

「死ぬ権利」はフィクションか ——安楽死の是非をめぐって——

鎌 田 学

Manabu Kamata

はじめに

生命倫理の領域で近年さかんに議論されているテーマの一つに安楽死の問題がある。それを法制化すべきか否か、その根拠はどこに求められるべきか等が論じられている。議論が多いということは、オランダ他をのぞいて、現実に安楽死法なるものが世界でほとんど成立をみていないから、とも考えられよう。はたして、安楽死という観念は私たちにどのような倫理的な問題を突き付けるのであろうか。

あらかじめ、安楽死の是非をめぐる本論の立場を明らかにしておこう。以下において主題化するのは、安楽死のなかでも自発的かつ積極的な安楽死であるが、本論はこれについて肯定するものである。なぜなら、生の極限であるおのれの死の到来に対しても、個人が自分で決定を下すこと（自己決定）は当然認められるべきであるからである。しかし、おのれの死についての「自己決定」という原則に対してあくまで警戒心をもってという条件付きである。後に言及する或る論者は、あまりにもこの原則に対して楽観的であるように思われる。また、他方において、「死ぬ権利」というものが「欺瞞的観念」であるとして、この「欺瞞的観念」に基づく積極的な安楽死を認めないとする別の論者もいる。本論は確かに結論において後者の主張とは一線を画するが、しかし、彼の提示した「自己決定の倒錯」という論点に傾聴すべきものがある限り、これを修正して安楽死容認論に組み込みたいと思う。

以下、第2節から第4節まで、安楽死容認に反対する代表的な議論を取り上げ、それらを再反論するというかたちで議論を進める。総じて生命に関わる倫理問題の検討は、理論的な厳密な根拠づ

けよりも、医療現場のリアルな感覚をこそ重視すべきである。人間の生死にかかわる現場の感覚から出発して、概念構成を試みるのである。さもなければ、倫理学は空理空論だとして誰からも相手にされないだろう。

1 安楽死の概念的な区別

自分の意志を表明できるか、そうでないかによって自発的な安楽死と非自発的なそれに分けられ、医師の患者への対処の仕方によって積極的な安楽死と消極的なそれに区別される。積極的な安楽死では医師は致死薬を投与するが、消極的なその場合、治療の中止がおこなわれる。

本論が取り上げるのは、自発的かつ積極的な安楽死である¹⁾。このように議論の対象を絞り込むのは、次のような理由による。非自発的な安楽死の場合、すでに医療の現場のなかで暗黙のうちに積極的にか消極的に行われていて、通常の医療行為の一部になっている。よって、これが今後さらに新しい問題として、是非を争う熱い議論のテーマになることは、ほとんどないだろうからである。

さて、自発的かつ積極的な安楽死のイメージを具体的にもちたいので、オランダ人女性カルラのケースを少し長いが次に記す。このカルラの場合、安楽死問題を考えるうえでの主要なポイント（安楽死を認める要件、彼女と医師チームおよび家族との濃密な関係）が含まれている。

1988年、カルラは当時47歳で、すでに結婚しており、十代の子供が4人いた。下腹部に痛みをとまなう腫れものができたので、かかりつけの医師に診察してもらいに行った。彼女は癌とわかった。手術後、カルラは化学療法を受け、しばらく

のあいだ体調は比較的良好だったが、1990年3月、癌が再発した。アドミラル医師はカルラの皮膚の下に注射針を差し込んで、そこからモルヒネを連続的に投与し、それによって彼女の痛みを止めることができた。カルラは、痛みがなくなった事実にはほっとしたものの、最後には容体が悪化するのではないかと心配していた。ある日、アドミラル医師が回診に来たとき、彼女は「容体が耐えがなくなったとき、死ぬ手助けをしてもらえますか」とたずねた。アドミラル医師はカルラの願いに喜んで耳を傾けてくれた。彼は「安楽死はタブーとされる話題ではありません。しかし最後に決定をくだすのは私一人でも、あなた一人でもありませんよ」と言った。その病院では、死の手助けをする最後の決定には、医師二人、看護婦一人、そして患者の精神面での助言者三人のうちの一——ローマ・カトリックの神父、プロテスタントの牧師、「ヒューマニスト・カウンセラー」のいずれか一人——からなるチームの同意が必要とされた。

