

"Euthanasie" und die traditionelle Medizinethik :
Um die Entwürfe der Richtlinien zur ärztlichen
Sterbeleitung in Deutschland

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-05-10 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 山本, 達, YAMAMOTO, Tatsu メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10098/5404

「安楽死」と伝統的医療倫理

— ドイツのガイドライン作成との関連で —

山 本 達

倫理学教室

(平成10年10月23日受理)

„Euthanasie“ und die traditionelle Medizinethik

- Um die Entwürfe der Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung in Deutschland -

Tatsu YAMAMOTO

Seminar für Ethik

Zusammenfassung: Heute kann man auch in Deutschland die Fragen der „Euthanasie“ nicht umgehen, obwohl man dort den Begriff „Euthanasie“ mehr für problematisch hält als in allen anderen Ländern; Sterbehilfe und Therapieverzicht im terminalen Stadium sind zur öffentlichen Diskussion gestellt. Die deutschen Richtlinienentwürfe nehmen die Fragen der Sterbehilfe nur im Rahmen der traditionellen Medizinethik ernst, innerhalb dessen sich eine ethisch relevante Unterscheidung von Töten und Sterbenlassen genau erhalten muß. Für die traditionelle Position bleibt es eine grundsätzliche Frage: Worin besteht der Unterschied zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe? In der vorliegenden Arbeit zeigen wir Gründe für den ethisch bedeutsamen Unterschied dazwischen durch den Versuch auf, verschiedenen Einwänden gegen die traditionelle Position zur Sterbehilfe entgegenzutreten.

Schlüsselwörter: Sterbehilfe, aktiv und passiv, Töten und Sterbenlassen, Richtlinie, Selbstbestimmungsrecht, traditionelle Medizinethik

伝統的な医療倫理を尊重する多くの人々でさえも、「安楽死」は医療の現場でもう避けて通れない問題だと受けとめているようである。安楽死については、歴史的にとりわけ重い過去を背負っているドイツでも事情は変わらない。そのことは、最近ドイツ国内で行われた意識調査からも察知できる。例えば1996年の秋に、ベルリン疫学研究所によってドイツ人医師を対象に行われた「安楽死」に関する標本調査⁽¹⁾が挙げられよう。ドイツ全国から無作為に抽出された

一般開業医282人と専門医184人から回答が寄せられた。その主だった調査結果を列挙すると以下のようである⁽²⁾。

1) 回答者の約半数が安楽死問題の公開の議論の必要を認めるが、16%の人はその議論を危険と見なす。

2) 「安楽死」を明確に支持する者は、一般開業医の5%と専門医の1%であるが、多数の医師は最小限「間接的安楽死」を「原則的に許容できる」と見なす。これに対しても反対する者は、専門医の11.2%と開業医の24.2%である。しかし「人道的理由から積極的安楽死を行使できたらよいような状況を思い浮かべられるか」の問に対しては、回答者のおよそ3分の1の人がこれを肯定する。

3) 医師の約半数は、これまでに患者から積極的安楽死を懇願された経験があると回答する。「ドイツで医療業務に従事している間に、積極的安楽死に当たるケースを経験したことがあるか」の問には、専門医の6.4%と開業医の10.5%が肯定的に答える。1人の専門医と11人の開業医は、患者の願いに応じて自ら積極的安楽死を行ったことを認めた。

この調査結果から何を読みとることができるであろうか。少なくとも公式的には、積極的安楽死への強い拒否反応をドイツ人医師たちが示していることは明らかである。先進諸国と比べてどうなのかを、ここでは知る手だてがないが、ドイツの「安楽死問題」に対する厳しい姿勢を窺い知ることにはできるであろう。しかし、現場での態度決定を迫られる医師としては「安楽死」を一概にアプリアリーに拒絶しきれない不安定な立場に立たされている実状も、露呈しているようである。約半数の医師たちが安楽死問題の公開性を認めている。このことは、忌まわしい歴史的体験を思い起こさる「安楽死」ではあっても、今日ではもう「安楽死」をタブー視できないドイツの状況を物語っている。「人道的理由から積極的安楽死を行使できたらよいような状況を思い浮かべる」ことができるという回答する医師がおよそ3分の1に達する。また、約半数の医師たちが、これまでに患者から積極的安楽死を懇願された経験があるとしている。これらからすると、ドイツでも、「安楽死」への拒否反応から脱却して、むしろこれを一定の条件の下で肯定的に受けとめようとする医師たちの勢力が台頭していると言えないであろうか⁽³⁾。

1. 「ニュルンベルグ綱領 1997」

安楽死問題に寄せる医師たちの意識動向を背景に、ドイツでの「安楽死」に関する具体的指針作成に向けての議論の現況を窺うには、次の2つの提案、あるいは文書が参考にされてよいであろう。1つは、1997年8月に発表の「ニュルンベルク綱領 1997」に納められた「安楽死」に関係する小文書である。もう1つは、同年4月に、ドイツ連邦医師会によって「死への医師による付き添いと適切な医療の限界についてのドイツ連邦医師会指針草案」として公表された文書である。

I P P N W (核戦争阻止国際医師の会)のニュルンベルク支部団体は、「ニュルンベルク綱

「安楽死」と伝統的医療倫理

領1997」を発表した。ナチ戦争犯罪に加担したドイツ医師団の非人道的犯罪を暴いたニュルンベルク裁判が行われたのは1947年である。同年に、医学実験に関する医療倫理の具体的な基本原則を規定した「ニュルンベルク綱領」が宣言されている。その歴史的な綱領宣言の50周年を記念して、「ニュルンベルク綱領1997」が発表されたわけである。その新しい綱領前文の冒頭では次のように唱われる。「良心喪失のヒト実験、精神的疾患や障害を持つ人々の大量虐殺、その他人間性に反するいろいろの犯罪行為—そうした罪を国家社会主義の枠内でドイツの医師たちは犯してしまった—の犠牲者たちに対する追憶に寄せて⁽⁴⁾」と。この新綱領は、1947年の「ニュルンベルク綱領」の精神を踏まえながら、生命倫理上の種々の論争的テーマに一定の方向付けを与えることを意図して作られている。その数々のテーマ⁽⁵⁾のなかの1つである「安楽死」に関係した項目を、先ず取りあげ、そこでの問題点を見渡したうえで、次にドイツ連邦医師会による「指針草案」の検討に移ることにしよう。

その項目の表題は「死への付き添いと安楽死⁽⁶⁾」である。その全文を引用する。

「死ぬことは生の部分である。その生の部分にあって人は、特段に優しい・共感的な付き添いと苦しみを緩和する医療の介助とを必要とする。こうした付き添いと介助のための前提は、〈死に逝く人〉と付き添う人々とのあいだに、および付き添う人々相互のあいだに、できるだけ好ましいコミュニケーションが成り立っていることである。人間的な医学と医療サービスが提供するものは、死に臨んだ介助であって、死を目指した介助ではない。目標は、尊厳のうちに死ぬことを可能にすることにある。

間近に死亡が予期される人の場合には、生命維持の措置が中止されたり行われなことがあってもよい。ただしそれは、当人の明示的意思、あるいはその代わりとしての、推定的意思に対応していなければならない。推定的意思は、前もって真剣に交わされた対話があり、これを根拠にできるときだけ確定してよい。[当人の意思が]疑わしいときは、つねに生命維持のために措置するように決断されるべきである。

同じく、明示的ないしは推定的意思がある場合には、苦しみを緩和する措置、とくに適切な鎮痛療法が、たとえこれらによって命が縮まることになっても、行使されるべきである。身体の介護、気道のキープ、液体補給、そして必須的栄養補給のような、そうした措置は、中止すればまだ死に臨んではいない人であっても死亡に導くような措置であるから、どのような場合でも保証されるべきである。そうした措置も、当人の推定的意思ではなくて、ただ、当人自身の直接的な明示的意思によってだけ中止されてもよい。

予定よりも早く命を終わらせることを目標とする措置や、自殺補助は、たとえ患者によって望まれていることであっても、厳格に拒絶されるべきである。不可逆的に意識を喪失した患者のような、不治の病の人は、〈死に逝く人〉ではない。

