

<学会レポート>

日本医学哲学・倫理学会第36回大会

中澤 武（明海大学）

日本医学哲学・倫理学会の第36回大会は、2017年11月11日（土）～12日（日）に帝京科学大学の千住キャンパス（東京都足立区）を会場として開催された（大会長：沖永隆子）。大会テーマは、「いのちと向き合うケア」である。

このテーマが選ばれた背景には、単独犯による事件としては戦後最悪の死者数を出した、いわゆる「相模原障害者殺傷事件」（2016年7月）がある。歪んだ優生思想を公然と標榜し、障害者の生を一方向的に「不幸」と断ずる犯人の言動は、社会に大きな衝撃を与えている。このような背景のもとで、生と死の問題を医療制度や社会制度あるいは社会福祉との関連で幅広く考えることを課題として、「多くの人々が共有する痛みの感覚として『いのち』の問題を捉え、いのちの始まりと終わりに対するケアをめぐって、いのちの尊厳について問い直す場を提供」すること（沖永大会長挨拶より）、それが今大会のテーマである。

このような大会テーマに関連して、「いのちの始まりへのケア」に焦点を当てた企画としては、特別講演「重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える」が開催され、松永正訓氏（松永クリニック小児科・小児外科 院長）が、重篤な先天性障害をもって生まれた子とその家族に寄りそう医師の立場から臨床経験について語った。これに対して、「いのちの終わりへのケア」に関する企画としては、「ケアの問題としての『尊厳死』——尊厳あるいのちをいかに支えるか」と題する公開シンポジウムが行われ、医学哲学・生命倫理の立場から、あるいは在宅医療を支える医師や介護者の視点から、「いのちの尊厳」をめぐるケアのあり方、および死生についての議論があった。

さて、大会1日目に行われた特別講演「重い障害を生きる子を通じて医の倫理を考える」の講師、松永正訓氏は、わが国における小児がんの遺伝子研究の草分け的存在である。松永氏は、小児外科医として数多くの重篤な先天性障害児の治療にあたり、児の家族との対話を重ねた経験に基づいて、人間の尊厳と医の倫理について語った。

講演の中で紹介された事例は、腹壁破裂・食道閉鎖・18トリソミー、13トリソミーによる多発奇形、急性神経型のゴーシェ病など、どれも極めて重い障害を伴う先天性疾患である。そのような障害新生児に対する選択的治療停止という措置について、かつて若き松永氏は疑念を抱いた——「生まれてきた赤ちゃんの命は親の所有ではなくて、赤ちゃん自身のものではないのか」。そこから、医のあり方と生命倫理に関する思考が始まる。「思い障害をもって生まれた新生児に治療を継続することは残酷なのだろうか。本当に、それでいいのか。むしろ、生きることこそが、尊厳なのではないか。」

その後18年を経た2011年、松永氏は再び、重い障害（13トリソミー）をもって生まれた児とそ

の家族に深く関わる。その中で、親が障害児を受容するとはどういうことか疑問に思った松永氏は、児の両親や祖父母との交流を続け、家族の思いに耳を傾けた。

障害児の誕生とは何か。従来の解釈によれば、障害児を受容することは、期待された健康な子供の死を意味するものと考えられた。だが本当は、障害児の受容とは新しい価値基準を作ることであり、自分の子を承認することを意味するのである。ただし、大江健三郎の作品にも見られるとおり、そのような受容には時間が必要である。障害児の親は、当初の否認・諦め・無力感から、開き直り・克服の段階を経て、積極的受容の段階に進む。新しい価値基準を作り、わが子と自分を承認する。しかし、このような過程は決して一方向の流れではなく、繰り返して振出しに戻る「螺旋型」のプロセスになる。様々な紆余曲折を経て、ようやく親は障害児の生を「個として」承認し、親自身の生を承認するに至る。

重い障害を生きることは、たしかに不自由である。だが、それは決して不幸とイコールではない。なぜなら、人間は、どういう人生を作るかを自分自身で決めることができるのだから。人間は自由である。自由に自分の人生を決めることができるのである。

