

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川医科大学紀要 一般教育 (2007.03) 第23号:41～51.

脳死と安楽死—論理的観点から

長谷川吉昌

脳死と安楽死——倫理的観点から

Brain Death and Euthanasia: From an Ethical Point of View

長谷川 吉昌
Yoshimasa Hasegawa

Abstract

What is the relation between brain death and euthanasia? If brain death is anyway a kind of human death, it has almost nothing to do with euthanasia. But if it is not, there is a rather close relationship between the two. For in such cases we can simply ask: should we always continue trying to prolong life in brain-dead patients, or is it permissible to let them die by removing respirators? In the present paper I give a straightforward answer to this naive but important question on the basis of the preliminary considerations regarding the fundamental issues of the euthanasia debate.

キーワード：脳死、安楽死、資源配分、生命倫理、医療倫理、応用倫理

brain death, euthanasia, resource allocation, resource distribution, bioethics, medical ethics, applied ethics

1. 問題設定

脳死が人の死であるならば、そもそも治療停止問題は生じない。死者を治療することなどできぬ相談であろう。しかし、脳死が人の死ではないのなら、生命維持装置の助けを借りて患者の心臓を動かし続けることには、次のような疑問が投げかけられることになる。なるほど、患者が妊娠しているといった特殊なケースでは、手厚い保護を続けて出産へとこぎつけることには意味があるだろう。しかし、そういった特殊事情がともなわなければ、ただ単に延命を目的として脳死患者の心臓を動かし続けることにどれほどの意味があるのか。そもそも、回復の可能性がないところでも、可能な限りの延命措置を施すべきだとすることには、どれだけの根拠があるのか、と。本稿では、このような素朴な疑問に対して、倫理的観点から回答を試みる。¹

この問題は従来「安楽死」問題と呼ばれてきたことがらと密接な関わりがある。日常語としての「安楽死」は、しばしばかなり広い意味合いで、しかもたぶんに曖昧なしかたで使用されがちであるので、

生命倫理ないしは医療倫理の文脈においては、次の二つを区別して用いることが望ましい。

(1) 患者の死期を早めるために、積極的な処置を講ずることを認める「積極的安楽死」

(2) 延命処置を打ち切って、患者を死ぬにまかせる「消極的安楽死」

これら二つの処置に関しては、その是非をめぐって対照的な評価がおこなわれることが多いので、このような区別だてをもうけることには実際上の意義がある。以後、「安楽死」という言葉は(1)の積極的安楽死の意味でもっぱら使い、(2)の消極的安楽死には「尊厳死」という言葉を用いることにしよう。²

尊厳死を認める立場は通常、鎮痛手段として例えばモルヒネ等の薬物を使用することによって、その結果として死期が早まったとしても問題はないと考える(いわゆる間接的安楽死に相当)。安楽死を認める立場では、さらに、致死薬を投与するなどして積極的に患者の死を早めることも容認される(直接的安楽死)。

安楽死や尊厳死がどのような条件下で認められるかについては、すでにおびただしい論議がなされている。そのうち尊厳死に関しては、依然として根強い慎重論があるものの、厳しい条件つきで容認を求める声も今日では大きい。それに対して、安楽死を法律上認めている国や地域はごく少数である。その少数の例外としてしばしば引き合いに出されるのが、1994年1月から施行されているオランダの安楽死法であるが、この法律によれば、28項目の条件を付けて、医師が患者に筋弛緩剤の注射などの直接的安楽死措置を講ずることが認められている。また、同様に言及頻度が高いのは、米国オレゴン州の安楽死法(Death with Dignity Act)であるが、こちらは医師による患者の自殺助成であって、医師は患者本人の依頼に基づき致死剤を処方して、服用は患者自身でおこなう、とされている。

念のためここで、安楽死・尊厳死が問題となる背景事情を確認しておこう。まず、このような処置を望ましいと考える動機についてであるが、素朴に考えるとそれは次のようなものだ。すなわち、末期の骨髄腫やがんなどの、回復の見込のない病魔に冒されているならば、激痛に耐えながら残り少ない生を送るよりも、いつそ苦痛のない安らかな死を求めよう、という考え方である。人間は概して、より苦しい死に方ではなく、できることなら、より安らかな死に方を求めがちである。この点では、安楽死も尊厳死も発想は共通なのであるが、前者がいわば病気を苦しめた自殺であるに対し、後者はあくまで無制限の延命処置を拒否するにとどまるという点に違いがある。

それに対して、安楽死や尊厳死の容認に慎重な態度を示す背景としては次のような事情がある。人間社会の建て前として「人命の尊重」に真っ向から異議が唱えられることは、今日ではきわめてまれであろう。それはもはや、われわれの社会のもっとも基本的な前提のひとつといっても過言ではないからである。もちろんこの建て前ないしは理念が、現実にはさまざまな例外を許容していることもまた事実なのだが、そのような例外が、戦争行為であれ死刑制度であれ、かまびすしい論議の対象となるということ自体が、この理念によせる人々の関心の高さを裏うちしていると言える。安楽死や尊厳死も、例外であるという点では同様である。

