

V 研究成果の刊行物・別刷

2 わが国における「死の自己決定」について

浅井篤・坂本さやか：平成 16 年度科学研究費補助金基盤研究 (c) (2) 「医療倫理領域の諸問題に対する日本人研究者の規範的態度に関する研究 (16590421) の研究成果より

1. はじめに

自己決定はバイオエシックスにおける中核的概念であり、医療における個人の自己決定尊重は基本的な倫理原則のひとつと考えられている。そして多種多様な医療における意思決定の中で、個人の死に関わる自己決定—死の自己決定—は最も重大な決定であろう。

しかしバイオエシックスは西洋で誕生・発達し、自己決定尊重という概念も「外来思想」としてわが国に持ち込まれた。ちなみに日本生命倫理学会の歴史は約 15 年である。2005 年現在、わが国の医療従事者、哲学・倫理学者、政策策定者、そして一般市民の多くが、バイオエシックス領域の諸問題の社会における重要性を認識している（厚生労働省、2004 年）。しかし「バイオエシックスについて考え、語ることは大切である」という問題意識の共有と、そのオリジナルの諸原則—自律尊重、仁恵、無害、正義等—をそのまま受け入れることとは別物かもしれない。なぜなら、わが国にはわが国独特の人間関係や死生観、文化的伝統、そして長い歴史を持つ社会における個人のあり方についての根強い思想があるからである。そして今現在、我々日本人が死の自己決定についてどのような態度や考え方を持っているかは詳らかではない。

2004 年 7 月に発表された厚生労働省の終末期医療の在り方に関する世論調査では、一般人、医師、看護師、介護施設職員という職業的背景に関わらず、国民の 80%以上が治る見込みがなく死期が近いときの治療方針に関し、患者本人の意思を尊重することに賛成していた。しかし一方、書面による生前の意思表示である事前指示書の考え方に賛成する者は一般人 59%、医師 75%、看護師 75%、介護施設職員 76%であり、一般人で大きく低下し、事前指示書の法制化に賛同した者はそれぞれ 37%、48%、44%、38%とさらに減少する（厚生労働省、2004 年）。これらの回答の根底にはどのような自己決定に対する思想や思いが横たわっているのだろうか。Masuda らの行った最近の研究では、今までに患者から事前指示書を提示されたことのある医師の 55%が一般論として事前指示書を承認していたが、69%の医師は患者から事前指示書を受け取っても治療方針を変えることはなかったという（Masuda, et al., 2003）。この結果からも患者の死に関する自己決定には様々な考え方があり得る可能性が示唆される。

松井らの平均 73 歳の入院患者を対象にした研究では、事前指示表明を好ましいと回答した患者は 56%と約半分で、その理由は「自分の意向を示しておくことは重要だから」(35%)、「家族が判断するため」(52%)、「医療者が判断するため」(7%)であった。一方、支持しない理由としては「家族や担当医にその場になって考えてもらう」(57%)、「具体的な場面を想像できず回答は不可能」(13%)、「死ぬとか縁起の悪いことは考えたくない」(30%)などがあつた。さらに家族の事前指示を尊重すると回答した患者は 37%で、「内容による」とした者が 55%と過半数を超え、尊重しないと答えた患者も 6%存在した（松井・井上、2003 年）。Sekimoto らは外来患者 134 人を対象にして 3 つのシナリオを提示し、意

思決定参加希望についてインタビュー調査をした。その結果、患者がガンであると想定されたシナリオでは、積極的に意思決定に参加したいという回答者はほとんどなく、逆に家族の参加を求めたいという意見が多かった。また「医師の意見と自分の意見が対立したときどうするか」という問いに対しては、6 割の人々が医師の意見に従うと回答した (Sekimoto, et al., 2004)。わが国においてはなぜこのようなパターンの回答になるのだろうか。また自己決定尊重または否定の態度の背景にどのような根拠が潜んでいるのだろうか。このような問いに対する答えは定量的研究からはわからない。

したがって本研究発表は、現代日本人の死の自己決定に関する根本的な見解を明らかにすることを目的とする。この研究はわが国における死の自己決定に関わる問題点を整理し、その対策を考え、よりよい医療を実現するために重要な作業である。また今後のわが国のバイオシックスの方向性を予想し、そのあり方を批判的に検討する意味でも意義があると考えられる。

2. 方 法

2000 年以降にわが国のバイオシックス研究者・教育者が発表した論文や著作を対象に文献研究を施行した。文献検索は医学中央雑誌, Medline, そして「アマゾン・コム」の書籍検索で行なった。また入手した論文の文献から孫引きも行った。死の自己決定, 「尊厳死」, 延命治療中止に関わる記述を抽出し、その内容を質的に分析・分類した。もちろんバイオシックス研究者・教育者の見解が日本市民の態度を代表するものではない。しかし、死の自己決定に対する詳細な倫理的哲学的議論を探索する上で、彼らは最適な対象群である。また彼らの発言や態度、そして一般的なバイオシックス・テキストや教材に示される彼らの見解は、高校教育や社会に対して少なからぬインパクトを持つと考えられる。さらに 1980 年代から 1990 年代にも死の自己決定や尊厳死について数多くの論文や著作が発表されているが、現代日本の最新の思想を知るために 2000 年以降に発表された論説を対象を絞った。

3. 結 果

死の自己決定および自己決定そのものに関して、現代日本のバイオシックス研究者・教育者は多様な見解を有していることが明らかになった。ひとりの研究者・教育者が 2 つ以上の見解を持つ場合もあれば、ひとつの見解が複数の人々に支持されている場合もあった。ひとによって言及した特定の見解に対する支持の強さにも差があり、特定の見解を、支持する考え方としてでなく訂正されるべき、または批判されるべき問題点として紹介している場合もあった。今回は、誰が死の自己決定に関してどのような見解や態度を持っているか、またはどのような考え方が優勢かではなく、あくまでも現在の日本にどのような見解が存在しているのかに焦点を当てた。そして様々な意見や態度から、死の自己決定を巡って想定し得る見解を暫定的に次の 10 カテゴリーに分類した。当然ながら完全にひとつのカテゴリーに収まらない見解もあった。したがって今回のカテゴリーはあくまで暫定的なものであり、さらなる考察の対象となるものである。

表 1 に我々が分類した 10 種類の自己決定に関する見解を挙げる。

表 1

1 死の自己決定存在不可能論	6 死の自己決定強要論
2 死の自己決定不要論	7 死の自己決定純粹反対論
3 死の自己決定無効論	8 死の自己決定限定論
4 死の自己決定実施不可能論	9 死の自己決定他者利益論
5 死の自己決定有害論	10 死の自己決定尊重論

以下、それぞれの見解を解説し、典型的な主張や議論を引用・提示する。

3-1 死の自己決定存在不可能論：「自己決定は存在し得ない」

自己決定と呼ぶに値する真正な自己決定は存在しないという立場がある。我々のあらゆる決定は、他者との複雑な網の目のなかで行われるしかないものであって、その意味では純粹な自己決定は存在せず本質的に共決定にならざるを得ないという見解である（工藤，2004 年，小松，2004 年，中岡，2004 年）。