とはいえ、人間は、一人で生きられるものでもなければ、一人で生きるべきものでもない。人と一緒に生きること（共生）が自立であり、自立とは共生なのである。そこにこそ、生の不条理の苦痛を乗り越える手段が見出される。医師の仕事は、そのような自立と共生の輪をつなぎ、障害児の世界を広げていくことではないだろうか。

大江健三郎の言葉を借りれば、患者の人間性を尊重することが、結局は（医師にとって）自分自身の人間性を尊重することにもなる。患者の人間性を尊重することを通して、人間の尊厳の意味が理解可能となる。そうすれば、死がすべての終わりではなく、生きることの一部であることも分かってくる。生命の萌芽を無条件に尊重する思想こそ、医の倫理のあるべき姿ではないだろうか。

大会2日目には、公開シンポジウム「ケアの問題としての『尊厳死』——尊厳あるいのちをいかに支えるか?——」が、日本学術会議の後援を受けて開催された。このシンポジウムは、「尊厳あるいのち（生と死）とは何なのか」という素朴な疑問に立ち帰り、延命治療の差し控えや中止というような特定の行為の是非からはいったん離れて「尊厳死」の問題を問う。尊厳とは、そもそも何か。医療やケアの具体的条件に応じて、あるいは広範な社会的状況の中で、人のいのちを尊厳あるものとして支えていくためには、どうすればよいのか——このような問題に関して、シンポジスト4名が理論面と実践面からそれぞれの持論を展開した。

まず、村岡潔氏（佛教大学）は、生命倫理における「SOL（Sanctity of Life：生命の神聖さ）倫理」と「QOL（Quality of Life：生命の質）倫理」との対立を確認し、QOL倫理から「新・優生学」への関連を指摘する。たとえば、サイケビッチ氏の事例——重篤な知的障害があり、67年間にわたって施設で暮らしてきたサイケビッチ氏は、急性骨髄性白血病と診断され、化学療法の適用が検討されたが、QOL倫理の立場にある医師の主張で化学療法は行われず、数ヶ月後に肺炎で死亡した——でも見られるとおり、判断能力のない者に対する治療の当否に迷う医療者やケアテイカーは、とかくQOL倫理の立場を取りがちである。

だが、我々は、むしろ近代科学・現代医療の根底に「文化社会的仕分けとしての正常と異常の二分法」（健常／障害、健康／病気）という「イデオロギー」が潜んでいることに注目すべきである。病気や障害は本人だけの「自己責任」ではない。むしろ、病者や障害者と「健常者は、病気ごとに、その利他的役割を交換しながら、集団全体（共同体）がかかえる様々な病気や障害にその都度対処して克服していく互酬的ネットを形成」しているのである。村岡氏によれば、このような「人々の共生関係」は、「実は日々の尊厳ある生き方の根底にあり、享利共生という互酬性のシステムによって支えられている」。

2人目のシンポジストとして立った香川千晶氏（山梨大学）は、まず、日本尊厳死協会の設立事情に触れ、1976年のいわゆる「カレン裁判」判決が、わが国における「尊厳死」論の出発点にあったことを指摘する。日本尊厳死協会東海支部編『私が決める尊厳死、「不治かつ末期」の具体的提案』（2007年）によれば、「あまりにも進んだ延命処置は不治、末期あるいは回復不能の持続的植物状態などにおいて、かえって苦痛を強制し、尊厳ある生を冒す場面が多く見られるようになり」、「人生の最後は自然の摂理に任せ、苦痛を抑える治療は十分に行う一方、延命措置は拒否するという運動がおこったのも当然の流れ」であった、という。このように、医療技術を「反自然」と見なし「自然」と対比させる考えは、英語圏では19世紀以来の安楽死論を背景としている（例：トールマーシュ）。「カレン裁判」は、「医療技術に対する人間性の回復・人間の尊厳の確保の手段としての安楽死」というテーマを、劇的に大衆化させる役割を果たした。

