尊厳死は何を実践していることになるのか

松　井　貴　英

0・序

終末期の医療には、いくつかの方向性がある。ひとつは、できるかぎり患者を死なせないようにする延命治療の方向である。その他には、患者の苦痛を除去することに重点を置く緩和ケアの方向、脳の機能の停止をもって人の死とする脳死の方向、苦痛や過度の延命治療を避ける名目で医療行為の中止などによって患者の生命を絶つ尊厳死とか安楽死と呼ばれているものの方向である。この論文ではこれらの中から安楽死、特に消極的安楽死について、幾つかの事例を示しつつ考察を進めていく。そして、尊厳死とか安楽死と呼ばれている行為を実際に行なう際に出てくる、実際に安楽死のための処置を行なう医療従事者の問題、死の自己決定の問題、Living Willを書き残すことが孕んでいる問題について、考察していく。

1・自らの意思で死を選ぶ場合の幾つかの区別

安楽死はしばしば尊厳死と言われる。海外においても尊厳死を death with dignity と呼んで euthanasia と区別している場合があるので、この両者は異なっているように思われるが、それらは euthanasia が、都合により言い分けられているのみのようにも思われる。日本において尊厳死という言い方が使われ始めたのは1976年のアメリカにおける安楽死裁判についての朝日新聞の報道が切っ掛けである[1]。

一般に、激しい苦痛に襲われるような病気になるとか延命治療が必要になるような場合を想定しつつ、将来のために自らの意思としてそのような場合には死を

希望し、終末期にその意思が実現される形で人為的に死に至る場合が安楽死であるといえる。安楽死はそれがなされる局面によって幾つかに区別される[2]。1）積極的安楽死（active euthanasia）は、患者の意思によって医師が薬の投与などで直接患者の命を絶つ場合である。患者が自身の意思によって医師から処方された薬を服用するなどして自ら命を絶つ場合も、この中に入ると考えられる。2）消極的安楽死（passive euthanasia）は、延命治療が差し控えられたり生命維持装置などが外されたりして自然死を待つ場合である。患者の意思によって延命治療が拒否された場合のみでなく、医師の意図が患者を死に至らせることである場合、生命維持装置の停止による安楽死は消極的安楽死であると考えられる[3]。

また、これらの区別とは異なった視点で捉えられる場合があり、それぞれ以下のように呼ばれている。3）自発的安楽死（voluntary euthanasia）は、患者自身の意思によって安楽死が実行される場合である。4）非自発的安楽死（non-voluntary euthanasia）は、患者自身の意思によらない安楽死の場合である。自らの意思を的確に表示することができないとされる痴呆老人や精神障害の人、そして乳幼児について、本人の意思ではなく家族などの本人の代理の者あるいは第三者の意思によって安楽死が行なわれる場合がこれにあたる。5）間接的安楽死（involuntary euthanasia）は、痛みを和らげる薬の投与が患者の寿命を縮めてしまうような場合である。

尊厳死という語は、これらを総合して述べている場合や2）と3）を組み合わせて述べる場合など、いろんな使われ方がなされているように思われる。日本において安楽死の推進を目指す運動家は、「尊厳死」という言葉を好んで使いたがる傾向にあるように思われる[4]。また、安楽死は自殺幇助（assist suicide）や、manslaughterを関係させて議論されることが多い[5]。

また、自分の意識がなくなった場合など、たとえ自分の意思を表示できない状態になった時でも、euthanasiaを希望するなどどのような終末期の医療を希望するかの自分の意思を事前に記しておく書面がLiving Willである。Living Willを残しておくことには幾つかの利点と難点がある。利点としては、たとえ自分が意識不明や植物人間の状態など自分の意思を表明できなくなった時にでも、自分の意思を表明することができる点が挙げられる[6]。難点としては、自分の意思を

表明できない状態になった時に自分の考えが変わっていたとしても自分の意思を表明することができず、このような場合には自分の意思に反して寿命が絶たれてしまう可能性があるかもしれないという点が挙げられる。