いよいよカルラは急激に衰弱しはじめた。カルラは依然として気丈で、カトリックの信仰に支えられていた。しかしついに、苦しみを終わらせてくれるよう彼女は頼んだ。家族は彼女の願いについて話し合った。医療スタッフの意見も、彼女が死ぬのを手助けする以外、彼女の苦しみを緩和するためにこれ以上できることは何もないということと一致した。

カルラとアドミラル医師と家族とが集まり、翌日に安楽死をおこなうことに決めた。カルラは自分が安楽死を希望していることを示す文書に署名した。いよいよその時が来ると、カルラは死にたいという自分の気持ちに変わりのないことを確かめた。カルラの夫とカルラの姉妹二人、地区の神父、そして子供二人が見守るなか、アドミラル医師が彼女に注射をした。彼女は眠りにつき、数分後に亡くなった²⁾。

さて、カルラのケースにおいて、アドミラル医師が彼女に注射をして、彼女を永遠の眠りにつけたこと、直截に言えば、殺したことは道徳的にやはり非難されるべきことであろうか。

2 「殺すこと」と「死なせること」との区別に基づく、安楽死容認への反論

安楽死を認めない立場は、「殺すこと」(積極的安楽死)と「死なせること」(消極的な安楽死)との区別を導入し、前者が後者と比べてより強く道徳的な非難を受けるものであると主張する。ここから、末期患者の死を手助けする医師のふるまい、すなわち「一人の人間の生命を他人が意図的に終わらせること」³⁾は、断じてなされてはならないと帰結する。

しかし、このような区別にもとづく見解は、それほど説得力があるだろうか。この問題に対して、レイチェルスは次のよく知られた例をもちだして、「殺すこと」と「死なせること」との間にはなんら道徳的な違いはないと主張する。

(ケース1)

スミスは、もし彼の六歳の従弟の身に何かあった場合、莫大な財産を得る立場にある。ある晩、その子が風呂に入っているところに彼はしのび込み、その子を溺死させ、それからあたかも事故であるかのごとくとりつくろった。⁴⁾

(ケース2)

ジョーンズもまた、もし彼の6歳の従弟の身に何かあった場合、莫大な財産を得る立場にある。スミスと同じようにジョーンズは入浴中の従弟を溺死させようと風呂場にしのび込んだ。ところが、風呂場に入った途端、ジョーンズは、その子がすべって頭を打ち、頭から水の中に落ち込んでしまうのを見た。ジョーンズはよろこんだ。そして、必要とあらばその従弟の頭を押し込もうと、かたわらに立つ——が、その必要はない。ジョーンズが何もしないで見ているうちに、その子はほんの少し手足をバタバタさせただけで、ひとりりで事故で溺れ死んだ。⁵⁾

「スミスは子供を殺したが、ジョーンズは単に子供を死ぬにまかせただけである。それが、スミスとジョーンズの唯一の違いなのである」⁶⁾。それでは、行動が違うのに、両者のあいだに道徳上の違いが生じないとする考え方とは、どのようなものであろうか。それは、結果主義的な見方である。スミスは、子供を殺さないこともできたが、子供

は死んだ。他方、ジョーンズの場合、彼は溺れている子供を助けることができたが、子供は死んだ。子供が死んだということでは、両者に違いはない。したがって、「殺すこと」の方が「死なせること」よりも、いっそう悪いということにはならないとするレイチェルスの議論は、いちおう理解可能である。

