

# 自発的積極的安楽死の倫理的正当化可能性

野 村 文 宏

## 【要 旨】

本論文においては積極的安楽死の正当化可能性を考察する。まず消極的安楽死が正当化される根拠を検討する。次に積極的安楽死への反対説の主張を確認し、それに反論する形で積極的安楽死の正当化を試みる。その際、J. レイチェルズの議論を手掛かりとして、積極的安楽死を分析し、また手術行為の正当化を考察することで、積極的安楽死において全体的考察が重要であり、全体的に考察するときには、正当化が可能だという結論を導く。

## 【キーワード】

積極的安楽死、消極的安楽死、生命の神聖性

## 1. はじめに

本論文では、医療における自発的積極的安楽死の正当化可能性について考察する。これは、例えば不治の病に冒された患者が、死が目前に迫っている状態で、身体的苦痛を原因として、患者本人が明瞭に死を求める意思表示をする場合に、医師が致死薬を投与して死に至らしめることが許されるか、という問題である。

### (1) 安楽死の要件と区別

安楽死の要件として、昭和37年の名古屋高等裁判所判決（山内事件判決）は次の六つを挙げている。「(1) 病者が、現代医学の知識と技術から見て不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること。(2) 病者の苦痛が甚しく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものであること。(3) もっぱら、病者の死苦の緩和の目的でなされたこと。(4) 病者の意識が、なお明瞭であって、意思を表明できる場合には本人の真摯な囑託、または承諾のあること。(5) 医師の手によることを本則とし、これによりえない場合には、医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること。(6) その方法が倫理的にも妥当なものとして容認しうるものなること」<sup>1</sup>。

1 名古屋高判昭和37・12・22高等裁判所判例集第15巻9号674頁。この判決では、(5)(6)の要件を欠くとして、安楽死としての行為の違法性まで否定できないとして、囑託殺人にあたるとされた。

この裁判は内容的には自発的積極的安楽死の成立を争ったものであり、それゆえ自発的積極的安楽死が成立するための要件についての判断を裁判所が示したものとなっている。このような要件を満たす場合に、安楽死が正当化可能かを問うことが本論の目的である。そのため最初に、判例が挙げた要件にもとづいて、安楽死の要件の検討と、安楽死の区別をしておきたい。

まず、(4)については、患者に判断能力・意思表示能力がない場合もある。それゆえ患者の意思に関して区別が生じてくるが、それが自発的安楽死、非自発的安楽死、反自発的安楽死の区別である。これは、自発性の有無による区別である。自発的安楽死とは、患者本人に判断能力・意思表示能力があり、安楽死の意思を示している場合である。判断能力・意思表示の力が失われる以前に、安楽死についての明確な意思表示があった場合にも自発性を認めてよいだろう。非自発的安楽死とは、患者本人に判断能力・意思表示能力がなく、その結果として意思が確認できない場合である。この非自発的な場合には、患者本人がかつては判断能力をもっていたが現在は失っていて安楽死の意思を示せない場合と、生まれつき判断能力をもたない場合がある（前者は認知症や、事故による遷延性植物状態、精神疾患により判断能力をもたない場合。後者は、重度の身体的・精神的障害をもつ新生児など）。反自発的安楽死は、患者の意思に反する場合である。判断能力・意思表示能力があるが、意思表示していない場合もこれに含まれる。反自発的安楽死は、医師などの実施者の意思にもとづいて、患者の意思に反して死なせるものであるから、殺人行為であり安楽死ではない。それゆえ、以下では論じない。

次に、(5)であるが、この医師による実施の方法・手段に関しても区別が生じてくる。それが積極的安楽死と消極的安楽死の区別である。これは、医師が行なう行為が作為によるものか、不作為によるものかに基づく区別である。積極的安楽死は、医師が直接的または間接的に致死薬を投与するなどして患者を死に至らしめるものである。ここで「間接的」とは医師の直接の行為によるのではなく、患者の行為（たとえば患者が薬を手渡されて飲むこと）を媒介とする場合を指す。これは「医師による自殺幫助」と呼ばれることもあるが、実質的には社会的な意味に大きな違いはないので、「医師による自殺幫助」も含めて積極的安楽死として、本論では扱う。消極的安楽死は、延命治療の不開始・停止または生命維持装置の不使用・停止により患者を死に至らしめるものである。積極的安楽死と消極的安楽死は、このように実施方法・手段から生じる区別であるが、同時に、そのような方法・手段が要請される状況も異なっており、その点で判例の(2)(3)の要件に関しても区別が生じており、積極的安楽死が患者の激しい苦痛の除去を目的とするのに対し、消極的安楽死は必ずしも苦痛の除去を目的とはしていない。積極的安楽死が、〈苦痛からの解放〉という側面をもつものに対し、消極的安楽死は、〈自然ではない、人工的生命維持の拒否〉という側面をもっている。

したがって、自発的、非自発的の区別と、積極的、消極的の区別により、自発的積極的安楽死、非自発的積極的安楽死、自発的消極的安楽死、非自発的消極的安楽死の四種の区別が生じてくることとなる<sup>2</sup>。

このような区別は、生命倫理学の議論において大枠では共有されているが、必ずしも決定的なものではない。議論の力点の置き方により区分が変わることもあるし、異なる用語・言葉遣いが選ばれることもある。とはいえ、本論では以上の区別にしたがって議論を進めていくことにしたい。

