

欧米における医学倫理の教育・啓蒙活動の現状

酒 井 明 夫

目 次

- (一) はじめに
- (二) 医学倫理と医学哲学上の諸問題
- (三) 医学部における医学倫理教育
- (四) 「病院倫理委員会の充実・医療従事者の教育」プログラム
- (五) 学会レヴェルにおける活動
- (六) ボツフム医学倫理センターの試み
- (七) おわりに

(一) はじめに

今日、日本でも医学倫理や生命倫理という言葉が頻繁に用いられるようになり、哲学、法律などの人文・社会科学の分野と医学畑の双方で多くの学者たちの注目を集めている。そればかりではなく、最新の医学テクノロジーの成果を臨床場面で応用しようとする試みに対して、マスコミを中心にその是非を議論しようとする傾向も次第に顕著になってきた。テレビ、新聞、雑誌などの論調は、新しいバイオ・テクノロジーの実践に対してかなり批判的であり、たとえば社会的コンセンサスや世論などに加えて、医学倫理あるいは一般的な倫理に訴えながら、そうしたテクノロジーが許容され得るものかどうかを追及している。

しかし、この医学倫理や生命倫理あるいはバイオエシックスというものが、(1)実際にはどのような内容を持ち、(2)どのように機能するのか、あるいはさせるべきか、(3)医学や人文の将来に対してどのようなインパクトを持つのか、という点については、まだ必ずしも一般に理解が行き届いていないといえない。

まず、医学倫理や生命倫理が対象とする分野は何かということをはっきりさせておかなければならない。コネチカット大学のスピッカー教授の言葉を借りれば、広い意味での医学倫理には「soft-boiled」と「hard-boiled」の二通りがあって、「soft-boiled」には医療上のエチケット、個人のモラル、規律を守ることなどが含まれるのに対して、「hard-boiled」とは、学問的な意味での医学倫理であり、医療のなかで哲学、倫理、宗教、経済など、学際的な視点を必然的に要求する困難な問題を対象とするものである。そして、欧米の大学の医学部や関連学部、医学倫理領域の学会、研究施設などで研究、教育の対象となっているのは、言うまでもなく「hard-boiled」に属する医学倫理である。医学倫理の方法論を医療の現場に導入し、その思想を医療従事者に普及させようとする試みは、欧

米でますます盛んになりつつあるが、我が国ではまだそれほど盛り上がりを見せはしていない。

「生命倫理 bioethics」という言葉はアメリカで生まれた、という事情は別にしても、生命倫理や医学倫理が現在欧米でどのようなかたちで取り扱われ、教育されているかを知るとは、われわれにとっても決して無駄ではないと思う。まず、医学倫理と医学哲学の「ハード・ボイルド」に属する問題にはどのようなものがあるかを概観してみたい。

(二) 医学倫理と医学哲学上の諸問題

さしあたって、この問題領域を知るためには、オランダのクルーワー學術出版社から出されている「哲学と医学シリーズ」の内容を見るのが近道である。このブックシリーズは、一九七五年以来、コネチカット大学のスピッカー教授と、ヒューストンにある「倫理、医学、公共問題センター」のエンゲルハート教授がエディターとなつて、現在三六巻まで出版されている。内容は、現在問題となつていゝる医学哲学と医学倫理のほとんどすべてを網羅しているといつてよく、各巻のタイトルと内容紹介がそのまま医学倫理の方法論と対象領域を示している。

それらのなかでも、脳死、中絶、医療財源の配分、医療行為に対する患者の同意などの問題は、いま欧米でも、エンゲルハート教授の言うように、「深刻な意見の対立を招いており、たとえば、中絶を行っている医療施設には爆弾が仕掛けられ、患者たちが医師から十分な説明を受けていなかったといつて医師を告訴する例も珍しくない。神学者のなかには、遺伝子操作は神の掟にそむくものだとして主張する者がいるし、ほとんどすべての工業先進国では医療費をどのようにして確保し、経費をいかにしてまかなっていくかという難問に直面している」(Engelhardt, 1986, p. vii)のである。以下に、「哲学と医学シリーズ」の内容と、そのエディターのひとりであるスピッカー教

