

バイオエシックスの基本的課題

箱石 匡行*

(1992年12月15日受理)

はじめに

<医の倫理>が問われて久しい。いわゆるヒポクラテスの「誓い」に示されている倫理規定は、医学に関心をもつものには広く知られている。それが明示している<医の倫理>は長い歴史の風雪に耐えて、現代においてなお妥当するものであると考えられる。しかし、それにも拘らず、今日、「バイオエシックス」の名のもとにさまざまな問題が、広く多方面の専門家たちによって激しい議論の対象とされている。これは、いったい、なぜなのであろうか。

しばしば生命倫理と訳される¹⁾この<バイオエシックス>という語が用いられるようになったのは、1971年になってからのことであるといわれる。米本昌平によれば、この語が初めて使用されたのはR.ポッターの著書『バイオエシックス』(1971年)においてであって、それは、「この有限の地球で人間がいかにかうまく生存しつづけていくか、を論じる立場」²⁾を意味する語として用いられているものであるという。してみれば、ポッターはバイオエシックスという語を、その後の用法とは異なって、エコエシックス(ecoethics)すなわち生圏倫理ないし環境倫理の意味において用いていたと言つてよいわけであろう。しかしこのバイオエシックスという語は最近では、生圏倫理ないし環境倫理の意味をも包含した、広い問題領域を指すものとして用いられるようになってきている。そしてこのようなバイオエシックスという広範な問題領域が研究されるようになってから今日まで、じつはまだ二十年余りしか経ってはいないのである。

とはいえ、今日この新しい用語によって研究されている諸問題あるいはその問題領域は、医学がそれとして自覚的に研究され始めるとともに取り上げられてきたものであると言えるであろう。それでは、伝統的な<医の倫理>ではなく、現在、なぜバイオエシックスなのであろうか。そしてバイオエシックスの基本的課題とは、いったい、何なのであろうか。

問題は、加藤尚武が「人間に新しい可能性が生まれると、今までは神の手に委ねられていたことが、人間の道徳的な選択の対象になってくる」³⁾と述べているところに見出される。ウェーバーは「近代医学」を「科学的にもいちじるしい発達をとげた実践的な技術学」と規定しているが⁴⁾、その医学がとりわけこの三十年ほどの間に急速な発展をとげたことにとともに、<人間が人間であるとは、いったい、どのようなことをいうのか>という問い、人間存在のアイデンティティへの問い、いいかえれば人間の条件への問いが、ここで問われているのである⁵⁾。われわれがこの論考において明らかにしたいと考えるのは、このことに他ならない。

そのことを明確にするための具体的な問題としては、われわれはおもに生命の開始期に関わ

* 岩手大学教育学部

る医療を取り上げながら、それに伏在する課題がどのようなものなのかを解明したいと思う。このことを通して、われわれは<バイオエシックスの基本的課題とは、いったい、何なのか>、これを明らかにしたいと思う。われわれがそのために人間の生命の開始期に関わる諸問題を取り上げるのは、人間の生物学的存在と人格的存在との存在論的差異とその弁証法的関係が明確に立ち現われてくるのは、とりわけそこにおいてであると考えられるからである。

I 医学と倫理の不可分な関係

1 澤瀉久敬の医道論

医科学の研究であれ実際の医療であれ、医学は倫理と不可分の関係にあると考えられる。それは、なぜなのであろうか。ひとは直ちにこう答えるであろう、医学の対象は人間であって、その人間とはつまり人格的主体だからである、と。実際に医療を行なう医師もまた人格的主体であることは、あらためて言うまでもあるまい。医療は人格と人格との間において行なわれるものである。しかもそこにおいては、患者は決定的な弱者なのである。そうであればこそ、医療の場においては高度の倫理性が要求されるわけなのである。

澤瀉久敬は、日本において<医学の哲学>としての医学概論を初めて確立した人として知られている。医においては「学」と「術」と「道」の三者が一体となって初めて真の医学といえるとする点において、澤瀉はその著書『医学概論』（全三巻）⁹⁾から近年の『医学概論とは』⁷⁾にいたるまで一貫して変わることがない。すなわち、広義の医ないし医学とはつぎの三者から成る、つまり、(1)病気を治療するだけでなく、病気を予防し、さらには進んで健康を保持し増進することに関する「理論的な学問」、つまり科学としての医学（これが狭義の医学である）、(2)病気の治療と予防、そして健康の保持および増進を実際に実現する「実践的な技術」、つまり医療技術ないし医術、そして(3)人間が人間に働きかける医術と一体不可分の道徳つまり「医道」、この三者から成り立っているというのである⁹⁾。ここでいわれる医道とは、今日ではふつう<医の倫理> (medical ethics) と呼ばれるものであろう。

澤瀉は、医学には「医道」が不可欠であって、これを欠いた医学は決して真の医学とはいえないと主張する⁹⁾。それは、なぜなのであろうか。そもそも患者は人格的存在であって、けっして物でもなければ単なる動物でもない、これがその理由である。人間とは<人間の本性をもった人間>、<真の人間>である。<真の人間>とは、人格性をもった自律的存在者、道徳的存在者を意味する。しかも患者は病いからの、病いがもたらす苦痛からの<救い>を求めているのである。そのうえ<医師-患者>の関係は「対当」¹⁰⁾ (=対等) ではまったくくない。そうであればこそ、医療の技術は「仁術」でなければならない。仁術は技術から明確に区別されなければならない。なぜなら、「技術」とは、一般に物を対象としてこれを操作する術であるが、これに対して、医術とは、人間が人間を、しかも病める人間を対象とし、これを<癒す技術>だからである¹¹⁾。したがって、澤瀉によれば、「病人を人格者として尊敬の念をもって接することこそ医道の根本である」¹²⁾。この意味においては、「医道とは患者に対する医師の献身である」¹³⁾ というのである。

このような澤瀉の医道論は、古典的な医学倫理思想のひとつであるといつてよいであろう。医師はその知識と技術の最善を尽して、患者の治療にあたる。患者は医師を心から信頼して、その指示にしたがって療養に努める。そうして医師は生命への畏敬の念に即しつつ患者の生命

を守っていく。こうした<医師の患者に対する献身>と<患者の医師に対する絶対的信頼>の関係、これが澤瀉の医道論の核心をなしているのである¹⁴⁾。ここには、パターンリズムの美しい姿が描きだされている、ということができようであろう。

2 H. トリストラム・エンゲルハートの医学倫理思想

近年のバイオエシックスの研究者たちは伝統的な医学倫理思想とは異質な思想を展開している。新しい医学倫理思想は、先端医療技術の発達にもなって生じてきた諸問題を解決しようと試みるなかで、形成されてきたものである。とくにわれわれが強調したいのは、バイオエシックスにおいては哲学あるいは倫理学のもっとも基本的な問題が、すなわち人間の人間である所以あるいは人間のアイデンティティが問われているということである。われわれはこのことを、H.トリストラム・エンゲルハートの医学倫理思想を取り上げながら、明らかにしたいと思う。

