



英米、独仏、日本における生命倫理思想の比較思想的検討およびその社会的応用に関する研究

帝京平成大学ヒューマンケア学部 教授

飯田 亘之

【スライド-1, 2】

スライドで私ども17名が行った研究成果をご覧頂きたいと思います。幸い学会誌等に引用され始めたものもございます。このスライドでは個人の研究成果は割愛してあります。

【スライド-3】

私どもは胚研究にまつわる人間の尊厳問題に焦点を定めて研究してまいりました。

これからご報告いたしますことは、私どもの議論の過程で多くの支持を得た考え方でありまして、全てをカバーするものではありません。

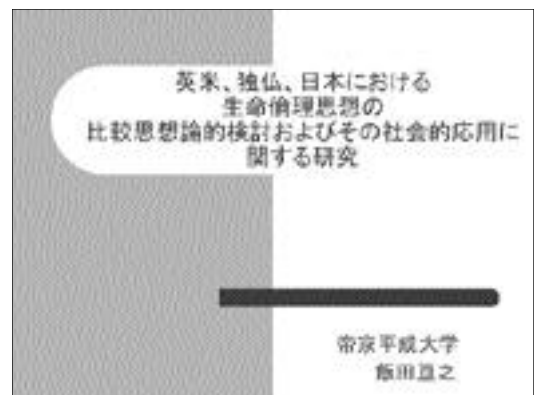
2004年7月に、総合科学技術会議生命倫理専門調査会が「ヒト胚の取り扱いに関する基本的考え方」という報告書の最終発表をしていきます。

私どもはそれを機に、その報告書の考え方、ドイツ、フランス、EU、アメリカなどの考え方を比較検討いたしました。

ドイツやカトリック教皇庁教理省は、胚も人間の尊厳を持つものとして、胚の操作に反対の考え方を表明しています。我が国の論者の中にも、胚の操作に対する強い反対があります。

私どもは世論調査などに依拠するのではなく、尊厳論そのものを問い直すことから出発をいたしました。2002年のドイツ連邦議会「現代医療の法と倫理」審議会最終報告書と教皇庁教理省は、ほぼ同じ趣旨の考え方を表明しております。

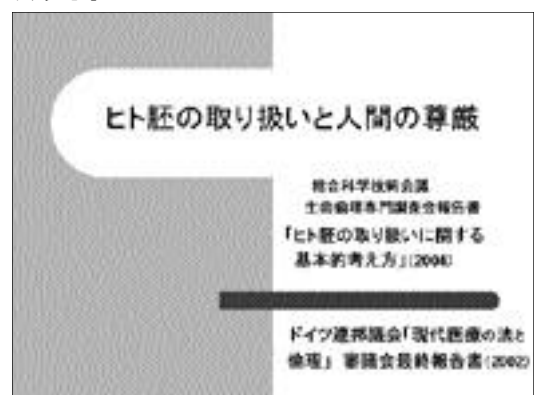
スライド-1



スライド-2



スライド-3



【スライド-4】

ここでは、よりはっきりしております教皇庁教理省の文章を使わせてもらいたいと思います。

教皇庁の考え方の鍵となるセンテンスを一部読み上げますと、「受精の結果生じる接合子に新しいヒト個体の生物学的アイデンティティが既に構成されている。ヒト胚に関する科学の成果は、ヒトの生命の最初の出現時に人格の現存を識別するための貴重な兆候を提供している。ヒト個体はどうして人間人格ではありえないのか」ということが書かれています。生物学的アイデンティティの概念を介して、生物学的概念であるヒト個体と規範的な人間人格（権利、義務の主体）との外延的同一性を確保しようとしておりますが、そこには再検討の余地があると思われます。

【スライド-5】

そこで、ドイツのデュッセルドルフ大学のビルンバッハー教授を招聘して研究会を持ちました。

ビルンバッハー氏は、人間の尊厳概念を、その使われ方から再構成し、現に生きている人間を適用対象とする強い意味のものと、ヒト胚などを適用対象とする弱い意味のものといった使い分けがなされていることを明らかにしています。

強い意味の尊厳概念はスライドにありますように、最小限度の行為の自由と決定の自由への権利といった、比較考量不可能ないくつかの権利を含んでいるもので、ここでの比較考量不可能性とは、いかなる状況であっても人間に要求してはならない事柄が存在するということです。ただ、生命権がその内容に含まれるとすることはできません。全ての法体系は防衛戦争や正当防衛を許容しております。