「確かに自分のことは自分で決めたいだろうけれども，自律とか自己決定は，本人を超える人間的・社会的広がりの中ではじめて意味を持ち，実現可能になるのです」（中岡，2004 年）

「……しかしこの「自己」も「決定」も絶対視されてはならない。最終的に自ら決めなければならないが，選択される自分の人生は自分だけのものではない。私たちは共同体の重なりの中に，それぞれの中での役割や期待に応えながら生きている。選択はそれらを引きずらざるを得ないのである。……決めるといふことさえ他者の支援で可能になる。多くは最終的に確信を持ってないまま決めていくのである。それは自己決定というにはあまりにもあいまいなものかもしれない。」（工藤，2004 年）

3-2 死の自己決定不要論：「自己決定は望まれていない」

死の自己決定は，わが国の国民の多くから望まれていないという立場である。日本文化と西洋文化は異なっているため自律原則を原則にするべきでないという態度もある。日本人は往々にして死や尊厳死について直視したり考えたりすることを避けている。また患者も家族も医療における意思決定を他の人に「おまかせ」することを望む傾向にあるため，死の自己決定尊重はあまり現実的に必要ないという考えもある。事例を挙げ，「答えたくない」「考えたくない」患者の存在を指摘する筆者もいた（狩野，2002 年，斉藤，2002 年，嶋崎，2001 年，谷田，2003 年）

「自律原則も恩恵原則も，また……倫理理論は欧米の近代功利主義に倣す欧米型バイオエシックスのものであって，けっしてそのままわれわれのパラダイムとなるべきものではない」（嶋崎，2001 年）

「事前指示の必要性は理解していても，現実にはその場になってから考えるという人も多い。また，はじめからそんなことは考えたくないという人も多い」（谷田，2003 年〔現状報告としての言及。谷田自身は死の自己決定尊重派である〕）

3-3 死の自己決定無効論：「自己決定は死には及ばない」

たとえ自己決定が可能であったとしても，または自己決定権が存在したとしても，死に関する自己決定権はないという立場がある。なぜなら死は個人のものではなく，家族や第三者までも含めた人間関係の中で共有される社会的出来事だからという議論である（小松，

2004 年、東京創価学会生命倫理研究会、東洋哲学研究所、2001 年、波平恵美子、保坂正康）。また生命と死は究極的な受動態であって、選べるのはその間の迷いに満ちた行動だけなのではないかという見解もある（工藤、2004 年）。権利行使によって利益を得る主体が消滅するような権利は自己撞着（自己矛盾）で成立しないという主張もある（池永満）。また事前指示の有効性に関しても、インフォームド・コンセントの趣旨とリビング・ウィルとの有効性との間には懸隔があるという基本的な疑念もある（嶋崎、2001 年）。

「死というのは一個人に閉じ込められたものではありません。人が死にゆくときには、看病する家族、治療する医師、看護する看護師というように、実の多くの人がかかわるわけですし、一人の人間が死んだ後にも、死なれた別の人間がのこって、故人にふつつとした思いを馳せるときがあるわけです。つまり、死は、周囲の人すべてにまたがる、人間関係のなかでおきる事柄だと言っていいでしょう……死は関係の中で成立し、関係の中でしか成立しないものなのだから、人は死を所有も処分もできないということです」（小松、2004 年）

「人の人権として死ぬ権利があるかという点で疑問がある。そもそも権利というものは、その人が社会的にいろいろな利益を享受する資格が存在することを前提としているから、その権利主体自体をなくしてしまう権利なるものは自己撞着ではないかと思う」（池永満弁護士 p182）

3-4 死の自己決定実施不可能論：「死の自己決定は実現困難である」

死の自己決定は概念上可能であったとしても、適切に実施できないという立場がある。たとえば、いわゆる尊厳死に関わる事前指示書を残したとしても、それを使用する時に本人の意思が確認できない、本当の意思が分かり難い、患者自身も割り切れない思いを抱いている、人の考えや気持ちは変わるので元気な時に作成された事前指示は無効などの議論がある。また現在日本では延命治療中止に関する法が確立しておらず医療者側が患者の死の自己決定を尊重できない状態にあるという意見もある。さらに家族間の複雑な気遣いのため事前指示が実施されないという主張もある（斉藤、2002 年、創価学会生命倫理研究会、2001 年、徳永、2003 年、谷田、2003 年、中岡、2004 年）

「元気なときに遠くで見る死と、病床に伏して近くに見る死とでは見方が変わるかもしれない。いったいどれが「本人の意思」なのか。それにまた、家族や医療者の意向との兼ね合いは考慮しなくてもよいだろうか」（徳永、2003 年）

「他人への態度と自分への態度とは、しばしば非対称なのです。自分にはしてもらわなくてもいいこと、断念することを、他人（肉親）にはしてやりたい、してやってほしいと思う」（中岡、2004 年）

3-5 死の自己決定有害論：「死の自己決定尊重は他者に害を与える」

ある患者の死の自己決定尊重は、結果的に他者や同一疾患を持つすべての患者に害を及ぼすため許容されないという議論が存在する。死の自己決定尊重は優生思想・選別思想であり障害者差別、弱者切り捨て、植物状態や痴呆症で生きる人々の生を不要な生、意味のない生と見る傾向を助長するという見解である（上間、2003 年、葛生、2004 年、小笠原、2003 年、斉藤、2002 年、塩野、2003 年、嶋崎、2001 年、徳永、2003 年、読売新聞北陸支社、2002 年）。また死の自己決定尊重に基づく尊厳死容認は、隠れた医療費抑制対策だ

という主張もある（小松，2004 年，読売新聞北陸支社，2002 年）。

「人としての人格がなくなったのであるから医療を施すには値しないという考え方である。しかしこれを推し進めていくとやはり「生命の質」による差別につながる。したがって意識の回復が不可能をもって中止にするのは妥当ではない……植物状態患者の問題は、その生命を短縮する方向で解決するのではなく、患者とその家族の救済という見地から、国家的な立場で対処すべきである。」（塩野，2003 年）

「人間の尊厳を人格の自律性と同一視する考え方には、「強者の論理」に過ぎないという批判がある……理性を持っていること、自由意志を持っていること等、「何を持っているか」という、いわば「所有の論理」によって人格を認定し、人間としての尊厳を見出そうとする限り、しかじかの能力を所有しているか否か、あるいはどれだけ所有しているかという相対的尺度で人間の価値を測定してしまうことにならざるをえない。このことは本来「目的」たるべき人間を容易に「手段」への転化させてしまうことになるという、批判がある」（葛生，2004 年）

3-6 死の自己決定強要論：「死の自己決定は強制されたものである」

現行のわが国の医療現場や医療体制においては過小医療、不十分な医療福祉、家族への経済的負担、質の低いケアなどのため、患者が何らかの心理的圧力を受けることなく本当に自発的にそして純粋に死の自己決定を行なうことはできないという立場がある。いわゆる「死の義務」論とも共通する考え方といえる（徳永，2003 年，向井，2003 年）。日本人のように個人の自立した権利意識の乏しい国民性では、横並び意識から尊厳死を望む恐れもありとの懸念もあった（福本博文，2002 年）。また、もし十分なケアが提供されれば人が死を望む方向に自己決定するはずがなく、死を望む自己決定は真の自己決定ではないという見解も認められた（中島，2003 年）。

