

「尊厳死法制化」の何が問題なのか？

2012年9月30日～2012年11月25日

「巷間哲学者の部屋」(Like_an_Arrow)

ここ1、2か月のあいだ、あるテーマについて書かなくてはならないという強迫観念にとりつかれています。書かなくてはならないのだけれども、嫌悪感が先に立ってしまって書けない。テーマそのものに嫌悪を感じている訳ではありません、書かなくてはならないという使命感のようなものを抱いている、自分の心のありように嫌悪を感じているのです。尊厳死の問題については、これまでも何回かこのブログで書いて来ました。その都度、この問題については自分などよりふさわしい書き手がいるに違いない、そういう気持ちと闘って来た。医療における尊厳死（あるいは安楽死）の問題は、何を措いても「現場」の問題であって、「机上」の問題ではないからです。いまこの時、医療の現場から遠い安全な場所にいる自分に、いったいどんな責任ある言葉が吐けるというのか？

すでに何度も書いているとおり、私は、医療現場における尊厳死・安楽死は一定の条件のもとで認められるべきだという考えを持った人間です。そのためには法制化も必要だし、しかもそれは急ぐべきだとさえ考えています。何故なら、現在の日本では尊厳死・安楽死が法律で認められていないだけでなく、規制されてもおらず、そのために患者や患者の家族、また医療従事者は非常に苦しい立場に追いやられているという現実があるからです。新聞やテレビなどではほとんど取り上げられないので、あまり知られていないことかも知れませんが、いまインターネット上では尊厳死法制化の是非をめぐる激論が戦わされています。いや、激論が戦わされているという表現は正確ではありませんね、法制化反対の大合唱が（主にリベラル派の知識人を中心に）湧き起こっている、そう言い直しましょう。議論はむしろ一方通行である印象です。実はそのことが、私がいまこのテーマにもう一度向き合っている理由なのです。誰も尊厳死法制化の必要性について「論理的に」語ることをしないなら、自分がそれを引き受けるしかないではないか。——まったく厄介な強迫観念です。

状況を説明しましょう。民主党や自民党などの超党派の議員で構成された「尊厳死法制化を考える議員連盟」が、今年になって具体的な法案を発表したのです。3月に第1案が出された時には、反対派よりも賛成派から強い不満の声が上がったようです（その間の事情を迂闊にも私は見逃していました）。3月に発表された法案は、「終末期における延命措置の不開始」に関する免責条件を定めたものでした。これに対して「日本尊厳死協会」や医療現場から、それでは不十分だという意見が出されたのです。その後さらに検討を重ねた結果、「終末期における延命措置の中止」に関する免責条件を定めた第2案が7月に発表されました。奇妙なことに、この第2案は第1案を包含している訳ではなく、ふたつの法案がそれぞれ別個に国会に上程されようとしているようです。つまり終末期における延命措置の「不開始」と「中止」とが、それぞれ独立した法案として国会の審議を受けるということです。ふつうに考えれば、尊厳死に関する法案はこまぎれに審議すべきようなものではない筈ですから、この法案の提出の仕方には疑問が残ります。いや、それ以前に、そもそも法案を一本化出来なかったという事実が、十分な検討や討議がなされて来なかったことの証拠ではないかと疑われるのです。

これも奇妙なことですが、上程が予定されている法案の原文は、これを検討した議員連盟やこれを後押し

している日本尊厳死協会のホームページでは読むことが出来ません。これに反対を唱えるいくつかの市民団体のホームページで「未定稿」として読めるだけです。広く国民の議論を呼び込まなければならない問題なのに、上程されようとしている法案についても、それが作られた背景についても、何の説明も無い（私が見落としているだけならご指摘ください）。なるべく議論を巻き起こすことなく、こっそり法案を通してしまおうという意図があったのではないかと勘繰ってしまいます。いま国会は、政局絡みの混乱で尊厳死法案どころの話ではない状況です。今回、法案の上程は見送られたものと思いますが、これは幸いなことでした。私たちはもう一度この問題について、原点に立ち返って議論をする時間を稼ぐことが出来たのですから。私が今回の記事で試みようとしていることは、この問題についてほんとうに建設的な議論をするための前提条件や論点を明らかにすることです。自分としての何らかの意見は述べることになるでしょうが、それ以上に重要なのは、医療における尊厳死・安楽死の問題について、この記事を読まれた方に、自分の頭で考えていただくことだと思っています。もちろんご意見、ご感想は喜んで受け付けます。

【1】本質的な議論を阻むもの

上程される筈だった2法案のことは忘れましょう。一読してその条文の粗雑さと内容の不備は明らかだからです（どういう点が不備なのかは、おいおい説明して行くつもりです）。問題は、これに反対する人たちの多くが、今回の法案に対して反対しているのか、それとも尊厳死の法制化ということそれ自体に反対しているのか、無自覚であるように見えることです。尊厳死法制化に対する反対運動は、だいたいいつも決まったスタイルで繰り広げられて来ました。障害者団体や難病の会などに所属する人たちが反対の声を上げ、これにリベラルな立場の学者や思想家といった人たちが「お墨付き」を与えるというものです。「尊厳死法制化を考える議員連盟」が結成されたのが2005年、これに対抗するように「安楽死・尊厳死法制化を阻止する会」という団体が同じ年に発足しています。発起人は、鶴見俊輔さん、立岩真也さんといった人たちです。今回の法案上程に最も強く反対しているのは、この8月に発足したばかりの「尊厳死の法制化を認めない市民の会」という別の団体のようで、こちらは平川克美さんや川口有美子さんが呼びかけ人になり、内田樹さん、高橋源一郎さん、小田嶋隆さんといった人たちが賛同人として名を連ねています。ふだんから私が深く信頼を寄せている「ニッポンの正しいリベラルおじさん」たちですね。が、今回のこの件に関しては、リベラル派の議論は（雄弁ではあるけれども）問題を正しく捉えていないと考えざるを得ないのです。

分かりやすい例だと思うので、「尊厳死の法制化を認めない市民の会」のホームページに掲げられている、呼びかけ人からのメッセージを見てみましょう。平川克美さんの『尊厳死の法制化は、国家による個人の死の収奪である』というタイトルの文章です。平川さんは、「わたしは、いわゆる安楽死、緩和医療、ホスピスなど一般を否定するものではない」と断った上で、次のような力のこもった文章を書きつけます。いくつかの文章を断片的に拾い上げますが、特に引用者に都合のいい部分だけを抜き出した訳ではありません。興味のある方は原文に当たっていただければと思います。

『そのうえで、私は「尊厳死の法制化」には、明確に反対する。その理由は、原理的に言って、ひとの生き方が法律によって拘束されることがないのと同じように、ひとの死もいかなる法律によっても拘束されるべきではないと考えるからである。』

『なぜなら、死とは生き方のひとつであり、そのことに関して社会的コストといった功利的な理由や、医師の免責の理由や、家族の負担といった理由や、あるいは国家の財政的な理由などによってひとの死を法律によって拘束したり、収奪することはできないからである。』

『尊厳死の法制化を主張する人々は、あくまでも個人の自由意志を尊重していることを主張するだろう。しかし、自由意志の尊重としての死の選択は、これをひとたび法制化すれば、もはや自由意志とは程遠いものとならざるを得ない。なぜなら、法制化なるものが「意志の強制」に他ならず、そこでは意志しないという自由は排除されることになるからだ。』

『「尊厳死」も「延命」も選択しないという選択があるのだ。そしてほとんどの場合、ひとは自分の生について確固たる選択ができないように、自分の死に関しても事前にそれを選択することはできない。生も死も、その本源は自然に属しておりひとがそれを加工したり、捻じ曲げたり、やり直したりすることができないものだ。』

『誰が、如何なる権利において、人の死に方の選択を強要することができるというのか。いったい如何なる理由において、尊厳死なるものを法制化しようとするのか。法制化は、個別的であり、同時に普遍的でもある生と死の問題に、現世的で一般的な解決を与えようとするものであり、傲慢かつ性急な発想の所産である。』（引用ここまで）

どうでしょう。たぶん読む人によって感じ方は様々だと思いますが、注意していただきたいことは、この文章がいくら雄弁に高邁な思想を語ったものであるにせよ、こういう抽象的で修辭的な宣言文の前では、一切の議論が封殺されてしまうということです。「死とは生き方のひとつ」であるとはどういう意味でしょうか。「法制化なるものが意志の強制に他ならず」というのは大雑把な断定に過ぎるのではないのでしょうか。「尊厳死も延命も選択しないという選択がある」というのは具体的にどういう状況を指しているのでしょうか。なんだか文章全体を通して〈禅問答〉を押し付けられているような印象を私は受けました。いや、ここにあるのは禅問答ですらないかも知れませんね、何か反論をしようとするれば、「問答無用」と切り捨てられてしまいそうな雰囲気はここには漂っています。尊厳死というような微妙な難しい問題に対して、こういう文体で切り込むのは良くないと私は思う。ここからはどんな建設的な議論も開かれていないからです。

レトリックを駆使したりしないで、率直に語ればいいのです。尊厳死の法制化に反対する人の意見を読んでもみると、要するに言っていることは単純です。医療現場での尊厳死をある一定の条件のもとに認めてしまうと、障害者や高齢者や難病患者といった人たちに対して、自ら尊厳死を選択するよう無言の圧力がかかるようになる、場合によっては尊厳死という美名のもとに医者に殺されてしまう危険性すらあるということです。それは心配のし過ぎではないか…とは言いません。確かにそういう危険性はあると思うし、法制化に向けてはそのことに細心の注意を払わなければならないのは当然です。現に今回上程されようとしていた法案にも、この点に配慮した形跡は見られます。「第十三条 この法律の運用に当たっては、生命を維持するための措置を必要とする障害者等の尊厳を害することのないように留意しなければならない」という条文が法案の最後に追加されているからです。しかし、これだけでは法制化に反対する声を抑え込むことは出来なかったよ

うです。反対派の人たちは、これだけでは不十分だと考えた訳ではありません、たとえ尊厳死を認めるに当たっての例外規定をどれほど盛り込んだとしても、いったん尊厳死が法律で認められてしまえば、あとは「坂道を転げ落ちるように」なしくずしに安易な尊厳死選択が認められるようになってしまうだろう、そういう危機感を多くの人が抱いているのです。過去の歴史を眺めてみれば、そういう例はいくらでもあると思うし、それが杞憂に過ぎないとは誰も言えない筈です。

しかし、それでは逆に、私も率直な言葉で反対派の方たちに聞いてみたいことがあります。尊厳死の法制化を認めないと主張する人たちは、医療現場の安楽死・尊厳死に対して何も法律で規定されていない現在の状況が、最善なものであると考えているのか？ということです。同じ「尊厳死の法制化を認めない市民の会」の呼びかけ人からのメッセージに、中西正司さんという方の文章も掲げられています。こちらは福祉の現場からの声ですが、そのなかに次のような一節があります。先程の平川さんの文章に比べると、とても素直な分かりやすい内容の文章です。

『重度の障害者たちは地域サービスの未整備もあって、家族の介助に依存しなければ生きていけない人たちもいます。その人たちは、家族への遠慮から延命治療を選択しにくい状況にあります。この人たちにとって、この法律ができることは治療を停止して、死を選ばざるをえない状況に追い込むことにならないでしょうか？ 現実にはそのような悲しい選択をした障害者たちを私たちはたくさん見えています。』

であるならば、と私は言います、必要なのは、そのような悲しい選択をさせないように逆に法律で規制することなのではないでしょうか？ 尊厳死の法制化というのは、その言葉の字義どおり取れば、尊厳死をある条件で認める法律でもあり得るし、ある条件では認めない法律でもあり得る訳です。現実には多くの障害者が自ら死を選ばざるを得ない状況に追い込まれているなら（ほんとですか？）、まず何を措いてもその流れを断ち切る方向で制度を見直す必要があるのではないかと。ここが私には反対派の人たちの主張が腑に落ちないところなのです。いまは医療現場での尊厳死・安楽死選択に対しては何も法律で規制がかかっていません。それが認められてもいなければ、禁じられてもいないのです。そんな法的グレーゾーンのなかで、闇に葬られるように多くの人たちが「望まない尊厳死」に追い込まれているのだとすれば、そちらの方がよほど恐ろしいことであるように私には思われます。確かに今回の法案が通れば、この悪い流れが加速されることになるのかも知れません。であるならば、その流れを断ち切るための法案というのも考えられる筈だし、反対派はそれを対案として出すべきだと私は思う。実際に医療や福祉の現場で問題が起こっている以上、これを〈無法状態〉のなかに放置しておくべきではないからです。

