

事件が「ついに」起こる前に「すでに」起こっていたこと 児玉真美

七月二六日の朝、起き抜けにリビングのテレビをつけてから何が起こったのかを理解できるまで、しばらくかかった。寝起きではんやりしていたし、それほどに想像を絶する事件でもあった。事態を把握した瞬間、おなかの底から突き上げてきたのは、絶叫しそうなほどの恐怖だった。頭の中に、ベッドで寝たきりの重症心身障害者が刺されるところが映像化されていた。そして、その血なまぐさい「映像」で無抵抗なまま何度も刺されている「重症心身障害者」は、娘だった。見てしまったものから深い傷を負い、大きな侵襲を受けた後のような身体感覚は今なお抜けきっていない。

連日テレビ報道に釘付けになりながら、頭には「ついに……」「とうとう……」というつぶやきだけが繰り返される。社会にじわじわと広がり始めていた声が、ついに公然と放たれた。とうとう社会の隅々にまで響き渡ってしまった……。米国の九・一一同時多発テロの時、世界貿易センター・ビルに旅客機が突っ込む映像を繰り返し

い。長じて体が大きくなっても知的レベルがそこに留まる人について、私の感じ方は変わらない。

我々は精神年齢が乳児を超えることのない人々も含め、人間には簡単に尊厳を見出す、人間の乳児よりも明らかに高い知的レベルで機能するにもかかわらず、犬や猫には尊厳を認めない。

米国で六歳の重症障害児に子宮および乳房摘出とホルモン大量投与による身長停止措置が行われた事例をめぐる二〇〇七年の「アシユリー療法」論争で、功利主義の哲学者ピーター・シンガーのこの言葉と出会わなかったら、私はアシユリー事件を追いかけられることも、重症障害者をめぐる医療倫理や生命倫理の議論に興味を持つこともしなかったかもしれない。翌二〇〇八年には英国の哲学者メアリー・ウォーノックの次の発言が報道された。

あなたが認知症であるなら、あなたは人々の人生を浪費しているのです。あなたの家族の人生を浪費しNHS（英国保健サービス）の資源を浪費しているのです。自分のためにも他者のためにも、自殺しなければならぬと考えることはちっとも間違っていない。

ある人の命は他の人の命ほど生きるに値しないと発言すること、私は恥ずかしいとは思いません。

見せられながら「世界はもう二度とこの事件の前には戻らない」と絶望が深まったけれど、この事件には「日本の社会は、この声を聞く前にはもう戻らないのでは」という危機感と共に、全身があわ立つような生々しい恐怖が切迫してくる。

おかげさだと思われるだろうか。特異な個人が起こした突発的な犯罪に過ぎない、と容疑者の個別性に問題を帰して事件と距離を置く人は、私の身近にも少なくない。もちろん様々な捉え方があって当然なのだろうけれど、ひとつには、その人がこの事件までに世界をどのような場所と思いついていたかが関わっているような気がする。私には事件の前から「世界は重い障害のある人にとって急速に恐ろしい場所になりつつある」という懸念があった。その始まりは、もう一〇年近く前のことだ。

生後三ヶ月の赤ん坊を可愛いとは思うが尊厳があるとは思えない

安楽死と医師補助自殺の現状

おそらく日本の多くの人が海外の「積極的」安楽死に抱いているのは、「終末期で余命いくばくもない人に耐えがたい痛み苦しみがある場合に、せめて最後の救済措置として、本人の自己決定にもとづき医師が毒物を注射する」といったイメージではないだろうか。しかし実態は、そんな想像をはるかに超えたところにある。

二〇一二年春までの主だった出来事や概況は「現代思想」同年六月月号③と拙著『死の自己決定権のゆくえ——尊厳死「無益な治療」論・臓器提供「大月書店」で取りまとめたが、その後も合法化は広がっている。現在、積極的安楽死と医師補助自殺（PAS: physician-assisted suicide）が共に合法とされているのは、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、コロンビア、カナダ。医師補助自殺が合法とされているのは、スイスと米国のオレゴン、ワシントン、モンタナ、バートン、カリフォルニアの五州。カナダとカリフォルニア州の法律がほぼ同時に施行された今年六月は大きな節目となった気がしてならない。米国コロラド州では一月の住民投票が決まり、ニュージーランド州、ミシガン州でも合法化法案が提出されているが、これからドミノ的に合法化が進むことが懸念される。