以上のような理論的観点からの問題提起に対して、3人目のパネリストである足立大樹氏（ホームケアクリニック横浜港南）は、地域での在宅医療に従事する実践家（いわば「看取り屋」）としての医師の立場から、超高齢化時代における「尊厳ある死」の実現について語った。

わが国では今後、高齢人口の増加とともに死亡者が増え、認知症を患う通院困難な高齢患者も増加する。心疾患や肺炎などの「非がん死」の比重はますます大きくなり、エビデンスだけに基づく医療では対処しきれない「多疾患」や障害が一般化する。平均余命が伸びると同時に要介護期間も長くなるのが現実なのであって、いわゆる「ピンピンコロリ」や「健康寿命」の伸長などが本当に実現できるのかは、疑わしい。

そのような超高齢化社会では、ディスアビリティに向かい合う医療が重要になる。その際には、どんなふうに生きていきたいかという患者の価値観が医療側に伝わらないと、うまく治療ができない。「尊厳ある死」を実現するためにも、「在宅医療」に地域医療の一環としての位置づけを確保することが必要なのである。

最後に、4人目のパネリストとして登壇した川口有美子氏（NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会）は、「尊い生から尊い死へ」と題して、1995年から現在までの22年間に及ぶ自身の介護実践について語った。

川口氏は、1995年に母親がALSを発症して以来、在宅人工呼吸療法を続ける母親の介護に献身し、一時は安楽死を強く望むほどにまで追い詰められた経験を持つ。しかし、その後は障害者の自立生活運動に学んで「尊厳を守る介護」についての認識を深め、安楽死・尊厳死に反対の立場をとるようになった。

ただし、重度障害者の介護を担う家族の負担は、あまりにも重い。長期の介護負担で家族は崩壊する。欧米のALS患者の実状を見ると、人工呼吸器の装着率が低かったり、装着が期間限定（！）であったり、事前指示書に従って取り外されたりしているが、その理由の中では、家族に対する負担が重要な要素と考えられる。

わが国でも、「終活」の名のもとに行政が旗振り役となって高齢者にリビングウィルや遺言書などを書かせ、「余計な治療をしない」方針を啓発している。だが、これは行き過ぎであり、もっと慎重に考えるべきことである。むしろ、行政のなすべきことは、高齢者の居場所を作ることであろう。

これからは、重度障害者の利用できる「見守り」の制度が高齢者にも必要になる。だが、「死にゆく高齢者の尊厳」を介護保険だけで守るのは厳しい現状である。人の命を左右するような決定を、「個人の選択や責任に帰することはできない」。当事者（障害者や高齢者）の声に耳を傾け、「すべての弱者の尊厳が守られる社会」を作るためにも、「安価で良質な『見守り』ケアを早急に全国に普及させたい」。尊厳ある生および死を実現するためには、重度障害者が求め続け、自らの手で実現してきたような「草の根」介護サービスを、今後は高齢者介護についても普及させていく

ことが重要になるのである。

以上で見たように、シンポジウムでは、大会テーマに関連した「尊厳あるいのち」に向き合うケアの問題に関して、理論面と実践面から4つの報告が行われ、さらに聴衆からの質問を受けて報告者との議論が展開された。

なお、2日間の大会中には、このほかにも『『正常さ』と『異常さ』の境界——『不幸な生』に関する倫理的背景の考察』と題するワークショップが実施され、個人研究発表の枠内では24件の報告が行われた。これらの研究発表のテーマは、病気や生死、健康などの概念をめぐる哲学的考察、患者の権利や意思決定に関する問題、医療の組織や倫理教育、認知症高齢者に対するケアのあり方、医薬品のリスクコミュニケーションにおける薬剤師の役割、あるいは看護におけるケアリングの課題にまで及び、関連して様々な観点からの研究成果が披露された。それぞれの発表に対しては活発な質疑応答があり、領域横断的で学際的な交流の場が形成されていた。

第36回日本医学哲学・倫理学会大会の成果は、論文あるいは研究報告書の形にまとめられ、近日に学会誌『医学哲学・医学倫理』を通じて公開される。この成果によって、我が国の医療は、痛み苦しむ人の「いのち」に寄り添うための新たな視点を得ることだろう。