

[Contributed Essay]

## Who Owns Your Life?

Eun Sasaki\*

\* Aino University Junior College, First Department of Nursing

## 命は誰のもの

佐々木 恵 雲\*

### はじめに

古来より人は長命・長寿を希求してきた。我が国でも謡曲『現在敦盛』の中で「人間五十年、下天の内をくらぶれば、夢まぼろしのごとくなり」と謡われているように、平均寿命が50才までの時代が昭和20年前後までずっと続いていた。その後、栄養状態や衛生環境の改善、国民皆保険システムの成立、医学・医療の進歩と共に、平均寿命は急速に伸び、1951年には60才台、1971年には70才台<sup>1)</sup>、そして2010年には女性が86.39才(世界一位)、男性が79.64才(世界四位)であり、ほぼ80才台を突破している<sup>2)</sup>。わずか65年あまりで平均寿命は30年以上伸びているのである。また寿命が単に伸びただけでなく、死亡構造が激変している。死亡者に占める65才以上の高齢者の占める割合は、1935年では23%なのに対し<sup>3)</sup>、2010年では約90%であった<sup>4)</sup>。また死亡を場所別にみると、1951年では病院死が17.5%、在宅死が82.5%なのに対し、2005年では病院死が87.8%、在宅死が12.2%であった<sup>4)</sup>。これらの統計結果からいえることは、以前の日本では死があらゆる年齢層に広がっており、死ぬ場所はほとんど自宅であり、一般の人々にとって死は身近なものであり、決して珍しいものではなかった。それに対し、現代では死は年をとってから訪れるものであり、死ぬ場所は病院が多く、一般の人々、特に若者にとって死を目の当たりにすることはほとんどなく、死は生活から遠ざけられ、極めて特殊な出来事と感じられるようになってしまった。それでは現代の日本人は、どのような「死」を迎えることが理想と考えているのであろうか。最も人気があるのはピンピンコロリ

(PPK)という標語に代表されるように、老人になってもピンピンと元気よく活動し、死ぬときはコロリと亡くなる死に方である。講演会などで一般の人々に、なぜPPKのように死にたいのかと尋ねると、“家族や周囲の人に迷惑をかけたくない”と答えられる方がほとんどであり、日本人独特の気配りと遠慮によるものと考えられるが、その気持ちの裏には、できるだけ死を遠ざけ、死と直面したくない、それどころか自分も気がつかない内に、死んでしまいたいというように、死を忌避する感情が心の底に横たわっているとはいえないだろうか。その理由としては、先に述べたように、現代の日本では死は身近なものではなくなり、日常生活とはかけ離れた特殊な出来事になってしまったことが一番大きいと考えられる。以前は家族の死を家族全員で見届け、それぞれがその死を心に刻みこんでいた。死とはあくまで具体的なものであり、受け継ぐべき伝統であった。ところが現代では、死を実際にみつめる経験がなく、死は抽象的なイメージとして頭に投影される存在になってしまった。その結果、死の負のイメージばかりが増幅され、人々に死に対する不安や恐れが募ってきたのが事実だと考えられる。しかし残念ながら現実には、PPKは高齢者にとって稀な死に方なのである。

鈴木によれば、PPKが、いわゆる(それまで元気だった者が)救急車で病院搬送され、急病によって死亡することだと定義すれば、65才以上の高齢者総死亡者数に占める急死者の割合は、たかだか3~4%なのである<sup>5)</sup>。すなわちほとんどの高齢者は、原因疾患が癌であれ、脳血管障害であれ、死亡するまでのある程度の期間は要介護状態となり、いわゆる他者様の世

\* 藍野大学短期大学部第一看護学科

話にならざるを得ないのである。鈴木も述べているように、我が国が超高齢社会となり、誰もが長寿となったときの人生の晩年において、ある程度の要介護状態となることは当然であり、自然の摂理であり、社会の必然として受け入れなければならないこと<sup>6)</sup>のはずなのであるが、老若男女を問わず大多数の日本人は、PPKの幻想にとりつかれ、全く現実を直視できていないことに危機感を持たずにはいられない。端的に言えば、PPKは突然死のことなのである。幾度となく述べているように、私達にとって他者、特に家族や友人といった近い人が突然死で亡くなることほど精神的に辛いことはなく、その死を受け入れるには時間もかかり、非常に苦しい作業となるのである。それが分っているからこそ、家族にはできるだけ長生きして欲しいと思うのである。もし突然死で家族を失って、悲しみにくれている人に向かって「PPKで亡くなられてよかったですね」などと言ったら大変なことになるのは明らかであろう。しかし自分が死ぬことを考えだすと、PPK＝突然死と知ってか知らずか、ほとんど皆が簡単にPPKを肯定してしまうことに疑問を持たざるを得ない。その理由の1つとして、他者の死と関わり合う経験が極端に乏しくなり、死を観念的、抽象的に捉える傾向が強くなり、人と人との関わりの中で死を捉えることが困難になってきていることが挙げられる。このことは既に「関係性の死」<sup>7)</sup>の項で詳しく述べた。もう一つの理由としては、言葉を曖昧なものにすり替え、概念としての言語をイメージとしての言語にとりかえたことが挙げられる。「突然死」という言葉には、なんのごまかしもなく、厳然たる死の事実が概念化されているのに対し、「PPK」はピンピンコロリという何か牧歌的でユーモラスなイメージを与える言葉ではあるが、死の本質から目をそらした言葉といわざるを得ない。だからといって、イメージとしての言語に全て問題があるというわけではない。例えば「いのち」という言葉は、概念的にはやや曖昧ではあるが、見る人に様々なイメージや意味を示唆する生命力を持つ言葉と思われる<sup>8)</sup>。問題なのは、ある特定の目的に誘導するために言葉をすりかえることなのである。この点については後で詳しく考察したいと思う。

この「PPK」と「突然死」のことで示されることは、親しい人の死である「二人称の死」には以前と比べて神経質と思える程、敏感になっているのに対し、自分自身の死である「一人称の死」はできるだけ直視することは避け、考えることを先送りしようとする傾

向である。本来ならば「一人称の死」と「二人称の死」は乖離するものではなく、「二人称の死」の経験を積み重ねることにより、徐々に「一人称の死」を実感できるようになるのではないだろうか。現代の日本では、自分自身の死をどう迎えるのかといった死生観が希薄化していると考える。

しかも2030年には、団塊の世代がその死亡のピークを迎える「大量死時代」が訪れようとしているのである。死を迎える人も死を見送る人も、全ての日本人がしっかりと死と向きあわなければいけない時代が到来しようとしているのであるが、先に述べたように当事者である私達に死生観の確立どころか、心構えも十分できているとは思えず、由々しき事態といわざるを得ない。しかし一方で、2006年富山県射水市民病院の人工呼吸器外し問題を契機に、終末期医療を巡る国や学会での法制化や指針づくりの必要性の議論が活発化し、2007年5月、終末期医療に関する国としての初めての指針である『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省)<sup>9)</sup>、同年8月には日本医師会等第X次生命倫理想談会にて『終末期医療に関するガイドライン』(日本医師会)<sup>10)</sup>が発表され、終末期医療の方針決定に至る手続きが示された。更に同年10月には、日本救急医学会が終末期の定義と治療中止の対象となる患者を具体的に示した『救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)』(日本救急医学会)<sup>11)</sup>が発表された。2011年12月には超党派の国会議員約90名でつくる尊厳死法制化を考える議員連盟が『終末期医療における患者の意思の尊重に関する法律案(仮称)』の骨子案<sup>12)</sup>を発表し、2012年通常国会での法案提出を目指す方針。その骨子案の要点は、1. 適切な治療を受けても回復の可能性がなく死期が間近と判断される状態を「終末期」と定義。2. 本人意思が書面で明らかなことを前提に、担当医以外の2人以上の医師が終末期と判断。3. 家族が延命措置の差し控え拒まないとき、又は家族がない場合、指針に従って延命措置を差し控えても医師は民事・刑事・行政上の責任を問われない。4. 延命措置とは傷病の治療ではなく、単に生存期間の延長を目的とする医療上の措置(栄養補給、水分補給を含む)。

このような人の命に関わる終末期医療の問題が、国主導によるトップダウン方式で解決しようとする動きが急速に広がっている。国や行政が終末期医療といった人の命の問題について、積極的に関与することは無関心な態度に比べれば、決して悪いことではないと考

えるが、問題はその意図と方向性である。もし経済的な側面だけを強調するような動きは、結果的に弱者切り捨て、新たな人権侵害を生み出すことになるだろう。しかし国の動向以上に大切なことは、国民である私達一人一人のこの問題に対する受け止め方であろう。既に述べたように、例えば死の真実をあいまいにして、イメージを先行させるやり方は、人それぞれの死に対する思いを画一的なものにする恐れがある。自分がどのように死を迎えるかが大切なのに、PPKのように、とにかく周囲に迷惑かけずに逝ければいいと短絡的に思ってしまうこと等である。

そこで本論文では終末期医療、更に死や命の問題を具体的な現実から出発するアプローチを試みたい。抽象的・観念的議論からスタートするのではなく、実際に経験した事例を元に本質に迫りたいと考える。特に「死」の問題については、死に接する経験が多ければ多いほど、優れた死の専門家であるとは必ずしもいえないのではないだろうか。

例えば医師の場合、病気の診断・治療についていえば、その経験をより多く積んだ医師が経験未熟な研修医より優秀であるとしても間違いないであろう。しかし死の場合はどうだろうか。私も内科医として今まで数多くの患者の死を看取ってきた。様々な死を看取っていく内に、自分は一般の人より人の死については経験豊富で、より理解していると高を括っていた。しかしまた後で詳しく述べることになるが、父の死を契機にその思い上がりは吹き飛んでしまった。私が経験してきたのは、冷静で客観的な視点で見つめる「三人称の死」がほとんどであった。死の真の姿を知るには、いくら「三人称の死」を経験しても不十分であることに気づかされた。家族のように近い人の死である「二人称の死」と真剣に、しっかりと向き合うことで、今まで見えてこなかった死の本質に近づけるのではないだろうか。死の理解に必要なことは、死を統計学的に処理することではなく、自分の身近にある死を主体的に見つめ直すことである。志真は日野原重明の言葉を引用してこう語っている<sup>13)</sup>。“日野原先生が「死について百回語るよりも一つの死を経験する」つまり「死に晒される」ということが非常に重要だといわれました。この分野については（ターミナルケアのこと）、たぶん実体験を通して学んでいくことが重要な方法と思っています。”

そのためにまず最初に、言葉・用語について整理するべきだと考える。すでに述べたように、ある特定の目的に誘導するために言葉をすり替えることは大きな

問題と考えられるが、いわゆる「尊厳死」について、この点から考察したい。次に終末期医療について、用語の問題も含めて様々な問題点について考察したい。特に人工呼吸器の問題について、自己決定権との関わりも含め、自験例を中心に考察し、終末期医療等死について考えうる点で最も本質的な問いと考えられる「いのちは誰のもの」について私見を述べてみたい。最後に人生における究極の課題ともいえる自分自身の死について考えていきたい。

## 1. 死の実相を知ること

最初に「死」について考察したい。すでに述べたように「死とは何か」といった本質的な問いに明確に答えることは不可能であるが、死の特徴<sup>7)</sup>は(1)自分は必ず死ぬ存在(自明性)(2)自分の死は誰一人として経験できない(不可知性)が考えられる。この二つの特徴から言えることは、第一に人間は自分が死ぬことは知っているけれども、自分の死を経験できないということである。ここから死に対する人間の不安や恐れが生じているのである。病気やケガのように、以前に少しでも経験があればある程度の予測が可能であろうし、もし自分自身経験がなくても他人の経験(闘病記等)を元に安心感を得ることもできよう。しかし自分自身の死は当然経験できず、他者の死の経験も聞くことのできない私達は、なすすべもない。しかも全ての人に平等に必ず訪れる死は、それぞれいつ訪れるのかは誰も知らない。皆が一緒に同時に亡くなったり、死ぬ時期が前もって分っておれば、少しは不安や恐れは軽減されようが、それも全く期待できないのである。それでも私達人間は古来より様々なやり方で死と対応しようとした。秦の始皇帝のように、「不老不死」「不老長寿」を追い求める人もあれば、死を忘却するためにひたすら快楽に溺れる人もあり、あるいは宗教の力を借りて死を受容しようとした人たちも多くいた。ただどのやり方をとるにしろ、どの方法にするかを決めるのは、それぞれ個人の思い一つであった。しかし飛躍的な長寿を達成した現代社会では、高度な医療技術と国家による医療制度の確立に裏付けされた専門家による医療が、妊娠や出産、死等人間の生活全般に介入するようになった。これを医療化 medicalization<sup>14)</sup>といい、その勢いが増すにつれ、一般の人々は以前に比べ自分の身体や生命に対する自律性を失い、それを医療や社会に委ねるようになった。死に関していえば、臓器移植法や現在進行中であるいわゆる尊厳死法制化

の動きは、「死の医療化」「死の管理化」ともいえるものであろう。しかし自分自身の死を全て社会や医療といった他者に委ねることが個人にとって適切であるか否かは、更に深い議論が必要であろう。

先に述べた死の2つの特徴かといえることは、第二に私達が経験できるのは他者の死だけであるということである。例えばなぜ「ターミナルケア」が非常に困難な営みである理由は、自分自身が経験したこともないにもかかわらず、他者の死を援助しなければならないからである。自分がやったことのない、経験したことのない営みや作業を他者に教示したり、指導することほど難しいことはないことから、それは明らかであろう。死に逝く人の心や気持ちを他者であるケアする者は十分理解も共感することもできないことは、ある意味当然なのである。ただケアの限界を知ることが、死に逝く人の心や気持ちに寄り添うための第一歩となることは間違いないであろう。すなわち人は「死」に対して謙虚に向い合わなければならないのである。「人の死」は自己のみならず、他者がコントロールできるものではない、厳粛な真実であり、永遠の謎なのである。

「人の死」とは本来、人が生まれ、老い、病むプロセスの中で、最終的に全ての人に必ず訪れることであり、それ以外の何物でもなく、そこに何らかの意味づけや修飾をすることは全く無意味である。ところが最近「良き死」ということばをマスコミ等でよく耳にするようになった。それでは「良き死」とはどんな死なのだろうか。苦しまず安らかに迎える死、多くの人に見守られて亡くなる死、その内容は人それぞれであろうが、確かなことは「良き死」を語る人の心の中には「良き死」とは逆の「悪き死」とでもいべきマイナスのイメージの死の像が浮かんでいるはずである。たくさん管につながれ、痛みに苦しむ姿、誰にも看取られず息をひきとる姿、このような死を迎えることに対する不安や恐怖、あるいは嫌悪感とでもいべき感情が「良き死」と語る裏には隠されているのではないだろうか。

しかしはっきりいえば「良き死」「悪き死」は人の心や思いこみが作った幻想にすぎず、死には良い、悪いなどあるはずがないのである。何度もいうように、死は絶対的な真実であるのに対し、良い、悪いということは外側から勝手に解釈した価値観にすぎない。それでは「良き誕生」「悪き誕生」があるだろうか。死産のような悲しみを伴うような「誕生」もあるだろうが、「誕生」は崇高な営みであり、そこに良い、悪い

という価値観の入る隙はない。病気もそうである。例えば癌が「良い病気」で、エイズが「悪い病気」であるはずがない。もしそう考える人いるなら、それはエイズという病気に対する無知、あるいはエイズ患者に対する差別・偏見によるものであろう。どんな病気も、それは厳然たる事実であり、そこには何の序列も良し悪しもない。老いの場合も元気な高齢者が「良い老い」で、寝たきりの高齢者が「悪い老い」であるはずがない。そう考える人の心の中には「老い」に対する何らかの価値観に基づいた「優劣意識」が潜んでいるのであろう。「老い」は誰も避けることのできない自然の摂理であって、それ以上、それ以下の何物でもない。

「生老病死」は厳然たる自然の摂理・営みであり、第3者のある特定の価値観や価値評価によって優劣や良し悪しをつけられるものでは決してないのである。もしそのような企てをするならば、そこには差別・偏見が存在していることは明らかである。ただ死の場合、人は誰も死んだ経験がないため、死をリアルに捉えることが困難で、どうしても抽象的・観念的に死を理解しようとするため、そこに思い込みや偏見が生じやすくなる。例えば「孤独死」が最近問題になっているが、マスコミを含め一般的には否定的なイメージで捉えられている場合が多く、某有名女優が自宅で亡くなり、数日後発見された際もそのほとんどの論調は“誰にも看取られず、独りで亡くなってかわいそう”であった。そしてその見出しは「孤独死」である。しかし何度も述べているように、人は本来、独りで死ぬものであり、多くの人に見守られて亡くなるのが幸福で、一人で静かに亡くなるのが不幸なことだという考えは、すでに指摘しているようにあくまで第3者からみた一つの見解にすぎないのであって、それが全ての人に当てはまる普遍的な考えではないはずである。しかし「死」に「孤独」とつけることで、「孤独」は「死」を形容しているように私達は錯覚し、独りで死ぬこと＝孤独死＝不幸な死に方という思い込みにとらわれてしまっているのである。「尊厳死」も同様の捉えられ方をしていのではないだろうか。「尊厳死」の元になった英語の表現は“death with dignity”であり、清水<sup>15)</sup>も述べているように、尊厳=dignityは「死」について言っているのではなく、死に行く「人」について言っているのであるが、日本語の「尊厳死」では、「尊厳」は「死」を形容しているように思わせ、死を美化する効果すらあるといえるのではないだろうか。日本尊厳死協会<sup>16)</sup>では、『尊厳死とは傷病により「不治かつ末