2 これとは別の区別もある。宮川は安楽死を「尊厳死」、「厭苦死」、「放棄死」、「淘汰死」に分類している。安楽死を広く捉えており、社会における安楽死の位置づけを考察していく上で有益である。宮川俊行『安楽死の論理と倫理』、東京大学出版会、1979年。

## (2) 安楽死の現状

積極的安楽死と消極的安楽死の現状についていえば、消極的安楽死については認められることが通例であり、医療の現実においても日本を含む多くの国において認められている。問題は積極的安楽死である。これを認めているのは、国単位ではオランダ、ベルギー、ルクセンブルクに限られ、その他、州などで認めている例が数例ある。それ以外の国においては、積極的安楽死は認められていないのが現状である。

## (3) 本論の目的と考察の限定

本論では、積極的安楽死と消極的安楽死の区別を軸に、積極的安楽死は認められるべきかどうかを考察していく。安楽死において自発性と非自発性の区別はきわめて重要なものであるが、本論においては、自発的な安楽死に焦点を絞って考察することとする。その理由は、安楽死の議論は、自発的な場合に安楽死が認められるかという議論が大原則・大前提だからである。そうでなければ、本人の意思とは無関係に、家族と医師が相談して安楽死させるという事態が起きてしまう。患者本人が真摯に積極的安楽死を望む場合にそれは認められるのか、という問題であって、本人に意識がない場合や新生児の場合のような非自発的な場合は、例外的な場合であり、特別の考慮を必要とするものである<sup>3</sup>。それゆえ、そのような例外的場合に先立って、原則の場合に論点を絞って本論では考察することにする。

また、ここで論じる自発的積極的安楽死の実施の手段・方法についても、医師により医学的に適切な仕方で行われるものに限定したい。家族や第三者による場合も、自発的積極的安楽死に含めて考えてよいか、それを正当化できるかということも重要な問題ではあるが、そのような要素を混ぜると考察が複雑になってしまう。それゆえ、いわば最も正当化がされやすいような状況で、この問題を考察することにしたい。つまり、本論では「医療における自発的積極的安楽死」の問題を考察する。

さらに、自発的積極的安楽死について考察するとき、二つのアプローチがある。一つは、積極的安楽死「そのもの」について内在的に考察し、その正当化を検討するものである。これは安楽死が問題となる、当の患者についての「特別的」な考察と言える。このようなアプローチを本論では「内在的アプローチ」と呼ぶことにしたい。もう一つは、自発的安楽死が認められた場合の、社会への影響や弊害を外在的に考察し検討するものである。これは、安楽死が社会へ及ぼす影響を考える「一般的」な考察と言える。具体的には、自発的積極的安楽死が認められた社会において、末期の患者の不安、医療者のモチベーション、医師や家族から患者に対するプレッシャー、重度の精神障害者や身体障害者など社会的弱者に対する安楽死の拡大等、様々な可能性への懸念を検討することになる。このようなアプローチは、積極的安楽死の社会的許容性に関わるものである。このようなアプローチを「外在的アプローチ」と呼ぶことができるだろう。

このように自発的積極安楽死についての考察には二つのアプローチがあるが、本論では、紙幅の関係から外在的アプローチは取り扱わず、他日稿を改めて検討する。そのためここでは、積極的安楽死そのものを問題とする内在的アプローチに限定して考察を進めていくこととする。

したがって、本論における問題は次のようになる。患者本人に判断能力があり、安楽死の意思を明瞭に示している自発的な場合に、医療における積極的安楽死は、そのものとして認められるのか。それとも患者が真摯に安楽死を望んでいる場合であっても積極的安楽死はそのものとして

3 非自発的安楽死の場合はさらに、代理による意思表示が許されるか、許される場合、誰が代理権を行使できるのかなどの問題も生じてくる。

認められないのか。具体的事例としては、治療が不可能な病気の終末期において、患者が激しい苦痛を理由に、明瞭な意思をもって、医師による安楽死を希望する場合である。激しい苦痛や吐き気のために眠ることも一息つくこともできず、苦しみ抜いた上に死んでいかねばならぬような、人間の尊厳が保たれないような極限的な状況において、医師が患者の求めに応じて致死薬を投与して積極的に死に至らしめることは、それが社会に及ぼす影響は除外するとして、そのものとして正当化できないのだろうか<sup>4</sup>。

#### (4) 全体の考察の進め方

考察の進め方として、まず、自発的「消極的」安楽死が認められる根拠を確認する。次に、自発的消極的安楽死と比較しながら、自発的「積極的」安楽死について検討していくが、その際、まず自発的積極的安楽死に反対する立場の根拠を検討し、それに反論する形で、自発的積極的安楽死の正当化可能性を考察していく。

## 2. 消極的安楽死はなぜ正当化されるか

医療において、自発的な消極的安楽死はなぜ認められるのだろうか。たとえば、癌などの致死的な疾患で、これ以上の治療が不可能な状態にあり、余命が1ヶ月であると判断されている患者が、苦痛緩和のための措置以外の、治療のための薬物投与や化学療法等の停止を求める場合である。

まず、このような消極的安楽死は患者の意思に基づいている。その場合患者の意思や望みはどこにあるだろうか。治療が不可能で余命が限られている状況にあることから、延命ための無理な措置を望んでいない。とはいえ、ことさらに死を望んでいるのでもない。それは自分の残された生とそのあり方をコントロールし、自然な生とその結果としての死を受け入れたいという願いにほかならない。そのように考えるときこれは、自分の病気の治療方法と残された生についての、患者自身もつ自己決定権の行使である。それゆえ、まず患者の自律の尊重という観点から自発的消極的安楽死は正当化される。

