

# 生命倫理問題の見取り図試論

An Attempt to Draw an Outline of Bioethics Problems

熊本大学大学院社会文化科学研究科 高橋 隆雄

Kumamoto University, Graduate School of Social and Cultural Sciences TAKAHASHI Takao

## Abstract:

In this paper I try to show a rough outline of the problems of medical ethics. The first step is to analyze the medical practices into six elements: ① medical professionals, ② a patient who needs treatment, ③ relationships between medical professionals and a patient, ④ knowledge, technique and method of medicine, ⑤ ethical norms and laws, ⑥ medical resources. From a viewpoint of those six elements we can restate Oath of Hippocrates and four principles of biomedical ethics proposed by T. Beauchamp and J.F. Childress. In a similar way, we can grasp an outline of contemporary problems of medical ethics, and furthermore, we can show a very rough sketch of problems of medical ethics that may occur in the future. Finally I refer to the essence of medicine which is now and will be called into question in medical ethics.

## 1. 医療実践の諸要素

ここでは個別の生命倫理問題を論じるのではなく、生命倫理という学問において問われる事柄の見取り図を示してみたい。これは生命倫理の諸問題の及ぶ範囲を鳥瞰するものであり、かなり大胆な試みともいえる。首尾よくことが運ぶかどうか心もとないが、だめもとのつもりで挑戦してみることにしよう。うまくいけば、そこから、生命倫理の過去と現在、未来が垣間見えるかもしれない。

そのためには、まず、生命倫理とはいかなる学問であるかを述べておかなければならない。ここでは、生命倫理とは医療や生命科学において生じる倫理的問題を扱う学問領域であると理解しておきたい。これは一般的に受け入れられている規定であり、否定する人は少ないと思われる。

そのように規定される生命倫理についての鳥瞰図をえるために、医療と生命科学の両者を一度に扱うのではなく、本稿では医療の領域に限定してみよう。生命科学にかんしても、多少の修正を施せば、これ

と類比的に考えることができるだろう。

鳥瞰図を得るためには、生命倫理が対象とする医療の構造を捉えることが必要である。種々の観点からの探究が可能だろうが、次のような仕方をここでは考えてみたい。これは、医療という実践を主要な要素に分解することで、生命倫理の問題の外延を見て取ろうというものである。

- ① 専門家としての医療者がいる。
- ② 治療を必要とする患者がいる。
- ③ 医療者と患者は関係を結んでいる。
- ④ 医療に使用可能な知識や技術、方法がある。
- ⑤ 医療者は、法や倫理規範にのっとり、患者に医療の知識や技術を使用する。
- ⑥ 医療には人的・物的資源が使われ費用がかかる。

医療という実践がこうした要素に分析できることは確かであると思われる。問題は、これがはたして医療についての倫理を考える上で有効だろうかという点にある。私はある程度有効であると考えている。そ

のことを示すために、それをまず、「ヒポクラテスの誓い」と呼ばれている医療倫理の規範に適用してみることとする。古代の医療倫理とされているものに適用できれば、医療一般に対してもある程度当てはまることが予想できるからである。まず、「ヒポクラテスの誓い」とは次のごとき誓いである。