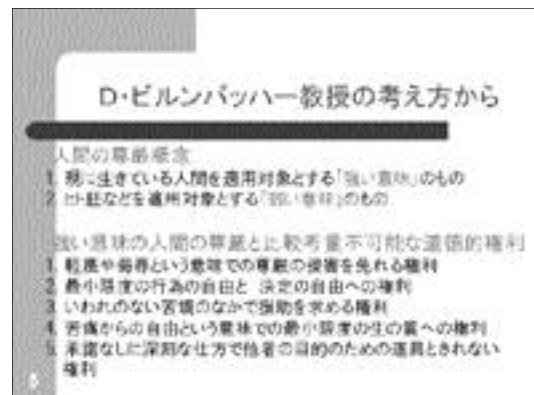
【スライド-6】

胚などを適用対象とする弱い意味の尊厳概念と、先ほど述べた強い意味の尊厳概念を、同一視することは出来ません。強い意味での人間の尊厳概念の内容のうち、ヒト胚に転用可能なものはほとんどないのです。胚の自由が剥奪されたなどといっても全く意味がありません。尊厳

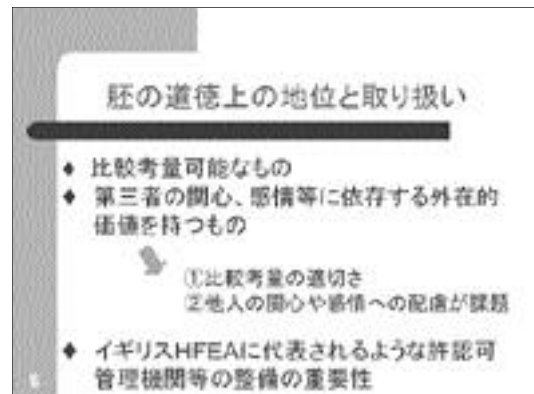
スライド-4



スライド-5



スライド-6



概念のインフレーション化、あるいは本来のものからの逸脱が見られます。

強い意味のもので転用可能なのは、せいぜい先ほどのスライド-5の5で取り上げた「承諾なしに深刻な仕方では他者の目的のための道具とされない権利」と関連する、「誰であっても深刻な仕方では他者の目的のための道具にしない義務」ぐらいだといわれています。

この弱い概念から生じる義務は、他の権利や義務との間で比較考量が可能です。別の捉え方をしますと、強い尊厳は内在的価値を持つということが言えるのに対して、弱い尊厳は第三者の関心だとか、あるいは感情などに依存する外在的な価値を持つということになります。

従いまして、そこから比較考量の適切さ、他人の関心や感情への配慮が、重大な問題として上がってまいります。

生殖補助医療の管理規制から出発したイギリスのHFEAに代表されるような許認可管理機関を整備することなどは、そうした配慮のための具体策として大切なことであると考えられます。

【スライド-7】

短期的な問題はこのようにして解決することができるかもしれません。しかし現代のドイツの哲学者ベームが言う、「我われはどのような構想に従って自然を形成すべきか」という課題に対して十分な準備ができていないのではないか」という問いかけに対する議論は十分にできていないと思われます。

ドイツ連邦議会「現代医療の法と倫理」審議会最終報告書にはその反省がみられます。

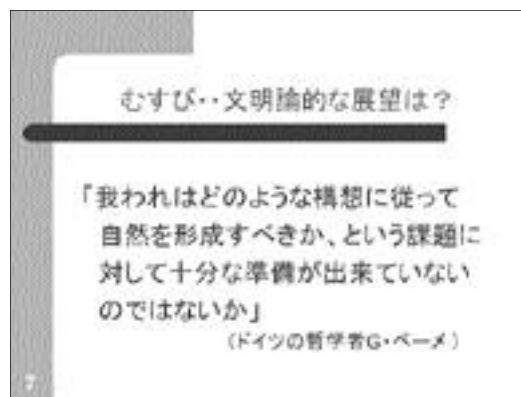
フランスCCNE（国家倫理諮問委員会）の数十点の報告書の中には、わずかながらそうした具体的な議論がみられます。また、アメリカの生命倫理大統領諮問委員会の「治療を越えて」という2003年の報告書の内容紹介をみる限りでは、生命操作の文明論的な問題に議論が及んでいるように思われます。

先ほど提示させて頂きました、私どもの「生命科学における倫理的法的社会的諸問題Ⅲ」には、これに関連したテーマ、エンハンスメントに関する二百数十点の文献目録を収めてあります。

