

医療におけるパーソンとは何か

—生きる権利の主体をめぐって—

依田義右 古牧徳生

同じようなものは似ている程度に応じて同じように扱い、違うものはそれらが異なる程度に応じて違う扱いをする——これは単に倫理上の原則というだけでなく医療においても承認されるべき一般的行動原則である。

例えば宴会で同じものを食べた人々が同じ症状を示したなら、病院は全員に同じ処置を施すべきであろう。仮にある人にだけは異なる処置をするなら、周囲を納得させるだけの合理的な理由がなければならない。

だが、こうした原則に反する医療行為が先進国、中でも最新の医学研究においても世界の最先端を走っていたアメリカ合衆国に多く見られた。そこでこうした事態を是正すべく、あるいは合理的な理由を与えるべく、現場の医療関係者はもとより哲学者や法学者さらには宗教関係者までもがそれぞれの立場から意見を提出し議論を交わしていくうちに、1970年代前半、医療上の諸問題について学際的に考察する新しい哲学的領域が開拓されるに至った。すなわち生命倫理学 bioethics である。

本稿は、この生命倫理学の中心概念である「パーソン」(人格)について、その展開の跡をたどってみたい。それはこの新しい学問が扱う多くの問題を確認することにもなる。

I バイオエシクスの登場

まず生命倫理学が登場する背景となった当時のアメリカ合衆国の社会状況を述べておこう。

(一) 非人道的な臨床実験

伝統的に臨床医療は「能力と判断の及ぶ限り患者の利益になることを考え、危害を加えたり不正を行なう目的で治療することは致しません」という「ヒポクラテスの誓い」⁽¹⁾に現れているように人命の絶対的護持を標榜していた。

ところが第二次大戦中、ナチス政権による人体実験に多くの医師が積極的に関与していたことへの反省から、臨床実験においては被験者本人の同意が必要であることがニュールンベルク綱領(1947)で定められた。だがこの時点ではナチス体制化での人体実験はあくまでも時の政権の強要によるものであり、かかる不祥事を繰り返さないためにはむしろ医療は外部と距離を置くように努めるべきだという意見が根強くあった。そんな中でアメリカの医学研究の問題点を指摘する声があがった。

1966年、ハーバード大学医学部麻酔科教授のヘンリー・ビーチャーは『ニューイングランド医学ジャーナル』に「倫理と臨床研究」と題した論文を発表した⁽²⁾。彼によれば、人間を対象にした50例の医学研究のうち被験者の同意を得ていたのはわずかに2例のみで、大多数においては患者の権利に対する全くの無関心と不注意が見られたという。そこで被験者の同意なしに彼らの生命や健康に危険が及ぶような実験として22の例を挙げたあと、彼が結論として挙げたのがインフォームド・コンセント informed consent と安全の確保 safeguard だった。

本来は患者の利益のために為されるべき医療行為が

研究者の利益のために行なわれていた事実は多くの人々に衝撃を与え、その結果、医療における弱者として患者の権利を法的に定めようとする機運が高まった。

(二) 疾病の変化

また先進国の豊かな生活をもたらした結果として疾病自体が変化した。それまでの疾病の多くは感染症だった。この場合、伝染を防ぐ措置として消毒や隔離するのにいちいち患者本人の同意を得ている余裕はない。だが二十世紀に入り公衆衛生が普及したことで感染症がほぼ克服され、さらに生活水準の向上で栄養状態が良くなったことから代わりに生活習慣病が増加した。

生活習慣病の患者は大部分が成人であり、日頃の生活管理が大切である。そのためには患者は自分の病症を正確に認識する必要があるから、医師の側が適切な助言を与えねばならない。ここに患者に対する情報の開示ということが問題になる。

(三) 医療システムと医療訴訟の増加

アメリカには公的医療保険制度がないため医師の診断を受けたら、患者は全額を自己負担しなければならない。そこで経済的に余裕のない人が末期癌などの治療の見込みのない病気になった場合は、一般に自宅で最期の時を過ごすことを望む。そのためには自分の症状について希望的予測ではなく客観的予測を正確に伝えてもらわねばならない。

また事故などで脳死に陥り集中治療室に搬送された場合、家族には一日につき数十万円もの費用が請求される。するとよほどの富裕層でもない限り、家族は非情な決断を早急に下さざるを得ない。そのためにも正確な診断結果が示されねばならない。

また医師の側も、患者の権利意識の高まりと共に医療訴訟が急増したため、その対策として最初から患者の症状を正確に告知せざるを得なくなった。

(四) 医療技術の進歩

さらに医学の進歩も関係者に新たな原則が必要であることを実感させた。

1960年代に入ってまもなく人口透析装置が開発された。これにより腎臓疾患の患者は長期にわたり生存可能となったのであるが、「高価で限られている装置を誰が使用するのか」また「それを決定するのは誰か」ということが問題になった。すなわち医療資源の分配の問題であり、それまでの医療において中心的役割を果たしていた医師の裁量を改めて問うものだった。

また免疫抑制剤の開発により臓器移植が可能になると、「誰に臓器を移植するのが最も成功の見込みが高いか」がまず問題になったが、それ以上に難問は心臓移植の場合だった。心臓移植ではまだ動いている心臓を使わなければならない。従来死の定義による限り、それは医師が直接、殺人を犯すということになる。それを回避するためには死の再定義が緊急の課題になった。