もう一つ気になるのは、カナダの法律では「安楽死」と「医師補助自殺」を一緒にして「死における医療的援助（MAID: medical aid/assistance in dying）」と称していること。ある段階から世界中の「死ぬ権利」推進派は、この他にも「医師の援助を受けて死ぬこと（PAD: physician-assisted death/dying）」などの文言への置き換えを

始めたように思える。今では多くのメディアもこれらの表現に切り替えているが、それでは緩和ケアから積極的安楽死までが一繋がりものにされてしまわないだろうか。

スイスでも、外国人も受け入れる自殺補助機関として、名高いデアグニタスの他にエターナル・スピリットが新たに登場している。後者は医師補助自殺を「援助を受けた自発的な死 AVD: assisted voluntary death」と称する。公式サイトによるとAVDの対象になるのは、病気で重い障害が残って、治る見込みもいまま赤ちゃんなみたくに介護されて暮らすのは尊厳がないと感じる人や、モルヒネや鎮静剤で意識を落としてもらう以外に病気の痛みに耐える方法がない人、死が近いというわけではないがQOLが低下する不治の病氣——例えば認知症、MS(多発性硬化症)、ALS(筋萎縮性側索硬化症)、四肢麻痺——の人⁴⁾。

MAID、PDA、AVDなど文言の操作と共に、医師補助自殺や積極的安楽死が緩和ケアの一端として位置づけられていくこととしているのでは、という懸念が私にはあるのだけれど、逆に終末期の緩和テクニックである栄養と水分の停止が、誰でも合法的に自殺できる方法として喧伝され始めている。「自発的飲食停止 VSED: voluntarily stopping eating and drinking」だ。そこで論議となるのが、「重症になったらVSEDで死にたい」という事前指示のある認知症の人が、実際に重症化した現在では介助者のスプーンに口をあけて飲食をしているケースでの判断⁵⁾。口を開けるのはただの反射とみなし軽症時の意思を尊重すべきか。それとも生きたいという現在の意思表示として尊重するか。論争がネットで報道されると、

止の決定権を認める「無益な治療」論が同時進行しているからだ。最もラディカルなのは米国テキサス州の「事前指示法」。同法では、一定の手続きを経て病院の倫理委員会が「無益」と判断した治療については、病院側が患者サイドに公式に通告し転院先を探すための一日間の猶予を置いた後、生命維持を含めた治療を一方向的に中止することが認められる。類似の法律やプロトコル(手順)が州や病院にできており、抗おうとする患者や家族と病院との間で争議や訴訟が多発している。その状況については、前述の本誌記事や拙著で紹介した。

米国の法学者で生命倫理学者でもあるアリシア・ウーレットは「医師には無益な治療を提供する必要がないならば、臨床現場の問題として、また方針や法律の問題としても、『無益性』の定義については「無益性」はまだまだ学問的にきちんと定義されていないし、『無益性』が有用な概念であるとのコンセンサスもできていないとはいえない、と述べている⁶⁾。それでも「無益な治療」論は着実に医療現場に定着しつつある。本来の「無益な治療」論のココロとは、終末期の過剰な医療への反省から、もはや救命がかなわぬ患者を甲斐のない治療で苦しめないように、というものだったはずだが、議論の繰り返しの中で変質し、対象者の範囲は当初の終末期から植物状態、最小意識状態、さらには重症障害者、認知症患者、高齢患者へと、じわじわと拡大していくように見える。

カナダで数年にわたって続いたハッサン・ラスリー訴訟では、裁判途上でハッサンの診断名が植物状態から最小意識状態に転じたに

記事に寄せられる一般の人のコメントは圧倒的に前者が多い。気になるのは、その人たちの主張の根底に「だって、認知症になったら死んだほうがまし。誰だってそう思う」という前提が感じられることだ。

