

2006-14

対話

東京大学大学院教育学研究科 教授

金森 修

1954年北海道生まれ。東大教養学部人文科学研究科卒、同大学院博士課程満期退学。東京水産（現東京海洋）大学教授等を経て現職。著書に『病魔という悪の物語』『自然主義の臨界』『遺伝子改造』等。



安楽死と尊厳死

金森 私はもともとフランスの科学認識論に取り組んでおり、十九世紀の生命科学史を研究してきました。近年、もう少し現代的なことをやるべきだと考えたので、バイオテクノロジーなどの研究もしてきましたが、その傍らで医療現場で火急性、緊張性を持つ問題群を扱っている生命倫理学にも取り組んでいます。

今年三月に、富山県の射水市民病院で数年にわたって七人の末期患者の呼吸器が外されていたことが発覚しました。安楽死と尊厳死がどう違うのかという話があります。が、「安楽死」という概念があまりにラフなので、明確に規定しない限り議論にならないと思います。

射水市民病院の場合に関しては、情報が極めて限られているのはつきりとは言えませんが、延命治療の中止あるいは中断ということ、消極的な安楽死に近いものと言っていると思います。積極的な安楽死に近いもの、例えば塩化カリウムなどの致死薬を医師が直接注射することなどによって命を縮めることです。射水市民病院で行われていたのは、「消極的安楽死」に近い。

射水市民病院のケースが明るみに出たのは、看護師もし

命の裁量

「安楽死、事件を考える」

〈対話〉

今年3月、富山県で起きた安楽死事件で、終末医療のあり方が問われている。いのちの終わりを決めるのは誰？



東京工業大学大学院社会理工学研究科 教授

橋爪 大三郎

1948年神奈川県生まれ。東大文学部社会学科卒、同大学院社会学研究科博士課程単位取得退学。東工大助教授を経て現職。著書に『世界がわかる宗教社会学入門』『隣のチャイナ』等。

くは他の第三者がリークしたためだろうと思います。この事件の場合、患者の家族の同意があったのかどうか争点の一つになります。このように社会問題化してしまうと、ほぼ必ず、家族の同意があった、いや、なかったという押し問答になり、確実な判断はしにくい。また、医師が単独で判断している場合もあるなど、正確には、消極的安楽死の明確な必要条件を満たしているとは言えない。また、そもそも本人が意思表示できる状態ではなかったことは確か、その意味ではいろいろ問題になります。

ただし、アメリカなどでは二十年以上前から「リビング・ウィル（延命治療を希望しないなどの生前の意志表示）」や、もう少し本格的なアドバンス・ディレクティブなど、個人の意思を尊重するための法的基盤を作る努力がなされています。ところが、日本では何もなされないで、患者本人が最終的にどうしたいのかわからない状態のまま、命の裁量をどうすべきかが絶えず問題になる。結局、これは安楽死か尊厳死かということよりも、制度的な基盤の問題、そして人間の死に関してそもそも議論する気が日本人にあるのかどうかという問題です。

もちろん一概に「アメリカに倣え」とは言いませんが、アメリカでは「死」と「臨死」に関しては、読むのが不可能なほど大量の議論の蓄積がある。法律や医学、哲学思想、社会学など、まさに衆知を集めて議論しなければなら

らないものを、日本では議論らしい議論をほとんどしないままズルズル来たツケが、こういう形で出てくるのです。

しかも、未確認情報ですが、射水市民病院で「安楽死」事件に関わった五十代初めの外科部長は職を解かれて、事務職のようなことをやらされているらしい。そうすると、末期状態の患者に積極的に何らかの気遣いをしようとする、下手をすれば医師としての職を失う、あるいは解雇されてその家族も路頭に迷うという形で決着が図られるということになる。それは、社会のあり方としては健全ではありませんが、とにかく、本気で議論をしていく覚悟をそろそろすべきだと考えています。

橋爪 まず、射水市民病院の事件は、末期患者の治療を継続するかどうかで医師が迷うという、よくあるケースです。最後まで延命治療を続けければ、誰からも非難されないかもしれない。だが、「それは正しいのだろうか」と考える医師が、患者本人や家族の意思を考慮して、途中で延命治療を止めることは、相当多く行われていると思います。それが、ある特別な条件が揃った場合に表沙汰になる。

