



(令 7 法後)

小 論 文

- ・問題は 1 ～ 18 ページである。
- ・下書き用紙は中に 2 枚入っている。

注意 解答は答案用紙に横書きで記入しなさい。

小論文 250 点

問題文

世界の国々においては、いわゆる「安楽死」を認める国・認めない国があり、日本においても、その当否は議論の対象となっている。

この問題について論じた同じ著書からの抜粋である資料【1】と【2】を読み、問1と問2に答えなさい。

なお、資料中の見出しや文章の一部を省略したほか、必要と思われる箇所には注の付記、表記の変更を行った。下線部は注を付記した箇所を表す。

問 1 資料【1】を読み、著者が安楽死をどのように説明しているか、資料で触れられている類似の概念との区別を明らかにしながら、200字以内で要約しなさい。(配点 50 点)

問 2 資料【1】と【2】を読み、著者が「すべり坂」の問題についてどのように説明しているか、800字以内で要約しなさい。(配点 200 点)

【1】最初に、「安楽死」という文言と概念について整理しておきたい。^{ちまた}巷に「安楽死」という言葉があふれてきた一方で、同じ「安楽死」という言葉が意味しているものが、使う人によってまったく異なっている場面が少なくない。SNS等で多くの人が安楽死とはなにかという共通の土台を欠いたチグハグなやり取りを続け、結果として「安楽死」という言葉だけがいたずらに拡散されるのは危険なことだ。

そこで、まず文言と概念の整理をする必要があるのだけれど、すでに定まった国際的な定義があるというわけではない。専門家の間でも解説する人によって「安楽死」の定義は微妙に異なっていたりもする。ここではアカデミックな議論ではないので、安楽死について考えようとする人、SNSを含めてこの問題に関して何らかの意思表示をする人には、その前に最低限これだけは知っておいてほしいと思う範囲で、ごく基本的な整理をしたい。

日本で最も頻繁に混同されているのは、日本で言うところの「尊厳死」と「安楽死」だろう。日本で言うところの「尊厳死」とは、一般的には終末期の人に、それをやらなければ死に至ることが予想される治療や措置を、そうと知ったうえで差し控える(開始しない)、あるいは中止することによって患者を死なせることを指す。たとえば人工呼吸器や胃瘻^{いろう}などの経管栄養また人工透析などの「差し控え(不開始)と中止」が議論となる。それに対して「安楽死」は、医師が薬物を注射して患者を死なせることをいう。

同じ「死なせる」でも、両者の内実は異なっている。前者は、やらなければ死が予想される状態で治療しないことなので、「死ぬに任せる」という言い方をすることもある。後者では、医師が死なせる意図をもって薬物を注射するのだから、こちらは直接的に死に至る行為を医師が行って、つまりは「殺す」ことを意味する。

このように医師が直接的に死を引き起こす行為をするかしないかの違いによって、前者を「消極的安楽死」、後者を「積極的安楽死」と分類することもできる。その意味では、どちらも広義には「安楽死」であるとも考えることもできるし、^{はら}孕んでいる問題には現に共通する部分もあるのだが、実態として前者つまり日本で言うところの「尊厳死」は、現在の終末期医療においてすでに選択肢のひとつとされ、日常的に行われている。一方、後者の「安楽死」は現在の日本では基本的に違法と考えられているので、混同しないように注意が必要だ。

もうひとつ、日本ではほとんど区別されることなく「安楽死」と称されがちなのが「医師^{ほうじょ}幫助自殺」だろう。かつては自殺目的で使用することを前提に医師が処方した薬物を患者自身が飲んで死ぬことを意味していたが、それでは障害のために^{えんげ}嚥下能力が低下した人が死ぬことができないという声上がり、最近では医師が入れた点滴のストッパーを患者が外す、より安楽死に近いやり方も行われている。ただし、患者自身の意思による「自殺」であることの証として、死を引き起こす最後の決定的な行為は患者自身によって行われなければならない。

「海外では合法化されているのだから日本でも安楽死の合法化を」と主張する人をよく見かけるが、医師幫助自殺のみを合法とし積極的安楽死はなお違法と

いう国や州もあることは知っておきたい。例えば、スイスで容認されているのは医師幫助自殺のみ。「海外の安楽死」としてよく引き合いに出されるスイスだが、かの地では積極的安楽死は今なお違法行為である。