「怖いのは、もともと、外来文化を自分たちの都合のよい方法でとり入れる習慣を持つ日本人が、それぞれの現場の都合のよい論理に欧米の方法の一部を借りるやり方である。「すばらしいケア」には手が届かないと絶望しながら、「尊厳死」の方は、その定義には程遠い方法で「それがその人の幸せ」とのいいわけで事実上、蔓延させているのが日本の実情ではないのだろうか。「尊厳ある生」を保障しないままに「尊厳ある死」を進行させていいはずがない」（向井，2003 年）

「患者が希望を失って死を自己決定した場合は真のオートノミーと言えるでしょうか。患者の多くは将来についての理解が不十分で、不安、身体障害、不十分な社会的サポートのためにオートノミーが損なわれているか喪失していると考えべきです……どんな難病患者であっても、生に対する幸せな肯定感とともに真の自己決定が可能になります」（中島，2003 年）

3-7 死の自己決定純粋反対論：「生命はあくまでも何よりも重要である」

人に死をもたらすような自己決定や尊厳死そのものに、生命の大切さから反対する態度も存在する。また「ブツッと切れるような死の迎え方」を人生の締めくくりの「納得」や「満足」に反するようになると考える論者もいる（徳永，2003 年）。しかし、これらの立場をとる論者は少数派のようである。尊厳死は延命中止であり、これは人を殺すという側面を持つ、または尊厳死は安楽死を指している場合もあり問題があるという見地もある（狩

野, 2002 年, 高橋, 2001 年,)。

「(尊厳死)は実際には安楽死そのものであるのに、さまざまな婉曲表現が用いられている。たとえば、最期の時まで人間としての尊厳を保ちながら死を迎えるという意味で尊厳死ということばが最近ではよく用いられるが、それが安楽死の一部を指している場合もある」(高橋, 2001 年)

3-8 死の自己決定限定論：「死の自己決定は一定の制約下なら認められる」

死の自己決定は無条件に受け入れられるものではなく、一定の医学的状況や限定された治療法に対してのみ認められる、たとえば経管栄養中断は不可であるとか末期状態でなければならないという立場の論者は多い。または特定の理由がある場合や家族が患者の死の自己決定に同意した場合に限り尊重されるべきつまり他の人々が認める決定内容でなければならない—ものだという見解もある(徳永, 2003 年, 狩野, 2002 年, 嶋崎, 2001 年, 創価学会生命倫理研究会, 2001 年, 福本, 2002 年, 斉藤, 2002 年, 中岡, 2004 年, 甲斐, 2002 年)。さらに水分補給は原則として行なう「尊厳生」という概念を提唱する論者も存在する(岡田 (1), 2003 年, 岡田 (2), 2003 年)。このような制限つき自己決定尊重を尊重する論者は多い。

「なかには、栄養補給の他に水分まで中止の対象にしてよいとの見解もあるが、本人がこれらすべてについて明確に拒否していない以上、最低限のケアをして、水分だけは補給すべきであると思われる」(甲斐, 2002 年)

「人工栄養や点滴、透析、抗生物質投与といった死に結びつくような一般的な治療は基本的に中止してはならない……餓死は非人道的な手法だ……一般的な治療を意図的にやめるのは「殺す」行為と何ら変わらない」(斉藤, 2002 年)

3-9 死の自己決定他者利益論：「死の自己決定は他の人のためになる」

死の自己決定尊重を支持する立場には、残された人々が意思決定をする際に困らないように事前に患者が意思表示をしておいた方が好ましいとする考え方である(谷田, 2003 年, 福本博文, 2002 年)。たとえば配偶者が「尊厳死・安楽死」といっていても、家族は医師に「だから治療を中止してくれ」とは言い出しにくいので事前指示書を残しておくことは有用との指摘もあった。また家族の精神的経済的負担軽減のためにも死の自己決定は好ましいという見解もある(柴田, 2001 年)。

「現実的には、意思代行者を選定しておき、残された指示書と併せて臨床上必要な判断を行なうのが適切である。なお、代行者のストレスを軽減するためにもリビング・ウィルや事前指示の存在が望ましい」(谷田, 2003 年)

「症状が固定したまま、悪くもならないがよくもならない状況が続くとなると、……家族の大半は介護に疲れてくる……なかには意識がなくても、大きなペットを飼っているつもりで毎日世話を焼くのが本望だという人もいるだろう。そういう奇特な家族ですら結局は介護に疲れ果て、その介護にどれだけの意味があるかという疑問を抱くようになってくる」(柴田, 2001 年)。

3-10 死の自己決定尊重論：「死の自己決定は認められるべきだ」

純粹に患者のために死の自己決定を尊重すべきだという、患者の自律尊重と選好満足に基づいた見解が存在する(大田, 2003 年, 大平, 2002 年, 甲斐, 2002 年, 木村, 2000

年、柴田、2001年、袖井、2000年、谷田、2003年、成田、2001年、成田、2003年）。死の自己決定を支持の理由としては、死は究極的には死にゆく当人のものである、日本国憲法で認められている人格権に基づいて死の自己決定が認められる、生まれることには本人には選択の余地はないが死ぬときにはある程度死に方を選ぶ自由がある、意思決定能力のある患者の延命拒否は延命拒否権（自己決定権）の正当な行使である、無用な延命をやめて迎えるのは自然死である、死期が迫ったときの自己決定権は生命権よりも優位である、リビング・ウィルにせよ事前指示にせよ根本的な考えは自らを大切にすることである、自らの命の尽きる時の最終判断を他人任せにはできない、本人が誇りを持って死ぬことは重要である、などがあつた。

「死は医療のものでもなければ、福祉のものでもない。死に行く人にとって家族はきわめて重要ではあるが、究極的には死にゆく当人のものである。たとえ家族であっても、当人の意に反して決定を下すべきではない。また、当人のことをおもって先決することが、必ずしも当人の望みにかなうものでもない。高齢患者の声に耳を傾けること、そして高齢患者がその意思を表明しやすいような雰囲気や条件を整えることが、終末期における自己決定を実現する第一歩であろう」（袖井、2000年）

「（スパゲッティー症候群）状態で、ICUや個室に隔離されて延命され、家族、友人も引き離されたまま、孤独に死んでいくのが、人格を持った尊厳ある死と言えるだろうか、と考えるようになりました。……また植物状態になって、誰とも意思の疎通ができず、自力では動けず、食事もできず、失禁状態にある姿が、果たして神聖であり、尊厳ある人間の姿であろうかと考える人が多くなってきました」（大田、2003年）

