

尊厳死について

Thinking about Death with Dignity

近藤 弘美

KONDO, Hiromi

1 はじめに

すでに高齢社会であり、さらに超高齢社会へと変遷する日本において、自らの生死結び付く選択をする状況が現に高齢者医療の現場では生じている。胃ろう装着の有無、人工呼吸器やカテーテルといった生命維持装置の装着の有無を本人及び家族が決断しなければならない。このような状況において、しばしばリビング・ウィルや事前指示書などによって、本人の意思を尊重するあり方の選択が正当化される。この正当化の背景には、自己決定を行使した選択は尊重され、さらに私たちが各個人の価値観によって人生を構築し、選択することは良いことであるという考えがある。しかし、私たちは自らの生死まで自己決定に基づいて決めることはできるのだろうか。「自己決定 (self-determination)」及び「自律性 (autonomy)」という概念は、私たちの生死の選択すらも正当化するのだろうか。

本稿では、「自律性」に関するドゥオーキンの議論を参考に、「自律性」がある一定の能力に基づいて論じられている箇所を確認する。さらに、ドゥオーキンは患者が「自律性」を有さない場合は、患者の最善の利益に訴えることを提案する。最後に、ドゥオーキンの議論を参照しつつ、「自律性」に関する問題を明確にする。

2 問題の所在

最初に基本的な事実確認を行う。現在の WHO、及

び厚生労働省の基準では、高齢者とは 65 歳以上をさす。内閣府による平成 25 年度高齢社会白書^①によると、既に 1970 年時点で日本の総人口に対し高齢者が 7 パーセントにのぼり、高齢化社会に突入した。さらに、1994 年には総人口に対し高齢者が 14 パーセントにのぼり、高齢社会になる。現在 (2013 年) は高齢化率が 25.1 パーセントに至り、4 人に 1 人が高齢者となる。さらに同白書によると、2035 年には高齢化率は 33.4 パーセントにのぼり、3 人に 1 人が高齢者になると予測されている。これらの事実及び予測から、日本は高齢社会からさらに進んだ超高齢社会へと移行しつつあるといえる。このような高齢社会及び超高齢社会ではしばしば社会保障給付費の増大、介護問題等がよく議論されるが、本稿では、高齢社会において自ら生死を選択する必要が生じるケースが徐々に増えることを予測し、そのような時に生死の自己決定は可能であるのか、可能であればどのような根拠によって生死の自己決定が正当化されるのかという問題に焦点を絞って考察する。

医学の発展により、人工呼吸器やカテーテル、経管栄養など生命維持に必要な医療処置が行われるようになった。その結果、以前は助からなかった命が救われるようになった。しかし、このことは終末期医療の現場において道徳的ジレンマを生じさせる。例えば、患者が遷延性意識障害 (植物状態) である場合に、私たちはその患者にどのように接すれば良

いのだろうか。彼を私たちと同様の人格を有するものとして道徳的配慮の対象とし、ケアを続けていくことが望ましいのか。それとも、彼自身の最善の利益を考えて、生命維持装置の使用を停止することが望ましいのか。

これまでは、患者本人の意思が明確ではない場合にどのような形でより良い死を迎えられるのだろうかということが大きなテーマであった。しかし、今後は患者本人もしくは患者の家族の意思が明確である場合、患者本人及び家族が延命に直結する治療の選択、すなわち、人工呼吸器、カテーテル、胃ろうの装着の有無を決定する状況が生じることが予想され、現に少数ながら生じている。

以下の事例①、②は2013年4月12日にNHKで放映された番組で紹介されたものである⁽²⁾。

①80歳、女性。末期の慢性呼吸不全。人工呼吸器を装着しなければ生きることができない状態。医者に呼吸器装着について聞かれ、自ら決断し呼吸器を装着した。

②78歳、男性。脳出血の後遺症により栄養の経口摂取が不可能で、胃ろうを装着しなければ衰弱死する状態。家族が胃ろうの装着を決めた。

①、②の事例の共通点は延命の為に生命維持装置の装着の選択を迫られた状況下で、両者共に延命の選択を行った点である。異なるのは、①においては本人が生命維持装置の装着を選択し、②では家族が選択した点である。この二つの事例では、患者本人もしくは家族が延命するかしないかという苦渋の選択を迫られている。この非常に悩ましい問題は、高齢化と同時進行で増えてゆく問題であろう。延命につながる医療処置を行うか否か。どちらの選択が正