2・安楽死の幾つかの事例

ここでは、実際に行なわれた安楽死の事例をふたつ紹介する。両方ともアメリカで実際に行なわれた、医師によって生命維持装置が外され死に至る消極的安楽死の事例である。

1）ナンシー・ベス・クルーザン（Nancy Beth Cruzan）の事例

ナンシー・ベス・クルーザンは1983年1月、ミズーリ州で車の横転事故をおこし州立病院に運ばれたが、脳に酸素が行き渡らない状態が10分以上続き、植物状態になった。彼女はLiving Willを残していなかった。ナンシーは植物状態のまま7年が経過しても自発呼吸はあるが回復の見込みはなかった。両親は病院に生命維持装置の取り外しを求めたが病院側に拒否されたため、生命維持装置の取り外しを求める訴訟をおこした。州裁判所では両親の請求は認められたが、州最高裁・連邦最高裁とも両親の訴えを棄却した。しかし連邦最高裁はLiving Willや友人の証言など本人の意思を証明するものがあれば死ぬ権利を尊重する旨の判断を示した。その後ナンシーの友人らがナンシーが生前「植物状態になったら人工的な栄養や機械で生かされたくはない」と話していたと証言し、ナンシーは1990年12月に栄養と水分補給のチューブを取り外され、その12日後に脱水症状で息を引き取った[7]。

2）トニー・ブランド（Tony Bland）の事例

1989年にヒルスボロウフットボール場で100人程の観客が圧死する事故に巻き込まれたトニー・ブランドは、圧死者の中で一命を取りとめることはできたが植物状態になった。彼は昏睡状態にはなく、意識はなかったが眠ったりおきていたりはしていた（つまり、sleep/wakeのサイクルの中にいた）。しかし彼は決して

意識を取り戻すことはできない状態にあった。彼の脳幹は機能していたので、自発的に呼吸をすることはできた。トニーの両親や医師はトニーに対する栄養補給を止めるように求めた。そして裁判の末に、この要求は認められ、トニーは死亡した[8]。

このふたつの事例において特に異なる点は、患者を安楽死させるかどうかという状況において、医師が正反対の立場を採っていることである。ナンシーの医師は彼女を安楽死させることに否定的だったが、それに対してトニーの医師は彼を安楽死させることに否定的ではなかった。

一見、Living Will や生前の発言として患者の「(過度の) 延命治療をしてほしくない」旨の意思が残されている場合には、生命維持装置を外すなどの方法で安楽死を実行することは、上記のふたつの事例よりも容易であるように思われる[9]。しかし、そのような患者本人の意思を重視する視点からの考察のみでは不十分である。積極的安楽死であっても消極的安楽死であっても、医療従事者（医師や看護師）が実行するなり関与するなりしているのであり、医療従事者の安楽死に関わる行為が他人（患者）を死に至らしめる行為ではないかという問題を避けることはできない。この問題は、単に安楽死を否定する立場の者だけに関わるものでなく、安楽死を肯定する者にとっても、この問題に突き当たった医療従事者がジレンマに陥る場合にも、当然関わってくる。例えばナンシーの担当医は「最も難しかったのは、私にどれだけの罪があるのか、どれだけの道徳的責任があるか、自分なりに結論を出すことでした。何があろうと、止めるべきだったのではないか、私には全面的に止めさせることはできませんが、それを遅らせたり、全く関わらないようにすることはできたはずです。私に代わる人間が現れたとしても、結果的には同じことをしたでしょうが…。私の道徳的ジレンマは、どこまで関わるべきだったか、ということです。その結論はいまだに出ていません」と、ナンシーの安楽死について述べている[10]。

自分の手で患者の生命維持装置を取り外すことが医療従事者にとって苦しい選択であることや自分が患者の生命を絶つことに抵抗があることは、想像に難くない。また反対にトニーの事例のように、安楽死を実行することは治療の停止に過