尊厳死法制化に反対する立場の人は、尊厳死を認めることは「国家による個人の死の収奪」につながると言います。つまりこの問題を、個人対国家という構図で捉えている訳です。確かに政府が尊厳死法制化を進めようとしている背景には、増大する医療費の削減ということが視野に入っているのかも知れません（そのことは自民党総裁選に出馬した石原伸晃氏の失言からも窺われました。彼は増大する社会保障費をどうするかという質問に対して、唐突に尊厳死というキーワードを出して来たのです！）。しかし、一方でこの問題には、個人対個人という対立の構図で捉えるべき側面もあります。例えば患者対家族、家族対医者といった当事者のあいだには、しばしば尊厳死という選択肢をめぐる切迫した対立関係が生まれます。その対立の背景には、高額な医療費によって家計が破綻してしまうとか、内部告発によって殺人罪で告訴されるかも知

れないといった、きわめて〈現世的な〉利害の問題が横たわっている。尊厳死の問題を、個人対国家の問題と捉えている限り、そうした問題を個別に擲り上げることは難しくなります。議論がどうしても抽象的、理念的な方向に流れて行ってしまうからです。

もちろん多くの人が指摘しているように、尊厳死を法律で認めることよりもまず、介助を必要とする人が尊厳死を選択しなくても済むような制度の確立の方が先だというのはその通りだと思います。それは正論なのですが、現実問題としていままさに尊厳死を選択するか否かという瀬戸際に立たされている当事者にとっては、これは体のいい先送り策でしかないとも言えます。このロジックを使えば、尊厳死の法制化は未来永劫に亘って先送り出来てしまう。というのも、あらゆる場合において患者が24時間の介助を無償で受けられる医療制度などというものは、いまの財政事情からして絶対に実現不可能であることは分かり切ったことだからです。これは原発反対運動などについても言えることですが、実際に政治に働きかけようとしている市民運動が、経済的な裏付けも無いままに、反対のための反対を唱えることはとても無責任なことではないかと思うのです。現実的な前提条件を無視した議論は、どこまで行っても噛み合わずに〈空中戦〉で終わってしまう。国や自治体の財政破綻ということが現実味を帯びて来たいま、この問題は私たちひとりひとりが自分のこととして引き受けなければならない問題になったのだと思います。必要なのは、個人対国家という対立の構図の上で壮大な議論を戦わせることではありません、私たち自身が、与えられた条件のなかで安楽死・尊厳死問題とどう向き合うかを考えることです。法制化というのも、そこを立脚点にして議論すべきテーマである筈です。

【2】 安楽死・尊厳死問題の論点整理

まず最初に論点を整理しておきましょう。安楽死・尊厳死の問題には、さまざまな要素が複雑に絡み合っていて、個々の要素についてバラバラに論じていたのでは、問題の本質を見失うおそれがあると思うからです。大きく分類すると、医療における安楽死・尊厳死の問題は、3つの側面から検討される必要があると考えられます。ひとつは倫理的な側面で、これが今回の議論の中心的なテーマになります。そもそも医療現場での安楽死や尊厳死というものは倫理的に見て許容されるものなのか、許容されるとすればその条件はどういうものか、これがここでの設問です。そのなかではリビングウィルの有効性ということも検討を迫られる問題になりますし、日本尊厳死協会の活動のあり方についても論じる必要があります。今回の尊厳死法案についての批判的考察についても触れない訳にはいかないでしょう。ふたつめは医療技術的な側面で、これは安楽死・尊厳死を実際に遂行する場合の規則や、また安楽死・尊厳死以外の選択肢に関する検討を含みます。またここでは「終末期」や「脳死」といった言葉の定義に関する問題も絡んで来るでしょう。三つめは経済的な側面で、これはいかに限られた財政予算のなかで、持続可能な、私たちが納得出来る医療制度や介護制度を確立して行くかというテーマになります。理想論を掲げるのではなく、妥協点を見出だすことがここでの議論のポイントになるかと思います。また国の財政ということだけではなく、家計における医療費・介護費負担という面からも考察する必要があります。いずれの側面も、時代とともに変化して行く要素を含みますから、法制化を議論するに当たっては、現在の社会通念や医療技術上の制限にとらわれない、本質的な原則を見出だすことが重要だと考えます。

今回はまだ具体的な議論に入るための準備段階なので、これから検討すべき問題と議論の方向性を整理す

るだけに止めておきます（長い連載になる予感がするのですが、実は自分自身でもこれから何を書くことになるのか、まるで分かっていないのです）。まず倫理的な側面に関しては、医療措置としての安楽死や尊厳死というものが許されるべきものなのかという設問に対して、ある条件が整えば許される場合があるし、それどころか医療者にとってそれが義務にさえなる場合もあるという考えを述べ、その根拠を示したいと思います。ここは個人的な見解が色濃く出る部分なので、そのことを明確にした上で問題提起を行ないます（本稿全体を通して、私個人の意見については、それが個人的見解であることを明示することで、この問題をこれから考えようとしている人を混乱させないようにしたいと思います。それは安楽死・尊厳死問題を論じるに当たっての最低限のマナーだと考えています）。次に本人の意思を確認する手段としてのリビングウィルというものについて考察します。現在、世間にはちょっとした尊厳死ブームが巻き起こっているように感じられます。それは言葉を換えて言えば、「リビングウィルブーム」とも言えるもので、それを推進しているのが日本尊厳死協会という団体です。しかし、この団体が普及しようとしているリビングウィルの内容や形式には不備があり、改善の余地があるということを論じます。それでもリビングウィルというものの自体は、使い方次第で有効なツールになり得るし、そこから「死」というものを必要以上にタブー視している現代社会の歪みを是正する道が拓かれるかも知れないということを論じるつもりです。そういった考えが妥当なものかどうか、書きながら検証する意味もあります。

この問題の医療技術的な側面については、おそらく少し大胆な提言をすることになるだろうと思います。基本的な考え方として、私は終末期医療や安楽死の問題については、医療が第一義的に責任を負うべきだと考えています。そもそも医療現場で安楽死や尊厳死が求められるようになった背景には、医学における延命治療の進歩ということがあった訳です。文字通り「自然死」するしかなかった昔の人々は、医療に対して安楽死や尊厳死のニーズなど持たなかった筈です。現代に生きる私たちは、往々にして自らの意思とは関係なく延命治療を強制されてしまう。それが現在の医療のデフォルトだからです。治療には緊急性が求められることが多いことから、それは仕方のないことなのでしょう。ただ、医療の責任で始めたことなら、それを終わらせるところまで医療の責任で行なってもらいたい。最近では緩和医療（ペインクリニック）という方面での研究も進んでいますが、まだまだ救命医療に比べれば十分な水準に達していないように思います（特にメンタル面でのケアに関しては、ほとんど置き忘れているような状態です）。「尊厳死」というものが、死んで行く本人が責任を負うべき死であるなら、「安楽死」というものは医療が責任を負うべき死だとも言えます。いったん治療を始めた以上、医療は最後（最期）まで責任を持って患者のQOL（生活の質）を看るべきだということです。ここで私が想定しているのは、フィジカル、メンタル両面での総合的なペインコントロールといったものです。これは安楽死や尊厳死の法制化ということ以前に、これからの医療が大きな課題として取り組むべきものだと考えます。

最後の経済的な側面については、何か名案を示すことが出来ればいいのですが、とりあえずいまのところノーアイデアです。例えば現在の介護保険の料率を上げて、その一部を終末期医療の充実のために使うというのはどうでしょう？あるいは国の財政が当てに出来ないのなら、民間の保険会社の保険で終末期医療を充実させるというのはどうでしょう？そんなアイデアを出すと、終末期医療にも格差をもたらすものだという反論が返って来そうですね。が、現在の医療には保険適用外の薬や治療法がたくさんあって、すでに経済的な面での医療格差があるのは誰もが知っていることです。医療格差があってはならないと頑なに主張することで、いままさに終末期にある患者やその家族を結果的に苦しめることになっていないか、よく考えて

みる必要があります。私としては、貧しい人にも裕福な人にも、その資力に応じた終末期医療のメニューが用意されるべきだし、それを可能にするための規制緩和や法律の改定が必要ではないかと思っています。また、医療費で家計が破綻するという場合とは逆に、年金受給の権利を留保したいがために延命措置を続けざるを得ないといったケースもあるかも知れません。これも経済的理由で終末期医療が影響を受ける例です。このように家計の都合によって、患者や家族が不本意な選択をせざるを得ないことはあり得るし、それを第三者が咎めることは出来ないと思います。これは倫理的な問題とは切り離して、医療制度、保険制度、年金制度などの制度設計を見直すことによって解消して行くことが望ましい問題です。

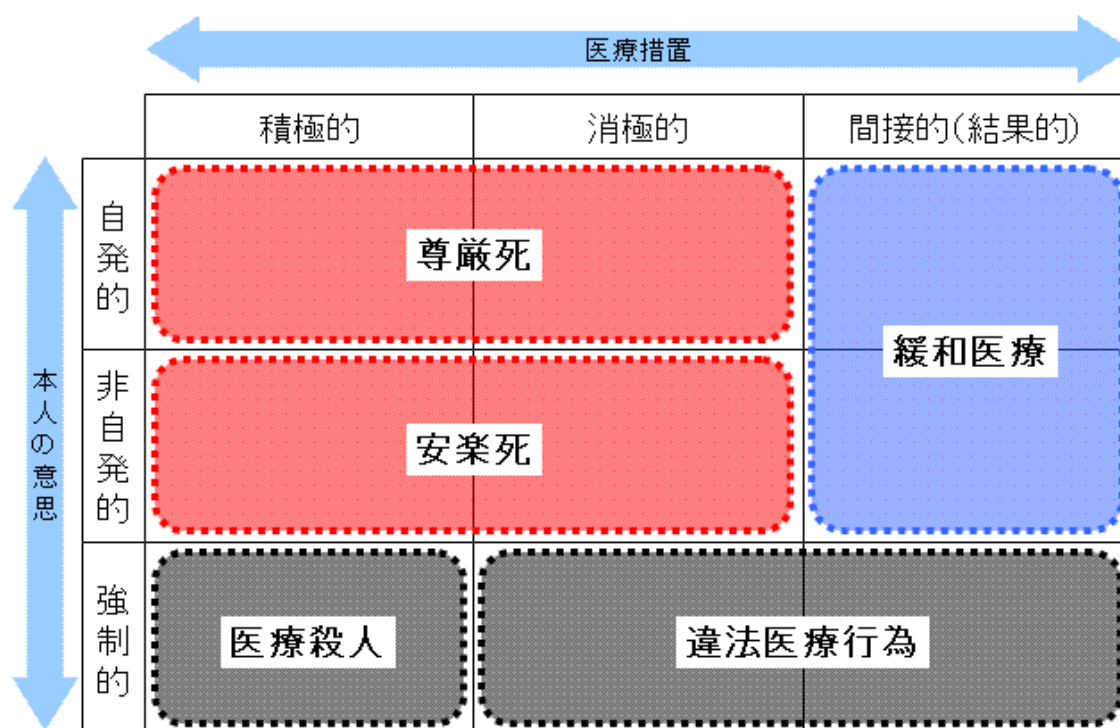
問題点の整理に関連して、用語についても少し説明をしておきましょう。この問題について特別の関心を持っている人でもなければ、尊厳死と安楽死の違いと言ってもピンと来ないかも知れませんが、このふたつは議論のなかで明確に区別して使われるべきものです。医療によってコントロールされる死（これを広義の安楽死と呼ぶことにします）は、ふつうふたつの軸を使って分類されます。ひとつは患者本人の意思による分類で、「自発的」「非自発的」「強制的」という3段階に分けます。自発的というのは、患者本人が明確な意思を持って安楽死を望んでいる場合、非自発的というのは、意識が無かったり明確な判断力を持たなかったりという理由で、安楽死に対する意思表示が出来ない状態にある場合、強制的とは本人が安楽死や死期を早める治療を望んでいない場合を指します。もうひとつの軸は医療措置の種類による分離で、こちらも「積極的」「消極的」「間接的」という3段階に分けます。積極的というのは、致死薬の投与などによって患者を死に至らしめる場合、消極的というのは延命措置を施さなかったり中止することによって患者を（自然に）死なせる場合、間接的というのは鎮痛剤の投与などによって結果的に患者の死期を早めてしまう場合を指します。2軸をそれぞれ3段階に分類することで、医療における広義の安楽死は下の表のように9つの領域に分けられることになります。それぞれの枠に書き込んだのは、安楽死・尊厳死を論ずる場合に問題となる主なキーワードです。議論が暗礁に乗り上げた時など、この表を俯瞰することで論点の整理や再確認が出来るのではないかと思います。