人間は人格的存在であって、たんなる動物ではないということを重視する点においては、エンゲルハートもななら変わらない。そしてかれは、具体的な医療の場において人格の概念が重要であることを明確に指摘している。すなわち、「医学は獣医の医学とは違い、人格の医学である。これは、生物学的生命の単なる延長を目指すのではない。死を遅らせ、病いや欠損を防ぎ、それを改善し、生物学的、心理的能力を増進し、人格の苦しみを看護するためのものである。医学は人格の代理人(agent)である。それは人格のために営まれる。医学は、人格のもつ希望を尊重するという義務に拘束され、人格にとって良いことをするという目標によって方向付けられている。それゆえ、医療や看護一般が義務を負う相手を知るためには、人格がいつ始まり、いつ終わるかを認識することが不可欠なのである。医師、看護婦その他の医療従事者は、その希望が尊重されるべき人格、そして良い生活に関する特定の了解を実現するために医師やその他のひとの願望を制限できるような人格と向きあっていると言えるのがいつなのかを知らなければならぬ」¹⁵⁾。

この引用文のなかに見られるように、かれには新しい問題意識が鮮明に見出されるのである。澤瀉の医道論においては、「医師の使命はどこまでも生命を守ることではなければならない」¹⁶⁾のであって、「生命を守ることこそ医道の根本である」¹⁷⁾とされる。これに対して、エンゲルハートにおいては、医学は生物学的生命のたんなる延長を目的とするのではない。医療や看護の対象となる存在の人格がいつ始まり、いつ終わるのか、さらに医師やナースがはたして人格的存在を対象としているのかどうか、このようなことが明確に問題とされているのである。

このような問いは、従来の医学においては問われなかったことと比べてよいであろう。それが正面から問われなくてはならなくなった。このような問題状況を生み出してきたのが先端医療であり、その発達なのである。こうした<人格の開始期と終末期とは、いったい、いつなのか>とか、また<ここに存在しているのは人格的存在であるのかどうか>といった問題は、古典的な医学倫理において問われることはなかったものであると言ってよいであろう。

II 伝統的な<医の倫理>の思想

それでは伝統的な<医の倫理>の思想とは、いったい、どのようなものなのであろうか。ここでわれわれはヒポクラテスの「誓い」と「ナイチンゲール誓詞」を取り上げながら、伝統的

なく医の倫理>の思想の特徴を具体的に明らかにするとともに、その限界がどこにあるのかを考えてみることにしたい。

1 ヒポクラテスの「誓い」

ヒポクラテス (Hippocrates, B.C.460-450 に生まれ, B.C.370 頃に没したといわれる) の「誓い」¹⁸⁾は、<医の倫理>を論ずるときに、まず初めに取り上げられるべきテキストであろう。というのも、この「誓い」は伝統的に高い評価を受けてきたものであって、今日においても世界の多くの医科大学の卒業式や医師免許の授与式において、医師になろうとする者が誓う、ギリシア以来の誓いとされているものだからである¹⁹⁾。

川喜田愛郎は、この「誓い」が「ながい西洋医学の歴史がもつすぐれて貴重な文献の一つであること」²⁰⁾は認めながらも、その伝統的な高い声価にたいして疑問を表明している。かれによれば、『誓い』の原典は特定のセクトのいわば『職業倫理』の宣明とその職業への忠誠の約束であった²¹⁾。つまり、この短い文献は医業上の礼法 (medical etiquette) ではあっても、「緊張した響きをもつ高邁な医師のモラルの書とはうけとりにくい」²²⁾というのである。

それでは、このヒポクラテスの「誓い」は、具体的にどのような内容をもつものなのであろうか。われわれはこれを二つに分けて考えることができる。前半は、いわば医師という職業集団の掟を遵守するということの誓約であり、そして後半が、いわゆる<医の倫理>の具体的な実践項目の明示といえるものであろう。

「誓い」に表明されている職業倫理の核心は、川喜田によれば、次の二点に存する。すなわち、(1)「私は病者のために (“for the benefit of the sick”) 自分の技術の最善を尽くす (“according to my ability and judgement”）」ということ、そして(2)「何はともあれけっして危害や不正は加えない (“primum non peccare”）」ということである²³⁾。たしかに、これは<医の倫理>の核心をなすものであろう。その他の諸点はこれに付随することといえるであろう。

こうした主要な二点のほかにはヒポクラテスが挙げていることは、次の諸点である。すなわち、(3)致死薬は誰に頼まれても(たとえ本人の依頼であっても)、決して投与しないこと、(4)墮胎は行なわないこと、(5)患者のプライバシーは絶対に保護すること、(6)患者と情交をもつようなことはしないこと、これらのことである²⁴⁾。

以上のようなヒポクラテスの「誓い」に示されている倫理の中心は、第一に、医師は患者の福祉を目指して、つねに自分の能力と技術の最善を尽すこと、第二に、医師は患者に危害や不正を加えないこと、これであるといってよいであろう²⁵⁾。

2 ナイチンゲール誓詞

近代看護学の祖といわれる²⁶⁾ナイチンゲール (F. Nightingale, 1820-1910) の名を冠せられた「ナイチンゲール誓詞」は、戴帽式や卒業式の際に看護学生たちがひろく朗唱しながら誓うところのものである。このテキストの全文は次のとおりである。

「われはここに集いたる人々の前に厳かに神に誓わん——

わが生涯を清く過ごし、わが任務を忠実に尽くさんことを。

われはすべて毒あるもの、害あるものをたち、悪しき薬を用いることなく、また知りつつこれをすすめざるべし。

われはわが力の限りわが任務の標準を高くせんことを努むべし。わが任務にあたりて、

取り扱える人々の私事のすべて、わが知り得たる一家の内事のすべて、われは人にもらさざるべし。

われは心より医師を助け、わが手に託されたる人々の幸いのために、身を捧げん。」²⁷⁾

ここに表明されているのは、たんなる職業倫理の宣明というだけのものであろうか。ここには、献身に支えられた看護倫理が表明されているように考えられる。その倫理の核心は、(1)看護は病者の幸福のために行なうものであり、ナースはそのことに身を捧げるということ、そして(2)病者に危害や不正を加えないということ、これであろう。このほかに語られていることは、(3)看護という自己の任務を忠実に尽くすこと、(4)たえず研鑽に励み、任務の標準を向上させるよう努めること、(5)病者のプライバシーは絶対に保護するということ、これらのことであるといえるであろう。

「ナイチンゲール誓詞」の終わりの段落では、医師とナースとの関係が述べられている。このことを除くならば、そこに示されている看護倫理の思想は、基本的にヒポクラテスの「誓い」の後半に明示されている、伝統的な<医の倫理>の思想と同一であるといえてよいであろう。それは、まず第一に、医師はあくまでも<患者の福祉>のために医療を行なうということであり、ナースもまたその手に託された人々つまり患者たちの「幸い」のために看護の仕事を行なうということだからである。そして第二に、医師は患者にけっして加害や不正を加えることはしないし、ナースもまた、毒あるもの、害あるもの、悪しき薬を用いることはけっして行なわないということだからである。