次に、患者の利益に適うという点である。延命措置の停止により死に至るとしても、それは必要以上に長引かせない自然な死を迎えるという意味で、患者の利益に適う。この患者の利益に適う、という点も消極的安楽死が正当化される根拠となる。この患者の利益という観点は、自己決定の場合には、その陰に隠れて表立たない。通常はある人が自己決定したことは、それが愚かなことと思われる場合であっても尊重される。それは、何が利益になるかは本人が一番よくわかっているはずであり、他人にはわかり得ないからである。そのため患者が判断能力・意思表示能力をもつ自発的な場合には、患者自身の利益は、自己決定・自律の陰に隠れて表立たず見えにくくなっている。

自己決定と患者の利益との関係は次のように言うこともできる。患者の自己決定もしくは自律というとき、患者の主観的側面に重点が置かれているのに対し、患者の利益というときには、患者の主観的側面と、患者が置かれた客観的状況の双方に眼差しが向けられている<sup>5</sup>。主観的側面

4 このような患者の状況の理解のためには、ベティ・ローリン（長岡沙里訳）『最後の願い』二見書房、1986が役立つ。

5 先に挙げた、昭和37年名古屋高裁判決の要件（2）も「何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること」を挙げている。これは患者の甚だしい苦痛と、患者の自己決定およびその意思表示という主観的要件だけでは足りず、客観的状況が必要であることを示しているものと解釈できる。

と客観的側面が重なり合っている場合は問題とならないが、患者の主観の真摯さが問題となったり、患者を取り巻く全体的状況が問題となったりする場合に、この患者の利益という観点は重要な意味をもつと考えられる。

この患者の利益という観点は、自発的消極的安楽死の場合には通常は問題とされない。しかし非自発的な場合を考察するためには本来必要な観点であるし、本論の目的である自発的積極的安楽死の正当化の問題を考察するために必要な観点であると考えられるため、予めこの点を確認しておくこととする。

さらに、消極的安楽死が正当化される根拠として、消極的安楽死の行為が消極的なものであり、患者を「死ぬにまかせる」にすぎず、「人を積極的に死に至らしめている」わけではないという点が考えられる。消極的安楽死においても、消極的行為の結果として患者は死に至るが、患者の死は延命措置の停止によるのではなく、元々の病気を原因としている。あくまでも不作為によって死に至っているのであって、作為によって積極的に「死に至らしめている」のではない、と考えるのである。このように考えるとき、消極的安楽死の行為を積極的安楽死の行為と対照し、前者の行為を道徳的許容性ないし正当性の境界内に置いている。だが、行為の消極性と積極性は、消極的安楽死と積極的安楽死との間に、正当化に関して道徳的に明確な境界線を引くのだろうか。この点が問題となるので、後に考察することとする。

### 3. 積極的安楽死への反対説の論拠

では、どうして自発的積極的安楽死は認められないのだろうか。これを具体的に考察していくために、先の自発的消極的安楽死の場合と似た事例を設定しよう。癌などの致死的な疾患で、これ以上の治療が不可能な状態にあり、余命は1ヶ月であると判断されている患者が、癌を原因とする激しい苦痛に耐えかねて、医師に対して致死薬の提供ないし投与を求める場合である。このような苦痛に耐えかねた患者が、自らの尊厳ある生と安らかな死を望み、熟慮した上で真摯に死を望む場合に、それでも医師が致死薬を投与することないし渡すことが正当化されないのだとしたら、その根拠はどのようなものなのだろうか<sup>6</sup>。

#### (1) 積極的安楽死の「行為」

このような事例において積極的安楽死が正当化されないことの根拠として考えられるのは、先ほど確認した消極的安楽死が正当化されることの裏返しである。すなわち、消極的安楽死が患者を「死ぬにまかせること」であるのに対し、積極的安楽死は患者を「積極的に死に至らしめること」ないし「殺すこと」であり、両者には明確な違いがあるというのである。たしかに、消極的安楽死においては、医師は延命治療の不開始・中止ないし生命維持装置の不使用・停止をしているにすぎず、患者の死には直接関係していない。患者は以前からの病気で死ぬのである。それに対し、積極的安楽死では、直接患者の死に関わる行為として致死薬の提供ないし投与を行い、その結果として患者の生命は人為的に短縮されることになる。ここにはたしかに行為において差異が認められる。

すると問題は、両者の行為の差異から、どのようにして一方が正当化され、他方が正当化され

6 現在の医療においてはペイン・コントロールの技術が向上し、積極的安楽死を必要とするほどの激しい痛みにも苦しむ末期患者は減少しているといわれる。それでも5%から10%の末期患者においては、痛みを十分にコントロールできないとされている。それゆえ現状では、自発的積極的安楽死の必要がなくなったわけではない。

