HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	人間関係から見た安楽死是非の再考
Author(s)	船木, 祝
Citation	応用倫理, 6, 3-14
Issue Date	2012-10-01
DOI	https://doi.org/10.14943/ouyourin.6.3
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/60899
Type	departmental bulletin paper
File Information	no6_01funaki.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

人間関係から見た安楽死是非の再考

船木　祝（札幌医科大学）

要　旨

安楽死を巡る医療倫理における近年の議論では、次のような二つの主要な特徴を指摘できる。第一は、致死薬投与による積極的安楽死と延命治療停止等による消極的安楽死との旧来の区別立てを否定する、というものである。第二は、安楽死に関して人間関係という側面からの検討がなされていることである。すなわち、安楽死政策が医療者と患者及び家族との相互的な関係性に対して及ぼす影響、そして、医療者と患者間の信頼関係構築という観点からの考察である。本稿では、とくに二つ目の特徴に注目したい。

まず、第一の特徴と第二の特徴を示している日本の代表的論者による論述を検討する。そして、そこにある共通点と相違点、さらには注目すべき指摘を提示する。次に、終末期医療のあり方を人間関係という観点からの考察を深めることで、いくつかの有意義な視点を提示したい。この目的のために、本稿では、終末期医療を巡るドイツ語圏における論考を分析する。なぜなら、ドイツは近年、終末期医療の決定に関して、可能な限り患者本人の意思を反映させようとすると同時に、医療者と患者及び家族の相互的な人間関係のあり方を模索し続けてきたからである。そのためドイツでは、積極的臨死介助（積極的安楽死）容認が医者・患者間の人間関係に影響を及ぼすという観点からの検討だけでなく、医師・患者間の信頼関係が育まれる場面についての掘り下げられた考察がなされている。

Rethinking the Problems in Euthanasia from Human Relations Viewpoint

Shuku FUNAKI (Sapporo Medical University)

Recent discussion of euthanasia in the field of medical ethics reveals two major features. First, it is clear that there are many academics in opposition to a distinction being made between active euthanasia, which is the act of killing a patient on request through the administration of drugs, and passive euthanasia, which is primarily the withdrawal of life-sustaining treatment. Second, there are also many people in the field who are focusing on the subject from a human relations viewpoint. Namely, they note that reciprocal relations among patients, their family members and health care providers are influenced by euthanasia policies. Much of the present study examines this latter point.

In this study, I first examine the two features from a perspective representative of Japanese moral philosophers. Additionally, I clarify the similarities and distinctions inherent in them. Next, I consider the noteworthy views prevalent in German literature. In recent years, German researchers have placed a greater emphasis on respecting the wishes of patients. Similarly, they have taken into consideration the importance of developing confidential relations between doctors and patients. They not only discuss the influence that permission to conduct active euthanasia may have on human relations, but also consider the conditions necessary for confidential relations among medical staff, patients and family members.

はじめに

安楽死を巡る医療倫理における近年の議論では、次のような二つの主要な動向が指摘できる。すなわち、第一は、致死薬の投与による積極的安楽死と延命治療停止等による消極的安楽死との旧来の区別を否定する、というものである。このような区別を否定することからは、旧来の前者に当たる行為を倫理的に容認する立場と、前者も後者もどちらをも倫理的に否定する立場とが出てくる。また二つ目の動向として、安楽死に関して人間関係という側面からの検討がなされていることが指摘できる。すなわち、安楽死政策が医療者と患者及び家族との相互的な関係性に対して及ぼす影響、そして、医療者と患者間の信頼関係構築という観点からの考察である。本稿では、とくに二つ目の動向に注目したいと思う。

まず、第一の動向と第二の動向を示している日本の代表的論者による論述を検討する。そして、そこにある共通点と相違点、さらには注目すべき指摘を提示する。次に、終末期医療のあり方を人間関係という観点から考察している更なる論述を検討することで、いくつかの有意義な視点を提示することを目指す。この目的のために、本稿では、終末期医療を巡るドイツ語圏における論考を分析する。なぜなら、ドイツは近年、終末期医療の決定に関して、可能な限り患者本人の意思を反映させようとすると同時に[1]、医療者と患者及び家族の相互的な人間関係のあり方の模索を続けてきたからである。そのためドイツでは、積極的臨死介助（積極的安楽死）容認が医者・患者間の人間関係に影響を及ぼすという観点からの検討だけでなく、医師・患者間の信頼関係が本来育まれるべき場面についての掘り下げられた考察がなされているのである。

1　ドイツにおいては、積極的臨死介助（積極的安楽死）は刑法 216 条（嘱託殺人罪）により禁じられる。自殺関与罪のないドイツでは、保護義務のある医師は自殺患者の救助を履行しなければ、特に刑法 323 条 c（救助不履行罪）に問われることになる。一方、死にゆく者の延命処置の不開始・中止、いわゆる消極的臨死介助（消極的安楽死）に関しては、患者の現実的、もしくは推定的意思に基づいて正当化されるとの指針が出されている。患者の意思を極力尊重しようとの「患者の推定的意思」を巡るドイツの動向については、拙稿を参照（船木 2007）。尚、ドイツでは、「安楽死（Euthanasie）」という用語は、ナチを連想させるためその使用が回避され、その代わりに「臨死介助（Sterbehilfe）」という言葉が使われている（盛永 2007 参照）。

