

終末期の選択をめぐる倫理

ブーバーでもロールズでもない語り方

森下 直貴（浜松医科大学）

本格的な高齢社会の到来とともに、いま終末期での選択が問われている。社会としてどの方向に舵を取ればよいのか。それは、オランダのような自発的安楽死の容認の方向か、イギリスのように地域でのホスピスか、それともアメリカで目立つような治療停止の拡張的適用の方向か。終末期の選択に関して日本社会はこれまで正面から向き合ってきたとはいえない。「安楽死問題」はときおり台風のように吹き荒れるが、やがて風化し忘却される。単純化すれば、その繰り返しであった。ただし、昨今の一連の動きはこれまでと違って、法制化やガイドライン策定につながるような様相を呈している。

終末期の選択ではことのほか社会的な脈絡が問われる。「人工呼吸器の取り外し」に問題を矮小化してはいけない。医療現場では毎日、家族との阿吽の呼吸で医師が延命治療を停止している（と想像される）。全国の老人保健等の施設ではいまこの瞬間にも、寝たきり痴呆老人がまともな看護・介護を受けることなく亡くなっているにちがいない。医療費削減の圧力や、家族の介護疲れや金銭問題、家族形態や生活意識の変容、慣習や法律など、多様な力とその死を取り巻いては交錯している。一人の老人の死に、現代日本の社会と文化が凝縮されている。医療福祉行政と経済的好不況との関連や、医療専門家集団のプロフェッション倫理の脆弱性、さらには日本における安楽死思想の継承の問題などもある。

しかし、一人の「哲学者」としてどのように語るべきなのか。たとえば、生命倫理研究者の一部のように、依拠する原理（自己決定、人間の尊厳、生命の尊重）から観念的にして普遍主義的に語ろうか。むしろ、個別性をあくまで重要視して、終末期の当事者の視点にたってこれを一般化しようか。あるいは、医療専門家になったつもりで個々のケースを考慮し、政治や検察や一般社会の介入を拒否してみせようか。それとも、医療倫理学者のように気の利いたフローチャートを作成し、解決の方向を解説してみようか。視点と話法については敏感であらざるをえないが、あるべき視点と話法があるとも思えない。ここでは一つの論点を提起する。

終末期の選択（に限らず医療全般）に関する語り方はこれまで二つあった。一つは、二者の親密なコミュニケーションをめざすケアリングの語り方であり、これはもちろん医療教育の基本中の基本である。もう一つは、自己決定や人間の尊厳といった普遍的な正義をめがける、審議会や倫理委員会での語り方である。どちらも必要不可欠ではあるが、日本の医療現場でいま最も必要とされているのは、そのいずれでもない。利害を相対的に離れ、内部と外部の境界線上に位置する第三者の観点であるように思う。具体的なケースを素材としながら、無数の特殊な二者関係と社会全体の基本制度とを、また現場での人々の思いと一般的な言説とをつなぐ第三の語り方を論じてみよう。