75.3%），“いいえ”との回答者が、137名（18.5%）であった。未記入が、46名（6.2%）であり、その内訳は、看護学生が3名、地域住民が43名であった。

6) 看護学生と地域住民との比較

学生のうちの看護学生（398名）と地域住民（332名）を比較した結果を表5に示した。“安楽死の承認”で、自分の場合“認める”は、看護学生が307名（77.1%）、地域住民が292名（88.0%），“認めない”は、看護学生が17名（4.3%）、地域住民が12名（3.6%），“分からない”は、看護学生が74名（18.6%）、地域住民は28名（8.4%）で有意差があった。家族の場合“認める”は、看護学生が167名（42.1%）、地域住民は195名（62.7%），“認めない”は、看護学生が67名（16.9%）、地域住民が26名（8.4%），“分からない”は、看護学生が163名（41.4%）、地域住民が90名（28.9%）で有意差があった。第三者の場合“認める”は、看護学生が108名（27.2%）、地域住民が103名（34.7%），“認めない”は、看護学生が48名（12.1%）、地域住民が16名（5.4%），“分からない”は、看護学生が241名（60.7%）、地域住民が178名（59.9%）で有意差があった。

法制化に対して“国会で決めるべき”に、“はい”と回答したのは、看護学生が334名（84.3%）、地域住民は224名（74.9%）で有意差があった（ $p < 0.01$ ）。

表5 看護学生と地域住民との比較（看護学生：398名）（地域住民：332名）

		(看護学生) 名 (%)	(地域住民) 名 (%)	χ^2 値	P 値
自分の場合	認める	307 (77.1)	292 (88.0)	16.148	.000 **
	認めない	17 (4.3)	12 (3.6)		
	分からない	74 (18.6)	28 (8.4)		
家族の場合	認める	167 (42.1)	195 (62.7)	31.320	.000 **
	認めない	67 (16.9)	26 (8.4)		
	分からない	163 (41.4)	90 (28.9)		
第三者の場合	認める	108 (27.2)	103 (34.7)	11.419	.003 **
	認めない	48 (12.1)	16 (5.4)		
	分からない	241 (60.7)	178 (59.9)		
国会で決めるべき	はい	334 (84.3)	224 (74.9)	9.566	.002 **
	いいえ	62 (15.7)	75 (25.1)		

p < 0.01 **
p < 0.05 *

7) 自由記述

研究同意の得られた741名のうち、安楽死に関する自由記述のある238名を分析対象とした。記述内容は講演の感想、安楽死や法制化に対する考えや願い、医療関係者としての死生観や生命の倫理などであった。カテゴリー分類の結果を表6に示す。

その結果、重要文脈は39個、サブカテゴリーは10個、カテゴリーは5個が抽出された。重要文脈は〈 〉、サブカテゴリーは《 》、カテゴリーは【 】と表記する。

表6で示したように、①【安楽死についての社会の承認と法制化】、②【安楽死は自己の意思決定であるが周りへの影響力もある】、③【死の方法の選択は家族との話し合いが必要】、④【死の価値観はそれぞれであり永遠に問われるもの】、⑤【医療における生命の倫理】の5個のカテゴリーが抽出された。講演会終了後の感想には、「改めて“安楽死”について考える良い機会となった」、「法的問題や経済的問題、家族の葛藤などを知ることができた」、「安楽死を簡単に考えていたが、真剣に考えたい」などの記述があった。