授の視点を中心に、医学倫理上のいくつかの問題を簡単に紹介してみたい。

(1) 脳死の問題について

まず、臓器移植との関連で日本でも激しい議論的となつていゝる脳死の問題からみていくことにする。前述した「哲学と医学」シリーズの第三一巻は、脳死の診断基準、とりわけ全脳死の診断基準に対する批判と擁護の議論を収録している。脳死の診断基準には全脳死、脳幹死、新皮質の死などがあり、日本では、いわゆる「植物状態」は脳死の議論に含めないのが一般的であるが、この巻では新皮質の死を個体の死とするかどうかという議論が主となっている。

本書に収められている論文のひとつ、カナダのダルージー大学のローランド・プセッティの書いた「新皮質の死を克服できる人間がいるだろうか」(Puccetti, R. 1988)と題する論文では、脳死の議論には哲学的観点が必要であることが明確に述べられている。プセッティは、あるエピソードから始める。

「ある寒い朝、私は車庫のドアを開けないまま車のエンジンをかけ、台所に戻った。ちょうどそのとき、出版社から長距離電話がかかってきて、契約の話が長引き、再び車庫に戻ったのは三〇分後だった。車庫に戻ってみると、そこには私の愛犬フィドラーが倒れていた。私は急いで車庫のドアを開け、フィドラーを外に出して新鮮な空気を吸わせようとした。私がフィドラーを見つけた時、フィドラーは呼吸停止の状態だったが、何回も蘇生のためのマッサージを続けた結果、心臓と肺は再び動きだした。しかし、私の呼びかけにはまったく答えない。獣医に連れていくと、一酸化炭素の中毒で昏睡状態であり、最悪の事態も覚悟するようになると言われた。獣医はさらに、フィドラーが自発呼吸を続けていることからみて脳幹部は損傷されていないが、脳の表面は破壊されているため、二度と意識を回復することはないだろうと結論した。このような場合、私はどうしたらいいのだろうか？」

彼はさらに続けて、

「私がつぎのような手順を踏むと仮定しよう。フィドラーを家に連れて帰り、彼のために特殊なベッドを用意し、毛を剃っておしめをあて、経静脈栄養と経鼻栄養を与えて、褥創ができないようにしょっちゅう体位交換をしてやる。夜はフィドラーの傍らで私はテレビを見ながら、彼の温かい体を撫でてやり、彼の息を確かめる。しかし、フィドラーはもう二度と私と散歩に行くこともないし、新聞を取ってきてくれたり、吠えたり、普通の犬のように振る舞うことはない。このように行動する私は理性的な人間だろうか？あるいは、もし私が獣医に、フィドラーを殺してくれと頼んだとして、その獣医が、まだ息をしている昏睡状態の犬にそんなことをすれば罪に問われる、と答えたとすれば、そのような社会は果たして合理的な社会と言えるだろうか？」

プセツティの結論は、新皮質の死は個体の死を意味するという明解でラディカルなものである。この論文が出される背景には、一九八一年にアメリカ大統領委員会が脳死の基準として新皮質の死ではなく、全脳死を採用するという出来事があった。プセツティはこのアメリカ大統領委員会の決定に異議を申し立てていることになるが、その根拠は、つぎのようなものである。人間の生とは、脳幹の機能に基づいているか、もしくは個人的経験を可能にさせる力に基づいているかのいずれかである。もし前者ならば、植物を含めて、植物機能を持つすべての生物は同じ基盤に立っていることになり、その場合医学倫理とは、われわれがどのような状態にあるかとは無関係に、たんなる有機的生命の延長を意味することになるだろう。しかし、もし後者であるとすれば、全脳死と新皮質の死という二つの状態には、倫理的な意味で何の違いもないことになる、というものである。プセツティの議論は極めて論理的ではあるものの、新皮質の機能というものをあまりにも限定して捉えているように思われる。このことは、脳の複雑さと未知な部分の多いことを根拠として新皮質の死の基準を斥けようとする議論について、それを「Fallacy

