

品川哲彦先生の書評への応答 Part II

有馬 斉¹

品川先生の最初の書評（「書評 有馬斉『死ぬ権利はあるか——安楽死、尊厳死、自殺幇助の是非と命の価値』に寄せて」、以下「最初の書評」）にたいする私の応答（「品川哲彦先生の書評への応答 Part I」、以下「Part I」）について、品川先生からさらに3点のコメントをいただいた（「有馬斉氏の当日のリプライにたいするコメント」、以下「リプライにたいするコメント」）。以下でこれらの3点にさらに応答する²。

e. 道徳的直観は道徳理論間の対立の調停に役立たないか——再考

「Part I」の a 節では、筆者は「たんなる直観は倫理理論間の対立を調停する役割を果たせない」とする評者の見解を検討した。評者によれば、これは「道徳的直観もその背景にある倫理理論の負荷を負っている」からであるという（「最初の書評」、本号 11 頁）。筆者は、これが、個人には自分の信じている倫理理論と矛盾する内容の直観を持つことができないという主張だとすると、正しいとは思われないと指摘した。何らかの倫理理論を受け入れている個人にとっても、その理論とあきらかに矛盾する個別の道徳判断(直観)に同意してしまうことはいかにも起こりうることと思われる。このことを、事例を挙げて指摘した。ひとつは、自己決定至上主義者が、子どもの治療拒否権の有るなしは治療拒否に伴うリスクの大きさに応じて判断されなくてはならないとする直観を受け入れるケースである。もうひとつは、功利主義者が、強制的な安楽死の不正さはあくまでも死ぬことを強制される個人の上に生じている不正さとして説明されなくてはならないとする直観を受け入

¹ 有馬斉（ありま ひとし）。横浜市立大学准教授。

² 本稿は、『生命倫理・生命法研究資料集 V：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』（2018-2020 年度科学研究費補助金基盤研究(B)（一般）No.18H00606 研究グループ編、2020 年、320 - 333 頁に収録された「品川哲彦先生による拙著（『死ぬ権利はあるか』）についての書評への応答」の後半(e-1～e-3 節)と概ね同じ内容である。ただし、今回『倫理学論究』に再録していただくに当たって、ほとんどすべての文章について表現を改めるとともに、具体例に即した議論の一部について記述を詳しくした。また、『資料集 V』の文章では e-2 節としてあった箇所（本稿では f 節）の議論は、内容も新しくした。

以下、「Part I」と同様、評者の書評を参照、引用するときは、参照、引用した箇所の頁番号を本文中に直接カッコで括って示す。

れるケースである。

以上の指摘について、評者からは「リプライにたいするコメント」の1節で、さらにコメントをいただいた。評者によれば、何らかの倫理理論を受け入れている人が、もしも「それまでもっていなかった直観を得ることによって考えを変えたとすれば、それは、(中略)その人が以前もっていた理論にもとづいて観る見方ではない、新たな理論にもとづいて観る見方を修得したこと、したがって、前者の理論的立場から後者の理論的立場に移ったことを意味している」(本号 28 頁) という。

評者からいただいた新しいコメントについても、さらに応答しておきたい。(尚、評者は、「リプライにたいするコメント」の2節で、患者の治療拒否権の有るなしが治療拒否に伴うリスクの大きさに応じて判断されなくてはならないという考え方の妥当性についても、さらにコメントを加えてくださった。この点については、本稿の次のf節で後述したい。) 応答のポイントは二つある。まず、一点目から。「Part I」における私の論述の目的のひとつは、「たんなる直観は倫理理論間の対立を調停する役割を果たせない」という評者の見解が誤っている可能性を指摘することにあった。さて、たとえ評者の新しいコメントが正しくても、私のこの目的にとっては差し支えないように思われる。

私の本来の目的にとって重要なことは、たとえば自己決定至上主義のような理論を信じている相手にたいして、何らかの具体的な道德問題に関するあきらかに正しい判断(評者の表現によれば、「どうしてもそうとしか思われぬ」という意味での直観的な判断(本号 28 頁)とその理論が矛盾することを納得してもらい、ということが可能かどうかである。もしこれが可能なら、私の今の目的はすでに果たされているとあってよいのではないだろうか。実際、評者は、「リプライにたいするコメント」の中では、これが可能であることを認めているように見える。私が評者の見解を正しく理解しているとすれば、評者は、自分が信じている道德理論と矛盾する具体的な判断を人が受け入れることはありえない、と主張していたが、今回のコメントの中でこの主張は否定されている。