見るに見かねて医師が人工呼吸器を取り外してしまいう行為は、患者を積極的に死なせるわけではなくて、生き続けさせる努力を停止したということですから、「消極的な安楽死」に分類できるでしょう。けれども、これは刑法に触れる可能性があるわけで、医師として職務上正しくない行

ですから、「あなたは安楽死に賛成ですか」と問うこと自体、微妙ではあっても重要な違いがある二つのことを、同じ言葉で呼んでしまう事態を前提にしているのが、非常にまずい。今おっしゃった、延命治療を中断するという決断をするときに、例えば口頭で家族の同意が取れているかどうか、あるいは複数の医師が判断したのかどうかなどが、殺人罪で追及されかねないようなギリギリのところで行われているのは、私も本当におかしな話だと思えます。

もう少し一般的な話をすると、命を合理的に完璧にコントロールするのは、今はもちろん、近未来でもまずは無理でしょう。その意味では、命の与えられ方、あるいは命がいつこの世から旅立つのかに関しては、最終的には天や神が決めると言っている。ただ、そうは言っても、医学の進歩によって最期の段階をどう導いていくのかに関しては、ある程度技術的な裁量ができるようになります。

そこで、どういう死に方を望むのかが大事になります。これに関して、日本では自己決定権批判がされています。私の考えでは、患者、つまり一人の人間がどういう最期を迎えるか——つまり、個人の死に方というのはその人の生き方の一部でもあるわけです。だから、本人が「私はこういう形で死んでいきたい」ときちんと述べて、その内容がよほどおかしくない限り、本人の希望にできる限り沿うように医師が補助するのが一番正しいと思います。

為をしていることになりました。

放置できないのは、多くの医師が良心的に、あるいはやむにやまれず行っていることが、現在の法システムでは刑法に触れ、送検されたり有罪になるかもしれないということです。もちろん、法に触れば有罪で当然とも言えますが、しかし、終末期の医療をどう行なったらいいのか、医師は悩んでいる。悩むだけでなく、罪になることを恐れる。恐れた結果、患者や、場合によっては患者の家族にとって、最適の方法をとれなくなっているのが最も残念です。この状態を何とかするために、十分な議論を積み重ねて、一刻も早く医師が一方的に責任を追及されないかたちを持っていくべきだと私も考えています。

死に方は生き方の一部

金森 「尊厳死」か「安楽死」という論点があります。が、概念の使われ方がゴチャゴチャしていて、「安楽死」だと響きが悪いから、何となく「尊厳死」というような、本質的なこととは違う理由で単なる使い分けが行われているだけだと思います。先ほど申し上げたように、安楽死と言っても消極的なか積極的なのか、あるいは間接的安楽死など、いろいろなカテゴリーがあります。

そのときに絶対に落とせないのは、患者のQOL(クオリティ・オブ・ライフ＝生活の質)をできる限り高い状態に保つということです。例えば痛みを緩和することなど、まさに医師の技術的な仕事です。そうやって可能なことはすべてやって、なおかつ最終的には「私はこういうふうになりたい」という患者の希望に沿うようにしてあげる。

現状では、一つ問題があります。少しでも延命させるほうが触法の危険性もなく、生かされている状態だから良いという考え方の中で、セデーションのように患者の意識レベルを極めて低い状態にして、ズルズルと長引かせたまま死を迎えさせることが行われる場合がある。これは、患者の意識が清明な状態下での患者の意思を尊重するという先に述べた考え方から見て、まずいと思っています。

ペインコントロール(疼痛管理)の範囲でモルヒネなどを使うのは基本的に賛成ですが、向精神薬などを投与して、患者が最後の判断を自立的にはしにくい状態で少しでも長く生きさせるほうが、あたかもいいかのような考え方には、はつきりと反対したいということです。

橋爪 安楽死というのは医師側の概念で、消極的か積極的かという区別は、医師や第三者が死に至るプロセスにどれくらい介入するかで判断されます。それに対して、尊厳死は、人間としての尊厳や誇りが侵されない方向で死を實現していくことなので、基本的には本人の問題です。そう



