

# 医 療 と 文 化

## —— 第1回世界会議「医学と哲学： 科学・技術・価値」の報告から ——

中 村 隆 子

### 1 は じ め に

『第1回世界会議 医学と哲学 / 科学・技術・価値 (First World Congress, Medicine & Philosophy-Sciences, Technologies, Values)』が、フランスの「ヨーロッパ医学哲学・ヘルスケア学会 (European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH))」および「デカルト協会」(Association Descartes (AD))の主催のもとに1994年5月30日から6月4日の6日間パリのソルボンヌ大学で開催された。参加者は、フランスをはじめとする世界31カ国より475名(日本からは15名が参加)を数え、「医学と哲学」というテーマのもと、活発な学術交換がおこなわれた。それは医学と哲学との領域横断的な試みの長期的展望を明らかにしていくものであった。

今回のパリ学会は、1987年から続いている「ヨーロッパ医学哲学・ヘルスケア学会」が拡大されたものである。次回のヨーロッパでの会議は、1995年5月18日から19日の2日間、今回に引き続きパリのソルボンヌ大学にて「人間の脳と心理現象：研究と治療学の倫理」(Cerveau et Psychisme Humains : Ethique de la Recherche et des Therapeutiques)というテーマでおこなわれることになっている。

このたびの会議では、まず最初に学会のテーマである哲学と医学の相互交換と、それに関連する諸問題についての全体セッションがおこなわれた。初日においては「遺伝子疾患：ヒトゲノム解析にかんする医学的介入と人類の未来」、2日目には「慢性病：医学的治療にかんする科学的研究の影響と技術革新」、3日目と4日目には「神経症と精神病：ヘルスケアエシックス」、最終日には「病気と哲学：医学(医療人類学)における人格の概念」といった4つのパラレルワーキングセッションがおこなわれた。

本稿では、今回の会議の中心的争点のひとつである医療と文化のかかわりに焦点をあてることにする。つまり、終末期医療ないし先端生殖医療のバイオエシックスを考えるためには、各国特有の文化的要因が考慮されねばならないという基本的前提から、ここでは医療現場における文化的要因の問題をこのたびの会議がどのように解明したのかについて、やや私見をまじえながら論じていくことにする。そしてこうした観点にもとづいて、とくに日本において臓器移植や脳死の承認が遅れている原因を探ってみることにしたい。

現在の医療における文化的要因について、本稿ではこれをおおむね次の3つの観点から考察することにする。すなわち、(1) 医療とインフォームド・コンセント、(2) 医療と制度的問題、(3) 医療とアイデンティティー、の3つである。そして、以上の3つの観点から「死と臨死」、「臓器移植」、「遺伝学」などのテーマについて考察し、さいごにまとめとして本会議全体の到達見解について私見を述べることにしたい。

## 2 会 議 の 報 告

### (1) 医療とインフォームド・コンセント

「インフォームド・コンセント」は、終末期医療や先端生殖医療の現場において、つねに論議の対象となる重要な問題である。それは、バイオエシックスの基本的理念であるオートノミー（自律）にもとづく患者の自己決定権の尊重によって成り立つ概念である。たとえば、日本にみられる臓器移植への躊躇は、それがおこなわれる際にあらかじめ推定される患者本人の同意ないしドナー（臓器提供者）の明白な同意が認められない状況にあること、つまり患者の自己決定権にもとづくインフォームド・コンセントが未確立であることに原因があるようおもわれる。今回の会議のなかでは、医療におけるインフォームド・コンセントにかんするセッションがもたれ、日本、アメリカ、オーストラリア、ベルギー、ハンガリーなど各国の研究者によってさまざまな角度から議論がおこなわれた。

まず最初に、ベルギーのジャン・ノエル・ミサ氏は、脳外科の医療現場におけるインフォームド・コンセントの概念の出現と展開とを考察し、パーキンソン病患者の脳への中絶胎児の移植用組織片の移植実施にあたってのインフォームド・コンセントの問題を分析した。彼は、患者のオートノミー尊重の原則と、パーキンソン病患者を救済するという慈善行為の原則とのあいだのあつれきを指摘し、このあつれきを解決するために、患者と医師とのあいだのインフォームド・コンセントが必要であると結論づけた。

これにたいし、オーストラリアのマイケル・エバンズ氏は、インフォームド・コンセントを支える患者の権利と医療のあり方にかんして、医療と文化的背景とのかかわりを、とくに日本の医療の現状にもとづいて考察した。彼によれば、医師と患者のあいだの相互関係においては医療と文化とが相互に結びついており、それはとくに脳死患者からの臓器移植にたいする文化的抵抗に典型的にあらわれている。医療技術が近代化していく過程で、日本においては近代的医療にたいする伝統的・文化的抵抗が保ち続けられた。それは医療技術の恩恵と文化的背景とのあいだの親和性と緊張性との併存としてとらえることができる。日本のヘルスケア・エシックスについて見てみると、「患者の権利」を考慮に入れた高次の契約がないという文化的背景がある。エバンズ氏は、医療行為の際には、患者の参与すなわち十分な説明と同意（インフォームド・コンセント）が必要であるにもかかわらず、日本においては「患者の権利」が、日本固有の儒教的・仏教的伝統にもとづいたかたちで考えられていないと指摘した。

さらに、ハンガリーのグユラ・ゲエイズラー氏は、オートノミーにもとづく患者の自己決定権に言及して、なぜ医師は患者にたいしてオートノミーの権利を与えようとししないのかという

理由の1つに、医師の患者にたいする優位の構造、すなわちパターナリズムの構造を指摘した。彼は、インフォームド・コンセントを確立するためには、このパターナリズムの構造を克服しなければならないと主張する。つまり、医師が苦痛に苛まれるすべて患者にたいして共通の個人的レベルの敬意を払って、全人的ケアに徹しなければならないというのである。

