

# リーガルマインドの視点から国際的な資質を育成する 社会科学習（2）

柳生 大輔 棚橋 健治 木村 博一

## 1. はじめに

平成26年の初頭、関西で活躍する歌手のやしきたかじん氏が亡くなられた。今から二十数年前、独特のユーモアを交えながらテレビ番組の中で喋る氏の姿が鮮明に蘇ってきた。そして同年末、日本の映画界を代表する俳優である高倉健氏と菅原文太氏が相次いで亡くなられた。このような現実を目の当たりにした時、哀しみと同時に歴史の移り変わりを感じずにはいられない。そして、普段あまり考えることのない、自らの死について考えてしまう。いつの世でも、人はいつまでも生きたいと願う。しかし現実には、すべての人は、いつか死ななければならない。では、人は死んだらどうなるのか。人が亡くなると、その人はもはや権利主体となりえない。例えば人が亡くなった後の財産は、民法の中の相続法で規定されている。しかしながら、死んだ後の財産の処分の問題と異なり、人がどのように死ぬか、死んだ後の自分の体をどうするかについては、法律の規定がない。人の死を巡る法律問題は、最も難しく、意見が大きく分かれる点である。末期ガンで治療の可能性はなく、ただ迫りつつある死期を待ちながら、苦痛にあえいでいる患者は、いっそのこと苦しまずに死なせてほしいと思うようになる。はたしてこのような患者の希望に応えることは、許されるべきであろうか。いわゆる安楽死の問題である<sup>(1)</sup>。現代社会は、国際化・高度情報化が急激に進み利害関係が複雑に絡み合い、問題解決が単純ではない社会である。人の死を巡る法律問題も同様に単純ではない。今自分が既成している知識の理解だけでは、目の前の、あるいは今後起こるであろう社会事象を捉えることは難しくなってくる。そのような中で、社会科は、社会の変化に適応し、平和な社会を築くことができる人材を育成していかなければならない。複雑な社会であるからこそ、早急にリーガルマインド（法的思考力）<sup>(2)</sup>を育てる教育に重点を置き、グローバル社会の中でも希望を持って生きぬくことのできる国際的資質を有し

た市民を育成していかなければならない<sup>(3)</sup>。そして、自己の思考をより科学的なものへと再構成し、自分なりに知識を構造化していく習慣や能力も身につけていく必要がある。将来訪れる自らの死をどのように決定するのかを射程に入れながら、系統的に法的思考力を育てる研究を進めていく。

## 2. 研究の目的・方法

### （1）法教育の目的

様々な考え方や価値観を持ち、多様な生き方を求める人々が、お互いの存在を承認し、尊重しながら、ともに協力して生きていくことのできる社会、つまり、みんなとともに自分らしく生きることのできる社会を構築・維持するために、法がいかなる役割を果たし、また果たすべきなのかを理解し、学んでいこうとすることが法教育の目的である。そして、法教育を通じて育成されるべき能力・資質には、以下の4点を挙げることができる<sup>(4)</sup>。

- ①公正に事実を認識し、問題を多面的に考察する能力。
- ②自分の意見を明確に述べ、また他人の主張を公平に理解しようとする姿勢・能力。
- ③多様な意見を調整し、合意を形成したり、また公平な第三者として判断を行ったりする能力。
- ④自尊感情及び他者に対する共感。

これら4つの能力・資質を育成させるため、特に第二次世界大戦終結後70年を経て、どちらかという年齢の高い人たちは保守的、若年層は唯物的、という一般的な区分けはあるにしても、それぞれの年齢層にあっても価値観はさまざまであり、まさに多様化の時代を迎えたと言える。このような時代を迎え、自分の生き方、自分の死に方についても選択による自己決定が可能となったのが現在なのである<sup>(5)</sup>。いずれ訪れる「死」について、法教育の観点から単元開発を行い、実践していくことにする。

## (2) 研究の特色

本研究を実践することで、他者の異なる意見に耳を傾け、具体的な根拠を挙げて議論できるようになり、同時に自由や平等、公正さといった基本的価値に留意しつつ、関連する法制度や具体的な問題を理解・評価できるようになると考える。具体的には、終末期医療の領域において「生命倫理と法」に関連する問題は多岐にわたるが、最も議論の集中するテーマが安楽死・尊厳死であることは疑いがない。中でも安楽死をめぐる議論の中心は、末期状態の患者に、作為により生命を断つことによって苦痛から解放する場合をいう積極的安楽死の許容性についてである<sup>(6)</sup>。しかしながら、義務教育の最終段階である中学校において、法教育の一環として刑事裁判や民事裁判を扱うことはあっても、「新しい人権」における自己決定権の学習内容として、積極的安楽死について考察する実践は、まだまだ少ないのが現状である<sup>(7)</sup>。よって、自己決定権の視点から、積極的安楽死を取り巻く社会状況を知り、事実に基づきながら、何が問題なのかをリーガルリテラシーの育成に裏打ちされたリーガルマインドによってアプローチしていく。

## (3) 研究の方法

自己決定権を知識として知るだけでは、身近な社会的課題を公正妥当に解決する能力の向上に資するとは言えない。自分の実生活の中での課題を解決するための知識と技能を身につけるといふ法関連教育の目的に鑑みるならば、できるだけ学習者の実生活に密着した具体的な場面を設定することが必要である。そして、その場面で各自が原理原則に照らしてどう考え、判断するのかという思考過程ならびに、各自の判断するに至った理由に焦点をあてながら、議論を中心とした双方向型の協同学習を展開するものとする。

## 3. 実践事例

### (1) 単元名

新しい人権 ～自己決定権について考える～

### (2) 単元について

法教育では法に関する知識、とりわけ憲法や法の基本原理を理解させるとともに、それを活用できる力を養いつつ、国民として自由で公正な社会の運営に参加できるようにしなければならない<sup>(8)</sup>。本単元では、新しい権利として憲法第13条を根拠とする<sup>(9)</sup>自己決定権<sup>(10)</sup>に焦点をあて、死の迎え方を決定するのは、患者本人でなければならない、その前提として十分な情報が提供され、十分な説明がなされ、患者の任意かつ