期」になったときに、自分の意思で死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をやめさせてもらい、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えること』と定義しており、必ずしも上に述べたようなニュアンスを意図しているわけではないのであろうが、一般の人々にはこのような死を迎えることが、人間にとって美しい死であると感じさせる可能性も十分あり得ると思われる。

しかし幾度となく述べているように、「死」は死以外何物でもなく、本来「死」に修飾すべきことは存在せず、当然死に尊厳がある、あるいは尊厳がないということはあり得ないことなのであり、尊厳が伴うのは「人」なのである。すなわち「尊厳死」という言葉は意味が曖昧であり、しかも死を美化することにより、ある一定の価値観に人々を誘導する危険性もあり得る言葉であり、注意が必要と考えられる。同様に「尊厳ある死」「尊厳なき死」という言葉も、「良き死」「悪き死」のように、まるで「死」に尊厳ある・なしが存在するかのように人々に誤解を与える言葉であり、安易な使用は避けるべきと考える。そのためにも死が身近なことではなくなった今こそ、私達医療者が中心となり、死の実相を一般の人々に伝える活動をする必要があるのではないだろうか。例えば、作家で内科医の南木は“いい死に方について考えは”と問われ、こう語っている<sup>17)</sup>。“多くの人をみとる中で、死に方に「いい」も「悪い」もないことが分かりました。よく家族に囲まれて眠るように逝ったから「いい死に方」だったとか、誰にもみとられずに亡くなったから「かわいそう」だとか言いますが、それは残った人たちの気持ちの問題ではないでしょうか。亡くなる人は、どんな状況でも「一人で」「無意味に」亡くなるのです。そこを押さえておかないと、みんなで考えた「いい死に方」を演出しようということになっちゃう。”ホスピス医の玉地も最近、「いい死に方」を求める傾向が強すぎると懸念を示し、“『死は悲しくつらいもの。死に方にまで通信簿をつけないで』”“死を受け入れたはずの女性が「笑って逝けない」と泣きながら訴えたり、患者の呼吸リズムが乱れた途端、みとる側がパニックになったり、つばをのみ込めず、逆流する胃液を鼻から抜き出す人もいれば、体が悪臭を放つ人もいる。『死はきれいごとではない。そうやって人間は亡くなるんです。』『決して立派に死ぬ必要はない。私はありのままの姿を受け止め、現実を見つめるお手伝いをします』”と語っている<sup>18)</sup>。しかし残念ながら、このように死の実相を知る機会が最近非常に少ないと感じ

る。テレビや映画では死を美化する場面がほとんどであり、現実の死と接する機会がほとんどない若者にこそ、あるがままの死を見知ることが重要であり、マスコミや教育機関の協力が必要となろう。

繰り返すことになるが、「死」に対して良い、悪いや尊厳のある、なし等ある一定の価値判断や意味づけを行うことは、本来の死を見誤るだけでなく、場合によっては特定の価値観に人々を導く恐れがあり、十分注意を要すると考える。

## 2. 終末期医療における問題点

〈はじめに〉でも述べたように、現代では死ぬ場所が在宅であれ、病院であれ、人生の最後に何らかの形で医療と関わる場合がほとんどであり、全く医療と関わらずに死を迎えること（これが本来の自然死であると私は考えているが）は皆無であろう。その意味で、終末期医療がどうあるべきか、どうすれば適切な終末期医療を受けることができるか等について、医療関係者のみならず国民皆が真剣に考えるべきであろう。そのためにまず現時点での終末期医療の問題点をいくつか挙げ、それぞれについて考察していきたい。その前に終末期の定義について確認したい。以前より終末期医療については議論が盛んに行われていたが、基本となる終末期の定義については確定したものはなかった。2007年、日本医師会は終末期の考え方について以下のように報告している<sup>19)</sup>。“これまで「終末期」は、死亡時点から遡って「半年以内」「1ヶ月以内」などと定義されることがあった。しかし治療技術が進歩し、その内容も多様化する中で、終末期を死亡時点から振り返って一定の期間で定義することには、臨床的な意味が希薄になってきており、むしろ臨床現場が混乱する原因にもなりかねなくなっている。日本医師会「第Ⅸ次生命倫理懇談会」でも、「生命予後の長さを共通の物差しにして「終末期」とは何かを定めるわけにはいかない」という意見が出された。そこで、本稿においては、「終末期」を次のように定義する。”

広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

- (1) 最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断される時期。
- (2) 主治医を含む複数の医師および看護師、その他必要な複数の医療関係者が判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定

できる家族等（法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人を含む）が（1）を理解し納得した時点で「終末期」が始まる。

#### 狭義の「終末期」（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

また日本老年医学会では「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012<sup>20)</sup>において、「終末期」を『病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態』とし、ほぼ日本医師会の定義と同様と考えられる。しかし終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、実際の現場でケースバイケースで判断せざるを得ないのが終末期医療であることを念頭に置く必要がある。それ故、杓子定規に終末期の定義を決定しても意味がないことは知っておかなければならない。

#### ① 延命医療は無駄な医療なのか

前章でも述べたように「生老病死」は厳然たる自然の摂理であり、古来より人間はこの大きな壁に挑戦してきたが、悉く撥ね返されてきたといっても過言ではなかった。しかし現代医療の目覚ましい発展により、一部の病気は克服され、寿命は飛躍的に延びた。古より人々の最大の願いであった長命・長寿が現実のものとなった。私達医師は病気を治癒し、寿命を延ばすことが最も重要であると教育され、実践してきた。

古代ギリシアのヒポクラテスの誓いでも、患者にはいかなる危害も加えない。求められても致死薬の投与はしないとされている。このヒポクラテスの倫理の高邁さに感動した杉田成郷や緒方洪庵が訳した『フーランドの医戒』にも「人の生命を保全し、つとめてこれを長くあらしめるのは、医師の最大の目的である。およそ人の生命をちぢめるようなことは、医師たるものは誓ってこれをなすべきでない」と述べられたおり<sup>21)</sup>、医師の伝統的倫理観は、あらゆる努力を払い延命に努めることであった。そこには延命医療に対して、負のイメージはひとかけらもなかった。更に20世紀に入り、人工呼吸器等医療機器の発達により、かつては治療困難であった患者を救命することが可能となり、多くの患者の福音となった。ところが最近、一旦救命ができた後、それ以上の回復の見込みがなく、意思疎通を図ることもできないが、人工呼吸器等の医療機器により生命は長らえている様な状況が増加し、問題となっている。確かにこの問題は深刻な状況にあ

り、様々な角度からアプローチが試みられているが、私が強く感じることは、日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会でも指摘されているが<sup>22)</sup>、延命治療に無駄な医療行為との意味合いが含まれて使われることが多くなっていることである。まず無駄あるいは無益という言葉を用いる際、一章で述べた死の場合と同様にある特定の価値観が含まれていないかどうか注意する必要がある<sup>23)</sup>。例えば“どんな疾患であれ、回復の見込みがなければ人工呼吸器を使用し続けることは無駄（無益）だ”と語られる時、“患者のQOLがあまりに低い場合は治療を中止すべき”といった語る側の主観的な思いや特定の価値観に専門家ではない人を導く恐れがある。また、もしこの傾向が今後強まるとすれば、終末期医療のみならず医学教育においても重大な支障を来す恐れがあると思う。後でも述べることになるが、終末期状態と一口にいても基礎疾患としても様々な疾患があり、患者さんの年齢、精神的・肉体的状態、周囲との関係等状況は千差万別であり、実際なかなかマニュアル的に終末期医療を実施することは困難である。ところが延命医療＝無駄な医療と画一的に捉えられてしまえば、例えば人工呼吸器を装着している患者さんやその家族に“無駄な医療を続けるな”といった無言のプレッシャーがかけられる事態も無きにしも非ずである。

医学教育に関していえば、私自身は今後もあらゆる努力を払い救命・延命に努めることが医師の倫理観の基本となるべきであると思う。「必死に救命すべき命もあれば、静かに見守るべき命もある」とよくいわれるが、この判断は非常に難しく、経験が必要である。ただ先程の伝統的倫理観に基づいて教育を受けた医師（現在のほとんどの医師がそうである）ならば、徐々にその判断が可能となろう。しかしもし最初から、医師は時と場合によっては、患者の命を絶っても構わないと教育されていれば、いずれは歯止めが効かなくなり、安楽死や自殺補助といった危険な方向に走らないとはいえないであろう。

また私が危惧することは、終末期医療において「延命」を選択するか、それとも「安らかな死」を選択するかといった二分法的に議論する傾向が多くなっていることである。そして多くは「延命」=悪いこと、「安らかな死」=良いこと、と捉えられがちである。このような議論になってしまう理由は、終末期=死亡直前と思ひ込み、死ぬ瞬間のことばかり考えてしまうからである。終末期医療で重要なことは、数ヶ月に及ぶ場合が多い終末期のプロセスそのものを大切にすること、

すなわち患者さんに十分かつ適切なケアを提供することである。そのケアの過程の中で、「死」か「延命」かといった二分法的なとらわれから解放され、患者、家族、そして医療者それぞれが納得できるような形に落ち着くのではないだろうか。確かに患者の中には「死にたい」と話す人もいるが、その言葉の裏には「生きたい」と願う心が隠されていることが多く、医療者の思い込みは危険である。また家族も時に「患者の苦しむ姿が見ていられない。何とかして欲しい。」とパニック状態になる人もいるが、自分達の見方や都合で患者の状態（肉体だけでなく精神的な要素も含めて）に対し、一方的な判断を下すことには問題がある。医療者も家族も、難しいことではあるが、できるだけ患者の立場に立ってケアすることが求められていると考える。そのためには生と死は対立するものではなく、表裏一体であることを自覚する必要がある。「延命医療」＝「無駄な医療」、「安らかな死」＝「安楽死」とい短絡的な考えは絶対に慎むべきであろう。「生きる」ことも「死ぬ」ことも、人生というプロセスの中で捉え直すことが必要ではないだろうか。

## ② QOL (Quality of life) とは何か

QOL (Quality of life) という言葉は1960年～1970年代にかけて欧米諸国を中心に社会の福祉水準を表すものとして、経済成長という指標では見過ごされる生活の別の豊かさに光をあてる言葉として用いられていたという<sup>24)</sup>。1970年代に入り、QOLは医療の分野でも用いられるようになった。その場合、医療関係者の間では「生活の質」、倫理学者の間では「生命の質」と訳されることが多いようである<sup>25)</sup>。奥野によれば<sup>26)</sup>「生活の質」と訳される場合のQOLは、ある病態についての本人の主観的評価をさし、これは医療者側からみた手術成功率や生存率だけでは測りきれない患者自身の主観的な満足度や暮らしやすさを医療の質の評価に取り入れようと導入された概念であり、一方「生命の質」と訳される場合のQOLは、延命治療の停止や安楽死の是非を問う文脈でも用いられるという。本項では後者の「生命の質」と訳される場合のQOLについて考察したいと思う。

まず第一に「生命の質」と訳されるQOLは、人の生死を左右する非常に重い意味を持つ言葉であると認識する必要がある。前項で述べたように、以前は否定的なニュアンスのなかった「延命医療」という言葉が、最近「延命医療」＝「無駄な医療」といった様に認識されがちになったことに大きな影響を及ぼしているのが、

このQOLなのである。例えば後述する人の生死に関わる深刻な問題である人工呼吸器の差し控えと中止の実施の根拠となるのがQOLなのである。だからこそQOLを曖昧に捉えるのではなく、厳密に評価すべきであろう。

第二に、QOLは当事者である患者本人が自分のおかれている状況を主観的に判断するものであって、第三者である医療者が客観的に判断することは困難であることを再認識する必要がある<sup>27)</sup>。例えば人工呼吸器を装着している筋萎縮性側索硬化症の患者さんが、言葉を発せられなくても、パソコンなどを使って家族と十分コミュニケーションがとれている場合に、その状況を詳しく知らない第三者が「その患者さんのQOLは著しく低下しており、人工呼吸器などの延命治療は無駄であり、中止すべきである。」と判断することが、いかに問題があるかは自明なことであろう。QOLはあくまで「主観的」なものであるという視点でもしながしろにされるなら、患者の人権が侵害されるだけでなく、その命まで危機に晒され、終末期医療は荒廃の一途をたどるのである。ただし明確に自分の意思を表示できないような重症の昏睡状態の患者の場合等に、第三者がQOLを判断できるかについては、この項の最後に考察したい。

第三に、QOLは患者の自己決定権の発動<sup>28)</sup>の一つであると理解することである。患者は1960年代までは医療者（特に医師）が指示した治療をその通りに受ける、パターナリズム医療での受動的な存在であったが、人権運動の高まりと共に、どんな治療を受けるかは患者自身が選択する、自己決定権医療での主体的な存在へと変化してきたといえよう。その中でインフォームド・コンセントと共に、QOLの概念は患者が受けた治療を選択する際の重要な指針・根拠となるものであるといえよう。それ故に前述したように患者自身の意思が明確でなくなった時に、患者のQOLという権利をいかに守るかが問題となる。

第四に、SOL (sanctity of life) との関係である。キリスト教圏ではSOLという言葉には「生命は神によって造られたものであり、特に人間は神に似せて造られたものであるから、人の生命は人間が侵してはならない神聖なものだ」という意味合いが込められているという<sup>29)</sup>。しかし宗教的背景の異なる日本でも「人の命はそれ自体で尊く、何のものにも代えがたい」と多くの人は思っているであろう。ヒポクラテスの時代より、このSOLは医療の根拠を成しており、SOLに基づいて、従来次の三つの倫理原則が主張されてき



た<sup>29)</sup>。

〔第一の倫理原則〕人為的に死を招いてはならない。少なくとも正当防衛の場合を除き、人が人を死なせてはならない。

〔第二の倫理原則〕ある人の命が値打ちのあるものかどうかを第三者が問うことは許されない。人の命は無条件に尊いはずなのである。

〔第三の倫理原則〕ましてや、ある人の生命の価値を他の人の生命の価値と比較することは許されず、すべての人の命は平等に扱わなければならない。なぜなら、すべての人の命はそれぞれ他と代えがたい尊さをもつと信じられているからである。

生命倫理学者であるフレッチャーに代表される QOL 概念の提唱者達は、しばしば QOL と SOL を対立的に捉えがちである<sup>30)</sup>。彼らは SOL を生命至上主義 (vitalism) と同義とみなし、ひたすら延命を計る SOL は、人間を単なる物体にとらえ、その機械的な延命を考えているだけであり、精神性を無視し、人間を物象化していると批判する<sup>30)</sup>。しかしこの批判は実際の臨床とはかけ離れた、観念的なものであると私は考える。医療現場では SOL と QOL を対立的にみるのではなく、基本に SOL の考えを置き、同時に QOL を考慮しながら医療行為を実施しているのである。

例えば死に瀕するガン患者に対し、いくらその生命が神聖だからといって、強引かつ無理な蘇生処置を施行することは現在ではあり得ない。患者に苦痛を与えてまで生命の維持を計り、死を引き延ばすことが SOL ではないはずである。SOL を極端な生命至上主義<sup>31)</sup> (人間の生命は可能な限り維持しなければならず、それを奪うことは常に悪である) と同列に考えるべきではない。SOL と QOL をバランスよく配慮して患者の治療にあたるのが求められている。

第五に医療現場における QOL について考えてみたい。医学のみならず科学研究の方法としては、量的研究 (quantitative research) と質的研究 (qualitative research) の 2 種類があり、量的研究が数値化可能なデータ (定量的データ) を用いるのに対し、質的研究は研究対象の言葉や行動のような数値化しにくい素材 (定性的データ) を用いる研究である<sup>32)</sup>。一般的な科学的評価としては質的研究より量的研究の方が高く、現代医療の基本となる EBM (Evidence-Based Medicine) は正に量的研究による客観的な定量的データに基づいた医療なのである。一方 QOL は患者個人の主観的判断であって、客観的に定量化すること

は困難である。一般性を追求する EBM と個別性を重視する QOL は元来、相対するものであるが、高度に発達した現代医療では専門家による EBM を実施しなければならないと同時に、患者の人権を護るためにも QOL に配慮する必要がある、難しい舵取りが求められているといえよう。しかも判断が最も困難な終末期医療では、治療の是非など最終的な決定は QOL に基づいた患者本人の意思に委ねられている。後述する人工呼吸器の差し控えや中止の問題に直面した時、客観的な医療判断では人工呼吸器の治療を実施する方がベターであるとされても、患者自身が自己の QOL が著しく失われていると考え、人工呼吸器の治療を望まないと決断すれば、それが何より優先されるのだろうか。先に極端な生命至上主義には問題があると述べたが、同様に QOL を優先するあまり、患者の意思を無条件に受け入れれば、安楽死や自殺補助を肯定することにならないであろうか。悩ましい課題であるが、ここでは QOL に関していえば、結果としての QOL だけに目を向けるのではなく、治療の過程の中で、患者が納得して示した QOL なのかを見極める必要があるであろう。そのためには患者が身体的のみならず精神的にも十分なケアを受けられる環境を医療者は整えることが必要であろう。