生命倫理学者の間からも、今後さまざまな検査の精度が上がれば、認知症リスクの高い人には「先制的自殺」を認めてはどうかとの提言が出ている⁷⁾。オランダで二〇一二年に機動安楽死チーム制度を発足させた安楽死推進団体NVEは、それなりに健康でありながら既に人生は十分に生き終えたとして「理性的自殺」を希望する高齢者が医師の手を借りなくても済むよう、「安楽ビル」の認可に向けてロビー活動を展開している⁸⁾。

一方、オランダでもベルギーでも精神障害者の安楽死が急増し、積極的に認めようとする議論が高まりつつある。ベルギーでは二〇一四年に五〇〇六〇人に行われたとされ、推進派のデイステルマンズ医師は精神障害者本人と家族の合意の下に行われる安楽死を「愛の二つの形」と呼ぶ⁹⁾。

一方が同時進行する「無益な治療」論

安楽死や医師補助自殺合法化の広がりについて、データを挙げて社会的弱者への濫用や不当な圧力といった、いわゆる「すべり坂」は起こっていない、と言われることがあるが¹⁰⁾、「死ぬ権利」の周りで起こっていることだけに目を奪われていたのとは見えないことがあるのではないかと、私は考えている。一方で、患者や家族が治療の続行を望んでも医療サイドに一方向的な治療の差し控えや中

もかわらず、病院の医師らは生命維持を無益と主張し、中止を求めて訴訟を最高裁まで続行した¹¹⁾。この訴訟の舞台となった病院の医師からは、難病や脳梗塞による重症障害者からの治療中止をめぐる他の訴訟でも「二四時間介護が必要となるから」「回復の見込みはないから」「延命しても、その命が生きるに値するかどうかからない場合には」治療は無益¹²⁾とする発言が見られる。

一方、英国では、高齢者や障害者が入院した際に患者本人も家族も知らないうちに「蘇生不要」指定にされたり¹³⁾、十分なアセスメントを経ず看取りパスを適用されるケースが相次いで¹⁴⁾、社会問題となった。

変質していく議論

患者の自己決定権の延長としての「死ぬ権利」論と、専門性を根拠に医師に決定権があるとする「無益な治療」論は、決定権という視点からは対極的な議論なのだけれど、実際には「死ぬ/死なせる」という一枚のコインの表裏のように私には見える。両者の同時進行に伴って起こっている現象として、これまで見てきたような対象者像の拡大がまず挙げられるが、それは別の視点からは指標の変質と捉えることもできるだろう。どちらの議論でも、最初の指標は「救命可能かどうか」だったはずなのに、いつのまにか「QOL」へと指標がシフトしてきている。それにもなつて医療現場にも一般社会にも、「重い障害のためにQOLの低い生は生きるに値しない」「したがって医療資源を使うにも値しない」という価値観が広がっているのではないだろうか。

例えば、二〇一一年にカナダで回復不能の植物状態と診断された一歳の男児の気管切開を実現するために、キリスト教系の支援団体が集めた募金について、ピーター・シンガーはその金を途上国のワクチンに使えば「一五〇人の命を救うことができたはずだ」と書いた。本来の「無益な治療」論とは、あくまでも特定の治療が特定の患者にもたらす利益と危害リスクを比較検討する、個別の医療判断のほすが、いつのまにか特定の一人の患者にかかるコストと不特定多数の患者の利益との比較へと変質している。よく考えてみれば、この論法では現実の一人には常に勝ち目はない。それでも、高齢者と重症障害者への医療に限って持ち出されるこの論法に、多くの人が説得されてしまう。そこにこそ、変質後の「無益」論の本質がありはしないか。

私は、固有の患者さんへの特定の治療をめぐる個別の医療判断としての、本来の「無益な治療」判断はあって然りと思う。もう助けられないのに甲斐のない治療でいたずらに苦しめるようなことは、私だつてされたくないし、すべきでもないと思う。もちろん、その見極めが微妙だから話がややこしいのだとしても、「無益な治療」論が本来の個別の医療判断から外れて、いつのまにか病名や障害名や年齢による包括的な切り捨てのための線引きの方便と化すことには、警戒が必要だと思う。