医師幫助自殺も広義には「安楽死」に含められるし、検討すべき倫理問題の多くが両者に共通するため、「安楽死」として両者が包括的に議論されることが多いが、この問題について考えようとする人は少なくとも両者の違いと、論点によっては区別して考える必要があることを知っておくべきだろう。

先に「尊厳死」という文言に「日本で言うところの」と敢えて追記したのは、海外の議論を踏まえると「尊厳死(dying / death with dignity)」という文言をめぐる状況が非常に複雑なためだ。

「安楽死」と書く場合には広義に医師幫助自殺と積極的安楽死との両方を含め、特に両者の区別を意識する場合には「医師幫助自殺」と「積極的安楽死」を使い分ける。

また「尊厳死」と書く場合は、特に追記はなくとも、これ以降は日本で言うところの「尊厳死(消極的安楽死／治療の不開始と中止)」の意味とする。

上の文言と概念の整理の他に、前提をいくつか確認しておきたい。

まず、安楽死をめぐる議論は、安楽死そのものの道徳的是非を云々するものではなく、現在一部の国や地域で行われている、合法的な行為として社会的に制度化された安楽死、またはそのように安楽死を社会的に制度化することをめぐる議論であるということ。

もうひとつは、それら制度化されている「安楽死」には、いくつか共通した前提があるということだ。まず意思決定能力のある人本人の自由な意思決定による原則があること。次に所定の手続きを踏み、所定の基準を満たしたとして承認された人だけに行われること。そして、所定の手順に沿って医療職から提供される手段によること。たとえば、前述のように「障害のある人が家族や社会の負担になっているから日本でも安楽死制度が必要」などと安直なものの言い方をする人が増えているようだけれど、家族や社会の負担になることを理由に、障害の有無や程度を基準にして人を選別し、本人以外の意思によって積

極的安楽死で合法的に人を殺害することを認める制度は現在、地球上のどこにも存在しない。人類史上、そうした制度を作って合法的に多くの障害者を殺害したのはナチスのみである。

もちろん、これら3つの前提があることは、それらが現実に担保されていることを保障するものではない。ひとつひとつの前提をめぐって、様々な問題が指摘されてきているのも事実だ。安楽死合法化の世界的な拡がりとともに、それらの前提がなし崩しとなり、安楽死のありようがじりじりと社会のための命の選別と切り捨てへと変質し始めているのではないか——。そんな懸念が拡がっている。

(出典：児玉真美『安楽死が合法の国で起こっていること』(筑摩書房, 2023年))

〔注〕

- ・胃瘻：手術によって腹部に小さな穴を開け、そこにチューブを通して栄養剤を注入する栄養補給法。
- ・経管栄養：鼻・口から胃まで挿入されたチューブや胃瘻を通じて、栄養剤を胃まで送る栄養補給法。
- ・人工透析：腎臓の機能が低下し、血液を濾過する機能が悪化した場合に、身体に不要な老廃物、塩分、水分を取り除き、血液を浄化する治療法。
- ・幫助：一定の行為の実行を容易にする行為。
- ・嚥下：口の中の物を飲み込み、胃に送ること。

【2】 安楽死「先進国」の実態については、それぞれの国の内部からも「すべり坂」の懸念が指摘されている。「すべり坂」とは生命倫理学の議論で使われる喩えで、ある方向に足を踏み出すと、そこは足元がすべりやすい坂道になっていて、一歩足をすべらせたら最後までこまでも歯止めなく転がり落ちていくイメージだ。安楽死をめぐる議論では主に、いったん合法化されれば対象者が歯止めなく広がっていくことを指すことが多い。

だが、「すべり坂」はそれら「先進国」以外でも、また対象者の拡大以外にも多様な形態で重層的に起こっている。私が最も深刻な「すべり坂」だと考えるの

は、安楽死が緩和ケアと混同されたり、緩和ケアの一端に位置付けられたりしていくことだ。

1995年に米国オレゴン州、2001年にオランダ、2002年にベルギーで相次いで合法化された当初、安楽死については、もはや救命がかなわない患者にどうしても緩和不能な耐えがたい苦痛がある場合の最後の例外的な救済措置という捉え方がされていた。しかも進んで「合法化」したというよりも、一定の条件によって際どい行為をする医師を免責し「非犯罪化」したという表現の方が厳密には正しい。

ところが安楽死が可能となる場所が地球上に増えていくにつれて、だんだんと安楽死は「例外的措置」とは見なされなくなっていく。カナダほどあからさまでないにせよ、他の国や州でも少しずつ安楽死が緩和ケアと混同されたり、緩和ケアの一端と捉えられたりしている観がある。

