

## 第17回JDA 秋季ディベート大会決勝戦

### 論題: 日本は積極的安楽死を合法化すべきである

2014年11月9日 国立オリンピック記念青少年総合センター

肯定側: :Debate (清藤大介・石崎英治)

否定側: ディープインパクト (大石誠・須田泰彰)

ジャッジ: 桂見惟子、後藤久里子、佐藤明大、鈴木恵利香、師岡淳也

結果: 2-3 で否定側勝利

ベストディベーター: 石崎英治 (:Debate)

#### ■ 肯定側第一立論: 清藤大介 :Debate

始めます。

現状分析。

#### A 法的観点。

1 積極的安楽死に関しては、現在日本では法的には認められておらず、刑法上殺人罪または嘱託殺人の罪に問われます。

2010年、京都光華女子大学、宮田。

「安楽死は、生命に関する個人法益を放棄している人の、他人による人命終結行為であり、我が国の裁判実務上は殺人の罪のうち普通殺人あるいは嘱託殺人の罪状適用が検討されている。」引用終了。

2 一方で、名古屋安楽死事件に関して、昭和37年に名古屋高裁は安楽死の適用要件を提示しました。

2011年、北大法政ジャーナル、徐。

「第一審は尊属殺人罪の成立を認め、これに対して弁護人が控訴した。第二審の名古屋高裁は原判決を破棄自判して、嘱託殺人罪の成立を認めた。そして、判決理由の中では積極的安楽死の6つの適法要件が提示された。」引用終了。

6つの要件に関してはプランに合わせて後ほど説明します。

3 要件に合致している場合に、安楽死の違法性は阻却されると考えられます。

2011年、北大法政ジャーナル、徐。

「安楽死を合法とする根拠は、患者本人が『残りわずかな生命』と『耐え難い苦痛からの開放』とを比較し、その自己決定権に基づいて後者を選びとったとき、この『究極の選択』を尊重して、法が介入・干渉しないというところに求めるほかはない。安楽死状況とは、生命の維持と苦痛の緩和・除去とが共存不可能な形で対立する例外的局面である。」引用終了。

4 一方で日本国内において、積極的安楽死に対して違法性を阻却して無罪となった事例がないことから、医師は積極的安楽死の手段をとることができません。

2005年、国会図書館、恩田。

「積極的安楽死の許容要件が示されたものの、本人の明確な意思がないなどの理由から被告は有罪になっており、これまでに積極的安楽死が許容され無罪となった判決はない。しかし、今後これらの判決で示された要件が満たされる安楽死事件が発生した場合に、実際に許容されるのか議論が生じている。医療の現場でもこれらの要件をもとに積極的安楽死の手段をとってよいのか迷いが生じている。患者から強く安楽死の要求があった場合、医療機関や医師が取るべき法的対応策が確立しておらず、その場の判断で対応するというのが実態である。」引用終了。

このように現時点では、法的な結論は出ておらず、医師は罪になるリスクを負って安楽死を実行するか、患者の

要望を退けるかの2択のどちらかになっています。

## B 患者の観点。

1 終末期の患者のなかには、生きていることを辛く感じる人がいます。

96年、京都女子大学、星野。

「不治の病に侵されて、食事、立ち居振る舞いから、入浴、大小便の世話まですべて人の手を借りなければ生きてさえいけず、死ぬ日を待っているような致死性疾患患者の場合に、そのような自分が惨めで、自分の人格の尊厳が侵され自尊心を保てなくなっていくのを死ぬほど辛く思い始める。」引用終了。

2 安楽死が合法化されているオランダでは、多くの患者が安楽死を医師に要請しています。

2003年、読売新聞記者、三井。

「1995年に行われた安楽死の全国調査によると、医師の88%は安楽死要請を受けた経験が少なくとも一度はあると答えた。実際に行ったことがある医師は全体の53%であった。オランダの医師の二人に一人は、安楽死を実施している計算になる。」引用終了。

3 オランダで安楽死を求める理由は尊厳の喪失が大きな原因となっています。

96年、日本医事法学会、平野。

「要請の理由については、尊厳喪失57%、痛み46%、価値のない死への過程46%、他人への依存33%、人生に対する倦怠感23%であり、痛みのみを理由に挙げたのは187件中10件しかなかった。この割合は5%にしかすぎない。このことは、他の統計と同様に、オランダにおける鎮痛治療の遅れが安楽死要請を促しているわけではないことを示しているといえよう。」引用終了。

4 日本でも一部の国民や医師は終末期に積極的安楽死を選択したいと考えています。

平成15年2月から3月にかけて厚生労働省が、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員を対象に実施した終末期医療に関する意識調査によると、一般国民と医師を比較してみると、積極的安楽死を行う方法を取るべきであるとする一般国民は13.8%であるが、医師では2.5%。

5 しかし、日本では積極的安楽死が認められていないため、患者は延命によって苦痛を感じたまま亡くなっています。

2006年富山大学経済学部、秋葉。

『執拗な治療』とは、患者の状態を改善するいかなる具体的な希望も持ち得ないとき、患者になんらの利益もたらさずことなく、死を人工的に遅らせる治療を言う。それは、さらなる激しい苦痛と引き換えにしばらくの間患者を生き続けるか、生命を延長するに過ぎない。」引用終了。

6 仮に延命を拒否し、尊厳死を迎えようとしても、安らかに死ぬことはできません。

2002年、記者、斎藤。

「人工栄養を止めたとしても、すぐに『尊厳死』を迎えさせるのは困難だ。いわゆる飢餓状態に苦しみ、多臓器不全による症状が生じ、かえって苦しさを憎悪させ、死を迎える可能性が高い。」引用終了。

以上のように終末期の患者は死ぬまで苦痛を感じており、そこから回復する手段はありません。

AとBをまとめると、安楽死を選べば医師がリスクを負い、安楽死を選ばなければ患者が苦痛に耐えながら死を迎えることになり、どちらも問題です。

プランです。

日本は積極的安楽死を合法化し、一定の要件を満たした場合に積極的安楽死が実施できるよう、法整備を行います。

一定の要件とは、下記の6点とします。これは現状分析Aの2の名古屋高裁の判例の内容を踏まえています。

- 1 患者は不治の病にかかり、死期が近いこと
- 2 肉体的または精神的苦痛があること

- 3 患者の苦痛除去を目的として行うこと
- 4 安楽死について説明を受けたのちに、書面及びその他本人の医師が確認できる方法で、患者本人が安楽死を希望していること
- 5 以上4点について、3名以上の医師の合意を得たうえで、医師が行うこと
- 6 安楽死の方法は塩化カリウムの注射等倫理的な方法によること

解決性です。

1 安楽死を選んでも、医師は要件に適用していれば合法なため、罪になるリスクはなくなります。

2 安楽死の選択肢を与えることで患者は安らかに死ぬことができます。

NHK プロジェクト編著の「安楽死～生と死をみつめる～」から、オランダのホフ医師の発言です。引用開始。

「安楽死は、患者にとっては一種の保険のようなものでもあるのです。私の経験からもおよそ80%の患者が、安楽死を約束すると自然に亡くなっていくのです。安楽死を約束することで『苦痛なく死を迎えられる』という安心感が生まれ、それから逆に患者の心に前向きに生きる意欲が生まれるからです。」引用終了。

3 苦痛が続く患者も、安楽死を選択することで自分の意思で苦痛を終えることができます。

重要性です。

末期の患者に対して、死後の瞬間のクオリティ・オブ・デスを向上させ、人それぞれの価値観に合った死の選択肢を与えることが重要だと考えます。

2012年、お茶の水女子大学、袖井。

「近年、患者のQOLや終末期のQOLに関する研究は少なくない。死が遠い状態にあるときには、「人生の質」や「生活の質」を問うことに意味があるだろう。しかし、死が間近に迫ったときには「生」に対する前向きな姿勢を問うQOLよりも安らかな死を求めるQOD(Quality of Death)の実現を図ることが必要になる。[中略]言い換えれば、死の質を考えることは、生の質を考えることにも繋がるのであり、死の質を高めることは、生の質を高めることと同等に位置づけられる。生の質が人それぞれであるように、死の質も個人の価値観や信念によって多様である。」引用終了。