「医師アポローン、アウクレーピオス、ヒュギエシア、パナケシアをはじめ、すべての男神・女神にかけて、またこれらの神々を証人として、誓いを立てます。そしてわたしの能力と判断力の限りをつくしてこの誓いとこの約定を守ります。この術をわたしに授けた人を両親同様に思い、生計をともし、この人に金銭が必要になった場合にはわたしの金銭を分けて提供し、この人の子弟をわたし自身の兄弟同様とみなします。そしてもし彼らがこの術を学習したいと要求するならば、報酬も契約書も取らずにこれを教えます。私の息子たち、わたしの師の息子たち、医師の掟による誓約を行って契約書をしたためた生徒たちには、医師の心得と講義その他すべての学習を受けさせます。しかしその他の者には誰にもこれをゆるしません。わたしの能力と判断力の限りをつくして食事療法を施します。これは患者の福祉のためにするのであり、加害と不正のためにはしないようにつつしみます。致死薬は、誰に頼まれても、けっして投与しません。またそのような助言も行いません。同様に、婦人に墮胎器具を与えません。純潔に敬虔にわたしの生涯を送りわたしの術を施します。膀胱結石患者に截石術をすることはせず、これを業とする人にまかせます。どの家に入ろうとも、それは患者の福祉のためであり、あらゆる故意の不正と加害を避け、とくに男女を問わず、自由民であると奴隷であるとを問わず、情交を結ぶようなことはしません。治療の機会に見聞きしたことや、治療と関係なくても他人の私生活についての洩らすべきでないことは、他言してはならないとの信念をもって、沈黙を守ります。もしわたしがこの誓いを固く守って破ることがありませんでしたら、永久にすべての人々からよい評判を博して、生涯と術とを楽しむことをおゆる

し下さい。もしこれを破り誓いにそむくようなことがありましたならば、これとは逆の報いをして下さい。」<sup>1)</sup>

上述の①から⑥の構成要素にもとづくと、「ヒポクラテスの誓い」は次のように捉えなおすことができる。

①医療者は家族のように結束しつつ、②自由人であろうとも奴隷であろうとも患者を差別せず、また、外科的治療ではなく内科的治療の必要な患者を対象とする。④自身の能力と判断に従って、患者の利益になると思われる食事療法を行い、⑤医療者が正当に行える範囲（生を奪わない、具体的には中絶や安楽死の否定、また、最善を尽くす、秘密の厳守）を遵守する。

本文には③と⑥は明瞭には現れていないが、次のように考えることができる。③の医療者と患者の関係は、暗黙の了解としての、パターナリズム関係のもとにある。また、⑥の医療における人的・物的資源としては、医療者には相応の謝礼が支払われることが挙げられるだろう。

E.H.アッカークネヒトによれば、古代ギリシアの医師は遍歴の職人であり、社会的地位が保証されていなかった<sup>2)</sup>。それゆえいかにして報酬を得るかということと、医師としてのあるべき姿との間での葛藤も多かっただろう。たとえば上掲のヒポクラテス『古い医術について 他八編』中の「医師の心得」第六節には次のようにある。

「あまり不親切なやり方はしないように勧めたい。患者には余分な財産があるのか、また生計の資力があるのかを考慮に入れるがよい。そして、ばあいによってはかつて受けた恩恵や現在の自分の満足な状態を念頭において、無料で治療するがよい。(中略) 病気にかかって自分の病状が危険なことに気づいていても、医師の誠実さに深く感じて健康を回復する者もあるくらいである。病人をよく管理して健康にしようとして、健康者を病気にかからせないようにつとめることはもちろん良いが、自分自身の品位のためにおもんばかるのもまた良いことである。」<sup>3)</sup>

「ヒポクラテスの誓い」は、ヒポクラテス以後の作品で新ピタゴラス派の見解を反映しているといわれている<sup>4)</sup>。上の②、④では内科的治療とくに食事療法を扱うように思われるが、実際は最後の手段として外科的治療も対象としていたとされる。『世界医療史』には次のようにある。

「フィジス（自然）はそれ自体強力な治癒力をもって、医師の仕事はこの「自然」のもつ治癒力を助けることであり、勝手にこの力を導くことではないという基本概念の上に成り立っていた。健康とは体液の調和した混合状態（ユークラジア）であり、病気とは不完全な混合状態（ディスクラジア）である。乱れた体液はアペプシス（不調理）の状態である。「自然」はいわゆる生来の熱を用いてペプシス（調理）を行い、失われたバランスを回復しようとする。（中略）医師がこの経過中で「自然」の力を助けるために主として役立つのは食餌療法であった。排出のための乱暴な手段となる下剤を与えたり、吐剤を用いたりすること、あるいは瀉血などはヒポクラテス派の医師は滅多に行わなかった。食餌療法が失敗したときだけ薬剤が用いられ、外科的方法は最後の手段であった。」<sup>5)</sup>

