

「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一考察—

沖 永 隆 子

【 目 次 】

はじめに

1 「安楽死」とは何か

2 日本における「安楽死」の現状

3 日本における「安楽死」のあり方をめぐって

(1) 「安楽死」が認められない主な理由

(2) 日本における「自己決定権」のあり方をめぐって

おわりに

参考文献

はじめに

バイオエシックス（生命倫理）は、1960年代に「患者の人権運動」を契機に欧米で誕生し、終末期医療や先端生殖医療の現場での社会的倫理的諸問題を、一人ひとりの死生観に照らして考えていくことを目指している。とりわけ「安楽死」問題については今日的課題を多く残している。筆者が個人的に「安楽死」問題を扱うきっかけとなったのは、今から12年前国立京都国際会館にて行われた「死の権利協会世界連合 第9回国際会議 世界のリビング・ウイル」シンポジウムへの参加であった。そこで「安楽死」問題を取り上げたビデオ上映「平民」に大変大きな衝撃を受けた。「平民」の内容は、きんいしゆくせいそくさくこうかしょう筋萎縮性側索硬化症（ALS : amyotrophic lateral sclerosis …… 運動神経の細胞が消失し、自力での生活が困難になっていく、難治性神経疾患。原因不明で病気が進行するにつれ、身体の

自由が利かなくなり、会話、食事、呼吸すら難しくなっていく。しかし、頭脳は最期まで正常のまま。別称：アミトロ、ルー・ゲーリック病。現在国内の患者は5000人ほど）という不治の難病に冒されやがては死んで逝く老婦人の実話を一部始終克明に再現したドキュメンタリーである。遺族であるパネラーが、実母の「安楽死」行為にたいして、「たとえ誰に非難されようとも決して後悔しない」と涙ながらに語った場面は、実に印象的であった。これは、耐え難い肉体的精神的苦痛に苛まれ、刻々と死に近づく母親をなんとかして安らかに死なせてあげたいと願う遺族の心情から発せられた言葉であろう。筆者は、生まれてはじめて人の死ぬ瞬間を目の当たりにし、当事者の立場でない限界を感じつつも、人が生きていくことの意味や価値の探求をさらに進めていきたいと考えるに至った。

さて今年に入り、川崎協同病院でのいわゆる「安楽死」事件が発覚し、以前にも東海大学附属病院（95年）や町立国保京北病院（96年）での「安楽死」と報道される事件が連発し、世間を騒がせた。「安楽死」の是非をめぐる議論がなされて随分になるが、一貫してこの問題の焦点となるのは、終末期患者の「自己決定権」を認めるべきかどうかという点である。しかし、この「自己決定権」とは、徹底した自由主義的個人主義に根ざした西欧近代社会が生み出した、患者の自主的判断（オートノミー）にもとづく権利であり、この立場がそのまま各社会に共通の理念として受け入れられるとは考えにくい（たとえば、日本においては、個人の意思尊重という理念が受け入れがたい背景がある。この点については後述）。バイオエシックス全般にかんして、とくに死の臨床において論じられる際に、いつも疑問に感じるのは、西欧個人主義の立場からの視点で議論がなされるという点である。つまり、「自己決定権」、「インフォームド・コンセント」（医師からの十分な説明と情報提供のもとで患者が選択、同意、拒否すること）や「リビング・ウィル」（生きているうちに法的に発効する遺言）などのキーワードを主軸として、日本では立ち遅れているから改善すべきだという視点である（ただし、筆者はこれらを全面否定するつもりで論じるのではない）。本稿では、従来「安楽死」問題で議論される「自己決定権」に焦点をあて、日本において「安楽死」問題が紛糾している原因を日本人の心情ないし死生観から探ってみることにしたい。

1 「安楽死」とは何か

「安楽死」の考え方を最初に著述したのは、トマス・モアの『ユートピア』（1516年）で、「安楽死」という用語を初めて用いたのは、フランシス・ベーコン（1561～1626年）だといわれる。その後、ヴォルテール、ジャン・ジャック・ルソー、デヴィット・ヒュームらがこの思想を広めた（しかしいずれも、カトリック信仰の「生命神与説」の信条に遠慮がちに反抗したものであった。このような背景があって、英国で1935年にはじめて安楽死協会が誕生した）。彼らが使った安楽死という用語（*euthanasia*, *euthanasie*）は、もともと、ギリシャ語の「良い死」、「安らかな死」を意味した。この言葉は現在、「安らかな死」を与える、つまり、死を望む患者に手を貸す意味で一般に使われ、日本語でも「安楽死」として定着しているが、自殺を罪悪視する西欧社会では、つねに重大な疑義の対象になっている。

● 「安楽死」の定義

「安楽死」の定義はさまざまである。歴史をふり返ると、従来、安楽死の定義は、慈悲の精神にもとづいて死期を早めることによる「良き死」を許容する、という考え方に依拠してきた。それゆえ、「安楽死」というと「慈悲殺」と同義に定義されるきらいがある。また、「安楽死」の概念規定を困難なものにしているのは、ヒトラーの悪名高き優生改良政策、すなわち「安楽死センター」にあった。ヒトラーは、人間に判断できる限界内で、かつその病気の精密な検査にもとづいて、治る見込みのないとみなされた病人に、「慈悲による死」（*Gnadentod*）を与える命令を下した（1939年）。現在の「安楽死」を定義するさい、本来の意味において、これが妥当ではないことは明らかではあるが、不思議なことに「安楽死」といえば常にナチスの優生思想に基づく「強制的安楽死」の連想がつきまとうことが少なくない。次に現在の「安楽死」をめぐる用語の定義、概念整理を、おもに星野一正の定義に依拠しつつ試みたい。

「安楽死」とは、「患者が、現代の医学の知識と技術からみて、不治の病に冒されており、死が目前に迫っていて、だれも見ろに見かねるほど患者の苦痛が甚だしく、耐え難い、肉体的苦痛に襲われている場合に、患者本人の囑託また承諾

を得て、もっぱら患者の苦痛緩和あるいは除去する目的で、医師が患者の死期を若干早める処置を行うことによって起こる死」である。また、「安楽死」自体にもある種の区分がある。すなわち、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」とがあり、これは医師の患者にたいする処置のちがいによって分類することができる。端的にいえば、「死なせること」が「積極的安楽死」であり、「死ぬにまかせること」が「消極的安楽死」である。

「積極的安楽死」とは、「医師が致死薬の投与などにより、患者の死期を比較的早めることによって起こる死」であり、「消極的安楽死」とは「鎮痛以外の積極的な治療をすべて中止し、対症療法だけで寿命が尽きるのを待つことによってもたらされる死」を指す（現在、諸外国では積極的／消極的安楽死を区別しない傾向があり、安楽死といえは、「積極的安楽死」を指すのが通例となっている。オランダ医師会は「消極的安楽死」という概念を受け入れていない。東海大学附属病院事件の横浜地方裁判所の杉浦裁判長の判決でも「消極的安楽死」という用語を使っていない）。