このように、終末期という最後の瞬間のQODを向上させて、人それぞれの価値観に合った死の選択肢を与えるということが、肯定側の重要性だと考えています。

以上で終わります。ありがとうございました。

#### ■否定側質疑:須田→清藤

Q:重要性から確認したいんですけども、結局、人それぞれ価値観が違うからそういったものを認めるべきだよ、と言っているんですよね。

A:そうですね。

Q:なぜ、この多様性…多様な価値観に合わせなければならないんですか。

A:死というものは、一番最後の重要なものだから、特にそれは重要なものとして扱っていかないといけないよね、と…

Q:それは、安楽死をしなければならないほどの理由なんですか。

A:はい。

Q:なんでですか。

A:それは、Aの3点目かな…違法性を阻却されるということで、判決で出ているわけですから、その部分で安楽死…最終的な苦痛があって、それは…

Q:わかりました。次に行きます。で、ちょっと話を変えたいんですけども、自由と…自由って、必ずしも、誰しもが、無制限に受けるものじゃないと思うんですけども、そういった制約は受けないんですか。

A:そう思います。

Q:あ、それでいいんですか。

A:あ、ごめんなさい。ちょっと違いますね。

Q:わかりました。次に行きます。…違うんですか。

A:えーと、無制限に受けるものではないと思います。

Q:ないですね。

A:はい、干渉できるはずですよ。

Q:干渉はできる。わかりました。内因性のAは、医師という視点で、要は、話の内容としては、現状では囑託殺人というのがあって、判例上無罪になることがないから、医師は実行したくてもできないんだ、という話でいいですか。

A:そうですね。リスクがあるから、医師はどうしていいかわからない、みたいな状況です。

Q:わからない、ということですね。内因性のBに行きます。患者の話があったんですけど、まず1点目として、こういう、みじめな思いをしている人って、どういう人なんですか。

A:終末期の患者です。

Q:終末期の患者。それと一緒に聞くんですけど、プランの1点目で、不治かつ末期、という話をしていたと思うんですけど、末期って、だいたいどれくらいの人何ですか。

A:末期って、多分定義を引くと、6ヶ月くらいだと思います。死ぬまで。

Q:なるほど、6ヶ月くらいの時間ですね。わかりました。じゃあ、もう一回内因性の1に行くんですけど、こういうふうな、自尊心がなくなっている人って、一体どれくらいの数がいるんですか。

A:そうですね、数としては出ていないです。

Q:出ていない。で、2枚目の資料は、あくまでオランダの話ですよ。

A:そうです。オランダの話です。

Q:で、4枚目は積極的安楽死に賛成するかどうかは、日本でアンケートした結果なんですよ。

A:そうです。

Q:じゃあ、実際に自分が安楽死をする立場になったときに、どういうふうを選択をするというのは、この話ではないですよ。

A:はい、そうです。

Q:わかりました。じゃあ、結局、現状で尊厳が侵されている人って、どれくらいの人がいるんですか。

A:数は出ていない、と…

Q:数が少ないのであれば、なんで、それを論題として肯定しなければならないんですか。なんで、そういう少数の人のために、国家はアクションを起こさなければならないんですか。

A:少数かどうかはこの試合ではよくわからないんですけど、そういう最終的…ここも結局Aの3点目のところになると思うんですけど、究極的な状態…苦痛の緩和除去ができなくて、生存っていうものが共存不可能な形っていう例外的な局面においては、国としては、その人たちを守っていった方がいいんじゃないか、っていう話です。

Q:なるほど。Aの3点目に聞きます。なぜ、例外的な側面であれば、そういった、自由を保護すべきなんですか。

A:ですから、先ほど述べたように、生命の維持と苦痛の緩和除去とが共存不可能だからです。

Q:共存不可能だからですか。

A:基本的に、生きていけるのであれば、その人たちに死ぬ権利みたいなものを与えることはないと思うんですけど、それが共存不可能な状況であるということは、例外的な状況として認められてもいい、というのが肯定側の立場です。

Q:なるほど。そこは、共存しないからダメなんだ、という話ですね。[時間切れ]わかりました。

A:ありがとうございます。

## ■否定側第一立論:大石誠 ディープインパクト

判断基準。

生命はすべての権利利益の根源となるもので、最優先の価値です。そのため、国は決定者本人による侵害を含む、あらゆる侵害から生命を積極的に保護する義務を負います。

早稲田大、曾根、2013。

「生命は、その他のすべての権利・利益が由来する源であって、個人の生命のないところに、その者の自由も名誉も財産も存在しえない。その意味で、生命は、その他の個別的権利・利益に対して優先的地位に立つ至高の権利なのである。[中略]生命に対する権利は、絶対的優先事項として国に積極的保護義務が認められており、しかも他人による危害からだけでなく、自己自身の侵害からも保護されているのである。」終わり。

#### デメリット1:患者への圧力

発生過程。

合法化されると、家族や医者の中で不経済かもしれないという圧力が生まれます。

医学博士、ヘンディン、2000年。

「慢性の病や死に至る病に苦しむ患者を抱えると、家族や医師の間に、不経済なことかもしれないという安楽死への圧力が生まれる。安楽死の提唱者であるマーガレット・バテンでさえ、安楽死が社会的に受け容れられると、必ずや老人に対して家族の側から「他の皆のために」死を選ぶようプレッシャーがかかることを認めている。」終わり。

法制化されていない現状では、こういった問題は生じません。

深刻性。

末期患者は弱い立場にあり、死を選ぶ可能性が高いです。

北陸大、中山、96。

「実際には患者は弱い立場にあり、医師や親族などからの影響と圧力の下に追い詰められて自己コントロール権を失っている。安楽死の肯定が生への選択を閉ざしやすいう傾向をもつことが真剣に反省される必要がある、というものである。[中略]生への選択を可能とする末期医療における積極的な施策が必要であり、私見は著者の主張を支持したい。」終わり。

圧力により歪められた決定は殺人ですから、末期患者を守るべきです。

#### デメリット2:医者による殺人

固有性。

現在、法制化されていないため、患者を安易に安楽死させることはありません。

鳥取大、洪山、97。

「医療従事者の免責を目的とする法制化が行われていないことが、現在では医療従事者に対してより慎重な思慮深い態度決定を促すことを可能にする唯一の歯止めとなっているからである。この歯止めによって安楽死要件が揃えば患者の依頼を医師が安易に承認し、安楽死が単に形式通りに遂行されるというふうにはいけなくなる。」終わり。

発生過程。

合法化により、患者を生かすことだけが使命だった医療現場において、患者を死なせるという選択肢が生まれます。結果、医師は要件が揃えば形式通りに実行するようになり、治療を尽くさずに殺すようになります。また、水面下での安楽死も増えます。

早稲田大、平岡、2005。

「オランダでは本人の意思に基づかない「死なせ」(厳密には慈悲殺と呼ぶべきである)がしばしば実行されており、また法に定められた届出がなされないケースも多いという。一般的に、ある患者の死が自然死によるものか「安楽死」によるものかを外部から客観的に判断することは、患者の家族による訴えがない限り極めて難しい。積極的安楽死の合法化が、医師たちの救命義務意識を低下させ、間接的・消極的安楽死の安易な実施や、水面下での慈悲殺を促進する懸念は拭えない。」終わり。

深刻性。

死にたいと思う末期患者の願望というのは一過性であり、治療によって生きること感謝するまで回復することができます。

ハーバード・ヘンディン、2006。

「驚くべきことに、末期患者の大多数は最後まで懸命に生きようとしている。一過性のうつ病や激痛のために自殺したいと訴える者もいるが、うつ病に対する治療や疼痛治療が一般的には効果を表し、生きていることに感謝するものである。」終わり。

このような、感謝するまで回復できる患者を見殺しにする点で深刻です。

次、肯定側のフローシートに行ってください。

まず、重要性に対して。

Quality of death、QOD が大事だ、っていう話がありました。しかしながら、それによって、なぜ積極的安楽死を法制化することが認められるのか、そこまで言えていないと思います。

2点目。判断基準の曾根のカードを伸ばしてください。国には積極的に生命を保護する義務があります。したがって、生命について、個人の処分権限を認めるような法制化はすべきではありません。

岡山大、塩谷、96。

「「被害者の承諾」を支える実質的な根本思想は、個人の「個性」が尊重されること、つまり「個人の自己決定」の尊重の思想であるが、それは日本国憲法13条の「個人の尊重」に由来するものである。生命の処分という「個人の毀滅」が「個人の尊重」を意味しているとは言えない。[中略]近代法においては、人身売買は公序良俗違反として否定され、奴隷契約も無効である。個人の自由の尊重は「自由でなくなる自由」の尊重を導き得ないのであり、そのことから法秩序は人間の生命の放棄を正当とは認めないのである。」終わり。

2点目。仮に、そういった死の自己決定権を認める余地があったとしても、それっていうのは自己決定というもので、積極的安楽死を正当化することはできません。同意殺人が処罰されることとの均衡上、1患者の自己決定が保証されていること、2医師があらゆる治療を尽くしたことの二つが条件として必要です。

