

看取る側から考える死の受容

—終末期医療と生命倫理をめぐって—

田 籠 聡 一 朗

目次

はじめに

1. 安楽死の倫理的考察

1. 1. 生命倫理の四原則

1. 2. 生命倫理の四原則と安楽死

1. 3. 無危害原則について

1. 4. 作為と不作為の区別

1. 4. 1. 作為と不作為の区別によって起こっていること

1. 5. 二重結果の原則

1. 6. 生命倫理の限界

2. 死の定義とリビング・ウィル

2. 1. 死の定義

2. 1. 1. 死を定義する理由

2. 1. 2. 脳死

2. 2. リビング・ウィル

2. 3. 死の受容

3. 問題点の指摘

3. 1. リビング・ウィルが規定する「健全な精神」

3. 2. 終末期において「尊厳」のある選択とは

3. 3. 意識の断絶について

4. 結論

おわりに

はじめに

芥川賞作家・村田喜代子の作品に、『あなたと共に逝きましょう』という長編小説がある。ある団塊世代の夫婦に、夫の大動脈瘤破裂の危機が襲う。妻は夫のために自宅で食事療法を行い、湯治のための岩盤浴旅行につきあう。夫は七時間半ほどの手術の末、無事に手術は成功し、その後も順調に回復をみせるが、物語の終わりに、妻は「夫の身体が何者かに凌辱された」ような感覚を独白する。妻は、夫とともに、夫が三途の河を渡るための準備をしていたところだった。しかし、現代医学のやりかたによって、それは阻止されたのである。残されたのは、時間をかけて夫の死を受容した妻の心と、神の手とも言える医療者の手によって健康を取り戻した夫の身体であった。

延命治療の技術が進んで、不自然に生が引き延ばされている、という話を聞くことがある。不自然に引き延ばされる生、あるいは自然な死などと言われるときに、なぜ「不自然」「自然」という言い方がされているのか、疑問に思った。そこで、不自然に生きている存在というものが、果たして本当に存在しているのかどうかを、この論文では考えた。村田の小説では、妻にとって手術後の夫は不自然に生きている存在であったように、私には思われた。では、不自然な生が存在するとしたら、どのような過程を経てそのような生のありかたが生じるのか、ということにも疑問を持った。

以上が本論文の問題提起であり、疑問を解き明かすのが研究の目的である。

第一章では、安楽死と生命倫理がどのように関わってきたのかを調べた。そして、そのことを足がかりに、第二章では死の定義について調べた。また、難病である筋委縮性側索硬化症（ALS）の患者や、日本尊厳死協会が尊厳死の論点としている「リビング・ウィル」について考えた。一、二章の最終節に至るまでは、できるだけ個人的な意見を述べずに、客観的な情報を整理することに気を配っている。一、二章の最終節では、それまでの内容を踏まえて上記の問いに対する結論を用意しており、ここでは自説も展開している。

そして、調べていくうちに考えたこと、生と死のはざまについて思ったことを第三章に述べた。第四章では、さらにそれらを踏まえた結論を述べているが、本論文における問いに対する答えは第二章の終りに記しているのので、第四章ではあくまでその捕捉を記した。

1. 安楽死の倫理的考察

この章では、主に生命倫理学的見地から、安楽死をめぐる議論を細分化して考えていく。

まず、安楽死とはどういうものだろうか。法学者の言葉を借りると、「安楽死 euthanasia, mercy killing とは、死期が切迫し現代医学上不治の傷病者の猛烈な肉体的苦痛を緩和・除去するために、患者本人の囑託または承諾を得て、自然の死期に先立ち人為的にその生命を絶つこと」（立山 2002:47）とある。ただし、生命倫理学としては、これは積極的安楽死の定義であると言ったほうが良いだろう。「人為的にその生命を絶つこと」とあるからである。いっぽうで、一般的に人為的でないとされる安楽死もある。治療を行わず、患者を死ぬのに任せる場合である。この安楽死は消極的安楽死と呼ばれ、二つの安楽死は通常は

区別される。その具体例は、本章の中で追って解説していく。

1. 1 生命倫理の四原則

まず、生命倫理には、骨格となる四つの道德原理がある。自律尊重（本人の自己決定を尊重する規範）、無危害（本人に危害を加えてはいけないという規範）、仁恵（利益を与えたり、そもそも何が利益になるのか比較考慮するための規範）、正義（利益と危険性と費用を公正に配分するための規範）の四つである（荒川 2008）。

Beauchamp (2009) らによれば、無危害と仁恵は、古くから医療倫理の歴史の中で中心的役割を果たしてきた。いっぽうで自律尊重と正義は、近年の医療の発展によって注目されるようになった。

1. 2 生命倫理の四原則と安楽死

安楽死は、この四原則のうち、比較的新しい二つの原則、すなわち自律尊重と仁恵によって道徳的に要求されることが多い。¹

先に、自律尊重によって安楽死が要求されるケースについて考えよう。よく言われる事例であるが、エホバの証人の信者は、宗教上の理由で輸血を拒否する場合がある。たとえそれが患者の命を救う治療（患者の最善の利益になる行為）であっても、判断能力のある患者の意思に反して医療者が独断で治療を行うことはできない。安楽死は、この文脈で語られるとき、「尊厳死」と呼ばれる場合がある。尊厳死とは、自律尊重に基づく安楽死を指す場合が多い。

次に、仁恵によって安楽死が要求されるケースについて考える。治療法のない患者があと二日で死ぬと予想されている場合、そして積極的な治療によってその命が一週間に延びる場合を考えてみる。自律尊重と区別するために、この患者に意識はなく、事前の指示も存在しないことにしよう。確かに延命治療は可能だが、このような状況でクオリティ・オブ・ライフ（生命の質）が著しく低下した生命をほんのわずか生き長らえさせることは、患者の最大の利益にならない、という主張がなされることがある。そしてその場合、治療をしないことによって患者の最大の利益が生じる。このように、患者が何もされないことによって死ぬ場合、消極的安楽死ということになる。

