

就任講演

終末期患者の倫理問題 — 延命治療の停止をめぐる —

澤田愛子

富山医科薬科大学医学部看護学科成人看護学教室

はじめに

この国でも最近になってようやく、終末期患者のケアに関心が集まるようになってきた。そしてより良い末期医療を実現するためにいろいろな手段が考えられる中で、不必要な延命治療を停止して安らかに死なせることに、社会の注意の眼が注がれている。いわゆる「尊厳死」の問題が広く注目されるようになってきたのである。しかしこの問題が人々の関心を引き寄せている一方で、そこに内在する倫理的問題が議論されることは意外と少ない。「尊厳死は良いことだ」という社会的風潮に押されて、安易に事を進めてしまうには、本問題はあまりにも重大かつ深刻な倫理問題を内包しているように思われる。なにしろ一人の人間の生死がかかっている問題なのである。

本稿の主な目的は、尊厳死思想に含まれる倫理的問題点を明らかにし、治療停止が許容される場合の条件を提示することである。そうしながら筆者はここで、尊厳死の真の意味についても再考してみたいと考えている。本稿が尊厳死をめぐる悩む多数の医療関係者や患者本人および家族に、一つの指針を与えるものとなれば幸いである。

「尊厳死」の概念が生じてきた背景

「尊厳死」が内包する問題を考えてゆく前に、この概念の生じてきた背景を簡単にみておこう。

「尊厳死」という言葉が生まれたのはまだ最近のことであるが、一方、「安楽死」という言葉は古代ギリシャの時代から存在した。「安楽死」

(euthanasia) という語はもとはギリシャ語の $\epsilon \upsilon \theta \alpha \nu \alpha \sigma \iota \alpha$ より来ており、「良い死」とか「安らかな死」を意味していた。「安らかに死にたい」という願望は時代や民族の差異を越えて人類共通の願いなのである。この語が、病苦から患者を解放するために毒物を投与して死なせる意味で用いられるようになったのは19世紀になってからであったが、周知のようにこの語をナチス・ドイツが悪用し、弱者の虐殺の口実に用いられるようになって以来、この用語の使用をめぐることは、絶えず強い警戒感がつきまとってきた。しかし、病苦を恐れる人々の願望には強いものがあり、今世紀初頭より始まった安楽死運動は戦後も着実に広がっていった。ここで、安楽死運動というのは、主として安楽死の合法化を目指す運動のことをいう。激しい病苦に悩むひとに毒物を投与して死に至らしめても（それを厳密には積極的安楽死と呼ぶ）、罰を受けないための法律を作らせようという運動なのである。だが、この合法化運動は最近までことごとく失敗し、ごく一部の国を除いて、現在も安楽死を合法化した国や地域はほとんど存在しない。

この例外的なごく一部の国というのは、オランダとオーストラリアである。まずオランダについて述べよう。1993年11月わが国のメディアは、「オランダで世界最初の安楽死法が成立した」とセンセーショナルに報じたが、これは正確な表現ではなかった。安楽死を容認する法律が新たに制定されたのではなく、安楽死や自殺幫助を禁止する刑法はそのままにして、代わりに遺体処理法を改正することによって、医師が安楽死を実行した場合に詳細な事後報告をさせて、チェックしようとしたのである。事後報告を要求される内容には、患者の病気の経過、患者の意

思の有無、同僚の医師との相談内容、死に導いた手段等が含まれ、この報告をもとに検察官が起訴か不起訴かを決定するのである。この場合、最も重要なのは患者の意思であり、それが無い場合には起訴される確立が高くなるものとみられている。

したがって、遺体処理法の改正の真の狙いは、むしろ先行する安楽死の現実に法の歯止めをかけようとしたものであったとする見方も出ている。事実、オランダでは安楽死が日常のように行なわれており、政府の委託による専門委員会（ヨハン・レメリック委員長）が91年9月にまとめた報告では、オランダの最近の死亡13万件のうち、3300件が安楽死によるものであったという。このうち1000件は本人の意思によるものでなかったというから、空恐ろしさを感じる。（読売新聞、93年7月7日付朝刊）だからこうしたケースでは、法改正の後には医師が法的責任を問われる確立が高くなるわけで、確かに今回の法改正では、歯止めの効果も期待できよう。しかし起訴を免れるケースでは、結局、法的に安楽死が容認されるということにもなり、この意味では、安楽死の合法化が実現したといえなくもない。