アメリカのカール・D・シュナイダー氏、リー・テテイルバウム氏らは、腎臓疾患をもつ終末期患者にたいするインタビューを通じて、患者の医学的決定におけるオートノミーの実践について考察した。彼らの調査で問題とされたことは、バイオエシックスが、その中核をなすインフォームド・コンセントの問題を解明しうるかということであった。インフォームド・コンセントにおける問題点は、患者の医学的決定が医師および周囲の人間の決定と対立している点にある。そこで、彼らは、これらの対立を患者サイドから次の4つのカテゴリーにまとめた。①患者が道徳的にオートノミーを実践することが可能であるか、②患者が彼ら自身や彼らの家族や友人など、また医療従事者にたいして自らの自己決定をおこなうための倫理的義務をもっているか、③患者自らが医学的決定をおこなうことによって、かれらの健康を維持する義務を請け負うことになるのか、④患者は重大な決定にたいして道徳的な重荷を他人に課することになるのか、など医学的決定と社会的決定とのあいだの対立が分析された。さらに、医学的決定を放棄する人々がどのようにあつかわれるべきかという問題が提起され、結論としては、すべての患者にたいしてオートノミーにもとづく医学的決定をおこなうための教育がなされるべきであると指摘された。

医療の現場でこのようなインフォームド・コンセントを実践する際に、とりわけ患者の自律的な「自己決定権」を尊重することの必要性が叫ばれている。インフォームド・コンセントの概念の中核をなすこの「自己決定権」について、アメリカのジョン・グレゴリー氏、マルティン・ガンデルソン氏、そしてロシアのロデオン氏らが報告をおこなった。彼らは、終末期医療の現状における患者の死の「自己決定権」、死に瀕している患者に手をかす権利、生命の終わりにたいするガイドラインの定式化には問題があると指摘した。というのも、これらによって延命治療ないし蘇生操作にたいする拒絶が促進されるという問題があるからである。しかし、これは法律レベルの問題を超えて、実際の医療現場における具体的な問題であり、それは地域文化のなかの医療技術および倫理・規範の問題でもある。

これにたいし、先端生殖医療における自己決定権については、オランダ、ノルウェー、スウェーデンなど各国の研究者が討議をおこなった。このセッションでは、生命操作への問題について倫理的側面から討議がおこなわれた。そこで論じられた遺伝子治療にかんする問題点を整理すると、①患者の知る権利と知りたくない権利、プライバシー保護と告知制限にかんするあつれきの問題、②人権問題、女性の自己決定権ないしリプロダクティブ・ヘルス（女性の一生を通して性と生殖にかんする健康）と身体障害者とのあつれきの問題、③世代間倫理の問題、などがある。とくに②の問題では、「出生前診断」による中絶は、障害児撲滅につながるのではという批判がある。この批判にたいする解決策として、遺伝子疾患が見られた場合に中絶をおこなう「出生前診断」にかかわって、初期胚の段階で割球の胚移植がおこなわれる「着床前遺伝子診断」がある。これらは胎児になる前の操作なので、倫理的になんら問題はないというも

のである。しかし、生命操作にたいするこの問題は即座に解決するとはおもわれない。というのもそれは、③の世代間倫理の問題へとつながる根の深い問題であるからである。

## （２）医療と制度的問題

医療現場におけるインフォームド・コンセントの未確立や医療にたいする文化的抵抗の問題には、広い意味での「制度的」問題が影響を与えている。ここでいう医療の「制度的問題」とは、医療施設や医療経済、医療従事者と患者との相互関係など、医療の現場にかかわる社会的要因のことである。今回の世界会議においてもこうした制度的問題についてのセッションがもたれ、日本、オランダなどの研究者が報告をおこなった。

まずジュリット・ベルグスマ氏は、オランダとアメリカのレシピエント（臓器の提供を受ける患者）との比較から心臓移植の医療の現状を報告し、そこにみられる制度上の問題点を述べた。1991年～1993年に心臓移植を受けた患者にかんする調査が、オランダとアメリカ（シカゴ）で実施された。この調査は、研究者とレシピエントおよび配偶者との個人的な文通と面接からおこなわれた。その結果は次の4つの同心円のモデルとして説明することができる。すなわち、①個人の肉体的経験と心理的経験、②配偶者と家族に関係のある直接的経験、③友人の経験、④社会一般とヘルスケアシステムの経験である。注目すべきことは、オランダ・アメリカ両国において、とくに第3円と第4円とに実際上の違いがあった。つまり、友人の反応の違い、ヘルスケアシステムと社会の役割の違いである。レシピエントと彼らの家族の経済的負担は両国それぞれにおいて問題とされたが、アメリカの結果の方がオランダのそれよりもより深刻であった。それは、アメリカにおいて国民保健制度が整備されていないからと考えられる。第3円と第4円におけるこれらの経験は、臓器移植そのものの経験に大きく影響するものである。

ベルグスマ氏の心臓移植の現状報告における重要なポイントは、レシピエント本人とその周りのコメントであろう。本人からのコメントは、①自分の体のなかに異物が入っているような違和感を感じる、②多額の費用（年間400万円）がかかるのみならず、薬漬け状態におかれることにたいする不満とそれに伴う家族にたいする気負い、③手術後であっても以前と変わらない（むしろ寝たきり状態のままであったり、生命の質（QOL）の低下をまねく）状態にたいする不満、などがある。さらに、コスト負担にたいする不満が大きいのではないかと推察される。このような状況は、医師が患者や家族にたいして正しい情報を提供していなかったことに原因があり、いいかえれば、医師と患者およびその家族とのあいだのインフォームド・コンセントが十分でなかった結果生じてきたのではないかとおもわれる。

これにたいし、日本のカール・ベッカー氏は、日本人が臓器移植に反対する理由をとくに文化的・社会的な観点から論証した。彼は、日本人が西洋の臓器移植承認に抵抗する理由をとくに文化的要因にもとめ、それを次の3つに要約している。すなわち、①死と臨死にたいする社会的重視、②伝統的宗教の世界観ないし哲学的世界観、③日本における医学界の構造と倫理にたいする不信ないし利害関係、などの理由である。①にかんしてベッカー氏は、日本における老人向けの社会的尊敬が、かつて与えられた恩恵のお返しを要求する社会の倫理にもとづいて



