

はじめに

日本では「安楽死」(euthanasia)とは区別されるものとして「尊厳死」(death with dignity)という術語が、医療界内部だけでなくマスメディアや一般市民の間にも広く普及している。安楽死に関わる国内外の事件や裁判、あるいは立法化の動きが報道されるとき、しばしば次のような趣旨の解説が提示される。

「安楽死とは、回復の見込みがなく死期が迫っている末期患者を死なせることで、本人の意思の有無(自発的/非自発的)および死なせる手法(積極的/間接的/消極的)により分類することができる。“自発的”は当人の事前の書面による意思表示または死ぬ時点での明示的意思表示を、“非自発的”はそうした意思表示の欠如を含意するものとし、“積極的”は致死薬の投与により直接的に死をもたらすこと、“間接的”は苦痛の緩和や除去により結果として死期を早めること、“消極的”は延命措置を不開始または停止して死ぬに任せることを意味する。尊厳死とは、患者本人の意思を尊重して無益な延命措置を停止し、人間としての尊厳を保ったまま死を迎えさせるもので、自発的消極的安楽死に分類される。」

しかし他方、尊厳死は安楽死とはまったく別のカテゴリーとして理解すべきだという主張も多くの支持を集めている。その代表的なものが「尊厳死とは、患者が不治かつ末期になったとき、自分の意思で延命治療をやめてもらい安らかに、人間らしい死をとげること」という「日本尊厳死協会」による定義である(<http://www.songenshi-kyokai.com/>)。その前提には、「安楽死という語は、本人の明示的な意思に基づいて致死薬の投与により直接的に死をもたらす自発的積極的安楽死に限定すべきである」という見解があり、これは今日の世界でも多くの論者によって主張されているものである。

そもそも安楽死という語の理解について、厳密な意味での共通理解は国内外何れにおいても存在しない。日本における代表的な定義をいくつか挙げておこう。

「助かる見込みがない病人を、本人の希望に従って、苦痛の少ない方法で人為的に死なせること。」<sup>1</sup>

「助かる見込みがない病人を苦痛から解放する目的で、延命のための処置を中止したり死期を早める処置をとること。」<sup>2</sup>

「死期が切迫した病者の激しい肉体的苦痛を病者の真摯な要求に基づいて緩和・除去し、病者に安らかな死を迎えさせる行為。」<sup>3</sup>

ここでは、尊厳死という語の含意の歴史的変容およびその多様性を明確化するために、安楽死を「回復不能な末期の患者、または受容不可能な肉体的ないし精神的な苦痛を抱く人に対し、周囲の者が人為的に死に至らしめること」と広く定義しておきたい。「末期である(死期が切迫している)」「不治である(回復の見込みがない)」「耐え難い肉体的苦痛がある」「病人である」「本人の意思による」といった事項は安楽死の「定義」に含まれる要

件というよりも、むしろ法的ないし倫理的に正当化可能かどうかの評価基準、あるいは分類上の尺度と見なすのが適当であると思われる。(後述のように、自発的積極的安楽死および医師介助自殺を実質的に合法化しているオランダにおいては、これらの事項のうち、「本人の意思」以外は必須要件ではない。)

これに従えば、苦しむ患者に対して本人の意思に関わりなく周囲の者(医療者、家族)の同情・慈悲心を理由に意図的に生命の短縮を行う「慈悲殺」(mercy killing)は「積極的安楽死」の一形態に分類され、患者の要請により致死薬剤を処方し患者自身がそれを服用して死に至る「医師介助自殺」(physician-assisted suicide)は、最終的に自らの手で生を終わらせるがゆえに定義上安楽死には含まれない。

たしかに、米国カリフォルニア州の「自然死法」(1976)や世界医師会「患者の権利リスボン宣言」(1981)では、本人の意思に基づく延命措置の停止が、安楽死(=自発的積極的安楽死)とは区別されるものとして容認されており、それは「自然な死」(natural death)あるいは「尊厳への権利」(right to dignity)としての「死の介助」とされている。しかし1990年代以降、米国では「尊厳死」は自発的積極的安楽死ないし医師介助自殺を指すものとしてその立法化が図られている。欧州諸国でも術語として使われることはほとんどないものの、「尊厳を伴う死の選択」は、末期状態や植物状態での延命治療の拒否から、重度認知(痴呆)症や不治の神経難病あるいは精神的苦痛を理由とする積極的な致死的処置や自殺幫助に到るまでを含むものとして用いられることがある。

