

随想

生を全うすること

村上 陽一郎*

2012年、日本の新聞紙上で、医師の胃瘻形成術の妥当性を巡ってちょっとした議論があった。日本老年医学会が、問題提起をしたことがきっかけであった。嚥下作用の劣化など経口的に水分・栄養の補給や薬剤投与ができない患者に、直接外皮と胃の間に瘻孔を造り、チューブを留置して、外部からそれらを補給するのが胃瘻である。1980年代にアメリカで開発された。なお、同種の方法としては、中心静脈栄養と経管栄養がある。静脈に針を留置して、点滴で栄養補給を行うのが前者、鼻孔を通してチューブを食道に繋いで、それを通して栄養補給を行うのが後者である。どちらも、患者が点滴部やチューブに触れるのを妨げるために、手にはミトンをさせ、また身動きにも強い制限が加わるため、患者の生活の質としては、優れた方法とは言い難い。無論胃瘻にも、点滴と同様、感染症への慎重な配慮が必要であるし、同種のマイナス面はあるが、日本でも胃瘻は広く普及した。

しかし本来終末期の患者は適用外とされていた本治療法が、いわゆる「寝たきり」の高齢者にも拡大適用されている事態に、学会が警告を発したのであった。専門家の間では当然問題はなくなったわけではない。ただ一般の議論としては、結局、例によって、うやむやのうちに、特段の社会的決定をやり過ごす形で、議論は消えてしまった。しかし、例えばオランダやベルギーなどでは、胃瘻形成術は、将来胃瘻を取り外して、自己による栄養補給が可能となる確実な見通しを持てる患者にのみ、施術されることが習慣化されている。日本の現状は、そういう立場から見れば、「過剰医療」の典型のように映るだろう。そこには、社会全体の生死に関す

る考え方が投影されていることも確かである。

しかし、終末期に「過剰医療」を控える、という問題を超えて、世界では、さらに、より積極的な死への誘導に関する社会的合意が、少しずつ広がっている。いわゆる安楽死の問題である。人間の死生観に直接的に関わる問題として、日本社会も、今後避けて通れないテーマであろう。

もちろん、人間の生死に対する人々の感覚は、文化と歴史に強く縛られており、性急な変革は問題を大きくするだけだろう。例えば、2008年にルクセンブルク大公国の議会が、安楽死を認める法律案を可決したとき、大公は自己の宗教上の信念から、これを拒否し、憲法上の大問題に発展した。結局立法府としての議会は、大公の憲法上の権利を制限する法律を制定して、上記の法律案を実質化することに成功したのであるが、現在の日本社会において、このような、ある意味では「強引な」処置は、とても考えられないだろう。

しかし、世界に先駆けて、超高齢化への道をひたすら歩み続ける日本が、医療費の問題だけを取り上げても、現在の状態をあいまいなままに、放置することは、不可能と言えるだろう。何らかの形で、国民的議論を興していくことは、決定的に重要と考える。取りあえずは、こうした問題に積極的に取り組んでいる諸外国の例について、おさらいをしておこう。

1. オランダ・ベルギーの例

オランダでは1970年代から、国民の間で議論が始まっていた。そのきっかけは、1971年に起こったポストマ事件と言われるものだった。

* 東洋英和女学院大学 前学長
Former President, Toyo Eiwa University

た。ポストマは、地方の開業医で、78歳の母親が長らく、病疾に苦しみ、何度も自殺を図り、かつ息子に自死用の薬をせがんでいた。当初拒否し続けていたが、病状の悪化と母親の懇請に負けて、致死量のモルフィネを注射し、母親を死にいたらしめた。彼女の看護に携わっていた施設が、告訴し、ポストマは、嘱託殺人の罪状で起訴され、裁判では謀殺で有罪になったが、刑は極めて軽く、執行猶予が付いた。この事件は、オランダで安楽死の議論を進めるための、最も重要な橋頭堡となったことで、今に伝えられている。