いることを指摘している。②については、西洋では意識は人格の第一の判別基準であると考えられるが、日本では死んで人格を失ったときに意識が不可逆的に消滅するものだと考えていないことが明らかにされた。この論点は次節で述べる医療とアイデンティティーの問題とも関連する。③の問題は、日本の医療システムの構造や、医療行為の実践、世論の問題である。ベッカー氏は、日本人にとって臓器移植の承認が道徳的秩序を乱すばかりでなく、医師による深刻な濫用をまねく危険性があることを問題視している。以上のとおり、西洋の医療原理をそのまま日本の状況に適用することはできないことが結論づけられている。

医療の制度的問題に深くかかわる概念として最近注目されている「生命の質（QOL）」についても、今回の会議ではセッションがもたれた。そこでは、フランスのフランソワ・ルグニエール氏とスウェーデンのペル・ローゼン氏、およびステファン・ブジョルク氏らが、それぞれ「生命の質という概念の意味」、「ヘルスケアにおける質」という題目のもと、ヘルスケア・システムのあり方について活発な討論をおこなった。医療現場で近年とみに議論の対象とされるこの「生命の質」の問題であるが、これはベッドサイドの医学的介入、種々の治療と新技術の成果、また、公衆衛生の改善の成果などを指標として測定されるものである。しかもこの指標は、臓器移植を受けた患者（レシピエント）の生存余命率を示すものでもあり、臓器提供者（ドナー）からレシピエントへの臓器移植の有効性を測る1つの尺度でもある。

ルグニエール氏は、この生命の質の指標によって、ヘルスケア・システムの改善の可能性を追究した。ここ20年間を通じて、あらゆる医薬品産業センターおよび保健衛生当局が医薬品の使用に抱いている疑問は、①それは安全であるのか、②それは効果があるのか、③費用はどうかであるが、これに加えて、④生命の質はどうか、という疑問が大きくなっている。ルグニエール氏は、この生命の質を測定することによって医療機関の充実性を知る可能性を示唆したのである。

こうした生命の質の概念を前提とした上で、ローゼン氏は、ヘルスケア部門における生命の質の改善の必要性を強調した。彼は、生命の質の改善を各病院に働きかけなければならないと主張する。その際明確にすべき問題は、「患者の要求」である。ヘルスケア施設の整備は、実際的なものから潜在的なものにいたるまで、患者の基本的な要求からおこなわれるべきである。彼によれば、スウェーデンのヘルスケア設備の質的改善政策のなかでは、「ヘルスケアの目的は、全市民のための平等な条件のもとでなされる優れた健康治療をおこなうことである」と規定されている。つまり、スウェーデンの医療システム政策センターによって提案されたヘルスケア設備の特徴が、「患者の要求」という倫理的な要請に沿ったものであり、今後患者の視点にもとづくヘルスケアシステムが他国にも普及されるべきである、とローゼン氏は主張するのである。

### （3）医療とアイデンティティー

医療におけるアイデンティティーの問題は、とりわけ臓器移植医療や精神病治療への文化的抵抗において問題となっている。これら医療にたいする文化的抵抗をひきおこす大きな要因の1つは、患者のアイデンティティーの喪失感からくる躊躇感である。

すでに紹介したベルグスマ博士の心臓移植の現状報告において、患者個人のアイデンティティーの喪失感、すなわち心臓移植を受けた患者が、自分の体内に異物が入っているような違和感を感じるという指摘があった。しかも、ひとくちにアイデンティティー喪失感といっても、それは患者本人のものばかりではなく、患者の周囲の人々のアイデンティティーの喪失でもあるため、それが臓器移植にたいする文化的抵抗をひきおこすという問題がある。

脳死患者からの臓器移植にたいする抵抗は、脳死が人の死と認められたときにはじめてなくなるようにおもわれる。しかしそうすると、人格とは何かという問題、さらには人格は脳組織に宿るのか、もし宿るのであるならば人格は脳組織とともに移植されるのかという問題が浮上してくる。これらの問題がはっきりと解明されない限り、臓器移植にたいする抵抗感は払拭されないであろう。近年、臓器移植の容認をめぐるさまざまな見解が述べられつつあるが、生体肝臓移植、とりわけ脳組織移植の問題は、我々に人間性とは何かを考えさせる点できわめて興味深い問題である。

今回の会議では、ドイツのジョージ・ノトフ氏が、「脳組織移植と精神と肉体の問題：人間の主観性と脳」をテーマに、医療におけるアイデンティティーの問題を考察した。現代の医学において、脳組織移植の可能性はすでにパーキンソン病にたいする治療法の使用から実証されている。このセッションでは、このような脳手術が人格の精神的状態を操作しうる可能性をもたらすという観点から、精神性と脳との相互関係にかんする倫理的・哲学的問題が討議された。

近年人間の心ないし主観性にかんする哲学的議論が活発におこなわれているが、ノトフ氏はそのなかでも哲学者のナジェル氏の所説を重視する。ナジェル氏によれば、全ての精神状態は「何が好きか」という問いによって特徴づけられる。この「何が好きか」という問いは、自らの視点を第三者の視点に変えることができない状態にあるということを意味する。したがってこの視点は、ある「特徴的な主体」と密接に結びついている。このような人間の主観性の理論を脳組織移植に適用したいとノトフ氏は述べる。もし、我々が脳組織移植をパーキンソン病、アルツハイマー病、ハンチントン舞蹈病患者などにたいしておこなうとすると、彼らの主体性に変化は生じるのであろうか。脳組織を移植することによって、脳組織のみを、あるいは人間の主観性をも移植しうるものだろうか。脳組織移植に伴う倫理的問題を解決させたいなら、このような問題は問われるべきであろう。

