

## 第2章

### 科学哲学① PVS患者の生と死

金森 修

東京大学教育学部教授

#### プロフィール

1986年、東京大学人文科学研究科、博士課程満期退学。1987年筑波大学講師。1997年東京水産大学助教授。2001年東京大学教育学部助教授。2002年東京大学教育学部教授。

主要著書:『フランス科学認識論の系譜』(勁草書房)、『サイエンス・ウォーズ』(東京大学出版会)、『負の生命論』(勁草書房)、『自然主義の臨界』(勁草書房)、『科学的思考の考古学』(人文書院)

#### はじめに／講義の問題意識とポイント

タイトルは「科学哲学」となっているが、これから3回にわたって話す内容は「科学哲学」そのものというより、むしろ私自身が最近強い関心を抱き、今後研究を進めていきたいと思っているテーマであり、どちらかと言えばバイオエシックス(生命倫理)に近い要素を含む。

そもそも、バイオエシックスという言葉ができたのは1970年前後であり、まだ30年程度の歴史しかない。もちろんそれ以前から、こうした学問領域が成立せざるをえない歴史的背景はあった。きわめて大雑把な言い方をすれば、いろいろな意味での人体実験が世界中で行なわれてきたことが明らかになり、それが大きな契機の一つとなった。その後、人体実験制御に関するテーマと、死に関するテーマの2つが大きな位置を占めるようになった。

第1回目の今回は、死に関するテーマ、なかでも1970年代から80年代にかけてアメリカで大きな話題になった事件を紹介しながら話をしていきたい。第2回、第3回は、ヒトゲノム計画と関わりの深い染色体補助医療や遺伝子操作などの問題についてふれていきたい。

## 1. PVS の定義

PVS (persistent vegetative state) とは、ジャネット (B. Jennett) や プラム (F. Plum) の定義によれば、いわゆる日本語で言う「植物人間」「植物状態」のことである。この言葉が医学雑誌 Lancet に初めて使われた 1972 年には、まだこの症例には確定した名前がつけられていなかった。

この症例については、歴史的にいくつかの記述がある。たとえば、19 世紀の有名な脳科学者ローゼンブラット (Rosenblath) は、1899 年に、当時 15 歳の曲芸師が綱から落ちて昏睡状態になったが、奇妙な覚醒状態 (to become strangely awake) を保ったまま、経管栄養でその後 8 ヶ月間生存したと記述している。

またクレッチマー (Kretschmer) は、1940 年に「失外套症候群 (the apallic syndrome)」という言葉を作り、大脳皮質部分の機能が損傷し脳幹だけが生きている症状を説明した。この言葉はヨーロッパでしばらく流通するが、定着はしなかったようだ。この症状に関しては、それ以外にも、prolonged coma, post-traumatic unawareness などの用語があるが、ここでは PVS という用語で統一する。

なおアメリカでは、PVS は、以下のように定義されている (American Neurological Association Committee on Ethical Affairs, 1993 より)。

- ①意識、周囲に対する認識がない。反射的に眼を開くことは可能
- ②コミュニケーションなし
- ③意味のある言葉なし
- ④微笑んだり、顔をしかめたりする動作は起こりうるが、それは周囲の状況とは関係ない
- ⑤覚醒・睡眠リズムはある
- ⑥吸うこと、咬むこと、飲み込むことなどは残る場合がある
- ⑦たとえそれが基本的なものであれ、随意的な運動の存在は PVS とは合致しない
- ⑧血圧調整、心拍、呼吸機能は保たれるが、大小便失禁がある

つまり簡単に言えば、脳死とは異なり、大脳皮質は死んでも視床下部や脳幹は生きている状態である。よく似た症状として「閉じ込め症候群」と呼ばれるように、脳の一部に損傷をこうむることにより、意識の清明さは残っても身体はまったく動かず、眼球運動の随意性だけが残る場合もある。これらは、専門家同士の間でさえ診断が難しい場合があるとされる。たとえば、皮質部分が死んでいるかどうかについても診断が分かれるようだ。

## 2. カレン・クインラン症例

### 2.1. 事故から延命治療中断の要請まで

では、具体的に世界中で大きな議論をまきおこしたケースとして、カレン・クインラン症例を紹介しよう。

カレン・クインラン(Karen Ann Quinlan)は、1954年3月29日生まれで、生後3週間で養子に出されている。養親はカトリック系の敬虔な信者であった。カレンはアメリカ女性の平均から見れば小柄であったが、お転婆で活潑な少女時代を過ごし、高校卒業後さまざまな職業についていた。

彼女がPVSになった原因は、正確なところはどの資料を読んでもよく分からないが、おおよそ以下のような事情であったらしい。彼女はニュージャージー州在住だったが、友達とフロリダに遊びに行き、水着を着る計画をたてていたため、ダイエットのために数日間あまり食べないまま、Valiumという抗不安薬を服用し続けていたらしい。その後、1975年4月14日、友達同士のパーティでジントニックを数杯飲んだとされている。そこで突然倒れて自宅に運ばれる。どうも呼吸をしていないということで、素人が人工呼吸を試みるが効果なく、無呼吸状態が少なくとも15~30分程度続いたらしい。これで相当脳にダメージを受けたと思われる。結局翌15日深夜、地元の病院に運び込まれるが、その後PVSと診断される。

彼女は徐々に胎児のような姿勢になっていく。最初に諦めたのは母であり、事故から1ヵ月半後の6月初め、娘から呼吸器を外すべき時だと考え、いつも行っているカトリックの教会に相談した。すると神父は、「カトリックは人