■安楽死の分類とキーワード

	積極的	消極的	間接的(結果的)
自発的	<ul style="list-style-type: none"> ・尊厳死 ・自殺幫助 ・リビングウィル 「死によってこの苦しみを終わりにして欲しい」	<ul style="list-style-type: none"> ・尊厳死 ・延命措置の不開始/中止 ・リビングウィル 「延命装置を着けてまで生かされたくはない」	<ul style="list-style-type: none"> ・ペインクリニック ・ホスピス(終末期医療) ・リビングウィル 「死期を早めてもいいから痛みを取って欲しい」
非自発的	<ul style="list-style-type: none"> ・慈悲殺 ・家族の依頼 ・脳死判定 「これ以上苦しませず楽にさせて欲しい」	<ul style="list-style-type: none"> ・延命措置の不開始/中止 ・家族の同意 ・脳死判定 「意識も無いまま生かされ続けるのは可哀想だ」	<ul style="list-style-type: none"> ・ペインクリニック ・セデーション ・脳死判定 「薬で痛みだけでも取ってやって欲しい」
強制的	<ul style="list-style-type: none"> ・医療殺人 ・優生思想 ・ジェノサイド 「価値無き生は政治判断で終わらせるべきだ」	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中止 ・介護放棄 ・医療事故 「回復の見込みの無い者の延命は無駄だ」	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院 ・薬剤の強制投与 ・過鎮静(薬漬け) 「鎮静のためには薬の大量投与が必要だ」

今回の記事のなかで「尊厳死」という語を使う時は、「自発的積極的」および「自発的消極的」安楽死を指すものとします。「安楽死」という語を使う時は、「非自発的積極的」および「非自発的消極的」安楽死を指すものとします（下の図を参照）。医療における広義の安楽死が問題になるのは、多くはこのふたつの領域に対する合法性の解釈をめぐるものです。これに対して「自発的間接的」および「非自発的間接的」安楽死は、緩和医療として括られるもので、違法性が問題にされることが少ない領域です。一方、下段の3つの領域（強制的安楽死）は、明らかな犯罪であるかまたは違法性の高い領域で、始めから安楽死・尊厳死の議論の対象にはならない部分です。本稿でも、これから論じるのはこの狭義の安楽死と尊厳死に関してで、単に「安楽死」「尊厳死」と表記した時にはこの領域を指すものとします。そこにどのように合法・非合法の境界線を引くかが、これからのメインテーマになります。

■安楽死・尊厳死の位置づけ



医療における安楽死をこのように分類するなら、尊厳死法制化を考える議員連盟が作成した法案が対象としているのは、「自発的消極的」安楽死だけに限定されるものであることが分かります。というよりも、現在日本で法制化ということが具体的に議論されているのは、ほとんどこの部分の安楽死だけに限られるのです。それ以外の領域、例えば患者本人の意思表示が確認出来ない場合の非自発的な安楽死や、また延命措置の不開始と中止以外の医療措置を伴う積極的安楽死というものは、最初から議論の対象から外されています。私はこれがそもそも議論の前提としておかしいのではないかと考えているのですが、そのことはおいおい論じて行くことにして、まずは現在法制化に向けて議論の対象になっている「尊厳死」に問題を絞って考察して行くことにしましょう。

【3】 尊厳死が認められるべき条件とは

尊厳死というのは、患者本人が死を望んでいる（あるいは無意味に延命させられることを拒否している）状況で選択される安楽死のことです。それは医師の手を借りた一種の自殺とも言えるものですから、これを法律によって無制限に認めることが適切でないのは当然です。尊厳死が事件化した場合の過去の判例などから、それが認められるべき条件については、おおむね社会的な合意が形成されているように見受けられます。すなわち、①回復不能な病気で死期が迫っていること、②耐えがたい肉体的苦痛があること、③苦痛除去のための有効な医療手段が無いこと、④本人が明確な意思をもって安楽死を望んでいること、という4つの条件です。一見して常識的で妥当な条件のように思われますが、それぞれ議論を深めるべき要素を含んでいます。ひとつずつ見て行きましょう。

まず回復不能な病気で死期が迫っているという条件（終末期条件と呼びましょう）ですが、これに関してはその判定の基準を問題視する人が多くいます。患者に死期が迫っているか、あるいはその症状が本当に回復不能なものであるか、現代の医学では確実に判定することは出来ないというのです。確かに医者から余命1か月と宣告された人が何年も生き続けたり、植物状態と診断された人が意識を取り戻したりといった例はよく聞きます。しかし、終末期判定の難しさということ以前に、そこにはもっと本質的な問題があると私は見えています。そもそも何故尊厳死を正当化する理由として、死期が近いことが第一に挙げられるのか？ということ。死期が間近に迫った生は、それこそ「価値無き生」と断じられても仕方の無いものなのだろうか？ そんなことはありませんよね。むしろ残された日々が少ないからこそ、生はいつその輝きを放つという場合だってある筈です。「どうせ死ぬんだから」というのは、医者が絶対に口にすべき科白ではありません。それは当たり前のことですが、私たちが安楽死・尊厳死に終末期条件を持ち込みたくなるのは、心のどこかで「どうせ死ぬんだから」と考えているからではないだろうか？ 尊厳死法制化に反対する人たちのなかには、終末期判定の難しさと言う人は多いけれども、終末期というコトバが持つ暴力性や差別性に着目する人は少ないように見えます。これはおかしい話です。「終末期であることは、安楽死・尊厳死を正当化するための条件にはならない」、むしろ私はそう定式化したい気がします。

回復不能というキーワードもくせものです。もしも回復不能というなら、ほとんどすべての障害者はこれに当てはまることになってしまうからです。いや、障害者も健常者もなく、誰もが〈高齢化〉という引き返せない（つまり回復不能な）道を行んで行く訳ですから、それを尊厳死の条件にするのは想像力が不足しているとも考えられます。ここで私たちが往々にして口にしてしまう科白は、「あんなになってまで生きたくない」というものです。このコトバの差別性は誰にも明らかでしょう。問題は、症状が回復不能であるかどうかではありません、その状態が本人にとって耐えられるものであるかどうか、また耐えられないものであるなら、改善する方法はないかということです。医療や介護の世界では、ただ生きているだけでなく、よりよく（良く・善く）生きるということに積極的な意味を見出だそうという動きがあります。それを評価するための指標としてQOL（Quality of Life）といった概念も一般化しています。医療や介護は単に患者を生き長らえさせるためのものではなく、患者のQOL向上を援けるものでなければならない。もしもQOLが数値化可能な指標であるなら、QOLがマイナスである人は生きて行く価値が無いのかというツッコミがあるかも知れませんが、少なくとも回復不能な病気や障害を持ちながら、生き生きとした生活を送っている人はたくさんいる訳で、その人たちのことを思えば「回復不能であること」を安楽死・尊厳死の条件に入れるのはきわめ

て不適切であると言わなければなりません。

次にふたつめの条件である「耐えがたい肉体的苦痛があること」について考えます。これは三つめ条件、「苦痛除去のための有効な医療手段が無いこと」とセットで考えるべきものです。これについては尊厳死法制化に反対する立場の人たちから、示唆に富む指摘がなされています。つまり現代の進歩した医療にかかれば、耐えがたい痛みというものはほとんど存在しないというのです。これは尊厳死の法的認可を思い止まらせる理由として十分説得力のあるものでしょうか？ 確かに最近緩和医療（ペインクリニック）というものが脚光を浴びていますし、様々な鎮痛薬や苦痛を取るための医療技術が開発されているのは事実です。しかし、そのことと、実際に「耐えがたい痛み」が存在する可能性があるということは、理論的に分けて考えるべきです。「死によってしか除去することの出来ない苦痛が存在するなら尊厳死もやむを得ないが、実際にそのようなケースは（ほとんど）存在しない」、こういう言い方なら理屈は通ります。この場合、尊厳死認可のための法律が施行されても、それが適用されることは（ほとんど）ないので、法制化の巻き添えを食って尊厳死を強いられる人のことを心配する必要も無いことになります。いくら緩和医療が進歩しても、それが効かないような新しい病気や症状の発生というものはあり得る訳ですから、それに備えて「緩和不能な激痛がある場合の緊急避難としての尊厳死」については、厳密な条件を付加した上で、法律で定めておくことが適切ではないかと思うのです。

この考え方に納得していただけない方のために、少し極端なケースを考えてみましょう。ある患者が原因不明の痛みによって七転八倒の苦しみのなかにいると想像してください。様々な検査がなされ、あらゆる苦痛除去の手段が講じられたが、一向に効き目がなく、本人は早く死なせて欲しいと訴え続けている。傍で見ているのもつらいと思わせるこのようなケースで、それでも尊厳死を禁止する理由というのがあるのでしょうか？ 現代の医学にかかっては、そんなケースはあり得ないというのは回答になりません。医療の現場においては、原因が特定出来なくても、治療法が分からなくても、患者の痛みだけは現実存在するという場合があるのです。もしかしたら、最近海外で開発されたばかりの新しい鎮痛薬を使えば、効き目があるかも知れない？ しかし、いま手元にその薬は無いし、取り寄せることも出来ません。何故なら日本ではまだこの薬に厚生省の認可が下りていないから。麻酔も効かないので、眠らせることさえ出来ないのです。このまま放っておけば、この患者は、病気によってではなく、痛みによって死んでしまうことになるだろう。さあ、このようなケースを私たちはどのように扱うべきでしょう？ 医者や病院が、現在の法的制限のなかで行なうべきことは決まっています。可能な限りの緩和措置を行なったという実績を残した上で、患者を痛みのなかに放置しておくことです。下手に致死量の鎮痛薬を投与でもしようものなら、殺人罪で告訴される危険性があるからです。こうしてこの患者は、〈合法的に〉激痛によってなぶり殺しにされることになるのです。

私がここで「緊急避難的な尊厳死」というものを事例として持ち出したことには理由があります。緩和医療の進歩によって、肉体的な苦痛に対してはかなり有効な対応が採れるようになりました。しかし、精神的な苦痛に対しては、現在の医療はほとんどなす術を持っていないという認識を私は持っています。もちろん向精神薬や心理療法といったものは存在する訳ですが、それらは鎮痛薬が肉体的な痛みを抑えてくれるように、心の痛みを抑えてくれるものではありません。肉体的な痛みは単なる生理的な現象であるのに対して、精神的な痛みはその人の全人格的な存在そのものにルーツを持ったものです。精神的な苦痛を安楽死要件と