さいごにノトフ氏は、脳組織移植の実施にあたっての倫理的問題を取り上げ、それらを精神性と脳との相互関係において討議すべきだと主張した。脳組織移植をおこなえば、人格も同時に移植されるというのが彼の仮説であるが、そうすると A という人の脳組織を B という人の脳に移植した場合、B は A の人格を継承することになる。この問題は、次回のパリ国際学会（「人間の脳と心理現象：研究と治療学の倫理」95年5月18-19日）で取り上げられるテーマでもある。

同じようにフランスのベルナルド・バコード氏も、医療とアイデンティティーの問題を精神病理学の立場から考察した。バコード氏は、最近の精神病理学研究のテーマの1つでもある患者の行動と意志にたいする哲学の貢献を、具体的に精神分裂症患者の事例を上げながら示した。彼の報告では、アイデンティティーと心の哲学との関連に焦点があてられ、さまざまな形態の

精神病理によって引き起こされるアイデンティティーの動揺、さらにはその哲学的意味について考察された。

そもそもアイデンティティーとは、一般的に「個人の自己同一性」と定義されているが、医療とアイデンティティーとのかかわりを論じる際には、①患者本人のアイデンティティー、②患者本人と医療および医療従事者の関係におけるアイデンティティー、③患者本人の周囲の人々ないし社会との関係におけるアイデンティティー、という3つに区分することが可能である。ノトフ氏の人間の主体性と脳とのかかわり、ベルグスマ氏のレシピエントの違和感などは①にあたり、ベッカー氏の臓器移植にたいする文化的抵抗感は②と③にあてはまるものといえよう。

### 3 会議全体のまとめと考察

以上の紹介からも明らかなように、現代の医療の現状を考えていく上で重要なのは、広い意味での文化が医療にいかなる影響を及ぼしているのかという視点である。それゆえ、文化的側面の解明が今日の医療問題の解明の手がかりとなると考えられる。前節では、今回の世界会議で集中的に論議されたこの文化的側面を、(1) 医療におけるインフォームド・コンセント、(2) 医療における制度的要因、(3) 医療におけるアイデンティティー、の3つにわけて検討してきた。以下では、これら3点が引き起こしている問題を考察し、その知見を総合してこの問題にたいする建設的な解決策を見いだしてみたい。

なぜ日本人は、脳死や臓器移植などにたいして躊躇を示すのだろうか。このいわば医療への文化的抵抗の原因を、ここではまず、上の分類に対応したかたちで次の3つに区分しておこう。①医療がおこなわれる際にあらかじめ推定されるドナーの明白な同意（リビング・ウィル）およびドナーの家族と医師とのあいだのインフォームド・コンセントが未確立であること、②医療の制度上の問題、たとえば脳死判定の基準やドナーの選別基準など、医学的決定の基準が曖昧であること、そして③医療の対象となる患者のアイデンティティーの動揺、である。すでに紹介したベッカー氏の議論においても、やや違った観点からではあるが、これと同じような分類がおこなわれている。彼が挙げた先端医療にたいする文化的抵抗の3つの要因のうち、死と臨死にたいする社会的重視の問題はおおむね③に位置づけることができ、医学界の構造と倫理にたいする不信ないし利害関係の問題は②にあたり、伝統的宗教の世界観ないし哲学的世界観の問題はこれら3つすべてにかかわっている。

#### (1) インフォームド・コンセントの問題について

臓器移植の法制化をめぐる議論において、インフォームド・コンセントの問題が頻繁に取り上げられている。日本人が先端医療にたいして躊躇を示すのは、なによりもまず、医師と患者の信頼関係にもとづくインフォームド・コンセントが未確立であることに原因があるようにおもわれる。患者の自己決定権を尊重するためにも、この確立は急務といえよう。先端医療技術の開発に精力を注ぎ、それをおこなうための法制化を急ぐよりも、まずはじめにこの「イン

「インフォームド・コンセント」の明確な定義づけがもとめられるべきではなからうか。具体的には、「患者が医療を受ける権利」や「医療を拒否する権利」ならびに「リビング・ウィル」や「持続的委任権法」のような、「患者が前もってしておく意思表示（Advanced Directive）」を明確にすることである。そして、これを確立するためには、医療不信を払拭して医師にたいする信頼感を醸成する必要があるが、そのためには北米の開業制度や病院制度にみられる「同僚批判制度」（院内医師や院内開業専門医あるいは院外医師らが互いに監視をしあう、独善医療や医療ミスを防ぐための制度）や、病院内の「病院倫理委員会」や「ヘルスケア倫理委員会」など、徹底した医療制度の改革がまずなされるべきであろう。

さらに、これを支える医療制度として、「掛かりつけの医師」制度（欧米にみられるいわゆる「ホーム・ドクター制度」）の普及がもとめられる。この制度は、医師と患者とその家族との信頼関係を醸成するには最も効果的であるといえる。この制度を普及させることによって、心と身体の両面から「痛み」に共感をもって患者と接することのできる医師を育成することを期待しうからである。この点に関連していえば、今後医療がめざすべき方向として、「癒しの医療」の確立が急務である。いわゆるターミナル・ケアの場において、ビハラーないしはホスピスの設備、スタッフ・プログラムの充実を図り、各社会に固有の宗教的価値観をもっと導入していかなければならない。しかし、そうした社会資本を整備するための財源の問題も残っている。しかしながら、インフォームド・コンセントの未確立の問題は、これら制度上の問題のみによって解決されるものではない。医師が患者に情報を提供しないことにも原因があるが、こうした状況を引き起こす最も大きな理由は、むしろ患者が医師に何でもお任せするといった、いわばパターンリスティックな構造のなかにある。とりわけ、日本においてインフォームド・コンセントが未定着である原因を探るためには、医師ばかりでなく、患者を含めた両サイドの内面的問題に触れるべきである。