ベルギーの医療職を中心に9人が、安楽死をめぐる医療現場で何が起きているかを詳述した共著が2021年に“*Euthanasia: Searching for the Full Story: Experiences and Insights of Belgian Doctors and Nurses*”（以下『Euthanasia』）として英訳された。この本の中で著者らが最も大きな懸念とともに繰り返し嘆いているのは、医療現場で安楽死と緩和ケアが混同されている実態である。

同書第1章「すべり坂症候群」の著者で、緩和ケアチームで長く働き、緩和ケアの教育にも携わってきた看護師、エリック・フェルメールは、2002年にオランダがベルギーの医師らに提供し始めた安楽死の研修講座が好評を博し、それが緩和ケアの技術研修を衰退させた結果、「緩和ケアの研修をろくに受けていない多くの医師は、身体的あるいは精神的な苦痛の症状が従来の治療では抑えられないと見るや、安楽死が唯一の解決策だと早々と結論を出した」と立腹している。

彼は緩和ケアの目的を「身体的、心理的な症状、家族関係に起因していたり、あるいはスピリチュアルな原因があったりする症状に対して、それぞれに応じた管理をすること」と定義し、「計画的に死へのプロセスを進める安楽死と緩和ケアとは明確に区別する必要がある」と主張する。

私自身もこれまでの書き物において数々の「すべり坂」を指摘しながら、安楽死が緩和ケアと混同されることを最も深刻な「すべり坂」だと考えてきた。それによって医療専門職が患者や患者の苦しみと向き合う姿勢、ひいては医療のありようそのものが根本から変わってしまうことを恐れるからだ。

これまでの内容から明らかなように、安楽死の合法化が世界的に広がりを見せるにつれて、その対象者は終末期の人から認知症患者、難病患者や重度障害者、精神／知的／発達障害者、高齢者、病気の子どもへと広がっている。また、少なくともベルギー、カナダ、スイスでは囚人にも本人からの要請によって安楽死が行われている。

「私たちはあくまでも終末期で耐えがたい痛みがある人への例外的な救済策として安楽死を合法化したはずだったのに、人々が安楽死を望む理由は終末期の病気から心理的な理由へと広がり、対象者は認知症や慢性病の人へ、すなわちもともと自殺率が高いと言われる人たちへと際限なく広がってきた。」

このように繰り返し嘆いては「オランダでは『すべり坂』が起きた」「同じ轍^{てつ}を踏むな」と他国に警鐘を鳴らし続けているのは、オランダの生命倫理学者テオ・ボウアだ。かつて同国の合法化に尽力し、2005年から2014年まで安楽死審査委員会の委員を務めたが、件数の増加と共に安楽死の理由が拡大してきたことで考えを改めたという。ボウアは安楽死に何らかの形で関わった経験のある40人への聞き取り調査の結果をもとに2022年に出版した著書『安楽死とともに生きる *Leven Met Euthanasia (Living with Euthanasia)*』では、「オランダの安楽死は、ひどい苦痛を回避するための最後の手段から、ひどい人生を回避するための方法となってしまった」と書いている。

気になるのは、安楽死の対象者が終末期の人から障害のある人へと拡大していくにつれ、安楽死が容認されるための指標が「救命できるかどうか」から「QOLの低さ」へと変質していると思えることだ。当初は「もうどう手を尽くしても救命することができない」ことと「耐えがたい苦痛がある」こととが指標

だったはずなのに、いつのまにか「QOLが低い」ことが指標となってきている。このように、安楽死の対象者が実態として拡大すると同時に指標が変質していき、安楽死をめぐる議論がそれに影響を受けると、「一定の障害があつてQOLが低い生には尊厳がない」「他者のケアに依存して生きることに尊厳がない」という価値観、さらには「そういう状態は生きるに値しない」といった価値観が、社会の人々の間にも医療現場でも浸透し広く共有されていく。そして、その価値観の浸透と暗黙の共有が、さらに様々な形の「すべり坂」を引き起こす大きな要因となっていると感じられてならない。

合法化の際にいったん定められた法的要件が時間経過の中で少しずつ緩和されていく傾向があるのは、対象者だけではない。カナダの2021年の法改正では対象者拡大の他にも、安楽死申請書の署名時の立会人が2人から1人に減らされ、意思確認の慎重を期すために設けられていた申請後10日間の待機期間が終末期の人では廃止されるなど、手続きも緩和された。

