

脳死の妊婦とその生きている胎児

K・バイエルツ／K・シユミツト
(訳) U・リヒター／鈴木崇夫

一九九二年の一〇月五日のことである。診療助手として働くマリオン・Pという一八歳になる女性が、午後二時頃、仕事場から家に帰る途中で事故に遭った。彼女の運転する自動車が、道路沿いの木に激突したのである。二、三〇分ほどして救急隊が現場に到着した。瀕死の重傷を負った患者は、挿管治療がほどこされたのち、治療続行のため病院に収容された。脳がかなり損傷を受けていたので、患者は、エアランゲン大学病院の脳神経外科の集中治療室に移された。続く数日の間に患者の容態は悪化の一途をたどり、一〇月八日、神経科医は患者の脳死を確認した。

ふつうであれば、これで話は終わりである。脳死が確認されれば、種々の装置はそのスイッチが切られることになる。いうまでもなく、死者に酸素吸入をほどこしたり人工栄養を注入したりするのは無意味なことだからである。けれどもマリオン・Pは妊娠していた。彼女のからだのなかでは胎児が生きており、もし人工呼吸器が取り外されるならその胎児は死んでしまうだろう。まだこの世に生を享けていないその子はどこにも傷を負っていないように

あり、死者も脳以外の身体機能は安定していた。そのため、人工呼吸と人工栄養は続行されることになる。胎児の救命が目指されたのである。

さて、「ビルト紙」に大々的に掲載された記事がきっかけとなり、医師たちのこうした処置に関して広範な議論が沸き起こることになった。さまざまな立場から見解が表明され、それらは批判と受容とのあいだを揺れうごいている。同じ職業グループであっても、その内部で意見が分かれているところも少なくない。医師たちの処置を是認する者たちですら、割り切りのつかないわだかまりの気持ちにとらわれている。ただし、世間一般としては、反感をいだく者や憤慨する者のほうが数のうえでまさっているようにみえる。

脳死による死の定義

呼吸し、心臓が鼓動を打ち、消化活動をおこない、髪の毛も伸びつづける、そういう人間を「死んでいる」とみなす考え方は、それだけです。割り切りのつかないわだかまりの気持ち呼び起こすに十分である。そうした人間は、生命のあらゆる特徴を示してはいないだろうか。

こんにち大半の国で受け入れられている、脳死による死の定義は、ハーバード大学医学部の委員会が一九六八年におこなった提言に由来する。この提言では、それまで通用していた人間の死の定義に代えて「不可逆的昏睡」という基準を採用すべきことが説かれている。(旧)西ドイツで一九八二年から認められるようになった「脳死基準」も、全脳が不可逆的な機能喪失状態に陥っているときにはその人間は「死んでいる」、という前提に立っている。人間の死に関するこうした新しい定義の背景にあるのは、第二次世界大戦後における近代的な集中医療の発達である。

ここでは特に次の二つの事柄を押さえておく必要がある。一つは、さまざまな装置が開発された結果、脳の活動が不可逆的に消失してしまっている患者についても、それらの装置を利用することによって心臓、循環、呼吸の各機能を維持しつづけることができるようになったということである。死の伝統的な定義に従えば、そうした患者は生きて、いる。集中医療における技術面での進歩は、そうした患者の扱いに関する問題、たとえば、人工呼吸器の取り外しは殺人に相当するののかという問題を生みだすようになっていた。一方で、人工的に生を（見方によっては、死を）長引かせるほとんど無際限ともいえる可能性を前にして、他方で、そのような処置の医学的な無意味さや医療資源の有限性を前にして、集中医療用の装置を始動させてよい「正当な」時点に関する問いが緊急のものとなった。この時点を「死の時点」とみなすことが理にかなっているように思われたのである。人を新しい基準の探求にむかわせた二つめの動機としては、移植技術の発達をあげることができる。ある人間から臓器を取り出してそれを別の人間に埋め込むことがすでに可能となっていたのである。死者が自分の臓器を墓のなかに携えていくということ、換言すれば、臓器が埋葬されるということは、過去数千年にわたって自明の事柄だったわけだが、医学および医療技術の発達には死者（あるいは、まだ死んでいない者——どちらであるかは定義次第）を貴重な財物の所有者へと変えたわけである。移植医療を創始するためには、死の新しい定義が必要だったのである。