次にオーストラリアの場合をみてみよう。1995年5月に北部準州が激論の末、安楽死を容認する「終末期患者の権利法」を議会で可決し、96年7月から施行された。この場合にも当然のことながら容認のための条件が厳しく定められている。即ち、1. 患者の自発的申し出と署名があること。2. 対象は治療不能の末期患者であること。3. 主治医の他、専門医と精神科医の同意署名があること、等々である。（朝日新聞、96年9月27日付朝刊）これらの要件を満たしたケースでは法的責任が問われないというもので、既にこの法律によって安楽死の実施も報告された。しかしその後反対派の動きが活発化し、97年3月にこの法律は連邦議会によって、結局廃止された。

これ以外の国では、アメリカのオレゴン州が94年11月に住民投票で「オレゴン州尊厳死法」（内容は積極的安楽死に相当する）を可決したが、反対派が裁判所に提訴し、95年8月に違憲の判決が下って、この場合も合法化は失敗に終わっている。

以上のように安楽死の合法化をめぐるのは、ナチスの蛮行を引いてくるまでもなく、なかなか厳しい

現実が世界には存在する。死苦からは解放されたいが、いったんこれを認めてしまうと、次に何かとんでもない事が起きてしまうのではないかといった懸念が人々の間に根強くあるからであろう。それに安楽死運動は1970年代に入った頃より、延命治療の停止を求める運動へと一部衣替えをしながら発展していったこととも関係していることだろう。

この頃より、医療の世界は延命治療の著しい進歩によって、新たな難題に直面しなければならなくなっていた。即ち、生命維持装置を装着し続けられずと生きることになる植物状態患者の運命に関する問題が生じてきたのである。日常生活動作は全面的に他者に依存しなければならず、しかも、他者との最小限のコミュニケーションも持てないままに生き続けることになる人々の存在。はたしてそういう状態で生き続けることが人間の尊厳にかなったあり方なのであるか。むしろ生命維持装置を外し、自然に死なせてやることの方が人間的なあり方ではないのか。こうした問題意識のもとに、「尊厳死」(death with dignity) や「死ぬ権利」(right to die) といった概念も生み出され、これまでの安楽死運動は尊厳死運動へと一部姿を変えて進展してゆくことになったのである。

ここで尊厳死の問題を初めて人々に考えさせる契機となった出来事がカレン・クインランの裁判であった。1975年4月、21才のカレンは友人の誕生パーティで、ジンを飲んだ後に睡眠薬を服用し、昏睡状態に陥った。異常体質であったのだろうか。運よく一命はとりとめたが、その後植物状態になってしまった。両親は悩んだ末、娘が植物状態で生きるよりは人間らしく死ぬことを望み、病院側にレスピレーターの除去を求めたが、反対されて裁判となった。裁判は結局両親側の勝訴に終わり、76年5月にレスピレーターは除去された。しかし奇跡的にもカレンは自力で呼吸を始め、彼女はこれまで通りケアを受け、85年に自然に息を引き取った。

カレンの裁判は多数の人々に強いインパクトを与えるものであった。カレンの問題では、本人の意思が不明であったことにより問題が複雑化したとの認識が生じ、その後アメリカではリビング・ウィル（生前発効の遺言書）を残す動きも活発化していった。こうして1976年には世界で初めてカリフォルニ

ア州で自然死法が制定されるに至った。これはリビング・ウィルを柱に自然な死に方への自己決定権を認めたもので、その後同種の法律は全米に広がっていった。

この尊厳死運動は植物状態患者ばかりではなく、癌末期患者の延命治療の停止による自然な死の実現といった願望をも包含しながら広がっていった。この背景には、末期医療への関心の高まりと共に、末期患者への過剰医療がかえって安らかな死を阻害し、患者の人間性を損っているという厳しい批判が存在したことはいうまでもない。医学の使命はもちろん人々の生命を救うことであり、延命への努力は尊いものであるが、死が避けられない人々の最善の利益はもっと別のものではないか。それをかなえることも医療者の任務でなければならないといった論調がさかんになってきた。延命の代わりになすべきことは苦痛、特に疼痛の除去である。これをしっかりとすれば、積極的安楽死等も必要ではなくなる。こうして尊厳死運動は特に医療の発達した先進国において、従来の安楽死運動にとって変わる運動としてその裾野を広げてきたのである。