それ以降、様々な機会に、この問題が論じられるようになり、国民の理解も深まった。1980年代に入ると、オランダ医師会が、安楽死の可能性を認めることを公表した。そうした経過の結果、ある報告によると、1998年には90パーセントを超える国民が、安楽死に賛成の意志表示をするに至ったという。ところで、オランダでは、現在安楽死と自殺幫助とが、厳しい条件つきであるが双方とも認められている。いわゆる安楽死とは、患者の明確な意志に基づく要請によって、医師が患者の生命を終わらせる薬剤を投与することを言う。もう一方で、患者が自らの生命を終わらせることを可能にする目的で、医師が致命的な薬剤を提供することが、自殺幫助ということになる。こうした行為は、終末期に、積極的な治療を控える、あるいは生命維持装置の機能を停止することとは、厳密に区別されることになる。こうした細かい処置上の条件付けなども明らかにされた結果、2002年になって、正式に法案として議会で諮られ、可決・成立したのである。

ベルギーでは、必ずしも長い国民的議論の経緯があったとは思われないが、むしろオランダの決定に追随する形で、法制化が進んだ。ルクセンブルクでは、ベネルックス三国と言われる親密な隣国での動きに合わせる形で、ことが進んだようで、その後に起きた出来事については冒頭に述べたとおりである。

なお、これらの国々での安楽死容認の条件の

一つに、定められた機関に報告の義務が定められていることは、記しておく必要がある。そこで審査が行われ、場合によっては、法的に訴追の可能性もあることが、一つの制約条件の役目を果たしている、と考えられるからである。

2. アメリカの事例

最も大きな話題を提供したのは、ケヴォキアン (Jack Kevokian, 1928~2011) という医師である。もともと病理学者であった彼は1980年代から、死のカウンセリングを始め、87年に「タナトロン」(Thanatron = Thanatos はギリシャの「死の神」) という装置を開発して、自殺幫助の仕事をはじめた。この装置は、一種の点滴装置で、当事者の静脈に針を留置して、当事者自身の最初のアクションで、生理的食塩水が注入される。次の段階で、やはり当事者自身のアクションで、スイッチを押すと、注入薬物がチオペンタールに変わる。チオペンタールは、全身麻酔薬として使われるほか、アメリカでは死刑執行の際に、予め死刑囚の意識を失わせる薬剤として使用されている。当事者はやがて昏睡に陥り、その後は自動的に注入薬物が塩化カリウムに変更され、死に至る。塩化カリウムは、アメリカで薬物による死刑執行時に最終的に使用される物質であったので、ケヴォキアンは、それを活用したと思われる。

ケヴォキアンは1998年に、ALSの患者に適用した事例をビデオに収録して、テレビジョンで公開したほどの確信犯であった。ALS(筋委縮側索硬化症)は、アメリカでは、有名な野球選手ルー・ゲーリック (H. L. Gehrig, 1903~41) がこの病気で死亡したことで、「ゲーリック病」とも呼ばれる難病で、日本でも苦しむ患者は少なくない。終末期には呼吸運動も不全となるため、延命処置としては、生命維持装置が必要になる。運動神経が働かなくなるため、この事例では、タナトロンに頼った際に、自らの意志で第二段階のスイッチングを行えなかったことがはっきりしていたので、第一級殺人罪の訴状で告訴(後に第二級に改められた)、裁

判では不定期刑が確定し1999年から2007年に仮釈放されるまで、服役した。その後、医師免許を剥奪されて、チオペンタールが使えなくなったので、新たに「マーシトロン」(Mercitron = mercyは英語で「人助け」の意味)を開発した。これは、一酸化炭素のボンベに繋いだマスクを装着し、当事者自らが栓を開くことで、死へと導かれる)。