ぎないという判断に与する医師がいることも、現状としてはありうることである。普段我々は医療は病気を治して人を死なせないようにするものであると考えているが、先述のふたつの事例のような場合には医師自身の意思に沿うか沿わないかに関わらず、我々の持つイメージとは反対に、医師が安楽死の名のもとに患者を死に至らすことになってしまう。このような場合、医師が何をしていることになるのかを判断することは難しい。もちろん、個々の患者の状態がそれぞれ異なった状況にある点や医療従事者や家族、そしてもちろん患者本人による安楽死に対する立場や意識や考え方はそれぞれの事例において異なっているので、現状として一般論としても個別の事例としても総意を得られる判断をすることは困難である。しかし、どのような立場あるいは見解を採るのが妥当かを考察することは有効である。

特に消極的安楽死についての議論において、医師が患者の生命維持装置や栄養チューブを取り外す行為が何に当たるのかについての見解は、以下のように分かれている[11]。安楽死に最も否定的な立場を採る人は1)殺人であると考える。そこまで極端な立場ではないが、安楽死に対して否定的な立場を採る人には2)自殺幇助や 3) manslaughter であるがゆえに反対の立場を採る人がいる。反対に、安楽死について肯定的な立場を採る人は、4) 治療の停止であると考える。また、例えば具体的に、患者に栄養チューブで養分を摂取させることは治療において基本的な処置（basic medical care）であるのか無意味な治療（futile medical treatment）であるのかという問題が提示される場合もある[12]。この処置が basic medical care であれば、これの停止について医師は何らかの責任を取るべきであることになるであろうし、futile medical treatment であれば、そのような責任を負うことはないように思われる。

これらの問題について、前者の問題については、例えば生命維持装置を外すことは、治療前の最初の状態に戻すことであり、その意味で患者の死を認めるという見解から、治療の中止に過ぎないという見解がある[13]。しかし、たとえ Living Will に残された患者の意思に従って医師が生命維持装置を外す際には医師に殺意や患者の死を補助するという意識はないとしても、生命維持装置を外せばその結果として患者が死に至ることは医師であれば容易に理解できるのであり、その

意味では医師には殺意はないが患者を死に至らせているのであり、manslaughterや自殺幇助であると判断される可能性がある。

後者については、医療行為は複雑で多岐にわたっているので線引きが難しく、医師一人一人の見解に差はあるだろうが、多くの医師によって栄養チューブによる養分補給は医療行為とみなされるだろうし看護師によっても基本的な医療行為と見なされると思われる[14]。その点から考えると、basic medical care であると考えることが妥当であろう。

3・死なせずに生きさせること

我々は、病気をしたり怪我を負ったような場合に、健康保険などの社会保障の仕組みによって健康になるためにさまざまな保障を受けることができる。社会的にあるいは政府による政策として、国民を健康な状態でいさせようとする[15]、あるいは死なせないようにするという方向で国民を管理しているという観点を見て取ることもできよう。これ以降ではこのような視点も含めて、終末期の医療あるいは延命治療がなされる場面において、何が人を生きさせようとしているのかについて議論を展開する。そのために、ミシェル・フーコーの議論を手がかりに検討していくことにする。

生と死に対する権利は、長い間君主の至上権を特徴づける特権のひとつであり、それは死なせるか生きるままにしておくかの権利であって、権力が生命を掌握してそれを抹殺するという特権の形を採ったと、フーコーは考える[16]。そしてフーコーは「死なせるか生きたままにしておくという古い権利に代わって、生きさせるか死の中へ廃棄するという権力が現れたと言うことができる」[17]と述べる。この発言は、支配する側が掌握している権力が被支配者層に対してどのようなスタンスで権力を掌握あるいは行使していたかを示す、フーコーの権力についての見解である。このような観点からフーコーは、「こうして、《生－権力》の時代が始まるのである」[18]と述べる。この《生－権力》とは、「人間の生に中心を置いた権力」と解されるが[19]、「人間の生に中心を置く」ということをどのような意味で捉えるべきかを、より明確に示す必要がある。