米国でも近年オレゴン州やカリフォルニア州、ワシントン州などで、意思確認の慎重を期して医師幫助自殺の複数回の要請の間に設けられていた待機期間が大幅に短縮されたり、求められていた意思確認の回数が減らされるなど、手続きの要件が緩和されている。

コロナ禍を機にリモートによる遠隔診断での要請承認が認められたり、それらの法改正が議論されたりしているのも近年の傾向だが、慎重な意思確認やリモート診察による承認の禁止は、アセスメントが困難な認知症患者や障害者の安楽死が安易に行われないためのセーフガードだったものだ。それらがこのように少しずつなし崩しになっていくことには大きな懸念がある。

誰に実施を認めるかという点についても、オランダ、ベルギーでは積極的安楽死の実施を医師にしか認めていないが、カナダやオーストラリア各州のように後発国の中には医師だけでなくナース・プラクティショナーにも実施を認めるところもある。米国の州の中にも、医師幫助自殺を要請した患者のアセスメントをナース・プラクティショナーや医療アシスタントに認める動きが見られる。また、多くの法律が患者の自律的な意思決定を保障するために医療職の側

から安楽死の話題を持ち出すことを禁じている一方で、オーストラリアのクイーンズランド州のように、医療職の側から話を持ち出すことを認めたところもある。

このように、いったん合法化した後に行われる細々とした要件緩和については、合法化が決まった時のような大きなニュースにはならないので知られにくいですが、実際には様々な要件の緩和が行われたり、議論されたりしている。しかし、こうしてなし崩し的にされていくそれらの要件は、もともとは弱者に圧をかけないため、^{らんよう}濫用を防ぐためのセーフガードとして設けられたことを忘れてはならない。合法化した後でどこかが要件を緩和すれば、後から合法化する国のハードルは下がる。そうしてどこかが後に続くことで、安楽死のいわば「国際的なスタンダード」はじわじわと下がっていく。

オーストラリアのヴィクトリア州では2023年6月以降に合法化以来初めて法律の見直しが予定されているが、州政府は変更を否定する一方で、すでに「うちの州の法律は時代遅れだ」「他の州に比べてアクセスが難しすぎる」という批判とともに、いくつかの要件の緩和を求める声が医師らの間から出ている。安楽死の合法化が世界的に広がり、互いの細かい要件の違いが比較可能となる中、いったん定められた要件が少しずつ緩和されていったり、遅れて合法化するところの要件が緩くなったりすることもまた、現実には起こっている「すべり坂」のひとつとってよいだろう。

世界のどこであれ、安楽死の合法化に向かう議論で必ず耳にするのは、このように「厳格なセーフガードさえあれば安全な実施が可能であり、弱者に圧がかかることも『すべり坂』が起きることもない」という主張だ。しかし、このように世界で起こっている要件緩和をはじめ、数々の「すべり坂」を広く見渡せば、その主張はあまりにナイーブではないだろうか。

近年「Aという条件では安楽死が認められているのにBという条件ではできないのは、Bの不利を被る人の権利の侵害だ」と主張する人や訴訟が、安楽死の「すべり坂」を加速させてきた。こうした論理が通るなら、オランダとベルギーでは認知症患者も精神障害者も発達障害者も知的障害者も安楽死ができる

のに、あるいはスイスでは健康な人だって自殺幫助で死ぬことができるのに、他の国に住んでいるからできないのは人権侵害だという論法も成り立つことになりはしないだろうか。

医師がセットした点滴のストッパーを外す、より安楽死に近い方法へと医師幫助自殺の選択肢を上げたのは、処方された毒物を患者に自身で飲むことを求めるのは「障害のために嚥下できない人への権利の侵害だ」という主張だった。最近カリフォルニア州では、点滴のストッパーを外すことも含めて最後の決定的な行為を本人に求める法的要件は障害のためにそれができない人への差別であるとして、その要件撤廃を求める訴訟が起こされた。医師幫助自殺しか認められていない米国で積極的安楽死への道を開こうとする訴えに他ならない。

このように「A では(には)認められていることが B では(には)認められないのは人権侵害だ」という論理には、A と B がいかようにも置き換え可能であるという罣が潜んでいないだろうか。安楽死を「権利」と捉える考え方それ自体の中に、「すべり坂」が内包されていると言えるのではないか。