最後に自分の意思表示が困難な場合、第三者が QOL を判断することが可能かについて考察したい。幾度も述べているように、基本的には QOL は患者個人の主観的判断であって、第三者が客観的に判断することは問題がある。例えば浅井は、医療従事者は時に無意識に患者の QOL を「よい」や「悪い」と判定しがちであり、これをそのまま医療決断に利用することには問題があると指摘している<sup>33)</sup>。「生命の質」をよい・悪いと判定することは「生命の質」の価値を評価することであり、役に立つか・役に立たないかといった価値判断をすることであり、結局はこの人は生きるに値するか・値しないかといった問いかけに行き着くのではないだろうか。患者本人の主観的判断を尊重することとした QOL とは別の側面が“第三者が QOL を判断することが可能か”といった問いかけをすることで、あぶり出されてきたといえよう。終末期医療での厳しい判断を迫られるケースほど、この QOL の別の側面というより QOL の本質が明らかになってくる。例えば重症の昏睡状態の患者の例では、1976 年のアメリカでのカレン・クインラン裁判において、患者の「生命の質」が低いから人工呼吸器を中止するのではなく、「特別な手段」だから人工呼吸器を外してよい

とあえて第3者がQOLを判断することの是非を回避した判定が下された<sup>34)</sup>。しかし意識のある人が肺炎で人工呼吸器が密着されている場合、人工呼吸器が特別な手段だから外してもよいとは誰も思わないであろう。やはりQOLの問題抜きの判断には無理であろう。また重度障害新生児のQOL判定の是非も意見は大きく分かれている。

自身の意思表示が困難な場合、第3者がQOLを判断することが可能かとの問いに対し、私達はまず、①『QOLはその本質として、“その人が生きるに値するか・値しないか”という価値判断を求める概念である。』ということに気づく必要がある。このため重度障害新生児の治療の差し控えや中止に対しては、“障害者差別である”との猛烈な反論・反対が米国では起きたという<sup>34)</sup>。すなわち①の観点からいえば、QOLは場合によっては深刻な差別をひき起こす可能性があるといえよう。そのためにも②『原則としてQOLは患者が意思表示することが可能な場合に限る』という基本原則に常に立ち返る必要がある。しかし前述したような重症の昏睡状態の患者や重度障害新生児のように、どうしても自分の意思表示が困難である場合、第3者によるQOL判定が正当化されるか否かは、今後十分な議論や検討が必要であろう。その際、奥野が述べているようにQOLが「本人にとっての主観的価値」から「周囲の人にとっての、あるいは社会にとっての、その患者の価値」へと横滑りしてしまう可能性が常にあることに留意しなければならないであろう。

### ③ 終末期の類型

終末期に至る疾病や患者の状態は様々であり、単に終末期医療として統一的な治療指針を示すことは非常に困難である。そこでまず「終末期」をいくつかのタイプに分け、それぞれについて「終末期医療」のあり方について考える必要がある。本稿では、日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会による『終末期医療のあり方について——亜急性型の終末期について——』<sup>22)</sup>を紹介して、考察したい。ここでは終末期を以下の三つのタイプに大別している。

1) 救急医療等における急性型終末期

2) がん等の亜急性型終末期

3) 高齢者等の慢性型終末期

それぞれについて特徴を示す。

まず1)については、すでに日本救急医学会が『救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)』を報告し<sup>35)</sup>、その中で終末期を「妥当な医療の

継続にもかかわらず死が間近に迫っている状況」と定義し、次の四つのいずれかを指す、としている①不可逆的な全脳機能不全(脳死診断後や脳血流停止の確認後なども含む)と診断された場合、②生命が新たに開始された人工的な装置に依存し、生命維持に必須な臓器の機能不全が不可逆的であり、移植などの代替手段もない場合、③その時点で行われている治療に加えて、さらに行うべき治療方法がなく、現状の治療を継続しても数日以内に死亡することが予測される場合、④悪性疾患や回復不可能な疾病の末期であることが、積極的な治療の開始後に判明した場合、である。いずれの場合でも患者の生命が切迫していること、患者の終末期医療に関する本人意思が確認できないことが多い等がある。

2) この型<sup>22)</sup>の終末期は「がんを治すことを放棄した時点から、死亡するまでの期間」「病状が進行して、生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期」など各種の定義がある。共通するのは、判断の基準に「生命予後」を必ず取り入れている点で、半年あるいは半年以内は概ね一致する予後判断といえる。逆に言えば、このような生命予後が予想される場合は、この型に分類されることになる。

3) 前述したように日本老年医学会は、終末期を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とし<sup>20)</sup>、その定義に具体的な期間の規定を設けなかった理由としては、高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいため、その「終末期」の経過はきわめて多様であり、そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であるからとしている。この型の終末期は脳卒中、認知症、呼吸不全など、患者数の急増及び治療困難な慢性疾患が対象となり、今後我が国における非常に大きな医療問題となろう。

このように終末期を1)急性型2)亜急性型3)慢性型の三つのタイプに分けることは、大きな問題はなく、臨床上也も有用であると考えられる。しかし終末期医療のあり方について、この三つを比較すれば、2)亜急性型を除けば1)急性型と3)慢性型は複雑で大きな課題が山積しており、特に3)慢性型は端緒を開いたばかりの状態であり、医学のみならず人文科学や社会科学などを含む学際的研究も必要であり、一部の研究者のみならず、国民的議論が求められることになろう。なぜならこの問題には科学的・システムの議論

だけでなく、日本人の持つ人生観や死生観に配慮することが欠かせないからである。このような状況の下、先の日本学術会議の分科会が対象とした終末期医療は2) 亜急性型のものに限り検討を加えられているが、現時点では致し方がないところであろうが、今後1) 急性型 3) 慢性型についても議論が進められ、何らかの具体的な答申が発表されることを期待したい。

#### ④ 人工呼吸器をめぐる問題

井藤<sup>36)</sup>は最近公表された終末期医療に関するガイドライン、勧告、あるいは指針(表1)より、そのまとめ(表2)を報告している。この中で治療の差し控え(withholding treatment)と治療の中止(withdrawal of treatment)が、終末期医療において最も大きな検討課題である。この場合、治療としては人工呼吸器の装着、人工透析、水分・栄養補給、輸血、薬物の投与等が考えられるが、本論文では人工呼吸器に焦点を当てて考察していきたい。その理由としては、会田も指摘<sup>37)</sup>しているように、人工呼吸器による治療は最も一般的な延命医療法であり、欧米の先行研究において人工呼吸器は死が予期される患者において最も頻繁に差し控えや中止が行われていることが示され、日本において深刻な社会問題の一つであり、延命医療中止の議論の中心になっているからである。しかし人工呼吸器の装着といっても、その基礎疾患によって

様々である。そこで前項で述べた終末期の三つのタイプ1) 急性型 2) 亜急性型 3) 慢性型のそれぞれについて検討を加えることとする。

#### 2) 亜急性型の場合

この場合の多くはがん等の悪性腫瘍が対象となる。しかし実際の臨床現場では、がんの末期で治療手段が尽きた時、人工呼吸器装着を含む蘇生延命術の対象になることはほとんどない<sup>38)</sup>。私が研修医として医師のスタートを切った1980年代後半には、指導医より「末期の肺がんの患者さんに人工呼吸器を装着することは罪である」と厳しく指導された。本来がんの末期状態は、医学的見地からいって人工呼吸器等の適応ではなく、そこに患者の意思表示の問題が入り込む余地はない。以前私はがん末期の患者に心臓マッサージ等の心肺蘇生術を行って、何とかもう少し命を長らえてもらえないかと患者家族から懇願されたことがあったが「これ以上の医学的処置を行っても患者さんの命が永らえることはなく、患者さんの体の負担になるだけですから」と説明し、家族に納得してもらった経験が幾度となくあった。このがん末期の対応は、医師の科学(絶対に救命できない)と良心(患者に負担をかける)に基づいた医療行為であり、後述するヒポクラテスの医の倫理を継承した人格主義生命倫理による対応であった(その時は全く意識していなかったが)といえよう。リビングウイールなどの事前の指示書が必要

表1 最近公表された終末期医療に関する勧告・ガイドライン・指針

1) 2001年	日本老年医学会「高齢者の終末期の医療及びケアに関する立場表明」
2) 2006年	日本集中医療学会「集中医療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」
3) 2007年	厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
4) 2007年	日本救急医療学会「救急医療における終末期の医療に関するガイドライン」
5) 2007年	全日本病院協会「終末期医療の指針」
6) 2008年	日本医師会生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドライン」
7) 2008年	日本学術会議「終末期医療のあり方について——亜急性型の終末期について——」

表2 最近公表された終末期医療に関するガイドライン・勧告・指針のまとめ

1) 終末期医療・ケアのあり方
① 疼痛、苦痛、不快、倦怠感等の症状の緩和が十分になされるべき
② 患者のみならず家族に対しても精神的、社会的支援を含む包括的ケアがなされるべき
2) 終末期医療・ケアの方針、方法の決定プロセス
① 医療従事者(医師など)からの適切な情報の提供と説明
② ①に基づき、患者と医療従事者とが話し合う
③ ②に基づき、患者本人が自身が望む方針、方法を示す
④ ③を尊重し、最終的な方針、方法を多専門職種からなる医療・ケアチームが決定し実施する
⑤ 治療の差し替え(不開始、開始、中止(撤退))等は多専門職種からなる医療・ケアチームが慎重に判断し、患者本人の意思を確認し、文書にまとめ実施する
⑥ 現場の多専門職種からなる医療・ケアチームが判断に迷う場合は、多専門職種からなる医療機関を代表する委員会で話し合い、決定する
3) 終末期の方針、方法に関し患者本人の意思確認ができない場合
① 家族による患者意思の推定を尊重する
② 家族が患者意思の推定ができない場合は、よく話し合った上での家族の意思を尊重する
③ 家族がいない場合は、多専門職種からなる医療・ケアチームが決定

となる場合は、何らかのアクシデントで通院している病院とは違う病院に、全く治療情報のないまま救急搬送されるようなケースに限られると考えられる。以上2) 亜急性型、特にがん等の悪性腫瘍では一般的に人工呼吸器を装着することがほとんどなく、人工呼吸器の差し控えや中止といった難しい判断が迫られるケースは非常に少ないと考えられる。

#### 1) 急性型

この場合はほとんどが救急医療現場での終末期である。この救急医療現場での終末期は、がん患者や高齢者の場合とは全く異なっている。そのケースのほとんどは、先程までは全く健康と思われていた人に事故や疾病が突然発症し、発症後極めて短時間で死が切迫する事態となることが多い。このため救急医療現場での終末期は、内科の場合とは違って

- ① 患者本人や家族に対して病状や治療の説明を十分に行う時間的余裕がほとんどない（安定した医師患者関係を築くことが困難）
- ② 患者の意識がなく、患者本人の意思を尊重することは不可能（インフォームド・コンセントの成立が困難）

等の特殊な特徴があることをまず念頭におく必要がある。具体的な現場を想定すれば、家族は愛する大切な人が突然倒れ、意識もない瀕死の状態の本人と対面せねばならず、いくら医療側から詳しく説明を受けても心理的にはパニック状態である。そのような状況の中で、患者の死と向い合っていかなければいけないのが家族なのである。医療側にとっても、刻一刻と患者の容態が変化する中で、救命医療を全力で尽くすだけでなく、パニック状態ともいえる家族に、限られた時間で、患者の厳しい病状と死の可能性についても説明をしなければならぬのである。家族にとっても医療者にとっても救急医療現場での終末期は本当に厳しい状況であり、修羅場なのである。

この中で人工呼吸器の中止が大きな問題として最近クローズアップされてきた。この人工呼吸器の中止については会田が救急医35名よりインタビューを行い、詳しく分析している<sup>39)</sup>。それによれば末期患者における人工呼吸器の中止はほとんど行われていないことが明らかとなり、その要因として①警察の介入・報道問題②家族関連問題③医師側の心理的障壁④医学的要因の4つの直接要因群と⑤患者側への過大な経済的負担なく入院継続が可能になる仕組みという間接要因から成っているとしている。本論文でも会田の示した要因別に考察していきたい。以下「対象医

師」とは会田がインタビューを行った35名の救急医のことを示す。

まず①警察の介入・報道問題については、対象医師のインタビューにより(a)治療中止基準の欠如(b)免責保証の欠如(c)捜査当局の殺人容疑での介入事例の存在(d)「問題報道」という認識(e)施設内の方針「決して中止しないこと」等が示されている。(a)については日本ではがん医療以外では治療の制限に関するコンセンサスや基準が不在であると指摘されているが、すでに2)亜急性期の場合で述べたと同様の意見である。(a)(b)に対処するため、「はじめに」でも述べたように昨年12月超党派の国会議員が医師の免責を盛り込んだ終末期医療の法律案の骨子を公表した。このような法律が制定されれば、(c)のように治療中止が触法行為に相当するという懸念が晴れ、日本の終末期医療は前進するだろうか。確かに医師として必死に治療していながら、殺人罪で逮捕されるようならたまったものではないが、だからといって法律で画一的に治療方針を決定するのが、患者さんのためになるとは必ずしも言えないのではないだろうか。急性型の終末期といっても、患者の病状や家族背景は様々であり、皆が治療中止を望むというわけではないだろう。現行ガイドラインより具体的かつ実践的なガイドラインを制定することも一案であろう。更に幅広い議論が必要であろう。

次に②家族関連問題については、(a)医療行為の目的主体としての家族(b)advance directivesの不在と意思決定代理人問題(c)別居家族・親戚問題(d)「未熟な」死生観等が示されている。まず(a)について考えてみると、幾度となく述べているように日本の医療は家族抜きには考えることができない。いくら患者本人の自己決定が最優先されるといっても、実際の医療現場では「自己決定」ではなく「自家決定」といわれる程、家族の意思の比重は大きい。特に救急医療現場では患者本人が事前指示(advance directive)を示していない限り、患者の病状説明や治療方針の決定は家族が中心であり、家族の意向が最優先されることとなる。また何度も述べているように、日本人は欧米人と比べ死を受容することが難しく、時間がかかることが多い。その理由としては、日本人にとっての死の受容とは「肉体的死」を受け入れることだけでなく、科学では割り切れない、複雑な「関係性の死」を受け入れることであるからである<sup>7)</sup>。

一方救急医療現場ではただでさえ時間的余裕が全くなく、家族の精神的動揺も大きく、いくら医療側から

病状説明を受けても、患者が今亡くなりつつあることなど、到底受け入れることができない。そのために時間の猶予を得ることは、救急医療現場では特に重要であり、そのことが人工呼吸器の中止を回避することにつながっているといえよう。すなわち救急医療現場での終末期は、治療やケアは患者を対象とした医学的なものではなく、家族の心情に配慮したケアと死の受容の援助が中心になるといえよう。(b)については次項で述べることにする。

(c)については、医師として全く同感できることである。時間をかけてようやく同居家族に患者の病状や予後について納得してもらったのに、病状が更に悪化した時期に初めて面会する別居家族や親戚が「何だ、この治療は！転院させる」等せっかく確立した信頼関係が壊されることが度々あった。家族の意向が重視される日本では、ある程度やむを得ないことかもしれないが、患者が自己決定できない時、代諾者としての家族の優先順位等は定める必要があると考えるが、また次項で述べたい。

(d)については、日本は欧米のようなキリスト教を背景とした文化とは全く違った文化背景を有しており、私は一概に日本人の死生観が未熟であるとは思えない。死の受容についても、欧米人が肉体の死をもって人の死は完全に成立するという、やや即物的な傾向がみられるのに対し、日本人は生者だけでなく死者との関係性を大切にしており、死に対する見方が単純ではない<sup>7)</sup>。この分野については、今後も更なる検討が必要であろう。

次に③医師側の心理的障壁については(a)「縮命への作為」の忌避(b)患者家族への説明に由来する心理的負担(c)通常の臨床上的行為ではないという感覚等が示されている。

ここでは特に(a)について考察していきたい。会田は対象医師の多くは人工呼吸器の中止を「縮命の作為」と捉え、「手を下ろした感」「死に追いやった感」を持ち、その「作為」を回避したいという心理的傾向を有すると述べている<sup>40)</sup>。また治療の積極的な撤退は自ら手を加えた感があり、抵抗があるため、治療の差し控えという形で対応したいとの先行研究<sup>41)</sup>も紹介している。それに対し、欧米では治療の差し控えと中止には倫理的・法的に差がないと結論されていると述べ<sup>40)</sup>、倫理的に差がないという学問的結論と医療者の臨床実感には隔たりがあることも認めた上で、それでも治療の中止に対して心理的な抵抗を感じるので最初から差し控えるというやり方は、患者の利益より