真意にもとづいた意思の表明がなされていることが必要であることを、自ら判断し表現していく法的経験の場の中でつかませていきたい。具体的には、「安楽死」については、多様な概念があるため、議論の中心を「積極的安楽死」に焦点化して授業を展開することにした。

### (3) 単元の目標

- 身近にある基本的人権に関する問題を、人権尊重の考え方から取り上げ、日本国憲法との関わりの中で、考えることができるようにする。
- 社会の発展にともなう新しい人権問題や、その他の基本的人権にかかわる問題が解決されていく過程を、日本国憲法や法律、判例をもとに考察することができるようにする。
- 身の回りにある基本的人権に関する問題を見つけ、人間の尊重についての考え方と日本国憲法をはじめとした法に関する資料を収集し、課題学習に活用することができるようにする。
- 日本国憲法の基本的原則を具体的な生活との関わりから理解し、自由・権利と責任・義務の関係を、社会生活の基本として広い視野から正しく認識し、その知識を身につけることができるようにする。

### (4) 授業の実際

授業は、全10時間とする。平成26年11月に、9年生2クラスで実施した。その中の第6次の内容を中心に、授業の概要と生徒の記述を記載する。

第1次	基本的人権と個人の尊重	1時間
第2次	ともに生きる	1時間
第3次	自由に生きるために～自由権	1時間
第4次	豊かに生きる～社会権	1時間
第5次	人権保障を確かなものに	1時間
第6次	新しい人権	4時間
第7次	国際社会と人権	1時間

\*第6次の前半2時間で「安楽死」を扱い、後半2時間で「脳死、臓器移植」を扱った。

#### 【第6次 「新しい人権 (1)」について】

##### 〔学習課題〕

自らの死を、どのように決定していけばよいのか、自己決定権の視点から、日本で積極的安楽死<sup>(11)</sup>を認めるべきか、考える。

##### 〔授業の概要〕

① 導入として、授業実施前に出した課題（森鷗外の「高瀬舟」の読み取り<sup>(12)</sup>、事前アンケートの結果<sup>(13)</sup>、新聞記事（米西部オレゴン州の女性ブリタニー・メイナードさん（29）が、脳腫瘍で余命わずかかと宣告され、

「尊厳死」を選ぶと宣言した記事と、がんへの理解や支援を呼びかけようと、患者や家族、周囲で支える人たちが24時間縛をつないで歩く「リレー・フォー・ライフジャパン2014えひめの記事」<sup>(14)</sup>を活用した。

② 自己決定権として、日本で積極的安楽死を認めるべきか、考える上でいくつかの条件・状況を整理した。「生命」について、生徒の多くは、自分だけのものではないと答えた。理由は、親や兄弟が自分の死を悲しみ、自らも大切な人の命がなくなれば悲しむから、というものであった。そのような「生命」の最後である死の迎え方を決めるのはやはり自分なのか？と問いかけた。また、そのような「生命」と「積極的安楽死」がどう繋がっていくのかを考えるために、「誕生」から「死」に至る過程の中で病気に罹り、自らが「患者」となり「医師」との関係性を想定する中で、積極的安楽死容認の是非を判断させることにした。

③ 活用した資料は以下の通りである。主な死因の年次推移と性別でみた死因順位別死亡数・死亡率（人口10万人対）〔平成23年人口動態統計月報年計（概数）の概況，厚生労働省〕から、将来罹る可能性のある疾患を確認し、特に全死亡者に占める割合が28.5%、全死亡者の約3.5人に1人は悪性新生物（ガン）で死亡し、その末期には過度の痛みが生じ、延命か痛みをとるのかを悩む状況を想起させた。果たして患者に、苦しまずに死を迎える権利はあるのか、また患者はいつ積極的安楽死を求める意思表示をするのか（リビング・ウィル）考えさせた。

④ 次に医師法を提示し、医師の患者に対する医療行為（刑法第35条も参照）を確認した<sup>(15)</sup>。医師は、患者がガンに罹れば、様々な治療を行い、治療や延命に真摯に取り組む反面、もし患者が過度の苦痛に耐えきれず、医師に、苦痛から逃れるために「死」を求めた時に医

#### 【医師法】

- 第1条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。
- 第17条 医師でなければ、医業をなしてはならない。
- 第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

師はどのように対応すべきなのか、刑法を提示して考えた。医師といえども、医療行為も刑法の対象になるのである。例えば患者の承諾を得てその人を殺害する

#### 【刑法】

- 第35条（正当行為）  
法令又は正当な業務による行為は、罰しない。

#### 第199条（殺人）

人を殺した者は、死刑又は無期若しくは5年以上の懲役に処する。

#### 第202条（自殺関与及び同意殺人）

人を教唆（きょうさ）若しくは幫助（ほうじょ）して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役又は禁錮に処する。

#### 第204条（傷害）

人の身体を傷害した者は、15年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

のが同意殺人、患者を幫助して自殺させるのが自殺関与（幫助）である。

⑤ 次に、諸外国の状況を提示した。オランダをはじめベルギー、ルクセンブルク、スイスなどヨーロッパ

#### 【オランダの安楽死法】

世界に先駆け、安楽死を明文で合法化する法律を制定し、2002年から施行。「苦痛から耐えがたく、改善の見込みがない」、「自発的で、熟慮されている」などの要件を満たし、医師が決められた手続きに従えば、安楽死させても刑事責任を問われない。対象は、医師が致死薬を注射する「積極的安楽死」と、患者に薬を与えて自分で飲ませる「自殺幫助」。延命治療の中止などは、通常の医療行為とみなされている。

\*オランダで安楽死を選択する人⇒2006年：1923人→2012年：4188人（うち3251人ががん患者）。2012年には、自宅に医師を派遣する“安楽死の出張サービス”までもが導入され、約80%の方が自宅で安楽死を迎えています。

（参考）<https://kotobank.jp/word/%E3%82%AA%E3%83%A9%E3%83%B3%E3%83%80%...>（朝日新聞掲載「キーワード」の解説）、<http://www.huffingtonpost.jp/foresight/euthanasiab5745918.html>（「合法化」へと向かう米欧「安楽死」の現場、新潮社フォーサイト）