法的見地から真の意味での安楽死は、「知的精神的判断能力のある成人患者本人の真摯で持続的な自発的要請に基づいて、医師が患者を幫助した結果、患者の希望通りに安らかに生命が短縮されて、むかえる死」である。また、患者の自発的安楽死を幫助する医師の方法が、① 致死薬を注射して死をもたらず医師の積極的な行為による積極的安楽死の場合には、「自発的積極的安楽死」であり、② 医師は致死薬の処方箋あるいは薬剤そのものを患者に渡すだけで、その後、患者が入手した致死薬を服用して自殺する場合には、「医師による患者の自殺幫助」である（現在、諸外国では、後者②を「積極的安楽死」の範疇には入れていない）。現在、真の意味での安楽死は、知的精神的判断能力のある成人患者にたいする「医師による行為」に限定されており、「自発的安楽死」と呼ばれ、医師による致死薬の積極的行為による場合を「自発的積極的安楽死」という場合もあるが、単に「積極的安楽死」という場合もある。

また、医師による自発的安楽死や自殺幫助を受けての死など「自己の尊厳を守るためのその他の死の迎え方」を個人の「尊厳ある死」と広い意味において解釈されうるが、「狭義の尊厳死」の定義は以下のとおりである。

「尊厳死」とは、「栄養と水分の補給以外には、積極的な治療もせず、寿命が尽きたら尊厳のあるうちに、自然に死なせて欲しいと願う死であり、病気の末期に生命維持装置を取り外すことは、末期患者の死への過程において、延命治療を人為的に無理に介入するのを意味し、患者の病態をあるがままの自然な状態に戻して、患者の残された寿命を自力で全うさせてあげる死」をいう。これは、延命医療の介入のない、このような自然な状態での「尊厳死」は、「カリフォルニア州自然死法」（1976年）でいわれるところの「自然死」と同じである。しかしながら「自然死」あるいは「尊厳死」は、医療を中止しても直接生命の終焉とは関係のない延命治療の中止であるのに、「消極的安楽死」として一種の安楽死行為であるかのような誤解が生じている。

さらに、真の「安楽死」の定義を困難にさせている「慈悲殺」を簡単に説明する。「慈悲殺」とは、「親兄弟や友人、看護婦など患者の身近で世話をしている人などが、患者の苦しみなどに同情し、無理に生かし続けることに忍びなく、本人の意思によらず、また本人の同意や承諾も得ずに、第三者が患者の生命を短縮し終焉させること」である。端的にいえば、「患者の家族や第三者が、患者に同情して法を犯してでも早く楽にしてあげようと殺害する行為」である（森鷗外の『高瀬舟』で登場する「安楽死」行為はこれにあてはまる。後述するが、日本において安楽死と称される事件の多くは「慈悲殺」の範疇に入る。なお、もとより現在、「慈悲殺」を法的に容認している国はどこにもない）。

「自らの意思による死」を医師に委ねるのを「安楽死」、「自らの意思に反して」医師以外の者が死にいたらしめる行為を「慈悲殺」と分類される。また、ピーター・シンガーは、患者の意思の内容区分に応じて安楽死を三つの場合に分類した。第一に、患者の「意思にもとづく」(voluntary) 安楽死。第二に、患者の「意思にもとづかない」(involuntary) 安楽死。そして第三に、患者の「意思を確認できない」(unvoluntary) 安楽死である。患者の意思の確認が安楽死の必然条件であるゆえ、第一の場合にのみ「安楽死」の定義があてはまる。第二、第三の場合の安楽死は、患者の意思の確認が欠けていることから「安楽死」ではなく、むしろ「慈悲殺」とするべきであろう。さらに、ジョーゼフ・フレッチャーは、「選択による死」から安楽死を四つの形態に分類した。第一に、「安楽死」あるいは「幸福な死」は、

任意的で直接的な場合、すなわち、患者によって選ばれ実行される場合である。たとえば、患者のすぐ手元に適量の薬を置いておくことである。第二に、「安楽死」には、任意的であるが間接的な場合もあるという。たとえば、自分で死ぬことができない場合に自分の生命を完全に終わらせる裁量を医師に委ねる場合がそれである。第三に、「安楽死」は、直接的であるが非任意的であることもある。これは、単純な「慈悲による殺人」という形態である。直接的で非任意的であるので、法的な告訴や起訴によって問題が法廷で取りあげられるのは、「安楽死」のこの形態においてである。第四に、「安楽死」は、間接的で非任意的なことがある。この「安楽死」は、病院で毎日おこなわれている「患者を死ぬにまかせる」現状にあてはまる。

この分類によると、「安楽死」は第二にあたる。末期患者の意識が正常なときに死を要請する旨を書面で遺しておき、患者の意識がすでになくなった段階で発効する「リビング・ウイル」とよばれる形式も第二にあてはまるが、これは通常「尊厳死」とよばれている。第三はいわゆる「慈悲殺」で、第四は患者の同意がないことから「安楽死」でもなければ「尊厳死」でもない。日本においては、一般に知られる三者「安楽死」「尊厳死」「慈悲殺」の定義が曖昧であるために、それらが混同され、「安楽死」問題をますます複雑にしているように思われる。

2 日本における「安楽死」の現状

日本で「安楽死」という概念が紹介されたのは、今から90年ほど前に出版された森鷗外の『高瀬舟』である。苦しみ悶える弟を哀れに思った兄が、楽にしてやりたいとの一心から弟を殺害する物語であり、鷗外自身がこの行為を「安楽死」と記述している。

日本で代表的な「安楽死」事件といわれるのは、昭和37年の「山内事件」とよばれる尊属殺人事件（名古屋高等裁判所判決）であり、その後「東海大学附属病院事件」や「町立国保京北病院事件」など、また最近では「川崎協同病院事件」があげられる。主な「安楽死」と称される事件を紹介しながらそこでの論点を整理したい。

●尊属殺人被告事件（山内事件）

農業を営む当時 24 歳だった青年が、脳溢血で倒れたまま病床上で激痛を訴え「殺してくれ」と叫び続けていた父親に対し、有機リン殺虫剤入りの牛乳を、事情を知らない母親の手を介して与えて死亡させた事件である。控訴審で弁護人は「安楽死」による無罪を主張したため、高裁では「安楽死」の是非の議論を避けて通ることはできなかった。そこで、以下にあげる「安楽死 6 要件」が満たされれば、殺人罪や尊属殺人罪の成立する余地はないものとして、殺人罪としては最も軽い懲役一年に執行猶予をつけた「自殺関与罪」の判決が下された。

<名古屋安楽死 6 要件> (1962 年)(名古屋高等裁判所 当時 成田薫主任判事)