ないという差異が生じてくるのだろうかということになる。何を根拠に、消極的安楽死と積極的安楽死との間に、道徳的な境界線が引かれるのだろうか。

古今東西、人間が守ってきた伝統的倫理では、罪なき人を殺すことは許されないとされている。そのような規準に照らすときには、積極的安楽死の場合、患者を直接に死に至らしめ生命を短縮しているのであるから、罪なき人を直接に殺すことに該当し許されないことになる。これに対して、消極的安楽死は、あくまでも死ぬにまかせるのであり、直接に人を殺すのではないから許されることとなる。このように「人を殺すな」という伝統的倫理が、消極的安楽死と積極的安楽死の正当化の境界を引いていると考えられる。そうだとすると、積極的安楽死の正当性を考えるとき、積極的安楽死の行為は「人を殺す」ことなのかどうか、あるいは「人を殺すな」という倫理に抵触するのかが問題とされなければならない。

## (2) 生命の神聖性

次に、反対説の根拠として考えられるのは、「生命の神聖性」および「生命の根源的基盤性」からの主張である。「生命の神聖性」とは、生命は神の領域にありそれゆえ神聖かつ不可侵なもので、人間は人間の生死に手を出してはならない、という主張である。これは宗教的な価値観に依存することが多いが、しかし人間の生死には神秘性や厳粛性が伴うがゆえに、諸々の宗教から独立に実感されるものであるともいえる。このような価値観は「生命の神聖性 (Sanctity of Life)」、あるいは略して SOL と呼ばれている<sup>7</sup>。

「生命の根源的基盤性」とは、生命は一切の可能性の基盤であり、生きているからこそ様々な活動が可能になり、それゆえ生命は根源的な基盤としてかけがえのないものであり普遍的な価値をもつ、という主張である。死が生のもつ一切の可能性を根こそぎ奪うものであるのに対して、生は一切の活動を支える地盤であり根拠である。このような「生命の根源的基盤性」からすると、生を前提として、生のうちで営まれる諸活動については、自己決定が可能であるが、前提となる根源的な生に関しては、自己決定権が及ばないという考えにつながる。この生命の根源的基盤性は「生命の神聖性」の合理的バージョンとも言えるものである。

このような生命観に裏打ちされて、医学・医療においても生命は至上の価値をもつとされてきたし、それゆえ死を防ぐこと・延命をその使命としてきた。それゆえ、神聖で根源的で普遍的な価値をもつ生命を、積極的に奪う行為として積極的安楽死は医学においても否定されてきた。「依頼されても人を殺す薬を与えない」という「ヒポクラテスの誓い」に含まれる一文は、積極的安楽死の禁止と解釈することができる。

このような生命の神聖性および生命の根源的基盤性（以下ではまとめて「生命の神聖性」と呼ぶことにする）が積極的安楽死に反対する根拠だとすると、積極的安楽死の正当化のためには、医学・医療が信奉してきた生命の神聖性をどのように取り扱うのかが問題となる。

## 4. 反対説への反論

以上、積極的安楽死の正当化に反対する立場がもち出す根拠を見てきたが、以下ではそれらの根拠について検討することで、積極的安楽死に反対する立場に反論し、積極的安楽死の正当化を試みる。

7 これは日本では宗教色を弱めるためか「生命の尊厳」と訳されることが多い。本論ではこの語がもつ強い意味を表現するために直訳して「生命の神聖性」と訳すことにする。この SOL という略語は QOL (Quality of Life、生命の質) と並んで、医学・看護教育において重要な価値とされている。

そのためのポイントは、次の二つである。まず、反対説が主張するように、積極的安楽死は「人を殺す」という許されない行為なのか。換言すれば、消極的安楽死と、積極的安楽死には、道徳的判断の境界・線引きを正当化するほどの差異があるのか、という点である。次に、「生命の神聖性」は絶対的なものなのか。すなわち、どのような事情・状況の下でも、例外や特例を認められないのか、ということを含意する。順に検討する。

### (1) 積極的安楽死の「行為」の分析と評価

消極的安楽死と積極的安楽死における行為を考察するためには、レイチェルズの論文「積極的安楽死と消極的安楽死」での考察が参考になる<sup>8</sup>。彼の考察を含意することで、消極的安楽死と積極的安楽死を考えるための手掛かりとしよう。そのために、レイチェルズがもち出す事例を含意することにしようが、その目的は彼の議論に反対することよりも、彼のもち出す事例を考察し含意することで、積極的安楽死と消極的安楽死の行為の差異を考え、さらに積極的安楽死の行為を分析することにある。

「積極的安楽死と消極的安楽死の間に重要な道徳上の違いがあると、非常に多くの人々が考えている一つの理由は、人を殺すこと(killing)が、人を死ぬにまかせること(letting die)よりも、道徳的に悪いことであると考えているからである。」このようにレイチェルズは述べ、殺すことと死ぬにまかせるという行為の道徳的評価を調べるために、この行為という点以外では、正確に同じである次のような二つの事例を設定し、道徳的評価に違いが生じるかを考察している。一つ目の事例は、財産獲得目的でスマスが従弟を、風呂場で溺死させることにより殺害し、事故を装う場合である。それと比較される二つ目の事例は、同じく財産獲得目的でジョーンズが従弟を溺死させ殺害しようと風呂場に忍び込んだが、従弟はみずから足を滑らせ頭を打って水中に落ち、それをジョーンズは何もせずに見守るうちに、従弟が溺死した場合である。