表6 自由記述のカテゴリー分析

重要文脈 (39)	サブカテゴリー (10)	カテゴリー (5)	
<ul style="list-style-type: none"> ・国の財政が圧迫，高齢社会，多死社会，社会的承認が必要。 ・回復が見込めないなら安楽死を認めたい。 ・社会の合意形成が必要であると思う。 ・安楽死を迎えられる体制が必要。 	社会的承認が必要	①安楽死についての社会的承認と法制化	
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の増加，真剣な議論を必要とする法制化が必要。 ・日本は70%の人が延命治療を望んでいない現実を知った。 ・安楽死に対する法律や制度が議論立案されることを希望。 ・若者に政治に関心のない人が多いからもっと議論が必要。 	更なる議論と決定が必要		
<ul style="list-style-type: none"> ・日本も安楽死を国の法律として認めてほしい。 ・日本の家族環境を踏まえると安楽死を考えても良いと思う。 	日本にも法的承認が必要		
<ul style="list-style-type: none"> ・残された家族を考えると自己意思表示が必要で尊重する。 ・個人の意思の尊重。自己意思の決定権が重要である。 ・本人の意思で充分生きて感じる人生を望む。 ・延命処置ではなく緩和処置の自己決定の意思を望む。 ・本人の命の尊厳が重要で周辺関係者の面子にこだわらない。 	自己意思の決定を尊重		②安楽死は自己の意思決定であるが周りへの影響力もある
<ul style="list-style-type: none"> ・元気なうちに家族との話し合いが必要。 ・講演を聞いて本人と家族の意思が大切だと思った。 ・最終決定は本人と家族との話し合いが大切。 	家族との話し合いと確認		③死の方法の選択は家族との話し合いが必要
<ul style="list-style-type: none"> ・苦しい状態で生きつづけるより楽になりたい。 ・楽に死にたい。楽に死なせたい。苦しいのが怖い。 ・苦しいのは嫌。楽しくない人生は人生じゃないから。 	安らかで安楽な死を望む		
<ul style="list-style-type: none"> ・延命治療で家族にお金と迷惑をかけるぐらいなら死にたい。 	家族に迷惑をかける		
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の状況により安楽死の考えが変わるので家族は迷う。 ・自分が安楽死で死ぬなら良いが家族だと生きていて欲しい。 ・状況や対象などのケースバイケースだと思う。 ・相反するのでなんとも言えません。迷って答えは出せない。 	状況により安楽死の考え方が問われる		
<ul style="list-style-type: none"> ・自然にまかせるべきである。死の価値観の問いは永遠。 ・その時でないと決められない。しかし，決断も必要。 ・必要以上の医療をしなくてよい。延命の必要はない。 ・明確な考えはなかったが，講演で死の価値観を考えた。 ・第三者への安楽死は，それは殺人にもなり得る。 ・人それぞれに死に対する価値観がある。 	死に対する価値観		④死の価値観はそれぞれであり永遠に問われるもの
<ul style="list-style-type: none"> ・医療者としての生命の倫理に，とまどう。難しい。 ・他人への安楽死は，それは医療のエゴであり，殺人という。 ・積極的な安楽死には医療者として疑問も感じる。 ・法律で定めるには問題や課題が多くあり，難しい。 ・安楽死を選ばなくても良い世の中にしてほしい。悲しい。 ・死者にも人権があること。生命の倫理が大切。 ・看護学生という前に，生きる者として死に向き合いたい。 	医療の中での生と死の問題	⑤医療における生命の倫理	

IV. 考 察

1. 質問紙による調査結果

(問1)の、昏睡状態が続いた場合、安楽死を認める期間は、最も多かったのが1ヶ月で、169名(22.8%)であることは、安楽死を承認し受容できる、お別れの期間を考えての回答であろう。しかし、次に多かった未記入144名(19.4%)は、判断が難しく迷ったと考える。次に6ヶ月が、141名(19.0%)、さらに3ヶ月が120名(16.2%)であった。このように、6ヶ月までの回答率は全体の69.1%を占めたことから、6ヶ月以内での判断が妥当と考えていることが明らかとなった。しかし、昏睡状態になったら“直ぐに”または“1～2週間”という、表には0ヶ月と表記されている21名(2.8%)のように、早期に判断する回答者もいる。それに対して、48ヶ月(4年)との長期に渡り考えるという回答者もいる。以上のように、安楽死の承認には、安楽死に対する価値判断、死生観、生命への倫理・尊厳などの個人差が反映していると考えられる。

(問2)の、昏睡状態が持続している場合の安楽死の承認は、“認める”が、自分自身の場合599名(80.8%)、家族の場合362名(48.9%)、第三者の場合211名(28.5%)と減少していく。それに反して、“分からない”が、自分自身の場合、102名(13.8%)、家族の場合、253名(34.1%)、第三者の場合、419名(56.5%)と増加していく。このことは、自分自身の場合の安楽死の承認は、8割の人が判断していると考えられる。しかし、安楽死の対象が家族や第三者の場合になると、“分からない”が増えるのは判断が難しくなることを示す。回答者の迷いは、回答欄の横に書かれたメモ書きからも推察できる。これは地域住民の回答欄に多く見られ、回答者の“つぶやき”のようなものと考えられる。たとえば、「家族はどんな状態であっても生きていてほしい」、「第三者への安楽死は殺人につながる」、「相手や状況によって違うから難しい」などと書かれていた。安楽死といえども人間の生命を、人間が終わらせて良いのか？ その迷いは回答する際、独り言のようにつぶやきながら回答していたのであろう。それだけに安楽死を認めるかどうかの回答には葛藤やジレンマがあったと推察される。