して認めているオランダでは、子供を亡くして深い悲嘆に沈んでいる女性に尊厳死が認められたという例があります。それはもはや医療という領域の問題ではありませんし、そんな理由で尊厳死を認めるのはおかしいという批判があるのも当然のことだと思います。日本の尊厳死事件で、裁判所がわざわざ「耐えがたい肉体的苦痛」という表現を使ったのも、精神的な苦痛は尊厳死の要件にはなり得ない、心の痛みで尊厳死を望むなんてことは一種の甘えだという世間一般の通念に従ったものなのでしょう。しかし、そこにこそ議論を深めなければならないポイントがあるのです。それは、人間は脳の器質的な病気や損傷によるものではなくても、純粹に心因性の要因によっても自我が崩壊してしまうケースがあるという事実注目すべきだということです。

心の痛みと言え、私たちは失恋の痛みだとか大事な人を亡くした時の痛みだとかいうものを想像して、それは確かに大きな苦痛であるには違いないけれども、決して克服出来ないものではないと考えがちです。自分の過去の経験から、そうした痛みは時間が解決してくれるものだと思っているからです。しかし、そうした通常の生活のなかで出会う心の痛みとは別種の精神的苦痛が存在するのです。尊厳死の問題を考える時、私はいつもALS（筋萎縮性側索硬化症）という病気のことを引き合いに出します。全身の筋肉が徐々に麻痺して行き、やがて自分の意思ではまばたきひとつ出来なくなるという恐ろしい病気です。身体はまったく動かさないのに、意識だけははっきりしているというこの状態を「ロックトイン症候群」と呼ぶこともあります。人間はすべての感覚を遮断された状態に置かれると、3日と持たずに発狂してしまうのだそうです（あえて「発狂」というコトバを使います）。ALSでロックトインの状態に近付きつつある患者さんのなかには、病院に対して尊厳死を認めて欲しいという嘆願書を出している人もいます（完全なロックトインの状態になれば、もはやそうした意思表示すら出来なくなります）。ところが、これに対して病院は何も対処することが出来ないのです。何故ならALSという病気は、耐えがたい肉体的苦痛をとまなうものではないし、人工呼吸器を着けている患者には死期が迫っているとも言えないからです。もしも患者の願いを聞き入れて尊厳死に手を貸せば、それを行なった医師は殺人罪に問われる可能性が高い。

ALSという病気とそれにとまなうロックトイン症候群については、昨年でしたか、テレビのドキュメンタリーで取り上げられたこともあるので、ご存じの方も多いと思います。現在、国内には約8千人ものALSの患者さんがいるそうです。決してまれな病気ではないのです（つい最近もこのブログの昔の記事に、ご主人が進行性のALSに罹っているという方からコメントをいただきました）。病気自体はおそらく昔からあったものなのでしょうが、それがロックトインの状態まで延命可能になったのは、人工呼吸器や経管栄養摂取の技術が実用化されて以降のことです。医学の進歩が逆にあだになって、一部の人たちが、かつて無かったような過酷な闘病生活を強いられているのです。想像してみてください、身体を動かすことも出来ず、助けを求める声も出せない状態で、ただただ発狂を待つしかない心のありようを。家族をこの病気で亡くされた方の記録によれば、ロックトインの状態に移行したあと、脈拍の激しい変動や血圧の乱高下といったことがしばらく続いて、それから容態は落ち着くのだそうです。脳波を計ると、まるで眠っている時のようなアルファ波が出ていると言う。でも、それは安らかに眠っている訳ではないし、苦しみを乗り越えて「解脱」してしまった訳でもない。そのように解釈してはいけません。いや、遺された家族にとっては、その解釈でいいとしても、患者の生と死を冷静にモニターすべき医療者が、そこで本当に起こっていることに目をつぶってはいけなと私は考えるのです。

前回の考察で、終末期であることは尊厳死の条件にはなり得ないということを述べました。病気で死期が近付いているということは、その人の生命の価値をいささかも減じるものではないからです。しかし、逆に終末期ではなくても、耐えられないほどの苦痛（肉体的な苦痛または精神的な苦痛）があつて、いかにしてもこれを除去出来ない場合には、緊急避難的に尊厳死が認められる場合もあり得るということを述べました。問題は、この耐えられないほどの苦痛の「耐えられない」という基準を、具体的にどこに設定するかということです。苦痛のあまり「心が壊れて」しまうほどのものであるなら、すなわち、たとえ肉体は生き続けていても、一個の人間としての人格が失われてしまうほどのものであるなら、そこに至る前に尊厳死を選択することは許されるのではないかと私は考えます。これは多くの人に同意してもらえる最低限の条件ではないかと思うのですが、ただ、これに対してもおそらく反論が返って来るのです。「それでは重い認知症や統合失調症などの病気に罹っている人には、生きる資格がないと言うのか？」といったような反論です。実はここに尊厳死に関する議論が紛糾するもとがあります。現在すでに重い認知症に罹ってしまっている人、あるいはすでに安定期に達しているロククトインの患者さんに、第三者の判断で安楽死を強制出来ないのは当然のことです。これもまた多くの人に同意してもらえるところでしょう。そこは社会的合意がすでに出来ていると見ていい。が、それらの場合と、いままさに病気の急性期にあつて、人格崩壊の瀬戸際に立たされている人の場合とは分けて考えるべきだということです。

尊厳死の法制化に何がなんでも反対しようとする人は、重い病気に罹った人や障害を持った人の人権を一般化して擁護するあまり、個々の患者のいまここにある苦しみから目をそむけているのではないかという気がします。法制化によって弱い立場にある人が尊厳死を強いられる可能性があるというのが彼らの主張ですが、それではその可能性を排除するために、本当に尊厳死を必要としている人たちが犠牲にされてもよいものだろうか？ 「本当に尊厳死を必要としている人たち」——法制化に反対する人たちには、そもそもこういう言い方が気に食わないのでしょうか。しかし、この世には「死よりもっと恐ろしい破滅」というものが確かに存在するのです。尊厳死など要らないという人には、人間というものがどれほどまでに苦しむことの出来る動物であるか、そのことに対する想像力が足りないと思う。前回、ALSという病気の例を持ち出しましたが、ALSの患者さんのなかにも尊厳死を求めている人もいれば、法制化に反対している人もいます。つまり、これは一般化しては語れない問題だということです。誰もが同じ状況に置かれれば、尊厳死が必要になるというものでない。法制化に反対する人たちが本当に戦うべき相手は、医療費削減のために尊厳死を推進しようとする政治家や評論家であつて、尊厳死を強制されたくない人と尊厳死を選択せざる得ない人とが、身内争いのような論争をするのは無益なことではありません。私たちは、尊厳死というものの政治的利用に対しては厳しく目を光らせる一方で、尊厳死に対する「個人的ニーズ」に対してはもっと寛容になってもいいのではないかと思うのです。

【4】尊厳死要件としての自己意思について

ここまでの議論をまとめましょう。尊厳死が認められるべき条件として、本質的なものはふたつあります。ひとつはこれまで述べて来たような、患者の症状の切迫性や苦痛を除去することの困難さといった、医療者の専門的な判断が求められる領域での条件です。尊厳死が時に事件化してしまう背景には、医師によって終末期判定や苦痛除去の可否についての見解がばらつくという事情があるのだと思います。いくら法律に「二人以上の医師による判定があること」といった条文が織り込まれていたとしても、藪医者ふたりに脳死判定

をされたのではたまらない。いや、脳死についてなら、すでにある程度明確で客観的な判定基準が設けられているのかも知れません。しかし、尊厳死を容認することの出来る患者の状態といったことになると、どこにも明文化された基準など存在しない。もしも尊厳死法制化を進めたいなら、その前提としてこの基準作りは絶対に必要なものだと考えます。少なくとも「終末期で耐えがたい肉体的苦痛があること」などという曖昧で恣意的な判断が入り込む余地のある条件ではだめで、具体的な病名や症状の程度、緩和医療の効果に関する基準といったものを盛り込む必要があります。もちろん法律の条文にそれを詳しく記載する訳にはいきませんから、法律とは別にガイドラインといった位置付けのものが策定されることになるのでしょう。尊厳死容認基準の設定は、有識者や医療関係者に任せるのではなく、広く国民的な議論を経て行なわれるべきです。ちなみに私の個人的な考えを言うなら、ある程度以上進行したロックトイン症候群は尊厳死要件として認めるべきだと思う一方、認知症に関しては程度の軽重にかかわらず尊厳死要件にはならないだろうと思っています。

そしてもうひとつ、尊厳死が認められる基本的な条件として挙げられるのは、患者本人が尊厳死を望んでいるかどうかということです。これは社会的に認知された尊厳死の4つの条件のうち最後のものでもあります。と言うより、そもそも「尊厳死」というコトバの定義のなかに本人意思というものが含まれていたのだしたね。しかし、この点についても簡単には議論をやり過ぎせない問題があって、ここでも法制化に反対する人たちの主張に耳を傾ける必要があります。彼らの主張によれば、もしも尊厳死を法律で認めてしまうと、本当はそれを望んでいない人たちが、周囲からの無言の圧力にさらされて、尊厳死を受け入れることに（半ば強制的に）同意署名させられてしまう危険性があるということです。これはその通りかも知れません。そういった事態が発生することは十分予想出来ます。ただそれは制度設計上の問題に過ぎないのではないかと考えられます。つまり、尊厳死に関する本人意思を確認する手段が厳密に規定されておらず、曖昧なやり方で運用されているために、そうした危険性が生じるのではないかとということです。この問題を考えるためには、今回提出されようとしていた尊厳死法案でも採用されていた「リビングウィル」というものに触れない訳にはいきません。リビングウィルというのは、事故や病気で回復不能な症状になり、自ら意思表示も出来ない状態に陥った時に、いたずらな延命措置を拒否するという、いわば死に方に対する遺言状のようなものです。尊厳死を法律で認めている国では、リビングウィルの法的効力というものも認めています。すなわちリビングウィルは一種の法的文書であるということです。

12万人の会員を擁する日本尊厳死協会では、リビングウィルの標準的な書式を定めて、その登録を受け付けています。（12万人の会員がいるということは、それだけの人がこの協会にリビングウィルを登録しているということです。ちなみに登録を維持するための年会費は3千円です。）この会に入会してリビングウィルを登録しておくことにどのようなメリットがあるのか、私にはよく分かりません。本来、国内で尊厳死に関する法制化がまだされていない状況で、リビングウィルの登録会員だけが増加しているというのはおかしい話だと思います。日本尊厳死協会のリビングウィルというのは、決まった定型の文章がすでにあって、それに署名して郵送すれば登録完了という簡便なものです。そこには終末期医療に対する3つの要望事項が書かれています。①死期が迫った状態での延命措置の拒否、②苦痛を和らげる処置の最大限の実施、③持続的な植物状態に陥った時の生命維持措置の中止、という3つです。つまり12万人が全員この同じ文面でリビングウィルを登録している訳です。そこには尊厳死を求める人の個別の事情や要望が入り込む余地はまったくありません。私の考えでは、尊厳死というものは、法律によってその条件が厳密かつ詳細に規定されてい

る前提で、さらに本人の意思によってその条件の範囲内で要望された場合に限って認められるべきものです。そもそもリビングウィルというのは、終末期医療に対する患者の「遺言状」なのですから、すべて同じ文面というのはあり得ないことではないでしょうか。もしも私が医者だったとしたら、そんなものを託されても途方に暮れてしまうような気がします。

日本尊厳死協会のこのような活動が、尊厳死に関する議論や思索の深化を妨げている面もあると思います。あまりに手軽で簡便に過ぎるのです。私たちが遺言状を書く時、来るべき自分の死について、遺される者たちのことについて、真剣に考え、さまざまな想いを馳せるでしょう。すらすらと遺言の文章が書ける人はいない筈です。日本尊厳死協会のリビングウィルは、それを登録する人の真摯な想いを託せるようなものでは決してありません、そこにこめられたメッセージは要するに「死ぬ前に長く苦しみを味わうのはごめんだ」というそれだけのことです。そんなことはわざわざ書き遺しておかなくても、誰もが思っている当たり前のことに過ぎません。一応、文面の最後に「一切の責任は私自身にあることを附記いたします」という一文が添えられてはいますが、それだって最後は司法が決めることであって、無内容、無責任な言明でしかない。このことは別に日本尊厳死協会だけの問題ではありません。今回上程されようとしていた尊厳死法案では、尊厳死に対する本人意思を、運転免許証などに記載しておくということが規定されていました。名刺サイズの運転免許証にいったい何を記載するのでしょうか？ あなたは終末期に可能な限りの延命措置を望みますか、それとも尊厳死を望みますか？と訊かれれば、大抵の人は尊厳死を望むと答えるでしょう。そんなものは本人意思と呼べるものではない。尊厳死に対する私たちの意思は○か×かで答えられるものではないし、また答えていいものでもないのです。