本稿では、まず尊厳死概念をめぐるこうした文脈を踏まえ、それが、当人の意思(=「死ぬ権利」と「尊厳なき生」という生の質についての価値評価を基軸とする強力なコンセプトに立脚するものであることを、国内外の状況および議論を紹介しながら明らかにした上で、それを「新しい尊厳死論」として位置づける。そして、その立場に、「尊厳ある終末生のためのケア・プロセス」というコミュニケーションに定位するスタンスを対置し、真の意味で「尊厳ある死」の可能性を探ってみたい。

## 1. 尊厳死概念の成立から定着へ

「尊厳死」という語が日本で初めて登場したのは、1976年4月カレン・アン・クインラン裁判のニュージャージー州最高裁判決に関するマスメディア(朝日新聞)による報道においてであった。<sup>4</sup>回復の可能性のない遷延性植物状態患者の人工呼吸器を取り外すことを当人のプライバシー権として認めるこの判決に対し、当時「死ぬ権利」運動の間で使用されていた「尊厳死」という語で記者が説明した。これは「安楽死」とは区別される死に方として一般大衆には受け止められたが、術語として普及するには到らなかった。

同年9月、カリフォルニア州「自然死法」(Natural Death Act)が成立し、不治で末期と診断された場合、延命のためだけの生命維持処置の差控え・撤去により、自然に死ぬことを指示書として作成することを認め、しかもそれを「患者の尊厳とプライバシー」保護と結びつける。こうしたなかで、不治かつ末期の患者や植物状態患者に対して、本人の事前の意思表示に従って、無益な延命措置ないし生命維持措置を差控えまたは撤去し、死なせることが「自然死」または「尊厳死」として認知されるようになった。

同年に設立された日本安楽死協会は、当初積極的安楽死や自殺幫助の合法化を唱える産

婦人科医・太田典礼の思想の影響が大きかったが、協会の当面の活動の中心を自発的消極的安楽死の合法化とリビング・ウイルの推進においた。その背景にあるのは、患者の権利がほとんど認められておらず、しかも主に家族の要請によりかなり広範に積極的／間接的／消極的な安楽死が行われている日本の医療現場では、積極的安楽死や自殺幫助が合法化されると、医療者や家族の都合で末期患者の医療殺人が横行する危険性が懸念されたことがある。その後、協会は、1979年提出の「末期医療の特別措置法案」(「不治かつ末期の状態にあって過剰な延命措置を望まない者の意思に基づきその延命措置を停止する手続き等を定める」)において「自然死」の合法化を、さらに1981年「新運動方針」以降「自発的消極的安楽死」とリビング・ウイル普及運動(しかしここには植物状態患者は含まれない)へとその運動方針を変容していく。<sup>5</sup>

日本安楽死協会は、1983年に日本尊厳死協会と改称され、消極的および間接的安楽死を求めるリビング・ウイル(現在は「尊厳死の宣言書」と命名)の普及活動に精力を注いでいる。その主な内容は、「人間らしい安らかで自然な死=尊厳死」を迎えるために、不治かつ末期での無意味な延命措置を拒否する、生命の短縮を伴っても緩和医療を望む、植物状態に陥った場合に生命維持措置の撤去を希望する、というものである。リビング・ウイル所持者たちの掲げる理由は、「家族に迷惑をかけたくない」「回復の見込みがないのに延命されるのはお断り」「生きる価値のない生は望まない」といったものだ。リビング・ウイルに法的効力はないが、80%以上の医師はそれを提示されたときはそれを尊重するというアンケート調査が示されている。<sup>6</sup>

1992年、日本医師会の生命倫理想談会「末期医療に臨む医師の在り方」についての報告で尊厳死協会の提示するリビング・ウイルの尊重とその有効性の承認を表明し、また、1994年、日本学術会議でも尊厳死を容認する見解を出している。各種世論調査でも、およそ60%の国民が尊厳死を支持していることを示している。

そこで前提とされる「尊厳」概念は、「生命の尊厳」や「人間の尊厳」という語のもとで理解される「神聖さ」や「不可侵さ」、あるいは「目的自体」「代替不可能性」といった特別な価値ではない。むしろ、「個人の尊厳」あるいは「人格の尊厳」すなわち市民的諸権利の担い手である個人のプライバシーとして、かつ自ら固有の身体・精神に関する自己決定権をもった人格として、尊重されねばならないという意味がそこには含まれている。それと同時に、不治かつ末期や植物状態での延命を「尊厳なき生の引き延ばし」としてこれを拒否するという、生の価値評価を含むことも看過されてはならないだろう。