ケヴォキアンの事件はミシガン州で起きたが、ミシガン州では自殺幇助罪の規定が刑法になかったために、この事件で急遽追加したと伝えられる。周知のように、アメリカでは州によって法律が異なることも多く、現在医師の自殺幇助が法律上罪にならないのは、ワシントン、モンタナ、ヴァーモント、ニューメキシコ、オレゴンの五州である。オレゴンの州議会は、安楽死容認の法律を通過させたが、連邦司法の介入で、実質化に至っていない。なおスイスでは、医師による安楽死は、解禁されていないが、終末期の患者の病院以外の場所での自殺幇助は、必ずしも罪にならないと定められており、現在他国から自殺ツアーが広がりつつあることが問題化している。

3. 日本の問題

直截論議に入る前に、言葉の遣い方にも問題があるので、整理をしておこう。日本でも「尊厳死」という概念は広がりを見せ、日本尊厳死協会もあって、登録者も徐々に増えている。尊厳死は、英語の< death with dignity >の訳語だと思われるが、「リヴィング・ウィル」つまり生前、十分な理性が確保されていて、明確な意志表示が可能な時期に、終末期の積極的な治療を拒むことを、文書をもって宣言することによって、保証される死のあり方を指している。この点に関しては、多くの先進諸国では、極当たり前の「人権」の一つとして容認されており、例えばアメリカでは、それは「自然死」である、という立場から、もはや尊厳死という言葉は、ことさらに使われない傾向にある。したがって、ここで問題にされているのは、「尊厳死」なの

ではない、ということをはっきりさせておくべきだろう。

なお尊厳死を以上のように定義すると、認知症の患者や、精神性疾患の患者、あるいは児童などでは、正常な時代にリヴィング・ウィルが宣言されていればともかく、基本的に尊厳死から除外されてしまうことになる。これを当然と受け止めてよいか、難しい問題はここにもある。なお、新生児の脊椎二分症は、その重篤度を三段階（もしくは四段階）に区分し、水頭症などを併発して最重篤度の場合には、治療的な処置を施さないまま、死を待つ、という了解が、国際的にも共有されている。この場合は、尊厳死の定義からは外れる（本人の要請もしくは意志は存在しないし、場合によっては家族にも知らされない＝過去には例えば死産でした、という通知が行われることもあった＝ために、意志確認の条件は全うされない）ことになろう。

さて、しかし、そうだとすれば、冒頭に触れた胃瘻形成を行うかどうか、は基本的には尊厳死の範疇に属する。ただ、そこに患者本人の意志表示があるか、という点が残される。寝たきり、しかも、すでに触れたように、認知症で、本人の同意が確認できないまま、家族の要請のみによって、あるいは、それも曖昧なままに、安易な胃瘻形成が行われるケースも少なくない日本の状況では、安楽死を論じる前に、尊厳死が「自然死」として扱われ、一種の常識として確立される必要があるように思われる。

さて、日本での安楽死では、二つの判例が重要視されている。一つは、医師が関与しない事例で、医師による安楽死には当てはまらないが、家族による事例として知られている。農業を営むSの父親は、脳障害で倒れ、全身ほぼ不随、自分では食事も排便もできず、次第に激痛を訴えるようになり、「死なしてくれ」と日夜訴えるようになり、堪り兼ねた長男のSは、有機リン酸の農薬を使って父親を死に至らしめたケースである。1962年に出た名古屋高裁の判決は、Sを囑託殺人に関して有罪と認め、判決は懲役一年、執行猶予三年というものであった。ただ、

その際に、囑託殺人の罪を阻却するに足る条件、言い替えれば、広い意味での安楽死を認める条件を、この判決が列挙していることが、注目される。

その条件とは、

1. 不治の病に侵され、死期が目前に迫っていること
2. 苦痛が見るに忍びないほど激しいこと
3. 専ら死苦の緩和が目的でなされること
4. 患者の意志が明瞭である場合には、本人の真摯な囑託もしくは承諾のあること
5. 原則として医師の手によるべきであり、例外は医師に頼ることができないとするに足る特別な事情があること
6. 方法が倫理的にも妥当なものであること（判決文の文言通りではない）