of Ad Ignorantium」つまり無知による誤りとしていることから窺える。

これに対して、やはり本書に寄稿しているミシガン大学のパーニックは、医学史的な観点から、つぎのように指摘する (Pernick, M., 1988)。①これまで心臓と肺の死で個体の死を確実に、誤りなく診断できた時代などなかった。②医師に社会の尊敬が集まっていた時代はむしろ例外的な時代であり、再びその到来を期待しても当分は無理であろう。③死とは決して時間を超越した確定的な概念ではなく、実際これまでも、テクノロジー、社会体制、価値観などの変化とともに変わってきた。④歴史がわれわれに教えてくれることは、検証不能な死の定義は、人々の間に不信と災難を巻き起こすことである。これらの知見に基づいてパーニックは、もし新皮質の脳死基準が確実に運用できない現状があるなら、その採用は時期尚早であろうと結論している。

(2) 限られた財源の配分の問題

医療に当てられる限られた財源をどのように配分するかという問題に関しても、なんらかの決定を下す場合、高度な倫理的判断が要求される。一例として、人口の老齢化という現象は、工業先進国に共通のものであるが、アメリカでは、国立老化現象研究所 (NIA) が、もっぱら老化の生物学、つまり人間の寿命を延ばす、皮膚の老化を遅らせる、細胞の老化を防ぐなどの研究に資金を提供しており、老人の治療や介護に必要なスタッフの供給、設備の増設、老年医学の専門家の育成などに対する援助が立ち遅れているという批判がある (Spicker, S. F., 1984)。これについても、限られた資金の配分という点で非常に難しい問題を残している。

(3) 代理母と「借り腹」の問題

「代理母 surrogate mother」や「借り腹 surrogacy」の問題は、今世界各地で論議を巻き起こしている。この問題は、体外受精と胚移植 (IVF+ET) を中心とするバイオテクノロジーの進歩によって生まれてきた。こうした

バイオテクノロジーは、不妊の女性に母親となる希望を与えたが、それと同時に、以下に挙げるような三つの役割をそれぞれ別の女性が担当するという可能性を引き起こしたのである。

1 卵子を提供する女性（遺伝学的な意味での母親）

2 妊娠を継続する女性（妊娠と出産に伴う危険を体験する―「お腹を痛める」）

3 子供を育てる女性（養子縁組みの手続き以降、社会的な意味での母親となる）

一般に代理母と呼ばれるのは2の女性だが、「借り腹」の手続きによって生まれた子供の本当の母親とは、このうち誰なのだろうか。それとも、その子は3人の母親を持つのだろうか。スピッカー教授は、「第三者の協力による生殖」を扱った論文（Spicker, S. F., 1990(2)）で、つぎのような問題を提起している。1と2の女性の協力によって生まれた子供の将来は、ごく普通の夫婦の間に生まれた子供と何ら変わりはないのだろうか。もしその子が普通の子供よりも大きなリスクを負っているとすれば、子供を得たいと願う夫婦や、この手続きに関与する人々はどうのような倫理的義務を負っているのだろうか。

(4) 安楽死の問題

一般に安楽死と呼ばれている事柄には、つぎのような区別がある。

1 消極的もしくはネガティブな安楽死 生命を延長させるための治療行為を意図的に差し控えること。

2 積極的もしくはポジティブな安楽死 求めに応じて、死を早める処置を行うこと。

これら消極的、積極的安楽死の間にはどのような違いがあるのだろうか。スピッカー教授は、両者の関係を明らかにするためにつぎのような定式化を行う。「行為することと、行為しないこととの間には、両者がともに死をもたらず場合、道徳的な意味での違いがあるだろうか」（Spicker, S. F., 1978）。この問いについても、ある、ない、