この二つの事例を比較してレイチェルズは、「両者とも、個人的利益という同じ動機から行為されており、行為したとき全く同じ目的を心に抱いていた」ことを合わせて考えるときには、スマスの「殺すこと」とジョーンズの「死ぬにまかせること」はそれ自体として違いはなく、道徳的に同じであるという結論を導いている。そのうえで、レイチェルズは、彼の設定した二つの事例と、積極的安楽死と消極的安楽死における医師の行為がパラレルであると考えているから、安楽死の行為においても、積極的安楽死の「殺すこと」と消極的安楽死の「死ぬにまかせること」との間には差異がないとしている。そこから、消極的安楽死が正当化できる以上、道徳的に異なるところのない行為に基づく積極的安楽死も同様に正当化できるという結論を導いている。

レイチェルズのこのような議論に関して、まず問題となるのは、スマスとジョーンズの行為の「道徳的評価が同じである」という結論である。スマスのように、人を殺そうか殺すまいか迷って、敢えて一線を踏み越えて人を殺す行為に着手することと、ジョーンズのように、人を殺そうか殺すまいか迷っていたところ、被害者はひとりでに事故で死に至り、一線を踏み越える行為に着手しなかった場合では、道徳的評価は同じなのだろうか。私は異なると思う。一線を敢えて踏み越えて行為することにより、道徳的非難は高まると考えるからである。たしかにジョーンズも不道徳ではあるが、スマスの不道徳には及ばない。それゆえ、両者は同等ではない、と考える。ただ、この点は人によっても文化によっても道徳的判断は異なるから、本論ではこれ以上論じない。

8 James Rachels, "Active and Passive Euthanasia," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 292, January 9, 1975, pp. 78-80. これについてはインターネット上でPDFを閲覧することができる。邦訳 加藤尚武・飯田亘之編『バイオエシックスの基礎 欧米の「生命倫理」論』、東海大学出版会、1988年、113-121頁。

しかし、さらに問題なのは、レイチェルズの議論の仕方である。彼は、スミスの事例とジョーンズ事例との関係において道徳性を考え、それを積極的安楽死と消極的安楽死との関係に当てはめて、積極的安楽死の道徳性を考察している。その前提には、スミスの行為とジョーンズの行為の関係と、積極的安楽死の行為と消極的安楽死の行為の関係が平行であるという想定がある。しかし結論から言うと、平行ではない。

まず、問題なのは、スミスの行為とジョーンズの行為との関係においてである。スミスの行為は、故意に・違法に人の命を奪う行為である。それゆえ murder の例であって、英語の killing が、手段・意図を問わない一般的な意味をもつことから、killing という言葉も使用可能である事例にすぎない。それに対して、ジョーンズ事例にレイチェルズは letting die という語を用いるが、この場合は murder という語に書き換えることはできない。つまり、レイチェルズは意図的ではないのであろうし、英語の感覚では違和感がないのかもしれないが、実質的には単語の意味の幅を利用し、スミスの故意殺人を killing という言葉の使用によって不道徳性を低めることで、letting die の不道徳性に引き寄せ、その結果、不道徳性において異なることがないという結論を引き出しているのである。

次に問題となるのはレイチェルズが、スミスの行為と積極的安楽死における医師の行為とを簡単に同等視している点である。積極的安楽死の正当化可能性を検討する際には、医師の行為の道徳的評価がまさに問題となるのであって、医師の行為についての詳細な検討こそが重要なのである。それを欠いたまま、両者を同等視することには問題がある。

最後に問題となるのは、ジョーンズの行為と消極的安楽死の行為との関係である。これを(1)行為そのものと(2)行為の目的・結果に分けて考察しよう。まず(1)行為そのものについてである。ジョーンズの場合は、財産獲得目的で、殺害しようと忍び込んだだけで、従弟の死にかかわる行為は何もしていない。従弟同士という立場から救命義務が生じるにしても、その救命義務違反に対する道徳的非難が生じるだけで、死なせること(killing)をしているわけではない。文字通り「死ぬにまかせ」(letting die) ているだけである。それに対して、消極的安楽死の場合は、医師は治療において患者に対して既に特別な立場にいる。また治療を行なっているなかで延命治療の不開始・中止や生命維持装置の不使用・停止という消極的行為をなすが、その消極的行為が社会的に意味ある行為として評価されるのは、その消極的行為が現在の状況に介入し変化を与えるからである。消極的安楽死は、何もしないわけではないのだ。消極的安楽死はもちろん murder ではない。しかしジョーンズにおけるような単なる letting die でもない。消極的安楽死は単に死ぬにまかせるのではなく、消極的な行為によって患者の現在の状況に介入し治療のあり方・方針に変化を与え、その結果生じる死を予見し受け入れることで「死ぬにまかせている」だけである。そのように考えるときには、ジョーンズの場合と消極的安楽死の場合とは、「行為」の様態が異なる。いわば消極的安楽死の行為の行為的性格は、スミス未満ジョーンズ以上なのである。次に(2)行為の目的についてである。ジョーンズは、何もしないこと(死ぬにまかせること)で、「従弟の死に至るまでの、溺れる苦しい生」という結果を生じさせ、さらに「救命しないことの結果としての死」を生じさせている。そしてその死の効果としての財産を手に入れようとしている。ここでジョーンズが目的として目指しているのは、従弟の死とそれによる財産獲得である。それに対して、消極的安楽死は、消極的行為(延命治療の中止・生命維持装置の停止)で、「死に至るまでの自然な生」という結果を生じさせ、さらにその「治療をしないことの結果としての死」を生じさせている。ここで医師と患者が目的として目指しているのは、「死に至るまでの自然な生」であり、目的として死を目指しているのでも、そのほかのことを目指しているのでもない。ジョーンズ事例において、「何もしないこと」を、「従弟を苦しめること」、「救命