不治の病者や〈死に逝く人〉に付き合うすべての医療者は、緩和医療の教育研修を受ける義務がある。この教育研修には、患者自身と一緒にあって患者当人の容体や治療処置に

ついて誠実で思いやりのある対話ができる、そのような資格技能が含まれ⁽⁷⁾。」

この綱領決定に至るまでに公開の議論が先行したようである⁽⁸⁾。「安楽死」に関係するこの項目も、そうした議論の経過から生まれた一応の合意である。そのように見るならば、その議論のなかでの主要な論点は何であったのか、自ずからそれらの点が浮かび上がってくる。

1) 終末期医療の必要性。従来の延命を第一主義とする医療行為と医療システムからの方向転換への要請である。「人間的な医学と医療サービス」として、「死に逝く人」に対する緩和医療的な介助と付き添いの必要が主張される。そうした緩和医療の目標が、明確に「尊厳のうち」に死ぬこと、すなわち尊厳死であるとされる。尊厳死に方向付けられるべき緩和医療は「死に臨んだ介助」ではあっても「死を目指した介助」ではない。

2) 緩和医療の措置として、生命維持措置の不行使あるいは中止が許容される。この許容のための2つの根本条件が示される。第1に患者対象は、死亡が間近に迫っている〈死に逝く人〉に限定される。第2に、そうした〈生命維持措置の不行使や中止の〉措置が、患者の自発的な意思に基づくものでなくてはならない。その場合、その患者の意思が明示的に表明されているか、あるいは推定的かの区別がある。患者の意思の確認には困難が残るが、いずれにしろ患者の意思に基づかない、あるいはこれに反するような、〈生命維持装置の不行使あるいは中止〉は、許されない。

3) 緩和医療の措置としての鎮痛療法は、患者の意思に基づく限り、たとえこれによって患者生命の短縮が予想されたとしても、苦痛の除去・緩和を意図している限り許される。そればかりか、医療に課せられた義務である。また、液体補給や栄養補給の基本的な措置についても、患者自身の「明示的意思」に基づく限り、その中止を許容できる。ここでも患者対象は、死が切迫している〈死に逝く人〉であることが、その絶対条件である。そうした条件下で、生命維持の基本的措置の中止の処置が、たとえそのことによって患者の死が予想されるにしても、是認される。

4) 以上、第2段落および第3段落の提言は、次のようにまとめられる。〈人工呼吸器などによる生命維持措置の不行使や中止〉、〈モルヒネなどの投与による鎮痛療法〉、さらには〈液体補給や栄養補給などの基本的措置の中止〉が「死に逝く人」に対して当人の自発的意思を前提にした上で行われるならば、たとえそうした医療的行為によって結果的に患者の死亡が早まると予想されても、終末の医療的措置として是認されると。次に、こうした緩和医療の枠組みで許容できる「安楽死」を逸脱するような措置として、「予定よりも早く命を終わらせることを目標とする措置」や「自殺幫助」に言及されている。患者自身の要求に基づくことであっても、直接的に患者の死を早めることを意図する措置は是認できない。たとえ不治の病で「死に逝く人」であっても、直接死を招く、あるいは早めることを意図するような手段の行使は許されない。この主張は、「安楽死」への患者の自己決定権の大幅な制限を意味する。またここでは、不治の病で不可逆的な昏睡状態にある患者がまだ「死に逝く人」ではないとされる点も、

注目されてよい。

「ニュルンベルク綱領1997」は、人間的医学に属する「安楽死」を「死を目指した介助」ではなくて「死に臨んだ介助」として規定する。そうした死の介助としての安楽死は、「予定より早く命を終わらせることを目標とする措置」でも「自殺幫助」でもない。両者の間には、倫理的な一線が画されなくてはならないと言う。後者は「積極的安楽死」として理解されていると言ってよい。この綱領では、「安楽死」が「積極的安楽死」と「消極的安楽死」に、あるいは「意図的安楽死」と「非意図的（間接的）安楽死」に峻別され、後者に限って許容されるという考え方が基本におかれている。そうした主張は、どのような倫理的原則を踏まえているのであろうか。〈殺す〉ことと〈死ぬに任せる〉こととの概念的区別を前提にしているが、その区別はどのように説明できるのか。「結果主義」か「義務論」か。「安楽死」には、そうした倫理的論争に導くような難問が控えている。そのことを新綱領は暗示している。

2. 「安楽死」に関する「ドイツ連邦医師会指針草案」

1997年4月の「死への医師による付き添いと適切な医療の限界についてのドイツ連邦医師会指針草案」は、終末期医療に臨む医師にとっての入念な行動指針を策定するための議論のたたき台である。同医師会は、既に1979年に「安楽死のための指針」を、1993年には「死への付き添いのための指針」を決定・公刊している。新しい草案は、それらの指針の修正をめざして。

草案作成の責任者であるE. ベライテスは、その序文で、そうした修正が迫られている理由を端的に、急速な医療技術の進展に見ている⁽⁹⁾。死の過程を技術的に操作できる可能性の幅が著しく増大した。それは一方では、治療過剰への不安として、他方では早すぎる終末への恐怖として人々に感じられるようになった。だから、こうした状況での医師自身の態度決定が今や求められていると。この指摘はいかにももっともである。そればかりではない。この指針作成の課題は「人間の自己理解の仕方の土台」に触れるテーマであるから、ここで問われ目指されるべきものは単なる医師団内部の専門職的倫理ではなくて、「多元文化的な社会における同意形成」としての倫理であると言う。この声明には、安楽死問題に対する草案作成者としての熱意と責任が感じられる。

この草案は、細部はともかくとして、大筋としては先の新綱領と軌を一にしている。ドイツ医師会は安楽死問題に関してどのような同意を目指しているのか。またその態度表明は、どのような基本的な倫理的視点に立っているのか。そうしたことを検討する前に先ずあらかじめ、誤解を恐れずに、この草案内容の概要を示しておこう⁽¹⁰⁾。その構成は、前文と4つの章からなっている。

「前文」

「医師の使命は、患者の自己決定権を尊重しながら、生命を維持し健康を守り回復させること、および苦しみを和らげ、死に逝く人に死亡のときまで助力することにある。」生命維持と

いう医療義務は、いつでもどんな場合でも無条件に命じられているわけではない。「通常ならば適正である診断・治療の医療処置をもう今では適正であると指示できなくなる、そのような状況がある。」「治療制限」が適正な医療措置として要求されるような状況がある。とはいえ、「積極的安楽死」は、たとえ患者の要求に基づくことであっても、決して許されず、法的に罰せられることである。

「第1章 死に逝く人に臨んでの医療義務」

「死に逝く人を死亡のときまで助けることは、医師の義務である。」その介助は、治療、援護、看護に及ぶ。延命や生命維持ではなく、それに代わる介護的・緩和的措置が求められる。その目標は、死に逝く人を死亡のときまで尊厳を失わずに生きられるように介助することにある。その場合、患者（死に逝く人）に対しては、患者の病状や可能な措置について真実の情報が提供されていなければならない。もし延命措置の開始・継続がただ単に患者の死期を遅らせるだけであるならば、患者の明示的意思、あるいは推定的意思を遵守するという条件のもとで、延命処置の不行使・中止が許される。死に逝く人にとって、まさに苦の緩和が切迫した問題であるならば、たとえその苦痛を和らげる措置によって生命の短縮が予想されることであっても、その措置は、生命短縮を意図していない限り許される。しかし死を早めることを直接意図する生命短縮の措置は許されない。それは、自殺幫助と同じように「医療の職業エトス」に逆らうことであるからである。