いや、こんな批判ばかりしていても仕方ありませんね。それではどのような形のリビングウィルであれば、尊厳死に向けた意思表示のためのツールとして有効であるのか、その点について考えてみたいと思います。具体的な例を挙げましょう。ALSのような神経難病によるロックトインについては、尊厳死の要件として認められるのではないかと私は考えています。回復の見込みの無いロックトインの状態で、どこまで症状が進行すれば尊厳死が認められるのか、それは法律で厳密に規定されるべきことです。例えば「自らの意思で四肢が全く動かせなくなった状態」が尊厳死の最低限の条件であると規定されたとしましょう（それが妥当であるかどうかはここでは問わないでください）。これに対して、ある患者さんが「いや、私はそこまで耐えられない、自分の意思で寝返りが打てなくなったら尊厳死をさせて欲しい」と訴えたとしても、それは認められないのです。逆に「たとえ四肢の動きが止まっても、眼球や頬の動きでコミュニケーションがとれる限り尊厳死は必要ない。一切の意思表示が出来なくなった時点で尊厳死をさせて欲しい」というのであれば、これは法律に抵触しないのでセーフです。あまりいい例ではないかも知れませんが、イメージとしてはまあそんな感じです。尊厳死が求められると想定されるあらゆる病気・症状について、法律（ガイドライン）による規定がなされるので、私たちはそれを参照しながら自分にふさわしいリビングウィルを作成すればいいのです（もちろん「いかなる場合にも尊厳死は必要ない」というのも立派なリビングウィルですし、あえてリビングウィルを書かずに医者任せという選択だって尊重すべきだと思います）。進行性の病気だけでなく、不慮の事故などによる遷延性意識障害（いわゆる植物状態）についても、その程度や持続期間などによって尊厳死要件が規定されます。文書としてのリビングウィルが効力を発揮するのは、むしろこちらの場合でしょう。

要するに法制化推進派の人たちが考えている尊厳死というものは、具体性に欠けた情緒的なものに過ぎないということです。それは現代の医療に対する一種の異議申し立てと見ることも出来ます。私たちは、死期が近付くと、病院のベッドの上でたくさんのチューブにつながれて、本人の意思などおかまいなしに可能な限り延命させられると考えている。そうした医療のあり方に対して漠然とした不安と不満を持っている訳です。これが世間一般の気分となって、尊厳死法制化を急がせたり、日本尊厳死協会の会員を増やすことを後押ししている。しかし、これは健全なことではないと思います。私たちは、進歩した現代の医療をおおむね好ましいものとしてふだんから受け入れているのです。終末期医療が、必要以上に延命治療に傾いているとするならば、そこは患者と医者が話し合って改善して行けばいいだけのことです。ただし、そのためにはそれを可能とする法整備が必要だということなのです。国内で尊厳死事件が起こると、刑事告発を受けている医師に対して世間から同情や無罪嘆願の声が集まります。この世論は健全なものだと私は思います。一般的に尊厳死事件に関わってしまった医師は、決して冷酷な性格の持ち主ではなく、むしろ患者のことを親身になって考えてくれる情の深いお医者さんであると私たちは知っているからです（むろんそうではない場合もあるかも知れませんが）。真に尊厳ある死というものは、医療との対立のなかでつかみ取るものではなくて、医療に対する信頼のなかから生み出されるものでなくてはならない。尊厳死法制化を推し進めようとしている人も、これに反対する人も、現代の医療に対して敵意とまでは言わないまでも、ある種の不信感を抱いている点では同じです。だとすれば、そこから建設的な議論が始まらないのは、むしろ当然なことなのではないでしょうか。

尊厳死における自己決定とリビングウィルの問題について書いて来ました。ここまでで、尊厳死について自分が考えていることはあらまし説明出来たのではないかと思います。何かまだ言い残したことがあるような気がしてなりません。それは何かと言うと、尊厳死というコトバの定義と言うか、そもそも尊厳死の「尊厳」というものが何を指しているのかということについて、世間一般の認識と私の理解とのあいだに乖離があるような気がして来たのです。もしかしたら、尊厳死をめぐる意見の対立は、そんな単純なことに端を発しているのかも知れない。今回から「非自発的な安楽死」にテーマを移そうと思っていたのですが、もう一度だけ尊厳死について蛇足を書き足しておきます。たぶん今回の文章は、これまで以上に筆者の個人的見解が色濃く出たものになると思います。

【5】尊厳死の「尊厳」はどこにあるのか？

尊厳死法制化に反対する人たちは、そもそも「尊厳死」という言葉そのものが気に食わないのではないかなという気がします。それは要するに、実質的には単なる医療行為の中止であったり、あるいは医師による自殺幫助であったりするものを、人間の尊厳だとか自己責任といった美辞麗句で飾ったものに過ぎないと考えているのです。「尊厳死の法制化を認めない市民の会」の賛同人にも名を連ねている小田嶋隆さんが、インターネット上の人気エッセイで尊厳死の問題を取り上げています。そのなかにこんな文章がありました、「尊厳は、生を描写する言葉であって、死と組み合わせて良い言葉ではない」。ひとつの箴言として見れば、なかなかよく出来た構文だと思います。しかし、これは使い方を誤ればとても残酷で差別的にもなり得る言葉です。（だってこの言葉をいままさに死と向き合っている患者さんの前で口に出来ますか？）ここで私はもうひとつの切実な言葉を思い出します。ロックトインの状態のなかで尊厳死を求めているALS患者の方が言った言葉です。「私が死を願っているのは病気に敗北したからではない、それは栄光ある撤退なのだ」。

テレビのドキュメンタリー番組のなかでこれを聞いた時、私は胸を衝かれる思いがしました。その時に自分のなかで尊厳死に対する考え方が定まったと言ってもいい。私たちは人生のなかで、どうしても前には進めず撤退を余儀なくされる局面に出会うことがあります。再び前進するために迂回するというのではなく、撤退のための撤退をせざるを得ないことだってある訳です。そのことを誰も責めることは出来ない。究極のところ、人生には最後に訪れる「死」というもの以外の退路は用意されていないのです。せめてそれを栄光ある撤退として歩みたいという人の願いを、いったい誰が否定出来るのか？

尊厳死を否定することは、人間にとってぎりぎりのこの退路を断つことに他ならない、そんな気がしています。人間というのは弱いものです。「尊厳」というコトバで糊塗しなければ、安楽死を受け入れることも出来ないほど弱いものだということです。尊厳死を認めないという思想は、このような本質的な人間の弱さを認めない「強い人間観」から発しているのではないかと思います。法制化反対派の人たちは、そのことに対して無自覚過ぎるのではないだろうか？ もちろん難病を患っている患者さんのなかにも、または重い障害を持っている人のなかにも、最後までそれと立ち向かえる強い心を持った人たちがいます。彼らが尊厳死などというものを笑い飛ばすのは痛快なことだし、勇気づけられることでもあります。が、それを一般法則にしないでいただきたいのです。法制化に最も強く反対しているのは、難病患者の家族の会だったり、障害を持つ子供の親の会だったりします。患者本人、障害者本人の直接の主張ではないという点に注意してください。もちろん愛する人を守ろうとする彼らの誠意を疑うことは出来ないし、私はそれを家族のエゴだなどと言うつもりもありません。ただ、尊厳死という選択をめぐっては、しばしば患者本人と家族のあいだにも鋭い対立関係が生まれてしまうのです。「早く死んで楽になりたい」、「そんな弱音を吐かないで」、この短い会話のなかに、死というものが誰とも共有出来ない、たったひとりのものであるという冷厳たる事実が現れている。そこには主義主張の対立などありません、ぎりぎりの選択を迫られた人間の苦悶があるだけです。そして私が言いたいことは、最後の最後に尊厳死という選択をする主体は、それを看取る家族ではなく、死んで行く本人以外にはあり得ないだろうということです。

「尊厳死そのものが問題なのではない、尊厳死を選択せざるを得ないような社会や制度のあり方が問題なのだ」、こういうロジックを振りかざして政治的な発言をする人もいます。しかし、これも無責任な言葉だと思います。人が尊厳死を求める理由はさまざまです。必ずしも耐えがたい苦痛ということだけが理由であるとは限りません。このまま入院生活を続ければ家計が破綻してしまう、自宅治療に切り替えれば家族に過大な負担がかかることになる、そうした理由から尊厳死を望んでいる人もいます。そんな動機で尊厳死を望むのは不純なことだ、などとは誰にも言えない筈です。遺された家族を思いやるその心は、十分尊厳の名に値するものだと思えます。（誤解しないでください、だからと言ってそうした場合にも尊厳死を認めるべきだということではありません。経済的な理由による尊厳死の是非という問題については、あとでまた考察する予定です。） 個々のケースで尊厳死を認めるかどうかということと、医療制度や福祉制度に改善の余地があるということとは、問題を分けて考えるべきなのです。尊厳死を選択した人のことを、「あれは尊厳死などではない、国家に殺されたのだ」なんて言う人もいますが、こういう言い方をどう思いますか？ 私ははっきり言って「余計なお世話だ」と思います。尊厳死を法律で認めると、弱い立場の人に尊厳死を強制する圧力がかかるというロジックで攻めて来る人は、そういうロジックそのものが別の弱い立場の人を追い詰めているという事実には自覚的であって欲しい。問題は法制化の是非ということではありません。法制化は間違いなく必要なのだが、その法制化の中身をどうするかということが問題なのです。

話が堂々めぐりをしていますか？ しているかも知れませんね。私は今回の連載で、単純に尊厳死法制化の必要性を説きたい訳ではありません。尊厳死法制化をめぐるのは、これに賛成する人たちと反対する人たちのあいだで鋭い議論の応酬がある、そんなことはウソです。いろいろな人の意見を読んでも、実は有効な議論はまだ始まってさえいないことに気付かざるを得ないのです。そのことを指摘するのが、今回の記事の目的と言ってもいい。――さて、有効な議論の端緒を探るという意味でも、「尊厳死の尊厳はどこにあるのか？」という問題についてもう少し考えてみます。今度は主に尊厳死推進派の人たちに考えていただきたいポイントです。あらかじめリビングウィルを書いておこうという人のなかには、自分の精神が健全な状態ではなくなってしまうたら、それ以上生き続けたくはないと考えている人も多いと思います。要するに、重い認知症になってまで長生きをしたくないということです。そのことで現在の自分の尊厳が傷つくと考えている訳です。この考え方はどうでしょう、賛同出来るものでしょうか？ たぶん人によって考え方は違うと思いますが、これについては簡単な思考実験を試みれば、ほとんどの人が承認せざるを得ないと思われる答えがあります。ある人が、自分が誰かも分からないような状態に陥ったら、尊厳死をさせて欲しいと書き残して、その予想どおりに重篤な認知症に罹ってしまった。いつも不機嫌で世話を焼かせる患者ではあるけれども、食欲もあるし肉体的には健康なのです。そんな人を尊厳死させるという選択肢があると思いますか？（もちろん積極的安楽死ということになります。）最近都知事を辞職した石原慎太郎さんのような人ならいざ知らず、ふつうの常識を持った人なら、認知症を尊厳死要件に組み入れることには心理的な抵抗がある筈です。