臨死期に至りすでに身体が受け付けなくなった患者では、栄養と水分の補給を減らしたり中止したりして患者の苦痛を軽減することがある。緩和ケアの手法のひとつとして広く知られているが、この緩和ケアのテクニックが医師幫助自殺の対象者要件を満たさない人たちに自殺の代替手段として利用されている。自分の意思で飲食を断って死を選ぶ、自発的飲食停止 (VSED: Voluntarily Stopping Eating and Drinking) である。

とはいえ、飲食を断つことで死に至るには口腔の渇きや体の痛み、せん妄^{もう}など多くの苦痛を伴い、期間も約2週間かかるため、完遂することは極めて難しい。そこで最近では、VSEDを希望する人の苦痛緩和を引き受ける緩和ケア医や家庭医が登場している。まさに「医師幫助自殺」の別形態だ。しかも、そのまま死に至ることが出来なくても、緩和ケアを受けながらVSEDで衰弱すると、やがて余命6か月以内という医師幫助自殺の要件を満たす段階に至るので、そこで合法的に致死薬の処方を要請することができる。

米国では医師幫助自殺の対象者は法律の上では終末期の人に限定されてお

り、そのため米国では対象者の拡大現象は起きていないと言われることがあるが、この方法であれば本来なら対象とならない人でも——健康な人であっても——合法的に自殺することも、合法的に医師幫助自殺の要件を満たす状態に至ることもできる。

私が初めて VSED を知って驚愕した 2008 年にはまだ知られ始めたところだったが、今では VSED をめぐって様々な国で議論となり、多くの論文が書かれるようになっていく。多くが、安楽死肯定や推進の立場で書かれており、それらはほとんど「どんな人でも自由に自殺できる権利」をめぐる議論と化している。そして、そこでもまた「人々が VSED という酷い死に方を強いられているのは安楽死が合法化されていないためだ。その権利の侵害をなくすためにも合法化が必要だ」という倒錯した論理が顔を出してきたりしている。

ベルギーの安楽死の現場で何が起きているか、先に紹介したベルギーの医療職らの共著『Euthanasia』が詳細に証言している。実際、この本で著者らが語るベルギーの医療現場の実態は恐ろしい。

安楽死が緩和ケアとしてのルーティンの医療サービスと化した現場では、患者の「死にたい」という言葉は即座に額面通りに受け止められ、医療職はその「意思決定」を「誤った義務感」から実行する。「患者が安楽死を希望するなら、すぐに申請機関に紹介しますよ。それが私の責務ですからね」「安楽死は法律で容認されているんだから私に拒む理由はないでしょう？ 患者には寛容でなければ」と平然と言う医師らは、著者のひとりの表現を借りればまるで「道具と化している」かのようだ。

さらに法律では医療サイドから安楽死を持ち出すことは禁じられているにもかかわらず、無邪気な善意から安直に安楽死を提案したり、積極的な情報提供で誘導したりするなど「医療職から効率的かつ非合法に提案されている」現場——。安楽死に慣れて機械的な思考に陥った医療職がいかに簡単に自分たちの方から安楽死を持ち出すか。

フェルメールは、こうした医療現場の実態を「安楽死の些末化 (trivialization)」と呼ぶ。trivial は「些細な・些末な」という意味。合法化され、安楽死者が増

え、対象者が拡大し、要件もじわじわと緩和されていくにつれ、安楽死は日常的なことと化していく。

安楽死が緩和ケアと混同されて些末化されてしまった現場では、さらに安楽死を「偽装」する形で——つまり医師の勝手な判断でモルヒネの量を増やし——患者を死なせる行為までがなされている。医師が「モルヒネ・シャンパンで行こう！」とジョーク交じりに安楽死の偽装を簡単に決めてしまう文化が浸透した現場では、それに抵抗したり異を唱えたりする職員には同僚からの同調圧力がかかり、非難が集まる。

このように安楽死が日常的なルーティンと化した現場では、医師たちは法律で定められたとおりの申告もしなくなる。フェルメールもブリティッシュ・メディカル・ジャーナル誌による調査結果を紹介している。同誌が調査したところ、安楽死事例の半分しか公式に申告されていなかったとのこと。

このように安楽死に慣れて専門職たちが機械的な思考に陥ってしまった医療現場で、個々の患者の「死にたい」という言葉が本当の意味での「自己決定」であるかが、どれだけ丁寧に検証されるものだろうか。

