

カトリック医療施設における医療倫理

—— 延命医療と生命の終焉を中心に ——

浜 口 吉 隆

はじめに

あるカトリック病院の看護婦募集の広告文には、「私たちはキリストの愛をもって病人と助けを必要とする人々の生と死に希望を与え、最善を尽くします。」と書かれていた。この文言には、それぞれのカトリック医療施設が設立された精神と理由とが簡潔に表明されており、そのような尊い使命に献身する看護婦を求めている。今日ではキリスト教精神をもって創設された医療施設にもかかわらず、修道者の召命の減少にともなって、その精神を継承してどのように施設を運営してゆくかが重要な課題になっている。経営母体である各修道会もその設立当初の使命感と社会的な責任とを自覚し、この課題と取り組んではいるが、なかなか名案も得られない状況である。たとえ最新の医療機器を備えても、その施設の従業員が経営母体の基本理念を知らなければ、キリスト教精神による医療を継続してゆくことはできなくなり、その存在理由も稀薄になってくるからである。

ところで、このような問題意識とともに、先端医療技術の発達による人間の生命をめぐる医療が生命倫理（Bioethics）の重要な部分として認識されるようになってきた。生命倫理という学際的な倫理の領域は、新しい学問として広範なものであるが、医療に関する限りでは伝統的なキリスト教の医療倫理または「医の倫理」（Medical Ethics）を踏まえて展開されているのも否めない。われわれは現代の生命倫理の新たな問題意識のなかで医療倫理がどのように位置づけられるかを確認しておきたい。この医療倫理

は米国では1950年代から墮胎、不妊手術、医療実験、安楽死などの具体的な倫理問題を議論するなかで定着してきたように思われる。それは今日では「ヘルスケアの倫理」(Health Care Ethics)または「生命医学の倫理」(Biomedical Ethics)という全人的健康の在り方として展開されている¹⁾。これはもはや医者 の職業倫理だけではとらえきれず、病人や患者の人間としての尊厳と人間性の回復を目標とする臨床医療の倫理になってきている²⁾。

また、確かに医療は病気を治すことに終始するものではないが、人間の健康への願いは医療技術の適用による延命医療を可能にした。日本でも「脳死・臓器移植法」の施行による最初の移植医療も実施されたが、それは脳死を前提とした臓器移植という日本的な文脈を示すものであった³⁾。人間の生命と死をどのように理解し、それを受容するかはそれぞれの民族の文化的文脈によるからである。臓器移植は一つの延命の手段であるが、不治の末期患者の場合、人工的延命装置を用いてどこまで延命すべきか、いつその装置を取り外すべきか、それはどのような条件によるものであるかが論じられてきた。キリスト教の医療施設においてもそのような判断と決断が迫られる。日本的な医療の文脈において、キリスト教の医療倫理はどのような原則に基づいて判断すべきだろうか。これらの問題に関して教会はどのような公式見解を表明してきたのか。

われわれは個別の問題についての詳論を意図するよりも、カトリック医療施設に求められる医療に対する全般的な医療倫理を紹介するにとどめたい。まず、カトリック医療の精神を確認してから、生命倫理のなかでの医療倫理の課題を整理する。ここでは生命の誕生に関わる諸問題はさけて、人間の健康維持と延命、そして生命の終焉の問題に限定する。日本の臓器移植法をどのように評価すべきか、また東海大学の「安楽死事件」をめぐる提示された延命中止と安楽死の要件はキリスト教の医療倫理からは受け入れることができるのかを明らかにしておきたい。それらの問題にはいつもインフォームド・コンセントと病名告知をどのように実施するかという

ことも含まれている。

I. カトリック医療施設の精神

1. キリストの癒しの精神

カトリック医療はカトリック教会の存在根拠であるキリストの精神に由来することは言うまでもない。キリストの精神を医療との関わりでみるならば、それは福音書の次の言葉に要約されている。「医者が必要とするのは、健康な人ではなく病人である。わたしが来たのは、正しい人を招くためではなく、罪人を招いて悔い改めさせるためである。」(ルカ 5 : 31-32) イエスは言葉と行いをもって病人を癒されたが、その癒しは病人の身体だけでなく、心の病である罪のゆるしをとともなうものであった(マタ 9 : 1-8)。このような病人を癒す行為の内に、マタイはイザヤの預言の成就をみている。「彼はわたしたちの患いを負い、わたしたちの病を担った。」(イザ 53 : 4 ; マタ 8 : 17) まさに、イエスは「苦難の僕」として、わたしたちの心身の患いに心を痛め、憐れみの愛をもってそれを担って下さった。人は病気になるのはじめて健康の恵みに気付くように、罪人も自分の救いを必要とすることを知って、その悪からの解放を求めて祈るのである。イエスが癒しのわざを通して啓示されたのは、身体健康回復と心の救いという全人的癒しであった。

また、イエスが隣人愛について語られる有名な「良きサマリア人の譬え」(ルカ 10 : 25-37)は、永遠のいのちを得るためには何をなすべきかという問いへの答えである。「何をしたら永遠の生命を受け継ぐことができるでしょうか。」という質問に対する明確な解答は、「路上で傷ついた人を癒す」という実践的な愛であった。近藤裕氏はこの譬えから現代の医療を考えて、次のように解説している⁴⁾。

この譬えに見られる癒しの姿勢や行為は、先ず「病める状態を見出だすこと」から出発する。病や傷を癒すことのできる立場にある人が、傷ついた人に対する思いやりをもって気遣うという共感的な同情心をもって、具

体的な癒しに努める。傷を介抱するだけでなく宿屋まで連れて行き、必要な経費まで負担するという徹底的な配慮の行為の背景には、わたしたちに対するイエス自身の癒しのわざが隠されている。このような癒しの行為は、病める隣人に対する愛の心から生まれるものである。「傷ついた人を憐れに思う心」とその行為こそが、この世のいのちの回復のみでなく、永遠のいのちへの道であることを教えているのである。「行って、あなたも同じようにしなさい。」というイエスの命令を聞き入れて実践できる人は幸いである。

2. 教会の使命

教会はキリストの精神に倣って癒しのわざを継続する使命を持っている。「あなたがたは行って、あなたがたに命じておいたことをすべて守るように教えなさい。」(マタ 28:19-20)この命令を受けて、教会はキリストの愛の教えと癒しの心を伝達するために全世界に派遣されている。つまり、教会の使命はイエスが病人に手を差し延べて癒し、自ら担われた十字架上での死と復活によって啓示されたイエスの愛を実践し、救いの道を伝達することにある。その愛の実践は、民族や宗教、身分の差を越えた普遍的なものである。その普遍性はイエスの十字架の犠牲によって明らかにされ、すべての人が彼による癒しに招かれていることを教えている。「疲れた者、重荷を負う者は、だれでもわたしのもとに来なさい。休ませてあげよう。わたしは柔和で謙遜な者だから、わたしのくびきを負い、わたしに学びなさい。そうすれば、あなたがたは安らぎを得られる。」(マタ 11:28-29)また、最後の審判における裁きが、イエスの兄弟である「最も小さい者」に対する善行によることも忘れてはならない。「お前たちは、わたしが飢えていたときに食べさせ、のどが渇いていたときに飲ませ、旅をしていたときに宿を貸し、裸のときに着せ、病気のときに見舞ってくれた。」(マタ 25:35-36)このイエスの言葉を自分の生涯をかけて実践したのは、あのマザー・テレサであった。彼女は小さな兄弟のうちに現存されるイエスを見

て、神の愛のわざを身をもって証するという教会の使命を生き抜かれたのである。

3. カトリック医療施設

カトリック医療施設、とくに病院はキリストの癒しの精神を目に見える形で推進し、その癒しのわざを具体的に実践する場である。そのような施設は全世界に派遣された教会の重要な活動の場であり、通常はキリストの福音に根差した福祉活動に従事する修道会によって設立されたものである。そのような修道会は、人間の生命が病気や傷害あるいは死によって脅かされている実態を見て、具体的な医療活動を通してキリストの癒しの愛を実践するという教会の使命に参加している。

前述の「良きサマリア人の譬え」によると、旅をしていたサマリア人は負傷者を見て、憐れに思い、側に寄ってきて傷に油とぶどう酒を注ぎ、包帯をして、自分のろばに乗せ、宿屋に連れて行って介抱したと語られている。この一連の行為こそが、キリスト教が古代から現代に至るまで続けてきた医療活動の原点である。この福音の源泉に立ち返って考えると、病院の本来の意味や末期患者医療に従事するホスピスの背景が理解される。旅人のために設けられた休憩所や宿泊所、また傷病者を治療するための収容所である「病院」(Hospital)は、現在では病気治療だけでなく、出産や臨終を迎える死に場所にもなっている。つまり病院は人間の誕生、病気の治療および人生の最期を迎える場所として、家庭と結ばれた一つの生活環境にもなっている。病院の医療改革が進められるとき、どのように本来のホスピタルである「優しく親切にもてなす場所」としてのホスピタリティを具現できているかが問われている。つまり、病院が「生命を与える場」、「生命を維持し延命する場」、そして「生命を閉じる場」になっている現在、病院での医療をめぐる人間の倫理はどのようにあるべきかが重要な課題になっている。このように病院が人生の一部であるならば、どのような医療体制にすればそこでの患者たちが有意義な生を送れるようにす