また、何もしないことによって、例えばあと二日の命を緩和不可能な苦しみとともに過ごすことになるとき、今すぐに人為的に楽に死ぬる方法を与えれば、積極的安楽死ということになるだろう。これが、仁恵による安楽死の要求である。²

さて、これらの道德原理が安楽死を要求するとき、そうはさせまいと頑として立ちはだ

¹また、今回の論文では取り扱うことはないが、正義によって安楽死が要求される場合もあるだろう。ある患者が、回復の見込みの著しく小さな状況で、公的な費用や医療資源を投入されているとする。そして、その費用や医療資源によって、他の回復の見込みが大きい患者が助かることが予想される場合である。

²そもそも何を患者の利益とするか、その立場によって安楽死を要求することにも退けることにもなる。

かる大きな道徳原理があるように思う。無危害原則（無危害原理）である。³

無危害原則は、先に述べたように仁恵原則（すなわち「患者の利益となることを成せ」の原則）と古くから双璧をなすものである。合わせると「患者の利益となることを成せ、患者に害を与えることはしてはならない」ということになる。そして、簡単な治療行為、例えばかすり傷を消毒したり、風邪薬を処方したりという行為は、双方の両立が可能である。しかし、複雑に発展してきた現代の終末期医療において、患者の利益というものは様々あり、その比較考慮の結果によっては最高の利益を生じさせるために患者に危害を加える場合があることを先に述べた。つまり、先ほどのエホバの証人の患者の例、治療方法のない患者の例は、いずれも患者にたいして「生命を絶つ」という危害を加えているのだから、無危害原則には反しているように思える。では、どうして容認されているのだろうか。自律尊重や仁恵の原則が、無危害原則より重要だと判断されたのだろうか。そうではない。無危害原則は絶対の原則である。つまり、いずれの例においても、医療者の行為は無危害原則に反していない、という判断がされているのである。

1. 3 無危害原則について

致死量の薬物を与えて患者を死に至らしめることは、明らかに無危害原則に反している。死を引き起こすことは、多大な危害を与えることだからだ。⁴

具体例を挙げる。英国のコックス医師は、リアン・ボイズという七十歳の患者に致死量の塩化カリウムを注射した。彼女は非常に重度のリウマチをわずらっており、その苦痛は鎮痛剤では緩和できないほどだった。彼女はコックス医師に対して、自分を殺してくれるように頼んだ。医師は彼女に同情し、注射を行った。

この安楽死の方法は明らかに積極的安楽死であり、禁止されている行為だった。コックス医師は殺人未遂罪に問われ、有罪判決を受けた。

コックス医師は、無危害原則に背く「殺し」の行為を行ってしまった。それでは、現在の医療現場で広く認められている「消極的安楽死」は、無危害原則に反していないのだろうか。ここでは、こんにち行われている安楽死を無危害原則にのっとって積極的安楽死と消極的安楽死に分けるためのロジックを、二つ挙げる。一つは、自分からは何に対しても働きかけていないこと、つまり積極的に何かをしたのではないから、無危害原則には反していない、という考えかた。作為と不作為と呼ばれている区別である。もう一つは、自分から何かするのだが、その行為の結果として意図していたのは利益のほうで、利益と同時に発生する危害については意図した結果ではなく、あくまで予見されていただけだ、とする方法。これは二重結果の原則と呼ばれているものである。

これから、作為と不作為の区別と、二重結果の原則の根拠を確認していく。この二つのロジックによると、安楽死が容認されるとき、その行為は不作為であり、かつその死が（意図されたものではなく）予見されたものでなければならない。

³仁恵と無危害の区別は、この四つの区分のなかで最もややこしい。Beauchamp (2009) によれば、哲学者のウィリアム・フランケナ (William Frankena) は仁恵原理をさらに四分割しているが、そのうち一つが無危害原則と同一であるとみなされている。つまり、無危害原理は仁恵原理に含まれることがある。

⁴無危害原則に反するその行為が、倫理的に許されるかどうかは、ここでは問題にしない。

結論を述べておくと、作為と不作為の区別は重要ではなく、むしろ危険である可能性を述べる。二重結果の原則も同様である。したがって章の終りでは、これらの区別や原則によって分かれている積極的安楽死と消極的安楽死という区別が、現在考えられているほど明確なものではないことを主張する。

1. 4 作為と不作為の区別

たとえば、仁恵によって患者の安楽死が要求されている場合を考えてみる。先述した、余命二日の患者の例である。このとき、人為的に死を引き起こす手段をとると、積極的安楽死を行ったということになる。これは、コックス医師がそうであったように、殺人と同等に扱われる。

では、何もしないことによって、人為的ではないかたちで患者の死が引き起こされた場合、どうなるのか。医師が患者に対して何も治療を行わなかった場合である。つまり、消極的安楽死だ。この場合、無危害原則には反していないのだろうか。現在の医療現場は、反していないと考えるだろう。消極的安楽死は、医療の現場では実際に行われていることだからだ。

反していないと考えるとき、その根拠は作為と不作為の区別にある。つまり、何か行為をして患者に危害を加えることは無危害原則に反する行為だが、何も行為をしないで患者に危害が発生することは無危害原則に反する行為ではない、ということを区別している。こうした考えに基づく、一度始めた治療を途中で中止することも作為の範疇にあるとして、つまり無危害原則に反するとして禁止される。このことがどのような弊害を生んでいるか、以下に述べる。