の国で安楽死法を制定している例やアメリカの5州における安楽死法と同時に、否定的な国としてイギリス、フランス、ドイツを取り上げた。

#### 【アメリカの5州における安楽死法】

アメリカでは、1994年、オレゴン州で「尊厳死法（医師による自殺幫助）」が施行されました。しかし、すぐにはアメリカ国民全体の理解は得られませんでした。その後14年が経過し、2008年にワシントン州において合法化され、さらに相次いでモンタナ州やバーモント州においても容認されました。そしてさらにニューメキシコ州も加わり、現在では5つの州で合法化されています。そしてオレゴン州では、1998年から2012年までに、合計673人が「医師による自殺幫助」による死を選択しています。

\*2013年のギャラップ社の調査では、アメリカ人の51%は、医者が患者の自死を助けることを容認する、としています。（参考）

[http://www.huffingtonpost.jp/foresight/euthanasia\\_b5745918.html](http://www.huffingtonpost.jp/foresight/euthanasia_b5745918.html)（「合法化」へと向かう米欧「安楽死」の現場、新潮社フォーサイト）。平成26年11月4日付朝日新聞。

導入で取り上げたメイナードさんは、「思い通りに死にたい」と、死を選ぶ末期患者に医師が薬剤を処方することが認められているオレゴン州にカリフォルニア州から夫婦で転居したのである<sup>(16)</sup>。

⑥ 続いて、日本の国民医療費の推移を示すグラフ(厚生労働省資料による)を提示した。人工呼吸器や心拍蘇生装置、栄養補給などの数多くのチューブやコードにつながれたまま悲惨な最期を迎える、いわゆる「スパゲッティ症候群」など過剰な末期医療への強い批判があること<sup>(17)</sup>と関連づけて説明した。

⑦ 最後に、パワーポイントで、日本の現状について、過去の裁判の判例の中から、現段階における判断基準となる東海大学「安楽死」事件〔横浜地裁平成7年3月28日判決(判時1530号28頁)〕の概要を提示した<sup>(18)</sup>。判旨より、医師による末期患者に対する致死行為が積極的安楽死として許容されるための要件として(今までの裁判の判旨に比べて、患者の自己決定権の思想を基礎とする方向に転換した。)、①患者が耐えがたい肉体的苦痛に苦しんでいること、②患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に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<sup>(19)</sup>、の4つがあることを説明した。なお、刑法202条は自殺関与および囑託または同意殺人を規定しているが、安楽死については規定がない。1950年以来7件の安楽死事例すべてが執行猶予付きの有罪(囑託殺人罪または殺人罪)で確定していることも併せて説明した。なお、これらの資料に基づいた問いを発し、生徒と会話をしながら学習を進め、生徒は配布したワークシートに学習の流れを記述していった。この時点で、積極的安楽死を認めるという生徒が63%、認めないという生徒が37%であった。

⑧ そして、次時の意見交流を行うにあたり、本時の学習を受けて、自分の考えをまとめてくるように指示して授業を終えた。自分の考えは、三角ロジック(下図A~C)を使用して考え、ワークシートにまとめさせた。(図D・Eは次時に活用。)

⑨ 授業内容について、積極的安楽死を認める、認めないという結論を出す際に、生徒がどの内容項目をポイントにしたのか(下記の三角ロジックのAについて)をまとめておく。認める側では、延命と痛みをとることの選択(52)、外国の状況(27)、自分に自己決定権がある(18)、医療費(15)、メイナードさん(12)、刑法・医師法などの法律から見た医師(15)、リビングウィル(12)、その他に生命は自分だけのものではない、などを取り上げていた。一方、認めない側は、延命と痛みをとることの選択で延命を選択(50)、刑

法・医師法・裁判の判旨(38)、生命はその人だけのものではない(35)、その他に医師の役割として疑問、否定している外国の存在などを取り上げていた。授業内容のどこが、生徒の結論に影響を与えているのかが分かった。〔なお、( )内の数字は、どの程度の生徒が取り上げたのか(のべ数)を%で示した。回答は複数可とした。下記の生徒による、それぞれの立場の理由づけを参照。〕

- A ポイントとなる事実(自分の結論を出す上で、ポイントとなる事実を、資料や黒板などをもとに書き出してみよう。)
- B 理由づけ(授業や資料をもとに、自分の結論につながる理由を書こう。)
- C 主張Ⅰ(結論を書こう。)[ここまでを考えてくる]
- D 出てきた違う意見をまとめよう(違う意見のポイントを簡潔に書こう)
- E 主張Ⅱ(主張Ⅰに加えたり、主張Ⅰを変更した場合の新たな結論を書こう)

【第6次「新しい人権(2)」について】  
〔学習課題〕

自らの死を、どのように決定していけばよいのか、自己決定権の視点から、日本で積極的安楽死を認めるべきか、意見交流を行い、最終的な自分の考えをまとめる。

〔授業の概要〕

① 前時の学習を振り返った後、日本で積極的安楽死を認めるべきか、意見交流を行った。生徒の挙げた理由については、追加質問をしたり、揺さぶる発問をしたり、他の生徒に意見を求めるなどして双方向型の学習を心がけた。生徒の発言は、すべて黒板にまとめていった。

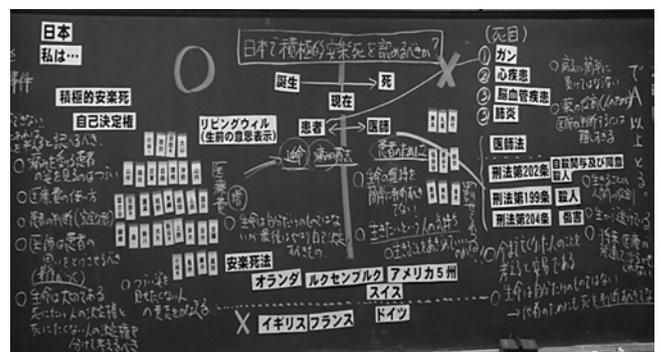


図1 授業時の板書

(生徒の記述)

