

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い

品川哲彦¹

はじめに²

安楽死を望んでいた認知症の女性に、医師が致死薬の注入に先立って麻酔薬の注射を打とうとした。女性は手を引っ込めた。医師は女性の家族に女性の体を押さえさせて麻酔薬、続いて筋弛緩剤を注射した。2016年にオランダで起きたこの事件(2016-85 案件)で、2002年にオランダで安楽死法が制定されて以来、初めて、安楽死に協力した医師が起訴された(2018年)。しかるにハーグ地方裁判所は2019年に医師を無罪とし、最高裁判所も2020年にこれを支持した。この案件は、事前の意思表示による安楽死の問題点、とりわけ認知症患者のその問題点をあらわにしている。盛永審一郎富山大学名誉教授がオランダ在住のベイツ裕子氏の協力を得て著わした『認知症患者安楽死裁判』は、関連する専門用語やオランダの安楽死審査手続きについて行き届いた説明を付して、この案件を時系列にしたがって追ひ、オランダの法学者たちの見解も交えながら検討を加えている。事実を確かめるためにも、問題点を考えるためにも、不可欠の素材を提供する労作である。著者の着実な仕事に感謝する。

1. 2016-85 案件の概要

同書の簡にして要を得たまとめに屋上屋を重ねるようなものだが、論の運びの都合上、同案件の概要をまとめておく³。1941年生まれのその女性は親族に認知症が多くいたことから、自分が認知症になるのを恐れていた。2012年に患者は安楽死要請書に署名した。女性は夫と一緒に住むことが大好きで「それがもはやできないとき、私に自発的安楽死を適

¹ 品川哲彦(しながわ てつひこ)。関西大学文学部教授。

² 本稿は、2018-2020年度科学研究費補助金基盤研究(B)(一般)「先端医療分野における欧米の生命倫理政策に関する原理・法・文献の批判的研究」(課題番号18H00606 研究代表者:小出泰士芝浦工業大学教授)2020年度第2回研究会(2021年3月20日、zoomによって開催)での品川の報告に、若干の修正を加えたものである。当日の質疑応答については、同共同研究の報告集である『生命倫理・生命法研究資料集VI 先端医療分野における欧米の生命倫理政策に関する原理・法・文献の批判的研究』(2021年、芝浦工業大学)に掲載されている。

³ この段落は同書プロローグ(盛永:1-5)をもとにまとめた。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

用する法的権利を行使したい」と記し、代諾者に夫を指定した。ただし、「私は自発的に安楽死できると信じている」とも記している。この書類は2015年に改訂され、「認知症の高齢者のための施設に置かれたくない」という意思の表明は前と変わらぬものの、「私は自発的に……」の文言は「私は私の要求に応じて安楽死が叶えられると信じている」と変えられた。2015年から女性〔以下、患者〕はデイケアに通い、2016年3月3日に介護施設に入所。3月10日には安楽死という語を理解せず、混乱し、ヒステリックな様相。担当のマリヌ・アーレンス医師は同日に患者と数回面談し、22日には多職種によるコンサルテーション、25日には安楽死の専門家らと協議、29日にSCEN(オランダ王立医師会による安楽死を行なう医師のための相談窓口)の医師を含む専門家らと安楽死を実行するさいに満たすべき「注意深さの要件」⁴を検討、4月5日にチームディスカッションを開いて、患者に混乱、不安、悲しみ、怒り、攻撃があると結論。19日にSCENより報告書が届く。アーレンス医師は「注意深さの要件」を満たしたと判断。22日、患者の夫と娘に事前に議論のうえ安楽死を実行。患者の意思は確かめなかった。点滴のための静脈を確保しようとすると、一瞬、患者は手を引っ込める動作をした。医師が中枢神経抑制剤を注射しようとすると、患者は起きようとした。患者の家族が患者の体を固定する手助けをし、医師は中枢神経抑制剤を注入。患者が問いかけに反応せず、呼吸停止したので、医師は筋弛緩剤を注射した⁵。

遂行された安楽死は安楽死審査委員会によって検証される⁶。①安楽死実行前に医師が患者自身の今ここでの死を望むという意思を確認しておらず、患者はその意思を表明していなかった、②点滴のさいに患者が手を引っ込めた動きをした意味を医師が確認しておらず、安楽死の意思を表明する文書があれば口頭での意思確認を省いてよいと患者が考えているとは意思表示書に明確に記されていない。以上2点から、医師の行動は患者の自発性の確認を求める注意深さの要件(a)を満たしておらず、また③致死薬注入のまえの麻酔薬の用量が少ない点で、慎重な方法での安楽死実行を求める注意深さの要件(f)を満たしていな

⁴ 『要請に基づく生命終結及び自殺介助法』(安楽死法)第二章二条一項に記された、「(a)患者の要請が自発的かつ十分に考慮されたものであることを確信し、(b)患者の苦痛が耐えがたく解放される見込みのないものであることを確信し、(c)患者に対してその状態および見込みについて説明し、(d)患者の状態への合理的な代替案が他に存在しないという結論に患者と一緒に達しており、(e)別の独立した医師に相談を行い、当該独立した医師が患者を診察し上記の四点についての医師の評価に合意しており、(f)安楽死を慎重な方法で実行」(同上:8)の六項目の要件。