「寝たきりでいる状態は、表現は悪いが単なる生きている物体でしかない」（柴田、2001年）

4. 考 察

我々の文献研究から、現在日本人の「死の自己決定」観の一端が示唆された。今回明らかになった思想の中には、個人やその命を独立した一個の存在と見なさず家族や血族を意思決定単位として認める傾向、個人と他者の境界の曖昧さ、相互依存をよしとする考え方、独自性より協調性の強調、また個々人の選択よりも全体の合意を優先する態度、偏った文化相対主義的思考など、従来日本的と考えられているものが根強く残っていた。「尊厳死そのものが社会的なコンセンサスを得ているとは言い難い状況だけに、何を根拠にすればいいか迷うのが現実だ」との発言もあるように、「社会的同意すなわち倫理的判断の正当な根拠」という意見が強いようだ（知覧、2004年）。山崎は「患者の個人的で私的な願望に直面した家族や医療従事者は、それが自分を含めた他の家族構成員についても成り立つ願望であるのかどうか、あるいは社会一般に許容できる願望であるのかどうか、などの問いを前にして逡巡する。そこにおいて願望の一般化または普遍可能性についての考察などが行なわれ、それが「公共性」という視点導入の架橋となりうる。欧米では一般に自己決定基底理論に依拠した「死の迎え方」が認められている。一方、わが国では、自己決定の他者による受容可能性が大きな問題となる」と述べ、わが国において死の自己決定が受容されるには、その決定内容の公共性の高さが重要だと指摘している（山崎、2004年）。つまり

家族や医療者などの他者が受け入れることができず、社会通念からかけ離れている自己決定は尊重されない可能性が高いということであろう。ここには「個人よりも共同体」という思想が存在していると思われる。

また社会的に弱い立場にある人々や障害を持つ人々が、差別されたり十分な医療を受けられないような事態になったりする可能性に対する強い懸念と抗議の念が認められた。これらの見解によれば、我々は自己に関する決定においても、それが他者に直接的な害を及ぼさない場合でも、常にそして強く他者を意識し配慮なくてはならないことになる。特定の状況における死の自己決定や自発的安楽死が障害者差別を根拠に批判されることは世界的にも稀ではない（児玉，2002 年，Coleman and Drake, 2002, Spriggs and Savulescu, 2002）。この点についてはわが国も他の国々と共通した考え方が存在すると考えられる。しかし言うまでもなく、このような批判が正当なものか否か、そして他者への想像上の間接的害のために個人の死の自己決定がないがしろにされてよいか否かは熟考を要すると思われる。

死の自己決定を認めつつも、厳しい制約下でのみ認めるという姿勢も強かった。現在、わが国では事前の意思表示（事前指示）に関する立法もなく、それ自体が争点になった判例もない（浅井他，2004 年）。しかし東海大学安楽死事件に対する 1995 年の横浜地裁判決（傍論）では、延命治療行為の打ち切り（いわゆる尊厳死）について、第 1 に患者が治療不可能な病気に冒され回復の見込みがなく死が避けられない末期状態であること、第 2 に治療行為の打ち切りを求める患者の意思が治療の打ち切り時点で存在することを要件としている。第 2 の要件については、条件つきではあるが、患者の事前の意思表示等に基づく推定的意思や患者の意思を推定するに足りる家族の意思表示をも認めている。これからもわかるように、わが国の死の自己決定は一定の条件下でのみ認められる傾向が強い。死が避けられない時にしか死の自己決定ができないという状況であり、その意味が変容していると言えるかもしれない。

加えて、日本医師会が 2004 年に公にした見解では、「アドバンス・ディレクティブ（事前指示）は、患者の、その時点よりはやや以前の意思を知るための重要な手がかりの 1 つと考えるべきで、これにより末期医療についての治療方針が万事決定されているとみなすことには、慎重さを要する……それが最終決定ではなく、状況の変化により繰り返し確認することによっておかなければ、アドバンス・ディレクティブの存在が反って障害になり、実際に末期医療に入るそのときの患者の気持ちに沿うことができなくなるおそれがある」「医師は患者の家族などとよく相談し、何が患者にとって最善かを考え、慎重に判断すべきである」と述べ、患者の自己決定尊重に関しては実際の運用面の問題点や患者の利益を考慮に入れた、非常に慎重な態度を取っていると考えられる（日本医師会，2004 年¹⁾，日本医師会，2004 年²⁾）。この医師会の見解も今回我々が論じた「死の自己決定実施不可能論」または実施困難論に通じるところがある。そして現場の諸問題は改正すべき問題点としてではなく、死の自己決定を退ける強力な根拠とみなされることとなる。

いわゆる「西洋的な」個人の自由や決定を尊重しようとする価値多元主義的自由主義とも呼ぶことができる思想も間違いなく存在していた一方、死を導くような決定は一切受け入れられないという生命の神聖さに基づく議論も認められた。わが国の死の自己決定に対する思想は多様であると言えるだろう。そしてその振幅は予想以上に大きい。

今回我々が明らかにした死の自己決定に対する態度にはどのような問題点があるのだろうか。特に死の自己決定を望む人々にとってのいかなるインパクトがあるのだろうか。もちろん医療環境や社会福祉の整備、患者の気持ちや心理への配慮、患者家族を巻き込んだ意思決定や話し合いの重要性、自発性の確保、そして完全なる自由意志の存在への批判的見方など、自己決定に批判的な見解から学ぶことは多々ある。しかしそれ以上に問題点の方が大きいように思われる。

なぜなら、患者はたとえ親密で良好な家族関係を持っていたとしても、基本的には自律的な個人であり、患者が受ける医療のゴールや何が利益なのかについては患者自身が最終決定権を持つべきだからである。医療は患者の最善の利益のために行われる。また、患者のプライバシーは最大限に保護・尊重されるべきである。もちろん純粋で完全な自己決定などないかもしれない。しかし一定の条件を満たし正当な手続きを踏んだ上でなら、たとえ夾雑物いっぱいでも迷いに満ちていたとしても、個人の死の自己決定を認めてよいと考える。純粋さの欠如を自己決定否定の根拠にするなら、この世に自己決定できる者、決定できる事など無くなってしまうだろう。また個人が自己決定を行う場合は、その結果を受け入れる一定の責任があることも、「共同責任は無責任」的なわが国では強調する必要があるだろう。文化相対主義的見解に基づく死の自己決定不要論は、今回紹介した幾つかの最近の意識調査から完全に否定される。

また今回明らかになった死の自己決定反対論は、共決定、共同体、公共性、社会通念、社会的合意などをキーワードとしている。しかし関係者すべてが常に同じ結論に達する、共同体の構成員が常に共通の価値観を持つ、家族はつねに相互扶助的であると仮定するのはあまりにナイーブであろう。人工妊娠中絶、自発的積極的安楽死、脳死臓器移植、出生前診断の是非などについて論争が続いているのをみれば、このことは一目瞭然である。また個人に社会的合意事項を押し付けるのは、多数決による横暴であり自由の剝奪に繋がるであろう。これはパターンリズムを超えたモラリスト的介入である。よい尊厳死と悪い尊厳死が「客観的」に、定義不可能な共同体によって強要される事態は避けねばならないだろう。さらに社会的同意があるという事実だけで、その同意事項が倫理的に正当だと言える根拠はどこにもない。悪法の存在がその好例であろう。たとえばわが国では極めて差別的な「らい予防法」が、長期にわたるハンセン病患者たちの抗議にも関わらず90年もの間存続していた（熊本日日新聞社、2004年）。この事実を社会的同意至上主義者はどう見るのであろうか。