- ① 病者が、現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること。
- ② 病者の苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものとなること。
- ③ もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。
- ④ 患者の意識がなお明瞭であって、意思を表明できる場合には、本人の真摯な嘱託または承諾があること。
- ⑤ 医師の手によることを本則とし、これにより得ないと首肯するに足る特別の事情があること。
- ⑥ その方法が倫理的にも妥当な方法として容認しうるものとなること。

「名古屋安楽死 6 要件」の内容の中で最も重要なポイントは、「苦痛からの解放」と「本人の意思尊重」である。事件そのものは、⑤と⑥を満たさないとして、結局、「違法な嘱託殺人罪」がいわれた。しかしこの名古屋高裁の 6 要件がやがて「安楽死」を論じる際の基本的かつ客観的な土台となる。「山内事件」以後、日本で（積極的）安楽死が焦点となった事件は、8 件ほどあるが、すべて有罪判決である。

●東海大学附属病院事件

東海大学医学部付属病院で、1991年4月13日、当時の徳永助手（当時36歳）が、多発性骨髄腫（原因不明の不治のがんの一種）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、死亡させていたことが翌月に発覚。1992年7月、徳永元助手が殺人罪で起訴された。横浜地検は起訴にあたって、昭和37年の名古屋高裁の「安楽死6要件①-⑥」を判断基準とし、この内②（見るに忍びない苦痛がある）、④（患者の意識が明確で意思表示ができる場合、本人の依頼（意思）がある）、⑥（倫理的に妥当な方法）を満たさなかったとして、「安楽死ではなく、明らかに殺人」と判定した。

<医師による積極的安楽死4要件>（1995）（横浜地方裁判所、松浦繁裁判長）

- ① 耐え難い肉体的苦痛があること
- ② 死が避けられず、死期が迫っていること
- ③ 肉体的苦痛の除去・緩和のために方法を尽くし他の代替手段がないこと
- ④ 生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること

この事件判決での特徴は、昏睡状態の患者の積極的な治療の中止、「間接的安楽死」や「治療行為の中止」について「家族の推定」を容認した点である。つまり、死期の迫った患者なら、昏睡状態の場合を考慮して、家族からの「本人の意思」を推定することを法律上可能にしたことである。治療中止の最大要件である「本人の意思」を家族からの推定にまで広げた点は、海外でも定着していないので、国内外で議論的になった。

この判決は、家族の意向が強く反映される日本の医療現場の実態にあわせた判断といえるかもしれないが、何よりもまず、「本人の意思」確認を最優先し、それができない場合の「家族の推定」を厳しい条件のもとで検証する必要があるといえよう。ただし、松浦裁判長は、この家族の忖度にかんして、「家族の意思表示から患者の意思を推定すること、いいかえると、患者の意思を推定させるに足る家族の意思表示によることが許される」とのべていることに注意したい。この点は、安楽死が認められない主な理由としての「自己決定権の未定着」と関連する。

● 町立国保京北病院事件

1996年4月27日、京都府北桑田郡京北町の町立国保京北病院院長の山中医師（当時58歳）が、末期胃がんで苦しんでいた男性患者（当時48歳）に、筋弛緩剤を投与し、死亡させていた事件が、ある男性の通報により発覚。マスコミが一斉に報道した。京都府警は、医師が患者を安楽死させた疑いがあるかもしれないとして捜査を開始。本人の同意を得ず、また筋弛緩剤投与のさいに、家族にその点滴薬の中身を告げていなかったことなど、多くの問題点があるとして、医師は殺人罪に問われる可能性が高いとされた。病院長は解任され、本病院には無関係な町役場の職場に移動させられたが、1998年に元の職場に復帰。

さきの東海大学附属事件と比較すれば以下のとおりである。〔星野、1996：97-98〕

<東海大付属病院事件との共通点>

- ① 患者からの明確な意思表示を医師が受けていない点
- ② チーム医療が行われていなかった点（医師が居合わせた看護師・看護婦の反対を押し切り、他の医師の判断を仰がずに独善的に決定し、自分自身で致死薬を静脈内に注射し死亡させた）
- ③ 致死薬を投与した時点で、すでに患者は昏睡状態に陥っていて、疼痛や苦悩を認識していなかった点
- ④ がんの告知がされていなかった点
- ⑤ 終末期の疼痛対策や緩和ケアが不十分であった点
- ⑥ 回復不可能な末期がんで死が迫っていた点

<東海大付属病院事件との差異点>

- ① 患者—医師の人間関係：東海大付属病院の医師は患者の担当になって、13日目に他界させたという浅い関係に対して、京北病院長は、患者とは20余年にわたる長い人間関係があった
- ② 病院内における医師の立場：東海大付属病院の医師は、関連病院から本人の助手として赴任した日に担当になったばかりであるのに対し、京北町病院では、病院長の立場にあり、患者の担当は別の医師であった

- ③ 病院と地域住民との関係：東海大附属病院の医師は、地域とは関係がなかった

それに対し、京北病院長は、人口7千余りの山間の京北町唯一の総合病院の院長として君臨していた。町民、とくに老年者には、院長を尊敬している人が多かった

さらに、山中医師の「慈悲殺」を動機づけていた要因と「慈悲殺」が倫理的に抵触する要因（主に法的要因）とに分けて問題点を分析する。まず地元老人クラブの院長留任を求める大多数の署名運動から推察されるように、山中医師は、前近代的価値観に基づく村落共同体社会の中で、地元の人々とのあいだのゆるぎない信頼関係を築き、いわば“赤ひげ先生”による独善的医療の実践者であった。これらの背景が、「安楽死」の条件としての本人の意思確認を困難にさせていたのではないと思われる。次に、法的要因からみていくと、さきの東海大附属病院事件での場合と同じく、本人の意思確認の欠如が最大の問題である。すなわち、4要件の一つ（④生命の短縮を承諾する患者の明確な意思表示があること）に加えて、③代替手段の存在の可能性が法的に抵触する。③に関しては、筋弛緩剤の使用について、モルヒネの大量投与による苦痛緩和を試みたが、結果的にそうならなかったため筋弛緩剤を投与したという。地域病院の高度な専門設備の欠如であり、山中医師の専門知識の欠如、さらに加えて、本人の意思確認条件としての「告知」の欠如などが問題なのである。

山中医師をはじめとする地元の人々の中にある「前近代的価値観」に支えられた「村落共同体的倫理観」は、その中においては、慈悲殺を容認することができたかもしれないが、それは法的観点からすると、十分殺人罪に値する。なぜなら、「患者の自己決定権」を必要とするのが「安楽死」であるが、それさえも医師の違法性阻却という面でしか効力がなく（日本では「安楽死法」は存在しない）、ましてや「慈悲殺」は「患者の自己決定」に基づいていない。

これらの事件の問題点は、明らかに「安楽死」とは異なる殺人行為であるのにもかかわらず、「安楽死」事件とみなされて報じられたことである。さらには、この事件の弁護側が、医師の行なった行為を患者の家族の強い要請により「安楽