無論、先の議論は二人の邪悪な動機と、安楽死の場面で立ち現れる医療関係者の慈悲にとむ動機との相違に由来する、「殺すこと」あるいは「死なせること」の実質的な意味合いの異なりを無視していると指摘できよう。また、死期が迫っていない子供と迫っている患者との違いについても、それを考慮しなければならないファクターの一つであると言うことができよう。

しかし、ここではレイチェルスの議論にふくまれる結果主義的な見方を援用することによって、積極的安楽死に対する反論が退けられ得るという論点を確保することで満足したい。

3 「滑りやすい坂の議論」に基づく、安楽死容認への反論

安楽死を認めない立場は、「滑りやすい坂の議論」を取り上げて次のように反論を企てる。

「私は安楽死にはまったく反対である。確かに、安楽死は十分に理にかなったものであり、熟練した、良心的な人の手によって行われれば、そのような状況に対処するのに最も人道的な方法でありうるだろう。しかし、安楽死の法制化は、国家や無知な人や良心のかけらもない人の手にわたれば、最も危険な武器になるだろう。安楽死が法制化されればどんな犯罪が行われることになるかを知るには、歴史をはるか遠くにまでさかのぼる必要はない」⁷⁾

安楽死をいったん社会全体が認めてしまうと、それは「滑りやすい坂」を転がり落ちて、ついには人間を殺す便利な口実に使われるだろうというわけである。「滑りやすい坂」を転がり落ちた例として、ナチスの恐ろしいふるまいを挙げる者もいる。

「出発点は安楽死運動の基本である〈生きられるに値しない生命といったものがある〉という態度を受け入れることだった。当初、この態度は重度

の慢性病患者だけに関心を示しているにすぎなかった。しかし、この範疇に含まれる人々の領域が徐々に拡大し、社会的に非生産的な者、次にイデオロギー的に好ましからざる者、その次に民族的に好ましからざる者、そしてついにドイツ人にあらざる者すべてが含まれることになったのである」⁸⁾

言うまでもなく、このような事態は絶対あってはならない。そのために、本論をふくめ安楽死を肯定する者は、安楽死を認めうる要件を厳格に定め、それを実行する際にも多くの手続きをふまなければならないと考えるのは当然である。たとえば、オランダ王立医師会が定めた、安楽死が認められうる条件をシンガーが紹介しているが、これは「滑りやすい坂」に歯止めをかけようとしていること、明らかである。

「医師だけが安楽死をおこなうこと。

死にたいという欲求についてまったく疑う余地にない、明確な要請が患者からあること。

患者の決定が十分な情報にもとづいた自由で持続的なものであること。

患者が改善される見込みのない耐えがたい痛みと苦しみの状況にあること。

患者の苦しみを耐えうるものにする有効な方法がほかにないこと。

医師は細心の注意を払ってその決定に達しなければならず、第三者の立場にある他の医師から参考意見を聞くこと」⁹⁾

本論冒頭で紹介したカルラの安楽死の場合、これらの項目がすべて揃っていることがわかる。しかし、彼女の安楽死が適正な仕方でおこなわれたからといって、現況が「滑りやすい坂」を転がり落ちていないとは言えない。そこで次に、実際になにが起こっているかを示す、1990年にオランダで実施された調査結果を見ることにしたい。

調査によれば、死亡例の総数48,700件のうち、22,500件は治療中止の決定に関連し、22,500件は医師が死期を早めることを知りつつ、投薬によって痛みを緩和する決定に関連し、2,300件は積極的な自発的安楽死の結果、400件は医師による自殺補助である。残りの1,000件は、「医師が薬を与えたり、処方したり、投与したりしたときに、患者の生命を早く終わらせるという明確な目的が