最近のわが国の動向

わが国でも安楽死問題は昔から人々の関心を引き寄せてきた。文学（森鷗外『高瀬舟』等）でも取り上げられたり、幾つかの事件（成吉善事件、山内事件等）は社会的な注目を喚起した。しかし人々の関心は今日、わが国においても積極的安楽死から尊厳死の方へと移ってきている。1976年に発足した日本安楽死協会も83年に日本尊厳死協会へと名称変更を行なっている。この協会は現在、「尊厳死のための宣言書」と名付けられたリビング・ウィルを広める運動を展開し、尊厳死の法政化へ向けて活動を進めている。

その宣言は主に1、不治の病で死期が迫っている場合には、一切の延命措置を断る。2、ただし、苦痛緩和の処置は最大限実施してほしい。3、数カ月以上にわたって植物状態になった時には、一切の生命維持措置をやめてほしい等の3つの骨子からなり、これにその他として、自分の望みを自由に書き加えているという。現在この宣言書を持つ会員が全国で

7万5000人（96年8月現在）いるといわれ、末期医療への関心が高まる中、尊厳死を願う人々の意気はわが国でも盛り上がりを見せていると見るべきであろう。日本医師会の生命倫理懇談会が90年に、また日本学術会議が94年に条件付きで尊厳死を容認したのも、このような世論の高まりを背景にしてのことであった。

このように尊厳死の社会的関心は現在高まっているのであるが、しかし尊厳死の「あり方」をめぐる議論になると、この国ではこれまでほとんど高まったことがなかったといってよいだろう。少し考えれば、「尊厳死」の中にも問題は山積しているのであるが、ただ、「延命治療をやめるのは善である」という主張のもとに、煩雑な倫理問題は不問にされたまま、すべてが尊厳死という美名のもとに包み込まれてしまう傾向にあったし、現在もそうである。筆者はこうした風潮に懸念を感じている。

わが国で論争が活発化する時といえ、たいいてい安楽死まがいの派手な事件が発生する時である。最近生じた2つの事件について、周知のことと思うが、簡単に触れておこう。

1つは東海大事件である。これは91年4月に東海大付属病院のT医師が、昏睡の末期多発性骨髄腫の男性患者（52才）に、家族から、「早く家に連れて帰りたい」と言われて、塩化カリウムを注射し死亡させたという事件であった。事件は内部告発によって発覚し、T医師はその後起訴され裁判になったが、95年3月に横浜地裁はT被告に懲役2年、執行猶予2年の判決を言い渡した。同時に裁判長はこの時、安楽死が起訴を免れるための4つの要件を提示した。これらの4要件とは、1、患者に堪え難い激しい肉体的苦痛が存在すること。2、患者の死が避けられずかつ死期が切迫していること。3、苦痛を緩和するための方法を尽くし、もはや代替手段が無いこと。4、患者本人が安楽死を望む意思を明示していること等々である。（朝日新聞、95年3月29日付朝刊）これら4つの要件が揃った時に、安楽死をさせた人は刑事訴追を免れ得るのだという。したがって、事件は患者が昏睡であったことから、第1要件が認められず、かつ本人の意思も不明であったために第4要件にも合致せず、結局安楽死とは言い難いということの有罪となったのである。だが本事件の背景に

は、わが国の末期医療の貧困や大学病院の医療体制等々の問題もあったとして、量刑は比較的軽いものとなった。

もう一つは京北病院事件である。これは京都の町立国保京北病院で、96年4月27日、胃癌末期でこれまた昏睡に陥っていたが激しい痙攣も伴っていた48才の男性患者に、長年患者を知っていたという院長が患者のそうした状態と泣き叫ぶ家族の様子にがまんできず、独断で筋弛緩剤を注射し死亡させたという事件であった。本件も内部告発によって発覚し、現在警察によって取り調べが行なわれた結果、この件もその後、起訴されるに至っている。院長は病院の院長職を解任されている。

これらの2つの事件は厳密には安楽死事件であるとする言えない事件であるが、共通点も多い。患者の意思が不明のまま医師が独断で致死薬を投与したという点、しかも他の医師は一切相談しなかったという点、看護婦の反対を押し切った点、患者が昏睡状態で苦痛を感じていなかったとされる点等々である。