- (「積極的安楽死を認める」立場の理由づけ)
- A 1 命は自分だけのものではないが、最終的な生き方を選ぶ決定権は自分にある。
  - A 2 自己決定することは、個人の尊重につながるから。

- A 3 患者が真剣に悩み、安楽死という判断を出したのなら、患者の気持ちを優先させるべきだと思う。
- A 4 患者の意思を聞き入れることが大切で、痛みを心配することなく残りの人生を過ごすことができる。
- A 5 死にたいと思っている人を生きさせようとするのはとてもしんどいことだ。
- A 6 患者のリビングウィルがあれば可能。
- B 1 病気になった辛さや痛みは本人しか分からないことだから、死に方を他人が決めるのはおかしい。
- B 2 治療法もなく痛みがすごく、しんどいから安楽死を選択する。治療すれば治る病気なら安楽死を選択する人はいない。
- B 3 薬の副作用など痛みや苦しみをがまんしなければならぬから。
- B 4 痛みに無理にたたかわせる必要があるのか。
- C 1 自分の苦しむ姿を見せたくない。
- C 2 家族に医療費などの負担をかけることになる。
- D 1 医師が患者を助けるというのは、病気を治すだけではないと思う。
- D 2 医師は、患者がどう死ぬかを一緒に考えたり、伝えたりすることも役割のひとつであるから。
- E 1 安楽死法を認めている国は世界でもあまりないけど、オランダの安楽死法には、条件があり、その条件を満たした人（要件をみたした人）だけが許されていて、実際に改善の見込みがない人が自宅で安楽死を迎えているから、医師の判断と家族の承認、条件を満たした人の安楽死は認めてもよい。
- E 2 アメリカの5州のように認めている所もある。
- E 3 世界には安楽死を認め、通常の医療行為とみなしている国があるから。

(A～Eの分類は、筆者が行った。)

② 積極的安楽死は、病気で耐えられない苦痛を訴える患者に、医師が致死薬などを与えて死なせる行為である。この行為で患者の苦しみは無くなるが、それが患者本人の命と引き換えになされるのである。なぜ、それが法的に許されるのか、ということである。積極的安楽死を認める立場の理由から記述する。生徒の挙げた理由は、以下の通りである。

第一は、自己決定権を前面に出した人権論に基づく理由である (A 1～A 6)。人は自分の人生をどう生きようが自由であるから、自分の命をどう終えるかもその人次第だという考えである。自己決定権は患者の自律性、つまり他からの支配を受けずに自分で考え、自分で決めることに裏打ちされている。では、なぜ自律性が強く求められるのか。このような考えに至る理由を質問した。その背景として、ベッドで寝たきりと

なり、無駄で悲惨な延命治療からの脱却と結びつく。このことは、現実の医療現場で患者の自律性が全くと言っていい程発揮できていないことの現れではないだろうか。つまり、患者にきちんとした情報を与え、どんな治療をするかしないかの選択は、患者の意思に委ねるべきだということである。その延長線上に安楽死が存在する。では、すべての患者に選択の意思を委ねることができるのか質問した。もちろん自己決定できる能力が患者自身にあることが大前提である。ここで、さらに人には「生きる権利」がある以上、「死ぬ権利」もあるのかという質問をした。人工延命装置で生き長らえるようになり、自らの意思表示ができないまま、植物状態で生き続けさせられることも今や珍しくない。終末期における患者の自己決定の尊重は、自殺や死ぬ権利を認めるというものではなく、あくまでも人間の尊厳、幸福追求権の発露として、各人が人間存在としての自己の生き方、生き様を自分で決め、それを実行していくことを貫徹し、全うする結果、最後の生き方、すなわち死の迎え方を自分で決めることができるということのいわば反射的なものである<sup>(20)</sup>。

第二は、不治で末期、その上激しい苦痛が継続して続き、患者本人が「早く楽にしてほしい」と訴える。こんな状況になったとき、家族の心のうちは張り裂けんばかりであろう。楽にしてあげられるのなら楽にしてあげたいと思うのは当然であろう。積極的安楽死を認める根底には思いやりがある (B 1～B 4)。

第三は、人格があるからその人らしく自由に生きられるのであり、その人格が損なわれ、その人らしさを失うような事態なら死んだ方がましだという考えがあらわれている (C 1, C 2)。これは、「尊厳ある死」を「尊厳なき生」と比較考量して、「尊厳ある死」を選び取っていると考えられる。

第四は、医療の世界で認められている医療倫理の4つの原理のうちの1つである善行の原理、すなわち医師は自らの医療技術を患者の利益のために提供すべき、という考えがあらわれている (D 1～D 2)。また、現代医学の知識からみてガンなどの不治の疾病で、患者の苦痛は見るに忍びなく、しかも患者による真摯な囑託・承諾を受けている場合は、苦痛緩和のための生命短縮行為は人道にかなうものであり、医師の医療行為そのものとして社会的相当性が認められ、殺人罪(刑法第199条)ないし囑託殺人罪(同202条)の違法性が阻却されるものと考えられる。ただし、患者の真摯な囑託・承諾を受けていない、もしくは曖昧なときはどうか、さらに考える余地がある<sup>(21)</sup>。

第五は、他国との比較をすることによって、積極的安楽死を肯定するものである (E 1～E 3)。実際に

賛成であると答えた生徒の結論に影響を与えていたのが、資料による外国の状況であった。今後の日本の立法化の動きとも関連するかもしれない。国民性の違いや今までの取り組みのプロセス、医療制度の違いがあるなど、考慮すべき点が含まれるので、本時では資料の解説にとどめた<sup>(22)</sup>。