本人だけが判断するのが正しいと思います。

いう意味で、本人の意思、選択が基本になるので、尊厳死は、安楽死という概念とは独立していると思います。そうになると、尊厳死を実現するために、消極的安楽死や、積極的安楽死を選ぶことが許されるかどうかという問題になる。家族がその決定に介入するのは、日本的で微妙な文脈があるので後でお話しするとして、ここでは本人の話だけにします。まず、尊厳死と自殺を比べてみると、自殺はスキャンダルで、本来生きる命を自分で放棄していません。しかし、自殺は不法行為かという点、不法行為にはならないと私は思う。道徳的、倫理的にしないほうがいいけれども、究極の場合、人間は自殺をしてもいいと思えます。もし自殺が禁止されていたら、人間の尊厳がある意味侵される。自殺し得るんだけれども堪えて生きるのが、人間の尊厳とどこではないでしょうか。

自殺ができるというのも人間の独自性だし、尊厳だけでも、それをしないで生きていくことはもつと尊い。尊厳死は、自殺などしない人が最期に自分の死に方を選ぶことなので、自殺とは違います。どのみち死ぬんです。死んで

いくとき、苦しいかもしれないし惨めかもしれない。意識がなくなるかもしれないし、家族に迷惑をかける可能性もある。医療技術の発達で、いろいろな可能性が増えてしまった。だけど、死に方は自分の人生の一部なのだから、それをなるべく自分にふさわしいかたち、自分に望ましいかたち、自分の意思に合致したかたちで実現したい。それには「こういう状態になったら、これ以上延命治療をしないでほしい」とはっきり意思表示しておくことです。消極的安楽死はすべての人が望む可能性のあることです。一方、「こうなったら致死剤を注射してほしい」となれば積極的安楽死ですが、ここまで望むケースは多くないでしょう。

そういうかたちで意思表示して、医師がその通りに実行できるようにしたほうがいいかどうかという問題があります。私はしたほうがいいと思う。そのためには法律を変えないといけません。では、誰が本人の意思であることを確認して自殺や殺人ではないと保証するのか。あるいは私たちの倫理体系の中にそれが位置づけられるのかどうか。これを議論するのに、たぶん三年や五年はかかると思います。

消極的安楽死は認めるべき？

金森 尊厳死という患者の主體的なチョイスで死のあり方を決めていくということは、積極的に支持します。ただ、そのように患者の裁量権で死を選ぶことを、法的あるいはガイドラインのような緩い形で保証するとすると、塩化カリウムなどの薬物を使って死期を早める積極的安楽死も、一つのチョイスに入れるということですよ。

橋爪 それは、強い、尊厳死ですね。それについてはかなり議論があると思います。だから日常起こり得る、弱い、尊厳死、つまり消極的安楽死についてまず考えようというのが私の提案です。

金森 尊厳死には、消極的・積極的安楽死の両方ともが概念的には入るけれども、積極的尊厳死のほうは普通の人間から見ると、何となく殺人にも近いし……。

橋爪 殺人か、自殺補助に近いですね。

金森 アメリカなどでは医師補助自殺は積極的安楽死と微妙に絡み合います。要するに、患者の自殺を医師が助けるのは、どう考えるべきでしょうか。われわれが言うように、最終的に個人の選択を重要視することが正しいなら、まずは消極的安楽死を議論した上で、ガイドラインあるい

は法律でそれを保証することになると思いますが、積極的安楽死あるいは医師補助自殺はどうなのか。

つまり、患者自身が「先生、もうどうしようもないのであるべく苦しくない方法で殺してください」と言うのは一つのチョイスになりますよ。そうすると、積極的安楽死は、事実上は医師補助自殺と限りなく近く、ほとんど一緒になってしまいます。

橋爪 自殺は不法行為ではないと言いましたが、自殺補助は医師であれ第三者であれ、明らかな不法行為です。どうしてかという点、自殺を補助した場合、第三者には、殺人と区別がつかなくなるからです。

金森 それは何らかの手続きを踏めばいいのではないですか。患者本人が書類や録音テープを残すとか。

橋爪 しかし、自殺そのものが不法行為でないという法理があったとしても、自殺補助は不法行為になり得るので。だから、積極的安楽死の場合、どうやって自殺補助とみなされる可能性を除外するかという話ですね。

いまの法律では、自殺補助は不法行為だから、自殺した人は自己責任で死ぬしかない。でも、最期が近くて力なくベッドに横たわっている患者は、自殺すらできない。その段階で自殺したい場合には、積極的安楽死か、安楽死する必要がまだない段階で医師による補助自殺を選択するかになる。後者は、安楽死の中に入らない、積極的自殺補助