あったにもかかわらず、患者からの明確な要請がなかったケースである¹⁰⁾。

一年に1,000人も患者が「明確な要請」をしていないにもかかわらず、殺されているのだろうか。実は、この1,000件は「誰が見てもひどく苦しんでいる死ぬまぎわの患者」¹¹⁾であり、そのうち600件は「患者が明確な要請をする段階には至らなかったものの、生命を終わらせることに関する話し合いに患者がいくらかは関与していた」¹²⁾。話し合いがなされなかった場合は、患者が「意識低下」の状態にあったのがほとんどであったという。

以上の調査結果から、積極的な非自発的安楽死のケースがあるにしても、末期でもなんでもない患者本人の生きたいという意思に反して、安楽死させたという事例を読み取ることはできない。その限り、「滑りやすい坂の議論」を盾にとりて安楽死に反対する合理的な理由は、何もないということになる。それは過度の心配による、想像力の産物といえる。

肝心なのは、その坂を滑らないような歯止めを置くことである。繰り返せば、安楽死を認めうる明確な基準の設定、および遂行のための手続きを医療関係者に厳格に守らせることである。

4 安楽死容認論には理論的な根拠がないことに基づく、安楽死容認への反論

安楽死を肯定する際、その根拠をどこに求めることができるのだろうか。簡潔に言えば、自分の「生命への権利」に対する「自己決定」である。これを大前提とするならば、自分がおのれの意思によって、自分の生命を処することの一つである安楽死を選ぶことは、当然許されるべきものになる。或る論者は、患者が安楽死を求める権利を、「死ぬ権利」と名づけている。

しかし、ここで「死ぬ権利」という名称をもちいる際に、次の点に注意しなければならない。それは、この用語は「権利」という観念が通常含んでいる意味内容を逸脱していること、また問題となる事柄が、人間事象のなかで最も特異な死ということである以上、たとえば「投票への権利」と同列には置きえないことである。これらの点を、さらに詳しく掘り下げていきたい。

先に示した「生命への権利」という考え方は、自分がおのれの身体を持つという身体の所有を立論の基礎においている。ひとは、身体への所有権をもつ。それゆえ、「自己決定」によっておのれの身体をどのように取り扱おうが、それは身体の所有者に全面的に委ねられている。

しかし、身体あるいは生命への所有権という論点に対して、ロックの労働所有権論に立つて次のような疑義がさしはさまれている。

「人格に対しては所有権は語れるが、身体・生命に対しては所有権はそもそも語れないとしている点、これである。ロックはいう、「いかなる者も、自分が自分自身のうちにもっていないもの、つまり自分自身の生命を支配する権力を、他人に譲り渡すことはできない」。なぜか。それは自己の生命や身体そのものの発生は自分自身のいかなる労働によっても達成できず、労働概念とは規定的に無縁であり、よって所有権を帰しうる範囲外だからである。」¹³⁾

身体・生命に対しての所有権がそもそも語れないとしたら、それに依存する「生命への権利」ないしは「死ぬ権利」も根拠を失う。

だが、この批判には、本論として次のように単純に答えたい。すなわち、本論はロックの労働所有権論にコミットしないのだから、身体・生命に対しての所有権を主張することは許される、したがって、「生命への権利」ないしは「死ぬ権利」をも十分に語りうる。

第二の論点。「死ぬ権利」は、身体あるいは生命の所有という観念に依存しているが、しかし、所有権なるものはそもそも譲渡の契機を含んでいる。それでは、生命の譲渡に関して向けられた次の疑問はどうであろうか。

「死ぬ権利が所有権概念にのっとって理解されていること、そして、所有権概念が譲渡を本来的に含むこと、安楽死はそうした死ぬ権利という所有権の一種の譲渡として理解できること、ここまではよいだろうと思われる。しかるに、生命を丸ごと譲渡する、というのはどういう事態だろうか」¹⁴⁾

この論者によれば、生命の譲渡という事態が考えられない限り、生命の所有権ということも決して言えない。したがって、生命の所有権に立脚した「死ぬ権利」、それは正真正銘の捏造であり、