以上のような前提に立った上で、インフォームド・コンセントないしは自己決定権の問題を考えると、次の2つの側面を分けて論じる必要がある。まず①患者本人にたいする告知の問題、たとえば遺伝子疾患の患者にたいして病名を告知すべきかという問題、そして②患者の周囲の人間（家族や友人）にたいする告知の問題である。インフォームド・コンセントをめぐる諸議論においては、これまで①の患者本人の自己決定権の側面だけが強調されてきたが、②の側面ももっと考慮する必要があるようにおもわれる。これは、終末期医療行為を施す際に患者の意思が不明瞭で、その意思を引き継ぐ代理人が要求される場合に問題となってくる。患者の意思を代行するものとしては、なによりもまず家族が挙げられるが、その家族の決定権にかんする法的・倫理的基準については、これまでほとんど議論がおこなわれていない。今後は、この側面にもさらに焦点をあてていく必要があろう。たとえばこうしたことは、遺伝子診断において、自分に発病遺伝子があると知らされた患者が、発病する可能性のある周りの家族、親類縁者にたいしてそのことを告げるべきかどうか、という問題にもかかわってくる。親戚のなかには、結婚問題に差し支えるので知らされたくないと思う者がいるかもしれない。いわゆる医師の患者にたいする告知義務と、患者にかんする情報が第三者に流出しないようにする守秘義務（プライバシー保護）とが問題となるわけである。

日本の現状を見てみると、患者本人の自己決定権が認められておらず、主として周囲の家族の決定に委ねられている場合が多い。H・トリストラム・エンゲルハート氏は、自著のなかで患者本人の意思が自己中心的になりすぎて周りに悪影響を及ぼす場合がありうるとして、「患者の家族の決定権」を法的に確立させるべきだと主張している。この指摘は、自己決定をあくまでも尊重したうえで、医療スタッフや家族など参加者の助言を取り入れた新たな決定のあり方を示唆したものと考えられる。それは、患者本人だけでなく医師や家族をも含めた総体的な決定、つまりインフォームド・コンセントにもとづいた決定である。これを確立することによって、患者本人の自己決定が採用される場合でも、周囲の家族の意見が十分反映されることが可能となろう。患者が自ら決定を下すことができないとき、周囲の人間がいかに関与を支えるか、ということも吟味しなければならない。自己決定を行なうことができない患者（ないしは知的障害をもつ患者）でも、周囲からアシストされればそれも可能である。病に倒れて気が弱くなり、なかなか自己決定できない患者についても、こうした決定のあり方の意義がとらえなおされなければならないだろう。とくに日本の老人は、自分の意思決定までも周辺に委ねようとする傾向があることが指摘されている。このような問題に対処するためにも、自己決定を支えるインフォームド・コンセントにもとづいた新たな決定のあり方が問われなければならないであろう。現代医療におけるさまざまな問題を解決するためには、こうした点を考慮した上で、各国の文化に即した医療システムの構築を図らなければならないようにおもわれる。

## （２）医療の制度上の問題について

医療技術の進歩によって、今日では医療による人間の生と死の現象への人為的介入が可能になったが、これがさまざまな問題をひきおこしている。臓器移植、遺伝子診断と遺伝子治療など、医療による人間の出生あるいは生命そのものへの人為的介入にたいする生命倫理面での検討の必要性が、大きな問題として浮上してきた。

まずはじめに、本会議で論議された遺伝子治療の問題について指摘しておこう。その検討に入る前に、ここで先端生殖医療技術について簡単に説明しようとおもう。先端生殖医療技術を大きく分けると、①生殖細胞遺伝子治療と体細胞遺伝子治療という２つの方法をもつ遺伝子治療と、②受精卵・胎児の出生前遺伝子診断と剖検による着床前遺伝子診断という２つの方法をもつ遺伝子診断とがある。遺伝子治療のうち生殖細胞遺伝子治療の方は、現時点では、どの国においても認められていない。というのも、人間の生殖細胞である精子、卵子、受精卵を対象とした遺伝子治療においては、遺伝子に与える影響について技術的にも未解明な部分が多すぎることで、また、その遺伝子が次世代に受け継がれる可能性が高いこと、そしてその影響が患者だけにとどまらない恐れが強いことなどが危惧されているからである。遺伝子治療は、現在有効な治療法に乏しい疾患、たとえばガンやエイズなどの病気にたいする画期的な治療法として期待されている。本会議では、世界中で禁止されているこの生殖細胞治療にかんする問題が取り上げられた。それは、もし仮に生殖細胞治療がおこなわれるようになるとすると、筋ジストロフィー、白血病、小人病など、ハンディキャップをもつ遺伝子疾患児を未然に防ぐことが可能になるというものであった。しかし、もしハンディキャップをもたない子供を産みたい

と願う人々が圧倒的に多くなるとすれば、遺伝子操作によって生まれた健常児と小数の障害児とのあいだに差別が生じることになるだろう。また、そのことは個人の幸福追求という意味において憲法違反であるかもしれない。さらに、遺伝子治療にかかる費用は高額（1回につき2000万円以上）であるため、経済上の不平等が生じるかもしれない。この遺伝子治療の問題に関連して、人間の遺伝子疾患を診断しようとするヒトゲノム解析も最近論議の対象となっている。これは血液検査、皮膚などによるDNA解読検査であり、これによって現在効果的な治療法のない病気の治療が可能になるかもしれない。現在では約4000種類の疾患が発見されているが、現段階ではその内の50種類しか治療可能ではない。そこで、治療不可能な患者にたいして医師はそのことを本人に告げるべきかどうかということが問題となってくる。患者は真実を知る権利があると同時にそれを放棄する権利をもっているからである。いいかえれば、そこには患者の「真実を知る権利」および「知らされないでいる権利」ないしは「プライバシー（秘匿）の権利」と、医師の「説明する義務」および「プライバシー保護」ないしは「告知制限」とのあいだのアンビヴァレンスがある。