(五) 女性の権利

最後に女性の権利に関する意識の高まりも重要である。60年代前半、公民権運動が大きな高まりを見せたが、やがて60年代も後半になると女性の権利拡大を求める運動が広がった。日本では「ウーマン・リブ」と呼ばれたアメリカでのこの女性解放運動は主張の一つとして中絶の自由化を掲げていた。だが中絶は胎児の生命の否定であるから、仮に中絶を合法化するなら、単なる生命活動とは別に生存権の根拠を求めるようにしなければならない。

こうした潮流のなかで1971年、ウィスコンシン大学医学部の癌研究者ファン・レンセラー・ポッターが『バイオエクス』を出版した。これが確認できる限りで最初のbioethicsの使用例のようである。ただしポッターが考えていたバイオエクスとは、当時ようやく

問題になり始めていた自然破壊や人口問題などを社会科学や人文科学の叡智を総動員して解決しようとするもので、生命全体を視野に収めていたことを考えれば、むしろ今で言う環境倫理に近い学問を構想していたようである。

今日使われている意味での本格的な生命倫理学は、同じ1971年にワシントンにあるジョージタウン大学がケネディ倫理研究所を設立したことに始まる。同研究所は翌72年から78年にかけて四巻よりなる『バイオエシクス百科事典』を編集した。そこではバイオエシクスについて「生命諸科学とヘルスケアの領域における人間の行為を、道徳的諸価値や諸原理に照らして検討する体系的研究」と定義された。

こうした生命倫理の登場と軌を一にするかのように医療のあり方にも変化が起きた。

1972年、アメリカ病院協会は「患者の権利の章典」を定めた。その中心概念は二つ、インフォームド・コンセント informed consent であり自己決定 self determination である。

「患者は自分の診断、治療、予後について完全な新しい情報を自分に十分理解できる言葉で伝えられる権利がある。そのような情報を患者に与えられることが医学的見地から適当でないと思われる場合は、本人に代わる適当な人に伝えられねばならない」⁽³⁾

つまり患者には(1)事前に医師から十分な説明を受ける権利があり、(2)そうして得た情報を基にして治療のあり方を自分で決める権利があるというわけである。すなわち患者の自律である。

従来の医療では医師が中心となって、患者が抱える疾病を治療すればそれで終わりだった。だが新しい医療では、疾病を抱える患者が中心となって治療が進められる。そのためにはまず患者自身がそうした自律の

主体として把握されねばならない。つまり自分が抱える疾病に対して、医師から与えられた情報を基にして責任ある判断を下せる主体でなければならない。

だがこれはどう考えても、認知症の進んだ患者や小児には無理な話だろう。すると新しい医療を推進するためにはどうしても「誰が権利の主体か」を明確にしなければならない。それは権利の主体となる条件を定めることであり、またそうした条件を満たさない人間についてはどう対処するかを考えることでもある。このことが最初に主題的に論じられたのは中絶をめぐる議論においてだった。

II 中絶と生きる権利

1973年1月22日、アメリカ合衆国連邦最高裁判所は胎児の人工中絶について画期的判決を下した。すなわち妊娠3ヶ月以内なら個人のプライバシー権として女性の一存で中絶できる。また4~6ヶ月以内は医師と協議したうえで中絶可能であるが、母体外で生存可能な状態に達した7ヶ月以降は母体保護という目的以外は禁止、というものである。

最高裁判所の法理は、合衆国憲法には胎児について特に規定はないから胎児は憲法による保護の対象ではない、というものだった。つまり「胎児には生きる権利があると憲法に書かれていない以上、その処遇は生きている人間が決めればよい」というわけである。

当然のことながら宗教界を始めとする保守層から判決への批判が起きた。その一つには、まだ生まれていない胎児について生きる権利の規定がないと言うなら、その胎児を妊娠3ヶ月で区切る根拠は何か、と問うものだった。母体内にある限り胎児には生きる権利はないと言うなら、妊娠5ヶ月であれ6ヶ月であれ女性のプライバシー権として中絶してよいはずではないか。

同年、ローマ法王パウロ6世はイタリアの法曹関係

者たちとの談話において「人間の始まりは受胎である」と述べた。そして翌1974年には「墮胎に関する教理聖省の宣言」が通達され、受精の瞬間を人間の始まりと規定した⁽⁴⁾。

カトリックの立場によれば、一人の人間の始まりから終わりまで、人間である状態と人間でない状態を分ける客観的基準なぞない。どの段階も次の段階のために必要であり、ある瞬間が別の瞬間より重要ということはない。従って人間の生命は始まりから終わりまで丸ごと尊いはずなのであり、「未熟である・より成長している」という基準で線を引くのはおかしいと考えるわけである。

こうしたカトリックの立場からすると中絶はすべて殺人ということになる。しかし(1)母体に危険がある場合や(2)胎児に重度の障害がある場合、あるいは(3)性犯罪による妊娠の場合はどうだろうか。

現実的に考えれば、これらの場合は中絶もやむをえないだろう。すると受精を以って人間の始まりとするカトリックの論理に対抗して、ある程度の中絶の可能性を確保するためにまず考えられる論理とは、受胎をそのまま人間の始まりとするのではなく「受精卵はある契機を経て、ある時期に初めて人間になる」というように論理を組み立てることだろう。仮にこれを人間化hominizationの論理と呼ぶとすると、ではそうした人間化の契機として考えられるのは何だろうか。

胎児の生物学的側面に着目すれば大別して五つの立場が考えられよう。受精後の時間経過から並べれば(1)個体化の確定、(2)大脳皮質の発達、(3)何らかの感受性の有無、(4)人間らしい形態の出現、(5)母体外での生存可能性、である。

