

## 「安楽死」問題を考える

— 日本における「安楽死事件」を手がかりに

### 一 問題提起

蘇生術や生命維持技術の進歩は、これまで手をこまねいて命を失うしかなかった多くの難病患者に福音をもたらした。しかしその反面、依然として治療手段がなく早晩死ぬであろうと予想される患者の命をこれまで以上に長引かせ、したがって苦痛や心労を増すという結果をも招いた。こうした患者、いわゆる終末期患者への医療側の対応（ターミナル・ケア）については種々の考え方・努力が為されているが、その一つに「安楽死の実施」という選択がありうる。

安楽死は古くからしばしば起こっている出来事であり、それも医療側の手でというよりむしろ肉親間で行われることが多かった。しかしこんにちでは、救命を付託されている医療の現場で、その実施に駆り立てられやすい状況が生じている。現にわが国でごく最近こうしたケースが起こった。本稿で

は、この、医師による安楽死の実施という深刻な事件を手がかりとして、安楽死の現代の問題状況を考えてみたい。

## 二 事 例

事件は、一九九一年の四月十三日であった。ある私立大学の附属病院内科病棟で、多発性骨髄腫で入院中の患者（五八歳、男性）に対し、主治医である医師が患者家族の懇請を受け、薄めずに静注すると心停止で死に至る作用のある塩化カリウム二〇ccを注射したところ、ほどなく患者は死亡したというのである。

警察は医師の行為と死亡結果との因果関係がきわめて高いとの鑑定を受け、この医師を殺人罪で起訴したのである。その第一回公判が一九九二年九月二十八日に行われ、広く報道されたことから事件のいっそう詳しい経過が明らかとなった。

起訴状によると同医師は当日午前、患者の妻と長男から「これ以上苦しむのを見るのはつらい、すべての治療を中止してほしい」と訴えられた。説得したが、家族は「われわれも疲れた、もう十分だ」と聞き入れなかった。そこですべての治療を中止したが、なお患者が苦しそうな様子を見せた。それを見て家族が「早く家に連れて帰りたい」と再度懇願、医師は追いつめられた気持ちになり「このうちは患者をすぐに確実に死なせてやろう」と決意、同夜八時半すぎ先述の注射を実施した。以上

の行為は、殺意があったことが明らかであり、患者本人が安楽死を望んでいたか不明であり、かつ、塩化カリウム注射による致死行為は倫理的に許されない、ということ等から殺人罪に当たるものである。檢察は、本件は、一九六二年山内事件に関連して示された名古屋高裁の安楽死容認条件に該当しないと判断し、起訴に踏み切ったのだと言えよう。なお、患者家族については、囑託の事実<sup>(1)</sup>はあったものの、使用された薬剤の名前、薬効、副作用について知らされていなかったとして不起訴処分であった。

以上の起訴事実の陳述に対する弁護側の主張であるが、被告人の医師は、事実関係については認めたものの、殺意があったことは否認し、無罪を訴えた。また、弁護人は、要旨、「被告人の行為は患者家族の教唆によって行われた、安楽死に準じた行為であり、刑法で裁く要素はない。家族が不起訴処分であった以上、被告人についても控訴棄却を求める。形式的には刑法一九九条（殺人罪）の構成要件に該当するとしても、実質的には違法性がないから、かりに裁判がつづけられたとしても無罪判決が下されることを求める」といった弁護論を展開した。

### 三分析

以上がこの事件のあらましである。

本来、患者の苦痛緩和、救命を至上の使命とする医師が、その職業倫理に照らしてみても、一見して

異常としか見えない思い切った行為をしたのであり、世論もまた「とんでもないこと」と受けとめる反応が多い反面、<sup>(2)</sup>ターミナル・ケースの深刻さを思い医師に同情する声も無しとしない。ここにこの事件のユニークさ・困難さがある。