〔積極的安楽死を認めない〕立場の理由づけ

- a 1 延命し、生きることが人間の役割。
- a 2 生きてくても生きることのできない人がいる。
- a 3 まだ生きられる可能性があるかもしれないのに、早くに死ぬということは、生きたいのに早くに亡くなった人に対して失礼。
- a 4 生命は与えられたものなのに、死を簡単に受け入れるのはおかしい。生命は自分だけのものではない。
- a 5 自分の命が一番大事で、自分が死んだら悲しむ人がいるから。だから人は延命を望むはず。
- b 1 医師は患者を助けるのが仕事。医師への信頼性がなくなる。
- b 2 医師の倫理性や犯罪性も考えないといけない。
- b 3 医師は死の手助けをするのではなく、頑張って生き延びるための手助けをした方がいい。
- b 4 患者を助ける医師が刑法で罰せられるのはおかしい。
- c 1 認めると安易な死が増える。
- c 2 積極的安楽死をする人が増えると、病気に罹り助かろうと頑張っている人に対する価値観がかわってしまう。
- c 3 日本はうつ病や自律神経失調症など精神的な病気が他の国に比べて多いと聞いたことがあり、自殺する人も多いと思う。そうすると楽な死に方を選ぶ人も出てくるのではないか。
- e 1 延命治療を受けているうちに治療薬が出てくる可能性もある。
- d 1 周りの助けがあれば、もっとがんばれると思う。

(a～dの分類は、筆者が行った。)

③ 安楽死を認めないとする考え方の基本には、いかなる場合にも人間の生命は尊重されなければならないとする点がある (a 1～a 5)。また、積極的安楽死を行うことは医療の敗北であり (b 1～b 3)、耐えがたい苦痛にさいなまれている患者に対する慈悲心から出た行為だとしても、生命の短縮は殺人行為 (b 4 は医師が違法行為をすること自体を否定しており、そのようなことになる安楽死をも否定する) であり、ただその行為が人道主義に基づくものであれば、行為者に対する量刑の点で配慮すればよいことになる<sup>(23)</sup> (過去の日本における裁判例でも、多くの執行猶予判決が出ている)。そして、患者に積極的安楽死を施した後に、新治療法の発見の可能性もあるとする (e 1)。さらに、最近の緩和医療の進歩・発達により鎮痛効果はめざま

しく、例えばガン性疼痛の90%以上はコントロールできる (d 1) といわれており<sup>(24)</sup> 苦痛の除去のための積極的安楽死は認められないとする。この苦痛の除去については、「認める側」から、例え少数でも、激痛と闘いながら亡くなっていく人がいることについては、どう思うのかという質問が出された<sup>(25)</sup>。

全体的には、「積極的安楽死を認める」立場が優勢であり、「認める」側への反対意見として、以下の内容を提示することが可能だと考える。

(1) 患者が自律性を保ちながら治療に関する自己決定するには、医師側からの十分な情報を提供されなければ、本当の意味での自己決定ができないのではないか。いわゆるインフォームド・コンセント<sup>(26)</sup> について、現実の状況から、背景に医療不信が存在しているのではないか<sup>(27)</sup>。

(2) C 1, C 2 に関連するが、自律性について、家族の介護や経済的負担を申し訳なく思っているという状況のもとで、患者が積極的安楽死を自己決定したとして、それが本当に自律したものと言えるのか。強制的ではないのか。また、「延命」と「家族の経済的負担」を対として比較考量するということは、人間の命は神聖であり絶対不可侵であるということは否定されることになる。他人の負担になりたくはない、という思いからの積極的安楽死を本当に認めていいのか。そして、痛みを苦しむ最後の最後で「思いやり」といった慈悲を示されても、患者は納得がいかないのではないか。さらに、人格に過度の重きを置くと、現実には存在している存在を、人間としての価値がないと見てしまわないか。すなわち、重度の障害者や痴呆などの人たちを切り捨てることにつながらないか。

(3) D 1, D 2 に関連して、患者による真摯な囑託・承諾を受けている場合は、苦痛緩和のための生命短縮行為は人道にかなうものであり、医師の医療行為そのものとして社会的相当性が認められ、殺人罪 (刑法第199条) ないし囑託殺人罪 (同202条) の違法性が阻却されるとあるが、d 1 のように除痛措置も進歩しているにも関わらず医療側の怠慢によって苦痛の除去がなされておらず、そのような中で、安易に積極的安楽死を認め医師を免責にすれば、ますます緩和ケアが機能しなくなるのではないか<sup>(28)</sup>。

(4) E 1～E 3 に関連して、患者の意思を要件にする以上「法的安定性」を求めようとすれば、何らかのガイドラインの運用・立法措置等が検討され、そうした手段の履践によって正当化を判断するといったことも必要かもしれない<sup>(29)</sup>。しかし、積極的安楽死の明確な基準を求めれば、逆に機械的に安楽死が行われることになりはしないか。それが本当に望ましいことな

のか。



図2 生徒のワークシート

授業の最後に、積極的安楽死を認めるか、認めないかを聞いた。積極的安楽死を認めるという生徒が78%、認めないという生徒が22%であった<sup>(30)</sup>。そして、学習を振り返りながら、ワークシートに三角ロジックのDとEの所を記入させた。記述内容を確認した所、「認めない」から「認める」へ変更した生徒がおり、その逆はなかった。変更の理由として、記述内容のAとBの与える影響が強いことがわかった。AとBの内容に共感したこと、授業でのやりとりが主な変更理由であった。

#### 4. 成果と課題

成果としては、第一に、活発な発言のもと、双方向的な協同学習が実施できたことである。第二に、自己決定権について、積極的安楽死を受け入れるかの是非を、理由を挙げながら自分の考えをまとめていくことができたことである。さまざまな事実の中から、より説得力のある事実をつなぎ合わせて、賛成、反対に到達していた。第三に、生徒の挙げた理由は、長きにわたって議論が展開されている積極的安楽死を推進する意見と反対する意見に、関連するところかなりあったことである。そして、考えるべき視点が足りない部分については、授業の中で補うことができた点である。生徒たちも、自分のこととして、また自分の近親者に当てはめて考えるなどしていた。法的思考力を育成していく手段としては、今までの社会科における憲法や基本的人権の学習内容と関連づけることもでき、本単元は、妥当な教材であるといえる。

しかしながら、これを持って自己決定権のすべてを理解することができたわけではない。なぜならば、積極的安楽死の是非ひとつとってみても、各人の考え方やとらえ方も異なり、さらには国によってもとらえ方

