

自殺念慮、判断力評価、父権主義

有馬 齊

安楽死、尊厳死、自殺幫助等と呼ばれる一連のふるまいを擁護する立論にはさまざまなタイプがあるが、もっともポピュラーなのは、自己決定の価値に訴える議論だろう。二〇一七年三月号の『文芸春秋』は、「安楽死は是か非か」の題で、劇作家や俳優等の著名人六〇名を対象とするアンケート調査の結果を掲載した。「回復の見込みのない病気の患者が薬物などを服用し、死を選択すること」と定義された安楽死に賛成と答えた人は、過半数の三十三名だったという。編集部のまとめによると、最多の理由は「人には、自分の死を選ぶ権利がある」という考えだった。「生まれることは選べなくても、死ぬときは、自分らしくと思います」と書いた作家の回答などが引用されている⁽¹⁾。

国内でリヴィング・ウィルの普及等に努めている日本尊厳死協会は、延命措置の中止や差し控えが合法化されるべきだと主張している。協会の冊子には「私たちは、終末期医療における「自己決定権の確立」を目指している団体です」とある⁽²⁾。

さてしかし、安楽死や尊厳死は、個人が自己決定できることの良さに訴えて正当化できるだろうか。一方で、このタイプの議論には、直観的な魅力がある。死にかたや死ぬタイミングは、個人の人生の締めくくりに当たる大切な局面だ。医療者や家族は、できるだけ長く生きてほしい、のよういうかもしれないが、しかし、そこは他人の考えで勝手に決められたくないと感じる人も少なくないにちがいない。

他方、自己決定の良さだけを根拠におく考えかたには一見してあきらかな課題もある。実際、死にかたや死ぬタイミングにかんして無制限の自己決定権が個人に認められている社会は、日本を含め、どこにも存在しない。厚生労働省と警察庁の発表による「平成28年中における自殺の状況」によれば、国内の自殺の動機で「健康問題」に次いでもっとも多いのは「経済・生活問題」だが、たとえば負債や事業不振のために死にたいという個人が速やかかつ安楽に死ぬ目的で他人の幫助をうけることは認められていない。また、認められるべきだという意見も皆無といってよいだろう。

もちろん、借金苦から逃れたいという人の自殺を幫助することと、病人を対象とするいわゆ

(1) 243頁。

(2) 『新・私が決める尊厳死』、中日新聞社、2013年：13頁。

る安楽死や尊厳死とでは、大きな差があると思われるかもしれない。たとえば、安楽死や尊厳死の場合、対象となる病人は一般に不治で末期の状態でなければならないと考えられていることが多い。この考えにしたがうなら、対象者はすべて自殺の幫助をうけなくても近いうち死亡する人にかぎられている。そこで、安楽死等が認められるべきなのはこの条件を満たすからであって、経済的動機による自殺幫助まで認められるべきといえないのは対象者にこの条件が当てはまらないからだ、と主張されるかもしれない。

この主張はもしかすると正しい。しかし、そう主張する人はその時点ですでに安楽死等が認められるべき理由として、自己決定以外の価値をもちだしていることにも注意しなければならない。たんに死にかたは本人の決定に委ねられるべき事柄だから、という理由だけでは、安楽死等の対象者を不治や末期の病人に限定することはできない。また、経済的動機から死にたいという人の決定を尊重しなくてよいと考える理由も出てこない。そう限定したり考えたりすることができるためには、個人の自己決定を尊重することの価値だけでなく、場合によってそれに優先しうる何か他の価値にも同時に訴えながら立論していく必要がある。

実際、安楽死等の合法化に賛成する多くの研究者は、自己決定の良さと、患者の福利（幸福と利益）とをバランスさせるべきだと考えてきた⁽³⁾。たとえば、マーガレット・バットインは述べている。

完全に健康な人から、深刻な病気の人をあいだにおいて、脳欠損や脳死の人にいる分布があるとすると、自律原則は、その真ん中の領域でもっとも強く機能する。本人の状態が認知能力をすっかり失うくらいに衰えているのでなければ、人の痛みや苦しみが深刻であるほど、生きることが利益かそうでないかにかんする本人の見解にたいして私たちはより大きな敬意を払わなくてはならない。しかし、この尺度の両端では、パターンリスティックな配慮が関与してくる。すなわち、人が健康で痛みも感じていないなら、私たちはその人を生かすために介入するだろう（たとえば自殺しようとするのを止めることで）⁽⁴⁾。

そこで以下では、考察のため、最初に自己決定の良さに訴える安楽死容認論を二つのタイプに区別したい。ひとつは、今述べたように、場合によって福利等の他の価値が自己決定に優先することを認めるタイプの論である。これをバランス型の安楽死容認論とする。もうひとつは、あくまで患者の自己決定が常に優先するべきだと考えるタイプの論であり、ここでは自己決定至上型と呼ぼう。

(3) 次註の Battin (1994) 以外では R. Young, *Medically Assisted Death*, Cambridge UP, 2007: Ch. 2; トム・ピーチャム、ジェイムズ・チルドレス、『生命医学倫理（五版）』（立木、足立訳）、麗澤大学出版会、2009年：5章；L. W. Sumner, *Assisted Death*, Oxford UP, 2011: Ch2 & 4; J. McMahan, *Ethics of Killing*, Oxford UP, 2002: Ch. 5- § 2; J. Rachels, "Euthanasia," in Regan ed. *Matters of Life and Death 3rd ed*, McGraw-Hill, 1980, 30-68: p. 48 等。

(4) M. Battin, *Least Worst Death*, Oxford, 1994: p. 111 (強調原文)。

本論の目的は、このうち後者の妥当性をうえてかんたんに述べたよりさらに掘り下げて吟味することにある。次節以下ではまず、自己決定至上型とみなしうる容認論のうち、とくに洗練された理論的主張の例を二つ紹介する（1、2節）。その後、これらの主張について、上述の課題など従来ある批判と付き合わせても擁護できるか検討する。最終的には、擁護が難しいと思われることを述べて結論とする（3、4節）。