(問3)の、安楽死の是非について、その理由は、“家族に迷惑をかけたくない”が、516名(69.6%)で回答者の6割強の人が、迷惑をかけたくないという回答している。介護の問題、医療費の問題など、深刻な問題を家族に負担させたくないという思いが込められていると推察する。また、“迷惑をかけてはいけない”とは、日本人独特の考え方で、子どものころからの躾でもあり、安楽死を望む誘因の一つであった。また、“その状態で生き続けるより死を望む”には、466名(62.9%)が回答している。これには回答者自身の願いで、苦しまずに死にたい、安楽に死にたいとの思いが込められている。複数回答にて、この2つには回答者の6割が安楽死を承認する理由として挙げている。しかし、次の“死は自然に任せるべきで人間が決めるべきではない”が、167名(22.5%)で2割という結果は、前述の2つの理由と比較して低率であった。この“自然に任せるべき”と言う質問は、どちらかといえば安楽死を否定する視点からの質問であることや、“自然に任せた死”のイメージがつかめなかったこと、さらに、“自然死”でありたいと願っていても、ほとんどの人が病院で最後を迎えるという実態から、自然死の難しさを反映しているといえる。

その他の理由には、「安楽死を考えなければならない世の中が悲しい、辛い。そのようなことを考えなくても良い社会にしてほしい」「福祉政策を含めて考えてほしい」などの記述もあり、安楽死に対する“とまどい”や判断に“揺れる”現状、判断しにくい問題を社会や政治問題に言及した理由であるといえる。さらに、「尊厳とは何か」「生命の重さと命とは何か」を問う記述が見られたことも、安楽死の是非について、その理由は簡単に答えられない複雑な要素がからんでいることも明らかとなった。

(問4)の、安楽死の法制化に向けて、“脳死と臓器移植が認められたように、国民参加の上で、国会で論議し決めるべきである”についての問いに、“はい”が558名(75.3%)であった。先行研究、岩田浩子らの研究³³⁾と同じ傾向の結果であった。本研究の看護学生と地域住民との比較では、法制化を望む看護学生は、334名(84.3%)で8割が法制化を望むのに比べ、地域住民は224名(74.9%)で7割であった。これは、終末期医療について、看護学生が数年後の医療者としての立場を考えての判断が影響していると考えられる。一方、法制化への“いいえ”と回答したなかには、法制化に向けて反対する者から、生

命を法で判断してよいのかとの“とまどい”や“動揺”を反映しての回答も含まれると推察される。また未記入が、看護学生は3名(0.3%)に対し、地域住民は43名(12.6%)と多くなっている。このことは、地域住民が法制化に迷う反面、看護学生は迷うことなく法制化を肯定的に判断している。これは、講演の中で語られた判例から、看護学生として医師や家族を殺人者にはいけないとの思いからの結果であろう。しかし、地域住民は身近な自分の問題として安楽死の法制化に望みをかけたいとの思いがある反面、法制化することへの“とまどい”や“動揺”があると考えられる。

わが国における法制化は課題が多い。社会背景で述べたように、超高齢社会、多死社会のわが国では、終末期医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを策定している。これらのガイドラインへの取り組みにも議論を深める必要がある。また、法制化に向けては、世界の状況も見ておくべきであろう。世界で初めて安楽死を合法化したオランダ、各州で広がりを見せるアメリカ、また法制化はせずに自殺介助を容認しているスイスなど各国の議論も含め、そこに至る過程を明らかにしながら、議論を重ねていくことが重要である。

さらに、わが国の法制化が進まない理由にも目を向けていく必要がある。それは、慢性型終末期には“平穏死”の考え方が徐々に浸透し、がんなど重急性型終末期には緩和ケア医療薬学の発展、救急医療などの急性型終末期にはガイドラインがあり、この活用が問われている。一方、2001年のオランダの安楽死法案からの約18年間で、“すべり坂”(公共政策化すると、障がいなどのある弱い立場にある人が、本人の意思に反して、家族や社会の負担とされ、被害を受ける可能性が増大すること)への懸念も含まれること、また、自発的に文章は残したが、精神疾患や認知症により、終末期には書いたことも忘れた状態で、非自発的な死に至る可能性が生じることなど、法制化には、まだまだ議論の余地がある。