つまり尊厳死の「尊厳」というのは、世間一般でふつうに言う個人の尊厳とは違う意味だということです。たとえ認知症になってしまったとしても、それでその人の人生に汚点がつく訳ではない。だって認知症というのは誰にも起こり得るありふれた病気なのですから。元気だったころの本人が、いまの自分を見たとしたら、こんな状態になってまで生き続けたくはなかったと言うかも知れません。しかし、そんな自尊心は取るに足りないちっぽけなものだと言いましょ。私たちは、元気だった頃のあなたも、認知症になってしまった現在のあなたも、同じあなたであると信じている。（私が考える人間というものの定義のひとつは、「自己同一性を信じる動物」というものです。）昔のあなたを知っている私たちが、どうして病気のあなたを殺すことが出来るだろう。私は「尊厳死」というネーミングは悪くないと思っています。しかし、それは字義どおり尊厳を保ったままの死という意味に捉えてはいけません。むしろ栄光ある撤退としての死を選ばざるを得ない人に、周囲の人が贈る称号のようなものだと考えた方がいい。人はコトバひとつで安らかに死んで行くこともあるし、逆に恐ろしい苦悶のなかに死んで行くこともあります。安易な方向で尊厳死の法制化が進められることには私も反対ですが、尊厳死というコトバまで抹殺して欲しくはないのです。最近では尊厳死というコトバを嫌ってか、自尊死だとか平穏死なんていう言い方をする人もいます。コトバは何でも構わないのです。死というものが忌み嫌われている現代の風潮のなかで、死んで行く人に賤（はなむけ）出来る言葉や風習があまりに乏しいことの方が問題です。尊厳死に対するいささかヒステリックとも思える人権派の拒絶反応は、死というものをタブー化し過ぎているいまの時代に特有の偏見に過ぎない、そこまで言ったら言い過ぎでしょうか？

もしもここまでお付き合いいただいている読者の方がいたとしたら（その望みは薄いですが）、私が単純な尊厳死法制化賛成派でも反対派でもないことは分かっていただけではないかと思います。ここまでの

考察をまとめてみると、たとえ法制化によって尊厳死を認めるとしても、その範囲は相当狭いものになると結論出来ます。私の考えでは、尊厳死の条件として認められるものは次の3つしかありません。①甚だしい肉体的苦痛があり、安楽死以外にそれを除去する手立てが無い場合、②甚だしい精神的苦痛があり、放っておけば自我が崩壊してしまう危険性がある場合、③一定期間以上のあいだ植物状態が続いており、回復の見込みが無いことが確実である場合。いずれも本人の事前または直前の意思表示によって、尊厳死を望んでいることが明確である場合に限り、尊厳死が許可される（それを実行した者が罪に問われない）ということです。それがはっきりと法律に明記されれば、今回の尊厳死法案に反対している人たちにとっても、逆に「法に守られる」という安心感が得られるのではないのでしょうか？ 実を言えば、以上の3条件は、尊厳死のための条件であるというよりも、非自発的な安楽死も含めた、医療における安楽死全般に当てはめられる条件ではないかとも考えられるのですが、そのことはまた次回以降に考察したいと思います。

【6】積極的安楽死と消極的安楽死について

ここまでの連載を読み返してみて、ある重要な問題に関する考察がぼっかり抜け落ちていることに気付きました。それは尊厳死・安楽死に対して法的認可を与えとした場合、その対象は消極的安楽死に限られるのか、積極的安楽死をも含むのかという問題です。おさらいをしますと、消極的安楽死というのは延命措置の中止または不開始によって患者を自然死させること、積極的安楽死というのは致死薬の投与によって患者を死に至らしめることを指します。非自発的な安楽死に関する考察に移る前に、こちらの問題を片付けておかないと、無用な誤解を与えてしまうことになるかも知れない。一般的には、安楽死と言えば消極的安楽死のことを指すのであって、積極的安楽死などというものはそもそも議論の対象にもならないというのが常識だろうと思います。しかし、実は私はこの点に関して世間の常識とはまったく違う考えを持っているのです。

消極的安楽死はぎりぎりセーフだとしても、積極的安楽死は完全にアウトである、私たちがそう考える理由は何でしょう？ おそらくそこには「自然死」というものに対する我々の先入観が与っているのではないかと思います。人工呼吸器や胃瘻によって生命をつないでいる人は、医療のサポートによって人工的に延命させてもらっているのです。それらの延命装置を外せば「自然死」するだろう。自然死というからには、それは自然の摂理にかなったことであって、致死薬の投与による「殺人」とは一線を画するものであるに違いない。そういう漠然とした印象を私たちは持っている訳です。しかし、ここで考えてみてください、尊厳死を望んでいる患者さんから人工呼吸器を外して、自然死に導くことが果たして人道的なことであるかどうか。自力呼吸の出来ない人が、人工呼吸器を外されれば、きっと呼吸困難で自然死するのだろうと思います。自分が患者の立場になったつもりで想像してみると、それはとても苦しい死に方のように思えます。むしろ自分の個人的な希望を言えば、人工呼吸器で酸素をたっぷり吸わせてもらいながら、眠るように静かに意識を奪う安楽死薬で死に導いてもらいたい。ところが、それは望んでも叶えられない贅沢なのです。何故なら、それをしてしまうと医師が殺人罪に問われてしまうから。だから患者にとっては辛いことだと分かっている、延命装置のスイッチを切るという形での安楽死（いや、安楽死とは呼べませんね）しか選択出来ないというバカげた事態になるのです。それは患者のためというより、医療者や家族の安全のための選択肢である訳です。安楽死というよりも、「安全死」とでも呼んだ方がふさわしいようなものです。

私は過激なことを書いているのでしょうか？ そんなことはないと思います。医療や福祉の現場ではQOLを

重視するというのが最近のトレンドのようです。それに対してここで私が主張していることはQOD (Quality of Death) の重視ということに他なりません。QODなんてコトバがあるのかどうか分かりませんが（無ければ私が発案者です）、これはこれからの高齢化社会で間違いなく重要なキーワードとなって行くべきものではないかと思います。これが真剣に検討されるようになれば、もはや消極的安楽死と積極的安楽死のあいだの垣根など取っ払われてしまう。繰り返しますが、医療における安楽死が時として社会的問題を引き起こすのは、それが法的および医療技術的に厳密に管理されておらず、現場の主観的判断に任されているからです（私はそれを無法状態と呼びます）。日本では安楽死問題で起訴された医師は、有罪になるとしても執行猶予付きの殺人罪を言い渡されるだけです。何故そんな判決でお茶を濁してしまうのか？ 殺人罪なんだから実刑にすればいいじゃないですか。司法も確固たる判断を下せなくて、及び腰になっているだけのことなのです。それもこれも然るべき法制化がなされていないからというのがその理由です。——誰も言わないので私が言ってしまうでしょう。人間というものは非常に苦しみやすく、また壊れやすいものだから、安楽死が必要となったら、遅疑なく速やかにこれを実行しなければならないのです。つまり患者のQODにまで配慮するなら、積極的安楽死の手法も活用して行かなくてはならないということです。法制化に当たっては、使用出来る安楽死薬の種類やその使い方、使用条件なども厳密に規定しておく必要があるというのが私の意見です。

まとめれば、尊厳死や安楽死を実施するための条件は、法律によって厳しく制限されるけれども、実施するとなったら患者のQODを最大限に考慮しながら、その時に採用出来る最良の方法で実施する義務が医療者にはあるということです。それは健康の回復を目的としたふつうの医療の場合とまったく同じです。従ってそこではインフォームド・コンセントということも求められるでしょう。もしもQODの概念が一般にも普及して、医療サービスのひとつとしての安楽死ということが世間で認知されるようになれば、患者自らが「死に方のレシピ」を選択出来る日が来るかも知れません（早くそういう日が来て欲しいものです）。日本尊厳死協会にリビングウィルを登録している人は、単に苦しまずに死にたいと考えているだけかも知れませんが、安楽死にだっていろいろな種類がある筈です。あなたは自分が死ぬ日時を自分で決めたいですか、それとも信頼する医者に決めてもらいたいのですか？ 死ぬ瞬間はいきなり幕が下りるように意識が途切れる方がいいですか、それとも（自分が死んで行くことを感じ取りながら）徐々に意識が失われるような仕方の方がいいですか？ 死ぬ間際に美しい夢を見ることが出来るよう、幻覚剤を併用するというオプションもありますがいかが致しましょう？（但し、それが悪夢にならないという保証はありませんが…）——別にブラックジョークを言っているつもりはありません、医療における安楽死というものを具体的に考えて行けば、そういう問題にだって逢着するだろうと言っているだけです。安楽死問題をそのような視点から考えたことがないという人には、何がそういう発想を拒んでいるのかを考えてみて欲しいのです。

現代社会というのは、どれだけ人が死にくい社会なのだろうと考えることがよくあります。最期は自宅で息を引き取りたいと言う人は多いですが、その希望が叶えられることはまれです。だいたいマンション住まいでは、自宅で死んでも棺桶がエレベーターに入らない、そんなアイロニカルな指摘をする人もいます。病院のベッドで死んだ人は、他の患者さんに気付かれないようにすばやく地下の霊安室に運ばれて、「退院」する時も人目につかない裏口からになります。葬儀社のクルマ（霊柩車ではなく、ふつうのワゴン車）に乗せられて、行き着く先は自宅ではなく斎場です。昔は野辺送りといった風習もあったものですが、その間誰にも見送られることすらないのです。とにかく、死というものが徹底的に隠されているのが現代という時代

です。だから「死に方のロールモデル」というものもどこにも存在しないし、死を間近にした人は、まるで前人未到の荒野を歩いて行かなければならないような孤独感に襲われることになるのです。私は尊厳死問題を、死をタブー視する社会における死の文化の復権という文脈で捉えたいと思っています。それは決して悲観的なことでも、後ろ向きなことでもありません。医療の援けも借りながら、最期は自分の望んだ安らかな死が約束されているとすれば、病気にだってどれほど立ち向かいやすくなることだろう。この国では毎年3万人もの自殺者が出ます。その半数は健康問題を苦にしての自殺だそうです。もしも尊厳死というものが法的に認可され、社会的にも認知されて、それが私たちの死生観に組み込まれる日が来れば、病気を苦にして自殺する人も相当減るのではないのでしょうか？

【7】終末期医療とドクターストップ

これでようやく非自発的な安楽死についての考察に移れます。本人の意思が確認出来ない状況でも、安楽死が認められる場合はあるのか、あるとすればそれにはどのような条件が付くのかという問題です。不慮の事故などで回復不能な植物状態になってしまったケースなどが思い浮かびますが、知的障害がある人や子供が患者だった場合というのもあります。尊厳死法制化を考える議員連盟が提出した法案でも、尊厳死が認められるのは15歳以上の年齢の者に限られるという規定がありました。要するに、尊厳死というものは、ある程度以上の知的能力を有する者の特権だと言っているのです。もしもこの法案がそのままの形で国会を通ったら、医療現場ではどういったことが起こるでしょう？ 小児病棟に入院しているふたりの子供がいて、同じように終末期の苦しみに喘いでいるとします。ふたりともあまりの苦痛に死なせて欲しいと訴えています。医者から見て、回復の望みは無いし、鎮痛も不可能だし、尊厳死の要件は満たしているように思える。ところが、ひとりには尊厳死を認めることが出来ても、もうひとりには認められないのです。何故ならひとりには15歳だけれども、ひとりはまだ14歳だから。こんな単純な思考実験をするだけでも、今回の法案を作成した議員や有識者たちが、実は何も深い考察をしていなかったことが分かります。

以前、やはり尊厳死と安楽死の問題を取り上げた記事で、私はこんな意味のことを書きました、「もしも尊厳死が人間の問題であるとすれば、安楽死は神様の領域の問題である」と。尊厳死というのは、実は倫理的な合意がしやすい問題だと言えます。そこでは自己責任原理というものが適用出来るからです。一方、自分の意思で死の選択を行なえない人に安楽死を「処方」するなんていうことは、人間の倫理的判断を超えたことであるに違いない、それが当時の私の考えでした。が、今回の考察では、この難問に立ち向かえる足場をすでに私たちは築いています。尊厳死を認める条件として、私は次の3つを挙げました、①耐えがたい肉体的苦痛、②耐えがたい精神的苦痛、③回復不能な遷延性意識障害の3つです。要するに、緊急避難的に安楽死が必要とされる場合か、あるいは継続的な植物状態である場合にのみ医療措置としての安楽死が認められるということです。これは本人意思が確認出来ない場合にも安楽死要件として適用出来るものではないかというのが、今回の私の仮説です。この仮説を証明するやり方も、いつもの私のやり方と同じです。すなわち、どうしても緩和出来ない苦しみにのた打ち回っている人を前にして、本人が尊厳死の意思表示が出来ないからと言って、それを放置することが出来るだろうかと自分の胸に問うてみるのです。尊厳死以外の安楽死は絶対に認めないという法律が出来たとしたら、それがバランスを欠いたものであることは、誰もが合意せざるを得ないのではないのでしょうか？