るかという「生の質」(quality of life) が問われることになる⁵⁾。

したがって、カトリック医療施設も当然のことであるが、患者を中心とした医療共同体をどのように形成するかという課題を考えなければならない。人間の健康は人格である人間のあらゆる面を持ったものであり、身体的、心理的、社会的、そして霊的な福利を要するものである。どのようにすれば、医療共同体である病院が患者の治癒(cure)だけでなく、看護(care)をより充実させることができるようになるか。確かに、医療従事者は病院を訪れる病人や患者をひとりの人間として受け入れ、その人の癒しに奉仕することになる。その「奉仕」は尊いものを目の前にしての姿勢であるから、それはまさに献身的な行為にはかならない。人のいのちは神の賜物であると理解するキリスト教精神からすれば、医療の心はその「尊いのちに仕える心」にあることが確認される。

このように、カトリック医療施設は、人間である患者にイエス・キリストの精神による癒しのわざを実践する場である。その愛の精神をもって「人間のいのちへの奉仕の技」を学び、それを継続するのである。キリストの愛とゆるしの精神をどのように医療施設のなかで実現することができるか。この課題を現代の医療倫理の視点からどのように見極めてゆくべきか。患者を中心とした自己決定権やインフォームド・コンセントの日本的な在り方や病名の告知の可否が論じられる生命倫理の背景からも重要な課題になっている⁶⁾。

II. 生命倫理のなかの医療倫理

1. 生命倫理からの問い掛け

ここで生命倫理が一つの学問として誕生した経緯を論じることはできないが⁷⁾、この学問は生命に関する倫理問題を取り扱う学際的な学問であると一般に理解されている。アメリカで生命倫理が提唱される1970年代の当初からそれを研究してきた木村利人の定義によれば、「バイオエシックスとは、医療、医学のみならずビオス（生命、生物、生活）のすべてにかかわ

りを持つ、人間の尊厳の主張に根ざした人権運動であり、公共政策づくりである。」⁸⁾ また、彼も認めているように、バイオエシックスはキリスト教の倫理神学の一展開としての「生命と医の倫理」を考える立場、また医学の一部をなす医療倫理としても展開されてきている。カトリック教会の医療倫理は倫理の一般原則をどのように具体的な事例に適用できるかを問う決疑論的倫理であったが、それは医者としての職業と司祭としての司牧活動にとって有益な指針でもあった。

今日の患者の権利高揚ともなう生命倫理のなかでどのように医療倫理を位置づけるべきであろうか。われわれは基本的には従来の医療倫理の原則が無効になったとか、無意味になったと考えるものではない。むしろ医者としての職業倫理や司祭の司牧指針としてよりも、医療施設に働くすべての医療従事者をはじめとして、患者や家族をも含めた人間の生命と健康、そして死の在り方を問う倫理として理解されるようになったと思う。つまり生命に関する諸科学の進歩と発展によって人間の生命も操作の対象とされるなかで、医療技術の介入による人間の生と死の意味が広い領域において問われるようになったのである。

キリスト教倫理の立場からも、神による創造信仰やキリストによる救済信仰に基づきながら、現代の生命倫理の諸問題を真剣に受け止めて検討せざるを得なくなった。より正確にいうならば、生命倫理はキリスト教の医療倫理を思想的背景として展開されてきたことも否めない。科学技術の進歩を積極的に評価し、ある程度までの生命操作の可能性を認めるとしても、人間性を破壊するほどまでの技術の応用やその危険性については厳しい警告を發せざるを得ない。人間操作 (human manipulation) の技術を手にした人間は、あたかも神を演じる者のごとく誇るものの、どこまで操作できるかを問わなければならない⁹⁾。優生学的な人間の生殖医学や遺伝子操作の限度などの不透明な領域での課題もあり、人間の将来への重大な責任を自覚せずには判断できず、あるいは判断を誤ってしまう。「より良い人間」を作るという企画がなされるとき、何をもって「良さ」の基準とするのか

を問わなければならない。人間が自己操作の主体でありながら、それを忘れた対象になってしまうという科学技術の両義性を見失ってはならないのである。

ところで、人間の生と死が問題になるとき、それらは科学上の専門的知識だけでは解答を見出だすことはできない。人間の生は生物学上の生命 (bios) だけではなく、各人の固有な人格としての人生の意味を抜きにしては考えることができないからである。人間の死についても同様である。それらの領域では科学と宗教との協調が求められる。宗教の生命観からは、人間の未来に対する責任だけでなく、個人の罪とそのゆるしの視点も大切である。医学者も単に医学や医療技術の進歩を促進するだけでなく、人間の健康回復を願いながらも人間としての死の意味にも深い関心を寄せる必要があると思われる。医学の目的はただ病気を治すことだけではなく、人間の全体的な福祉を促進することでもあるからである。いずれにせよ、生命科学や医療技術の進歩により、医療現場においても人間の選択の可能性が広がり、どのような技術の応用が人間にとってふさわしいものであるかを見極めるのは非常に困難になった。日々新しい問題が提起され倫理的判断を迫られるが、その判断は医者だけが下すものではないからである。

2. 医療倫理の課題

このような現代医療の文脈のなかで医療倫理の課題をいま一度確認しておく必要がある。医療倫理とは、医療従事者である医療の担い手と患者の間での倫理である¹⁰⁾。医療は医師が患者に対して必要な治療を施す技術であるが、いつも求められる基本は医療従事者と患者との信頼関係である。しばしば指摘されるように、医師は患者を診察し治療する者として能動的な働きをするが、患者 (patient) はその語意のように苦痛のなかにあって不安のままに悩む人として受動的な立場にある。このような医師と患者との特殊な人間関係のなかでの人間の倫理はどうあるべきか。その解答は容易には得られない。

確かに、従来の医師の職業倫理は専門家集団としての倫理綱領として権威のあった「ヒポクラテスの誓い」に代表されてきた¹⁴⁾。しかし、現代の医療は医師ひとりの裁量権や自律性による倫理判断だけでは解決できない倫理問題を孕んでいる。医療に従事する種々の専門職によって構成される「チーム医療」では、患者を中心とした治療と看護の在り方が重要になり、そのチーム内でのコミュニケーションや患者への真実の告知の在り方が重要な課題になってきた。その背景には種々の医療機器による治療と情報機器による意志伝達という従来とは異なる状況がある。

また、患者の人権の高揚により医療は医療機関によって提供されるサービスであり、患者はただ医療の恩恵を受けるだけでなくそのサービスを購入するというメンタリティーも現出してきている。高齢者医療も一つのサービスとして考えられ、その選択権は受容者側にあると考えられる。しかし、医療は決して医師の裁量権や患者の自己決定権だけの一方的な主張だけでは成り立たないことは明らかである。医師の医療業務に従事する専門家として、人のいのちに直接に触れる者としての患者に対する最善の医術を施すという裁量権は行使されなければならない。患者の心には医師に対する複雑な思いがあり、期待と一抹の不安とは交差しており、どこまで医師の説明を聞き、理解できるかはきわめて不確実である。そこには患者ひとり一人が生きている具体的な状況による相違がある。インフォームド・コンセントの法理をめぐることは、患者の人権と医師の裁量権との調和をどのようにすべきかという課題もある。

更に、医療における看護婦の果たす役割の重要性は治療と看護という「チーム医療」の領域でも改めて認識されている。看護婦は医師よりも患者に接する機会や時間が多いことから、患者の病状だけでなく、その心理状態や家族との関係なども知りうる立場にいるから、患者への直接的な影響からも治療効果をもたらすこともあると思われる。それは、看護婦が患者を見て、知り、護るという本来の役割を担って、患者と医師との中間の立場から、また看護という専門の視点から患者の心を理解することができ

るからである。現代のホスピス医療でも力説されているように、看護婦は患者の「側に共にいる人」としてその使命を果たすのである。医師と患者の間の信頼関係について新しい在り方を模索するとともに、日野原重明はその関係の変化を願いながら、現状について次のように述べている。

「医師と患者との関係は、患者が医師にぶらさがっている関係になっています。一方通行で、患者の言葉が医師に達しない。まるで、飛行船が飛んでいて、そこから下に出ている棒か綱に人がぶら下がっているような感じさえします。つまり、任せられない、という深刻な状態です。もっと早く医師と患者が対等になればよいと思います。そうなれば、話ができます。そして一方通行ではない関係が確立されると同時に、医療は医療、看護は看護という古い医療と看護の考え方を止めて、医療と看護とがインテグレート（統合）されて一緒になっているという近代医療の考え方を取り入れて、そのような関係に医師と看護婦が入っていくことが期待されます。」¹²⁾

このような医者自らの現状認識からも分かるように、医療倫理の基本的な課題は医療の担い手と患者との関係をどのように信頼あるものにしていくかということにある。それが個々の具体的な治療と看護の基盤をなすものだからである。

3. 医療倫理と宗教

ところで、精神科医師であった神谷美恵子は人間の生きがいについて、次のように問うている。「いったい私たちの毎日の生活を生きる甲斐あるように感じさせているものは何であろうか。ひとたび生きがいを失ったら、どんなふうにしてまた新しい生きがいを見いだすのだろうか。」¹³⁾ このような人間の根本的な問いに直面するのは、健康な時よりも病気になった場合、人生の逆境に立たされた時ではないかと思われる。人生には病気だけでなく、いろいろな苦悩がある。しかし、ナチスの強制収容所での体験をもつ実存分析学者 V. フランクルによれば、苦悩も人生の一部であるという。そこで、必要なのは苦悩することに意味を見出だそうとする態度であ