死」に準じた行為として弁護する点である。もし、この医師の手による「慈悲殺」が認められたとすれば、患者と利害対立が生じる可能性のある家族に患者の生死を判断する権利を認め、結果として「安楽死」は、格好な殺人の手段となってしまうのではないだろうか。この点は、「安楽死」反対派が最も恐れる問題点でもある。なお、容認派は「厳しい条件付け」を主張している。

以上、日本において「安楽死」問題をややこしくしているのは、「本人の意思」よりも「家族の意思」が最優先される社会の在り方と、世間一般において「安楽死」と「慈悲殺」とが混同され、「安楽死」を「慈悲殺」ととらえてそれに共感する傾向のあらわれであるものと考えられる。今後、「安楽死」問題を論じていく際に最大の焦点となるのは、家族の意向が尊重されやすい社会のなかで、「患者本人の自己決定権」がいかに根づいていくかであろう。

3 日本における「安楽死」のあり方をめぐって

「安楽死」の現状を考えていく上で重要なのは、広い意味での文化が、医療にいかなる影響を及ぼしているのかという視点である。それゆえ、文化的側面の解明が今日の「安楽死」問題の解明の手がかりとなると考えたい。

ここでは、まずこの文化的側面を「自己決定権」の未定着(1)や「インフォームド・コンセント」の未確立(2)などの制度上の問題として扱う。次に、両者をより内面から助長させている文化的側面として、日本独自の宗教性（神仏儒習合の形態にもとづく「自己決定」）や国民性（家族中心主義）などの問題を扱い、これらが「安楽死」問題に与える影響を論じていくことにしたい。

(1) 「安楽死」が認められない主な理由

1) 「自己決定権」の未定着

日本においては、「患者の自己決定権」が法制化しておらず、患者の決定した意思表示の内容を医師が実施することの法的な保障がないことが特徴である。また、一般的に言って、「個人の意思」というものが軽視されやすく、むしろ「家族全体の意思」が重視される傾向がある。

たとえば、昭和54年（1979年）の「角膜及び肝臓の移植にかんする法律」や

昭和 58 年（1983 年）に施行された「医学及び歯学の教育のための献体にかんする法律」また、平成 2 年に臨時脳死及び臓器移植調査会（脳死臨調）が提出した最終答申「脳死及び臓器移植に関する重要事項について」のそれらの条項に、家族の承認があれば移植してもよいとの条件付けがある。さらに先の「東海大事件」の判決条項のなかの「治療行為の中止」がある。「家族の意向」が法律に反映されているのは、日本人の「家族主義的」傾向によってもたらされているように思われる。最大限に「本人の意思」の尊重が法律によって守られている欧米とは、きわめて対称的である。

このような状況をふまえて、望ましい医療のあり方をめぐる多くの学会では、日本人は「個人主義」よりも「家族主義」が強いため、「患者の自己決定権」を強調するよりも「集団決定権」、すなわち患者本人と周りの家族、医者との同意、「インフォームド・コンセントにもとづく集団決定権」なるものが提案されている。この意見は、がん告知の際の「インフォームド・コンセント」にもとづいていると考えられる。つまりそれは、がん告知をめぐって、患者が、「自分には知らせても家族には知らせないでほしい」といい、逆に家族が、「私たちには知らせても本人には知らせないで」といって、医者を困らせるケースである。現在の医療の現場にかんするある報告書によると、患者と家族関係においては、この傾向が強いとされている（日本看護科学会看護倫理委員会による調査「日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応」横尾京子の報告による）。また、これとは別に、旧文部省の統計数理研究所（清水良一所長）が日本人の意識調査を行った結果、日本人はきわめて家族尊重型であることが明らかとなった。一番大切なものは何であるのかの問いにたいして国民は、「家族（42%）」について「こども（10%）」と応えている（H6.7/17 朝日新聞）。

「自己決定権」の確立をはばんでいる要因

日本で「安楽死」が認められないとするならば、その主な原因は、「個人の自己決定権」がなじんでいないことではあるが、それは、家族の干渉の範囲が明確に（法律面で）規定されていないことにあるのではないだろうか。

しかし、家族との一体感は、医療現場において、患者本人との暖かい信頼関係

にも、また家族の患者への干渉にもなりうるので、「家族の意向」をふまえた法制化には、十分注意が必要である。われわれ日本人は、生きている家族だけでなく、故人との断絶を好まない。

それは、現代において今なお根づいている儒教の宗教性、すなわち「孝」にもとづいている。先祖崇拜・親への敬愛・子孫の存続という三者を一つにした生命観としての孝、死の恐怖・不安からの解脱にいたる「宗教的孝」である。また、その儒教的精神は仏教や神道と融合して、お彼岸やお盆にみられる先祖崇拜へとつながっていく。日本の各家庭において精神的つながりが強い傾向にあることは、この（神仏儒習合のかたちをとった）日本固有の宗教観にもとづいているからだといえよう。

それゆえ、家族は患者個人の死を独立した個の死として扱わず、「自己決定」の権利を認めたがらないのである。これは、「自己決定権」よりも「家族の同意を含めた決定」のほうが定着しやすい理由の一つであろう。それは、インフォームド・コンセントの多くの場面において、家族ばかりでなく、患者自身にもあらわれる。加藤尚武は、『二十一世紀のエチカー』のなかで、日本人の家族観についてこう述べている。

「……家族との一体感は、日本独特のものである。個人主義に支えられる文化をもつ諸外国からみれば、こうした『患者本人の自己決定』にたいする家族の干渉は、非常に奇妙でおろかしく映るかもしれない。しかし、日本人の家族を大切にす国民性は、決して奇妙でも遅れているのでもない。日本文化のすぐれた点は、『家族の文化』が保証されている点にあるのだと思う。……」

2) 「インフォームド・コンセント」の未確立

「安楽死」問題を引き起こす要因のうちのひとつである「インフォームド・コンセント」の未確立には、「自己決定権」の未定着と同様に、広い意味での「制度的」問題が影響を与えている。ここでいう医療の「制度的問題」とは、医療施設や医療経済、医療従事者と患者との相互関係など、医療の現場にかかわる社会的要因のことである。

「安楽死」の容認をめぐる議論において、「インフォームド・コンセント」の間

題が最も頻繁に取り上げられている。日本人が「安楽死」行為にたいして躊躇を示すのは、なによりもまず、医師と患者、さらには家族とのあいだの信頼関係にもとづく「インフォームド・コンセント」が未確立であることに原因があるように思われる。「患者の自己決定権」を尊重するためにも、この確立は急務といえよう。「インフォームド・コンセント」の明確な定義付けとは、具体的には、「患者が医療を受ける権利」や「医療を拒否する権利」ならびに「リビング・ウィル」や「持続的委任権法」のような、「患者が前もってしておく意思表示（Advanced Directive）」を明確にすることである。ここで注意を喚起せねばならないことには、医師がインフォームド・コンセントの説明の際に、「安楽死を選択肢の一つ」として患者に提示してはならないという点である。なぜなら、自発的安楽死の場合には「知的精神的判断能力のある成人患者自身の自主的判断による安楽死の真摯な自発的要請が必須」であるからである。また患者が複数の選択肢の中から「医師が示唆した安楽死」を選択して、死亡した場合には、刑法202条（自殺関与・同意殺人）により有罪になってしまうからである。無論、医師以外の家族、友人、知人などの第3者が患者に安楽死を示唆あるいは教唆した場合も同様である。患者が自分の病気の治療法やケアについて考え、安楽死を考える前に、自分の病状、予後などについての十分な説明を医師から聞いておかねばならないという意味において、インフォームド・コンセントは重要なのである。

