

I. バイオエシックスの由来

バイオエシックス(Bioethics)という用語は、ギリシャ語のビオス(いのち、生き物)とエシコス(倫理、習俗)に由来する合成語である。この「バイオエシックス」という新しい学問がアメリカで形成された背景には、1950年代からの生命医科学技術の急速な発展をふまえた様々な「いのちの質」をめぐる価値観の大きな変動があった。

「生と死」の問題をめぐる、医療における患者・医師間の誠実で平等な人間関係に基づき、医療・健康情報を患者が正確に知り、納得する権利としての「インフォームドコンセント」の考え方が実践され、患者の権利運動が幅広く展開された。差別反対、環境保全・反公害、高齢者のケア、女性の解放とリプロダクティブの権利運動など、ごく普通の市民による地域社会での「いのちを守り、育てる」草の根の活動がこの「バイオエシックス」の基盤にあった。

つまり、「いのちの終わり」の問題を、医療・看護専門家にのみ任せないで、地域コミュニティの中でお互いのいのちと暮らしを支え合うホーム・ケアや在宅ホスピスケアへと拡げていった。

このようないのちの尊厳を尊び、それを守り育てるバイオエシックス運動は、1970年代にかけて、人々の意思を正しく反映しない政治権力や既成の社会秩序の変革をめざして、自分の生きる権利をまもるための「いのちの人権運動」として展開され、やがて「反戦・ベトナム」へとグローバルに展開されていく。

私自身も、1970年にベトナム・サイゴン大学で教鞭をとっていた時に、枯葉剤(ダイオキシンを含有し遺伝子に傷害を与える)による悲惨な障害児の出生を目の当たりにし、「ジェノサイド」(ベトナム民族の大量虐殺)と生物化学兵器の意図的悪用に大きなショックを受け、人間のいのちの尊厳とその基本的人権の確立をめざして、その後欧米諸国の同僚たちとともに「バイオエシックス」という名のもとに「超学際」的な学問分野を構築するための直接的な契機を与えられた。

自分たちのいのちを守り、人としての尊厳を持って豊

かに生きるためには、医療を含め、自分自身が情報を持ち、相互に協力し合い、自分たちで世の中を変えていかなければならないと多くの人々が気づき、権威主義的な専門家中心の社会システムへの異議申し立てを積極的に行ってきた。

それらが制度的にも定着し、政府関連の健康・医療関連審議会も公開が前提とされ、病院・倫理委員会などの設置も法的に義務付けられるなど、保健・医療の分野でバイオエシックスの基本となっている考え方である「自己決定の原理」や「公共政策」をふまえたWHO(世界保健機関)、CIOMS(国際医科学団体協議会)等の国際機関によるさまざまな具体的提案や試みや立法が、現在、欧米諸国をはじめ世界の多くの国々で実現している。

II. アメリカにおける尊厳あるいのちの終わり

「尊厳死」をめぐる、3件の判決(1976年のカレン・アン・クインラン事件^{*1}、1990年のナンシー・クルーザン^{*2}事件、2005年のテリー・シャイボ事件^{*3})から、アメリカでのいのちの終わりの尊厳をめぐる社会的動向を見ることができ。それは、ターミナルケアにおいては、適正な判断能力を持ち、自立している個人の「自己決定権」を家族も親族も原則的に尊重しなければならないということである。そのため、「事前の意思表示(Advance Directives)」の確認と尊重という社会的合意や法的整備が必要となる。

オレゴン州では、1994年の州民投票により「尊厳死法(Oregon Death with Dignity Act)」が成立したが、その後、宗教団体や米国医師会(AMA)の反対、連邦政府の介入などの紆余曲折を経て1997年から施行されている。内容的には、医師の末期患者への自殺介助(Physician-Assisted Suicide、略称PAS)を適法とし、医師が処方した致死量の薬物を患者が自ら服用し、死に至ることを許容している。薬物の処方にあたっては、患者は少なくとも口頭で2回、書面で1回の主治医への要請が必要であり、処方の対象となる患者の適格性や記録・報告義務、待機期間など詳しい条件による規定がなされているが、そ

【*1】ニュージャージー州に住む当時21歳のカレン・アン・クインランが、長時間の呼吸不全に陥ったため脳に損傷を受け、その後人工呼吸器を装着された。回復が見込めず、両親は人工呼吸器の取り外しを望んだが、病院側はこれを拒否。クインランの家族が裁判所に訴え、ニュージャージー最高裁はこの訴えを認めた。