かりに本論の議論が正しいとすると、自己決定の良さに訴えて安楽死を正当化しようとする人は、バッティンのようにバランス型の立論をしなければならない。バランス型を採用するとは、つまり、死にかたや死ぬタイミングが完全に個人の自由だとは認めない、ということである。いつどのように死ぬべきか、死んでもよいかということは、部分的に、医療者や政策立案者等の第三者による判断に委ねられなくてはならない。実のところ、安楽死等の合法化にかかわるより大きな課題は、この判断の難しさにあると思われるが、この点の検討は別稿にゆずることにしたい⁽⁵⁾。

尚、(a) 延命措置の差し控えや中止と、(b) 致死薬の処方や投与については、前者を尊厳死あるいは消極的安楽死、後者を医師による自殺幫助と積極的安楽死などと呼び分けることが多い。本稿でも適宜こうした呼び分けを用いる。ただしとくに区別の必要がない場合はひとまとめに各種安楽死、あるいは単純に安楽死と呼ぶ。

1. 宗教的寛容と安楽死

自己決定至上型とみなしうる安楽死容認論のうち、とりわけ洗練された主張の例を二つ紹介する。本節ではまず、宗教的寛容に訴えるロナルド・ドウォーキン⁽⁶⁾の立論を見る。次節で見るのは、ダン・ブロックが、インフォームド・コンセントの原則を前提に組み立てた議論である。

ドウォーキンによれば⁽⁶⁾、第一に、「人々が自らの宗教上の信念にしたがって生きる権利を保障することは、政府のもっとも基本的な義務のひとつである」。そのため「政府が本質的に宗教的な問題にかんする論争において、一方のサイドを支持する」ことは許されない（D260-1）。他方、ドウォーキンの考えでは、いつどのように死ぬのが良いかにかんする人々の意見は、本質的に宗教的な確信とみなすことができる。

そこでたとえば、政府が、そのような手段で死ぬことは望ましくないといった理由から自殺幫助等を法律で禁止するとすれば、これは「生命の神聖さにかんする特定の解釈に与している」ことを意味する。また、そのため「本質的に宗教的な一方の立場を他方に強要することによって〔人々の〕自由を制限している」とみなされざるをえない（D265-6）。これは、宗教的寛容

(5) 拙論、「尊厳死の合法化は社会的弱者にとって脅威か」、『Synodos』、synodos.jp/welfare/11862(2017/5/02確認)。

(6) ロナルド・ドウォーキン、『ライフズ・ドミニオン』（水谷他訳）、信山社、1998年[R. Dworkin, *Life's Dominion*, Vintage Books, 1994]。この本からの引用は本文中に（D*）〔*は頁番号〕のように示す。訳語は一部変えてある。

の原則に反する。自殺幫助等の各種安楽死を禁止することが許されないのはこのためだと結論される⁽⁷⁾。

さて、以上の議論でもっとも特徴的な主張は、いつどのように死ぬかにかんする人々の意見が本質的に宗教的なものだという主張である。この主張に説得力がなければ以上の議論は成立しない。

ドウォーキンという宗教的信念とは、一般に、「人間の命には、その命の主体である人にとっての価値を超越した価値がある」ことを認める内容の信念である (D252)。たとえば、自分の命は自分にとって主観的に価値があるというだけでなく、それを越えた客観的価値をもつと考える人は、宗教的な見解の持主である。ドウォーキンはこの価値のことを「神聖な (sacred) 価値」あるいは「内在的 (intrinsic) 価値」とも呼び換えている。ドウォーキンによれば、この見解は伝統的な諸宗教に共通する教えの中心をなしている (同)。

他方、ドウォーキンの理解では、同様の考えは無信仰・無宗教の人にも広く共有されている。とりわけ、いつどのように死ぬかにかんする人々の意見の多くが、今述べた意味で本質的に宗教的な信念とみなせることはあきらかであるという。理由の一部をドウォーキンは次のように説明している。

ほとんどの人は、意識と感覚を不可逆的に失った状態の人がどう扱われるべきかについて、無関心ではいられない。いわゆる植物状態になったらそれ以上生かしてほしくない、と考える人もいれば、反対に「どんな状態であろうとも、可能なかぎり生き続けることを望む人々」もいる (D313、強調は原文)。さてしかし、現実に植物状態となったあとの本人の主観に立っていえば、もはや意識も知覚も失われて戻らないのだから、それ以上生かされることやすぐ死ぬことは、良いことでも悪いことでもありえないはずだ。つまりその命は主観的にはもはや無価値である。にもかかわらずほとんどの人が事実この問題に強い関心を有している。ということは、すなわち、それだけの人が人命に内在する客観的価値の存在を認めているということに他ならない (D314-5)。

ドウォーキン理論では、人命を神聖なものともみなすことと、人命を破壊することは、必ずしも矛盾しない。一方には、もちろん、延命措置の中止や致死薬の投与で命を絶つことが命の神聖さにたいする冒瀆だと考える「保守的な見解」もある。しかし他方、たとえば「何週間もたくさんの装置につながれて瀕死の状態をさまよったり、何年も植物状態で生物学的に生きながらえたりするとしたら、自分の命の価値が下がる」と考える「リベラルな態度」の人もいる。

(7) ドウォーキンには個人のプライバシー権に訴えるもうひとつの議論があるが、両議論の差は今の考察にとって重要でないため後者は割愛した。尚、宗教的寛容の原則とプライバシー権は、ドウォーキンの本の前半の主題である中絶の合法化擁護論を締めくくる第六章に登場し、そこには安楽死にかんする言及は見られない。これらの原則と権利が、ドウォーキン理論で、中絶と安楽死の両方の議論に共通の前提となっているとする読解は正確には E. Rakowski ("Reverence for Life and the Limits of State Power," in Burley ed., *Dworkin and his Critics*, Blackwell, 2004, 241-263) のものである。