です。

金森 ということは、医師補助自殺に関しては患者のチヨイスの中に組み入れないほうがいいということですか。

橋爪 例えば、あと一年くらい寿命があるのに、今自殺したいというのを医師が手伝ったら、やはり殺人罪だと思えます。本人の意思で自殺するのは構わなくても、医者がそれを手伝ってはいけません。

あと数週間、あと数日で、確実に死を迎えるという段階だと、極端な痛みがあつてポイント・オブ・ノー・リターンが完全に見えている。ここで初めて、積極的安楽死の話になります。というのは、人間として尊厳ある生き方、死に方というのは本人だけが判断するのが正しいと思うからです。もし、家族や医師が、「おまえの生き方は尊厳が満たされていないから死ぬべきだ」とか、逆に「尊厳のためもっと生きるべきだ」などと言えば、本人が迷惑です。

金森 それはそうですね。

橋爪 あるいはナチスのように、「おまえの存在自体が人間の尊厳を侵しているので死ぬ」みたいな話になる。これは論外です。やはり本人だけに、判断する権利を与えておくのがいいでしょう。

金森 そうなると、統計的に大体あと数カ月から一年くらいの命と推定されたときに、本人が「もう思い残すことはないから殺してくれ」と言うのは……。

方に「正しくない」人間がいるから、殺さなくてはいけない、という考え方はされなかつたでしょう。

金森 そうでしょうか。

橋爪 「誰でも適当に生きていけばいい」というアバウトな考え方だったら、ある人たちをすべて殺さなければならぬ、というイデオロギーは出てきません。

金森 ナチスは、本人が嫌だと言つても、不妊手術を施したり殺したりしたわけですから、殺した場合には、あれは端的に殺人だと言つていい。それを「安楽死」という言葉を使いながら行つたので、安楽死という概念が歴史的な歪みを背負い込んだのだと思います。

ただ、日本でも、例えば日本安楽死協会（現・日本尊厳死協会）初代会長の太田典礼氏が「価値のないようなのが生きていてもしょうがない」というような、言葉面ではナチスとほとんど同じことをポロツと言つて、ナチスの「安楽死」と同じようなイメージが社会に広まってしまったということもあります。

橋爪 そこで私は、医師の側から判断する「安楽死」で

つまり、死の自己決定権を

最大限に認めよ、ということなのです。

橋爪 それは自分の責任で死ぬべきです。

金森 つまり医師を巻き込むなど。

橋爪 医師はペイン・キラー（痛み止め）で痛みを緩和するのはいいと思いますが、それ以上、死へのプロセスに積極的に介入したらいけない。

金森 ということは、積極的安楽死と連続的に見えるようでも、やはり医師補助自殺というのはまずい可能性が高いということですね。

橋爪 そこがしばしば混乱していて、安楽死に反対する人は、医師補助自殺をまずイメージします。

金森 それは確かにちよつと問題ですね。

ナチスが残した歪み

金森 ナチスがしたことは安楽死関連の話題にある種の歪みを与えています。ナチスがやったことは極端な話で、われわれの議論というのはもう少し穏やかなわけです。

橋爪 もちろんそうですね。そういう意味では、ナチスのケースは、議論を複雑にしているのですが、ある意味単純にしている面もある。人間の尊厳という概念がなかったら、ナチスはあんなことをしなかつたと思います。つまり、アーリア人種という一流で「正しい」人間がいて、他

はなくて、当事者である死ぬ本人が考える「尊厳死」という概念で、話そうと提案したいのです。

金森 それには賛成です。そうなると、例えば比較的早く本人の意識がなくなる場合はどうしたらいいんですか。

橋爪 そうすると、意思の推定をすることになってしまいます。もし、「尊厳死は本人の意思によつて正当化される」という論理構成をとるならば、意思の推定はしてはいけないことになります。

金森 蘇生可能性が極めて低いと推測されるPVS（遷延性意識障害、いわゆる植物状態）で三、四年経っている場合でも、正確には本人の意思を忖度することができないから、そのまま延命処置を施すということになりますね。

橋爪 そうなります。もし家族が本人の意思を代替することを認めてしまうと議論がガラツと変わりますが、今の日本ではそれが現実に起こっています。尊厳死を、本人の意思のみによるものとするなら、意識がはっきりしているときに公正証書などで明確に残しておく以外ありません。