⁵ 中枢神経抑制剤はドルミカム(一般名ミダゾラム)で、筋弛緩剤はロクロニウム(150ミリグラム)である(同上:4-5)。

⁶ これ以後の三段落は同書I章「オランダ認知症患者安楽死裁判」に依拠する。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

いと判断された。2018年7月、次の手続きである医療懲戒委員会でも①②の指摘は支持され、アーネスト医師は譴責処分(のちに戒告処分に修正)を科せられた。同年11月、検察庁は医師を訴追した。

2019年9月11日、ハーグ地裁は無罪判決を下した⁷。意思表示書が用意されており、患者の認知症が深く進んでいたので患者の意思を安楽死実行のさいに確認する必要はなく、手を引っ込めたのは反射にすぎず、麻酔薬の投薬量も薬剤師と相談して決めたから注意深さの要件(a)(f)ともに満たしているというのがその論拠だった。

地裁のこの判決にたいして、検察庁は控訴した。被告の無罪判決についてではなく、認知症患者の意思能力、患者の意思表示書の意味、注意深さの要件についての最高裁の判断を求めての控訴だった。2020年、最高裁は意思表示できない患者を事前の意思表示書にもとづいて安楽死させることを認め、控訴を却下した。最高裁は「患者の実際の状態が要請に基づいて安楽死が行われる状況に対応していないことを推論させる患者の行動または言葉の表現がある場合」(同上:28)には安楽死を控えるべきで、「耐えがたい苦しみが必要であるという要件は、後期認知症の場合に特別な注意を必要とする」(同上)と指摘する。だが、この案件では患者の拒否も医師の不注意もなかったというのが最高裁の判断であった。

2. 盛永の問題提起

盛永は問題の核心を、尊重すべきは『認知症である人(a demented person)』の『いま』の意思か、それとも『認知症になつた人(a person who has become demented)』の先行する意思、意思表示書か(同上:41; iii)にみている。的確な定式化である。以下、盛永の行論を、法的次元、倫理的次元、背景にある思想的次元の三層にわたって整理してみよう。

2. 1. 法的次元

安楽死実行時に患者本人の意思を確認できていないにもかかわらず、地裁が医師を無罪とした背景には、盛永によれば、認知症が進んだ時点での安楽死の要望の増加に対応して

⁷ 安楽死では、殺人罪で有罪だが、安楽死法に定められた手続きが遵守されているので罪を追及しないという処置を基本とするのに、無罪とした点に判決としてのずれがある。この点は行政学者フリッセンによって指摘されている(同上:20-21)。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

2012年以降にオランダで進んできた変化がある。すなわち、事前に作られた意思表示書を現在の意思とみなす方針が担当大臣の複数回の発言をとおして強化され、2016年にはその方向でガイドラインが作られた。実際、地裁判決は2013-14年の担当大臣の発言を引用し(同上:121-122)、それを支えとして、患者に現時点での意向を「尋ねることによって、指示書は侵害されるともいえる」(同上:123)という結論を導いている。

盛永はこれを「適切でない」(同上:54)と批判する。その論拠は、オランダの安楽死法のベルギーやルクセンブルクのそれとの違いにある。オランダではベネルクスその他二国と違って、安楽死の実行に際しての本人のことばやジェスチャーによる意思表示が重視されてきた(同上:13)。この違いと関連するが、もう一点、違いがある。盛永は、安楽死はオランダでは「医療化」だがベルギーでは「自由化」だという医療倫理学者デルデンによる対比を援用する(同上:52ff)。安楽死は、後者では患者の自律権に支えられているが、前者では「医師の患者への『耐えがたい苦悩』への『思いやり』」(同上:55)にもとづいており、それゆえ、苦痛を回避するための緊急避難とみなされる。

法というものは従前の法文や判決との整合性が重んじられるものである。盛永の批判は法のこの整合性を足場としているとみてよい。だが、現時点での患者の意思や苦しみが顧みられなくなったわけではない。上述の最高裁の指摘にあるように、それらは依然として注意されている。ただし、地裁判決が上述の結論の直前に記しているように、「意思決定能力を欠いた患者の願いや苦しみについての口頭での検証は不可能である」(同上:123)という論拠から、意思表示書と医師による患者の現状にたいする判断が優先されるわけである。法の整合性は保たれているが、力点の比重によって実質的な変容がもたらされたといえる⁸。

したがって、争点は法の整合性から、意思表示書を書いた時点での患者と現在の患者についてどう考えるかという、人格概念をめぐる倫理的次元での検討にひきうつされる。

2. 2. 倫理的次元

認知症が進んだ場合に、事前に作成された意思表示書にしたがって安楽死を実行すべきか⁹。法哲学者ドゥオーキンによれば、現在の本人はその場その場の経験的利益は感じられ

⁸ フリッセンは、耐えがたい苦しみやその時点での患者の意思がはっきりしなくても、医師は「書面による意思表示書があれば安楽死要請を断るのは難しくなる」(同上:20)と危惧している。