以上の「ヒポクラテスの誓い」とそれへの補足をまとめると以下ようになる。

①〔専門家としての医療者〕医療者は家族のように結束しつつ、②〔治療に必要な患者〕自由人であろうとも奴隷であろうとも患者を差別せず、また、主として内科的治療に必要な患者を対象とする。③〔医療者と患者の関係〕医療者と患者の関係は、暗黙の了解としての、パターンリズム関係のもとにある。④〔医療技術・方法〕自身の能力と判断に従って、患者の利益になると思われる食事療法を主として行い、⑤〔法・倫理〕医療者が正当に行える範囲（生を奪わない、具体的には中絶や安楽死の否定、また、最善を尽くす、秘密の厳守）を遵守する。そして⑥〔人的・物的資源〕医療者には相応の謝礼が支払われる。

以上から、①～⑥の要素は、古代の医療倫理の内容を掬い取るのに十分なものであり、医の倫理を鳥瞰する上で一定の効力をもつとよいだろう。

そのことを補強するために、ビーチャム&チルドレスの4原理について言及してみよう。周知のように、ビーチャム&チルドレスは、生命医療倫理の原理として次の4つを挙げている<sup>6)</sup>。(1)患者の自律尊重。(2)無危害。(3)善行。(4)正義。これらも容易に、上述の①～⑥の枠内に収めることができる。すなわち、「患者の自律尊重」は③〔医療者と患者の関係〕、「無危害」、「善行」は⑤〔法・倫理〕、「正義」は⑥〔人的・物的資源〕についての原理と考えることができる。生命倫理の基本的原理とされるこの4原理も収めることができることから、上述の①～⑥の要素への分析は、生命倫理を捉える上で一定の有効性をもつとすることができる。

## 2. 現代の生命倫理の捉えなおし

これを受けて、現代の医療、生命科学をめぐる倫理についても、①～⑥という要素の視点で捉え直してみたい。

③〔医療者と患者の関係〕：20世紀後半の生命倫理において顕著なことは二つある。まず、③の従来のパターンリズムに代わる医療者と患者の新たな関係を軸に、医療の倫理が大変革を遂行したことである。すなわち、20世紀後半からの患者の自律尊重という考えは、それまで前提とされてきた医療者と患者のパターナリスティックな関係を根底から覆すものであり、膨大な歴史を有する医療実践における一大革命といえるものである。この革命の原動力になったのは、第二次大戦中の非人道的な人体実験への真摯な反省と、人権運動の一環としての患者の権利運動であり、さらには、度重なる医療過誤訴訟を避けるという医療者側の思惑であった。それらがめざすところが一致するという幸運のもとで、そのような大きな変革が行われたのである。

ところで、患者が自分で治療方針などを決めるためには、病気の現状、治療の選択肢とそれぞれのメ

リットとデメリットについてのある程度の知識がなければならず、医療者による十分な説明が不可欠である。つまり、説明を理解したうえでの同意が必要であり、いわゆるインフォームド・コンセントの原理について、多くの議論がなされてきた。たとえば、適切な説明とはどのようなものであるのか、一般的な患者への説明でよいのか、個々の患者に即したものであるべきなのか、説明者の意見を反映してよいのか、それとも指示ではなく客観的な説明に終始すべきなのか。同意については、患者の判断力を測る尺度はいかなるものか、未成年者からの同意はどのように考えるのか、本人の決定と家族の意向を背景にした決定との違いをどのように見分けるのか、家族の意向をどの程度尊重すべきか、同意の後に考えを変える場合についてどう扱うべきか、終末期医療での治療の差し控えや中断についての患者の決定をどこまで尊重すべきか、また患者が意思表示できない場合はどのようにすべきか等々が論じられてきた。