すなわち、新しいコメントの中では、評者は、理論と矛盾する具体的な判断が正しいことに相手が納得できるためには、それより少しでも前の時点ですでに相手がその理論を信じなくなっているといえなくてはならない、と述べているにすぎない。私としては、具体的な判断の正しさを認めざるを得ないように考えている瞬間の相手が、その時点ではまだ、判断の正しさと理論との矛盾には思い至らず、依然として理論を信じたままにいるということも可能ではないかと想像する。評者はそんなことはありえないというかもしれない。

しかし、この点で評者と私の理解のどちらが正しいかは、上述の私の目的に鑑みるなら、必ず解決しなければならない問題ではないように思われる。

評者からいただいたコメントについてはもうひとつ応答しておきたい。「最初の書評」の中で、評者は、評者自身の往年の関心事として、三つの問い(1.1、1.2、1.3)を示しておられた(本号 11-12 頁)。以下の論述は、ごく部分的でしかないとしても、これらの問いに関連して私なりの考えを述べたものである。

評者の論述を読むと、たとえばリベラリズムを信じている人や、功利主義を信じる人など、それぞれ特定の道徳理論をひとつだけ信じている人々が集まって議論する様子が想定されているように見える。終末期医療の倫理のような道徳問題に関する正しい答えは、そのような議論を通じて明らかになってくる(もちろん倫理学だけでなく、医学や法学など他の分野でも正しい答えにつながる同様の議論がなされることはあるとしても)と考えられているようだ。確かに、具体的な問題の解決に道徳理論がこのような仕方です役立つことはあるかもしれない。しかし、私には、道徳理論がいつもこのような仕方ですだけ具体的な問題の検討のプロセスに現れるということではないように思われた。

私には、具体的な道徳問題を検討しているときの人が、特定の道徳理論をひとつだけ強く信じているということはむしろ稀ではないかと思われる。倫理学が専門の研究者でも、応用問題を検討するときは、複数の道徳理論を同時に参照することが少なくない。同じ研究者が、たとえば功利主義が正しいと前提すれば問題にこう解答できるが、カント倫理学に則って考えれば別の答えが出てくる、というように、同じ問題について複数の理論から出てくる答えを同時に把握して、比較しながら検討することはよくある³。実際、理論を踏まえた主張の多くは論拠が明確で強力である。そうした主張を複数案出したり、あるいは先行研究の中から集めてきたりして、比較することは明らかに有意義である。ところで、比較検討する人にとっては、複数の理論がどれもある程度の妥当性を持つものとして同時

³ たとえば、J・レイチェルズ(『生命の終わり—安楽死と道徳』(加茂直樹訳)、晃洋書房、1991年: 第9章「安楽死の道徳性」[J. Rachels, *The End of Life*, Oxford University Press, 1986: Ch.9 “The Morality of Euthanasia”])は、安楽死の是非について、古典功利主義、選好功利主義、聖書の黄金律、カントの定言命法の基本方式のそれぞれから導かれる答えを比較している。また Don Marquis (“The Weakness of the Case for Legalizing Physician-Assisted Suicide,” in *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*, Routledge, 1998: pp.267-278)は、医師による自殺幫助の合法化の是非について、終末期の患者の苦痛を除去することの良さに訴えるタイプの議論と、患者の自己決定を重視するタイプの議論を参照しているが、前者が展開された例としてレイチェルズの『生命の終わり』を、後者の例として R. Dworkin, *Life’s Dominion*, Knopf, 1993 を挙げており、これらの文献を遡るとそれぞれの議論の背景には功利主義とリベラリズムという理論があることが分かる。筆者も拙著で同様の比較検討を試みた。

に現れるし、またひとつひとつの理論の妥当性は同時に検討される。この場合、どれかひとつの道徳理論が、それと矛盾する個別の道徳判断を受け入れられないほど強く信じられているということはないはずではないだろうか。

f. 治療拒否権とリスク

私は、「Part I」では、治療拒否権の有るなしが、治療拒否に伴うリスクの大きさによる考えざるを得ないように思われることを具体的な例に即して述べた。評者からは、「リプライにたいするコメント」の2節で、この点についてもさらにコメントをいただいた。患者に治療拒否権を認めるかどうかを医療者が判断する際の根拠について、評者は次のように説明している。