それぞれの立場を擁護する議論が存在すると同時に、ある、という意見の内部でも、消極的安楽死の方が道徳的である、積極的安楽死の方が道徳的であると双方の議論がある。法律や哲学的な面でもさまざまな意見が並立しており、たとえばアメリカでは、「患者やその代理者が生命維持装置をはずすよう求める決定を法哲学が支持し、それとともに連邦ないしは州法で認められている個人の権利や慣習法に依拠して、各裁判所が支持するという例は枚挙にいとまがない一方で、最高裁はかつて一度もそのような決定を支持する判決を下したことはない」という状況が存在するのである (Gostin, L., 1989)。

この他にも、人間を対象する薬物の治験においてコントロールとなる人のこうむる利益と不利益の問題、生物医学のテクノロジーの発達とわれわれの生活する世界との解離という問題、医師や医学に対する人々の過剰な期待という問題など、さまざまな論点があるが、それらをすべて紹介することはできないので、つぎに、これらの問題を考える医学哲学と医学倫理がどのように教育され、啓蒙されているかという話に移っていききたい。

(三) 医学部における医学倫理教育

欧米では、医学哲学、医学倫理の意義や重要性を認識させ、医療の場で実践させるために、大学の医学倫理教育カリキュラム、卒後教育プログラム、特別なトレーニングシステムなどが現在つぎつぎに創設され、実行されている。

「Academic Medicine」誌は、一九八九年一二月号で、アメリカにおける医学倫理教育の特集を組んでいる。

その巻頭にはエドモンド・ペレグリーノ博士の「Overview」が掲載されているが、ペレグリーノ博士はそのなかで、

「過去二〇年の間に、医学倫理 Medical Ethics もしくはその関連人文学領域は、アメリカのほとんどすべての

医学部のカリキュラムに取り入れられた」(Pellegrino, E. D., 1989)と述べている。実際に、一九八五年にビツケルの行った調査では、全米の医学部の八四%が最初の二年間に医学人文学を必修科目として取り入れている(Miles, S. H. et al., 1989)。

医学倫理教育の方法は、各大学によってまちまちであり、また、医学倫理そのものが歴史の浅い学問であるため、教育の成果が現れるまでにはまだ時間を要すると思われる。しかしこの歴史の浅さは、確立された方法論や權威の不在という不利な面と同時に、数々の斬新な方法論の導入と活発な試行錯誤というメリットをも導きだしている。ここではアメリカのいくつかの大学の医学部で実際に行われている医学倫理教育それぞれの特徴を概観していきたいと思う。

まず、臨床医学倫理センターの教授であるステイヴン・マイルズは、過去二〇年間の医学倫理教育の歩みを振り返り、その経験から、つぎのような五つの原則を提出している。すなわち、医学倫理教育は、①論理的に一貫性を持つこと、②臨床前教育と臨床教育との間に有機的関連を持たせること、③さまざまな専門分野を含む学際的教育であること、④学問的にもしっかりしたものであること、⑤人道的でかつ人間にかかわるさまざまな価値を考慮した医療を学生に提示すること(Miles, S. H. et al., 1989)。

テキサス州ヒューストンにある「倫理、医学、公共問題センター」では、ベイラー医科大学、テキサス医学センター宗教部門、ライス大学などとの協力体制をとることによって、医学倫理教育を行っている。ここでは、講義よりも一ヶ月に約三〇例のケース・カンファレンスに重点が置かれている。このプログラムを主催しているブロディ教授によると、これまでの経験からつぎに挙げるような問題点が指摘される(Brody, B. A., 1989)。①カンファレンスには実際に患者とその主治医が出席するため、学問的な問題点の吟味よりも、現実的な問題に対するコンサ