1. 安楽死に関するわが国における代表的論者の見解

1.1 「耐え難い苦痛」緩和のための「積極的に死をもたらす行為」容認の論理的可能性

清水哲郎氏は、旧来の「積極的安楽死」と「消極的安楽死」の区別を、「積極的に死をもたらす介入（安楽死）」と「徒な延命・生命維持等の治療中止・不開始」の区別と言い換え、それに関して次のような分類をする。栄養補給の不開始・中止、及び呼吸器の不開始は後者に、呼吸器の中止は前者に属する、と（清水 2005:13, 20）。「新たな栄養パックを補給しない」ことは、しないこと、すなわち不開始である。これは、「それがなければ死に至ってしまう人をこれまで支えてきたその支えをやめること」であり、「積極的に死をもたらす行為」ではないとされる。これに対し、呼吸器を外すという行為は、「スイッチを切るとか、管を抜くというように、何かをすることであって、何かをしないことではない」。かつ、「身体＋呼吸器」は「一つの全体的な統合を形成している」がゆえに、それを外すことは「全体的統合を積極的に崩すこと」、つまり「積極的に死なせる行為」に分類される、と（同 20 頁）。「積極的に死をもたらす」安楽死とは、「『耐え難い苦痛からの解放』を目的とし、それを達成する手段が『死なせる』以外にないという場合に、死なせる行為をすることによって結果するものである」と説明される。そして、「『死なそうと意図する』のでなければ『苦痛の緩和を意図する』こともできなくなってしまう」ような仮想状況においては、やむをえず「積極的に死をもたらす介入」が論理的に認められる余地があると述べられる（同 16 頁）。このような事態として清水氏は、とりわけ精神的苦痛のケースを想定する。それは、「身体の痛みを理由として『死なせる以外に緩和の手段がない』という状況は現在では考え難くなっている」からである。精神的苦痛のケースにおいて、患者が一貫した価値観に基づいて「自分の生にはもはや意味がない」と判断した場合、それでもケアを強要することは、「医療者の持つ価値観を患者に押し付けていること」になるのである（清水 2000:84-85）。このように清水氏は、「理論的には安楽死が許される場合」があることを認める。そのうえで、「実践的には安楽死を 0 にすることを目指す」と述べられる（清水 2005:18）。

1.2 「苦痛緩和」のために死を招来させる行為の倫理的否定

立岩真也氏は、清水氏がピーター・シンガー（Peter Singer）を引き合いに出して論じた箇所（清水 2000:93）を引用して、積極的行為と消極的行為との間にはやはりそれほど大きな違いがないことを認める。すなわち、「消極的行為に分類される治療停止などは、実施する者からいえば決して消極的なものなどではない。機具を外す、スイッチを切るといった一連の積極的所作なのである」（立岩 2004:86-87）。そのうえで、立岩氏は、「致死性の薬物を与える」ことで死を招来させることと、「救命・延命のための治療を停止させる、処置を行なわせない」こととを双方ともに容認しないという（同 87, 94 頁）。立岩氏によれば、清水氏の立場は、「論理的には『死なせることが唯一の緩和の道である時に、死なせる行為をする』ことが倫理的に正当化される場合があり得る」というものである（同 90 頁）。これに対し立岩氏は、「呼吸器外し」等と「致死薬の投与」は、ともに死なせるものに違いないから、倫理的に認められないという立場である。その主張の論拠として立岩氏が挙げるのが、「生と生の間の選択」と「生と死の間の選択」との相違である（同 92 頁）。立岩氏によれば、たしかに、寿命が縮まるようなことがあっても、本人にとって気持ち

のよいことを選ぶということは人生においてはありうることである。たとえば、気持ちがよいが命を縮める程に酒を飲むこと、命を延ばすための気持ちの悪い薬を飲まない、処置を行わないこと等である。これらの選択は「生と生の間」で行われている。そこではそれぞれの人の世界観なり人生観、価値観に基づいて、「私たちは思うことを言ってよい」。これに対し、「苦痛がマイナスだというのではなく、苦痛を伴う生がマイナスだ」と考える場合は、事情がまったく異なるという。その場合には、死が選択される。苦痛というよくない状態に対して、生きないことを選択する。すなわち、苦痛を緩和するために死を招来する安楽死は、「生と死の間」で行われている選択である。これは、「生と生の間の選択」におけるケースとは区別されなくてはならない。人にはさまざまな世界観、人生観、価値観があって、たとえば、仕事、作品を残すこと等を他の何よりも重要だとする人もいる。なかには命を縮める程にこれらのことに没頭する人もいよう。しかしたとえどのような世界観、人生観、価値観であったとしても、それらのもののために死の想定の下に延命のための処置を受けないことは倫理的に容認できないことなのである（同 88, 92-93 頁）。このように立岩氏によれば、個人の人生観、価値観等の働く場面は生のただなかであるという。積極的安楽死と消極的安楽死はどちらも死なせることには変わりなく、もしそれらを選択するとすれば、それは「生と死の間」の選択となる。したがって、どのような個人の意思をもってしても、致死薬投与だけではなく、延命措置の停止及び不開始も倫理的に許容できないとされる。