金森 今は、一応「日本尊厳死協会」がありますが、ア



ドバンス・ディレクティブは法的に保証されていません。
橋爪 今は私的な意思表示とされているので、医師がそれに従った場合、医師の責任は回避されません。

金森 それはまずいですね。だから、個人のチョイスを重要視するという考え方で、意識が清明な段階で残した意思表示は法的に保証するというシステムを一刻も早く作るべきだと思います。つまり、死の自己決定権を最大限に認めよ、ということですね。

橋爪 アドバンス・ディレクティブを法的に保証するべきかどうかですが、あらかじめ裁判所が決定するのが一番自然だと思います。なぜかと言うと、いま医師が消極的安楽死を施すと、刑事裁判にかけられる可能性がある。その裁判をする裁判所があらかじめ患者の意思表示を確認しておけば、医師は送検も起訴もされなくなります。

金森 例えば、私が日本尊厳死協会会員になってアドバンス・ディレクティブの書類を残しておいたとします。将来私に何かあって家内が医師にそれを見せたとき、裁判所がバックアップする有効な証書だと認証されているということですね。そうになると、裁判所というか、やはり国が認証するということですね。

橋爪 国の機関として、裁判所がいいのではないのでしょうか。

金森 アドバンス・ディレクティブを法的に保証すると倒れて意識がなくなった本人が何も書類を残しておらず、意思表示していない場合には、ずっと治療を続けるということですか。

橋爪 意思表示の手続きが法的に確立し周知されているのなら、厳しいかもしれませんが、自分の末期を選択できるチャンスを活かさないと倒れた人は、延命治療で何年も寝込んでしまうのではない。

金森 つまり、人間いつ死ぬかわからないから、高校生くらいから、アドバンス・ディレクティブで自分の死のチョイスはきちんと書類として明示しておくことを社会に周知させたいということですね。

橋爪 高校生は未成年だから、ちょっと早すぎると思いますが、考え方としては賛成です。なるべく多くの人が、若い頃から意思表示しておくべきです。例えばどこまで延命治療をするかのランクをABCに分けて、自分のポリシーでそれを選ぶということを、国民のコンセンサスにする。そして家族にそれを伝えておくことが必要です。例えば、お父さんがこっそり作った文書の中で「私は延命治療を望みません」と書いても、それを知らない奥さんなどが「最後まで延命治療してください」と言うかもしれない。意思表示を知らせておかないと、実際にそれが必要な状況下で、医師と家族が揉める場合もあるでしょう。

金森 今までの話の流れだと、例えば夫がアドバンス・

いう法律があればいいのではないですか。

橋爪 それでも結構です。その書類があれば、医師は刑事プロセスに入らないというものであれば。

金森 賛成ですが、例えば、元氣だった人が突然具合が悪くなって、脳の血管が切れたとき、「オレも長くない」と、意識があるうちに延命処置の拒否について走り書きをしたとします。筆跡鑑定で本人が書いたと証明できるのなら、それも本人の意思と考えていいのでしょうか。

橋爪 手形、小切手にも要件というのがあります。氏名、金額、日付などの要件が整っていないければ、手形としての効力はありません。慣れない私文書を本人が書くと、効力のないものを書いてしまうかもしれない。また、遺言もそうですが、日付の違うものが何通も出てくるとややこしい。本人の意思を認証するには、相当慎重な手続きが必要です。公証役場で認証する方法もあるかもしれないし、まず、日本尊厳死協会のようなNPOのベテランが確認して、一週間後にもう一回本人に確認するなど、確立した手続きが必要ですね。

金森 そうすることで、それがただの紙切れではなくて、医師にとっても効力を持つ。つまり、医師が刑事罰で訴追される可能性がなくなると、生命維持装置を解除される本人の意思なのだとわかるわけですね。逆に言うと、それを法的に保証するかわり、急に脳の血管が切れてパツと

ディレクティブの書類で延命措置を拒否しているのに、妻が「最後まで続けてください」と言っても、本人の意思とは違うわけですから……。

橋爪 本人の意思が絶対に優先します。奥さんであれば子どもであれ、医師は矛盾する意見を聞く必要はない。

金森 そこまではつきりと言い切るわけですね。原則、賛成です。

家族の意思をどう扱うか？

橋爪 現在、日本の病院では、本人の意識が衰弱するにつれて家族の権限がどんどん大きくなり、意識がなくなつた段階で、家族にすべての権限が移るかのような慣行があります。これについてはどうお考えですか。