ルテーションが優先してしまうこと、②症例の問題点をすべて抽出してそれを医学倫理の基本的理論と結び付けて考えるには時間が足りないこと、③インフォームド・コンセント、患者さんの秘密保持やその意志の尊重などのテーマは、カンファレンスの議題にはなりにくいこと。

シカゴ大学では、ウィリアム・オスラーの学説を実践するために、臨床倫理 (clinical ethics) と呼ばれる教育課程が設けられているが、その内容は、つぎに示すような、五つのCと呼ばれる原則に従っている (Walker, R. M., Lane, L. W. and Siegler, M., 1989)。

- 1 教育は臨床的に基礎づけられること (Clinically based)
 - 2 実際の症例 (Case) にそって進めていくこと
 - 3 医学部在学四年間を通じて継続されること (Continuous)
 - 4 倫理教育は、他の学科の内容と密接に関連づけられ、同等の地位を与えられること (Coordinated)
 - 5 臨床医 (Clinicians) は、教育者として、また医療従事者として学生の教育に積極的に関与していくこと。
- コネチカット大学医学部では、一九七二年にはすでに、医学教育のなかに人文学教育のプログラムを導入しようという計画があり、一九七三年に、スピッカー教授が総合医学部門の哲学教授として赴任し、「医学に関する人文学研究学科」というプログラムを担当することになった。このプログラムは医学部と歯学部それぞれの基礎、臨床双方に独自の教育課程を持っており、医学の法律的、倫理的側面に関する課程は一三〇人の学生の必修科目となっている。また、このプログラムはいくつかの基金から資金援助を受けて国際的セミナーを開催してきた (Spicker, S. F., 1989)。

(四) 病院倫理委員会 (Hospital Ethics Committee) と

「病院倫理委員会の充実・医療従事者の教育」プログラム

スピッカー教授の概算によれば、アメリカでは、一〇〇〇床以上の病院ではすでに七〇%以上、二〇〇床以下の病院でも三〇%が病院倫理委員会 (HEC) を設置済みであり、全米七〇〇〇の病院のうち、約四〇〇〇の病院に病院倫理委員会が存在している。「典型的な病院倫理委員会の例をいうと、構成人数は一五人で、そのうち医師が七人、看護婦が三人、それから倫理問題に関心を持つソーシャルワーカー、法律家、哲学者、神学者あるいは聖職者などが加わる」(Spicker, S. F., 1990(1))。病院倫理委員会が扱う問題は、主に「患者と医師との間に生じる問題」、「患者と病院との間に生じる問題」、「病院と医療スタッフとの間に生じる問題」などである。この意味で、日本の大学の医学部に設置されている倫理委員会の機能は、アメリカの IRB (Institutional Review Board) に近いものといえるが、日本では医学部の倫理委員会に比べて病院倫理委員会の設置率が悪い (Sakai, A., 1989) こともあり、医学部の倫理委員会が IRB と HEC の双方の機能を果たさなければならないという現状がある。

アメリカの病院倫理委員会の例としては、たとえばコネチカット州の州都ハートフォードには、ベッド数一〇〇〇〇のハートフォード病院があり、ここでは月に2回、定期的に倫理委員会を開いている。その他に、緊急の委員会が招集されることもあり、脳死、エイズ、医療教育などについては、それぞれ特別部会が組織され、検討と報告がなされている。

アメリカでは、医学部での医学倫理教育に加えて、こうした病院倫理委員会のメンバーたちを教育するシステムも作り出されてきた。コネチカット大学のスピッカー教授が主催している「病院倫理委員会の充実——医療従事者