## 2. 尊厳死概念の変容:「治療拒否権」から「死ぬ権利」へ 欧米諸国での新たな動き

1990年代に入って、尊厳死をめぐる新たな展開が見られる。まず米国の状況を確認しておこう。

1990:植物状態での栄養・水分補給を含む生命維持装置の取り外しが争点となったナンシー・クルーザン裁判における米国連邦最高裁判決で、不治ないし末期の患者による明確な意思表示がある場合は、生命維持装置の取り外しを求める「死ぬ権利」(right to die)が容認される。

1991：連邦政府による「患者の自己決定権法」( The Patient Self-Determination Act ) が成立し、終末期における治療拒否権を含む、リビング・ウィルおよび代理人指示から成る事前指示 ( advance directives ) を個人の権利として容認する。

1991：ワシントン州において、自発的積極的安楽死および医師介助自殺の合法化を求める「尊厳死法」( Death with Dignity Act ) のための住民投票を実施したが、僅差で否決される。その内容は、「患者は 6 ヶ月以内に死期が迫っているという 2 人の医師の診断による書面があり、知的精神的判断能力がある成人末期患者が、人道的な方法で穏やかに死への幫助をしてもらいたいと自主的に決定し、それを実施してもらいたいと思うその時点で、2 人の証人の立会いのもとで、自分で文書を作成した上、本人から直接に医師にその旨を要請し、その医師の手によって死への幫助をってもらう権利を法律が認める。」というものだった。

1992：カリフォルニア州で、ワシントン州と同様の「尊厳死法」について住民投票が実施されるが、やはり僅差で否決される。その内容は、ワシントン州法案に、「医療従事者が患者の死への幫助に対して、もし、宗教的、道徳的、または倫理的に反対ならば、患者の要請を受け入れなくてよい。また、個人病院の場合には、医療従事者が患者の死への幫助をすることを許可しなくてもよい」という内容を追加したものである。

1994：カリフォルニア州「自然死法」改訂。末期患者だけでなく「植物状態」でも自然死を認める。

1994：オレゴン州で医師の薬物による自殺幫助を容認する「尊厳死法」の案を住民投票で可決する。その内容は、不治かつ末期の患者が「人道的で尊厳を守ってくれる方法で生命を終焉させる薬剤の処方」を医師に要請し、医師がその処方を行うことを認めるもの。反対派による差し止め訴訟を経て再度住民投票 ( 1997 ) で可決し、1998 年より施行されている。その主な要件は、不治で末期の成人患者で、余命 6 ヶ月以内と診断され、知的精神的判断能力があること、などである。

1994：「尊厳死ナショナル・センター」が設立され、各州におけるオレゴン州と同様の「尊厳死法」制定に向けた運動のネットワークとして活動する。すでに自殺合法化を訴える「ヘムロック協会」( Hemlock Society, End-of-Life Choices, 1980 設立 ) や、日本尊厳死協会も参加する「死ぬ権利協会世界連合」( World Federation of Right to Die Societies, 1980 設立 ) など、自発的積極的安楽死ないし医師介助自殺を「死ぬ権利」として合法化しようとする団体も数多く存在する。<sup>7</sup>

たしかに「尊厳死」という語が、「安楽死」というそれ自体反発を受けかねない表現を避けて、より受容されやすいという戦略的理由で採用されたことも事実であろう。しかし、それが「死ぬ権利」の推進運動と連動し、本人の自己決定こそ「尊厳ある死」の核心なのだ、という傾向をより強めたことも否定できない。その根底に存するのは、いかなる状態であれ、当人によって「尊厳なき生」と評価される生のあり方を、当人の望む時期および方法で終わらせることが「尊厳死」であるというコンセプトである。

1990 年代半ば以降、米国以外のいくつかの国でも自発的積極的安楽死や医師介助自殺を「死ぬ権利」として法的・社会的に容認する動きが顕在化した。しかもその対象は不治かつ末期患者や植物状態患者だけでなく、末期ではない精神的苦痛の患者、認知症患者、そして治療法のない神経難病 ( ALS など ) 患者へと広がりを見せる。