の六項目が挙げられている。見方によっては、この判決内の文言は、安楽死成立の要件を明確にしている、つまり、この六条件を満たしている限り、医師もしくは当事者の手で行われる囑託殺人的行為は、刑法の適応例にはならず、安楽死として容認されることを示している、と考えることができるのである。

もう一つの事件は 東海大学附属病院で1991年に起きた医師による出来事であった。多発性骨髄腫で昏睡状態にある患者に、家族から、「楽にしてほしい」という強い要請が繰り返され、かなり強い鎮静剤などを使ってみたが、容体に変化がみられず、家族の重ねての要求に応じた結果、主治医である内科の医師（身分は助手）が塩化カリウムを投与して、死に至らしたケースであった。このときの訴因は囑託殺人ではなく、殺人罪であった。

横浜地裁が出した結論は、情状酌量はあるものの有罪であり、懲役二年、執行猶予二年というものであった。そして、安楽死成立の要件として、名古屋高裁の先例を改めて、次の四条件として規定した。

1. 患者に耐え難い激しい肉体的苦痛がある
2. 死を避ける方法がなく、死期が迫っている

3. 肉体的苦痛を緩和・除去する方法を尽くし、もはや代替の方法が存在しない
4. 生命の短縮を承諾する本人の明確な意志表示がある

そしてこの事例では、1. と4. の要件が成立していない、という判断を下したと考えられる。

日本で、裁判の場で公式に争われた安楽死事例は、この二つに尽きる。しかし、どちらでも、安楽死様の処置が刑法上の罪（殺人および囑託殺人）を免れる要件が、判決内で明記されていることは明らかだろう。

そうしたこともあってか、日本の医療界では、暗黙の裡に、安楽死様の処置が行われてきたことも認めなければならない。しかし、それが「暗黙の裡」の話、医療のカーテンの向こう側で、密かに行われる行為であってよいのか、という点は、議論の余地がある。すでに述べたような、狭義の安楽死と「医師による死の補助」（英語では通常 PAD = Physician Aid in Dying の略、もう一つ PAS = physician-aided suicide という表現もあるが、< suicide >つまり「自殺」という言葉の持つ意味を憚って PAD が一般化している）とを明確に区別する習慣が、日本にはない。逆に見れば、諸外国では、安楽死（eutanasia）と PAD とを区別することで、PAD の受け入れ易さを図っている、とみることも可能かもしれない。

筆者もかつては、日本の方式、つまり医師と患者ないしはその直接の家族との決定的な信頼関係の成立しているときにのみ、密かに行われる処置として、安楽死ないしは PAD を是認すべき、と考えていた。しかし、これからの日本の未来を考えると、それで事足りるのか、という疑いなしとしない。

もう一つ、ここで問題提起したいのは、上記二つの判決のなかで、安楽死の成立要件ととれるものが、すべて、「肉体的苦痛」のみを問題として取り上げている点である。しかし、人間は、精神において、肉体的苦痛に優る苦痛を帯びることがある。実際、私たちは、日常においても、身体的健康には、様々な検査も含めて、

常に気を遣い、投資もする。しかし、精神の、あるいは魂の健やかさに関して、どれほどの留意をしているだろうか。精神的苦痛が絶え難いと感じられるとき、私たちはどうすればよいのだろうか。

生命を全うする終点に死があるとすれば、肉体的苦痛だけが、問題なのではないとは考えられないだろうか。

参考文献

- アグネス・ヴァン・デル・ハイデ「オランダとベルギーにおける安楽死と医師による自殺補助」、『比較法学』 vol. 47, no. 2, 2013/12/1, pp.173~190
- シャボットあかね『安楽死を選ぶ』日本評論社、2014/1/14
- 甲斐克則・谷田憲俊『安楽死・尊厳死』丸善、2012/11/27 など