最高裁判所、入江、2009。

「しかし、刑法は、嘱託殺人罪、承諾殺人罪を犯罪として規定している以上、患者の意思だけで、そのような行為を正当化することも困難と解される。治療行為を止めて死期を迎えさせる、あるいは死期を早める措置を採るといふ事柄の性質上、医師の治療義務の限界という点を加えられて、初めて説明が可能となると解される。」終わり。したがって、デメリット1、2が生じるような場合は論題は否定されるべきだと思います。

次、解決性のところに行ってください。まとめて反論します。

1点目として、じゃあ、プラン後積極的安楽死を選ぶ人が、どの程度出てくるのか、どれぐらい死を望んでいる人がいるのか、っていう部分を分析していないと思います。彼らは、一般国民のカードはあったと思うんですけど、末期患者を対象にした分析はなかったと思います。

2点目。実際には、安楽死を希望することはありません。末期患者の、死にたいという発言は一過性のもので、むしろ生きたいという思いの現れだからです。

精神医学者、高橋、2001。

「患者は死に対して両価的であるのが一般的である。死の願望は一過性のことも多く、死を望む一方で、痛みを止め、生を望んでいる点も忘れてはならない。[中略]むしろ、「死にたい」という言葉の背後にある「救いを求める叫び」に耳を傾ける必要がある。」終わり。

3点目。ターンです。プラン後、安楽死の実行に同意すると、これを撤回することが困難なので、逆に、QODを下げることになると思います。

筑波大、阿南、77。

「安楽死がいやになり、取り消したいと思うことは大いにありうる。かえって病床についたときほど、生への執着が強くなるともいわれる。そうした場合でも、世間からの無言のプレッシャーや、療養に関して家族に負担をかけていることなどへの気兼ねから、取り消しにくいということも起こってこよう。「いつでも取り消せる」という条項が空文化するおそれは十分ある。」終わり。

したがって、治療を尽くさずに、生きている事に感謝するような患者を死なせる点でデメリットです。

4点目。それに対して、現状であれば、判例とか裁判例があるわけですから、安楽死事例、っていうのは現状でも存在するわけで、苦痛故に死を選択する患者っていうのは、現状でも存在するはずなんですね。したがって、なんで司法のレベルで解決すべきじゃなくて、立法で解決すべきなのか、そこを彼らは証明すべきです。

次、内因性のBですかね…患者の精神的苦痛というところに対して、

1点目。これ、星野さんが、そういうふうに思っているよね、っていう話であって、末期患者の実際の生の声とか、そういった分析はありません。

2点目。実際に、精神的苦痛を感じているというのは、医者思い込みであって、尊厳の喪失感を感じる患者っていうのはわずかです。

医学博士、ヘンディン、2000。

「合法化をめぐる裁判の中で、食事や入浴、排泄などの介護よりも死の方が望ましいと考える医師や法律家がいかに多いか、明らかになった。事例は別で、そうした介護を必要としても、障害者の大多数は満足しながら生産的な生活を送っているのである。」終わり。

で、3点目として、57%っていう、Bの3枚目のエビデンスが伸びてくると思うんですけど、これがどういう調査をしたものなのか、分からないっていう部分で、あとで、第二立論で、反論します。

以上です。

#### ■肯定側質疑:石崎→大石

Q:はい、お願いします。

A:お願いします。

Q:まずデメリットから聞いていきたいんですけども、最初一枚目の資料ですね、これ、生命が優先的に、何か…すごい…何にも優先されるんだ、みたいな話だと思うんですけど、例えば、日本国って、死刑制度を導入しているじゃないですか。何がなんでも、とりあえず生命を守りますっていうスタンスを、国家として一貫して持っているわけじゃないと思うんですけども、これは…

A:死刑の例に関しては、それだけ、他人の生命っていう法益を奪ったから正当化されているんじゃないですか。

Q:それっていうのは、他の何かと比較して決まるものっていうことなんですね。

A:いや、えーと…それに関しては…

Q:法益は法益としか比べられないっていうふうに言っていますか、この資料の中で。言っていないですね。

A:生命に対する権限は絶対的な優先事項だ、って言ってます。

Q:なんですけど、でも、あくまで相対化されて、何かと比較したときには、それが否定されることもありうる、っていうことですよ。

A:で、そうすると、じゃあ、事柄の性質によると思います。それについては、塩谷のカードで言っているんですけど、奴隷契約とか認められない…末期患者だって、奴隷契約って認められないですよ。それと一緒に、自由でなくなる自由はないだろう、っていう話です。

Q:あの…末期患者が奴隷契約とか、よく分からないんですけど、とりあえず行きます。デメリット1点目。まず、不経済だ、っていうふうに考えるって、発生過程で言っていて、何か、エビデンスが終わった後に「現状ではありません」とかって言っていたんですけど、どこでそれを言っていますか。現状では圧力はかかかっていないんですか。

A:法制化は、今していないよね、っていう話。

Q:法制化はしていないんですけど、それと、プレッシャーが現状かかっているかどうか、っていうのは別問題ですよ。

A:んー、ですから…ま、そうですね。はい。

Q:わかりました。じゃあ次、で、インパクトについては、生の選択を行うということ…はい、わかりました。デメリット2点目。医者による殺人、ということなんですけど、すいません、ここで、殺人をしてしまう医者って、どういう人を想定しているのか、教えてください。

A:どういう人、ですか。

Q:はい。

A:どういう人っていうのは…

Q:要するに、現状、恐らく医者って、多かれ少なかれ、人の命を救いたいなって思って医者になったとって、なんですけど、その人が何で安楽死が合法化されると、何か、もうこいつ死んでもいいかな、って思うようになってっちゃうんですか。

A:というのは、例えばですけど、それこそデメリット1の発生過程で言っていますけど、医師の間で不経済なこともかもしれないというふうに思ったりとか…

Q:不経済ってどういうことですか。

A:えーと、言葉は悪いですけど、生かしておく、あまりちょっと、お金にならないというか…

Q:生かしておく、お金にならないという理由から、医者が殺す…

A:できるだけベッドの回転率を上げたいとか、そういうことだと思います。

Q:ベッドの回転率を上げたいと思っている医者って、どのぐらいいるんですか。

A:それはまだ証明していませんね。

Q:なるほど、わかりました。で、思うんですけど、多分これって、プランを導入したところで、恐らく本人の意思決定ではないので、かなりプランの対象から外れて、恐らく違法性阻却されないんじゃないかなと思うんですけど…

A:そうですね。

Q:えーと、まあ、はい…

A:で、そこに関しては、届出がされないケースとかも、オランダで起きているだろう、と。

Q:オランダでは、届出がされないケースが起きているから、起こりうる、という話。わかりました。ありがとうございます。じゃあ次、肯定側のフロー行きましょう。肯定側のフローでお話されていた、何か、その、最高裁判所の人の…重要性のところですね、3点目の反駁なんですけど、これはあくまで、こういうふうに治療義務とかの限界であるとか、自己決定みたいなのを保証されていないとダメだ、っていう話ですよ。

A:そういうことです。

Q:わかりました。ありがとうございます。以上で終わります。

## ■肯定側第二立論:石崎英治 :Debate

はい、始めます。

まず、デメリットの判断基準のところから見てください。ここに対して2点。

これって、質疑でも確認したんですけど、何かと相対化されるべきもので、これを絶対的に何か守らなくちゃいけない、というふうには、取っているわけではありません。

次に2点目。基本的には、肯定側も否定側も生命を大切にしている、っていう部分での違いっていうのはなくて、そこから導き出される考え方の違いだけであるので、これだけをもって否定側に投票することはできないと思います。

北大法政ジャーナル、2011、徐。

「安楽死の正当化に賛成するにせよ、あるいは反対するにせよ、その見解の根底にある価値観は必ずしも矛盾しないことがある。例えば、同じ「生命は重要である」という価値観から出発して、重要だから誰にもその処分権を与えてはならないという見解にも発展しうるし、大切だからこそ、一番の自己決定権として本人に認めなければならないという見解にも発展しうる。考え方によっては、異なる正当化根拠あるいは適法要件が当然ありうるだろう。」終わり。

よって、これだけで否定側に投票することはできない。

じゃあ次、デメリットを見ていきます。

まずデメリットの1、2、それぞれで確認して欲しいんですけど、デメリットの発生過程のエビデンスで読んでいたってというのは何かって言うと、不経済かもしれない、っていう圧力、つまり、これって、恐らく周りの医者とか家族とかって言うところからのものである、ということを確認してください。少なくとも、家族と医師、っていうところを前提に話をしていきます。