「人口という富の発見」という考え方がなされて以降、健康で働くことのできる人は、労働によって富を生産することができると見なされるようになった。その意味で、健康な身体が財産であることが発見されたと考えることができる[20]。そのように考えることができれば、公衆衛生の充実を目論む権力は、財産権の保証という意味で、財産としての身体の健康を保つための福祉を指向すると考えられる。それはすなわち、「人間の蓄積を資本の蓄積に合わせる、人間集団の増大を生産力の拡大と組み合わせる」[21]という権力の目論見にとって不可欠な指向である。

さらに、「生きるままにしておく」ことと「生きさせる」ことの相違についても考えねばならない[22]。身体を捉える場合に前者と後者では出発点が全く異なっている点が重要である。「生きるままにしておく」ことについては、王が目指す権利の指向性は“生きている人間”が前提としてある。それに対して「生きさせる」ことについては、人間が可死的であることが前提としてある。可死的である人間を死なせないことを目指す権力の指向については、権力がそのような指向性を持たないと人間は容易に死の方向に廃棄されていくことになってしまうことになる。それゆえ《生－権力》において、死は目指すべき指向の正反対に位置することになるのである。

フーコーはこの観点から、死について「死は権力の限界であり、権力の手には捉えられぬ時点である。死は人間存在の最も秘密な点、最も《私的な》点である。」[23]と述べる。この発言は、権力が我々に対してその力をどこまで及ぼすことができ、どこからは及ぼすことができないかを示している。この発言から、権力は個人の死に対してはいかなる力を及ぼすこともできないと考えることができる。それゆえ安楽死を肯定する立場からは、患者が死を選ぶことは、フーコーの議論に与すれば、人を生かせようとする権力の及ばない領域にある死を患者が選ぶことであり、患者個人が患者自身を何ものの影響も受けずに管理することであると言える。すなわち、患者が死に対する決定権を自分の元に取り戻すことであると言えるのである。逆から見れば、どんな人であっても他人の死に対する決定権を持ってはいないと言える。

ここではこの議論の基盤にある《生－権力》論についての妥当性の検討はしな

い。しかしながらフーコーのこの議論から、自分の意思によって死を選ぶこと、すなわち死の自己決定を無条件に肯定することは、適切ではないように思われる[24]。たとえ死が人間存在の最も《私的な》点であるといっても、だからといって“個人として死に対する自己決定権があるのだから安楽死を肯定できる”とは、我々には即座には言えないように思われる。なぜなら、死が人間存在の最も《私的な》点であることは、自分の死には誰も介入できないということであって、自らの意志によって率先して死へ至ることではないと考えられるからである。

ここまで来て、我々はさらなる疑問を提示することになる。死の自己決定を肯定する立場から患者が死を選ぶとして、その場合Quality of Lifeの観点から安楽死を選ぶことになるといえる場合もあるのだろうか、という問題である。すなわち、いずれ死に至る自分が病気の苦痛から逃れるために安楽死を選択することを、Quality of Lifeを考慮した上での選択肢のひとつとして認めることができるのかどうかという疑問である。例えば、病気の苦痛から逃れるために治療がなされる緩和ケアにおいては、間接的安楽死との兼ね合いがすぐに思い浮かぶが、そうではない方向でなされる（すなわち、病苦以外の何らかの理由によってなされる）積極的安楽死や消極的安楽死においても、Quality of Lifeを考慮した上での選択の結果として、その実践を認めることができるかは問題である。

Quality of Lifeは、単に苦痛から逃れるためのアイデアではない。もちろん人として尊厳ある日々を送ることを誰であっても望んでいるのだろうが、だからといってそのような生活が送れなくなるという懸念を持ち、もしそのような状態に自分が陥ってしまった時には自分の生命を絶つことで人間としての尊厳を持てない人生を送らなくても済むようにしたいと思うことは、果たして本当の意味で人間の尊厳ある人生を維持することになるのだろうか。「人間の尊厳ある人生を送る」という名目で、ただ苦痛から逃れようとしているのみだとすれば、それは本当に人間の尊厳ある行動といえるのだろうか。この点については、非常に難問であり疑問は尽きない。とはいえ、人間の尊厳ある死を望むという名目で安楽死を望み、生前の意思表示としてLiving Willを書き残す人がいるということもまた事実である。