命の延命は絶対的義務ではないとする」と答えた。この背景には、1957年にローマ法王ピウス12世が麻酔学者の前で講演し、「医師はただ通常的手段を使うことを義務づけられているだけであり、現代の呼吸器などの延命装置は自然過程に介入する通常以上 (extraordinary) の手段である」と述べたことがある。

母の考えにしたがって父もついに諦め、呼吸器解除の決断をする。そこで事故から約3ヵ月後の7月31日、両親は病院側に対して、すべての「通常以上の医療手段」を解除するように要請した。当時36歳の主治医モース医師 (Dr. Morse) は神経学者であった。彼は最初電話で呼吸器解除の要請を受けた時点では承諾するが、ヒポクラテスの誓いとの間齟齬を感じ、また明らかに死の補助になるため殺人罪を適用される可能性があるという法的問題にも直面し、8月2日になって両親に同意できない旨の電話をする。

## 2.2. 訴訟の経緯

病院側から呼吸器解除を拒否された両親は、自分たちで当時30歳の法律家アームストロング (Paul Armstrong) を雇い、ニュージャージー州検認裁判所に提訴する。事件は世間の注目を集め、個別事例を離れて〈生きる権利〉と〈尊厳をもって死ぬ権利〉との間の闘争を象徴するものになった。医師側の弁護士ポーチョ (Ralph Porzio) は、「もし呼吸器を外してカレンを死なせれば、それはあたかもナチス同様にカレンをガス室に送るようなものだ」と主張した。それに対して両親側の弁護士アームストロングは、カレンのことを「無慈悲な医療技術のために、自然な人生の終わりを迎えることを妨げられている人」として反駁した。

呼吸器を外すことによって娘の死を求める両親の訴えには、法的な根拠はない。そこでアームストロングは、フェミニズム関係の中絶論争で1973年に連邦裁におけるロウ対ウェイド判決で出されたプライバシー権も考慮に入れて論陣をはった。つまり、女性の中絶権をプライバシーとして認めるという判決をふまえて、カレンの呼吸器を外す行為は、たとえ命を失うことになっても、それは彼女のプライバシー権の1つであると主張したのだ。

両親側は、呼吸器が通常以上の手段(extraordinary treatment)であることを示すために、ニューヨークからコライン医師(Dr. Julius Korein)を招き証言させた。彼は大変なプロだったが、それがかえってあだになってしまった。すなわち、彼の慎重で中立的な言い回しは、カレンの治療の残酷さを示すためのものだったが、かえって彼自身の言葉が残酷な響きをもち、それは病院側のモース医師を彼女の守護者にする雰囲気を持っていたのだ。というのも、コラインは彼女のことを「まるで胎児様の姿勢をとり、目が連動しない。唇の音を立てる、嘔む、顔をしかめる、歯ぎしりをする、なにか刺激があると口を大きく開く、目を見開く、あくびのような感じ、唾液を流し、舌を前に突き出す運動などが観察される」と証言した。

われわれ一般の人間が考える「植物状態」とは「静かに横たわっている」イメージがあるが、カレンの場合とはとてもそういう状態ではなく、むしろ活発に動いている感じがある。ともあれコライン医師の証言は、カレンのことを、生きてはいるのだが「人間」のようにではなく、あたかも「生ける屍」というイメージを与えるのに十分であった。母親は「私は母として、いまのカレンの状態は、本来の彼女ならそうは望まないようなものだろうということがわかる」と訴え、両親側の弁護士は「死をいわば騙すことができるという唯物論的な信念のために、生きた犠牲として捧げられることほど、人を卑しめることがあるでしょうか」と訴えた。

3ヵ月の審理を経て、1975年11月10日、第一審の判決が下り両親の訴えは却下された(余談になるが、興味深いことに裁判官は第一審も第二審もいっさいカレンを見ず、両方の弁護士の言葉で判断する方法をとった)。このときの理由は「カレンがもっている最も重要な特質は生命である。つまり、彼女がどういう状態で生きているかが問題ではなく、生きていること自体が重要なのである。この法廷は、彼女からその生命を奪うことを認可できない」というものであった。カレンが事故以前にそれとなく言及していた、そんな状態では生きていたくないという両親の証言も、証拠能力がないとして採用されなかった。同年11月17日、アームストロングはニュージャージー州の最高裁に控訴した。

「同時代の」カレンは不可視の物言わぬ少女であり、メディアへの大量暴露

にもかかわらず、わずか4枚の写真しかなかった。しかもその中でも、笑顔のない、将来に向け緊張したような高校時代の写真が最も頻繁に流れていた。1975年から76年の冬にかけて、彼女の顎は萎縮し始め、上の歯が下唇をそのまま噛むような感じになり時々出血した。目覚めると口を開け閉めして顔をしかめ、頭はくるくる回り、まるで自分に差し込まれている管と闘っているような感じだった。これは「眠れる森の美女」の倒錯した現代版であったが、物語と異なるのは、いかなるハッピーエンドもない点であった。1976年1月には、彼女を主題にした詩まで読まれた。

その後、3ヵ月後の1976年3月31日に州最高裁の判決が下される。これは一言で言えば逆転判決で両親側の勝訴であった。判決は両親の訴えを認め、まず医師の侵襲に対するプライバシー権を認めた。一審の判事は生か死かが重要であるとしたが、州最高裁の判断は異なり、現代医学は、生と死の間の黄昏の領域を扱わざるをえないとした。すなわち、カレンの状態は死に至る長い過程(dying as a process)としてとらえなければならないことを示唆した。