金森 家族だけならまだいいです。三十〜四十年一緒に暮らしてきた奥さんが言うことなどは重みがある。ただ、生死に関するような重大な問題に、ほとんど付き合っていない遠い親戚が「ああしろ」「こうしろ」と口を出すケースもあります。これは非常に微妙な問題を含んでいて、下手をすると金銭が絡むこともある。そこで、奥さんの気持ちもわかるけれども、最終的には本人の意思を貫徹することが大事だと明確に言い切るべきです。

橋爪 家族は、死ぬ本人ではないので、二義的と考えるべきです。本人が生きている間によく相談して書類を作る、というかたちで関与すべきですね。極端な場合、家族は利害当事者になります。例えば、巨額の財産を持っている百歳のおじいさんが入院して、いつ死ぬかわからないとします。ところが、二人いるうちの高齢の息子の一人もやはり入院中で延命治療を受けている場合、息子が先に死んでしまえばその息子の相続権はなくなる。だけど、おじいさんより一秒でも後に死ねば、その息子の奥さんや子どもは遺産の一部を得られるわけです。そうすると、彼らは本人の意思とは無関係に、延命させたいと思うかもしれない。こういうことがあつてはなりません。

金森 アドバンス・ディレクティブを保証する法制化を早くすべきだということで、われわれの意見は一致しました。今度は医師側から考えてみましょうか。患者がアドバンス・ディレクティブで意見を残していない場合には、医師はとにかく延命させるといことになるわけですか。

橋爪 そうなりますね。逆に医師は悩みが増えるでしょう。この制度が普及したら、書類があればその通りにすればいい。しかし書類がない場合、家族が見かねて「そろそろ呼吸器を外して」と言っても、今までだったら人情であればよかったけれども、制度が整備された状況で同じことをしたら、刑事訴追される可能性はむしろ高くなります。

のきつかけになっています。

橋爪 植物状態で長患いをした場合、家族に最後の判断をする権限が生まれるという考え方を認めたのも「カレン事件」の判決ですが、どうお考えですか。

金森 まずは、あくまで医学的な判断が根底にあるべきです。私が聞いたところによると、どういう条件で植物状態に入ったのかによっても蘇生の可能性が違うそうです。犯罪に巻き込まれて頭を強打されたのか、それとも普通の生活の中で脳の血管が切れたのかなどの初期条件によって、その後の経過が違うということです。

どちらにしろ、初期治療を最大限行うのは当然です。それは完全に医療の一部で、医師は最大限やらなければいけない。その後不幸にして、植物状態と診断されて意識のない状態が何カ月も続いて、さらに過去のデータから蘇生可能性が極めて低い場合には、医師が家族に「蘇生可能性が極めて低いですか、どうしますか」と聞きます。家族は「お任せします」と言うかもしれないし、「そろそろチューブを取ってやってください」と言うかもしれないが、それでいい、ということ。もともと私の友人は意見が違っていて、彼は十万例のうち一例でも蘇生する可能性があるなら、治療を続けるべきだという考え方をとります。

橋爪 アメリカなら、チューブを取る前に必ず裁判所の手続きを踏みます。果たして家族と医師が相談して決着し

金森 そうなると、アドバンス・ディレクティブを法的に保証すると周知されたばかりの段階では、かえって延命治療を続ける状態が増える可能性がありますね。

橋爪 延命のために体中にチューブを付けられる。スパゲティ状態が増える可能性があります。一時的にはやむを得ません。意思を表明しておかないと、家族も困るし、本人も苦しいとだんだんわかっていけば、生前に意思表示をしておこうとみんな思うようになるでしょう。

金森 そこに議論を集中させれば、一人の患者の延命治療を中断するかどうかについて、複数の医師が病院内の倫理委員会で話し合うときに指針となる法律を制定すべきか、もしくはガイドラインに留めておくのかという議論は、ある意味で一気に吹っ飛んでしまいますね。

橋爪 患者が死にそうになるたびに、いちいち倫理委員会を開いたら大変ですよ。

金森 私も基本的に賛成ですが、非常に明快、かつ過激な議論ですね(笑)。

橋爪 ここでの議論は、アメリカ、ヨーロッパの考え方に近いと思います。生命維持治療拒否権が初めて認められたアメリカの「カレン事件」は別ですが、向こうでは原則として、家族の意向はそれほど表に出て来ません。