検察側と弁護側の真っ向から対立する主張からうかがわれるように、この事件にはいくつかの争点がある。

まず殺意の有無である。医師は専門柄塩化カリウム二〇ccの静注が患者にどんな効果をもたらすかを当然知っていたはずであり、とすればその注射を行った目的・意図は殺意を構成するのに十分である、というのが検察の言い分であるが、これに対し医師は「穏やかな死を願って」のことであるととして殺意を否定した。この対立をどう考えるか。一般に、ある行為によって相手の死が確実に結果するだろうと未然に知りつつその行為を為すのは明らかに過失ではない。つまり故意である。しかし故意といっても、通常の殺人事件の場合の殺意と同じ性質の殺意がこの場合あったとは思にくい。つまり相手の心臓を一突きし金品を奪った場合、さらにその金品で自分の借金を払うという動機があったというのがしばしば起こる殺人事件である。意思といっても、直接の企図と、さらにその目的とする意図との二段階があるわけである（これ以上先まで辿ることは不可）。この医師は当の行為によって個人的な何かを得ようとしたとはみなしにくく、強いて言えば家族の負担の軽減と患者の苦しみからの解放とを意図しつつ、殺人を企図したもののようである。すなわち、殺すことを企図したが、相手

や家族の安寧を意図したというのがこの医師の行為の動機であろう。法律用語ではこれをも殺意と呼ぶのであろうか。

次に、上述したような「意図」ははたして真実のものとして立証されるかである。この意図そのものは、企図から切り離して考えれば内容的には申し分なく、わけても医師の職業倫理の根幹をなすものである。もちろん通常はこの事件とは逆の方向へ行為を促すのであるが。問題は真実この医師が衷心よりそれを願ったか否かである。報道されるころでは、この医師は日頃より「まじめで患者思いのいい先生」との評判を得ていたという。それが事実ならば、おそらく患者や家族の要望に耳を傾けるタイプであったらうと推察され、家族の「延命治療の中止」の要望や「疲れた、早く連れて帰りたい」との訴えに対して、聞き流すことなくその意を汲んであげようと思図したとしても不思議ではない。家族の言葉のなかに「殺して欲しい」との明言がないとしても、病気の不治をかねて告知されていたであろう家族が「薬にしてあげて」とか「早く家に帰りたい」と懇願することは安楽死の要請と見るほかなく、むしろ死を口にするほうが不謹慎であろう。この場合、薬効の無知云々は本質的なことではないであろう。不穏当な例だが、殺し屋を雇う場合、その方法はいっさい委せるのが普通ではないだろうか。<sup>3)</sup>

以上から医師が家族の安楽死要請をまじめに受けとめ、それを叶えてあげようと思図し、劇薬の注射を企図したと結論づけていいであろう。ただこの場合、患者本人が自らの死を望んでいたか否かが

不明であることが問題である。多くの場合、わが国においては不治の悪性の病気については本人には知らせないのが普通であり、患者はこの苦しみを越えればいつかは回復するはず、と必死にこらえているうちに判断能力を失い意識不明になり、やがて死んでしまうというケースが多い。<sup>(4)</sup>本人が自分の自覚症状の重さから死病であることを察知することもあるが、その点からすれば、このようなケースでの本人の明確な囑託意思の確認は困難と言わざるをえない。形式的には「望んだ」「望まない(考へもしない)」という半々の確率だが、情報提供(告知)がなされていないならばこれはいして意味があることではないだろう。そうであってみれば、告知されていたうえでなお本人は安楽死を望んではいかなかった、という明確な証拠がない場合でも、つまり、もし病状の真実を患者が知っていれば望んだかもしれない場合にあっても、患者の希望の有無の不明が有罪の決め手になるものであろうか。挙証責任の所在の問題というより、そもそも挙証できそうもない、したがって挙証義務がないような事柄の取扱いの問題である。法理に暗い者として感覚的に言えば、有罪とするのに有利とはならないと思われるのであるが。もちろん、本人が告知されたうえで懇願したのであれば、告知されないで不明という場合よりはるかにすっきりしていることは今さら言うまでもないが。

次に、本人がかりに善意の意図を持っているならば、死を招く行為を企図してもいいかという問題がある。意図と企図とは目的合理的連関で結ばれていなければならぬ。意図を目的とすれば企図は手段に当たる。「鶏を割くにいずくんぞ牛刀を用いん」という諺もあるように、目的は適切な手段に