4・まとめ－Living Will により意思表示を残すことの問題

ここまでの議論で、医師が患者の生命維持装置を外す場合についての観点からも、フーコーの《生－権力》の観点からも、共に安楽死を無条件に肯定することは困難であるように思われることが議論された。しかしここまでの議論が、自殺であれ自発的安楽死のように自ら死を選ぶ場合であれ、それらを禁止するというわけではない。また、実際に Living Will を書き残している人が日本においても少なからずいるのである。

冒頭でも述べたように、Living Will を書き残すことには幾つかの利点と弱点がある。利点は、たとえ自分が意識不明や植物人間の状態など自分の意思を表明できなくなった時にでも、家族や医師など第三者の手に判断を委ねなくてはならない状況を避けることができ、自分の意思を表明することができることである。その結果、意識のある時点での自分の望みの通りの終末期を迎えることができることになる。それに対し弱点は、例えば脳は活動していて意識はあるけれども自分の意思を表明できなくて寝たきりの状態で栄養チューブで養分を流し込んでもらって生き長らえている状態になった時に、意思表明できていた頃とは自分の意思や考えが変わっていた場合には、寝たきりになっている現在の自分の意思を表明することができず、最悪の場合は現在の自分の意思に反して栄養チューブが外されて寿命が絶たれてしまう可能性があることである。例えば、健康な状態では「植物状態になったら人工的な栄養や機械で生かされたくはない」と言っていたナンシーが、植物状態になってしまった後でも同様の考えを持ち続けていたのかどうかは、誰にも判断できないのである。

安楽死におけるもうひとつの問題点は、安楽死が負担から逃れるために行われるとしたら、誰がどのような負担から逃れるために安楽死が実行されるのか、という問題である[25]。もちろん、病気の苦しみを背負っているのは患者自身であり、患者自身が現在背負っている負担から逃れるために、あるいはいずれ来るかもしれない負担から逃れるためである事は当然考えられる。しかしその一方で、その病人を介護する者にもかなりの負担がのしかかっていることも事実である。治療費のみでなく、精神的にも肉体的にも患者の家族には負担がかかるものである。

もちろん前者のように患者本人が負担から逃れるために安楽死が行われるとしても、先述の通り患者の意思が変わってしまっている場合があるという可能性を考えるならば、たとえ安楽死が患者本人の意思表示通りであったとしても、全く問題がないわけではない。それにもまして後者のように患者を介護する側の負担を取り除くために行われるのであるとするなら、それが自発的な安楽死であれ非自発的な安楽死であれ、なおさら問題である。

《註》

1　カレン・アン・クインランの安楽死裁判についての報道である。当時21歳のカレン・アン・クインランは1975年４月、ニュージャージー州で脳に回復不能の障害を起こし植物状態になった。彼女はLiving Willを残していなかった。カレンの両親は敬虔なカトリック教徒だったが、生命維持装置による人工的な延命よりも自然死に近い最後を望むようになり、医師に対して人工呼吸器の取り外しを求めた。しかし病院が拒否したため、娘の「死ぬ権利」を求めて提訴した。州の高等裁では訴えを斥けられたものの、1976年３月31日に州最高裁控訴審で「信頼できる医療機関が患者を診断して回復不能だという結論を出した場合は人工呼吸器を取り外してもよい」と世界で初めて死ぬ権利を認める判決が下された。その後人工呼吸器を取り外されたカレンは、自らの呼吸によって９年間も生き続けた。(福本博文『リビング・ウィルと尊厳死』集英社新書, 2002, pp.85-90)

2　Leg Luhman, "Ethics 6. Euthanasia", Abacus Educational Services, 2002, p.6

3　John Keown, "Euthanasia, Ethics and Public Policy: an argument against legalisation" Cambridge University Press, 2002, p.12

4　例えば、日本尊厳死協会(http://www.songenshi-kyoukai.com/)では尊厳死と安楽死を区別している。しかしその区別は曖昧で恣意的であるように思われる。