後者にとっては、そうした状態に陥らないよう安楽死を選択することのほうがむしろ「命の神聖さ […] にたいしてより多く敬意を示す」ことである (D349)。

つまり、ドウォーキン⁸⁾の理解にしたがえば、安楽死の是非をめぐる人々の意見の対立は、あくまで、どうすれば人命の神聖な価値をもっともよく保護できるかにかんする意見のちがいによるものであり、人命が神聖であることを認めるか認めないかのちがいによるものではない。対立する双方の意見はどちらも本質的に宗教的なものであり、「その価値 [= 人命の神聖さ] が意味するところについて他人の指図を受け入れることができるほどそれを些細なものともみならずことは誰にもできない」のである (D351)。この問題について国家が寛容な態度をとるべきだと考えられている理由はここにある。

ドウォーキンは、自分の死にかたにかんする個人の決定が、人命に宿る神聖さを守ろうとする第三者の行為と衝突しうることを認めつつ、しかも常に前者が優先するべきだという。これは自己決定至上型の立論の代表的な例である。

2. インフォームド・コンセント (IC) の原則と安楽死

ダン・ブロックによれば⁸⁾、終末期医療における治療方針決定のための適切な手続は、ICの原則にもとづく医師・患者間関係を前提とするものでなければならない (B148)。また、この原則の目的は、患者の福利を大きくすることと、患者の自己決定を尊重することという二つの価値が実現することにある (B149-150, 24)。また、これらの前提から各種安楽死が正当化できるといえる。

第一に、「判断力を有する患者」が、「生命維持装置をつかうという選択肢は、治療を差し控えるために死ぬという選択肢より、利益と負担の総和において劣る」と判断したなら、その選択は尊重されなければならない (B152)。これは、ブロックの理解によると、個人の福利の大部分が主観的なものだからである。すなわち、「何の治療もしないという選択肢も含め、どの治療の選択肢が患者の福利をもっとも大きくするかは、患者自身の好みや価値観を抜きにして客観的に決められることではない」 (B149, cf. 25-8)。

また、こうして患者にはどんな治療でも拒否する権利があるといえるなら、第二に、同じ理由で、患者には致死薬投与などの積極的幫助をうけて死ぬ権利もあると結論できる。どちらの場合も、それが正当化できる状況では、患者は死ぬほうが自分にとって良いと判断しているはずだからである (B170, 205-8)。かりにブロックのいうとおり、医療の目的が患者の福利と自己決定の促進にのみあり、かつ福利が主観的に理解されるべきだとすれば、患者の選択を否定する理由は何もないにちがいない。

尚、治療を差し控える医師のふるまいは不作為的だが、致死薬を投与するのは積極的で作為

(8) D. Brock, *Life and Death*, Cambridge UP, 1993. 引用は本文中に (B**) のように示す。

的なことだと考えられていることが多い。そのため前者は患者をただ死ぬにまかせることにすぎないが、後者は患者を殺すことであって、同じようには正当化できないと思われるがちである。ブロックはしかしこうした日常の道徳的直観を正当化できないものとして否定する (B162-5, 208-13)。また、ブロックによると、ここでの結論はあくまで患者のがわに致死薬の投与をうけて死ぬ権利があるということであって、医師のがわに致死薬を投与する義務があるということではない。担当医が個人的信条にもとづいて投与を拒否するなら、患者は他の協力的な医師を捜さなくてはならない (B207)。

ブロックの主張は、自律的な個人の死にかたにかんする自己決定が常に尊重されるべきというものであり、したがってやはり自己決定至上型の主張とみなせる。ブロックの考えでは、まず、個人の福利は大部分主観的なものであり、自己決定と福利はほとんど衝突しない。そのため、ほとんどの場合、患者の福利を守るためにも本人の決定は尊重されなくてはならない (B31)。しかしまた、たとえ患者の選択があきらかに本人の福利と反するように思われる場合でも、患者を判断力有りとなし、その選択を医師が一方的に覆すことは決して許されない。つまり、自己決定と福利が衝突する希な場合、優先されるべきはあくまで自己決定の良さでなければならないという。

今述べた最後の点をブロックはくりかえし説いている (B4, 37, 76, 80-2)。ブロックの見解によれば、患者の選択があきらかに本人の利益を損なうように思われる場合、医師がやってよいことは二つしかない。ひとつは説得である。説得を試みることはこの場合患者の福利を守るという目的からいっても適切であり、またその結果患者の考えが変わるならそれは自己決定権を侵害したことになる。もうひとつは、患者の判断力を疑ってみることである。あきらかに不合理な選択に固執し、説得も有効でないとする、患者は判断力が低下しているのかもしれない。また実際にテストして判断力不足を確認できれば、患者の選択を覆すことはやはり権利侵害に当たらない (B82)。しかし「判断力を有する患者の選択は、たとえ不合理であっても、もし本人がそれを変えるよう説得されないなら、尊重されなければならない」とされる (B80)。

3. 判断力評価とパターンリズム

ドウォーキンやブロックによれば、終末期の医療方針にかんする決定は、常に患者の自己決定にしたがってなされるべきである。患者の選択は、たとえ命の神聖さや本人の福利といった他の重要な価値と対立するよう見える場合でも、優先されなければならない。

冒頭でも述べたとおり、このタイプの主張には一見してあきらかな課題がある。従来ドウォーキンやブロックの理論については、健康問題を抱えていない人のケースなど、あきらかに許容できないと思われる場合の自殺幫助でさえ許容するようにみえる点が批判されてきた⁽⁹⁾。さて

(9) F. Ackerman, "Assisted Suicide, Terminal Illness, Severe Disability, and the Double Standard," in Battin et al. eds,

しかし、この批判には自己決定至上主義者の側からさらにいくつか反論が出てくることを予想できる。そこで批判の妥当性にかんしては、重要な反論と併せ次の節で少し丁寧に吟味したい。本節では、まず、これとはもうひとつ別の批判から検討を開始する。ただし、次節で従来ある批判にたいする反論の可能性を吟味するうちにやがてあきらかとなるとおり、二つの批判には実は大きな関連がある。

批判を述べるに先だって、まず、次の事実を確認しておこう。死にかたにかんする本人の自己決定を常に尊重するべきだという主張は、精確には、常に尊重されるべき自己決定の範囲を真に自律的とみなすことのできるものに限定する必要がある。決定や選択が自律的であるとは、選択している人にその時点で判断力があること、の謂である。実際、尊重されるべき選択の範囲をこの点にかんしてさえ限定しない見方はおよそ妥当ではありえない。たとえば未成年者、うつ病の人、認知症患者等、判断力の未成熟や低下を疑われる人が「死にたい」というとしよう。年齢や症状のていどによって尊重するわけにいかない場合があることはあきらかだろう。つまりその場合、患者の福利や命の神聖さといった他の価値を守ることのほうが当然優先されるべきだと考える。