看護学生と地域住民との比較では、安楽死の承認や、その理由、法制化について、地域住民との相違がみられた。安楽死の承認には、看護学生は地域住民と異なり、自分、家族、第三者のどの立場においても、“分からない”が多くなるのも、まだ死に対する考え方や生の倫理を考えるには形成途上であることも影響していると考えられる。さらに看護学生は、自分が将来看護職に就き、終末期患者の看護をする立場を考えると、さらに迷いや揺らぎが生じたと推察される。狩谷恭子らは、死生観のイメージを看護学生の学年差の比較で検討した結果、4年生では臨地実習で死への理解を促し、死を肯定的に受け止めると述べている³⁴⁾。しかし、本研究の対象である看護学生の教育カリキュラムは、ターミナルケア論が4年生の後期であり、死生観を肯定的に受け止められると考えられる臨地実習は、3年生の後期に開始されるため、ターミナルケア論はまだ教授されていない。臨地実習も体験しているのは4年生だけである。このことから考えると、本調査の対象者である看護学生には、死別経験も少なく、死生観に対する知識は十分であるとはいえないことから、死生観の形成は発展途上にあると考えられる。

一方、地域住民は各自の死生観をもちながら、自分の人生を振り返り、尊厳死に向けての法制化を考えている。法制化に希望を託す反面、自分の人生や命を法に委ねなければならないジレンマが明らかにされた。

今後、死生観や法制化に対しては、教育の中で議論していくことが必要である。さらに、死生観形成には、人との死について、残されている時間を精一杯生きている人という視点で考えることのできる看護師の育成が必要である。また、質問項目全般においての“とまどい”、“分からない”という記述が多いことも、そこに、問題の深刻さや簡単には答えが出せないこと、教育や知識不足も考えられる。日本医療政策機構の「2017年 日本の医療に関する世論調査」で「安楽死」「尊厳死」「リビングウィル(書面による生前の意思表示)」について“知っているか?”との質問に対して、“意味も含め知っている”が49.0%、“言葉は知っているが意味はよく知らない”が41.2%、“知らない”が9.8%との回答報告がある³⁵⁾。本調査結果からも同様に安楽死に対する知識が充分であるとは言えない。テレビや雑誌からの情報は多くなっている今日、2019年6月に放映されたNHKスペシャル「彼女は安楽死を選んだ」³⁶⁾は、大きな反響を呼んでいる。これらメディア情報についても若者にとっての影響力は大きく、今後の教育も含めてメディア情報にも慎重でありたい。

2. 自由記述

まず、1つ目の【安楽死についての社会の承認と法制化】は、わが国の超高齢社会や多死社会への対応として法制化を求める声である。特に、今回の講演で〈日本の70%が延命治療を望んでいない〉こと、他国と日本の安楽死に対する現状を比較して、〈日本も安楽死を国や法律として認めてほしい〉や〈日本の家族環境を踏まえて安楽死を考えても良いと思う〉などから、法制化に向けての《社会的承認が必要》や《更なる議論と決定が必要》と社会の承認と議論の必要性を指摘していた。さらに、財政問題や安楽死を個人の問題として判断することの難しさから法制度に委ねているという一面も浮かぶ。

しかし、安楽死は、死が目前に迫った限界の状況においてのみ、遺言と同様の法的手段を得て、リビングウィルを法的に保障し、死の限界に達したときのみ、限定的に尊厳死を許容する法制化を妥当としている³⁷⁾が、法制化に向けての課題は多い。佐瀬恵子は、将来的に、患者の自己決定権を求める声が高まり、安楽死および尊厳死への関心が高まれば、尊厳死および自然死を許容する法制化の可能性が考えられると述べている³⁸⁾。しかし、日本における法制化は、まだまだ議論の余地を残しているといえる。

