

< 学会レポート >

日本医学哲学・倫理学会 第33回大会・第1回国際大会

中澤 武（明海大学）

日本医学哲学・倫理学会は、2014年11月22日(土)～24日(月)に東京都文京区の東洋大学(白山校舎)で、第33回大会(大会長:長島隆、東洋大学)と第1回国際大会を開催した。3日間にわたる日程は、前半(22日～23日午前)が(国内)大会、後半(23日午後～24日)が国際大会である。ふたつの大会は、「多文化社会における医療の哲学と倫理 (Philosophy and Ethics of Medicine in Multicultural Society)」を共通テーマに掲げ、国内外から連日100名を越える参加者を得て、会場では活発な議論が交わされた。同学会の国際大会は、当初は2011年の開催を期して準備が進められていたにもかかわらず、東日本大震災の発生によりやむなく中止され、今回ようやく実現したものである。

大会プログラムの実施内容は、国内大会での個人研究発表18件とワークショップ1件、国際大会がシンポジウム1件と英語による個人研究発表19件であった。これらの中でも、特に大会テーマと密接に関連していたのは、大会2日目に行われたワークショップと、3日目(国際大会初日)のシンポジウムであった。

国内大会のワークショップでは、「欧州における「良い死」の多元性とその文化的・宗教的背景」という表題のもと、まず司会者の田代志門(昭和大学)から趣旨説明があり、続いて3人の研究者がドイツ・イタリア・スウェーデンの実情について報告した。田代によれば、1990年代以降、ホスピス・緩和ケアが世界各国で急速に普及し、公的医療制度の中に組み込まれる過程の中で、いわゆる標準化が進行している。その結果、一部には「看取りのマニュアル化」ともいべき患者の個別性を無視した画一的なケアが提供されている現状もある。そこで、終末期ケアが本来有する多様性に目を向け、社会の文化的・宗教的背景を理解したうえで「良い死」の多元的なあり方を明らかにする研究が必要となる。

このような枠組みの中で、まず、浅見洋(石川県立看護大学)がドイツについて報告した。ドイツでは、緩和ケア病棟と施設ホスピスの位置づけが異なり、前者が医師主導の急性期医療モデルによる病院附属の施設であるのに対して、後者は看護師・介護士主導の慢性期モデルによる独立型の施設である。キリスト教聖職者が「ゼールゾルガー(魂をケアする人)」として果たす役割は大きい。終末期ケアの意思決定における本人重視の度合いは高く、法律による「事前医療指示書」の規定、「任意代理委任」および「後見依頼契約」の制度が整えられている。

次に、福島智子(松本大学)がイタリアにおける看取りの現状について報告した。イタリアでは2010年に緩和ケアに関する法律が成立し、緩和ケアのレベルは欧州の中でも高い。看取りにかかわる宗教者としては、教区司祭や病院チャプレン、およびスピリチュアル・アシスタントがいる。終末期ケアの意思決定場面では、治療方針の決定についても、宗教的儀礼の実施についても、患者本人よりは家族への説明が重視されている。

最後に、スウェーデンの実情について、齋藤美恵（西武文理大学）が報告した。スウェーデンでは、1992年の制度改革により高齢者ケアが一元化され、自宅あるいは自宅に準ずる「特別住宅」で最期を迎える人が、死亡者全体の半数に及ぶ。緩和ケアは、あらゆる疾病に対して、さかに行われており、その際には、「症状のコントロール」「チームによる協働」「患者家族とのコミュニケーション」「家族へのケア」の4点が重視されている。終末期ケアにおける意思決定については、食事や服装、起床時間など日常生活の細部にまで本人の意思が尊重される。国民の7割以上が福音主義ルター派に属し、教会税を支払ってはいるものの、宗教はきわめて私的なことと見なされている。宗教者が看取りにかかわる度合いは、心理カウンセラーと同程度にとどまる。以上の3か国についての報告を受けて、会場の聴衆と報告者との間で「良い死」の理解をめぐる議論が交わされた。

大会2日目（11月23日）の午後からは国際大会初日のシンポジウムが開催された。このシンポジウムでは、始めに日本側から小出泰士（芝浦工業大学）と長島隆（東洋大学）が基調講演（Keynote Speech）を行い、次いで、ドイツ・米国・オランダ・台湾から招かれた4人の講演者たちがスピーチに立った。