5　John Keown, pp.218−219

6　Living Willによって自らの意思の通りに死を迎えることができた例としては、次のような事例がある。シルヴィアとビル夫妻は1985年に安楽死協会の援助の下にLiving Willを作成した。ある日ビルは路上で倒れ脳に深刻なダメージを負った。ビルは一命を取り留めたが、彼は意識を取り戻している状態にはなかった。２ヵ月後、ビルの家族と医療関係者の間で、ビルの要求が尊重されるべきであることが同意された。そして神経専門医がビルの脳が活動していないことを確認し、栄養摂取用の管と液体の薬剤投与用の管をビルの体から取り外した。しかし、痛みを取り除くための薬のみ投与され続けた。これらの処置の10日後にビルは息を引き取った。(http://www.bbc.co.uk/radio4/hometruths/livingwill.shtml)

7 『リビング・ウィルと尊厳死』pp.91-93

8 John Keown, pp.12-15

9 註6のビルの事例が顕著な例である。

10 ナンシーの事例は、NHK スペシャル「我が愛する娘に死を」として放送された。この放送でのナンシー本人は、目を開けたままベッドに身を横たえ、名前を呼ばれるとまわりを見回すようなような仕種をしている。体は温かく、植物状態といっても普通の寝たきりの入院患者にしか見えない。病院関係者には賛意を示す者は一人もいなかった。また、ナンシー担当の看護婦は「私は生命維持装置のチューブを取り外し、故意にゆっくりと死なせることが正しいとは考えません。もし死なせるなら、注射で早く死なせてあげる方が、まだましだと思っています。だから、いまだに辛い思いをしています」と述べている。

（NHK スペシャル「わが愛する娘に死を」（1993年3月10日放送）におけるインタビューなどは、『リビング・ウィルと尊厳死』pp.189-196 による）

11 John Keown, p.218

12 John Keown, pp.217-221

13 John Keown, p.218

14 John Keown, p.219

15 その本意、狙いはともかく、健康増進法案などは顕著な例であるようにも思われる。

16 Michel Foucault, "Histoire de la sexualité 1－La volunté de savoir" Gallimard, 1976（『性の歴史Ⅰ－知への意思』）pp.177-179

17 Foucault, p.181

18 Foucault, p.184

19 渡辺守章氏による翻訳（『性の歴史Ⅰ　知への意志』新潮社、1986）には、《生－権力》について、このように補足されている。

20 柿本昭人「病院都市あるいは増殖のオブセッション」『現代思想』青土社、1993、11月号、pp.96-97 を参照されたい。

21 Foucault, p.186

22 市野川容孝「生－権力批判　ドイツ医療政策史から」『現代思想』青土社、1993、11月号、pp.164-165、pp.174-175 を参照されたい。市野川氏はフーコーの「死への自由」の提言への批判をしているが、ここではその点についての考察はしない。

23 Foucault, p.182

24 市野川氏（p.175）も批判しているように、《生－権力論》によって「死の自由」が保証されるわけではないように、我々には思われる。

25 立岩真也『弱くある自由へ』青土社、2000　pp.52-60 を参照されたい。

《参考文献》

Leg Luhman, "Ethics 6. Euthanasia", Abacus Educational Services, 2002

John Keown "Euthanasia, Ethics and Public Policy : an argument against legalisation" Cambridge University Press, 2002

ed. by John Harris "Bioethics", Oxford, 2001

Michel Foucault, "Histoire de la sexualité 1－La volunté de savoir" Gallimard, 1976

"Routledge Encyclopedia PHILOSOPHY" (general editor: Edward CRAIG) 1998, vol.1 pp.771-780, vol6 pp.259-264

福本博文『リビング・ウィルと尊厳死』集英社新書, 2002

柿本昭人「病院都市あるいは増殖のオブセッション」『現代思想』青土社、1993、11月号

市野川容孝「生－権力批判　ドイツ医療政策史から」『現代思想』青土社、1993、11月号

立岩真也『弱くある自由へ』青土社、2000

赤松宏『お金と暇と健康』大学教育出版、1998

（まつい　たかひで　哲学）