る。なぜならば、病気や苦悩は人間にとって避けることのできない現象として存在し、人生の一部として受け止めるべき課題だからである。病気になったから、その人の人生に価値がなくなったというのではない。医学や医療の進歩はこの病気との戦いの連続である。確かに、病人や患者はその医療の進歩にとっては貴重な研究材料であり実験材料でもあった。絶えざる実験と経験の積み重ねによって新しい医薬が開発され、患者はまたその恩恵に浴してきたのである。しかし、不治の患者はその開発のための単なる利用価値や実験資源として人間性を否定されてはならないことは、「ニュルンベク綱領」や世界医師会の倫理綱領が示している通りである。フランクは自分の体験を踏まえて、次のことを力説している。

「医者という者は、任せられた患者、自分の命を託した患者の生死を決定する裁判官では絶対にはないのです。ですから、医者である限り、彼は不治といわれていても、あるいは実際に不治である患者に生きる価値があるとかないとかについて判断を下す権利はないのです。病気でも、不治の病気でも、それどころか不治の精神病であっても、ひとりの人間の生命を『生きる価値のない生命』と見なして、その生きる権利を剝奪する権利は誰にもないことははっきりしました。」¹⁴⁾

このようなフランクの言葉からも明らかなように、人生の苦悩の問題は医師や看護婦などの医療従事者だけではなく、宗教者の協力を得なければ解決を見出だすことはできない。人間の生死をめぐる苦悩は信仰・宗教の次元の問題でもあるから、その次元からの倫理観が求められる。中世のキリスト教社会で医師と弁護士と聖職者という三つの職業は「profession」と呼ばれていたように、彼らはそれぞれ分野で神の前で宣誓する心で、自分たちが携わる人間のいのちの救済を委ねられた人々であった。人間の苦しみから解放するという職務は、原因を解明できない心身の病気で悩む人を「憐れむ心」を倫理の規範にする必要がある。その心は他者を哀れに思うことだけのものではない。科学的な分析だけでなく、人間の真の幸福と健康の意味、また救済を視野にいれながら、神から委託され奉仕すべき

人間のいのちに対する畏敬の念こそが求められる。旧約聖書に繰り返されるように、「神を畏れることが知恵の初めである」という信仰の知恵なくしては、人間のいのちと死に対する神の憐れみを祈ることはできない。ここに病む人間を扱う医学と宗教との連携が必要であることが理解されよう。

人間の癒しの技に従事する人は、病人や患者の身体のいのちだけでなく、その背後にある「その人の人生」やそれを支えている信仰・宗教の次元にも心の目と耳を向ける必要がある。宗教は人間のいのちの有限性だけでなく、その永遠性の視点から「人間のいのちと死」の問題を見ている。とくに、「ターミナルケア」の場合には、この有限性と永遠性との接点にある生と死の視界が開かれてくる。「ターミナルケア」とは「駅の掃除をすること」ではなく、人生の最終駅にさしかかった人に対して、人生の最期と永遠の生命への旅立ちの準備をする看護の場であると理解することができる。現代のホスピス医療はその具体的な場であるが、キリスト教医療施設では何らかの仕方でそのような配慮がなされるのが望ましいと思われる。カトリック教会の「病油の秘跡」は信者にとっては大切なターミナルケアの役割を果たしていた。人生の最期に罪のゆるしの恵みをいただき、真のいのちの糧であるキリストの聖体を拝領して永遠の生命への旅立ちを準備していた。この秘跡は家庭でも病院でも司祭の手を通して与えられるものであるから、まさにそれはパストラルケアの一つの具体例である。このような精神からホスピスやその他の末期患者の医療が進められることを希望する。キリスト教では日常生活においても、いつも「善き臨終」を願う習慣がある。その卑近な例として、信者は毎日幾度も「天使祝詞」のなかで「今も臨終の時も祈りたまえ」と聖母マリアの取り次ぎを願っている。

したがって、深い信仰心からのケアは身体の看護だけでなく、魂のケアにまで及ぶ。その信仰心をもって末期医療に従事している日野原重明によれば、ケアは罪ある者、病に打ちひしがれた者がイエスに触れることにより癒されたという奇跡の技を生み出す力であると確信し、悩める人や病む人に対していとおしむ心で人間性をこめて患者にタッチすることである。

「疾病への病理的または外科的働きかけではなく、患者の心を支え、患者自身の中にある治癒力を自然に引き出させるような上手な、また患者との共感的タッチを生む力がケアなのである。」¹⁵⁾ また、人間の死は生物学的な細胞死としてではなく、人間は死への旅の果てにあって、その臨終の時にこそ自分の人生を完成させることができるものとして理解されるべきである。聖書が語る「救いの時」の到来として、魂の癒しはその最期の場面で成し遂げられる時として、死期を迎えることができよう。そこには科学の対象としての人間の生命ではなく、与えられた尊厳と価値をもって生きてきた「私の人生を神に委ねる人」がいる。その人の死因は医学によって解明されうるが、その人の信仰による魂の癒しは神の手の中にあるから、われわれはその人の人生そのものを神に委ねるのである。

ところで、イエスの最期の祈りは、「父よ、わたしの霊を御手に委ねます。」(ルカ 23:46)であったし、ヨハネ福音書によれば、最後の言葉は「成し遂げられた」(19:30)であった。日本語でも死ぬことを「息を引き取る」と表現するが、聖書でも神が「命の息」を引き取られたとき、人は死ぬのである。ここでも人間の生と死は神との関わりの中にあることが確認される。人は病気になると、肉体だけでなく心も病むような生命の相互作用を体験する。人間の癒しも信仰と祈りの中で自分の生を全うすることを思い、人間の霊性 (spirituality) を大切にすることを忘れてはならない。キリスト教でいう尊厳死とはこの次元を大切に、真の善き死を願うことである。

III. 臓器移植による延命医療

臓器移植は一種の延命医療であり、同種移植では他者からの臓器の提供を前提する。移植医療は臓器の提供者とその受容者の関係だけでなく、両者の患者をめぐる家族と医療従事者という人間関係と社会のなかで営まれる。この種の医療は、患者と家族とが自分の生命の終焉をどのように受け止めるかということと関連しており、人は延命するか否かを選択することができる。しかも、臓器の種類によって治療の通常手段か特別手段かの判

断は異なってくるから、医療技術の進歩によってその手段の判断は相対的なものにならざるをえない。キリスト教倫理では臓器移植についてどのような倫理的判断をするのであろうか。日本でも脳死を前提とした臓器移植が実施されるようになった現在、日本の移植法をも見据えながら臓器移植の倫理性を再確認しておきたい。

1. 日本の臓器移植法

いろいろな機関や学会での脳死論議を経て、議員立法として成立した日本の「臓器の移植に関する法律」は1997年7月16日に公布され、10月16日から施行された¹⁶⁾。この臓器移植法の成立によって1979年に制定された「角膜・腎臓移植法」は廃止された。新しい移植法は生体からの臓器移植ではなく、死体からの移植のみを対象としている。基本理念を規定する第二条では、臓器の提供者が生前にその提供意思を任意に表明していること、その意思は尊重されるべきこと、移植術を要する者に移植の機会が公平に与えられるべきことが求められている。第四条はインフォームド・コンセントの法理を明確にし、移植実施にあたって移植を受ける者とその家族に必要な説明をして、その理解を得ることの必要性を定めている。この移植法の中心は第六条にあり、次の三つの重要なことが規定されている。

- (1) 死亡した者が生存中に臓器を提供する意思を書面により表示し、その旨の告知を受けた遺族が摘出を拒まない場合または遺族がないときは、医師はこの法律に基づき、移植術に使用される臓器を死体（脳死した者の身体を含む）から摘出できる。
- (2) 「脳死した者の身体」とは、その身体から移植術に使用される臓器を摘出される者であり、脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定されたものの身体をいう。
- (3) 脳死の判定は、臓器提供の意思表示に併せて判定に従う意思を書面で表示し、その旨の告知を受けた家族が判定を拒まないとき、また家族がいないときに限り行うことができる。

この法律により、人の死の判定は従来のいわゆる心臓死と新しい脳死との二つになる。しかし、移植法では臓器提供者のみの脳死を「人の死」と判定することになり、臓器の提供意思を表示していない患者の場合には脳死の判定はなされない。日本の移植医療はいわゆる和田移植事件以来の新しい段階を迎えたが¹⁷⁾、移植を推進したり、それを待ち望んでいる移植希望者だけでなく、われわれにも自分の生と死への真剣なまなざしが求められるようになった。非常に慎重に再開された移植医療も、臓器の提供者が少しづつ増加する傾向にあることから日本でも定着してゆくものと思われる。