筋委縮性側索硬化症（以下 ALS と記述する）の患者は、病気が進行するにつれて自発呼吸が困難になる。⁵やがて、呼吸器を付けるか付けないかの判断を迫られる。呼吸器を付けないという判断は、死を意味する。このとき、判断能力を有した患者が呼吸器の装着を拒否した場合、医療者に呼吸器を付ける義務はない。その根拠は、四つの原理のうちの自律尊重である。エホバの証人の信者のケースを思い出してほしい。そして、ALS の患者の多くが、この段階で呼吸器を付けることを望まず、呼吸不全で亡くなる。正常な意識を有した患者が呼吸器を付ける決定をしたならば、医療者はそれを拒否できない。⁶

呼吸器を付けた ALS の患者は、一時的に生命力を大きく取り戻す。それまで呼吸のための筋肉が機能不全を起こしていたのが、久しぶりに正常な酸素供給が行われるからである。

しかし、呼吸器を付けて生き続けることは、多大な困難が伴う。まず、呼吸器の装着によって、声を出す能力は永続的に失われる。呼吸器を付けてもなお声を出す方法もあるが、

⁵なぜ ALS を例に挙げたか。まず、ALS は「難病中の難病」（立岩 2004:397）と言われてきた。事実、たくさんの患者が「尊厳ある道を選んで」亡くなっている。また、日本安楽死協会（現在の日本尊厳死協会）の最初の会員は ALS の患者だったことから、安楽死との関連は深い。この病気を具体例として、安楽死について考えることにした。

⁶依然として、呼吸器を付けたいと思った人が付けられる状態にすらなっていないではないか、という指摘もある（立岩 2004:153）。

うまくいかない場合が多い。また、食べ物を口から食べることはできなくなる。機械と身体がうまく合わない場合もある。

そしてこの病気は、進行するにつれて全身の筋肉が動かなくなる。家族のつきっきりの介護なしには生きていけなくなる。

それでも、これらの症状は呼吸器を付けた状態のまだまだ先にある。呼吸器を付けても、文字盤やコンピュータを使ってのコミュニケーションは可能である。さらに、当然ではあるが、全身の筋肉が動かなくなる症状は、呼吸器を付けることによって引き起こされるわけではない。ALSによって引き起こされるのである。呼吸器を装着しなくても、いずれはALSの症状によって声を失うことにはなるし、やがては全身が動かなくなる。呼吸器によって引き起こされるのは、呼吸が楽になり、脳に酸素の供給が行われるようになるという、ポジティブな要素ばかりである。食べ物が食べられなくなること、声が出なくなること、あるいは身体と機械がうまく合わない可能性があることは、死ぬことよりは良い、と多くの人が思うだろう。そして、重要なので繰り返すが、先々に医療費や介護に関する不安があるというのは、この段階で死を選ぶことにはならないだろう。歳をとって周りに迷惑をかけるのが居たたまれないからという理由で、十代で自殺を選ぶ者はいないのと同じである。

1. 4. 1 作為と不作為の区別によって起こっていること

では、一体どうして多くの患者が呼吸器を付けないことを望み、実際に死んでいくのであろうか。

無危害原則では、はじめから呼吸器を付けないという選択はできる（不作為）。しかし、呼吸器をつけたあと、つまり、いったん治療が開始したあとに（治療の途中で）呼吸器を外すこと（作為）は、不可能なのである。それによって、多くのALS患者が「先を見越して」、呼吸器を付けるか付けないかというタイミングで自らの生死を決めるのだ。

呼吸器を付けないという選択は、患者を死ぬのに任せるということである。このとき、彼女を蝕んでいくのは病気であり、彼女を「殺す」のは「病気」といったことになるだろう。自然死が生起する、とも言えるかもしれない。それに対して、呼吸器を外すという選択は、患者の生命を維持している装置（身体の一部と言ってもいいかもしれない）を外すことである。このとき、彼女の呼吸を奪ったのは医療者（呼吸器を外すという行為の当事者）であり、彼女を「殺し」たのも医療者だ、という理屈になる。だから、一度付けた呼吸器を外すことはやってはならない。⁷前者は自発的消極的尊厳死と呼ばれ、後者は自発的積極的尊厳死と呼ばれる。そして、自発的消極的のほうは医療の現場では認められていて、自発的積極的のほうは認められていないのである。

Beauchamp（2007）によると、治療を差し控えることと停止することの区別は、ときには不適切でありまた危険にもなりうるものである。呼吸器を付けるという治療は、必ずしも新たな治療の始まりではないとも言える。それまでも呼吸が楽になるような処置はなされるであろうし、薬の投入などもあり得ただろう。さらに、さまざまな基幹的な治療が

⁷患者を死ぬに任せていいといっても、医療者には患者を治療する義務がある。医療者が自分の患者に対して治療を施さないことが許されるのは、医療技術を拒否する患者の権限が、医療技術を差し控える権限というかたちで医療者へと適切に委任されている場合である。

継続しているからこそ、それまでは自発的な呼吸が持続できていた、ということもある。つまり、呼吸器を付けないという選択は、治療を開始しないという選択であると同時に、治療を途中で中止することともとれる。作為と不作為の区別は、実のところ明瞭ではないのである。

さきほどの、ALS の事例で考えてみよう。先に述べたように、呼吸器を付けて発生するデメリットは、生命の維持よりも重いものではない。呼吸器を付けることによって、ひとまずとてつもない苦しさから解放されるのだ。立岩（2004:170）によると、呼吸器を付けた多くの人が、「もっと早く付けていればよかった」という声を漏らす。その後、全身の筋肉がよりいっそう衰えたり、医療費や介護の負担が家族にのしかかったりするのは、呼吸器を付けたこととは関係がない。順序としては呼吸器をつけたあとにそのようなことが起きるのであるが、それらは呼吸器を付けてからまた時間を置いて徐々に起こる事態なのであって、それはその時々随時また対応していくしかない。発声ができなくなってもコミュニケーションはとれるし、呼吸器によってひとまず脳にきちんと酸素がいくということは、意識もしっかりする。