こんにちドイツで通用している「脳死基準」は、一〇年以上にわたって続けられてきた規範づくり作業の成果である。最初にこの問題が検討されたのは、連邦医師会(Bundesärztekammer)の科学審議会(Wissenschaftlicher Beirat)によって任命された専門家グループにおいてであった。彼らは、一九八二年に「脳死基準」の第一版を発行した。その後、医学および医療技術の発達により、その「脳死基準」の見直しが必要となり、一九八六年と一九九一年の二度にわたって改訂作業が進められた。そのいずれの場合も、作業に従事したのは、前回同様、医師会の会員の

なかから任命された者たちをメンバーとする委員会である。将来さらに改訂の必要が生じてくるであろうことが、二度目の改訂を経た「脳死基準」の前書きにおいてすでに見込まれているという事実は、注目に値する。

脳死の確認は、かなり手間のかかる作業である。判定にあたっては臨床的方法のみならず装置を媒介にした方法もさまざまに駆使しなければならぬし、また、検査結果の詳細を記録にとどめておくことも要求されているからだ。検査の方法をあらかじめ精確に規定しておくことは、判定の確実性・信頼性を確保するうえでぜひとも必要である。だがそうだとすれば、こうした慎重さが、単に技術的な理由にもとづくものではなく、むしろ何よりも倫理的（かつ法的）な理由にもとづくものであることはもはや明らかであろう。そのことは、判定手続きにかかわる種々の規則表現を見ればはつきりする。実際、ドイツにおいて標準的な「脳死基準」は、非技術的な規則をも、たとえば、脳死判定に立ち会うべき医師の数やそうした医師の職業経験に関する規則をも含んでいる。とりわけ興味深いのは、臓器の摘出が予定されている場合には脳死を確認する医師は移植チームと無関係の者でなければならぬという規則である。この規則の目指すところは、移植を執りおこなおうとする当の医師が臓器提供の見込まれている者の死をも決定するといった事態の排除にある。

こんにち脳死による死の定義は、医療上も法律上も世界中でひろく受け入れられている。とはいえ、この定義を強く拒否する論者も少数ながら依然として存在する。その理由についてここで立ち入って論じることができないが、それにしてもこう問うてみることは許されるだろう。すでに通用している脳死基準を受け入れないことにしたほうが、エアランゲン大学病院のケースについてはかえって解決が容易になるのではないだろうか、と。このケースを脳死が制度化される以前の時代に引き戻し、心臓および血液循環の停止という当時通用していた基準のもとでそれを判定するならば、マリオン・Pはまだ「生きている」ことになるだろう。とすれば、議論の眼目は、死んだ人間

の有機的組織にそなわる諸機能を胎児の出産という目的のために維持しておくことが倫理的に許されるかどうかという事ではなくなるはずである。問題は、成長しつつある胎児のために母親の死にゆく過程を長引かせることが許されるのかどうか、あるいは、人工呼吸の打ち切りは母親に対する殺人に相当するののかどうか、という形をとることになる。この場合には、解明すべき問題群も別のものとなるわけだが、だからといって解答がそのぶん容易になるとは思われない。これにたいして、脳死をマリオン・Pの死として受け入れるならば、いくつかの——すぐ右で出されたような——議論は成り立ちえなくなる。たとえば、この婦人が「尊厳を保ったまま死んでいく」のを妨げてはならないなどと主張することは、もはや意味をなさない。また、呼吸器のスイッチを切ることも、今の場合にはもはや殺人として弾劾するわけにはいかないことになる。いうまでもなく、人工的に酸素を吸入されているような者は、すでに「死んでいる」からである。

以上のことから、二つの事柄を確認しておくことができる。一つは、ある行為が道徳的に許されるものであるかどうかは、その時点で通用している死の定義によって決まる、ということである。もう一つは、——どのような定義を基礎に据えようとも——答えを見いだすのが容易ではないいくつかの問題にわれわれは直面せざるをえない、ということである。どんな解答も、おそらく問題の余地を残すにちがいない。こうした状況が人をいらだたせるものであることは、驚くにあたらない。