そして、これを確立するためには、「医療不信」を払拭して医師にたいする信頼観を醸成する必要があるが、そのためには北米の開業制度や病院制度にみられる「同僚批判制度」（院内医師や院内開業専門医あるいは院外医師らが互いに監視をしあう、独善医療や医療ミスを防ぐための制度）や、病院内の「病院倫理委員会」や「ヘルスケア倫理委員会」など、徹底した医療制度の改革がまずなされるべきであろう。

ところで、筆者が参加したパリ国際シンポジウム（『第一回世界会議 医学と哲学/科学・技術・価値』1994年5月）において、オーストラリアのマイケル・エバンズは、インフォームド・コンセントを支える患者の権利と医療のあり方にかんして、医療と文化的背景とのかかわりを、とくに日本の医療の現状にもとづいて考察した。

彼によれば、医師と患者のあいだの相互関係においては医療と文化とが相互に結びついており、それはとくに脳死者からの臓器移植にたいする文化的抵抗に典型的にあらわれている。医療技術が近代化していく過程で、日本においては近代医療にたいする伝統的・文化的抵抗が保ち続けられたのは、医療技術の恩恵と文化的背景とのあいだの親和性と緊張性との併存が原因となる。また、日本のヘルスケア・エシックスについてみてみると、「患者の権利」を考慮に入れた高次の契約がないという文化的背景がある。エバンズは、医療行為の際には、患者の参与すなわち十分な説明と同意（「インフォームド・コンセント」）が必要であるのにもかかわらず、日本においては「患者の権利」が、日本固有の儒教的・仏教的伝統にもとづいたかたちで考えられていないと指摘した。

この点については、「さまざまなかたちの『自己決定』」のところで述べることにしたい。

「掛かりつけの医師」制度の未定着

「掛かりつけの医師」と患者ならびに家族全員との信頼関係とそこから生じる「インフォームド・コンセント」が、「安楽死」などの実施には必要条件であることは、オランダの経験が如実に示している。「掛りつけの医師」（オランダなど欧米にみられるいわゆる「ホーム・ドクター制度」）制度は、長年にわたる患者家族全員の全人的ケアの結果、日常の生活や考え方を含めた病気以外の情報にも通じており、患者が「安楽死」を求める際には、（患者が）信頼感をもってその処置を医師に委ねることを可能にするものである。オランダにおいて「安楽死」が認められる背景には、オランダのしっかりした医療体制がある。

この制度は、医師と患者とその家族との信頼関係を醸成するには最も効果的であるといえる。この制度を普及させることによって、心と身体の両面から「痛み」に共感をもって患者と接することのできる医師を育成することを期待しうるのである。

この点に関連していえば、今後医療がめざすべき方向として、「癒しの医療」の確立が急務である。いわゆるターミナル・ケアの場において、ビハラーないしはホスピスの設備、スタッフ・プログラムの充実を図り、各社会に固有の宗教

的価値観をもっと導入していかなければならない。しかし、そうした社会資本を整備するための財源の問題も残っている。ただ、「インフォームド・コンセント」の未確立の問題は、これら制度上の問題のみによって解決されるものではない。

この問題にかんしていえば、医師が患者に情報を提供しないことにも原因があるが、こうした状況を引き起こす最も大きな理由は、むしろ患者が医師に何でもお任せするといった、いわばパターナリスティックな構造のなかにある。とりわけ、日本における「インフォームド・コンセント」が未確立である原因を探るためには、医師ばかりでなく、患者を含めた両サイドの内面の問題に触れるべきである。

(2) 日本における「自己決定権」のあり方をめぐって

1) 日本人の生命の終焉

死を嫌厭する背景

これまで日本においては、「自己決定権」にもとづいてみずから死を選ぶことが日本人の感情にそぐわないのではと論じられてきた。しかし、過去のいわゆる「自死」の歴史からもわかるように、日本においてみずから死を選ぶことがなかったわけではない。にもかかわらず、現代の終末期医療の現場において、「自死」が尊重される基盤が根づいていないのはなぜだろうか。

その理由は、さまざま考えられうるのだが、次の三つの段階に分けてその理由を説明してみたいと思う。まず第一に、現代において「死生観が変化したこと」、第二に、「死を看取る場が病院になったこと」、そして第三に「医師だけが患者の死にたいする責任を負っていること」である。

現代における「死生観のゆらぎ」にかんしていえば、それは、日常生活において死が身近にあった人々が、近代合理主義によってさまざまな死の現象から遠ざけられ、現代においてはもはや死を通して生を考えたり、生の一部として死を見たりする習慣を失ってしまったことに起因する。(岸本英夫の「死生観四態」：1) 肉体の不死をはかる、2) 靈魂の不滅を信じる、3) 自己の生の流れ入る永遠の生を信じる、4) 永遠の体験によって生と死そのものを断絶しようとする、のこれらのうち、とくに、2)の信仰は、近代合理主義思想の影響によって根底からつき崩される)

それによって、現代人は死を論ずることを避けるようになったとも考えられる。この現象は、「死の準備教育」がほとんどといっていいほど「家庭」から「医学教育」の場に移行していき（わが国においては、他国と比べて余り普及していないのが現状ではあるが）、それゆえ唯一死にかかわる場が「医療」や「宗教」の場に委ねられてしまったことから生じたものと思われる。また、死を看取る場が「家」から「病院」へと移行したことに因る。老・病・死の問題はすべて「病院」のなかに押し込まれるようになる。

しかし、現代医療は病み衰えた人間をいかに生かすかがテーマで、いかに死ぬかという問題を避けてきた。

「自死」の考えが根づかないその背景には、死を論ずることへのタブー視につけ加えて、医師の患者にたいする優越性、いわゆる「パターナリズム」や「延命治療主義」的体制にあると考えられる。つまり、現代医療の体制によって、人々の心のなかに現代の風潮としての「自死」をはばむ体制ができあがったのであろう。この点については、以下に指摘されている。

「…日本人には、西洋人のもつような主体的な判断能力が欠けているので、患者本人にかわって医師たちが決定をなすべきである、と考える者が多い。しかし、この論理は時代遅れといえよう。日本の患者たちが十分に主体的な判断をおこなえない理由は、彼らに判断するための精神的な能力が欠けているからではなく、むしろ医師たちがそれをおこなうための情報や自由を患者にたいして拒絶するからともいわれている。…」〔Carl B.Becker, 1990 : 552-553 より筆者訳〕