まず最初に、周りから圧力がかかるかっていうところなんですけど、1点目として、現状でも尊厳死っていうものがあるため、患者自身が負担であるってメッセージっていうのは感じています。

ジャーナリスト、天笠、2000。

「今の日本では、生命の質の低い人として、障害者、精神障害者、末期がん患者、高齢者などがリストアップされかねない状況にある。[中略]事実、このような『社会的な弱者』に対する治療打ち切り事件は、日本でも頻発している。たとえば、人工透析を拒否される例が増えている。自ら死を選ぶということが、事実上、強制されるような状況が広がっている。このように尊厳死は、国家に役に立たない質の低い生命は不要である、という考え方を広める危険性を持っているのである。」終わり。

尊厳死は現状でも認められています。実際、読売新聞 2008 によると、延命治療の中止、さし控えをしているのは回答施設の 31%に当たる 117 病院、少なくとも 1902 件行われています。プラン後生じるのであれば、これっていうのは、こういった問題っていうのは、現状でも起こっています。

次、2点目。家族のところについてなんですけど、家族が圧力をかける、みたいな話があったんですが、家族っていうのは、基本的には負担っていうのはあまりかからないので、圧力はかけないと思います。

愛知県がんセンター院長、大野、2001。

「現時点の日本の健康保険制度では、延命治療のために費やされた費用に関しては、事実上すべて保険が支払ってくれます。[中略]ですから、経済的理由のみで、患者の家族から延命治療をとめてほしいといわれることはありませんでした。むしろほとんど家族は、できるだけのことをしてほしいと希望され、それに基づいて延命治療が続行されるのが普通です。」終わり。

で、これ、医者のところにも当てて欲しいんですけど、例えば医者が殺したいからといって、家族も反対するし、本人も反対する、という状況があれば、少なくとも殺す必要はないと思うので、ここで、医者のリンクっていうのは、一つ切れているかな、というふうに思います。

で、実際に…次に行きます。

発生過程の続きです。もしこれで、仮に圧力がかかって、死んでしまうみたいな人が、もし出るとしても、仮に出たとしても、それっていうのは、普通に自己決定を通して認められるべきだと思います。

2004 年、弘前学院大学教授、鎌田。

「確かに自律的な「自己決定」の根底には刷り込みがあるにしても、自己意識のある患者がおのれの意思(安楽死の選択)を表明する際にはそれは通常、自己決定されたものとして扱うのが自然である。」終わり。

次、2点目。ターンです。圧力によって、安楽死をたとえ選択したとしてもこれっていうのは安楽死の要件として認められると考えます。

2008 年、聖隷三方原病院、森田。

「家族・介護者への負担感、終末期がん患者が将来の安楽死や自殺幫助を望む理由のひとつに挙げられており、患者の QOL に多大な影響を与えることが認識されつつある。[中略]終末期の QOL に関する研究では、他社の負担にならないことが Good death を構成する要因の一つに挙げられている。」終わり。

なので、たとえもし仮に、現状圧力をかけているのに死なない患者がいて、プラン後圧力…プラン後法制化されると圧力がかかって、それによって死んでしまう、みたいな人がでて来ても、それっていうのは、そういった家族の負担感を理由にした、死ぬっていう方法なので、それについては問題ない、というふうに思います。

じゃ、次、デメリット2点目に行きましょう。

デメリット2点目。まずこれ、1点目として、現状のところは反駁をしたいんですけど、1点目として、この思慮深い意思決定っていうのが、なんでプラン後変わってしまうのか、っていうのがわかりません。歯止めがなくなるっていうのはわかったんですけど、じゃあ歯止めがなくなった後、動くのか、っていうのは全く別の問題だ、というふうに考えます。何故かという、質疑でも確認しているんですけど、基本的に、命を救いたくて医者になっている筈なんで、基本的に殺したくない、っていう感情があるはずなんですよ。で、なんでそれを乗り越えてまで、この人不経済だから、ベッドを回転させたいから、とかっていう理由で、殺してしまうのか、っていうのが全然わかりません。

じゃ、次、発生過程に対して、具体的に2点行きましょう。

1点目。医者のストレスっていうのは、例えば、法制化されても減るもんじゃないので、あまりやりたがらない、というところは変わらないと思います。

読売新聞、2005。

「安楽死を行った経験を持つある医師は「病気を治すという大義に反したのは大きなジレンマだった。蒸し返したくない」と打ち明ける。医師会では窓口を設けて医師の相談に乗っているが、ビレッジ氏は「法制化されても、人の生死にかかわるストレスは何も変わっていない」と説明する。」終わり。

要するに、基本的にやりたくなくて、やってもすごいストレスを感じちゃって、なんで自分って医者になったのに、こうやって人を殺しているんだろうっていうところに耐えられないわけですから、基本的にはやりたがらない。

で、実際にオランダっていうのも、患者の意思を無視した、こういった殺人っていうのは起こっていませんので、深刻な問題じゃないと思います。

日本医事法学会、平野、96。

「患者からの明確で一貫した要請のない場合が全死亡の0.8%を占めていた。これらは、医師と討議したことがあった患者か、あるいは病気の初期の段階で決定に関する希望を述べていた患者であったが、臨終に近く、ひどい病苦のため討議が不可能な場合であった。報告書は、患者からの真摯な要請がない場合でもその倫理性・道徳性については一応は問題があるとするものの、死期が切迫していて医学的にみて絶望とされ耐え難い苦痛に悩まされているなら、死への援助として正当化されることがあるとした。」終わり。

ちょっと、この段階で読むとよく分からないと思うんですけど、少なくとも、何か、外国で、医者がどんどん殺した実例があります、って言っても、それっていうのは、全然不本意に、いや、なにか、お前関係ねーから死ね、っていうふうに言っているわけじゃなくて、ちゃんと、事前に意見を汲んでいて、最後臨終の瞬間だけ取れませんでした、っていう話なんで、外国の例を、たとえ読んできても当たらない、というふうに思います。

じゃあ次、肯定側のフロー。

肯定側のフローについて、何点か反駁があったんですけど、まず重要性のところについて。これはあくまで自己決定ができるかどうか、みたいな条件を話したただけなので、問題ないと思います。

次、内因性のBについて、打たれたところについては、基本的に52%の人が安楽死をいろんな理由で望んでいる、というところは残っている。で、Bの4点目に関しても、現状で何か、一過性とか言っているんですけど、死にたい人っていうのは、現状では救えないので、解決性がないと思います。

#### ■ 否定側質疑: 大石→石崎

Q: デメリットに対する返しからお聞きしたいんですけど、まず、判断基準に対する反論ですね、これは自己決定権として許容する考え方もある、という資料でしたっけ、中身…

A: えーとですね、生命が重要である、という価値観があっても、処分権を与えちゃダメっていう意見もあるし、自己決定だからいいよね、っていう意見もある、っていう話です。

Q: そうですね。はい、OKです。わかりました。で、あとデメリット1に対する返しの中で、まず1枚目の天竺の資料を用いて、人工透析の打ち切りが頻発しているというふうに言っていましたっけ。

A:そうですね。治療打ち切り事件というのが、はい。

Q:そうですね。で、次の資料が、延命治療の中止とか差し控えですよね。

A:延命治療の中止…そうですね。延命治療を止めて欲しい、と。はい。

Q:で、この中身のデータって、何年のものですか。

A:そうですね、まず天竺の資料は2000年なので、2000年です。で、大野の資料は2001年です。で、その間に読んでいる読売新聞の尊厳死の件は、2008年です。

Q:で、その中身の調査っていうのは、2008年のものですか。

A:読売新聞の調査ですか。

Q:はい。

A:これについては、その調査の年度までは言っていません。

Q:なるほど。わかりました。で、あとは…ターンですかね…4点目でいいんですかね、Good death…他者の負担にならないことが Good death だ、というっていう話があったと思うんですけども。

A:はい、Good death。はい。

Q:これは、他者の負担にならないことを思って、自発的な安楽死をするのであれば、それはそれで良い死に方なんじゃないか、っていうことですよね。

A:そうですね。基本的には、いろんな人の…っていう形だと思います。

Q:そうですね、はい、OKです。わかりました。次に、デメリット2に対する反論にお聞きしたいんですけども、まず1枚目のカードの中で、何か、ストレスがかかる、みたいな話があったと思うんですけども、これは2005年の資料ですよね。