いらつきとわだかまり

周知のように人間は、自分が死ぬことを知っていると、そしてその死に解釈をほどこすという点で、他

の有機的生命体から区別される。この解釈は、人間の個人的・文化的自己理解をかたちづくるひとつの重要な要素となっている。たとえば歴史に眼をむけてみると、当初、ユダヤ教の伝統において死の時点は、死にゆく者が最後の呼吸をなし終えた時とみなされていたことがわかる。死者は、自分の生命を「吐き出した」のである。その後、西洋医学では、新しい見方が誕生した。すなわち、呼吸の停止ではなく、心臓および血液循環の停止した時が死の時点である、という見方であり、これが長い期間を通じて西洋医学を支配してきたのである。ところでわれわれの文化のひとつの特徴として次の事実をあげることができる。すなわち、われわれの文化が世俗化・科学化されていく過程で、死の解釈に関する権威ある社会的決定審級としての宗教が、徐々に医学によってその地位を奪われていったという事実である。死の医学化によって、死の解釈をめぐる状況は大きく変わることになる。死の解釈は、もはや文化的発展のゆるやかなリズムに従っていればよいものではなくなった。それは、医学理論および医療技術の加速度的な進歩によってせき立てられるものとなっている。脳死による死の定義は、医学によって死に与えられた——さしあたり？——最終的な解釈なのである。

この定義が——医学の素人だけではなく専門家たちをも含めて——たいいていの人間にわだかまりの気持ちと呼び起こすことは、怪しむにたりない。一般的にいつて、われわれの文化は、死と関連するものをすべてタブー化する傾向にある。この「娯楽社会(Erlebnissgesellschaft)」中に死が占めるべき場所はない。死は、可能なかぎり排除されることになる。死は、日常の生活連関から切り離され、特定の社会的施設のうちへ移し入れられる。ちなみに、全人口の七〇パーセントは病院で死を迎えるのである。死は、われわれに疎遠なものとなってしまった。そしてこのことは、脳死に関して、より一層あてはまる。たしかに脳死は、全体の数からいえば無視しても差し支えない稀な現象ではある。しかしそれは、われわれの自己理解の中核をなす要素が科学や技術による定義の發揮する力のも

とに服した場合に生じてくる可能性のある根本問題を、浮き彫りにしてくれるのである。啓蒙された社会においてすら、人々が脳死による死の定義を自分たちの文化のうちに同化吸収することはなかなか難しいし、またそれを受け入れることには心理的な抵抗がつきまとうということ、これは明らかである。脳死による死の定義を頭では承認している者であつても、それを感情のうえでも自分のものとするには困難を感じるにちがいない。測定可能な活動を脳がまったく示していない場合でも、血色のよいあたたかい身体は、それを見る者に、この人はただ眠っているにすぎないのだという印象しか与えない。そういう人間に関して、医学は、この者は「死んでいる」のだと断言する。こうした処置は医療現場ではすでに二〇年来おこなわれているわけだが、これをわが身に引き寄せて実感として納得できるかといえ、それはかなり難しいのではないか。死んでいる、という言葉が引用符つきで用いられるのは、決して偶然ではない。人はそのような人間を「死んでいる」と呼ぶことには、どうしても抵抗を感じざるをえないのだ。なんといつてもその人間は、眼にみえるかぎり生命のあらゆる徴候を示しているからである。エアランゲン大学病院の当該の医師 J・シェーレは、正しくも次のように述べている。この脳死者は、落下の途中で静止してしまった石のようなものです。「われわれはそれに対していかなる言葉も持ち合わせていません（中略）、言語が発明された時点ではこのような状態は存在しなかったのです」——。もはや言語が機能しないところでは、われわれの感情生活を導く馴染みの準拠枠も機能しなくなりかかっている。これこそが、人々の反感の根もとにある事態なのである。

道徳の変化

道徳が何らかの準拠枠を提示してくれるのではないかという期待が表明されるのは、こうした状況のもとでは自

然なことである。われわれは何を抛り所にすべきなのか、何が「適切かつ正当」なのか、という問いに、道徳以外のいったい何が答えを与えうるであろうか、というわけである。しかしながら、科学技術の進歩によってもたらされているのは、右に述べたような文化的・心理的ないらつきだけにとどまらない。科学の進歩は、道徳の構造および道徳の位置づけをも変化させているのである。脳死による死の定義は、科学技術が進歩することによって道徳が直面せざるをえなくなる問題状況に対する、ひとつの鮮烈な実例となっている。この問題状況を構成する三つの趨勢を以下で簡単に述べてみる。