世界で初めて積極的安楽死を容認する法律が制定されたオーストラリア北部準州(1996年施行、翌1997年連邦法により無効)では、「不治かつ末期」や「激しい(肉体的)苦痛」という制約があった。しかし、それに先立つ1994年、すでに肉体的には健常であるものの極度の精神的苦悩を負っている女性に自殺幫助を行った医師に刑罰を科さないという司法判断を下した(シャボット医師事件)オランダにおいて、拡大適用に向かうのは必然の成り行きであった。2001年に成立し翌年4月より施行された「要請に基づく生命の終焉並びに自殺幫助法」では、法律の条文に明記されていないが、実質上「不治かつ末期」「耐えがたい肉体的苦痛」という条件は必須ではない。続いて成立したベルギーの安楽死法(2002年9月施行)では、「精神(心理)的苦痛」が許容条件に含まれている(ただし、カトリックの信者が多数であることから、医師介助自殺は認められていない)。さらに、スイスにおける自殺幫助容認の刑法解釈や英国におけるALS患者の女性による積極的致死処置の要求に対する少なからぬ賛同の声(ダイアン・プリティ事件)なども、同じ流れにあると見てよい。<sup>8</sup>

ここでとくに注目すべきなのは、積極的に死をもたらす選択が「尊厳」の名の下に正当化されている点である。具体的には、オランダの法律への政府による説明の中で、患者が安楽死を要請する理由として「尊厳ある死(die with dignity)を望むこと」を挙げていること(「オランダでは、安楽死は患者の要請により医師が生を終焉させることを意味します。患者が安楽死を要請するおもな理由は、苦痛や老化、そして尊厳ある死を望むことです。」オランダ政府保健・福祉・スポーツ省のサイトにおける"Q&A Euthanasia 2001"より)<sup>9</sup>、スイスの自殺幫助合法化を唱える団体が「尊厳」(Dignitas)と自称していること(「この組織の目的は…会員に、人間の尊厳ある生とともに人間の尊厳ある死を保証すること、そしてこうした価値をさらに多くの人々の助けになるようにすることである。」

(スイスの"Dignitas"サイトより)<sup>10</sup>、英国のダイアン・プリティ事件でも、その死ぬ権利要求を主張ないし擁護する見解の中で繰り返し「尊厳を守るため」というフレーズが使われたこと(「この難病のために自分は苦痛に満ちた耐えがたい生活を余儀なくされているので、自分の尊厳を守るために、安楽死する権利を認めて欲しい。」(ダイアン・プリティ本人の談)<sup>11</sup>、である。

以上のポイントを簡単にまとめておこう。第一に、自発的意思により積極的に自らの生を終わらせる選択が、「死ぬ権利」(right to die)や「生の終焉の選択」(end of life choice)といった表現で正当化されるとき、それは「自殺する権利」と区別することがむずかしくなる。自らの手で死ぬことができないときのやむをえない手段として、他者の関与が求められるにすぎない。したがって第二に、死なせる方法よりも死を選ぶ理由ないしコンセプトに重点がおかれるのに伴い、「尊厳をもって生を終わらせる選択」の適用範囲が拡大し、不治で末期や植物状態のみならず神経難病や精神的苦痛であっても、それを当人が「生きるに値しない生」と評価すれば、いかなる方法であれ終わらせることが「尊厳ある死の選択」と解されることになる。(「安楽死のパスポート」と呼ばれるオランダ版リビング・ウィルでは、「死に方」(延命措置の停止、致死薬投与、致死注射)および「耐えがたい苦しみ」(回復不能な末期、植物状態、重度認知症、食事・排泄に他人の世話が必要になったとき、など)の選択をしておく。)<sup>12</sup>

### 3. 日本での新たな展開

1990年代に入り、日本の医療において支配的であった権威主義的なパターナリズムや患者不在の医療への異議申し立てとして、患者の権利の拡大を目指す市民運動が活発になっていく。そこで主張されるのは、医療サイドの都合による「過剰かつ無益な末期医療」、すなわち「病院経営にプラスになるという理由で行われている延命措置」、「医学研究の症例としての実験台」、「問題を起こさない（責任を回避する）ために慣例を踏襲することなかれ主義的体質」、「救命・延命こそ医療の本道という使命感を押しつけるパターナリズム」として拒否する、という姿勢である。また、「世間体を気にする」、「死なせることへの後ろめたさ」、「できるだけのことをして欲しい」といった家族の都合も、「自分らしい死に方」を妨げるものである限り拒否される。これらはすべて「患者の自己決定権の確立を」という標語に収斂していく。