そこで、自己決定の価値に訴える安楽死容認論は、真に自律的な決定とそうでない決定のあいだに線を引かなければならない。容認論にたいするひとつめの批判は、この線引きにかかわる批判である。批判によれば、いちど線を引く必要があると認めれば、自己決定を常に優先するという主張はその時点で形骸化してしまう可能性がある。

批判の根拠にあるのは次の事実である。一般に、患者の選択は、他人からみて、本人の福利に反するように思われる度合いが大きいほど、自然その合理性や自律性がより強く疑われてくる。たとえば、十分に回復する可能性のある患者が、延命に必要な治療を拒否するとしよう。この場合、周囲の人は、患者について、まだ十分に生きることができるにもかかわらず死にたいというなんて合理的な精神状態にないのではないかと疑うかもしれない。患者はもしかすると回復できるかもしれないという事実がよく理解できていないのかもしれない。また、理解しさえすれば死にたいといわなくなるかもしれない。なんらかこのような疑いを周囲がもつのは自然なことといってよい。

そこで、かりに今、患者の選択が本人の利益に反していることは、それ自体、患者の合理性や自律性を低く評価する理由になると考えることが正しいとしよう。この場合、患者の自律的選択が常に患者の福利を守ることの価値に優先して尊重されるべきだという主張は、形骸化する。医療者からみて患者自身の福利に反すると思われる患者の選択は、自律的ではないとみなされて尊重されない可能性が出てくるからだ。もちろん、尊重しなくてよい理由にかんして、

Physician Assisted Suicide, Routledge, 1998, 149-61; D. Marquis, "The Weakness of the Case for Legalizing PAS," in Battin et al. eds, 同書, 267-78; F. Kamm, "Dworkin on Abortion and Assisted Suicide," in Burley ed. 2004 (註7), 218-40等。

表向きには、選択が自律的といえないからだと説明できる。しかし実質的には、選択を患者の福利に反しているからという理由でパターンリスティックに覆すことと変わらない。

これでは結局のところ、自己決定と福利という二つの価値のあいだでバランスをとっているのと同じである。バランスをとるとは、つまり、患者の福利にたいする損害が大きすぎないかぎりで本人の意向を最大限に尊重するという立場である。前段落の考えかたはこの立場と実質的に区別できない。しかし、自律的な選択とそうでない選択とのあいだで線を引くことは必須だから、自己決定至上型を標榜する立論がこのように形骸化することは避けがたいことのように思われる。

本節の結論は、おおよそ以上のとおりである。しかし形骸化する理由や可能性についての以上の説明には実のところやや単純化しすぎたきらいがある。そこで以下、予想できる反論をひとつ取りあげて検討しながら、説明を補足したい。

ブロックによれば、患者の選択が本人の福利に反するように見えることは、患者の判断力を疑うきっかけにはなるかもしれないが、判断力がないと結論する理由にはならない⁽¹⁰⁾。ブロックの考えでは、個人を判断力有りとみなすことができるための条件は、あくまで「意思疎通と理解ができること」、「論理的思考と検討ができること」、「価値観と目的があること」の三点である (B38)⁽¹¹⁾。これら三点を患者がクリアするかどうかと、患者の選択が福利を損なうかどうかとのあいだには、少なくとも一目するかぎり、必然的な連関はないように見える。

たとえば、回復を見込める患者が延命措置を拒否するとしよう。この場合、上述したとおり、回復の可能性にかんする患者の理解を周囲が疑うのは自然だ。しかし、実際に確認してみると本人はその点をしっかり理解していることが分かった、ということは十分ありうるように思われる。また、かりにこれがありうるとすれば、自己決定を常に優先するべきという主張は形骸化しないと考えるかもしれない。

さて、この反論は妥当だろうか。二点、指摘しよう。第一に、今述べたような基準をつかってもバランスを完全に回避することはやはりできないと考えるべきである。最初に確認すれば、判断力の有るなしを理解力や思考力や意思疎通力の高さで評価するべきだというブロックのような考えかたは、関連分野の主な研究者や政府報告書等が挙って支持するきわめてスタンダードな考えかただといってよい。しかし、同じ研究者らの理解にしたがえば、判断力有りとみなされるために必要な理解力や思考力の程度は、常に同じとは考えられていない。むしろ、患者の選択にともなうリスクの大小に比例させてそのつど高く、あるいは低く、設定されなければならないとする見方が主流である⁽¹²⁾。

(10) A. Buchanan and D. Brock, *Deciding for Others*, Cambridge UP, 1989: p. 58 & 85.

(11) 同上: Ch. 1.

(12) LH. Roth, et al. "Tests of Competency to Consent to Treatment," *Am J of Psych*, 134(3), 1977, 279-284; United States President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Making Health Care Decisions I*, 1982: Ch. 3; G. Annas and J. Densberger, "Competence to Refuse Medical

これは一般に「スライド式モデル (sliding scale model)」などと呼ばれる基準で、ブロックも同じ見方を採用している。この基準でいくと、たとえば同じ治療を拒否する患者でも、治療が十分に見込める場合とほとんど見込めない場合では、前者のほうがよりリスクの大きい選択をしているとみなせる。そのため、より高い理解力や思考力が要求される (B43)。

スライド式の基準を用いるかぎり、二価値間のバランスは避けえない。スライド式では、リスクが大きいほど意向は尊重されにくくなる。当然、このモデルが支持されるのは、患者の福利と自己決定が両方とも可能なかぎり守られなくてはならないと考えられているからである。たとえば、本人の理解不足が理由で選ばれたにすぎない治療でも、場合によっては深刻な健康リスクをとまなう。判断力評価の基準をゆるく固定すると、このようなリスクにも患者を晒すことになりかねない。また反対に、厳しく固定すると、とりわけ健康リスクがあるわけでも患者の意向は蔑ろにされるかもしれない⁽¹³⁾。そこでブロックも、判断力評価のプロセスでは、自己決定と福利が「秤にかけられる」ことや両者を「バランスすること」が欠かせないと述べている (B32 & 76)⁽¹⁴⁾。つまり、上述したよりやや複雑な論拠からではあるにしても、ブロックは本節と同じ結論に至っているということである。