脱自然化——。数十年前までは、心臓の鼓動ないし血液循環の停止、あるいは呼吸の停止が、生と死の明確な境界線とみなされることができた。医療技術の進歩によってこの境界線は不明瞭なものとなってしまった。死がひとつのプロセスであるという事実が、そのことによってはっきりしてきている。つまり、医療上の実地的知識が豊かになってくるのに応じて、死にゆくこと(das Sterben)がますます死(Tod)に取って代わるようになっていくのだ。そのため、それまで死という概念にそなわっていた一義性は消しさられてしまった。以前は揺るぎない自然の出来事と思われていたものが、今や定義を必要とするものになっている。こうしてわれわれは、ある困難な課題に直面せざるをえない。つまり、生から死への移行が連続的なものである以上、われわれは、自然そのものから死の定義を読みとることができるといふような幻想とはきっぱり縁を切ったうえで死の定義を確定しなければならぬのである。以前は自然の事実として人間の責任の及ばないところにあると思われていたものが、今では、われわれ人間の決定にゆだねられており、われわれはその決定に対して責任を負わねばならない。出来事としての死を解消してしまうほかならぬこうした医療実践の出現が、死の出来事としての性格を規範のうえで再構築することを余儀なくしているのである。それゆえこう述べることができる、——われわれの道徳を支える「自然の基盤」は徐々に

掘りくずされていき、人間が日増しに道德の創始者、創造者となっていく、と。实在そのものうちに確固とした基準点を求めることができないところで、われわれは線引きをおこなわなければならないのである。この意味で、道德の「脱自然化」の趨勢という表現を用いることができる。死の定義は今では、「存在論的に」前もって与えられている境界といったものに依存するのではなく、その時々々の技術上の可能性に依存するようになっていく。目下のところはまだ全脳の死が「脳死」として通用しているが、脳の特定の部位の機能停止ということだけで死の時点を確定するのに十分なのではないかという議論もこのところ出されるようになってきている。つまり、「全脳死」から「部分脳死」への移行がすでに開始されつつあるといえるのである。脳死の定義をゆるやかな形のものにするかきつい形のものにするかをめぐる論争が教訓的に示しているのは、境界線がいったん引かれても、技術上の可能性が広がることによつてそれがあらためて疑問視されるようになる時が必ずくるということである。もし脳における個々の部位が何らかの装置によつて代替可能であるとするならば、人間の死が依然として全脳の機能停止と等置されたままでよいのかという問いが生じてくるのは当然といえよう。そしてその場合には、脳死による死の定義は、きつい形で定式化されねばならないこととなる。こうして、ある脳死基準を受け入れるかどうかの決定は、すべて潜在的には、科学の進歩と技術の発達との圧力のもとで下されるのである。

實用本意の取り扱い——。新しい定義をめぐる論議は、——右ですでに指摘したように——そもそも初めから移植問題と密接に結びついていた。移植に適した臓器に対する需要の高まりが、死の新しい定義へと人を促す重要な要因のひとつをなしていることは、ハーバード大学医学部特別委員会の報告書において、次のような慎重な表現でほめかされている——「死の定義のための旧来の基準は、移植用臓器の獲得という観点から問題化される可能性がある」。はつきりいえば、これが意味しているのは、死の新しい定義は移植用臓器の獲得を容易にするもので

なければならぬということである。こうした背景のもとで、脳死による死の定義は、先行する目的を念頭に置いたもの、戦略的性格を帯びたものとなる。人間が「死んでいる」とみなされるべき時点はいつなのかということがまず初めに解明され、次に死の時点に関するこの規定に照らして臓器摘出に関する決定が下される、というふうにはなっていないのである。むしろあらかじめ臓器摘出の問題が見込まれたうえで定義の内容が決定されるのである。すでにだいぶ以前にハンス・ヨーンナスは、死の定義のこうした戦略的性格に対して批判の矛先をむけていた。死の定義の試みは初めから、移植可能な臓器の利用を可能にするという利害関心によって導かれていたのではないかと、いう疑いを彼は表明したのである。この批判に対しては、定義というものは常に、目的を念頭に置いたものであり利害関心に導かれたものであるのだから、それに代わる選択肢となりうるのは利害関心から自由な死の定義といったものではなく、別の目的を指す何らかの定義である、とこう反論することもできるかもしれない。しかしたとえそうだとしても、死を定義することから生じてくる可能性のある諸問題を過小に見積もるようなことがあつてはならない。この点は、その社会的帰結を考えてみればはつきりする。それというのも、今の場合、定義を確定する社会的権限をもつ者とその定義を現実に適用する社会的権限をもつ者とが重なり合うからである。臓器移植の場合、臓器移植を遂行するのと同じ職業集団が、移植をおこなうために必要とされる諸前提が実際にみだされていくかどうかについても決定するのである。この問題は、告発風の調子を一切こめることなく、それとしてはつきりと確認できるし、またそうすべきでもある。フランケンシュタイン博士が死体損傷は許されるとまず初めに主張したのは、そのあとでモンスターを作り出すための「素材」を夜な夜な墓場で調達するためだったではないか、といったあたりがちな当てこすりは、問題を素通りするものでしかない。なぜなら、そのような当てこすりは、この問題の構造的な性格からわれわれの眼をそらしてしまうからである。ここでは定義とその適用場面とのあいだに体系的な連