そうした運動の主なものとして、「終末期を考える市民の会」（1990 設立）<sup>13</sup>、「日本ホスピス・在宅ケア研究会」（1992 設立）<sup>14</sup>、「レット・ミー・ディサイド研究会」（1993 設立）<sup>15</sup> が挙げられる。これらの活動に共通するのは、終末期医療への関心が高い医療者と市民が中心となり、末期における医療処置（延命、生命維持）に対する要望を事前に指示する文書の作成の普及に重点を置いていることである。その内容は、意識不明状態において栄養補給の方法（末梢血管からの輸液、経鼻チューブ、中心静脈栄養、胃ろうチューブ）、気管切開と人工呼吸器装着、心肺蘇生措置について、それぞれの希望を事前に指示し、本人およびかかりつけ医ないし代理人の署名を添付するというものである。その他にも、告知や緩和ケアの希望を含めて末期医療全般に関わる選択の意思表示を文書化しようとする場合もあり、そうした事前の意思表示こそ各人にとっての「自分らしい死」を実現するために不可欠だという認識が見て取れる。アカデミズムの領域でも、「自分らしい死に方」を求める人々の意識を反映して、「死生学」（thanatology）や「死の準備教育」（death education）といった分野への関心が強まり、「死のタブー視の打破」が謳われる。もちろん、それぞれの目指す方向や実現を図る目的は多様であり、これら一連の動きを一まとまりのものとは見なすことはできないだろう。

しかし、これらの動きが消極的のみならず積極的な「死の選択」に対する心理的ハードルを押し下げる役割を果たしていることは否定できない。たしかに、そこで主として要求されているのは、終末期患者ないし植物状態患者に対する、自発的意思に基づく延命処置・生命維持措置の差控えないし撤去という意味での消極的介入であり、それは従来から基本的に変わっていない。しばしば本人の意思を無視して「生命の尊重」の名の下に「無益な」（家族や医療の側の都合による）延命措置が行われ、かつまた、患者本人がどのような形で生を終えたいかを語る事が容易ではなく、その基本的な権利が十分に尊重されているとは言えない日本の現状では、そうした要求は、一定の条件下では認められるべきであろう。しかしそこでは、個々の臨床現場において患者本人の意思に基づいた家族と医療者との話し合いの場が確保され、医学的・倫理的・社会的に妥当性をもった生の終焉を実現するということが前提とされねばならないはずである。とはいえ、もっぱら「患者の意思を尊重する」ことが前面に押し出されることで、積極的な「死ぬ権利」の容認へと向かう力学が働くという事態は、日本においても顕在化しつつある。

その重要な転換点となったのが東海大学医学部附属病院における「安楽死」事件(1991)とそれに対する横浜地裁判決(1995)であると見られる。それは、不治かつ末期の患者への「治療行為の中止」の許容条件として、患者による意思表示(明示的意思またはリビング・ウィル、あるいは家族による推定)を挙げ、実質的に「尊厳死」を法的に容認するものであった。しかも、一定の条件さえ満たせば積極的安楽死も容認可能という判断を提示し、その適用拡大への道を拓いた。もっとも、「患者の自己決定権」は「死ぬ権利」ではなく、「死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権」として理解するとし、慎重な姿勢も見せる。厚生省(当時)が1998年に行った「末期医療に関する意識調査」によると、積極的安楽死を支持する意見は少数派である(一般市民で13.3%、医師では0.7%)が、日本尊厳死協会会員(リビング・ウィル所持者)の間では多数派である(1990年発表された協会実施のアンケート調査では約70%が容認)。

こうした流れの中で、死を選択する状態として想定される「尊厳なき生」の意味範囲の拡大の動きも認められる。「重度老年期痴呆症」への適用拡大に関する日本尊厳死協会の会員へのアンケート調査で、約85%がこれに賛成した。その理由は「(家族に)迷惑をかけたくない」「生きていく価値がない」などであったとされる。しかし協会幹部は世間の反発を回避するため「時期尚早」として見送る決定をした(『毎日新聞』1996年7月4日)。このことが示唆しているのは、尊厳死思想の中に、不治かつ末期の患者や植物状態患者に加えて、認知症高齢者や寝たきり生活(他人の世話がないと生きていけない人)を「生きるに値しない生」と見なす考え方が容易に入り込むということである。

