

堀田義太郎

## 1 死に向かう圧力

1991年、当時の日本尊厳死協会常任理事だった廣瀬勝世は、朝日新聞のインタビュー記事のなかで、尊厳死協会の会員に「女性の会員が多いそうですね」という記者の問いに答えて次のように述べている。

「全体の65%強が女性で、60歳前後の方が多いですね。世界中、女が多い。そこにこの問題の大きなテーマがある。男性は母親や奥さんに守られているから、自分は世話をしてもらえると思っている。私は戦前から女性犯罪の精神医学的研究をし、女子刑務所を訪ねて殺人罪の受刑者と話してきました。病弱な娘が年老いた親の世話をしきれずに殺すケースがありました。当時は30代の娘に60代の母親、いまはもっと高齢化しているけれど、結局、自分の親、夫の親、そして夫、と最期までをみとるのは、一般的にやはり女性です。

尊厳死協会も従来は、植物状態の場合、医者や家族の側からの見方が主でした。私は逆に、自分がそうなったらどうしてほしいか、私は家族の人生を狂わすような迷惑はかけたくない。それが愛情のけじめではないか、と。女性の共感を呼んだようですね。」

廣瀬の念頭にあるのは、生き続けるための治療を事前に拒否するという事前指示書である。ここで廣瀬が述べているのは、「家族に迷惑をかけたくない」と思って生きるための治療を拒否することは「愛情のけじめ」であり望ましい、ということである。だが、この議論には、どこかおかしいところがあると思わないだろうか。

どこに問題があるのか。ここでは、家族にその「人生を狂わすような迷惑」をかけなければ、人が生き続けることができないような状況を前提にして、家族に遠慮して死を選ぶことが推奨されている。娘が親を「世話をしきれずに殺すケース」によって、〈家族に過度な負担を負わせるか、死ぬか〉という二者択一状況がさらに強調されている。だが、普通に考えて、こんな悲惨な二者択一を迫られずに済むならばその方がよいだろう。このような二者択一状況が迫られずに済む方法があるならば、それを講ずるべきではないのか。

上の引用文の問題は、〈家族に過度な負担をかけるか死ぬか〉という二者択一を自明視している点である。それに対して、まずは家族に世話の負担をかけずに誰もが生きられるための第三の選択肢が必要だと言うべきである。そしてそれは、介護（ケア）の社会的分担という、広い意味での社会福祉の課題を指示している。

これは、治療不開始・中止をめぐる諸問題を考える際に、まず何よりも留意されるべき

必須の論点である。じじつ、このインタビューの聞き手（生井久美子）も、この廣瀬の話が、過度なケア負担を負わされる家族に遠慮して死を選ばせる圧力になることを察知して、治療拒否の事前指示書を「家族の手前、書かざるをえない、という心配は」と問い返している。それに対して廣瀬は次のように答えている。

「ないとはいえません。遺言書もそうですからね。リビング・ウイルはいつでも撤回できるということをもっと PR した方がいいかもしれません。それよりも家族に反対されている人がいます。「こんなに皆が世話しているのに、なぜそんなことをいうのか」と。ナンセンスです。」

つまり、事前指示書の推奨が死なせる圧力になりうることは認めるが、逆に指示書がないと、本人の意に反して家族の意向で生かされるようなケースを許容しかねない、だから治療拒否の意思の実現を保障するための指示書は必要だ、と廣瀬は言っている。たしかに、この引用のとくに後半部だけを切り取ってみると、正しい指摘であるかのようにも思える。本人の選択を周囲が妨げること自体は、一般的に望ましくないと言えるからである。

だが、もちろんこの種の言い方をそのまま受容することはできないと私は考える。

第一に、先の引用の文脈に即すならば、「家族に迷惑をかけたくない」と思って生を諦めることを「けじめ」だと述べて死に向かう圧力をかける廣瀬に、生に向けた説得を行う人を批判する資格はないと思うからだ。第二に、仮にこの引用の後半部だけを切り取って見たとしても、問題がある。たとえ本人の意に反した圧力があり、そこに周囲の利害が絡んでいたとして、しかし生を肯定するような働きかけと生を否定する圧力のどちらが〈より望ましくないか〉は、常識的に考えて自明だろうからである。この圧力のうちの一方を防止する政策が他方を許容してしまうような場合、生を否定するような圧力を除去・防止するための策が採択されるべきだと誰もが思うのではないか。