しないことの結果としての死]、「財産獲得」のいずれと関係づけようとも、それは（それはスミスの不道徳さほどではないにせよ）不道徳というほかない。それに対して、消極的安楽死において、「何もしないこと」と関係づけられるべきは「死に至るまでの自然な生」であり、これが目指されている真の目的なのである。さらにジョーンズの事例では、従弟の死はジョーンズにとって望ましいものであるのに対し、消極的安楽死において患者の死は、患者自身にとっても医師にとっても望ましいものではない。死にたくはないのだけど、自然な望ましい生（および死）のために、死を受け入れるにすぎない。このように分析するならば、ジョーンズの事例と消極的安楽死との間にも類比が成り立っていない。

それゆえ、ジョーンズの行為と消極的安楽死における行為とを平行に論じることには無理がある。それにもかかわらず、レイチェルズは、ジョーンズの「何もしないこと」を評価する際に、個人の利益としての財産獲得目的を合わせて考え、ジョーンズの「何もしないこと」の不道徳性を高めて評価している。それによりスミスの不道徳性に引き寄せて評価する結果となる。

（このように、不作為による行為を、動機・目的と合わせて考察することそれ自体は、正当であると私は考える。しかし、ジョーンズの不道徳性の程度が問題となり、その程度をスミスと比較して、同等であるかどうかを吟味する際にはこのような操作は慎重であるべきだと私は考える。）

以上をまとめると、レイチェルズの議論の組み立ては次のようになる。まず、言葉の言い換えによりスミスの不道徳な行為の不道徳性を引き下げ、財産獲得目的を強く評価することでジョーンズの「何もしないこと」の不道徳性を引き上げる、それにより両者を近づけ同等の不道徳性をもつと結論する。その上で、スミスの故意殺人と積極的安楽死における積極的行為、ジョーンズの「何もしないこと」と消極的安楽死における消極的行為を、それぞれ同じ性質をもつ行為であると見せかけることで、消極的安楽死と積極的安楽死との間に、道徳的に異なるところはないと主張するのである。レイチェルズの議論には、実はこのような三重のからくりが潜んでいる。

積極的安楽死を認めるべきであるというレイチェルズの主張に、私は全く同意する。消極的安楽死を認め、積極的安楽死を認めないときには、却って「患者の死は長引き、患者はもっと苦しむことになるかもしれない」との彼の指摘は重要なものであり、このような残酷さの逆転現象が生じてしまうことが、積極的安楽死を認めることの重要な根拠となることにも全く同意する<sup>9</sup>。ただ、スミス・ジョーンズの事例を積極的安楽死・消極的安楽死と平行に論じる議論の組み方には問題があり、そのような無理をせずとも同様の結論を導けることを以下で示したいと思う。

長々とレイチェルズの議論を検討してきたが、これは単にレイチェルズの主張に反論するためではない。この考察を通じて、積極的安楽死の「死に至らせる」行為がもつ意味と性格を整理し、その正当化可能性を考察するための手掛かりとすることが目的である。

では、レイチェルズの主張に同意できないとして、どのように考えるべきか。積極的安楽死を正当化するためには、それが消極的安楽死と道徳的な観点から同等であると主張するか、もしくは、積極的安楽死の方が、消極的安楽死よりも、道徳的ハードルが高いとしても、積極的安楽死が、正当化の線引きの範囲内に入ることを示せばよい。いずれにしても積極的安楽死そのものを分析して、積極的安楽死がそのものとして正当化可能か否かを問わねばならない。

消極的安楽死と積極的安楽死を比較するとき、医師の行為に着目すると、前者は「死ぬにまかせること」であるのに対して、後者は「積極的に死に至らしめること」ないし「殺すこと」であ

9 レイチェルズはこれを積極的安楽死を認めるべき理由の一つとしている。Rachels, J., op. cit. レイチェルズ前掲書、114-115頁。

ると、表現可能である。この行為の違いをどのように道徳的に評価すべきなのだろうか。これを検討するために、医療における手術行為について考えてみよう。手術において、治療の目的で医師は患者の体を傷つける。この傷つける行為自体は傷害行為であるが、治療目的であることからこの傷害行為は、正当な行為と見ることができる。刑法学においても、日本国刑法35条「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」という規定を違法性阻却事由と解するのが通説である。だが、実定法および法解釈をまつまでもなく、通常の市民感覚からしても、治療目的の手術は正当化されるだろう。たしかに、手術行為の場合は、患者はその治療によって快復するのに対して、積極的安楽死の場合は、患者は医師の致死薬の投与行為によって死に至る。この点で両者は異なっている。しかしながら、その他の点では、構造は同一である。では、なぜ手術行為は正当化されるのか。それは、治療の目的で、患者の同意を得て、医学上の準則に従って行われるからである<sup>10</sup>。その際、手術行為自体もその手術のために正当な範囲内のものであることが必要であろう<sup>11</sup>。通常は正当化され得ない傷害行為が手術行為として正当化されるのは、その目的に正当性があり、患者の自己決定により同意され、医師により医学上適切な仕方で行われ、手術行為自体も正当なものであるからである。さらに、医学上必要のない手術行為が正当化されないことを考えるならば、正当化される根拠として手術の必要性を考えなければならない。手術行為についてのこのような考察が示唆するのは、ある行為の道徳性を考察する際には、行為だけに着目するのではなく、全体的な考察を必要とする、ということである。