まずは患者の選択がもたらすリスクの大きさを説明する。それによって患者が考え直して、抗がん剤の使用を選ぶなら、それは依然として患者の自己決定を尊重していることに変わりない。それゆえ、自己決定とリスクとが比較衡量されているわけではない。これにたいして、抗がん剤を使用すべき理由を患者にも理解可能なことばで説明したにもかかわらず、患者が依然としてそれを拒絶するなら、自己決定を尊重する医療関係者は、その患者は少なくとも現時点では合理的な判断を下す能力が何らかの理由で欠けており、それゆえ、患者の目下の選好を尊重する理由はなく、患者に緊急措置として延命措置を施すかもしれない。この場合、自己決定能力が欠けているのだから、自己決定とリスクが比較衡量されているわけではない。ただリスクだけが考慮すべき事項になっている (本号 29 頁)。

つまり、評者の理解に従えば、最終的に患者の選択を尊重する場合は自己決定の価値だけが考慮されており、また、選択を尊重しない場合に考慮しているのはリスクだけなので、どちらにしても自己決定とリスクが比較されることはない、というのである。

この点についても再度、応答しておきたい。評者の理解にはやはり難点があると私には思われた。評者の想像する医療者は、治療が必要な理由を「患者にも理解可能なことばで説明したにもかかわらず、患者が依然としてそれを拒絶する」場面で、患者には合理的な判断を下す能力がなく、その選択を尊重しなくてよいと結論している。さて、仮にこの医療者が、「患者にも理解可能なことばで説明したにもかかわらず、患者が依然としてそれ

を拒絶」しているというだけの理由で、患者には合理的な判断を下す能力がないと結論しているのだとすれば、確かに、自己決定とリスクの比較衡量はその医療者の思考のプロセスのどこにも出てこない。(したがって、自己決定と福利のバランスを否定する自己決定至上主義者であれば、医療者の思考のプロセスをそのようなものとして理解しようとするかもしれない)。しかし、第一に、これは患者の判断力を評価する基準としては粗雑であり、適切とは思われないということがある。すぐ下の段落で述べる通り、患者に判断力があるかどうかを評価するときには、もっと他の事情を同時に考慮する必要があるというべきだろう。他方で (これが今重要な点なのだが)、第二に、他の事情も考慮しながら患者の能力を適切な仕方で評価しようとするならば、その場合、自己決定とリスクの比較衡量はやはり避けられないものと思われる。

たとえば、(ア)患者に理解可能なことばで説明したところ、患者の方も医療者が納得できることばで治療を拒否する理由を説明してきたらどうだろうか。患者は、たとえば、抗がん剤を延期することのリスクを承知の上で、今しかできない仕事を優先したいというかもしれない。あるいは、(イ)治療を拒否する理由について患者は説明ができなくても、治療拒否に伴うリスクが非常に低かったらどうだろうか。このような場合、それを考慮せずに、ただこちらはしっかり説明したのに患者があくまで治療を拒否しているという事実だけを見て患者のことを判断力不足と見なすとすれば、それは適切なこととは思われないだろう。

他方、(ア)や(イ)のようなケースで、患者の説明の仕方や治療拒否に伴うリスクの小ささを考慮して、患者に治療を拒否する権利を認めることもあるとすれば、それはつまり、治療拒否権の有無は患者の理解力や思考力の高さやリスクの大きさとのバランスの上で決まるということの意味する (ここでの前提は、理解力や思考力が高いほど、その患者の自己決定を尊重することにはより大きい意義があるという考え方である)。もちろん、たとえば、治療拒否の理由を患者がまったく説明できず、治療拒否に伴うリスクも大きいといったような場合、現実の医療者は即座にその患者を判断力なしと見なすかもしれない。しかし、たとえそのような場合があるとしても、そのことは、判断力評価のプロセスにおいて、患者の理解力の高さやリスクの大きさが考慮されていないということの意味するものでは必ずしもないし、自己決定とリスクとの比較衡量が不要であることを意味するもので

もないと思われる⁴。

g. 手続きと内容の区別について

以上で述べてきた通り、筆者は、治療拒否権の有るなしが治療拒否に伴うリスクの大きさに左右されると考えている。また、そのことのために、自己決定至上主義という理論的な立場は形骸化すると論じてきた。評者からは、筆者のこの見解についてもコメントをいただいた。最後にこの点についても応答したい。

拙著では、終末期医療の治療方針に関して、患者の福利や尊厳といった他の価値よりも患者の選択に従うことを常に優先する立場を自己決定至上主義と呼んだ。これは、患者の選択を患者の福利等と状況によって比較衡量する立場（こちらをバランス型と呼んだ）から区別される。しかし、治療拒否権の有るなしが、治療拒否に伴うリスクの大きさによって決まるとすると、自己決定至上主義はバランス型と区別がつかなくなる。この意味で、実質を失い、形骸化するように思われる。

