

東大教授の「尊厳死」提言



あなたは どう死にたいですか

佐倉 統 さくら ひとむね
東京大学大学院
情報学環教授

日本では望まなくても「延命治療」に巻き込まれる

私は「尊厳死」に賛成です。「自分の人生の最期」を自分で決めることができるのは、人として当然の権利だと思っからです。

どんな状態でも「生命」を維持することが、最優先かつ最大の目標にならざるをえない医療の方針は、もはや時代状況に即していません。

私の研究テーマは、「発展し続ける科学技術」と「人間の誕生から大きくは変わらない人間の能力」との

ギャップ、です。
科学技術は、もともと人類がつくり出したものですが、総体として見ると、人類の意図や目的から独立した「システム」として自律的に動くようになって、人間の「身体」や「心理」の方が付いていけなくなっています。その最たるもののひとつが「医療システム」です。

人々の死亡率がもっと高く、医療技術も今より劣悪だった時代には、

「生命の維持」を最大の目標にする医療方針は、堅持すべき意義がありました。今や「生きているだけ」の状態の患者を量産することに貢献しています。直ちに法制化すべきだとは思いませんが、少なくとも議論をした方がいい。社会で広く議論が起ることを期待しています。

こう語るのは、東京大学大学院情報学環教授で理化学研究所革新

知能統合研究センターチームリーダーの佐倉統氏だ。もともとの専攻は動物行動学だが、その後、専門を移し、「科学技術と社会の関係」を考察し続けている。

近年、鎮痛以外の積極的な治療をすべて中止し、対症療法だけで寿命が尽きるのを待つ「消極的安楽死」（尊厳死）だけでなく、医師が致死薬の投与などにより、患者の死期を早める「積極的安楽死」まで合法化する国や地域が増えている。オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、コロンビア、カナダ、オーストラリア、スペイン、ニュージーランド、ポルトガルなどだ。

フランスでは、映画監督のジャン＝リュック・ゴダール氏がスイスで自殺補助を受けて亡くなったことをきっかけに安楽死導入の是非を議論する「市民会議」がつく

られた。
隣国の韓国でも、二〇一八年に、死期が迫る患者の心肺蘇生、人工呼吸器の装着、透析、抗がん剤の投与などの終了を認める「延命医療決定法」が法制化され、二〇二三年六月までに、約二九万人がこの制度下で死を迎えている。

「普通に死ねない」

留意しなければならない点は多々ありますが、日本でも、少なくとも「延命治療」を本人の意思で止められる韓国の「延命医療決定法」と同ような法整備は考えた方がよいと私は思います。

現代の日本の医療体制下では、本人も家族も、自分の「尊厳」を守る形で人生を全うしたい、あるいは全うしてほしいと思っても、なかなかそれが許されない。妙な言い方です

が、「普通に死ねない」「いつまでも死ねない」のです。これは、医療があまりに発展したことの逆説的な帰結です。数年前、父の最期を看取った時にも、そう痛感しました。

「延命治療は避けて、自然のままに最期を迎えたい」というのが父の「意思」でした。母も私も、その意思に同意し、尊重していました。ところが、気がつくと「延命治療的な措置」に巻き込まれてしまったのです。

父は、自宅で足が動かなくなって寝たきりの状態でしたが、頭の方ははっきりしていて、「延命治療はいらない」と言っていました。

ところが、腎臓の機能が弱って、結石で血尿が出て痛みが続くので、「じゃあ病院に行くか」となり、病院で検査をすると、「肝臓もよくない、心臓もよくない、だから、ここもあそこも治療しなければならな

東大教授の「尊厳死」提言 あなたはどう死にたいですか

(322)

(323)

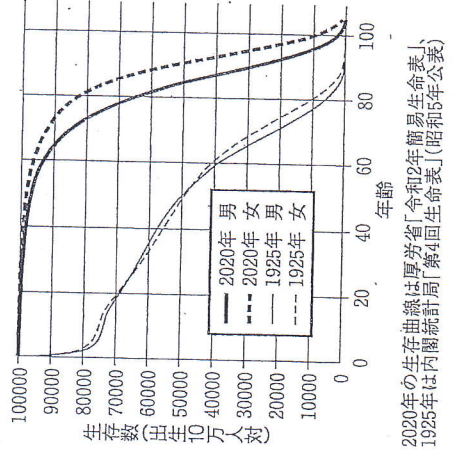
い」となっていました。
歳をとれば、あちこち弱るのは当然ですが、家にいた時には「放置」していたものを病院は「放置」しない。良く言えば「至れり尽くせり」ですが、悪く言えば「お節介なほどにほつとかない」のです。