⁹ この項は(同上:42-44)による。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

でも、そういう人生を自分が望むという批判的利益を考えることはもはやできない。それゆえ、ドゥオーキンはその人生全体を批判的にみることでできた時点での人格の自律とその自律のもとに思い描かれた本人の人生の統合性のほうを尊重して、安楽死を実行すべきだと考える。これにたいして盛永は医療倫理学者ドレッサーの見解を対抗させる。ドレッサーによれば、意思表示書を作成した時点と現在とでは本人は別の人格であり、現在の患者自身の利益と負担の衡量から安楽死の是非を考えねばならない¹⁰。しかしまた、哲学者クヴァンテは、現状が過去に作成された意思表示書が指定する状況であるかぎり、意思表示書を尊重すべきだと指摘する。

盛永はこの論争のなかにただちに立ち入りはしない。彼の批判はむしろ、人格概念や自律概念が位置づけられている思想的文脈にむけられる。

2. 3. その背後にある思想的次元

強固な信念も状況が変われば変化する——盛永はこの論拠から人格の統合性や同一性の重視を「人格願望」(同上: 45)と指弾する。統合的な私に比して、『認知症である私』は刹那的に直接的・前反省的・経験的利益に従って生きるだけで、過去・現在・未来の通時的・統合的な『私』という物語を継続して紡ぐことはできないかもしれない。しかしそうだとすると、『認知症である私』には生存権がないとはいえない。生存権がないとするのは、『認知症である私』を、非本来的(=私ではない)な『認知症になった私』と同値するからであろう。だから、ここには生存権を持つのは、通時的・統合的な『私』、理性、すなわち判断能力のある私、という論点先取の誤りをみることができただろう。なぜこのような論点先取がいつも簡単に行われたのかというと、それは近代市民社会、さらには価値多元社会における理想的人間像としての自律的人間像と深く関係するのだろう(同上: 46)。

本書のなかで最も力強く著者の見解が語られている部分だ。だが、この自律的人間像批判からすれば、将来の自分の生死をあらかじめ決める事前表示書そのものが否定されることになるのではないか。盛永の意図はそうではない。彼は価値多元社会を否定しているでもない。あとがきには、『死にたい』と言えない社会もおかしいと思う。多様な価値観を認める寛容な社会こそが理想ではないだろうか(同上: 97)とある。情報の氾濫する現代では自律的決定が難しく、「安楽死法として形をみるためには、市民が自律的判断主体と

¹⁰ 2016-85 案件については、フリッセンが認知症になってしまった患者は意思表示書を書いた時点の患者と別人ではないかという問いを提起している(同上: 23)。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

して成熟する必要がある」(同上: 61)。ただし、盛永が求めるのは、他人に依存しない強い自律主体ではない。逆に、彼は意思表示書作成にあたっては患者と医師の協働作業が必要だと提言する(同上: 62)。このとき医師は医学の知識をもつ者として患者の「自己決定を補完するパターンリズム」(同上: 64)によって患者を助ける。事前の意思表示書作成においても、「医療者もこれから進行するあらゆる場合を考えて作成する責任を負わねばならない」(同上)。そのような「協働・相互承認・信頼し合える環境が必要」(同上)である。

2. 4. オランダ、ドイツ、フランス、日本への言及

以上の三層にわたる行論のほか、盛永は各国の状況に言及している。2016-85 案件についての判決は、オランダの安楽死を「医療化」から「自由化」に転じる契機にみえる。だが、盛永は悲観していない。オランダでは、安楽死の根底に患者の苦悩への思いやりがあり、患者－医師間の信頼が家庭医という制度によって支えられているからだ(同上: 54-55)。これに比して、日本では福生病院事件(同上: 46-49)、ドクター・キリコ事件(同上: 95)のように個人の暴走がくい止められない。それをくい止める第一の橋頭堡は、盛永の指摘するように、患者の権利法だろう(同上)。他方で、盛永は楽観視できない動向にも言及している。ドイツでは、連邦憲法裁判所が、2020年2月、ドイツ基本法2条1項にいう人格権は「自律の表現としての、死ぬことを自己決定する権利が含まれる」という判決を下した(同上: 58)。フランスでは、2016年2月に成立したクレス・レオネッティ法が、緊急時を除いて医師は患者の指示書に従わなければならぬと定め、かつまた、終末期の患者への持続的な深い鎮静を許可した(同上: 75-76)。盛永は立ち入っていないが、これらの動向は彼のいう「人格願望」の表われとみることもできる。

3. 品川の問題提起

以下、2016-85 案件について人格を鍵概念として若干の私見を述べたい。人格概念を採用するのは、そこから解答を導くためではない。この概念にそれを期待できないのは、つとにヘアが指摘している。この概念は境界が曖昧で、しかも「その存在は人格だ」と断言したとたんに「その存在にその行為をするのは悪い」という結論が引き出され、なぜ悪いかを明らかにすることができないからだ(Hare:149ff)¹¹。私がこの概念に焦点をあてるの