澤瀉久敬が医学と医道とは不可分であるということを経典的な医学倫理の立場から強調していること、このについては、すでに見てきたが、澤瀉もまた、<看護における倫理>が基本的にはかれの主張する<医の倫理>と同様であると考えている。かれは、医学とおなじように、「看護にも看護の理論と看護の技術と看護の道徳がある」²⁸⁾とし、「生命に対する宗教的な敬虔さと、人間に対する道徳的誠実さこそ看護を行なうものの心の底につねにたえることなく脈々と流れていなければならないものであります」²⁹⁾と述べているのである。いうならば、医師もナースもその任務を遂行するにあたっては<生命への畏敬>の念に基づいていなくてはならない。そこに、<医の倫理>と<看護の倫理>の共通の倫理的基盤が見出されることになる。そして医師とナースと病者の三者の間は、相互に尊敬の念によって結びついているのでなければならないというわけであろう。

3 伝統的な<医の倫理>の限界

それでは、医学と看護学とを含めた意味における伝統的な<医の倫理>を支えているのは、どのような思想なのであろうか。それは、おそらくは生命を尊重することであるといえてよいであろう。そこでわれわれは、<医の倫理>を支えていると考えられる生命観、生命思想を取り上げることにはしたいと思う。それは生命主義(vitalism)の思想であると言いうことができるであろう。これはすなわち、<生命活動の維持・促進をはかることは、それ自体において善である>とする思想である。先に見たように、澤瀉久敬の医学倫理思想もこの立場に基づいているといえるであろう。

生命主義(vitalism)、これを医療の場に即して訳しかえるならば、生命至上主義あるいは延命至上主義といってもよいであろう。倫理学者の矢島羊吉は生命主義をつぎのように定義している、「これは、生物はつねに生命(または生命の維持・発展)を求めているという生物学的事

実を想定し、それに基づき、つねに生命を求めているということを、人間の心理学的事実として想定し、生命、あるいはその発展を意味する進化を、唯一の究極的な善、一切の義務の根拠とする考えかたである」³⁰⁾。これが、「倫理学上の生命主義または生物学的倫理学」と呼ばれるものである³¹⁾。

しかしながら病者の生命のひたすらな延長が、はたして病者の「福祉」あるいは「幸い」になるといえるのであろうか。そのように問わざるをえないような事態が医療の高度化、先端医療の発達にともなって生じてきたのである。いったい、なにが「患者の福祉（あるいは幸い）」になるのか。また、ときには、これははたして病者を治療しているといえるのか、むしろ「害を加えている」のではないのか、そうしたことが判明ではないというような事態が生じてきたのである。たとえば、老人の末期患者にたいして救急蘇生術を行なうべきなのかどうか、あるいはいわゆる植物状態患者への延命治療ははたして治療といえるのかどうか、といった問題が生じているのである。

実際、ターミナル・ケアの研究とその医療に当たっている山崎章郎もつぎのように問うている、「もはや医療はなすすべを持たず、だれもが、そして本人すら、その死を当然のものと考えていた末期ガン患者の臨死状態に対する蘇生術はいかなる意味を持つと言えるのだろうか」³²⁾と。そしてかれはこう語る、「そこには、死にゆく人に対するやさしさも畏敬の念も哀悼もない。あるのは一分一秒でも患者の命を延ばそうとする、延命至上主義の現代医学教育を受けた医師の義務感だけといっても過言ではないだろう。なぜなら、医師自身が、その蘇生術の無意味さを知っているからだ」³³⁾。「意味のない行為を、臨死患者に無理強いする——このような状況での蘇生術は人間の尊厳をおかす行為であるともいえる」³⁴⁾。

また、医師と患者の関係が大きく変わってきたことも考えなければなるまい。医療におけるパターンリズムへの批判が行なわれ、これに代わってあらたに患者の自己決定権の主張が行なわれるようになってきた。具体的には、インフォームド・コンセントの権利や、広範な解釈に基づくプライバシーの権利などが主張されるようになってきた。こうした問題もバイオエシックスの問題領域の一部をなしているのである。

いまここに触れたような諸問題は、従来の医学倫理が予想しなかったことであるといえるかもしれない。現在、生命主義の倫理思想そのものが医療の場において問われてきているのであり、またこれまでの医師と患者との関係もあらためて問い直されているのである。したがって、この意味においては、従来の伝統的な<医の倫理>はその限界につきあたり破綻してしまった³⁵⁾、ということもできるかもしれない。しかしながら、バイオエシックスとは、ヒポクラテスの「誓い」に示されているような、古典的な医学倫理の思想を拡張して現代の諸問題の解決を図ろうとする試みである³⁶⁾、と考えることもできるのである。われわれには、このような研究方向が妥当であるように考えられるのである。もちろん、こうした方向をとる場合、バイオエシックスが研究している諸問題の今日的な性格を見失ってはならないが、しかし、一方、古典的な<医の倫理>と今日のバイオエシックスとの関係をよく見据えていくことも大切である、とわれわれには考えられるのである。

III バイオエシックスの思想とその基本的課題

1 バイオエシックスの誕生

バイオエシックス (bioethics) という言葉が使用され始めたのは、先に触れたように、1971 年からのことであるといわれる。二つの語から合成されたこの術語は「生命倫理」と訳され、この訳語がしばしば用いられているように思われる。しかしながら、この合成語のなかの「バイオ」つまりギリシア語の *βίος* をたんに生命という意味に限定することは、この術語の問題領域を狭めることになるであろう。それというのも、このビオスという語には、生命という意味だけでなく、生活、人生、人生行路、一生、生涯、寿命、生き方、生活手段などの意味があるということ、そしてそれだけではなく、星野一正も指摘しているように、「バイオエシックスは、人の生命に影響をおよぼすすべての事項を対象としている」³⁷⁾ という事実が存在しているからである。そこでわれわれはこれをカタカナのまま、バイオエシックスと表記していくことにする³⁸⁾。

それでは、なぜバイオエシックスという学問が生まれてきたのであろうか。近代の科学技術の発達にともない、医療技術も高度化し、いわゆる先端医療が発達してきた。多くのひとびとがその恩恵に浴するようになってきた。そうしたなかで、伝統的な倫理基準では対処できないような事態が生じてきたのである。そのような幾つかの事例を次にあげてみよう。

たとえば、1967 年にバーナードが心臓移植に成功した（ただし患者は 18 日後に死亡）。そして翌 1968 年には、日本で初めての心臓移植が行なわれた（これはしばしば「和田移植事件」とも呼ばれる）。

1974 年に、アメリカのメイン州でハウル事件が生じた。ハウル夫妻は、重症の奇形児である彼らの子どもを死なせてやることを望んだが、医師は救命の治療・手術を求めて裁判所に提訴したという事件である³⁹⁾。