以上、清水氏と立岩氏の論争を検討してきた。いずれも積極的安楽死と消極的安楽死の間に従来のような仕方での明確な区別を設けていない点では一致している。そのうえで清水氏は、人工栄養補給不開始・中止及び人工呼吸器不開始の倫理的・実践的容認のみならず、人工呼吸器中止・致死薬投与による安楽死容認の論理的可能性を残した。これに対し、立岩氏は、それら一連の行為の倫理性に疑問を投げかけている。論点のひとつに、「耐え難い苦痛緩和」がある。清水氏は、死以外の手段では苦痛緩和がなされえない、とりわけ甚だしい精神的苦痛という仮想状況では、「耐え難い苦痛緩和」のための死を意図する行為の論理的可能性を倫理的には容認せざるをえないという。一方立岩氏は、苦痛緩和のために死を結果的に招来させる行為は倫理的に容認できないとする。

1.3　人間関係という新たな論点

清水氏と立岩氏の上述の論争においては、安楽死の積極的動作及び消極的動作について、また両者の医学的作用の見地からの考察が展開されている。そして「耐え難い精神的苦痛」緩和の原則に関して、哲学的な考察が展開されている。一方、坂井昭宏氏は、「人間関係」という別の観点から安楽死の問題の論究を試みる。それは、坂井氏がその立場を基本的に支持するところの、トム・L. ビーチャム（Tom L. Beauchamp）の見解を分析する論述の中で展開される。

まず、ビーチャムによれば、従来の「死を意図したかどうか」といった意図、もしくは医療行為の因果性に拠るのでは、積極的安楽死と消極的安楽死とを区別するのは困難であるという。そして「患者―拒否説（Patient-Refusal Hypothesis）」という第三の道が注目される。それは、患者の自己決定により正当化されるのは、治療拒否に基づいて「死ぬに任せること」までであって、「殺すこと」にまで及ぶものではないとするものである（坂井 2004:194）[2]。しかし、ビーチャムは

2　自己決定の要求は、患者が「彼の意思に反した医学的治療を受けないことへの要求」、つまり、「危害を受けないこと（Un-

『生命医学倫理』（1977）で提示したこの立場をその後修正する。すなわち、論考「医師の介助による死の正当化」（1997）において、「患者の治療拒否」だけではなく、「患者の死の介助」も道徳的に容認されうる余地があるとした。その際ビーチャムが新たに注目したのは、医師・患者間の、たとえば、白血病患者の死の介助事件における、ニューヨーク州の内科医ティモシー・クィルとダイアンとの関係におけるような信頼関係である。「クィル博士はダイアンのことをよく知っており、長期にわたって彼女を診察してきた」。患者と医師とのそのような緊密な関係が構築されている場合には、積極的安楽死は最期のケアのあり方となるとされる（同 195-196 頁）。もちろん、患者と医師との信頼関係が構築されていないような場合には、医師による死の介助は「隔離され孤立した死、人生に意味を与える人間関係から切り離された死になりかねない」という批判もある（同 197 頁）。これに対しビーチャムは、医師との信頼関係にありながらも、生命維持装置を取り外すことでは死を迎える可能性をもたないような患者のことを念頭に置いて論じる。このような患者に対して、「自然に死を迎えるまで、緩和治療を施すことしかできない」と医師が宣告することは、患者に「望まない人生を生き続けることを強制する」がゆえに、「患者の権利を侵害」することになるのである（同 198 頁）。立場変更後のビーチャムによれば、こうした患者の権利を守るための積極的安楽死には道徳的に是認しうる余地があるのである。ただし、「乱用と誤用」によって社会にもたらされる危害を斟酌して、今のところ法政策上、積極的安楽死は合法化しない方がよいとビーチャムは考える。合法化による悲惨な結果の発生可能性の信憑性と、乱用防御策については今後検証されなくてはならないとされる（同 199 頁）。

坂井氏による以上のようなビーチャムの議論の要約は、終末期医療のあり方について注目すべき着眼点を提示していると思われる。すなわち、医師・患者間の関係性のあり方如何によっては、安楽死に関する道徳的評価が変わってくる、というものである。もし、患者との信頼関係が構築されているとするならば、積極的安楽死は最期の医療措置であることになる。信頼関係があるならば、患者の死の介助は患者の孤立した死ではなく、患者に対する援助になるのである。