問題は、呼吸器を付ける、付けないという決定が、まさしく生死を分けてしまう点にあるだろう。言い換えれば、呼吸器を付けるか付けないか、という選択と、生か死か、という選択が、同時に行われてしまっている。患者にとって耐え難い苦痛を伴う生があつて、それよりは死を選んだほうが患者の利益になるケースがある、と認めよう。しかし、その判断は、呼吸器を付けるか付けないかという判断と同時に下されるべきではない。その患者がどの時点で生命を終了するか、その自発的なタイミングを考えることが大切なのではないか。「自発呼吸ができなくなること」が都合よく患者の生命を奪っていくからといって、手出しをしないでいて患者を死ぬに任せることは、その患者を直接手にかけて殺すよりどうして責任が生じないことがあるだろうか。

さらに、自発呼吸ができなくなって死んでいくというのは、とても苦しい。呼吸のために必要な筋肉が衰えて、脳に酸素が取り入れられなくなると、徐々に意識が朦朧として、その状態が何ヶ月も続き、最終的には死に至る。⁸同じく死を迎えるのであれば、それほどまでの苦痛を伴う必要のない死に方もあるのではないか。いずれにせよ、患者の死が病気によって引き起こされるか、あるいは人為的に引き起こすかという作為と不作為の区別によって許容されるか否かを判断する現状では、患者の苦痛がいたずらに増えてしまうことがある。

仮に、呼吸器を付けないという不作為が、無危害原則に該当して認められるとする。では、その呼吸器のバッテリーを充電しないことは、いったい作為と不作為のどちらにあたるのだろうか。呼吸器の調子が悪く、次第に患者の呼吸がままならなくなってきた場合には、どうだろう。ほとんどの人が、バッテリーを充電するのは当然だし、呼吸器の調子が悪くなってきた場合には修理を行うべきだ、と答えるのではないか。そう考えてみると、現在支持されている作為と不作為の区別に隠れているのは、人為的な生か自然的な生か、という別の区別なのではないか、とも思われる。あるいは、人為的な生は自然的な生より劣っているという考え、と言ってしまってもいいかもしれない。

⁸最終的に息を引き取る際には、モルヒネや精神安定剤によって苦しみを感ぜずに死ぬことになると言われている。（立岩 2004）

以上のように、作為と不作為が明確な差異を有するという理解は、いっぽうで様々な不合理を引き起こしている。

1. 5 二重結果の原則

二重結果の原則は、意図した結果と予見された結果を区別することによって、無危害原則に例外を与えようとするものである。一章で述べた、英国のコックス医師の例を思い出してほしい。想像を超える苦痛によって死期を早めてもらいたいと医療者に懇願する患者がいるとき、医療者が患者に塩化カリウムを注射したとする。この場合、医師は死を引き起こすことを意図したとして、無危害原則に背いたことになる。塩化カリウムは死を引き起こすのみで、苦痛を緩和する効果はないからである。しかし、仮にこの医療者が患者に対して、死期を早める危険はあるものの、優れた鎮痛作用のある薬物療法をおこなったとする。このとき、作為と不作為という区別では、いずれの医療行為も積極的に行われたものであり、作為的である。しかし、二重結果の原則という観点からみると、死は単に予見されていたに過ぎず、意図した結果はあくまで苦痛の緩和であるとして、この医療者の行為は容認される。

つまり、医療者は害を加えることを意図してはならないのである。たとえ、わずかな害を加えることによって大きな益が得られるとしても、それは変わらない。

たとえば、患者の意識を低下させる、鎮静という処置がある。鎮痛が苦痛の緩和をする処置であるとするれば、鎮静は苦痛などを感じる意識そのものの鮮明さを低下させる処置である。これによって、患者の意識が低下すると同時に、苦痛も緩和される。しかし、二重結果の原則からこの処置が否定される。意図しているのが意識の低下そのもので、その結果として予見されているのが、苦痛の緩和だからである。

意識を低下させる意図のある医療行為は認められない、という考え方がある。いっぽうで、死期を早める予見のある医療行為が認められていることは先に述べた。この二重結果の原則の解釈は、小さな害をなす意図よりも、大きな害をなす予見を容認する、ということになる。このように、二重結果の原則は使い方によっては危険な面を持っている。

1. 6 生命倫理の限界

医療者は、医療を行う際に原則となる生命倫理について学び、そして考えている。そして実際の医療現場にあたっては、自らの手を汚してもよいか、汚してはならないか、ということを考える。そして考え抜いた結果が、患者の要求と異なる場合がある。安楽死と呼ばれるケースにおいては、そのような「すれ違い」が問題になることを、確認してきた。

医療者は、患者が本当に望む治療を行う必要がある（あるいは、望まない治療を行わない必要がある）。そして、患者が本当に望んでいる医療行為が、ときに医療者の倫理から外れる場合がある。患者の最善の利益が、医療者の倫理に反する場合である。

どのような生が自然であり、どのような死が自然であるか、ということについて、本論文の問いに沿ったかたちでは、生命倫理は雄弁に語ってはくれないのではないかと私は思う。

2. 死の定義とリビング・ウィル

積極的安楽死をめぐるのは「人を殺してもよいか」、消極的安楽死をめぐるのは「人を死ぬに任せてよいか」ということが議論になる。ところで、ここで「人」といわれているのは、どのような状態の人を表しているのだろうか。