そうした適用拡大を促す力は、「価値なき生の淘汰」を訴える優生思想と重なるものであり、それは日本における尊厳死運動の当初から底流をなすものであった。日本安楽死協会および日本尊厳死協会の主要メンバーであった医師や法律家は、植物状態患者を「価値なき生」「人格なき生」「社会の負担になる生」と見なして、その治療は無駄であり抹殺も容認可能だと唱えてきた。<sup>16</sup> たしかにそれは個人の死に方の自発的選択として遂行されるものであって、集団レヴェルでの遺伝的質の改善を目論む旧来の優生学とは異なる。しかし「尊厳なき生」の拒否が「劣悪な生」という生の質の評価を前提とするものであるかぎり、そこに優生学的思想が入り込んでいることは否定できない。

たしかに、医療者サイドや家族の事情や都合により死に行く患者本人の意向、とりわけ「もう終わりにしてもらいたい」という要求を真剣に受け止めることは大切だろう。しかし、患者が延命措置を望んでいないときは何もしなくてよいということにはならないし、まして患者には「死ぬ権利」があるのだから医療者としてそれを認めるべきだというのは、「患者の権利の尊重」に名を借りた医療者の責任放棄と言ってもよい。後述するように、そこで問われているのはむしろ終末期医療のあり方であり、とりわけ「尊厳ある終末生をいかにして可能にするか」ということではないだろうか。少なくとも、なぜ患者(および家族)が「この生」を終わらせたいと考えるのか、そのことに目を向ける責任と義務があるはずだ。さらに、周囲の者たちにとっての経済的理由(国家の医療費総抑制、病院経営にとってマイナス、家族の家計への脅威)や肉体的・精神的な負担からの解放のための「やっかい払い」という動因も看過されてはならないだろう。「本人の自発的意思による死の選択=死の自己決定権」を駆動因としたこうした力学の働きこそ、注視されるべきである。

#### 4. 「尊厳なき生の終焉」としての尊厳死

以上で見たように、尊厳死概念には、末期患者や植物状態患者における治療拒否権から、医師の助力により積極的に生を終わらせる権利（死ぬ権利）そしてさらに死の自己コントロール権（自殺権）へとその方法が先鋭化する傾向が認められる。当人にとって「尊厳をもって死ぬ」ことを選択した場合、すなわち「無益な延命により自らの尊厳が侵害されること」「尊厳なき生を強いられること」を拒否する意思がある場合、どのような方法でそれを実現するかは二次的なことがらであるにすぎない。そこでは、医療者の裁量に依存する度合いがより低い方向へ、言い換えると、できるだけ自分の望み通りに生を終わらせる方向への流れ 延命処置・生命維持処置の差控え / 撤去から、苦痛除去による結果としての生命短縮、積極的な致死注射、そして医師介助自殺へ は不可避である。それを首尾一貫させたときの帰結は、生を終わらせるプロセスを完全に理性的な自己のコントロールの下においた、それゆえ他者の助力はもはや不要となる「合理的自殺」である。

日本の尊厳死推進論において繰り返し強調されるのは、尊厳死が「他者が人為的に死なせること」ではなく「本人の意思により自然な死を迎えること」だということである。しかし完全な自殺を想定していない以上、実際に死をもたらすためには消極的であれ間接的であれ他者による関与が不可欠であり、そのことが隠蔽されていることは、おそらく次のことを示唆している。それは、自らの生を終わらせるに際して（抵抗する可能性のある）医療者も家族も不要だということ、できれば（たいていの場合その力がないので断念せざるをえないのだが）自らが望む時期に自らの手で生を終わらせたい、ということではないだろうか。

尊厳ある死を望むということは、死に至るプロセスのコントロールへの意思とともに、「尊厳なき生」という価値を拒否する意思を含意する。上述のように、尊厳なき生ということで、当初は不治かつ末期や植物状態が意味されていたが、神経難病や精神的苦痛、さらには寝たきりや認知症など自立生活が困難な（他人の世話がないと生きられない）状態へと拡大していく。こうした力学が働くことは、「尊厳」概念がプライバシーや個人の価値観（死生観）と結びつけられたときにすでに予想されることであった。各個人にとって「尊厳なき生」は、当人の生の質への価値評価によってどのようにでも定義可能だからである。しかもそこでは、自分の身体や精神の状態だけではなく、「生き恥をさらすのはいやだ」「家族に迷惑をかける」「社会の負担になる」といった周囲との関係評価が生質の重要な規定要因となる。

