

コロナ禍で加速する「死の合理化」

2年間で安楽死合法国が倍増した背景

神戸市議会議員・元国会議員政策担当秘書 岡田裕二

「1人の死は悲劇だが、集団の死は統計上の数字に過ぎない」

これは大戦期にナチスドイツの高官としてユダヤ人虐殺の前線指揮を執ったアドルフ・アイヒマンが、戦後公判で語った言葉とされる。新型コロナウイルスが世界で猛威を振るい始めて3年経つが、その間の累積死者数は世界でおよそ650万人（11月1日現在）。平均すると毎日5000〜6000人がコロナ禍で命を落とすなか、我われ人類は次第に人の死を、悲劇ではなく統計上の数字と捉え始めではないか。

私たちは日々の満員電車が人身事故で運行停止になるたびに、犠牲者を想い、心を痛めたりはしない。「急いでいるのに迷惑なことだ」と苛立つことすらある。もともと孤立社会で隣家の住民が誰かもわからない現代社会に、コロナ禍の大量死が覆いかぶさった。そんななか、人々の死生観はとくに

コロナ禍の被害が甚大な欧米で、劇的な変化を迎えている。

スイスでは「自殺カプセル」も

スイスの首都ベルン州の保健福祉長官は21年1月、全国紙のインタビューで、コロナ禍での死亡率が高いという記者の言葉にこう反論した。

「ベルンで今まで出た死者850人余りの半分の400人程度が老人ホームの入居者だ。この400人は老人ホームで毎年死ぬ人たちの小さな一部に過ぎない。老人ホームの平均居住期間は2年程度。コロナに感染してもしなくても、そもそも数年後にはそこにいなかったのだ」

コロナの死者の半数が「どうせ死ぬ人たちだったので問題は無い」という趣旨の発言を、日本で政治家がしたならば即辞職ものだろう。しかし、スイスではさほど大きな

問題にはならなかった。こうした死生観の違いを、まざまざと浮き彫りにするのが安楽死制度である。

コロナ禍以前より、積極的安楽死が合法化されていた国は、ベルギー、オランダ、ルクセンブルク、カナダ、オーストラリアの5カ国のみ。ところが、コロナ禍がピークに達した21年からこの2年間で、コロンビア、スペイン、ニュージーランド、オーストリア、イタリアにて相次いで合法化され、一挙に倍増した。

安楽死を語る際、もれなく登場する国がスイスだが、スイスでは前記のような積極的安楽死は認められず、幫助自殺が認められるのみだ。この2つの違いは、最後の行為の主体が誰なのか、すなわち致死的な薬物を誰が注入するかによる。医師が注入すれば積極的安楽死、医師の処方を受け、患者本人が注入すれば幫助自殺である。一方、安楽死のうち、延命治療

を中止することで患者を死に至らしめるのは消極的安楽死だ。これはお隣の韓国でも18年から施行されている。

02年に世界で初めて安楽死を合法化したオランダや、年齢制限なく未成年者も安楽死が可能なベルギーのほうが、一見急進的に見える。しかし、スイスが常に代表として取り上げられるのは、「利己的な動機で他人の自殺を助けるのは違法」という規定がすでに40年代に規定されていたからだ。例えば遺産を受けようとする目的で親の自殺を助けたり、自分に経済的に依存している者の自殺を煽ったりすることなどは違法だ。

逆に言えば、利己的な動機なしで他人の自殺を助けることは合法となる。その結果、80年代から登場したのが幫助自殺を体系的に助ける企業だ。これらの企業は、顧客（＝自殺を希望する人）が最後に薬を注入するまで、すべての手

順が滞りなく進むようサポートする。このような企業は国内に4社あるが、うち2社では外国人も顧客として受け入れている。いわゆる「自殺ツーリズム」の輪旋だ。

さらにスイスでは、搭乗者が自ら命を絶つことができる自殺カプセル「サルコ」が発明され、議論となつている。カプセル内部の酸素を約30秒で21%から1%に急速に減少させ、低酸素症にすることで、搭乗者は何の痛みもなく5分で平和的死に至る。何とも簡易かつ合理的な自殺ツールだ。

他の分野では保守的なスイスが、なぜ死についてはかくも急進的なのか。原因はスイスの医療システムの欠陥にあるようだ。スイスの



スイスで開発された自殺カプセル「サルコ」

医療技術は世界最高水準とされているが、その技術は専ら病気を治療することに偏っている。緩和ケアやホスピスに関心と投資がほとんど費やされなかった結果、国家レベルの緩和ケアシステムが整備され始めたのは10年代に入ってからだ。12年からベルン大学病院の緩和センターを率いるシュテフェン・エイヒミユラー教授は、スイスが緩和ケアの後進国となつている原因として「病気と一緒に暮らす、という考えが重視されてこなかった」点を挙げる。「病院は営利的で、人々が期待するのは病気を素早く治すことのみ」「国民保健サービスのような、病院以外を含む包括的な医療ネットワークでケアするという観点がまったくなかった」とも。医療サービスのあり方が人々の死生観に大きな影響を与えることを、スイスは身をもって証明している。

英経済誌『エコノミスト』が15年に発表した「『死の質』指数」ランキングは、緩和ケアの環境、人材、利用者負担などを総合して全世界80カ国を比較しており、スイスは15位となっている。1人あた

りGDP（国内総生産）、医療費支出ともに世界2位の国にふさわしくない成績だが、日本も同調査で14位。スイスとほぼ同位だ。

介護・緩和ケアの遅れとの関係

日本ではコロナ禍の深刻化に伴い、高齢者の孤独死が問題になっている。政府は孤独・孤立対策担当大臣を設置し、孤独死の減少に取り組むが、その努力を社会学者である上野千鶴子氏のベストセラー『在宅ひとり死のススメ』が一蹴する。上野氏は本の中でアンケート資料などを引用しながら、1人世帯の高齢者が2人以上世帯の高齢者より幸せて、負担や心配、寂しさが少ないことを立証する。

彼女が勧める「在宅ひとり死」は、文字どおり家でひとりで死ぬこと。しかし老いて衰えた高齢者が自宅での死を迎えるには充実した介護、看護、医療サービスが必須だ。日本の介護保険のように、看護師の家庭訪問等を含む通院・入院サービスを包括して提供する制度、すなわち高齢者が必要とする療養・医療的ケアを、看護師・医

師等が訪問するなどして提供するサービスがなければ、在宅ひとり死など望むべくもない。

他方で、スイスやオランダなど、安楽死制度が充実している国は、他の国に比べて最後までよい人生を支援してくれる介護・緩和ケアプログラムの整備が遅れている。さらに言えば、欧米で安楽死・幫助自殺を許容する国ほど、コロナ禍での死者数が多い傾向にもある。もしかすると人々の死には、ウイルス感染症そのものより、深刻な原因があるのかもしれない。

未曾有のコロナ・パンデミックは人類社会のあり方に、根本的な疑問を数多く投げかけたが、私達の人生の締めくくり、すなわち「良い死に方」をめぐる死生観に対しても、大きな論議を投げかけた。安楽死や幫助自殺は「良き死の成功例」なのか、それとも「良き生の失敗例」なのか。

米外科医のアトゥール・ガワンデ氏の話題作『死すべき定め』には、「生の幫助」は「死の幫助」よりはるかに難しい」との指摘もある。医療・行政・政治に携わるすべての関係者に刺さる言葉だ。