「自死」の歴史

現在の日本人は「自己決定」にもとづく死を選ぼうとしない傾向にあるが、しかし、過去の日本人は主体的な判断にもとづいてみずから死を選ぶことが多かった。ここでは、いくつか事例を挙げる。

フランスの文学研究者であるモーリス・パンゲは、日本の文学史を古代にまでたどって、高貴な人間性の表現を「自死」のなかに発見した。

それは自殺、ただし、逃避や無規律から生じる受動的な行為ではなく、理性と熟考にもとづく主体的な意思決定としての自殺である。万葉集の、二人の男に思

われて入水した菟原乙女^{うなひおとめ}から、現代の作家三島由紀夫の切腹自殺にいたるまで、パンゲが日本人の「自死」の歴史のなかに読みとるのは、「ある精神的原理、道徳的価値にもとづく倫理的行為」である。この「自死」のなかには、武士倫理におけるいさぎよい死とされる「切腹」といった「捨身」ないし「献身」（「葉隠」）のほかに、密教の教義である「ニルヴァーナ的禁欲」（天台および真言密教）にみられる「断食死」ないし「飢餓死」がある。現代の「安楽死」が、西洋医学におけるモルヒネ治療などの薬物投与によってもたらされる死であるのにたいして、後者の死（「断食死」）は、自覚的禁欲によって自己の生命をコントロールし、自然に近づく死である。両者とも本人にとっては「楽な」死であるが、断食死は自分の死の時期を周りに告げることもないので残酷ではなく、自然死に近いということから「快樂死」いわば本来の「安らかな死」安楽死だといえる。（「死に方が知りたくて」山折哲雄 朝日新聞より）

仏教の個人の意思にもとづく死

生命至上主義的立場をとるキリスト教社会においては、「個人の自己決定」という理由で、（積極的）安楽死をおこなうことにたいして、かなり批判的である。

一方、仏教圏諸国においては、比較的柔軟な姿勢をもつ。この仏教圏の「尊厳死」や「安楽死」にたいする容認的姿勢は、次のような立場から考察できる。

生命は神から授かり支配されているので勝手に自分で死を決めることが許されないといった発想が、仏教の生命観にはないが、いだけせてもらったイノチという考え方は、キリスト教と共通している。それは、神道のアニミズム的生命観、つまり生命は、即時的な共感において捉えられ、動植物と人間、個と集団とはみな大きな連帯であるといった生命観からの影響を受けた思想である。

もともと、仏教にも、「宇宙では、一切の生きとし生けるものが金色に光輝き、悟りの眼で見た世界に存在価値を認める」と説かれた、『無量寿経』の第三願（「悉皆金色之願」^{しっかいこんじきのがん}）において、イノチは一切の衆生に与えられているといった発想がある。

ただ、仏教の生命観には、「与えられたイノチとは、みずから責任をもついちである」といった考え方があり、キリスト教の生命観と異なる点である。それ

ゆえ、キリスト教の生命観に比べると、人間存在について、また、自分の生死を決めることにたいして、かなり柔軟な姿勢をもっているといえる。

仏教においては、みずから死を選択する責任ある行為が、一切皆苦からの解脱、ニルヴァーナに至る道という立場にもとづくのである。それゆえ、仏教には、社会よりも本人の選択の自由を優先させる伝統があり、仏教徒はつねに個々人の(生と死にかんする)選択の重要性を認めてきた。それは、社会的圧力にもかかわらず、たとえば、仏陀自身から空海、法然、親鸞、長松日扇にいたるまでそうであった。ストレス、危機、苦悶のときの重要な決定にたいする個人的責任を取る日本人の能力は、くりかえし、このような大胆な仏教改革者たちの歴史的事例によって示されている。仏教徒は、死の瞬間に明確な意識があることを重視する。それは、もし、仏教徒たちの精神が、末期症状の烈しい苦痛によって乱されるのならば、患者の精神を曇らせ、あるいは混乱させるだけの苦痛緩和ないし抹消よりも、意識がはっきりとしているあいだに死期を早める処置の方を優先するといったこの態度にあらわれる。これは、強靱な仏教精神に根づいている。仏教徒の重要な問題は、人が自分の生死にたいする責任を任されるかどうかということである。

伝統的な仏教全体、また、実際に日本のなかでの自殺の伝統は、死の時期や方法における個人的な選択がきわめて重要であり、患者の心をかすませたり、死に逝く人からそのような選択を奪うために他人によってなされるいかなることも、仏教の原則への冒涇となる。この仏教的精神は、西欧のバイオエシックスの基本的理念と相通ずるように思われる。

これまで、日本人の精神構造が西洋人のもつ個人主義的なそれと異なるゆえ、西欧独自のバイオエシックスを日本に導入した際に、それがなかなか定着せず、消化不良を起していると言じられてきたが、かつての日本人の精神構造を読みとく限りは、そうではない。

日本の仏教徒たちは、西洋の文化以上にこの決定を尊重し、安楽死など「死ぬ権利」にたいして、異なった視点へと人道的なバイオエシックスを導くかもしれない。(Carl B.Becker, 1990 : 554)

さまざまなかたちの「自己決定」について

これまで、仏教や武士倫理の立場にそくした「自死」の歴史について二、三触れてみたが、ここでは、これらの歴史をふまえた「自己決定」の立場から、現在にみられうると仮定したさまざまなかたちの「自己決定」について、四つの形態に分類し、そこから日本になじむ「自己決定」のあり方の可能性を模索していくことにしたい。

「自己決定」の四つの形態とは、①西欧的「自己決定」、②仏教的「自己決定」、③武士倫理的「自己決定」、④儒教的「自己決定」である。

①西欧的「自己決定」とは、「自己決定権」や「リビング・ウイル」などに従う決定であり、従来の西欧医学を介して患者は死に至る。この方法によってもたらされた死は、致死量の薬（ヘムロック）を飲む人工的な方法によるので、「ヘムロック死」ともいわれる。

②仏教的「自己決定」とは、「ニルヴァーナ的禁欲」や「死即往生」といった立場にもとづく決定であり、栄養の極度の低減によって、肉体的苦痛そのものの発生を根本から断ち切る自然過程を経て、患者は死にいたる。この例としては、さまざまな「高僧伝」や「往生伝」などにみられる「断食死」がある。

③武士倫理的「自己決定」とは、「腹切り」自殺にみられる「捨身」や「献身」また「名」にもとづく決定であり、これによってもたらされた死は、苦しみからの逃避ではなく、主義・信念をつらぬくための勇気ある行動と称される。

④儒教的「自己決定」とは、「孝」における家族との精神的つながりを死に方においてつらぬく決定であり、これは、厳密には「自己決定」というよりも「集団決定」という方がふさわしい。