④〔医療技術・方法〕と⑤〔法・倫理〕：生命倫理について二番目に顕著なことは、④の医療技術の飛躍的進展により、治療や処置の技術的な可能性が広がってきたことを受けて、⑤の医療者が正当に行える範囲をめぐって多くの議論が戦わされてきたことである。ここでは、医療技術の開発が先行し、倫理的議論はそれにとまって生じてきている。

たとえば、人工呼吸器の開発により、自発的に呼吸できない患者も生存可能となった。これにより多くの生命がすくわれたが、生きつづけることに意味がないと本人や家族が考える場合の扱いが問題となる。患者の死にかかわることであるため、さまざまな倫理的議論がなされてきた。たとえば、患者本人の意思にもとづいて、人工呼吸器をはじめから装着しない、あるいは途中で外すといった、尊厳死や消極的安楽死の是非が問われることになった。

人工呼吸器の開発と免疫抑制剤などの進歩が組み合わせることで、脳死者からの臓器移植が技術的に可能になり、これもまた新しい問題を生みだすことになった。そもそも脳死は死とみなせるのか、脳死の判定基準への是非、若年者への移植の正当性、脳死者からの臓器移植を望むことへの賛否、臓器提供

は提供意思が中心（オプト・イン）かそれとも拒絶意思が中心（オプト・アウト）か、移植の順番のルール、移植先の指定の可否などが問われてきた。

また、生殖医療の分野での発展は人工授精や体外受精の是非という問題を生み出した。たとえば、現在の日本では年間約一万人が体外受精によって出産しているともいわれているが、体外受精児は一時「試験管ベビー」と呼ばれ、その倫理的問題がさかんにメディアで論じられたりもした。生殖医療分野では、さらには代理母の是非が問われるようになり、日本では政府レベルの委員会でも決着がつかないでいる。

生殖医療が遺伝子技術と結びつくことで、出生前診断や着床前診断の倫理的問題が議論されるようになった。これには胎児の選別という問題、そして現に存在する障害者の存在意義を否定するという異義があり、倫理的な議論としては賛否両論の状態である。ヒトクローンやヒト ES 細胞作成の問題も、新しい技術の開発により引き起こされたものである。iPS 細胞による再生医療では、多くの倫理的問題が回避されるといわれているが、技術による再生可能な対象が拡大するにつれて、別の倫理的問題が生じると考えられる。

新しい技術とはそれほどかわらないことだが、中絶や積極的安楽死といった古くからの難問も、合意形成のしがたい問題であり続けている。

⑤〔法・倫理〕は、人間の尊厳や生死に関わることがらであったり、社会秩序に関わることがらであったりするため、憲法や刑法、民法との整合性が問われてくる。それゆえ、倫理規範や学会の指針の枠内に納まりきれない場合が多い。とくに、終末期医療をめぐる問題では、倫理的には妥当と考えられても法的にはいずれとも決めかねるようなことがある。また、法制化や指針化には、政府内の生命倫理委員会や各種審議会での議論が重視されており、そこでは、議論の中身だけでなく、それら委員会、審議会のあり方が問われることになる。

以上、③、④、⑤の視点から現代の生命倫理（医療倫理）を捉えてみた。それでは、他の視点・要素についてはどのようなことが言えるだろうか。ここで、確認のために③、④、⑤以外の要素を再び挙げ

てみよう。

- ①専門家としての医療者がいる。
- ②治療を必要とする患者がいる。
- ⑥医療には人的・物的資源が使われる。

①：国ごとに様相は異なるが、歴史を通じて医療者は専門職とみなされ、社会的地位が保証されてきた。そして、専門職としての資格審査や団体の規定、指針などが整備され、専門職としての自律性も問われてきた。現在では医療専門職の専門職性についての議論が、西欧における医療専門職の自律性と日本との比較などを通じて行われている。また、医師だけでなく看護職も専門性を有すること、医行為とともに看護行為を再検討する試みなどもこの①に含まれている<sup>7)</sup>。