A:2005年の資料…はい、そうです。

Q:で、どこの国の話ですか。

A:えーと…すみません、これ、日本じゃないっていうところは確かなんですけど、ちょっとどこの国までは、っていうところは…

Q:んー…なるほど…えっとですね、最近ってどうなんですかね、どこの国かわからないんですけど。

A:最近…ってどうなんですかな、って言われても…

Q:2010年以降ってどうなんですかね。

A:2010年以降については、ここでは分析してないです。

Q:そうですね。わかりました。その次のカードの、オランダでは、倫理性の…オランダって話があったと思うんですけど、これ、96年の資料ですよね。

A:96年、はい、そうです。

Q:で、オランダで、医師の免責規定を置いたのって、2002年ですよね。

A:えーと、法律として合法化されたのは、2002年ですけど…

Q:免責規定を置いたのは、2002年ですよね。

A:いや、え…届出すれば…

Q:それは墓地埋葬法なので、もうちょい前ですけど、医師の免責っていうのは、2002年ですよね。

A:医師の免責事項が法律として決められた、というところですか。

Q:そうです、はい。

A:あー、え…ただ…明文化された、っていう理解でいいですか。

Q:そうですね。

A:という意味では、そうだと思います。

Q:そうですね。はい、わかりました。で、えーと…あと何か…特に無い…2001年の大野、でしたっけ、エビデンスについてですけど、これは、どういう…これって、保険があるから大丈夫だ、という話ですか。

A:2点あって、基本的に保険があるから、医療費かかりません、っていう話と、それとは別に、家族は患者に死んでほしくない、というのがこの人の話です。

#### ■ 否定側第二立論: 須田泰彰 ディープインパクト

まず発生過程の2点目、ホフさんの話がありました。まず1点目。これはあくまでホフさんの主観でしかないということを確認してください。2点目。安心して死んだのか、それとも天命を全うして、寿命で死んだのか、そこは

立証がありませんでした。3点目として、安楽死は苦しみなく死ぬなんて、そこは、肯定側は何の立証もありませんが、この後言ってもニューアークギュメントだと思います。

では、否定側のフローシートを見て下さい。

デメリット2点目に対して。彼らはですね、デメリットに対して、いろいろ反駁があったんですけど、まとめて反駁していきます。

1点目。緩和ケアは、安楽死を実行するより難しいです。そのため、医者としては、生かすことより死なせることを選択しやすくなります。

アエラ、2000年。

『苦痛を感じている患者を快適にするには、かなりの医学的知識が必要です。安楽死させることよりもはるかに難しいのです。』まず医師は苦痛を緩和する技術を学ぶべきで、現代医学ではほとんどの場合が可能だという。』終わり。

2点目。日本の医療現場では、このような患者を死なせるような圧力をかける医者を生みやすい状況があります。日本老年医学会、2012。

『しかし、その一方で、増大する医療費を抑制するための早期退院への圧力はますます強まっており、高齢患者やその家族の意思を十分に確認することなく治療方針が決定される傾向もある。』終わり。

3点目。オランダの実例を示します。

記者、生井、99。

「でも、医者の中には、お金がかかって、しかも面倒な緩和ケアよりも、安楽死の方が簡単でいいと、安易に考えている人がいるかもしれない。[中略]仲間の医者から、安楽死を実施した患者の状況を聞いて、ファン・エスさんならしなかったと判断した場合が、この1年に3~4人、10年では15回はあった。例えば、肉体的な苦痛を訴えた人については、ファン・エスさんなら、もっと薬を使って苦痛を和らげることができたと語る。」終わり。

4点目。実際に合法化されると、医者は安楽死の実行に抵抗感がなくなるため、ルーチン化します。また、抵抗感がなくなることで、医者は自らの視点で苦しんでいる患者を可愛そうだと思って安楽死をするようになります。児玉真美、2013年、エマニュエルの発言を引用します。

「いったん合法化されるや、医師による自殺幫助も安楽死もルーティーンとなる。時間が経つにつれ、医師は生命を終わらせるために注射をすることに抵抗を感じなくなり、アメリカ国民は安楽死という選択肢があることに抵抗を感じなくなる。抵抗を感じなくなれば、私たちはその選択肢を、社会から見て苦しんでいて無目的な人生を送っているように見える人たちにも広げたいだろう。」終わり。

5点目。こうして、医者が安楽死を進めると、安楽死を選択します。なぜなら、患者は感受性が敏感となっているため、安楽死の話をするなど、そういった、些細なことでも圧力と感じて死を選ぶからです。

東大、藤井、2011。

「かりに積極的安楽死、もしくは自殺幫助が合法化された場合、医療従事者は自らの望みに関わらず、患者を死に至らしめる役割を負う可能性が確実に大きくなる。実際に、病の進行によって無力感や無気力に苛まれていく患者は、たとえば医師の些細な誘導によって、安易に死を苦痛からの安易な解放と捉えたり、その逆に生への積極性を取り戻したりするものである。感受性が敏感となっている患者であればあるほど、医療従事者が意識しないような小さな振る舞いひとつから、自らの自殺願望を暴発させる患者も存在する。」終わり。

6点目。仮に感受性が敏感でなくても、患者の立場は医者に対して、相対的に弱いです。したがって、患者は、医師が安楽死の話を進めると、これを選択します。これは、デメリット1の深刻性のカードをあててください。

次、デメリット2に深刻性を追加します。

抵抗がなくなることで、明示的な要望なしに安楽死が実行されます。実際にベルギーでは30%が同意なしに行われており、その中には話し合うことをせずに、安楽死をしています。

オタワ大学、ベレイラ、2011年より、英文を和訳して引用します。

「ベルギーのフラマン人に対する最近の研究では、安楽死のうち約30%のケースは、要請・同意なしに行われていることがわかった。人生を終わらせる決定について話し合いをせず、患者の同意を得ない理由は、患者が昏睡状態であったこと(全体の70%)、認知症だったこと(21%)であった。17%のケースでは「明らかに患者にとってベストである」ことを理由として、さらに、8%のケースでは、そのことについて患者と話し合うことがその患者に有害であることを理由として、医師が同意なしに安楽死を押し進めていた。」終わり。

ということで、医者の勝手な、個人的な思想によって、こういった患者の同意なしの安楽死が進められていくことになります。よって、こういった、自己決定をせずにする安楽死は殺人ですから、深刻です。

デメリット1へ行きます。

デメリット1で、彼らはですね、尊厳死の部分については、これはパートナーが返しますから、残しておいてください。

彼らはですね、経済的な負担がないんだ、という話をしていましたが、1点目。これは2001年の話です。医療費抑制とか、そういったものが含まれて以降もそういう話が残っているのか、わかりません。

2点目。2011年現在では、日本でも十分にこういった経済的負担は大きいです。

立命館大学、大谷、2011年。

「医療保障には、抑制・削減のかけ声が響いている。さらに介護の現場では、介護にあたる家族のおしなべて厳しい生活・労働状況、あいつぐ介護殺人・介護放棄、買い手市場の現状下で介護や福祉に生きがい、やりがいを実感する人びとが多くなりながらもなお人手不足にさらされるほどに過酷な条件下にある介護職の待遇、ストレスをためた家族や介護職による虐待などの問題が噴出している。社会全体が、老い、病み衰えた人を受け入れる余裕をなくしているともいえる。」終わり。

3点目。実際に家族の負担は非常に大きいです。

埼玉医科大学、大西、2010年。

「家族の20%は看病のために仕事を辞めるか、人生の方向転換をするような状況になり、看病が”主たる職業”となる場合があります。30%の家族が主な収入源を失い、30%の家庭では貯蓄がほぼ底を尽きます。」終わり。

よって、日本でも経済的負担を理由に、安楽死の圧力をかける土壌があります。

4点目。経済的な負担があれば、家族は、不経済かもしれないと思い、圧力をかけます。これはデメリット1の発生過程のカードをあててください。

5点目。仮に経済的負担がなくても、他の理由で家族は圧力をかけます。

マッカーン、2000。

「末期患者に『早く死んで欲しい』と促すことのできる立場にいるのが患者の家族だ。家族がそう望む理由は様々だろう。遺産目当て、長期に渡る介護の疲れ、家族に負担を強いている病気への怒り、患者に対する悪意や憎しみなどである。」終わり。

6点目。こうした圧力があれば患者は安楽死を選択します。DA1の深刻性のカードをあててください。患者は治療費を家族に支払ってもらっている等の理由から、相対的に弱い立場にいるため、安楽死を選択します。