(1)によれば、受精は確かに人間の生命の始まりには違いないが、「この人間」の生命の始まりとは必ずしも言えない。なぜなら受精後の早い段階で受精卵が分割される可能性がままあるからである。すなわち一卵性

双生児である⁽⁵⁾。受精卵の分割は妊娠2、3日のうちに起きる。しかし子宮に着床するのは6日目頃と言われている。するとこの頃が個体化の確定と見てよいだろう。

(2)では、受精は人間の生命の始まりではなくあくまでも単なる生命の始まりにすぎず、こうした単なる生命が人間の生命になるためには大脳皮質が形成されねばならないとする。ちなみに脳や中枢神経のものである原始線条ができるのは受精後14日頃からである。

(3)の立場によれば、高次であれ低次であれ意識のような働きがなくとも、痛みとか刺激に反応するならば生きる権利があるとすると。考えられるところでは脳の発達が始まる4週目以降あるいは胎動を始める12週以降であろう。

(4)では、受精卵は8週目の終わりから9週目以降は形態的にも人間らしくなり、呼び方も胚子embryoから胎児fetusに変わるから、この時期を人間化の始まりとみなす。

(5)によれば、早産しても生存できる可能性があるなら既に一人の人間として見なすことができるとする。その時期については国によって差はあるが、日本では22週以降とされている。

これら(1)から(5)までの人間化の論理はそれぞれ時期において違いがあるものの、胎児の生物学的成長のある時点をもって生きる権利の有無を決めるものであるから、俗に線引き問題と言われる。

だが、これでは受精をそのまま人間化とするカトリックの主張とは時間的に異なるに過ぎないし、生殖の権利reproductive rightを主張するフェミニストの視点からすれば、胎児の成長のどこに線を引こうがしよせんは女性の自己決定権の侵害には変わりはないとされる。そこで「胎児のどの段階に線を引くか」ではなく「何が生きる権利を持つか」に重点を置く論理が現れた。それがパーソン論である。

Ⅲ パーソンと自己意識

1972年、バージニア大学医学部の医療倫理学客員教授のジョセフ・フレッチャーは医療における主体を明確にする必要性を説いた。

「法律、統治、教育あるいはその他と同じく生物学や医学においても——倫理学とはまさに道徳的主体の問題についての合理的、批判的反省の営みなのである」⁽⁶⁾

そこで彼は「人間であること」humannessを示すものとして「最低限度の知性」、「自己意識」、「時間感覚」、「コミュニケーション」など積極的基準として15、否定的基準として5つの特徴を挙げたが、これらすべての基礎としてフレッチャーが指摘したのが「大脳皮質の働き」だった。

「大脳作用が働く前は、あるいはそれが終わったら、大脳皮質の統合機能が欠如している状態においては、人格は不在である。そうした個体は客体であって主体ではない。このことは心臓、肺、神経システムや管系システムにいかにも多くのその他の自発的あるいは人工的に維持された機能があろうともそうなのである。そうした非大脳のプロセスは人格的ではない」⁽⁷⁾

ここには「^{パーソン}人格」personという概念が登場している。personの語源は古代の演劇で役者がつけていた仮面をあらわすラテン語のペルソナpersonaに由来する。ここから転じて登場人物の役柄を意味するようになり、さらにローマ法に取り入れられて権利や義務の主体を表わす法的概念として用いられるようになった。なおペルソナやパーソンという概念は日本では一般に「人格」と訳されるが、この言葉は倫理や教育の世界で使われることが多い。即物的に「権利の主体」ということを

指すために拙論では一般にそのまま「パーソン」としている。

「権利の主体」という意味を踏まえたうえで今の引用を読み直せば、フレッチャーが述べていることは「ある人が大脳皮質の統合機能を喪失してしまったら、その人はもはや権利や義務の^{パーソン}主体ではない」ということになる。これが先ほど見た線引き問題なら、「パーソン」であるかどうか問われるのはあくまでも胎児だけだったが、フレッチャーのこの論理によれば胎児どころか脳死者や植物状態などの成人も疑わしくなる。

だが「パーソン」の根拠を脳に求めるこうした主張は特に目新しいものではない。既に17世紀においてイギリス経験論の開祖である哲学者ジョン・ロック(1632~1704)は^{パーソン}人格を意識と結びつけてこう定義した。

「私の考えるところでは人格とは理知と省察とを持ち、自分自身を自分自身と考えることができる、思考する知能ある存在者、違う時間と場所で同じ思考をする事物であり、こうしたことは、思考と分離できない、私には思考に本質的と思われる、意識によってだけなされる。……というのも、この場合、同じ自分が引き続いて同じ実体にあるか異なる実体にあるかは考えない。なぜなら、意識がいつも思考に同伴し、この意識がすべての人をその人が自分と呼ぶものにさせ、これによってその人自身を他のすべての思考する事物と区別するから、この意識にだけ人物同一性すなわち理知的な存在者の同じなことは存するのである」⁽⁸⁾

この定義において注意すべきは、^{パーソン}「人格」の根拠は事物(つまり身体)ではなくあくまで意識ということである。引用の後半部分にあるように、意識活動によって自分と他人の区別がなされるからである。

「人物同一性がどこに存するかは明示されよう。すな

わち実体の同一性に存せず、すでに述べたとおり意識の同一性に存するのであり……」⁽⁹⁾

意識の同一性が「人格」^{パーソン}の根拠とすると、ある人の心臓がまだ十分に鼓動していても、その人に意識がないならば、その人は「人格」ではないことになる。単なる生命活動だけでは権利の主体になれないのである。