このときの「人」は、生物学的「ヒト」と同一ではない。ここで言われている「人」とは、人格 person のことであろう。人格とは、生存権などの道徳的諸権利を持つ存在のことを指す。ヒトと人格を混在し、あらゆるヒトが生存権を持つと考えると、大きな混乱を招く。例えば、ヒトの原初は、受精卵や胚である。そこから段階的に、ふつうわれわれが考えるヒトの形、つまり頭があつて、手足があつて、ゆりかごに収まる大きさに育つてゆく。ここで、ある程度の発達が進むと、その胎児は人格を持ったということになる。現在の社会慣習では、胎児が人格を有する時期は母親の妊娠中だと考えられている。胎児が人格を有しているのであれば、胎児を墮胎することは殺人になり、倫理的に許されない。国によって具体的な時期が決められているが、それはここでは問題としない。重要なのは、人格を持たないヒトは極めて当たり前のものとして存在しているということだ。⁹

人とヒトを分けるのは何であろうか。そこで、死の定義について確認する。人間が、人格を失ったヒトになったとき、その存在は死んだのだろうか、ということを考える。どの状態からその人間が「死んだ」と言えるのかを考える。

2. 1 死の定義

2. 1. 1 死を定義する理由

なぜ、「死を定義する」といった物騒なことが必要なのか。神様じゃあるまいし、そんなことできるものか、と思う。1968年、アメリカ・ハーバード大学医学部の、脳死の定義検討のための特別委員会は、不可逆的昏睡の判定基準を定めた。一般的にハーバード・レポートとも呼ばれる、脳死に関する判定である。「脳死」という新たな死の基準の制定が避けられなくなった理由は、「第1に、いつまで続くか分からない昏睡という重荷から、患者、親族、医療資源を救うこと。第2に、移植のための臓器の入手についての論争を終わらせることである」(H. Jonas 1988=1980:223)であるとされている。

第2の理由については、ここでは深入りしない。ただし、「脳死」という考え方が、臓器を使いたい人たちの考えによる定義という側面もあるということは、気に留めておく必要があるだろう。私が疑問に思うのは、第1の理由である。「いつまで続くか分からない昏睡」は、本当に重荷なのであろうか。医療資源、つまり社会の側にとっては、それが重荷となることはあり得る(あまり声を大にして言ってほしくはないことであるが)。そして、医療資源の問題は、患者と親族の死をめぐる関係の議論とはまた別の枠組みにあると思われる。医療資源を理由にして患者と親族の健全な死の受容を妨げることが許されるのかどうか、という議論は、ひとまず患者と親族にとって適切な死の受容とはなにかを考えてからでも

⁹ もちろん、どの段階でヒトは人格を持つか、という議論には諸説あるが、ここではあくまで現在の一般的な社会慣習を前提にして考えるにとどめておく。

遅くはないだろう。

2. 1. 2 脳死

死の定義として、脳死を検証する。脳死は、一般的に、脳の全体の機能が不可逆的に停止することである。つまり、脳の一部の機能のみが不可逆的に停止することもあって、それでは脳死とは言えない。

Green & Wikler (1988=1980) によると、脳には、大きく分けて二つの機能がある。一つは、意識と外界の認識の能力である（この部分を「上部」とする）。他方に、生体内部の恒常性の維持に寄与する、例えば呼吸のような、身体を統制する能力がある（この部分を「下部」とする）。この両方を失った場合、脳死という判定が下されることになる。¹⁰

つまり、脳死状態になると、下部の能力が不可逆的に失われるため、生命維持機が必要となる。もし患者が上部の能力を失っていても、下部の能力が残っていれば、それは脳死とは判断できない。脳全体の死ではないからである。この場合、意識はないものの、患者は自律的に生存し続けることになる。

脳死をめぐる問題の多くは、上部の能力が現存している可能性があるにもかかわらず、下部の能力が失われた場合に生じる。つまり、これは脳死以前の問題だと言ってよいだろう。上部の能力が不可逆的に戻らないということ、つまり脳死であるということを確定的に判断できるのかどうか、という問題がある。

この問題をめぐる議論は、以下の二つの立場をとることができる。まず、脳死という判断がなされて下部の能力だけを生命維持機で補っても、脳死において意識が戻ることはないのだから無意味な行為だ、と主張することもできる。医学的な判断を信頼すればそうなる。しかし、脳死と判断された患者は絶対に意識を取り戻すことはないのかということ、そうでもないらしい。定義上、二度と意識が回復しないことを必要条件に患者を脳死と判断することは前にも述べたが、そのことは、脳死と判断された患者が二度と意識を取り戻さないことを保証するものではない。医学的な判断そのものが間違っている可能性があるからである。そうなると、脳死という判断がされても、生命維持機で下部の能力を補うことが可能である限りは、わずかな望みを信じて患者の死を受け入れない親族がいるのは、納得がいく。これが二つ目の立場である。

言い方を変えると、患者の死は、二段階に分けて訪れると考えられる。人格の死（上部能力の不可逆的停止）、そしてヒトの死（下部能力の不可逆的停止）である。人格こそが人間の生を規定するものであり、人格を失うことがすなわち人間の死であると考えた人と、ヒトでさえあれば生きている人間と見做していいのではないかと考える人がいる。

したがって、死をどのように定義するかについて、医療側に一応の裁量が存在するものの、その定義をどのように受容するかは、人によって異なると言える。患者とその親族の関係性にも左右されるだろう。

¹⁰脳死と似たような概念に、植物状態と呼ばれるものがある。日本尊厳死協会が拠りどころにしている日本脳神経外科学会の1972年の診断基準によれば、日本ではわずかな意思疎通ができて、植物状態と判断される場合がある。一方で、英米では植物状態を自己や外界との意思疎通が全くできない状態だとされており、基準はあいまいである。本論文では「脳死」に統一して議論をすすめる。