よって実現されなければならない。この事件の場合、「患者を苦しみから解放し、家族を負担から解放してあげる」ことが、はたして「致死量の薬物注射により早急な死を帰結させること」と不可分に結びついているだろうか。現在の医療水準でとうてい治療不可能であったにしても、効果的な鎮痛剤で管理するとか、ターミナル・ケアの専門病院（ホスピス）を紹介するとか、家族の経済的・心理的負担を軽減する道を探るとか、何か策がなかったのであろうか。死はすべての清算であり、問題の解消であるかもしれないが、解決ではない。自殺や心中でも同じだが、他のとりうる手段が全然なかったとは言い切れない微妙な面をいつも含んでいるものである。当の本人の性格的問題がこれに絡んでくる。「思い詰め、追い込まれた」医師が、思い余って他のとりうる態度を考量する余裕を失っていたとも考えられよう。事実、彼は企図形成に至る前に、治療に関わっている他の医師や看護婦などの医療チームにも、また、上司や病院管理者にも苦衷を打ち明け相談した、という形跡がないようであり、誠に不可解である。それどころか、看護婦の制止を振り切って事に及び発覚することになった、という報道が正しいとすればむしろ異常であるとしかしいようがない。さらにまた、日常こうした類の相談を行う慣例や制度がなかったとすれば、本人の性格だけのせいではなく、病院全体の体制の問題でもあろう。

最後に、こうした重大な企図を実行に移したことの可否である。他人を殺してやろう、と思うことはだれしも絶対ないとは言いきれない。それだけでは、道徳的には悪徳だとしても法律的にはとがめ

だてでできることではない。法的断罪はあくまで実行された行為についての法規定に照らした有責性の追求である。ここではこの実行の持つ意味あいとその仕方が問題となる。仕方というのはそのやり方が適当であったとか、残忍ではなかったかということである。この点については、農薬を飲ませたとか刃物を用いたとかいうのではなく、医師ならばさもあろうという薬物注射の方法をとっており、名古屋高裁の第六条件には抵触しないと思われる。それにしても死なせるという企図のもとに致死量の毒物を注射するということは紛れもなく殺害であり、合法的な死刑執行である場合を別として、どんな法理をもってしてもそれ自体を無実とすることはできない。このことは安楽死容認論者といえども例外ではあるまい。一般的に、起訴されたある殺人行為から被告人を弁護するには、A 当該の犯行を否認、もしくは、しなかったという証拠を出すか（アリバイの提出、等）、B その行為を承認したうえで、それにもかかわらず、その行為の可罰性の無効を、（一）免責事由を挙示するか（精神異常、不可抗性等）、（二）違法性阻却の理由を提示するかして（攻撃してくる相手から生命を守る唯一の防御法としての行動が結果的に相手の死を招いたのだから正当防衛だ、等）訴えるか、の二方法がある。もっとも、A を行いつつ、B をも主張するということは有りうる。<sup>(5)</sup>しかし論理的にはかなり歯切れが悪くなることは確かであろう。以上のような弁護の常道からすれば、嫌疑のかけられた殺人事件は、その行為を明確に否定できれば被疑者の無罪放免で終わるが、そうでないかぎりは、無実性を免れないことを認めたくらんで、可罰性の免除を願い出るしか被告人には道はないであろう。安楽死容認論が

依拠しようとする法理は、上のB(2)の理由となりうるとの主張にほかならない。とはいえ、安楽死に限ったことではないが、すべての事件が種々の特殊な側面を持ち、新しい問題を提起する。この事例でも、企図と意図とが「殺意」とどう関係するか、不治の病の告知の問題、安楽死の囑託をめぐる家族と本人の関係、医療側の体制の問題、実行方法如何の問題、等多くの争点・課題を残している。これらが司法の場でどう裁かれるものか、慎重に見守っていきたい。

ところで安易な安楽死容認は、囑託殺人や殺人幫助の免訴につながりかねず、慎重・厳格な歯止めが必要なことは言うまでもないことである。最近の医療状況のなかでどのような考え方が為されているのであろうか。いくつかの安楽死論を取り上げてみよう。