②：治療にかんしては問題がないかといえそうでもない。たとえば、治療の継続を求めない患者の意思をどこまで尊重すべきであるかという問題は、一般に、⑤法や倫理規範の遵守、あるいはいかなる法、倫理規範があるべきかという文脈で論じられる。②に特化した問いとは、治療とはいかなることであるかをめぐりものである。狭義には治療と予防を分けることができるが、「予防医学」の学会もあることからわかるように、予防も医療に含まれるといえる。それゆえ、②での「治療を必要とする患者」には、予防を必要とする患者も含まれる。

現在、②についてもっとも関心を集めているのは「エンハンスメント」問題である。エンハンスメントは、薬物や手術、遺伝子操作による、治療というレベルを超えた心身の能力・状態の増進と一応規定することができる。医療とは予防を含む治療を行うことであるとすれば、エンハンスメントは医療とはいえなくなる。ここからは、治療や予防とは、正常の状態に戻すあるいは逸脱させないことに尽きているのか、という問いかけが生じてくる<sup>8)</sup>。これは、「正常」、「異常」という概念自体の再検討を迫るものでもある。また、医療の対象外ということになれば、保険の適用という⑥の問題も関わってくる。さらには、努力・精進や学習という方法によらずに心身の能力・状態を正常以上にすることに対して、哲学や倫理学の立場からの疑問も投げかけられている。

⑥：これは、ビーチャム&チルドレスのいわゆる4原理の中の「正義」の問題に当たる。容易にわかることであるが、患者の自律・自己決定尊重の立場と人的・物的医療資源の有限性ということは競合することがある。患者にとっての最善をめざす「善行」原理も、医療資源の有限性と矛盾する場合がある。現在、家族の要請に応じて、脳死患者に人工呼吸器を装着し続けることは、医療資源の有限性の問題が切羽詰ったものでないことを語っている。このようなことを正面きって論じるのは、日本ではまだ少数派である。一般に、「正義」や医療資源の公正な分配について功利主義的観点から論じる立場は、日本の医療者の中でも倫理学者の中でも評判がよいとはいえない<sup>9)</sup>。しかし、どのような立場をとるにせよ、医療資源について考慮せずすむ生命倫理は、いずれ古き善き時代のこととみなされるのではないだろうか。

### 3. これからの生命倫理問題

これまでは、医療という実践を①～⑥の要素に分けることで、古代の医療倫理や現代の生命倫理を鳥瞰する視点を獲得することをめざしてきた。その結果、要素①～⑥への分解は、これからの生命倫理を論じる枠組みとして、ある程度は利用できると思われる。

それゆえ、それをを用いて、これから生じてくる生命倫理の諸問題について大雑把かつ大胆な見取り図を描いてみよう。その前に、前の頁を振り返る労を省くため、①～⑥を再度掲げてみる。

- ①専門家としての医療者がいる。
- ②治療を必要とする患者がいる。
- ③医療者と患者は関係を結んでいる。
- ④医療に使用可能な知識や技術、方法がある。
- ⑤医療者は、法や倫理規範にのっとり、患者に医療の知識や技術を使用する。
- ⑥医療には人的・物的資源が使われ費用がかかる。

専門家の手によらない医療が支配的になる時代が到来するかもしれないが、当面、医療が上述の要素からなるかぎり、これからの生命倫理の諸問題はそ

の枠内である程度は理解できるだろう。その際、実現の見込みの程度にかかわらず、想定されうることを述べていく。

まずは④〔医療技術・方法〕：医療に使用可能な知識や技術、方法の開発がこれまで以上に進むことが予想される。こうした動向の背景にあるのは、社会そしてそこに住む人々の欲望追求である。これにともない、⑤〔法・倫理〕にかかわる生命倫理の問題が生じてくるのは、現代の状況と同様である。