さらにある人の死の自己決定が障害者や弱者に害を与える結果にあるために許容できないという議論も問題がある。まずそのような主張が果たして事実に基づいているかどうか疑問である。またある人が尊厳死を選んで、そのために他の人々が差別されたとしても、それは尊厳死を選んだ人のせいではない。実際に差別する人々に罪がある。特定疾患を持つ人が死を選んだために同一疾患を持つ人々が「精神的心理的に害」を受けるという主張もあるが、我々の自己決定は直接的に明らかな害を他者に及ぼさない限り、安易に制限されるべきではない。他者のケアは重要である。しかし自分の一挙一動がどのように他者に影響するかばかりを考えていては、我々はいかなる行動も行なえないであろう。

わが国の死の自己決定に対する見解は多様である。死の自己決定に反対する考え方を上

記で批判した。筆者は上記の諸批判を必要かつ十分なものとするが、自説が正しいと信じる人々は存在しこれからも存在しつづけるだろう。筆者の個人の自由を基礎にするという思想と、公共性や合意を出発点とする立場は根本的に相容れないと思われる。なぜならこれは究極的には理屈を超えた信念の領域だからである。特に死に対する思想の差異は究極的根源的なものである可能性が高い。したがってわが国では、死の自己決定を望む人々にとっては楽観を許さない状況が存続するものと思われる。

にもかかわらず他者に必要以上の介入をしない、他者に害を与えない限り個々人の自由を認める社会が望ましいと考える。自己決定したい人はできる、したくない人は他者にお任せできる、そして無用な介入を受けない社会を望みたい。無害、プラバシー尊重、寛容、思いやり。この4つの原則が何よりも大切ではないだろうか。

気管内挿管チューブ抜去の是非： 川崎「安楽死」事件を他山の石として

浅井篤・尾藤誠司・千葉華月：日本生命倫理学会「生命倫理」通巻15号，2004，139-146

抄録

2002年4月，1998年に川崎で起きた「安楽死」事件（筋弛緩剤投与事件）が報道された。意識不明の喘息患者から気管内挿管チューブが抜去され，大量の鎮静剤と筋弛緩剤が投与された。本稿では，この事例で医師が致死薬物を投与するという行為に至る過程で，何が欠けていたのか，何になされなくてはならなかったかを考察する。この事例をイギリスで初めて尊厳死を認めたと解されている人工呼吸器治療打ち切り事例と比較検討し，どのような行為がいかなる根拠に基づき倫理的に許容されるのかを論じる。その上で，高齢慢性呼吸不全患者からの気管内挿管チューブ抜去という極めて日常的な症例における判断を，倫理的に行うには何になされなければならないかを提案する。そして，倫理的行為を行うためには時には法的根拠が必要であり，医療専門家，司法専門家，生命倫理の専門家等が共同し，医療現場の倫理的法的行為規範を充実させる必要があると結論する。

キーワード

日：延命治療，尊厳死，安楽死，法

英：Life-sustaining treatments, death with dignity, euthanasia, law

1. 歴史は繰り返す

平成14年4月，4年前の「安楽死」事件（筋弛緩剤投与事件）が報道された。1998年，川崎で50代の男性が，気管支喘息による呼吸不全・心停止で昏睡状態になり人工呼吸器が装着された。患者が意識障害に陥ってから13日目，主治医が「これ以上の延命は忍びない」と家族に説明しその2日後に気管内チューブを抜管した。患者はその後呼吸困難に陥った。主治医は「楽にしてあげるから」と言い，鎮静剤と筋弛緩剤を投与し患者は死亡した^{1,2)}。

「歴史は繰り返す」というのが，我々の偽らざる感想である。この思いはわが国の医療現場の医学的倫理的判断をより良くしていこうと考え，非力ながらも努力している人々にとって共通するものではないだろうか。この10年を振り返っただけでも，公になっている「安楽死」事件が少なくとも2件ある。1991年には神奈川県で，昏睡状態に陥っていた末期多発性骨髄腫患者に対して，医師が家族の要請に従って，独自の判断で塩化カリウムを投与し患者を死亡させた。1996年には京都で，ある病院の院長が昏睡状態にある末期がん患者に筋弛緩剤を投与し，死に至らしめた。激しい痙攣と呼吸困難を見かねてのことだったと言う³⁾。歴史はただ単に繰り返えされ，我々は過去から何も学んでいないようだ。1995年に横浜地裁が医師による安楽死を認めるための4要件を公にしているにもかかわらず，次々と事件が繰り返される。不起訴処分に終わった京都のケースも川崎のケース（今後川崎ケースと記す）も患者は昏睡状態であり意識がなく，安楽死についてどのような希望も表していない。あるのは医師の個人的判断だけである。そして，医師側と遺族側の「説明

した」「説明しない」、「同意した」「同意しない」の不毛な水掛け論だけが残される。

この論文の目的は、横浜地裁の4要件や安楽死の倫理的妥当性を論ずることではない。我々が本稿で考えたいことは、川崎ケースで致死薬物を投与するという最終行為に至る過程で、何が欠けていたかである。何がなされなくてはならず、どこで止まるべきだったのか。今回の事例を様々な観点から細かく分析し問題点を明らかにすることは重要である。なぜならこの「安楽死」事件に関連する様々な行為に対する批判的検討をすることなく、関係者の行為の是々非々を声高に話すだけでは、我々はまたもや過去の過ちから何も学べないことになるからである。「安楽死」事件が世間をひとり歩きし、患者の死に関わる医療行為が十羽一絡げで悪と見なされた場合、重症疾患で苦しんでいる患者も、患者の苦痛に耐えがたい思いをしている家族も、そして良心的な医療従事者も不利益を被るだけである。以下に川崎ケースを例として、どのような行為が、どのような状況で、どのような根拠に基づき許容されるのかを論じてみたい。そして、今後我々が生かすべき教訓は何かを考える。その上で、極めて日常的な症例における判断—高齢慢性呼吸不全患者からの気管内挿管チューブ抜去の是非—を倫理的に適切に行うには何がなされなければならないかを提案する。

2. 欠けているもの：2つのケースの対比

川崎ケースの問題点を浮き彫りにさせるために、イギリスで初めて尊厳死を認めたと解されている人工呼吸器治療打切りの事例（以下、イギリスケースと表記）を検討したい^{4,5,6,7)}。わが国とイギリスは法制度や医療制度が異なり、比較することは難しいが、イギリスのケースを分析することによって、わが国の終末期医療に欠けていることを考察し、我々の見解を述べたい。はじめに、下記に事例を記す。