次に、2つ目の【安楽死は自己の意思決定であるが周りへの影響力もある】は、自己意思の決定が尊重されたカテゴリーである。本人の意思決定が第一であり、尊重したいが、その意思決定はどこまで可能なかが社会問題、課題としてとりあげられる。例えば2018（平成30）年8月、腎臓病患者の40代の女性が人工透析治療を中止した後に死亡したとの報道は話題となった^{39) 40)}。この患者は医師から透析継続と中止の選択肢を示され、女性は一旦、中止を選んでいる。しかし、その後、患者に迷いが生じ、透析の再開を望むメールを夫にしたが、治療の再開はされずに、患者は死亡した。そこには、“透析中止”に関するガイドライン適応に関して、患者の自己決定権をめぐる課題と、その患者が終末期患者であり、医師が透析治療の中止の選択肢を提示できる患者であったのかとの疑問が残る。さらに、自己決定の変更等に関して多くの課題が残されている。この事例のように、意思決定の尊重とその揺れ動く患者の気持ちなどをどのように受け止めるか、医療関係者や家族にとっても難しい問題である。また、これから増加が懸念される認知症の場合など、患者の意思決定能力について考えなければならない要素を含んでいると考える。

患者の自己意思の決定については、世界で初めて安楽死を合法化したオランダ、各州で広がりを見せるアメリカ、また法制化はせずに自殺介助を容認しているスイスなど、そこに至る過程を明らかにしながら、認知症をめぐる問題も含めて検討していく必要がある。

次に、3つ目の【死の方向の選択は家族との話し合いが必要】は、まさに、前述の事例の家族の苦しみにあたるであろう。〈元気なうちに、家族と話し合いが必要〉〈最終決定は本人と家族〉などの重要文脈にあるように、家族との話し合いを重要視している。話し合いだけではなく、それを尊重するためにも、その根拠として文章化するなど、残された者が判断に困らないよう配慮すべきことであろう。

次に、4つ目の【死の価値観は、それぞれであり永遠に問われるもの】は、対象者や患者の状態によって、安楽死のとらえ方や価値観が異なることを示している。人によっては、回復する可能性があると感じている人、先進医療への期待や、親であればどのような状態であっても生きていて欲しいとの願いなど、安楽死には個々の死生観や価値観が反映されることを示唆している。

最後に、5つ目の【医療における生命の倫理】は、医療従事者（看護学生）の意見が反映されている。〈医療者としての生命の倫理としてとまどう。難しい。〉〈積極的な安楽死には疑問も感じる。〉〈看護学生ではなく生きる者として向き合う必要がある。〉など、看護学生は将来、医療従事者の立場に立つ者として、尊厳のある安楽死をどのように考えるか、生命倫理から安楽死を認めることへの揺れ動く想いが反映されていると考える。

V. 結論

安楽死問題について調査結果から尊厳ある生命の問題を検討した結果、以下の結論に至った。

1. 安楽死問題は、個人の意思決定が尊重されるが、後に引き起こされる諸問題を考えた場合、法制化の議論が求められている。

2. 安楽死問題は、個人の自己決定権と生命の尊重として難しい問題として捉えられながら、重大な社会的問題として捉えられている。
3. 安楽死および尊厳死の価値判断には個人差があり、特に経済的問題が絡んでいると考えられることから、安楽死は個人的な問題ではなく社会的問題としての検討が必要であり、継続した議論が望ましい。

おわりに

本研究は安楽死問題について調査を行い、尊厳ある生命の問題を検討する際の一助とし、社会的問題への重要な示唆を得ることを目的とし、上野正彦の「尊厳死・安楽死、終末期医療を考える」公開講座後にアンケート調査を行った結果を分析・検討したものである。その結果、安楽死問題の根底には人の生命に関わる問題があり、決定的な結論を得ることはできないが、永遠に問われるもの、患者の権利を命の尊厳から考えること、また、安楽死は個人的な問題ではなく社会的問題として、さらなる検討、議論を重ねることが重要であることが示唆された。

法的にも規制しにくい安楽死問題について医療者の立場から議論することは、終末期医療を考える意味でも重要である。生存権は誰にも犯しがたい国民の基本的人権である。ゆえに、自己・他者のいずれかからも侵されることのない社会権であり、自然権でもある。医療者が患者の権利を命の尊厳から考えるためにも、生の価値を高めるためにも重要なことである。

わが国においても、患者の自己決定権を最大に尊重して、安楽死および尊厳死を許容する法制化を行えば、安楽死および尊厳死の適法性をめぐる議論は一応の解決をみることができようか。それには、まだまだ、議論する余地が残されている。さらに、法制化に向けての疑問の意見に、高齢者や障がいのある人に対して、安楽死および尊厳死に対する自己決定を強いる危険性がないだろうかとの疑問も否めない。ゆえに、生命尊重の基本思想を危うくするという批判にも慎重に検討する必要がある。本調査の結果から明らかにされた“迷惑をかけたくない”“これ以上苦しむより死を望む”“医療費の負担”などの苦悩と葛藤の声は、大きな課題である。これらの課題を個人的なレベルや家族の責任にしないで、社会的問題として議論を重ねていくことが必要であろう。