ドイツは近年、終末期医療の決定に関して、可能な限り「患者本人の意思」を反映させようとすると同時に、医療者と患者及び家族の相互的な人間関係のあり方を模索し続けてきた。まず、中でも医療問題を扱う際の関係主義的側面の考察の重要性を強調している論者として、哲学・倫理学者のアントン・ライスト（Anton Leist）とアンセルム・W. ミュラー（Anselm Winfried Müller）をとり上げる。次に、哲学者、倫理学者としてのみならず、神学者の立場から医療問題における人間同士の関係性の問題を論じたロベルト・シュペーマン（Robert Spaemann）の見解を、患者個人の自律原理を重視する立場から批判する哲学・倫理学者のフランク・ディートリッヒ（Frank Dietrich）の論述を検討する。最後に、緩和医療の立場から医師・患者間の信頼関係を模索している脳神経外科医のアンドレアス・ツィーガー（Andreas Zieger）らの論述を考察する[3]。

versehrtheit）への権利」要求であり、「殺害や自殺をある条件下では是認する」人が、単なる「侵害の不作為とは異なり、他人の実行と働き」までも要求することは、「自律が要求できる許容範囲を超えている」、という議論については、拙稿を参照（船木 2006:32）。

3　ドイツでは、2009 年 7 月に事前指示（リヴィングウィル）法が可決し、同法は 2009 年 9 月施行となった。それまでドイツでは、事前指示法制化をめぐって激しい議論がなされた。事前指示法制化に至るまでの経緯と背景に関しては、以下の文献を参照（松田 2012; 山本 2006）。ツィーガーらは、こうした動きの中、看取りのケアを強調する立場から、事前指示に対して次のような警告を発している。「事前指示は、個人の自律獲得努力を優先することにより、人間の生命の基本的な処分不可能性を形式的、機械的に制限する。また、……医師・患者間の信頼関係に根差す他者に対する配慮を侵害する」。すなわち、人間同士の関係性を支えるべき「生命保護、医師・患者間の関係性の地平、他者に対する配慮原則」といった側面を、個人の自律の過大評価

医療倫理の議論においては、積極的臨死介助（積極的安楽死）容認の立場を導く論拠として、主に「耐え難い苦痛」緩和と「患者の意思」尊重という二つの原則が挙げられる。そこでライストとミュラーとディートリッヒの論述は、次の観点からなされる。これら二つの原則のどちらに依拠するかに応じて、医療者と患者及び家族間の相互的な人間関係にどのような影響があるか、という観点である。ツィーガーらの論述には、医療者と患者及び家族間の信頼関係構築のための地盤を、「耐え難い苦痛」緩和と「患者の意思」尊重という原則が立てられる以前の地平に見出そうとする基本的発想がある。

そこでまずは、「耐え難い苦痛」緩和の原則、もしくは自律原理が立てられたことにより、積極的臨死介助容認論が医療現場における人間関係にいかなる作用を及ぼすか、という観点からのライストとミュラーの論述を検討する。

2. 積極的臨死介助容認論の人間関係に及ぼす影響

2.1 「耐え難い苦痛」緩和のための積極的臨死介助容認論

ライストは、積極的臨死介助（積極的安楽死）容認のための「自律モデル」と「配慮モデル」とを比較検討する。「自律モデル」とは、「各人は自死への権利を有する。各人はこの権利を有するがゆえに、必要のある場合には、誰か他人に代わりに殺害してもらうように請求する権利をも有する。そして、医師はその必要性の医学的状況を判断し、人間を苦痛なしに殺害するための最もよい対処能力を持っている。それゆえ、死ぬ意思のある人は、医師に自死への権利を委譲することができる」というものである。「配慮モデル」とは、「病気の条件が満たされる」か、「耐え難い苦痛」がある場合、積極的臨死介助は道徳的に正当化される、という見解である（Leist 1996:8, 22）。

まずライストは、末期患者の置かれている状況を考察の出発点とする。末期患者の多くは、「絶望、ショック、硬直状態、非現実的希望、怒り、鬱状態、不安、パニック、それに、方向づけのできない状態、すべてをなるように任せる状態」に陥っていることが想定される（ebd. S. 36）。このような状態では、自律は次のような形で変容してしまう可能性が高い。一つは、「患者が配慮（Fürsorge）のための殺害権を医師に与え」てしまうことであり、もう一つは、「決意の自由が患者から医者に完全に委譲され」てしまうことである（ebd. S. 24）。このように終末期医療現場においては、「自律モデル」が「配慮モデル」にとって代わりやすい土壌がある。それゆえ、積極的臨死介助を容認する上の二つのモデルを比較した場合、ライストは、後者のモデルの方がより深刻な危険性を孕んでいることを指摘する。もし終末期医療現場で「配慮モデル」を前面に押し出す議論が展開されるとするならば、「配慮ある決意という物の見方の方が広ま」っていき、ひいては「病気の条件が満たされる」か、もしくは、耐え難い苦痛がある場合には積極的臨死介助は道徳的に正当とされるという見解が優勢になっていくのではないか、と危惧されるからである。すなわち、「配慮モデル」は論理的には成り立つとしても、実際には、苦痛や「病気の条件の方が優先されて、意思の条件が縮小解釈されるか……、もしくはまったく無視される」といった危険な「滑り坂」を引き起こしかねないモデルなのである（ebd. S. 22, 25）。