「第2章 不適正な治療の放棄」

1. 予後劣悪で病状が急激に進行中の患者、および2. いわゆる慢性的植物状態の患者や重篤な先天異常の新生児に対する処置について。これらは、「まだ死の過程にはない」人であって、「生きている人」である。とは言っても、1.の場合でも、延命措置の放棄が問題になる。ただし、延命措置の開始や治療の続行が患者にとって助けにならず過剰の負担をかける場合に限り、患者の自己決定権の遵守を条件に、治療目標の変更が考慮されてよい。こうした状況下であっても、「基本的介助」は放棄されてはならない。それは、医師の使命に属する。基本的介助として、援助、身体介護、苦痛の緩和、気道キープ、液体補給、そして自然的な栄養補給が挙げられる。2.の場合、いわゆる慢性的植物状態の患者に対しては、生命維持措置の治療中止は、患者の明示的ないしは推定的意思に対応するときに限って許される。重篤な先天異常の新生児については、通常的でない特別な技術的手段の持続的な使用がなければ生きられない場合、両親との協議の上で、そうした手段の利用が中止されてよい。

「第3章 自己決定に対する患者の権利」

1. 同意能力のある患者の場合、医師は、既に導入・開始済みの生命維持の技術的措置を中止することについても、患者の意思を尊重しなければならない。しかし必要な治療を拒否するような患者に対しては、その決定を熟慮するように助けなければならない。2. 意識を喪失した患者や同意能力を欠く患者の場合、患者の推定的意思に応じた治療措置が実行されるべきである。

「安楽死」と伝統的医療倫理

患者の推定的意思は状況全体に基づいて精査されるべきである。その場合、患者がまえもって[意識喪失以前に]表明していた意見は重要である。患者が「信頼できる人」を特別に指名していたならば、その人の意見が、患者の推定的意思の精査のために参考にされるべきである。

「第4章 生前の自己決定による患者処分」

患者処分（リビング・ウィル）などは、患者の推定的意思の精査の場合、患者の自己決定権の重要な要素をなすから尊重されるべきである。ただし、そうした形での意思表示は一般に、患者の健康な状態のときになされたことである。それに対して絶望的状况にある患者はしばしば希望を募らせる傾向にある。こうしたことを医師はよく考慮すべきである。

3. 「草案」の倫理的視点

上のように概観すれば明らかなように、この指針草案の立脚する最重要な倫理原則の1つは、患者（死に逝く人）の自己決定権の尊重にある。「死に逝く人」に対する苦しみの除去・緩和を目指す助介が医療措置として要求される状況があるにしても、延命・生命維持の措置から緩和的医療措置への方向転換は、患者自身の意思の尊重を不可欠の条件としていなくてはならない。緩和的措置（生命維持措置の中止を含む）への決定は、患者の自己決定権を前提に行われなければならない。それが第1の原則である。それにしてもしかし、緩和的医療措置の決定にあたって、患者の自己決定権が万能であると見られているわけではない。

緩和的措置の対象にされる患者は、「死に逝く人」に限定されているわけではない。予後が劣悪で病状の進行が急速である患者や慢性的植物状態の患者、さらにはまた、重篤な先天異常の新生児もその対象となりうる。そうした患者であっても、一定の条件の下で、生命維持措置の不行使や中止が許される。この点は、先の「ニュルンベルク綱領1997」の主旨と異なる。意識を喪失した患者に自己決定権があるのか。新生児にいたっては自己決定権を問うこと自体ナンセンスである。そればかりではない。同意能力のある患者であっても、確かに生命維持の（技術的）措置の不行使や・中止については患者の自己決定権が認められるが、しかし、液体補給や自然的栄養補給などの基本的助介については、これを拒否する権利は患者に認められていない。草案は、終末期における医療措置の具体的決定にあたって、患者の自己決定権にさまざまな制限を加えていることは明らかである。

草案は、終末期の措置として医師（また患者）にとって要求されること、あるいは許されることは何かというテーマを中心にして、その解決のための基本的行動指針を呈示する。その際、終末期での医療行為の決定にあたっては、何よりも患者の自己決定権を尊重しなくてはならない原則が掲げられ明記される。しかし同時に草案は、終末期医療にあって、結果的に死を招く行為であっても、医療行為として是認できる行為と、是認できない行為とを原則的に分ける境界があるということ、種々の指針の呈示に先立って前提している。その点は、先の「ニュルンベルク綱領1997」でも同様である。こうした立場の決定は、言うまでもなく、患者の自己決

定権の尊重とは異なる別種の倫理原則に依拠せざるを得ない。そこから緩和的医療における患者の自己決定権の制限が自ずから帰結するのである。

草案は「安楽死」の用語の使用を意識的に避けているようで、「積極的安楽死」は、これを断固拒否する。しかし、「消極的安楽死」は、どう見られているのか。「死に逝く人」や植物状態の患者に対して、生命維持・延命措置の不行使や中止は、たとえそれによって患者の生命の短縮が結果するとしても、患者の意思に基づいている限り許される。しかしその場合でも、緩和的医療措置や「基本的介助」(援助、身体介護、苦痛の緩和、気道キープ、液体補給、そして自然的な栄養補給)は保証されていなければならない。言い換えれば、延命・生命維持措置の放棄が正当化されても、それは「基本的介助」の中止・放棄にまで及んではならないというのが草案の主張であろう。したがってまた、そうしたケースにおける生命維持措置の不行使・中止という「消極的」手段も、これを患者の死(生命の短縮)を直接的に意図するような仕方で行使することは是認できないという考え方に立っている。すなわち、「消極的安楽死」に対しても厳しい姿勢を示していると言える。しかし、実質的には、「消極的安楽死」のカテゴリーに属する具体的医療処置の多く(薬物投与・化学療法・人工呼吸器・人工的栄養補給等々の中止)が、緩和医療的措置として正当化されるのであって、ただ、そうした中止を正当化する状況や条件が、緩和的医療にあっては、特に「基本的介助」との関連で厳格に考えられているのである。

指針草案に寄せられたヴェルメリングの論評にもあるように⁽⁴⁾、そもそも草案では、「安楽死」に関連する「積極的」と「消極的」との対比には曖昧さが残されている。ここで「積極的」と「消極的」との対比は、「作為的」と「不作為的」との対比に確かに重なる部分はあるが、しかし必ずしも同一ではない。医者が患者に不作為によって死を招く行為であっても、もし患者に当然なすべき医療行為を行わない(不作為)で死なせてしまうならば、それは不作為による「殺人行為」である。また、結果として患者の死が予想される一切の作為的な行為が「殺人行為」とされるわけでない。例えば、患者の苦痛を緩和するために、鎮痛剤としてモルヒネを注入することによって、結果的に患者の生命を短縮するような場合である。〈生命維持措置の中止、特に人工呼吸器のスイッチを切ることが、殺人行為とは見なされないかどうか、見なされないとすればどうしてか〉の問題もある。

草案では一応次のように考えられていると推測される。不治の病で、もう回復の見込みが絶たれている患者に対して、治療効果が期待できないために、生命維持措置の中止が余儀なくされるケースの場合、たとえ人工呼吸器の中止で患者が死に至ったとしても、その死の原因は〈その装置のスイッチを切る〉という医師の行為にはない。呼吸中止を結果する原因は、どこまでも致命的な疾病・傷害にあると。しかし、死の原因が人工呼吸器の中止ではなくて、疾病・傷害という病理学的原因にあるというだけでは、生命維持措置の中止という行為を医療行為として正当化する根拠とは見なし得ないであろう。一方で〈当然なされるべき医療行為〉の不作

「安楽死」と伝統的医療倫理

為によって患者を死なせてしまう行為は許されない過失致死行為であり、他方では、終末期の患者を〈生命維持装置の不行使・中止（不作為）〉によって結果的に死なせてしまう行為は許される医療行為であるとした場合、どちらも、〈死の原因は不作為という行為ではなくて疾病・傷害である〉という点では同じである。それにもかかわらず一方は許されるが、他方は許されないとする根拠はどこにあるのか。草案では、そうした問は答えられておらず、生命維持装置の不行使・中止に関する倫理原則の問題は不問のままなのである。