欺瞞的概念である」¹⁵⁾と結論づけられる。

さて、この批判をどのように受けとめればよいだろうか。所有と譲渡とを事柄の表と裏のように対にして思考することは、本論も同意し、生命自体の譲渡なるものも意味をなさないことはまさにその通りであろう。しかし、この際、先ずは身体と生命とを区別することが必要であり、それぞれの場合について考えなければならない。

たとえば、人は自分の身体の一部（たとえば腎臓）を譲渡して、その必要な他人に移植することができる。また、極端な場合、人が身体全体を他人に譲渡して、彼の奴隷になることも可能であろう。それに対して、生命の譲渡という事態は確かに考えることができない。生命はひとつの全体として、分割することが不可能だからである。この意味において、生命の譲渡という事態が考えられないのは、物件とは区別される生命という特殊なものに由来する、特殊なケースであるからではなかろうか。

しかし、生命の所有が身体に基礎を置いているならば、上述したように、身体譲渡がまったく思考不可能なわけではない。したがって、身体に所有権に根ざした「死ぬ権利」は、まったくの「捏造であり、欺瞞的概念である」というわけではない。

第三に、「死ぬ権利」の遂行によって、結果を享受できるものはないという論点について検討したい。

「権利という概念は、それを行使してその結果を享受できるということを含意していると考えられるが、「死ぬ権利」の場合、権利を行使して、結果を享受できる者が存在しない、よってここに「権利」という概念を当てはめることはできない」¹⁶⁾。

「死ぬ権利」を誰が行使するのか。むろん、大多数は末期の重症患者である。それでは、その人はどのような結果を享受するのであろうか。精神的身体的苦痛からの解放、すなわち、よい、幸福な死であると考えられる。しかし、逆説的なことに、「死ぬ権利」をまさに行使して死んだ瞬間、この結果はその人から逃れ去る。なぜなら、死んでいるからである。こう考えるならば、「死ぬ権利」は本来の意味での「権利」でも何でもないということになる。「死ぬ権利」が「投票への権利」と同

列に置きえないと先に言ったのは、こうした意味合いによる。

しかし、この点を認めたらうで、「死ぬ権利」という観念にそれ固有の効果を認めることは許されてよい。それはたとえば、種々の苦痛にみまわれている人にとって「死ぬ権利」があるというだけで、現実に行使しなくとも、最後のよりどころとしてその人にわずかながらの安堵をもたらすというようなことは考えられる。

以上、三つの論点にそくして「死ぬ権利」の理論的な基礎について検討した。最後の論点を考えるならば、「死ぬ権利」とは奇妙な観念であることは間違いない。だが、たとえそうであるにしても、それに或る実質的な重みがあって、単なるフィクションではないと感じてしまう。安楽死の合法化以前、ナーシング・ホームで、体がずれ落ちないよう椅子に紐でくくりつけられている、「体の一部が麻痺し、耳が聞こえなくなり、話をするのもやっと」¹⁷⁾の母が、娘にむかって自分の命を終わらせてくれと何度も何度も懇願している姿をみて、あなた（母）には「死ぬ権利」がありますと言えない娘のつらさは偽物であろうか。

5 「自己決定」原則の危うさを自覚する、安楽死容認の立場

「生命倫理学が70年代に形成され始めたころ、基本的な原理となっていたのは「自己決定」だった。妊娠中絶、臓器移植、安楽死、インフォームド・コンセントなど、どの場面でも自己決定が最終的な判断根拠になっていた」¹⁸⁾と述懐し、最近の生命倫理学の議論では、「自己決定の弊害」を指摘し、「自己決定の制限」や「自己決定の限界」を語るものが流行だ¹⁹⁾と嘆く論者がいる。そして、彼は「自己決定の原理」を当然のよりどころにして、次のように問いかける。「安楽死は、とくに積極的な安楽死は[生命倫理学者は]なかなか認めたがらないのだ。(中略)問題は自己決定を否定することによって解決するのだろうか。安楽死を制限することが必要なのだろうか」²⁰⁾。