興味深いことに判決文では、「もし、なにかの奇跡が起きて、カレンが一瞬意識を取り戻したとすれば、彼女は自分の状態を好ましいものとは思わず、その中断を望むだろうと推測される」と仮定している。そして訴えられるのを恐れて治療を継続するのは不適切であるとして、それを防ぐための制度的基盤を提案している。それは、病院が医師、ソーシャルワーカー、弁護士、神学者などからなる倫理委員会のような制度的整備をすすめることを提案するものであった。

### 2.3. 二度目の死

前記のように、州最高裁の判決は、人間はただ生きているだけではなく、認識能力や知識のある生(Cognitive and sapient life)が重要であるとした。その結果、呼吸器は外されることとなった。

しかし不思議なことに、「乳離れ」現象が生じる。判決後「死ぬはずだった」カレンであったが、その間に医師たちは彼女に「乳離れ」をさせていた。す

なわち何日間か、呼吸器の管を外した間、医師たちがその傍にたっており、呼吸が苦しそうなときにはそれをつけてやるということを繰り返していたのである。その結果、初めは1時間程度であった自力呼吸だが、徐々にその時間は長くなっていった。そこで彼女はICUを出て個室に移され、鼻孔から栄養管、膀胱にはカテーテル、そして心臓と呼吸のモニター付きという状態となった。モース医師らは裁判では負けたのだが、ICUで勝ったのである。

両親は狼狽し、彼女をnursing homeに転院させようとしたが、PVS患者を受け入れてくれる施設を見つけるのはきわめて困難であった。22院に断られ、ついに1つの施設を見つけるが、次は群がるマスコミを逃れる算段をする必要があり、ある6月の夜、彼女をこっそり運び出した。また両親は40マイル離れた小さな家に引っ越し、毎日定期的に彼女のもとを訪れた。病室では小さなラジオをいつもかけておき、髪をとかし、額を軽く叩き、頬にキスをした。またサイモンとガーファンクルのような、カレンが好きだった音楽をかけることもあったという。

この時期以降、カレンの物語は起伏を失う。その後9年間、彼女はそのままの状態でも生き続けた。そして1985年6月11日、当時すでに31歳になっていた彼女は、肺炎で死亡した。彼女の死は「二番目の死」(la deuxième mort)として大きく報道された。

カレンのケースは〈死の権利〉論の成熟に当たっての画期的事件であったと同時に、その法廷論争における対立する多くの考え方には、PVSが孕む論点の本質的な問題がほぼ出つくしている、と私は思う。

### 3. その後の代表的な関連症例

ここで、いったんカレンのケースから離れて、その後の代表的な関連症例を見てみよう。ただしここでは、たとえばある種のALS(筋萎縮性側索硬化症)患者やエホバの証人などのように、患者の肉体的状態が悪くても自律的で合理的な判断が下せる場合、あるいは自分で延命治療を拒否するような事例は、この対象から外す。つまりあくまでも、自律的意志表明が精神活動状態の不明さのために、その時点でできない、またはできにくい患者の事例群が

対象である。なお、これらはいずれも海外での事例である(日本でももちろんPVSの問題はあるが、さまざまな文化的要因から、ごくわずかしが係争にならない。したがって、ある時点で呼吸器を外すかどうかの判断をめぐる論争については日本ではほとんど事例がなく、ここで取り上げることはできない)。

### 3.1. サイケヴィッチ症例 (1976-77)

サイケヴィッチ(Joseph Saikewicz)は当時67歳の頑強な男性であったが、IQ10で精神年齢は3歳弱という特性があった。48年間も施設に収容された後、非常に予後の悪い白血病と診断された。

問題は化学療法を行うべきか否かであった。通常は本人の合意のもとに化学療法を行えば、余命が若干でも延びることが期待できる。しかしサイケヴィッチの場合は、まず自分が白血病であることが理解できないし、苦しい化学療法に耐えられるかどうかも疑問であった。医師団は、彼が理解不能な治療を受けることは彼にとっては拷問であり抵抗するはずだとして、延命をはからないことが患者の最善の利益と判断した。

この判断の是非をめぐる裁判になったが、彼自身は係争中に肺炎で死亡してしまった。だがこのケースは、延命治療を自己決定能力のない人間に行うべきか否かという重い問いかけを残した。またこういう問題には必ず取り上げられる有名な症例となった。

### 3.2. フォックス症例 (1979-81)

フォックス(Brother Joseph Fox)は83歳のカトリック系男性であったが、1979年、ヘルニアの手術中、心停止からくる脳酸素欠乏が原因でPVSと診断される。神父はそれを告げられ、装置を外すように求めるが、病院は裁判所の許可が必要であるとして拒否する。その後裁判になり、80年1月にフォックス自身は死んでしまうが、係争は続いた。

81年3月、ニューヨーク州最高裁は「もし前もつての意見があるなら、延

命治療拒否は、患者が無能力になっても失効することはない」とした。つまり、事前に本人の意志表明がなされていれば呼吸器取り外しが殺人だということはないと判断したのである。ただ今後は、明確にその意志を記述した証拠書類 (clear and convincing evidence)が必要であるとした。