関が存在している。目的や目標に関連づけられているという意味でわれわれの道徳的な規範や価値が「実用本意の取り扱い」をうけることは、もはや避けようがない。定義するという行為は、その無垢の純潔さをすでに失ってしまったのである。

均質化——。死を定義することは単なる経験的な企てではなく、道徳的・規範的な企てでもあるということについては、一般にコンセンサスが成り立っている。死の定義の試みは、一般に妥当している道徳の（部分的な）変革とみなすことができる。ただし、そのような変革に一定の歯止めをかけることはきわめて困難である。道徳の変革というものは、ひとたび開始されるや、道徳上の隣接領域へも波及し、ついには——感染と似ていなくもないが———しだいしだいに道徳の全領域にまで広まっていく。こうした拡張を支える議論の型はいつでも同じものである——「この問題状況に対してわれわれがしかじかの態度をとるのである以上、われわれはあの類似した問題状況に対しても全く同様の態度をとらなければならない」。別様に表現すれば、ある個所での変革は、別の個所での変化を引き起こす梃子となる、ということである。脳死の例においてこのことは実際に生じている。というのも、何人かの研究者が、生命の終わりにかわる定義が生命の始まりを確定する際にも役立てられるべきだと主張しているからである。その場合には、**脳死**定義からひとつの**脳生**定義が生み出されることになる。それによれば、人間なるものは、その神経生理学的システムが一定の成熟度に達してはじめて「存在」を開始する。もし脳が機能喪失状態に陥った者は、もはや生きていないというのであれば、脳がまだ機能していない者もやはり、まだ生きていないということになる。こうした対称を重んじる考察法や生命の始まりに関して**脳死**定義の「対応物」を求めようとする試みが、中絶問題に対してもつ意義は明らかである。以上みてきたことからいえるのは、道徳上のいかなる革新も、当初まったく念頭に置かれていなかった事柄に関する議論の場に例外なく持ち込まれることになるという

ことである。道徳上の革新には、バイオエシックスおよび道徳一般のさまざまな分野間の均質化をうながす潜在的な力がそなわっているのである。

道徳というものが科学技術の進歩によって変容をこうむるものであることは、以上述べてきたことで十分明らかだろう。このことはたしかに、道徳上の規則が全く効力を失ってしまうことを意味してはいないが、しかし、そうした規則の基盤となる経験的諸条件が変化しうるものであることを示している。以前は明白で疑問の余地のなかったものが、急に問題をはらんだものとなる可能性がある。何よりもわれわれを不安にするのは、ある行為が許されるものであるかどうかの決定が定義に依存しているということであろう。同一の行為（たとえば臓器の摘出とそれの再利用）が、脳死定義のもとでは正当とみなされるのに、心臓死定義のもとでは生体解剖とみなされざるをえないことになるのである。しかも一層われわれを不安にするのは、おそらく、その定義を確定するのがほかならぬわれわれ自身であるということであろう。それによって道徳は一切の拘束力とその絶対的な性格を失ってしまうかに見える。人間によって意識的に構築されるような道徳は、その妥当性を理性、科学、道徳的反省等々からひき出さざるをえない。つまり、完全性や純粋性に関して疑いの残るような源泉からひき出さざるをえないのである。疑いえない所与の決定審級との結びつきを失ってしまったそうした理性や反省は、どんなことでも平気でおこなうようになるのではないか。鎖を解かれた合理性にとって「神聖な」ものはや何も存在しなくなるのではないか。こう人々は恐れるのである。