に基づく事前指示の法制化は、後退させることになると警告している（Zieger et. al.:1, 4）。

このようにライストは、「耐え難い苦痛」緩和のための積極的臨死介助容認という態度決定は、医師・患者間の人間関係に大きな影響を及ぼすと考える。終末期患者に対してはますます医師への権利委譲の傾向を促すことになり、患者の「耐え難い苦痛」を見て取る医師の方でも致死薬投与への垣根が低められることが危惧されるのである。したがって、人間関係という観点から見るならば、「配慮モデル」は道徳的に容認できないものだといえよう。ライストによれば、終末期においては自律が危うくなる可能性が高いがゆえに、それゆえにこそ、「医療倫理の最も重要な根本価値としての患者の自律」(ebd. S. 13) を上位に置くことが必要だという。ただしその一方で、「自律モデル」の現実的な成立基盤が確保されていない現段階にあっては、それに基づく積極的臨死介助容認論を展開することもライストはしない。

ミュラーも、ライストと同じく、末期患者の心情のあり方を考慮に入れることを考察の出発点とする。すなわち、末期患者が積極的臨死介助を望む動機は、必ずしも自らの自由や価値の実現ではない。自殺にまつわる「厄介や不確かさへの恐れ」、「自分の死に対する責任を自らひとりで引き受けずにすませたい、そして保証してくれる『専門家』のイニシアチブによって……その責任から免れたいという願望」が動機となっていることが多いという (Müller 1997:151)。もし、「耐え難い苦痛」を前面に出す論調が広まるとするならば、このような患者を前にした医師の方でも、患者の自由意思の実現というよりは、むしろ「苦痛を終わらせる」という動機の方を重要視するようになるのではないか、とミュラーは危惧する (ebd.)。このようにミュラーも、「耐え難い苦痛」緩和のための積極的臨死介助容認の態度決定が医師・患者間の相互的な人間関係に及ぼす影響を注視し、その容認に対しては否定的立場をとる。

以上、ライストもミュラーも「耐え難い苦痛」を前面に出す議論の孕む危険性を指摘する。それでは、「自律原理」を前面に押し出す議論に問題はないのであろうか。次に、人間関係から見たところの「自律原理」の持つ問題性、とくに周囲の者による「社会的圧力」の問題に関するディートリッヒによる考察を辿る。

2.2 「自律原理」に基づく積極的臨死介助容認論

ディートリッヒは、自律原理に基づく積極的臨死介助容認論に対する批判を検討する。それはすなわち、自律原理を出発点とすることで、かえって個人の自律が侵害されるという批判である。そうした批判を代表するものとして、ディートリッヒはシュペーマンの次のような見解をとり上げる。「もし、……殺してもらうことを法律が容認し、それを是認する風潮が強まるとするならば、高齢者、病人、要介護者は、家族や、介護士、市民が彼らのために工面しなければならない労力や費用、不自由の責任を自ら担わなくてはならないことになる。これらの人たちにこのような犠牲を代償として要求することは、もはや運命や慣習……ではなくなる。要介護者自身が、それらの犠牲を負わせるのである。なぜなら、彼はそれらの人たちをそこから解放することも簡単にできるからである。場所を明け渡すには自己中心的で臆病であるために、他の人たちを犠牲にすることになる。このような状況にあっていったい誰がそれでもなお生き続けようと思うだろうか」(Dietrich 2009:280; vgl. Spaemann 1997:19-20)。

このような形で患者が死の決定に追い込まれることが、いわゆる「社会的圧力 (sozialer Zwang)」として取り沙汰されている事態である。ディートリッヒによれば、「社会的圧力」に

は次の四つがあるという。一つめには、周囲の者の「無言の望み」を患者が察知することである。すなわち、家族や看護師・介護士に見受けられる「ストレスや過重な負担」の様子を見て、それを「負担から解放されたいとの要求」であると患者が解することである。二つめは、周囲の者のそうした望みを患者が実際に耳にすることである。三つめは、家族や看護師・介護士が「ののしったり、ドアをたたいたり、わざと待たせたりする」といった態度を通して、彼らの不満を患者に示すものである。そして四つめは、彼らが患者に「身体的虐待」を加える場合である（Dietrich 2009:280-281）。ディートリッヒによれば、これら四つのうち最後の二つは、明確に患者「個人の自律」侵害の事例であるという。身体的な虐待だけではなく、三つ目におけるように態度を通して「心理的虐待」を加えることも、患者の自律的決定を困難にするのである（ebd. S. 283）。家族や看護師・介護士に甚だしく依存している患者が三つ目のような周囲の態度に遭遇するならば、その生は耐え難くなるであろう。そうした苦痛から逃れるために積極的臨死介助を患者が望むことは十分にありうることである。二つ目の事例では、明確にある行動をとるように期待されているとまではいえないが、そこでも患者が「意味のない生を続けている」とか、周囲の者に「無用の負担をかけている」として自分を責めることになる事態が十分に考えられる。したがって、家族や看護師・介護士に依存している患者が、周囲から否定的な言葉を耳にした後に示した、積極的臨死介助「決断における自発性」は、大いに疑問視されなくてはならないだろう（ebd.）。一方、ディートリッヒは、一つめの事例におけるように周囲の様子から、自分がある行動をとるように期待されていると患者がただ察知することは、「社会的圧力」とまではいえないとする（ebd.）。このように「社会的圧力」という側面を見るならば、シュペーマンが主張したように、自律原理を出発点とし、積極的臨死介助を法的・倫理的に容認することは、個人の自律を侵害するといえる。