### 3.3. ランディ症例 (1981)

ランディ (Francis Landy) は 1981 年 4 月、入院 2 日後に呼吸が止まり呼吸器をつけられるが、脳障害等もあり末期状態と診断される。妻は医師に、1975 年 4 月に 2 人の承認のもとに署名済みの遺言書を渡し、延命治療の中断を求めた。だが病院側は病院の責任論から、裁判所に治療行為の継続を求めた。

この場合もランディは公聴会の前に死亡するが、重要なケースなので継続して審議された。その結果、下級審も控訴院も患者の意向を重視する決定を下した。すなわち人生最後の段階では PVS であっても、それ以前に明確な意志を残していれば、それが有効であると判断したのである。ちなみに日本の場合、たとえ延命治療を拒否する意志を残していても、それには法的な効力はない。

問題は、このようなリビング・ウィルが明確に存在する患者の場合でも、法廷に指定された後見人(この場合は妻)が、法廷に中断の伺いを立てなければならないのかであった。これに対する最高裁の判断は、無能力であろうがなかろうが、末期患者は能力患者と同じ治療拒否権をもつという理由で、その必要はないというものであった。

### 3.4. リーチ症例 (1980-82)

リーチ (Edna Marie Leach) は 70 歳のとき、ALS から人事不省状態になる。1980 年 7 月から装置につながれて改善しないまま、4 ヶ月が経過する。同年 10 月、夫は彼女の機械を外すことを求めたが、主治医は中断は裁判所命令による場合だけ可能であるとして拒否する。夫は、延命治療中止の命令を受けるために提訴した。そして審議の結果、彼女はそのような状態での延命は拒否していたと判断され、81 年 1 月、装置の抜き取りが行われ彼女は死亡した。

その後 82 年 7 月になって、夫と 2 人の子どもたちは、夫人の命が無駄に、かつ望まない努力のなかで引き延ばされたことは夫人への侵害であるとして、主治医と病院を提訴した。オハイオ州下級審は、このようなタイプの提訴には法的基盤がないとして、それを受け入れなかった。だが、控訴院はその判断を覆し、同意されない非緊急の処置は一種の傷害罪に当たるとする、驚くべき判断をする。医師が延命のために行なう治療行為が、場合によっては当人への傷害に当たると判断されたわけである。

### 3.5. コンロイ症例 (1983-85)

コンロイ (Claire Conroy) は 85 歳女性で、高血圧、心臓病、糖尿病などの持病があり、基本的には意識は清明ではなかったが、PVS までの状態ではなかった。1983 年、(呼吸器ではなく) 経管栄養管を取り外すように甥が要請するが、これは患者の餓死につながるとして、当然ながら病院側は拒否する。その内に彼女は死亡してしまうのだが、後に裁判となり法的判断が下される。

ニュージャージー州の下級審は、経管栄養抜き取りを支持するが、控訴審は不支持とし、ふたたび州最高裁で逆転支持の判決が出される。このように司法の判断も非常に揺れたケースである。

この症例は、全国の注目を集めた高名なもの 1 つとなった。患者が治療でなんらメリットをえられていないことが明らかな場合、経管栄養をやめることは積極的安楽死にはならないという含意があった。そしてこの係争の過程で、経管栄養は慢性的な病気の患者から引き抜くこともできる医学的処置である、ということが最初に認められた。つまり 1980 年代半ばになって、経管栄養で水分や栄養分を摂取することは食行為ではなく、医療行為と見なされるようになったわけである。

### 3.6. ブロフィー症例 (1986)

ブロフィー (Paul Brophy) は 46 歳の消防士であったが、1983 年 3 月に脳内出血で倒れ、同年 7 月 PVS と診断される。2 年後の 85 年 2 月、妻は健康時

の夫の言葉に基づいて、経管栄養中断を要請する。86年9月にマサチューセッツ州最高裁は、まだ植物状態にある間に経管栄養遮断を認めた初の判決を下した。

判決文は「延命治療は人間性を守るべきものであるが、PVSの延命治療によって身体的な生命をただ引き延ばすことは、人間性を毀損するものである」(…the burden of maintaining the corporeal existence degrades the very humanity it was meant to save)と述べ、PVSは人間性を毀損することを法的判断として認めた。同年10月、妻は夫を転院させ、経管栄養のうち食物分を外した結果、8日目に彼は死亡した。

### 3.7. クルーザン症例 (1990)

クルーザン(Nancy Cruzan)は1983年1月11日、当時25歳で交通事故にあり植物状態となる。事故から1年後、夫は離婚を申し出、両親が法的な保護者になる。87年、両親は経管栄養を外すように求めたが、病院側の拒否に伴い提訴する。両親側はかつて活発であった彼女の奔放なアイデンティティは永久に失われたと主張し、またそんな状態では生きてくれないというナンシーの以前の言葉も付け加え、検認裁判所も納得した。

病院側の控訴の末、88年11月にミズーリ州最高裁は逆転判決を下した。治療中断のためにはリビング・ウィルか、明確な意志表示の証拠(clear and convincing evidence)が必要とした。ところがそれに対して多くのバイオエシックス関係者は、それは実質的に無能力患者の治療中断を不可能にするとして、その判決を非難した。

この事件がなぜ有名かと言えば、1990年、こうした裁判の中で初めて、州の最高裁ではなく連邦最高裁にまで判断が持ち込まれたからだ。だが、アメリカでは連邦最高裁は州最高裁の判断にあまり干渉しない慣例があるらしく、「もっとよく調べて、証拠がある場合には中断してもよいのではないか」という判断を下しただけであった。だがその後、彼女の意志を確認する新たな証言が出てきて証拠と見なされ、90年12月14日、栄養管は合法的に抜き取られ、彼女は死亡した。