遺伝子関連の技術、それに再生医療技術の進展は、脳死者からの臓器提供の問題や、拒絶反応回避のためのヒトクローン胚作成といった問題を過去のものとするかもしれないが、精子と卵子の結合による受精卵からの人の誕生というプロセスを大幅に変えること等が可能になるだろうから、別の倫理的問題を生じさせるだろう。デザイナーベビーも実現可能な技術として深刻な問いを投げかけることが予想される。デザイナーベビーもヒトクローンも根強い需要があるため、技術上それが容易になれば、ひそかに生み出され、既成事実が積み重なっていく恐れがある。そしてたとえば、ヒトクローンのように、作成は非合法だが、いったん生みだされると尊厳を尊重すべき存在が作られた後は、その存在を合法的にするために法が改変されていくことも考えられる。脳科学の進展やナノテクノロジーの医療への利用等々も同様に、これまで考えたこともない可能性を開くとともに、多くの倫理的問題を生みだすにちがいない。広範かつ強い要望に押されて、エンハンスメントを広い範囲で許容せざるを得なくなるかもしれない。脳移植までは行かないにしても、人間の記憶や思考への介入技術が進展すれば、精神科医療が大きく変貌するとともに、人のアイデンティティにかかわることがらであることから、深刻な倫理的問題が生じるだろう。また、現在と同様に、倫理的問題が深刻化することで、技術の開発に歯止めがかかるということは大いに考えられることである。

このような④そして⑤にかかわることの変化は、他の要素にも大きな影響を及ぼすとともに影響されると思われる。

⑥〔人的・物的資源〕：医療資源の有限性や分配の問題は、④〔医療技術・方法〕と密接に関係する。

現状でも問題を抱えているのであるが、先端の技術が開発され医療に応用されることで、医療資源の不足が耐えがたいほどに深刻化することが考えられる。これはただちに「正義」、「公正」にかんする問いを生じさせる。たとえば、資源を多大に消費する治療を差し控え次善の策を講ずることや保険適用から外すことの是非などである。また、それを受けて、患者の自己決定尊重や患者の最善をめざすという倫理規範や法にも影響が及ぶことが考えられる。逆に、医療の分野に資源をより多く分配する方向に、法や倫理規範が働く場合もあるかもしれない。

これら④、⑤、⑥は相互に関連しており、ひとまとめに考える方がよいかもしれない。そして、これらの連関とかかわる仕方で、以下の①、②、③が相互に関係しあっている。

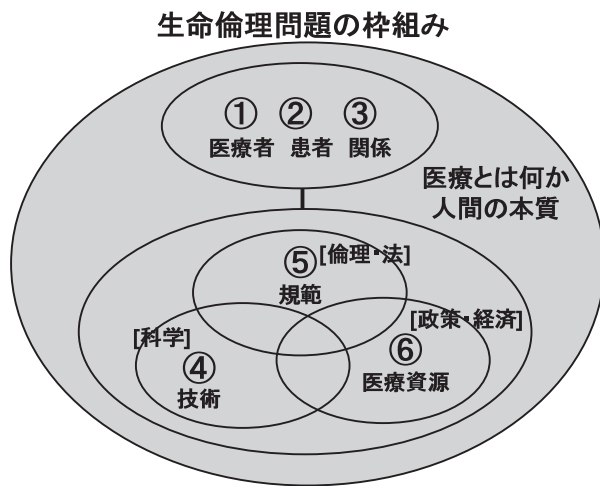
①〔専門家としての医療者〕：医療者の中での専門性を問う議論は、これまで以上に行われるだろう。現在は看護師や薬剤師、救急救命士等の職の専門職性、自律性や専門性の主張がなされているが、これからは他の職種、たとえば理学療法士、作業療法士などにもその議論が及ぶことだろう。そして、④の医療技術の進展にともない、医療職の分化、新設や統合も行われていくだろう。