これらの共通項から、わが国の医療のさまざまな問題点が見えてくるが、とりわけ、末期医療の貧困や患者の意思を不在にしたまま実施される医療体制の問題点が透けて見える。これらについて事件直後にはさかんに論じられたが、いつものように議論は数ヶ月もたたないうちに立ち消えとなってしまった。残念なことである。

ましてや、治療停止のような消極的な手段による死となると、前述したように、際どい事例も論議されぬまま見過ごされてしまう傾向にある。だがこれでよいのだろうか。本稿では主として我々の社会の日常的問題となってきた尊厳死（延命治療の停止）に焦点を絞り、今後論議を喚起する意味でも、問題点を整理してみたいと思っている。

考察の必要な問題点

1. 積極的安楽死に関して

尊厳死の問題点を考察する前に、積極的安楽死に関して簡潔に私見を述べてみたい。これは病苦に苦しむ人を病苦からの解放を願って毒物で死なせることであるから、一般の人々の抵抗は大きい。厚生省

の調査で安楽死や尊厳死に関心があると答えている82%の人のうち、大多数は積極的安楽死が認められないと応答している。（朝日新聞、93年8月5日付朝刊）人々の素朴な感性はいったんこれを認めてしまえば、恐ろしいことが起こりかねないと、直感しているのであろう。

しかしやむを得ず許容される場合もあるのだろうか。東海大事件の判決で示された4要件が揃えば許されるのだろうか。いや、これは安楽死を許す場合の要件を提示したのではなく、やむ得ない場合の訴追を免れるぎりぎりの線を示したものにすぎないであろう。だが、この4つの要件を全部満たすことは現在きわめて困難である。鎮痛医学の発達によって、死ななければ逃れられない苦痛の存在は現在ほとんど無くなったと言われている。オランダで認められている精神的苦痛も要件の中に入れてしまうと、もはやそれは安楽死の範疇に入れられるべきものでは無くなるだろう。横浜地裁の要件が苦痛を身体面に限定しているのは評価できる点である。

また、「本人の意思の明示」に関しても、現実にはそれを得るのはきわめて困難である。この意思は判断能力を有する人のものでなければならないが、末期の苦しむ人に明晰な判断力は期待できない。そうなる前にリビング・ウィルで示しておくことも可能であるが、後述する予定だが、事前の意思にはさまざまな問題点も含まれている。それにその内容が積極的な手段の指示となると、実践するのに大きな抵抗感を伴う。

以上のような理由によって、現在、安楽死事件が訴追を免れるケースを想定するのはきわめて困難である。末期医療を徹底することによって、そのような事件を未然に防いでゆくことこそ倫理にかなったありかたであろう。

2. 尊厳死（治療停止）に関して

積極的安楽死が許されないとしたら、不治の患者に延命治療を停止して自然な死に導く「尊厳死」（この呼称が適切か否かは後述する）であれば、倫理的に認められるのであろうか。現在、多数の人々は不治の病に苦しむ病人の延命治療の停止を、「善である」と捉えている。尊厳死の概念は既述したように、先進国における過剰医療の反省から生まれて

きたものであった。確かに、余命幾ばくも無い人々が何本もの管を体に挿入され、不必要に苦しむ姿を見ると、そのようなあり方が人間の尊厳に反するという見解は十分に理解できるところであり、正しい認識であるというべきだろう。だが、世の中全体が、「延命治療をやめるのは良いことだ」と大合唱しているかのような最近のわが国の風潮に出くわすと、筆者等は不安な気持ちが生じてくるのを押さえることができない。「尊厳死」という美名のもとに、まだ回復の可能性のある人の治療が停止されたり、社会的弱者と見られる人々の死期が調整されるような事態が起こるとしたら、高齢社会のこの国の未来はどうなってしまうことかと心配でたまらないのだ。将来に禍根を残さぬためにも、「尊厳死」が内包する幾つかの倫理的問題を今検討しておくことは益の無いことではなかろう。筆者は無駄な延命治療を停止するという線には基本的に賛成しながらも、それにはこれから述べる倫理問題を考慮しながら慎重に進められるべきであると考えている。今後の議論の喚起を期待して、ここに幾つかの問題点を提示し考察してみることにしよう。