ロックの考えそのままに自己意識の有無を生きる権利の有無としたのがオーストラリアの哲学者マイケル・トゥーリーである。中絶の是非をめぐるアメリカ合衆国の世論が割れていた1972年、彼は『嬰兒は人格を持つか』という論文において、「生物学的人間」と「人格を持つ人間」を区別し、自己意識があることが「人格」^{パーソン}である条件だとした。

「ある有機体は、諸経験とその他の心的状態の主体として自己の概念を持ち、自分自身がそのような持続的存在者であると信じているときに限り、生存する重大な権利を持つ」⁽¹⁰⁾

自己の概念を持つものだけが生存できるとすると、自己意識のないものには生存する権利がないことになろう。事実、彼はそう述べる。

「生存する権利を持つということは『諸経験とその他の心的状態の主体として存在し続けたいと欲求可能であること』を前提とする。そして今度はこの欲求可能性は『そのような持続的実体の概念を持ち、自分自身がそのような実体であると信じていること』を前提とする。したがって心的状態の持続的主体としての自己意識を欠いた実体は生存する権利を持っていないのである」⁽¹¹⁾

ここから彼は生存する権利を持たない単なる生物学的人間として胎児の中絶はもとより生後一、二週間の

新生児についても嬰兒殺しを認める。恐らく彼は重度の無脳症児を考えていたのであろうが、同じようなものは同じように扱うべきであるからには論理的には確かにそうなる。

だがそうになると脳死や植物状態の患者もまた自己意識はないであろうから安楽死させてよいことになろう。また重度の認知症のある人や多重人格などの精神障害者なども自己意識に一貫性があるかどうかは極めて疑わしいから、状況次第ではやはり死なせてもよいことになろう。同じようなものは同じように扱うべきだからである。

このように考えると自己意識だけを「人格」^{パーソン}の条件とするトゥーリーの主張は修正する必要がある。

IV 生命の質とコミュニケーション

そこで登場するのが人間化についての、さらにもう一つの立場である。人間化の契機について先ほど見た五つの立場はそれぞれ時間的な違いこそあったが、いずれも胎児の生物学的特徴に着目していた。それらに対し、この、いわば第六番目の立場では、人間は生物学的成長によってではなく社会的関係を経ることにより人間性を実現していくのだとする。いわば人間化を他者との関係に求める立場である。

この立場で人間化を考える時に重視されることは「ヒトの生命」human lifeと「人間化された生命」humanized lifeの区別である。

人間を本質的に関係的存在と捉えるこの立場からすれば、我々が自己を一個の完結した存在として認識するのは他者との関係においてである。自分ではない個体と関わることで、他者とは違う己の固有性を我々は見出すのである。すなわち他者と関係を持つことが人間化の始めというわけである。逆に言えば、いくら生命活動を示していても関係を持つ能力がないならば、

それは「ヒトの生命」ではあっても「人間化された生命」ではないということになる。

この立場で考えてゆくと、問題は「胎児の中絶の是非」を超えて「障害のある新生児を安楽死させることの是非」にまで拡大することになる。ジョンズ・ホプキンス大学病院小児科のフリーマンは躊躇^{ためら}いがちにそう問いかける。

——新生児の中には無脳症のように重度の障害を持って生まれてくる子供もある。彼らは他者と関係を持つことはできない。ということは「ヒトの生命」には違いないが絶対に人間化されることはない。家族の負担や福祉の限界を考えれば、こうした重度の障害をかかえた新生児を無理に生かす必要はたしてあるのだろうか。

こうして、人間ならびにその権利を絶対的、固定的に捉えるのではなく、状況に応じて相対的、流動的に見ようとする姿勢が出てくる。実際、先ほど挙げたフレッチャーは、「人間は権利の東ではない」として次のように述べている。

「人間の本性という観念は、『人権』ならびに『原罪』、『当為の感覚』、『良心』といったその他の一定のものを含む概念の器として機能してきた。この背後にある考えとは、そうしたものは客観的で前もって存在している現象であり、生物学的あるいは社会的相対性に基づいた偶然的なものではないというものである。人々は生きる権利、死ぬ権利、健康である権利、産む権利等々を、まるでそれらが絶対的、永遠的、内在的なものであるかのように語っている。しかし法律が明らかにしているように、すべての権利は不完全であり、仮に人間の側の必要が要求するなら、脇に置いてもよいのである。我々は権利と必要の関係をよく考えなければならぬだろう。というのはそのことは、健康管理という社会の問題と同じ

く臨床医療における意思決定という問題にも関わっているからである」⁽¹²⁾

ここには、「生きる権利」を厳格に理解し、徹底した救命と延命を至上目的とする伝統的な医療とは対照的な新しい医療観が現れている。それはフレッチャーでは「状況倫理」Situation Ethicsとして、個々の事例に即した解決策を探ろうとするものだったが、バージニア大学医療センターの小児外科医アンソニー・ショーは伝統的な「生命の尊厳」Sanctity of Lifeに対する「生命の質」Quality of Lifeの対比として捉える。

「私の倫理は、すべての権利がいつも絶対なわけではないと考える。ちょうどフレッチャーが『……すべての権利は不完全であり、仮に人間の側の必要が要求するなら、脇に置いてもよいのである』と指摘しているように。私の倫理はさらに、生命の尊厳への信念に対抗させねばならない価値として生命の質を考えるものである」⁽¹³⁾