症状の進行とともに意思の確認が困難となる認知症の人では、軽症のうちの事前指示があれば医師の判断で実施してよいとする考え方が、オランダの「コーヒー事件」の判決後はおそらく少しずつ世界の趨勢^{すうせい}となっていくのではないかと懸念されるが、重症化した時の自分を想像して軽症の時に書いた事前指示書が、実際にそうなった時にその人がどのように感じているかを保障するだろうか。

私がコーヒー事件で最も気になるのは、女性の安楽死が高齢者ホームへの入所からわずか7週間で行われたと報道されていることだ。認知症や精神／発達／知的障害の人のケアに長年携わっている支援職や家族にとっては常識なのだけれど、そうした障害のために意思疎通がむずかしい人の意思や思いや気持ちを正しく読み取るためには、長い期間にわたって付き合い、その人の生活を知り性格や好みを理解しながら、その人特有のコミュニケーションのありようを

会得していくプロセスが必要になる。施設の医師であったとしても、医師は生活の場にはほとんどいない。日常生活の中での女性の姿は詳しくは知らなかったはずだ。チームでの判断だったとしても、出会って2か月も経たない施設の職員たちが、生死にかかわる重大な判断をめぐって本人の意思が推測できるほどにその人のことを理解できているとは考えられない。

発達／知的障害のある人のオランダでの安楽死については、英国の緩和ケア医で上院議員でもあるイロラ・フィンレイ他による調査報告が2018年に報告されている。2012年から2016年までに安楽死地域審査委員会に提出された当該ケースの報告書を、意思決定能力のアセスメント等が障害特性に即した適正なものだったのかについて精査した。検証した事例の3分の2では当初の要請が却下されており、その意味では判断は慎重に行われていると見えるが、安楽死が実施された事例では「苦しみのアセスメントはひとえに医師の肩にかかっている」状況であり、医師らの diagnostic overshadowing (医師の偏見が診察に影響すること)の可能性も見られた。

しかし、オランダの安楽死制度では、事後的な審査が行われる段階では患者はすでに亡くなっており、医師の判断の正しさの検証は不可能であるとの理由から、医師の判断は不問とされている。合法化された国々の安楽死では、定められた手続きをよほど大きく逸脱しない限り、医師は法的責任を問われない。数々の規制でセーフガードが設けられているといわれる一方で、実施に当たってはこれほど多くが医師の専門性にゆだねられているのである。

安楽死を合法化する際の論拠は「意思決定能力」がある人による「自己決定」が原則だったはずだが、もともと意思決定弱者を守るためにセーフガードとして設けられた要件がなし崩し的に緩和されていく一方で、このように本人の意思の確認や意思決定能力のアセスメントがおろそかにされていく実態を見ると、その論拠はすでに崩れているのではないだろうか。

もうひとつ、見過ごせないのは子どもへの安楽死の拡大だろう。ベルギーが2014年に子どもの安楽死を認め(ただし子どもの場合は終末期に限定)、オランダも追随することを決めた。カナダでも合法化当初から「子どもにも」という

声はあり、議論はいよいよ具体化しそうな気配だ。ここでも「大人には認められているのに、同じように耐えがたい苦痛があっても子どもだというだけで認められないのは人権侵害」という論理が見られることを思えば、子どもへの安楽死もまたこれから世界の趨勢となっていくのかもしれない。

認知症の人、精神／発達／知的障害のある人、子どもは、「本人の自己決定」が困難でありがちで、教唆^{きょうさ}や誘導の影響を受けやすいうえに、もともと周囲とのコミュニケーションに齟齬^{そご}が生じやすい人たちでもある。そのような意思決定弱者だからこそ、「医療によって合法的に人を死なせる」仕組みをつくるにあたっては慎重に護らなければならないと考えられてきた人たちではなかったか。その人たちの意思決定能力をどのように慎重に判断することが可能なのかという検証や方法論の議論はほとんど見られない一方で、彼らはなし崩し的に「護るべき対象」から「死なせてあげるべき対象」へと変わっていく。

ちなみにオランダでは、0歳から1歳までの乳児には親の意思決定によって積極的安楽死が認められてきた。最近カナダではケベック州の小児科医らから新生児への安楽死を認めようという声が出ていることを考えると、意思決定能力を認められた終末期の子どもの安楽死容認の先には、意思決定能力がない子どもたちへの「親の意思決定」による「安楽死」がつながり、広がっていくのかもしれない。しかし、重い病気や障害のある新生児を医師と親の合意によって殺すことを「安楽死」と呼ぶなら、それこそ安楽死の「自己決定」原則はどこへいったのだろうか？