#### 四 理 論

世に安楽死を論じた文献は大量にあり、その論調も多種多様であるが、古典的で標準的と思われる一書によって議論を整理してみよう。その一書とは、宮川俊行『安楽死の論理と倫理』（東大出版会、一九七九年）である。

この論者によれば、安楽死とは本来は「苦しみがなく、美しく、尊厳的な死」のことであり、古今東西人間だれしもの願う大往生のことであるが、とくに十九世紀以後死のコントロールという合理主義

的発想が発達し、人為的側面が強調されるようになった結果、安楽死と言えば「特定の他者の生命を、生存無意味とする判断を前提としたうえで、その死を引き起こすという意図のもとに、あるいは、少なくとも、死を容認しつつ、この生命と何らかの形でかかわろうとすること」という意味で用いられるようになった、とされる。つまり、密かに自分で自分のことをどう始末するかではなく、させるほうと、してもらおうほうという、對他者関係抜きには議論しにくい問題になっていると言わなければならない。安楽死が深刻な裁判事件を招きやすいのはこのためであり、この点は議論の大前提であろう。安楽死「問題」が始まるのは、その前後の「生存無意味とする判断」とか「その死を引き起こすという意図のもとに」とか「死を容認しつつ」とかの中味をめぐってである。これらを、安楽死のさせ方・方法と、その行為を妥当もしくは非難されないとする理由、の二つにわけて著者の見解を追ってみよう。

安楽死させる仕方・方法については、実行者の作為性（ある事を為して死をもたらしたのか、それとも手控えて死ぬに委せたのか）、死の予見性（ある行為の実行もしくは不実行が死を直接に企図したのか否か）、囑託性（安楽死させられる当の本人の意思がどうであったか）、の三視点からそれぞれ、積極的・消極的、直接的・間接的、任意的・非任意的・不任意的、に区分される。ここで一言補足すれば、任意的とはいわゆる voluntary であって本人からの明確な囑託がある場合であり、それが不明な場合 involuntary や意思に反している場合 involuntary から区別される。この区別は精神病患者の拘禁の場合にも重要な視点となる。

さて、こうして種々の態様が区別されるわけであるが、単純に計算すると  $2 \times 2 \times 2$  で  $12$  通りの安楽死のさせ方があることになる。<sup>(6)</sup> これらのなかには理屈のうえでだけ考えられ現実にはあまり意味がないものも含まれるだろう。具体的ケースがただちに浮かんでくるものとしては、消極的・直接的安楽死（重度奇形の未熟新生児の放置。障害の程度・誕生月数にもよるが死はかなり確実に予見されよう。なお任意性は不明であろう）、消極的・間接的安楽死（治る見込みがない人に蘇生術を施さない。これにも任意性によって三様が有りうる）、積極的・間接的安楽死（植物状態の人から生命維持装置をはずす、あるいは、苦痛除去のため最後の一服と知りつつモルヒネを打つ）、積極的・直接的・不任意的安楽死（ナチによるユダヤ人の大量虐殺、など）などであろう。すべてこれ医療現場で起こりかねない現実的事例である。だが、いかなる安楽死が社会的に許容されるかはまた別の問題である。

著者は安楽死を肯定しようとする考え方を、安楽死思想と名づけ、これにはそれを是とする根拠をどこに置かによって、つまりは、生命の質がどんな意味で無意味であると判断するかに応じて、四種類あるとする。尊厳死思想は、たとえば重度の精神異常や意識障害などによってもはや人格存在としての人間の尊厳を保てなくなったならば、その人の生命の価値は失われるのではないかと考える。そこから治る見込みがないのにいたずらに延命治療を施すことは無意味だとする。厭苦死思想は、それが何の病気にせよ不治であり、耐え難い苦痛しか残されていないとすれば、生きる意味はないので