そうすると、以上二つの事情、すなわち、一方でひとは可能なかぎりの「安らかな死」を求めており、他方でひとは、人命が故意に縮められることを善しとはしないという、このどちらの事情も、それぞれ安楽死なり尊厳死なりを容認ないし拒否する動機をなしているので、このような動機の切実さにかんがみれば、このジレンマの両方の角をおさえることは、いきおい至難の業となるだろうことがただちに予想される。したがって、安楽死・尊厳死問題が、快刀乱麻を断つがごとき一刀両断の解決を容易には許さないことにも十分な理由があることになる。

2. 安楽死・尊厳死問題の基本構造

さて、脳死患者への延命処置の停止という本稿の主題にとりかかる前に、その準備作業として安楽死・尊厳死問題への基本的な解答パターンを整理しておこう。いたって機械的に整理するならば、安楽死と尊厳死のそれぞれについて、その是非をどう考えるかが独立の問題であると仮定すると、以下のような四つの態度が論理的に可能であることになる。³

- (A) 安楽死を認め、尊厳死も認める
- (B) 安楽死は認めるが、尊厳死は認めない
- (C) 安楽死は認めないが、尊厳死は認める
- (D) 安楽死を認めず、尊厳死も認めない

実際、近年の論争においては、この四つの立場がすべて出さうことになるのだが、次に、これらの立場がどのような理由で採用されがちであるか、順に検討してみよう。

まず(A)について。(A)はもっとも寛容な立場であり、また患者の自己決定をもっとも重視する立場でもある。この態度を正当化するためには次のような論法がひとまず利用可能である。

- (あ) 個々人にとって死は私的なことがらに属する。
- (い) 誰しも私的なことがらに関する決定を他人から妨げられない自由をもつべきである。
- (う) それゆえ、患者に対しても、自らの死期を自分で決める権利を認めるべきである。

ただし、このいたって素朴な論法に対しては、次のような反論がすぐさま寄せられることになる。すなわち、安楽死とは要するに病気を苦しめた自殺にほかならないのだから、(A)の態度を擁護しようとするこの姿勢は、安楽死にかぎらず自殺一般をも容認するという、たいへん望ましがらざる結果をもたらしかねない。この種の批判についてはのちほど検討することにして、以上のようないさか素朴すぎる見解以外に、事態をより慎重に考察した議論もあるので、それを次に紹介しよう。尊厳死は、安楽死とは異なり、医療スタッフなどの第三者が直接手を下して患者を死に至らしめるわけではない。したがって、両者のあいだには質的に大きな違いがあるはずだと、われわれは考えがちである。この発想が背後にあるからこそ、一般的な風潮としては安楽死よりも尊厳死のほうが好まれる(か、少なくとも、ましであると見なされる)ことになる。だが、本当にこの態度は首尾一貫しているのだろうか。というのも、もし延命処置を続けていれば、それがどれほどわずかの期間であれ患者の死を繰り延べることが可能であったはずなのだから、尊厳死において患者からの訴えに基づき延命処置を打ち切った時点で、医療スタッフは患者の死期を早めることに消極的にであれ手を貸している、と考えられるからである。したがって、延命処置の停止は、患者の死を意図的に早めるという点において、致死剤の投与とかわらぬれっきとした医療上の作為であることになる。それゆえ尊厳死において、積極的か消極的かという違いを持ち出すことにより、患者の死に対する医療スタッフの道義的責任を回避しようとすることは欺瞞的ではあるまいか、という意見である。

このような見方は「安楽死と同様、尊厳死も認めるべきではない」とする立場、すなわち(D)の立場からの批判であるが、「安楽死と尊厳死のあいだには本質的な違いはなく、単に程度の差があるにすぎない」というこの同じ論法を使って、「尊厳死と同様、安楽死も認めるべきだ」というまったく対照的な結論を導くことも可能である。

安楽死と尊厳死のうちの一方を認め、他方を認めないという態度は、そのような評価の違いを生じさせるに十分なほどの違いが両者のあいだにあって初めて正当化されるはずである。ところが、前述の議論が正しければ、どちらの処置も、患者の死を早めることで苦痛から解放しようとする意図的な行為であるという点においては、本質的に重要な違いをもたない。つまり、両者はいわば一蓮托生の

関係にあるのだから、安楽死処置を認めることに対する抵抗の根拠が、患者の死を意図的に早めてはならないとする点にのみあるのなら、ひとたび尊厳死処置を黙認した以上は安楽死処置をも黙認すべきことになる。要するに、安楽死にせよ尊厳死にせよ、そこで行なわれていることの差異は程度の違いにすぎず、倫理的な評価に関して両者の間に断絶を設けることは態度として一貫しないがゆえに、どちらの処置も容認されるべきだという論法である。この見解の是非についても、検討は後ほどで行なうことにして話を先に進めよう。