も医療者自身の情緒的ニーズを優先するものといえ、過少医療と過剰医療の原因ともなると批判している<sup>40)</sup>。

この批判に対し、医師として述べてみたい。私自身は内科医であり、救急医ではないが、人工呼吸器を装着した多くの患者を担当してきたが、人工呼吸器を中止した経験は一度もない。人工呼吸器が装着されてから長期間に渡り、家族から「人工呼吸器を外せないでしょうか。私たち家族は全員納得していますからお願いします。」と言われたこともあったが、「人工呼吸器を外せば、命を絶つことになりできません。」とはっきり断っている。私の周囲では、私のように人工呼吸器を中止した(呼吸状態が良くなって、身体の状態が改善したから外すではなく、終末期にあり、呼吸状態の改善が期待できない場合)経験がない医師がほとんどであった。欧米の様に終末期にある患者の人工呼吸器を中止できない日本の医師は遅れているのであろうか？立川<sup>42)</sup>は、「いのち」という言葉の語源は「息の内」「息の道」であり、古来より日本人は「生きている」=「息をしている」と考えており、それ故「死」を表現する時に「息をひきとる」「息絶える」と「息」がついた言葉で表していると指摘している。日本人にとって「生」=「息をしている」=「呼吸している」、 「死」=「息が止る」=「呼吸停止」であり、この感覚・感性は現代の日本でも根強く残っていると考えられ、このことが人工呼吸器の中止や、脳死概念の受け入れが困難である原因の一つではないだろうか。医療とは人の「生老病死」と深く関わることであり、医師個人の心理的問題と片付けるのではなく、日本人の持つ文化的背景も考慮に入れる必要があるのではないだろうか。

④の医学的要因については(a)急性期であること(b)間近な臨終の予測(c)予後の不確実性等が示されているが、これについては先に述べているように一般医療現場とは全く異なる救急医療現場の特殊性によるものと考えられる。

間接要因である⑤については、日本の皆保険制度による安価な医療サービスの提供によると考えられるが、今後経済状況の変化により医療費の抑制の可能性もあり、これから大きな問題となろうが、詳細は別の機会にふれることとする。

また日本では「末期患者において、一旦装着した人工呼吸器は、死亡時まで取り外さない」との方針をとっている施設が多く、治療中止が困難な現状では人工呼吸器を装着しないという治療の差し控えが多く実

施され、「助かるかもしれないものもつけなくなる」という風潮が広まっているのではないかと思う人もいるだろうが、医療現場ではそのように安易に決めることはなく、人工呼吸器を装着するか否か、医療者は真剣に悩み、場合によっては家族の意向も考えながら（救急医療ではその時間的余裕もないことが多いが）厳しい決断を迫られているのである。現時点では私自身も感じることはあるが、人工呼吸器の中止について判断を迷うことはなく（ほとんどの場合、中止できないという結論に達することが多い）、逆に人工呼吸器の差し控え、装着するか否かについて思い悩むケースが実際の医療現場では多いのではないだろうか。この点については3)慢性型において私自身の経験を踏まえて述べることにする。

このように現在のところ、人工呼吸器の中止を回避する傾向が強いわけであるが、日本救急医学会は2007年10月『救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）』<sup>35)</sup>を公表した。この中で終末期の定義と一定の条件を満たせば、人工呼吸器等の延命措置の中止を行うことができる日本で初めての指針を示し、「人工呼吸器の中止」について一石を投ずることとなった。その内容は1.終末期の定義とその判断については前述の通りである。2.延命措置への対応については、リビング・ウィルなどのadvanced directives（事前指示）は尊重するが、家族らの意思が重視されているのが特徴である（まず①家族らが積極的な対応を希望している場合を確認し、それであれば②家族らが延命措置中止に対して「受容する意思」がある場合③家族らの意思が明らかでない、あるいは家族らでは判断できない場合④本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合のいずれかを複数の医師、看護師等を含む医療チームで選択する）。このガイドラインについては、様々な意見や批判もあろう。医療者側からも「救命不可能ならば延命措置を中止する」とガイドラインに肯定的な意見もあれば、「終末期状態が永遠に続くわけではなく、現状を維持する」「延命措置は絶対に中止できない」といった不定的な意見もあり、現時点で一定したものはない。また医療を受ける側からも「尊厳をもって死を迎えるため無意味な延命は希望せず、リビング・ウィルなどのadvanced directives（事前指示）による患者本人の自己決定権を最大限尊重すべきである」と積極的な意見もあれば、「医師が意図をもって死期を早めることは倫理上許されないのではないか」と否定的な意見、あるいは刑法学者を中心

に<sup>43)</sup>「延命医療の中止を認めることにより死期を早めることが日常化すれば、生命の価値付けと不要な生命の抹殺につながる恐れがあるのではないか」といった強い懸念も表明されている。今後このガイドラインについて、医学のみならず法的・倫理的アプローチによる様々な角度からの検証が必要であろう。

### 3) 慢性型

日本学術会議の分科会においても<sup>22)</sup>指摘されているように、この3)慢性型は高齢者を中心とした、しかも不可逆的かつ進行性の過程をたどることの多い脳卒中、認知症、呼吸不全等の慢性疾患が対象となる。同じ高齢者といっても、基礎疾患の違いによって終末期医療の対応方法は大きく変わってくるのが予想され、個別疾患ごとの検討が必要であろうが、なかなかまとまった報告がみられないのが現状である。そこで本稿では、私自身の経験を報告し、検討を加えてみたい。

私の父は晩年、認知症を患い、徐々に症状は悪化し、家族、特に介護の中心であった母親の負担は重く、自宅介護が限界に近づいていたと考えられる頃、急性胆嚢炎で緊急入院となった。病状の重い認知症の患者が、的確で迅速な治療を行わねば命に関わるような急性疾患に罹った時、どんな施設で、どのような治療を行うべきかについては様々な意見があり、病院に入院させなくともよいという考え<sup>44)</sup>や、治療として抗生物質の使用は考えなくてもよいという報告<sup>45)</sup>もある。今後大いに議論されるべきと考える。私の父の場合は非常に強く腹痛を訴えたこともあり、病院に入院となり、急性胆嚢炎に対し抗生剤治療を開始し、痛みや発熱は軽快、全身状態も改善し、老人施設へ転院も考えていたところ、誤嚥によると思われる重症肺炎を併発し、呼吸状態が急激に悪化した。抗生剤投与およびマスクによる酸素吸入にても改善認めないため、主治医より私に緊急の電話連絡があり、人工呼吸器の装着について判断を求められた。正に「認知症と人工呼吸器」という大きな課題に直面し、「人工呼吸器の差し控え」の是非について、医師としてではなく患者の家族として判断を求められたのである。

私は主治医として患者さんの家族に、私が求められたように「とても呼吸状態が悪く、人工呼吸器をつけると命にかかわる状態です。人工呼吸器を付けるかどうかされますか？」と幾度となく説明し、家族に判断を求めてきた。しかし自分自身が経験して初めて、今まで患者家族に大変な精神的負担を強いていたと気づいた。法律関係者や倫理学者から“法的・倫理的に問

題はない”と御墨付を得たとしても、いざ医療という現場に立ち、自らが判断を下さねばならない状況に追いこまれたら、簡単に決断できないのが人工呼吸器の差し控えや中止の問題なのである。特に私の父のように認知症の場合、人工呼吸器を装着して、よしんば重症肺炎が回復しても、認知症が良くなるわけでもなく、逆に悪化する例も少なくない。また人工呼吸器の治療を続けることが、そもそも認知症のない患者以上に認知症患者には大きな負担であり、管理する側の医師・看護師や見守る家族にとっても大変つらく苦しい状況が続くことが多い。しかしがんの終末期のように、余命いくばくもなく、人工呼吸器のような蘇生術が無意味である場合と違って、いくら認知症だからといって、肺炎のように治療可能な病気に対し、人工呼吸器など十分な手立てを尽くさず、患者が死亡すれば、表現は悪いが「自分の決定によって患者さんの死を早めた」と感じる人もいるだろう（場合によっては“人を殺めた”と自責の念にかられる人もいるかもしれない）。救命不可能であるがんの終末期や救命が十分可能と考えられる救急疾患と違って、認知症の場合“人工呼吸器を装着する・しない”どちらが医学的・倫理的に正しく、どちらが間違っているとはっきり白黒をつけることが大変難しい。今後、高齢社会の進行と共に、認知症患者が急増することは確実であり、この「認知症と人工呼吸器」の問題は、社会全体で真剣に議論すべき課題となろう。

さて私自身の経験例にもどると、主治医から人工呼吸器の装着について判断を求められた時、私も医師であり、先の見通しがつくだけに「人工呼吸器を装着しなければ父は早晚亡くなるだろう。しかし人工呼吸器を装着すれば、現時点は救命可能となり、命長らえることになろうが、それが父や私たち家族にとって幸せなことなのだろうか」と悩みに悩み抜いた。結局、人工呼吸器を装着することを決断し、「人工呼吸器の差し控え」を決定しなかった。その決断を後押ししたことは、高齢者認知症の患者に重症肺炎が併発した場合、認知症が改善する見込みもないのに人工呼吸器を装着する適応があるのかといった科学的・客観的な判断ではなく、「今父が亡くなってしまったら、私たち家族が後悔するのではないか」という情緒的・主観的な思いであった。父が緊急入院してから1ヶ月もたっておらず、まだ私も含め家族の誰も父が死ぬということを受容して受け入れる状態ではなかった。しかし、いくら自分たちがまだ納得できていないからといって、いってみれば家族の都合で父の生死という一大事を決

定したことに、本当にこれで良かったのか、とずっと悩んでいた。結果として、これから父は2年以上命を長らえた。人工呼吸器を装着し、父の病状も大分落ち着いてから「もしあの時、人工呼吸器を装着しなかったら、父は数日もたたない内に亡くなっていただろう。父にとっても、私たち家族にとってもこれで良かったのだ」と、今から考えるとそう思い込むことで、ささやかな安心感を得ていたのかもしれない。しかし父が入院してから、一年以上がたち、病院に通って必死に看病する母の疲労の色が濃くなるのを見るにつれ、「もういいんじゃないのか」という思いが頭をもたげてきたのである。私は「人工呼吸器を外せば父はすぐに亡くなるだろうが、その方が父も楽になり、父にとって幸せなのではないだろうか」と思っていたのである。医学的・倫理的に言えば、これが「人工呼吸器の中止」という大きな問題であり、これが正当化されるのは「患者の尊厳を傷つけている」という事実があるときである。しかし実際にその現場に立てば、患者である父が死んだ方がよいと願うほど苦しんでいるとは思えなかった。父はとにかく必死に生きていたのである。変わったのは父ではなく、家族であった私であった。あれほど人工呼吸器を付けてまで父の延命を願っていたのに、父の入院が長引くにつれ、いくら自分や家族が疲れているからといって、「もうそろそろいいんじゃないか」と思ってしまう自分がまぎれもなくそこにあった。しかも「父の苦しむ姿はもうこれ以上見えていられない」とあたかも父が苦痛を味わっているから人工呼吸器を中止するというように見せているが、実際は元気だった頃の父とは変わり果てた姿の父を見ることが、これ以上つらくて仕方がないからではなかったのだろうか。

確かに父は認知症で、自分の意思を示すことは困難で、入院後は意識レベルも低下しており、特殊なケースかもしれない。しかし「人工呼吸器の差し控えと中止」という課題に対しては、事前指示や家族の同意といった法的な手続き上の問題や医学的・倫理的に許されるのかといった科学的・客観的な議論だけでは十分ではないのではなからうか。実際の現場では、科学では割り切ることのできない家族と患者の間の関係性や思い・感情に大きく左右されることを知るべきであろう。当然家族の身体的・精神的あるいは経済的負担も考慮に入れる必要はあるが、場合によっては家族の都合だけに合わせた自分勝手な決定が下されている可能性もなきにしもあらずである。

私の父の場合は、結局「人工呼吸器の中止」を実施

することなく、父は2年6ヶ月に渡る闘病生活の末、息を引きとった。父が最後に納得して、満足して亡くなったかは知る由もないが、私たち家族、特に私は医師としてだけでなく、一人の人間として、父から多くのことを教えられたと強く感じている。

高齢者、特に認知症の慢性型終末期において、人工呼吸器の差し控えや中止の問題を単純に画一的に解決することは不可能である。高齢者や認知症のように多様性で個別性の強い場合、科学的・客観的な原則やデータだけに頼るのではなく、日本的な文化的背景も考慮に入れた家族と患者の関係性等にも目を向けるべきであろう。「関係性」については次章で触れてみたい。

(補足) 延命医療をめぐるその他の課題

#### 1. PVS (Persistent Vegetative State: 遷延性(持続性)植物状態)患者について

延命医療の中止について判断が難しいのは、PVS患者の場合である。PVSは脳外傷、脳血管障害、虚血性脳障害などにより大脳半球の広範囲の重篤な障害が起こった時にみられ、重篤な昏睡状態の後に意識障害、精神機能や認知機能の消失が長期にわたり続く状態である<sup>46)</sup>。しかしPVSは脳死と異なり、脳幹の機能は保たれており、循環・呼吸・消化機能は正常で、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であり、すでに述べた終末期の定義<sup>19)</sup>「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず。安易に延命医療を中止することはできない。またこのPVSは医学的な病名というより社会的病名であるとされ<sup>46)</sup>、診断については慎重にすべきである。また近年では最少意識状態(minimally conscious state)との鑑別診断の困難さが指摘されるなど、医学的に未解明な部分が多く、現時点では延命医療の是非を論ずるのは現実的ではないとの指摘もある<sup>47)</sup>。欧米でもPVSにおける延命医療については意見が分かれており、その理由としては宗教の関与が大とされている<sup>47)</sup>。日本では日本尊厳死協会がリビング・ウィルの中で、植物状態が数ヶ月以上経過した場合は治療を中止するよう明確に求めているが<sup>16)</sup>、国民の間でも意見は分かれており、今後更なる議論を続ける必要があるだろう。

#### 2. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis: 筋萎縮性側索硬化症)

ALSは重篤な筋肉の萎縮と筋力低下をきたす神経

変性疾患で、運動ニューロン病の一種である。極めて進行が早く、半数近くが発症後3年から5年で呼吸筋麻痺をきたすため、人工呼吸器の装着が必要になるが、荻野ら<sup>48)</sup>によれば、調査したALS患者82人のうち、人工呼吸器の装着を選択したのは17%であった。このように人工呼吸器の差し控えが多い理由として、日本ALS協会は「家族にかかる介護の負担を考えて、呼吸器を選ばない患者は多い」と説明している<sup>49)</sup>。ALS患者は通常、知能も感覚も正常を維持したまま、進行する疾患と向き合わなければならないうえに、人工呼吸器を装着して極端に不自由な身体で生き続けるのか、QOLを重視して、しかも家族の介護や経済面での負担を考えて死を選ぶのかという究極の生死の選択を迫られているのである<sup>50)</sup>。しかも一旦人工呼吸器を装着しても、病状の改善は望めず、介護する家族の負担も考えると、再びこのまま生きていてよいのか自問を続けている人も多いのである。また病状の進行と共に、どのような手段を使っても自らの意思を周囲に伝えられない「閉じ込め状態(TLS: totally locked in state)」に陥った場合に、人工呼吸器の取り外しを求める患者にどう対応するのか議論<sup>51)</sup>になっているが、納得できる結論に至る状況ではない。

しかし現時点で確実なことは、会田も指摘しているように<sup>52)</sup>、ALSのような神経筋疾患領域では、安易に人工呼吸器の取り外しを容認すべきではないということである。清水<sup>53)</sup>は「このようなルールが公認されることにより、それまでは『一旦装着した呼吸器は外せない』という医療者の主張によって、自らの生を守られてきた患者に、周囲の圧力がかかるという結果をもたらしもする。つまり、患者に対して『周囲の人にこれだけ負担をかけているというのに、あなたはまだ生きるほうを選ぶのか』と語りかける無言の圧力である。そこで、たとえ倫理的に呼吸器を外す可能性が認められたとしても、それを社会的な合意とするプロセスでは、ケアの社会化により、患者が家族に対して負い目を感じないですむような療養環境をつくっておく必要がある」と述べており、立岩<sup>49)</sup>も「生の質を重視して結果的に死を選ぶのか、延命治療による長い生か。二者択一ではない道を探るべきだ。医療や介護をもっと充実させ、『生きて当然』と思えるような環境を整えていくべきだ」と述べ、患者に家族に対する負い目を抱かせながら、生死という究極の選択を迫らせないためにも、医療や介護等の環境整備がこれから増々重要になることは間違いない。

最近、望ましい終末期医療とは「安らかな死」を迎



えることであるという傾向が強まる中で、「延命医療」は人の尊厳を傷つける行為であり、人工呼吸器は無駄な延命をする機械であるという誤った見方が一般の人々に広がる可能性があることが懸念される。終末期医療で大切なことは、死に逝く人が安らかに死を迎えることだけではなく、その人がいかにその人らしく生きたということに目を向けることではないだろうか。そのためにも人工呼吸器は、様々な患者にとって欠かすことのできない医療機器の一つであることを忘れてはならない。人工呼吸器を装着した人に対する差別的なまなごしは許されるものではないことを強調しておきたい。

### ⑤「自己決定権」の問題点

日本での終末期医療の大きな検討課題が治療の差し控えと治療の中止であることはすでに述べてきた。一方、欧米では米国医師会がガイドライン<sup>54,55)</sup>で示しているように「延命医療が患者の利益とならないと判断された場合の治療の中止は法的・倫理的に許容される。差し控えが許容される状況では中止も許容される。差し控えと中止の間には倫理的に差がない」が共通認識となっており、不要な延命医療の中止は一般的となっている。秋葉<sup>56)</sup>によれば、その背景となっているのが米英においては「個人主義生命倫理」であり、その最高原理は個人の自己決定権である。