ところが、残念ながら、治療不開始・中止をめぐる議論のなかではしばしば、この廣瀬と同型の議論がいまだに飽きずに反復されている。治療不開始・中止の決定に他者が介入するケースを殊更に取り上げて批判することは、一部では定型にさえなっている。その論の組み立ては単純であり、議論の要素もほぼ同じである。すなわち、

- ① 生きるための選択を困難にする状況——家族に過剰なケア負担がかかる状況——には、言及するとしても問題化しない。少なくとも、次の②との関係は考察されない。
- ② 治療拒否の選択に対する周囲の介入を問題視する（自己決定への介入だと言い募る）。しばしば、家族関係や医師患者関係の「日本的」な状況の特殊性を指摘し、それに対して、患者の「自己決定を尊重する欧米」を対置する。
- ③ 本人の意思・自己決定の尊重が重要だ、という一般論で終わる。

これに対しては即座に、②で治療拒否の自己決定に対する周囲の干渉を問題化するならば、①で治療開始継続を希望する人の決定に対する障壁となっている諸要因を問題にしないのはなぜか、と問うべきだろう。

とはいえ、上のような議論も、一定の説得力を備えているからこそ繰り返されているのだろう。では、その説得力はどこに由来するのか。それは、この議論に、人びとが領きたくなる要素が含まれているからである。とすれば、より詳細にその要素を吟味する必要がある。そして、それらの要素もまた廣瀬の話のなかにすでに登場している。以下では要約的になるが、尊厳死・安楽死をめぐる議論の諸論点を検討し、社会的意思決定の望ましい方向性をあらためて確認する。

## 2 「無駄な治療」と「自然な死」

廣瀬はインタビューの冒頭で、自らが安楽死協会（尊厳死協会の前身）に入会した 1983 年を「医者は治療をやめるべきではない、家族はそんなことを望むべきでない、という時代」だったとして、それに比べてインタビュー当時の 91 年について、やっと「むだな治療はしてほしくない、本音でいえるようになった」と述べている。

さらに、「尊厳ある死とは？」と聞かれて、次のように答えている。

「平安な「自然」の死なんです。いくら治療をしても時期が来れば死ぬのがわかっているのに、ただ引き延ばすのは不自然でしょう。」

この「無駄な治療」と「自然な死」というフレーズは、いまでもこの種の議論のキーワードになっている。もちろんこれらについても、「無駄」とか「自然」といった語で何が含意されているのかを吟味する必要がある。

まず、「無駄な治療」という表現は複数の意味をもつ。縷々指摘されているように、この語を用いる議論の説得力（の一部）は、少なくとも、「無駄」という語に含まれる次の二つの意味が曖昧にされていることで得られている。「無駄」という語には第一に、本人の身体機能の維持改善にとって「生理学的に無駄」という意味がある。ウィルス性インフルエンザに抗生物質を投与しても無駄だ、という文脈で用いられる際の「無駄」である。これには当然、誰もが納得するだろう。第二に、上の文脈で用いられる際には、「無駄」という語には、〈生かし続けること自体が無駄だ〉という意味が含まれている。

「無駄な治療」という語を用いて拒否を推奨する議論の力点はもちろん、第二の〈生かし続けること自体が無駄〉という方にある。したがって私たちは、「無駄な治療」という表現については、「生理学的に無駄な治療はやめた方がよい」と言っているのか「生かし続けること自体が無駄だ」と言っているのかに、その都度注意する必要がある。そして、生理学的に無駄なことをしているのならばそれはやめて、益になること必要なことをすべきだ、

とだけ言えばよいし、それで終わる。

では、〈生かし続けること自体が無駄な状態〉とはどのような状態だと考えられているのか。引用にあるように、「自然」な死期が訪れた状態だとされる。「自然」な死期を引き延ばして生かし続けるのは無駄だ、と。しかし「自然な死」という表現にも要注意である。インフルエンザも盲腸も「自然」に放置すれば死に至ることがある。では、「自然な死」を擁護する議論は、盲腸等も含めて、すべての治療拒否を擁護するのだろうか。そうでないとすれば、何らかの基準があることになる。

この基準について、これまでの議論は大きく二つの立場に分けられる。第一に、本人の自己決定を重視する立場である。この立場からは、本人の明確な意思があれば生理学的状態も意思決定を取り巻く状況も不問に付されるため、失恋やいじめを苦しめた自殺未遂でも、遺書等で救命拒否している場合には治療すべきでないということになる。これは、本人の決定以外の要素を含めない点で、たしかにシンプルであるし、一貫してはいる。だが、この立場に説得力があると思う人はいないだろう（実際、この立場を貫徹している人は存在しない）。