こうした恐れをむげに斥けてはならない。それが生じてくる土壌はわれわれの文明の現実のうちたしかにそなわっているからである。だがそれにしても問題は、合理性や反省に取って代わる選択肢としてはどのようなものがありうるのかという点にある。われわれは自分たちの文明の問題をタブー化によって解決することはできないし、

過ぎ去った無垢の時代を懐かしんでみてもやはり問題の解決にはならない。わだかまりの気持ちは、拙速に対する警告としては積極的な役割を果たしうるが、それ自身はいかなる解答も与えないし、技術革新への道徳的対処にあたって採るべきいかなる視点も提示しない。

安易な解決を超えて

これまで述べてきたことからエアランゲン大学病院のケースに関してきっぱりとした明確な態度決定を導き出すことはできない。そのことは意図されたことでもある。もちろんこのケースやこれと似たケースに関して「明確な立場」をとることも可能である。たとえば、カトリック的な観点から胎児の絶対的な生存権といったものを申し立てることもできるし、あるいはフェミニズム的な視点から、当該の男性医師たちを、無防備の死せる女性を道具化したかどで弾劾することもできる。そのような明確な立場は快適ではある。なぜなら、それによって難問題も一気に解決されてしまうからである。しかしそれにはまた代償ともなう。そうした明快さは、問題状況のひとつの側面にだけ眼をそそぎ他の諸側面を無視することによってのみ得られるものだからである。

われわれとしてはこう主張したい。われわれは、自分たちがつくり出した高度技術社会に生きている。それは複雑なものであり、そこでの問題状況は多くの場合、容易には見通しがたいのだ、と。それ以前の世界が単純で見通しのきくものであったかどうかは、また別問題である。ただ、いずれにせよ、科学と技術は新しい問題状況を生み出してきている。その解決のための手に慣じんだ確かな道具をわれわれはまだ持ち合わせていない。そうした問題状況の一部はわれわれの感情にも深くかかわりをもっており、それが状況をいつそう困難なものとしている。こう

した事態は逃れようがない。たとえわれわれが将来、マリオン・Pのようなケースに関して合理的解決と感情の処理とを学んだとしても、その時にはすでに、われわれを困惑させる新しいケースが生じていることだろう。われわれはその種のケースや問題とともに生きていかねばならないだろう。

倫理もまた、この種の問題を解決する万能鍵を提供してくれるものではない。「新しい倫理」を求める声が出てくるのは理解できることであるのだが、その助けによってマリオン・Pのようなケースも、一定の計算問題を——余りを残さず——解くように「解決」できるなどと考えるとすれば、それは幻想にすぎない。まず第一に、道徳といえども不変定数ではないからである。道徳も科学技術の進歩に対して無関係ではありえない。そして道徳を科学技術の進歩から切り離しておこうとする試みは、最後には道徳上の原理主義に帰着してしまうことになるだろう。だがさらにいっそう重要なのは、ここで議論されているタイプの事例は、決して単純なものではなく、それを余すところなく解決してしまうことなどもと不可能なのだということである。このことを示すために、もう一度マリオン・Pのケースそのものに立ち戻ってみたい。

(1) 当事者双方をどういう概念で記述すべきなのかということからして不明確である点に、問題の困難さが見てとれる。誰が、あるいは何が集中治療室に横たわっているのか——「母になろうとしている人か？ 子供がその中で生きている死体か？ 早産児用の保育器を形づくる臓器集合体なのか？ それとも、功名心かられた科学者たちの（…）実験対象なのか？」。そしてマリオン・Pのうちに存在するのは何なのか——まだ生まれてこないもの、胎児、子供、人間？ こうした術語上の問いに対してどう答えるかがすでに、このケース全体に関する評価にとって大きな意味をもってくることになる。「母親」について語るのかそれとも「死体」について語るのかによって、また、「胎児」について語るのか「子供」について語るのかによって、それぞれ異なった価値視点が持

ち込まれることになり、それが当該の医師たちの処置に関する判断にも影響を及ぼすのである。しかもさらに、それが「母親」なのか「死体」なのかを決定するにあたって準拠できるような客観的基準といったものは存在しない、という事情も加わる。どの術語を選択するかによって、このケースのどの局面について語ることになるのかがおのずと決まってしまうのである。だが有意義な議論のためには、さまざまな局面がそれとして自覚的に区別されていなければならない。なぜなら、さもないと——目下世におこなわれている議論が明白すぎるほどに示しているように——それらの混淆によって議論は種々の混乱に導かれてしまうからである。しかし、複数の概念があてはまる場合には、たとえばマリオン・Pは「母親」であると同時に「死体」でもあるという場合には、どうであろうか。そうした場合、種々の局面全体を見渡すことによって決着をつけるといったことはそもそも可能なのだろうか。