医学・医療の分野における自己決定権は、まずナチスドイツの戦時犯罪を契機に医学研究の被験者の権利として確立され、更に1960年代には米国での社会運動である公民権運動や消費者運動の高まりと共にその動きは医療にも広がり、「患者の人権運動」として医師主導によるパターナリズムを批判し、患者自身が治療方針を決定するという「患者の自己決定権」が確立した。

米国において、終末期医療に関する患者の自己決定権を最初に認めた判例が、1975年のカレン・クインラン事件の判決であり、遷延性意識障害であった患者の人工呼吸器の取り外しが許可されたが、この判決が認めたのは、患者の義父が本人のプライバシー権を代行することであった。患者の自己決定権は米国憲法上の最高の権利であるプライバシー権に由来する<sup>57)</sup>とされており、この判決後、米国における患者の人権運動は更に勢いを増し、1976年カリフォルニア州の「自然死法 (The Natural Death Act)」が成立した。カリフォルニア州の自然死法は、知的精神的判断能力のある成人 (18才以上の者) が末期状態である場合、

医師に対して生命維持装置を中止するか、取り外すように指示する書面を作製することができる権利を認めている法律であり、この書面は患者がまだ生きている間に法的に発行される医師に対する指示書という意味で、リビング・ウィル (Living Will) と呼ばれる<sup>58,59)</sup>。リビング・ウィルが世界で初めて法制化されたのはカリフォルニア州の自然死法であり、その後アメリカのほとんどの州で同じようなりビング・ウィルの法律が制定された。

その後、末期状態には意識がない場合や知的精神的判断能力が欠如する場合があります、患者の意思決定を代行する人を前もって決定し、委任する必要が生まれ、またリビング・ウィルにより保障されている末期状態の場合における生命維持装置の取り外し以外においても、医療行為に関して具体的に患者の意思表示を文書に残し、その文書も法的に保障されるべきであるという主張が強まった<sup>58,59)</sup>。その結果、1983年カリフォルニア州で「医療における持続性委任権法 (The Durable Power of Attorney for Health Care Act)」が制定された<sup>58,59)</sup>。これは患者に対して委任権を認め、リビング・ウィルをはじめとした患者の自己決定に基づく医師に対する指示書を「アドバンス・ディレクティブ (advance directive) : 事前指示」と総称し、これを作製する権利を認めた法律であり、世界で初めて制定され、その後リビング・ウィルと同様に、アドバンス・ディレクティブに関する法律もアメリカのほとんどの州で制定された<sup>58,59)</sup>。その結果、米国連邦では1990年「患者の自己決定権法 (Patient Self-Determination Act)」が制定され、延命医療の拒否は患者の権利であると明示された。

一方欧州では「人格主義生命倫理」が背景となっており、その最高原理は「人間の尊厳」である<sup>56)</sup>。延命医療問題は医療の問題であり、意思決定は医師の職業倫理に基づいて「執拗な治療」の差し控えや中止を判断するという<sup>56)</sup>。人格主義生命倫理については、次章で詳しく検討したいと考える。

同意能力のある患者にとって、自己決定権は最も重要な患者の権利の一つであり、医療者はこれを最大限尊重しなければならないことはいままでもない。しかし一部の末期患者や遷延性植物状態の患者のように同意能力のない患者についての終末期の意思決定は非常に困難な問題である。その場合は、前述した (1) 事前指示 (advance directive) が重要となるが、それがない場合には (2) 代諾が必要となる。本項では (1) (2) それぞれについての問題点を検討する。

(1) 事前指示の問題点

事前指示とは「ある患者あるいは健康人が、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」と定義される<sup>60)</sup>。

事前指示には、代理人指示 (proxy directive) と内容的指示 (substantive directive) があり、代理人指示とは事前指示を行う者が意思を表示できなくなった場合に、決定を行う代理人を指名しておく事前指示であり、内容的指示とは治療についての患者の望みを記録した事前指示で、この中には書面によるリビング・ウィル (Living Will) 等がある<sup>60)</sup>。

事前指示の目的は患者の自律を尊重することであり、患者にとっては事前指示を残しておれば、終末期における患者本人の意にそぐわない治療を受けなくても済むという利点がある。また日本では治療の意思決定において家族の役割が大きいことが多く、家族による決断の負担が少なくなる利点もある。医療者にとっても同様に治療の判断が円滑になり、代理人指示の場合には、日本の医療現場によく見受けられる家族の間の意見不一致や家族の代表あるいは責任者が不明な場合にも有効と考えられる。

逆に問題点としてはまず ④ 時間経過の問題がある。患者の病状が変化する中で、本人が将来直面する状況を正確に予想することが可能なのかという点である。例えば健康な時期になされた抽象的な末期医療の拒絶の意思表示は、現実末期状態になった場合の意思表示とみることができるのかという疑問があり、逆に末期時に作製された書面は、病状が悪化し、精神的・心理的に不安定な状態で、その時点での正常な意思表示と評価できるのかという問題を生ずる<sup>61)</sup>。その他には本人はがんのような亜急性型の終末期を迎えると考え、事前指示を残していても、事故や急性疾患のような急性型の終末期に突然陥る場合もあるだろう。次に ⑤ 事前指示が患者の自己決定を十分反映したのかという問題がある。一般の医療におけるインフォームド・コンセントでは、患者は医療者から自分の病状や治療について納得のいくまで説明をうけることが可能であり、自分自身がじっくり考える時間的余裕もあろう。しかし事前指示<sup>62)</sup>の場合、患者は必要な情報を全て得て、それらを十分理解した上で下した判断なのか、すなわち十分な自己決定が成されたのかという問題がある。しかもその情報というのは、医学情報という非常に専門的な情報であり、ただでさえ理解することが困難だと考えられる。また事前指示<sup>62)</sup>は、第3

者から強制・操作されることなく自発的に書かれているかという点も確認が必要である。

最後に ⑥ 事前指示を残した時点で良いことだと認識されていたことが、事前指示を使用する時にも同様に良いことなのかという問題である<sup>62)</sup>。例えば内科医であった私の父は、私たち家族に「自分が痴呆になったら無理な延命はしないで欲しい」と語ったことがあった。もしこのことが具体的な形で事前指示が残されていたら、私たち家族が選択した人工呼吸器の装着は倫理的に問題があったといえるのであろうか。父の過去の自己決定をより尊重される立場なら、人工呼吸器は装着されるべきではないだろうし、父の現在の利益を優先するなら人工呼吸器の装着という選択もあり得るだろう。こういった場面に遭遇すれば、事前指示を尊重することが本当に患者本人のためだろうかという疑問も湧いてくる。いずれにせよ重度の認知症のように人格が劇的に変化しているときに、短絡的な事前指示に拠った意思決定を行うことには問題があろう。

(2) 代諾の問題点

まず最初に代諾者の定義<sup>63)</sup>を示すと、同意能力がない者 (未成年者もしくは成人であって一定の精神の障害により意思決定能力がない者等) に代わって承諾を与える者のことであり、厳密には代理人とは性質が異なるとされている。なお事前指示で代理人が決められておれば、問題がないわけではない。たとえばある程度、臨機応変の判断が可能な反面、それが必ずしも本人の希望や意志に沿っているとは限らないケースもある<sup>61)</sup>。次に事前指示で代理人指示がなければ、代諾者が必要となり、現在日本では成年後見人等に医療に対する同意権が認められておらず、現状では患者の家族が代諾者となるであろう。しかし (i) 患者の家族がいなかったり、患者の家族に同意能力がなかったりする場合 (ii) 家族の間に考え方の対立があって治療方針が決まらない場合 (iii) 患者の最善の利益にならないと思われる治療方針が選ばれた場合等<sup>60)</sup>問題を指摘されている。(i) については、米国では病院倫理委員会の意見を求めることが多い。(ii) については米国では家族の代諾者に優先順位を設定していることが多いが、日本では少なくとも臨床現場においては定められておらず、今後の検討が必要であろう。(iii) については、特に人工呼吸器の中止等重大な事項については、病院倫理委員会あるいは裁判所 (米国の場合) が患者の最善の利益になる治療を決定することも、日本では今後考慮されるべきであろう。

代諾者が決まれば、次は代諾者がどのような基準で

治療方針を決定すべきかという問題がある。その判定基準<sup>60,64</sup>は ④ 代行判断基準と ⑤ 最善の利益基準とに大別できる。④ 代行判断基準とは、患者のかつての性格や価値観などを踏まえ、もし患者に同意能力があれば下したと思われる判断を代行することをいい、自律尊重の原則に基づく。④の問題点は (i) 患者の価値観よりも代諾者の価値観が反映してしまうこと (ii) 代諾者の判断が患者の最善の利益と対立する場合があること (iii) この基準は同意能力を備えたことがない患者に適用できない等がある。また同意能力を喪失する前の患者の意向が明確でない場合や、乳幼児や一部の知的障害者や精神障害者などのように十分な判断能力がない患者の場合のように代行判断基準が適用できない場合は、患者の最善の利益になる決定を要求する ⑤ 最善の利益基準が適用される。この基準は善行の原則によって正当化される。⑤の問題点は (i) 代諾者が患者の最善の利益に基づいて判断していると限らない (ii) 健康な代諾者は患者の QOL を過少評価する傾向がある (iii) 家族が代諾者の場合、判断基準が家族の利益にすり替わってしまうことがある等があり、今後も検討する必要がある。補足であるが、同意能力のない未成年の患者の場合<sup>60</sup> (a) 未成年者の場合、原則として親が代諾者になる (b) 事前指示や代行判断基準を適用できない、という成人とは全く異なる特徴があり、十分な検討が必要であるが、詳細については別の機会に触れることとする。

以上終末期医療において、同意能力のある患者では患者の自己決定権を尊重することが第一義であり、それについて大きな問題はないであろう。しかし同意能力のない患者については、前述したように事前指示には様々な問題があり、代諾については治療の差し控えや中止という重大な決定まで代諾者に左右される可能性があり、患者の人権を侵害する恐れもある。

いいかえれば、同意能力が十分な強者にとっては、自己決定権は自分らしく生きるための重要な権利の一つであるが、同意能力のないような弱者にとっては、自己決定権を強調されればされるほど自らの人権が侵害されてしまう可能性がある。人権を守るために存在する権利が、逆に人権を侵害するという矛盾である。すなわち自己決定権の問題点の1つは「弱者の保護」を充分配慮することが可能なのかということである。自己決定権は「強者の論理」として利用されることが少なからずあるのではないだろうか。

更に自己決定権の別の問題について考えてみたい。元々医療における自己決定権とは、患者が医療者に強

制されることなく、自由に治療を選択できるという権利であった。特に終末期医療では、判断能力のある患者には、治療を拒否することが死につながる場合でさえ、どのような治療も拒否する権利があるとされ<sup>65</sup>、「治療拒否権」とでもいうべき権利が正当化されている。

しかし終末期における患者の自己決定権の順守を過度に強調しすぎると、患者には自らが決定するならば、医師の助力により積極的に生を終わらせる権利（死ぬ権利）があるという考えに行き着くのではないだろうか。オランダ・ベルギーでの安楽死法の成立や米国オレゴン州における自殺補助法の成立はこの流れにあるといえよう。すなわち自己決定権、特に終末期医療における患者の自己決定権には、その本質的な性格上、必然的に「死の自己決定権」すなわち「死ぬ権利」という問題を孕む危険性が存在すると考えられる。確かに世界医師会の医の倫理マニュアル<sup>65</sup>では、安楽死や自殺補助はほとんどの国で違法とされ、多くの医の倫理綱領でも禁止されており、この禁止はヒポクラテスの誓いの一部であり、世界医師会の安楽死に関する宣言<sup>65</sup>（Declaration on Euthanasia）「安楽死は患者の生命を故意に絶つ行為であり、たとえ患者本人の要請、または近親者の要請に基づくものとしても倫理に反する。ただしこのことは、終末期状態にある患者の自然な死の過程に身を委ねたいとする望みを尊重することを妨げるものではない。」でも改めて強調されていると述べている。日本でも1995年の東海大学のいわゆる安楽死事件の判決文<sup>66</sup>でも「治療行為の中止は、患者の自己決定権と医師の治療義務の限界を根拠に許されると考えられるが、患者の自己決定権は、死そのものを選ぶ権利、死ぬ権利を認めたものではなく、死の迎え方ないし死に至る過程についての選択権を認めたにすぎず……」と患者の自己決定権は死ぬ権利を肯定したものではないと明確に述べている。

一方で日本尊厳死協会も加盟している「死の権利協会世界連合」(World Federation of Right to Die Societies)<sup>67</sup>が積極的に活動し、しだいに日本も含め多くの国でその考えを支持する人が増えていることから、この「死ぬ権利」の是非という問題が完全に解決されたわけではないとはいえよう。

以上この項で述べてきたように、自己決定権、特に終末期医療における自己決定権には、弱者保護の問題や自己決定権が死の自己決定、すなわち「死ぬ権利」へ進展していく可能性がある。現在、医療現場では「自己決定権は万能である」といった風潮が一部に見

られるが、終末期医療における自己決定権には多くの問題点があり、甲斐も述べているように<sup>68)</sup>自己決定権は重要ではあるが、決して万能ではないことを自覚する必要がある。

### 3. 命は誰のもの

前章の最後で「死ぬ権利」について考察したが、古来より西洋では自殺の是非をめぐる議論が熱心にかわされてきたことからわかるように、「死ぬ権利」の是非は難題ではあるが、人間にとって根本的・本質的な問いであり、このことを考えることは非常に重要であろう。ところで視点を変えれば、「死ぬ権利」の是非を考えることは、「命は誰のもの」という命題を考えることにつながるのではないだろうか。なぜなら「死ぬ権利」を主張することは、患者の自己決定権が自らの命そのものにまで及ぶと考えることであり、その是非を判断するためには、人間存在のあり方や命の所有性といった哲学的問いに答える必要があると考えられる。

しかし「命は誰のものか」という哲学的な問いに簡単に答えることはできない。なぜならこの問いの背景には、時代、民族、文化、宗教、哲学等様々な要因が存在しているからである。ただ大まかに分類してみれば、人の命は(1)個人のもの(2)神のもの(3)社会のものという三つのことが考えられる。そこでまず(1)、(2)、(3)それぞれについて、その思想的背景を中心として述べ、日本人の場合について考察していきたい。

#### (1) 人の命は個人のもの

この考えの思想的背景は、米国の建国の基礎とされたジョン・ロックの思想である。ロックは1689年『統治二論』にて、「すべての人間は自分自身の身体に対する固有=所有権をもっている」とした<sup>69)</sup>が、この考えが出発点となる。ロックの概念をいいかえれば「自己の身体は自己の所有物である」という考えになるであろう。この考えに立てば、人間の身体はそれぞれの所有物=モノにすぎないのであって、当然、人の命は個人のものであるという帰結に行き着くであろう。ロックの政治思想が根底にある米国で生まれたバイオエシックス(秋葉によれば個人主義的生命倫理<sup>56)</sup>)は、個人主義的な自由主義であり、医療では患者の自己決定権を最重視してきた。加藤<sup>70)</sup>は「死ぬ権利」が更に先鋭化した「自殺権」という考え方は、生命に

関する自己決定権の究極の形であって、自殺権への接近は自己決定権の拡張という意味をもつが、自己の生命についての決定権が自殺権という形になることは、自己決定権の理論的に必然的な拡張ではないと述べているが、先に述べたロックの「自己の身体は自己の所有物である」という所有論を背景に患者の自己決定権を第三者が制限することなく最大限尊重すれば、自殺権という危険な領域に向かって走り出す可能性も十分にあるのではないだろうか。バイオエシックスの五原則<sup>70)</sup>は①成人で判断能力のある者は②身体と生命の質を含む「自己のもの」について③他人に危害を加えない限り④たとえ本人にとって理性的にみて不合理な結果になろうとも⑤自己決定権の権利をもち、自己決定に必要な情報の告知を受ける権利がある、であり、他人に危害・迷惑をかけなければ自分が判断して自分が好きなことをやる自由があり、他人がとやかく口出しする必要はないという個人主義・自由主義の考え方が貫徹しており、それに対し規制や制限をかけることは非常に困難なのである。

以上少しまとめると、ロックの「自己の身体は自己の所有物である」という所有論を基本に、バイオエシックスが倫理的バックボーンとして確立するにつれて、米英を中心に「人の命は個人のもの」という考えが浸透し、世界がグローバル化(ある意味アメリカ化といっても差しつかえない)するにつれ、日本人の間でも若者を中心にこの考えは広まっているのではないだろうか。しかしすでに述べたように、この考えは自殺権といった極端な考え方に行き着く可能性が十分あることに留意する必要があるだろう。

#### (2) 人の命は神のもの

古来より人の命は個人を超えた存在、すなわち神によって与えられたもの、賜ったものであるという考えはユダヤ・キリスト教、イスラム教を中心に世界中に広まり、現代でも根強く残っている。特にユダヤ・キリスト教圏では「命は神によって造られたものであり、特に人間は神に似せて造られたものであるから、人の命は人間が侵してはならない神聖なものだ」という「生命の神聖性(sanctity of life: SOL)」<sup>29)</sup>を重視している。この考えは、一人の人間として存在していることそれ自体に比較不可能な価値があると考え「存在の倫理」<sup>71)</sup>へと転化され、カトリック倫理の土台となった。しかしこの考えは決してカトリック固有のものではなく、キリスト教文化圏とはいえない日本でも「人の命は存在していること自体にかけがえのなさが