はないかと考える。放棄死思想は、重病になったり、年老いたりしてもはや働けず社会の役に立てなくなった人間は無用であるという思想である。社会の貧しさ、余裕のなさを反映した悲しむべき考え方であり、各国・各地で風習として行われたことでもある。最後に、害を為す劣性形質の持ち主（凶悪犯罪者や、ある人種）は社会のいっそうの向上・繁栄のため抹殺すべしというのが淘汰死思想である。以上の四つの安楽死思想のうち、すでに過去のものとなったもの、あるいは、人類が歴史的にけじめをつけたものを除けば、尊厳死思想と厭苦死思想とがこんにちなお有効であり、否、とりわけ医療現場でそれへの現実的な態度決定を強く迫られている思想だと言えよう。著者ははたしてどう考えているのであろうか。

安楽死問題は先にも見たように込み入ったカズイステイクを含まざるをえず（現に種々の態様を区別し、評価するさいにはトマス・アクィナスの二重結果理論抜きにはやりおおせないだろう）、一般論は難しいのであるが、先に要約したような議論を展開した後で著者は次のように述べている。「人間にはあらゆる通常の手段を用いて健康と生命を保持する倫理的義務がある。しかし、非常特別な手段を用いてまでそうする義務はない。」<sup>(7)</sup>「総体として生み出された善が、生み出された悪よりもはるかに大きいならば、その行為は倫理的にみて問題はない。」<sup>(8)</sup>「生命は価値に応じて取り扱われねばならない。……客観的に十分な極限状況下では、安楽死行為は倫理的には非難され<sup>(9)</sup>ない。」

これらの言葉のなかには、「通常的手段と特別な手段」という曖昧な区別（大都會の総合病院と片

田舎の個人医院ではおのずと異なる)、や、「生み出された善」、「生命の価値」等の今一つ判然としな  
い概念(功利主義的意味あいなのか人格論的含意なのか)が用いられており、詳細な吟味が必要であ  
るとはいうものの一応の見解はみてとれるであろう。それは、へ当の人間に価値存在としての資格要  
件に何らかの意味で欠落が生じており、結果が不都合でなければ、何があんでも救命せねばならぬ  
義務はなく、安楽死を実施してもいい、ただしそれは倫理的にみて許されるということであり、法的  
に問題がないことではない、という方向と云っていいのではないだろうか。

確かに著者はどの安楽死思想に立ち、かつ、どんな方法の安楽死で、ということとは明言していない  
が、少なくとも「攻撃的治療 (aggressive therapy あらゆる医療手段を尽くして何があんでも患者の  
命を長引かせようとする) から、DNR (蘇生術を行わない do not resuscitate) ポリシーへ」の方  
向性で考えていることはうかがえると言えよう。ただし、いかなる安楽死にせよ、法的レベルで許さ  
れるか、つまり、違法性の阻却要件たりうるかの議論は触れられておらず、依然として残る問題であ  
る。この点を一歩も二歩も進め、慈悲殺の容認にまで説き及び、これによって積極的直接的安楽死  
の不起訴妥当性を論じたのが、ジェイムズ・レイチェルズである。

一般には欧米の文献を直輸入し、わが国の現実の諸問題を論じることには慎重でなければならぬ。  
法や裁判に対する国民の意識はかなり異なるし、文化様式の伝統もまるで違う。医事裁判の件数も日  
本の比ではない。わけても、安楽死問題については、病名告知率の高さ、自己決定権やインフォーム

ド・コンセントへの配慮度、また家族関係の在り方、心身二元論の伝統からくる身体観、等の背景の違いを頭に置いて置く必要がある。このことは脳死問題についても同じことがいえるだろう。とは言っても、現実に事例があるか否かは別として、理論の普遍性という点では大いに参考とすべきであり、わが国でも起こらないとも言いきれないわけだから、検討することは大いに検討していいのではないかと思われる。

レイチェルズの刺激的主張を含む書物のタイトルは『生命の終わり——安楽死と道徳——』（加茂直樹訳、晃洋書房、一九九一年<sup>10</sup>）という。著者は従来見られた安楽死論と決定的に異なる大胆鮮烈な議論を展開している。それがきわめて周到に張りめぐらされた論拠に立って主張されているだけに説得力がある事この上なく、この問題に与えるインパクトは大きいと思われる。先にみた文献との重複を避けるためと、また、問題の焦点をぼやけさせないためもあり、ここでは、事細かな論証の部分を省き、彼が最も力説しているユニークな主張点と思われる結論部のみを摘記してみよう。