7点目。特に日本人は家族と患者の立場を気にして、安楽死を選択しやすいです。なぜなら、日本人は自立した権利意識の乏しい民族であり、「ノー」と言えないからです。

作家、福本、2002。

「ことに日本では、安楽死の法制化を議論するだけで、介護が欠かせぬ老人や重度の障害者たちに心理的な重圧を与えかねない。不況が長引き、家族に経済的な負担を掛けたくないという理由によって、むしろ患者本人の意思に反して『死の登録書』に署名する者が続出することは十分に考えられる。[中略]日本人のように個人の自立した権利意識の乏しい国民性では、横並び意識から尊厳死を望む恐れもある。」終わり。

8点目。仮に患者と家族が同等の立場であったとしても、感受性が敏感になっているため、安楽死の話をする等の些細なことでさえ、患者が安楽死を選択する引き金となります。

次、Good death の議論に行ってください。

発生過程…自己決定にまず行ってみます。これは、あくまで自ら、自分が、そういった圧力なく選んだ人が、そういったものを言っているだけであって、こういった、圧力によって、自ら望んでいない人がそういったことにあたるのか、そこまでの証明がありません。肯定側の…べつにターンアラウンドでもなんでもありません。

2点目として、我々は、こういった自己決定に含まれると言っているけれども、確かに形式的にはそうなのかもしれないけど、実態は、自らの意思に反して、要は、家族からの圧力という、外的な要因によって与えられた、捻じ曲げられた自己決定なのはずい、ということで、全くこれは返っていないというふうに思います。

以上です。

#### ■肯定側質疑:清藤→須田

Q:始めます。デメリット2点目の3点目の資料なんですけれども、オランダの話をされていると思うんですが、こちらって、何年くらいの資料かわかりますか。

A:えーと…これは、99年ですね。すいません。

Q:わかりました。ありがとうございます。

A:ただ、2013年には、次の資料で、ルーティン化していると証明していますから、ここは問題ないと思います。

Q:わかりました。では、ちょっと大きなところを聞いていきたいと思います。まず、否定側の立場は現状維持でよろしいですか。

A:現状維持です。

Q:わかりました。次、尊厳死っていうのは、現在行われているという立場を取りますか。

A:取りません。

Q:取りません…

A:これについては、再反駁として、1NRの方から提示します。

Q:あ、わかりました。ありがとうございます。では、今現在、家族が圧力をかけるとかというような状況があるかもしれないと思うんですけど…経済的負担って、今現在もあるんですね。

A:経済的はあるんですけども、ここで家族がまだ行動に移せない状況なんです。

Q:今は、その、経済的負担を持った家族はどういうふうな状況なんですか。何をしているんですか。

A:何をしているんですかねえ。(会場笑)

Q:ありがとうございます。では、ちょっと違うところを聞いていきたいと思うんですけども、インパクトのところ追加していた、ベルギーの話があったと思います。こちらって、どういうことを言っているんですか。

A:結局、医者が患者の意思を確認しない、あるいは、そういった話をせずに安楽死をした、という話です。

Q:はい、わかりました。なんでそういうことを医師はしちゃったんですか。

A:それは、ルーティン化の話を見て下さい。結局、安楽死をすることに抵抗感が無くなることであるとか、医者への価値観が変わって、安楽死をしてやったほうがいいんじゃないか、という話をしているのが、兎玉2013の、エマニュエルの発言なんです。

Q:これは、ごめんなさい、ベルギーの資料ですか。ルーチン化したのって。

A:ルーチン化の話はベルギーの話ではないけれども、少なくともここはロジックはつながっていると思います。

Q:えっと、わからないんですけども。ロジックがつながっているところを説明してください。

A:だから、なんで、結局この…なんでこういうことが起こったか…ベルギーでは起こったかっていうと、ルーチン化であるとか…

Q:それは述べていないですよ。ベルギーでルーチン化が起こったせいで、ベルギーでは医師が殺人をしてしまうようになった、っていうことは言っていないですよ。

A:ま、ベルギーはあくまで例なんですけれども、実際そういった風潮が起りやすいということは、デメリットの方で証明しているから、それで行けると思います。

Q:あ、じゃあちょっと考え方を変えたいと思います。ベルギーと、今回のプランって、同じような安楽死の制度なんですか。

A:んー、安楽死を認める…要は、安楽死をしてもいいよ、ということは同じだと思います。

Q:わかりました。ありがとうございます。ではちょっと肯定側の議論に戻って行きたいと思うんですけれども、肯定側に対して…ごめんなさい、反論したのって、何を反論しているんですしたっけ。

A:発生過程の2点目のホフさんのカードです。

Q:はい。ここに対して…ホフさんが言っているだけだよ、っていう話をしただけですか。

A:そういうことです。

Q:わかりました。

A:あ、それだけじゃなくて、結局ホフさんのカードは、80%が自然死をしたと言っているだけで、それが安心して死んだ、とまでは言えていないよね、という話です。要は、天命を全うして死んだ可能性も十分にあり得るよね、ってことです。

Q:わかりました。ありがとうございます。じゃあ、構造として、80%ぐらいの人たちが安らかに死んだ、ということ自体は認めている、ということですか。

A:いえいえ、だから、安らかに死んだかどうかまでは、この資料で言えていないよね、というのが私の反駁です。

Q:なるほど、わかりました。では、これくらいで…じゃあ終わります。ありがとうございました。

#### ■否定側第一反駁:大石誠 ディープインパクト

まずデメリットの判断基準の部分を見て下さい。彼らは自己決定権としてOKだという考え方もあるというふうに言っていたんですけど、憲法上の権利として、自己決定権…彼らの言うような自己決定権も含めて、憲法上の権利…生命権というのは、そういった、彼らの言うような自己決定とかの根源にもなるものであって、最優先の価値なんだ、という部分の、そこは否定されていないと思います。ですから、彼らの言うような、死の自己決定を認める、それ自体がいけないんだ、っていう部分は、ケースアタックで言った塩谷のカードと合わせて考えてもらえれば、それでいいと思います。

では、仮にですよ、彼らの言うような価値観を認めたとしましょう。それで、おそらく現状分析のAの3枚目のエビデンスとか、共存が不可能だというところで線引きすると思うんですけれども、その線引きの内容として、じゃあ正しいのはなんなのか、というと、入江のカードなんです。重要性のところでは言ったんですけれども、治療義務を尽くしているということが前提なんです。だから、治療義務を尽くさないような安楽死事例が出てくる、そういったエラーが混じるのであれば、一律に合法化することはよくないんだ、それが私たちの立場です。

では、デメリットの中身、具体的に再反論していきましょう。

まず、天笠00年だとか、08年のカードについて、今でも打ち切りが頻発している、という話がありました。1点目として、現状でもどうなのか。古いです。その証明がありません。2点目。人工透析だとか、という話をしているわけであって、プランの対象者と合致するのか、証明していません。積極的安楽死というのは呼吸器だとか栄養補給器をつけていないような高齢者…末期がん患者も対象となるため、圧力のかかる人の範囲が異なります。3点目として、最近ではですね、延命の中止について、逮捕が相次いだことで、どんな状況でも中止しない、というふうな医療現場の硬直化が起きています。

名古屋大、植村、2012。

「2004年に北海道立羽幌病院で、また、2006年には富山県の射水市民病院で人工呼吸器を取り外した医師が殺人容疑で逮捕されている。[中略]ところが、両事例への警察権力の介入の影響は全く正反対の方向に向かった。それは、「いったん開始した延命措置の中止は許されない。だからどんな状況でも中止しない」という医療現場の硬直化であった。」終わり。

ということで、私たちの固有性は立っていると思います。

次、デメリットの2点目の部分を見て下さい。

デメリットの2点目の部分で、医者にストレスがかかっていない、だとか、オランダでは、何か、問題があるものの、一応大丈夫だ、みたいな話があったかと思うんですけども、まず1点目として、これらは05年だとか、96年ということで、データとして…エビデンスとして古いと思います。で、実際の、現在のオランダの状況はどうなのか、という、その分析はないと思います。

で、2点目として、どういうふうに、医者が安易に安楽死をするようになるのか、というモチベーションは、パートナーがさっき証明したと思います。

3点目として、データでも明らかです。

倫理学者、テオ・ボーア、2014年より、英文を和訳して引用します。

「2008年からこのような死の数は1年あたり15%の割合で増加している。2012年の委員会の年次報告書には4188件が報告されている(2002年には1882件だったのだ)。2013年もこの傾向は継続していて、私は来年までには6000件台に到達すると考えている。安楽死はがん患者にとって、死の「デフォルト」な手段になっている。」終わり。