この場合、医療者にとっては、安楽死はひとつの選択肢としてではなく、むしろ選択しなければならない義務として現れて来ることになります。これは重要なことですが、医療現場において尊厳死や安楽死を法制化するというこの意味は、ある条件の下では安楽死を実行しても医師が罪に問われないというだけのことでありません。ある条件の下では安楽死を実行しないことで医師が罪に問われることもあり得るということです。それは患者に対する適切な治療を怠ったことで、医師が罪に問われる場合があるのと同じです。いまはまだ、尊厳死や安楽死を患者の権利として認めるかどうかを議論している段階なので、医師の義務という観点は見逃されがちですが、法制化を実現するに当たっては、医師の免責に関する条項だけでなく、義務違反に関する条項も定めておく必要があるということです。（今回提出されようとしている尊厳死法案でも、そんなことはまったく考慮されていませんが。）おそらく尊厳死の法制化に賛成している人のなかにも、議論がそこまで現実的になって来ると、ついて行けないと感じる人が多いのではないかと思います。尊厳死法制化に対しては好意的な立場を採っている医師会からも、反対意見が出て来るかも知れません。でも、法制化というのは本来そういうことでしょうか？ことは人の生き死に関する問題なものですから、医療者に新たな義務が発生するのは当然です。そしてこれは特に非自発的な安楽死の問題を考えるに当たっては、絶対に避けて通ることの出来ない問題になるのです。

ここで、すでに考察した尊厳死の許容される条件について、もう一度振り返ってみましょう。私が例に挙げたのはロックトイン症候群のケースでしたが、そこではふたつの異なる条件を仮定していました。ひとつは回復不能な病気の進行が、ある一定の基準（例えばロックトインで四肢がまったく動かせなくなったというような）にまで達した場合、もうひとつは除去することの出来ない肉体的苦痛または精神的苦痛が、ある一定の基準（例えば自我が崩壊する危険があるというような）に達した場合です。前者を客観的基準と呼ぶなら、後者は主観的基準と呼べるかも知れません。このふたつの基準のどちらか（あるいは両方）が満たされ、さらに患者本人が尊厳死をさせて欲しいと意思表示を行なっている（いた）場合にのみ尊厳死が許容されるというのが、私が考える尊厳死法制化のイメージです。注意すべきことは、尊厳死の場合には、客観的基準と主観的基準を両方満たしたとしても、尊厳死を実行するための十分条件にはならないという点です。たとえ病状の進行から終末期と診断され、周囲が見兼ねるほどの苦しみに喘いでいても、本人が尊厳死を望むというはっきりした意思表示をしていなければ（あるいは尊厳死を望まないという意思表示をしていれば）、医師は尊厳死を手伝うことは出来ません。これは倫理的な観点から許されないという意味ではなくて、コトバの定義上、それを尊厳死と呼ぶことは出来ないのだから、尊厳死が法制化されたとしても、法の適用を受けることが出来ないという意味です。つまり、医療における安楽死法制化の問題は、尊厳死だけを取り上げていたのでは片手落ちなのです。

尊厳死の法制化に向けた政治運動が抱えている根本的な問題は、医療における安楽死というものを一種の「権利問題」として片付けようとしている点にあるのではないかと思います。それはひとつには自己決定を行なえる人の死ぬ権利ということであり、ひとつには医師の死なせる権利（免責条件）ということです。従ってそれが尊厳死を望んでいる人たちや医師会から歓迎されるのは当然のことです。しかし、そのために取り残されてしまうのが、自己決定を行なうことが出来ない人たちなのです。私はむしろ安楽死問題の本質はこちらにあると考えています。私たちの社会は、自己決定を行なえない人たちのためにも、どのように一定のQODを保障する仕組みを用意出来るかという問題です。本当のことを言えば、医療における安楽死というものは、まず人間として保障されるべき最低限のQODというものが制度的、法律的、医療技術的に確立され

た上で、初めてそのオプションとしての尊厳死の選択権という考え方が出て来るべきものなのではないかと思います。その基盤が出来ていないところで、尊厳死をまず法制化するというのは、話の順序があべこべなのです。尊厳死法制化に反対する人たちが、死ぬ権利よりも生きる権利を確立することの方が優先だと言うのは尤もです。しかし、QOLの充実ということと、QODの保障ということとは、対立するふたつの命題ではありません。と言うより、自分が望むような最低限のQODも保障されていないような状況では、本当の意味でのQOLの充実もあり得ないと言うべきです。何が何でも安楽死・尊厳死の法制化は認められないと訴える人々には、その視点が欠けているように思えるのです。

もう少し考察を続けましょう。尊厳死というのは、本人の意思によって死ぬタイミングを選べるタイプの安楽死と言い換えることも出来ます。但し、そのタイミングというのは無条件に選べる訳ではなくて、法的に定められた条件を満たしていれば、そのなかで選択可能だという意味です。それでは、非自発的な安楽死、つまり本人意思が確認出来ない状況下での安楽死というものは、誰がどのようにタイミングを図って行なわれるべきなのでしょう？　ひとまず遷延性意識障害（植物状態）については除外しましょう（それはまた別に考えるべき問題だと思えますから）。私たちが考えなければならないのは、患者が耐えがたい肉体的または精神的苦痛で苦しんでいることが明らかで、しかもその苦痛が除去出来ない場合のことです。本人の意思は確認出来ないけれども、医者としてこれ以上患者が苦しむ状態を放置しておくことは出来ない、そのような判断で選択される安楽死のことを「慈悲殺」と呼ぶこともあります（英語のMercy Killingの直訳です）。もちろん法的に認められたものではありませんし、それを実施すれば高い確率で罪に問われる可能性のあるものです。私の主張は、慈悲殺もある一定の基準の下では容認されるべきだし、逆にそれを選択せずに患者を耐えがたい苦痛のなかに放置しておいたことに対しては、医師としての義務違反が問われなければならないということです。QODの保障を制度として確立するためには、そうするしかない。問題は、そんなに難しいぎりぎりの選択のタイミングを、どうやって法律で定めることが出来るのかということです。

話がちっとも前に進みませんね。話が前に進まない理由は、要するにこれに対する答えを私が何も持っていないからです。ただ、ここでひとつのアイデアと言うか、「慈悲殺のあるべき方向性」に関するイメージを示すことなら出来るかも知れない。病院の集中治療室（ICU）では、患者の心電図や血圧や呼吸状態といったものをリアルタイムでモニターしながら、必要に応じて輸血をしたり、酸素吸入をしたり、心臓マッサージをしたりしながら、患者を死なせない努力が行なわれます。それを過剰医療だと言って批判する人はいない筈です。救命医療というのはそういうものだからです。その時、患者である私たちは、自分の身体をひとつの「物体」として医者の手に委ねている訳です。いくら事前にリビングウィルを書いていたとしても、事故で病院に担ぎ込まれた人が、緊急の救命治療を拒むことは出来ない。たとえ治療の結果、重い後遺症が残ったとしても、それで病院を訴えることは難しいでしょう。その点ではすでに救命医療というものに対する社会的なコンセンサスが出来ている訳です。除去不能な激しい苦痛に襲われている急性期の患者も、緊急の対応が必要だという点ではICUに担ぎ込まれる患者と同じです。生命の危機が迫っている訳ではなくても、人格崩壊の危機が迫っているのだとすれば、当面の危機を回避するためのあらゆる手立てが講じられなければならない。ここまでではたぶん誰もが同意してくれるところではないでしょうか。ただ、怪我で大量の出血をしている人に対しては、止血と輸血が必要だというのは誰でも分かりますが、心が大量の出血をしている人に対しては、医者でもその緊急性に気付きにくいという現実があるのです。

もう一度ロックトインの患者さんのもとに戻りましょう。進行性のALSのような病気で、完全なロックトインの状態（TLS=Totally Locked-in Stateと言います）に移行しつつある患者さんは、たぶん人によってその時期が早いか遅いかの差はあっても、深刻な精神的危機にさらされることになると思います。激痛で転げ回ったり、大声を上げたりする患者さんなら、誰でもその症状の深刻さに気が付きますが、TLSの患者さんはとにかく身じろぎひとつしない（出来ない）ので、精神的にどんな深刻な危機に面していても、外からはそれを見落とされる可能性が高いのです（この病気が最も残酷な病気だと言われる所以です）。しかし、現在の進んだ医療技術をもってして、それに気付かないのはむしろ医学の怠慢なのではないかと私は考えます。ロックトインの患者さんが、TLSに移行する時には、血圧や体温の激しい変化が現れる場合があると言います。兆候はある訳です。何故、脳波のチェックや脳内の血流のモニターといったことが行なわれないのでしょうか？ 何故、いまそこにある危機を全力で察知しようとする努力を医学は怠るのでしょうか？ そこで起こっていることが、本当に深刻なことかも知れないという想像力が少しでも働くなら、現在の技術でも出来ることはいろいろある筈だし、法制化よりも前にそれをサポートするための医療制度や保険制度の改正の方が先決であることに気付く筈です。（私はここでメンタル・クライシスの状態にある患者のためのICUといったものを想像しています。） もしも緊急の対応が求められるのであれば、現在の法体系のなかでも出来ることはあります。例えばQOLが著しく低下した終末期の患者に対して、強制的に深い眠りに落とし込む「セデーション」という手法がありますが、それも選択肢のひとつになる筈です。

私がここで書いていることは空想的で非現実的な話でしょうか？ 脳波や脳の血流を見たって、患者のメンタルな危機がどの程度のものであるのか、定量的に判定がつく訳がないではないか、そういう反論もありそうです。むろんその通りなのですが、脳科学の研究は現在急速に進みつつある分野でもありますし、そこで得られた知見はどこよりも医療の現場に優先的にフィードバックされるべきだと思うのです。いくら脳科学が進歩しても、患者の心の内面で起こっていること（哲学用語でクオリアと呼ぶもの）までは分かりようがないのは当然のことです。それでも例えば統合失調症に共通に見られる脳の特定部位の血流の変化であるとか、鬱病に特徴的な脳波のパターンであるとか（素人が適当なことを書いているだけです）といったものが、経験的なデータとして蓄積されて行けば、それをメンタル・クライシスの指標として使う途はあるだろうと思うのです。たとえそれが仮説に留まるとしても、何も判断材料が無いいまの状況よりはずっとマシです。ロックトインの患者さんが、脳波計も装着されずに身体介護だけを受けている現在の状況を、なんて野蛮な時代だったのだろうと回顧される日が一刻も早く来て欲しいものだとは思っています。いや、これはロックトイン症候群に限ったことではありません。結局のところ、私たちは自分の最期を担当の医師に委ねるしかないのです。その時、心電図だけを見ていないで、患者の心も見えて欲しいということなのです。そしてそれを可能にする技術の開発が急がれるということです。（もちろんそれを望まない人は、リビングウィルでメンタル・モニターの装着を拒否することも出来ます。）

非自発的な安楽死の問題から話題がそれてしまったように見えるかも知れませんが、そんなことはありません。非常に大きな苦痛が患者の心を押しつぶそうとしていることが明らかに見て取れる場合には、医者はそれを放置しておくことは許されない。それは本人が尊厳死を望んでいるかどうかということとは関係がありません。医療現場には、治療よりも苦痛の除去を優先すべき場合というのが日常的にあるでしょう。鎮痛剤やモルヒネでも効果が現れない時には、セデーションや安楽死という選択肢も考えなければなりません。終末期医療では、目的をどこかの時点でQOLからQODに切り替えなければならない時が来るのです（人間は永