が異なるからである。そのような中で、授業の中で、他国の法制度を参考にした。生徒の判断に影響を及ぼしていたのも、他国の状況であった。また、現在の日本に安楽死を規定する法律がないこと、そのことをどのように受け止め、今後どのようにしていくべきか、今後の日本のあるべき姿を、より合理的に見る態度の必要性も感じられた<sup>(31)</sup>。外国の法制度をさらに詳しく検討していく必要がある。積極的安楽死を認めることのはか非かの議論が錯綜する中で、冷静かつ論理的に思考していくことは難しい。抽象的な法的概念・価値を、具体的な理解につなげていくためには、発達段階に応じた具体的体験に基づく教育を継続的に実施していく必要がある。また、現実的に考えた時、筆者もそうであるが、自分の両親や近親者が実際にガンに侵され、激しい痛みを伴いながら闘病生活を送る姿に直面した時、患者の下す自己決定に寄り添うことができるのか。ましてや自分自身がそうなった時、自己決定を行うことができるのか。事はそう簡単に運ばない、という認識も想定しておくべきである。患者の生命と自己決定、双方を尊重し調和させ、なおかつ医師への信頼が保護される形での解決策が、終末期医療のさらなる発展とともに求められるのである<sup>(32)</sup>。

#### 5. おわりに

内閣府が発表した平成26年版「高齢社会白書」によると、日本の総人口に占める65歳以上人口（高齢化率）は、過去最高の25.1%になった。人は年をとることは避けられない。今まで以上に、死がより一層身近なものになるであろう。だが加齢や老化はあってはならない悪いことであろうか。私たちは不老不死ではない。より良い年のとり方が大切である。「ただ生きる」ことを目指すのではなく、「よく生きる」人が増えることが求められる。そうなれば、日本はより豊かな国になるであろう<sup>(33)</sup>。私たちは「死」をどのように受け止め、どのように自己決定していくのか。その思考の先には、私たちが「どのように生命を全うするか」という、より根源的な問いの追求が控えていることを忘れてはならない。一方で、積極的安楽死の是非に関して、それを決定づける論理を構築していくことは、現段階では大変難しいのが現状である。今後も継続して、真摯な議論を進めていくことが大切である。本稿では、中学生を対象に実践したものであるが、将来において、自己の生命に関する自己決定権を保障していくことは重要だが、万能ではないことを自覚しなければならない。積極的安楽死を受け入れるかどうかの是非を、自己決定権へ丸投げし、その結果を当事者の自己責任として終わるわけにもいかない。逆に、当事者が自己決

定の主体として生き得ているのかどうか、つまりそれを阻む社会の側の病理をどう問題化し克服への筋道をつけるのか、ということが今後の議論の新たな射程となるであろう<sup>(34)</sup>。引き続き課題を克服しつつ、リーガルマインドを有する社会の形成者を育成していくための社会科の授業実践を進めていきたい。

## 【註】

- (1) 野田進・松井茂記「新・シネマで法学」, 有斐閣ブックス, 2014, pp.269-274
- (2) 本研究で言う「リーガルマインド」とは、一般的には、法律専門家として必要な能力を意味し、特にリーガルリテラシー（法的素養）の育成に裏打ちされた能力をさすものとする。リーガルリテラシーでは、①知識面では、価値・原理に関する理解、さらには制度手続についての知識の育成が、また②技能面では、知識を応用させる技能と参加の技能の育成が必要であり、さらに③気概・信念といった面の育成も大切にする。知識だけではなく、それをいかに使ったらよいかという技能の面、さらには、そうした知識、技能を活用しようという思いを育むことが大切である。東京大学法科大学院・出張教室「ロースクール生が、出張教室。法教育への扉を叩く9つの授業」, 商事法務, 2008, pp.8-9
- (3) 柳生大輔 安松洋佳 長野由知 池野範男 棚橋健治 木村博一「国際的な資質を育成する社会科授業（7）—思考の再構成を促す授業づくりを通して—」, 『広島大学学部・附属共同研究紀要』, 第40号, 2011, pp.231-236
- (4) 大村敦志 土井真一「法教育がめざすもの—その実践に向けて」, 商事法務, 2009, pp.11,17
- (5) 五十子敬子「死をめぐる自己決定について」, 批評社, 2008, pp.41-43
- (6) 甲斐克則「レクチャー生命倫理と法」, 法律文化社, 2012, pp.90-95
- (7) 実際に授業で使用している教科書「新しい社会公民」（東京書籍pp.55）で、尊厳死・安楽死は触れられているが、その時間で学習した内容をさらに深めるための課題指示では、「新しい人権の中から最も重要だと思うものを一つ選び、それがどのような権利か、また、どうして最も重要だと考えたか、説明しましょう。」とある。また副教材として活用する資料集（5社）においては、自己決定権の欄で紹介している内容は、臓器移植2、インフォームド・コンセント2、尊厳死2、ドナーカード1、となっている。
- (8) 前掲書（2）pp.6を参照。
- (9) 社会の変革にともない、「自律的な個人が人格的に生存するために不可欠と考えられる基本的な権利・自由」として保護するに値すると考えられる法的利益は、「新しい人権」として、憲法上保障される人権の一つだと解するのが妥当であり、その根拠となる規定が、憲法13条の「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」（幸福追求権）である。芦部信喜、高橋和之補訂「憲法第五版」, 岩波書店, 2013, pp.118を参照。
- (10) 本稿でいう自己決定権とは、自己の私的なことがらについて自由に決定する権利のことをいい、①避妊・中絶など子どもを生むか生まないかに関わる事項（リプロダクションの権利）、②延命拒否、尊厳死、臓器移植など、生命の処分に関わる事項、③髪型・服装、登山・水泳、喫煙・飲酒など、個人のライフ・スタイルや趣味・スポーツに関する事項などについて、各人に自由な決定を保障するものとされている。ただし③のうち、個人の人格と結びつかない行為にまで憲法の保障が及ぶかどうかについては、見解が対立している。詳しくは、戸波江二「自己決定権の意義と範囲」, 法学教室158号, 有斐閣, 1993, pp.36を参照。また、自己決定権の内容やその限界については、竹中勲「個人の自己決定とその限界」, ジュリストNo.1022, 有斐閣, 1993, pp.33-37を参照。
- (11) 一般に「安楽死」には、いくつかの類型がある。「純粹な安楽死」, 「間接的安楽死」, 「消極的安楽死」, 「積極的安楽死」, 「医師による自殺補助」である。「安楽死」をめぐる議論の中心は、「積極的安楽死」の許容性についてである。判例・学説上も多くの見解が主張されている。（甲斐克則「安楽死・尊厳死」, ジュリスト増刊 刑法の争点, 有斐閣, 2007, pp.36-37）。本稿では、中学校社会科の公民的分野において、法的思考力を育成していくことを目的に、「日本で積極的安楽死を認めるべきかどうか」という課題を設定した。
- (12) 森鷗外は、1791年に神澤貞幹が著した『翁草』の中の「流人の話」に触発されて、小説『高瀬舟』を著すが、それによせた「高瀬舟縁起」で、「死に瀕して苦しむものがあつたら、楽に死なせて、その苦しみを救ってやる」「これをユウタナジイという」と安楽死について記している。（森鷗外「附高瀬舟縁起」, 『山椒大夫・高瀬舟他四編』, 岩波文庫, 2013, pp.128）
- (13) アンケートの項目は、例えば「あなたは、今まで死について考えたことがありますか。」では、「ある」が90%、「ない」が10%。「あなたはどのような死を迎えたいと考えていますか。」では、①自然死34%、②痛みのない死24%、③家族や知り合いに見守られながら7%…。「あなたは、どこで死を迎えたいですか。」では、①家59%、②特になし10%、③病院7%…であった。また、生徒に示した死亡場所の統計（人口動態統計）では、1960年は病院が18.2%、自宅が70.7%だったが、2012年は病院が76.3%、自宅が12.8%、介護施設等が6.3%であった。また、2013年の厚労省調査による、人生の最終段階における医療への意識を聞いたアンケート結果では、人生の最終段階について家族と話し合っている人（「詳しく話し合っている」と「一応話し合ったことがある」）が53.3%、「意思表示の書面を作ることをどう思うか」では、賛成が63.7%、そのうち実際に作成している人は6%であった。
- (14) 両記事とも平成26年11月2日付愛媛新聞。メイナードさんの記事の見出しには、「尊厳死」議論に一石、脳腫瘍で余命わずか米29歳女性選択宣言、とある。授業では、積極的安楽死を「患者の自殺を医師が手助けしたり、患者の希望に基づいて医師が薬物の注射などによって積極的に死をもたらしこと」とした。（前掲書（1）参照）。現状の安楽死議論や法制化の中では、積極的安楽死と自殺補助の二つを安楽死と捉えることが多く、この二つに絞って、一定の要件の下にそれらを法的に許し、実行に関わった医師を免責すべきかどうか、大きな論点になっているからである。また、リレー・