このとき少数派の判断ではあったが、連邦最高裁のブレナン判事は「延命治療を終わらせないということは、患者が望まない治療を受けなくても良いという権利を、その患者から奪うことである。その場合、劣化した存在様式が継続し、家族の苦しみは引き延ばされ、患者が元気な頃に残した思い出は徐々に歪められていく」と主張した。つまりPVS患者にとって、延命は有益、中立のいずれでもなく、かえって有害なのだということを明示する判断であり、連邦最高裁判事の判断という意味できわめて重いものであった。

### 3.8. ブラント症例

これはイギリスの症例であるが、ブラント(Tony Bland)は17歳当時の1989年4月15日、サッカースタジアムでの事故の結果、PVSと診断される。92年、医師団はこれ以上の延命は無益であると考えて、裁判所に経管栄養中断の可能性を打診した。裁判所は、PVS状態は哀れで侮蔑的であり、また患者自身にいかなる利益ももたらさないと考えて、延命治療中断を了承した。トニーは93年3月、経管栄養が外されてから9日後に死亡した。

## 4. PVS問題についての私的結論

### 4.1. PVS問題にあたっての総括的前提

以下、PVS問題について、私なりの結論を引き出しておきたい。

まず総括に向けたPVSの前提の確認をしておこう。現在PVS患者の処遇については、どんな状態でも生きていることが最高の価値という延命至上主義的なSOL(Sanctity of Life)的考え方は、少なくともアメリカではますます維持が困難になっていると考えざるを得ない。この種の話題では、単純に「アメリカに倣え」式の立論をすることは無意味だが、にもかかわらず、「死および死に至る過程」(death and dying)に関する彼らの議論の蓄積を分析することは有用である。

日本では神道の影響もあるのかもしれないが、死について、ケガレという意識が強く、また公共の話題として出さない傾向が強い。もっとも脳死につ

いては非常によく議論され、資料の蓄積も世界的にも突出しているが、その一歩手前とも言うべきPVSについてはほとんど係争も議論もない。それに対してアメリカでは、少なくともこの十数年、PVSについては論議の対象になり膨大な資料の蓄積がある。

以上をふまえて、PVSに限って上記の多様な議論を私なりに総括すれば、それは「生の最後の煌めき」というよりは、現代医療が生み出した、技術媒介的で特殊な形態をもつ「すでに始まっている死の過程の引き延ばし」であるという位置づけをすることが許されるように思える。

PVS患者の姿から、それ以前のその人の生活を連想させるのは困難である。また多くの医者は、脳の皮質が死んでいる状態なので当人には苦痛はないと言うが、医者の中には、脳幹が生きているのだから漠然とした苦痛様のものが絶対にはないとは言えないとの意見をもつものもいる。後者の意見が正しいとすれば、まず当人が苦しい可能性がある。そのことも考慮する必要があるだろう。

以上から、私の判断の根拠として、以下の点を確認しておきたい。

- ・患者当人に苦痛様のものが残っている可能性がある。
- ・近親者や友人の当人の思い出が毀損される。
- ・私の立論には、医療経済的観点は二次的にしか利いてこない。しかし二次的とはいえ医療経済的観点も看過できない。
- ・背後に通底するパーソン論の含意がある。パーソン論とは、自立的・自発的な個人を重視する考え方であるが、もともと中絶を正当化するために出てきた考え方であり、新生児、障害者、高齢者などの周辺化につながるとして危険視される側面もある。だが、その含意の本質は重要であり、広義のQOL的な視点を完全に無視することはできない。

#### 4.2. 〈滑り坂の論理〉への眼差しと拒否

こうしたテーマの展開にあたって問題になるのが、〈滑り坂の論理〉、すなわち1つを認めたら次々に認めざるをえないという論理である。

たとえばそれに関連して、1920年に、ビンディングとホッフエは、その著

書の中で「生きるに値しない生命は殺してもよい」としたが、この考え方の中には2つの間いかけがある。1つは、この世の中に生きるに値しない生命があるのかということ。そしてもう1つは、仮に生きるに値しない生命があるとして、それを殺してもいいのかということである。この著書においては、その答えは、両方ともイエスである。では1920年代当時、誰が「生きるに値しない生命」と見なされていたのか。それは、回復の見込みのない末期患者、重度の知的障害者などであり、それを後にヒトラーが読み、ナチスの精神障害者排除やホロコーストにつながったとされる。

〈滑り坂の論理〉に従えば、PVS問題への対応は、このような20世紀前半の歴史の暗い過去の再現になるのではないかという危惧がある。言うまでもなく、それに対して警戒的で慎重なスタンスをとることは重要だが、それはいかなるPVS症例においても、絶対的延命措置を取り続けることが最善だという考え方を支持するものではない

弁護士のスミス (Wesley Smith) は安楽死反対運動の展開者でもあるが、“Culture of Death” (2000年)と警鐘を鳴らしている。すなわち、カレンの場合は呼吸器を外すかどうか議論の対象であったはずなのに、しだいに経管栄養に対象が移ったり、あるいは当初はPVSだけが対象であったのに、そのうちPVSに近い症状にまで適用することを検討するようになったとして、しだいに「死を早める文化」になりつつある点を鋭く批判した。たしかに彼の論理には一定の説得力がある。