の教育」というプログラムがそれである。このプログラムはアメリカ教育省生涯教育助成基金(The Fund for the Improvement of Postsecondary Education, U.S. Department of Education, Washington, D.C.) から資金を提供されている。このプログラムの内容は、アメリカ全土の病院倫理委員会のメンバーから四五名を選んで、一五名ずつ三個所で一週間のセミナーに参加させて医学哲学、医学倫理、法律学の観点から医療を見直すトレーニングを行うものである。これまでの出席者は、医師、看護婦、ケースワーカー、が中心となっている。第一回はコネチカット大学ヘルスセンターで開かれたが、朝九時から夕方五時まで、「臨床例」、「これまでの判例」、「社会政策」、などを中心に活発な議論と講演が続けられていた。

さらに、一九八九年から、このプログラムをいっそう充実させるために、スピッカー教授と、カリフォルニア大学バークレイのトマシン・クッシュナー助教授(バイオエシックス)がエディターとなって、隔月刊の「HECFォーラム」という雑誌が刊行された。この雑誌には、全米の病院倫理委員会のメンバーから投稿された論文の他に、外国の医学倫理に関するトピックスが特別寄稿論文として掲載されている。

(五) 学会レヴェルにおける活動

アメリカでは、学会レヴェルでの医学倫理研究も着実な歩みをみせている。アメリカには、医学倫理、医学哲学、医学史、などを研究する人々のための学会として、*The Society for Health and Human Values* という学会がある。この学会は、医学に関連する広い人文学領域を包含している。たとえば、一九八八年にシカゴで開かれた総会でも、医学、歯学、看護などともなる倫理的問題ばかりでなく、医学史、医学哲学全般に渡るワークショップ、シンポジウム、発表が行われた。

ヨーロッパでも The European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH) という学会が一九八七年八月一九日、オランダのマーシユトリヒトで設立された。この学会はヨーロッパだけでなく、広く世界中の医学倫理学に興味を持つ人々に門戸を開放している。一九八八年には、「医学上の決定とヘルスケアへの財源割当における価値観の問題」というテーマで、デンマークの Aarhus で第二回の総会が開かれ、第三回は、翌年の一九八九年一〇月にポーランドの Czestochowa で「ブレンターノからビガンスキーまで——ヨーロッパ医学哲学の潮流」というテーマで、第四回は、一九九〇年六月、「ヘルスケアにおけるコンセンサスの形成と道徳的判断について」というテーマで、オランダのマーシユトリヒトで開かれた。定期的にニュースレターを発行している他、毎年ヨーロッパ各地で総会を開いている。本学会の将来の計画として、世界各国の医学倫理の研究者を集めて国際学会を開くという案がいま検討されている。

(六) ボッフム医学倫理センターの試み

西ドイツのボッフム医学倫理センターでは、医学倫理の普及のために独自の活動を行っている。その一環として、ここでは、ボッフム医学倫理教材集という小冊子を発行してきた。現在二一巻まで出ているが、このなかでとくに第二巻の「医学倫理の実践のためのボッフム手引き書」(Bochum Arbeitsbogen)は、小冊子ばかりでなく、ポスターになって世界中の言葉に翻訳され、配布されている。この手引き書は、医療従事者が医学倫理的観点を踏まえながら診療や介護に当たっていくための指針を提供している、という点で非常に重要な試みであり、日本語にも訳されている(Sakai, A., Sass, H. M., Viehues, H. and Spicker, S. F., 1988)ので、少し長くなるが、以下にその内容を紹介していく。

手引き書の内容は、大きく「医学的―科学的結果に関する考察」と「医学的―倫理的結果に関する考察」に分かれており、前者は、患者の診断と治療に関する医科学的判断の指針となるように、後者は、医療を具体的に実践していく上での倫理的視点を提供するように構成されている。前者は、従来医学部の教育に取り入れられてきた伝統的な方法論と違わないため、以下に、後者の項目のみを挙げてみる。