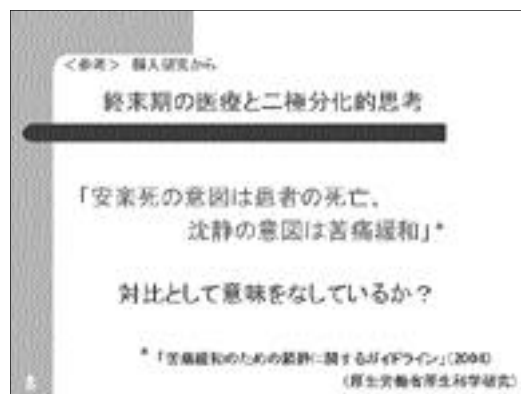
【スライド-8】

次に個人研究の一部として、私のものを参考までに少し述べたいと思います。

スライド-7



スライド-8



スライドにありますように、「安楽死の意図は患者の死亡、鎮静の意図は苦痛緩和」ということが時に書かれることがありますが、こうした二極分化の意味合いについて考えてみたいと思います。そもそも、この句は対比として意味をなしているのでしょうか。

【スライド-9】

まず、「緩和」の語の使い方を、暫定的に、(1) 積極的全人的ケア (active total care) の文脈、すなわち WHO の言う、生命の質の維持改善を目標とする緩和ケア (palliative care) と、(2) 緩和的介入 (interventions) 一般という文脈、即ち (1) に加えて通常の緩和ケアでは対応不可能な苦痛などを緩和するための処置、介入、つまり死や意識消失に直結しうる持続的な深い鎮静、治療中止、自殺幫助、安楽死等を含む文脈にわけてみたいと思います。

(1) の場合、「緩和」の語が WHO の積極的全人的ケアの意味として用いられ、そこには持続的な深い鎮静や終末期鎮静などが含まれていないとするならば、そうした行為の形態は該当しません。

それから (2) の場合、繰返しになりますがそこには (1) の緩和ケアのみならずその緩和ケアでは十分な対応ができない痛みや苦痛に対する対応という新たな目標達成のための実践上の選択肢としての持続的な深い鎮静、人工栄養や水分補給などを絶つ終末期鎮静、自殺幫助、安楽死等があるということになります。

このように見てきますと、「安楽死の意図は患者の死亡、鎮静の意図は苦痛緩和」と言うように、一方に「鎮静イコール苦痛緩和」という全ての選択肢に共通する目標を据えて、他方に目標以外のもの・・・つまり死などを据えて比較しても、意味がないことになります。

重要なのは、この対比の句の持つ意味合いで、「鎮静は緩和を目指す、だが安楽死は死を目指す」という語り方だと思います。

私のこの発表の趣旨は、終末期の鎮静をめぐる二極分化的思考について述べることですが、その前にヨーロッパでの終末期鎮静関連の最近の調査結果に少し触れたいと思います。

【スライド-10】

図表のように、痛みなどの軽減 APS (alleviation of pain and symptoms) は、死亡全体の20%ほどです。

スライド-9

緩和という言葉の使い方

(1) 積極的全人的ケア (active total care) の文脈:
WHO の言う、生命の質の維持改善を目標とする緩和ケア (palliative care)。

(2) 緩和的介入 (interventions) 一般という文脈:
(1) に加えて通常の緩和ケアでは対応不可能な苦痛等を緩和するための処置・・・死や意識消失に直結しうる、持続的な深い鎮静、治療中止、自殺幫助、安楽死等を含む。

スライド-10



【スライド-11】

そのAPSのうち、持続的な深い沈静 CDS (continuous deep sedation) の人工栄養と水分補給の有無の区別を伴った頻度の調査結果は、表のようになっております。この有無のうちどれだけのものが医学的適応の判断に基づくものか、死を早める意図によるものがどれほどなのかはわかりません。

【スライド-12】

これは、鎮静を含むAPSに関して医師が死を早める意図を持つ・持たないの調査ですが、持続的な深い鎮静に限定されてはいません。オランダだけの終末期鎮静の調査は別にありまして、死を早める部分的な意図を持つものは47%、明確な意図は17%となっております。

この終末期鎮静と安楽死との類似性を指摘する論者もおります。その人によれば、意識を取り去り、生存の条件をカットして、死の過程に患者を置くことになるからです。

将来は水分補給中止なども医学的適応のみに限定されるかもしれません。鎮静なら鎮静の枠内で、自己を厳しく抑制することそれ自身は評価されるべことだと思われまふ。しかし、CDSは安楽死や自殺幫助に荷担してはいないのだといったある種の優位性を旗印に他の選択肢を排除する動きを持つ時、向き合う相手であったはずの患者すら排除することになりはしないかということが懸念されます。