2. カトリック医療倫理の見解

一般的に、キリスト教倫理においては各人の人間の尊厳とその生命を尊重しながらも、他者の生命を救うために自分の生命や臓器を犠牲にすることは愛の一つの表現として倫理的にも許容されると考えられてきた。各人の生命の尊厳は他者との関わりにおいて現実に認められるものである。臓器提供は同じ人間共同体の特定の人や不特定の人を想定して、自発的に自分の臓器を提供する行為である。その提供者は自分の身体的な生命を犠牲にして、あるいは自分の人生の最後の意思決定として、移植医療を待ち望んでいる臓器受容者の救命を願っている。このような自己犠牲的な提供行為は、キリストの自己犠牲に学ぶ隣人愛の精神やキリストの神秘体の思想（1コリ 12）からも正当化できる。生体からまた死体からの臓器移植によって、臓器受容者はその他者の臓器の助けによって延命するという恩恵を受けることになる¹⁸⁾。

その意味では、日本の移植法も提供者および受容者とも相互の意思を尊重することを明らかにしており、それは妥当なことである。しかし、臓器医療は両者の意思と善を見極めながら提供と受容によって実施されるから、それはあくまでも人間の自由な責任ある決断に基づいてなされるべきものである。基本的には、人は自他の身体を無益に傷つけてはならないし、

他者の善のためとはいえ、臓器提供も移植も決して強制されてはならない。このように、移植医療は各人の生命尊重と人間の連帯性に基づくものであるから、生体においても死体においても提供者の自由な意思決定が尊重されなければならないのである。

また、臓器移植は複数の人間関係の中で実施される医療であるが、脳死と心臓死をめぐって、いつ人間が死んだと判定するか、「人の死の時点」を決定する問題が議論されてきた。心臓死にせよ脳死にせよ、移植医療の成功のためには死んだばかりの遺体から新鮮な臓器が望ましいからである。倫理神学者 B. ヘーリンクは次のように述べている。「もし死が確証された後、移植を予定される器官が血液供給によって使用できる状態で保存されるのであれば、そのこと自体には何ら倫理上の問題はない。しかし一般にはまだ心理的問題が存在している。実のところ、この行為においてまだ葬られていない遺体に対する処置が問題になっているのである。」¹⁹⁾ 確かに、臓器移植は脳死判定ばかりでなく、無意味な延命や移植による生存率などを考慮してなされる選択医療である。

キリスト教倫理の原則によれば、移植医療の倫理的可能性は「全体性の原則」の適用によって開かれた²⁰⁾。その伝統的な見解によれば、人間の肢体である器官・臓器は自分の身体という全有機体の機能を果たして生命を維持しているが、人間の連帯性を考慮すると、献身的な隣人愛による臓器の提供によって他者の救命に寄与することができる。そのような救助は人間のすばらしい使命の遂行と受け止めることができる。ヘーリンクはその判断基準を次のように要約している。「臓器提供を受ける人に与えられる恩恵と提供者の側での損失もしくは危険との道理にかなった釣り合いである。それも、手術を行う医師も予測される臓器受容者も不利な結果になるような、明らかな不釣り合いに対して責任を負うことはできないという意味においてなのである。自由な合意は十分な情報を前提とする。それに際してどのような強制も加えてはならない。臓器を他の人に献げることは、与え手と受け手の間に深い愛情を築く。しかし、相互の絆は、贈り物が自由に

与えられ、またそうした物として感謝のうちに受け入れてこそ、はじめて健全なのである。自由な合意を示す能力のない人からの臓器移植は、問題になる提供者の将来が受領者の生存に決定的にかかっているのでなければ、倫理的に是認されえない。」²¹⁾ この判断基準から考えると、日本で実施されている移植も肯定できるし、それを逸脱しないことを願っている。

3. 脳死と臓器移植についての教会の公式見解

以上のような臓器移植理論は教皇ピオ十二世の談話などで表明されてきた指針に基づいている。ここでは脳死やそれにもなう臓器移植について、教会はどのような公式見解を示しているかを列挙しておきたい。

(1) 教皇庁科学アカデミーの見解

教皇庁の科学アカデミーは、1985年10月12日の声明において人間の死と臓器移植について次のような見解を示している²²⁾。「人は身体の肉体的な機能と精神的な機能を統合し調整するすべての機能を不可逆的に喪失した時、死ぬ。すなわち自発的な心臓機能と呼吸機能とが決定的に停止した時、また各脳機能の不可逆的な停止が確認された時、死が生じる。」これによれば、脳死をもって人の死とすることが認められており、脳機能の不可逆的な停止を確認するため、また脳波が平坦になったことを確かめるために、少なくとも六時間間隔で二度検査する必要があるとしている。また、脳死を前提としての臓器移植の可能性をも容認している。

「脳死の場合には、人工呼吸はある限られた時間、心臓機能を延長することができる。このように誘導された諸臓器の生存は、移植のために諸臓器を摘出することが予測される場合に必要とされる。このようなことは、若い人で、本来的には重傷の結果生じる全的・不可逆的な脳障害の場合にだけ可能である。外科手術の技術の面と移植に関する耐性を増進する手段の面での大きな進歩を考慮すると、当アカデミーは諸移植が医学、法学、および一般の人々の支持を得られると考えている。諸臓器の提供はあらゆる

る状況において、提供者の最終的な意思を尊重すべきであるし、あるいはもしもいば、家族の同意も尊重されなければならない。」

(2) 教皇ヨハネ・パウロ二世の談話

教皇は1990年4月30日に「腎臓病と腎臓移植国際学会」の会員に向けて、臓器移植はキリスト教倫理からも容認しうるとして、臓器不足の問題にも言及している²³⁾。腎臓治療は腎臓移植の急速な進歩によって多くの人を救命し、通常の活動ができるようになった。しかし移植用の臓器が不足しているために、移植の恩恵を受けられない状況にある。そこで、臓器不足を解消するために、人間の連帯性と他者への人間愛に基づいたドナー登録をするように勧めている。それは自然法倫理とキリスト教倫理の基本原則に適うことであるとして、次のように述べている。

「この問題（臓器不足）の解決のためには、キリストの模範に倣った愛、すなわち他者への奉仕のために大きな犠牲を払うようにと駆り立てる愛から生まれる人間の連帯性という新しい感覚が必要です。教会はつねに病人の看護に大いなる関心を示してきました。腎臓病という特別の事例に関して、教会はカトリック医療施設の責任者を招いて、科学によってもたらされる進歩と理に合わない危険性を克服する必要性を考慮しながら、臓器移植の必要性を認識するように促してきました。私たちの主イエス・キリストを信じている人は、キリストがすべての人の救いのためにご自分のいのちを与えられたことを思い、腎臓移植のために臓器を確保する緊急性が自分たちの寛大さと兄弟愛への挑戦であると認識しなければなりません。」

(3) 『カトリック教会のカテキズム』

全世界の教会のために1992年10月11日付で教皇の承認を得て発布された新しい『カトリック教会のカテキズム』は²⁴⁾、現代の医療倫理の現状を踏まえて移植医療についても取り扱っている。まず、科学技術の進歩と医療実験が病人の治療と公衆衛生に寄与することを認めて、それらが人間の

生命尊重に反しないように注意を促している。科学技術の利用価値が先行して倫理的基準が無視されないように、神の計画と人間の不可侵の権利を認めた上での技術の適用の在り方を示している（2292-2294）。人体実験と臓器移植、そして献体については次のように述べている。

a) 人体実験について

「人間に関する研究と人体実験は、それ自体として、人間の尊厳と倫理法に反する行為を合法化できない。たとえ被験者の潜在的同意があってもそのような行為を正当化できない。人体実験は被験者の生命あるいは身体的または心理的な統合性と釣り合いのとれない、あるいは不可避のリスクを加える場合、それを倫理的に合法化できない。また、人体実験が被験者が後見人によるインフォームド・コンセントなしに行われる場合、人格の尊厳を侵害することになる。」（2295）

b) 臓器移植について

「臓器移植は、提供者あるいはその正当な後見人がインフォームド・コンセントを与えられない限り、倫理的に容認できない。臓器移植が倫理法に適い、また賞賛に値するのは、臓器提供者が被る身体的・心理的危険性と受容者が求める善い結果とが釣り合っている場合である。たとえ他の人の死を遅らせるためであれ、直接に人を不具者にする切除や死に至らせる臓器の摘出は倫理的に認められない。」（2296）

c) 献体について

「死体解剖は、法的検査や科学的研究のために倫理的に認められる。死後の自由な臓器提供は、合法的であり、賞賛に値する。教会はからだの復活信仰を否定することを論証しようとしめない限り、火葬を許している。」

（2301）

これらの三つの事柄に関する見解をみると、まず被験者、臓器提供者と受容者、また献体者の自由な自発的な意思が明記されている。次にインフォームド・コンセントが倫理的な要件であること、更にこれらの医療技術の適用がその結果などを考慮して釣り合いがとれていることが求められ

ている。なお、献体との関連での火葬への言及は、1983年に公布された『新教会法典』²⁵⁾の次の条項によっている。「教会は、死者の体を埋葬する敬虔な習慣を守ることを大いに奨励する。ただし、火葬を禁止するものではない。キリスト教教理に反対する理由のために火葬を選ぶ場合はこの限りではない。」(can. 1176/3)

(4) 教皇ヨハネ・パウロ二世の回勅『いのちの福音』

教皇は1995年3月25日に回勅『いのちの福音』²⁶⁾を發布され、人間のいのちが脅かされている現状を明らかにし、教会の権威をもって人間のいのちの尊厳と不可侵性を改めて強調された。臓器移植については他者に自己を与える愛、いのちの賜物を責任をもって受け取るという行為によって「いのちの福音」を実現するという文脈で、臓器提供を英雄的な行為として評価している。