さらにこれらの四形態を、「個人主義」にもとづく「自己決定」、もしくは「集団決定」、「集団主義」にもとづく「自己決定」、もしくは「集団決定」とに分けると、①西欧的「自己決定」と②仏教的「自己決定」とは、「個人主義」にもとづく「自己決定」にあてはまり、③武士倫理的「自己決定」は、「集団主義」にもとづく「自己決定」に、そして④儒教的「自己決定」は、「集団主義」にもとづく「集団決定」とあてはめることができる。「日本の自己決定」の射程としては、②から④があてはまる。

集 団 決 定		儒教的自己決定 = 集団決定④
自 己 決 定	西欧的自己決定① 仏教的自己決定②	武士倫理的 自己決定③
	個人主義	集団主義

〈筆者作成〉

こうしてみると、日本における「自己決定」のさまざまなあり方は、矛盾だらけである。

日本においてみられるこの「自己決定」のあいまいな立場は、古代的な霊肉二元論の考え方と中世的な心身一元論の立場とが互いに矛盾したかたちとなって、日本人の死生観を二重に彩るように、仏教的な「自己決定」のあり方と武士道的な「自己決定」または儒教的な「自己決定 = 集団決定」との共存がもたらしたものと思われる。

ひるがえって、日本の「安楽死」問題でくりかえし述べられるのは、「自己決定」の未定着による「安楽死」行為にたいするためらいである。しかし、日本においては、「自己決定」がなじまないのが問題なのではなく、むしろ「自己決定」を支える基盤、いうならば「家族の同意を含んだインフォームド・コンセント」がないことが問題なのである。それは、あくまでも「本人の意思」を第一に考慮させた上での「インフォームド・コンセント」であり、これを法律上整備する必要がある。

日本で「安楽死」が容認されるためには、「自己決定権」が定着することが必要であろう。

しかし、個人主義的「西欧の自己決定権」をそのまま日本に導入するわけには

いかない。日本になじむ死のあり方を考えるためには、まず日本の伝統のなかに息づく自己決定の精神をとらえ、その文化風土にそくした「死の権利」を導入すべきではないだろうか。

2) 「インフォームド・コンセントにもとづく集団決定権」

「自己決定権」を支える「集団決定権」へ

「患者の自己決定権」と「集団決定権」とを定義するならば、おおよそ次のとおりである。「患者の自己決定権」とは、「患者の生命と身体の本最終決定権は患者自身にあるというバイオエシックスの基本理念にあり、医師の説明を理解し納得して、誰からも影響されずに自主的判断で選択した検査あるいは治療を受けようと自分で決定（自己決定）する権利」である。つまり、患者みずからがもつ「自主的判断」および「選択権」を行使する権利を指す。さらに、患者がもつ権利としては、「真実を知る権利」も加わるが、これはインフォームド・コンセントの法概念規定の範疇に入る。

これにたいし、「集団決定権」とは、「患者本人と周りの家族と医師とのあいだの相対的な決定権のことを指し、あくまでも「患者の自己決定権」を主体とした、医師ないし医療スタッフ、家族など参与者とのあいだのインフォームド・コンセントにもとづく決定権」である。つまり、「集団決定権」の方が「自己決定権」よりも「インフォームド・コンセント」の対象範囲が広いのである。

そもそも「インフォームド・コンセント」の基礎となる「患者の自己決定権」とは、「個人の人權と自由の尊重」および「権利・義務関係」が最も重視される個人主義の国、アメリカで生まれた法概念である。しかし、われわれ日本人は、権利意識と独立心に富んだ「自己決定」を強調されるよりもむしろ、支え合う環境のなかで葛藤と逡巡をくりかえしながらの「自己決定」の方に共感を覚えないだろうか。というのも、他人の手を介して初めて実現する機会が多い患者の自己決定権については、周囲がその「関与の仕方」を誤ることなく、繊細かつ適切な配慮をもってあたるのが、何よりも大切になってくるように思われるからである。

心身に不自由を抱き始めた患者の自己決定権は、他人の手を介してのみ実現させうることが多い。また、現代の医療問題の切札のように使われる「自己決定権」

は、決定前の情報提供・決定後の実質的援助をいうように、その実現にほかからの「関与」が前提とされているからである。

バイオエシックスはもともと、個人ないし契約主義またキリスト教文化から生まれたので、文化の異なる日本にそうしたアメリカ式「インフォームド・コンセント」を導入するわけにはいかない。「自己決定権」の原理には、自由と平等の精神が根底にある。つまり、「人間尊重思想」と「神の前における人間の平等精神」の背景である。しかし、日本において、「自己決定」を実現させるためには、それを支える環境を法的に整備する必要がある。それは、「インフォームド・コンセントにもとづく集団決定」である。また、それを確立させるためには、道徳的判断に宗教的背景がどれだけ関わっているのかを分析する必要があるように思われる。

この点については、すでに前節のところ（「日本的自己決定権」をめぐっていろいろなかたちの自己決定権）で述べてきた。日本において「自己決定権」がなじまないとするならば、今後は「西欧的」自己決定権から「日本的」自己決定権すなわち広い意味での「集団決定権」への新たな発想が必要であろう。

おわりに

これまで、「安楽死」問題の焦点は、「自己決定権」であり、日本においてこの問題に取り組むためには、「西欧的自己決定権」の定着に精力を注ぐことよりも、「日本的自己決定権」というべきものを考えていかなければならない必要性を各章にわたって論じてきた。1995年に「東海大事件」の最終判決が下され、「安楽死事件」は、一応解決したようにみえる。しかし、「間接的安楽死」の際の「延命治療の中止」条項に「家族の意向」が反映されたのをみれば、自分の生死は自分で決めるという立場はどこに反映されているのか、はなはだ疑問が残る。

「患者本人の自己決定権」と「集団決定権」との一見相矛盾するかのように見えるこれら両者の立場を融合させ、あくまでも患者の主体性を尊重した上で、家族の意向を含む「インフォームド・コンセントにもとづく集団決定権」にまで発展させるためには、文化的側面にまでつっこんで考えていかねばならないだろう。

この文化的側面を宗教観ととらえるならば、日本人の「安楽死」行為にたいす

る文化的抵抗は、儒仏習合の形態に因るものと考えられる。というのも、日本人の医療行為にたいする曖昧な立場は、儒教的要素「集団決定」と仏教また武士倫理的要素からくる「自己決定」の共存にそれが色濃くあらわれているように思えるからである。

ここでいう「集団決定」は、「孝」という家族との精神的つながりを重視する儒教的要素が強いため、「家族主義的決定」ともいえる。この場合、留意しなければならない点がいくつかある。それはたとえば、「集団決定権」の法制化にあたって、家族に患者本人の意思が抑えられたり、心もとない家族によって「安楽死」が犯罪に利用されてしまうことのないよう、厳しい条件付けが必要となってくるという点である。