草案は、患者の要求に基づく「積極的安楽死」や「自殺幫助」は医療行為として決して許されないと主張する。「医療の職業エトス」からすれば、患者の生命に奉仕すべきことが医師の第1義的な義務である。患者の死への強い願望・要求に与し、これに直接答える「積極的安楽死」や「自殺幫助」は、医師の第1義的義務の放棄である。多元的価値観の社会では確かに、「生きる権利の放棄」を自己の生命に処する最大の自己決定権の行使であると主張するような価値観が許容されるかもしれない。しかし、そうした人々でも、医師に対して「殺しへの要求」を権利として主張することはできない。医師には、「医療の職業エトス」に基づいて、殺しへの関与は拒まれているからである。このように草案は、〈自殺幫助の禁止〉などの伝統的医療倫理の立場を堅持する。他方ではしかし、終末期医療においては、末期の患者に人工呼吸器の中止など生命維持装置の不行使・中止が許されることがある。患者の意思に基づいて、たとえそのことによって死が結果しようとも、それは医療行為として許される場合がある。そうした場合には、生命維持装置の不行使・中止を要求する患者の意思に応えることがむしろ、医師の義務である。終末期において、患者自身が生命維持装置の行使を拒否する意思は、自殺への意図・願望と単純に同一視することはできない。その拒否の意思は、終末期での医療的措置の決定に当たって、十分に尊重されなくてはならないのである。草案はこうした立場に立つ⁽¹²⁾。

伝統的な医療倫理の観点では、患者の生命維持が最優先の第1の義務である。患者のどのような要求・願望に対しても優先されるべき義務である。にもかかわらず、草案では、終末的状況での生命維持の措置の中止がむしろ医療の第2の義務とされる。言い換えれば、草案の依拠する伝統的医療倫理の観点では、終末期的状況が、生命維持という第1義的義務の当てはまらない例外とされる。そうした意味での「限界状況」として認められているのである。ところで一定の患者を前に、適正な医療措置が求められる状況が例外的な限界状況なのかどうかの判断は、伝統的医療倫理では、当然医学的判断である。その判断自体に患者の自己決定権が主導権を発揮する余地はない。しかしその医学的判断が価値中立的な科学的判断なのか。あるいは目の前の患者の生命と健康のありようについての価値評価をも含んではいないのか。しかもその価値判断には医師のパターンリズムの配慮が働いていないのかどうか。伝統的医療倫理の観点に立つ論者の間でも意見は分かれる⁽¹³⁾。

「限界状況」に限って生命維持の中止を許容する伝統的医療倫理は、しかし、限界状況にある患者を積極的（あるいは意図的に）死なせるような行為は許さない。だから「限界状況」で

の医療義務として、次のような第3の義務が要求される。〈自発的に死を望む患者、あるいは死に逝く患者であっても、たとえ医療措置の不行使・中止によって患者の死が早まることは許されていようとも、決して殺してはならない〉。

終末期の医療行為に関して以上3つの基本的義務を課する伝統的医療倫理の観点は、「義務論」に立っている。義務論的であるから、それら3つの義務は、患者自身が自分の生死に臨んで現実を抱く願望・関心に左右されることなく命じられる義務である。またそうした義務・規範にとっては、一定の医療行為（生命維持措置の中止や緩和医療的措置を含む）が患者自身に結果的にどんな利益・不利益を及ぼすことになるのか、そうした比較考量も問題にならない。

こうした伝統的医療倫理に対しては、理論的に「義務論的」発想そのものに反発する「結果主義的」立場からの批判が当然予想される。第1義務のあてはまらない例外的ケースである「限界状況」が、実際の個々の患者自身の願望や利益を含む具体的ケースの経験をまたずに一般的に確定できることなのかどうか。「結果主義」は、もちろん、これを不可能と見る。この批判に対して、義務論的な伝統的医療倫理は、終末期医療を「限界状況」と見ることができるよう、できるだけ曖昧さを残さない概念的枠組みを提供できるのであろうか。第3の義務との関連で言えば、終末期の医療措置に関係した「積極的」と「消極的」との区別が道徳的に意義のある重要な区別であると言えるための根拠を、その義務論は呈示できるのであろうか。そうした問題は、終末期医療に関して伝統的医療倫理を擁護しようとするものにとっては回避できない問題であろう。

確かに、伝統的医療倫理を擁護するにせよ、批判するにせよ、根本的に検討されるべき問題は、第1義務に関してである。第1義務の根拠は、多くの場合、結局は形而上学的・宗教的基礎に求められる。だから、伝統的医療倫理の擁護者には形而上学的・宗教的教説の堅持に力を注ぐ論者が少なくない。他方、この立場を批判する人たちには、伝統的医療倫理を支える形而上学的宗教的教説自体にも立ち入った議論を提供する論者もある⁽¹⁴⁾。ここでは、こうした核心的テーマは留保した上で、終末的医療についての伝統的医療倫理の観点を、専ら上記の第2、第3の義務との関連で取りあげてみたい。問題は、第2義務が関係する「限界状況」が第1義務にとっての例外として、どのように境界設定できるのか。そしてこの問いとの関連で、「死ぬに任せる」と「殺す」との区別は、どのように捉えられることによって、この区別に道徳的意義が認められるのか。安楽死問題に関する伝統的医療倫理の立場を明らかにしてみたい。

4. 積極的安楽死容認論に対する伝統的医療倫理の立場

積極的安楽死容認論者たちの中には、倫理的に「結果主義」を標榜する人が多い。終末期にある患者を結果的に死に導く（医師の）処置が、致死量の毒物を注入するような積極的行為（積極的安楽死）であるのか、あるいは、生命維持治療を差し控えたり止めたりするよう

「安楽死」と伝統的医療倫理

な消極的行為（消極的安楽死）であるのか、結果主義者にとってはその区別はどうでもよい。なぜなら、いずれにせよ同じく結果する患者の死が、患者自身を始めとするそれぞれの関係者に利害関心の点で同じように評価されるならば、〈積極的〉と〈消極的〉とで道徳的に区別すべき理由はないからである。積極的安楽死と消極的安楽死との間に道徳的違いを認めない結果主義者の議論は、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉との間に意義ある道徳的相違を認めない論証に集約されている。ここでは、積極的安楽死容認論が提起する論点の概略を見ることから始める。その上で、伝統的医療倫理は、この論点にどのように対処できるのか、積極的安楽死と消極的安楽死との道徳的相違を堅持するだけの論拠を呈示できるのかどうか。こうした問題が検討されなければならない。

医療の現場では、おそらく〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉の違いは暗黙の前提として〈感じ取られている〉のであろう。終末期の患者に対する延命治療の放棄にも、ある種の躊躇いがあるかもしれない。しかしそれは、そうした患者に対して直接に致死注射を試みることへの強い拒否反応に比べてより弱い程度的な違いがあるだけではない。両者の感情的反応は異質だという思いは強いであろう。しかしながら、安楽死を擁護する結果主義者は、こうした感情論を無視する。伝統的立場は、そうした感情の差異を無視できないとすれば、その論拠を示さなければならない。死に逝く患者に対して、たとえ死の結果が予期されても、治療を放棄・中止することは、そうした患者の命を直接に一定の技術的手段で奪うこととは、道徳的観点で決して同じではない。このことを安楽死積極論者の突きつける諸論点に伝える形で明らかにしなければならない。

〈殺し〉と〈死ぬに任せる〉についての議論は、次の4つの指標あるいは対立項目をめぐる議論として整理することができよう。あらかじめ挙げれば、1) 〈作為〉対〈不作為〉、2) 死の原因であるか否かの相違、3) 意図的か非意図的か、4) 〈完全義務（消極的義務）〉対〈不完全義務（積極的義務）〉、以上である。

(1) 〈作為〉対〈不作為〉

この点が、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉との区別に必ずしも符合しないということは、先のヴェルメリングの論評にもあるように、安楽死に対して批判的な伝統主義者⁽¹⁵⁾でさえも認めている。例えば医師は、患者を作為（致死注射）によって患者の命を奪うことができるだけではない。当然救えるはずの患者を、例えば、〈手術中に生命を危うくする出血を止めない〉という不作為で患者の命を奪ってしまう。前者が〈殺し〉であるばかりか、後者の不作為もまた〈殺し（過失致死行為）〉であり医療行為として許されない。これに対して、〈末期患者から人工呼吸器を取り外す〉という作為で患者が死んでも、これは患者を〈死ぬに任せる〉であって〈殺す〉ではない、それは〈末期患者に全化学療法を行わない〉こと（不作為）で患者の命を縮めることと同じだと言われる。してみれば、作為によっても不作為によっても患者を