「きわめて人間味豊かで、愛に満ちた英雄的な行為が生まれるのも、このような状況においてです。このような行為は、いのちの福音の最も荘厳な祝いであるということが出来ます。それはその行為は自分を全面的に譲り渡すことを通して、いのちの福音を宣べ伝えるからです。このような行為は、愛する人のために自分のいのちを与える(ヨハ15:13参照)という、至高の愛のまばゆい現われです。その行為は、イエスがすべての人の価値を啓示した、十字架の神秘に与かるものです。そのような際立った機会のほかに、真正ないのちの文化を造り上げる大小さまざまな分かち合いの意志から成る、日常的に行われる英雄的な行為があります。そのような意志の特別に賞賛に値する事例は時に何の希望もない病人に健康を取り戻し、場合によってはいのちを永らえる機会を与えようとして、倫理的に認められる方法で実施される臓器の提供です。」(86)

このような教会の公式見解でも明らかなように、脳死や臓器移植についてはキリスト教倫理からは容認されている。けれどもそれはあくまでも移

植を希望する人々への自発的な善意による臓器提供を期待するものである。またそのような医療は無条件に追及されるものではなく、延命の通常手段または特別手段として選択できるものであることを忘れてはならない。とくに、日本人の場合には先の臓器移植法の成立過程での論議でも推測できるように、日本人の歴史や文化のなかで培われてきた遺体観や死生観の相違によって必ずしもすぐに倫理的許容性を容認できないこともありうる。つまり医療技術の可能性や倫理的可能性を認めても、なお固有の宗教的・文化的な土壌に定着しうるかどうかは別の事情であることも理解しておくべきである²⁷⁾。

IV. 人工的延命と延命中止による尊厳死の容認

現代の生命維持装置の発達によりかなりの延命が可能になったが、それは臓器移植による延命術とは別種の倫理的判断を要するものである。医師の任務が健康維持とその回復にあるとすれば、確かに延命はある意味では医療のすばらしい効果であるとも考えられるであろう。しかし高齢者社会における老人医療や不治の末期癌患者の事情、また植物状態患者の生命維持などを考えると、どこまでも死期を遅らせることが人間的であるといえるのであろうか。また人工呼吸器を装着すること、あるいは装着した延命装置を取り外すことは倫理的に許されるかを考えなければならない。キリスト教倫理では一応の倫理原則をもっているが、日本の医療界では先般の東海大学「安楽死事件」の横浜地裁判決（1995年3月28日）において治療行為中止の要件が示された²⁸⁾。その要件を検証し、それがキリスト教倫理の原則からどのように評価されるか検討しておきたい。

1. 日本における治療中止の要件

先の東海大学「安楽死事件」を審理した横浜地裁の判決よれば、末期患者の治療停止を法的に容認するためには次の三つの要件を満たしていることが求められている。

- (1) 患者が治療不可能な病気に冒され、回復の見込みもなく死が避けられない末期状態にあること。
- (2) 治療を中止する時点で、それを望む患者の意思表示が存在すること。
- (3) もはや治療が無意味であると医師が医学的に判断し、自然死を迎えさせること。

なお、このような患者の状態での治療行為の対象となる措置は、薬物投与、科学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置及び対症療法である治療措置、さらには生命維持のための治療措置などすべてが対象となる。どのような措置をいつ中止するかは、死期の切迫の程度、当該措置の中止による死期への影響の程度等を考慮して決定される。

ところで、このような要件を導き出した論拠は何であろうか。先ず、意味のない治療を打ち切って尊厳ある死、つまり自然死を望む患者の自己決定権を容認している。次に、そのような無意味な治療を続けることは医師の義務ではないとして医療義務の限界を容認している。患者の自己決定権については、死ぬ権利ではなく、死の迎え方、死に至る過程についての選択権を認めたのである。あまり早すぎる治療の中止はかえって生命を軽視する風潮をもたらす恐れがあり、その中止の判断は慎重になされべきである。患者の死期が迫っており、延命治療しか期待できなくなったとき、医師はその中止の時期を検討することになるが、その最終判断は複数の医師による反復した診断によることが望ましいとされている。したがって、末期状態つまり死の回避不可能という判断も何を中止するかという対象となる行為との関係で相対的なものになる。

また、第二の要件である治療中止を求める患者の意思表示については、それが明確であることが望ましいが、末期医療の実態からすれば、その意思の存否を確認することはむずかしいと思われる。そこで実際には「患者の推定意思」を容認することによって、医師による治療停止が検討される

ことになる。その推定意思の確認は、患者が事前に延命中止を希望するという意思表示を文書や口頭で行っていることが求められる。それについての詳述を控えるが、患者の意思表示と内容が不確かである場合には、家族の意向によってそれを推定することも許容されると考えている。その家族が患者の意思を代弁できるための条件、つまり家族の意思表示によって患者の意思を推定するに足るとする条件については、判決文では次の通りである。

「意思表示をする家族が、患者の性格、価値観、人生観などについて十分に知り、その意思を適確に推定し得る立場にあることが必要であり、さらに患者自身が意思表示する場合と同様、患者の病状、治療内容、予後などについて、十分な情報と正確な認識をもっていることが必要である。そして患者の立場に立った上で、真摯な配慮に基づいた意思表示でなければならない。」²⁹⁾

また、家族の意思表示を判断する医師側でも、できる限りでの誤判断を避けるために、家族との接触や情報交換による意思疎通をよくしておく必要がある。複数の医師による慎重な判断になるが、疑わしきは患者の生命を維持することを最優先するということが求められる。

2. カトリック医療倫理の見解

以上のような横浜地裁判決で示された治療停止の要件を検証する限り、全般的にはキリスト教医療倫理にも適合していると認められるように思われる。ただ、治療停止をいわゆる「消極的安楽死」とみるか、その概念の内容や安楽死の多様な区別を検討しなければならない³⁰⁾。ただ、カトリック教会の見解では治療停止は「延命中止」として受け止めて、その倫理判断を提示してきた。その見解が目されるようになったのは、周知のカレン・アン・クインラン嬢の事例からである。彼女が所属していた教区のケーシー司教は伝統的な「通常・特別手段」の基準を適用して延命中止の倫理判断を下している。その基準は教皇ピオ十二世の談話「蘇生術についての宗教

的・倫理的諸問題」(1957年11月24日)において表明されたものである³¹⁾。植物状態患者であったカレンの生命維持のために使用されていた人工呼吸器は、回復の見込みのない状態からして生命維持の特別手段であると判断された。それを取り外すことは致死行為にあたる安楽死ではなく、倫理的に許容される処置である。それで最高裁判所は父親を後見人として、彼女の生命維持装置を取り外すことを要求する権利を認めた。

教皇ピオ十二世による「通常手段」は、人、場所、時代、文化などの諸事情によって異なるものであり、特別の負担をかけないような医療措置である。過重の負担は「より高いより重要な善の獲得」を困難にしてしまうからである。「生命や健康、またすべての現世的な活動は実際には霊的諸目的に従属しているのである。他面からすれば、より重大な義務をおろそかにしない限り、生命と健康を保護するために必要以上のことをすることは禁じられてはいない。」この原則はヴァティカン教理省の「安楽死についての声明」(1980年5月4日)でも確認された³²⁾。そこでは生命維持のための均衡のとれた手段を使用するという一般原則として、次のように述べている。「誰でも自分自身を世話し、また世話を求める責務がある。病人の世話をする人々は精魂をこめて自分たちの業務を果たさなければならず、必要あるいは有益であると思われる治療法を使用しなければならない。けれども、あらゆる状況において可能なすべての治療法に訴えるべきであろうか。今日まで倫理神学者たちは『特別な手段』の使用までは義務づけられてはいないと答えてきた。けれども今日では、そのような答えは原則においては常に有効ではあっても、用語の不明確さのためまた療法の急速な進歩のために、あまり明瞭ではなくなったように思われる。そこである人たちは『均衡ある手段』と『不均衡な手段』について話すのを好んでいる。いずれにせよ、療法の形態、耐える困難と危険の度合い、必要な経費、この措置利用の可能性などを検討して、期待される成果、病人の容態、体力や気力などを比較考量してふさわしい手段を決めることができるであろう。」³³⁾

ここで述べられている原則を前述の日本における治療中止の要件と見比

べるならば、そこには合意できる共通点がある。「声明」がその原則の適用について次のように説明するとき、それは一層明らかになる。それを要約しておこう。

- (1) 他の療法がなければ、病人の同意を得た上で、最新の医療措置を用いることも正当である。それがまだ実験段階にあり、多少のリスクを含んでいても、それを承諾することによって、病人は人類の福祉のために寛大・高潔な模範を示しうる。
 - (2) しかし、それらの措置が期待したような成果をもたらさないとき、それを中止することも正当である。この種の決定をするとき、専門家である医師の意見を聞いて、病人とその家族の的確な望みに沿うように考慮しなければならない。その際、医療機器と人的投資が見込まれる成果と不釣り合いではなく、使用される技術が患者にもたらす恩恵よりも大きな苦痛と不快を与えないかどうか判断すべきである。
 - (3) 医学が提供できる標準的な手段で満足することはいつも正当である。したがって、すでに使用しているが、まだ危険が伴ったり、過度の重荷を課すような治療を誰も義務づけることはできない。むしろ、それは人間的条件を受け入れること、あるいは期待される諸効果と不釣り合いな医療措置を取り付けることを避けたいということ、また家族や共同体にあまりにも過度の負担をかけたくないことを意味する。
 - (4) 使用されている手段にもかかわらず、切迫している死を避けえないとき、ただほんの一時的な苦痛に満ちた延命にしかすぎない処置をやめる決定をすることは良心的にみても正当である。けれども同様な状態にある病人に施される標準的治療を中止してはならない。したがって、そのような場合、医師は危機状態にある人を助けなかったのではないかと不安がる理由はない。
- ただ、ここで「標準的治療」とは末期の病人に一般に普通に与えられる