金森 一九七五年から七六年にかけて起きた「カレン事件」は、患者の末期状態をどうすべきかについての、一つ

ていいのでしょうか。

金森 社会がそう決めたならいいのではないのでしょうか。つまり、PVS(遷延性意識障害)は毎日出るような症例ではありません。仮に全国で年間一千件くらいだとすると、個々の病院では一カ月に一人か二人くらいなので、病院内の倫理委員会で対応できると思います。

「少しでも長く生きればいい」とは言えない時代

橋爪 PVS患者のチューブを外さなければいけない理由は何でしょう。例えば私の後輩の立岩真也さん(立教大学教授、社会学者)は尊厳死には一切反対していて、著書を読むと彼なりに論理が通っている。それに対して、この場合の論理は、家族の負担でしょうか。

金森 はつきり言って家族の負担もあると思うし、まず人格のある人間をきちんと保護すべきだという考え方があります。論文にも書きましたが、医学的な推計を見て人格が戻る可能性が極めて低い場合には、生物学的な死という「第二の死」に至る過程がすでに始まっているのを、ただ技術的に止めているだけだと考えます。

橋爪 その考え方は、脳死の話とはだいぶ違いますね。脳死は、まさに死につつあるのを機械でかろうじて数日間

食い止めている状態で、どのみちすぐ死ぬわけです。その脳死に関してさえ議論が分かれたのだから、この場合ももつとでしょう。私にもわかりに賛成はできないのですが。

金森 欠かせないポイントは、生物的に生きている状態ができる限り長く続いたほうがいいとは必ずしも言えない段階に、現代医療はあるということです。残念ながら、当事者としても他人としても、あるいは家族のような「第二人称」の相手としても、生と死が混ざっている状態に直面しなければいけない。それをきちんと認識すべきで、例えば八十歳が八十五歳というように、少しでも長い時間を生きればいいとは必ずしも言えないということです。

そのときに何を根拠にするかという点、QOLと、人格の重視という条件が一次的な事項としてあります。ただ、立岩さんは障害者の保護で活躍している人ですから、あまり人格が大事だと言うと、「知的障害者は健常者より低いパーソナリティを持っているから、二次的な扱いをしてもいいのか」という反論が出てくるわけですが、私に言わせるとそれはまた別問題だということです。

つまり、脳死もPVSも、あるいは重度障害を持つ新生児も重度の知的障害者も、本来はそれぞれ分けて議論すべきです。決して、少ない論理あるいは原理からバツと機械的に答えが出てくるようなものではありません。

橋爪 けれども、家族の負担を言うなら、どの場合も家

医療経済問題、法整備の今後

金森 一方で、アドバンス・ディレクティブがない現状でPVSのような患者をどうするかも問題です。医療経済は大事な論点で、これから老人が増えると、現役世代の負担が現在の三割から四割五割にならないと国民皆保険が維持できなくなるかもしれない。しかも、老人でさえ、一割でなく二割三割払わなくてはいけないかもしれません。

そうすると、ちよつとした風邪でも七、八千円払わざるを得ない。そうなると、年金生活者は大変で、病院に行けないまま肺炎などで手遅れになるなど、お金がきつかけで早く亡くなる人が表面に出ないまま増えていく可能性があるります。だから医療経済問題は大事だとはつきり言うべきです。そこで、全体的なバランスとしてどちらを保護しなくてはいけないのかというと、やはりパーソナリティを重視したいという見方に傾きます。私自身だけのことなら話は簡単で、「PVSならさつさと死にたい」と思います。もちろん、だからといって「あなたはPVSだから早く死になさい」とは言えません。

橋爪 結局、自分で決めるしかないと思います。
金森 最終的にはそうです。

族の負担は同じではないかという話にもなり得ます。私自身も事故に遭ってPVSになるかもしれませんが、事前に「意識が戻らないと判断されたら延命治療は停止してください」という生前意思表示があれば、治療を停止してもらって構わない。個々人がそう決めるのはいいけれど、そういう事前の意思表示なしにPVSになった場合に、第三者が相談して延命治療を止めてしまうというのは、これまで議論してきた安楽死とはだいぶ違う話だと思います。

金森 だいぶ違いますね。しかし、われわれが議論しているようなアドバンス・ディレクティブが法的に保証されるということが周知されれば、PVSになる前に、私はこうするという意思を残しておけばいいんです。

橋爪 私も賛成です。あるいは、PVSになる人は非常に少ないわけですから、例えば植物状態保険のようなものをつくって、植物状態三年目からは公的補助などを受けられるようにする。PVSでない人から税金を取るの、「自分は植物状態になって三年経ったら死んでいい」と意思表示している人は税金は払わなくていい。