イギリスケース

脊髄内頸部海綿状血管腫の破裂のため四肢麻痺となった43歳のイギリス女性患者、Ms Bが、裁判所による許可を得て、本人の希望により人工呼吸器を外され死亡した。Ms Bは、自力で動くこともできず、2001年はじめから約1年間、人工呼吸器に依存し、この状態から回復する可能性は1%未満と推定されていた。Ms Bの病状は安定し、終末期状態ではなく、死が切迫しているわけではなかった。Ms Bは、医師らに人工呼吸器の打切りを求めたが、医師らは、Ms Bの希望に応ずることを躊躇していた。そのため、患者は、人工呼吸器によって与えられている侵襲的治療が不法なトRESPASS (trespass) であると主張し、高等法院に、その固有の裁判権に基づき、人工呼吸器の打切りを許可する宣言と損害賠償を求めた⁸⁾。高等法院は、当該患者は生命維持治療への同意を与えるまたは拒否するのに必要な能力を有していたこと、および、NHS病院がMs Bの意思に反する人工呼吸器による管理が不法なトRESPASSであると述べ、名目的損害賠償を認めた⁴⁻⁸⁾。

以下に3つのレベルに問題を大別し、川崎ケースとイギリスケースを比較検討する。

1) 医学的レベル

川崎ケースでは、臨床現場の諸判断の基本になる医学的判断に問題がある。詳細は不明だが、深昏迷状態に陥って約2週間ではいかなる基準を採用しても昏睡状態が不可逆的と言うことはできない。患者が将来意識を回復する見込みが残っているのであれば、この患

者は不可逆的な植物状態ではない。またこの医学的判断は医師ひとりが下しているようであり、カンファレンスなどで他の医師と病状や予後についてしっかりした議論が行なわれた形跡はない。患者の苦痛改善や病状改善のための代替手段はなかったのかも十分に検討されていない。これらのことは医学的に最低限行われるべきであった。一方、イギリスケースでは、複数の専門家医師からなる病院側が、患者が全身麻痺の状態からの回復の可能性は1%未満であるが、状態は安定していると明確に医学的観点からの評価をしている⁷⁾。

2) コミュニケーション（意思伝達・情報伝達技術）レベル

川崎ケースでは気管内挿管チューブ抜去や筋弛緩剤投与について、主治医が家族に説明し同意を得たとする内容と、家族が理解・納得し同意したという内容に大きな食い違いがある²⁾。このような不十分・不完全な意思疎通は、患者の生死がかかっている医療現場では極めて大きな問題となる。「説明した」「説明しない」、「同意した」「同意しない」の水掛け論になってしまうと第三者の立場からの冷静な判断が非常に難しくなる。

当時、医師や家族がどのような考えを持ち、今後の治療のゴールをどのように設定していたかもわからない。今後の治療について家族は何を希望していたのだろうか。どのような意見交換があったのだろうか。関係した医師や人々のひとつひとつの発言の背景にあった意図は何だったのだろうか。今や実際の行為が行われてから5年たち、細かいところは関係者本人たちにもすでに明らかでないかもしれない。したがって、これらのことは少なくとも、医療従事者と患者側で共有され、書面上、明確な形で残されなくてはならないだろう。

川崎ケースでは、患者が何を望んだかについての手がかりがなかったのかを明らかにする必要もあっただろう。もちろんイギリスケースと異なり、突然急変し深昏迷になってしまった状況では、どのような事前の希望も残っていない可能性が高い。そして、ここで大切なことは患者の希望、特に延命中止に関わる希望はどんな形であれ残されていなかったということである。たとえ仮に、何らかの延命中止の希望に関する手がかりが残っていたとしても、その希望をどのように意思決定に反映させるかについては、厳密に検討されなくてはならない。また、患者の希望を根拠として許される医療行為は何だったのかも問われる必要がある。

診断や予後、治療方法などの医学的レベルの情報共有とともに、患者診療における関係者間の意思疎通・交換は、最終的な判断を医療従事者と患者または患者家族が共同で下すためには必須である。十全なコミュニケーションは、健全な医学的倫理的意思決定の大前提である。さらに付け加えるなら、この事例では医療従事者間のコミュニケーション不足も指摘されるべきだろう。

一方、イギリスケースではどうだろうか。患者の希望は明らかであり、カンファレンスにより主治医や病院側のポリシーも明確にされ、倫理的な対立点と価値観の相違が明らかにされている。イギリスケースでは、患者側と医療従事者側が十分コミュニケーションをした上で、今後の患者ケアのゴールについての意見の相違が明確である。医療側も、本人が希望しないものであったが、人工呼吸器打切りのプログラムの提供を提案する等、様々な選択肢を模索している。

3) 倫理的判断のレベル

さて、川崎ケースでは、健全な最終的意思決定の前提条件となる医学的判断とコミュニケーションに大きな問題があったことについてはすでに述べた。この前提がなければ、好ましい結果を生む倫理的判断は不可能である。川崎ケースでは、患者が不可逆的な昏睡状態にあるという判断が正しいものでなければ、「植物状態にある患者に人工呼吸を続けるのが忍びない」という道徳的判断は意味をなさないし、正しいものになりようがない。深昏睡にある患者が呼吸困難に苦しんでいるという判断が間違っていれば、「楽にしてあげる」という気持ちに基づいた鎮静剤と筋弛緩薬の使用は正当化され得ない。同様に関係者全員の意図や希望、気持ちがお互いに十分コミュニケーションされていなければ、関係者全員が理解・納得し満足の行く医療は行えない。

イギリスケースを見てみよう。医学的状况は明らかにされ、治療方針や治療のゴールについての意思疎通はお互いのゴールの違いが明確になるまで行われている。患者はこのような状況で延命されることを拒否することを希望し、病院はそれを受け入れることを躊躇し、裁判所の宣言を求めた。裁判所は、患者には生命維持治療に同意するまたは拒否する能力がある、と判示した。つまり結果として、人工呼吸打ち切りという行為が、生涯人工呼吸から離脱できないという状況で、そのような状況では生きていたくないという患者の理性的でインフォームされた安定した希望を根拠にイギリスでは正当化されたといえる。

では川崎ケースでは、どのような前提があり、どのような根拠があれば気管内挿管チューブ抜去が倫理的に正当化され得たのだろうか。医学的状况については患者が非常に高い確率で不可逆的な昏睡状態にあることが大前提だろう。しかし最も重要な前提は当該患者が延命中止を希望していることではないだろうか。もちろん川崎ケースで気管内挿管チューブが抜去されたのは患者が昏睡状態の時であり、患者の事前の意思が家族や主治医に明確に伝えられている、または書面で残されていることが必要だろう。そして医師の状況判断と患者の希望や家族の意向が関係者間で共有、議論され、患者ケアのゴールに関する合意に至っていることが必須である。つまり、一定の患者から気管内挿管チューブを抜去するという行為は、患者の医学的状况が明確となり、それについての患者の希望、家族の意向、医師の見解が明らかにされ、関係者がそれらすべてを共有、理解した上で、患者の自己決定を根拠に、患者の主観的判断としての Quality of life (QOL) を考慮し正当化され得るのではないだろうか。

2つのケースにおいて気管内挿管チューブ抜去に至るまでの判断が、医学的、意思疎通の観点、そして倫理的にいかに異なるかを見てきた。では次に、医療機関では非常に日常的な気管内挿管チューブを巡る事例を提示し、倫理的法的観点から検討したい。これは筆者のひとりが過去に実際に経験した事例を、個人情報プライバシーに配慮して改変、脚色したものである。またこの事例は他の場所でケース・ディスカッションの事例としても用いられたことがある⁹⁾。