フォー・ライフジャパンの記事は、ガンに対して本人だけでなく家族や周囲の人たちみんなで立ち向かう姿を提示し、両記事を対比的に扱うことにした。

- (15) 生徒に実際の医師による医療活動を理解させるために、情熱大陸（毎日放送、2014年3月16日放送）「肺移植医 大藤剛宏」の映像を授業で活用した。なお、この映像はYou Tubeにて視聴可。（[www.youtube.com/watch?v=Jr4TxhrPV84](http://www.youtube.com/watch?v=Jr4TxhrPV84)）
- (16) 小笠原信之「許されるのか？安楽死」, 緑風出版, 2003, pp.22 を参照。メイナードさんも自宅で医師から処方された薬を服用して死亡したので、積極的安楽死としてとらえた。また、積極的安楽死と尊厳死を混同しないために、授業では尊厳死を、「新たな延命技術の開発により患者が死の管理化に抵抗すべく、人工延命治療を拒否し、医師が患者を死にゆくにまかせることを許容すること」（甲斐克則『尊厳死と刑法〔医事刑法研究第2巻〕, 成文堂, 2004, pp.1）とした。
- (17) 前掲書 (16) 小笠原, pp.20参照。
- (18) 東海大学病院事件（横浜地裁平成7・3・28判決, 判時1530号28頁）に次いで終末期医療における医師の行為が刑事法廷で裁かれた2つ目の事件が、川崎協同病院事件（最高裁平成21年12月7日第三小法廷決定, 第1審判決は横浜地判平成17・3・25判タ1185号114頁, 第2審判決は東京高判平成19・2・28判タ1237号153頁）である。事例判断とはいえ、人工延命治療の中止に関して最高裁が初めて判断を示した点で重要である。詳しくは、甲斐克則「治療行為の中止—川崎協同病院事件」, 別冊ジュリスト医事法判例百選〔第2版〕, 有斐閣, 2014, pp.198-199を参照。
- (19) 本件は、末期医療において医療従事者として許される行為の法的限界を考えさせる事案である。治療中止は、患者の自己決定権の理論と医師の治療義務の限界を根拠に一定の要件の下に許容される。そして患者の自己決定権は、死ぬ権利ではなく、死に至る過程についての選択権を認めるものであって、生命軽視の風潮を警戒すべきことからしても、死の回避が不可能な末期状態にあることが必要であるとする。（加藤摩耶「東海大学「安楽死」事件」, 別冊ジュリスト医事法判例百選〔第2版〕, 有斐閣, 2014, pp.196
- (20) 前掲書 (18) を参照。
- (21) 前掲書 (16) 小笠原, pp.93-102参照。
- (22) 「生命の尊重」と「自己決定権の尊重」との葛藤の解決策のひとつといえる立法による解決策について、オランダ、アメリカ等の立法化の内容およびそれに関連する判例等の動向を概観しつつ、その問題性を必要な範囲で批判的に検討したものとして、甲斐克典「安楽死と刑法」, 成文堂, 2010, pp.177-193を参照。
- (23) 立山龍彦「自己決定権と死ぬ権利」, 東海大学出版会, 2002, pp.47-49
- (24) 池永昌之・恒藤暁「延命処置の限界と緩和医療の進歩」, 日本内科学会雑誌第85巻12号, 1996, pp.16
- (25) 積極的安楽死の場合は、より厳格に明示の意思表示を要求するが、苦痛緩和措置として意識レベルを下げる措置が行われるなら、明示の意思表示は不可能であり、積極的安楽死は「事実上封殺」される、という意見がある。（町野朔『東海大学安楽死判決』覚書」, ジュリスト1072号, pp.113）また、