患者の家族は患者本人の死を独立した個の死とは認めたがらず、自己の死として受けとめることから、「死ぬ権利」の行使権は患者本人にのみ委ねられるケースはごく稀であるように思われる。日本人はつねに、「あいだの文化」によって支えられているがゆえに、他人の「死ぬ権利」にとかく過干渉になってしまう。これは、個人主義が根づいていない証拠であろう。西欧人にとってはおそらく理解しがたい点であろう。

さいごに、「安楽死」にたいする私的心情を述べたいと思う。

筆者自身が不治の病に臥し、堪え難い苦痛に苛まれ、自分を救済する唯一の手段が「安楽死」しかない状況に陥ったなら、自分自身、また家族はどのような決断を下すのだろうか。

筆者自身は、「安楽死」を望む場合であっても、父や母はそうさせたくないという。自分の死は自分で決めるという精神からはそういった干渉は理不尽のような気がするのだが、逆に私自身が身内の死に直面したら、同じようにためらい阻止の側にまわるかもしれない。

「安楽死」や「尊厳死」が今注目を浴びるのは、医学の進歩によって理不尽で不必要な延命治療の対象にされることへの拒否反応であるが、その背景には「自己決定」が困難な社会で、せめて自分の最期だけは、自分で選びたいという心の奥底からの願いがあるのかもしれない。

参考文献

1. 「安楽死」にかんするテキスト

- ・ 江口 聡、「P. シンガー『実践の倫理』第7章の安楽死論」、『プラクティカルエシックス研究』、千葉大学教養学部倫理学教室、1994年、pp.127-134.
- ・ 江口 聡、「安楽死問題」、『実践哲学研究』第17号、1994年、pp.56-66.
- ・ 加藤 尚武、『バイオエシックスとは何か』、未来社、1986年.
- ・ 加藤 尚武、『二十一世紀のエチカー応用倫理学のすすめ』、未来社、1993年.
- ・ 加藤 尚武、『応用倫理学のすすめ』、丸善ライブラリー、1994年.
- ・ 菊池 恵善、「P. シンガー『命を奪うこと、安楽死』」、『バイオエシックス最新資料集』、千葉大学教養学部倫理学教室、1987年.
- ・ H.T. エンゲルハート H. ヨナス他著、加藤 尚武・飯田 亘之編、『バイオエシックスの基礎』、東海大学出版会、1994年。<ジェイムズ・レイチェルス：「積極的安楽死と消極的安楽死」、トム・L. ビーチャム：「レイチェルスの安楽死論に就いて」、ジョーゼフ・フレッチャー：「倫理学と安楽死」>.
- ・ 星野 一正、『医療の倫理』、岩波新書、1991年.
- ・ 星野 一正、「時の法令」（「本人の意思による死の選択」オランダの場合(1)(2)、オランダの安楽死裁判史上新しい局面、アメリカにおける最近の安楽死法制化運動、「患者の自己決定権」）、1994年.
- ・ 星野 一正、「本人の意思による死の選択—オーストラリアの安楽死をめぐる社会的・法的現状」『国際バイオエシックス研究センターニューズレター』第17号、1995年.
- ・ 星野 一正、『わたしの生命はだれのもの 尊厳死と安楽死と慈悲殺と』大蔵省印刷局、1996年.

2. 死生観からみた「安楽死」について

- ・ 家塚 高志、「葉隠を中心とする武士の死生観」『日本人の死生観』、宗教思想研究会、大蔵出版株式会社、1972年.
- ・ 大隈 三好、『切腹の歴史』、雄山閣、1773年.

「安楽死」問題にみられる日本人の死生観

- ・ 小野 康博、「自殺観と自己犠牲」『日本人の死生観』、宗教思想研究会、大蔵出版株式会社、1972年。
- ・ カール・ベッカー「日本人の死にぞま」『仏教—特集=死をみつめる』、法蔵館、1989年。
- ・ Carl B.Becker,"Buddhist views of suicide and euthanasia." *Philosophy East & West*, vol 40 no.4 (October 1990) : 543-556
- ・ 加地 伸行、『儒教とは何か』、中公新書、1991年。
- ・ 岸本 英夫、『生と死』、溪声社、1976年。
- ・ 岸本 英夫、「わが死生観—生命飢餓状態に身をおいて」『日本人の「死と宗教」を探る』、歴史読本特別増刊、新人物往来社、1995年。
- ・ 五来 重、『日本人の死生観』、角川新書、1994年。
- ・ 佐藤 正英、「日本における死の観念」東京大学公開講座『生と死』、東京大学出版会、1992年。
- ・ 澤田 愛子、「医療と宗教」、土屋博編『聖と俗との交錯 宗教学とその周辺』北海道大学図書刊行会、1993年。
- ・ 信楽 峻磨、「仏教の生命観と現代における医療問題」『医療とバイオエシックスの展開』、法律文化社、1994年。
- ・ 土屋 光道、「法然の死生観」『日本人の死生観』、宗教思想研究会、大蔵出版株式会社、1972年。
- ・ 奈倉 道隆、「安楽死・尊厳死について考える」、『特集やまい・いやし、G-T E Nブックレット⑫』、1986年。
- ・ 奈倉 道隆、「日本の文化的特性と終末期医療及びインフォームド・コンセント」『人間・環境学研究に関する国際シンポジウム—終末期医療とインフォームド・コンセント』、1995年。
- ・ 鍋島 直樹、「仏教からみた安楽死・尊厳死の問題」『医療とバイオエシックスの展開』、法律文化社、1994年。
- ・ 松本 皓一、「禅者の死生観」『日本人の死生観』、宗教思想研究会、大蔵出版株式会社、1972年。
- ・ 三島 由紀夫、「『葉隠』の読み方」『日本人の「死と宗教」を探る』、歴史読本

特別増刊、新人物往来社、1995年。

- ・ 宮川 俊行、『安楽死と宗教』、春秋社、1983年。
- ・ 宮川 俊行、「キリスト教と『安楽死問題』」『日本人の「死と宗教」を探る』、歴史読本特別増刊、新人物往来社、1995年。
- ・ モーリス・パンゲ（竹内 信夫訳）『自死の日本史』、ちくま学芸文庫、1992年。
Maurice Pinguet, La mort au Japon, Ed. Gallimard, 1984.
- ・ 山折 哲雄、「安楽死小考」『宗教民族誌—聖と俗のトポロジー』、人文書院、1984年。
- ・ 山折 哲雄、『仏教信仰の原点』、講談社学術文庫、1986年。
- ・ 山折 哲雄、『お迎えのとき～日本人の死生観』、祥伝社、1994年。

3. その他

- ・ 拙稿、「医療と文化—第一回世界会議『医学と哲学：科学・技術・価値』の報告から」国際日本文化研究センター、早川班「生命と現代文明」報告書、1995年。
- ・ 森岡 正博（編者）、『「ささえあい」の人間学』、法蔵館、1994年。