3. 3 つめのケース：高齢者慢性呼吸不全患者のケース

慢性呼吸不全の70代の女性患者が肺炎と気胸で意識障害、呼吸停止となった。救命センターに搬送され人工呼吸器が装着され、翌日には患者の意識は清明となった。呼吸器が

らの離脱には数週間～数ヶ月がかかることが予測された。ある日、患者は気管に挿入されていたチューブを自ら抜いてしまった。患者は「もう疲れてしまった。このまま呼吸が止まってしまってもいいから機械をつけたくない」と述べた。そこで、家族にも説得してもらった後再度気管に管を入れ今までと同じサポートを開始した。人工呼吸器からの離脱がまだ困難であり一時的に気管切開をする必要があった。患者は「ずっと機械につながれている状態になる可能性があるのなら、気管切開までしたくない」という。精神科医による判定では患者はうつ状態にある可能性は小さいということだった。もし気管切開をしないのであれば、もう一度試験的に管を抜くことになる。そして自発呼吸で十分な呼吸が出来なかった場合には、数時間～数日のうちに呼吸不全が進行し死に至る可能性が強いと考えられた。患者が気管切開を明確に承諾をしなかった場合は、気管切開をせずに気管内チューブを抜くべきだろうか⁹⁾？

このケースでも、呼吸不全患者から気管内挿管チューブを抜去するという行為の正当性が問題になっている。筆者らはこのケースは前述のイギリスケースと多くの点で類似していると考え、意思決定能力がある患者が関係者と十分な意思疎通をした上で自らの置かれた状況を理解し、気管切開を拒否するというインフォームされた希望を表明している。したがって気管内挿管チューブ抜去という点では川崎ケースと似ているが、それ以外は全く共通した点がない事例である。この点は確認する必要がある。後に述べるように何が川崎ケースで問題だったかが曖昧のままだと、気管内挿管チューブ抜去＝間違いということになりかねないからである。しかし今まで見てきた通り倫理的観点から考えれば、本事例において気管内挿管チューブ抜去は正当化しうる行為だと考えられる。しかし法的にはどのように考えられるだろうか。実際に手を下す医療従事者にとって、倫理的判断と同様に、否、時にはそれ以上に懸念されるのが法的許容性である。そこで、以下では、この事例に関する医療と同意に関する法的枠組を明らかにし、尊厳死に関する問題にふれ、気管内挿管チューブ抜去と気管切開に関する問題について法的分析を試みる。

医師が患者に気管切開を行う場合、医師はそれについて患者に説明し、その同意を得なければならない¹⁰⁾。医師が、患者に気管切開等の医的侵襲を行うためには、その違法性を阻却する3要件（①医療行為の医学的必要性、②医療行為の技術的正当性、③医療行為が患者本人の同意に基づくこと）を満たさなければならない。しかし、医師は、緊急の場合には、医師の裁量に基づき、患者の同意を得ることなく患者に医療を行うことが認められる。

東海大学事件安楽死判決は、末期患者に対する医師による積極的安楽死において、殺人罪の違法性が阻却されるための4要件（①患者が耐えがたい苦痛に苦しんでいること、②患者の死が避けられず、その死期が迫っていること、③患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし他に代替手段がないこと、④生命の短縮を承認する患者の明示の意思表示があること）を示した。そして、その傍論において、治療行為の打ち切り（いわゆる尊厳死）について以下のように述べている。第1に患者が治療不可能な病気に冒され回復の見込みがなく死が避けられない末期状態であること、第2に治療行為の打ち切りを求める患者の意思が治療の打ち切り時点で存在すること、の2要件である。第2の要件について

は、条件つきではあるが、患者の事前の意思表示等に基づく推定的意思や患者の意思を推定するに足りる家族の意思表示をも認めている³⁾。しかし、現在、わが国では、日本尊厳死協会がリビング・ウィルのフォームを提供しているものの、事前の意思表示（事前指示、リビング・ウィル）に関する立法もなく、それ自体が争点になった判例もない。そのため、医療従事者は本人の事前の意思と家族の意思が対立している場合等に、その有効性と適用可能性において、難しい判断を強いられる。

以上を要約すると以下のことが明らかになる。1) 医師が患者に医療（医的侵襲）を行う場合、患者本人の同意に基づかななくてはならない。医師は、緊急事態には、医師の裁量により、患者の同意なしに医療を行うことができる。2) 延命治療拒否（「尊厳死」）は、「末期状態」に限定され、患者本人による拒否がなければならない。3) 延命治療拒否は、条件つきで、事前の意思表示等に基づく推定的意思や患者の家族による患者の意思の推定によっても認められるが、わが国には、事前の意思表示に関する立法がないため、その有効性と適用可能性に関する判断は難しい。

さて、本症例は、医療と同意に関する法的枠組みの中でどのように位置づけられるだろうか。患者の気管切開拒否が自身の死を十分自覚した有効な拒否であった場合、医師が患者に気管切開についての説明を行わず患者の同意なしに気管切開を行ったならば、医師は、医的侵襲の違法性を阻却されず、民事上の責任を問われる余地がある。本症例では患者は重篤な状態にはあるがすでに緊急事態は脱しているため、医師の裁量により気管切開を行うことはできないだろう。他方、医師が患者に気管切開を行わず、気管内挿管チューブを抜去し患者が呼吸不全で死亡した場合、抜管は治療の中止にあたるだろうが患者は「末期状態」ではないため、治療中止が認められる要件を満たしているとは言えず、可能性は低い、刑事上殺人罪または嘱託殺人罪により訴追される可能性が残る。

次に、本症例は、尊厳死に関するわが国の法的枠組の中でどのように位置づけられるだろうか。高齢者慢性呼吸不全ケースの患者は、本人の意識は明確であり本人にとっては耐えがたい苦痛を有している。しかし末期状態ではなく気管切開により数年単位の生命の確保が期待されるため、上述の横浜地裁が示した尊厳死が認められる要件を満たしているとは言えない。さらに2つの問題がある。第1に患者は気管切開を拒否し、抜管に承諾する能力を有していたか。第2に患者が表明している「ずっと機械につながれている状態になる可能性があるのなら、気管切開までしたくない」という言葉が、延命治療に対する明確な拒否と言えるかである。つまり患者が末期状態で、十分にインフォームされた拒否に基づいているならば、医師は刑事上、殺人罪または嘱託殺人罪により訴追されることはないであろうし民事上の責任を問われることもないだろう。しかし、本症例の患者は末期状態ではない。また、本事例では、患者本人の気管切開についての否定的見解を、即患者の気管切開に対する十分な意思決定能力に基づいた有効な拒否と解することはできないだろう。そのため、本症例は、横浜地裁が傍論で示した治療の打ち切りが認められる要件を満たしているとは言えない。したがって本症例について日本の法的枠組の中では、医師が、気管切開を行うべきか、気管切開を行わず気管内挿管チューブを抜去すべきか否かについて、法的判断を下すことは難しい。