¹¹ クヴァンテは「生命倫理学の『ギロチン』」(Quante: 94-96)という比喻で似た指摘をしている。顕在的ないし潜在的な人格のみが生存権をもち、かつすべての人間が生涯の全時点にわたって人格なら、

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

は、むしろ私たちが「人格」や「ひと」——英語では“person”という一語に重なり合う——概念をどのような意味でうけとっているのかをこの案件をとおして再考するためである。

3. 1. もし、患者が人格であるとしたら

盛永が定式化しているように、問題は『認知症である人 (a demented person)』の『いま』の意思か、それとも『認知症になつた人 (a person who has become demented)』の先行する意思、意思表示書か』にある。この“person”を「そのひとの意思を尊重せよ」という指令を含意する倫理的概念の人格ととるならば、ただちにドレッサーの主張が適用される。すなわち、認知症であるひとの意思を尊重すべきであって、2016-85 案件の医師はそれを確かめなかった点で注意深さの要件を満たしていないと結論される。前述のように、その存在者は人格だとすると、なぜその行為が悪いのかという問いは飛び越えられてしまう。

3. 2. もし、患者がもはや人格ではないとしたら

だが、地裁は医師にその点で過誤なしと判定した。録音されていた会話をもとに、患者は「もはや病気の自覚や洞察の感覚を持っていなかった。彼女は自分のことを反省しなかった。彼女は話すことはできたが、その時に感じたことをそのまま言っていただけだった」¹²(盛永：120)とみなしたからである。このとおりでとすれば、患者は本人が作成した意思表示書に記された「私」と現在の自分とを同一化することはできなかつたろう。人格とは「理性と反省をもち、自分自身を自分自身として考えることができる、思考する知的存在にして、異なる時と異なる場所で同一の思考する存在」(Locke：208)というロックの古典的な定義からしても、第二階の欲求(「私はこうしたい」という第一階の欲求にたいして「私は自分がこうしたいというふうでありたい」)を人格の特徴とみなすフランクファートの定義(Frankfurt: 12-16)からしても(この二種類の欲求はドゥオーキンの経験的利

すべての人間は生きる権利をもち、他方、顕在的人格のみが生存権をもち、かつすべての人間が人格であるとはかぎらないか、または生涯のある時期には顕在的人格でないとするれば、そうした人間ないしその時期の人間は生存権をもたないと一刀両断に断ずる行論を「ギロチン」とたとえたわけである。

¹² 注意深さの要件を医師が満たしていないと判定した安楽死審査委員会の裁定には、医師の同様の所見が記されている。「一方では意思能力がなく他方で意思能力があるというわけではなく、常に患者は医師能力を欠いていた。患者はもはや病気の自覚がほとんどなく、病気に対する洞察力は当然なかつた。彼女は『いま』を生きていた。それが意味するところは、彼女の発言とはその瞬間の彼女の感情表現にすぎなかつた。医師は、彼女の発言は、意思能力があつて意志を表現したものではないとみなした」(盛永：138)。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

益と批判的利益に対応するだろう)、患者はもはや人格ではない、少なくとも人格たることの要件(personhood)を厳密には満たしていない。だが、このことと、患者が日常的な意味でひと(person)とみなされていることは両立する。前述のとおり、この概念は境界が曖昧なのである¹³。

それでは、人格でなければ何なのか。カントの二分法からすると、人格でないなら物件である。この推論には盛永を含めて多くのひとが反発するだろうし、私自身も違和感を抱く。違和感の由来については最後に論じるとして、しかし、患者の意思をもはや確認しなくてよいという指示はこの説明に適合する。リビング・ウィルは生前に発効する遺書を意味するが、通常の遺書が故人の遺産という物件を遺書作成時に存在した人格の意向にしたがって処理するのと同様に、リビング・ウィルでは、もはや人格なき身体をもとの人格の指示どおりに処理することで、処置を委託された者はその責務を果たすこととなる。意思表示書を遂行する責務を重んじていけば、その処置の説明は(身体を物的遺産になぞらえる)この論理に収斂していくことになるのではないだろうか。

3. 3. 患者の苦痛への配慮

だが、患者はもはや人格でなくとも遺産のような物件ではない。「(b)患者の苦痛が耐えがたく解放される見込みのないものであることを確信し」、「(f)安楽死を慎重な方法で実行せよと、注意深さの要件が患者の苦痛への配慮を要請している点に、それは明らかだ。

地裁判決は、担当医師が患者の家族、治療チーム、安楽死クリニック¹⁴の診断と次の結論を共有したと記している。患者の苦痛は「希望のないかつ耐え難いものである(中略)。患者は1日のうち大半の時間、興奮、不安、ストレス、悲しみ、怒り、パニックなどの兆候を示していた。患者はしょっちゅう泣いており、このように自分が壊れていくのが耐えがたいと、毎日のように、1日20回程度死にたいと訴えた。彼女の昼夜のリズムは乱れ、彼女はほとんど毎日、夜でも廊下をさまよった。彼女は手が痛くなるまで窓やドアを手でたたいた。彼女はアトランダムに、周りにいる人があたかも知人であるかの如く話しかけた。それによって、介護施設の患者と暴力をともなう喧嘩を引き起こした。彼女の生活は