しかしこうした傾向は、「迷惑」や「負担」という理由による障害者など自立生活が困難な人への根強い差別意識がある日本においては、とくに警戒を要する。社会の「お荷物」になる前にすみやかに「身を引く」ことが美德という伝統的な「姥捨て山」思想も、今なお人々の意識の底に横たわっている。そしてそれは、社会的コストや生産効率性を重視する考えと結びついて、ターゲットになりうる人たちへの圧力になる可能性を有する。それが他者の排除と優生学的思考を伴って力を奮うとき、「尊厳なき生」の終焉が「やっかい払い」となりかねないということ、しかも、「生きるに値しない」「負担になる」「役に立たない」という価値評価が、個人の私的なことがら（「自分らしい死に方」）に閉じ込められ、その社会的文脈が背後に追いやられてしまうことも、看過されてはならないだろう。たし



かに、医療者や家族の都合で行われる「無意味な延命」が死に行く人の「尊厳」を奪っているのではないかという訴えは無視されてはならないが、「無意味な延命」を終わらせること（あるいはそれを「死ぬ権利」として正当化すること）がその人の「尊厳」を守ることになるのだろうか。

おわりに

前節では、尊厳死を「尊厳なき生を終わらせる」ことと捉えるかぎり、それは死に到る方法および死を選択する生の価値評価について、適用拡大が避けられないことを示した。しかしそもそも、「もはや自分の生は尊厳なき状態なので自分の望む方法でこれを終わらせたい」という要請に応じて周囲の者がその死を介助することが、あるいは自らの手で生を断ち切ることが「尊厳ある死」と言えるだろうか。この点こそ本来問われるべき問題であるはずである。

終末期医療に従事する医療者のなかには、生を終わらせることに尊厳を認めるといふこのコンセプトに異議を申し立て、「生の終焉に寄り添うケア・プロセス」のあり方こそがその人の尊厳を可能にするという見解が認められる。それは、死が避けられない末期患者の残された生を「かけがえのないもの」として尊重し、充実したケアを提供することにより「尊厳ある終末生」を保証する、という信念に基づいていると言ってよい。そこでは、患者が死を望む理由や背景に目を向け、その改善への取り組みを強化することが提唱される。具体的には、身体的苦痛や精神的苦痛さらにはスピリチュアルな苦悩に対して、緩和ケアを中心とするターミナルケアを充実させること、セデーションの適切な導入による安らかな死の供与、家族へのサポートなどである。さらには、緩和ケア病棟やホスピス病棟を整備しつつ、かかりつけ医や訪問看護・介護ネットワークから成る在宅ケアシステムを通して、異なるニーズを持った患者それぞれが真に「自分らしい死」を迎えるための手助けを行うことが必要だと唱えられる。さらに、終末生へのサポート体制の充実こそが先決であって、患者が「死なせて欲しい」という要請をするのは、医療側が終末期患者へのケアを十分果たしきれていないからだ、という観点がこれに加わる。<sup>17</sup>

このように、「尊厳なき生を終わらせたい」という訴えに対して「尊厳ある生の実現のために力を尽くす」と応答するスタンスに対しては、次のような異論が提示されるかもしれない。回復可能性がないと診断された意識障害の状態で「無益な延命」を続けられている人、生きる意欲を喪失した人、あるいは「もう十分に生きたのでこのあたりで幕を閉じさせてもらいたい」という人にとって、「尊厳ある生」など無用であり、そのためにケアを押しつけられるのは「勘弁してもらいたい」ということになるのではないだろうか。さらには、「尊厳」についての価値評価は個々人によって異なるのだから、それぞれの人にとっての「尊厳死」があってもいいのであり、積極的に死を終わらせるか充実した終末期ケアを受けるかは当人の決定に委ねられるべきだ、という反論もありうる。もちろん死の介助を拒否する権利が医療者の側に認められるとしても、患者の側には終末期における選択肢として「死ぬ権利」も含まれるべきだ、というのである。

そこで求められるのは、当人の望む死に方 延命措置の不開始/停止にとどまらず、積極的な致死的処置を要請する を明記した事前指示書を法的に有効にすることである。

しかしすでに見たように、そうした方向に進むことが、「生き恥」「他人への迷惑」「社会への負担」といった（自己／他者に対する）価値評価を補強し、「煩わしいものは存在しない方がいい」といった発想をさらに蔓延させてしまうのではないかという懸念を無視するわけにはいかない。あるいは、「本人が死にたいと言っているのだから死なせてやればいいではないか」といった価値観が医療の現場に拡がる可能性も看過されてはならないだろう。個々人の選択・決定はけっしてたんなる「私的なことから」とどまるものではなく、つねにそのつど「社会的な意味」を帯びたものとして機能するのである。