しかしその一方で、ディートリッヒは、積極的臨死介助を容認しないことで個人の自律侵害が生じるという別の側面も考察する。そして、ディートリッヒは、明確で真摯な要請に基づく殺害を禁止している現行法は、「自らの生に何ら価値を見出していない重病の患者から重要な決定を下す可能性を奪っている」、と主張する。患者は自らの意思に反して、ただ「苦痛に満ちた屈辱的な」生を送り続けなくてはならない。「死をより小さな禍と見なしている」場合であっても、それでも患者は「苦痛や持続的不快、尊厳がないという感情」に耐え続けなくてはならないのである。このように、「個人の自律」侵害は現に起きている。これに対し、「社会的圧力」は「単に可能性として」想定された自律侵害にすぎない、とディートリッヒは言う（ebd. S. 284）。

以上、自律原理を上位に置いて議論を展開するとするならば、積極的臨死介助容認論によっても否定論によっても、どちらにおいても自律原理侵害は起きることになる。このような考察を踏まえたうえで、最後にディートリッヒは自身の立場を表明する。その際ディートリッヒが注目するのは、消極的臨死介助のケースである。すなわち、もし「社会的圧力」がかかるという理由で積極的臨死介助を禁止するとするならば、その主張は消極的臨死介助にも向けられねばならないのではないか、ということである。たとえば、「在宅での介護を要する重病の患者」が、周囲からの圧力で致死薬の投与ではなく、治療停止をするように迫られることも十分に考えられよう。しかし今までのところ、延命治療の不開始・停止について周囲からの圧力で「個人の自律」が侵害されたという目立った事例は報告されていない[4]。こうした点を斟酌するなら、「積極的臨死介助合

4　これに対し、医師・倫理学者・法学者ミヒャエル・パインティンガー（Michael Peintinger）は人工栄養補給中止に関して、社会

法化も道徳的に望ましい」といえる、とディートリッヒは主張する（ebd. S. 286-287）。

このように、ディートリッヒは、臨死介助の社会的容認が周囲の者と患者との人間関係に影響を及ぼすという観点から考察を展開している。すなわち、周囲の者による社会的圧力が患者にかかるのではないか、という観点である。そのうえで、消極的臨死介助を実施しているケースでは、そのような圧力が認められる目立った報告がないことを理由に、現行法下での積極的臨死介助を望む患者の自律侵害をむしろ重く見るべきだ、とディートリッヒは主張する。

3. 医療者と患者の信頼関係が成立する地平

以上、「耐え難い苦痛」緩和及び「自律原理」という論点に基づく、積極的臨死介助の是非を巡る議論を検討してきた。まず、「耐え難い苦痛」緩和を前面に押し出す積極的臨死介助容認論が検討され、そうした議論が孕む危険性が指摘された。「耐え難い苦痛」緩和に基づく積極的臨死介助容認論は、医師・患者間の人間関係に影響を及ぼす事態を重く見る場合には退けられることになろう。次に、「自律原理」を上位に置く場合、「社会的圧力」を重く見て積極的臨死介助を否定する立場と、消極的臨死介助にそれらの圧力が顕著には認められないとして積極的臨死介助を容認する立場の両方が導かれることもわかった。このような事態にあって、我々はどのようにして方向性を模索すればよいのだろうか。この問いに応答するために、以下ではツィーガーらによる議論を検討したいと思う。

ツィーガーらはまず、積極的臨死介助に対する態度如何によって、治療停止を巡る医療者と患者及び家族間の人間関係が変わることに着目する。そして、医師―患者の信頼関係が成り立つ地平はどこにあるのかという観点から考察を展開する。

ツィーガーらによれば、医師と患者間の関係性の土台は、患者が自らの「意思の思うままにできる」ということではなく、援助を受けられることへの患者側の信頼である、という。そのためには何よりも、会話をする医療者の顔や眼の表情から自分を「絶対に殺さない」という様子を患者が見て取れることが不可欠であるという。そして患者が医師を信頼して援助を求めることができる程度に応じて、自分がほんとうに望んでいることを表明するという患者の自律も可能になるとされる（Zieger et al.:14）。

患者は死が差し迫ってくると、ますます「人間的な親密さや愛情への欲求」を募らせるといわれる。もし、そのような中、「患者の自律」や「耐え難い苦痛」緩和に基づく積極的臨死介助の合理的裏づけが与えられるとするならば、そのことは、治療停止の場面においても変化をもたらすだろう。すなわち、終末期患者との関係において、次のような二つの「おぞましいシナリオ」が想定されるのである（ebd. S. 12）。