病院に行くだけで、「治療しない」といけないうという「システム」に組み込まれてしまう。そして、いったん「延命システム」に入ってしまうと、「システム」にすべて従うしかない。「この治療は知らない」「あの治療は知らない」と、毎回よほど強い「意思」で抵抗しないかぎり、抜け出せなくなるんです。

ビジネスの世界では、本人が明確に拒否するまで、本人の意思を確認せず、製品やサービスに関する情報を勝手に送りつけることを「オプトアウト方式」と言いますが、ほぼこれと同じ仕組みです。何の意思も

感末満で死に至る割合は、約二五%にも達していました。だからこそ、子供が無事大きくなれば、「七五三」のように、「生きてて本当によかったね」とその都度、祝った。「生きていることは奇跡」だったのです。

こういう時代には、「生命の維持」を最大の目標とする医療方針は意味をもっていました。しかし、今はそうではありません。そのことを物語るエピソードを製薬会社に勤め



示さなければ、自動的に「延命措置」が継続される。これが父の最期を看取った際に経験したことでした。

父も、私たち家族も「延命治療は知らない」という「意思」を比較的はつきりもっていました。しかも本人と家族の「意思」も一致していた。それでもこうなってしまった。

「延命システム」の下では、ずるずると生き長らえてしまい、「自分の死に際を自分で選ぶ」ことが困難になってしまいます。

「七五三」を祝った理由

この「延命システム」は、比較的最近できたものです。戦後のある時期まで、「病院に行く」「入院する」ことは決して一般的ではなかったからです。入院施設は十分に整備されておらず、急病人が出たら、医師に往診に来てもらうのが普通でした。

る知人から聞きました。
その知人によると、北海道のある場所に、家族からの引き取り手もなく、植物状態のままの老人患者が何年も多数「保管」されている病院があるそうです。「意識がなくなっても植物状態になってもできるだけ生かしてほしい」という家族が多いからだそうです。

話を聞いて、「それは大変ですね」と口にする、「いや、病院としてはむしろ楽しいです。医療従事者にとっては気分はよくないかも知れないが、大した治療をするわけでもなく、夜中にナースコールで患者に呼び出されることもなく、最低限のルーチンをやるだけでいいから」と。

意地の悪い見方をすれば、黙って動かない病人を「保管」するだけなので、病院にとっては、最低限の手間で済むし、それでいて収入は得ら

医療機関を受診するのが一般化するの是一九七〇年代になってからです。そして一九七六年に、「病院死」(医療機関で亡くなる人)の割合が、「在宅死」(自宅で亡くなる人)の割合を上回り、「病院死」の方が一般化します。二〇一九年時点では国民の七二・九%が「病院死」です。

国民皆保険制度が普及し、誰でも比較的気軽に医療機関を受診できるのは、日本の素晴らしいですが、「生命の維持」を最大の目標とする医療のあり方は、もはや時代状況に合っていない。

一九二五年と二〇二〇年の「生存曲線」(年齢別の出生一〇万人に対する生存数)を比べると(グラフ参照、かつてはどの年齢でも「生きている」のは決して「当たり前」でなかったことが分かります。

とくに子供は常に「死と隣り合わせ」で、明治初期の乳児死亡率(五

れる。家族にとっては年金が入ってくる。一頁、誰も不幸にはなっていない。自分の目で確かめたわけではないのですが、今の医療の仕組みからすれば、十分あり得る話だと思います。

「死」を忘却した医療

そんな病院がもし実在するとすれば、まさに「回復の見込みもないのに、死なせもしない医療」という今の医療の矛盾を示していると言えます。「誰もがいずれは必ず死ぬ」という「大前提」を忘却した医療の矛盾です。

『脱病院化社会』の著作で知られるイバン・イリイチは、「死を忘却した医療」の問題をこう指摘しています。

ギリシア・アラビア・ヨーロッパの伝統において、医師の仕事とは、

体液の唯一無二のバランスを回復することであつて、けつして死と戦うことではありませんでした。医師は、患者の顔にあらわれるヒポクラテスのしるし、すなわち、患者の体液が回復不可能なほどバランスを失っていることを示すとされる末期のまなざしを見分ける訓練を受けたものです。その医術によって、自分が臨終のベッドに立ち会っていることが明らかになった場合、医師は報酬を返し、もはや病室ではなくなったその部屋をあとにしなければなりません。医師たちが無益にも、末期の苦しみに苛まれる人々を治療しようとするのを禁じたヒポクラテスの誓いは、十九世紀のヘレニズム主義者たちによって軽視されるようになっていきました。(患者が) (略) 生死の境目にいたった場合、治療を中止するという原則、最後の一步を踏み出す前に治療をやめるという原則