(1) 伝統的な見解によれば、無実の人間を意図的に殺すことは絶対に禁止されるが、ごく例外的にそれが許される場合がある。それは消極的安楽死の場合である。

(2) 消極的安楽死とは、患者を生かしておくために何らかの事を行うことを差し控えたり、中断したりすることによって、患者をすでに苦しめている当の病気によって自然に患者を死なせようとす

ることである。具体的には、投薬や他の生命維持治療を開始しなかったり、中止したり、また、手術を拒否したりすることである。

(3) 伝統的な見解では消極的安楽死のみが許容され、いかなる意味でも、患者を殺すことを意図して何らかの積極的な行動を取る(たとえば、致死的な塩化カリウム注射を打つなど)こと、いわゆる積極的安楽死は許されないとされている。

(4) しかし、自分の考えでは、積極的・消極的という区別は、ターミナル状況にあって苦痛にあっていいる患者や、もはや価値ある「生命を営んでいる」とは言えない植物状態の患者、もしくは、先天的重度障害新生児等、こんにち病院でしばしば出会うケースに対する処置としては、道徳的価値の点でまったく等価であり、したがって、この区別自体が無意味である。

(5) それなのに消極的安楽死のみを可とし、積極的安楽死を不可とするのは、一見人道的に見えるながら、結果的には患者に耐え難い不必要な苦痛を長時間強いることであり、かえって残忍な所業であり、悪魔的ですからある。これを自分は、目前で飢えた子が苦しみながら死んで行くのを、余分のサンドイッチが手元にあるというのに与えようともせず、冷然と見ている役をしばしば演じるハリウッドのある悪役スターの名にちなみ、ジャック・バランス論証と呼びたい。

(6) その点からすれば、むしろ、積極的安楽死を慈悲殺として容認し、これを正当防衛などと並ぶ、違法性阻却の要件たりうるものとみなすべきである。

(7) ただしそうは言っても、積極的安楽死を行って許されるのは、患者の求めがあった場合と不明な場合とに限るべきであって、患者の意思に反した、いわゆる、反任意的ケースではダメである。患者の自己決定権はあくまで尊重されねばならないからである。

(8) 以上の見解に立つとき、米国医師会の声明文（「医療者の積極的安楽死の禁止」、一九七三年）や、米・英の安楽死協会の提案（積極的安楽死を法制的に容認しよう、そのためには、然るべき手続きを作るべきだ——著者はこの手続きを実に煩瑣だとする——）は現実的ではない。もっと単純に、患者が十分能力のある（competent）うちに死を要求したこと、苦痛に満ちた末期的病気に苦しんでいたこと、が立証できれば放免されるというような方向で考えるべきである。こういう慈悲殺が認められるようになれば、これ自体が免訴要件の機能を持つようになるであろう。

以上のようなレイチエルの問題提起は当のアメリカ国内でも衝撃的だったようで、早速トム・L・ビーチャムという人が「レイチエルの安楽死論に就いて」という論文<sup>(11)</sup>を書き、楔論法（または滑り坂論法 *slippery slope argument*）と規則的功利主義を擁護する論法、の二つを用いて反論し、依然として積極的・消極的安楽死の区別の有効性の確保と、積極的安楽死容認の危険性とを訴えている。なお、滑り坂論法というのは、ひとたび慈悲殺の名のもとに制限された形の積極的安楽死を認めれば、結果的には、不本意の安楽死の容認へ、ひいては、精神遅滞者・犯罪常習者・欠損新生児・精神異常者等の社会が負担している者たちへの安楽死の容認へ、と坂を滑り落ちていくように歯止めなく拡大

されていく危険性があるから反対だ、とする議論である。他方、規則的功利主義とは、社会はある道徳コードを採用するさい、それによって得られるプラス・マイナスを計算し、より大きい益が見込めるものを選ぶべきであるが、その点からすると慈悲殺の採用はなるほど不必要な苦痛の除去という益はあるだろうが、先にも指摘したような危険性というマイナス要因のほうがより大きいから不可とするものである。