〈死ぬに任せる〉こともできれば、〈殺す〉こともできる。殺すと死ぬに任せるの区別は、必ずしも、作為と不作為とに合致しないと。

しかし積極的安楽死容認論が作為・不作為の区別にはっきりと疑問を呈するのは、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉との間に重要な道徳的相違が認められないことを例証するためである。例えばいろいろの文献でよく引き合いに出されるレイチェルズの挙げる例証⁽¹⁶⁾は、次の通りである。

(ケース1) スミスは6歳の従兄弟の莫大な遺産を相続する立場にある。ある晩、この子どもが入浴のときスミスは浴室に忍び込み、子どもを溺死させ、事態をつくろって溺死を偶発事故に見せかけるのにうまく成功して、遺産を手に入れる。

(ケース2) ジョーンズも6歳になる従兄弟の莫大な遺産を相続する立場にある。ジョーンズも子どもを溺死させるつもりで浴室に忍び込む。そのときしかし、ジョーンズは子どもが滑って頭を打ち浴槽にうつ伏せになっている姿を発見する。ジョーンズは、大喜びで見物を決め込んで何もしない。誰にも気づかれずにジョーンズは遺産を手に入れる。

さてスミスは、子どもを〈殺した〉のに対して、ジョーンズは単に子どもを〈死なせた〉だけである。道徳的観点で見て、兩人の間に道徳的な違いが存在するのか。もしも〈殺す〉ことと〈死なせる〉こととの違いが、それ自体として道徳的に重要な相違だとすれば、ジョーンズの行為は、スミスの行為に比べて道徳的に非難される度合いが少ないはずである。しかし決してそうはならない。通常道徳的観点では両者の行為は同じように非難されよう。その理由は、第1に兩人は同じ動機(個人的利得)で同じ目的(子どもの死)を目指した。第2に、両人の行為の結果も、同じ(死)である。したがって、〈殺す〉か〈死ぬに任せる〉かの単なる事実的違いは、それだけでは、道徳的に重要な意義のある相違だとは言えない。もちろん、医師の関わる〈殺す〉と〈死なせる〉の事例は上述の事例とは全然違う。医師は、個人的利得を動機に、健康な子どもの殺害を意図したりしない。末期患者に塩化カリウムの致死量を注射する(〈殺す〉)のも、生命維持治療を差し控えて患者の命を縮める(〈死ぬに任せる〉)のも、患者の願いに応え患者自身の利益を考慮するという人道的理由による。しかし、こうした医師の行為の場合でも、〈殺す〉ことと〈死なせる〉こととの違いは道徳的観点で重要な違いではないという点では、同じだ。したがって、生命維持治療を差し控えて患者の命を縮める(〈死ぬに任せる〉)ことが道徳的に許されるならば、同じ人道的理由で患者に致死注射を施す(〈殺す〉)ことも、同じように道徳的に許されるはずであると。

作為・不作為の区別が、行為を道徳的に有意義に区別する理由にはなり得ない。だから、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉にも重要な道徳的相違を見出すことができない。したがってまた、積極的安楽死と消極的安楽死とは道徳的に等値であると積極的安楽死容認論は主張するのである。

「安楽死」と伝統的医療倫理

以上の論証は、積極的安楽死と消極的安楽死との道徳的相違に固守する伝統主義者の主張を決して斥ける体裁にはなっていない。なぜなら、先に見たように、伝統主義者にとっても作為と不作為の対立は、安楽死の積極的と消極的との区別に必ずしも一致せず、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」の特徴づけとしては不適切であるからである。「消極的安楽死」は、作為（人工呼吸器のスイッチを切るような延命治療の中止）によっても不作為（治療の放棄）によっても実現できる。身体的活動の有無を、「積極的安楽死」と「消極的安楽死」との区別立ての基準と見なすなら、それは誤りである。そればかりか、伝統主義は、そうした例証それ自体に強く反発する。すなわち、〈殺す〉ことと〈死ぬに任せる〉こととの違いの道徳的無意味さを示してくれる例から、積極的安楽死と消極的安楽死との相違の道徳的無意味さを導き出そうとする類推を疑問視するのである。

伝統的医療倫理の立場に立つT.フックスは、上のレイチェルズ流の例証に次のような反論を加える⁽¹⁷⁾。それによると、積極的安楽死容認論が持ち出す、そのような例証は、そもそも「殺し」概念を著しく拡大し、その意味を平板化してしまっている。そこに基本的な誤りがある。先ず始めに「殺し」の概念の意味は生物学的視野のもとで確かめられ、次に倫理的・法的な次元での「殺し」概念の拡大へと向かうべきであるのに、そうした手順が一切無視される。例えば、被相続人の溺死をただ傍観するだけの相続人の行為も、母の生命維持装置のチューブを取り外すような息子の行為も、〈生命体に対して身体的に致命的な作用を及ぼす〉という純生物学的意味での「殺し」ではない。そうした行為がやはり「殺し」であるのは、その行為が、その動機づけや意図に基づいて、倫理的・法的に非難されるべき行為であるからである。そのような意味で相続人・息子は被相続人・母親を「殺し」たと言えよう。しかしながら、積極的安楽死容認論者は同じカテゴリー（殺し）を、そうした行為に類似してはいるが、倫理的・法的に非難される理由のないような行為にまで適用しようとする。積極的安楽死容認論者によれば、見込みのない末期患者に付けられている人工呼吸器のスイッチを切る医師も患者を「殺す」のであり、末期患者の命を2、3日引き延ばすだけの無駄な処置を実行しないことも患者を「殺す」ことになる。つまり、患者の死の結果を伴う治療放棄・中止も、患者への致死量の毒物の注入も同じく「殺し」である。だから、一方の選択肢だけが排除されなくてはならない理由はないのである。積極的安楽死容認論者は、先のような類推の方法を使用するとき、「殺し」概念の無批判的な拡大と平板化の誤りを犯しているのである。

こうした伝統主義の立場からの反論には確かに、傾聴すべき点があろう。しかし、この伝統主義的主張に説得力があるかどうかは、純生物学的な次元での「殺し」が倫理的法律的な意味での「殺し」から独立に規定できる概念であるかどうかにかかっているようである。

（2）死の原因であるか否かの相違

伝統主義者は一般に、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉とでは、患者の死の原因が何であるかに

ついでに相違があり、それに基づいて両者の道徳的意味の違いが出てくると主張する。われわれが誰かを殺すならば、われわれはその人の死の原因である。しかし単に誰かを死ぬに任せるだけならば、われわれはその人の死の原因ではない。だから、末期癌患者に致死注射を施す医師は、患者の死の原因となるが、そうした患者に単に延命治療を差し控えたり止めるだけならば、死の原因は癌であって医師ではない。このように〈死の原因であること〉あるいは〈死の創始者であること〉の概念を照準にして、〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉（積極的安楽死と消極的安楽死）との区別の道徳的重要性を説く議論がある。積極的安楽死容認論者は、これもまた単純すぎるとして、これを斥ける。

確かに、一定の行為が〈死の原因である〉かどうかは、一般に、その行為の道徳的判断の決め手になる。しかし、〈死ぬに任せる〉かどうかは、行為の道徳的判断の決め手になることがある。〈救うことができる場合に、誰も死なせない〉ことは、望ましい。だが〈救うことができる場合に死なせてしまう〉ことは、許されない⁽¹⁸⁾。例えば、もしも私が、自分で毒を盛って自殺するアガサをただ見ているだけで何も妨げないならば、私は彼女の死の創始者（原因）でない。もし私が知らず知らずの内にアガサのお茶に毒を注いってしまったとする。そのとき私はアガサを死に導いた出来事の創始者であるが、そのことによって私は、必ずしも無条件に道徳的罪を負わなくてはならないわけではない。しかし、アガサが毒杯で自殺を図ったとき、もしも私が解毒剤を持っていてこれを彼女に提供できる状況にあったにもかかわらず、彼女にこれを提供しなかったならば、私は、たとえアガサの死の創始者でないとしても、彼女の死に道徳的罪を負うことになる。このように見てくると、純粹に事実的な意味で一定の出来事の〈創始者であること〉は、その出来事の道徳的判断の重要な区別のキーポイントになるわけではないのである⁽¹⁹⁾。