それゆえ、積極的安楽死の道徳性を考察するためには、狭く切り取られた致死行為だけに注目したり、一部の目的・結果とだけ関連づけて評価したりするのでは足りないものであり、積極的安楽死の全体を考察することが重要と考えるべきである。

では、全体的に考察するとして、どのような要素を考慮に入れるべきだろうか。次のようなものが考えられるだろう。①自己決定・自律に基づくものであること。②致死行為そのものの正当性。③行為の目的・結果。④患者の利益の程度。⑤実施の方法。⑥積極的安楽死の必要性。これらを順に見ていくが、それは自発的積極的安楽死を全体的に分析することにほかならない。

まず、①自己決定・自律に基づくこと。これは本論が考察するのは「自発的」な安楽死であるから問題ない<sup>12</sup>。消極的安楽死とこの点において異なることがない点を再確認しておくだけでよい。②致死行為そのものの正当性については、患者を死に至らしめる行為は、苦痛がなく比較的速やかに死に至らしめる致死薬を選択し、医学上適切な仕方提供ないし投与すればよい。③行為の目的は、激しい苦痛からの解放・救済である。行為の結果として、激しい苦痛の解放・救済が果たされるが、同時に患者の死という結果も生じている。ただ、この死の結果は目指されたのではなく、激しい苦痛からの解放・救済という目的のために、患者によって受け入れられたものである。④患者の利益は、激しい苦痛からの解放である。以上の②、③、④については関連づけて考察しておこう。消極的安楽死に比べ、積極的安楽死は、積極的に死に至らしめる点で、致死行為そのものの正当化はハードルが高くなる。しかし、この致死行為と、③行為の目的・結果と④患者の利益を合わせて考えたらどうなるだろうか。致死薬の投与という行為そのものは積極的に死を目指すが、行為の目的からすると目指されているのは「患者の意思を尊重し、現在の激しい苦痛から解放し救済すること」である。死という結果は目指されているのではなく、真の目的のために受け入れられているにすぎない。その意味において、致死行為は、患者の利益のため

10 前田雅英『刑法総論講義 第6版』、東京大学出版会、2015年、237頁。

11 大塚仁『刑法概説総論 [増補]』、有斐閣、1975年、241頁。

12 自発的安楽死においても、現実には、自発性の確認が難しい問題となることがある。しかし本論の目的は、内在的アプローチにおける自発的積極的安楽死の正当化であるから、ここでは取り扱わない。

に、患者の救済を目的とする行為である。⑤実施の方法も、最初に述べたように本論では医師による適切な方法での実施の場合に限定して、考察を進めているから、それを前提としてよい。⑥必要性についても、これ以上の治療ができず、死期が迫った末期の患者が激しい痛みや吐き気に苦しむ、満足に眠ることも一息つくことも出来ないような患者に対して、苦しむにまかせることは、患者の利益に反するというだけでなく、人道にも反する。それゆえ、人道上の観点からもその必要性を認めてよいだろう。さらに、行為において消極的な、消極的安楽死が却って残酷な結果をもたらす場合があることも指摘しておきたい。消極的安楽死は、延命治療や生命維持装置の使用の差し控えであるが、その場合に、非常にゆっくり衰弱しながら死に至る場合がある<sup>13</sup>。そのような場合には、緩やかに死にいたる消極的安楽死は、速やかな死をもたらす積極的安楽死よりも残酷な痛ましい結果をもたらすことがあり、そのような場合には非人道的と言えるのである。いわば非人道性において、消極的安楽死と積極的安楽死とが逆転することがあるのだ。それゆえ消極的安楽死よりも、積極的安楽死を選ぶ方がよりよい場合があるという意味で、積極的安楽死を正当化する必要性があるのである。

このように積極的安楽死を全体として分析し考察するときには、医師が行なう致死行為にもかかわらず、全体として正当化可能であると考えてよいだろう。患者の利益・積極的安楽死の必要性という観点からも、それが消極的安楽死における患者の利益・必要性に勝ると一概には言えないが、激しい苦痛という現実の急迫性・重大性という観点、そして人道的な観点からは、積極的安楽死の方が患者の利益が大きく必要性が高い場合もある、と言ってよいだろう。

## (2) 生命の神聖性への反論と評価

では、全体的に考察するときには積極的安楽死が道徳的に正当化可能であるとして、積極的安楽死への反対説がもち出す生命の神聖性との抵触をどのように考えるべきだろうか。

まず、検討すべきは、従来の医療倫理が守ってきた「ヒポクラテスの誓い」に基づいて生命の神聖性を擁護する立場である。そこには「依頼されても人を殺す薬を与えない」という文言があり、「人を殺す」こととしての積極的安楽死の禁止が述べられている。たしかのこの誓いは、医療倫理において重要な役割を果たしてきた。その意味で、伝統や権威にも重要な役割がある。しかし、状況が変化し伝統的ルールが、疑わしくなった場合には、われわれはそのルールの根拠と当否を、変化した現実を前に問い直す必要がある。過去の権威ある偉人およびその一派がそのように主張した（といわれている）からとって、その根拠と当否を問うことなく、いつまでもそれを墨守し続ける必要はない。われわれに必要なことは、伝統的な倫理をそのままに守り続けるのではなく、必要性があるならばそれを再検討して、現実に対応した新しい倫理を作り上げていくことなのである。そして医療が高度に発展し、人間の生と死の境目に大きな変化が生じている以上、それは重要なことだろう。その意味で「ヒポクラテスの誓い」に表現されている積極的安楽死の禁止、その背景としての生命の神聖性は再検討の必要がある。