今、仮にどんな場合でも「生命の尊厳」を信奉するならば、同じようなものは同じように扱うべきである以上、すべての新生児は無条件に救われねばならない。たとえその子供の生命の質がいかに低くても、また家族や社会の負担がいかに大きくとも。しかしこれは現実的な態度だろうか。ショーは言う。

——医学の進歩により昔では救えなかった生命を救うことができるようになった。しかし腸捻転や梗塞で胃腸管を切除された乳児を救うことはどうなのだろうか。大静脈にカテーテルを挿入され、せいぜい数ヶ月か一年しか生きられない新生児に栄養補給を続けることはたして正しいことなのだろうか⁽¹⁴⁾。

確かに「生命の尊厳」の視点からすれば正しいことであろう。だが仮に正しいとしても、いたずらに苦し

ませることが人道的措置だろうか。

このように中絶から重度の障害を持つ新生児の治療の是非へと視野を拡げて、かつ現実的対応が求められるようになると、どうしても個々の障害とそうした障害を伴った生存に対する評価、すなわち「生命の質」に関する評価を避けて通ることはできなくなる。そして一たび「生命の質」を評価するとなると、問題になるのは「人間の生命の質とは何か」ということである。これは究極のところ「人間とは何か」ということであり哲学の問題である。まさに生命倫理学が要請される所以である。

1977年6月、カナダのウィニペグでイギリス国教会の聖職者たちの会議が開かれ、重度の障害を負った新生児のうちのいずれを人間として扱うべきかという問題を論じた。そして「人間であるとはどういうことか」として次のような結論を示した。

「しかし先行する様々なコメントには一つの共通する筋道がある。それらはすべて、人間の関係する能力について述べている。自分自身に、自分の隣人に、そして神に関わる能力は、神学者や科学者たちが同じく示したあらゆる最小限度の基準を要約したものである。従って、現実的であれ可能的であれ、これらの基準のいかなるものでも欠いているならば、その生体は人間ではないということになろう。我々が他者の生命の質を強調せねばならないこと、あるいは彼らの関係する能力を完全に知らねばならないことは真である。しかし上述の基準を用いれば、人間の生命と単なる生物学的生存を真に区分できるのである」⁽¹⁵⁾

ここでは「関係する能力」ability to relateこそ人間を人間たらしめる決定的要因であることが述べられ、その有無を以って「人間の生命」human lifeと「単なる生

物学的生存」mere biological existenceが区別されている。先ほどの言葉で言えば、「人間化された生命」と「ヒトの生命」であろう。

すると重度の障害があっても「関係する能力」を持たない新生児や治療を施しても「関係する能力」を獲得できそうにない新生児については、仮に生存できたとしても人間らしい人生は送れない以上、医療は介入すべきではないという発想が出てくる。モントリオール臨床調査研究所長のデビッド・ロイはこう述べている。

「生命、生物学的生命biological lifeは神聖である。しかしそれが定められている他の価値や可能性から引き離されてあるわけではない。もちろん生命はむずかしい言葉である。しかし、いかなるレベルの生命もある種の一定水準のコミュニケーションと関係していると思われる。最低のレベルにおける生命は、様々なレベルと複合にある化学的また生化学的な交換exchange、コミュニケーション、変換transformationと結びついている。あらゆるコミュニケーションは一定の変換に影響している。最高レベルの生命——我々は人間と呼ぶ——においては、もう一つのコミュニケーションが支配しており、全く別の種類の変換が行なわれている。約束、関与、激励、尊重、支持の真正な宣言、愛情、友情、そして愛が与えられ、受け取られているのである。絆が結ばれているのである。我々が対人的interpersonalと呼ぶ高次の変換が実現されているのである」⁽¹⁶⁾

ロイは生命をコミュニケーションと関係させている。そして人間においては特に対人的なコミュニケーションが実現されているとする。するとコミュニケーションを取る能力に欠けているならば、単なる生物学的生命ということになろう。そうした人間については医療は過度の介入をすべきでないと言うわけである。

しかし一口にコミュニケーションと言っても手段や

程度は様々である。

我々は一般に会話することで他者とコミュニケーションをしている。言葉が通じなくても漢字を知る人間なら筆談である程度の意思疎通が可能である。また聾啞者は手話でコミュニケーションを取ることができる。

だが幻聴とか幻覚など精神に異常をきたしている者はどうだろうか。あるいは認知症が進んだ老人はどうだろうか。これらの人々でも受け答えは普通にできることが多いから、その意味ではコミュニケーションをしていると言えるが、まったくの的外れな言動をすることが多い。

あるいは赤ん坊はどうだろうか。なるほど赤ん坊は泣くことで周囲に自分の要求を伝えようとしているわけで、これも広い意味でのコミュニケーションかもしれない。しかし意思の正確な疎通ができない以上は一般の人々と同列に扱うわけにはいかないだろう。

するとこれらの人々は、単なる生物学的生存とか生物学的生命の次元ではないとしても、コミュニケーションのレベルにおいて一般の人々とは区別されるべきであろう。

V 厳密な意味での人格と社会的意味での人格

そこで「^{パーソン}人格」に幅を持たせる考えが示された。テキサスのベイラー医科大学の医学哲学教授だったトリストラム・エンゲルハートの1982年の論文『医学における人格の概念』を見てみよう。

まず彼は人間の生命を「人格的生命」と「生物学的生命」に区別する。そして生物学的生命を持つ人間のすべてが人格的生命を持つわけではないと述べる⁽¹⁷⁾。両者の道徳的意味での違いはカントが言うように、「^{パーソン}人格」は目的自体であり、自由な行為者として尊敬されるということである。そしてこうした道徳的意味での人格の条件としてエンゲルハートは「自己意識を持