次に(B)についてだが、この立場も(A)と同様に安楽死処置を是認する少数派の意見である。ただし、この立場をとるひとたちは、(A)の態度を選ぶひとと比較すると、自分が何を根拠としてそのような立場をとるのかに関して、わりあい明瞭な自覚をもつ傾向が強いように思われる。その点においては、より一層「確信犯的」であるとも言えるのだが、このような立場を表明する論者の代表としてジェイムズ・レイチェルズの議論を紹介しよう。⁴

尊厳死処置が講じられる典型的なケースを考えてみよう。今、一人のがん患者がいて、もはや激痛の十分な緩和もかなわず、回復のための有効な治療手段も存在せず、このまま延命治療を続けてもわずかの命しかないでしょう。患者本人もその家族も治療の停止を求めている。医療スタッフは型通りの方針にしたがって延命処置を差し控えることに同意し、今後は患者の苦痛を軽減させるための鎮痛処置をほどこすことに専念する。もし医療スタッフによるこのような処置が正当であるとするならば、その根拠は以下の点に求められることなろう。すなわち、患者の死が間近に迫っておりどのみち避けられないのなら、もはや回復の可能性のない状況下で無益な治療を続けることによって患者の苦痛をいたずらに引き伸ばすことは、患者の利益を損なう医療の暴走にほかならない、と。

しかし、もしこのような理由で尊厳死が容認されるのであれば、治療停止後死に至るまでの期間、なお長引く苦痛を患者に負わせることも本来望まれていない結果であるにちがいない。したがって、このようなケースでは患者にできるだけ速やかな死をもたらすことが求められている。それゆえ、尊厳死処置が許容されるケースにおいては、安楽死処置こそがむしろ、その目的にかなったより有効な手段であるはずだ。以上のようなレイチェルズの議論に対しては、その後、多くの反論が寄せられることになる。次にそれらの反論を整理しよう。

まず(C)について。(C)は(D)とならんで安楽死処置を是認しない多数派の立場である。安楽死に関しては、医師などの医療スタッフが患者の死に直接手を貸すことになるので、倫理上問題が生じないかどうか激しく論議されてきた。また、第三者をまきこむという点を別にしても、安楽死を容認することは「病気を苦しめた自殺」を認めることになるという点で、人命の尊重というわれわれの社会通念と真っ向から対立する。したがって、仮に善意に基づくにせよ、安楽死という形で自ら死を選ぶ権利を容認することが社会にどのような影響を与えるかをわれわれは真剣に考慮すべきである。この点については、次のような深刻な懸念を表明する声の一部にある。第三者による自殺補助という形でひとたび安楽死が認められると、滑りやすい坂を転がり落ちてゆくように、やがてはその対象や手段が、当初の意図をこえて拡大解釈される危険性がある。つまり、人命の尊重という原則に歴然とした例外が認められるやいなや、この原則の侵犯に対していつしか歯止めがきかなくなる恐れがある、ということだ。その結果として、たとえば精神遅滞者や身体障害者、犯罪常習者、欠損新生児などといった、一般に社会にとって負担になると評価されがちなひとびとが、やがては次々と死に追いやられることになりかねない。このような憂慮を裏づける歴史上の実例はすくなく存在するのだ、と。⁵

現行のわが国の憲法は、国民すべてに「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」(第25条)を認めているが、この憲法はわずか六十年ほどの歴史をもつにすぎない。⁶ したがって、生存権を含めた

基本的人権の尊重という理念がすでにこの社会に揺るぎなく根を下ろしていると考え、いささか楽観的すぎる見方である。今後どのようなことがあろうとも、わが国において社会的弱者の生命が不当に奪われるような事態が訪れることはないとなし誰が請け合えるだろうか。それどころか、幼児虐待や暴行致死事件といった、他者の人権をまったく顧みない犯罪行為が日常的に報道され続けている現状をかんがみれば、不安材料にこと欠くことはよもやあるまい。このような世情を考慮に入れるならば、人命の尊重という理念の空洞化に対する懸念を、まったくの杞憂として一笑に付することは賢明な態度とは言えない。むしろ、人権に配慮することの重要性はいくら強調しても強調しすぎることはないであろう。

たしかに、患者を殺すこと（安楽死）と患者を死ぬにまかせること（尊厳死）とのあいだには、患者の死期を意図的に早めるしかたに関して、あるいは程度の違いしかないのかもしれない。しかし、その程度の違いこそがこの場合まさに重要なのである。というのも、どのようなしかたで他人に死をもたらすかという、その達成手段の違いに応じて、安楽死や尊厳死の容認が、人命の尊重という社会通念を受け止めるわれわれの態度に及ぼす影響の深刻さが決まる、と考えられるからである。それゆえ、社会に及ぼされる影響の深刻さの度合いにおいて、安楽死と尊厳死とのあいだには、その一方を認め他方を拒否できるだけの重大な差異がある、という可能性を無視することはおそらくできない。