¹³ とはいえ、日常的な意味で「ひと」である存在が、法的な意味での(自然的)人格であることは自明であろう。したがって、法的な意味での生存権は当然帰せられる。

¹⁴ オランダ安楽死協会の支援により設立され、医師・看護師各70名が所属し、医師と看護師各1名でオランダ全土の安楽死要請に対応。2019年より安楽死専門センターに名称変更(盛永:xi)。アーレンス医師は、前述のように、3月25日に専門家と相談したと記したが、その専門家のなかに安楽死クリニックの相談医と看護師は含まれている。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

他者に依存しており、また失禁等にみられるように身体的機能は衰えていた」(盛永:119)。

他方、安楽死審査委員会の裁定には「患者は定期的に、良い時間帯を過ごしたこともなかった。介護施設滞在中の介護記録によれば、医師が死にたいか否か尋ねたとき、何度も患者は、『今はまだです、そんなに悪くはないから』、と言った」(同上:128)とある。夫がいると、患者はそれほど苦しめない。だが、夫がつねにつきそうことはできない。それゆえ、同委員会は、「医師が患者の苦しみが耐えがたいものであると確信するにあたって、患者が一日中継続的に耐えがたい苦しみに苦しんでいる必要はないと考える」(同上)と結論する。

3. 4. 現時点での患者の苦しみ

「1日のうち大半の時間」の苦しみや、安楽死を実行するのに「患者が一日中継続的に耐えがたい苦しみに苦しんでいる必要はない」という指摘では、一見、さほど苦しみのない時間帯の苦痛の重さと時間の長さを積分して算出される苦しみの量と苦しむ時間帯の苦痛の重さと時間の長さを積分して算出される苦しみの量とが比較衡量されているようにみえる。だが、いかに苛烈な苦痛が長時間続くとしても、それが治療の途中に起きる一過的なものであれば、安楽死が採択されることはない。「希望のないかつ耐え難い」という形容に注視しよう。この表現は苦しみの程度を表わすと同時に、医療措置によってその苦痛をコントロールできない事態を示唆していると解すべきである。なぜなら、安楽死が許容されるのは苦痛を緩和する代替手段がないときにかぎられるからだ。

苦しんでいるのは、当然、現時点での認知症である患者である。だが、前述のとおり、患者の意思の自発性は疑われている。そう判断するならば、日に20回の「死にたい」という訴えも「今はまだです、そんなに悪くはないから」も、いずれも等しくそのつど「その時に感じたこと」とうけとることになるだろう。患者の言動がすべて「その時に感じたこと」なら、安楽死を実行すべきだとも安楽死をしてはならないとも判断しがたい。このような状況で、患者の苦しみを理由に安楽死を実行するなら、その処置は慈悲にもとづく殺人(mercy killing)に近づくだらう。慈悲殺は本人の自発的意思にもとづく安楽死とは異なる。オランダの安楽死法が思いやりにもとづいているとしても、その思いやりは安楽死を自発的に選んだ人格への思いやりであるべきで、激痛に襲われて間近に死を迎える人間以外の動物(カントの二分法では物件のなかに入る)を苦しみから解放する思いやりではないはずだ。実行された安楽死が慈悲殺と解されうるなら、その行為は倫理的な疑義を呼

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

ぶ。

3. 5. 意思表示書を作成したときの患者が現状を経験すれば感じるだろう苦しみ

患者は介護施設に入院してから 51 日目に亡くなった。安楽死が行なわれずに入院が続いていたら、さらに認知状態が悪化し、その結果、不安と怒りと悲しみの時期が過ぎて、反応のない、外見からは患者の苦痛が感じられない状態が訪れていたかもしれない。認知症である患者の現時点での苦しみという観点からすれば、この状態は地裁判決等に報告された状態より望ましいようにみえる。

しかし、安楽死を選ぶ制度を承認するかぎり、こうした解決は望ましいものとは思われないだろう。なぜか。それは患者がそのような状態になるのを望んでいなかったという推測が働くからだ。安楽死審査委員会の裁定は、前述のように、夫がいるあいだつかの間の安定があっても夫がつねにつきそうわけにいかないと指摘し、その直後に、「過去に、患者はまた、介護施設に入院することを望んでいないと家庭医に繰り返し言っていた」(同上)と記している。事前表示書を書いた時点での患者からすれば、そのつど「その時に感じたこと」が苦痛であれそうでないのであれ、認知症が進んで介護施設に入院した状態で何かを経験することそれ自体を望んでいなかった。それではこの論拠から、患者の自発的意思が確認できないために安楽死を実行しないという選択を採らずに安楽死を実行すべきなのだろうか。しかし、そうすれば、その行為者は、その患者が認知症でなければそれを選んだだろうという想定のもとに、患者になりかわって批判的利益ないしは第二階の欲求を代行していることになろう。