②〔治療に必要な患者〕：新しい技術（④）の開発を受けて、治療概念がこれまで以上に問題とされてくる。予防も治療の一種とみなされているが、胎児や受精卵への遺伝子治療による疾病の予防も現実化してくる。さらには、エンハンスメントの許容は、正常からの逸脱以上のことを治療、少なくとも医療と認めることへ至るだろう。

③〔医療者と患者の関係〕：医療者と患者の関係は、パターンリズムから患者の自己決定の尊重へと大きく変貌してきたが、患者と医療者双方がその変貌を支えてきた経緯からすると、しばらくはこの方向で推移するのではないだろうか。ただし、医療資源の逼迫という事態に至れば、自己決定に任せられる範囲、つまり選択肢が制限されることになる。すなわち、パターンリズムの復権ではなく、選択肢の制限という仕方で、医療を取り巻く状況変化の影響が及ぶと考えられる。小さなことではあるが、患者の呼称は、「患者」から「患者さん」そして「患者様」へ

と変わってきている。今後は、社会の状況を反映しながら、自律を尊重しつつも、医療者と患者の関係はこれらの間を揺れ動くと思われる。

以上述べてきたことを図示すると以下ようになる。



#### 4. 医療の本質と倫理学の役割

こうした将来の動向の中で、倫理学はどこまで力を発揮できるだろうか。

まず言えることは、これからは、上の①～⑥において前提されている医療とはそもそもいかなることが本格的に問われるだろうということである。新しい技術の開発にとともに、人々の欲望も進展し、これまでの治療概念、健康概念、正常・異常概念等が根本から問題とされ土台が揺るがされることだろう。技術の進歩の度合いを考慮すると、こうした揺らぎはおそらく恒常的に生じるとと思われる。そしてその揺らぎとともに、それら諸概念の根底にある医療という概念への揺さぶりが当然生じてくる。こうした揺さぶりのさらに奥にあるのは、人間とは如何なる存在であるか、またあるべきか、人間の本質とは何かへの問いかけである。人々や患者の欲求にすべて応えるのが医療なのか、それとも医療として提供すべきでないことがあるのか、といった問いは、人間はいかにあるべきか、人間が人間らしくある条件は何かという問いかけへと至る。これは、自然と人間の関係や宇宙における人間の位置を問うことでもある。ここには哲学や倫理学の働く場がある。

医療とは何かということについて、ここで手がかりになることを述べてみよう。その問いは、たとえば、上の③の観点、すなわち医療者と患者の関係という観点から問うことができる。いかに機械化されても、医療の本来のあり方が人間の全体にかかわるものであり、健康ということは身体的のみならず精神的また社会的意味でも考えられるべきであるとしよう。すると、アリストテレスが、普遍性を特徴とする正義とともに、個別性や対面性を特徴とする友愛を人間関係や社会の基盤としたように、医療における対面性の要素は、個別的な人と人の関係、いわばひとつの命の全体ともうひとつの命の全体の関係としてこれからも不可欠なものとして残り続けるだろう<sup>10)</sup>。すなわち、一対一の対面性が医療の本質にあるとあってよいだろう。命にとっては他の個別的な命とのつながりと、それによる深い感情の生起、試行錯誤の末に他者とのよい関係を築く充実感、そうした過程における自己変貌の意識は、本質的事柄である。先に引用した箇所にもあるように「病気にかかって自分の病状が危険なことに気づいていても、医師の誠実さに深く感じて健康を回復する者もあるくらいである。」