4. 懸念される事柄

今回の川崎事件を受けて、医療従事者は何を学習するだろうか。川崎事件は、上記のような、日常的な高齢慢性呼吸不全患者の気管内挿管チューブ抜管の判断に、どのような影響を及ぼすだろうか。このままでは、前向きなことは何も学ばない可能性が大きく、日常的な生と死の関わる判断に悪影響を及ぼすことが懸念される。つまり、医療従事者が、「裁判で訴えられない」ための医療を優先するようになり、本来重視されるべき患者のための医療という視点が置き去りにされるのではないかという危惧がある。倫理的に妥当な選択を考慮していく建設的なプロセスを作り上げることなく、何も学ぶことなしに気管内チューブ抜去という行為自体に対する糾弾のみに焦点が当たれば、医療従事者側には「治療の打ち切りのために訴えられる」「治療をはじめなかったために訴えられる」という非常に短絡的な論理だけが残るだろう。その結果、医師らは、このような事例において、極めて自己防御的な医療判断を下す方向に傾倒していく恐れがある。具体的に考えられる行為は二種類である。ひとつは、(訴えられないために) 延命行為の判断について法的に迷う場合はやれることはすべて積極的に行うことであり、もうひとつは(訴える側である) 家族の意向を全面的に受け入れることである。

実際の臨床現場では、前述のような高齢慢性呼吸不全患者の気管内挿管チューブ抜管のように倫理的に正当化されると想定される場合でも、法的に問題になり得る事案は多い。

類似した事例として Do Not Resuscitate (DNR) オーダーがある。医師が患者の余命がもうわずかであると判断した場合、病棟で患者の呼吸もしくは心臓の拍動が停止した時に人工呼吸や心臓マッサージなどの蘇生術を行わないという事前の決め事である¹¹⁾。終末期の患者や重症の脆弱高齢者の呼吸や心拍が停止した場合、蘇生術を行っても救命しうる可能性は極めて低く、仮に救命できたとしてもほとんどの場合(可能性は0%ではない) 臨床的に脳死もしくは永続的な昏睡状態に陥ることが考えられる。そのため、患者にとって苦痛な時間をむやみに長引かせることのないよう、蘇生術を行わないという事前の約束事が医療従事者側と患者家族の協議のもとに決められることは実際に多い。しかし常に蘇生の可能性はゼロではなく、患者の心肺蘇生に関する意思が不明確なことが多い。この意味で DNR オーダーも上記事例の気管内挿管チューブ抜去と同様の問題を抱えている。

医療現場で上記のようなケースに遭遇し、倫理的なジレンマが生じることがない場合とは、まず患者の死期が明らかに迫った状態であることが証明されており、延命行為の拒否に関する患者本人からの明示の意思表示があり、なおかつ家族が延命中止に賛同している場合になろう。しかしながら、現状では末期状態であることが明白ながん患者でない限り患者の死期が迫っているか否かを明確に査定することは、医療従事者にとって困難である。また延命行為に関する判断を迫られた時点で、患者の意識がはっきりと自らの意思を表明することができる程明確な状態にあることは稀である。したがって、度重なる「安楽死」事件は、医療従事者の判断をより防御的にする可能性を高くすると危惧される。実際に、患者が尊厳死を希望した場合、手を下す医療従事者にとっては、それが法的に認められるか否かは切実な問題である。より防御的な医師が患者に対してとる判断は、前述のように、迷った場合はすべてアグレッシブに延命治療を行う、もしくは家族の意向に全面的に従うということになるだろう。しかしながら我々は、そのような判断や行為は倫理的な妥当性

を欠くものになり得るし、医療専門職としての使命を放棄することでもあらうと思う。

5. 結論 何かなされるべきか

本稿では、川崎ケースは基本的な部分で問題が多すぎたことを指摘した。しかし同時に「川崎ケースは間違っている」＝「患者の死期を早めるようななどのような判断や行為も許されない」と考えるのは早計であることも確認した。理想的な患者ケアが行われるために大切なことは、医学的判断の正確性・妥当性、十分なコミュニケーション、そして倫理的熟考であることを見てきた。医療従事者が、決断を下すためには正当な手続（医学的判断、セカンド・オピニオン、十分な意思疎通、そして患者の同意）が欠かせない。関係者全員が患者の意思を基本として患者ケアの目的を明確にしておくべきだろう。

高齢者慢性呼吸不全ケースのように、患者が末期ではなく死が切迫していなければ、なぜ「尊厳死」することが認められないのだろうか。イギリスケースにおいて、Ms B に意思決定能力があることを認めた裁判の結果として、医療従事者が、彼女の希望を尊重し人工呼吸治療を打ち切ったことは倫理的には正しいのではないだろうか。もちろん患者が、気管切開拒否と気管内挿管チューブ抜去によって何が起きるかを十分理解していることが大前提であることは言うまでもない。Ms B ケースのような判断が日本でも可能になる必要があると思われる。

早急に行われなければいけない課題がいくつかあると思う。まず、医療従事者側が、より妥当な倫理的判断を行うことを可能にするための体制づくりである。最近になってようやく医科大学においても医療倫理・生命倫理教育が行われるようになってきた。しかし、卒前・卒後、医療従事者は膨大な医学知識を身につけるための訓練を受ける機会には恵まれていても、倫理的に妥当な判断を行うためのトレーニングを受ける機会はほとんどなく、その学習と熟練は個人にほぼ完全に依存しているといっていよい。したがって医師を中心とした医療従事者に対して一貫した倫理教育を充実させる必要がある。また、イギリスと同じように、医療関係の学会や医師会等の一定の基盤を持つ医療専門家の団体によって、終末期医療の臨床行為に関する個別具体的な倫理指針が提示されるべきであろう。延命行為についても、たとえば経管栄養による栄養補給を延命治療とみなすかどうかや、DNRオーダーを医師が書くことに関する倫理的な妥当性を保障するための基準などについて、医療関係の学会や医師会レベルでの明確で実践的な指針が見当たらないことも問題である。医療従事者側からの共通した声明を纏め上げる時期に来ていると思われる。

もう一点重要なことは、意思決定能力を欠く患者の医療決定に関する法的整備である。繰り返しになるが、現状では医療従事者は訴えられないための医療行為にシフトせざるを得ない。そのため、倫理的に考えれば差し控えた方がよいと思われる延命治療が行われがちになることが危惧される。倫理的ジレンマを含むような判断に関して明確な法的枠組が提供されることによって、上記のような不幸を回避することができ、終末期医療における意思決定をより健全で妥当なものにすることが期待される。意思決定能力判定の基準、本人の意思により苦痛を伴う延命治療につながる医療介入を差し控えるための基準、本人の意思により永続的に回復が不可能となった場合における延命治療の中止に関する基準、患者が昏睡状態にある場合の代行意思決定のための法的拘束力のある基準等が示されるべき

である。わが国の医療現場の医学的倫理的判断をより良くしていこうと考え、非力ながらも努力している筆者らとしては、医療専門家、司法専門家、そして生命倫理の専門家等共同し医療現場の倫理的法的行為規範を充実させる必要があると思う。倫理的に正しい為を行うためには、時には法的根拠が必要である。今回明らかになった川崎ケースをきっかけに、終末期医療に関わる法的整備と医療従事者への倫理教育の充実が望まれる。