うえの反論についてはもう一つ指摘できることがある。ここまで述べてきたことが正しいとすると、二価値間の比較衡量はまず必要不可欠である。ただ、そうはいても、比較考量が必要となるのはごく一部の場合にすぎないと理解できるかもしれない。実際、ブロックにもそうした理解を示唆する論述がある。しかし、第二に、この理解についてもさらに妥当性を疑うことができる。

ブロックの考えでは、まず、二つの価値がバランスされなければならないのはあくまで判断力評価の手続の過程だけである。患者の判断力が十分にあれば、バランスは不要であり、その選択は、たとえ本人の利益に反するよう思われても、常に尊重されなくてはならない⁽¹⁵⁾。加えて、ブロックには、判断力評価の手続自体がそもそもごく一部のケースでのみ必要となるにすぎないと捉えているように見える記述がある。

すなわち、ブロックの考えでは「場合によって患者に判断力があるかどうかはあきらか」だ。たとえば「昏睡状態の人や新生児」また「重度の知的障害者の一部」には「決定に参加できる可能性がほとんどあるいは全く」ない。反対に、「平均的な知力を有する「ふつう (normal)」

Treatment: Autonomy vs. Paternalism," *U of Toledo Law Review*, 15, 1984, 561-96; JF. Drane, "The Many Faces of Competency," *Hastings Center Report*, 15(2), 1985, 17-21; Buchanan and Brock, 1989 (註10): Ch. 2; R. フェイドン、T. ビーチャム、『インフォームド・コンセント』(酒井他訳)、みすず書房、1994年: 235-6頁; トマス・グリッソ、P・S・アッペルボーム、『治療に同意する能力を測定する』(北村他訳)、日本評論社、2000年: 2-3章等。ただしB. Gurt, et al, *Bioethics*, 2nd Edition, Oxford UP, 2006: p. 225に異論。

(13) Buchanan and Brock, 1989: pp. 40-41.

(14) 同上: pp. 41-6.

(15) 同上: p. 46.

の成人の大半」は、自分で状況を理解し、決定することができる。そこで「判断力の判定のありようや役割について明確さが要求される」のは、これら両者の中間に位置するケースだけだという（B37）。

たしかに昏睡の人や新生児なら、評価の手続をとるまでもなく、最初から判断力無しとみなしてよいにちがいない。ブロックはそこで「ふつうの成人の大半」についても同様に、最初から判断力有りともみなすことができると考えたのかもしれない。しかし、かりに「ふつうの成人の大半」が判断力評価の対象から除外されるなら、「ふつう」や「大半」をどう解釈するにしても、バランスが必要なのはごく一部の場合にすぎないと考えられることになるだろう。

さてしかし、判断力評価の必要なケースを最初から局限化して捉える以上のような考えかたは、妥当といえるだろうか。結論からいえば、この考えかたも、正当化は不可能ではないにしても容易でないというべきだろう。一方で、「ふつうの成人の大半」が判断力評価の対象外だとする見方は、直観的あるいは常識的に映るかもしれない。一般にも、判断力が問題となるのは、未成年や高齢者、うつや認知障害を有する人、一時的にショックやパニックや高熱の状態にある人など、一部の境界的な事例だけとされていることが多い。しかし、よく考えるなら、一部の人についてだけリスクが大きいほどしっかりと理解力や思考力が求められると定めつつ、平均的な成人くらいあればどれほど危険な選択をしても構わないと主張する立場は、平均的な成人を区切目とすることにかんして常識に訴える以上の説明がともなわないかぎり、専断的の誇りを免れないというべきだろう。「ふつうの成人の大半」は指標としてあきらかにあいまいかつ恣意的にすぎる。

他方、かりに区切目をまったく設けないとすると、枠組は限なく形骸化する。たとえば治療を拒否する患者の選択が尊重されるべきかどうかは、患者の年齢等にかかわらず、常に当の選択にとまうリスクの大きさを考慮しつつ決めなくてはならない。くどいようだがこれは上述のバランス型そのものである。

以上の論点については、次のような事例を考えればより具体的に理解できるだろう。

事例①：未熟な性格の患者による入院継続拒否

30代半ばの女性が乳がんのために骨髄移植をうけた。移植のすぐあとで患者は不安にかられ始め、自宅に帰って慣れた環境に身を置きたいと強く要求した。しかし患者には深刻な免疫障害があるため、そのような行動はきわめて危険である。そこで心療内科医に、彼女に判断力のないことをはっきりさせてほしいと依頼があった。

患者は、やや未熟で直情的なところがあり、これまでの人生をとおして楽しみを先送りするのを避けてきた。夫と子どもたちはたいてい彼女のせせこましい要求やごまかしを受け入れてきたのである。患者には、せん妄や精神疾患やうつの症状はまったく見られない。

彼女は死にたいわけではないという。彼女はただ、家に帰りたく強く要求した⁽¹⁶⁾。

この事例の患者の選択がそのまま尊重されるべきだと考える人はほとんどいないにちがいない。現実の医療者ならひとまず説得を試みるかもしれない。しかしそれでも患者の態度が変わらないなら、たいていの人はこの場合むしろ「あなたを自宅に帰すわけにはいきません」のように述べるのが適切だと思うだろう。

では、帰宅させるわけにいかないとすると、理由はどこにあるか。この点については、二通りの理解がありうる。ひとつは、この患者の理解力と思考力が、生きるか死ぬかに直接かかわる重大な選択を委ねるのに十分といえないから、とする理解である。現実の医療者らが事例のような患者についてそうした見方をとることもありうることは容易に想像できるはずだ。