さて最後に、もっとも保守的な立場である(D)が検討の対象となる。(D)のような態度の背後にある発想をあからさまに語ってしまえば、それは以下のようなだろう。「安楽死」や「尊厳死」といった美名を冠して、病気を苦しめた自殺をひとたび容認するならば、いじめを苦しめた自殺や失恋を苦しめた自殺といった自殺行為一般をも許容することにつながりかねない(すべり坂論法)。もちろん、苦痛に満ちた生から逃れるための有効な代替手段がほかに存在しないという点において、安楽死はいじめや失恋などのケースとはたしかに異なる。だが、もし人命はかけがえがない価値をもつと思うのなら、たとえ苦しくとも最後まで病気と戦って生きることこそが、人間の尊厳を守ることにつながるだろう。患者の死期が迫っていると言うが、人は生まれながらに死の宣告を受けている。誰であれ、いつかは死ぬことに決まっているのであって、余命の長さに関してこそ、程度の差があるにすぎないと言うべきだ。命に限りがあることが、どうして治療を停止する十分な理由と見なせようか。同じ理由によって、尊厳死を認めることも言語道断である、と。

頑固一徹と言ってよいこの立場がもつ強みは、「人命の尊重」という錦の御旗を掲げることで、いっさいの治療停止処置の要請をいわば門前払いできる点にある。たしかに今日のわれわれの社会にあって、人命の尊重というこの理念自体に真っ向から異議を唱えるにはよほどの蛮勇を要するであろう。それゆえ(D)の立場に対する批判的な吟味には、より一層の慎重さが要求されることは言うまでもない。

ところで、安楽死処置に対する批判の論拠として通常もちだされるのは、そのような処置を是認することが社会に好ましからざる影響を及ぼすという危惧であった。ここで、医療行為の本来の目的は何かを考えてみよう。医療行為ははもと社会防衛のための努力などではけっしてなく、患者一人ひとりにとっての利益を目的とする営みであったはずだ。もし治療を行なうことが患者にとって利益となるのであれば、治療は行なうべきである。逆に、治療を行なうことが患者の利益を損なうならば、治療を行なってはならない。この観点から言えば、医療現場において、個々の患者の利益よりも社会全体に対する効用を優先することは、医療行為がもつ本来の目的からの逸脱として理解されるべきことがらとなる。たしかに安楽死の容認には、社会全体への悪影響を及ぼす恐れがたぶんにあるだろう。だからといって、そのことが、個々の患者に対して苦痛を堪え忍ぶよう要求する正当な理由とはたし

て言えるのだろうか。

こうしてみると、安楽死論争における対立の根は、そもそも医療という活動の目的をどう捉えるかという点までさかのぼることができる。保守的な観点から言えば、医療とは患者を可能な限り健康に近づけようと努力すること、またその努力を通じて患者の生命を保持することを目的とする営みである。この観点は、われわれが健康であることを望み、また人命がかけがえのない尊さをもつと承認するかぎり、いたって自然なものの方である。だが他方では、人命の保持を無条件で目的とすることに対して疑問を投げかける観点もある。というのも、人は自分がどのような状態にあっても無条件に延命を望むわけでは必ずしもないからである。つまり、どれほど身体状態が悪化しようとも、一分でも一秒でもひたすら長く生きたいと、本人意思において望むひとはむしろまれであろうということだ。実際、体の弱った状態では、生き続ける気力自体が奪われがちである。そこで、人生の最期がただひたすらに苦痛を堪え忍ぶだけで、前途にいかなる希望も喜びも期待できないと見切りをつけたときには、ひとはしばしば、自らに安らかな死が速やかに訪れることをむしろ望みがちである。したがって、医療行為の効果を見積もるにあたっては、単に治療後どれだけ長く患者が生き続けられると期待できるかだけではまったく不十分であり、治療後に期待できる生活の質をも考慮に入れる必要がある。これが第二の観点である。医療行為の目的に関するこれら二つの観点の相違を、前者が SOL (生命の尊厳) を無条件に重視する観点であるのに対して、後者は QOL の重視を基調とする観点である、と特徴づけることができる。(D) の立場に対する批判は、あくまで患者利益の保護を医療行為の第一義的な目的とする観点からの批判であった。すなわち、SOL を杓子定規に医療の目的とするかぎり、実際には医療行為によって患者の利益が損なわれるケースもあるのではないかというのが、そこでの批判の眼目であった。