バランス型と区別がつかなくなるのは、次の(甲)と(乙)のふたつが実質的に区別できないからである。すなわち、(甲)患者の選択を、当の選択に伴うリスクの大きさに見合うだけの高い理解力や思考力(合理性)を患者が有しているとみなせず、したがって患者を自己決定能力ありとはみなせないから、という理由で尊重しないことと、(乙)患者の選択を、本人の利益を大きく損なうリスクがあるから、という理由で尊重しないこと、のふたつである。自己決定至上主義者は、治療拒否権の有るなしがリスクの大きさに依存すると認めると、その時点で(甲)のような実践を容認することになる。しかし、(甲)は(乙)と実質的に区別できない。また、(乙)はパターンリズムの実践そのものであり、これを場合によって容認するということは、自己決定と利益とをバランスする立場をとるということに他ならな

⁴ 以上のことは、拙著(有馬齊、『死ぬ権利はあるか』、春風社、2019年)の3章(とくに[3-2]節、95-100頁)で比較的長く論じた。いくつか補足しておきたい。

評者は本文に引用した箇所の終わりで「自己決定能力が欠けているのだから、自己決定とリスクとが比較衡量されているわけではない」と述べている。しかし、拙著で私が主張したのは、患者に自己決定能力(拙著では「判断力」と呼んだ)があるかないかを評価するプロセスそれ自体の中で、患者の自己決定を尊重することの良さとリスクを避けることの良さとが比較衡量されなくてはならない、ということだった。私のこの主張が正しいとすると、患者に自己決定能力が欠けているとみなされている時点で、すでに自己決定とリスクは比較衡量されたあとだと考えなくてはならない、ということになるはずである。

尚、患者の判断力を評価するためには、どんな場合でも必ず自己決定とリスクが比較衡量されるということではない。拙著では、比較衡量が不要な場合として、患者が昏睡状態である場合と新生児である場合を挙げた(98頁)。これらつまり、自己決定がそもそもできない(本人に意向がない)場合であり、リスクの有無にかかわらず、最初から判断力はなしと見なすことができる。

い⁵。

以上の筆者の結論についても、評者から丁寧な吟味をいただいた。評者によれば、(甲)と(乙)の二つの立場は実質的に区別できる可能性がある。

評者は、「最初の書評」の2節で、「患者に判断力なしとみて本人の選択に反する措置をとること」と「本人の利益に配慮するパターンリズム」とを比較している。これらはそれぞれ上述の(甲)と(乙)に該当するといっただろう。さて、評者によれば、このうち前者は「手続き上の適格性 (正統性 legitimacy)」に関わることであるのに対して、後者は患者の選択の「内容上の適切さ (正当性 justification)」に関わることであるという (本号 9 頁、強調は原文)。また、「リプライにたいするコメント」の3節では、この(ア)正統性と正当性の区別を、さらに、(イ)道徳と倫理の区別、(ウ)普遍主義と相対主義の区別、(エ)政策レベルと臨床レベルの区別に関連づけて以下のように論じられている (本号 29-31 頁)。

まず、「個々人が自分の善いと思う生き方を追求する (中略) 倫理の次元と、その生き方の追及を他者の同等の自由と両立するかぎり認める道徳の次元とを分ける」ことが提言される。また、単純な対応ではないと断りつつ、「原則的に、(中略) 政策レベルは道徳に、臨床レベルでの個々の患者の判断は倫理レベルに対応する」という。すなわち、「道徳や政策レベルは正統性の確保を保証する」ものであるのに対し、「倫理や臨床レベルでその患者の選択が患者の人生観や価値観や患者の現在の健康状態や有効な治療法の有無などに照らして適切なものかどうかを問うのは正当性の問題である」。加えて、とくに、道徳の次元では、「他者の同等の自由を侵害しないかぎり、個人は本人のよしとする生き方を追求してよいという判断に社会の構成員全員が合意しうる」ため、「普遍主義を (中略) とすることで (中略) 相対主義は回避できる」と主張されるという (本号 30 頁)。

以上のように論じる評者は、判断力評価の基準に関して、次のふたつの主張をしているものとして理解することができるかもしれない。また、仮に次のふたつの主張がどちらも正しいとすると、確かに、上の(甲)と(乙)の間の区別には実質的な意味が出てくるように思われる。ひとつは、判断力評価の基準が、政策レベルで決定されるべきものだという主張である。もうひとつは、この基準のありように関しては普遍主義が正しいということ、つまり、どのような患者に判断力があるかに関しては社会の構成員全員が合意しうることを考え、という主張である。