安楽死をめぐる議論には、医療をはじめとする社会保障コスト削減の議論が付きまといている。カナダで安楽死が合法化された直後にはカルガリー大学の医師らが医学雑誌で、毎年1万人が MAID で死ぬと予測したうえで1億3000万ドルの医療費が削減できるとの試算を報告した。さらに対象要件緩和が議会で審議された際には、カナダ議会予算局からデータが提出された。それによると2016年の合法化によって削減された医療費は8690万ドル。審議中の要件緩和によってさらに1億4900万ドルの削減が見込まれていた。

『Euthanasia』の著者らも、ベルギーの安楽死に経済問題が関わっていること

を指摘している。「経費削減が必要だ、医療はカネがかかる、というメッセージが政治からは繰り返し送られてくる。ここでも我々は目を開いて、老いること、衰えること、病むこと、そして死をどんどん許容しなくなっていく社会に自分たちが生きている事実を認めなければならない」。その社会の空気は医療現場にも色濃く反映され、「もう人々はゆっくり死ぬことを許されない」。そして、「病院の中でも忙しすぎる部署では、治療が長引いている最終段階の患者はスタッフからお荷物視されたり、医療を『本当に必要としている』患者のためにベッドがすぐにも入り用なのに、と問題そのものとみなされたりしていることもある」。

このように社会からの経済的な要請の圧がかかった医療現場で、上記のように安楽死の日常化が進行しているのだとしたら、そこで何が起こっていくかは想像に難くない。フェルメールは「すべり坂症候群はまさしく現実となっている。立法府は黙認しているとしても、終末期医療では、安楽死は医療職から効率的にかつ非合法に提案されている」と書いている。

仮に安楽死が患者の「権利」であるとしたら、その権利を保障する責任は一体だれが負うのだろうか。それは国の意志として、あるいは社会の総意として医療に「殺す」ことを認め、委ねることなのだろうか。

数年前に、世界の安楽死の動向について緩和ケア関係者に講演した際、ある麻酔科医が戸惑いとともに口にした言葉が忘れられない。「自分は安楽死で使うのと同じ薬を毎日使って仕事をしてきた。その間ずっと、いかに死なせないかということに神経を集中してきたから、その発想を転換すること自体が、自分には想像もできない」。こういう医師にとって、「殺す」行為を求められることは苦痛でしかないだろう。

安楽死が合法化された国や州でも、自分は手を染めたくないとする医療職は少なくない。そこでベルギーをはじめ多くの法律で設けられているのが「良心条項」だ。良心条項とは、自らの思想信条によって安楽死に賛同しない医療職は手を下さなくてもよいとする法律上の規定を指す。ただし、患者から要請されて安楽死の実施を拒否する場合は、たとえばベルギーでは患者またはその

近縁者が指定する別の医師に医療ファイルを渡さなければならない。カナダや米国でも州により、自分の患者から安楽死を要請されて拒む場合は実行可能な他の医療職に紹介するか、それらの医療機関についての情報を提供する義務が課される。それは、間接的に「死なせる」行為に加担させられるに等しくはないだろうか。

このように、個々の医療職の宗教的信条や道徳観、専門職としての倫理観など「良心の自由」「良心の権利」は守られるべきだと求める声が各地の医療現場から起こり、論争が続いている。

しかし、この良心条項をめぐつても、患者が利用する「権利」を有する医療サービスと安楽死が見なされていくにつれて、医師には患者を死なせてやる義務を課すべきだとする議論も少しずつ出てきており、せめぎ合いが始まろうとしている。

もうひとつ、国家の意志として、あるいは社会の総意として医療に「殺す」行為を認め、委ねるということについて考える際に知っておきたいことがある。人類の歴史には、政治権力と医療とが手を結んで犯してきた数々の人権侵害が刻まれている。

ナチスの障害者抹殺計画「T4 作戦」(1939 年 10 月～1941 年 8 月)では、国の合法的な施策として医療職が障害のある人を選別し、抹殺した。対象となったのは、先天性精神薄弱、精神分裂病、そううつ病、遺伝性てんかん、舞踏病、遺伝性の盲、遺伝性のろう、遺伝性重度身体奇形、重度アルコール中毒の人など(いずれも当時の表現による)。「退院の見込みがあるか」「労働者として使えるか」「生きるに値する命か」「生きるに値しない命か」などの指標によって選別され、20 万人以上が殺害されたと言われる。周囲の無理解や選別した専門職の個人的な偏見によって、ガス室に送られた人もいたことだろう。覚えておきたいのは、ヒトラーが 1941 年に T4 作戦中止を命じた後も医師らによって選別と抹殺が続けられたという事実だ。