ことになっている程度の措置であると考えられているから、先の横浜地裁判決における治療停止の対象とされている措置がそれに妥当するかは検討の余地がある。治療が不可能になった場合に、どのような看護をすべきか決断を迫られる。その時、医療従事者は延命のための無意味な努力を断念することになるが、それは自分たちに委ねられている患者を見捨ててしまうことを意味しないのである。これこそ「善い死に方」である尊厳死のため看護をどうするかという問題である。横浜地裁判決では「栄養・水分補給」までも中止するとされているが、これの判定は難しい。ヘーリンクは普通の飲食と人工栄養補給とを分けて、次のように述べている。「患者に飲食を与えることは、正にこの終末段階でのコミュニケーションの機会であり、従って特別な献身と心遣いをもってなされるべきである。患者が意識を有していても普通の方法で飲食を摂取できないなら、人工栄養補給は、患者がそれを耐え難く感じないかぎり施されなければならない。栄養補給を拒絶することは、それが人工栄養（点滴）の場合でも、もう有益でない措置の中止と同一に論じられることはできない。栄養補給の拒否はむしろコミュニケーションの断絶と言うべきである。しかし患者が最終的に無意識状態にある場合は、人工栄養補給は、もしそれがあまりにも困難となり、もはや何らの助けにもならないことが判明すれば、停止されてよい。」³⁴⁾

このように延命中止は安楽死の範疇よりも尊厳死として許容できることになる。このことは『カトリック教会のカテキズム』でも容認されている。それは前述の教理省の「安楽死についての声明」をより明確に要約したものである。

a) 過剰医療を避けること。「負担の重い、危険な、異例の期待される結果に適さない医療措置の停止は許される場合がある。『過度の延命措置』を拒否することは殺人行為ではなく、死を妨げないことを認めることである。その決定は、意思能力があれば患者本人によってなされ、それができなければ、常に患者の合理的な意思と正当な善益を尊重しながら、本人の後見人によってなされるべきである。」(2278)

b) 通常医療に限定すること。「死が差し迫っていると考えられる場合、病人に対して通常施されるべき看護を中断することは許されない。危篤の病人の苦しみを緩和するために鎮痛剤を使用することは、たとえ寿命を縮める恐れがあっても、倫理的には人間の尊厳に適う場合がある。それは死を目的としても手段としても望まず、予期される避け難いものとして認められる場合だけである。ターミナルケアは無私の愛の特別の形であり、勧められるべきである。」(2279)

キリスト教でいう尊厳死は、人間が自分の死の時を従順に受け入れ、神への信頼をもってその生命、つまり自分の人生をすべて神に帰すことである。それは一生を通して与えられた恩恵に感謝しつつ、永遠のいのちの世界、神の懐へ帰ることに他ならない。不治の病で死期が近づいているとき、無理な延命をせず、静かな死のときを迎えさせることが大切である。また、人間の生と死は社会的なものであり、人間関係の中で生きてきた人生はその関係の中で閉じられるものである。それは共に生きてきた人々との関わりの中にある出来事であり、誕生は家庭内の出来事であったとしても、死ぬときには生涯の間に会った人々との別れでもあるから、多くの人から受けた恩恵を感謝するとともに、互いの不足や欠点をゆるし合うときでもある。こうして、最終的には人は神の前にその生涯を閉じるという「善き死」を迎えさせる。このように考えるとき、人の死はその生涯の完成であるということも理解される³⁵⁾。

V. 人間の生命の人為的な終焉である安楽死

キリスト教医療倫理は「殺してはならない」というモーゼの十戒を神の意志を告げる自然道徳律として理解し³⁶⁾、自他の生命の致死行為を倫理的に絶対に許されないとしている。現在の安楽死や尊厳死の議論は前述の終末医療の文脈でなされるが、安楽死がどのような意味で理解されているか判然としない場合が多い。日本においても安楽死協会の啓蒙運動から尊厳死へのそれに変貌した関係もあり、なお安楽死と尊厳死の境界が不透明に

なったようにも思われる³⁷⁾。臨床医療においてはそれらの識別は一層厳しいものと推測される。われわれは前述の延命中止を尊厳死として理解し、ここでは東海大学「安楽死事件」によって示された安楽死の法的容認の要件を確認しながら、それをキリスト教倫理の視点からどのように評価すべきを検討するにとどめたい。

1. 東海大学「安楽死事件」判決による安楽死容認の要件

東海大学「安楽死事件」というのは、その医学部附属病院で1991年4月13日、当時の徳永助手が、多発性骨髄腫で入院していた患者（当時58歳）に家族の強い要請を受けて塩化カリウムを注射し、死亡させたことが翌月に発覚した事件である。1992年7月に当助手は殺人罪で起訴された。横浜地裁は1995年3月28日に懲役二年、執行猶予二年を言い渡したが、その判決において積極的安楽死が許される四条件が示された。それは死期の迫った患者の自己決定権の立場から死を選ぶ権利を司法の場で初めて認めたものとして重要な判決である³⁸⁾。その四要件とは、(1)患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、(2)患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、(3)生命の短縮を承諾する患者の明示の意思表示があること、(4)患者の肉体的苦痛を除去、緩和するために方法を尽くし、代替手段がないことである。

徳永医師が起訴された行為は、(1)(3)(4)の要件が満たされていないと判断され、殺人行為であると断定された。判決文によれば量刑を課す理由は、次の通りである。「医療現場で誤った行為がなされ、それが国民の医療不信につながってしまう恐れが挙げられている。医療への信頼基盤は、生命の維持が保障され、優先されるところにある。その信頼感が損なわれると、末期患者や身体障害者、精神病患者、無脳児、痴は症患者など弱者の生命が軽視されないかとの不信感を生むことになる。しかも患者の意思が尊重されないとすると、家族の都合によって患者の生命が左右される心配が出てくるからである。」³⁹⁾

この判決の(1)の要件では、安楽死の目的が肉体的苦痛からの患者の解放に限定されている。その解放の手段として、医師が患者を死なせる措置をとるのである。精神的苦痛を含めると、自殺の容認や生命を軽視する風潮を生む恐れがある。(2)の要件では、死期が迫っているから、先の解放措置は死をもたらす。その死期の切迫度は相対的であり、患者の苦痛緩和や除去が死を結果することも予想されている。(3)の要件では、生命の存続か終りかの選択は患者自身にまかされており、安楽死を容認するには患者の意思が不可欠である。その意思表示は明示的意思か推定的意思か、家族の代弁で十分か、その家族とは誰かなどの論点は残されている。(4)の要件では、代替措置がない状況で、安楽死の方法が問題になる。治療を中止する消極的安楽死は許容されており、肉体的苦痛の緩和や除去を目的とする間接的安楽死も患者の自己決定権を根拠にして容認されている。この判決での中心は積極的安楽死を認めるか否かにあり、慎重な検討と判断が求められる。代替措置がないとき、あえて生命を犠牲にするには、その選択を患者の自己決定権を論拠にして医師の措置が死と直結していてもその安楽死を容認することになる。そのために患者の明示的意思表示が求められているのである。

これらの要件に照らして徳永医師の行為を検証した結果、次のような判断がなされた。

a) 点滴等を外した治療行為の中止について。中止を求める動機である患者の苦痛と内容について、家族は正確に認識していなかった。医師も患者と家族との意思疎通も不十分であり、家族の意思表示が十分かどうか判断できる立場になかった。それで家族の意思表示をもって患者の意思を推定することはできないと判断された。

b) 塩化カリウム等を投与した行為について。患者には耐えられない肉体的苦痛は存在せず、患者の明示的な意思表示も存在しないから、間接的安楽死や積極的安楽死の要件を満たしていないと判断された。