以上のような理論的背景を踏まえ、再度終末期のケアにおける安楽死の可否の問題を考察してみることをもってわれわれの結びとしたい。

## 五 考 察

手足がもぎ取れもがき苦しんでいる昆虫を見かけたとき、また小犬の頃からかわいがって育てた愛犬がジステンパーなどの不治の伝染病にかかり、よだれと痙攣でみるに忍びない状態になったとき、われわれの心に「楽にしてあげたい」という気持ちが生じないであろうか。その気持ちは、一方は足で踏み付け、他方は獣医にお願いする、という形で実行されるだろう。そして実行した後には、これで良かったと納得しつつも不憫さと後ろめたさが残るであろう。このことは人間に対しても変わらないのではないか。わが国には「とどめを刺す」という言い方がある。もちろん暗殺者が確実に相手をしとめ目的を達成する、という意味合いで大部分使われるのであるが、稀には、死が不可避的なほ

ど深手を負った仲間にとどめを刺して無用な苦しみから解放してあげるといふ温情ある行為としても使われる。

こういった気持ちがわれわれの心のどこかにあるから、レイチェルズの議論についてもまったく考慮に値しないとも言ひ切れないものがあるわけである。冒頭でわれわれがあげた事例は種々の点で彼のある積極的安楽死の要件を満たしているかに見える。家族の囑託の現存、医師による実行、塩化カリウムの投与、末期症状の患者、等まさにうり二つの状況である。弁護するとすれば、レイチェルズの議論は大きな論理的支柱となるであろう。もちろん、個別ケースとしての特殊性を備えていることは当然であり、この事例では、医師の冷静度、患者本人の意思の不明、家族の囑託の性格、症状の緊急性、他のとりうる選択の有無、等多くの争点をめぐり、今後の公判において解釈・評価が迫られるであろう。その点ではレイチェルズ説に頼ることの限界があるとも言えるわけである。

それは別として、では理論上レイチェルズの積極的安楽死容認論にはまったく問題がないかという点を考えてみよう。反論を加えるというより懸念の指摘といったほうがいいかもしれないが、彼の立論の根底には「生を営んでいる」人間と、「単に生きていく」人間との区別が大前提として控えている、ということに大きな問題が潜んでいるのではないかと思われる。前者は、「<sup>(12)</sup>熱望し、決定し、活動し、計画し、人間関係の総体を維持している」価値ある生活を送っている人のことであり、後者はそうでない状態（植物状態、苦痛しか残されていない末期的病状、重度精神的・身体的障害状態、

等)の人である。自発的な積極的安楽死(慈悲殺)容認の主張はこのような、生を営む能力を不可逆的に失った者への医療側の対応として為されているのである。だが翻って考えてみると、「生を営んでいる」と「単に生きている」という二つの状態は画然とは区別できるものではないであろう。意識の覚醒度、痛みの苦しさ、病気の重さ、などを基準として区分しようとしても種々の中間段階、個人差があり、どの段階で生を営んでいなくなるか判断しにくいのではないか。また、誰がこれを判断するかということにも問題が残る。原則は確かに本人の任意性だが、この意思が苦しみのあまりの一時のものでないという保証はないし、情報が与えられないことからくる不適切なものであったり、または、家族や愛する人には受け入れられないものであったりするであろう。人の命の価値はその人の一存でどうにでもなるというものではないのではなからうか。価値という点から言えば、「生を営んでいない」ということと「生きている資格がない」ということは同じではないし、また、それを決めるのが自分だとも言いきれないだろう。自己決定権に委せられない場合があることは、たとえ植物状態、脳死状態になっても本人はいざ知らず、愛する人にとってはかけがえのない存在という思いが断ち難いものとして残るだろうという一事から納得されるであろう。

近年、「資格能力がない」(incompetent)という概念を基準として人間存在を無価値と評価し始末しようという発想が強まっている。大脳基準による脳死判定の議論もそのひとつである。これらの発想の背景には、自己決定権の尊重、生命の質への配慮、費用対効果、移植用・研究用としての臓器の