それに対して、「自己決定の倒錯」を指摘し、「自己決定」にもとづく安楽死推進論は「厳に拒絶されねばならない」²¹⁾と主張する者もいる。

さて、はたして、どちらの陣営に組みすべきで

あろうか。「自己決定」原則についての評価をいかに下せばよいのだろうか。後者の言い分から検討したい。

第一に、「自分だけの考慮によって自己責任のもとで自分のことを決定する」²²⁾ことは、本来不可能であるという論点。公平に判断して、多くの「自己決定」論者が想定する「自己決定」の性格とは、やはりこのようなものであろう。だが、冷静に考えれば、一々の決定がその本人に固有なものであることは不可能である。「自己決定」による判断と表面上見えるものでも、判断の起源へとさかのぼれば、自分の属する文化、生活環境あるいは受けた教育内容による刷り込みが、大きく関与していることは間違いない。

第二に、ややもすると「自己決定」論者が見過ぐ論点である、安楽死が問題になる文脈で生じている共働的な状況について。「安楽死は決して自己決定のみに関わる問題であるのではない。それは、二人の人、すなわち、殺される人と殺す人との間の相互的かつ社会的な意思決定の問題なのである」²³⁾。確かに、自殺のケースは、殺される人と殺す人とが同一であるので、「自己決定」が純粋に現れるような問題場面である。しかし、安楽死の場合、カルラのケースをみればわかるように、末期患者、複数の医療関係者は当然として、患者の家族をも巻き込む。そうである限り、「自己決定」にもとづく安楽死が問題になるまさにその文脈において、かえって他者との協働がつよく求められることになる。この点を踏まえるなら、次のような発言も奇異には聞こえない。

「社会や医療の側の権利、医師の権利、それも必須のファクターとして考慮しなければならないのである。安楽死に関する自律的自己決定論がそうした必須要件を等閑に付しているなら、「自己決定」ということを取り違えている、「自己決定」の倒錯を犯していると、そういうべきなのではないか」²⁴⁾。

「自己決定」原則についての本論の立場は、最大限それを尊重するというものである。その意味で、前者の考え方に結論としては同調する（安楽死容認）。だが、本論が前者に全面的に賛成できないのは、直前にみた重要な第二の論点に対して前者の

目配りが、致命的に欠けているからである。前者のそぶりは、「自己決定」という原則に対して過度に楽観的であると言わざるを得ない。

他方において、後者の第一の論点については、確かに自律的な「自己決定」の根底には刷り込みがあるにしても、自己意識のある患者がおのれの意味（安楽死の選択）を表明する際には、それは通常、「自己決定」されたものとして考えるのが自然である。したがって、第一の論点を挙げることで、「自己決定」という事態が虚構であるというのは、これまた行き過ぎた主張というべきである。よって、「自己決定」原則を尊重する本論は、「自己決定」論者がややもすると見過ぐす、協働的な状況の重要性に対して自覚的になったうえで、安楽死を容認する立場に立つ。

おわりに

最後に、安楽死を法制化する際の医療環境、および今後論じるべきことについて一言述べたい。

カルラのケースをみればわかるように、安楽死は患者と医師チームとの間に信頼関係が成立していなければ、行われてはならないものである。患者の精神的な側面のサポートは、彼女の場合には医師のほかに、3人が受け持っていた。こうした充実した医療環境を、ここ日本において簡単に見出すことができるであろうか。

「オランダは高水準の医療と社会保障とを全国民に与えている福祉国家である(中略)。さらにオランダでは、誰もが自分のかかりつけの医師をもち、通常は何年もその医師に診てもらっている」²⁵⁾