このように〈滑り坂の論理〉は、ある事柄を認めれば、それと同傾向の事柄もなし崩し的に認めるようになる危険性を内包する論理として、さまざまな場面でしばしば用いられるが、よく考えてみると奇妙な論理である。というのもそれは、ある事象について判断が行われるとき、そこに付随している個別的情况を無視し、その事象を抽象化した上で、ある類似点だけをことさらに抽出して「同傾向のこと」に結びつけるという「機械性」を帯びているからである。その意味で〈滑り坂の論理〉は、きわめて機械的な論理であると思う。したがって、そうそう簡単に認めるわけにはいかない、というのが私の立場である。

具体的に言うなら、あるPVS患者の延命を断念することから、PVS患者一般の延命治療拒否を導き出し、それをさらに積極的安楽死、さらには重症障害者の冷遇へと話を拡大していく、という〈滑り坂の論理〉お得意の議論に説得されないようにするということである。この論理はさまざまな局面で使われるが、「～につながる」というレトリックがもつ欺瞞性にそろそろわれわれも気づくべきだ。たとえば上記の事例は、それぞれに位相や状況を異にする問題群なのであり、重症障害者への冷遇を回避するために、個別のPVS患者の延命中断を留保するというのは、まるでおかしい議論仕立てになっている、ということわれわれは早く自覚すべきだ。

### 4.3. 個別の状況的差異の見きわめ

したがって、仮に個別のPVS患者の延命治療中断の決断に至るとしても、たとえば下記のような家族との関係の程度を見極める必要がある。そして「状況的差異」に基づいて、判断自体を変える可能性を残しておくことが重要である。

- 1：きわめて深い愛情をもって看護し、数年を経た段階で配偶者等の状態を見かねた上での判断
- 2：あまり愛情を持たずに、「やっかい払い」的な意図から与えられる判断
- 3：初めは愛情いっぱいでも、長い看護から来る疲労的な判断、投げやりの判断

だから、先に私が「PVS患者は死の過程に踏み込んでいる」と述べたこと自体が一般的言明にすぎないわけで、個別のPVS患者一人一人の処遇については個別の状況論的位置づけが不可欠ということになる。すなわち〈原理〉が「死の過程論」だとしても、それをそのまま機械的に個別事例に適用してはならない。こうした判断は、個別的情况に基づくカズイスチカ(casuistica)的なものでしかありえない。

ちなみにカズイスチカとは、人間は「人を殺してはいけない」「借りたもの

は返さなくてはならない」などの道徳的・倫理的な原理原則をもつが、複雑化した社会においては個別事例にはいろいろな状況があり、われわれの倫理的判断は社会の中で行なわれるため、普遍原理を個別事例にどう適用するかという場合の判断基準ととらえることができる。もちろん人間は人を殺してはいけない。しかしPVSになった場合は、カズイスチカ的に状況に応じて結果的に殺す決断もしなければならぬかもしれない。このようにカズイスチカは、倫理的な大原則と個別事例をつなぎ、個別事例の倫理的な判断を導くための技法とも言えよう。

もちろん今後、この問題についての制度的基盤の整備・拡充は不可欠である。日本でも、リビング・ウィルが法的根拠として認められるような法律を作るべきだろう。それを前提にした上での私の結論は「カズイスチカ的な縛りを与えることによって、なし崩し的な拡張判断を防ぐ、という安全弁を立ち上げながら、医学的統計上、蘇生可能性のきわめて低いPVS患者がその状態のまま一定期間（たとえば2年）を過ぎたら、延命治療中断に際しては、親族、医師などによる倫理委員会を設置し、そこで治療中断を1つの可能性として明示すべきだ」ということだ。

つまり延命治療の中断を1つの可能性として明示して、そこで議論すべきだということであり、そのことと延命治療中断の法制化とはまったく意味が違う。これは延命を絶対視する必要はないのではないかという慎ましやかな判断ではあるが、生命倫理的枠組みのなかで仕事をする私が、このような考え方を明示することにはそれなりの意味があると思う。

アメリカでは、PVS患者を準・脳死体扱いして臓器移植の対象にしてもよいのではないかとの議論まで出ている。日本はアメリカに倣う必要はまったくなく、私もこれには絶対反対である。

#### 4.4. 死一般の問題史のなかでの位置づけ

PVS患者の処遇についての私の判断の傾向から、末期患者一般の処遇、重症障害新生児への選択的治療停止問題の考え方、安楽死に対する考え方などへ類推を働かせてはならない。これまで述べてきたことはあくまでもPV

S患者に対しての意見であり、それを一般化することはできない。ただそれは、たとえば「重症障害新生児の選択的治療停止問題でもSOL的視点はとらない」という判断を私がもっているわけではない、ということではない。私は、SOL (Sanctity of Life) 的考え方よりQOL (Quality of Life) 的考え方をとる。

アメリカの場合、PVS問題については1990年前後にほぼ決着がついている。つまりPVS問題（治療中止・消極的安楽死）が最終決着しているというわけではないにしろ、論争の焦点は「医師による自殺幫助」または自発的・積極的安楽死問題に移動している。

たとえば、ある女性がアルツハイマー型痴呆の初期症状を示したとき安楽死を望んで、医師キヴォーキアンに依頼したところ、彼は塩化カリウムを挿入する装置を作り彼女に提供した。医師が塩化カリウムを注射すれば殺人罪になるので、その装置のスイッチを本人の意志で入れさせ、医師はそれに立ち会ったのである。これは、医師に助けられた自殺である。またデレク・ハンプリーのヘムロック協会（1980～）という安楽死協会が設立されたり、オレゴン州やオランダで尊厳死法が成立したりする動きも出てきている。