こうした代行は倫理的に問題なしとはいえない。それぞれが批判的利益、第二階の欲求をもつ主体である点で、私たちは人格として平等である。したがって、それがもはや人格でないとなされるひとの人生についてであれ、そのひとになりかわってその人生を決するような判断を下す権限をもたないはずだからである。

3. 6. 認知症が進んだ時点での安楽死のトリレンマ

私は拙著のなかで次のように記している。「かりに、事前指示をあくまで合理的に遂行しようとするなら、『認知症が進んだ場合には積極的安楽死をせよ』という指示は、自分が以前に下したその指示をその本人が追認できる時点で——つまり、認知症が進んでいない時点で——遂行されるべきこととなる。これもまた矛盾であろう」(品川：188)。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

患者はもともと介護施設への入院を忌避して意思表示書を作成していた。介護施設に入所後に認知症が進んで安楽死の意味がわからなくなっていると医師に判断されるまえに安楽死を実行したなら私が記した事態のようになったはずである。だから、2016-85 案件は時機を逸したともいえる。しかし、誰がそれを過誤といえよう。同様の症状の患者が介護施設を退院する可能性は少ないと見込まれても、患者本人は入院時点では帰宅する可能性を考えていたのかもしれない。その時点ではまだ希望があったのかもしれない。介護施設滞在中にも安楽死を問われると「今はまだです、そんなに悪くはないから」と答えていたのだ。

意思表示書にもとづいた認知症が進んだ時点での安楽死は、以上述べてきたように、現時点での患者の経験的(不)利益にもとづいて死なしめる慈悲殺に近づくか、患者の第二階の欲求を患者ではない人格が代行するか、認知症が進んでからの処置を望んでいるにもかかわらず認知症が進まぬうちに遂行するか、というトリレンマに陥るように思われる。

3. 7. 手続き上の解決

もし、患者が意思表示書に、たとえば、「自分が安楽死の実行の可否について判断できなくなった場合には、安楽死法やガイドラインその他の文書にしたがって医師が注意深さの要件を満たしたうえで安楽死の実行を適切と判断し、私の家族もそれに反対しないときには安楽死を実行してください」というふうに明記していたなら、この案件は問題なく処理されたかもしれない。安楽死審査委員会委員の法学者マッコアはその点を指摘している¹⁵。

意思表示書による安楽死を認め、さらに認知症を理由とする安楽死をそこに含め、かつまた法や医療上のガイドラインを整えたうえで、上の解決は上述のトリレンマをすりぬけて手続きの適格性、正統性(legitimacy)を獲得するだろう。既存の法や判決との整合性を問う法的次元では、この判断は正しいように思われる。しかし、倫理的には、安楽死を許容する判断を他の人格に委託できるのかという問いはなお残る。

最後に、人格かどうか疑われるとしても、私たちがそのひとを依然として「ひと(person)」として認めるという点について若干の考察を述べておきたい。

¹⁵ マッコアは2016-85 案件では意思表示書の記載が十全ではなかった理由として、「こういった場合に安楽死を希望するといった風に、例を挙げて示されていなかった」「起こりうるそれぞれの場合を想定して記載されてはいなかった」点を指摘している(同上: 34)。つまりは、「私は自発的に安楽死ができると信じている」という2012年の意思表示書の表現を、2015年のそれでは「私は私の要求に応じて安楽死が叶えられると信じている」と変えたということで、2015年に改訂された意思表示書が上に記したような意向を明確に表明しているとは確証できないわけである。

3. 8. 人格たる要件が満たせなくなったとしてもなお残るパーソナリティの連続性

安楽死審査委員会裁定によれば、「患者は、以前子どもと関わる仕事をしていた。小柄でしっかりとした女性だった。病棟では、他の居住者があたかも子どもであるかのように、絶え間無く指導していた。『これをやってみましょう』、『あちらにちょっと行ってみましょう』。それを医師に対しても行なった。午前中は、一般的に病棟では患者は静かにしており、問題をあまり起こさなかった。午後、患者の指導的行動が他の入居者を苛立たせ、患者は他の入居者から時折平手打ちされたり、激しく押されたりした。患者はしばしばこういった事件(他の患者との衝突)に激しく反応した。介護者が彼女の気をそらそうとした場合、患者の怒りは介護者に向かい、介護者を、殴打し、蹴り、引っ掻き、噛みついた。患者はまた、『私はこれはひどい状況だと思う』、または『こんな状況はもう嫌だ』、または『私は死にたいと思う』、と介護者によく言った」(同上：139)。