【*2】ミズーリ州で交通事故を起こした25歳のナンシー・クルーザンは、心肺停止状態に陥り、植物状態となった。その状態が4年半続いた後、両親が経管栄養の中止を申し入れたが病院側は拒否。両親の訴訟に対し、延命

措置を望まないという「ナンシー本人の意思」の確固たる証拠がないとして、連邦最高裁で一旦これを否決した。しかしその後、ナンシーの元同僚の証言により、栄養補給の中止が認められた。

【*3】フロリダ州に住むテリー・シャイボは、26歳のときに心臓発作から植物状態となった。「本人は延命を望んでいなかった」とし、経管栄養を外してほしいとする夫とそれに反対する両親との間で裁判が起こった。裁判は7年に及んだが、最終的には連邦最高裁が両親の訴えを退け、経管栄養は外された。

【*4】脳溢血が元で全身不随の寝たきりとなった父親を見かねた息子が、事情を知らない母を介して毒入りの牛乳を飲ませて安楽死させた「名古屋安楽死事件」において、名古屋高裁がくだした判決。

【*5】入院中の末期ガン患者に対し、家族の強い要請に応じ、担当医が塩化カリウムを投与して死に至らした事件。医師の有罪が確定。

【*6】自発呼吸のできない患者の気管チューブを、家族の要請に基づき脱管。患者が苦しんだため、筋弛緩剤を投与し、死に至らした事件。

の条件を満たせば、患者自身による自分の命の終わりについての自己決定権が確保される。PASにより、多くの医師が終末期における患者の要求に耳を傾けることになった。また、医師の使命感に反するともいえる致死薬の処方回避のために、かえって終末期医療が充実し、末期患者のホスピスケア登録率が8割前後になった。これは他州の平均の約2割に比べて、かなり高い水準にある。

III. 日本における尊厳あるいのちの終わり

日本では、病気という弱い立場にある患者の心理的依存心や、いわゆる「甘え」の心情が、頼り甲斐のある医師にすべてをまかせるという状況をつくりだしてきた。臨床現場でのインフォームドコンセントも家族を交えてなされることも多く、こうした中で「自己決定の原則」や「患者の権利」が尊重されることは困難であった。

しかし、日本においても、従来の“延命至上主義”への批判や健康の回復が期待できない患者への医師の対応は、その自己決定の尊重をふまえて、末期の患者のいのちを安らかに終わらせることにあるとの見解もある。

周知のごとく、1962年の名古屋高裁の判例^{*4}において、「安楽死」として違法性を問われない次のような六つの要件が示された。

- (1) 不治の病で死期が目前に迫っている
- (2) 苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びない程度
- (3) 病者の死苦の緩和の目的でなされる
- (4) 病者の意識がなお明瞭であって、意思を表明出来る場合には本人の真摯な嘱託または承諾のあること
- (5) 医師の手によることが本則で、その他の特別の止むを得ない事情
- (6) その方法が倫理的に妥当で認容し得る

1991年の東海大学病院事件^{*5}では、患者が昏睡状態に陥っていて同意がなかったことから、家族の懇願要請があっても、本人の意思が推定できないのに医師が法律上許容されない治療中止を行なったことから、1995年に横浜地裁は刑法上医師に責任があるとした。更に、医師による安楽死として殺人の罪に問われた1998年の川崎協同病院事件^{*6}についての二審の東京高裁判決(2005年)においては、「尊厳死の問題を抜本的に解決するためには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要」であり、国を挙げた議論・検討が課題であると指摘した点は注目に値する。この事件の最終審である最高裁小法廷判決(2009年)においては、医師の行為につき患者の意思に基づいていたと認めることも、治療義務が限界に達していたと認めることもできないと判断し、医師を有罪とした。

IV. 尊厳あるいのちの終わりを迎えるために

いのちの終わりの問題を、「尊厳あるいのちの終わりへの人間の基本的権利」として捉える時代が到来した。バイオエシックスの視座から、尊厳あるいのちの終わりの時を迎えるためには、予め表明された患者自身の「自己決定」に反して家族や医療専門家に「生命操作」されることなく、いのちの質を充実させ、尊厳あるいのちを豊かに最後まで全う出来るよう自ら備えるべき課題に、私たちは直面している。この場合、大事なことは、わたくしたちが、常日頃から家族や親族、医療・看護従事者、かかりつけ医との間での、自らのいのちについての決断・考え方をめぐって緊密な「バイオエシックス的コミュニケーション」をしておくべきことなのである。そして、できればそれらの内容を自ら「エンディング・ノート」などの文書に記録しておくことが望ましい。