もちろんこのことは、「とりあえず延命措置をしておけば問題ない」という、医療者や家族にありがちな「ことなかれ主義」的対応を正当化するものではないし、「生命はそれ自体神聖なものであるから、少しでも長く生きるべきだ」という生命至上主義的発想に与するものでもない。「あなたの生の終焉に寄り添いつつ、あなたを殺さない」というぎりぎりの地点に踏みとどまりつつ、あなたにとって必要なケアを提供したい」という思いによって遂行されるケア・プロセス、そしてそのために、終末期のかけがえのない時間をどのように過ごすのかをめぐって患者と関係当事者の間で繰り広げられる意思決定プロセスこそ、おそらく真の意味で「尊厳ある死」を可能にするのではないだろうか。

【付記】本稿は、下記原稿を一部加筆改稿したものである。

「新しい「尊厳死」論をめぐって」「死ぬ権利」か「生の終焉に寄り添うケア・プロセス」か、「『擬似法的な倫理からプロセスの倫理へ」「生命倫理」の臨床哲学的変換の試み』、平成 15～17 年度文部科学省科学研究費補助金・基盤研究（B）研究成果中間報告書・研究代表者：紀平友樹、33-46 頁、2006 年 3 月

## 文献・資料

- 1 広辞苑．東京：岩波書店．第五版．1998．
- 2 大辞林．第二版・新装版．東京：三省堂．1999．
- 3 甲斐克則．安楽死と刑法．東京：成文堂、2003、2 頁．
- 4 大谷いづみ．「尊厳死」言説の誕生．現代思想．2004 年 11 月号．同．「いのちの教育」に隠されてしまうこと「尊厳死」言説をめぐって．松原洋子，小泉義之編．生命の臨界争点としての生命．京都：人文書院．2005．
- 5 日本尊厳死協会編．誰もが知っておきたいリビング・ウィル．人間の科学社．1988．日本尊厳死協会監修．自分らしい終末「尊厳死」．東京：法研．1998．
- 6 前注文献参照．
- 7 立岩真也氏サイト（<http://www.arsvi.com/0p/et.htm>）．高橋隆雄氏サイト（<http://www.let.kumamoto-u.ac.jp/takahashi/issue/nenpyou/nenpyou.htm>）．Euthanasia.com サイト（<http://www.euthanasia.com/index.html>）．
- 8 三井美奈．安楽死のできる国．東京：新潮新書．2003．星野一正氏サイト（[http://cellbank.nibio.go.jp/information/ethics/index\\_songenshi.html](http://cellbank.nibio.go.jp/information/ethics/index_songenshi.html)）．児玉聡氏サイト（<http://plaza.umin.ac.jp/~kodama/bioethics/pretty.html>）．
- 9 [http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS\\_NOCOOKIES=YES&CMS\\_ITEM=MBZ413077](http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_NOCOOKIES=YES&CMS_ITEM=MBZ413077)
- 10 <http://www.dignitas.ch/default.htm>
- 11 <http://society.guardian.co.uk/health/story/0,7890,714688,00.html>

- 12 三井美奈前掲書 15-23 頁 .
- 13 <http://www6.ocn.ne.jp/~syumatuk/>
- 14 <http://www.hospice.jp/index.html>
- 15 <http://www.drnino.jp/>
- 16 清水昭美 . 生体実験 増補 . 東京 : 三一新書 . 1979 . 大谷いづみ . 太田典礼小論 安楽死思想の彼岸と此岸 . 死生学研究 . 東京大学大学院人文社会系研究科 . 2005 春号 .
- 17 柏木哲夫 . 死を学ぶ 最後の日々を輝いて . 東京 : 有斐閣 . 1995 . 同 . 死にゆく患者の心に聞く 末期医療と人間理解 . 東京 : 中山書店 . 1996 . 川越厚 . 在宅ホスピス・緩和ケア . 東京 : メヂカルフレンド社 . 2003 . 澤田愛子 . 末期医療からみたいのち 死と希望の人間学 . 大阪 : 朱鷺書房 . 1996 .