遠に生きる訳ではないのだから)。尊厳死では、その切り替えポイントが（法的に認められた範囲内で）患者本人が選べるのに対し、安楽死では第三者がそれを決めなければならないという違いがあるだけです。その決定に家族の意向が反映されるべきか、厳密な基準を設けてそれに従うべきなのかといったことは、今後の議論に委ねればいいことです。一番大事なことは、いま患者に何が起きているのかを正確に知ること、すべての議論はそこからです。——ボクシングのようなスポーツには「ドクターストップ」というものがあります。いくら選手本人が試合を続けたくても、このまま続ければ生命を危険にさらすことになる判断される場合には、医師はタオルを投げて試合を強制的に中止することが出来るというルールのことです。現在の終末期医療は、ドクターストップの無いボクシングの試合のようなものだと私は思います。私たちの人生の最後には「死」との戦いが待っています。必ず負けることが分かっている試合です。安楽死・尊厳死の問題は、負ける試合のどこでタオルを投げるかというそれだけの問題に過ぎません。それは実は尊厳の問題でも倫理の問題でもなく、必要な医療措置を必要な時に行なうという当たり前の問題として捉えるべきなのです。

【8】タブーを打ち破って本質的な議論を

さあ、ここまで考察を進めて来れば、今回提出されようとしていた尊厳死法案のどこに問題があったのか、そのことについても明確な言葉で語れるようになる筈です。これから私たちが、改定版の安楽死・尊厳死法案を起草するためにも、それは一度きちんと総括しておかなければならないことです。今回の法案は、作りとしては非常に単純なものです。それは終末期と判定された患者に対して、本人の意思による延命措置の「不開始」と「中止」を法的に認めるという、ただそれだけのものです。おそらく「不開始」については、これまでも医療の現場では日常的に選択されて来たものであって、法制化することで医療現場に大きな影響を与えるものではないと思われます。（例えばALSの患者さんの7割は人工呼吸器を着けずに亡くなるそうですが、それで医師が訴えられたという話は聞きません。）一方、「中止」の方は賛否両論がある面倒な問題で、今回の法制化に現実的な影響力があるとすれば、こちらの一点にかかっていると言ってもいいと思います。（ALSの患者さんのなかには人工呼吸器の取り外しを求めている人がいますが、現在の法制度の下ではその訴えは却下されています。）しかし、いまの私たちの目から見れば、尊厳死の法制化をこのようにしか構想出来ないということが、まさに死をタブー視する現代の風潮に縛られた結果であるように見えるのです。それは患者の方を、すなわち死んで行く人の方を向いた法制化ではありません。患者を見送る側の私たちが、自己免責をするために考え出した後ろ向きの法制化です。

何故、延命措置の不開始は認められるのに、中止は認められないのでしょうか？ それは不開始の方が医者や家族にとって罪悪感が少なく済むからでしょう。中止の方は延命装置のスイッチを切るという行為がはさまる分、医者や家族にとって罪悪感を喚起されやすいのです。そこには患者本人の視点はまったくありません。呼吸困難に陥っている人にとって、人工呼吸器を着けてもらえないことと外されることとでは、どちらがより苦しいでしょう？ 人工呼吸器を使ったことがない私には想像でしか言えませんが、どちらも同じように苦しそうです。「患者が苦しんでいるのだから、人工呼吸器を着けてやって欲しい」、「患者が苦しむことになるから、人工呼吸器を外さないで欲しい」、この当たり前のふたつの希望が叶えられるような法制化を何故思い付けないのでしょうか？ ALS患者の7割が延命措置を望まずに亡くなるというのは尋常なことではありません。何故そんなことになるのかと言えば、いったん人工呼吸器を着けてしまえば、TLSにな

っても外せないことを患者自身が知っているからです。「だから人工呼吸器を外すという選択も、本人の意思で出来るように法律で定めればいいのではないか？」 違う、全然違うのです！ 何故尊厳死を選ぼうとする人に対して、人工呼吸器を外すという、ことさら苦しい死に方を選ばせなくてはならないのですか？ この期におよんで、何故医者や家族は自らの保身のために、ただでさえ苦しんでいる患者を崖から突き落とすようなことをするのですか？ 人工呼吸器は、患者のQOL、そしてQODを支えるまさに最後の命綱とも呼べるものです。だったらそれを装着したままで尊厳死出来るような制度にすべきではありませんか？

しかし、もういいでしょう。読み返せば、同じことを繰り返し書いているだけのようです。最後に安楽死・尊厳死に関するもうひとつの重要な問題について私の考えを述べて、この長かった連載を締め括ろうと思います。それは安楽死・尊厳死問題の持つ経済的な側面についてです。これはふたつの方向から考える必要があります。ひとつはマクロ経済（医療費の増大による財政の圧迫という問題）として、もうひとつはミクロ経済（長びく入院あるいは介護による家計の破綻という問題）としてです。実はこのふたつの問題は、延命技術の進歩や高齢化の進展によって、否応なく膨らんで行く医療費を、国が負担するのか家計が負担するのかという違いだけで、根は同じひとつの問題です。安楽死・尊厳死が法制化されることで、医療費の増大は抑制されるものなのでしょうか？ これは一概には言えないことです。法制化の内容によっては、安楽死・尊厳死に対するハードルが今よりも高くなって、終末期の治療にかかる医療費は増えるという可能性もあるからです。尊厳死法制化と言え、すぐに医療費削減という政治的な意図に結びつけて考えようとする人がいますが、それは短絡的過ぎます。これは私の個人的な予想になりますが、おそらく厳密な意味での安楽死・尊厳死の法制化が成立すれば、患者は安心して終末期医療を受けられるようになるので、医療費は増えこそすれ減りはしないだろうと思います。メンタル面も含めた総合的な苦痛の管理と、積極的安楽死も排除しないQODの保障ということが医療制度として確立していれば、延命治療の不開始や中止を選ぶ理由は何も無くなるからです。

だから安楽死・尊厳死法制化の問題を、財政負担や家計負担の軽減という目的に絡めて論じるのは止めましょう。むしろそれは制度設計の目的ではなくて、前提条件として捉えるべきものです。患者の人権を擁護する立場の人たちは、国に対して手厚い医療補助や介護補助を要求します。それはその立場としては当然のことだし、彼らの主張に対して反論するのは間違っています。ロックトインの患者さんには、熟練した介護者による24時間の無償の介護サービスが提供されるべきです。その主張はまったく正しい。ただ、その実現は難しいというだけの話です。この問題をめぐって、毎年予算編成の時期に両陣営がお互いの主張をぶつけ合うとしたら、それは正常で健全な議論の範囲内だと思います。そこに終末期医療の難しさを見ようとする人の方が間違っている。法制化というのはそれとは違う次元のものとして考えなければならないということです。私が考えるに、ここで言う経済問題に対する現実解はひとつしかありません。終末期医療に関しては、財政が負担可能な範囲で一定レベルの公的支援を保障した上で、それ以上は個人の資力に応じてサービスを選べるようにするということです。これは別に突飛な話ではない筈です。現在の医療保険制度でも、金持ちだけが選択出来る、保険適用外の薬や治療法というものがあって、時にそれが生死を分けることだってある訳です。それは医療の究極のあるべき姿からすれば間違ったことかも知れませんが、世間ではおおむね受け入れられている現実です。終末期医療でもそれは同じだということです。

例えばある種の痛みに効く最新の鎮痛薬が開発されたとしましょう。但し、それはまだ保険も利かず、と

ても高価なものなのです。それを使えば一定のQOLを保って生き続けられることは分かっていますが、それを使わなければ法律で定める尊厳死を許容するレベルの苦痛に襲われることも分かっています。つまり貧乏の方が先に尊厳死を選べる状況に突入してしまうということです。けしからんことだし、理不尽なことですが、これは進歩し続ける医療技術のもとでは仕方のないことでもあります。けしからんことだから、保険の認可が下りるまで痛みを耐えろというのは、もっと理不尽な話でしょう。ここは割り切りが必要です。と同時に、法制化と並んで重要なこととして、公的医療保険制度も終末期医療を前提としたものに改正して行くことを考えなければなりません。緩和医療分野での新薬や新しい治療法については、国が製薬会社に対して特許料を肩代わりするなどして、早期の普及を図ることも検討すべきです。この分野での開発競争が促進されれば、ジェネリック薬などの選択肢も増えることでしょう。（自分が寝たきりになる頃には、「ジェネリック安楽死薬」もいろいろ選べるようになって欲しいものです。QODにもコストパフォーマンスの観点が必要です。）これは企業にとっても有望な研究開発分野になるのではないかという気がします。鎮痛薬に対しては、現在もそれなりの開発投資がされていると思いますが、安楽死薬に対する開発投資なんてものはおそらく世界中の製薬会社を見回してもゼロでしょう。しかし、私たちの人生のなかで死が不可避であることをまっすぐ見つめるなら、これは是非とも必要な研究開発分野だと思いませんか？ もしもこの分野に名乗りを上げる製薬会社が現れたなら、私はその会社の株を買ってもいい。

終末期医療の経済問題では、まだ他にも考えなければならないことがあります。患者が尊厳死を望むかどうかに影響を与える経済的要素として、延命治療にかかる費用が家計を食いつぶすという話とは逆に、患者が死んだら年金支給が途切れるので、家族の生活が成り立たなくなるといった問題もあります。そのために望まない延命措置を続けさせられている難病の患者さんとか、意味なく延命させられている遷延性意識障害の患者さんとかもいるのではないかと思います。これは制度設計で是正すべき問題です。例えば、法律で定められた終末期（本人が望めば尊厳死が許可される状態）に入ったら、そこから先の医療費はすべて国が負担する、その代わり年金支給も中止するといったようなアイデアはどうでしょう。「死」と「お金」というふたつの露骨な問題が絡むので、なかなか議論の土俵に乗せることが難しいテーマだと思いますが、これも法制化においては避けて通れない問題です。今回提出される筈だった法案には、尊厳死を選択した場合の生命保険に関する規程についても1項目を割いています。そんなところだけ妙に具体的だと感じさせる内容なのですが、民間の生命保険会社が販売する保険に、終末期医療に対する保障のオプション（PPK特約？）を付けるのもいいアイデアかも知れません。いや、ビジネスとしていいアイデアだというだけでなく、そうしたことを通して私たちが終末期医療と安楽死の問題を考える機会になるのだったら、それも悪いことではないという意味です。

もしかしら、今回の記事には露悪的なことばかり書かれていると感じる読者の方がいるかも知れません。でも、これはある意味、仕方のないことでもあるのです。それを露悪的と感じるということが、すなわち死が現代におけるタブーであることの現れであって、そこを打ち破らないかぎり具体的で建設的な議論は始まらないと考えているからです。この連載のなかで私は、ALSとロックトイン症候群について何度も取り上げて来ました。そこにこそ安楽死・尊厳死の問題は凝縮されていると考えるからです。医療制度や福祉制度を充実させることが優先だという意見は、現実的な落としどころのない机上の理論だと私は思っています。いまこの瞬間にも激しい精神的苦悶のなかで、かろうじて自我を持ちこたえている人がいる、そういう想念が私をいても立ってもいられなくさせるのです。——しかし、もうこのへんにしておきましょう。まだまだ書

かなければならないことはたくさんあるような気がしますが、正直なところ、少し疲れて来ました。今回の連載で、私は安楽死・尊厳死に対する自分の思想や信念を述べたかった訳ではありません。尊厳死法制化を考える議員連盟が提出した法案の内容があまりに薄っぺらなものだったことに危機感を覚え、この問題のほんとうの論点を整理して、議論の入口を提示したいと思ったのです。もしもここまでお付き合いいただいた読者の方がいらっしゃるなら、どうかもう一度この問題に関するいろいろな人の意見を注意深く読んでみて欲しいと思います。いかに現代という時代が死の問題を隠蔽しようとしているか、そのことで本質的な議論に踏み込まれる機会がいかに少ないか、そのことに気付いてもらえるだけでも、ここに駄言を費やして来た甲斐があったというものです。