一つめのシナリオは、幸福追求への絶望、「身体のコントロール力の喪失」、「身体的な変貌、衰弱、依存」といった患者の様子を周囲が見て取る中で、事前意思表明に代表されるような「患者の自律」を何よりも尊重しようとする周囲の態度から始まる。医師の側は、「患者の意思の充足

的要因が大きな役割を演じることを強調する。すなわち、人工栄養補給中止という「慣例的な行為が自動的になされる」ような現場にあっては、「社会的孤立化」、「コミュニケーションの消失」等が、患者の人工栄養補給中止の決定要因のひとつになっているとされる（Peintinger 2004:235）。

のための助け手」となろうとするであろう。このように患者の意思の充足に重点的関心が向けられることで、かえって「二人が心を通わせる具体的な生活状況」は脇へ追いやられることになる。治療停止を望む事前意思があればなおさらのこと、医師の側でも患者の「生を保護」することよりも、患者の意思を尊重することへと方針を変えるだろう。その結果、患者の真の心情が吐露されないまま、患者の気持ちとは裏腹の「孤独な病衰と苦悩」の可能性が高まることになる（ebd. S. 9, 12, 14）。このような論述におけるツィーガーらの主な着眼点は、「社会的圧力」ではなく、医師・患者間の信頼関係が本来育まれるべき場面に向けられている。

二つめは、患者の「耐え難い」実存的苦痛に対する直接的な防護策としての積極的に「死を意図する行為」を容認するための合理的裏づけが与えられる場合に起こりうる。そのような場合、治療停止の場面においても影響が起こりうる。すなわち、「生きていても意味がない」という患者の言葉を耳にするとき、医療者の方でも苦悩の長いプロセスを共に担うよりも、延命措置を停止することを選択する傾向が高まらないとはいえない。ツィーガーらによれば、「耐え難い」実存的苦痛の訴えは、援助に依存する患者が十分な愛情のこもった心遣いを経験していないことの裏返しであったり、「途方に暮れ」、悲しみを押し殺している家族を見るに忍びないことの表れであったりすることが多いという（ebd. S. 12）。家族は共同決定者というよりは、共に苦悩する存在である。家族にとって患者の光景はむごく感じられ、それを見ることは耐え難いものである。家族も人間相互間の心情的な交わりを求めている。そのような場面でさらに、医師が「耐え難い」実存的苦痛に基づく生命停止を容認しているとしよう。その場合、医師との対話においてはどうしても治療停止へと向かう力学が働くことになろう。すると患者や家族は苦悩が解かれないまま死の場面を迎える可能性が高まることになる。このような論述を通じてツィーガーらは、患者の「耐え難い」実存的苦痛に基づく臨死介助容認の指針が人間関係に及ぼす影響という観点から論を展開しているだけではなく、そのような苦痛が緩和されるための本来あるべき人間関係のあり方を示そうとしている。

以上のツィーガーらによる考察からわかることはこうである。医師と患者間に求められる人間関係が働く場面は、「患者の自律」や「耐え難い苦痛」緩和に基づく臨死介助容認という原則が立てられた後の医師・患者間にではなく、むしろ、それに先立つところにある。

まず、積極的臨死介助のための「患者の自律」ありきということになると、患者の表層的意思表示に基づいて治療停止の判断を下すことにつながりかねない。むしろ、医師の「最期まで援助しようとする」姿勢の下での、患者と心を通わせる具体的生活場面においてこそ、医師―患者の信頼関係が成立するのである。そうした人間関係においてこそ、ほんとうの望みを表明するような「患者の自律」も可能になるといえる。

次に、「耐え難い苦痛」緩和による積極的臨死介助容認という原則が先立つならば、そのことによりかえって、生に対して絶望している患者の様子を見て取る周囲の者は、生命終結への決定にますます傾くことになりかねない。だから、医療者と患者及び家族との人間関係は、医療者側が苦悩の長いプロセスを共に担う姿勢を示すことを出発点とするものでなければならない。自らも十分な愛情のこもった心遣いを受け、家族の苦悩も軽減されている様子を見ることで、患者の実存的苦痛や内面的苦悩も緩和される可能性も高まるといえよう。

また、このようなツィーガーらによる考察を踏まえるならば、次のように述べることができよ

う。積極的臨死介助に対する医療者の態度は、消極的臨死介助との垣根が低いとされればされるほど、治療停止の場面においても影響を及ぼすように思われる。そのためまずは「死を意図しない」という態度を、積極的臨死介助論議にあって持ちうるかどうかが問われるだろう。そのうえで、積極的臨死介助と消極的臨死介助を区別することではじめて、「死を意図しない」場面を精査、抽出することができるのではないだろうか。