ということで、彼らのエビデンスが正しいのであれば、ストレスかかるからあまり安楽死件数伸びないですよ。しかし、オランダでは安楽死件数が伸びているっていう部分で、医者はできるだけストレスが…最初は…合法化直後は、彼らの言うストーリーだったかもしれないんですけども、だんだん、こういうふうに、医者が慣れてきているんだ、っていう部分で、返っていると思います。

じゃあ次、ケースのフローシートを見て下さい。

まずどこを伸ばして欲しいのか、っていうと、実際の患者さんに聞いてみると、尊厳の喪失感っていうのはあまりないっていう部分が落ちているわけなんですから、結局彼らのメリットの本当の対象者になるのはどれぐらいなのか、そこがわからない、という部分で、ここの議論はその決着点でいいと思います。で、どこを伸ばして欲しいか、っていうと、一過性とターンの話なんですね。結局ここに対して明示的な反論はなかったと思います。プラン後っていうのは、一瞬でも…お医者さんが安楽死に慣れた結果、というもあるんですけど…一瞬でも死を…患者に対して、一瞬でも、あなたは死を望んだよね、って、その一瞬の願望だけを切り出して、じゃあ、安楽死をしましょう、そういうふうになっていくんです。それで、実際に撤回することができない。デメリット1のインパクトでも言っているんですけども、患者は弱い立場にあるから、そういったものを撤回することができない。現状維持すれば、少なくとも件数自体は圧縮できるわけなんですから、そういったエラーを見逃すことが、できるだけ、確率としては低くなるんだ、一律に合法化すると、彼らのメリットで言っているような部分はあるんですけども、そういった、エラーを見逃す、そういう構造的な欠陥があるのが、安楽死の合法化という問題なんですから、法制化することは認められない。ここの部分で投票できると思います。

以上です。

#### ■肯定側第一反駁:石崎英治 :Debate

肯定側のフローからご覧ください。

まず肯定側のストーリーを確認していきます。基本的に何か反駁はあったものの、肯定側のストーリーは基本的に切られていないという認識です。というのは確認していきます。

まず、法的にいろいろ困っていて、判例として認められている要件はあるものの、法制化されていないので、医師が非常にやりにくくなっている。ここの部分については残っています。で、患者の部分についても、今すごい苦しみがあって、それが、例えば延命治療であるとか、尊厳死ってところでは除けないんだ、っていうところについては残っていると思います。これはあくまで、プラン後こうなってしまうよって言っている話…反駁はですね…というふうに理解しています

で、解決性2点目についても、主観ですとか、天命ですとかって言っているんですけど、結局80%の人っていうのが、安心して死んでいきました、っていう事実っていうのがあるわけですから、これについては、そこそこの人が安らかに死ねるっていうところについては、残るかな、という形です。

重要性。この、治療義務を尽くすとか、自己決定だとかって言っていたんですけど、じゃあ例えば今だって余命の診断を間違えちゃうとか、誤診があるとか、要するに、治療義務を果たそうとしても、でもやっぱり結局、何か間違えちゃいましたっていう、エラーって、十分あるわけですよ。で、なんで、これが、現状だとOKで、プラン後だと、これだけを理由に、安楽死って認めちゃいけないのか、っていうのがよくわからない。要するに、現状でもこういった問題っていうのがあるわけですから、じゃあこれを理由に、積極的安楽死を肯定するっていうことはできないよね、っていうふうに思います。

じゃあ次、デメリットサイドに行ってください。

デメリット1点目です。まず、ちょっと肯定側第二立論がごちゃごちゃしちやってるんで見ていくんですけど、肯定側第二立論で残っているのを見ていきます。まずですね、医療費のところ打った反駁、ここの、医療費の負担が少ないっていうところと、あと、患者の家族は基本的に患者に死んで欲しくないですよ、っていう、ここの分析が残っていると思います。つまり、家族が圧力をかけるとか、っていうんですけど、なんで圧力をかけるかっていうモチベーションの話が全然なくて、少なくとも生きて欲しいっていうふうに思っている、ここの分析だけは、家族について、残っているんで、少なくとも家族が圧力をかけて、どんどん死んでいくっていうことはないだろう、というふうに考えることができますと思います。ここについては完全にドロップしているんで、後から何を言ってもレイトです。

次、経済的な負担のところについて、ここ、ちょっと整理したいんですけど、一方で、延命治療はやらないと言って、一方で、何か、すごい医療費かかっているから、どんどんどんどん治療をやめようとしている、っていうのが否定側のスタンスじゃないですか。これって、結局何をやりたくて、何がやりたくないのかわからなくて、なんで、これちゃんと別々で見っていく必要があると思うんですけど、まず一方で、医療費負担を削減しようという動きが起こっている、と。で、これについては、多分医者のところとかとつながってくると思うんですけど、ま、家族についてはないと思うんで…なんで、ここについては医者のところなんで、デメリット2に行きましょうか。

デメリット2に行きます。

デメリット2について。まずですね、すごい生みやすいとか、治療方針が、とかって言っているんですけど、そもそもですね、私たちが何を言っているかという、第二立論の段階から基本的に医者って人を殺したくないですよ。ここについては残っていると思うんですよ。で、それがなんで変わっちゃうのか、っていう話で、今土壤があるとか、っていうんだったら、じゃあなんでこれって現状だと何も変わらないんですか。何か、尊厳死で…尊厳死がすごい少ないとかって言っているんですけど、我々、2008年のデータで、少なくともこれだけの件数行われている、って話をしているわけで、じゃあ現状で医者が殺したいんだったら、尊厳死とかっていう方法だってできるわけだし、で、なんでこれが安楽死を導入することで、安楽死っていう方法でわざわざやるのかっていうのがわからない。

で、ルーティン化になってしまうとかって言っているんですけど、少なくとも、ここについてはルーティン化される危惧があるとかって話をしていて、ルーティン化されてしまっているとか、そういった話ではない。少なくとも、ここについては、ロジックっていうのはなっていないし、で、何かおそらく…どこだっけ…ベルギーの話を伸ばしてくると思うんですけど、少なくともここについては、オランダとか、もしくは我々が導入したいプランとかと一致しているかどうかはわからないし、少なくとも患者本人の明示的な意思が必要で、っていうふうにプランで言っているわけですから、じゃあこれをもって医師がどんどん殺すっていうふうには言えていない、というふうに思います。

で、件数が増えると、ストレスがかからなくなるんだ、とかって言っているんですけど、そうじゃないんですよ。基本的に安楽死をするっていうのはストレスがかかることで、なんだけど、やっぱりやりたいっていう患者が増えていく、それって、全然別問題じゃないですか。医師がやりたがっているから増えたとか、そういう話しじゃないんですよ。だから、普通に増えていって、それを医師がやっている、でも医師が苦しい、本当は「俺、人殺したくないん

だよ」って思っている状況は変わらないわけですから、じゃあなんでこれをもって医師がモチベーションが変わってしまったのか、っていう証明にはなっていない、というふうに思います。

で、メリットサイドに戻ると…[時間切れ]

#### ■ 否定側第二反駁: 須田泰彰 ディープインパクト

今回論題が導入されたことで、どういう人が死ぬのか、4つのパターンに分けられると思います。

1つ目は、家族の圧力に屈して死んだ人です。2つ目は、医師の、些細な誘導に引っかかってしまって死んでしまった人です。3つ目は、ターンアラウンドで話をしていた、一過性の思いで、本当は死にたくなくなったんだけど、それが撤回できなくて死んだ人です。4つ目っていうのは、肯定側で言っている、尊厳によって死んだ人です。

じゃあ、仮に全部メリットが立ったとしても、じゃあ、このデメリットで述べているような、そういった人たちを殺してまで認めるべきなのか。彼らは量を示さなければならぬんですけど、今回は量はお互いによくわからないということになります。では、質という点で見てください。質という点では、我々の生命権というところを見て下さい。生命権というのは、何よりも優先して保護すべき価値なんだというのが、判断基準の話です。よって、彼らのように、死ぬ人たちが仮に喜んだとしても、そういった人たちは、生命を喪失してまで認めるべき話ではないんだ、ということが言えたというふうに思います。

では肯定側の議論。肯定側の議論は大きく分けて、論点は2つあります。1つ目は、論題の導入性です。まず内因性のBの話を見て下さい。星野さんの話があったんですけど、ここに対して我々は1NCで述べています。結局そういった統計データはあるんだけど、あくまでこれは医者に聞いただけであって、患者に聞いてみたら実際はそんなに尊厳喪失がある人はいないんだよ、ということを言っています。このことからですね、この段階で、論題を導入する必要性というのがそもそも示されていません。じゃあ、仮にこうした少数の人たちが認められたとして、なぜその人たちのために論題を…国家がアクションを起こさなければならないのか、そこまでは彼らは証明できていないというふうに思います。