そこで生命の神聖性を考察することにするが、実は消極的安楽死を認めるときには、既に生命の神聖性をもつ絶対性は取り下げられていると言ってよい。消極的安楽死は、①自己決定権の範囲内にあり、②患者の利益に適い、③行為の様態が消極的なものであって、積極的な致死行為を手段としないことから許容されることは既にみた。さらにレイチェルズの事例を検討することで、消極的安楽死を分析し、その正当化の根拠を示した。すなわち、消極的安楽死は手段こそ消

13 これは非自発的安楽死においてとくに問題となる。その二分脊椎症の新生児の例について、Peter Singer, *Practical Ethics, Second Edition*, Cambridge University Press, 1993, pp. 211-212 ピーター・シンガー『実践の倫理 [新版]』(山内友三郎・塚崎智監訳)、昭和堂、1999年、254-255頁。

極的なものであり直接患者の死を目指すものではないが、その結果としての患者の死を予見し受け入れた上で、消極的行為を行なうのである。それゆえ、消極的安楽死は、レイチェルズの事例におけるスミスのように「何もせずに死ぬにまかせること」ではない。そうではなくて、既に患者の生命に消極的ではあるが介入し、その結果としての死を受け入れているのである。そのように考えるときには、消極的安楽死の許容によって、生命の神聖性への侵犯は既に生じている。生命の神聖性の絶対性を守り抜くことは取り下げられているのである<sup>14</sup>。

その点を踏まえて視野を広くとるならば、生命の神聖性といっても、そもそも絶対的なものとされているわけではないことに気がつく。通常、人の死を伴うことのある正当防衛や正戦が認められるのであるから、それに伴う生命の神聖性への侵犯は既に認められており、生命の神聖性が絶対的なものではないことも認められていることになる。その根拠は正当防衛や正戦の不可避性ないし必要性にあると考えてよいだろう。注意すべきは、ここで生命の神聖性の取り下げというとき、それは生命の神聖性の全面的な否定ではもちろんなく、生命の神聖性を絶対的なものとしないうことにすぎない。生命の神聖性の絶対性を取り下げられる場合でも、生命の尊重という大原則は変わることがないのである。以上のように考えるときには、生命の神聖性は絶対的なものではなく、生命を奪うことを正当化できる場合があることを認めねばならない。

## 5. 結論

それゆえ問題であるのは、生命の神聖性が実際には取り下げられている、あるいは少なくとも取り下げざるをえない場合があるにもかかわらず、医療においては生命の神聖性が過大に信奉される傾向がある点なのだ。「生命の神聖性」は事柄に即すならば「生命の最大限の尊重」と言い換えられるべきであると私は考えるが、言葉遣い以上に重要なのは、生命を奪うことは、どのような場合に、どのような根拠に基づいて正当化できるのかを考察することである。最後に、それを自発的積極的安楽死において検討しよう。

本論が問題としている自発的安楽死は次のようなものであった。すなわち、患者本人に判断能力があり、安楽死の意思を明瞭に示している場合に、医師が医学的に適切な仕方を実施する場合の安楽死である。したがって、この場合は、先に積極的安楽死を分析し評価した際に、患者の利益に適うことも示しておいた。さらに、積極的安楽死の致死行為も、目的、患者の利益、必要性和合わせて全体的に考察するときには、道徳的に正当化できることを示しておいた。それゆえ、積極的安楽死が自発的な場合には、積極的安楽死が道徳的に正当化できる以上、消極的安楽死と同様に、医師への致死行為の依頼も自己決定権の範囲内と考えてよい。したがって、自発的積極的安楽死は、「生命の最大限の尊重」を踏まえても正当化可能である。

自発的積極的安楽死の正当化可能性について、これまで考察してきたが、積極的安楽死が道徳的に正当化可能である、という結論が理解されないのはなぜなのだろうか。ふつうの常識的な人が、積極的安楽死の正当性に理解を示さないとしたら、その理由はおそらく、積極的安楽死を認めざるをえないような医療の事例に、通常は触れることがないからであると思われる。

安楽死についての文献を読み進めていくと、妊娠・誕生と終末期を中心に、人間の生命の尊厳、そして患者の真の利益が問題となる様々な事例・状況があることに気づかされる。そこで

14 1948年の「第2回世界医師総会」で規定された「ジュネーブ宣言」は、「ヒポクラテスの誓い」がもつ倫理的な精神を現代風にアレンジしたものと言えるが、ここにおいて定められているのは、「人命の最大限の尊重 (the utmost respect of life)」である。このことも医学において、生命の神聖性が既に取り下げられていることを示している。

は、医師と患者、そしてその家族が様々な具体的困難に直面し、様々な決断を余儀なくされている。このような事例・状況は、専門外のふつうの人たちには知らされることは少ない。

安楽死の議論においては、一方では、医療の現場で具体的にどのような事例・状況があるのかという認識と、他方で、新たな状況に対し倫理的にどのような選択肢があるかという考察が不可欠である。これからの安楽死の議論においては、医療の現場で安楽死が問題となる状況と向き合っている医療関係者と、医療倫理の研究者とが、共同して議論を進めていくこと、そしてそのような議論を専門外のふつうの人たちに理解してもらえるように努めることが望ましいと考える。