「QOLの低い生は生きるに（医療資源を使うにも）値しない」という価値観を共有した患者と医師が出会う時、どういことが起こりうるか、事例をひとつ紹介したい。二〇一三年秋、米国インディアナ州のティム・パウアーズ（三三）は山へハンティングに行つた。QOLの低い生は生きるに（医療資源を使うにも）値しない」という価値観を共有した患者と医師が出会う時、どういことが起こりうるか、事例をひとつ紹介したい。二〇一三年秋、米国インディアナ州のティム・パウアーズ（三三）は山へハンティングに行つた。

そんな疑問を頭の中で転がしていた昨年の春、目に付いた文書がある。日本病院会倫理委員会の「尊厳死」——人のやすらかな自然な死についての考察」だ。

前文には「回復の可能性が無く、かつ死期が間近となった終末期の患者さんに対し、いかに満足される医療の提供ができるかを考え、国民が受容できる方策を検討する」と書かれ、議論の対象を「終末期の患者さん」と設定している。「尊厳死」の定義も「自分が不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を差し控えたまたは中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること」。しかし、委員会のコンセンサスの最後には以下のように書かれている。

・延命について以下の例のような場合、現在の医療では根治できないと医療チームが判断したときは、患者に苦痛を与えない最善の選択を家族あるいは関係者に説明し、提案する。

（ア）高齢で寝たきりで認知症が進み、周囲と意志の疎通がとれないとき

（イ）高齢で自力で経口摂取が不能になったとき

（ウ）胃瘻造設されたが経口摂取への回復もなく意思の疎通がとれないとき

て木から落ちた。救急搬送され、駆けつけてきた家族に医師は「脊髄損傷で生涯にわたって寝たきりで呼吸器依存となる」と告げた。説明を聞いた家族は本人の意思確認をしたいと鎮静解除を求め、医師は求めに応じる。家族は本人とのやりとりで、このまま呼吸器を外してもらって死にたいという意思を確認。それを聞いた医師が改めて同じ質問をしたところ同じ答えが返ってきたので、それが患者の「自己決定」とされて、事故の翌日に病院に集まった親族七〇人ほどが見守る中、呼吸器が外されてティムは五時間後に死亡した¹⁶。

この事例は積極的安楽死でも医師補助自殺でもない。敢えて分類するなら望まない治療の拒否あるいは「消極的安楽死」、日本でいう「尊厳死」に当たるといえる。でも私にはどうしても「自殺」なのでは」という感触がぬぐえない。また、まるで患者の側から「無益な治療」論を先取りして発動したような事件だなあ、という印象も残った。

日本の「尊厳死」、実は日本型「無益な治療」論？

日本の「尊厳死」の議論にそれまで漠然と感じていた違和感が、ティム・パウアーズの事例を知った後に形を成し始めたのは、その印象があったからだろう。日本の多くの人が「尊厳死」について欧米の「死ぬ権利」議論の流れに位置づけて考えているが、実はむしろ「無益な治療」論の流れではないか。日本の「尊厳死」の議論は、一定の状態になったら延命治療を拒否するよう医師が患者に向かつて説き広める形になっている。本来「死ぬ権利」とは無関係

（エ）高齢で誤飲に伴う肺炎で意識もなく回復が難しいとき

（オ）癌末期で生命延長を望める有効な治療法がないと判断されるとき

（カ）脳血管障害で意識の回復が望めないとき

ここではティムの事例のように患者自身の意思や判断で話が始まるのではなく、医療チームの「判断」で話が始まり、医療チームからの「説明」と「提案」によって話が進められようとしている。医師の「判断」で話が始まり、医師の「説明」と「提案」という形で話が進められて、患者がその提案を追認し、それに同意することが、すなわち患者の「自己決定」——それは終末期や高齢者の場合に限らず、日本の患者や家族が日常的な医療の場で体験している意思決定のパターンに、よく似てはいないだろうか。