もうひとつは、この場合パターンリズムが正当化できるから、とする理解である。せん妄やうつ病態もなく、成人した患者がいわばふだんどおりにふるまっているわけなので、これを本人の自律的な選択とみなしても差し支えないかもしれない。しかし、加療拒否にともなうリスクが大きいこと、本人が死んでもいいと本気で考えているとは思えないこと、帰宅して家族と過ごすことに本人が何かしらとりわけ積極的な意義を見いだしているとも考えられないこと等を勘案すると、この場合は患者の意向を覆してもよい、と思われるかもしれない⁽¹⁷⁾。

これら二通りの理解のしかたのうち、判断力を有する患者の意向が常に尊重されなくてはならないとする立場と矛盾しないのは、前者だけだ。しかし、前者の理解が、実質的には後者のパターンリズムと何ら変わらないこともあきらかである。どちらにしても、患者の選択は、選択に伴うリスクの大きさが理由で、尊重されるべきでないといみなされたことになる。つまり、自己決定至上型の立論はこのようなケースで形骸化する。

事例①から分かることは、たんに自己決定至上型の立論が形骸化する場合もある、というだけでは留まらない。事例からは、「ふつうの成人」という概念の外延があいまいであることも明白だろう。だれにでも、性格に未熟な部分や、辛い事実を直視しないでごまかすところ、非論理的な考えが多少はある。その意味では事例の患者も「ふつうの成人」の範囲の内だとみなしうるかもしれない。しかしそうだとすると、患者の自己決定が常に優先されるべきだというブロックの主張は隅々まで形骸化するとみなされなくてはならない。事例の患者について、判断力を疑うべくもないとか、意向がそのまま尊重されるべきだ、などとは考えにくいからである。

もちろんブロックは、事例の患者を「ふつうの成人」とみなさないかもしれない。ただしその場合でも、なぜこの患者は「ふつうの成人」の範囲の外なのか、どのような患者が範囲の内

(16) S. Youngner, "Competence to Refuse Life-Sustaining Treatment," in Steinberg et al. eds. *End-of-Life Decisions*, American Psychiatric Press, 1998, 19-54: p. 39.

(17) Youngner (前註) は、事例の患者について、医療者によって判断力不足と評価されかねないとしつつ、正しくは判断力有りとみなしかつパターンリスティックにその意向を覆すことが許されるべきだと述べている。

なのか。これらの点が問題として残るといふべきだろう。事例の患者には心療内科的な疾患がなく、また、人の性格が未熟かどうかは程度の問題と思われるためである。これらの疑問が解かれないかぎり「ふつうの成人」かどうかという区切りかたはいかにも恣意的、専断的に映るだろう⁽¹⁸⁾。

誤解を生じないよう、うへの「隈なく形骸化する」について、最後にひとこと断っておこう。これが意味するのは精確には次のことである。すなわち、たとえ一般にはふつうの成人とみなされておかしくないような人でも、本人が死ぬかもしれないほどリスクの高い選択をしている場合、たんに成人であるというだけで自動的に判断力評価の対象から外されることはない。自己決定至上型は、この意味で隈なく形骸化する可能性がある。

したがってここでの結論は、判断力不足を理由に患者の決定を尊重しないこと（ア）と、患者の決定を自律的とみなしたうえでパターンリスティックに覆すこと（イ）とが、常に実質的に区別できないという主張ではまったくない。この主張はあきらかにおかしい。たとえば、予防接種が嫌だという幼児を押さえつけて注射することは、（ア）であって（イ）ではない。また、逆もありうる。エホバの証人の成人信者に全身麻酔による手術を施したとしよう。輸血の必要はまずないと説明して事前に本人の同意をえていたが、術中まったく予期していなかった出血がおこり、応急的に輸血することになった（多くの医療機関が無輸血治療の約束を拒否している現状、これは生じうる事態である）。患者がいかに理路整然と話す頭脳明晰な人だったなら、これは（イ）であって（ア）とはみなしがたいだろう。

またしたがって、本節の結論は精確には、どれほど明晰な人でも判断力不足と評価される可能性がある、ということでもない。リスクのきわめて高い選択をしていても、少し話せば理解力や思考力が十分に高いことは直ちにあきらかだ、といったケースがありうる。しかしそのような人であっても、判断力有りとみなされるのは、あくまで理解力や思考力の高さを直ちに見て取れたからだと考えることができる。その人が、バランスの手續に載せる必要さえない何らか特別なカテゴリーに属していたからだと考える必要はない。

以上、自己決定至上型は隈なく形骸化する可能性があることを述べてきた。しかし、たとえ形骸化がおきなくても、実のところ至上型の立論についてはやはり正しいとみなせない理由が別にもうひとつある。批判を続けよう。

(18)他に恣意的でない基準はあるだろうか。グリッソとアッペルボーム（註12）であれば、何らか精神疾患の診断がつくことを判断力不足と判定されるための必要条件とみなすべきだと主張するかもしれない（Cf. 19頁）。その場合、相当数の患者は、バランスのプロセスよりまえの段階で、診断がつかないという理由から判断力有りとみなされるだろう。ただし、第一に、グリッソらもそれを厳密に必須の要件とはみなさない可能性が大きい（「判断力なしと判定されるのは、たいていは、精神疾患や認知障害のある人である」同上、強調は筆者）。加えて、第二に、より多くの患者が自動的に判断力有りと評価される仕組みを用いれば、その分パターンリズムが正当化されるように感じられるケースは増えるはずである。グリッソらもたとえば事例①～③でバランスが不要とは考えないにちがいない。次節の議論を参照のこと。

4. 経済的あるいは文学的動機を背景とする自殺念慮

死にかたにかんする個人の自己決定は常に尊重されなくてはならないとする主張には、冒頭でも述べたとおり、もうひとつあきらかな課題がある。問題になるのは、たとえば次のようなケースである。

事例②：破産による自殺

45才のカールは、経営していた工場が倒産し、深刻な精神的苦痛に苛まれている。行政やカウンセリング等によるさまざまな支援を受けたにもかかわらず、本人の経済的、精神的な状況は改善してこなかった。カールは、すでにうけうる支援はすべてうけており、今後自分の状況が改善することはありえないと感じている。カールは大いに苦しんでおり、また、かれの状況が家族や友人の感情的あるいは経済的な負担となっていることをとても気にしている。カールは、自分の現在の生活の質が非常に低く、これからも悪くなる以外ありえないと感じており、また、自分が親しい人々にとってますます大きな負担になることを恐れている。家族や友人の反対にもかかわらず、カールは自殺を決意した⁽¹⁹⁾。