(1) 患者の健康と幸福について

1 ある治療法を選択した結果、どのような害悪が生じるか（患者の幸福に反するもの、痛み、生命を危機に陥れるような事態などは生じないか）。

(2) 患者の自己決定権

- 1 患者の価値観をどの程度把握しているか。
- 2 患者は、集中治療、対症療法、蘇生術などについてどのように考えているか。
- 3 患者は、診断、予後、さまざまな治療法について十分説明を受けているか。
- 4 患者を治療計画に参入させることは可能か。
- 5 医師はどの程度まで患者に決定権を与えることができるか。
- 6 患者に代わって決定を下せる人はだれか。
- 7 患者は治療に同意しているか。

(3) 医療上の責任

- 1 医師、患者、スタッフ、家族の間で、倫理的判断をめぐる葛藤はないか。
- 2 ある治療法を選択することによって、そうした葛藤状態を軽減もしくは調整できる可能性はあるか。

3 つぎに挙げるような原則の適用をどうやって保証するか。

(i) 患者と医師との間の相互信頼

(ii) 誠実と信頼の原則

(iii) 医療に関する事柄の守秘義務

4 まだ知られていない事実はないか。

5 さまざまな倫理用語は十分に記載され、それらの間の関連は明確になっているか。

要約・医学倫理的にさまざまな考察がなされた上での最善の治療とはなにか。

以上のように、手引き書の各項目は、医科学的考察も含めて、すべて問いの形式になっている。本書の目的は、この問いに一つずつ答えさせることによって、医療の実践上必要な科学的、倫理的判断をほぼ網羅することである。前述した二つの考察カテゴリーに続いて、「個々の症例に関して考察すべきこと」と「倫理的判断についての補足的な問い」という二つの大きなカテゴリーが設けられている。後者には 1、長期間にわたる治療を必要とする場合、2、社会的要素が考慮されなければならない場合、3、治療的研究と非治療的研究について、という小カテゴリーがあり、それぞれが、やはり基本的な問いで構成されている。本書の構成が問いのかたちになっているのは、実際に医療を行うということがいかに難しいかを示していると同時に、倫理的判断は、個々の症例によって変化するものであり、絶対的な基準をあてはめられないことを示している、と解釈することもできる。この手引き書を実際に用いていく上で、われわれがまず気付くことは、これまで発達を遂げてきた科学的な面と、医学倫理的な面を調和させることの難しさである。このような意味で、本書は科学と倫理双方の視点を具えた医療へとわれわれを「手引き」するものではなく、医療の隅々にまで拡がる、科学と倫理との間のシレンマを気付かせるためのもの

である、と言えるかもしれない。

(七) おわりに

日本でも徐々に、医学哲学、医学倫理を普及させる必要性が強調されるようになってきているが、それと同時に、日本における医学哲学、医学倫理はどうあるべきか、という問題が生じ、それはさらに、科学主義と文化相対主義との相克に飲み込まれているようにみえる。これは日本だけの問題ではなく、いま、世界各国では、独自の文化的伝統を考慮した医学哲学、医学倫理を考えようとする傾向が顕著である。この傾向を代弁するかのようには、アメリカの医学哲学専門誌「医学と哲学」誌は、一九八八年に比較医学倫理の特集(133)、1988)を組んでおり、インド、タイ、中国、などの国々や、イスラムの伝統における医学倫理の考え方を紹介している。日本の文化的伝統を踏まえた医学倫理と医学哲学を改めて問いなおし、欧米との考え方の違いを認識すると同時に、共通点を見つけだしていくことは、世界的な競争の場で進歩していく医学のテクノロジーに倫理的観点を反映させていくためにも、是非とも必要なことである。

しかし、こうした作業は実際には極めて困難なものである。医学倫理に対する考え方には、地域差のほかに、同じ文化圏に属する人々の間にも、各個人の宗教、思想などによる違いがあり、このような状況でコンセンサスを形成することは非常に難しいだろう。倫理学者アレイステア・マッキンタイアは、現在西欧には、これまで時代を生き延びてきた数々の思想、たとえばアリストテレス主義、キリスト教、マルクス主義などそれぞれに沿った倫理思想があり、各個人は「これらの思想のいずれかに即した道徳を信奉する人々と、それらのいずれも拒否する人々に大別される」(MacIntyre, A., 1966, p. 266.)と述べている。後者は通常リベラリストと呼ばれるが、時間、空間