しいのかは、簡単には決めることができない。にもかかわらず、上記の事例は、私たち自身が延命装置がなければ、すぐにでも閉ざしかねない自らの命を生き長らえさせるか否かを決める当事者となる事態を示している。

では、私たちは一体どのような根拠や理由によって自分自身による生死の選択を正当化できるのだろうか。もし上述の事例において、本人が人工呼吸器の装着を拒む選択、すなわち「死」という結末を選んだ場合、この選択を本人の選択なので尊重されなければならないと考え、正当化することはできるのだろうか。偶然にも上述の事例では二例とも人工呼吸器や胃ろうの装着を希望し、結果的に「生」を選択をした。この選択を自己決定権で正当化することは、容易い。しかし、このとき正当化の判断基準として尊重されているのは、実は、自らの選択という部分ではなく、死よりも生の方が望ましいという価値観に過ぎない。ゆえに問題は、選択の結果に関わらず、「自己決定」もしくは「自律性」によってその選択がいかに正当化されうるかという点にある。

上述の事例において、もしこの二人が人工呼吸器や胃ろうの装着を明確に拒否する場合を仮定する。この時、医療スタッフや家族は、本人の意思に沿って、その決定を尊重しなければならないのだろうか。生きるか死ぬかに密接に関わる選択においても、「自己決定」もしくは「自律性」によって正当化できるのか。換言すれば、これは「自己決定」もしくは「自律性」が人の生死をも射程に含めたものなのかという重大な問いを私たちに投げかけている。これは、安楽死・尊厳死の倫理的問題を考える上での一つの大きなテーマである。本人の「自己決定」もしくは「自律性」によって自身の生命を扱うことができるのであれば、積極的任意的安楽死も道徳的に

認められるはずだからである。

そこで、以下では尊厳死・安楽死と呼ばれるものが何であるのかを確認し、その後「自律性」という概念に訴える議論を検討したい。

3 尊厳死・安楽死

ここで議論の前提となる「尊厳死」及びそれと密接に関係する「安楽死」に関して説明を行う。本人の意思で生命維持装置の装着を差し控えることもしくは中止し⁽³⁾、死を迎えることは「尊厳死 (death with dignity)」とも呼ばれる。

だが、「尊厳死」または「尊厳ある死」とは実質的に何をさしているのか。日本尊厳死協会⁽⁴⁾によると、「尊厳死」とは「自分の意思によって延命治療を拒否し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」である。延命治療の拒否、すなわち、人工呼吸器、カテーテル、胃ろうなどの装着を差し控えることや、中止をすることである。

その結果としての死は、安楽死の分類によると消極的安楽死に該当する。ただし、ここで注意したいのは「尊厳死」という言葉は海外では必ずしも消極的安楽死をさすのではなく、場合によっては任意的積極的安楽死もしくは医師による自殺幫助をさすという点である。例えば、クーゼによる『尊厳死を選んで』⁽⁵⁾には、「尊厳のある死」が一体どういうものであるのかについて豊富な実例が挙げられている。これは「尊厳死」という語が明確でなく、私たちが何をもって尊厳のある死とするかをいまだ決定できていないため生じる。ここでは、「尊厳死」が「消極的安楽死」と呼ばれうることを確認するに留める。

「安楽死 (euthanasia)」とはギリシア語の良き死という意味に由来し、現在では様々な定義があるが、ここでは「ある人にとって死がより良いという

根拠に基づきその人を苦痛のない方法で殺すこともしくは死なせること」と幅広く捉えることにする。安楽死には行為による区別、本人の意思の有無による区別、または意思能力のない場合、実行者の「死」に対する意図の有無によって区別される。

行為による区別には「積極的安楽死」と「消極的安楽死」があり、致死薬の投与などの何らかの行為を伴うものが「積極的安楽死」である。「消極的安楽死」とは人工呼吸器、カテーテルなどの生命維持装置の装着差し控えや中止によって、通常以上の治療を行わず、死を待つことである。さらに、本人の意思が明確である場合を「任意的安楽死」、本人の意思に反する場合を「反任意的安楽死」、本人の意思が不明な場合、例えば、重度障害新生児の場合などを「非任意的安楽死」と呼ぶ。