2つ目の論点です。仮に、そういった人がいたとしても、国家はそれを認めるべきなのかどうなのか。これについては、重要性にあてた、個人の自己決定を保護…確かに自己決定というのは大事だけれども、それは生命を放棄することを認めてはいけないんだよ、この議論が残っています。彼らは、比較して決めるべきなんだ、という話をしているんですけど、これは確かに、本人にとってはそうかもしれないですけど、国家としてはどう見るべきかという、国家として大事にしなければならないのは生命の放棄です。で、奴隷契約ではそういったことを認められないということを認めていますから、無制限に認められる自己決定ではないということは、少なくとも言えたと思います。なので、これをドロップしている段階で、少なくともデメリットが発生すれば否定側に投票する理由になると思います。

デメリットが発生しているか、見ていきます。

デメリット。まずデメリット1ですね。彼らはですね、医療費の話とか、いろいろあったんですけど、まず彼らがしている医療費の話というのは、2001年、13年前の資料で、古いということで、我々の2NCで読んだ、2011年現在では、医療費の抑制、削減の声が相次いでいて、そういった家族の負担がどんどん増えているんだ、で、さらに実際には家族っていうのは、貯蓄を崩してしまうほど、本当に厳しい状況なんだ、こういったモチベーションは十分に証明されています。で、そういったモチベーションがあれば、家族は圧力をかけるんだ、ということは、ヘンディンさんのカードで言っています。確かに、圧力をかけない家族もいるでしょう。しかし、そういった一方で、そうじゃない家族も十分にいます。彼らは、全員が全員そういうことを言っているわけじゃなくて、少なくともそういったリスク自体は証明されているというふうに思います。

デメリット2点目に行きます。デメリット2点目。これは医者の殺人、という話があったんですけど、大きく分け

て、1つ目としては、医師のモチベーションの話があったというふうに思います。確かに、医師は助けたいと思うかもしれないです。それは確かにわかります。なんですけど、それだけじゃないですね。医師というのは人間ですから、結局、仕事上負担になっているかどうかであるとか、そういったものも考えながらやるというふうに思います。

で、実際に、じゃあ本当にルーティン化するのかどうかということなんですけど、これは私たちの2NCと1NRのカードを伸ばして下さい。実際にストレスかも知れないんですけど、実行件数が増えているんだ、ここ自体は認められているというふうに思います。だからルーチン化していく、日常業務になっていく、そうすると、安楽死がそういうことで抵抗感がなくなってしまって、また、安楽死をすることが良いことだと思ってしまう…医者がですね…思ってしまうから、そういったことで、患者がそう思わなくても、医者がそういった話をしたら、藤井さんのカードで述べているとおり、些細な誘導でも、確かに形式的には満たされるかもしれないんですけど、そういった自己決定の中身を見ると、実際は本人はそういうふうに思っていないけど、医者がそういうことを言ったから、そういったことを決めなきゃいけないんだなあ、ということ、これ自体は認められているというふうに思います。なので、今回デメリット2というのは発生していると思います。

それが何故深刻か。これは重要性の…深刻性を見て下さい。結局ですね、生きていれば、喜び…こうやってディベートをしている喜びを感じるかも知れないんです。そういったものを喪失してまでやることっていうのはは深刻だよって話なんです。だから、今回は、この否定側の方に十分デメリットというのは発生している以上、論題を否定すべきだというふうに思います。

以上。

#### ■肯定側第二反駁:清藤大介 :Debate

始めます。まず否定側の議論から見て行きたいと思います。

否定側の議論に対して、4つぐらいに場合分けしてくれたので、その場合分けに応じてやっていきたいと思うんですけど、まず家族の圧力で死んだ人がいるのか、っていうところなんですね。まず残っているところは何かっていうと、家族はそもそも殺したくないよ、っていう、私たちのカードは残っていると思います。で、それともう一つ、経済的負担について、この、医療費が削減している、とかいう状況はあったというものの、高額医療制度とかがあって、実際経済的負担というのは少なくなるようになっていく、という現状はあります、と。で、その状況で、今現在の現状とプラン後どっちがいいのかっていうところを見ないといけないんです。で、現状どうなっているかという、そういう負担があるけれど、延命治療しなければならぬから、家族も苦痛を感じているかもしれないし、患者も苦痛を感じているかもしれないし、家族がお金がなくなっている様子を見て苦しいと思っているかもしれない、っていう現状があるんです。で、それを解決できる手段っていうのは、否定側は持っていない。何故なら、現状維持を取っているから。で、そこに対して肯定側のプランを導入することによって積極的安楽死を導入すれば、その人たちが、もしかしたら、家族のことを考えて死んだのかも知れないけれど、そこについては解決されるんだ、と。で、それ自体は Good death の構成要因なんだよ、っていうところが残っていると思います。ですからこの点をもって、家族については、それで死んでしまったとしてもメリットだというふうに捉えることができると思います。

次、医師について。まず、医師は、助けたいというところは、前提です。で、医師が助けたい前提の中で、ルーチン化してしまって、医師が促してしまうような状況があるんだっていう話がありました。まず1点目として、どうしてルーチン化するのかわからないんです。ルーチン化するにはたくさん安楽死が行われないといけないと思うんですけど、確かにオランダではたくさん安楽死が行われたかもしれない、じゃあ、日本でこれは…今回たくさん安楽死が行われるかどうか、というのは、オランダと日本のプランがどういうふうに違うかによっても影響してくると思うんですけど、今回の試合って、何か、結構安楽死少なそうなイメージを皆さん受けませんでした？僕はそういう印象を受けていたんですけど…で、どうして少ないかっていうと、尊厳に対して、否定側はアタックをしていました。尊厳の喪失っていうのはすごい少ないんだよ、っていう話をしていて、実際尊厳の喪失だけで安楽死を…その人たちが安楽死をするんだ、みたいな話があると思うんですけど、じゃあ、少ない人たちが安楽死をしていて、で、医師は、そんなに安楽死の数を実行していかない中で、じゃあ、それによって、どれだけルー

チン化して、医師がほのめかすようになるのか、というところは分からない、と。ですので、この時点で、医師が安楽死をさせようとするかどうか、わからない。

で、もう一個、大きなところとして、患者は、自分で書面とかで書かないといけないんですよ。安楽死をします、って。で、医師に言われたからって、自分の生命に関することを、そこまで、書いてまでやるのかっていうところは、否定側は説明していません。なので、実際に、そこまで、書いて、自分で死にたい、と…医師に言われたから、そうやって死んでしまうっていうふうに、言うところかどうかは、分からない、というところですね。

で、撤回できないんだよ、という話があったと思うんですけど、こちら、撤回できない理由がよくわからないので、自分で死にたくないと思えば撤回すればいいだけだと思います。

で、残りのメリットの部分で、死んだ人たち、というのはメリットだという話ですね。

で、ちょっと肯定側の議論に行くんですけど、肯定側の議論で残っているところって何かっていうと、Bの5と6ですね。延命治療をやっている人たちは苦しいんだよ、と…今現在苦しい状況にあって、で、尊厳死というのを迎えようとしても苦しいんだよ、っていうところは残っているんです。これは、現状の状況でずっと残っていて、否定側はどう頑張ったってこれを改善できないんです。何故なら否定側はカウンタープランを打っていないから。ということで、ここの部分で苦しい人たちがいて、そういう人たちが、少数かもしれないけれど、救われる、というところで、メリットは残っている、と。

じゃあ、最後、価値の比較に移っていきたいと思います。で、価値がいろいろ出てきていると思うんですけど、否定側から出てきている価値って何かっていうと、エラーがあるからダメだ、とか、生命というのはそもそも重要だから大事にしましょう、という話がありました。で、ここに対して、2ACで、徐さんの資料で、生命を尊重するという価値観から出発して、だから生命を処分しちゃいけないんだ、という話もあるけど、だから、生命を大事にして、最後の死の瞬間を認めよう、という、両方の価値観があるんだよ、と。で、その中で、じゃあ、どれが認められるべきなんだ、というところで考えると、終末期っていう限られた状況にフォーカスして考えている方を見たほうがいいと思います。何故ならこれは終末期の話だから。で、そこについて見ているのは何かっていうと、Aの3点目なんですよ、私たちの。ここで言っているのは、高裁の判例として、終末期という例外的局面においては、これは認められるべきだよ、何故なら、苦痛から開放されない、という状況があるのであれば、そこについて、Good deathを構成するのであれば、死んでもいい、というところがある。だから、例外的局面というところをフォーカスしている肯定側に投票してください。終わり。