あり、何ものにも代えがたい」と信じる人は決して少なくはない。また古代ギリシャの「ヒポクラテスの誓い」<sup>72)</sup>でも「求められても、致死薬を与えることはせず、そういう助言もいたしません」という一節があり、人が人の命を縮めることは決して成すべきではないと強い信念を表している、この信念を支えているのがSOLであり、存在の倫理であろう。前述したようにがん末期の対応からも分るように、このヒポクラテスの誓いが現代でも医の倫理の基本であることは確かである。その流れを作ったのがカトリック倫理学である。カトリック倫理学は欧州を中心として、16世紀以降、カトリックの思想に合致していたヒポクラテスの医の倫理を継受して、その現代化を図り（患者の自己決定権やインフォームド・コンセントの尊重）、人格主義生命倫理として発展させてきた<sup>53,73,74)</sup>。

人格主義生命倫理の最高原則は「人間の尊厳」であり、この原則は医学の発展、科学技術の発展、経済の発展、国益、全体の利益よりも常に例外なく一人の人間にそれ以上の価値を認めて、後者を優先すべきことを命ずる原則であると秋葉は述べている<sup>74)</sup>。米英を中心とした「個人主義生命倫理」と欧州を中心とした「人格主義生命倫理」は、特に終末期医療における延命医療の問題について、全く異なった対応をとるとされる<sup>56,73,74)</sup>。前者は最高原理である「個人の自己決定権」に基づいて、延命医療の拒否は患者の権利であるという立場から、延命医療の中止も合法化される。後者は最高原理である「人間の尊厳」に基づいて、人間の尊厳を侵害するような「執拗な治療」の差し控えや中止を医師が自身の職業倫理や治療義務に照らし合わせて判断するのである。今後この生命倫理の大きな二つの流れが、特に終末期医療においてどのような動きを示すか、十分留意する必要がある。

いずれにせよ (1) 人の命は個人のもは、比較的最近生まれた考え方であるのに対し、(2) 人の命は神のものは、伝統的な考え方であり、宗教の違いを超えてその根底にある「人の命はそれ自体で尊く、何ものにも代えがたい」という考えは人類共通であるともいえよう。

### (3) 人の命は社会のもの

人間は全く一人で生きていくことはできない。特に現代では、人間は衣食住全ての生活の面で何らかの社会的恩恵、バックアップを受けており、それが他の動物とは違う人間独自の生き方であろう。甲斐は人間について“1人の人間は、個人とはいえず、単に個として

独立的に存在するものではない。同時に社会的存在である。個的存在と社会的存在とは不可分の関係にある。生命はそのような存在を担う法価値である。そして各個人は、その生命という法益の享受者なのである。～中略～個としての存在が同時に社会的紐帯を有するところに人間の間たる所以がある。それゆえ、法は、その社会の根幹を形成する個々の人間の生命の放棄を許容しえないのである。”<sup>75)</sup>と、人間が単に個的存在だけではなく、社会的存在であると法学的立場から明確に述べている。しかし社会といっても、自然的に発生した家族から、利害・目的などに基づいて人為的に作られた国家に至るまで様々な形態が存在する。そこで本項では ④ 国家 ⑤ 共同体 ⑥ 家族の三つに分けて、それぞれ論じてみたい。

#### ④ 人の命は国家のもの

この考えはナチス・ドイツに代表される独裁国家の思想であり、人道的・倫理的にも許される考え方ではない。ただし、現代の民主主義国家の基礎となる人権思想は、ナチス・ドイツによる戦時犯罪を重い教訓として成立したことは忘れてはなるまい。今、自分たちが生活している国で、個人と国家の関係がどのように捉えられているか、常に問いかける必要がある。

#### ⑤ 人の命は共同体のもの

共同体 community の定義は様々であるが、マッキーヴァーは地縁や血縁などの自然的な紐帯によって存立するコミュニティ（共同体）と、様々な利害関心によって自発的に形成されるアソシエーションの2つを対比し、コミュニティはアソシエーションと同じように中間団体であるが、その自然性（自生的性格）の他、集団としての排他性・価値の等質性などによってアソシエーションから区別されるとした<sup>76)</sup>。

1980年代以降、米英を中心に共同体主義 communitarianism は自由主義 liberalism に対抗する形で現れた。自由主義は個人の自由や自己決定権を尊重し、他者への危害が及ばないかぎりには、国家権力などによってこれを制約するべきではないと考える立場であり、共同体主義は人間は文化的伝統や習慣、あるいは倫理規範などの価値観を共有する社会集団（共同体）に属していて、その価値観によって一定の制約を受けるべきだと考える立場である<sup>77)</sup>。

確かに以前の日本では、地方を中心に血縁・地縁のつながりを基盤とする村落共同体が存在し、冠婚葬祭を助け合って執り行い、人の命は個人だけのものではなく、村落皆が共有しているように感じられる時代があった。地方が衰退・崩壊していく現代において、そ

のような時代をノスタルジーをもって語られることもあるが、問題点も多くあった。例えば村八分に代表されるように、村民に規約違反などの行為があれば、その家との交際を絶つ私的制裁が存在し、生活に暗い影を投げかけていたことも事実である。共同体にはどうしても相互扶助と相互規制が必要になるが、場合によっては共同体がその成員の自由にとって規制を超えて抑圧的なものとなりうる危険性がある。またすでに述べたように、共同体は通常文化的・宗教的・民族的な中間団体であるが、時に国民共同体の再生を主張するナショナリズムと一定の親和性を持つとの指摘<sup>76)</sup>もある。

以上より「人の命は共同体のもの」という考えは、私たち日本人にとっても共感できる部分もあるが、問題点も多く、注意が必要であろう。

#### ◎ 人の命は家族のもの

医療倫理における日本と米国の最も大きな違いが、家族をめぐる問題である。米国では患者本人の意思が最優先され、家族の関与が問題となることはほとんどない。ただすでに述べたように、同意能力のない患者の場合、例外として家族に代諾を認め、本人意思の推定に基づいて家族が決定することとなる。米国での医療現場においては、家族は脇役に過ぎないのである。

しかし日本では様相は一変する。私も幾度となく経験しているが、本人は知的水準が高く、十分同意能力があるにもかかわらず、「治療法については家族と相談しないと決められません」「告知するならばまず家族に言って下さい」、時には「私はもういいですから、家族と相談して決めて下さい」と話されることもある。逆に本人が同意しても家族が納得しなければ治療の開始もできないし、また前述したように本人も家族も同意しているにも関わらず、別居家族や親戚が平気でその同意や信頼関係を反古にする場合すら度々ある。建前では患者本人の自己決定が最優先されるといっても、日本の実際の医療現場では家族の意思・意向が優先され、医師患者関係よりも医師家族関係が重視される(例えば患者本人と信頼関係が築けていても、家族に十分説明できていないと、後々、色々なトラブルが発生することも多い)。現代においても日本の医療は家族抜きには考えることはできず、まさに患者の「自己決定」ではなく「家族決定」ともいえる状況である。そうだとすれば、日本人は「人の命は家族のもの」と考えているのであろうか?しかし必ずしもそうは思っていないケースが多いように私は感じる。確かに家族が患者の治療方針を決定(時には延命医療のように命

に関わる決定の場合もある)することは多いが、患者の命は自分たち家族のものであるという意識は薄いように感じるのである。日本人が単なる家族主義であるならば、その意識はもっと明確になるはずであろう。ところが日本では、家族の決定といっても責任の所在が曖昧なことが多く(終末期においても「やっぱり先生におまかせします」と、おまかせ医療になることもある)現場が混乱することも少なくない。すなわち日本では「人の命は個人のもの」であるから「自己決定」しようとする動きは確かに弱い、また「人の命は家族のもの」であるから、患者本人にとって重要な判断を家族が下ろしても差支えないと考える「家族決定」も決して強固とはいえないのである。医療現場では本人と家族の阿吽の呼吸ともいえる、互いの微妙な気持ちと雰囲気重要な決定が下される場合が多いのではないだろうか。日本人は人の命を個人や家族など特定の人間のものとは思っておらず、「人の命は誰のものでもない」と感じているのではないだろうか。また同時に阿吽の呼吸で本人と家族が重要な決定を下しているということは、「互いの命を共有している」という感覚を持っているからこそ成り立っているのではないだろうか。「人の命は所有するものではなく、共有されるものである」という日本人独特ともいえる人の命に対する感じ方について、次項で考察していきたい。

#### (4) 所有と共有

前項で述べた「人の命は所有するものではなく、共有されるものである」について少し分析を加えてみたい。「所有」という概念には、まず主体となる個人が確立されなければならない(所有権を確立したロックが個人主義的生命倫理の祖であることもうなずける所である)。たとえばいくらモノとはいえ「赤ちゃんが自転車を所有している」という文脈が正しいとはいえないであろう。「所有」という概念が成立するためには、その主体となる個人が確立すること、すなわち明確な意思決定が可能であり、何らかの対価を支払う能力があること(他者から譲り受ける場合でも、その決定に同意する能力は必要であろう)が条件となる。

それに対し「共有」という概念には他者の存在、他者との関係性が不可欠である。たとえば自転車のような普通のモノを共有する場合、一緒に使う相手が誰であるかを認識し、その相手の了解を得ることが不可欠であろう。そのためには相手とのコミュニケーションが必要であり、その相手とは何らかの関係性が生じる

であろう。すなわちモノの場合は、「所有」も「共有」も可能であり、それぞれが概念としては成立する。しかしモノではなく、人の命の場合はどうなのであるか？すでに「人の命は個人のもの」の項で、そのことが当たり前であるかのように議論されているが、よくよく考えてみると、自分の命どころか自分の体は自分が作ったものではなく、物どころがついた時に、すでに自分と共にあったのである。先程の所有の概念からいえば、明確な意思決定が可能であり、何らかの対価を支払う能力のある個人の確立があつて初めて、何かを所有するという行為が可能となるはずであつた。したがつて個が確立していない赤ちゃんにはモノを所有するという状況が成立しないはずであるが、モノと違って人の命の場合にはそれが成立するというのは、どう考えてもおかしいのではないだろうか。元々、人の体いわんや人の命を所有すると考えることが不遜なことではないだろうか。

池田<sup>78)</sup>も“人は自己の身体の管理権を有するだけで所有権はない。自己の身体は、自分が作ったわけでも誰かと交換して手に入れたわけでもない。物どころがついた時にすでにあったのだ。自己の所有物であるはずがない。”と自己の身体の所有権という観念を厳しく批判している。「人の命を所有する」ことが不可能であるならば、私が前項で指摘したように「人の命は共有される」のであろうか。

「人の命が共有される」ということは、モノを共有するように、独立した個と個が話し合つて決めるようなものではない。まずはお互いがつながっているという関係性が基本にあるから「お互いの命が共有される」ということが可能になるのである。すなわち「人の命が共有される」ためには「関係性」が必要不可欠なのである。

以上より「命は誰のもの」という問いかけに対し、日本人は「人の命は所有されるものではなく、共有されるものである」という無意識ではあるが、独特ともいえる感覚を心に秘めているといえよう。またその感覚を支えているのが「関係性」という概念であると考えられる。そこで次項では「関係性」について考察を加えるとする。

##### (5) 関係性とは

和田によれば<sup>79)</sup>、西洋哲学の伝統的存在観においては、独立自存する〈実体〉がまずあり、次いで実体同士の間には〈関係〉が二次的に成立すると考えられてきたが、それに対して、関係こそが第一次的な存在で

あり、実体は〈関係の結節〉にすぎないとする「関係主義」の立場が最近注目を集めているという。

二次的な存在とされる前者の「関係」は、実体同士の間には成立するものであるから、内と外がはっきり区別され、その実体の持つ同質性が強調される。その結果、閉鎖的な傾向が強まり、時によってはその中で支配関係が生まれる危険性もある。そこで私はこの「関係」を「閉じられた関係」と呼ぶこととする。それに対し、一次的存在である後者の「関係」は、内と外を区別せず、相互の異質性から目を背けることはなく、支配関係や差別が生まれることもない。私はこの「関係」を「開かれた関係性」と呼ぶこととする。前項で述べた日本人の命に対する思いを支えているのは、正にこの「開かれた関係性」ではないだろうか。しかし日常生活で私たちが悩み、苦しむ親子関係や夫婦関係といった様々な人間関係の場合は、「開かれた関係性」を意識したり、イメージすることはなく、もっぱら「閉じられた関係性」イコール「人間関係」と思い込んでいるのが私たち日本人ではないだろうか。欧米の科学的・合理的思想に席卷されている現代日本では「開かれた関係性」が背景にある日本人の伝統的な感覚や思いが、私たちに強い影響を及ぼしているところか、その存在すら自覚されていないのが現実であり、「人間関係」イコール「閉じられた関係性」と捉えられることも無理はないだろう。しかし「人間関係」は、元来、文化、風俗、宗教といった非科学的ともいえる要因から強い影響を受けており、「閉じられた関係性」のように個と個の間関係だけに注目していると、人間関係は味気ない、非常にドライなものとなり、時にはその関係に軋みが生じることもあろう。たとえば現在、虐待や引きこもり、家庭内暴力等様々な親子をめぐる問題が噴出している。そこには私たち大人の親子関係に対する捉え方にも問題があるとはいえないだろうか。一般的には親子といえば両親がいて、子どもが生まれると思われており、親が第一義的な存在であり、子は二次的な存在と私たちは考えがちである。しかしこの考えがエスカレートすれば、親は子より偉い存在であり、子を支配するのが当然であり、親にはしつけとしての暴力も許されるという、親子関係を支配関係と捉え、子どもを一人の人間としてではなく、親の所有物として扱うような思想が生まれる危険性がある。

それに対し、全く異なった親子関係の見方がある。「親がいて子が生まれる」だけでなく、「子が生まれたから親になれる」という見方である。すなわち親が先で子は後でなく、親と子は同時に存在するという視点

である。いいかえれば親は初めから親なのではなく、子が生まれて初めて親になるのであって、必ずしも親は第一義的な存在ではなく、親と子はお互いの存在が必要であるという考え方である。親と子を狭い人間関係の中に閉じ込めるのではなく、「開かれた関係性」の中で親と子を捉え直す考え方である。この考え方は「子は作るもの」ではなく、「子は授かりもの」という伝統的な思想につながっていくであろう。この伝統的な思想が衰退するにつれ、日本の親子関係に様々な問題が生じてきたとはいえないだろうか。

医学・生物学のように、人の存在やいのちを、一人の個として独立した閉じられた存在とする「閉じられた関係性」として捉える考え方だけでなく、それぞれの存在やいのちは開かれ、連続しているという「開かれた関係性」として捉える考え方に、私たちは再び注目する必要があるのではないだろうか。確かに日本固有の伝統や文化に大きな影響を受けているこの考え方は、伝統・文化が失われつつある今、正に存亡の機にあるといえよう。しかし一方、この考え方は私たちの心の深層、基層に存在するものであり、これを失うことは私たちのアイデンティティーを失うことであるという自覚と危機感を強く持つべきであろう。

#### (6) 関係性の存在

前項で「実体」と「関係」をめぐる哲学的議論では、① 閉じられた関係性：実体がまずあり、関係は二次的に成立する、② 開かれた関係性：関係が第一次的存在であり、実体は関係の結節である、という二つの立場があることを示した。

本項では①と②それぞれの立場から導きだされる存在観について述べることにする。

まず①の閉じられた関係性は元々西洋の伝統的存在観であり、そこからは(A)生物学的存在(B)社会的存在の二つの存在が示される。(A)は物質的存在であり、生物学的・医学的な現象として捉えられ、一人の人間の個として閉じられた存在である。(B)は非物質的存在であり、社会学的な現象として捉えられ、自我を持った個が集まって成立する二次的な存在である。(A)と(B)は対照的な存在と考えられるが、両者とも客観的・科学的視点によりその存在が明らかとなり、その存在を対象化することも可能である。甲斐<sup>75)</sup>も述べているように、人間を(A)生物学的存在であると同時に(B)社会的存在であるとするのが一般的である。この存在観からは(A)が強調されれば人の命は個人のもの、(B)が強調されれば人の命は

社会のものといった生命観が生まれよう。死を考えれば、すでに述べたように<sup>80)</sup>(A)の帰結は脳死や心臓死などの生物学的死であり、(B)の帰結は社会的死である。

一方②開かれた関係性からは①とは全く異なった存在観が導き出される。前項で述べたように②は心の深層・基層に存在するものであり、①のように客観的・科学的視点によりその存在を明らかにすることは困難であり、客観的・科学的アプローチではなく、経験に基づいた主観的・情緒的なアプローチが必要となろう。それにより②の「開かれた関係性」に基づく新たな存在観を確立することが可能となろう。そこでまず、②から導き出される存在を「関係性の存在」と名づけることとする。そして①閉じられた関係性から示される(A)生物学的存在(B)社会的存在に対応して、「関係性の存在」を(A')時間的關係性の存在(B')空間的關係性の存在に分け、それぞれについて考察を加えたい。