積極的安楽死容認論者によれば、〈死の原因であるか否か〉という根拠に基づいて、消極的安楽死が許されるが積極的安楽死は許されないことだと決めつける論証も同様におかしいことになる。例えば、末期的癌で苦しむ患者が肺炎にかかったとする。その患者の近親者は、患者自身のために、死期を早める目的で、寒い夜しばらくのあいだ患者を戸外に連れ出す。患者は肺炎で死ぬ。この場合〈死の原因〉は近親者の行為ではなくて、病気である。その近親者の行為は、「死ぬに任せる」行為だから「消極的安楽死」に当てはまるのであろうか。それは「死ぬに任せる」行為だとしても、むしろ「積極的安楽死」と言うべきではなからうか。〈死の原因であること〉は、積極的安楽死と消極的安楽死とのあいだの区別を示しているように見えるけれども、実際は両者の区別のメルクマールとしては不十分なのである⁽²⁰⁾。

こうした主張は確かにもっともらしく見える。死の直接の原因が、純粹記述的に一定の人の行為にあるか、あるいは人為の加わらない疾病などの自然的原因にあるかの相違が、死に導く人の行為が倫理的・法的に許されるかどうかの決め手になるわけではない。死の直接の原因が自然か人為かの区別が、その死に関係する行為が許されるか許されないかの確かな基準でない

ことは確かである。しかしそのことは、人の死に関係する行為について、なかんずく「安楽死」について、積極的と消極的とは死の原因性に質的相違があることを排除するわけではないであろう。〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉との間には死の原因性に関する構造的相違があることを、伝統主義者フックスは次のように説いている⁽²¹⁾。

〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉との有意義な相違は原因性の地平において、何よりもまず、生物学的な地平で認めらるのである。さて生命体は、目的論的な体制にあって自己自身を保持する全体であるとする。そうした生命体には、その諸々の部分やサブシステムが生命統一体へと統合する内的傾向が具わっている。もしこうした傾向が諸部分の分立や自立と抗争関係に陥るなら、そのときその現象は「疾病」と言われる。疾病は、〈生命体内部での統合的傾向と分解的傾向との対決の過程〉である。そうして「死ぬこと」は、そうした内的過程の結果としての〈生命体の不可逆的分解〉を表す。これに対して「不自然な死」や「殺し」と言われるのは、生命体が一定の外的作用やウイルスによっていわば〈打ち負かされる〉場合である。この場合には、生命にとって重要なサブシステムが全体から直接的不可逆的に遮断されてしまう。この遮断は過程的な生命体反応や再統合的試みを2度と再び許すことがない。ここでは、否定性が生命体に対して外側から立ち向かってきて、直接に致命的に作用する。この外的否定性を、生命体が疾病の「内的否定性」へと変質させることはない。

このように生物学的地平で、「殺し」の本来的概念が得られる。すなわち、それは〈生命体に外的に作用し、生命体を直接致命的に損傷する作用〉としての概念である。これに対して「死ぬに任せる」ことは、〈既に開始している生命体内部の分解過程をその進行のままに任せて、種々の核心的な生命機能を支援したり代理したりしない〉ことを意味する。だから、不治の病の患者から生命維持装置のチューブを外す行為は、〈殺す〉のではない。積極的安楽死の場合にだけ、医師は本当の意味で死の原因者となる。

医療行為は、伝統的に、生命体の再統合の助けになることにある。医療行為の人為性は、いつも、生命体の自律的な機能のできる限りの再生という自然性を前提にし、これに従属する。それは、自助への介助である。これに対して、積極的安楽死にあって目新しい点は、「医療行為」を〈疾病過程から切り離す〉ことにあり、〈全体としての生命体に対抗する〉という医療行為の転回にある。生命体とその自然的過程の目的論的概念を保持することによって初めて、生物学的地平での積極的安楽死と消極的安楽死の区別が可能となる。

医療にとって前提となる自然的なものは、生命体の自律の維持ないしは最大可能の再生である。医師はどんなに進んだ高度の技術をもってしても、この基礎を離れることができない。医師が治療の続行を断念することがあるとすれば、それは、医師にとって突如として自然的経過それ自身が人為的介入に先立つ優先権を持つからではない。ここではこの介入が生命体の自律を再生せず、だから患者にとり何の価値もなくなるから、治療が断念されるのである。

医療行為の生物学的な意味方向が、積極的安楽死と消極的安楽死とでは明らかに基本的に相

違するのである。伝統主義者は、このことにこだわるのである。生物学的原因性の地平を持ち出して、このような伝統主義者の見解も傾聴に値する。しかし、この主張を一般化して、生物学的地平での〈死ぬに任せる〉行為は倫理的に許されるが、〈殺す〉行為は許されないと言断することはできない。当然に求められる医療的処置を怠って助かるはずの患者を死なせてしまう行為は、生物学的地平で〈死ぬに任せる〉ことであっても、倫理的に許されないからである。そのことは否定できないとしても、終末期の医療措置という特殊な状況については、生物学的地平での〈死ぬに任せる〉と〈殺す〉との相違に道徳的に有意義な区別を認める見方が全面的に斥けられるわけではないであろう。限定的意味で、生物学的原因性の地平が、〈死ぬに任せる〉と〈殺す〉とを道徳的に区別する1つの視点を与えよう。

(3) 意図的か非意図的か

生命の終結が意図的なものであるか非意図的なものであるか。このことを伝統的医療倫理の立場は重視する。一般に行為の道徳的評価の際に、その行為の意図を考慮すべしとする考え方は、古くからある。人の生命の終結の正・不正は、特に、その終結が意図されていることなのかどうかによって決まると。しかし積極的安楽死容認論者に言わせると、この区別の実質的意義も疑わしいのである。

例えば⁽²²⁾、腸の大部分が壊死している治療の見込みのない幼児がいるとする。A医師はさらに治療を行っても救う望みはないに等しく、かえって幼児の苦痛を強めるだけだと思う。そこで彼は、死期を早めると分かっている、もう幼児に治療を続けない。しかし、彼の意図は苦痛を増大させないことであって、幼児の死ではない。B医師も同じような患者で同じ状況に直面する。彼は、幼児に無益な苦痛を与えるよりも、その前に死んだ方が幼児にとってよいと考える。それで彼は幼児を死なせるという意図を持って治療を止める。意図のあるなしを重視する伝統的見方では、A医師の行為は是認されるが、B医師の行為は不正である。両医師はまったく同じことを行ったにもかかわらず、一方は受け容れられるのに他方は受け容れられない。その理由は、AとBとでは、同じ行為に対する態度の違いがあるからだと推測されよう。しかし結果主義者から見れば、行為にあたっての態度の違いによって、確かに行為者の性格の評価は左右されてよいが、その態度の違いを行為自体の正・不正の決定に関連させるならその道徳判断は不公平になる。A医師の行為が正しいとすれば、B医師の行為も正しいのである。敷衍すれば、他者の命を終わらせる意図のあるなしによって、〈殺し〉と〈死ぬに任せる〉とを区別し、前者は不正だが後者は正しいという見方も怪しくなる。

伝統主義は説く。積極的安楽死では患者の苦を和らげる唯一の効果的方法として、患者の死が選ばれ意図される。これに対して、消極的安楽死では、患者の死が意図されていない—末期患者の治療中止によって患者の死が予見されても、その治療中止の意図は、患者の苦痛や不必要なコストの回避にあるのであって、患者の死にあるのではないと。確かに、積極的安楽死