なお、本研究は講演会直後のアンケート調査であることから、講演内容に影響を受けて回答している傾向があることから一般化には限界がある。今後、さらなる調査や教育活動、議論の場も必要であろう。高齢化が進んでいるわが国において、安楽死問題や終末期医療はますます重要となり、さらなる研究が必要である。

最後に、本研究のアンケート調査にご協力くださいました皆様に、心より感謝申し上げます。

参考文献

(Endnotes)

- 1) 厚生労働省：臓器移植に関する法律の一部改正（健発0114第1号），2010.
- 2) 佐瀬恵子：安楽死と自己決定権，創価大学大学院紀要，25，pp.43-67，2003.
- 3) 松田純：安楽死・尊厳死の現在，最終段階の医療と自己決定，中公新書，pp. i，2018.
- 4) 松田純：前掲書3)，pp. i.
- 5) 佐瀬恵子：前掲書2)，pp.44.
- 6) 厚生労働省：終末期医療に関する意識調査等検討会報告書および人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書について，医政局指導課在宅医療推進室，2014.
- 7) 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，資料編，終末期医療に関するガイドライン，東京大学出版会，pp.259-262，2011.
- 8) 石飛幸三：口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ，講談社，pp.89-90，2010.

- 9) 石飛幸三：前掲書8), pp.199-202.
- 10) 長尾和宏：高齢者の望む平穏死を支える医療と看護, メディカ出版, pp.10-12, 2015.
- 11) 長尾和宏：前掲書10), pp.10-11.
- 12) 長尾和宏：前掲書10), pp.2-10.
- 13) 松田純：前掲書3), pp.106-107.
- 14) 松田純：前掲書3), pp.106-107.
- 15) 松田純：前掲書3), pp.138-139.
- 16) 松田純：前掲書3), pp.13.
- 17) 松田純：前掲書3), pp.81.
- 18) NHK スペシャル「彼女は安楽死を選んだ」, 2019, 6, 12, 放映.
- 19) 山内義廣：安楽死と患者人権, 経済文化研究所紀要, 10, pp.237-248, 2005.
- 20) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.63-65.
- 21) 植村和正, 井口昭久：「安楽死」と「尊厳死」－法律的考察－, 生命倫理, 9(1), pp.116-120, 1999.
- 22) 沖永隆子：「安楽死」問題にみられる日本人の死生観－自己決定権をめぐる－考察－, 帝京大学短期大学紀要24, pp.69-95, 2004.
- 23) 松田純：前掲書3), pp.8-9.
- 24) 沖永隆子：前掲書22), pp.76.
- 25) 松田純：前掲書3), pp.102-104.
- 26) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.49-50.
- 27) 厚生労働省報告：前掲書6), pp.26-28.
- 28) 松下年子, 藤村朗子著：一般病棟看護師の終末期看護の実際と尊厳死に対する認識, アディクション看護14(2), pp.15-26, 2017.
- 29) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.43-67.
- 30) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.64-65.
- 31) 西岡弘晶, 荒井秀典：終末期の医療およびケアに関する意識調査, 日本老年医学会雑誌, 53(4), pp.374-378, 2016.
- 32) 岩田浩子, 佐藤啓造, 米山裕子ら：終末期医療における自己決定と医療倫理教育に関する課題の検討－安楽死・尊厳死に関する医学生・文系学生の意識差をもとに, 昭和学士会雑誌, 78(2), pp.156-167, 2018.
- 33) 岩田浩子, 佐藤啓造, 米山裕子ら：前掲書32), pp.56-167.
- 34) 狩谷恭子, 渡曾丹知子：看護大学生における死生観と死に対するイメージの学年比較, 医療保健学研究, 2, pp.106-116, 2011.
- 35) 日本医療政策機構：2017年日本の医療に関する世論調査, 2017.
- 36) NHK スペシャル「彼女は安楽死を選んだ」放映. 前掲18).
- 37) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.62-65.
- 38) 佐瀬恵子：前掲書2), pp.65.
- 39) 朝日新聞：透析中止 女性患者が死亡, 東京の病院, 医師から提示, 2019, 3, 8.
- 40) 朝日新聞：透析治療しない選択肢, 終末期ではない患者に提示, 2019, 3, 9.