の車が同じような目に遭いました。「穢れを清める文化」は、清潔な日本社会の根幹をなしていますが、時に「過剰な潔癖症」という悪い形で表れてしまうのです。

日本人のゼロリスク志向

言葉を替えると、「リスクを極限まで減らそう」というのが、日本社会全体に見られる傾向です。それが、電車の遅延のなさや製品やサービスの質の高さにつながっている。ただ、この日本社会の完璧主義が極端な形で表れることもあります。

津波対策用につくられたコンクリートの堤防が、たまたまテレビで紹介されていたのですが、高さが一〇メートル以上もあつて、話には聞いていても初めて目を見ると、あまりに異様でした。景観云々どころではなく、凄まじい圧迫感だけがある。

は、末期治療(の出現)によって臨に追いやられてしまったのです。(イバン・イリイチ、高島和哉訳「死を奪われ、生も奪われた人々」『環』二六号)

本来の医師の仕事は、死とたたかうことではなく、患者が最後の一步を踏み出す前に治療をやめ、無益に治療を続けてはいけない——この「ヒポクラテスの誓い」ほど、今の日本の医療システムのなかで蔑ろにされているものはないでしょう。

潔癖すぎる日本

多くの人が、余計な延命措置はせずに、人はなるべく自然な形で死を迎えた方がいい、と感じていて、「尊厳死」には実は概ね賛成している気がします。ところが、日本ではあまり大きな議論にならない。

そこには、日本社会に特有な事情

「私たちは何と戦っているんだらうか」と思わざるを得ませんでした。

これは、一〇〇年か一〇〇〇年か一度来るかもしれない津波に備えるために、残りの九九年間か九九九九年間は我慢し続けるようなものです。目先のわずかなリスクを減らすために、ものすごく膨大なコストをかけている。

身近な話ですが、先日、親知らずを抜いた時に似たことを感じました。

行きつけの歯医者ではできないからと、大きな病院を紹介してもらって一泊入院したのですが、「インフォームドコンセント」として、手術前に副作用やリスクについて説明を受けました。そこで「顔面神経が麻痺する可能性があります」などと言われて、逆にだんだんと不安になってきたんです。

何かとんでもない事故になる可能性が〇・〇％ぐらいある時に、「聞

も関係しているように思われます。「死」を忘却しがちな「現代医療の特性」に加えて、「死」を穢れとして忌み嫌う「日本人の特性」も大きいのではないかと、ということです。

例えば、最近「在宅死」を希望する人も徐々に増えています。葬儀屋が御遺体を家から運び出す際には、とくにマンションなどでは苦情がくるので、なるべく人目に触れないように気を遣うそうです。

「生」が尊ばれるのと裏腹に「死」をタブー視するのは、どの文化でも共通していますが、日本文化は、その傾向がとくに強い。「潔癖すぎる日本」という問題です。

例えば、コロナの感染が大都市で広がっていた時期、「東京ナンバー」の車はうちの県に絶対に入ってくるな」といった、過剰な反応が見られました。福島第一原発事故による放射能汚染が起きた際も、福島ナンバ

いていなかった」となるのを防ぐための措置ですが、余計な時間もおかかり、精神的にはかえって不安になる。これは果たして本来あるべき姿なのか。

「どう生きたいのか」とか「どう暮らしたいのか」ということの前に、「リスクを可能なかぎりゼロにしていく」として「医療者の責任を問われないようにしておく」ことが、今の日本の医療システムでは優先されているわけです。

介護現場でも似た状況で、例えば足腰の弱い高齢者が、本当は銭湯に行きたくても、「転倒する可能性があるからやめましょう」などと言われがちで、そう言われると本人も「周りに迷惑がかかるから」と思ってしまう。「リスクをゼロにする」ことが最優先される。

しかし、そうしてリスクの低減を最優先していくと、おのずと「心身

「健康」よりも「生命の維持」が、最大の目標になってしまいます。

実は「法制化」に向かない

自分の最期のあり方を「自己決定」して、「延命治療は避けて、自然のままに最期を迎えたい」というのが「尊厳死」ですが、「生まれてくること」を「自己決定」できないように、逆説的に「自己決定」できない「自然死」が理屈の上では「尊厳死」として理想の形となります。