「安楽死」と伝統的医療倫理

(〈殺し〉)では大抵、患者の死が意図されていると言える。しかし〈死ぬに任せる〉行為としての消極的安楽死でも患者の死が志向されることがある。回復の見込みのない不可逆の昏睡状態にある患者に、医師がその患者の命を終わらせる意図で致死注射をすれば、積極的安楽死と言われよう。他方、そうした患者を〈死ぬに任せる〉ために栄養補給装置を取り去るならば、消極的安楽死と言われる。実際どちらの場合でも、無意識、無感覚の患者に苦痛の終止が目指されるわけがない。意図は、どこまでも、そうした患者を死なせることにある。してみれば、〈殺す〉場合でも〈死ぬに任せる〉場合でも(積極的安楽死の場合でも消極的安楽死の場合でも)、単に、選択された行為の予測的結果が同じく患者の死であるだけではない。意図も同じように患者の死であるケースは排除できない。だから積極的安楽死と消極的安楽死との区別を、行為者の意図に求める考え方も不十分である⁽²³⁾と。

このように積極的安楽死容認論者は、行為の意図や志向性に関しても、〈殺し〉と〈死ぬに任せる〉との間に重要な相違を認めない。両者の場合とも医師は結局は患者の死を目的としていこうとするのである。これに対する伝統主義者フックスの反論は次のようである⁽²⁴⁾。

致死量の薬物注射(積極的安楽死)の場合には、その行為に内在する目標は、患者自身の死亡にあることは明らかである。もしも、そうした処置の結果、予想に反して死亡が訪れなかったら、その行為は「効果」がなかったことになる。同じことが、治療放棄や治療中止には当てはまらないであろう。この場合の目標は死亡ではなくて、苦しんでいる患者に無意味で余計な延命を意味するだけの措置を避けることである。この目的は、治療の放棄とともに、そのとき同時に達成されたことになる。患者がその後どれだけの期間生きながらえるかどうかは、どうでもよいことである。中止や放棄の行為は、患者の死亡が訪れて、やっとその目標を達成するのではない。その行為の志向はむしろ、患者が〈死ぬことができる〉にある。治療放棄は〈死に逝く〉ことを可能にするが、〈殺し〉の目標は端的に〈死亡〉である。

患者の死亡が治療の中止の帰結として不可避的に起こることがある。その予見が確かなものであればあるほど、結果として予見される患者の死亡は、その治療中止の行為の志向全体の一部である。しかし、この場合の行為の直接の意味や目的は、結果としての死亡ではなくて、放棄にあるのであって、その放棄は、患者自身に〈死に逝く〉余地を与えるのである。消極的安楽死の場合、医師は、人間の手で引き起こす余計で不必要な苦を生み出すことを欲しない。これに対して〈殺し〉の場合、医師は生命の本性にある持続的な苦もひっくるめて、これを患者の生命を奪うことで取り去ろうと欲する。このように〈殺す〉と〈死ぬに任せる〉とにおける行為の志向性の相違も無視できないのであると。

(4) 〈完全義務(消極的義務)〉対〈不完全義務(積極的義務)〉

伝統主義には、〈殺し〉と〈死ぬに任せる〉との道徳的相違を、完全義務(消極的義務)と不完全義務(積極的義務)との違いに結び付けて説明する考え方がある。積極的安楽死容認論

は、この考えも斥ける⁽²⁵⁾。

一般に〈殺すな〉、〈人に危害を加えるな〉は完全義務（消極的義務）である。〈困っている人を助けよ〉、〈親切にせよ〉は不完全義務（積極的義務）である。完全義務に反する行為は道徳的に許されない行為である。しかし不完全義務に反することは、道徳的に褒められたことではないが、〈許されない〉不正であるというわけではない。先の例に関連させて言えば、もしも私がアガサに秘かにその茶のなかに毒を注ぐことで彼女の死を引き起こすならば、私は彼女の死の創始者であり、そのようにふるまう私は〈殺すな〉の消極的義務に反した重大な道徳的違反行為を犯したことになる。これに対して、もしも私が自分で毒を盛って自殺する彼女を眺めているだけならば、私は彼女の死の傍観者にすぎず、〈人を助けよ〉というより弱い〈積極的義務〉を履行しないだけである。積極的安楽死は前者の例で、道徳的に許されないが、消極的安楽死は後者の例で、場合によっては許される。このように完全義務と不完全義務との道徳論的区別を「安楽死」という状況に適用する見方があるが、これに対しても積極的安楽死容認論者は異議を唱える。

一般的な人間関係にあっては確かに、〈人に危害を加えるな〉の義務が〈人を助けよ〉の義務よりも厳格であると思われる。しかし状況によっては、〈人を助けよ〉の義務がせっぱ詰まった厳格な義務、「完全義務」となることは少なくない。飢えた子を前にする母親はそうした状況にある。確かに〈助けを求める人〉が見知らぬ国の貧しい人々である場合とか、助けるのが非常に困難で助けるのに多大の犠牲が伴う場合に〈助けよ〉は、通常「不完全義務」に属する。しかし、もしも助けを求める人が身近におり、助けることも容易で多大の犠牲も必要でないようなケースならどうだろう。そうした場合に人々を助ける義務は、われわれにとって、差し迫った厳格な要求として現れる。そこでは〈人を助けよ〉は、完全義務であると言ってよい。問題の「安楽死」の事例では、医師にとってまさしくそうしたケースの〈助ける〉義務が問われているのである。だから、積極的安楽死と消極的安楽死とを、前者が完全義務に反するから許されない行為だが、後者は不完全義務の不履行にすぎず、許される行為だという議論はナンセンスであると。

さらに言えば、医師と患者の関係は、もともと救済・保護の関係である。確かに、医療倫理の内部で消極的義務と積極的義務との違いが完全に破棄されるわけではない。とはいえ医師にとって、患者の救済保護としての医療行為は原則的に「完全義務」のもとに立たされていると言える。「安楽死」の状況下で医師に課せられた義務が〈完全義務か不完全義務か〉の違いは重要なことでないのであると。

こうした議論に対しても伝統主義者は反対する。伝統主義によれば、積極的安楽死の行為は、やはり重大な義務（完全義務）に対する違反行為である—消極的安楽死はそうではない—からである。このことをフックスは、積極的安楽死を決断し実行する行為者自身の動機や内的態度を問うことによって強調する⁽²⁶⁾。

「安楽死」と伝統的医療倫理

積極的安楽死は医療行為としては、医療的介入の伝統的基盤から離れ去ってしまっている。医療行為は伝統的には、どんな治療の場合でも、生命体の欠損に対する生命体の維持を前提にしている。積極的安楽死となると、その「医療行為」は、＜患者がよりよく死に逝く＞を目指すのではなくて、患者の死亡を直接的に目指す。患者の死亡を疾病・死の過程から切り離して、致命的病毒によって引き起こすのである。安楽死の積極的と消極的との処置の質的違いが、無視されてはならないのである。確かに、苦痛の軽減という人道的動機は、[積極的安楽死の]手段の選択を正当化し得ないのか。積極的であれ消極的であれ、その動機が患者自身の苦の軽減・除去である限り、安楽死という行為の動機は結局同じではないのか。積極的安楽死は一層首尾一貫的で積極果敢的な行為であり、また患者の意思をより一層尊重しているのではなからうか。こうした疑問に対して伝統主義者フックスは、はっきりと次のような答えを準備する。たとえ本人の願いに基づいてであっても、人間を殺すような医師は、そのように行為することで、結果的に、患者の人格への尊敬の心術を破棄せざるを得ないと。

医師の内的態度が消極的安楽死と積極的安楽死では原則的に違っている。治療の中止は医師にとって、自らの技術力の断念を意味する。それは、もう患者の死の邪魔立てをしないというあくまでも消極的な態度である。このような状況の変化によってしかし、患者を取り囲む医師や看護者や親族たちには、新しい内的な積極性（活動性）、すなわち＜死の付き添い＞という積極性が可能になる。これに対して積極的安楽死は、手段が異なるが、どこまでも技術的であり続ける行為の続行である。死を放任する代わりに、医師は自らの力で患者の死を先取りするのである。ここで医師は、生命への最終権力を保持する。＜殺す＞ことで医師の権力は絶対化される。