2. 2 リビング・ウィル

リビング・ウィル (Living Will、日本尊厳死協会が定めるところの「尊厳死の宣言書」)とは、自分で自分の医療を決定する能力が失われた時のために、自律尊重に基づき、前もって将来の自分の治療を決定しておくことである。

なぜリビング・ウィルが必要かという点、上部の機能が停止するなどして、自分で自分の医療を決定する能力が失われた時に備えるためである。あらかじめ、健全な精神を有している時に、将来の自分の医療処置に関して、どの程度の延命がふさわしいのかを判断しておく。リビング・ウィルには、病床の本人に意思決定が出来なくなったときに、その決定に責任を負う者がいなくて困るといった事態を防ぐ狙いがある。患者本人によるリビング・ウィルがない場合、終末期の延命治療をどこまで行うかという判断について、親族が医療者に問われて、判断を下すことがある。このとき、本人の意思を尊重するため、親族の負担を減らすため、一刻を争うとき速やかに判断を下すため等といった理由で、事前の指示があれば都合がよいのである。

荒川(2008)によると、日本尊厳死協会が定める、患者が終末期以降において希望できる事項には、具体的な医療行為について、輸血の拒否、経管栄養の拒否、蘇生術の拒否などが挙げられている。これらの医療行為が必要となったときに、事前の指示に基づいて、患者を死ぬに任せることができるようにしよう、というのがリビング・ウィルの意図するところである。なお、これらの希望は、いざとなれば口頭でいつでも撤回、変更が可能であるべきである、とされている。

リビング・ウィルは、親族が患者の死を受け入れる際にも非常に重要である。患者の死について、少なくとも過去の患者の意思に沿った終末期を選ぶことができたという安心を、親族に与えることができるものだと思う。

2. 3 死の受容

この章のまとめとして、そして「はじめに」で述べた問いへの答えとして、私が考えたことを述べる。

医療者が死の定義を用意することは、患者の死を受容しなければならない親族や友人などにとっては大きな助けとなるだろう。また、患者が事前にリビング・ウィルを作成して、自らの死の判断について明確な線引きを示していれば、これも親族にとって頼れる指針となるだろう。

しかし、親族が考えている生と死の線引きは、これらとは別に存在している。おおまかには一致しているように見えても、生命に関する価値観が他者と完璧に一致するようなことはかえって珍しいはずだ。

したがって、医療者は患者を生き長らえらせる手術や、あるいは生命を長引かせないことを決める医療処置を行うときに、医療者側の持っている倫理を一方的に親族に押し付けてはならないだろう。大切なのは、医療者として信じている倫理がどのようなものであるか、親族に対して十分に説明し、その結果訪れるであろう生の延長や死の可能性についても丁寧に言及しておくことではないか。

また、リビング・ウィルにおいても、自分の死を受容して乗り越えていく存在(親族)

が自分とは別に存在していることを考慮しなければならないだろう。私は、本当の意味で死を受容するのは、本人ではなく、残される者であると考えている。もちろん、本人が望む最期を成し遂げることが優先されるべきであり、つまり自らの意志をきちんと伝えておくことが、リビング・ウィルに関しても必要だと考えるのである。

以上のことを念頭に置いて、事前に適切に対処していれば、何らかの医療行為の結果として存在している生について、親族が「不自然だ」と考えるケースを避けることができるのではないか。

つまり、なぜ「不自然な」生という言い方がされてきたかという、それまでの患者の生き方や信条と異なる生存のあり方がされているときに、親族からそれを指して「不自然である」という言い方がなされてきたのであろう。

3. 問題点の指摘

本章では、現在の安楽死をめぐる議論において、問題があると思われる箇所を指摘する。

3. 1 リビング・ウィルが規定する「健全な精神」

日本尊厳死協会が提唱するリビング・ウィルの決まりごとの一つに、精神が健全なときに書かれたもののみが効力を発揮する、とある。しかし、健全な精神というものがどのように存在しているのか、私にはよく分からない。病気や怪我をしていない、すなわち健康なときでも、人は様々な状況の中で、死にたいと思うこともあるし、生きたいと思うこともあるだろう（もちろん、自覚的ではないかもしれない）。そして、その両方をバランスよく行ったり来たりする状態こそが、健全な精神と言われる状態ではないか。そうすると、精神が健全な状態であれば必ず本人にとって合理的な決定が可能である、とは言えないのではないか。

健全な精神のとき（広く「病気になる前」と、「終末期の前段階の病床時」の二つの場合が考えられるだろう）に自分の終末期の生き死について考えるというのは、想像の域を出ない。まだ実際にその状態になっていないからだ。身体が健康な状態のときには、本当に悪い状態になったときのことは分からない。そのような想像は、偏見と思い込みに満ちていて、危ないだろう。そして、そのような無理矢理な想像によってあらかじめ自分の最期を決めておいてください、と言われても、私だったらどうしようもないし、お手上げだ。あらかじめ決めておくことが医療者や親族にとって好都合だと言われれば、仕方なく署名をすることもあるかもしれない。しかし、そのようにして行われるリビング・ウィルへの署名は、自分のことを自分で決めているんだ、という意志によってなされるものではないだろう。

3. 2 終末期において「尊厳」のある選択とは

医学の進歩や生命倫理学の論争によって、生と死の境界線がいくつも示されることにな

った。人格の死が患者の死であるとする人もいて、ヒトとしての死が患者の死であるとする人もいるであろうことを確認した。そんななかで、ある境界線を明確に支持することは可能であろうか。実際に自分が、あるいは自分と親しい人がその境界線に接近した時に、事前に考えていた境界線を譲らないことは可能だろうか。同時に、はたしてそれは正しいことであろうか。