SOL 対 QOL というこの対立図式は、医療はかけがえのない人命の保持を目的とすべきか、あるいは、肉体的苦痛からの解放という患者の具体的な利益こそが目的とされるべきかという二つの観点をめぐる対立としてとらえることができる。この軋轢は、どちらか一方の観点をきれいさっぱりと葬り去ることによって解消できるような単純な対立ではない。どちらの理念もわれわれの実生活上の切実な要求に根差しているからである。したがって、望ましい解決のしかたは、この二つの理念をどのようにして調停するかという方向に求めざるをえない。すでに述べたように、安楽死論争を一刀両断で解決するような視点はわれわれの手元にはないし、安楽死・尊厳死問題に対する一般的な解もいまだ存在しない。ただそれは、多くのほかの社会問題に対するのと同様に、望ましい解決のありかたをわれわれの手で引き続き模索すべきだ、ということの意味している。

3. 脳死と治療停止問題

さて最後に、上記のような、安楽死および尊厳死の是非をめぐる議論の整理を土台として、脳死患者に対する延命処置の停止の是非について考えてみよう。再度確認しておく、この問題がそもそも問題として成立するためには、脳死は人の死ではないという前提が必要である(死者に対する延命処置などそもそも不可能である)。この前提条件は満たされているものと、ここでは単に仮定しておく。したがって、脳死は人の死であるとわれわれが考えることに十分な根拠があるのなら、脳死患者に対する延命処置を停止することは許されるかという問題自体が消滅することになる。

それでは、脳死と安楽死および尊厳死とはどのような関係にあるのだろうか。安楽死や尊厳死は治療停止の一種である。先に述べたように、治療停止が安楽死ないし尊厳死を構成するための要件として以下の三つの条件を指定できる。⁷

- (1) 患者が不治の病によって死に瀕している（死の切迫）
- (2) 患者が緩和不可能な激しい肉体的苦痛に苛まれている（激痛による苦しみ）
- (3) 患者自身が安楽死ないし尊厳死を望んでいる（本人意思の確認）

マスコミ報道などでは、この三条件を満たさないケースでもあいまいに「安楽死事件」などと呼ばれることがあるが、ここでは安楽死および尊厳死の内容を上記の条件によって限定しておきたい。安楽死や尊厳死の内容をあいまいなままにしておいては、それらの措置の是非について社会的な合意を積み重ねてゆくことが一層困難になると予想される。この三つの条件が満たされないケースをどのようにして処理すべきかは、安楽死や尊厳死のケースを参照しつつ、治療停止問題に対する、より一般性の高い解を見つけることによって解決がはかられるべきである。

脳死患者の事例において顕著な特徴の一つは、生命維持装置の撤去によって患者に速やかな死が訪れるということである。したがって、脳死患者に速やかな死をもたらすためには、延命処置の停止以上の積極的な処置は必要ない。それゆえ、ここでは安楽死処置と尊厳死処置とを区別する必要がない（尊厳死処置以外に安楽死処置を考慮する必要がない）。⁸

第二の特徴はより重要である。脳死（全脳死）状態の患者は肉体的苦痛を感じる能力自体をすでに喪失している。脳死患者が苦痛を感じる能力を保持している可能性があるのなら、そもそも「脳死は人の死であるか」などという問いが提起される余地はなかったであろう（死者が肉体的な苦痛を感じるなどおおよそありえない）。したがって、安楽死や尊厳死が成立するための第二の条件（激痛による苦しみ）は、脳死患者の場合にはけっして満たされることはない。ところが、この第二の条件の成立は、そもそも安楽死や尊厳死が求められるにいたった理由である。つまり、苦痛からの解放こそが、安楽死や尊厳死を患者が求める動機であった。そうすると、脳死患者に対する延命処置の停止を求める動機は、患者を肉体的な苦痛から解放すること以外の点に求められるのでなければならないことになる。では、どのような事情が脳死患者に対する延命処置の停止を動機づけるのだろうか。

脳死患者に対する延命処置の停止の根拠として、延命に要する経費が高額であるという事実を引き合いに出す場合がある。たしかに終末医療には多額のコストが付き物ではある。しかし、このことが、医療行為を差し止める正当な理由となるだろうか。この点に関していくつかの疑念がただちに生じる。脳死患者が発生する主要原因の一つはたとえば交通災害のような不慮の事故であることを考えると、延命処置の停止によって医療費を削減することにやっきになる以前に、そもそも事故の発生を阻止するよう努めるのが先決ではないのか。脳死患者の延命に要する社会的費用は、本当にわれわれが負担しきれないほど高額であると言えるのか。たしかに経済効率のみを指標とするならば、より発生頻度が高く、しかも、より安価なコストで治療できるような疾患に、限られた医療資源を投下する方がより効果的であると言える。いや、そもそも治療よりは予防に力を注いだ方が国民全体の健康水準は向上するであろう。だが、経済効率を追求するあまり、瀕死の患者を前にして治療を行わず放置することが、はたして望ましい方針と言えるだろうか。棄老伝説を引き合いに出すまでもなく、人生の最終段階において、コストの高さのみを理由に延命処置が中止されるような世の中に生きることを、われわれが本心から望むかどうかはきわめて怪しい。また、銃犯罪や交通災害が多発する社会では、脳死患者の発生率はそれだけ高くなる。ホアン・マシアによれば、「臓器提供者の増加を願望するよりは、交通事故が完全になくなる状態を望んだほうがより人間らしい考え方である」。⁹ 脳死患者が大量発生し、脳死臓器移植が頻繁に行なわれる社会よりは、そもそも脳死患者の発生を未然に防止する方策が念入りに講じられているがゆえに、脳死臓器移植がきわめて例外的な医療処置にとどまらざるをえない社会の方が、いっそう健全であるとの主張には説得力以上のものがある。