2. カトリック医療倫理の見解

以上のような横浜地裁判決による安楽死を容認する要件をキリスト教倫理からはどのように評価すべきだろうか。カトリック教会は教理省の「安楽死についての声明」でその見解を明らかにしている。それによれば、倫理的に非難される安楽死は、他人の肉体的苦しみに対する同情を動機として、その苦しみからの解放のためになされる人為的な致死行為である。したがって、横浜地裁判決における安楽死は倫理的に容認されないことになる。それは前述した延命中止とは区別された直接的な致死行為だからである。宮川俊行師は安楽死が倫理的に容認されない理由について、伝統的なキリスト教医療倫理の立場から次のように要約している⁴⁰⁾。

a) それは神の支配権の侵害である。生命を破壊することは人間の権限に属しない。人間の生死を人為的に決定することは、生命に対する神の支配権を冒す直接的・意図的な殺害行為である。

b) それは罪のない生命の積極的な致死行為である。それは行為者の意図の善悪や事情がどうであれ、決して許されない悪い行為である不正な殺人である⁴¹⁾。

c) それは弱者の生命の抹殺行為である。医師や看護婦は末期患者の生命を守り、維持する立場にいる。もしそのような致死行為が許されるならば、人間の信頼関係は破壊され、弱者は抹殺される恐れがある。

d) それは不治の病人や患者を無意味な生存とみなす恐れがある。人間の生存の価値は生の快適さや安楽さなどによるものではない。苦しみのなかにある生存を無意味であると判断しかねない。また耐え難い苦しみという判断は不確かである。

これらの理由のうち、c)とd)は横浜地裁判決でも言及されており、a)とb)とがキリスト教倫理に固有な理由であると理解することができる。このことは『カトリック教会のカテキズム』からも確認される。「障害者、病人や瀕死者のいのちを終わらせる直接の安楽死は、動機と手段とを問わず、道徳的に容認できない。したがって、苦しみを除去するための致

死行為あるいは放任することも、その行為自体もしくは意向によって、人間の尊厳と創造主である生ける神への崇敬に反する重大な殺人行為である。善意から判断を誤っても、それが殺人行為であることに変わりはなく、つねに禁じられ、拒否される行為である。」(2277) 教皇ヨハネ・パウロ二世の『いのちの福音』でも⁴²⁾、安楽死は神の法への重大な侵犯であるとされており、カトリック教会の見解は一貫して安楽死を直接的殺害として非難している。

おわりに

どのように時代が変わり科学技術が進歩しても人間は種々の病気から解放されることはない。病気は人類の歴史とともに始まり、人間とともにある。つまり病気や障害は人間の生の本質に関わっている問題であって、人間の存在と生きる意味を深く考えさせるものである。キリスト教もあらゆる時代を通じて医療と深い関わりをもってきた。福音書に見られるイエスによる病人の治癒物語でも病気はただ身体健康回復だけでなく、人間の心からの信仰の問題でもあることが教えられている。人は健康を願うとともに、人として心身の癒しである救いを求めているのである。そのため、キリスト教病院の歴史を見ても、病院は教会や修道院の附属施設として設けられ、病人への世話はキリストへの奉仕のわざとして隣人愛の具体的な実践の場であった。

われわれは本稿において、現代の医療現場における人間の延命と死をめぐっての倫理的判断とカトリック教会の公式見解を提示してきた。そのため何がキリスト教医療の精神であるのか、どのような使命感をもって修道会は医療施設を運営しているのかを再確認する必要があった。日本でも臓器移植法の施行によりこれから移植医療も進むであろうし、高齢者社会での医療の在り方と延命、更に安楽死や尊厳死など、いわゆる終末期医療における倫理的判断も他人事のように傍観してもらえないからである。カトリック医療施設においてもそれは例外ではない。そこではキリストの

精神とそれに基づいた倫理的判断を求められ、現実と理想との狭間で最終的な決断を迫られるからである。その際に、何が本当に人間的であるのか、それぞれの人の生存と人生の意味を心から尊重する決断がなされることが望ましい。これらの人生の最期の倫理的判断や決断をどうすべきかという重い問題を考えるとき、われわれはキリスト教精神で貫かれた神谷美恵子とフランクルの体験からの生きたことばに耳を傾ける必要がある。そこにはすべての人に共通する人間の尊厳という価値が輝いて見えてくるからである。本稿をこの二人のことばをもって閉じることにしよう。

神谷美恵子は言う。「人間の存在意義は、その利用価値や有用性によるものではない。野に咲く花のように、ただ『無性に』存在しているひとも、大きな立場からみたら存在理由があるにちがいない。自分の眼に自分の存在の意味が感じられないひと、他人の眼にもみとめられないようなひとでも、自分たちと同じ生を受けた同胞なのである。もし彼らの存在意義が問題になるなら、まず自分の、そして人類全体の存在意義を問わなくてはならない。そもそも宇宙のなかで、人類の生存とはそれほど重大なものであろうか。人類を万物の中心に考え、生物のなかでの『霊長』と考えることからしてすでにこっけいな思いあがりではなからうか。現に私たちも自分の存在意義の根拠を自分の内にみいださず、『他者』のなかのみみいだしたものではなかったか。五体満足の私たちと病みおとろえた者との間に、どれだけのちがいがあるというのだろうか。(中略)大きな眼からみれば、病んでいる者、一人前でない者もまたかけがえのない存在であるにちがいない。少なくとも、そうでなければ、私たち自身の存在意義もだれが自信をもって断言できるであろうか。(中略)これら病めるひとたちの問題は人間みんなの問題なのである。であるから私たちはこのひとたちひとりひとりとともに、たえずあらたに光を求めつつけるのである。」⁴³⁾ フランクルは言う。「病気になっても、生きる意味がなくなるということはけっしてありません。それだけではありません。そればかりか、病気になっても、なにかが得られることもあります。」⁴⁴⁾ そして、医者は病人の生命に利用・有用価

値を見て物象化してはならず、人間そのものに向き直るように訴えている。心の医者である彼は人間の生きる意味を全面的に肯定し、死をも全生涯の意味に組み入れ、死によってさえ生きる意味が実現されると証言している。このような人生の価値把握こそがいつの時代の医療にも失われてはならないものであり、キリスト教医療倫理の原点でもある。

注

※ 本稿は、1993年6月25日～26日に神戸タワーサイドホテルを会場に開催された日本カトリック医療施設協会第29回全国大会での基調講演「今、カトリック病院に求められているものは？」、および1999年2月25日に社会福祉法人聖霊病院（名古屋）での医療従事者研修会での講演「カトリック医療施設における医療倫理」に基づき、終末期医療に関するものに限定し修正したものである。生殖医療や病名告知などについては別に扱う必要がある。[注]では主に日本語の文献を挙げておく。

- 1) キリスト教、とくにカトリック医療倫理については次を参照。B. Häring, *Medical Ethics*, St. Paul Publications/Slough 1972; Id., *Ethics of Manipulation. Issues in Medicine, Behavior Control and Genetics*, The Seabury Press/New York 1975; Benedict M. Ashley, Kevin D. O'Rourke, *Health Care Ethics. A Theological Analysis*, The Catholic Hospital Association/ St Louis 1978; David F. Kelly, *The Emergence of Roman Catholic Medical Ethics in North America. An Historical-Methodological-Bibliographical Study*, New York/Tronto 1979; R. A. McCormick, *Health and Medicine in the Catholic Tradition, Crossroad/ New York* 1987.
- 2) 医師のバスターナリズム（父権主義・温情主義）と患者の自己決定権など生命倫理の提唱とともに論じられてきた。例えば、臨床医療の倫理については、Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade, 『臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』（赤林朗・大井 監訳、大井幸子他訳）、新興医学出版社 1997年参照。
- 3) この臓器移植法に基づく脳死判定、臓器提供による「脳死者からの移植」という新しい医療の時代が始まった。臓器提供の意思を示した40歳代の患者が2月28日に脳死と判定され、臓器の摘出手術を行い、心臓は大阪大、肝臓は信州大、腎臓は東北大と国立長崎中央病院に運ばれ3月1日に移植された。情報公開や家族のブラ

- イバシー保護などが論議された。
- 4) 近藤裕, 『病人と患者の人間学』, 春秋社 昭和 58 年, 80-85 頁参照。
 - 5) 日本でもホスピス医療が実施されるようになったが, 本稿では詳論しない。例えば, 柏木哲夫, 『死にゆく患者と家族への援助——ホスピスケアの実践』, 医学書院 1986 年; 同, 『生と死を支える』, 朝日新聞社 1987 年; 小野治太郎, 『ケアの人間学——成熟社会がひらく地平』, ゆるみ出版 1991 年。
 - 6) 日本での適用については, 森岡恭彦, 『インフォームド・コンセント』, 日本放送出版会 1994 年; 秋山秀樹, 『日本のインフォームド・コンセント』講談社 1994 年; 星野一正, 『インフォームド・コンセント——日本に馴染む六つの提言』, 丸善 1997 年。
 - 7) 米平昌平, 『バイオエシックス』, 講談社 1985 年; 木村利人, 『いのちを考える——バイオエシックスのすすめ』, 日本評論社 1987 年; トム・ビーチャム, ジェイムス・F・チルドレス, 『生命医学倫理』(永安・立木監訳), 成文堂 1997 年など参照。日本でも生命倫理の教科書も出版されるようになった。
 - 8) 木村利人, 上掲書, 11 頁。
 - 9) 医療技術の進歩と人間操作の可能性についても多く論じられているが, 技術の価値を認めてどこまで適用できるかという倫理性が問われている。「現代の科学と学説および新しく発見される知識を, キリスト教道徳と教理に結びつけることによって, 宗教心と道徳感とが科学技術や絶えず進歩する技術と同じ歩調で進むようにしなければならない。こうすることによって信者はあらゆるものを真正にキリスト教的感覚をもって評価し解釈することができる。」(現代世界憲章 62) 教皇ヨハネ・パウロ二世の諸回勅や教理省の公文書でもこの点が強調されている。
 - 10) 医療倫理 Q&A 刊行委員会編, 『医療倫理 Q&A』, 太陽出版 1998 年; 斎藤隆雄監修, 神山有史編, 『生命倫理講義——医学・医療に何が問われているか』, 日本評論社 1998 年, またカトリック神学会での「シンポジウム『生命倫理』」, 『日本カトリック神学会誌』第 6 号 (1995 年)。91-146 頁を参照。
 - 11) クレール・アンブロセリ, 『医の倫理』(中川米造訳), 白水社 1993 年; ヒポクラテス, 『ヒポクラテスの西洋医学序説』(常石敬一訳・解説), 小学館 1996 年などをみれば, 「誓い」が医師の倫理綱領の原点であったことがわかる。
 - 12) 日野原重明, 『生きることの質』, 岩波書店 1993 年, 183 頁。
 - 13) 神谷美恵子, 『生きがいについて』, みすず書房 1966 年, 8 頁。
 - 14) V. フランクル, 『それでも人生にイエスと言う』(山田邦男訳), 春秋社 1993 年, 98-99 頁。
 - 15) 日野原重明, 『現代医療と宗教』, 岩波書店 1997 年, 98 頁。
 - 16) この法律の成立過程や内容については次を参照。中山研一・福岡誠之共編。『本音で語る脳死と移植——医と法との対話』, メディカ出版 1994 年; 中山研一, 『脳死移植立法のあり方——法案の経緯と内容』, 成文堂 1995 年; 中山研一・福岡誠之,