また、1976 年にアメリカでカレン＝クインラン事件が起こった。植物状態のカレンが回復の見込みがないため、その家族が呼吸装置の取り外しを求めたところ、病院側がこれを拒否した。このことが裁判に持ち込まれ、その結果、ニュージャージー最高裁判所が呼吸装置の停止を認めたのである⁴⁰⁾。

1978 年に、イギリスで世界初の体外受精児が誕生した。夫婦間人工受精はすでに、1799 年、このイギリスにおいて成功している。人工受精の技術がさらに発達して、体外受精の成功にまで、達したわけである。

一方、こうした新しい医療にかかわる法的な諸問題を解決するために、1984 年に、アメリカで臓器移植法が成立した。また、1985 年に、アメリカで「死なせる権利」を認める行政規則が制定された。

こうした医療の新しい事態にかかわって、深刻な倫理上のさまざまな問題が生まれてきた。それらは伝統的な〈医の倫理〉が予想もしなかったことであって、従来の医学倫理では解決のつかないものであるといえるのである。そしてその基本的な問題とは、人間の人間性そのものへの問いとなっているのである。

2 科学技術の発達と医療の「場」の変貌

近代の科学技術の急速な発達が人間の生命と精神を対象とする医学に大きな貢献を行なって

きた。科学の発達は生命科学をも生み出し、これを発達させてきただけでなく、さらに医療技術の高度化をもたらしてきた。これは医療を取り巻く状況を大きく変貌させることとなった。

川喜田は「医療の場の構造の変化」に注意すべきであるとして、つぎのように述べている、「古来、医療は原則的に一対一の人間関係——産科のような例外はあるにしても——を場とする営みであったが、その構造が近時さまざまな面で大きく変貌した」⁴¹⁾。つまり、「現代医学の専門分化が招いた医療の分業化は、必然的に『チーム医療』という新しい形式を生みだした。しかもそこには、医師・看護婦以外の諸業務の技術者も加わって、それぞれ重要な役目を分担する。当然、そこに医療における責任の所在という新しい問題が生まれてくる」⁴²⁾。このように医療が専門分化することにともない、さまざまな分野の専門家によるチーム医療が主流となってきた。とくに医師以外の多くの医療の専門家が治療に参加するようになったことには、注意しておいてよいであろう。

そのことと同時にわれわれが考えなければならないのは、社会が<豊か>になってきたということである。それによって、ひとびとの教育水準が高くなってきたが、このことは、患者の権利(その基本は自己決定権であろう)、たとえば、医療における患者の意志の尊重という主張ともなるであろう。また、そうした社会を背景として、ひとびとの価値観が多様化し多元化してきていることも、よく考えなければならないであろう。というは、このことは、たとえば医師が最善と考えたことを、患者が必ずしも最善とは考えないということにもなるからである。さらに社会の流動化は従来の医師と患者との関係をも変化させずにはおかない。親代代のかかりつけの医師というものを、われわれはもはや持たなくなってしまったのである。

また医療制度がしだいに整備されてきたということも、バイオエシックスの問題を生み出してきたといえることであろう。日本でも国民健康保険法(1958年[昭和33年]法192号)が制定され、いわゆる国民皆保険制度が施行されたのである。このことにもなって生じてきた医療費の増大ということは、医療財政の大きな問題ともなっている。さらに医療資源の配分の問題も生じてきているのである⁴³⁾。

以上のような全般的な動向のなかから生じてきた、<医師と患者の関係>という問題をここで少しく考えておくことにしたい。

医師と患者との関係について語るとするならば、まずパターナリズム(paternalism)の問題を取り上げなければならないであろう。パターナリズムとは、もとは子どもの意志を無視してその面倒をみる良き父親ぶりといった意味であろう⁴⁴⁾。医療におけるパターナリズムとは、患者自身の同意を得ないで、医師が患者の治療方針を決定し、実施するという意味であるといえる。したがってこのパターナリズムの思想は、患者の自己決定権と真っ向から対立するものなのである。

患者が人間としての権利を主張するということは、なにも最近になってからのことではあるまい。しかしここで患者の人権という場合、その基本となるのは<自己決定権>という権利であろう。それは、インフォームド・コンセント(informed consent)の主張ともなっている。これを直訳すれば<情報を与えられた上での同意>、意識すれば<充分な説明を受けたいうえでの、自由な同意>ということになるであろう。ここでは、二つの権利の主張が行なわれている。すなわち<充分な説明をうける権利>とそれに基づく<患者が自由な同意を与える権利>との主張である⁴⁵⁾。そして患者の人権が、近年になってようやく認められはじめるようになった。インフォームド・コンセントの思想は「ニュルンベルグの倫理綱領」(1947年)において確立され

ているといえるが、その後、1964年に採択された「ヘルシンキ宣言」(世界医師会)において、このインフォームド・コンセントが世界的に承認されることとなった。さらに、1973年には、「患者の権利章典」(アメリカ病院協会)が定められた。そして1981年には、「患者の権利に関するリスボン宣言」(世界医師会)が採択されているのである⁴⁶⁾。

このことが示しているといえることでもあろうが、医師と患者との信頼関係がある意味において失われるというような事態も生じてきた。医事訴訟の増加がそれを示している。医療過誤にかかわる損害賠償請求がしばしばおこなわれているのである。法律学のなかにそうしたことに関わる新しい分野、つまり医事法学という分野があらたに成立していることはよく知られているところであろう⁴⁷⁾。

3 バイオエシックスの具体的諸問題

それでは、バイオエシックスにおいてどのような問題が研究されているのであろうか。われわれはそれを、つぎのような三つの分野に分けることができるであろう⁴⁸⁾。

①人間の生命の開始期・周産期にかかわる問題群――

遺伝子操作、人工受精、体外受精、代理母(surrogate mother)、男女の生み分け、人工妊娠中絶、胎児治療、遺伝相談、避妊、家族計画、人口政策、など。

②人間の生命の終末期にかかわる問題群――

死の定義(脳死と心臓死)、脳死の判定法、尊厳死、安楽死、植物状態の患者の「治療」と「治療」の停止、リビング・ウィル、生命維持装置の使用とその停止基準、死ぬ権利、死なせる権利、ホスピス、終末期の看護、など。

③人間の<生命=生活の質>(QOL, Quality of Life)にかかわる問題群――

治療や看護のあり方、その倫理基準、人間と自然環境との関係(エコエシックス)、医療費と医療制度の問題、医療資源の配分の問題、人工臓器、臓器移植、血液事業、など。

4 バイオエシックス研究の二つの立場

バイオエシックスにおいて、いま上に示したように、まことに多くの問題が研究されている。それはいづれも人間の生命、人間の存在そのものに関わる問題だけに、その研究には当の研究者の人間観、世界観、さらに宗教観がふかく関わってくる。病者が存在していることの意義という問題になれば、この問題への答えは、当の研究者がどんな宗教的信仰をもっているのか、あるいはもっていないのか、そのことにふかく関わってこざるをえないのである。したがってバイオエシックス研究の立場は大きく、宗教的立場と非宗教的立場とに分けられることになるであろう。