需要、等といった種々の特殊現代的な要因が働いている。そのどれもがもっともであり切実であるがゆえに、こんにちの医療をめぐる問題の深刻さがあるわけである。とはいえ、積極的安楽死容認論については、心情的に共感するところなしとしない個別的ケースもあるであろうが、これをポリシーとして社会に定着させるといふことは避けねばならないと思われる。なぜなら、生命の人為的操作を極端化する発想だといふことは別としても、これが是とされるためには、1 病気の不治性、2 痛みの緩和不可能性、3 患者の生命の無意味性、4 患者本人・家族・愛する人・その他の周囲の人の気持ちの不動性、5 囑託される医師の精神状態の確かさ、これらすべての不可謬性が保証されることが絶対必要であり、これは誠に困難でありリスクの大きい選択だと言わざるをえないからである。そう考へるならターミナル・ケアにおいては、疼痛緩和にあらゆる工夫・努力を払いつつ、せいぜいのところでDNRポリシーをとっていくしかないようである。<sup>(13)</sup>

注

- (1) 牛乳のなかに農薬を混入して脳溢血を病む父親に飲ませ(もっとも飲ませたのは本人ではなく、混入しておいたのを知らなかつた帰宅した母親である)死亡させた息子の事件に対する判決(懲役一年、執行猶予三年)のなかで名古屋高裁は、傍論でだが処罪の対象とならない要件として、①病状が不治で死期が迫る ②患者の苦痛はなほだしい ③処置は死苦の緩和のため ④患者の囑託か承諾がある ⑤原則として医師による ⑥方法が倫理的の六項目を示した。

- (2) 日本尊厳死協会やホスピス・ケア関係者は、それぞれの立場からしても否定的な見解のようである。
- (3) 本稿執筆後、第二回、第三回の公判が開かれたが、報道によれば、患者家族は医師への安楽死要請の事実を否認したそうである。
- (4) 尊厳死協会の運動が年々盛んになってきており、リヴィング・ウィルの携行者も増加してきているとはいえ、まだその数は五万人に満たないとのことだし、自己決定権の尊重の思想もわが国ではまだまだ徹底普及しているとは言い難い。
- (5) 本件の弁護士は、一方で刑法で裁く要素がないとして控訴棄却を求めつつ、他方で裁判がつけられた場合には違法性がなく無罪だ、と主張しているから、このケースであろう。
- (6) 筆者自身は、実行者が医療関係者であるかそうでないかも一つの分類基準になると思っている。もちろん犯罪性の問題は別としてだが。
- (7) 宮川俊行『安楽死の論理と倫理』（東大出版会、一九七九年）一五〇頁。
- (8) 同書 一七一頁。
- (9) 同書 一七二頁。
- (10) James Rachels, *The End of Life*, Oxford U. P., 1986.
- (11) 加藤尚武・飯田亘之編『バイオエシックスの基礎』（東海大学出版会、一九八八年）一二二頁。
- (12) レイチェルズ、加茂訳『生命の終わり——安楽死と道徳——』（晃洋書房）八頁。
- (13) 一九九二年三月九日、日本医師会は、その第三次生命倫理懇談会がまとめた「末期医療に臨む医師の在り方」を発表した。Ⅲ 安楽死の問題と題される箇所での問題に対する同医師会の見解が述べられている。それによれば、「安楽死とは、苦痛を訴える末期患者の求めに応じて、医師その他の他人が注射などの積極的な方法を用いて、患者を死に至らしめること」だが、このような安楽死を容認する刑法も学説もなく、ま

た名古屋高裁の挙げた六条件の厳しさから見て実際に安楽死が認められる事例はないだろうと述べている。それならば、今後立法によって容認の方向にいくべきかだが、これについても苦痛軽減技術が進歩している現在の状況では不適當としている。ただ、患者の自己決定権の尊重から生命維持装置の取り外しといった消極的安楽死を認めるならば、同じく本人の意思に基づく積極的安楽死を認めない理由はないのではないかと、という微妙な見解も述べられている。以上のことから考えれば、リヴィング・ウィルへの配慮からいわずれ再検討せざるをえなくなるかもしれないが、現段階では、消極的安楽死はいいとしても積極的安楽死には反対というのが日本医師会の見解である。