まず、小出は *Medical Ethics in Multicultural Societies*（多文化社会における医療倫理）と題する講演の中で、科学技術の進歩に伴う医療化の弊害を指摘した。現代では、医療技術による人体の技術的操作と機械化・道具化が進行し、人間の生死に対する管理が過度に及んで、さまざまな問題を生じさせている。このような医療技術の動きに対して分限を示すためには、改めて個人や文化の違いによる価値観の多様性について熟慮する必要がある。あらゆる価値は、特定の文化を前提している。たとえば、先進諸国では人権や個人の自由が社会の利益や宗教的信条よりも優先されているが、実はこれは普遍的な価値ではなく、特定の社会の個人主義的な文化がその前提となっている。したがって、先進諸国は、人間の尊厳や人権などを旗印として、異文化社会の価値観に一方的な干渉をするべきではない。むしろ必要なのは、異文化の多様な価値観に照らして自文化の価値観を再考する態度である。異なる価値観は、本来、互いに他を補完して全体を成す補償関係にある。価値観の対立は、調和への原動力となり得るのである。

このような小出の講演に続いて、長島は、*Community Medicine and Medical Ethics in the Global Era: In the era after the Great East Japan Earthquake* と題する講演を行い、特に、自己決定権の重視が日本の医療制度にもたらした問題点を指摘する。さて、東日本大震災によって、我が国のヘルスケアシステムの脆弱性が露わになった。その現状の中で見出された日本の地域医療の特殊性から出発し、普遍的な医療システムの再構築を目指すことが、現代の医療倫理に課せられた使命なのだ。

以上の基調講演に対して、外国からの招待講演者4人が、それぞれの国情を反映した生命倫理・医療倫理の議論を展開した。まず、トーマス・ハイネマン（Thomas Heinemann、ドイツ、フアレンダー哲学・神学大学）が、*Developmental totipotency as a normative criterion for defining the moral status of the human embryo* と題する講演を行った。ハイネマンは、ヒト胚の取り扱いに関するドイツの法規制を紹介したうえで、法規制の根底にある倫理的議論の要点を示した。周知のとおり、ドイツの「胚保護法」は、ヒト胚の取り扱いを厳格に規制している。だが、「人間の尊厳」がヒト胚に適用されるのか否かは、法的には決定されていない。この問題をめぐる議論で重要になるのが、「分化全能性」の概念である。果たして、初期のヒト胚は、分化全能性を有する一つの細胞としてすでに道徳的主体と同等の地位を有するのか。それとも、道徳的地位は、分化がある程度進んだ段階でのヒト胚に対して、初めて認められ得るのだろうか。この問題に答えるためには、「分化全能性」概念を再検討する必要がある。結論から言えば、ハイネマンの議論は、次の4点にまとめられる。①全能性は、個体にまで発達する可能性のある他の細胞から初期胚を区別するために不可欠の概念である。②全能性は、一つの細胞が胚と見なされる「理由」ではなく、細胞を胚と見なす際の「基準」である。つまり、全ての初期胚が必然的に

全能細胞であるのに対して、必ずしも全ての細胞がその全能性を「理由」として胚と見なされるわけではない。したがって、たとえば iPS 細胞のような、人工的に作り出された全能細胞を必ずしもヒト胚と見なす必要はない。③全能性は、純然たる生物学的な基準ではなく、むしろ、人間の尊厳に基づいて胚の保護を要求する規範的議論と密接に関連している。④全能性は、ヒト胚を定義するための唯一の基準ではない。ヒト胚の定義に際しては、全能性だけではなく、ヒト胚の成立様態もまた規範的な意味で追加的に考慮されるのだ。

2人目のスチュアート・J. ヤングナー (Stuart J. Youngner、米国、ケース・ウェスタン・リザーブ大学) は、The Death Problem について講演した。米国では、1950年代～60年代に医療技術が進歩したことによって、それ以前には比較的明確であった死の判定が難しくなった。救命医療の発達に伴い、死の過程は引き延ばされ、たとえ生命の維持に必要な重要な臓器(肺・心臓・脳など)の機能が一部失われても、他の臓器の機能は維持できるようになった。このような状況にあって、死は、従来では考えられなかったような多様な様相を呈している。死および臓器移植の問題について有意な議論を深めるためには、まず、死についての適切な言語表現を発達させなければならない。