金森 それは少し難しいのではないのでしょうか。

橋爪 今のは一例ですが、税金を払いたくないという動機から、生前意思表示をして不必要な延命措置が減る効果もあるし、逆に、ごくわずかな税金を払えばきちんと延命治療してもらるので、自由選択でいいと思います。

橋爪 生き返るチャンスがわずか1%だとしても、それを諦めるという決断は本人しかできません。そういう状態になる前に、本人が手を挙げるしかない。

金森 PVSの話がどうしても議論しにくいのは、アドバンス・ディレクティブが整備されていないからです。整備されたら、自分の意思はきちんと表明できるわけだから、それでいい。表明せずにいるとPVSが続いて、PVS患者は普通苦痛を感じないはずだとは言われていますが、ひよつとすると苦しいかもしれない。それが続くことになる。それが嫌なら、人生最期の状態をどうするかをしっかりと自分で決めておく。それがわれわれの結論ですね。まずは、一刻も早くアドバンス・ディレクティブを法的に保証するきちんとした法律を作るべきだと思います。

今、国会議員がやろうとしている尊厳死法は、アドバンス・ディレクティブを明確にするのだったら全く問題ないとは思いますが、橋爪さんはどう考えておられますか。

橋爪 家族にその権限を与えるのは、絶対に反対です。

金森 それはずつと付き添っている夫婦であっても？

橋爪 全くダメですね。

金森 ずつと付き添っているゆえにいろいろあるかもしれないし(笑)。

橋爪 もし、奥さんが旦那さんの死に方について言いたいのなら、はつきりと意識がある間によく相談して、書類を

裁判所なり法務局なりどこかに預けておけばいいのです。金森 苦しくて書く元気がないようなときには、録音でもいいと思います。

橋爪 そして、私文書を書き散らしておくよりも、法務局などに届けることにしておけば、いつも正しいのが一つだけあることになるので明確です。いざというときは医師がそれを見て処置しないといけません。そういう状況になつてから、家の中で書類を見つければ非常に大変です。

金森 だから死のチョイスに関する専門の部署を役所にして、そこに必ず登録しておけばいいのです。例えば二十歳で書いたことを二十五歳で更新してもいい。そうしておけば一番新しいものがその時点での本人の意思だということになります。

後は、政治がそういう取り組みをするかどうかですが、われわれの議論を読んでもらって、どう判断するかでしょうね。とにかく日本人は死に関する議論を嫌がらないでなければいけない。

また、立岩さんのような議論の作り方というのはいろいろと歪みがあると思います。障害者保護というのは、もちろん独立の重要性をもつ話題ですが、「それとこれとを混ぜるな」と私は言いたい。小泉義之さん(立命館大学教授)や森岡正博さん(大阪府立大学教授)も似たようなことを言っていて、障害者に絡むと、ラジカル路線になるんです。

立岩さんの議論というのは、「ビルの頂上で自殺しようとしている人は止めるだろう。それと同じように瀕死の状態でも苦しんでいる人から殺してくれと言われても、それを止めるのは当然だ」ということですが、それはあくまでも違う話だろうということだ。

射水市民病院の事件が問題になったときも、ALS(筋萎縮性側索硬化症)の患者さんの「医者の仕事というのは当然命を延ばすことでしょう」という発言がテレビで紹介されていました。安楽死関連の問題と、ALS患者の処遇問題は、確かに一部で重なる部分もあるわけですが、むしろ違いを重視して議論を創るべきだ、と私は思います。

橋爪 一見似ていることを「違う」と言うのと、一見違っていることを「一緒だ」と言うのは専門家の務めです。自殺と末期状態は全然違います。どのみちすぐ死ななければいけないときに、苦しんで死ぬかあっさり死ぬかを選ぶのは本人の権利だと思います。苦しみが死を選ぶのは本人の権利に反しません。

金森 そうですね。それから苦しみを表明、あるいは認識することもできないような、向精神薬などで頭がぼーとした状態で、とにかく生かしているからいいというのも……。それではまともな意見が言えない。

橋爪 それも尊厳に反しますね。尊厳というのは、やはり本人だけに判断する権利があると思います。(終)

2006.9.1発行 P.16-P.17

入試予想問題 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

「心」はありますか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか? 橋爪大三郎「心」はあるのか?

おまけ

英語 教習 社会 理科