認知症になるまえの本人はこうしたふるまいをしなかったにちがいない。と同時に、このふるまいのなかには、認知症になるまえの「以前子どもと関わる仕事をしていた」本人が他人を「指導」するというかたちでなお残っている。その行動は子どもならざる他の居住者の反発を呼ぶが、患者はその反発を自己が否定されたとうけとっただろう。「嫌な」「ひどい状況」という患者の把握は、指導すべき者でない者を指導した自分の過ちに気づいた証拠とは解しにくい。患者のことが「その時に感じたこと」しか表わしていないとすれば、患者にそのような反省が生じているとは思われないからだ。いずれにしても、患者が認知症になるまえに築いてきたパーソナリティ (Persönlichkeit) が今の患者の苦しみを助長している。

だからといって、その性格でなければ苦しむことはなかったとはいえない。認知症が進んだとき、別の性格ならその性格に対応する別のかたちのせん妄が生じたかもしれない。私が指摘したいのは、批判的利益や第二階の欲求の主体としての人格たる要件を厳密には満たせなくなった時点でも、その人格が一生のあいだ作り出してきたパーソナリティは続くという点である。それはドゥオーキンのいう統合性とは違う。本人が望む人生の送り方に統合性の語が冠せられるのにたいして、パーソナリティは本人が意図して形成した部分もあれば、意図を超えた、場合によっては本人が克服して修正したい部分も含むからだ。だが、それは他人からみれば、まさにそのひとをそのひと (person) として同定する特徴である。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

3. 9. 人格を尊重すること

奇異に聞こえようが、私たちは他人が人格たる要件を満たしているかどうかを厳密には知りえない。なぜなら、要件の中核にある(その人格の)自己意識を(その人格ではない)他の人格はもてないからだ。私たちは本人にしか自覚できない通時的に連続する自己意識にかわって容姿の通時的な類似性を頼りにその人格の通時的同一性を認識する。その言動のなかに特定のパーソナリティを探知すれば、そのパーソナリティを築いて生きてきた人格をその背後に把握する。そのひとが人格たる要件を厳密には満たさなくなってしまうと疑うとしても、私たちがそのひとを人格ならざる物件とみなすのに躊躇するのは、たんに思考の惰性からではなく、私たちがいつもそのようなしかたで人格を大切にしてきたからではないか。まだ話のできぬ乳児には将来に明示される人格が潜在していると思ひ、もはや自己同一性の自覚を失っているかもしれぬ老病人にはそれでも人格が残存しているかもしれぬと思う。そう思うのは、他人の自己意識という接近不可能なものを中核とする人格を尊重するには、その外側に表われているものを大切にすほかないからである¹⁶。逆にまた、私たちが他人から尊重されるとすれば、そのようなしかたによってである。それゆえ、意思表示書にもとづいて本人に代行して安楽死を執行する権限が他の人格にあるのかという問いは、生命の価値づけとは独立に、人格間の平等に関わる問題である。

3. 10. せん妄に関する岸本寛史の指摘

がん患者の診療経験に富む臨床医岸本寛史は、身体的要因によって生じる注意力の低下を主とする意識障害とみなされているせん妄について心理的要因を想定し、脳神経科学的な説明を構想している¹⁷。不安や恐怖が注意力の低下を惹き起こし、他人からは辻褃の合

¹⁶ 私は他の箇所でも同様の指摘をしている。「自己決定能力と自己意識の現時点での保有が人格たる用要件の核にあるとしても、それを大事に思う気持ちはそのような抽象的なものによってただちに喚起されることはむずかしい。その核をくるんでいる具体的なものをとおして賦活されるものだろう」(品川 2011 : 217)。「人格たる性質や人間の尊厳概念はあまりに抽象的なので、特定のそのひとの体やそのひとの固有な考え方や自己像といったそれ自体は人格たる性質や人間の尊厳の内実ではないものを介して、あたかも、くるむようにして尊重するほかないものなのかもしれない」(品川 2014 : 121)。

¹⁷ フロイトは欲動によって動かされる一次過程と心的エネルギーを捕捉し、現実原則に照らして制御と調整をする二次過程とを区別したが、岸本によれば、せん妄とは高次皮質による注意機能が低下したために一次過程に支配されている状態である(岸本 : 84-85)。岸本はまた脳神経科学の知見にもとづいて、脳ネットワークのなかの、特定の課題をしていない状態に働くデフォルト・モード・ネットワークと特定の外部の課題に注意を向けたときに働く背側注意ネットワークとのあいだの切り替えを行なう二つのネットワーク、サリエンス・ネットワークおよび前頭頭頂制御ネットワークの接続に障害が起こり、その結果、背側注意ネットワークが機能せず外部への注意ができなくなり、思い込みや他人から

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い(品川哲彦、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

わない言動となって表われる。岸本はその辻褃の合わないとみえる言動のなかに、患者がせん妄という形式で体験し、表現しようとしているものを取りだそうと努めている。「辻褃が合わなくても、こちらが理解できないだけだと思って患者の言葉を尊重する。それが患者自身を尊重することにつながると思います」(岸本：133)。