この問題にかんして、アメリカでは、医師は患者にたいして余命告知をする必要がないという規定が設けられている。これは、現在の医療技術では余命を正確に診断することができないからであり、余命はもっぱら医師の独断的判断、経験によってしか診断されないからである。最近、遺族が余命告知をおこなわなかった医師にたいして、経済的（相続税の）損害を理由に訴訟をおこしたが、却下されたという事例がある。日本においては、ジェネテック・カウンセリング（遺伝子相談システム）が整っている大学病院は少ないことが報告されている。ジェネテック・カウンセラーに通う人々にたいして世間の冷たい目があり、遺伝子疾患にたいする社会の反応はすさまじい。

限られた医療的資源をいかに国民に配分するかということも問題である。医療設備の資源、たとえば医療機械、薬、名医の数などは有限である。医療技術が高まると、それにたいする需要も高まり、需要と供給とのあいだにアンバランスが生じる。その解決策としては、以下の3つが指摘された。①高度な医療技術の適用を取りやめる。②政府の判断（優先順位）にまかせる。欧米では臓器提供の際に、与えられる患者の優先順位が設けられている。60才以上の患者には心臓移植はおこなわれない。これは、余命いくばくもない患者よりも、より若い患者に臓器を提供した方が回復力が大きいという理由からである。臓器提供の際の優先順位は、治療後の回復力と社会にたいする貢献度に関わるものではあるが、ごく一部の選ばれた患者にしか適用されない状況にたいして不満の声がある。③自由経済にまかせる。国民保健がないアメリカにおいては、経済上から、手術の際に不公平が生じる。遺伝子治療にかかる多額な費用を国費でまかなえば、という意見もあるが、ごく小数の患者のために対処するのは不平等ではないか、という見方もある。また、多額のお金を払わないと利用できない医療技術は金持ちにだけ恩恵をもたらす、利用者側における不平等をひきおこすという問題点も指摘されている。ところで、医療設備の整わない第三世界においては、遺伝子治療をおこなうことができないので、遺伝子治療が可能な国々とそうでない国々とのあいだに差別が生じる、といった問題もある。遺伝子治療のレベルでは、フランス、イタリア、アメリカ、イギリスなどが先進国であるが、



これによってテクノロジーをもつ国ともたない国とのあいだに「南北問題」が生じる。この「南北問題」が、テクノロジーをもつ国の内部での「南北問題」と結びついて、二重の差別が生じることになる。

次に、臓器移植をめぐる制度上の問題を検討しよう。臓器移植の容認をめぐる必ず論議の対象となるのは、まずもってその法制化である。しかし、臓器移植の法制化を急ぐ前に解決されるべき問題がある。つまり「人間とは何か」、あるいは「死とは何か」といった実存的な問題に解答を与えることが必要である。とりわけ、「脳死」が人の死であるかどうかについては、日本においてはいまだ国民的合意がなされていない。この問題を解決することなしに、近代的合理主義を理由として臓器移植の法制化を急ぐことは、現状においてはかなり時期尚早であるようにおもわれる。臓器移植や尊厳死、安楽死などの問題も、近代的合理主義や個人主義にもとづく「患者の自己決定権」を主張するだけでは解決することはできない。ひとくちに「患者の自己決定権」といっても、それをわが国に根付かせるためには、なによりもそれを受け入れるべき文化的背景、つまりそれ相応の死生観が考慮されてしかるべきであろう。

ところが、臓器移植の法制化をめぐる昨今の議論の焦点となっているのは、「ドナーの生前の意思（リビング・ウィル）」の有無に加えて、「蘇生限界点」を超えているかいらないか、患者の意識が明確であるかどうかなど、医師の行為の違法性阻却の観点からの医学的レベルによる判断である。なかでも、とくに問題となっているのは、脳死患者を救うためになされる延命治療開発（脳全体のはれを防ぐことによって脳死を阻止する「低体温療法」）と、臓器移植を必要とする患者を救うためになされるその法制化とのあつれきの問題である（このことは、NHK スペシャル「臓器移植法案—今なにが問われているか」（平成6年12月16日放送）のなかでも取り上げられている）。

このように医療がさまざまな問題をひきおこしている今、医療のあり方を根底から問いなおす必要がある。ここには単なる臓器移植の問題を超えた、「生命観」ないしは「死生観」という根源的な問題が横たわっている。今日医療にたいしてこれほどの関心が寄せられている最も大きな原因は、生身の人間を単なる機械モデルでとらえることができないことによりやうやく我々が気づきはじめたことにある。90年代のバイオエシックスの立場は、「患者の自己決定」を基本理念とし、また各社会に固有の文化を考慮しつつ、それにもとづいた医療のあり方を問うものである。医療の現場において、各文化の死生観になじむ医療のあり方が問うこのバイオエシックスの立場のみが、「生命観」喪失の危機からの脱却の可能性を示唆しうるのではないかとおもわれる。

### （3）アイデンティティーの問題について

日本人が臓器移植にたいして躊躇を示す原因の1つは、日本人のアイデンティティー、とりわけその「生命観」ないしは「死生観」のなかにあるとおもわれる。

医療人類学者の波平恵美子氏は、論文「日本人の遺体観と日本人の人間関係」において、日本人は自分自身のアイデンティティーを周囲の人間関係の上で保持しようとする民族だと述べているが、この見解は医療をめぐる日本人のアイデンティティーを考えるうえではきわめて意



義深いものとおもわれる。波平氏によれば、日本人は自分自身のアイデンティティーを自分の周囲の人間関係において成立させているが、その人間関係をつないでいる糸が一人の人間の死によって切れてしまうと、自己のアイデンティティーが揺らいでしまうという危機感をもつ。このアイデンティティー喪失の危機感ゆえに、日本人は脳死を人の死と認めたがらず、脳死状態の患者から臓器移植をおこなうことにたいして抵抗感を感じるというのである。また氏は、臓器移植は日本人のアイデンティティーを確認し安定させる死者儀礼という習俗に反する行為であるとも述べている。つまり、脳死者の供養がおこなわれないまま臓器を移植するという行為が、遺族のアイデンティティーを危機に陥れることになるというのである。いいかえれば、臓器移植にたいする抵抗感は、その周囲の人間のアイデンティティーを維持するための死者儀礼のプロセスが崩されるという不安感なのである。さらに波平氏は、脳死・臓器移植の問題を議論する上では、遺体観などといった文化レベルでの視点が日本にかぎらずどの文化においても必要なのだと主張する。というのも、遺体にこだわりをもたない文化などどこにも存在しないからである。