繰り返しになるが、日本の場合、こうした問題に対して法制化はもちろん、議論の蓄積がほとんどない。死一般に対する安楽死議論はほとんどなされていないのが実情である。

## 〈質疑応答〉

### ■PVSをめぐる欧米と日本の事情の差

—— カレンの裁判で、裁判官が実際にカレンを見ようとしなかったのはなぜか。

**金森** カレンの場合以外のケースは調べていないので推測だが、裁判官は、意外と患者を見ていないのではないか。実際に見たほうが正確な判断が下されると思えるので、一見不思議な気がするが、逆に見ることによって

判断が偏るとおそれているのかもしれない。カレンの場合の「患者を見ない」という裁判官の判断が、その後のモデルになった可能性もある。

—— 医師の職責感と、本人を早く楽にしてやりたいという家族の感情の対立は、安楽死問題にどのような影響を与えるか。

**金森** 医療の現場では、何らかの原因で脳に酸素が行かない状態になっても、きわめて早い時期に治療したら、PVSにならず治る患者が増えている。それは完全に医学の進歩だ。私が問題にしているのは、それにもかかわらず、その後不幸にしてPVS状態になった人のことだ。先に私はその期間は2年と述べた。もちろん医者ではないので正確なところは判断できないが、いろいろ調べた中では2年は一定の根拠のある数字だと思う。この期間PVSが続いた後に蘇生する可能性はきわめて低い。いずれにしても、これからも医学的な努力は当然の前提として行なわれる。それが不幸にしてうまくいかなかった場合にどうするか、という問題だ。

—— 「科学と社会とのかかわり」という観点から見た場合、この問題の位置づけは。

**金森** 私が医者でなくてもこういう問題についてなぜしゃべれるかと言えば、これは明らかに純粋に医学内部に留まり続けるタイプの問題ではないからだ。医学的な判断では、2年過ぎたら蘇生率が低下することは指摘できるが、それからどうするかは、医学の先の問題だ。先に医療経済の問題についてふれたが、実はこれは大事な要因で、治療継続には非常にお金がかかる。PVS患者を何人が扱えば病院経営が成り立つという意味で、患者をネガティブな医療資源としてとらえる実態もないわけではない。そういうことも含めて、延命治療中断を純粋に医学的判断だけで考えるのではなく、違う観点から議論せざるをえない。純粋に法律の問題でもなく、社会や文化の問題である。

—— 既存の法律の体系内では扱えないテーマということか。

**金森** そうだ、既存の法律体系では扱えない。アメリカでは、患者の自己決定権法があるため、リビング・ウィルは法的な有効性をもっている。日本でも、せめて自己決定権法のように患者の意志を明確に伝えられる法律が必要だと思う。日本でも、インフォームド・コンセントという言葉が知られるようにはなっているが、基本的にはまだ医者まかせであり、この問題が係争になることも少ない。実際、近親者がPVS患者になった場合、治療を中断してほしいとはなかなか言えないのではないか。

—— 医師の職業的倫理、キリスト教の自殺を禁止する精神的風土と、アメリカの意志決定における個としての自立性の関係はどうか。

**金森** この問題に当然神学者の関与はあるが、いちがいいには言えない。すでに50年以上前の1950年代にローマ法王は、「通常の医療手段」と「通常以上の医療手段」に分けたが、「通常の医療」の判断は、カトリックだからこころろ変わらない。少なくともカトリックでは、やむをえない場合はSOL的判断はとらないと結論づけている。

### ■リビング・ウィルに関する法的整備を

—— 昔なら死ぬ事故でも、現代医学では「通常以上の医療手段」で蘇生する可能性もある。

**金森** 事故で現代医療の粋をつくして蘇生するのは、医療の一環だろう。それは、もちろんどんどんやるべきだと思う。蘇生する症例が増えてくれば、PVSについての判断も見直されてくるかもしれないが、その症例はきわめて少ない。ただし考えさせられる事例もある。たとえば長期間PVS状態であったが、あるとき突然意識が戻り数時間家族と会話した後、死んだ例もある。あたかも家族に別れの挨拶をするために戻ってきたとしか思えない。とにかく、いろいろなケースがあるから、いちがいいには言えない。PVSの場合、治療中断を1つの可能性として明示すべきだということは、治療の停止という意味で消極的な安楽死であるが、私は場合によってはそれは認められると思う。ただし、積極的な安楽死には

反対だ。両者は全然違うものだ。

—— 脳死に関しての議論は多いということだが、そこにPVSの議論が組み込まれることはないのか。

**金森** 日本の脳死議論の中にPVSが組み込まれることはありえないと思う。脳死とPVSは峻別して考えるべきだ。しかし、大衆的な混同はあるかもしれない。一般の人が脳死と植物状態との違いをきちんと説明できるかどうか疑わしいが、両者はきちんと区別して議論する必要がある。

—— たとえばALS（筋萎縮性側索硬化症）のように、まちがいなく生きているが、しだいに筋肉の力が失われ、意志の伝達ができなくなった場合、以前リビング・ウィルを言明していたとしても有効だろうか。