ところで、第二節において安楽死論争の争点を整理することで明らかとなったのは、SOL をかたくなに重視する医療観と QOL 重視を基調とする医療観との対立の構図であった。言い換えると、延命への努力を至上命令と考える観点と、あくまで患者の利益を保護するに必要なかぎりで医療サービスを提供すべきだと考える観点とが、治療停止の是非をめぐるせめぎあっていることになる。前者の医療観にしたがうかぎり、およそいかなる治療停止も端的に治療義務の放棄と見なされざるをえない。延命処置の停止が正当化される余地がもしあるとすれば、それは後者の医療観をわれわれが受け入れる場合、すなわち、脳死患者の延命に対する努力が、逆に当の患者の利益を損なう過剰な医療であると主張する余地がある場合にかざられるのである。以後、この路線を採用して、引き続き問題を検討してみよう。

脳死の場合に医療上の処置を停止する動機を、患者の苦しみの軽減や医療費の削減以外の場所に求めようとするならば、通常それは、患者がもはや生きるに値しないと判断に求められることになる。たしかに脳死状態においては、患者の自発的な身体運動の可能性はゼロに近い。¹⁰ また、思考力や感覚能力や情動といった心的機能を患者に帰することもおそらくできない。したがって、人間に固有の生の苦楽を享受するために通常必要と考えられているいっさいの能力が、すでに患者から奪いつくされているように思える。そして、脳機能の喪失によってどれほど多くの能力が失われることになるかを考えるとき、患者の QOL の極度の低下は、否定できない事実としてわれわれの目に映る。しかし、患者がいかに不自由な状態に置かれているにせよ、どのような状態が生きるに値し、どのような状態が生きるに値しないかを判断する最終的な権限は、元来、患者本人にのみ与えられるべきである。さもないと、本人が望んでもいない状況下で、善意に基づくにせよそうでないにせよ、他人の判断でいやおうなく死へと追いやられるという、道義上望ましからざる事態が生じないともかざらないからである。それゆえ、(3)の本人意思の確認という条件は、やはりおいそれと外すわけにはいかない。この理由によって、患者の親族等による代理決定を認めることには、軽視すべからざる問題があると言わざるをえない。たとえば、脳死患者の患者の家族が相談の上、担当の医師に対して次のような申し出を行なったとしよう。「このような人間の尊厳が失われた状態であの人が生きさせ続けることは、もう見るに耐えられません。本人だってこんな姿で生きることは望まなかったことでしょう。ですから、ぜひ延命処置を停止してください。」しかし、この種の申し出に対しては、こう答えるほかはない。「見るに耐えない姿だと思っているのは患者自身ではありません。明確な意思表示を残さなかったとはいえ、この状態でもまだ生きるに値すると患者自身は考えたかもしれません。それを確かめる機会はすでに過ぎ去っています。そのうえでなお人間の尊厳をここで問題にしたいというのなら、それは患者の尊厳ではなく、あなたがた御自身の尊厳ではないのですか。」¹¹

この架空の問答から、問題の検討に必要な論点を引き出しておきたい。現在わが国において、「脳死→心停止」という順序で死んでいく人の割合は、全死亡者のたかだか 1% 程度にすぎない。また、脳死状態はしばしば突発的な事故によって引き起こされるので、その発生を当事者が予期することはまず不可能である。この点においてがんとは事情がおおいに異なる。がんの場合には、保険契約にがん特約が存在することから察せられるように、ある程度の年齢になればわれわれが日頃からなんらかの覚悟をきめていると、多少なりとも期待できる。それに対して、脳死患者が延命処置に関するリビング・ウィルを残しているケースはきわめてまれであるし、また、遺言状のような文書の形ではないにせよ、脳死について患者が普段から家族や友人と話しあっており、お互いの考えについて明確に理解を共有しあっているというケースもごく例外的と言えるだろう。なぜなら、そのような行動パターンが社会習慣として存在しないからである。しばしば指摘されるように、現代社会は、死への配慮を日