第二に、〈生かし続けること自体が無駄〉というのは、私が自分自身について〈ある種の状態になったら生かし続けて欲しくない〉と言っているだけである、という立場がある。とはいえ、この立場に対してはさらに、いかなる状態の人が〈生かし続けて欲しくない〉と言ったときには社会的に許容されるべきだと言えるか、が問題になる。本人が希望すればすべて認めるべきなのか。あるいはそうではないのか。

これに対して、この立場は、事前の決定については、遷延性意識障害や重度の認知症になった場合、本人が拒否していたならば、それは認められるとする。また、現時点での決定については、健康な人の自殺は認められないが、進行性難病で重度身体障害をもつ人がその時点で延命治療（たとえば胃ろうや人工呼吸器の装着を）拒否しているならば認められる、とされる。

しかしでは、こうした、ある種の状態については事前およびその時点での拒否が認められる、という議論は妥当だろうか。

### 3 「自己決定」

まず、事前指示の場合には、それがそもそも「自己決定」と呼べるか否かという問題がある。第一の問題は、事前指示では、現在の決定によって、未来の——意思表示が不可能ないし困難になった状態の——自己が否定される、という点にある。まず、遷延性意識障害や認知症の人に意識や感覚は「ない」と断定できない以上、現在の決定が、その状態の未来の自己にとって利益になるか否かは不明である。ミルは『自由論』第五章で奴隷契約は「認められない」と述べているが、その理由も同じことを問題にしている。

さらに、ここで事前指示の決定内容になっているのは、身体機能の維持に必要な治療の

拒否である。この決定そのものは、生理学的には本人に利益にならない。ところで普通、本人がその時点で決定していることでも、生理学的に不利益をもたらすような決定の場合、決定に至るまでの「熟慮」や「持続性」等が問われる。それを、その時点で意思を確認できない人に行うことは、たとえ事前の本人の自己決定だとしても、容易に認められないだろう。

また第二に、想定されている未来の状態は現在とは違う状態であり、現にその状態にある他者に対する評価を前提にしている。他者を想定した上で「自分はあるようになったら生きていたくない」と言っていることになる。そのような判断を社会的に許容すること自体に問題がある。

そして、この第二の点は、現在の自己に対する決定についても言える。「こんなになってまで生きていたくない」という決定の場合、たしかに時間差はないし、意思の固さなども確認できるかもしれない。ただ、「こんなになってまで生きていたくない」という決定を社会的に許容することは、〈その状態ならば、生を否定する自己決定を認めてよい〉という判断を下すことを意味する。その判断の対象には、それと同様の状態にある人々が必然的に含まれる。

#### 4 自己決定の前提条件

以上は、自己決定がすでに下された後に、それを許容することが誰にいかなる意味を持つか、という問題である。だが、それ以前にさらに重要な問題がある。つまり、本人の決定を取り巻く条件に問題がある。本人の意思決定が、周囲の状況によって歪められている場合があるからである。

なぜ周囲の状況が問題になるのか。それは、死という通常誰も望まない出来事を招来させる決定については、その当人の意思の確固さや持続性等が厳しく問われるからである。

たとえば、ピーター・シンガーは、「熟慮したうえで死にたいという希望を持続的に持っている人を生かし続けるのは、その人に対して大きな危害を与えることである」と述べている（『人命の脱神聖化』晃洋書房、二〇〇七年、一三五頁）。〈生かし続けることが危害になる〉といった言い方そのものの問題はとりあえず措いておこう。この議論は、「熟慮」と「持続性」という条件を付している点で正しい。これは裏返せば、浅薄な思い付きで死を希望する人に干渉しても「大きな危害」にはならない、ということである。つまり、本人の決定にも「重み」があり、それに応じて、周囲の対応に対する評価も変わるということだ。ではさらに、本人が真剣に考えているとしても、それが歪んだ情報や過酷な状況を前提にしている場合はどうか。

本人が「真剣に考えた」と自己申告したとしても、その考慮の前提に問題がある場合、それを「熟慮」と認めるべきか。これには適応的選好形成をめぐる様々な議論がある。ただ共通しているのは、「適応的選好形成」という概念そのものは重要だということだ。つ

まり、当人の考慮と決定を取り巻く状況を問うことを、誰もが重要だと考えているということである。また、決定がもたらす不利益が大きい場合、本人の決定を承認するための条件は厳しくなる<sup>ii</sup>。たとえば、ある宗教の教義に沿って集団自殺を企図する人々がいた場合、私たちは、できるなら干渉して止めた方がよいと思っている。その場合、干渉を「危害」だと思うだろうか。むしろ、その宗教の教義の方がその人たちに有害だと思うだろう。