#### (A') 時間的關係性の存在

すでに述べたように(A)生物学的存在は一人の人間の個としての存在を意味しており、米国では、この個としての「自律」を人間の最高の価値と捉えている。しかし人間は自分の力だけで生まれ、生きているのであろうか。私は結婚7年目に子どもを授かった。半ばあきらめていたこともあり、喜びもひとしおであった。その後の育児は大変で、妻との二人三脚で懸命に取り組んだ。仕事と育児で無我夢中なその頃、人混みを歩きながら、ふとある事に気づいた。「ここには老若男女、たくさんの人がある。みんな大人になり、今の生活を享受していることが当たり前のように感じているかもしれないが、一人では何もできない無力な赤子として生まれ、無事に大人になるまで成長するのに、親をはじめどれほど多くの人が必要だったか。もし親が育児放棄していれば、生き延びることもできなかったはずであろう。また両親だけでなく祖父母、もっと時代を遡れば、無数の人々が子に愛情を注ぎ、必死に子育てしてきたおかげで今の私たちがいる。子どもを授かって、親になって改めて自分自身が、大きな果てしない時間の流れの一員であり、その流れの中で様々な人々が出会い、別れにより生まれてきた存在である。」と。

人は自分の力だけで生まれ、一人で生きているという個人主義的思想は全く間違っているとはいえないが、人には客観的・合理的な視点では見ることのできない、別の側面が存在しているのではないだろうか。その一



つが私も感じた「大きな果てしない時間の流れ」である。「数十億年前というるか昔に、地球上に初めて生命が誕生し、そのいのちを綿々と引き継いできた結果、今の私たちがいる」ということもまた真実であり、だからこそ私たち一人一人はかけがえのない存在なのではないだろうか。個人主義的思想ではどうしても能力の有無で、人間の価値を判断する傾向が強くなる。それを全く否定するつもりはないが、本質的には人は存在すること、そのこと自体に比較不可能な価値があると私は思う。また果てしない時間の流れの中で生まれた私たち自身も「老病死」と表現されるように、常に変化していく存在である。能力や理性の有無で判断されるなら、極端に言えば「老病死」には何の価値も認められないことになるかもしれない。しかし私たちは老い、病み、そして死ぬことによって新しい生命に引き継がれていくのである。もし科学の発達により不老不死が実現すれば、その世界は人間にとって理想の社会どころか、生きる欲望が肥大化し、新しい生命を抑圧する恐るべき社会となろう。

私たち人間は果てしなき時間の流れの中で生まれ、人間自身常に変化していく存在であり、一人一人それぞれ全く異なった人生のプロセスを歩んでいくが、このような存在を時間的關係性の存在と名づけたい。生物学的存在とは、人を孤立した固定した存在と捉える見方であるが、人はまた時間的關係性の存在であるという視点も今後非常に重要になってくるのではないだろうか。最後に「死」について補足すれば、生物学的存在としては「死」を迎えれば、それで存在としては終了である。しかしすでに「關係性の死」の特徴である「死の創造性」でも述べたように、人は死後も残された者の心の中に生き、残された者の人生をも変えていく可能性がある。生物学的生命を終えた後も、「時間的關係性の存在」は存続しているといえよう。すなわち「時間的關係性の存在」は太古の昔、地球で生まれた最初の生命から現在の自分にまで綿々と続く、いのちのつながりであり、それは亡くなった後も他者の心や思い出の中に生き続ける存在であるといえよう。

(B') 空間的關係性の存在

すでに述べたように「開かれた關係性」とは、人はそれぞれ孤立した存在であるとか、また互いが支配關係のような結びつきで存在していると捉えることではなく、それぞれの存在やいのちが開かれ、お互いが対等的關係でつながって生きていくと捉えることである。「開かれた關係性」のこの側面を「空間的關係性の存在」と名づけたい。しかしそのような關係性、人間関

係が実際に存在しているのであろうか。

この問いかけに対するヒントになるのが「友人關係」だと私は思う。「友人關係」は人間關係の一つにすぎないと考えられていることが多いが、実は大きな違いがある。それは「友人關係」は「支配關係」を伴うことがないということである。すでに述べたように「親子關係」や「夫婦關係」あるいは職場や学校の人間關係でも、場合によっては支配關係が生まれ、虐待や家庭内暴力あるいはいじめが発生することがある。しかし「友人關係」に「支配關係」が生まれることはない。もし友人との關係が支配・被支配の關係になれば、それは友人ではなくなってしまうからである。また純粋な友人關係では、相手に報酬や代償を求めることはない。支配關係や利害關係、損得關係は権力や名誉、地位、財産といった目に見える「結果」を求める關係である。それに対し「友人關係」は友人との関わりを楽しみ、喜ぶ、目に見えない「プロセス」を求める關係なのである。プロセスを大切にすることは、点数や結果で人を判断することはなく、ましてや差別することもない。したがってその關係は、内と外を区別し、閉鎖的になるのではなく、外へ外へと大きく広がる開放的なものである。純粋な「友人關係」には、人と人をつなぐ「開かれた關係性」を実現する可能性があるのではないだろうか。現代の日本では都市化・核家族化の急速な進行により、地縁・血縁といった旧来の人間關係は崩壊しつつあり、人は孤立化の様相を呈している。今こそ、封建的で個の尊厳を束縛するような古い人間關係ではなく、友人關係のように、お互い尊重し合い、信頼で結ばれた、開かれた人間關係を築くことが求められているのではないだろうか。そのためにも「空間的關係性の存在」という概念が少しでも認知されることを望みたい。

### (3章のまとめ)

西洋の伝統的存在観である「閉じられた關係性」からは、人の存在を(A)生物学的存在(B)社会的存在とする考えが導き出された。そのためには物事を対象化する客觀的視点と科学的・合理的アプローチが必要とされる。

一方日本では「開かれた關係性」から「關係性の存在」が導き出され、それは更に(A')時間的關係性の存在(B')空間的關係性の存在の二つの側面があることが明らかになった。この存在を感じとるためには、何事も主体的に受けとめる經驗的・情緒的アプローチと主觀的視点が必要であろう。人の存在を「時間的関

係性の存在」と「空間的關係性の存在」が交叉した存在であるという考えと、①人のいのちは誰のものでもない、みんなのいのちである ②いのちは自分の思い通りになるものではない ③いのちは授かったいのち、賜ったいのちである ④あらゆるいのちは存在していること自体にかけがえのなさがあるといった日本独特の生命観とは共通した感性で結ばれているといえるのではないだろうか。

#### 4. 尊厳をもって死に到るまで生きるために

1章にて、死は死以外何物でもなく、本来「死」に修飾すべきことは存在せず、「尊厳死」ということばから連想させる、死に尊厳がある、あるいは尊厳がないということはある得ないことであり、尊厳が伴うのは「人」なのであると述べた。そこで本章では人が尊厳をもって死に到るまで生きるにはどういう対応をすれば良いかについて考察したい。

まず尊厳 dignity の意味について述べる。清水によれば<sup>15)</sup>、dignity には3つの定義がある。以下は清水の文献<sup>15)</sup>を大幅に引用することとする。

〈尊厳一〉：威厳ある振舞いやみかけ

清水によれば第一の用法は『尊厳とは、真面目、沈着にして自己抑制の効いた振舞いやみかけ (behaviour or an appearance which is serious, calm, and controlled) のことである。賞賛を込めて使われる』であり、これは皇帝などに期待される「重々しい」「威厳に満ちた」様子や振舞いを形容する語であり、死を論じる際はこの第一の用法ではないと説明している。

〈尊厳二〉：尊重に値するという性質

清水によれば第二の用法は『尊厳とは、尊重に値する質のことである (the quality of being worthy of respect)』であり、これは尊厳あるとされるものについて三人称で語る場面で意味が成立しており、「すべての人には尊厳がある」という場合、人はどんな状態になっても尊重にあたいするというあり方を失うことはない、客観的に語っており、それは尊厳の主体である当の本人が主観的にどう感じるかは独立の性質であると説明している。「人格主義生命倫理」の最高原理である「人間の尊厳」は正にこの尊厳の第二の用法に当てはまる。このような尊厳は認知症が進行したり、脳死状態になろうとも失われることはない。すなわちこの尊厳は人の状態がいくら悪化しようと失われることもなく、変わることもないのである。3章で述

べたように、この立場で終末期医療における延命医療の是非をどう考えるかといえば、その延命医療が「人間の尊厳」を侵害するような「執拗な治療」か否かを医師が判断するのである。

〈尊厳三〉：自らを価値ある/有意義な存在と感じる自尊感情

清水によれば第三の用法は『尊厳とは、その人が自らの重要さについて持つ感じ (the sense that they have of their own importance)』であり、ある人が自らを価値ある・有意義な存在と感じる自尊感情と相似しており、本来一人称で語られるもの、すなわち主観的なものであるが故、失われる可能性もあると説明している。例えば全身状態の悪化と共に、意識も消失し、何も自分の意思で決めることができなくなれば、私の尊厳は失われたと考える場合が当てはまる。「個人主義生命倫理」の立場では、このような終末期の場合「個人の自己決定権」に基づいて、もし本人が望めば延命医療の中止も合法化されるのである。まず注意すべきことは、この場合の尊厳はQOLと同様にあくまで主観的なものであって、原則的に第3者が評価できるものではなく、もしこのことがないがしろにされるなら、患者の人権が侵害されるだけでなく、その命まで危機に晒される危険性があるということである。それではもし本人が「自分の尊厳は失われた」と自己決定すれば、その人の尊厳は失われたと断定して良いのだろうか。「個人の自己決定権」を最大限尊重する立場からは、そのことは当然自明のことであろう。しかし自己決定権の順守を過度に強調しすぎると、自分の尊厳は失われたのだから、自分が決定すれば、自分には死ぬ権利も認められるはずであり、安楽死や自殺補助も可能であるという考え方に行き着く恐れがある。それに対し、清水<sup>15)</sup>は「私の尊厳は失われた」という声に対しては、それを認めるかどうかではなく、尊厳を回復できるようなケアをしようとするのが肝要であると、緩和ケアも含めたケアの重要性を唱えている。終末期医療はどの治療方針が患者にとって一番ベストかを判断することは非常に困難な場合が多く、「患者の自己決定が全てである」と患者に全ての責任を委ねることは少なくとも今の日本では無理ではないだろうか。清水が指摘するように「私の尊厳が失われた」と訴える患者には、周囲の者は「どうすれば尊厳を回復できるか」を考えて、対応やケアをなすべきであろう。それによって、人は尊厳をもって死に到るまで生きることができるのではないだろうか。また同時に私たち一人一人も、自分自身の死を受けとめ方を真

剣に考えるべきではないだろうか。終末期医療の問題は人事ではなく、全ての人に平等に降り懸ることだからである。そこで次章ではこのことについて考察していきたい。

## 5. 自分自身の死の受けとめ方

今まで様々な死の問題について考察してきた。ただしそのほとんどは「他者の死」すなわち「二人称の死」「三人称の死」について考察してきた。本章では「自分自身の死」すなわち「一人称の死」について考えてみたい。

すでに幾度となく述べているように「自分自身の死」「一人称の死」の最大の特徴は、誰一人として経験することができないということである。経験できるのは他者の死のみであり、自分自身の死を理解するためにはそこから類推するしか方法がない。このことが「自分自身の死」が人生究極の課題である理由である。

今まで「自分自身の死」「一人称の死」に向い合ってきたのが主に宗教であった。しかし科学技術の発達により高度かつ便利な文明社会を享受している私たちにとって、宗教の比重が軽くなってきたことは否定できない。それでもユダヤ・キリスト教圏やイスラム教圏では宗教を信仰している人々は多く、終末期医療の分野でもホスピスを始めとして、宗教の果たす役割は決して小さくはない。一方日本では宗教というより、宗教的感性に裏付けされた伝統的な生命観・死生観（例一いのちとは授ったいのち、賜ったいのちである等）が人々の人生や生活を支えてきたが、急速な現代文明の発展と共に、それが失われつつあるのが現状であろう。そのために私たち日本人は“自分たちがどう死を迎えるべきか”について考えるよすがを失い、途方に暮れている状況ではないだろうか。

そこで本章では、自分自身の死の受けとめ方のヒントになり得るいくつかの考え方を提示し、それらについて述べていきたい。

### (1) 神仏にすがる

このためには宗教への信仰が必要である。前述したように死を迎える際、宗教の果たす役割は今でも非常に大きいものであるが、各宗教によってその方法論は大きな違いがあり、本論文では省略することとする。しかしたとえばホスピスはキリスト教という宗教の影響を強く受けていることは紛れも無い事実であり、その点を無視するのではなく、十分認識した上で考察す

べきであろう。

### (2) キュブラー・ロスの5段階モデル<sup>81,82)</sup>

奥山によれば精神科医キュブラー・ロスは、死にゆく過程を心理的過程として対象化し、その特定のパターンを5段階モデルとして理想化し、患者は「否認」「怒り」「取り引き」という段階を経て、「抑うつ」段階で死を受け容れるための準備的悲嘆を経験し、そして最終的に「死の受容」段階に至るとされる。つまり患者は、自ら死への心理的準備の旅の途上にいるものとして理解され、自らの運命を知り、悲嘆を表出することを経て、受容に至るものとされている。

奥山は、この5段階モデルは科学的実証性が乏しいにもかかわらず、大きな影響力を持っていると指摘しているが、実際、終末期医療を語る際、このモデルが紹介されないことはまずないであろう。それどころか、死の受容の金科玉条のように扱われることも多く、このモデルに合う患者は正常な過程を経由しているが、合わない患者は異常な反応をしているとみなされることも少なくない。しかし日本ではこの5段階モデルに従って死を受容しているケースは必ずしも多いとはいえないのではないだろうか。

死にゆくことは達成であり、死を成長の最終段階と捉える点で、このモデルは欧米の近代思想に合致しており、日本にそのまま適合できるかは、もう少し検討する必要があると考える。またこのモデルはあくまでパターンを提示しているのであって、個々の症例で死の受容のために具体的にどのような方法をとるべきかについては十分な情報がないことも問題であろう。

### (3) 小さな死

病気や失変、失業など人生の諸段階で経験する喪失体験は「小さな死」とよばれる<sup>83)</sup>。柏木<sup>84)</sup>は“人間は「小さな死」をたくさん経験しながら「本当の死」を迎えるのであり、多くの喪失を体験してきた庶民は「小さな死」という体験をうまく乗り越えてきた人たちであり、本当に大変な「自分の死」を迎える時になっても、割に上手に亡くなることができるのではないか”と述べている。以前の日本人はこのように死と向い合ってきたのではないだろうか。これは、死を積極的に受け入れようとする「死の受容」というよりは、死を静かに引き受ける「死の諦念」とでもいうべき境地かもしれない。しかし最近、日本人の考え方や社会構造が急激に変化する中で、私自身の感覚にすぎないが、このような形で死を受けとめる人が少なくなっ

いる気がする。今後の実地的な検討が望まれる。

#### (4) 人間らしく生きる

死ぬ瞬間ばかりに気をとられると、「延命」か「安らかな死」かといった二分法的な議論になる傾向が多くなり、結果として患者さんへのケアがおろそかになる危険性があると2章ですでに述べた。河野によれば<sup>85)</sup>日本のターミナルケア研究の草分けである「死の臨床研究会」は、死を目標にせず、死までの生に焦点を当て、いかに尊厳ある人間らしい生き方を援助するかを目標に発足したとされている。すなわち「安らかに死ぬ」や「命を長らえる」ことではなく、「人間らしく生きる」ことが自分自身の死を受けとめるには重要であると考えられるのである。このことはターミナルケアの観点からいえば全く正しく、その姿勢がなければ患者さんへ十分なケアを提供することは不可能であろう。それでは「人間らしく生きる」ということは具体的にどう生きることなのであろうか。

ホスピスに携わる人を中心に「人は生きてきたように死んでいく」ということがよく語られる。柏木<sup>84)</sup>は「今まで人間的に成熟して、みんなに感謝の気持ちを持って生きてきた人は、まわりの人に感謝しながら死んでいく。また文句ばかりを言ってきた人は、文句を言いながら死んでいく。誰にも感謝せずに生きてきた人は、まわりに感謝せずに死んでいく。それらの人々は「生きてきたように死んでいく」のである」と述べている。また柏木<sup>84)</sup>は、この「生きてきたように死んでいく」という人の大原則の例外として「最期の成長」「最後の跳躍」を提示し、人は「らせん状に成長していく」存在であり、死を覚悟する時に「最期の跳躍」つまり不平不満から解放され、家族に感謝して亡くなる人が実際にいると述べている。このことから推測されるのは、ホスピスに携わる人にとって、人間とは最期まで成長する存在であり、「人間らしく生きる」とは「周囲に感謝して生きる」ということなのである。確かにキリスト教を背景としたホスピスに限らず、他の宗教も「感謝」を信仰の大きな旗印として掲げていることが多い。しかし元気に日常生活を営んでいる時ならいざしらず、当然体調も悪く、精神的にも非常に不安定な終末期に、素直に心の底からまわりの人に感謝できるだろうか。できる人もいるかもしれないが、私自身できるかと問われれば全く自信はない。ただもっと注意すべきことは、「感謝の強制」とでもいうべきことである。ただでさえ真面目な人が多い日本人に、「人間は死ぬまで成長する存在であり、