考察のため、ここでは、カールが医師による自殺の幫助を求めたとしよう。また、カールにはうつやせん妄等の病態は見られないものと仮定しよう。周囲から見れば、破産しても幸せな暮らしの可能性は十分にあると思われるかもしれない。あるいは、たとえ不幸でもお金のために死ぬのは命の神聖さにたいする冒瀆だと思われるかもしれない。しかし、ドウォーキンやブロックの立論では、福利や生命の価値にかんする周囲のそうした理解にもとづいて本人の選択を覆すことは許されない。したがって、この場合も医師による自殺幫助が許容できると結論しなければならぬ。

他方、この結論は、少なくとも患者の自己決定が尊重されなければならないという理由で各種安楽死の合法化を支持している人々の大半にとっては、受け入れがたい結論であるにちがいない。経済的理由による自殺は現実にも少なくない。が、一般には幫助ではなく、むしろもっぱら防止の対象だと理解されているはずである。

さてしかし、自己決定至上型の立論が有する含意の一部は、さらに極端である。すなわち、この立場によれば、自殺の動機が苦痛から逃れることにあることさえ、幫助が許容できるための条件ではない。そこで、次の事例の自殺幫助もまた許容されなくてはならない。これは苦痛から逃れるためというより、自分の人生や活動の価値をより大きくするために夭折することを選んだように見える実在の作家の事例である。

(19) J. Werth Jr., *Rational Suicide?*, Talor & Francis, 1996: p. 41 の事例を一部改変。

事例③：久坂葉子の自殺

男爵家の令嬢で、絵画、音楽、文学に才能を発揮し、芥川賞候補にもなり、将来を嘱望されていたのに、なぜ二十一歳の若さで自死を選ばなければならなかったのか。[...] 久坂葉子が最初に自殺未遂をしたのは、十六歳の夏である。友人からもらった「青酸カリ（実は無害の薬物）」をのんだ。二回目は十六歳の冬で、睡眠薬を服用。三回目は十七歳の秋で、姉の結婚式の直前にやはり睡眠薬を服用。このときは胃洗浄で辛うじて命を取り留めた。四回目は二十一歳の春で、富士正晴宛の手紙によれば、「腕をメッタ切りにし、^(ママ)ポロバリンを二百錠ものんで」とある。そして、最後が二十一歳の冬。阪急六甲駅から特急電車で飛び込んだ。

この自殺の当日に完成されたのが、本書収録の『幾度目かの最期』である。[...] 自分の死と文学をこれほど一致させた作品がほかにあるだろうか。自らの死を一編の小説に結晶させ、その作品の予告通りに死ぬ。それは芥川にも太宰にも三島にもなし得なかったことである⁽²⁰⁾。

ここでは「自分の死と文学を一致させる」ことが実際に作家自身の目論見でもあったとしよう。もしも医師から致死薬の処方を受けることができているならば、彼女はもっと早く、より確実にその目論見を遂げていたはずだ。ドウォーキンの考えによれば、自殺幫助合法化の目的は、まさに久坂のような人が自分の信念に反する死にかたを強要されないようにすることにあるとよい。そこで、かりにこの作家が望んだとすればその自殺を医師が幫助することさえ許容できると考えなくてはならない。しかし、この考えを受け入れることができるように感じる人は、うへのカールの事例の結論の場合と比べてもさらに少ないにちがいない。

経済的、文学的動機による自殺幫助の妥当性を否定しようと思えば、少なくとも上述の二事例のようなケースでは、患者の福利や人命一般に宿る神聖さを守ることといった他の価値が、自己決定の価値を上回ると考えなくてはならない。つまり、やはりバランス型が支持される。

以上の結論にたいする反論の可能性はあるだろうか。いくつか検討しておこう。自己決定至上型の立場にたつて、終末期医療の分脈におけるいわゆる安楽死や尊厳死を擁護しつつ、しかも経済的あるいは文学的動機による自殺幫助のほうは認められないと主張することは、可能だろうか。

まず、カールも久坂も独力で自殺できるのではないか、と思われるかもしれない。つまり、かれらの場合、医師による幫助は不要であり、したがって正当化できないはずだ、とする反論があるかもしれない。しかし、これはあきらかに有効な反論ではない。実際のところ、各種安楽死が正当化できると主張されることの多い深刻な病状の患者でも、たいていの場合、飛び降りたり、飛び込んだり、首を吊ったりすることはできるはずだからである。病人が幫助を求める

(20) 久坂部羊、「解説：久坂葉子の光芒」、久坂葉子、『幾度目かの最期』、講談社、2005年、275-84: 276-7頁。

のは独りで死ねないからでは必ずしもない。だれでも独力での自殺は怖いし寂しい。また失敗して状況が却って悪化する可能性も小さくない⁽²¹⁾。カールや久坂の希死念慮にかんしてだけ、たんに独力でも実行可能だからという理由で他人の幫助が正当化できない、とする主張は成り立たない。

あるいは、とくに作家の場合、孤独な轢死だから彼女の文学的人生のしめくりにふさわしいのであり、専門の医師に見守られて安楽に死んだのでは意味がないと思われるかもしれない。しかし、かりにこれが久坂について当たっているとしても、上記の極端な含意を一般に否定することはできないというべきである。文学や芸術は独創性を重視するとされる。病院で致死薬を与えられて死ぬことに積極的意義を見いだす文学的人生がありえないとは考えにくい。