また安楽死を行う実行者が「死」に対して明確な意図をもつかどうかで「直接的安楽死」と「間接的安楽死」に区別される。「間接的安楽死」はセデーションとも呼ばれ、例えば、苦痛の緩和を目的にモルヒネを投与したが、その結果、患者の死期を早めてしまう場合は、「死」を直接的に意図したわけではないので、間接的安楽死と呼ばれる。間接的安楽死が倫理的に正しいかどうかは、二重結果説 (the doctrine of double effect) を支持するか、支持しないかに依拠する。二重結果説とは、ある一定の条件下において、苦痛緩和のような良い結果を意図した場合は、その派生としての患者の死といった本来なら受け入れ難い悪い結果が間接的に引き起こされたとしても容認する原理である。この原理にも意図と予言をどう区別するのかという問題があるが、ここでは深入りしない⁽⁶⁾。

4 自律性に関する議論

ドゥオーキン (Ronald Dworkin) は『ライフズ・ドミニオン』において、中絶・尊厳死に関して論じている。彼は、尊厳死（ここでは自殺，自殺幫助，治療中止や生命維持装置の除去をさす）に関して，三つの重要な倫理的問題を提示している。患者の「自律性 (Autonomy)」はどのような場合にどのような方法で尊重されるのか，患者の最善の利益とは何であるのか，生命は不可侵性をもつのかという問題である。ここでは自律性に関する彼の主張を検討する。「自律性」についてドゥオーキンは以下のように述べている。

「通常的能力を有する成人市民は，自律の権利，即ち独力で自らの人生を定める重要な決定をする権利を有していると一般に承認されている（自律性の原則）。（通常）能力を有する成人は，他者から欺かれたり情報を遮断されたりすることがないかぎり，貧弱な (poor) な投資をする自由が有る—したがって，タバコ広告が喫煙者に対して喫煙による危険性を告げる義務があるとしても，喫煙者には私的に喫煙をすることが承認されているのである。」（ドゥオーキン[1998 : p. 365]）

ドゥオーキンは，通常考えられる自律性が証拠的観点 (evidentiary view) ——本人が自身の最善の利益が何であるかをよく知っているという考え——から支持されることに対して，それでは不十分だと指摘し，主体のインテグリティ (integrity : 廉直性，無欠性) の観点から自律性が支持されると考える。このインテグリティの観点から，自律性は以下のように説明される。

「自律性の価値はそれが擁護する能力 (capacity)，人が送る人生の中に存在する自分自身の特質——価値，責任，信念，そして経験的利益と同時に批判的利益——を表現する能力から派生するものとされる。自律性に関する個人の権利を承認することは，自己創造 (self-creation) を可能にするものとされるのである。それは我々個々人が，自らの首尾一貫した人格であれ，あるいは首尾一貫しない人格であれ——しかしいずれにせよその人に特有なもの——，それに従って自らの人生を形成することに責任を負うということ承認することなのである。」（ドゥオーキン[1998 : p. 368]）

このドゥオーキンの議論に従えば，私たちは自らの価値観に基づいて一般的な能力を発揮しながら人生を送ることが可能となる。自律性に関してこのような主張を認めた場合，自らの人生を計画，設計することのない人々はどうなるのか，彼らは自律性に関する権利を有しないのかという疑問がわく。ドゥオーキンによれば，彼らの一般的能力がどれほどであるかによって自律性に関する権利をもつか，もたないかが決定するという（ドゥオーキン[1998 : p. 369]）。

では，自律性に関する権利を現在是有しているが，今後失うかもしれない場合においては，どうなるのだろうか。自律性に関する権利を現在有していない人や現在はその権利を有しているが今後失うかもしれない人に対して，彼らは自律性に関する権利をもたないが，彼らは彼ら自身の「最善の利益を受ける権利 (a right to beneficence)」をもつとドゥオーキンは考えている。この場合，非常に困難であるのは，認知症などの一般的能力が失われている進行

性の病気の場合である。以前は自律性に関する権利を有していて、現在は有していない。「認知症になったら、医学的治療を一切止めて欲しい。そして、安らかに死なせてほしい」という以前の患者による従前の希望を叶えることが、目前の認知症の患者の自律性を尊重することになるのか、他者が判断を迫られるからである。このように、以前の患者の「自律性」と現在の患者の「自律性」が対立する場合にどのような判断をするべきかという問題が生じる⁽⁷⁾。

5 おわりに―問題の整理

最後に、「自律性」に関わる問題を整理する。第一の場合は、本人の「自律性」、すなわち本人の意思表示が過去・現在に一貫してある場合である。第二の場合には、過去には「自律性」を有していたが、病気や事故により現在は「自律性」を有していない場合である。第三の場合は、過去・現在を通して一度も「自律性」を有していない場合である。