**金森** それはリビング・ウィルについての重要な論点の1つだ。以前健康なときに延命治療を拒否する決断をしていたとしても、現時点でどう思うかという問題はありうる。ただ以前そう言明していたことは事実なのだから、そこまで言い出して、リビング・ウィルの法的効力を認めないよりは——仮に現在の認識とは異なる危険性があるとしても——リビング・ウィルを認める方向のほうが、最終的に本人の気持ちを保護する社会になると思う。あまりに完璧さを求めると、かえって基礎的な基盤づくりを崩してしまう危険性がある。ALSの末期状態がどんな症状か詳しくないが、運動機能が低下していくものの、精神状態は清明に残るのではないか。症状はゆっくり進行するから、最終的な状態になる以前、初期の段階で本人の意志を聞いておくことが一番大事だろう。日本の場合、共同体志向が強いので、だからこそ本人の意志があるなら、その判断を社会が保護すべきだ。私は日本のような社会で自己決定批判をするのはポイントがずれていると思っている。患者が自分の死に方を決める気持ちは、本人の人生観の一部だから大事にしたい。

—— 本人の意志はわからないし、家族も延命を望んでいない場合、社会のサポートが必要になるだろう。

**金森** たとえば経済的サポートの問題がある。海外では何十年も生きている患者がいる。家族だけで経済的にサポートするのはまず無理だ。社会が延命治療の中断が殺人であるという考え方をするのであれば、少なくとも経済的に患者の家族をサポートする必要がある。はたして社会がそこまでするかどうか。それは社会が決断することだ。

—— 人間の生命は一度失われたら、どんな手段をつくしても再生させることはできないのだから、医師は、生命の危機に瀕している患者に対して最大限の延命の義務をはらう必要があると思うが。

**金森** 私は二度、ICUの専門医の前でこの話をしたことがある。一度目は水をうったようにシーンとした。びっくりしたらしい。二度目は、倫理学者もいたが、出てきた意見は、医者としてはいかなる場合も患者の救命を使命感とする、というものだった。もちろんそういう医者も多いが、黙っている医者の意見はそうではなかったかもしれない。すでに死の過程に入っており、残念ながら生きているとは見なされない患者まで、死ぬまでの時間を長くさせられていることがいいかどうか。医者も一枚岩ではない。今の医学では、最後の数ヵ月を延命させることは技術的に可能だが、それが当人にとって望ましいことなのかどうか考える必要がある。

## ■「生きている」ことより、「どう生きるか」を重視

—— 金森さんはこの問題について自分の意見をもっているが、その根拠は自分の信念か。

**金森** 自分の信念もある。自分自身、もしPVSになったら延命を拒否する。それだけではなく、パーソン論のように、われわれの倫理的な判断の根源は、生きているかどうかではなく、どう生きるかというところにあると考えている。人間の文化はそういうものだと思う。生きているか死んでいるかではなく、なぜ生きるか、どう生きるかを重視する。それがPVSなど現代医療の場で問われる問題になっている。

—— 専門家の役割に関してだが、原発にしても専門家だけでは危ないので市民の合意が必要になる。死も個人の問題より社会の問題であり、その中で医師のような専門家と人々の関係はどうあるべきか。

**金森** 死の問題は最終的には一人一人の問題であり、死の専門家はいない。ただ「死に関する知識」の専門家はある。この問題に関しては専門家と素人という図式は無理だろう。だから、法律的には患者の自己決定権の法律を市民の合意のもとに作るべきだが、そのことと一人一人が自分の死を抱えていることとは、まったく水準の違う問題だ。つまり、法的整備は必要だが、そのことと自分の死にはまた別の問題なのだ。死はあまりに人生の根源にある問題なので、最終的には法律は関係なくなる。原発の安全問題と個人の死とは位相の違う問題だと思う。

—— 個人がどう死にたいかは個人の問題だが、延命治療を受容するかどうかは個人の問題ではなく社会の問題だろう。

**金森** 繰り返しになるが、患者の自己決定権法は社会的合意が可能で社会の問題と言える。そのことと個人の死生観に基づいてどう死ぬかということは、あまりにもレベルが違う問題だ。それは法律ではカバーできない。もちろん法的に整備すべきことはすべきだが。

—— アメリカでは経済的な側面から、延命治療を拒否する気分が形成されている。カレンの場合、経済的な問題はどうかだったのか。

**金森** カレンの場合は、経済的な問題はない。彼女の場合は保険があり、かなりのお金が治療に注がれていた。訴訟文を読むと、両親は「カレンが生 のより良い段階に移行することを許してほしい」という意味の主張をしている。カレンの場合は、背景に宗教的な概念が強かったと思われる。その後、彼女の父親は経管栄養も拒否して死亡したという。クルーザン の場合は、その数年後に父親が自殺している。この問題については、誰もがハッピーになることはありえない。延命治療を拒否しようが受け入れようが、当然ながらみんな苦しむ。

——自分で考えるのは個人の責任だと思うが、アリストテレスやプラトンはどう考えたのだろうか。

**金森** 昔から哲学は死についての考察でもあったから、さまざまな考え方があったはずだ。ここ150年くらいの医学は、人類史の中でも特殊だ。それ以前の過去に、人間はどう死んでいったかを忘れている。もちろん昔の人間のほうが、寿命が短く早く死ぬ。200年前は盲腸でも死んでいた。しかし多くの人々は、神父や家族に見守られながら自宅で死んでいった。われわれはそれよりはるかに長く生きられる。しかし人生の最終局面で、必ずしも自分の望む死に方ができるとは限らない。どちらがいいか考えさせられる。