【スライド-13】

これは、「2年前喉頭がんの診断を受けた59歳の男性」という表題の事例です。

がんは既に大きすぎて摘出不能である。1年後ついにがんは口腔内と頸部に転移し、唾液を飲み込むのも困難となる。

彼は窒息をことのほか恐れていた。肺気腫で亡くなった同僚を目にしていたからである。痛みはモルヒネでよくコントロールされていたが、口腔内と頸部に及んだ腫瘍は出血し始め、窒息や出血死を恐れた彼は、自分を悲惨な状況から解放つに十分なバルビツールを処方するよ

スライド-11

人工栄養ならびに水分補給の有無から見た
ヨーロッパ 6カ国の持続的な深い鎮静の頻度
(原著より一部抜粋)

Country	Belgium	Denmark	Italy	The Netherlands	Sweden	Switzerland
Response percentage	79	62	44	75	61	67
CDS with APH	5.9	0.9	5.9	2.0	1.8	1.8
CDS without APH	0.2	1.8	3.0	4.7	1.8	2.9
Total CDS (%)	6.1	2.5	8.9	6.7	3.2	4.8
Ratio A/B	0.08	0.04	0.29	0.48	0.08	0.60

J Pain Symptom Manage 2006;31:122-128

スライド-12

生命を縮める可能性を伴い、かつ医師が患者の死を幾分か早めるという、意図を持っている場合と持っていない場合の苦痛と症状の軽減 (alleviation)
(原著より一部抜粋)

Country	Belgium	Denmark	Italy	The Netherlands	Sweden	Switzerland
Patient life shortening intention of physician	No / Yes	No / Yes	No / Yes	No / Yes	No / Yes	No / Yes
APS, % of all deaths	19 / 25	34 / 22	18 / 13	19 / 16	27 / 8	30 / 25

J Pain Symptom Manage 2006;31:111-121

スライド-13

2年前喉頭がんの診断を受けた
59歳の男性の事例から

終末期患者の選択をどのように考えるか

医師が示唆した終末期鎮静を拒否し
処方された致死量の不眠症治療薬を
服用して逝った患者

T. E. Quill et al. Palliative Treatments of Last
Resort: Choosing the Least Harmful Alternative.
Annals of Internal Medicine, 2002;vol.132
No. 8 468-469

う求めた。飲食を絶つことで死を待つには長すぎると感じ、苦しみから逃げる事ができる終末期鎮静の示唆には、出血や窒息しても自分の状態を医療従事者に言えない状況を恐れ、また、出血して死ぬ姿が家族に与える衝撃について悩んだ。

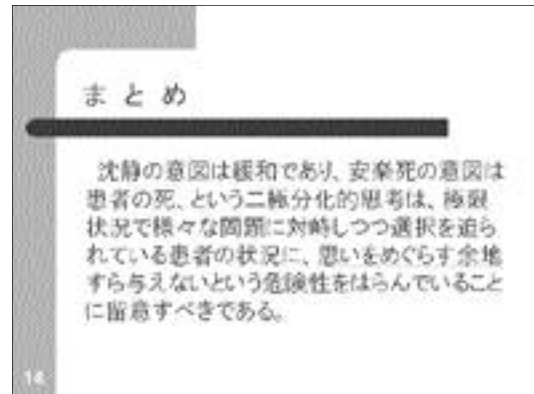
家族は彼の決断に同意し、医師は同僚と相談の上、不眠症の為の処方ということで、致死量に値するバルビツールを手渡した。彼は家族の前で薬を全部飲んで、静かに死んだ。法的事項になることを恐れ、患者の家族が電話連絡できるように手配をし、医師はその場を離れていた。

【スライド-14】

状況如何では、医師の自殺幫助や安楽死が、患者の極限状況での選択として最も適切であるケースもあるでしょう。「鎮静の意図は緩和で、安楽死の意図は患者の死亡」ということが決まり文句のように掲げられてしまいますと、極限状態でのやむにやまれぬ選択に応えたいとする考え方は封じられ、それを検討することすらタブーになってしまうのではないのでしょうか。

どのようなケースでどのような選択が許容の対象とされるべきかの議論そのものは、個人の自己決定と、医療従事者の生命保護の義務、共同体の価値などに関する多層・多面からの検討が必要ですし、さらにセーフガードの構築が必要となることは言うまでもないことと思います。

スライド-14



質疑応答

会場： 最後の方にお出しになった問題は非常に重要な問題だと思います。

私どもの病院にも緩和ケア病棟というのがありますが、10年以上前に、どうも安易に終末期鎮静をするという傾向がありまして、ずいぶん議論をしたことがあります。最近は減っているのではないかと思うのですが、非常に重要な問題であると、現場の方でも考えます。