「熟慮」するための条件に問題がある場合には、仮に本人が主観的に〈真剣に考えた〉と信じていたとしても、それを私たちは「熟慮」とは呼ばない。「いじめ」を受けて「死んだほうがマシ」と心から思い続けている人はどうか。「いじめ」には周囲からの作為的な加害行為が含まれるから別だ、と言えるだろうか。だが、「いじめ」の大部分は、周囲からの積極的関与の停止と断絶（つまり「無視」）である。同様に、世話（ケア）が必要な人に対する社会からの積極的関与がないと、当人も家族も過酷な状況に置かれる。そして残念なことに、放置された本人は、ほとんどの場合、「本心」から「死にたい」と思えてくるようになってしまう。

## 5 政治の課題

以上から、尊厳死・安楽死をめぐる諸問題に対する社会的意思決定の望ましい方向性が再確認できる。それは、それ自体としてはシンプルである。尊厳死・安楽死の対象になるのはほとんどの場合、自力で生活するのが困難になった人である。社会的サポートがなければ、家族の「人生を狂わすような迷惑」をかけなければ、そうした人びとは生き続けることができなくなる。だから社会的サポートを充実させることが最優先される。

言うまでもないが、生きるための選択を困難にする状況を放置して、死に向かう選択に対する制約（法的規制）をなくしていく、という方向性は取るべきではない。それは自己決定あるいは選択肢の保障という観点からみても、中立的ではない。

では、生きるための選択を容易にするためのサポートを充実させつつ、同時に、死に向かう決定も許容していく、というのが「中立的」な方向性だと言えるだろうか。たしかにこれは、双方の決定を支援するという意味で、自己決定ないし選択肢の保障という観点からみれば中立的に見える。

だが、ここで選択の対象となっているのは「生」と「死」である。生と死の「非対称性」を加味する必要があるだろう。最初に述べたように、生を肯定するような働きかけと生を否定する圧力を比較したとき、そのどちらが〈より望ましくないか〉は、私には明らかだと思われる。

一方で、生きるための選択を困難にする状況があるなかで、死に向かう決定を許容することは、〈本当は生き続けたいのにそれを選択できない人〉を生じさせる。それを阻むには、他方、生きるための選択を容易にする政策を進めつつ、死に向かう決定を制約しておく、という方策を採ることになる。それによって、たしかに、〈本当に死にたいのに生かされ続

ける人) も出るかもしれない。だが、その程度のコスト(生きたくないのに生かされる人にとっての苦痛)は、生と死の非対称性を鑑みれば正当化されるだろうと私は考える。また、生きていれば——十全な社会的支援を得た生活であることが大前提だが——よいと思えることもあるだろうし、心変わりすることもありうる。

---

i ただ、この両者が混同され、あるいは曖昧にされたまま理解される風潮の背景に、特殊日本的とも言えるような歴史的状況があるということは、確認しておいてよい。かつて、1973年の老人医療費無料化から80年代初頭までの時期、一部の病院で利益目的で、高齢者に対して、本人にとって生理学的に無駄ないし場合によっては有害な投薬や処置が行われたことがあったからである。要介護だが医療は必要ないはずの老人を長期入院させ、「薬漬け」や「寝かせきり」にして〈食いもの〉にする「悪徳病院」が告発されたのは、70年代末から80年代初頭にかけてである。この出来事が、高齢になると周囲の都合で生理学的に無駄な治療を施され、寝かせきりで生かし続けられる、というイメージを広める一つの契機になった。とはいえ、これに対しては、生理学的に無駄なことはやめて益になる必要なことをすべきだ、とだけ言えばよいしそれが正しい。だが、その後の議論はその正しい方向には進まなかった。その後は脳死をめぐる議論やアメリカのカレン事件などを経て、〈生かし続けること自体が無駄な状態〉があるのではないか、という漠然とした認識が広まっていたのである。

ii これは医学的適応(必要性)と同意の真摯性(authenticity)との重みづけ問題として考察することができる。堀田義太郎・川口有美子「LTMV/TPPVの開始・不開始・継続・中止の諸条件に関する文献研究」(平成19年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)「特定疾患患者の生活の質(Quality of life, QOL)の向上に関する研究」班総括・分担研究報告書、pp. 188-193.)を参照。