障害のある人への強制的な不妊手術でも、医療界は積極的に役割を担った。日本でも現在多くの訴訟が起こされており、「当時は合法だった」と正当化する

人たちもいるが、医師の個人的な偏見により当時の法律の範囲をはるかに超えて多くの障害者たちが、時に法律で認められていない手段での手術をされたのは事実である。

ナチスによる障害者の安楽死は「強制」だった、今の安楽死は「自己決定」による「自発的」なものだから安全で、社会的弱者へのリスクなどありえない、と言って終わっていいのだろうか。すでに見てきたように、現状でも安楽死の「自己決定」原則はもはや崩れかけている。医療の権威性には常に政治的権力によって利用されるリスクがあるということは、慎重に考えておきたい。

日本ではほとんど知られていないことだが、安楽死は臓器提供とすでに直結している。「安楽死後臓器提供」という。安楽死と臓器提供の意思確認はそれぞれ独立して行われなければならないが、両方を自己決定した人では本人の同意のもとに手術室のすぐそばで安楽死を実施し、心停止から数分だけ待つ臓器を摘出する。

安楽死を希望する人の多くは癌患者だが臓器提供はできにくいため、安楽死後臓器ドナーには ALS など神経筋疾患や精神障害のある人が多く含まれている。

このように安楽死後臓器提供が正当化され現実に行われているなら、そこから一步を踏み出し、いっそ生きているうちに麻酔をかけて臓器を摘出させてもらってはどうかと考える人間が出てくるのは、考えてみれば当たり前のことなのだろう。

移植医療においてはドナーが死んでいない限り臓器を摘出してはならないとする、いわゆる「デッド・ドナー・ルール」が国際的な規範として確立されているが、そのルールに従うと臓器の傷みが避けられない。このジレンマをめぐって、移植医療界は倫理問題との間で際どいせめぎ合いを続けてきた。

安楽死とは、誰がどこで死ぬかがあらかじめ分かっている、不足しがちな移植臓器を新鮮でクオリティの高い状況で効率的に採取できる稀有な状況に他ならない。

このように海外の実態を詳細に知れば知るほど、制度化された安楽死の背景には政治経済上の思惑が蠢^{うごめ}いていることが案じられてならない。高齢者や障害のある人、生きづらさを抱えた人、貧しい人たちを死へと追いやっていく政治的な装置として安楽死が機能する「すべり坂」が透けて見えはしないだろうか。

(出典：児玉真美『安楽死が合法の国で起こっていること』(筑摩書房, 2023年))

{注}

- ・ QOL：Quality of Life の略。人生の質，生命の質，生活の質などと訳される。
- ・ 要件：権利や義務の発生・消滅のような，法的な結果である効果を生じさせるために要求される事実・要素・条件をいう。
- ・ アセスメント：患者の情報を収集し，整理・分析・評価すること。
- ・ ナース・プラクティショナー：医師の指示を受けずに一定レベルの診断や治療を行うことができる看護の公的資格。現在の日本にはこれに相当する資格はなく，看護師は，医師の指示を受けずに診断や治療を行うことはできない。
- ・ せん妄：身体的な負担がかかったときに生じる意識の混乱。
- ・ モルヒネ：アヘンから生成される麻薬性鎮痛薬。強い鎮痛効果を持つ。
- ・ コーヒー事件：認知症と診断された際に，「重症化して家族のことが分からなくなったり施設で暮らすことになったりするなら安楽死を望む」旨をあらかじめ書面で意思表示をしていた 70 代女性に対し，医師がコーヒーに鎮痛剤を混ぜ，眠ってから致死薬を注射しようとしたところ，点滴の際に目覚めて抵抗するそぶりを女性が見せたため，家族に押さえさせて，続行した事件。2016 年にオランダで発生し，医師は訴追されたが無罪判決を受けた。
- ・ 教唆：他人に対し一定の行為を行うようそそのかすこと。
- ・ MAID：Medical Assistance in Dying の略。カナダにおいて，安楽死と医師幫助自殺を一括して合法化した際に設けられた概念。

- ・ ALS：筋萎縮性側索硬化症。手足・のど・舌の筋肉や呼吸に必要な筋肉がだんだんやせて力がなくなる難病。