また、六つの事例を見ると対象者は明らかに「終末期」から拡大している。同時に、「寝たきり」「意思の疎通がとれない」「自力で経口摂取が不能」「意識もなく」など、指標も「不治かつ末期」からQOLへとシフトしている。つまり、欧米の議論で見てきた対象者の拡大と指標の変質という現象が、この一つの文書の中で起こっている。この下りに続く委員会の提案では「高齢者にかかる医療費」の増大への懸念が強調されているが、指標が「QOL」へと変質している以上、その「高齢者」も「不治かつ末期」と同じテーマでしかないのだろう。上記の引用箇所には、さらに三行の追記がある。

下記の事例はさらに難しい問題で、今回は議論されなかった。

(ア) 神経難病

(イ) 重症心身障害者

「今回は議論されなかった」ということは、いざれ祖上に上げられるということだ。ついに公然と名指しされてしまった……。それ以来、「娘を抱いて崖っぷちにじりじりと追い詰められていく」という気分をぬぐえずにいる。そこへ起きたのが、今回の事件――。

「寝たきり」で「意思の疎通がとれない」人を狙った、と彼は言った。本人たちがその状態で生きていることに本当に苦痛を感じているかどうか、本当に意思の疎通が取れないのかわりかなど、彼にはどうでもいいことだったに違いない。「死期が間近」だからではなく、死なないから殺したのだ。死なないから金がかかるから殺したのだ。

私は相模原の事件について、これ以上に語る言葉をまだ取り戻せていない。何を言えいいのか、わからない。どうしたらいいのか、本当にわからない。ただ、恐ろしくてならない。

註

- (1) <http://www.nytimes.com/2007/01/26/opinion/26singer.html>
- (2) <http://blogs.yahoo.co.jp/spitzbaraz/4438736.html>
- (3) 『ポスト・ヒポクラテスの医療』が向かう先」でスルギーの安楽死後臓器提供について、「レシビエントが待機した隣の手術室で安楽死を行い」と書いた部分は誤りでした。摘出された臓器は通常のルールにのっとりヨーロッパの臓器分配ネットワークによって選ばれたレシビエントに移植され

ます。訂正して、お詫言申上ります。

- (4) http://www.lifeircle.ch/pdf/EternaSPIRIT_AVD.pdf
- (5) <http://www.npr.org/sections/health-shots/2015/02/10/382725729/if-you-have-dementia-can-you-hasten-death-as-you-wished>
- (6) <http://jme.hnj.com/content/early/2013/07/09/medethics-2012-101022>
- (7) <http://www.bioedge.org/bioethics/the-underground-dutch-system-for-do-it-yourself-euthanasia/11674>
- (8) <http://www.rthines.nl/2016/05/23/calls-tests-end-life-pill-renewed/>
- (9) http://www.bioedge.org/bioethics/bioethics_article/11371
- (10) ヤリミヤ・マレーン著 安藤泰生・尾玉真美訳『生命倫理学と障害学』の対話——障害学と排除のない生命倫理——(生活書院) 一一九頁
- (11) <http://blogs.yahoo.co.jp/spitzbaraz/66800175.html>
- (12) http://www.thestar.com/news/gra/2013/01/23/stroke_victims_wife_fights_physicians_to_keep_him_on_artificial_life_support.html
- (13) http://www.thestar.com/news/gra/2013/05/23/family_battles_sunny-brook_hospital_over_comatose_mans_right_to_live.html
- (14) <http://blogs.yahoo.co.jp/spitzbaraz/64922542.html>
- (15) <http://synodos.jp/welfare/6606>
- (16) <http://www.nydailynews.com/opinion/attempted-rescue-baby-joseph-maraachi-pro-life-poster-child-deeply-misguided-article-1.121912>
- (17) <http://www.theage.com.au/world/paralysed-hunter-tim-bowers-chooses-to-turn-off-own-life-support-20131106-2x2jr>
- (18) https://www.hospitalor.jp/pdf/06_20150424_01.pdf

(1)た特 特々・フリーランナー