たぶん、日本の医療環境を思えば、安楽死の合法化はそれほどはやくやっては来ないだろう。²⁶⁾

また、本論の安楽死問題に対する接近の仕方は、「自己決定」する患者の視点に偏したものであるが、医療に携わる人々の観点もやはり無視することはできない。²⁷⁾ というのも、患者と医師チームとの共働的な状況においてのみ安楽死が行われるべきであるからである。今後の課題をそのように方向づけたところで、本論を閉じることにしたい。

【注】

- 1) 以下、とくに断りがなにかぎり、安楽死とは自発的かつ積極的安楽死を指す。

- 2) ピーター・シンガー『生と死の倫理』（樫 則章訳、昭和堂 2002年）178-180頁。部分的に省略した箇所がある。
- 3) H.T.エンゲルハート、H.ヨナスほか『バイオエシックスの基礎』（加藤尚武・飯田亘之編、東海大学出版会 1999年）113頁。
- 4) 同書、116頁。
- 5) 同書、116-7頁。
- 6) 同書、117頁。
- 7) 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 2000年）257頁。
- 8) 同書、同頁。
- 9) ピーター・シンガー『生と死の倫理』（樫 則章訳、昭和堂 2002年）184頁。「東海大学病院安楽死事件」に対して下された横浜地裁の判決（1995年3月28日）参照。そこには、ここに記された最後の要件が含まれていない。石原 明『法と生命倫理20講（第2版）』（日本評論社、2000年）197-198頁参照。
- 10) ピーター・シンガー『生と死の倫理』（樫 則章訳、昭和堂 2002年）191-2頁。
- 11) 同書、192頁。
- 12) 同書、同頁。
- 13) 一ノ瀬正樹「「死ぬ権利」の欺瞞」、『死生学研究』（東京大学21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる死生学の構築」、2003年春号）所収、54-55頁。
- 14) 同書、56頁。
- 15) 同書、同頁。
- 16) 同書、57頁。
- 17) ピーター・シンガー『生と死の倫理』（樫 則章訳、昭和堂 2002年）181頁。
- 18) 岡本裕一郎『異議あり！生命・環境倫理学』（ナカニシヤ出版 2003年）85頁。
- 19) 同書、同頁。
- 20) 同書、88頁。なお [] は補い。
- 21) 一ノ瀬正樹「「死ぬ権利」の欺瞞」、『死生学研究』（東京大学21世紀COEプログラム「生命の文化・価値をめぐる死生学の構築」、2003年春号）所収、58頁。
- 22) 同書、51-2頁。
- 23) 同書、53頁。ただし、これはカラハンの文章。
- 24) 同書、同頁。
- 25) ピーター・シンガー『生と死の倫理』（樫 則章訳、昭和堂 2002年）198頁。
- 26) 日本における「心理的サポート」の惨状については、広井良典『生命の政治学』（岩波書店、2003年）115-132頁参照。
- 27) 現在わが国においては、これまで問題にしてきた安楽死は、医師を「自殺関与罪」に追い込むものである。現状がそうである限り、医師の側から安楽死に積極的に関わろうとすることは考えにくい。安楽死法が成立した場合、慈悲に富む医師たちが「犯罪者」扱いされないだけでもメリットはあるように思えるのだが。しかしながら、本論が示したこうした主張に対して、なお次のような異論を提示する者もいる。「自殺関与型のもの（安楽死）は、やはり人の生命の処分に他人が手を貸すというのは、生命尊重の基本原則から見て許容されないと思われる。自殺を願望する者に対してはやはり生きることへの励ましこそが大切であろう」とし、せいぜい「医療の場で麻薬などによる鎮痛措置を施す治療型安楽死が限度ではないか」という。（石原明『法と生命倫理20講（第2版）』（日本評論社、2000年）200頁。）「生命尊重の基本原則」を盾に取るこの意見は、伝統的な「医の倫理」の立場からのものと理解できるが、末期患者の惨状を前にして「生きることへの励まし」を医師が発しなければならないか、個人的には疑問である。