第一の場合、事前指示書（リビング・ウィル）によって治療停止の要望がある時に、患者の「自律性」を根拠に、治療停止をする。この場合に懸念される問題は、その患者の「自律性」は信頼できるものなのかという点である。患者に対する周囲からの圧力や高額な医療費といった経済的問題から、患者が自ら治療不開始・停止を要請するとき、それは果たして「自律性」に基づく判断なのだろうか。この場合、慎重な検討が必要とされるだろう。

第二の場合は、過去に「自律性」を有していたが、病気や事故により意識がほぼ戻らない不可逆的な遷延性意識障害に陥るケースと現在意識はあるが認知症であるケースが含まれる。ドゥオーキン⁽⁸⁾は、不可逆的な遷延性意識障害に陥るケースと認知症になるケースの差異は、前者は経験的利益及び批判的利益

のどちらも得られないが、後者は経験的利益を得ることができる点を指摘する（ドゥオーキン [1998 : pp. 376-379]）。

過去に事前指示書によって本人の意思を示していた場合には、その意思を尊重することが求められる。しかし、過去の本人の意思表示内容と現在の本人の最善の利益が衝突する場合もありうる。このような対立する場合に、もし過去の「自律性」を無視するならば、それは事前指示書の有効性を疑うということに他ならず、本人の「自律性」を侵害することになる。

他方で、現在における本人の最善の利益を考慮する際に、家族・友人、医療関係者がどのようなプロセスを経てそれを決めるのかということを体系的に明示しない限り、恣意的な決定の可能性を排除できない。

第三の場合は、過去・現在を通して一度も「自律性」を有していない場合である。これは、重度障害新生児のケースが該当する。この場合、これまでの「自律性」に訴えることで重度障害新生児の治療の不開始及び中止を要請することはできない。この場合を論じるためには、他の価値に訴える必要がある⁽⁸⁾。

これまで、どのような場合において「自律性」に関する問題が生じるかを検討した。上述の通り、想定される場合が複数あり、それによってもたされる問題も異なる。今後は、個別の問題に対するより具体的な解決策が必要であろう。

注

(1)内閣府「平成25年度版高齢社会白書（全体版）平成24年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper>

r/w-2013/zenbun/pdf/1s1s.pdf (2013. 11. 27 閲覧)

(2)NHK 特報首都圏「それでも“延命”を一揺れる
人生最後の決断」(2013. 04. 12 放映)

(3)生命維持装置の装着を差し控えることと既に装
着された生命維持装置を停止することの間には大き
な倫理的問題がありうるが、ここでは紙面の都合上
言及しない。

(4)<http://www.songenshi-kyokai.com/> (2013. 12. 3
0 閲覧)

(5)ヘルガ・クーゼ編 (1996)『尊厳死を選んだ人び
と』(吉田純子訳) 講談社。

(6)この問題に対しては、山本芳久 (2003)「『二重
結果の原理』の実践哲学的有効性—『安楽死』問題
に対する適用可能性」『死生学研究』1, pp. 295-316
に詳しい。

(7)飯田 (2002) は「未来のことに関する患者の依
頼は、せいぜい一般的概括的な内容としての要望に
留まらねばならず、社会的承認の範囲内で、しかも
物語を分かち合う人との含意によるものとならざる
をえない。従って患者は一般的概括的な趣旨以外は、
個々の状況の把握も決断も他者に委ねるという、自
らの生命の行く末を信頼すべき他者に一任するとい
う形にならざるをえないだろう」と述べている。

(8)この点に関しては、P. シンガー『実践の倫理[新
版]』第七章、江口聡「安楽死問題 (〈研究報告〉医
療の倫理学)」に詳しい。

参考文献

飯田亘之 (2002)「人間の尊厳とその行方—アルツ
ハイマー型痴呆老人の治療拒絶の意思を巡って」
『理想』(668) 特集 生命倫理と人間の尊厳, 理
想社, pp. 13-24

尾崎恭一 (1996)「自発的積極的安楽死と自己決定

権：死は選択できるか」『医学哲学医学倫理』日
本医学哲学・倫理学会 (14), pp. 81-94

ヘルガ・クーゼ編 (1996)『尊厳死を選んだ人びと』
(吉田純子訳) 講談社

山本芳久 (2003)「『二重結果の原理』の実践哲学的
有効性—『安楽死』問題に対する適用可能性」
『死生学研究』1, 東京大学グローバル COE プロ
グラム「死生学の展開と組織化」, pp. 295-316

ロナルド・ドゥオーキン (1998)『ライフズ・ドミ
ニオン』(水谷英夫・小島妙子訳) 信山社出版。

近藤 弘美 (お茶の水女子大学)