ところが厄介なのは、これだけ医療技術が発達しているなかでは、「何が自然死か」は極めて曖昧であることです。

「自然に死ぬ」と、比喩としては言えても、その「自然な死に方」は人によって異なります。「延命治療は嫌だ」としても、「いや、これくらい治療はやってほしい」というこ

まり、大筋近くは「家族」が代わりに決定をしているようです。日本も韓国と同様に「家族」や「親族」からの同調圧力が強いので、法制化の際にはとくに注意が必要でしょう。

ですから、拙速は禁物です。十分な議論を経ずに、国民の理解が深まらないまま、法制化だけを急げば、デメリットの方が大きくなる。

「欧州で広がる安楽死の容認」という朝日新聞デジタルの記事（二〇二三年四月三〇日付）に対して、「コメントプラス」で、「私は安楽死／尊厳死には賛成である」とコメントしたところ、「ある障がい者女性」さんから御意見をいただきました。この方はペンネームからわかるように障がいを持っていらっしゃる方で、「現在の日本の不寛容さから考え、私たち弱者が十分守られるとは思えません」として、私のコメントを批判されたのです。

ともある。

ですから、医学的に可能な選択肢としても、本人が希望する選択肢としても、細かく見ていくと、「何が最も自然か」は一概には言えない。ゼロかイチではなく、グレイゾーンの世界。さらに言えば、「自然死」が最も理想であっても、すべての医療を拒否でもしないかぎりには、完全な意味での「自然死」はもはや不可能です。

私は基本的に、日本でもいずれ「尊厳死」を「法制化」することは賛成です。しかし、実は「法制化」に最も向かないのが「尊厳死」だと言ったことでもあります。「理想の最期の迎え方」には、その人の価値観や考え方が大きく反映されるので、まさに「千差万別」だからです。

かなり手前の段階で「苦しいのはもう嫌だ」となる人もいれば、「ぎりぎりまで頑張りたい」という人も

多くを容認確認しておきたいのは、「生きたい」と本人が思っている場合に、その希望や権利が剝奪されることは、いかなる場面においても決して許されない、ということですから（死刑の問題はここでは置いておきます）。この大原則が守られないという危惧があるかぎりには、「尊厳死」を社会的に認める制度を採用することは不可能でしょう。

ただこの女性の危惧について一言だけ加えると、私は、今の日本社会がそこまで狭量で差別的だとは思っていません。日々学生たちと接して感じるのは、大声で差別的なことを叫んだり行なったりするのはほんの一部で、ほとんどの日本市民は「弱者と共に生きていく」ことを進んで選択するだろうと思います。ですから、とくに若い世代の柔軟で寛容な感性を信じて、「尊厳死」について社会で広く議論が起ることを

いる。そこであるべき姿を一つの基準で決めるのは困難で、本来、法になじみにくい現象です。

法制化する場合は「大原則」だけ定めて、具体的なことは、本人、医師、家族などがその都度、相談して決めていくしかないのですが、その仕組みをつくるのが難しい。

例えば、二〇一八年に韓国で施行された「延命医療決定法」では、延命治療を終了できるのは、次の四つのケースだと定められています。①事前に本人が意向書をつくる、②末期患者らが要請し、担当医師が計画書をつくる、③家族二人以上の意見により患者の意思を推定する、④（本人の意思が確認できなくとも）家族全員の合意がある。

ところが、二〇二二年時点での調査によると、実際に亡くなった人のうち、「本人の意向」を直接反映している①と②の合計は四二%にとど

期待したい。

「本人の意思」とは？

「尊厳死」を考える上で最も重要なのは、言うまでもなく「本人の意思」です。現在の医療現場でも、「本人の意思」を何よりも尊重するために、治療内容や副作用のリスクについて十分説明をして事前に患者の同意を得ること、すなわち「インフォームドコンセント」が少なくとも形式的には重視されています。

しかし実際には、「医者の説明をすべて理解して自分自身で判断する」のは、自身もその分野の医者でもなければ、なかなか難しい。おそらく説明をよく理解しないまま、「医者が勧めるので」と、とりあえずサインをする、というのがほとんどで、「インフォームドコンセント」も、結局「医者の責任逃れ」としてしか機能