まず、宗教的立場の上にとつバイオエシックスの研究とは、いうまでもなく何らかの宗教信仰、さらには特定の形而上学的思想の上に基づいて行なわれるものである。これについては、カトリックの生命観に基づくバイオエシックス研究の立場がよく知られているであろうが、これ以外にも、たとえば仏教の信仰を母体としたバイオエシックスの研究も日本ですでに始められている。

つぎに、非宗教的立場のバイオエシックス研究の必要性和重要性について考えておきたい。エンゲルハートはその著書『バイオエシックスの基礎づけ』の第一章を「非宗教的多元社会のバイオエシックスの出現」に当てている。今日、ひとびとの宗教的信仰はしだいに薄らいでき

たといわれるが、それとともに人間相互の宗教的結合が弱まってきたとも言えるであろう。そうであればこそ、非宗教的立場のバイオエシックスの研究が必要になってくるのである。

エンゲルハートはこう述べている、「いまや、バイオエシックスの諸問題の議論は非宗教的多元社会のもつ幅と同じだけの広がりをもって拡散している。そのような諸社会が非宗教的であるということは、部分的には成果である。既存の教会と、そのなごりこそあれ、もはや意義深く結びついてはいない大部分の民主主義社会の主要諸制度を生じさせた近代の歴史的諸力の成果である。そのような社会は幅広く分かれた道徳的感情と信念を含んでいる点において多元的である。そのような多元性は、おそらく常に存在してきたのではあろうが、隠されていたのである」⁴⁹⁾。

そしてエンゲルハートがいうように、今日の医療は多元的な状況のなかに置かれていることは、はっきりしているところであろう。実際、医療の場において仕事を共にする医師と看護婦との間で、またかれらと患者との間で、同一の見解が共有されていると仮定することは、もはやできないことであろう。「ここ二十年間を越えるバイオエシックスの歴史は、非宗教的倫理の発展の歴史であった」⁵⁰⁾。いかなる宗教的伝統にも属さない立場が生まれてきたのである。「理性的諸個人に開かれた仕方で、解答の枠組みを作っていこうとする非宗教的伝統が登場した。バイオエシックスは、非宗教的文化の一要素であり、啓蒙主義の曾孫にあたる」⁵¹⁾。

今日の世界にはさまざまな世界観が共存しているといつてよいであろう。エンゲルハートに即していうならば、なにか特定の正統が強制されるような国も存在するであろうが、それは世界全体からみれば少数であるといつてよいであろう。無神論者、カトリック教徒、ユダヤ人、プロテスタント、マルクス主義者、ヘテロセクシュアル、ホモセクシュアルなど、まことに多様な価値観を生きる諸集団が存在しており、そうしたすべての人々に医療は開かれていなければならない。したがってその医療にかかわる諸問題を論じるためには、「中立的な共通の言語がどうしても必要になる。バイオエシックスは、医療にかかわる一個の世界における、実用的世界共通言語(lingua franca)として発達しつつあるが、共通の倫理的観点はもっていない」⁵²⁾。これが<非宗教的多元社会のバイオエシックス>なのである。

それでは、この<非宗教的多元社会のバイオエシックス>の前提とは、いったい、どのようなものなのであろうか。多様な世界観・イデオロギーにわたって正当化されうようなバイオエシックスの探究を行なおうとするならば、そこで前提とされる人間とは普遍性をもった人間でなければならない。それは理性的存在としての人間にほかならない。「何らかの神の恩寵に特別な靈感をもっているわけでもないただの理性的な個人として、人々が生物医学的諸問題にアプローチしたり解決しようとする際に、その概念的ならびに価値的関わりを図式化しようとするれば、反宗教的とは言わないまでも、非宗教的世界観を発見するであろう」⁵³⁾。

そのような理性的個人、これがすなわち人格的存在であると考えられる。「人格だけが、道徳に関する議論に関心を持ち、ときには、そうした議論に心服したりする。道徳共同体という概念そのものが、自己を意識し、理性的で、自由に選択し、道徳意識をもつ存在から成る共同体を前提している」⁵⁴⁾。このような人間とは自由で自律的であって、道徳感覚をもっている存在である。「人格の特徴は、自己を意識することができ、理性的で、賞罰の価値に関心もちうるといふ点にある」⁵⁵⁾。自己意識・理性・道徳感覚、この三つを兼ね具えたものが人間であって、この人間が道徳的な問いを問いながら生きるのである。

ここでは、おもに非宗教的バイオエシックスの特徴について述べ、今日の世界におけるその

重要性について見てきた。しかし、だからといってわれわれは宗教的立場のバイオエシックスをいたずらに無視したり、その存在意義は見出されないなどと言おうとするものではない。深い宗教的感情が人間の生命活動にとって大きな意義をもつことは、しばしば指摘されているところである。また宗教的な世界観や存在観がこの世界におけるわれわれの存在の意味を明らかにしてくれるということ、このことも確かなことであろう。そのような点では、われわれは宗教的立場のバイオエシックスの諸思想をもたえず参照していくことが必要であろう⁵⁶⁾。そうした上で、〈多様な世界観、さまざまなイデオロギーが存在している〉ということが現代の世界観的状况の大きな特徴であるということを考えながら、非宗教的バイオエシックスの立場からの研究を進めていくことが妥当である、とわれわれは考える。

5 バイオエシックスの基本的課題

バイオエシックスの基本的課題、それは人間の人間性への問いである。あるいは、これは人間のアイデンティティへの問いである、ということもできるであろう。そのことはバイオエシックスの問題群のなかでも、とくに生命の開始期あるいは周産期の医療に関わる具体的諸問題を取り上げてみるならば、明白になることであろう。そうした問題としてわれわれは人工妊娠中絶と体外受精の問題を考えてみることにしたい。

まず人工妊娠中絶について考えてみよう。これは日本では、一定の法律上の要件を充たすことによって認められていることである。そして実際これは広く行なわれていることであるため、これがなぜ問題とされるのか訝る人もいることであろう。しかしながら人工妊娠中絶とは、あらためていうまでもなく、母胎内の胎児の生命を殺すことなのである。したがって生命活動の維持・促進をはかることが医学の使命であるとする従来の〈医の倫理〉からすれば、人工妊娠中絶は認められないということなるはずであろう。それにもかかわらず、これが認められているのは、いったい、なぜなのであろうか。その承認の根拠とされる考えのひとつは、ここで詳しく検討することは差し控えるが、〈胎児は人格的存在とは認められない〉というものであろう。しかしながら、はたしてそう言えるものであるかどうかは、よく考えてみなくてはならない問題であろう。