常生活のかなたへと、すべてではないにせよあらかじめ放逐してしまった。ということは、われわれは、遅かれ早かれいつかは必ず訪れるはずの自分の死について思い煩う機会を、日常生活においてほとんどもたないということである。このような事情から、脳死状態での延命を脳死患者自身が望んでいたかどうか推測できるだけの根拠となる情報を、第三者がなんらかのしかたで手にしていることなどまず期待できないことになる。つまり、たまたま不幸にして脳死状態になった時点で、患者が明確な死生観を自分なりに形成しており、しかも、それをすでに他人に伝達し終えているとはほとんど期待できないのである。したがって、このような背景の下では、代理決定の承認と患者の自己決定の尊重とはそもそも互いに相容れない関係にあると言わざるをえない。

また、善意に基づく不幸な誤解以外にも、患者の意思と代理決定者の意思とが乖離する可能性を想定できる。代理決定者は治療に要する経費や遺産相続のタイミングなどといった、患者の利益以外の要因を優先的に考慮して延命停止を求めるかもしれない。代理決定によって患者の権利が保護されるという保証は一般には存在しない。さらに言えば、脳死に臓器移植がからむと、代理決定を認めることで患者の利益が損なわれる可能性はより一層拡大する。なぜなら臓器の売買は多額の利益を生むからである。そこでは組織的な犯罪が行なわれる可能性すらある。児童虐待のケースを考えると容易に想像できるように、実の親であればわが子の利益を最優先して決定を下すという保証すら存在しない。患者の両親はむしろ、自分たち自身や患者以外のほかの家族の利益を優先して延命処置の停止を求めるかもしれない。

何度も強調したように、患者に対する延命停止を公然と認めることが人命の尊重という社会通念に対して望ましからざる影響を与えるという懸念には無視しがたいものがある。治療停止は、いったん認めるとなし崩しに拡大解釈される恐れがあるからである。今日の社会情勢からすれば、たとえば老人性痴呆症の高齢者や先天的な疾患をもって生まれた新生児のケースなどにも拡大されかねない。したがって、延命停止を仮に容認するにせよ、前もって厳格な歯止めを準備することであくまで例外的な処置にとどめる努力が必要となる。しかも、延命処置の継続によって脳死患者がこうむる不利益を具体的には特定できない以上、そこでは安楽死や尊厳死の容認を切実な要請たらしめる動機が欠落していると言わざるをえなかったのだから、少なくとも脳死患者本人の意思が不明なケースにおいては、延命処置の停止を認めないことが分別のある対応となるのである。

結論を確認しておこう。いかなる条件下でも人命は可能な限り尊重されねばならないという理念に忠実である限り、医療行為を通じて、苦痛の軽減といった患者の具体的な利益を保護するという方針を貫徹することはたしかに難しい。そして、この理念に忠実であるかぎり、尊厳死処置に関してすら、患者の延命のための努力をあえて放棄することは、その倫理的な是非を厳しく問われることになるであろう。しかし、患者が脳死状態にあるという特殊なケースにおいては、人命の無条件の尊重という社会理念と、医療行為における患者の利益の保護という方針とが正面から衝突することはない。なぜなら、脳死患者に関しては、延命処置によって患者にもたらされるような不利益を具体的に指摘することができないからである。つまり、苦痛からの解放という、安楽死や尊厳死などの治療停止処置を求める明白な動機が、脳死患者のケースには存在しないことになる。他方で、延命によって患者本人にもたらされる利益が皆無である場合ですら、延命処置を続けることには重要な社会的意義がある。したがって、患者の延命に向けた可能なかぎりの努力を通じて、人命の尊重という理念を遵守することが、この場合には重視されるべきことになる。