していない面がある。事前に説明を聞いてサインをしたのだから、患者の「自己責任」だ、というわけです。

以前、京都大学にいた生命倫理研究者のカール・ベッカーさんが、この問題に熱心に取り組んでいました。「インフォームドコンセント」と言っても、患者にとって最も重要なのは、「この選択をすると、その後の人生がどうなるか、あの選択をすると、どうなるか」で、「リスク」に関する説明を聞いてもピンとこない。ベッカーさんは、「その先の人生」を具体的にイメージできることが大事だと考えて、シミュレーションビデオをつくられました。

しかし、一つのビデオを見るのに一五分とか二〇分もかかり、選択肢が三つあると、一時間もかかる。「つくるのはものすごく大変だった」とベッカーさんは言っていますが、こういうビデオをいちいち患

者さんに見せて選択してもらうのは、あまり現実的ではない。

者さんに見せて選択してもらうのは、あまり現実的ではない。

逆に言えば「本人意思の確認」は、病院でのインフォームドコンセントの場だけで解決する問題ではない、ということです。もっと手前の普段の生活のなかで、相談できる相手や機会がなければならない。初対面の医者に「どつちにしますか」といきなり聞かれても、「本人の意思」などうまく言葉にできないものです。

最期を考えるためのエージェント

そもそも「インフォームドコンセント」にしる、「生命倫理」にしる、欧米の個人主義文化が母体となつています。しかし、そうした欧米の個人主義が「デフォルト」になつてしまうのは問題です。「個人の意思」が尊重される欧米の個人主義に対して、日本は「家族の意思」も尊

重する傾向が強いので、「本人の意思」を大前提にするだけではうまくいかない。社会や文化によって、その折り合いの付け方は多様であっていいはず。

もともと人類は、「個人」で生きるのではなく、「社会」のなかで生きる「社会的な存在」です。どんな人でも、誕生から死まで、程度の差はあれ、さまざまな人と関わりながら生きています。つまり、人は「社会」のなかでしか生きられないのであって、それを「患者」と「医師」という「個人の関係」だけに還元するのは無理があります。

医療に限られる話ではありません。今は日常生活のあらゆる場面で「個人」のもつ「情報リテラシー」や「意思」ばかりが重視され、「すべては自己責任」とされてしまう風潮にある。しかし、こんな「自己責任」をすべての人に求めるのは酷で

あり無理があります。昔であれば、「個人の死」も「共同体の行事」に組み込まれていました。村の誰かが亡くなれば、隣近所から大勢集まって葬式を出すのを手伝った。しかし今は、「個人の死」は「本人」と「家族」だけで受け止めなければならず、物理的にも精神的にもかなり重い「負担」となっている。

共同体がなくなった今でも、「個人」や「家族」をサポートする機能を別の形で担保する必要があるのではないか。しかも、とくに「死」は誰のものでも重い出来事ですから、本人や家族が「最期を考える」際に相談できるような「エージェント（代理人）」制度を意識的につくっていく必要があるのではないか。

例えば、旅行をしたくてもすべてを自分で決めるのが面倒な人は、旅行代理店に大まかな希望だけ伝えて、細部は相談しながら決めること

ができます。

現在の日本の末期医療に必要なのは、この旅行代理店のような存在です。「自分の最期」を自分一人で考えるのは難しかったり、そもそも考えたくないという人も当然いる。そういう人々をサポートできるような仕組みを医療や介護の現場で整えていく。出生前診断がその典型であるように、医療技術の発達によって、かえって個人が無数の選択肢のなかで難しい選択を迫られているからこそ、そうしたエージェントが必要なのです。

映画「終の信託」が問うもの

「終の信託（周防正行監督）」という映画があります。重い喘息を持病とする患者（役所広司さん）を担当医（草刈民代さん）が「安楽死」させる話です。

患者は、家族に心配をかけたくないので、生前、妻や子供には「安楽死」を望んでいることを話していなかった。他方で、医師を全面的に信頼していたので、「あなたに全部託します」と言つて「安楽死」する。しかし死後、「そんな本人の意思は聞いてなかった」と家族が医師を訴えて、結局、有罪になってしまう。「本人の意思」に沿つていて、医師もよかれと思つてやったのですが、患者と医師の間にしか信頼関係がなかった。問題は、家族を含めた第三者にも分かる形で「本人の意思」を残していなかったことです。「本人の意思」を事前に、医師だけでなく、家族、あるいは信頼できる介護士らと「共有」する。しかも人数は、可能ながぎり多いほどいい。「尊厳死」の法制化の前にまずは「最期を考えるためのエージェント」を中心とした仕組みができればよいと思います。

(336)

流所行(延中)

(331)