1) 回復不能期をめぐる問題

最初は回復不能期をめぐる問題からみてゆきたい。患者が医学的に回復不能に陥ったら、延命治療を停止しても倫理的に咎められない。この考え方には現在ほぼ社会的な合意が存在する。1981年の世界医師会における「リスボン宣言」や、83年のアメリカ大統領委員会の総括レポート、また80年の「安楽死に関するバチカン宣言」でも、それを認める声明が出されている。だが、いつの時点をもって医学的な回復不能期とするかに関しては、いかなる詰めも行なわれてはいない。それは医師の判断に委ねられているのが現状だろう。しかも、その判断が単独による場合も少なくはない。そうすると、ここで個々の医師の価値観や能力に左右される場合も生じてくることだろう。しかし人間の生死が、このような曖昧な基準によって左右されてもよいのだろうか。あきらめの早い医師によって、まだ生きられる生命の短縮が行なわれるとしたら問題は重大である。脳死の診断に不可逆性の判定基準があるように、回復不能期の医学的基準も、困難な問題はあるが、詰めておく

必要はあるであろう。そして判定には、複数の医師の所見も義務付ける必要がある。

2) 通常の治療手段と法外な治療手段

教皇ピオ12世は在任中、「生命を維持するために義務付けられる手段は、あくまでも自然な形を取った通常的手段でなければならない。この通常的手段には、自分と他者に対するいかなる重大な負担も含まれない¹⁾」という有名な言葉を残している。しかしここで問題なのは「通常」と「法外」を区別する尺度であるが、これが実に曖昧になりやすいことである。人は自らの欲さない治療を「法外」という傾向にあるし、この「法外性」は時代と共に変化してゆくものであろう。ボック (Bok, S) は法外性の基準として、単に死の過程を引き延ばすだけのものや、実験的で高価な治療等をあげており、この基準はまた、患者の置かれた状況によって変化し得るものであるとしている²⁾。

このようにピオ12世の指針は概念としては有益であれ、実際の適用にあたっては困難を伴うものである。しかし治療停止を考えてゆく時にはやはり考慮されねばならない問題であろう。間違っても通常な手段が、患者を愛さない家族や経済的な困窮によって法外な手段とされてはならない。そのために医療者は注意の眼を常に向けている必要がある。

3) 疼痛緩和に関して

3番目に疼痛緩和の問題を考えてみたい。末期患者に対する疼痛の緩和は、延命治療の停止と共に末期患者の安らかな日々と死を保証するものとして、尊厳死を実現するための重要な柱として提示されている。そして末期癌患者の激痛を取るためには、時には、薬物の過剰投与も必要とされることがあるかもしれない。しかし薬物の過剰投与が間接的に死を早めることがあるとしたら、それは倫理的に許されるのであろうか。

この問題を解決するためにはカトリック倫理学のいわゆる「二重結果の原理」(principle of double effect)が役に立つことだろう。即ち二重結果の原理とは、次の4つの条件下でのみ悪い結果も予測される行為をなすことが許されるというものである。つまり4条件とは、1、行為自体が善であるか、少

なくとも倫理的に良くも悪くもないこと。2, 悪い結果が直接意図されてはならない。ただ許されるのみである。3, 良い結果は悪い手段を通してであってはならない。4, 悪い結果が生じるのを許すためには、そこに釣り合いの取れた重大な理由が無ければならない。以上である³⁾。

今、末期患者の激痛を取るために大量の鎮痛剤が投与されたとして、この原理を適用させて検証してみよう。鎮痛という行為自体は善であり、たとえそれによって死が早められたとしても、そのことが直接意図されたわけではなく、予見されるのみであり、鎮痛の手段は注射か経口薬によるもので悪い手段とは言えず、結果として死が早まったとしても、それと釣り合った重大な理由があったからであり、大量の鎮痛剤の投与は倫理的に許容され得るということになる。だが、直接に意図することと予見することとにかなりの相違があるのかといった疑問もあり、問題は複雑である。もし薬物の大量投与によって死がすみやかに来るとしたら、それはもはや意図的な範疇に入れられるべきであるとの見解も存在する。そのあたりの識別は困難な問題もあるが、鎮痛剤の問題を考えるときには十分注意する必要がある。だが、現在ではモルヒネは医師がその使用法に習熟すれば、死を早めることなく鎮痛効果が得られるとされており、医師の知識や技術が確かなものである場合には、こうした倫理問題は起こり得ない時代になってきている。