消極的安楽死にあっては、医師の内的態度は生命への謙虚・尊敬・畏敬などの概念で特徴付けられよう。積極的安楽死容認論者にしても、彼らは見かけは、同情とか人道主義とか、さらには患者人格の自由意志の尊重とか、いろいろの道徳的価値を引き合いに出すことができるかもしれない。しかし＜人間を殺すことが本当にその人間の人格への尊敬と結びつくのか＞の疑念は払拭しきれない。

伝統主義者によれば、患者の自発的意志が、医師から医師独自の判定や決定を免除するものではない。生死に臨んだ患者の意志が本当に自由であるのだろうか。患者の死にたいという願望の表明が実際は、社会的抑圧・強制に促された結果ではないのだろうか。あるいは、その願望は理由のない不安や病的心理状態の現れではないのだろうか。医師は、こうした点を十分に吟味してかからなければならない（積極的安楽死の容認論者にとっても、かれらが全うな自由主義を標榜する限り、こうした吟味は当然の課題であると見なされよう）。しかし、たとえこうした「安楽死」正当化のための最小限の条件が満たされたとしても、医師が積極的安楽死の遂行へと踏み出そうとするならば、医師はその「殺し」への責任を自ら引き受けることができ

なくてはならない。そのためには、医師は一定の患者を目の前にして、＜この生命は存在しない方が望ましい＞という判断を下さざるを得ないであろう。伝統主義者は、この点に、医療に許されることと許されないこととの分岐点を見る。伝統主義者にとっては、積極的安楽死をどうしても認めるわけにはいかないのは、この種の判断が医療行為を逸脱する決定であるからである。この決定を下すことで医師は、患者の意志の請負人であるどころか、むしろ人（患者）の生命の価値・非価値に関する判断を下す裁判官であり、その判断の執行人でもあるような地位に立ってしまうのである。

[注]

(1)私立の研究機関であるベルリン疫学研究所が「グルーナー・プラス・イェール社」(Gruner+Jahr)の委任を受けて実施したその調査は、ドイツ国内にかなりの反響を引き起こしたようである。「グルーナー・プラス・イェール社」は、ドイツを始め12ヶ国で80誌の雑誌と10誌の新聞を発行する、ヨーロッパおよび米国における最大の出版会社の1つとして知られる。ドイツ本国では、「Ob BRIGITTE」, "CAPITAL", "GEO", "SHONER WOHNEN"そして"STERN"など30誌を越える雑誌を発行し、ドイツの一般雑誌出版業界では傑出した地位を保持している(vgl., <http://www.guj.de/titel/index.html>).

(2)vgl., Ethik in der Medizin, (1997) 9, S.160-3. Ärzte Zeitung, (15.7.1997).

(3)『医師日報』(Ärzte Zeitung)は、1997年10月1日付と1998年7月3日付の誌上で次のような別々の2つのアンケート調査の結果を報じている。ともに「人間らしい死のためのドイツ協会」(DGHS)の委任でエムニット研究所(Emnid-Institut)が実施した調査である。ドイツ在住の約1500人の市民を対象とした97年の調査では、その77%以上の人々が不治の病の患者のための安楽死を許容されると主張し、67%の人々が安楽死のための明確な立法的基礎の制定に賛成であるという結果が得られた。98年の調査では、無作為抽出の151人の医師を対象にして、「不治の病の患者の生命を終わらせることによって、その患者の苦痛を取り除くことが許されるべきか」が問われた。不治の病の患者への積極的安楽死に対して、42%の開業医が、一般医では44%が、専門医では38%が賛成である。これに対して全体の50%の医師が積極的安楽死に反対であり、その8%が態度保留であったと言う。これらの調査母胎であるDGHSは、死の自己決定権を市民権として擁護・主張するラディカルな市民運動を担う団体である(1980年に創設)。自らの死の自己決定のための法律的枠組みの制定を要求し、その意味での積極的安楽死の合法化を目指す、「生前意思(リヴィング・ウィル)」の文書作成・寄託や＜人間らしい死＞の手段としての自殺のプロパガンダに取り組んでいる。構成員は自称4万人に及ぶ団体である(vgl., Ärzte Zeitung, 1.10.1997, 3.7.1998)。

(4)BERICHTE/DOKUMENTATION-Nürnberger Kodex 1997, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S.329.

(5)因みに、新しい綱領は次の項目から構成されている。前文, 1.医学実験の種々の前提(1947年の

「安楽死」と伝統的医療倫理

ニュルンベルク綱領の第1条項), 2.医療サービスの基礎としてのインフォームド・コンセント, 3.ヒト実験のやり方, 4.生殖医学と出生前診断, 5.遺伝子診断, 6.遺伝子治療, 7.移植医療, 8.死への付き添いと安楽死, 9.医療と経済, 10.世界的規模での医療。以上である(vgl., a. a. O., S.329-334.)。

(6)a. a. O., S.333.「安楽死」と訳したSterbehilfeは、言葉としてはEuthanasieと同義である。しかし、安楽死論争に関係した最近のドイツ語文献では、Euthanasieの語が積極的に用いられることはまずない。この語を避けSterbehilfeの語が主に用いられる背景には、安楽死問題が第2次大戦後、最近に至るまで長らくドイツではタブー視されてきた事情が反映しており、この点は、今日まで一貫してEuthanasieの古典語を広く使用している英国やオランダなど他のヨーロッパ諸国の状況と対照的である(vgl., A. Leist: Leben, Interesse, Selbstbestimmung – Drei rivalisierende Weisen des moralischen Argumentierens zur Sterbehilfe, in: http://www.unizh.ch/ethik/mitarbeiter/leist_preprints/leben_interesse_selbstbe.html)。

(7)BERICHTE / DOKUMENTATION - Nürnberger Kodex 1997, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S.333.

(8)vgl., U. Wiesing/J. S. Ach: Der »Nürnberger Kodex 1997« - Ein Kommentar, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 43 (1997), S.335.

(9)vgl., E. Beileites: Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung (Stand: 25.4.1997), in: Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 20 (16.05.1997), S.A-1342.

(10)vgl., ebenda.

(11)vgl.,H.-B. Wurmeling: Aktuelles, Der Richtlinienentwurf der Bundesärztekammer zu ärztlicher Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung, in: Ethik in der Medizin (1997) 9, S.93.

(12)vgl.,a. a. O. S.93-4.

(13)vgl., A. Leist: Leben, Interesse, Selbstbestimmung – Drei rivalisierende Weisen des moralischen Argumentierens zur Sterbehilfe(in: http://www.unizh.ch/ethik/mitarbeiter/leist_preprints/leben_interesse_selbstbe.html)。

(14)vgl., H. Kuhse: Die Lehre von der >Heiligkeit des Lebens<, in: Um Leben und Tod, hrsg. von A. Leist (1990), S.75-106.

(15)cf., B. C. Reichenbach: Euthanasia and the Active-Passive Distinction, in: Bioethics 1.1 (1987), pp.51-73 (Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung, in: Um Leben und Tod, hrsg. von A. Leist, 1990, S.318-348).

(16)J. レイチェルズ・著 加茂直樹・監訳『生命の終わり——安楽死と道徳——』(晃洋書房, 1991) 210頁以下を参照。

(17)vgl., T. Fuchs: Was heißt "töten"? - Die Sinnstruktur ärztlichen Handelns bei passiver und

山 本 達

aktiver Euthanasie, in: Ethik in der Medizin (1997) 9, S.81f.

(18)J. レイチェルズ・著 加茂直樹・監訳, 前掲書, 214頁以下を参照。

(19)vgl., A. Leist: a. a. O.

(20)vgl., B. C. Reichenbach: Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung, in: Um Leben und Tod, hrsg. von A. Leist (1990),S.338f.

(21)vgl., T. Fuchs: a. a. O., S.83-5.

(22)J. レイチェルズ・著 加茂直樹・監訳, 前掲書, 176頁以下を参照。

(23)vgl., B. C. Reichenbach: Euthanasie und die aktiv/passiv-Unterscheidung, S.326f.

(24)vgl., T. Fuchs: a. a. O., S.85f.

(25)J. レイチェルズ・著 加茂直樹・監訳, 前掲書, 216頁以下を参照。vgl., A. Leist : a. a. O.

(26)vgl., T. Fuchs: a. a. O., S.86-7.