複数ある生と死の境界線のうち、自分がどれを選択するかということは、一つの信条のようなものだろう。たとえばある人は、自分が認知症になったときに、大好きな妻の顔を忘れてしまう未来が想像できるとして、そんなことになったらもはや自分は自分でないから、今の自分は死んでしまったのと同じだ、と考えるとする。そして、そうしたときには無闇に生を引き延ばしてもらっては困る、そんなことは私の尊厳に反する、と言うでしょう。

このような希望を医療者が鵜呑みにすることは、患者の自律尊重にはならないだろうと私は考える。なぜなら、このような過去の希望は、むしろ現在の自分の自律を妨げることになる、と私は考えるからである。

たとえば、飛行機の機内食を選ぶとき、肉料理と魚料理では必ず肉料理を選んでいた男が、ある日を境に魚料理を選ぶようになったとする。かつてのこの男は、肉料理が大好きで、肉料理を食べるとき口中に広がるジューシーな肉汁を味わうことこそが人生の楽しみだと考えていたとする。肉料理が食べられない人生なんて、生きるに値しないと豪語していた。

しかし、今、彼は事実として魚料理を頼んだのである。なんらかの理由で、肉料理が好きではなくなったのかもしれないし、あるいは肉料理を食べることができなくなったのかもしれない。

私がこの男を想像して考えるのは、人は、自らの何らかの性質を変更することができるからこそ、その者として存在するのではないか、ということである。たしかに、それまでの人生は肉料理を食べることを至上の喜びにしていたかもしれないが、肉料理を愛していた男が魚料理を食べるようになるように、人は何か生きがいを失ったときに、また別の喜びを見出す。昨日まで、自分はこのような選択をして生きていくんだ、と固く決めていた信念を、あっさりと変えてしまう。そのことこそが生きることの喜びであって、人間の可能性ではないだろうか。

死者は、自分の性質について、もはや何も変えることはできない。死は、その者からあらゆる変更可能性を奪い、永久に性質を変えることを許さない。しかし、生きているうちはそれができるのだ。誰だって、明日突然愛している人を裏切ったり、いきなり世俗を絶って仙人になるべく山にこもって修業したりできる。周りの人から抱かれていた印象にとらわれず、自分自身のイメージを変革していくことは、人生の生きがいの一つであるようにも思う。

このような、前もって自分のことを決めておくリビング・ウィルの問題は、今の自分と過去の自分はどのように重なる存在なのかという、自己同一性の問題が大きく絡んでくるだろう。重なる部分が大きければ、前もって決めておいたことは自律に基づいた決定であると言えるかもしれない。しかし、一か月前の自分、あるいは一年前、十年前の自分と今の自分を比べたときに重なる部分があまりない場合には、事前の決定は患者の自律に背くことになるだろう。

私は自分の考えが変わりやすい人間であることを自覚している。そしてそのことは、誰にも文句を言われる筋合いはない。私には、今の自分のことを一か月前の自分が決めるといっただけで、恐ろしい気持ちがしてくるのである。

そう考えると、「尊厳死」などと言ったときによく耳にする「尊厳」とはいったい何だろう、とすら思う。大好きなごはんが食べられなくなったとき。大好きな映画が見られなくなったとき。自分の力でトイレに行けなくなったとき。もの忘れが激しくなったとき。自分はもの忘れが激しくなったということすらも忘れてしまったとき。自分が自分ではなくなったとき。こうしたとき、私の尊厳は失われてしまうのだろうか。

人間に何か尊厳というものがあるとすれば、私にとってそれは「私はこうでなければならない」という限定された可能性を超えていくことに他ならない。人間とはこうあるべきだ、という今までの自分が知らず知らずのうちに積み重ねてきた解釈を跳ね返すことである、と私は思う。それまでの自分ではなくなった自分を、なおも肯定していくこと。その「生というものに対する価値観」の変更が大きければ大きいほど、絶対的な変更不可能性を押しつけてくる死と対比されるように、鮮やかな生が浮かび上がってくるのではないか。

もちろん、そこまでして生にしがみつきたいという考えも理解できる。しかし、「尊厳」という言葉を、そちら（死に際して自分の価値観を硬直させてしまい、自分の生き方の変更可能性を諦めてしまう人たち）に渡したくはない、と思う。

3. 3 意識の断絶について

その者が生きているのか死んでいるのかの判断として「脳死」という考え方が使われることは先に述べた。つまり、死の判定に際しては不可逆的に意識が戻らないということが重要だと考えられている。ここでは、意識が戻らないのは不可逆的でなくてもいいのではないか、ということ述べる。なぜなら、意識が可逆的であっても、時間は常に不可逆的に流れているからである。

有名なカレン・クインラン事件では、二十一歳のカレン・クインランは1975年4月15日に昏睡状態となり、1976年5月22日に呼吸器が外されたものの、1985年6月13日まで生き続けることとなった。つまり、意識がない状態でほぼ十年間生き続けたことになる。

このとき、カレンがどのような状態で意識を失っていたか、そしてその意識が戻る可能性がどの程度あったかということは、問題にしない。むしろ、重要なのは、十年という長い年月に渡る意識の断絶だと思う。

突然だが、アインシュタインの脳は、いまどこかで保存されているらしい。アインシュタインは1955年に亡くなっているが、今、残された脳を使って、アインシュタインをもう一度再現することが可能であるとしよう。死ぬ直前の状態を再現することができて、なおかつ彼の死因とされている腹部動脈瘤の破裂を回避できた、と考えよう。

蘇ったアインシュタインにとって、この世界はどのように感じられるだろうか。きっと、浦島太郎のように感じられてしまうだろう。かつて彼が愛した妻のエリザはいなくなってしまったし、彼の異業から発展した理論物理学は後世、数々の発見がなされた。彼自身は変わってなくても、世界は変わってしまったのである。