⁵ 有馬、前掲書、92-104 頁。

ただし、正確に言えば、とくに後者に関しては、それが本当に評者の主張だといってよいか、筆者にははっきり分からなかった。評者は、他人の同等の自由を侵害しないかぎり各人には自分の人生観に即して生きる権利がある、という見方の正しさに関して、社会の構成員全員の合意が得られるという。これはもちろん、どの患者を判断力ありと見なすかに関しても社会の合意が得られる、とする主張と同じではない。しかし、判断力があることは、評者の想定するリベラリズムの理論の中では、個人が自分の人生観に即して生きる権利を有するといえるための資格があることを意味しているものと思われる（判断力評価が正統性に関わるという説明は、このことを意味しているものと思われる）。そこで評者は、個人にそのような権利があることについて社会の合意が得られるだけでなく、どのような個人にその権利があるかの線引きに関しても社会の合意が得られると考えているのかもしれない。

以上のふたつの主張が正しいとすると、上の(甲)と(乙)の区別には実質的な意味が出てくるだろう。すなわち、—— 一方では、患者の選択を当人に判断力がないからという理由で覆すこと(=甲)も、判断力を有する患者の選択を本人の利益を損なうからという理由で覆すこと(=乙、あからさまなパターナリズム)も、確かに、患者の選択に患者の利益を優先させることだという点では、区別できない。しかし、両者を同一視することは、本来なら別のレベルに属する決定を混同することである。(甲)は本来、政策レベルでなされるべきことであり、また、どの患者の選択を許し、どの患者の選択を許さないかは、社会の合意に基づいて判断することができる。これにたいして(乙)は、仮にそれが行われるとすれば、臨床にある個々の医療者が独自の判断で行うことになると思われるが、リベラルな社会ではそれは決して許されない。臨床単位で許されるのは、あくまで、患者自身が、判断力の有るときに選択することを許されている範囲の治療の中から、自分の人生観や価値観と最もよく合致するものを選ぶことであるにすぎない。もちろんこのとき、患者が自分の利益も考慮して、選択してもよいとされている治療をあえて選択しないことは、個人の倫理的な決定として許容される。——

以上のような理解は正しいだろうか。二点、コメントしておきたい。

第一に、判断力評価の基準については、たとえばアメリカ合衆国の大統領諮問委員会によるガイドライン等、いわゆる政策的なレベルでの議論の結果と見なせる基準もすでに存

在する⁶ (ただし、「Part I」のd節に断った通り、これは筆者が拙著の中で使用した「政策レベル」ということばの意味とはやや異なっている)。しかしこうしたガイドラインは、個別のケースへ機械的に適用できるものではない。判断力は、個々の患者の理解力、推論力、問題になっている治療の内容とそれに伴うリスクの大きさを勘案して、事例毎に決定されなくてはならない。実際の評価のプロセスから、臨床の医療者の裁量を排除するのは不可能だろう。とくに、どれだけリスクが大きければどれだけ理解力がなければならぬかを評価する部分では、医療者個人の価値観が入り込むのは避けられないものと思われる。

第二に、判断力評価の基準に関して、評者のいう政策的なレベルの議論では、何らかの特定の基準が正しいという結論に社会の構成員全員の合意が得られると考える(そう考えれば(甲)と(乙)が実質的に区別できるかもしれない一方で、評者が実際にそう考えているかは完全には明らかでないこともすでに断った通りであるが)ことの妥当性にも、疑いが残る。ただし、この点については、評者が具体的にどのような基準を想定しているのか(とくにどのくらい抽象的な基準か)、また、なぜ政策レベルの議論では社会の成員全員の合意を期待できると考えているのか(どのようなりベラリズムの理論が背景にあるのか)が明確ではないため、妥当性を評価するのは難しいと述べるに留めておきたい。しかし、一般に、基準は抽象的であればそれだけ多くの人の合意を得やすいと思われる。他方で、ひとつ前の段落で述べた通り、抽象的であればそれだけ、個別のケースに適用する場面で臨床の医療者の裁量が大きくならざるをえない。つまり、それだけ(甲)と(乙)の間の区別はますます実質を失うように思われた。

⁶ United States. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*, Chapter 8: "Who Is Incapacitated and How Is It to be Determined?", 1982.