4) 本人の意思の確認の問題

安楽死や尊厳死の問題で倫理的にその妥当性が最も問われるのは、本人の意思が存在するか否かといった問題である。既述したように、積極的安楽死の場合でも本人の意思によるものである場合には、起訴を免れる場合が多い。だがここで問題なのは、末期状態で人間の清明な意思の表示が得られるか否かといった点である。積極的安楽死の場合にはそれがきわめて困難であった。一方、尊厳死の場合はどうか。この場合、事態は前者ほど切迫してはいないので、判断力を伴った意思表示は可能であるともみられている。しかしそれでも心身の平靜時とは異なり、意思の確認には困難を伴う。それにわが国には病名告知の問題もある。

だから、健康時から自分の末期のありようをリビング・ウィルとして書き留めておくことが推奨され、アメリカでは多数の州がそれを法制化し、法的な有効性を付与しているのである。

しかしこのリビング・ウィルにも欠点が色々と指摘されている。人間の気持ちは変化しやすく、健康時に考えたことも末期になって変化するかもしれない、また健康時に想像で書くことが現実の場面ではそのまま使用できないことも多い等である。そのためアメリカでは、リビング・ウィルの有効期限を5年としたり、末期と診断されても、2週間は書類に署名ができない等さまざまな工夫の跡がみられる。わが国も、ただリビング・ウィルが必要だとアピールする時期を過ぎて、今は、よりその時の本人の意思に近い内容のものにするために、どんな工夫が必要か等の議論をする段階に来ているように思われる。現行の日本尊厳死協会の宣言書も最良のものであるとは思われない。今後この問題でも、議論の深まりが必要であろう。

ところで、意思決定をめぐってはさらに困難な問題がある。本人の意思が不明のまま患者が意識を喪失した場合には、代理意思決定が認められるか否かといった問題である。カレン裁判やクルーザン裁判が長期化したのもこの点で争われたからである。アメリカでは代理意思決定が認められている州と認められていない州があるが、認められていても本人の最良の利益の代弁者となると、またむづかしい問題を提起している。家族が必ずしもふさわしいとは限らないからである。

一方、わが国ではこれまでこの問題が真剣に論じられてきたことはなかった。医療における意思決定は本人を除外して、家族と医師の間でなされることが多かったために、患者が判断能力を喪失した場合もほとんど問題にならなかったであろう。しかし患者本人の意思が重視される現代、この問題も徹底的に議論して詰めておく必要がある。意思決定における安易な家族中心主義は再考される必要がある。

5) 水分と栄養補給の問題

5番目に考えてみたいのは、末期患者や植物状態患者の延命治療の停止に水分や栄養補給の停止も含めるか否かといった問題である。わが国では、この

問題もほとんど議論されてこなかったが、アメリカではクルーザン裁判を契機に活発に論議されるようになった。

ナンシー・クルーザンの裁判では、交通事故で植物状態になってしまった娘の水分、栄養補給器の取り外しをめぐる、両親側と病院が争ったのであったが、連邦最高裁にまで行ったこの裁判は結局両親側の勝訴に終わって、栄養補給器は除去され、ナンシーは死んだのであった。植物状態になって8年目のことであった。本事件は植物状態患者の死ぬ権利をめぐる全米中に大論争を引き起こし、人々の眼差しをむつかしい事例における生死の問題へと向けるのに貢献した。それまで自然死法を持つアメリカの州の多くは、治療停止の内容から水分と栄養補給の停止を除外してきたが、ナンシー事件を契機にそこにそれらを加える州も増加したと言われている。わが国の学術会議の声明も、栄養補給の停止を許容している。

しかしこうした見解ははたして倫理的に適切なのだろうか。癌の末期患者に人工栄養を続けることが苦痛になる場合に限り、栄養停止も許されるかもしれない。しかし植物状態の患者に栄養を与え続けることが本人達の苦痛を増強させるとはどうてい考えられないのである。それに、水分、栄養補給の停止は既述した法外な治療手段でもない。むしろこれらは最後まで続けられねばならないケアの範疇に入るものであると考えられる。少なくとも植物状態の患者には最後まで水分や栄養補給を断つべきではないというのが筆者の立場である。