次に、カールや久坂の選択は真に自律的あるいは合理的とはみなせない、とする反論があるかもしれない。もしくは、より一般に、重い病気や障害があるわけでもないのに死にたいなどという人はおしなべて合理的な精神状態にないはずだから、その選択を真に自律的とみなしたり尊重したりするべきでないと思われるかもしれない。この反論は正しいだろうか。自殺念慮と合理性との連関にかんしては、研究者らの間でも合意があるとは思えない。したがって、この反論を根拠のない言い逃れだと断定するのは難しいというべきかもしれない⁽²²⁾。そこで、結論からいえば、これは正しい反論かもしれない。しかしかりに正しくても、この反論は自己決定至上型の議論をそのままのかたちで擁護することには役立たない。その場合、当該議論は限なく形骸化し、バランス型と見分けがつかなくなるはずだからである。

たとえば、久坂葉子は成人してはいても弱冠二十一歳だった。この年齢では、知的レベルにかかわらず一般に、若死にすることで失う将来の可能性の大きさについてよく理解するのは不可能だと思われるかもしれない。そこで、生き死にかんする重大な選択を委ねるには理解力不十分、判断力不足と評価されてしかるべきとする考えもありうるかもしれない。

しかし、このように述べることは自己決定至上型の立場の弁護に役立たない。これは、カールも久坂も成人だからである。あるいは、より精確にいうと、二人とも、認知能力の高い低いで考えたとき下端に位置するような状態の人ではないからである。かれらは、工場を経営したり文学的成功を収めたりしているからには、平均以上に知的な成人とみなして差し支えないだろう。また、カールには心療内科的疾患は見られず、久坂は自殺の当日まで小説を書くことのできる状態だった。それでもかれらの判断力が疑われるというのなら、ほとんどだれでも判断力評価の対象とみなされなくてはならないはずだ。しかし、3節で述べたとおり、判断力評価のプロセスでは自己決定を尊重することの良さが福利を守ることの良さとバランスされなければならない。したがって、その場合、自己決定が常に他の価値より優先するべきだという主張

(21) McMahan, 2002 (註3) : p. 459.

(22) Cf. Werth Jr. 1996 (註19): Ch. 5. おそらく J. Motto ("The Right to Suicide," in Pence ed. *Classic Works in Medical Ethics*, McGraw-Hill, 1998, 67-72) もカールや久坂を判断力有りとはみなさないだろう。

は、実質を失う。

自己決定至上型の安楽死容認論にたいし前節と今節で述べてきた以上二つの批判は、したがって、セットで理解されなくてはならない。厳密に言えば、問題は、カールや久坂のような人が判断力評価の対象とみなされるべきかどうかの点にはない。あるいは、同じことだが、容認論が実際に限なく形骸化するかどうかの問題なのではない。一方で、かれらを評価の対象とみなすべきだとすれば、その場合、容認論は限なく形骸化し、バランスは避けられない。しかし他方、対象とみなすべきでなくても、かれらの自殺念慮は尊重されるべきでないと考えるかぎり、自己決定より他の価値が優先する場合もあることを認めなければならない。つまり、どちらにしても自己決定が常に尊重されるべきだという主張は保持できないのである。

ただし、もしかすると、久坂やカールの場合でも本人の希望があれば第三者による致死薬の処方や投与を許してよい、と考える人があるかもしれない。もちろん、そう考えてよいなら自己決定至上型をそのままのかたちで擁護することもあるいは可能かもしれない。しかしこの立場はほとんどの人の直観に反するだろう。論証責任はその立場を肯定する側にあるはずである。

本節ではあともうひとつだけ反論の可能性を挙げておこう。たとえば破産した人が安楽に死のうとすると、致死薬の投与をうける等、だれか第三者に積極的に行為あるいは介入してもらう必要がある。ところが、末期の病人の場合はただ治療を控えてもらうだけでよい。つまりこれら二つのケースでは、必要とされる自己決定権の種類にちがいがあがる。前者のそれはしたいことの実現のために他人の積極的介入を要請する権利だが、後者のそれは他人の介入を拒否する権利である。もちろん後者のほうがより基本的な権利であり、これを認めるからといって前者の権利まで認めなければ論理的に一貫しないということはない。だから、末期の病人を対象とするケースだけ認めて、経済的理由による自殺幫助のほうは認めないとする立場はおかしくない、と、このような反論があるかもしれない。

三つ指摘して終わりにしたい。第一に、冒頭の雑誌アンケートで回答者の過半が支持しているとされた「安楽死」とは、第三者の処方による致死薬を服用することだった。当然、前段落の反論では、この行為については最初から擁護することが意図されていない。そこで問題は、この反論をつかって延命措置の差し控えや中止（雑誌記事の呼びかたでは「尊厳死」）だけでも擁護することができるか否かの点である。

しかし第二に、現実のところ、他人からの介入を拒否するタイプの自己決定権についても、生きるか死ぬかにかかわる場面等では、無制限に認められるとはふつう考えられていないように思われる。たとえば、上述の性格の未熟な患者の例(3節 事例①)は、治療拒否のケースである。この患者を本人の希望どおり帰宅させるべきだと考える人はほとんどいないにちがいない。もちろん当の患者については判断力不足が疑われうる。しかし、何度もくりかえすが、判断力不足を理由に患者の決定を尊重しないことと、患者の決定を自律的とみなしたうえでパターンリステックに覆すこととは、とくにこの事例の場合など実質的に区別できるとは考えにくい。

第三に、理論的に言えば、積極的介入と消極的不介入とを概念的に区別するのは容易なこと

ではない。日常感覚でいえば、たとえば致死薬投与が介入で、胃ろうの差し控えが不介入であることは火を見るほどあきらかだと思われるかもしれない。しかしでは、いちど増設した胃ろうを抜去することはどうか。あるいは、胃ろうの管には手を触れず、ただ流動食の補給を断つ場合はどうだろうか⁽²³⁾。このように見ていくと、区別が最初の印象ほど明確ではないこと、あるいは区別はできてもそれ自体が道徳的に重要だとは考えにくいことが理解されるだろう。ドウォーキンやブロックが、医療者のがわのふるまいにかんして致死薬投与や治療差し控えなど区別せず、すべて正当化できると主張しているのはこのためである。そこで、患者のがわについても、他人の介入を要請する権利と他人の不介入を要請する権利が区別できるとはかぎらないとも考えうる。

(23) P・シンガー、『生と死の倫理』（櫻井章訳）、昭和堂、1998年、104頁。