患者の認知症の程度を測るための質問も患者の認識(していると思っていること)と他人が示す現実の対応とのずれを患者に意識させ、患者の不安を高めるかもしれない。岸本はこう指摘している。「最近はせん妄の予防プログラムに関する研究も始まっていて、そこでは見当識を確認したり、辻褃の合わないことを言っていないかなどを確認して、日々せん妄状態をチェックすることが求められています。私はもっと慎重にしたほうがいいと思っています。『今日は何日ですか』の一言でさえ、患者を不安の底に追い込むことがあり得るということを十分認識したうえで、どのような問いかけをするかということを考えるセンスを磨いていくことのほうが、大切ではないかと思うからです」(岸本：53-54)。

このような指摘を参照すると、認知症が進んだ時点で本人に安楽死の意思を確認する作業、あるいはその作業をするための準備としての認知症の進捗を測る作業は、患者にたいしていわば侵襲的なものなのかもしれないという疑念が生じてくる。ひょっとすると、その時点の患者にとっては、安楽死の決定、死ぬこと以上に、不安や恐怖の緩和のほうがよりいっそう重要なかもしれない。ただし、2016-85 案件においてそのような配慮が不足していたと指摘するつもりはない。それを判断する証拠はない。むしろ、オランダの整備されたシステムでは、相応の配慮がなされていると信じるべきだろう¹⁸。

3. 11. 倫理学の課題——人格概念の再検討

とはいえ、認知症が進んだ時点での安楽死を事前に意思表示している患者が自分の意思を表明できない段階に至ったなら安楽死を実行してよいという最高裁が示した指針が普及すれば、苦痛の緩和よりも患者の認知症の進捗の確認のほうが重視されるだろう。倫理学の研究者は、個別の患者への医療措置の適否の問題ではなく制度の問題として、そこに用いられている人格という概念が適切かという視点から疑義を出すことが許されていよう。

本論が示唆しようとした点を、今一度、並べれば次のとおりである。

みれば辻褃の合わない言動が生じてくると想定している(同上：137-148)。

¹⁸ 国民はそれぞれ特定の家庭医をもち、家庭医と患者とのあいだには長いつきあいが築かれうる。担当医は、注意深さの要件を確かめるために、精神科医師、老人科医師、その他の専門医と相談する態勢が整っている。

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い (品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

第一に、人格間の平等は、他の人格について批判的利益や第二階の欲求に対応する選択を代行することはできないと示唆している。

第二に、その人格がもはや批判的利益や第二階の欲求の主体でなくなっているとしても、つまり端的にいえば、人格ではなくなっているとしても、私たちはその存在者をもともと人格でなかったもの、物件として扱うことはできない。そこには、哲学の古いテーマである全体と部分の関係が働いている。ある部分を欠いた全体はその部分を欠いた全体であって、もともとその部分を欠いていたものが全体であるような全体とはならないのである。それゆえ、批判的利益や第二階の欲求やしっかりした通時的な自己意識の主体であることが疑われる存在者は、もともとそのような層を欠いている存在者として把握できず、依然として人格であるかもしれないけれどもそのことが疑われる存在者として把握される。

第三に、その把握がたんなる思考の惰性でないのは、人格たる要件の自己意識はもともと直接には把握できないものだからである。すなわち、私たちが人格を尊重しようとするれば、人格であることを示唆しているがそれ自体は人格そのものではないもの（身体、パーソナリティなど）を大切にすることをとおしてしかなしえない。

以上のことは、私たちが人格 (person) ではもはやないかもしれない存在を依然として「ひと (person)」として把握している点に表われている。この場合、「ひと」が生活世界的な曖昧な概念で「人格」がそこから抽出された堅固な学問的概念であるということとはできない。むしろ、後者は一種の抽象であって、前者の生活世界的概念こそが後者の意味を支えているのである。しかし、それについては後の論考に譲らなくてはならない。

参考文献

引用は文中に著者の姓と出典箇所を記して示す。同一著者の複数の文献から引用する場合には、著者の姓のあとに発行年を記して区別する。

Frankfurt, Harry G., *The Importance of What We Care About: Philosophical Essays*, Cambridge University Press, 1988.

Hare, Richard Mervyn, 'Abortion and Golden Rule', in *Essays on Bioethics*, Clarendon, 1993.

岸本寛史、『せん妄の緩和ケア——心理面への配慮』、誠信書房、2021年。

Locke, John, *An Essay Concerning Human Understanding*, Oxford University Press,

『認知症患者安楽死裁判』の投げかける問い (品川哲彦)、『倫理学論究』、vol. 7, no. 1(2021), pp. 74-89.

2008.

盛永審一郎、『認知症患者安楽死裁判——事前意思表示書か「いま」の意思か』、ベイツ裕子編集協力、丸善出版、2020年。

Quante, Michael, *Personales Leben und menschlicher Tod: Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Suhrkamp, 2002.

品川哲彦、「ケアと介護の哲学」、『応用哲学を学ぶ人のために』、戸田山和久・出口康夫編、世界思想社、2011年。

——、「尊厳死という概念のあいまいさ」、『理想』692号、理想社、2014年。

——、『倫理学入門——アリストテレスから生殖技術、AIまで』、中央公論新社、2020年。