エンゲルハートがいうように、われわれはたしかに「胎児は厳密な意味で人格であるとする主張には説得力がない」⁵⁷⁾ことを認めなければならないであろう。「ヒトの生物学的生命の出発点に引き続いてすぐに人格の生命が始まるわけではない。むしろ、ヒトの発生においては、数カ月の生物学的生命のあと、心的生命の十分な証拠が現われてくるのであり、人格的生命的証拠が現われてくるのはさらに数年後なのである」⁵⁸⁾。つまり「胎児が道徳的主体である証拠は全くないのである」⁵⁹⁾。したがって、「せいぜいのところ我々が負うべき義務は、将来の人格である胎児を悪意を持って傷つけないようにするということである」⁶⁰⁾というのが、穏健な見解であると言ふべきなのかも知れない。

それにしても、いったいヒトはいつ人格となるのか。この問いにたいして明確な解答を与えることはきわめて困難であるといわなければならない。われわれは、胎児にいつ人間の靈魂が吹き込まれるのか、といったスコラ哲学の議論を想起すべきなのかも知れない⁶¹⁾。あるいは可能態とか潜在態といった概念を用いて、胎児は潜在的な人間と考えることも出来ることであろう。あるいは、こうした議論をするよりも、むしろ実践的な立場において大切なことは、ホアン・マシアが主張するように、「まず、生命の価値、人命の価値を訴え」、「それから、その価値を大

切にし、その価値を実現するために努め」ることである⁶²⁾、と言うべきであるかも知れない。

しかしながら、われわれがここで直面しているのは、はたして胎児は人間なのかどうか、そしてそもそも人間であるとはどのようなことなのか、という根本的な問いである。そしてこれは哲学のもっとも基本的な問いであるということ、このことは、あらためてここで確認しておくべきことであろう。

そして体外受精も、人倫の根本にかかわる問題を生じているという意味においては、人工妊娠中絶の場合と同様であると言えることであろう。それは、いったい、どのような問題なのであろうか。

鈴木雅洲はその著書『体外受精—成功までのドキュメント』を執筆した動機についてこう述べている、「私はこのたび『体外受精・胚移植の正しい知識』を主体に、『医療の倫理と夫婦の心構え』を副次的にして、私たちの体験と知識をもとに、一般啓蒙書としてこの本を書いた」⁶³⁾。これが一般啓蒙書であるとしても、われわれからすれば、疾病の概念や倫理的問題についての記述には種々の疑問を呈せざるをえない。鈴木はこう言う、「現代医学では、不妊症は疾患であることが確認されている」⁶⁴⁾、と。しかし不妊がはたして疾患というべきかどうかという問題は、疾患概念にかかっていることであろう。実際、かれもこう述べている、「過去においては不妊症は不妊であり、病気であるという意味の『症』という名前をつけて不妊症と呼ぶことは適当でないと考えていた人も少なくなかった」⁶⁵⁾。

卵管性不妊症について、鈴木はつぎのように述べる、「夫婦が家庭をつくり、そして子供がないということは、卵管性不妊症という病気のために自然が破壊されている状態を示すものである。この自然が破壊された状態を、医学では疾患と呼ぶ。医療行為の目的は、疾患を治療し健康を取りもどすことにある。すなわち、病的な状態を自然の状態にもどすことにある」⁶⁶⁾。そして、「卵管性不妊症では、卵管に病気があるために受精も行なわれなければ、胎芽や胎児の発育もない。この病気によって破壊された卵管は、再びもとの状態にもどることはない」⁶⁷⁾というのである。

しかしながら、もし卵管性不妊症という「病気」の「治療」というならば、それは卵管を再びもとの状態に戻す、あるいは少なくとも卵管の機能の回復をはかるものでなければならぬ。そうとすれば、『体外受精』は不妊の原因を除去しないから治療ではないという主張もある⁶⁸⁾ということは当然のことであろう。そしてこのことは、病気であるということの人間にとっての意味という問題にもなるわけであろう。

いったい、医学的治療は人間の身体と精神をその対象とする。そして<癒しの術>としての医術は、すでに述べたように、医師と患者との間に成立する人間関係である。川喜田も指摘しているように、技術一般が<もの>を対象とするのに対して、<医の技術>は人格的存在である人間を対象にしているのだから、「もし人と人との間のあるべき姿を倫理とよんでよいならば、医術は『技術的・倫理的』ともみろべき特殊の人間関係であると言うべきだろう」⁶⁹⁾。

そうであれば、体外受精という技術がはたして治療といえるのかどうか、ということとは倫理的・哲学的に検討されなければならない問題であるというべきであろう。しかも、この体外受精にかかわって代理母の問題もすでに外国のみならず日本においても生じてきているのである。その問題のひとつは、いったい誰がこの新生児の母親なのか、というものである。この問題は、子どもにとっては、自己のアイデンティティの根幹にかかわる重要な問題でもあるわけであろう。さらにわれわれはこのような技術をまえにして、子どもを<つくる>ということの

意味そのものを問わなければならなくなっている、とも考えられるのである。

以上、われわれは人工妊娠中絶と体外受精という人間の生命の開始期における生と死の問題を取り上げながら、バイオエシックスの基本的課題について考えてきた。そしてその基本的課題とは人間の人間性あるいは人間の条件そのものである、と言ってよいであろう。それは具体的には、人間の生命・人間の死・人格としての人間への問いとなって現われてくる。人間が生きているということは、いったい、どのようなことなのか。人間が死んだとは、どのようなことをいうのか。そして人間が人格的存在であるとは、そもそもどのようなことなのか。このような問いが現代の医療にかかわって、バイオエシックスにおいて根底から問われているのである。

そしてここにおいて、人間存在の二重性とでも呼ぶべき事態が問われているのである。それは、人間は自然的存在であると同時に人格的存在であるということ、あるいは川喜田の表現を用いるならば、ヒトは自然界に属する存在であると同時にメタ自然界に属している存在であるということである⁷⁰⁾。つまり、われわれ人間はたんに自然的に生存するだけではなく、よりよく生きようとするものであるということなのである。それは、人間は生きる意味を問いながら生きているということでもある。そうだからこそ、生物学的なレヴェルでの生命の誕生が、ただちに人格的な意味での人間の誕生とはいえないというわけなのである。また、一方、脳死の人はその段階ですでに人格としては個体の死を迎えているのだとも言われる。あるいはまた脳死者のまえにたつても、われわれはその死を実感することができず、「いや、この人はまだ生きているではないか」と主張するということもありうるのである。つまり人格としての人間の死が人間の生物学的なレヴェルでの生命の死と一致することはない。これは人間存在の二重性に基づいていることなのである。そしてそれが問題の根をなしているのである。

結 び

人間が人間らしく自己の人生を生きていく、また人間らしく自己の死を死ぬとは、どのようなことを指しているのか。こうした問いが生じるというのは、われわれ人間が自然的存在であると同時にメタ自然的存在でもあるからなのである。このことがバイオエシックスの基本的課題の根をなしているのであって、ここから生じてくる諸問題がバイオエシックスの具体的な研究課題となっているのである。従来は救命・延命の医療が生命主義の立場から病院（ホスピタル）において行なわれてきたが、これに対して、最近では、死を受容しつつ人生の終末期を人間らしく生きていくことを援助するための医療施設としてのホスピスがしだいに注目されてきている⁷¹⁾。このことにしても、いま触れた人間存在の二重性に基づいて生じてきていることであると考えられるのである。