6) 植物状態患者の尊厳死に関して

ナンシー・クルーザンの事例では、両親は娘が植物状態で生き続けることが娘の尊厳に反すると考えて、裁判に訴えて死なせる道を選択したのであったが、はたして本当に植物状態で生き続けることが人間としての尊厳に反する生き方になるのだろうか。中には植物状態を事前の意思で運命と受け留め、そのような状態になった時最後まで生き抜く道を選ぶ人々もいる。たとえ日常生活のすべてに援助が必要で、他者と言語によるコミュニケーションがとれなくても、そうして生き続ける人々の存在に励まされる人間は多いし、また愛する肉親にとってみたら、

言葉は喋れなくても、体を通して気持ちの交流だってできることもあるのである。

生命倫理学の領域にはパーソン（人格）論と呼ばれる独特の学説があり、それによれば、認識力や理性能力のある人間だけが生きる権利を所有しているのであるという。ことに、フレッチャー（Fletcher, J）は子宮内の人間以下の生命を終わらせることは倫理的であるとして中絶を問題外とし、同様に認識や理性を喪失した植物状態患者の生命を終わらせることも倫理的に許されねばならないと述べている⁹¹。エンゲルハート（Engelhardt, H. T.）の場合にはもう少しトーンが柔らかくなるが、それでも、自分が自分の生命の質（QOL）を低く判断した場合には自殺は自由であり、我々の関心は厳密な意味でのパーソンに向けられるべきであって、治療に関するコストは恩恵（beneficence）の義務に勝るものであると断じている。したがって、QOLの決定のための算術とは、治療の成功の機会と結果の質と生命の長さを掛けたものをコストで割ることであるが、その答えによって恩恵を施す強さも決まってくるのであるという⁹²。つまりはQOLの低い状態で生きていても、かえって人間の尊厳に反することになるというのが彼等の考え方である。QOLという用語は、概念規定もなされないまま、現在さまざまな意味で用いられているが、時には生命の値ぶみと結び付く毒を含んだ言葉であることを心しなければなるまい。

理性の存在は確かに重要であるが、それだけが人格を特徴づけるものでもなかろう。人間の存在はもっと神秘のヴェールに包まれている。どのような生命であれ、人間の生命には質の高低等あるはずもない。治療停止の理由に、生命の質が人間以下になってしまったという理由が決して上げられてはならない。治療停止が倫理的に許されるのは、不治の末期患者だけであり、植物状態患者は末期ではないために決してその範疇には入らないだろう。それに、人間の脳の機能に関しては未だ不明の点も多く、将来どんな奇跡が起こらぬとも限らないのだ。

以上の理由により、筆者は植物状態の人々の安易な尊厳死には反対である。たとえ本人の意思が事前に明示されている場合でも、それは慎重に扱われるべきだろう。植物状態の人々に安易に尊厳死が許されるようになれば、その論理は容易に拡大解釈され、

痴呆老人等もその対象とされる日がやってくるかもしれない。しかしそれは絶対に避けねばならぬ線であろう。危険な滑り坂を我々は防がねばならない。

延命治療の停止が許容されるための倫理的条件

植物状態の患者への延命治療の停止は容易には許されないというのが筆者の考え方であるが、末期癌等の患者の場合には、以上上げた問題点がよく論議され次の条件が守られるのであれば、許されなくもないというのが筆者の立場である。以下に筆者の考える末期患者の延命治療停止のための条件を私案として提示しよう。

1 まず、いかなる手段を講じても、現代の医学では回復の見込みの無いことが医学的に証明されなければならない。これが第1条件である。この場合、既述したように、回復の不能期をめぐって医学界で共通の基準を作成しておくことが望ましいと思われる。そして判定には複数の医師が当たるものとする。

2 次には、延命のための治療を続けられれば、患者の心身の苦痛がいつそう増すことが予測されなければならない。これが第2条件であるが、この場合にも複数の医師の判断が必要である。

3 第3条件は、治療を停止するのは、患者の人間性に尊敬の念を抱きどうすればその人の生命を最も大切に扱うことになるかを考えた結果であって、間違ってもその人のQOLが低くなったからであるとか、生きるに値しなくなったからという理由であってはならぬということである。

4 第4条件は、治療停止といっても、一切をやめることであってはならぬということである。ここで停止できるのは積極的な手段であって、最期の日々を充実させるのに必要な処置はすべて講じられなければならない。