仮に彼の脳から彼が生き返ったとしても、アインシュタインの生年と没年は(1879-1955, 2013-)と表記されるのがふさわしいように、私は感じる。六十年という歲月

は、やはり彼を一度断絶して、殺してしまっているような気がするのである。

カレン・クインランはどうだろうか。十年間意識が戻らないまま病院のベッドの上に眠っていても、その十年間を彼女は「生きていた」のだろうか。カレンの脳とアインシュタインの脳は、たしかにその状態において大きな差があった。いっぽうは温かな体温に包まれて、いっぽうはホルマリンの液体に漂っていた。しかし、いずれの脳も、外界と断絶されている点においては変わらなかったと言ってよいだろう。一切を認識していなかったのである。

意識の断絶、つまり世界からの断絶がかなりの期間を過ぎると、意識の持ち主の自己同一性も怪しくなってくるのではないか。われわれは、一日に5時間から10時間程度の睡眠をとる。われわれの社会は、個人の意識が二十四時間につきそのくらい断絶されることを前提として、成立している。十年間意識が戻らないというのは、87,600時間もの間、世界と断絶されることを意味する。その時間によって、時間の不可逆性が、クインランを殺してしまっていないか、と考えるのである。

「死」を定義する際に、意識の喪失が可逆か不可逆化ということが非常に重要であることは否定できない。しかし、単にそれだけでなく、長い期間にわたって意識が戻らないということが、その患者の人生にとってどのような意味を持つのか、考える必要があるだろう。

4. 結論

第三章において、死の受容をめぐる三つの問題点を指摘した。それぞれの指摘がばらばらな論点の提示に留まってしまったことは、筆者の力量が及ばない点であり、残念に思う。

第二章の終りに述べた、問いに対する結論を補強するものとして、第三章から考えられることをまとめたい。

第三章の一節では、リビング・ウィルについて「自分のことを自分で決めているとは言えないのではないか」と述べた。つまり、自分の最期を自分にとって都合が良いようにあらかじめ決めておく、ということが困難なのではないかと考えた。しかし、この場合でもやはり、親族に対して、自分の死を受容しやすくしておくことは、可能である。そのためにも、やはりリビング・ウィルは有意義なものだと考える。

二節では、「尊厳」とは現在言われているような「それまでの人間らしさを保って死ぬ」こととは異なるのではないかと述べた。しかし、患者にとっての（患者自身の）尊厳ある姿と、親族にとっての（患者の）尊厳ある姿が異なる点は、注意しておこうと思う。親族にとっては、以前と変わらない患者の生きる姿勢が保たれている状態こそ、尊厳が伴った状態である、と思いたくなるだろう。ここでも、問題となるのは患者と親族の違いである。リビング・ウィルの枠におさまらない、「自分は人間としてどのように生き、死んでいくことを望むのか」という対話が必要なかもしれない。

三節では、長期にわたって意識が断絶されることを「死」と捉えることはできないだろうか、と述べた。やや突飛な指摘となってしまった気がするが、どうしても述べたかった

ことは、「意識の喪失が不可逆であるかどうか」という基準で行う議論に、限界を感じたからである。しかし、例で示したアインシュタインとカレンの明らかな違いである「身体」の重要性については、別途考える必要があることを付け加えておく。

おわりに

終末期医療において「不自然な生」という考え方が生じるのは、親族が思い描いていた患者の望む生存のあり方と現状のズレにあるのだろう、と述べた。また、そうなることを避けるためには、親族が患者と、あるいは親族が医療者側と事前に十分に話し合い、治療方針について理解を深めることが重要であると述べた（第二章終節）。

さらに、親族と患者の関係性を形成するためにリビング・ウィルは手がかりとなること、それを踏まえたうえでお互いの死生観について親族と患者が対話を行うことも、親族の立場から患者の死を受容する際には重要であると述べた（第四章）。

以上が本論文の簡潔な結論である。

結論について、残された課題がある。

患者が、自分が病気であることを知り、いずれ死ぬのだということを実感しているときに、死生観やリビング・ウィルについて正面から考えることはかなりの精神力を要すると、川口（2009）は指摘する。誰もが、やがて来る自分の死を直視できるわけではない。そのような現実の状況に、どう対処していくかという考察が不十分であった。

また、身体の重要性や、脳死と自己同一性の関連性といった哲学的な問いについて、さらに考察を深めるべきであった。

参考・引用文献

清水哲郎, 2003, 「二重原則か均衡性原則か——終末期の鎮静をめぐる論争から」『モラリア』10, 1-20.

川口有美子, 2009, 『逝かない身体——ALS 的日常生活を生きる』医学書院

トム・L・ビーチャム他, 立木教夫他訳, 2009, 『生命医学倫理第五版』麗澤大学出版会

H・T・エンゲルハート他, 加藤尚武他訳, 1988, 『バイオエシックスの基礎』東海大学出版会

トニー・ホープ, 児玉聡他訳, 2007, 『医療倫理』岩波書店

立岩真也, 2008, 『良い死』筑摩書房

立岩真也, 2004, 『ALS 不動の身体と息する身体』医学書院

村田喜代子, 2012, 『あなたと共に逝きましょう』朝日文庫

村松聡, 2001, 『ヒトはいつ人になるのか 生命倫理から人格へ』日本評論社

荒川迪生, 2008, 『尊厳死の論点 リビング・ウィルを検証する ～すでに死期が迫っている状態と持続的植物状態～』日本尊厳死協会東海支部岐阜研修会

秋山龍彦, 2002, 『新版 自己決定と死ぬ権利』東海大学出版会