3人目の講演者ヨハネス・J. M. ファン・デルデン (Johannes J. M. van Delden、オランダ、ジュリアスセンター、ユトレヒト大学メディカルセンター) は、オランダにおける安楽死の実態調査結果について語った (End of Life Decisions in the Netherlands: Medical Practice and Social Control)。オランダでは、2002年に施行された法律によって、安楽死と医師による自殺幫助が許容されている。1990年以来、安楽死に関する全国規模の調査が行われ(1990・1995・2001・2005・2010年の5回が実施済み)、安楽死および終末期医療におけるその他の処置について、興味深い知見が得られている。審査委員会に報告された安楽死事例の割合は、1990年にはわずか18%であったが、2010年には80%になった(報告事例の件数は約4800件。したがって、安楽死事例の実数は約6000件と推定される)。報告されなかった事例については、多くの場合にモルヒネの過剰投与が関わっており、当該事例を医師が安楽死とは認識していない場合がほぼ8割にのぼる。安楽死の実施件数は、2002年の法施行後に一旦減少したものの、全体としては増加傾向が認められ、これに対して、医師による自殺幫助の件数は減少傾向にある。患者からの明示的要求なしに安楽死が実施された事例は、1990年の約1000件から2005年の約400件へと大幅に減少している。現在、オランダでは、安楽死に関して、主に①認知症の患者や、深刻な病気を患っていない高齢者に対する安楽死の可否、②セデーションと安楽死が重なり合う事例(いわゆる grey zone)への対応、③安楽死件数が増加している背景事情の分析などが論点となっている。いずれにせよ、安楽死に関する現行法で中心的意義を有するのは、患者の自律ではなく、医師の判断である。もしも今後の社会的議論の中で、このような重点の置き方を変更せよとの要求が強まるならば、新しい法律が必要になるだろう。

最後は、台湾のダニエル・フウ＝チャン・ツァイ (Daniel Fu-Chang Tsai、台湾、国立台湾大学医学部) による、Developing Clinical Ethics: Experiences and Reflection from One Asian Country and Certain Cultural Perspectives と題した講演だった。ツァイは、まず、現代の医療現場における臨床倫理の意義について語り、台湾における過去10年間の臨床倫理委員会 (clinical ethics committee: CEC) および倫理コンサルテーション (ethics consultation: EC) の発展について説明した。2012年に台湾全土で行われた CEC 調査の結果、多くの CEC で人的資源や EC トレーニングの不足が指摘され、CEC や EC の果たすべき役割への理解不足が明らかになった。そこで、たとえば国立台湾大学医学部では、臨床倫理の問題についての議論を深め、EC インストラクターを養成する取り組みが行われた。CEC メンバーや医療関係者およびノン・メディカルに対する教育、臨床倫理ガイドラインの策定も進められ、医療現場には臨床倫理センターが組み込まれた。ツァイは、臨床倫理問題の一例として、台湾での臓器移植に関する患者家族の役割について、その特徴を述べ、これに関連して、東洋的視点からの生命

倫理の課題に言及した。東洋的エートス、および社会構造・人間関係の特長を十分に考慮した「東洋のバイオエシックス」が必要である。そのための基本方針として、ツァイは最後に、Inherit respectfully（敬意をもって継承せよ）、Scrutinize critically（批判的に吟味せよ）、Transform creatively（創造的に変容せよ）という原則を立て、これを「文化価値および臨床倫理の三原則」として講演を締め括った。

以上、国内大会のワークショップと国際大会のシンポジウムを中心に紹介したが、3日間の大会中は他にも数多くの個人研究発表が行われ、国内外の研究者が臨床の具体的事例や生命倫理・医療倫理の理論および実証的研究などについて、日英両言語で議論を交わしていた。第33回日本医学哲学・倫理学会大会および第1回国際大会の成果は、近日中に同学会編集の『医学哲学・医学倫理』にも掲載され、我が国の生命倫理・医療倫理をめぐる議論に新しい境地を拓くことだろう。