(2) このケースに関する評価をこれほど難しくしているのは、さらに、ここではさまざまな要求と利害関心が相互に衝突し合っているという事実である。この婦人が妊娠していなかったとするならば、医療上の「標準的事例」として事は済んでいただろう。臓器摘出といったことは問題にならなかったから、集中治療は途中で切りあげられていたはずである。だがマリオン・Pは妊娠しており、胎児は彼女の死後も生きつづけていた。そうだとすれば、もはやただ一つの要求、ただ一つの利害関心が問題なのではなく、二つの、場合によっては互いに競合し合う要求・利害関心が議論の対象になることは明らかである。同様の事態は、人口中絶の問題でも生じる。もちろん、その場合に問題となるのは、自己決定権を主張する生きた女性であるという違いはあるが。そしてその際には、この自己決定権のほうに胎児の要求よりもいっそう「重い」と考えることには十分な理由があるといえるだろう。しかしながら、ここで取り扱われているケースにおいては、このことは成り立たない。マリオン・Pは死んでいるからである。そして脳死による死の定義を認めるつもりのない人であっても、胎児の要求はマリオン・Pの自己決定権に席

をゆずるべきであると主張することはできないように思われる。エアランゲン大学病院の医師たちにとっての行動を道徳的観点から否認するためには、胎児の要求よりも重い何らかの利害関心がマリオン・Pにそなわることであらかじめはつきりさせる必要があるだろう。そのような重大な利害関心をわれわれは見いだすことができない。

こうした考察から帰結してくるのは、エアランゲン大学病院の医師たちの行為は、道徳的に命じられているものでも道徳的に禁止されているものでもないということである。われわれの考えによればそれは、道徳的に許されている行為、なのである。これが意味しているのは、この行為は、道徳が個々のケースごとの判定にゆだねている領域の内にあるということである。道徳に対して明確な———それどころか絶対的な———行為の尺度を期待している人々すべてにとって、このような結論はあまり満足を与えるものではないだろう。このような期待はここで問題にしたケースにおいては見当違いなものであって、われわれは、それがなぜなのかを明らかにしえたものと思う。とはいえ、エアランゲン大学病院のケースに直面してわれわれもまた強いわだかまりの気持ちにとらわれていることを隠しだてするつもりはない。これは、行為にあたって二つの選択肢の前に立たされた者のわだかまりの気持ちである。選択肢の一つは、エアランゲン大学病院の医師たちがとった行動である。もうひとつの選択肢とは、感覚能力をそなえた一五週目の胎児が、死せる肉体のうちで徐々に窒息していくのを放置しておくというものなのである。

* ハンに訳出した論文 *Die hirtote Schwangere und ihr lebender Fötus (in Blätter für deutsche und internationale Politik 1992/Nr. 12, Bonn, S. 1495-1502)* は、岩手医科大学の一九九二年度医学部二年生を対象とした Uwe Richter による「ドイツ語」の授業においてテキストとして用いられたものである。学生たちが作成した素訳に訳者が大幅に手を入れて成稿を得た。翻訳出版を快諾してくださった著者の Kurt Bayertz、Kurt Schmidt 両氏に、

この場をかりて謝意を表したい。

〔訳者後記〕

エアランゲン大学病院の医師たちの試みには、一九九二年の二月中旬に、胎児の流産によって終止符が打たれた。一九九二年一月二〇日付の「ツァイト紙」は、「追悼文」という見出しのもとに次のような記事を掲載している。「四〇日後にエアランゲン大学病院の医師たちは、進歩を誇りつつみずから医学の処女地への探検と呼んだ試みを諦めざるをえなかった。四ヶ月半の胎児は、脳死の状態にある二八歳の母親の胎内で持ちこたえることができず、研究者たちの大胆な世界から立ち去るにあたって流産を選んだのである。(改行)人工呼吸器のスイッチが切られることによつて、マリオン・プロツホのもとにもようやく安息が訪れた。医師や倫理学者たちによつて彼女に課せられた使命、つまり脳死を過ぎてのちも母胎を孵化器として提供しつづけるといふ使命を、彼女はまっとうすることができなかつたのである。(以下略)」