5 第5条件は第4条件と同一線上にあり、治療が停止されても一切のケアは最期まで手厚く続けられるべきであるということである。この中には当然、水分と栄養補給も含まれる。最期の時に静脈栄養が肉体的苦痛を増す時に限って、その除去は倫理的に許容されるだろう。

6 第6条件は、意思決定の前提となる情報が患者の家族にはもちろんのこと、何よりも本人に与え

られるべきであるということである。病名告知等の困難な問題も存在するが、可能な限りの情報はこの種の決定には必須であろう。

7 そして最後はきわめて重要な意思決定に関する条件である。患者本人の明確な意思の存在が前提とされる。それにはリビング・ウィルを改良して、実際末期状態に入った時の意思が最も反映されるようにすべきであろう。そしてできれば、家族と医療スタッフもそれに同意することが望ましい。わが国の精神風土にあっては、合意の形成が重要であるからである。ただし、関係者は本人の意思を最も大切にすべきである。

本人が判断能力を喪失した場合には、ふだんの患者の意思を最もよく知る人（本人と遺産相続等の利害関係が直接無い人が望ましい）を中心に、関係者で話し合い合意を形成したらよい。ただし、そのような人が得られない時には、治療の停止を決めないほうが患者の利益にかなうだろう⁹⁾。

以上の7つの条件が満たされる場合に限って、末期患者の延命治療の停止は倫理的に認められるものとなろう。現在、医療の現場で家族と医師の話合いで何となく決まってしまうように思われる延命治療の停止が、今後は以上のような条件下で慎重に進められてゆくことを希望してやまない。

おわりに

以上主として尊厳死の概念が生じてきた背景を安楽死との関わりの中で概観し、さらにそれが包含する主な倫理問題と延命治療の停止が許容される条件等について考察してみた。最後にぜひとも一言だけ付言しておきたいことがある。それは、「尊厳死」という呼称に関する問題である。筆者はかねてより、末期患者等に治療をやめて楽に死なせる意味でのみこの呼称を用いることがはたして適切であろうかと疑問に思ってきた。なぜならそれ以外の死に方は、自らの選択によるものであれ、「尊厳死」ではなくなってしまうからである。筆者は人間の死はある意味で、みな尊厳に満ちたものと考え。かけがえの無い一個の生命の終末である。それが尊厳に満ちていないはずが無い。欧米諸国ではもはやこの呼称は用いられなくなりつつある。延命治療の停止を中心

に据えるのであれば、これも問題はあるが、むしろ「自然死」と呼んだ方がまだ良いのかもしれない。

真に「尊厳に満ちた死」とは、死に至るまでの生き方がむしろ問われる事柄ではなかろうか。良き死の準備のためにその人らしく最期まで生き切ることこそ、真の尊厳死への道ではないのか。たとえ延命治療の道を選んでも、植物状態で生き続けることを望んだとしても、その人に与えられた使命を尽くして生き切り最期を迎えるのであれば、これらはみな尊厳死に値するものであると筆者は考える。大切な点は、各自が自分なりの生の頂点（即ち死）をどう迎えるかであり、自分の生命を大切に人生の歩みを完成させることこそ尊厳ある死への第一の道である。

文 献

- 1) Pope Pius XII: Acta Apostolicae Sedis, 49, 1957.
- 2) Bok, S.: Euthanasia and Sustaining life: Ethical Views. In: Encyclopedia of bioethics Vol.1, 2 (Reich, W. T. ed.): 271 The Free Press, New York, 1978.
- 3) Bok, S.: Euthanasia and Sustaining life: Ethical Views. In Encyclopedia of bioethics Vol.1, 2 (Reich, W. T. ed.): 273 The Free Press, New York, 1978.
- 4) ジョゼフ・フレッチャー：倫理学と安楽死。バイオエシックスの基礎（HTエンゲルハート，Hヨナス，加藤，飯田 編訳）：140 東海大出版会，東京，1983.
- 5) Engelhardt H. T. Jr.: The Foundation of Bioethics. 310-311. Oxford Univ. Press, New York, 1986.
- 6) 澤田愛子：尊厳死とリビング・ウィル。死の変容（河合隼雄，柳田邦男編），139-142. 岩波書店，東京，1997.