おわりに

終末期医療の決定の問題について、医療現場における人間関係という側面から考察を進めてきた。ある指針が医療現場に投げ込まれたとき、そこにある人間関係に様々な影響を及ぼすという観点は見過ごすことのできない点であると思われる。この観点を重視するならば、まず、「耐え難い苦痛」の緩和に基づく積極的臨死介助容認論は後退しなくてはならないと思われる。次に、「自律原理」に基づく場合には、賛成・反対の両論が導かれることになる。そのような中、ツィーガーらによる関係主義的考察の特徴は、「患者の自律」もしくは「耐え難い苦痛」緩和の原則が立てられた後の医師・患者間の人間関係のあり方ではなく、それらの原則が立てられる以前の医師・患者間の信頼関係のあり方に着目している点にある。それは、「自律」が可能になり、「苦痛が緩和される」のに寄与しうる人間関係の位相を指摘するものだといえよう。すなわち、苦悩の長いプロセスを共に担うという姿勢を医療者が示した上での親密な会話や、心を通わせる具体的な生活状況の中で育まれる人間関係の位相である。筆者も、人間関係という視点から考察する限り、こうしたツィーガーらによる指摘を斟酌して、積極的臨死介助は否定されなくてはならないと考える。

しかし、かりにそのような心遣いと家族の苦悩緩和の試みがなされたとしても、それでも軽減されないような「激しい苦悩の中にある患者に対して、積極的臨死介助……を拒絶することに、いったい何の意味があるのか」という問いが立てられよう。これは、清水氏や、坂井氏の論述におけるビーチャム、そしてディートリッヒまでもが投げかけている問いである。

この問いに対する人間関係という観点から見たところの、ミュラーによる返答を最後に指摘して稿を閉じたい。こうした患者に対して、我々は「緩和医療、特殊な状況に適った人間相互の徳をはっきりと示すこと、畏怖、誠実、忍耐、感情移入、信頼関係、ユーモア等々」の手だてを最後まで尽くすべきであり、それが必ずしも患者の苦痛を取り除くとは保証できないとしても、そうしたあり方を最後まで続ける人間関係そのものは、患者及び周囲の者双方にとって倫理的に無意味とは言えないとミュラーは述べているのである（Müller 1997:155-156, 191）。

文　献

Dietrich, F. 2009:“Legalisierung der aktiven Sterbehilfe – Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie?”, *Ethik in der Medizin* 21, pp. 275-288.

Leist, A. 1996:“Das Dilemma der aktiven Euthanasie – Gefahren und Ambivalenzen des Versuchs, aus Töten eine soziale Praxis zu machen”, Körner, U.(Hrsg.), *Berliner Medizinethische Schriften* 5, pp. 3-39.

Müller, A.W. 1997:*Tötung auf Verlangen -Wohltat oder Untat?*, Verlag W. Kohlhammer:Stuttgart/ Berlin/ Köln.

Peintinger, M. 2004:“Künstliche Ernährung. Ethische Entscheidungsfindung in der Praxis”, *Ethik in der Medizin* 16, pp. 229-241.

Spaemann, R. 1997:“Es gibt kein gutes Töten”, Spaemann R., Fuchs T.(Hrsg.), *Töten oder sterben lassen?*

Worum es in der Euthanasiedebatte geht, Herder:Freiburg/ Basel/ Wien, pp. 12-30.
Zieger, A., Holfelder, H.H., Bavastro, P., Dörner, K.(Zieger et. al.) :"Sind 'Patientenverfügungen' ein geeignetes Mittel für ein 'Sterben können in Würde'. Kritische Überlegungen aus beziehungsethischer Sicht", http://a-zieger.de/Dateien/Publikationen-Downloads/Patientenverf.pdf (accessed April 18, 2012).
坂井昭宏 2004:「自然の流れと生命の終止 ── 自発的安楽死擁護の試み」坂井昭宏、松岡悦子編著『バイオエシックスの展望』、東信堂、185-205 頁。
清水哲郎 2000:『医療現場に臨む哲学 II ── ことばに与る私たち』、勁草書房。
清水哲郎 :「医療現場における意思決定のプロセス ── 生死に関わる方針選択をめぐって」『思想』No.976 (2005 年 8 号)、4-22 頁。
立岩真也 2004:「より苦痛な生 / 苦痛な生 / 安楽な死」『現代思想』Vol.32-14 (2004 年 11 月号)、85-97 頁。
船木祝 2006:「『自己決定』に制限はあり得るのか ── ドイツ積極的臨死介助容認論と反対論の検討」『医療と倫理』6 号、27-34 頁。
船木祝 2007:「終末期医療の決定における『患者の推定的意思』について」『臨床死生学』Vol. 12、No. 1、1-8 頁。
松田純 2012:「ドイツにおける患者の事前指示の法制化と医師による自殺幇助をめぐる議論」『生命倫理研究資料集 VI　世界における終末期の意思決定に関する原理・法・文献の批判的研究とガイドライン作成』、平成 23 年度基盤研究（B）（一般）課題番号 23320001、富山大学、4-18 頁。
盛永審一郎 2007:「ヨーロッパにおける終末期の意思決定」『終末期医療をめぐる法的・倫理的規制のあり方への提言』、富山第一銀行研究助成報告書、富山大学、25-51 頁。
山本達監訳 2006:『ドイツ連邦議会審議会中間答申　人間らしい死と自己決定 ── 終末期における事前指示』、知泉書館。