注

- 1 あらかじめお断りしておきたいのは、脳死が人の死にあたるかどうかは、本稿において筆者の問うところではないということである。したがって、脳死を人の死と現時点で考えることにどの程度の合理性があるかは、本稿の主張とは別個に、引き続きオープンな議論によって評価されるべきことがらである。
- 2 この用語法上の区別は、あくまで便宜上の配慮から上記の(1)と(2)を区分するために本論文で暫定的に採用されているにすぎず、そのような用語法の一般的な普及を意図した提言ではないことを、ここで老婆心ながら強調しておきたい。
- 3 単に容認するか否かという二者択一ではなく、認めるにしてもどのような付帯条件の下でなのかを考察することで、解答パターンはいかようにも細分化されることになろうが、ここでは争点の明瞭化を期してあえて話を単純なままにしておく。
- 4 ただし、本文におけるこの断定はいささかミスリーディングなものであって、実際には事情が少々微妙である。バイオエシックス史上もっとも著名な論争のひとつに、1970年代に安楽死の是非をめぐるレイチェルズとビーチャムのあいだで行なわれた論争がある。そのうち、論文「積極的安楽死と消極的安楽死 (Active and Passive Euthanasia)」(*The New England Journal of Medicine*, vol.292, 1975, pp.78-80. 邦訳は、加藤尚武・飯田亘之(編)『バイオエシックスの基礎』、東海大学出版会、1988に所収)におけるレイチェルズの論調には、(A)(B)どちらの立場を擁護するのかに関してあいまいさが残る。実は、本文において(A)の態度を擁護した議論の後半部分では、レイチェルズが前掲論文において提示した論点の一部を借用しているのだが、患者が安楽死ではなく尊厳死を望んだ場合には尊厳死処置を施すべきだというのが、おそらくレイチェルズの考えであろう。しかしここでは、彼の議論に含まれる別の論点を転用して、あえて(B)の態度を擁護する議論を構成してみた。なお、以下で述べるレイチェルズへの批判の主要部分は、論文「レイチェルズの安楽死論に就いて」(前掲書所収)におけるビーチャムの議論に拠っている。
- 5 「そこでしばしば指摘されるのは、歴史的記録からみても、これはまさしくナチの時代を含む人類史の暗黒の部分で実際に起きたことであり、ナチの場合、安楽死は重病の非ユダヤ系ドイツ人のために全くの善意から始められ、国民の敵と見なされた不特定多数へとだんだんと広げられたという事実である」(ビーチャム前掲論文、129頁)。しかし、近年では、二十世紀における先進諸国の優生政策の実態がどうであったかに関する研究成果の一部として、安楽死政策とホロコーストとを短絡させるたぐいの、これまでの常識は覆されつつある(たとえば、米本昌平・松原洋子・樺島次郎・市野川容孝『優生学と人間社会』講談社現代新書、2000を参照)。より重要なことは、この種の予断からわれわれが自由であることによって、ナチズムや第二次世界大戦といった狭い文脈からこの問題を解放できるようになる、という点にある。
- 6 人権思想発祥の地であるヨーロッパにおいても、万人が生まれながらに一定の権利をもつという発想は近代の産物であって、このような思想が普及したのはたかだかこの二百年ほどのことでしかない。
- 7 ただしこの文脈においては、安楽死や尊厳死といった処置を正当化したり、その違法性を阻却したりするための条件として提示されているわけではない。
- 8 補足しておくならば、条件(1)が脳死患者に関してつねに満たされるかどうかは実のところ定かではない。というのも、脳死判定後にいつ脳死患者の心臓が停止するかについて次のような報告が寄せられているからだ。「しかしながら、脳死になったら「やがて」心臓も停止するというのは事実と反していることが一九九八年に医学的に明らかにされた。脳神経科学のもっとも権威ある雑誌である *Neurology* に、UCLA 医科大学の D・A・シューモンが「長期にわたる脳死」という論文を発表して、関係者の話題をさらった。彼は、過去三〇年間の医学文献に現われた脳死についての記述を徹底的に調査し、脳死判定から心臓停止までにかかった時間を調べた。その結果、一七五例の脳死患者 [……] の心臓が、少なくとも一週間以上、動き続けていたことが分かった。そのうち、八〇例が少なくとも二週間、四四例が少なくとも一ヶ月、二〇例が少なくとも二ヶ月、そして七例が六ヶ月のあいだ心臓が動き続けていた。さらには、二年八ヶ月が一例、五年一ヶ月が一例あり、最長では一四年六ヶ月というケースがあったのだ。[……]シューモンは述べる。長期にわたる脳死状態では、時間が経つにつれ、肉体の状況はむしろ安定してくる。身体の内環境は調整され、血流動態は改善され、栄養吸収が再開され、管理に手がかからなくなる。脳死の身体は、いわば安定飛行にはいるのである」(引用は、森岡正博『生命学に何ができるか』勁草書房、2001の30-31頁より)。シューモンや森岡らの解釈とは異なり、これら「長期安定飛行」型の患者群は、実は誤って脳死と判定されたグループなのではないか、という疑念を筆者は拭いきれずにいる。しかし、現行の脳死判定制度のかかえる問題点

については、すでに別の場所で論じたことがあるのでここでは深入りしない（拙論「脳死問題への生命倫理的アプローチ」拓殖大学人文科学研究紀要『人文・自然・人間科学研究』第4号、2000を参照）。

⁹ 引用は、澤田愛子『今問い直す脳死と臓器移植』東信堂、第二版、1999の194頁からの孫引きである。

¹⁰ いわゆる「ラザロ徴候」などの「反例」によって問題視されることがある（森岡正博、前掲書、第一章を参照）。この点についても、脳死判定の問題に立ち返って検討しなおす必要性を筆者は感じている。

¹¹ 最後の論点は、保阪正康『安楽死と尊厳死』講談社現代新書、1993の96頁から拝借した。

（はせがわよしまさ 哲学）