つこと」とする。ここまでは先に見たトゥーリーと同じである。しかしエンゲルハートの場合、彼は「^{パーソン}人格」の概念が実際には多義的に用いられている事実を指摘する。

「われわれは少なくとも二つの（おそらくはそれ以上の）人格概念を有している。……第一に、われわれが道徳的行為者を同定する際に用いる人格の意味がある。権利と義務との、個別的で生きた担い手という意味である」⁽¹⁸⁾

この第一の意味での^{パーソン}人格を彼は「厳密な意味での人格」person in the strict senseとし、「自己意識を持つ理性的な行為者」を指すとする。そして自己意識とは大脳的作用であるから、これは先ほど見た人間化の契機についての(2)の立場であろう。

問題は第二の^{パーソン}人格概念である。

「それは、人格の社会的概念ないしは社会的役割であって、これが用いられるのは、人間の生物学的生命のある種の事例が、実際にはそうでないにもかかわらず、あたかも厳密な意味での人格であるかの如くに扱われるといった場合である」⁽¹⁹⁾

つまり第一の「厳密な意味での^{パーソン}人格」ではないが、ある社会的役割を果たしていることにより、広い意味で人格と見なされると言うわけである。これを彼は「社会的意味での^{パーソン}人格」person in the social senseと呼ぶ。例えば理性的能力を考えれば幼児は厳密な意味での人格ではないが、親や周囲の世話を受けることにおいて社会の一員としてある。その意味で、つまり「最小限の社会的相互作用に参加できる」という意味で、幼児は「社会的な意味での人格」とされる。そしてまた同じことは老衰した者や精神遅滞者、精神障害者についても同様とされる。

エンゲルハートによれば、これらの「社会的な意味での人格」には義務はないが生命などの一部の権利はあるとする。だからトゥーリーのように嬰兒殺しを認めるわけにはいかないのである。嬰兒は親や周囲の世話を受けることで社会的相互作用に参加していると見なされるからである。

ここに我々は先ほど人間化の契機として他者との関係を重視する六番目の立場を見ることができる。するとエンゲルハートのパーソン論とは詰まるところ大脳皮質説と関係説の折衷ということになる。他者との関係は、先ほど見たロイにおいてはコミュニケーションとして捉えられていたが、エンゲルハートはそれを社会的相互作用とするのである。

では、その「最小限の社会的相互作用」にさえ参加できない人間はどうなるのだろうか。エンゲルハートによれば、それらは「生物学的生命」と見なされ、カントが唱える「物件」として扱われることになる。すると現実に生きている人間は次のように分類されよう。

I 厳密な意味での人格^{パーソン}

(自己意識を持つ理性的存在者)

大半の人間

II 社会的な意味での人格^{パーソン}

(最小限の社会的相互作用に参加可能)

幼児・新生児・認知症・精神遅滞・精神障害など

III 生物学的生命

(単なる生命活動)

重度の無脳症児・脳死者・胎児

「厳密な意味での人格^{パーソン}」とは別に「社会的な意味での人格^{パーソン}」を設けるエンゲルハートの理論は良くも悪くも柔軟である。

彼が理性的で自己意識を有する人間をIの「厳密な

意味での人格」として、Ⅲの「生物学的人間」から区別する時、そこにあるのは大脳皮質に人間化の根拠を見る立場であり、そうした人間は常に目的として扱われねばならないとする主張はまさにカントの倫理思想である。

これに対しⅡの「社会的意味での人格」については「最小限の社会的相互作用に参加できる」と述べているが、それを判定するのは誰だろうか。当然、Ⅰの「厳密な意味での人格」であろう。すると今、仮に重度の障害のある子供が生まれた場合、この子供が「社会的な意味での人格」であるかどうかを判定するときには、「厳密な意味での人格」の事情が、もっと言えば「厳密な意味での人格」の利害とか信条が、判定を左右する可能性が出てこよう。

こうした、本人に固有の価値があるから「人格^{パーソン}」として認めるのではなく、あくまでも周囲にとって利益があるから認めるという姿勢はカントが忌み嫌った功利主義の論理である。実際、このことは当のエンゲルハート自身がはっきりと認めるところである。

『『人格の社会的な意味』は、第一次的には、功利的な観点からの構成物であることを強調しておかなければならない。この意味での人格は『厳密な意味での人格』ではなく、したがって、無制限の尊敬の対象ではない。むしろ、人間の生命のある種の事例を人格として扱うのは、『厳密な人格』である諸個人にとっての利益のためである』⁽²⁰⁾

このようにⅠの「厳密な意味での人格^{パーソン}」にとって利益になる限りでⅡの「社会的意味での人格^{パーソン}」を決めるとすると、同じ理屈はⅢの「生物学的生命」にはなおさら露骨に適用されることになる。すなわちⅠの不可侵性さえ守られるなら、ⅡとⅢの区別は実のところそれほど重要ではない。事実、彼は「胎児と幼児の間に引かれる境界線の正確な場所は任意なものとなる」⁽²¹⁾

とはっきりと述べているほどである。

任意なものとなる——その結果としてどうなるのか考えてみよう。

VI エンゲルハートの問題点

繰り返すが、エンゲルハートはⅢの「生物学的生命」でしかない胎児をⅡの「社会的意味での人格」として扱う場合はあくまでも有用性の観点に基づく、と述べている。こう言うとき彼としては、胎児と幼児のあいだに厳密な境界を画定せず曖昧なままにしておいた方が、胎児を——そうすることがⅠの「厳密な意味での人格」にとって有用であるならば——「社会的意味での人格」へと格上げしてやることも可能なのだ、と言いたいのかもしれないが、有用性という功利的観点に基づく限り、実態はその逆になる可能性の方がはるかに高い。つまり「厳密な意味での人格」にとってそうした方が有用となれば、「社会的意味での人格」でも「生物学的生命」へと格下げされる恐れが多分にあるのである。