同じく「民俗の思想に見る日本人の遺体観の特異性」という観点から、宗教学者の藤井正雄氏と清基秀紀氏は、その論文のなかで、「心身一元論」すなわち心臓という一極中心的な考えで身体を全体として見る日本の民俗思想が、脳死・臓器移植の問題にたいして無意識のうちに否定的に作用しているのではないかという指摘をおこなっている。藤井氏によれば、西洋人の脳死・臓器移植にたいする考え方は、ドイツ語のガイスト (Geist) とゼーレ (Seele) の二分法、すなわち、脳と心臓を分離する二極中心主義的な「心身二元論」にもとづくのにたいして、日本人の考え方は、日本の民俗語彙から見る限り (心の動きを肉体の一部を借りて表現する、たとえば「腹が立つ」など) 心臓と心を同一視する日本文化の特性に由来しているという。これにたいして清基氏によれば、医学的な死は論理的合法的に理解し確認できるが、遺族としての感情は簡単に肉親の死を納得できないという。彼は、そのような感情を納得させるためには、合理的な説明よりも習俗という手続きが必要であると述べ、かの脳死臨調ではこうした日本人の死生観が十分に反映されておらず、そのことが大きな問題だと指摘している。つまり日本人は、遺体処理を中心とした葬送儀礼の習俗をおこなうことで時間をかけて死を納得し、アイデンティティーを再形成しているものであり、こうした観点から考えれば、脳死の承認といった問題も、脳死臨調の結論や法案よりも、このようなアイデンティティーの問題を考慮する必要があるのである。この問題は、医療におけるインフォームド・コンセントの未定着と医療不信の問題にも深く関連している。

そもそも脳死を人の死と判定し、脳死者からの臓器移植がおこなわれるようになった背景には、「自然科学的思考」にもとづく西欧の近代合理主義がある。それは「人間機械論」や「心身二元論」、「パーソン論」などの近代合理主義や、さらには「患者の自己決定権」を主張する個人主義などを旗印に、脳死者や中絶胎児の臓器を交換可能な部品とみなすわりきり医療を可能にした。ところが、臓器移植に抵抗感を抱く現代人、とりわけ日本人は、このデカルト以来の近代合理主義や個人主義にもとづく医療のあり方に疑問をもつようになった。臓器移植にたいして日本人が示す躊躇の根底には、こうした広い意味での文化的背景があるのである。

#### 4 お わ り に——医療にたいするコンセンサスは存在しうるか？

生命倫理をテーマとする今回の国際会議での議論をふまえて、とくにインフォームド・コンセンサスの問題に深くかかわる、医療にたいするコンセンサスの問題を最後に検討することにした。ひとくちにコンセンサスといっても、そこには大別して次の3つの問題がある。すなわち、①医療一般におけるコンセンサスの意味とそれにかんする医学倫理上の問題、②多元的社会におけるコンセンサス形成の問題、③それぞれの国に固有な医学倫理上の問題である。今回の会議でも、これらコンセンサスの問題は大きく取り上げられている。

なかでも、とくに②の多元的社会におけるコンセンサス形成の問題については、幾人かの研究者たちが否定的な見解を述べている。彼らは、社会が伝統的なエートスによって支配された状況と、人々のあいだにほとんど共通のエートスがない場合とを比較し、どちらの場合にも道徳に関する議論は不可能であるとして、共通のコンセンサス形成の不可能性を指摘するのである（ルール大学医学倫理センターのヘルベルト・フィース氏、学会長のH・R・ワルフ氏）。これと同様に、人類共通のコンセンサスを構築する糸口がバイオエシックスに見いだされるかどうかについても、H・エンゲルハート氏が自著のなかで、これに否定的な見解を示している。彼は、道徳的に多様な社会においては、理性は普遍的な世俗的道德律ないしは世俗的生命倫理を発見しえないというのである。さらに、合議によるコンセンサス形成という手続きそのものに否定的な立場をとる研究者も見られる。ストックホルムのエルスタ・ヘルスケア研究所のP・ズントシュトレーム氏は、倫理や道徳性といったものはもともとすぐれて個人的なものであり、したがって、専門家集団や選任された代表者たち、あるいは不特定多数の人々とのあいだでどのような合意が生まれようとも、行為主体にとってもっとも基本的な問い、すなわち「私はどうしたらいいのだろうか」という現実的な問いは、解決されないままに終わってしまう、と主張している。

ところが、マーシュトリヒト・バイオエシックス研究所のH・ツヴァート氏は、現代社会には共通の尺度でははかれない無数の道德律が存在しており、その意味で現代社会は「多元的」であることはたしかだが、しかしそこから生じる諸問題を解決する手がかりとなるものがバイオエシックスであると主張している。彼の主張に見られるとおり、バイオエシックスとは、今日の多元的社会において倫理的なコンセンサスを確立しようとする試みであるといえる。その役割は、生命にかんする倫理ないし道德律の範囲を大づかみに規定することにある。バイオエシックスは、多元的社会に存在するさまざまな道德律を共存させるような大まかな枠組みを創りだそうとするものであり、各個人の道德・倫理を厳格に規定するものではない。むしろ、細かい道德や倫理の問題は、各個人やそれぞれの社会の独自の判断に委ねられるべきだ、とする見方がそこでは主流である。

本稿では、先端医療技術が現代社会におよぼす諸問題について、文化的な観点から検討を加えてきたが、ここでの大きな鍵は、とくにこのコンセンサスの問題である。すなわち、多種多様な価値観が混在する多元的社会において、生命の問題にかんする人類共通のコンセンサス