- 『脳死移植法ハンドブック』, 日本評論社 1998年。
- 17) 中山太郎編, 『脳死と臓器移植——日本で移植はなぜできないか』, サイマル出版会 1989年; 和田医師自身は最初の心臓移植を実施した人としてその意義を確認し弁護している。和田寿郎, 『あれから25年——『脳死』と『心臓移植』』, かんき出版 1992年。
- 18) A. Regan, “The Basic Morality of Organic Transplants between Humans,” *Studia Moralia* 3 (1965), 320-361; Id., “Man’s Administrations of his Bodily life and Members, The Principle of Totality, and Organic Transplants between Living Humans,” *Studia Moralia* 5 (1968), 179-200; 拙著, 『伝統と刷新——キリスト教倫理の根底を探る』, 南窓社 1996年, 205-235頁参照。
- 19) ベルンハルト・ヘーリンク, 『生命・医・死の倫理』(田淵文男訳), 中央出版社 1990年, 187-188頁。
- 20) 「全体性の原則」はすでにトマス・アクィナスの身体の切除理論(S. Th. 2-2, Q. 65)で説かれているが, 教皇ピオ十二世が「人体実験の正当化」をその原則によって容認されて以来, 臓器移植に適用される。「患者に関していえば, 彼は自分自身つまり自分の身体と魂の絶対的な支配者ではないから, 自分の意のままに自己処分することはできない。(中略)患者はその本性上主張される内在的目的論に束縛されている。彼は自然本性的な目的性によって限定されているが, 人間本性の諸機能と力の使用権を持っている。彼は使用者ではあっても所有者ではないから, 自分の身体やその機能を破壊したり切除したりする無制限の力をもってはいない。それにもかかわらず, 全体性の原則によって, すなわち全体としての有機体に役立つ限りでの使用権のゆえに, 患者は全体としての自分の存在の善に必要なとき, またその限りで自分の個々の肢体を破壊したり, 切除することは許容される。彼は自分の実存を確実にするために, また不可避の, あるいは修復不可能な永続的な重い傷害を避けるために, またそれを修復するためにもそのようにするのであろう。」(AAS44, 1952, 782)
- 21) ヘーリンク, 上掲書, 191頁。
- 22) 拙著, 上掲書, 208-209頁参照。
- 23) *Osservatore Romano* (英語版 1990. 5. 7)。
- 24) *Catechismo Della Chiesa Cattolica*, Libreria Editrice Vaticana, Citta del Vaticano, 1992。
- 25) 日本カトリック司教協議会教会行政法制委員会訳, 『カトリック新教会法典』, 有斐閣 1992年。
- 26) 教皇ヨハネ・パウロ二世, 『いのちの福音 (Evangelium vitae)』(裏辻洋二訳) カトリック中央協議会 1996年。拙論, 「『いのちの福音』と倫理的課題」, 『日本カトリック医師会々誌』第35号(1997年)9-15頁。
- 27) 波平恵美子, 『脳死・臓器移植・がん告知——死と医療の人類学』, 福武書店 1988

- 年；同、『病と死の文化——現代医療の人類学』、朝日新聞社 1990年、11-60頁；萩原真、『日本人はなぜ脳死・臓器移植を拒むのか』、新曜社 1992年；須藤正親、池田良彦、高月義照、『日本ではなぜ臓器移植がむずかしいか』、東海大学出版会 1999年、とくに135-213頁参照。
- 28) この裁判については、入江良正、『死への罪——東海大安楽死殺人』、新潮社 1996年および三輪和雄、『安楽死裁判』、潮出版社 1998年。本稿では入江に従う。
- 29) 入江良正、上掲書、365頁。
- 30) 安楽死概念の区分については、阿南成一、『安楽死』、弘文堂 1977年；宮川俊行、『安楽死の論理と倫理』、東京大学出版会 1979年参照。
- 31) 拙著、上掲書、249-252頁参照。
- 32) 宮川俊行、『安楽死について——「バチカン声明」はこう考える』、中央出版社 1983年。
- 33) 「バチカン声明」第四章。なお、拙著、上掲書、268-271頁参照。
- 34) ヘーリンク、上掲書、213-214頁。
- 35) 宮川俊行、「生死についての自己決定権——カトリック医療倫理的考察」、『英知大学キリスト教文化研究所・紀要』第九巻第一号（平成6年）、1-18頁。なお死のキリスト教的な意味について現代医療の観点からも考察する必要がある。「死は人間の完成である」という山本周五郎の『虚空遍歴（下）』（新潮文庫 347-349頁）のことはどのように高度医療のなかで実現するか。この問いをもって立川昭二は『日本人の死生観』を閉じているが、同感するところがある。
- 36) 拙著、上掲書、192頁。
- 37) 坂井昭宏編著、『安楽死か尊厳死か』、北海道大学図書刊行会 1996年；星野一正、『わたしの生命はだれのもの——尊厳死と安楽死と慈悲殺と』、大蔵省印刷局 平成8年。日本安楽死協会の最新のものとして、同協会監修『自分らしい終末——尊厳死』、法研 1998年。また柳田邦夫の臓器移植・尊厳死などの考え方も興味深いものがある。
- 38) 入江、上掲書、360-374頁参照。
- 39) 同書、371-372頁。
- 40) 宮川俊行、『安楽死と宗教——カトリック倫理の現状』、春秋社 昭和58年。この書では教会の多くの公式文書資料や文献をもとに、キリスト教の生命観、延命および延命中止、安楽死を論じているが、師は他にも多くの関連論文を発表している。
- 41) 「行為者の意図や事情がどうであれ、決して許されない悪い行為」(actus intrinsece malus) についての現代カトリック倫理神学の議論については、J. Fuchs, “An Ongoing Discussion in Christian Ethics: ‘Intrinsically Evil Acts?’,” in: Christian Ethics in a Secular Arena, Georgetown University Press/Washington, Gill and Macmillan Dublin, 1984, 71-90; Todd A. Salzman, Deontology and Teleology, Leuven University Press/Leuven 1995; この議論は倫理性の源泉という人間的行

為の倫理判断（善悪）に関するものであり，そのトマスの倫理学との関係については，宮川俊行，「トマス・アキナスにおける『それ自体として逸脱した行為』」，上知大学中世思想研究所編，『トマス・アキナスの倫理思想』，創文社 1999年，289-306頁。

42) 回勅，上掲書，130-137頁参照。

43) 神谷美恵子，上掲書，195頁。

44) フランクル，上掲書，110頁。

Medical Ethics in Catholic Medical Institutions

—— Christian Ethics and the Prolonging of Life and Terminal Medical Care

Yoshitaka HAMAGUCHI

How can we make a moral judgement on the Prolonging of life and Terminal Care in the contemporary medical situations? To indicate a solution of this question, we have to recognize some moral guidelines in traditional Catholic Medical Ethics.

First, Catholic medical institutions ought to give sensitive care to the whole person, spiritual care as well as care for physical and psycho-social needs. The Church's mission is to reveal and mediate the healing redemptive love of Jesus Christ in the world where she has been sent. Catholic hospitals, especially, have this mission in health care ministry to their patients. In Bioethics, medical Ethics must acknowledge the rights of the patient, policies on giving full informations, etc.

Second, we deal with the morality of organ transplantation. At last, the first organ transplantations of major organs (heart, liver, kidney), that were taken from brain-dead person according to the Japanese "Organ transplantation Act" have taken place. Christian Ethics admits the moral possibility of it's transplantation with the consent of the patients.

Third, we examine judgement on the euthanasia-case in Tokai-University Hospital. The Court at Yokohama offered conditions for the prolongation of life and the legality of positive euthanasia. According to the principle of ordinary means and extra-ordinary means,

Christian ethics admits the cessation of medical treatment for prolonging of life, but does not accept positive euthanasia. This is clear from explicit statements in recent Church documents.