そしてこの問いは、人間が人間であることの意味への問いなのである。したがってこれは狭い意味での倫理学の問題であるというよりも、むしろ哲学の究極的な問題であるというべきなのである。したがってこの問いに対する決裁的な解答は、ある意味では不可能であると言えるであろう。しかしそうであればこそ、われわれはたえずこの問いを問いつづけていかなければならないのである。

研究の方法についていえば、バイオエシックスの理論的研究は、一方では、規範倫理的な問いの進め方をするとともに、他方では、その都度の具体的問題に適合した状況倫理的な問いを、

併せて問うていくことが必要となるであろう。たしかに、バイオエシックスの理論的研究は字義どおり抽象的なものである。しかし、この研究によって解明されるところのものが、具体的に医療の場をその在るべき姿に変えていくことに貢献するというのも少なくはないであろう。このような仕方では、バイオエシックスの研究が医療のあり方に生かされていくであろうということ、このことにわれわれは疑いをいれることはできないであろう。

したがってバイオエシックスの研究は、たんなる理論研究に終わるものではない。医師あるいは医療従事者のなかには、医についての倫理的研究が社会に何の貢献も行なわないのではないか、と懸念するむきもある。たとえば、鈴木はこう述べている、「倫理について検討したならば、その結論として、社会に対して何らかの貢献があるべきであると考えている。論争のための倫理、あるいは多くの人の興味を引くための倫理、であっては、社会に対して何らの貢献ももたらさないであろう」⁷²⁾。しかしながら、エンゲルハートも指摘しているように、「バイオエシックスの役割は、道徳的世界で起こりそうなことの特質や、生物医学上の諸選択の道徳的意義に関して教示（インストラクション）を与えるという意味で道徳的ガイダンスを提供することである」⁷³⁾というべきである、とわれわれは考えるのである。

自己の存在そのものが脅威に曝されている患者を<癒す術>が医術であってみれば、医学にたいして、そして医療に従事するすべての人にたいして、医師はいうまでもないが、とりわけナースにたいして、鋭い倫理感覚と人間性への深い洞察が要求される理由も、以上の論述からおのずと明らかであろう。

註

- 1) この生命倫理という訳語が適切でないということについては、われわれは本論のなかで触れることにする。
- 2) 米本昌平『バイオエシックス』、木田 元・丸山圭三郎・栗原 彬・野家啓一編『コンサイス 20世紀思想事典』（三省堂、1989年）、518頁。
- 3) 加藤尚武『バイオエシックスとは何か』（未来社、1987年）、42頁。
- 4) M. Weber, Wissenschaft als Beruf, in *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, 3. Auflage, (J.C.B. Mohr <Paul Siebeck>, Tübingen, 1968), S. 599. 尾高邦雄訳『職業としての学問』（岩波書店、文庫、1980年）、44頁。ただし、引用において訳語の一部を改変した。
- 5) 川喜田愛郎は、バイオエシックスには従来の<医の倫理>に見られないような問題、「今世紀医学がはじめて生みだした『まったく新しい』性格の問題」（川喜田愛郎『生命・医学・信仰』新地書房、1989年、250頁）があるとし、それは「人間のアイデンティティーの問題」（同前、252頁）であると指摘している。さらにかれはこう述べる、「そこでわれわれの出合うできごとのなかには、もはや単に『医』の倫理とみるよりは、むしろ溯って倫理学 (ethics) の新しく重大な課題としてうけとめるにふさわしいものが多いことを思うべきだろう」（同前）。バイオエシックスの基本的課題とは、かれもいうように、人間存在のアイデンティティーの問題であり、だからこそ、これは哲学の中心的課題である、とわれわれは考えるのである。
- 6) 澤瀉久敬『医学概論』（全三巻）。第一巻「第一部・科学について」（誠信書房、1970年6月）、第二巻「第二部・生命について」（誠信書房、1969年12月）、第三巻「第三部・医学について」（誠信書房、1970年6月）。この医学概論の一連の研究は1941年（昭和16年）4月、大阪大学医学部の医学概論の講義の開講にともなって始められ、『医学概論—第一部・科学について』が刊行されたのは1945年10月のことであり（澤瀉久敬『医学の哲学 [増補]』誠信書房、1985年、

220 頁), 第一部に五年, 第二部に五年, そして第三部には十年の研究年月を費やし, こうして二十年の歳月にして澤瀉の医学概論は形成されたのだという (同前, 259-260 頁)。

- 7) 澤瀉久敬『医学概論とは』(誠信書房, 1987 年), 95 頁。
- 8) 澤瀉, 前掲『医学概論—第三部・医学について』, 286-287 頁。
- 9) 同前, 287-288 頁。
- 10) 同前, 289 頁。
- 11) 同前, 287 頁。
- 12) 同前, 290 頁。
- 13) 同前, 291 頁。
- 14) 同前, 294-295 頁。
- 15) Hugo Tristram Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics*, (Oxford University Press, New York, 1986), p.241. 加藤尚武・飯田亘之監訳『バイオエシックスの基礎づけ』(朝日出版社, 1989 年), 301 頁。
- 16) 澤瀉, 前掲『医学概論—第三部・医学について』, 294 頁。
- 17) 同前。
- 18) *ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE*, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, tome quatrième, (Adolf M. Hakkert, Amsterdam, 1978), pp.628-633. ヒポクラテス (小川政恭訳)『古い医術について 他八篇』(岩波書店, 文庫, 1989 年), 191-192 頁。
- 19) 立花 隆「医の倫理」(『岩波講座 転換期における人間 8』, 岩波書店, 1989 年), 35 頁。
- 20) 川喜田愛郎「歴史のなかの医の倫理—医術と倫理のかかわりについて—」(前掲『生命・医学・信仰』), 229 頁。
- 21) 同前, 233 頁。
- 22) 同前, 230 頁。
- 23) 同前, 233 頁。
- 24) 立花, 前掲「医の倫理」, 35 頁, 参照。
- 25) 同前, 参照。
- 26) 川喜田愛郎『医学概論』(『現代看護学基礎講座 1』真興交易医書出版部, 1981 年), 274 頁。
- 27) 北本 浩『医学概論』(『標準看護学講座 1』金原出版, 1980 年), 53 頁, による。この「誓詞」は, ナイチンゲールの名が付され「ナイチンゲール誓詞」と呼ばれているが, 彼女自身が執筆したものでないことはよく知られている。西田 晃によれば, この誓詞は, 1893 年, アメリカのミシガン州デトロイトにある, ハーパー病院附属ファーランド看護婦学校のルステラ・グレッター夫人が中心となって作成したものである。この誓詞の日本語訳がいつ誰によって行なわれたかは不明であるという (以上, 西田 晃「ナイチンゲール誓詞」, 『看護技術』第 31 巻 (1985 年) 第 6 号, 43 頁, による)。また, 大石杉乃によれば, ナイチンゲール思想が日本に積極的に紹介されその普及がはかられるようになったのは, 第二次世界大戦後, 連合軍総司令部公衆衛生福祉局看護課 (とりわけその初代看護課長グレイス・エリザベス・オルト少佐) によることであり, そうしたなかで「ナイチンゲール誓詞」も広まったものであるという (大石杉乃「占領下日本における看護政策とナイチンゲール思想」, 『看護教育』第 33 巻第 10 号, 1992 年 10 月号, 788-792 頁)。
- 28) 澤瀉久敬「看護の理念」(『医の倫理—医学講演集』誠信書房, 1976 年), 80 頁。
- 29) 同前, 95 頁。
- 30) 矢島羊吉『新版 倫理学の根本問題』(福村出版, 1989 年), 37 頁。
- 31) 同前, 38 頁。
- 32) 山崎章郎『病院で死ぬということ』(主婦の友社, 1991 年), 31 頁。