実例を挙げよう。1969年に起きた有名なジョンズ・ホプキンス大学病院事件である。

——バージニア州のある町で、ダウン症で十二指腸閉塞の子供が生まれ、ただちにジョンズ・ホプキンス大学病院に移送された。この子供の十二指腸閉塞は手術すれば直せるものだったが、両親が我が子への外科手術を拒否したため、何人かの医師は激しく反発した。結局、この子は15日間かかって死亡したが、その間、両親は自分たちの子供がまだ生きているかどうかを毎日のように尋ね、周囲の矚意を買った。また担当の医師や看護婦たちもひどく意気阻喪した⁽²²⁾。

ダウン症児は知恵遅れではあるが、性格的にはいたって温厚であり、周囲が配慮してやれば普通に社会生活を送ることができる。つまり「最小限の社会的相互作用に参加できる」だけのコミュニケーション能力を持っているのである。従って明らかにⅡの「社会的意味での^{パーソナル}人格」である。そして「社会的意味での人格」である以上、限定的にせよ権利が認められるはずなのである。

ところがこの両親が我が子への治療を拒否したのは、恐らく彼らにとっての有用性を勘案したからであろう。すなわち子供がダウン症である以上、治療を受けさせない方が彼らにとっては有利と考えたからである。すると「厳密な意味での人格」と「社会的意味での人格」というように「^{パーソナル}人格」に広狭二義を認めるエンゲルハートの主張は結局のところ健常者による障害者排除を正当化する論理になりかねないのである。

それだけではない。

ジョンズ・ホプキンス大学病院事件は新生児に起きた悲劇である。「社会的意味での人格」である新生児ですら、障害の有無により選別されてしまうと、⁽²³⁾「生物学的生命」でしかない人間はなおさら露骨に有用性の篩にかけられることになる。事実、エンゲルハートは続けて言う。

「人間の精子、人間の卵子、培養液中の人体細胞、胚子、胎児、これらは価値を持つ。しかし人格の威厳は欠いている。したがってこれらは、他のすべての点で等しいならば、「厳密な人格」にも「社会的な人格」にも許されないような仕方でも実験に使っても社会的に是認されるのである。すなわち、それらは単に手段として使用してもよい」⁽²³⁾

この引用には出ていないが、重度の無脳症児や脳死者、植物状態も明らかに単なる生命活動でしかない以上、同じような扱いを受けることになる。実際、こ

のうちの脳死者については既に臓器移植の供給源として広く利用されていることは周知の通りである。すると、移植医療を推進しようにも臓器の提供が余りに少ないとなると、やがては植物状態の患者も臓器移植という有用性の観点から物件化されかねないだろう。そして一たび植物状態の患者が臓器供給源として利用されるようになれば、次は幼児用の臓器の供給源として無脳症児たちが積極的に利用されることになろう。なぜなら同じようなものは同じように扱うべきだからである。

それだけではない。

Ⅱの「社会的意味での人格」とⅢの「生物学的生命」の境界は任意とされている以上、今日の「生物学的生命」の運命は「社会的意味での人格」の明日の運命になるかもしれないのである。

これから社会の少子高齢化がさらに進むことを考えてみよう。働き手が減るため福祉予算は年々逼迫していくその一方で、認知症や寝たきりの老人は増えていくばかりであろう。こうした未来に功利性の原理を当てはめてみよう。

すると、多くの介護を必要とする老人については安楽死を、それも積極的安楽死を認めた方が、認めないよりも経済的にプラスということにならないだろうか。同様に精神遅滞とか精神障害者についても安楽死させた方が社会の負担の軽減ということになろう。となると、こうした事態を回避するためにも「社会的意味での人格」を有用性で決めるべきではないと筆者は思うのである。

以上、カント倫理に功利主義を接いだようなエンゲルハートのパーソン論には様々な問題点があることがわかる。

現実的対応を考える限りは、権利の主体を「パーソン」だけに限定することは正解だろう。そして、その「パーソン」の条件として「自己意識」なり「理性」な

りを挙げるのも妥当なところだろう。

だが乳幼児や重度の認知症の老人さらには精神遅滞、精神障害など「パーソン」ではない人間の生きる権利を守るためにはどうすればよいだろうか。

端的に言えば、これらの人々に予想される危険とは、生きる権利が保障されない「生物学的生命」へと格下げされるということであるから、Ⅱの「社会的意味での人格」とⅢの「生物学的生命」との境界線を画定すればよい。つまりエンゲルハートが言うように、「社会的意味での人格」を功利性で決定するのではなく、ちょうどⅠの「厳密な意味での人格」を「自己意識」や「理性」で決定したように、何らかの一定の条件さえ満たしているなら、有用性とは無関係に生きる権利を認めるようにすればよいのではないだろうか。

では、その一定の条件には何が考えられるだろうか。筆者が思うに、それはロイが主張するような「コミュニケーション能力」ではないだろうか。たとえ言うことが支離滅裂でも話せなくても構わない。とにかく自分には今、何らかの生理的欲求があるということは何らかの仕方で周囲に伝えることができれば、少なくとも人間の場合は、たとえ厳密には「パーソン」でなくとも、生きる権利を認めてよいのではないだろうか。