でバラつきのある思想的背景に加えて、リベラリストをも納得させられる医学倫理思想などが可能なのだろうか。前途は楽観を許さない。しかし医学哲学、医学倫理はまだ始まったばかりである。いま確実なことは、医学哲学と医学倫理という領域には、科学と人文学双方の学問的集積が必要であり、実際の症例に即した検討を欠かすことはできず、臨床から生ずる問題の一つ一つを複数の人々の間での討議を経て乗り越えていかなければならないということである。この討議の場をどうやって確保するか、議論の質をいかに高めていくかが、いまわれわれに課せられた義務であるように思われる。

〔文 献〕

- 1 Brody, B.A.: 1989, 'The Baylor Experience in Teaching Medical Ethics', *Academic Medicine* 64(12), 715-718.
- 2 Engelhardt, Jr., H.T.: 1986, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York.
- 3 Gostin, L.: 1989, 'Editor's Introduction', *Law, Medicine, and Health Care Ethics*, 17(3), 205-206.
- 4 *Journal of Medicine and Philosophy* 13(3), 1988.
- 5 MacIntyre, A.: 1966, *A Short History of Ethics: A History of Moral Philosophy from the Homeric Age to the Twentieth Century*, Macmillan Publishing Company, New York, p.266.
- 6 Miles, S.H., et al.: 'Medical Ethics Education: Coming of Age', *Academic Medicine* 64(12), 705-714.
- 7 Pellegrino, E.D.: 1989, 'Teaching Medical Ethics: Some Persistent Questions and Some Responses', *Academic Medicine* 64(12), 701-703.
- 8 Pernick, M.: 1988, 'Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History', in R.M. Zaner(ed.) *Death: Beyond Whole Brain Criteria*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holland, pp.17-74.
- 9 Puccetti, R.: 1988, 'Does Anyone Survive Neocortical Death?', in R.M. Zaner(ed.) *Death: Beyond Whole*

Brain Criteria, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holland, pp.75-90.

10 Sakai, A., Sass, H. M., Viehues, H., Spicker, S. F., :1988, 『医学倫理の実践と関与の Bochum 手記書』(酒井明夫記), Zentrum für Medizinische Ethik Bochum.

11 Sakai, A.: 1989, 'The Present Status of Ethics Committees in Japan's 80 Medical Schools', *Hospital Ethics Committee Forum* 1(4), 221-228.

12 Spicker, S. F.: 1978, 'The Execution of Euthanasia: The Right of the Dying to a Re-formed Health Care Context', in S. F. Spicker (ed.) *Organism, Medicine, and Metaphysics*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holland, pp.73-94.

13 Spicker, S. F.: 1984, 'Philosophical Reflections on the "Biology of Aging"', in S. F. Spicker and S. R. Ingman(eds.), *Vitalizing Long-Term Care*, Springer Publishing Co., New York, pp.29-45.

14 Spicker, S. F.(酒井明夫訳): 1989, 「アスクレピオス神殿におけるアポロンの宿: アメリカの医学倫理教育……その現状と将来の課題」, *医学哲学・医学倫理*, 7, 113-122.

15 Spicker, S. F.: 1990(1), 「患者を守る倫理委員会が米国の潮流に」, *日経メディカル*, 246, pp.40-43.

16 Spicker, S. F. (酒井明夫): 1990(2) 「他者の協力による生殖計画—法的, 倫理的観点からの考察—」 *医学哲学・医学倫理*, 8, 90-101.

17 Walker, R. M., Lane, L. W. and Siegler, M.: 1989, 'Development of a Teaching Program in Clinical Medical Ethics at the University of Chicago', *Academic Medicine* 64(12), 723-729.