この意味で、これまで主として看護が担ってきたこうした側面は医療にとって不可欠なものである。この視点から見ると、オーダーメイド医療は、医学の普遍性と人間の個別性とを調和させる試みであるといえる。また、パターンリズムと自律尊重というのは、この対面性のあり方の二つの様式に他ならない。対面性の要素は、医療技術が患者の個別性に焦点を当てるにつれて、見えにくくなっていくかもしれない。ただし、いかなる技術でも治療の見込みがないような終末期の場面では、それは主要な特徴として残り続けるにちがいない。

現在さかんに議論されているエンハンスメント問題では、治療とは何か、幸福とは何か、自由とは何かといった哲学的・本質的な事柄が問われている。ここでも、対面性という特徴は関与している。というのは、対面性の重視は、たとえば、薬物による記憶力増強を教育現場で活用することへの懐疑の根拠となりうるからである。

ここで、生命倫理における倫理学の役割について

述べてみると、そのひとつとして、生命倫理の議論の構造の分析を挙げるができる。生命倫理においていかなることが問題になるにせよ、「・・・してはいけない」、「・・・すべきである」といった規範（原理、法、指針）について議論がなされるかぎり、そこには大まかには、(1) 医療や生命科学の現状や直感的判断、(2) 具体的な倫理規範・法規範、(3) 具体的な倫理規範・法規範の根拠となる抽象的原理・概念・理論という三層の構造がある。

生命倫理の扱う問題は、医療や生命科学の現場を離れてはありえないし、そうした具体的個別的問題を解決したり見通しを与えたりする法や倫理規範、さらにはそうした法や倫理規範の根拠を論じることなしにも本来はありえない。それゆえ、三層構造が重要になる。倫理学によって意味づけ・解釈を与えることで、個別化しがちな種々の医療実践の構造が把握されるとともに、倫理学は最先端科学の問題と人間の根本にかかわる問題の解釈と解決法の提示を行うことで、時代を生きリードする学問となる。その意味で、倫理学は応用部門によって本来のあり方を発揮できる。三層構造という名称にこだわる必要はないが、応用倫理のこれまでの活動を客観的に見れば、いずれの層が強調されていようとも、大体はそのような枠組みの中で議論が進んでいる。そのことを自覚すべきである。

これは、世界各国が共有できる生命倫理原理を探究するという課題においても重要である。普遍的な生命倫理原理とは、第2層のレベルにあり、個別的医療実践や直感的判断の第1層、抽象的概念や倫理学理論の第3層は各国ごとに異なっている。そして、第1層と第3層は互いにある程度反映しあう関係にある<sup>11)</sup>。こうした構造を知っておくことがそのような課題の遂行において不可欠であると考えられる。

## 注

- 1) ヒポクラテス『古い医術について 他八編』小川政恭訳 岩波文庫 1996: 191-192
- 2) 『世界医療史』井上清恒・田中満智子訳、内田老鶴圃 1973: 67-68
- 3) 前掲書：184-185
- 4) 前掲書：64

- 5) 前掲書：68-69
- 6) Beauchamp, T.L., Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, 4<sup>th</sup> ed. Oxford University Press, 1994: chap.3-6
- 7) 看護職の専門性、医行為と看護行為の関係については次の論文を参照。石井トク「看護職の専門性を生かすー患者の安全・安心の確保のためにー」(高橋隆雄・北村俊則編『医療の本質と変容』九州大学出版会 2011, 第9章)
- 8) 松田純「エンハンスメントから願望実現型医療へー病氣治療という医学の本義との関係ー」(前掲書第15章)では、「治療型医療」から「願望実現型医療」への変貌を論じている。
- 9) 伊勢田哲治・樫則章編『生命倫理学と功利主義』ナカニシヤ出版 2006 はその意味で意義のある著作である。
- 10) 高橋隆雄「ケアと正義の基底にあるものーアリストテレスの友愛論からー」(前掲『医療の本質と変容』第11章)を参照。
- 11) Takahashi, T. "Three Levels Structure Analysis and its Significance", *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, vol.21(1&2), Jan-Mar 2011, 1-5