周囲に感謝して死ななければならない」と無理に押しつけることは控えるべきであろう。玉地も「死は悲しくつらいもの。死に方にまで通信簿をつけないで」と語っている<sup>18)</sup>ように、どの死に方が良く、どの死に方が悪いということはないはずである。なぜなら幾度も述べているように、死は厳然たる自然の摂理・営みであって、第三者が評価するものでは決してないからである。「人間らしく生きる」とは「周囲に感謝して生きる」ことであるとあまり拘り定規に考えるのではなく、人それぞれの様々な生き方や死に方を尊重することが必要ではないだろうか。

#### (5) 真の自尊感情を育てる

最近保育や教育の現場で、自尊感情（自己肯定感）の大切さがよく論じられている。一般的には自己肯定感とは「自分が生きている価値がある」「大切な存在だ」「必要な人間だ」という気持ちをいうが、その中でよく例に出されるのが、米国や中国と比べて、日本の子ども達の自己肯定感の低さである。しかし注意すべきことは、言葉は同じ自己肯定感ではあるが、日本と米国等とはそのニュアンスにかなり違いがあるということである。高垣によれば<sup>86)</sup>、西欧の「セルフ・エスティーム」の訳語である「自己肯定感」は自分の能力・特性の評価に基づく「評価による自己肯定感」なのに対し、日本の自己肯定感（自尊感情）は共感的な関係の中に生まれる「自分が自分であって大丈夫」という「共感による自己肯定感」とであると指摘している。この違いは3章で述べたように、西洋では独立自存する実体としての個に重きを置く「閉じられた関係性」なのに対し、日本ではまず互いがつながっているという「関係性」が重視される「開かれた関係性」であるという存在観の違いによるものと考えられる。日本人は他者との関係性から、自分自身の存在を自覚し、確認しているのである。他者が客観的に評価できる能力や特性を持っているから自分を肯定するのではなく、自分がかげがえのない存在として他者から愛され、受け容れられていると主観的に感じるからできるから自分を肯定するのである。汐見<sup>87)</sup>は、自尊感情についてこう説明している、「人間は、対人関係の中で成長していきます。自分は何ものなのかという「セルフ・イメージ」を、他者の評価を繰り返して受けることによって形づくっていく。そうすると「自分はなかなかいい人間だ」と自分で思えるようになるということは、そう単純ではありません。自尊感情は、こうしたら育つというようなたやすいものではない。

挫折したとしても、その挫折で得たものはたくさんある……。そういう経験を繰り返しながら、長い人生を通じて今、ここにいる私は、そのままでは十分ではないかとやっと思えるようになる、そういう感情なのではないかという気がするんですよ。

自尊感情と呼べる感覚は、幼児期だけで育つものでもなく、教育によって育まれるだけのものでもない。もっと根源的な感情なのではないかと思えます。ある意味では、人間が一生をかけて他の人の肯定的な視線を意識しなくても、今生きている自分という存在を認められる感覚なんです。僕がイメージしているのは……。言葉を換えれば、最後の最後、「自分は生まれてきて良かった……」と思えるようになる感情というのが、最終的な定義なんです。“と。汐見のいう「自尊感情」は、高垣の示した「共感による自己肯定感」を更に深化させた概念ではないだろうか。大人になって「自分が自分であって良かった」と思えるためには、自分が無条件に愛され、受け容れられているという感覚を子どもの頃に持つだけでは十分ではない。自分のことがイヤで仕方がない「自己否定」の時期ともいえる思春期を経て、挫折も含めた様々な経験を重ねる内に、汐見のいうように徐々に自分という存在を認め、自分自身を受け容れていくのではないだろうか。他者が自分を愛し、受け容れてくれていると主観的に感じることを土台となり、その後、人生というプロセスの中で、自分みずから自分自身を肯定し、受容していくことが真の自尊感情といえるものであろう。

私が以前担当した末期癌の患者さんが入院中、このようなことを語ってくれたことがあった。「ガンであると初めてわかった時は“何で私こんな目にあうの”と思い、涙が止まらなかった。でも今は“人生色々と苦しいこともあったけど、楽しい人生だったな”とか“生まれてきてよかったな”と思えることも度々あるんです。死ぬのはやっぱり怖いけど、でも何とかなるって感じがするんです」と。

死は抽象的な死として存在するのではなく、具体的な人の死として存在しているのである。死を受けとめ、受け容れることは、抽象的な死ではなく、具体的な生身の人間を受けとめ、受け容れることなのである。それが二人称の死なら親しい人を受け容れることであり、誰一人として経験したことのない一人称の死なら自分自身を受け容れることなのである。

結果としての「死」に振り回されるのではなく、ひとりとして同じではない人生というプロセスの中で、この患者さんのように「自分が自分であって良かつ

た」「自分は生まれてきて良かった」と心の底から感じられたなら、自分自身の死だけでなく、自分自身の存在・人生そのものを受け容れることができたといえるのではないだろうか。

その意味で真の自尊感情とは、自分自身の存在をそのまま受容する「自己受容感」とでもいうべき感情ではないだろうか。人生の中で「自己受容感」を感じる経験を何度も味わうことはできないかもしれないが、一度でも経験できれば、人生にとって大きな支えとなるであろう。

今後、一人一人が個人のもつ能力や特性の有無でぐらつくような自尊感情ではなく、真の自尊感情である「自己受容感」を一生かけて育てるという意識をもつことが、「死」の問題を考える上で非常に重要になってくるであろう。終末期医療の分野で、死だけにとらわれるのではなく、「自己受容感」という概念が広く理解され、それに対する支援やケアが確立されることを期待したい。

## ま と め

終末期医療を中心に「死」について考察を加えてきたが、「死」を考えることは、人間存在のあり方やいのちについて考えることであると述べてきた。その考察の中で、西洋の伝統的存在観である、実体がまずあり、関係は二次的に成立するという「閉じられた関係性」に対し、日本では関係が第一次的存在であり、実体は関係の結節であるという「開かれた関係性」が存在観、生命観を考える上で大きなウエイトを占めていることを示した。しかし残念ながら現代の日本では世界のグローバル化という大きな波により、「関係性」より「個の自律」が重視されるようになり、特に都市部では人と人とのつながりは脆弱化し、「人間の孤立化」ともいえる危機的な状況を迎えつつある。一方、昨年の中東大震災を契機に「絆」ということばが多くの人に語られるようになった。朝日新聞の世論調査<sup>88)</sup>でも9割近くの人が震災後「絆」を実感したと答えているが、だからといって日本人の間で「関係性」が回復したと受け取るのは問題があろう。あさのあつこ<sup>88)</sup>も“絆は美しいものばかりではない。束縛やしがらみという意味もある。人を傷つける場合もある。絆という言葉に偽善性を感じることもある。”と述べ、絆を無条件に受け入れることへ注意を促している。絆はしばしば個人の自由や尊厳を束縛する、封建的ともいえる人間関係を表す場合すらあり得るので

ある。

今、日本を覆う閉塞的状况を打破するには互いに尊重しつつ、信頼で結ばれた開かれた人間関係を構築することが是非必要であろう。それができて初めて個人を尊重しつつ、関係性を回復することが可能になるであろう。そのためにも私たちの心の深層、基層に存在し、日本固有の伝統・文化や仏教思想と強く共鳴する「開かれた関係性」という考えを再認識することが求められている。

### 文 献

- 1) 酒井シヅ. 病が語る日本史. 東京：講談社；2002. p. 261.
- 2) 厚生労働省. 平成22年簡易生命表の概況. URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/>
- 3) 新村拓. 死と病と医. In: 新村拓編. 日本医療史. 東京：吉川弘文館；2006. p. 3.
- 4) 鈴木隆雄. 超高齢社会の基礎知識. 東京：講談社；2012. p. 30.
- 5) 鈴木隆雄. 超高齢社会の基礎知識. 東京：講談社；2012. p. 141.
- 6) 鈴木隆雄. 超高齢社会の基礎知識. 東京：講談社；2012. p. 143.
- 7) 佐々木恵雲. 死とは. 藍野学院紀要 2010；23：2-16.
- 8) 佐々木恵雲. 高度先進医療に向い合うために——生命倫理からのちへ——. 心身医学 2005；45(10)：800-1.
- 9) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 239-40.
- 10) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 259-62.
- 11) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 241-50.
- 12) 「尊厳死」法制化めざす. 朝日新聞. 2011 Dec 8.
- 13) 志真泰夫. ターミナルケアの現状. 日本内科学会雑誌 1996；85(12)：2071.
- 14) 長尾真理. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p. 82-3.
- 15) 清水哲郎. 人間の尊厳と死. In: 医療教育情報センター編. 尊厳死を考える. 東京：中央法規出版；2006. p. 127-52.
- 16) 日本尊厳死協会. 尊厳死とは. URL: <http://www.songenshi-kyokai.com/>
- 17) 南木佳士. 死を見つめて. 中日新聞. 2003 Oct 21.
- 18) 玉地任子. 「いい死に方」求めすぎ. 朝日新聞. 2004 Mar 17.
- 19) 日本医師会. 終末期医療のガイドライン. 東京：日本医師会；2007.
- 20) 日本老年医学会. 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012.
- 21) 森岡恭彦. 医の倫理と法——その基礎知識——改訂第2版. 東京：南江堂；2010. p. 42.
- 22) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 251-8.
- 23) 児玉聡. 倫理学の基礎. In: 赤林朗編. 入門・医療倫理 I. 東京：勁草書房；2011. p. 22.
- 24) 市野川容孝. QOL. In: 市野川容孝編. 生命倫理とは何か. 東京：平凡社；2007. p. 44-9.
- 25) 奥野満里子. 生命の神聖さと生命の質——概念の説明——. In: 加藤尚武, 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 京都：世界思想社；2002. p. 129.
- 26) 奥野満里子. クオリティ・オブ・ライフ/QOL. In: 大庭健編. 現代倫理学事典. 東京：弘文堂；2006. p. 208.
- 27) 浅井篤. DNR(心肺蘇生をしない)指示. In: 浅井篤編. 医療倫理. 東京：勁草書房；2011. p. 161.
- 28) 箱石匡行. QOL. In: 酒井明夫等編. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p. 995-6.
- 29) 奥野満里子. 生命の神聖さと生命の質——概念の説明——. In: 加藤尚武, 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 京都：世界思想社；2002. p. 131-2.
- 30) 市野川容孝. QOL. In: 市野川容孝編. 生命倫理とは何か. 東京：平凡社；2007. p. 45.
- 31) 水野俊誠. 医療倫理の四原則. In: 赤林朗編. 入門・医療倫理 I. 東京：勁草書房；2011. p. 66-7.
- 32) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 37-8.
- 33) 浅井篤. Quality of Lifeに関する倫理的考察：使用上の注意. In: 福井次矢等編. 臨床倫理学入門. 東京：医学書院；2010. p. 175.
- 34) 奥野満里子. 生命の神聖さと生命の質——概念の説明——. In: 加藤尚武, 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 京都：世界思想社；2002. p. 134-8.
- 35) 日本救急医学会. 救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)について. 2007年11月16日. URL: <http://www.jaam.jp/html/info/info-20071116.htm>
- 36) 井藤英喜. “立場表明”後の10年間を振り返って. 日本老年医学会雑誌 2012；49(1)：63-6.
- 37) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 49.
- 38) 里見清一. 偽善の医療. 東京：新潮社；2009. p. 47-8.
- 39) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 49-144.
- 40) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p. 130-1.
- 41) 大谷典生, 石松伸一. 当院救命救急センターICU

- での末期医療の現状。日集中医誌 2007；14：171-6.
- 42) 立川昭二. からだことば. 東京：早川書房；2000. p.50-1.
- 43) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p.85.
- 44) 橋本肇. 高齢者医療の倫理——高齢者にどこまで医療が必要か——. 東京：中央法規；2000. p.168.
- 45) Volicer L, Rheaume Y, Brown J et al. Hospice Approach to the Treatment of Patients with Advanced Dementia of the Alzheimer Type. JAMA 1986；256 (16)：2210-3.
- 46) 森岡恭彦. 医の倫理と法——その基礎知識——. 改訂第2版. 東京：南江堂；2010. p.56-8.
- 47) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p.27-35.
- 48) 命のともしび. 朝日新聞 2011 Feb 6.
- 49) 命のともしび. 朝日新聞 2011 Feb 13.
- 50) 荻野美恵子. ALSの緩和ケア——告知から終末期まで——. URL：[http://www.als.gr.jp/staff/seminar/seminar49/seminar49\\_02.html](http://www.als.gr.jp/staff/seminar/seminar49/seminar49_02.html)
- 51) 第51回日本神経学会. 神経内科領域における終末期の倫理的問題について. Medical Tribune 2010；43(27)：19.
- 52) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p.143.
- 53) 清水哲郎. 医療現場における意思決定のプロセス——生死に関わる方針選択をめぐって——. 思想 2005；976：4-22.
- 54) Decisions near the end of life. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. JAMA 1992；267 (16)：2229-33.
- 55) 会田薫子. 延命医療と臨床現場——人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学. 東京：東京大学出版会；2011. p.8.
- 56) 秋葉悦子. 終末期医療をめぐる人格主義生命倫理学的取り組み. 年報医事法学 2009；24：74-80.
- 57) 尾崎恭一. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p.372-3.
- 58) 佐瀬恵子. 安楽死と自己決定権. 創価大学大学院紀要 2003；25：43-67.
- 59) 星野一正. 医療の倫理. 東京：岩波書店；1999. p.127-9.
- 60) 小野俊誠. インフォームド・コンセント2. In：赤林朗編. 入門・医療倫理Ⅰ. 東京：勁草書房；2011. p.159-69.
- 61) 稲葉一人. 医療における意思決定——終末期における患者・家族・代理人——. URL：<http://www.med.osaka-u.ac.jp/pub/eth/OJ2-2/inaba.htm>
- 62) 浅井篤. 事前指示. In：浅井篤編. 医療倫理. 東京：勁草書房；2011. p.141-55.
- 63) 甲斐克則. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p.621.
- 64) 池辺寧. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p.623.
- 65) 樋口範雄監訳. WMA 医の倫理マニュアル. 東京：日本医師会；2007. p.65.
- 66) 森岡恭彦. 医の倫理と法——その基礎知識——. 改訂第2版. 東京：南江堂；2010. p.67.
- 67) 中根弘之. 生命倫理事典. 東京：太陽出版；2010. p.406-7.
- 68) 甲斐克則. 終末期医療における病者の自己決定の意義と法的限界. In：飯田亘之. 甲斐克則編. 終末期医療と生命倫理. 東京：太陽出版；2008. p.21.
- 69) 川本隆史. 岩波哲学・思想事典. 東京：岩波書店；1998. p.796.
- 70) 加藤尚武. 現代生命倫理学的考え方. In：加藤尚武. 加茂直樹編. 生命倫理学を学ぶ人のために. 京都：世界思想社；1998. p.4-13.
- 71) 葛生栄二郎. 生命倫理における人間の尊厳. In：丸山マサ美編. 医療倫理学. 東京：中央法規；2004. p.128-9.
- 72) 森岡恭彦. 医の倫理と法——その基礎知識——. 改訂第2版. 東京：南江堂；2010. p.103.
- 73) 秋葉悦子. 終末期医療をめぐる倫理と法——医師の職業倫理に立脚した法形成のために——. 医報とやま 2010；1512 別刷：1-28.
- 74) 秋葉悦子. 延命治療の中止をめぐる倫理と法——科学と良心に基づいた医療の促進と自然道徳法の回復に向けて——. カトリック社会福祉研究 2010；10：51-81.
- 75) 甲斐克則. 安楽死と刑法. 東京：成文堂；2003. p.25.
- 76) 斎藤純一. 現代倫理事典. 東京：弘文堂；2006. p.189-90.
- 77) 宮坂道夫. 医療倫理学の方法第2版. 東京：医学書院；2011. p.42.
- 78) 池田清彦. 脳死臓器移植は正しいか. 東京：角川書店；2006. p.18.
- 79) 和田壽弘. 岩波哲学・思想事典. 東京：岩波書店；1998. p.278.
- 80) 佐々木恵雲. 今、再び脳死と臓器移植を問う. 藍野学院紀要 2011；24：5-56.
- 81) キュプラー・ロス, E. 死ぬ瞬間——死にゆく人々との対談. 東京：読売新聞社；1971.
- 82) 奥山敏雄. ターミナル・ケア. In：市野川容孝編. 生命倫理とは何か. 東京：平凡社；2007. p.102-10.
- 83) リンネ・アン・デスベルガー, アルバート・リー・ストリックランド. 喪失感 loss. In：グレニス・ハワース, オリヴァー・リーマン編. 死を考える事典. 東京：東洋書林；2007. p.412.
- 84) 柏木哲夫. 人生の実力. 東京：幻冬舎；2006.
- 85) 河野友信. ターミナルケアの現状. 日本内科学会雑誌 1996；85 (12)：2061.
- 86) 高垣忠一郎. 生きることと自己肯定感. 東京：新日本出版社；2007. p.172-92.
- 87) 汐見稔幸. 子どもの自尊感情. 3・4・5才児の保育 2007；2 (5)：13.
- 88) 震災から1年本社世論調査. 朝日新聞. 2012 Mar 21.