は存在しうるのか、という問いである。たしかに、自己決定権尊重の立場が優勢な国々と生命至上主義の立場が強い国々とのあいだには、医療行為にたいする法的介入の違いが存在する。しかし上の見解にしたがえば、バイオエシックスとは、各社会の医療の現状に対応しうる共通のコンセンサスであると把握できるであろう。

各国の生命倫理観の違いは、各社会の固有の文化的背景に由来している。たとえば、人工妊娠中絶、代理母など生命操作の議論においては、フランス、アイルランド、ドイツとのあいだには意見の相違がみられる。また、同じ国のなかでも、政治的・宗教的見地から生命倫理にたいする立場の対立があり、とくに人工妊娠中絶の容認をめぐるっては、多くの国々で、プロ・ライフ派（中絶反対派）とプロ・チョイス派（中絶容認派）とで議論が分かれている。

それでは、日本の場合はどうであろうか。今回のパリ国際学会の日本人研究者による研究発表のフリー・ディスカッションで、次のような質問がなされた。「なぜ日本では、がん告知問題など、自分の症状について患者が医師にたいして十分な説明を求めようとししないのか、アメリカでは十分な説明をしない医師などは信用されないだろう」というものである。このような日本とアメリカの相違の原因は、私見によれば、医療に関する両国の基本的理念の違いにあるとも考えられる。とくに、患者と医師の関係の状況的な違いについていえば、日本においては職権主義が強く、医療の専門家である医師と患者のあいだに上下関係があって、患者は医師に従うべきであるという医師の患者にたいする優位、すなわちパターンリズムの構造が見られるのにたいし、アメリカにおいては患者と医師がおおよそ対等の関係にあって、自分の症状を納得のいくまで十分に聞こうとする当事者論争主義が強く、医師と患者とのあいだにインフォームド・コンセントの構造が確立されているという違いがある。

日本においては、数年来「脳死」をめぐる議論が続けられてきたが、まずなによりも臓器移植法案では、臓器を提供する脳死状態の患者本人ではなく、その家族の同意が条件とされており、その点でバイオエシックスの基本的理念である患者本人の自己決定権尊重の立場が守られていないといえる。リビング・ウィル（生前中の遺言書）が法制化されていないわが国では、臓器移植の前提としての本人の生前の意思を確認することを法的に条件付けるわけにはいかないという事情があるのである。これは、日本における個人主義の未発達や、家族制度に見られる日本文化の特性の反映であるようにおもわれる。

しかし、このような日本文化の特性を考慮した上で、バイオエシックスが日本における生命倫理の問題に解決の糸口を提供することはできないだろうか。たしかにバイオエシックスは、人類共通の倫理的コンセンサスというものを提言することは不可能であるかもしれない。バイオエシックスに期待されるのは共通のコンセンサスの形成であるが、多元的社会においてはこれはきわめて困難な課題である。あらゆる国に共通するような普遍的な倫理を追求していこうとするときに、各社会の伝統的な文化との衝突は避けられない。しかし少なくとも、これら各社会の文化、すなわちその生命観や死生観を十分に考慮に入れた上でなら、それぞれの文化に沿った倫理的コンセンサスを創りだすことは可能であるようにおもわれる。このたびの国際学会などにおいて活発な議論を交わすことは、こうした課題の達成に貢献するものとおもわれる。それぞれの社会の文化を考慮した倫理的規範の構築を模索していくこと、それが今後ますます

混迷を深めてゆく現代社会を救うバイオエシックスの使命なのだといえよう。

# 参考文献

- “First World Congress, Medicine & Philosophy-Science, Technologies, values” Abstract & Guide, La Sorbonne-Paris, France, 1994.
- 青木清、「遺伝子治療」、星野一正編『生命倫理と医療—すこやかな生とやすらかな死』、丸善株式会社、1994年
- H・エンゲルハート（酒井明夫訳）、「普遍的な世俗道徳理論の不可能生について—世俗適生命倫理に関する一考察」、『医学哲学倫理』第10号別冊、1992年
- 、「世俗性、多様性、ポスト・モダンの挑戦—日本の生命倫理に向けて」、『医事学研究』第7号別冊、1992年
- 藤井正雄、「民俗の思想にみる日本人の遺体観」、『国際バイオエシックス研究センター・ニューズレター』第4号、1992年
- 星野一正、『医療の倫理』、岩波新書、1991年
- 、「先端生殖技術と人間のクローニング」、星野一正編『生命倫理と医療—すこやかな生とやすらかな死』、丸善株式会社、1994年
- 加藤尚武、『応用倫理学のすすめ』、丸善ライブラリー、1994年
- 、『二十一世紀のエチカー—応用倫理学のすすめ』、未来社、1993年
- 、『「ヒトゲノム解析と倫理問題」プロジェクトの概要と『日米会議』（1994. New York）の報告』（第1回「ヒトゲノム解析と倫理問題研究会」発表）、京大会館、1994年
- 清基秀紀、「日本人の遺体観—日本人の習俗との関係」、『国際バイオエシックス研究センター・ニューズレター』第4号、1992年
- 森岡正博、『生命学への招待』、勁草書房、1988年
- 、『「ささえあい」の人間学』、法蔵館、1994年
- 、「臓器移植法案の問題点」、『週刊読売人』、1994年12月
- 波平恵美子、「日本人の遺体観と日本人の人間関係」、『国際バイオエシックス研究センター・ニューズレター』第4号、1992年
- 酒井明夫、「学際的な精神医学研究に向けて—第5回ヨーロッパ医学哲学・ヘルスケア学会報告」、『医学哲学倫理』第10号別冊、1992年
- 、「ヨーロッパ医学哲学の現状—第4回ヨーロッパ医学哲学・ヘルスケア学会」第9号別冊、1991年
- 澤田愛子、『医療と宗教』、土屋博編『聖と俗との交錯—宗教学とその周辺』北海道大学図書刊行会、1993年
- 武部啓、「遺伝学および遺伝子研究における倫理」（第一回「ヒトゲノム解析と倫理問題研究会」発表）、京大会館、1994年