結論

「パーソン」とは権利の主体である以上、自分が権利の主体であることを理解できないような個体を「パーソン」としても無意味である。従って、生きているすべての人間に権利を認めるのではなく、あくまでもある条件を満たしている者だけに権利を認めるというパーソン論の主張は筆者には妥当と思われる。またトウリーが「自己意識」を持つ者だけを生きる権利を持つ「パーソン」と規定したこともそれ自体としてはよく理解できる。

ただ、これだけでは新生児や認知症の患者などは「パーソン」ではないから、生きる権利を持たないことになる。そこで、これらの人々の生きる権利を保障する論理を考えねばならなくなり、「関係する能力」とか「コミュニケーション」などが出てきたのである。

コミュニケーション能力を持ち出すと脳死や植物状態には生きる権利はないといえる。だが障害のある新生児については、泣くことで自分の欲求を伝えることができるわけであるから、その意味で生きる権利を持つことになる。

するとここから大別して二つの問題が派生することになる。

まず一つは重度の障害を持つ新生児の扱いである。ここでは障害の程度が新生児の扱いを決定する重要な契機となる。すなわち「生命の質」という問題である。仮に生命を救うことはできたとしても、ただ「生きている」という程度の人生しか見込めない新生児にあえて治療を施す意味があるのだろうか。いたずらに苦しみを長引かせないためにも、また限りある医療資源を有効に活用するためにも、治療に一定の限界を設けてもよいのではないだろうか。

そしてこれはそのまま脳死者や植物状態さらには終末期患者にもつながっていく問題である。なぜなら同じようなものは同じように扱うことが倫理のみならず医療においても大原則だからである。

もう一つは動物の扱いである。伝統的に西欧では人間と動物を切り離して捉える姿勢が強かった。中でも「身体に加えて霊魂を持つのは人間だけで、動物は身体しか持たない機械にすぎない」としたデカルトはその最たるものであろう。

しかし多くの動物も咆えたり鳴いたりすることで自分の欲求を外界に訴えている。するとこのことを根拠に「動物たちにも権利を認めよ」という主張が出てくる。すなわち動物の権利論 animalism である。筆者個人としては、そこまで考える必要はないと思うのだが、

同じようなものは似ている程度に応じて同じように扱うべきという大原則を降りかざされたら、まったく無視するわけにもいかないだろう。

すると、動物の扱いという一点から生命倫理は人間を越えてさらに拡大していくことが予想されよう。すなわち生命倫理はその底を流れている生命を考え抜いていくといつしか環境倫理につながるのである。このように考えてみると、こちらの流れは「バイオエシクス」を最初に提唱したポッターへの本卦還りとも言えよう。

最後に一言。

中絶にせよ重度の障害のある新生児の扱いにせよ、このような議論はイデオロギーで凝り固まった社会では決して起き得ない。プロテスタントやカトリックに代表される磐石なる保守基盤に支えられた保守主義からリベラルさらには急進的フェミニズムに至るまで個人の自由と多様な意見が尊重されるアメリカ社会だからこそ活発な議論が可能だったのである。その意味で生命倫理とはアメリカ合衆国を象徴する学問と言えよう。そこで今後は、中絶など専ら人間の生命の問題について、アメリカ合衆国の生命倫理学の黎明期に交わされた議論を追いかけてゆきたい。それは「人間とは何か」という昔からの哲学の問いを、極めて現代的な形で考え直すことでもあろう。

- (1) 『医の倫理と法——その基礎知識——』、p.95、森岡恭彦著、南江堂、2004
- (2) Henry K. Beecher, "Ethics and Clinical Research", New England Journal of Medicine, vol.274, no.24, (1966) pp.1354-1360.
- (3) 『生命倫理学講義——医学・医療に何が問われているか』、p.274、斎藤隆雄監修、神山有史編集、日本評論社、1998
- (4) 発生学的には受精と受胎に違いはない。強いて言うなら受精して妊娠している状態を受胎と呼ぶようである。

- (5) 一卵性双生児の発生は妊娠 1000 例につき 3～4 例とされている。
- (6) Joseph Fletcher, "Indicators of Humanhood : A Tentative Profile of Man", *The Hastings Center Report*, vol.2, no.5, (1972) p.1.1-c.
- (7) *ibid.*, p.3.1-c.
- (8) 『人間知性論』、第二巻 27-9、大槻春彦訳、岩波文庫
- (9) 同上、第二巻 27-19
- (10) 『バイオエシックスの基礎』、p.102、H. T. エンゲルハート、H. ヨナスほか著、加藤尚武、飯田亘之編訳、東海大学出版会、1988.
- (11) 同上、p.107
- (12) Joseph Fletcher, *ibid.*, p.3.r.
- (13) Anthony Shaw, "Dilemmas of Informed Consent in Children", *New England Journal of Medicine*, vol.289, no.17, (1973) p.889r.
- (14) *ibid.*, p.889r.
- (15) David Roy, "Issues in Health Care Meriting Particular Christian Concern—A Priority Issue : The Severely Defective Newborn, Linacre" *Quarterly* 49 (1982) p.66.
- (16) *ibid.*, p.73.
- (17) 『バイオエシックスの基礎』、p.21
- (18) 同上、p.26
- (19) 同上、p.26
- (20) 同上、p.29
- (21) 同上、p.30
- (22) Anthony Shaw, *ibid.*, p.886r.
- (23) 『バイオエシックスの基礎』、p.31