セデーション(緩和的鎮静)の要件を緩和することによってこれが事実上積極的安楽死の代替物となりうる危険性があると指摘もある。（齋藤信治「安楽死と治療中止・尊厳死—東海大学・川崎協同病院事件および『鎮静』について」, 中央ロー・ジャーナル5巻1号, pp.52）

- (26) インフォームド・コンセントとは、「十分な説明をしたうえで相手の同意」という意味であり、わが国では「説明と同意」とか「同意原則」とよばれている原理だが、幸福追求権に基づく自己決定権の思想に立脚して、人間は自分の価値観や人生観に基づいて治療を受けるか否かを決定する権利を有するという考え方を基礎とするものである。（大谷實「新しいのちの法律学」, 悠々社, 2011, pp.150）
- (27) これについては、群馬大学病院（前橋市）で肝臓の腹腔鏡手術を受けた患者8人が死亡した問題で、死亡患者のうち少なくとも2人の手術同意書に腹腔鏡手術であるという記述自体がないことが分かった（平成27年1月17日付読売新聞）。この事例からも分かるように、病院で治療を受けている患者と治療に当たる医師の関係が、対等で自由にものが言える環境には、なかなかないのではないかと。医師の選択した治療方針に、はたしてどれだけの人が、異をとねえることができるであろうか。このような状況下において、自己決定権が仮にあったとしても、行使するためには、まだまだたくさんの乗り越えなければならないハードルがあると考えられる。
- (28) 前掲書 (16) 小笠原, pp.103-112参照。
- (29) 前掲書 (19) 参照。
- (30) 本単元実施後に、『読者1100人と考える「安楽死」「尊厳死」あなたならどうする?』という記事が週刊文春平成26年11月20号, pp.36-38に掲載されていた。授業では「尊厳死」は扱っておらず、比較対象にはならないが、アンケート結果によると、「安楽死」にも「尊厳死」にも賛成が68.8%、「安楽死」には反対だが「尊厳死」には賛成が18.6%、「安楽死」には賛成だが「尊厳死」には反対が2.4%、「安楽死」にも「尊厳死」にも反対が10.2%となっている。
- (31) 詳しくは橋本康弘・野坂佳生「法」を教える 身近な題材で基礎基本を授業する」, 明治図書, 2006, pp.17-21を参照。
- (32) 前掲書 (19) 参照。
- (33) 平成27年1月24日付朝日新聞「福原義春の道しるべをさがして」
- (34) 志田陽子「空と君のあいだにある憲法学」, 法学セミナー2015/01, 日本評論社, pp.122

## 引用（参考）文献

- 1) 野田進・松井茂記「新・シネマで法学」, 有斐閣ブックス, 2014, pp.269-274
- 2) 東京大学法科大学院・出張教室「ロースクール生が、出張教室。法教育への扉を叩く9つの授業」, 商事法務, 2008, pp.8-9
- 3) 柳生大輔 安松洋佳 長野由知 池野範男 棚橋健治 木村博一「国際的な資質を育成する社会科授業（7）—思考の再構成を促す授業づくりを通し

- てー], 『広島大学学部・附属共同研究紀要』, 第40号, 2011, pp.231-236
- 4) 大村敦志 土井真一「法教育がめざすもの—その実践に向けて」, 商事法務, 2009 pp.11,17
- 5) 五十子敬子「死をめぐる自己決定について」批評社, 2008, pp.41-43
- 6) 甲斐克則「レクチャー生命倫理と法」, 法律文化社, 2012, pp.90-95
- 7) 芦部信喜, 高橋和之補訂「憲法第五版」, 岩波書店, 2013, pp.118
- 8) 戸波江二「自己決定権の意義と範囲」, 『法学教室 158号』, 有斐閣, 1993, pp.36
- 9) 竹中勲「個人の自己決定とその限界」, ジュリストNo.1022, 有斐閣, 1993, pp.33-37
- 10) 甲斐克則「安楽死・尊厳死」『ジュリスト増刊 刑法の争点』, 有斐閣, 2007, pp.36-37
- 11) 森鷗外「附高瀬舟縁起」, 『山椒大夫・高瀬舟他四編』, 岩波文庫, 2013, pp.128
- 12) 小笠原信之「許されるのか? 安楽死」, 緑風出版, 2003, pp.22, pp.93-102
- 13) 甲斐克則『尊厳死と刑法〔医事刑法研究第2巻〕』, 成文堂, 2004, pp.1
- 14) 甲斐克則「治療行為の中止—川崎協同病院事件」, 別冊ジュリスト医事法判例百選〔第2版〕, 有斐閣, 2014, pp.198-199
- 15) 加藤摩耶「東海大学「安楽死」事件」, 別冊ジュリスト医事法判例百選〔第2版〕, 有斐閣, 2014, pp.196
- 16) 甲斐克典「安楽死と刑法」, 成文堂, 2010, pp.177-193
- 17) 立山龍彦「自己決定権と死ぬ権利」, 東海大学出版会, 2002, pp.47-49
- 18) 池永昌之・恒藤暁「延命処置の限界と緩和医療の進歩」, 日本内科学会雑誌第85巻12号, 1996, pp.16
- 19) 町野朔「『東海大学安楽死判決』覚書」, ジュリスト1072号, 有斐閣, 1995, pp.113
- 20) 齋藤信治「安楽死と治療中止・尊厳死—東海大学・川崎協同病院事件および『鎮静』について」, 中央ロー・ジャーナル5巻1号, pp.52
- 21) 大谷實「新しいのちの法律学」, 悠々社, 2011, pp.150
- 22) 橋本康弘・野坂佳生「“法”を教える 身近な題材で基礎基本を授業する」, 明治図書, 2006, pp.17-21
- 23) 志田陽子「空と君のあいだにある憲法学」, 法学セミナー 2015 / 01, 日本評論社, pp.122
- 24) 葛生栄二郎・河見誠・伊佐智子「新・いのちの法と倫理」, 法律文化社, 2014, pp.234-237