- 33) 同前, 32 頁。
- 34) 同前。
- 35) 立花, 前掲論文, 34 頁。
- 36) 星野一正はこう述べている, 「従来不可能であった治療が可能になり, 死ぬにまかせるより仕方なかった患者が治療によって社会復帰が可能になれば, 人々の価値観, 生命観も変わってくる。それにつれて倫理観も必然的に変わってくる。それゆえに, バイオエシックスは、『ヒポクラテスの誓い』に盛られている『不易の倫理』の土台の上に, 時代とともに変わる価値観を反映した『流行の倫理』を重ねた『不易・流行の倫理』を学際的に研究する学問体系なのである」(星野一正『医療の倫理』岩波書店, 新書, 1991 年, 76 頁)。
- 37) 星野, 同前。なお, バイオエシックスの具体的な研究課題については, 同前, 75 頁, を参照されたい。
- 38) 星野も, バイオエシックスと片仮名で表記することを提唱している(星野, 同前, 75 頁)。川喜田も「生命倫理」という訳語が適切でないことを指摘している(川喜田, 前掲『生命・医学・信仰』, 248 頁, 350 頁註(9))。
- 39) ハウル事件については, 立花, 前掲論文, 33 頁, 参照。
- 40) カレン・クインラン事件については, 立花, 同前, 42-44 頁, および竹内一夫『脳死とは何かー基本的な理解を深めるために』(講談社, ブルーボックス, 1991 年), 142 頁以下, 参照。
- 41) 川喜田, 前掲『生命・医学・信仰』, 253 頁。
- 42) 同前, 253-254 頁。
- 43) 加藤一郎・森島昭夫『NHK市民大学 現代社会と市民の法』(日本放送出版協会, 1985 年), 75 頁以下。
- 44) 川喜田, 前掲『生命・医学・信仰』, 262-263 頁。
- 45) 加藤・森島, 前掲書, 80-81 頁。砂原茂一はインフォームド・コンセントを「知らされた上の同意」と訳している(砂原茂一『医者と患者と病院と』岩波書店, 新書, 1989 年, 166 頁)。われわれは, 「説明と同意」という訳語が適確であるとは考えない。この術語もまた, カタカナで「インフォームド・コンセント」と表記されるべきである。
- 46) 水野 肇『インフォームド・コンセントー医療現場における説明と同意』(中央公論社, 新書, 1990 年)。その第一章において, インフォームド・コンセントの思想が形成されてきた歴史が語られている。
- 47) 「医療過誤による損害賠償請求の法律上の根拠は, 従来, 不法行為(民法 709 条)に求められてきたが, 最近では, 医療契約における契約違反ないし債務不履行(民法 415 条)に求める例が多い」(加藤・森島, 前掲書, 84 頁)。
- 48) 新村 明・藤田真一『患者本位の病院改革』(朝日新聞社, 朝日文庫, 1990 年), 245-246 頁, に基づく。ただし, 改変を加えた。なお, 星野, 前掲書, 75-76 頁, をあわせて参照されたい。
- 49) H.T. Engelhardt, Jr., *op. cit.*, p.4. 前掲邦訳, 2 頁。
- 50) *Id.*, *ibid.*, p.5. 邦訳, 3 頁。
- 51) *Ibid.* 邦訳, 4 頁。
- 52) *Ibid.* 邦訳, 同前。
- 53) *Ibid.*, p.11. 邦訳, 13 頁。
- 54) *Ibid.*, p.105. 邦訳, 130 頁。
- 55) *Ibid.*, p.107. 邦訳, 133 頁。
- 56) ホアン・マシアはこう述べている, 「私はカトリックの立場から現代の諸問題を考察しておりますが, カトリックの生命観やそれに基づく倫理に全面的には納得できない方でも, 本書から何か参考になるものを読み取って下さることができれば幸いです」(ホアン・マシア『改訂増補

バイオエシックスの話－体外受精から脳死まで』（南窓社，1988年）3頁。

- 57) H. T. Engelhardt, Jr., *op. cit.*, p.216. 邦訳，267頁。
- 58) Id., *ibid.* 邦訳，同前。
- 59) *Ibid.*, p.217. 邦訳，268頁。
- 60) *Ibid.* 邦訳，同前。
- 61) 川喜田，前掲『生命・医学・信仰』，347頁。
- 62) ホアン・マシア，前掲書，139頁。
- 63) 鈴木雅洲『体外受精－成功までのドキュメント』（共立出版，1983年），2頁。
- 64) 同前，17頁。
- 65) 同前，19頁。
- 66) 同前，111-112頁。
- 67) 同前，112頁。
- 68) 加藤，前掲『バイオエシックスとは何か』，45頁。
- 69) 川喜田，前掲『生命・医学・信仰』，338頁。
- 70) 同前，299-304頁。
- 71) 森鷗外は「甘暝 Euthanasie とは安く死する謂いのみ」と述べて，甘暝がいかに医にとって重要なことであるかを説いている。今日しばしば語られるホスピスは森のいう「甘暝の説」にその根拠を求めることもできるであろう（『鷗外全集』第三十三巻，岩波書店，1989年，606頁）。なお，池辺義教の「甘暝の医学」を参照（池辺義教『医の哲学』行路社，1986年，181-197頁）。
- 72) 鈴木，前掲書，98頁。
- 73) H. T. Engelhardt, Jr., *op. cit.*, p.11. 邦訳，13頁。

(付記) この論文は，著者が，1991年（平成3年）9月25日，社団法人岩手県看護協会ほかの主催による「看護研修会－母性－」（於，岩手県看護研修センター，盛岡市）において「生命倫理」の講義を行なうにあたり，講義資料として作成した「バイオエシックスの基本的課題－周産期医療(perinatal medicine)の問題を中心にして－」を基にして，執筆したものである。