

生命をめぐる倫理原則

浜 口 吉 隆

はじめに

現代の先端医療技術の発達による人間の生命をめぐる医療は、1970年代から学際的な新しい学問領域として登場した「生命倫理(学)」(Bioethics)の重要な部分として新たに注目を浴びている。生命倫理は広範な学問であるが、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事実である。つまり、それはカトリック教会の倫理神学で取り扱われてきた生命観とそれに基づく「生命と医の倫理」と関連して論じられている。しかし、いまでは医療技術の発達とともに「ヘルス・ケアの倫理」(Health Care Ethics)または「生命医療倫理」(Biomedical Ethics)などによる全人的医療を重視する傾向が生まれてきた¹⁾。そのような意識の変化に伴って、医師の職業倫理としての医療倫理に対する反省がなされ、患者の生命をめぐる人間の尊厳と人間性の回復を中心とする倫理が求められるようになった。それは患者のみならず、家族や近親者による主体的な選択と責任を重視するものであり、今日では医師と看護婦などの医療従事者との関係における患者の自己決定権やインフォームド・コンセントを理念とする倫理として認識されているものである。

このような新しい認識の下で、人間の生命に直接に触れる医療現場において具体的な決断を迫られたとき、どのような判断基準に基づいて患者の病氣治療を行うべきか、またそれを中止すべきかがすべての関係者に問わ

れている。その具体的な問題に対する解答は決して安易になされるべきものではないし、また容易なものでもない。そのような厳しい状況において一定の選択的決断をするとき、伝統的なキリスト教倫理ではいくつかの原則に基づいて諸価値の衝突状況を慎重に考慮して、倫理的な判断を行ってきたのである。しかし、現代の生命倫理の進展とともに、具体的な諸問題の解決を見出すためには生命の尊厳だけではなく「生命の質」に基づく判断が求められている。こうした事情から伝統的な原則にも限界があることが指摘され、キリスト教倫理の立場からも原則の適用について論じられてきた。それでもなお、現代の広範な生命倫理の問題を解決するためには、それらはもはや役立たない原則であると批判するだけでなく、むしろ新しい倫理原則を造ろうとする倫理学者も現れてきた。

このような現状を踏まえて、われわれは本稿においてはキリスト教の伝統的な生命問題を解決するための倫理原則を紹介し、その見直しのいくつかの視点を提示しておきたい。最終的な判断が迫られる医療現場においては決して一つの倫理原則だけでは不十分であり、総合的な判断をしなければならない。なお、われわれは本稿においてそれぞれの原則についての詳しい批判や評価また議論を展開するつもりはない。むしろ、伝統的な原則の基本的な考え方を整理することによって、何を見直すべきか、キリスト教倫理に対する挑戦に対してどのように対処すべきかを見極めるべきであろう。そこで、まず、倫理原則の根底にある人間の生命の価値の根拠を探ることから始め、二重結果の原則、通常・特別手段の原則、そして全体性の原則という順序で、それぞれの原則の現在の解釈を紹介しておきたい。

I. 生命の価値と倫理原則

1) 人間の生と死の尊厳

人間の生命に対する責任の倫理を考えると、先ず私たちが心掛けることは各人の生命を大切に維持するとともに、人間らしい死を迎えさせるよ

うに努めることである。現代の生命倫理で改めて論じられるのは、人間の生と死の尊厳についてである。人間の生命をめぐる倫理原則は、どのようにすれば人間の生と死の尊厳に反しないように行為することができるかという原則を提示することになる。しかし、個別の原則を紹介するまえに、なぜ人間の生命は尊いものであるのか、またどのようにすれば死の尊厳を守ることになるのかを考えなければならない。この問題はすでに伝統的な医療倫理においては一つの前提でもあったが、現代の生命倫理の文脈において新たに「生命の神聖性（尊厳）」か「生命の質」という選択的な医療の在り方との関係で、それが注目されるようになった²⁾。

a) 生命の神聖性

キリスト教の人間観からすれば、人間の生命は他の生命とは異なる価値として評価され、その尊厳が尊重されるべきである。しかし、「人間の生命の尊重」(respect for human life) や「人間の尊厳」(human dignity) が問題になるとき、その根底または背後に「人間の生命の神聖性」(sanctity of human life) の承認の可否が論じられている。これらの問題はとくに死と死にゆく過程に関する倫理的判断、また人間の生命のはじまりや障害をもつ胎児の処置をめぐる倫理的選択や公共政策を正当化するために論じられている。その議論の際、同じ言葉を用いながら、何をなすべきか、何をやめるべきかについては、語義のあいまいな異なる理解の下に全く違った結論が導き出されることもありうる。言葉はそれぞれの文脈とその歴史をもっているものだからである。ここでは「生命の神聖性」のキリスト教的な意味づけを確認しておきたい³⁾。

聖書およびキリスト教の理解によれば、先ず生命の神聖性の源は神であり、神との関わりにおいて人間が「神の似姿」に造られたという信仰に根差している。ラテン語の語源による「神聖性」(sanctitas) は神との関係において「聖別されたもの」の意味をもっており、それは不可侵のものである。こうして、人間の生命の神聖性と不可侵性とが緊密に結ばれることに

なる。また、人間の生命はキリストの血によって贖われるという意味でも聖別されるものである。このような人間の生命だけの特別の尊厳と神聖性は、各人の生命に対する人間の責任を自覚させることになる。したがって、各人の生命に対して何がなされなければならないかについての要求が倫理原則によって示されるのである。どのようにすれば人間の尊厳という価値に相応しい生と死の取り扱いをすることになるのか⁴⁾。

b) 生命の質

確かに、人間の生命やその人格の尊厳を「生命の神聖性」から考えるとしても、現実の医療現場においては、人間の尊厳とはかけ離れたような事態が見られる。そこで、人間の「生命の質」が問題となり、「生きる権利」や「死ぬ権利」という要請がなされている。つまり、人間の生き方や死に方は人間の尊厳という視点から理解されるべきであるが、実際には具体的な死にゆく末期患者や生まれてくる胎児についても「生命の質」が問われるようになった⁵⁾。

ここで「生命の質」と訳される“quality of life”の“life”は「生活・生命・人生」などを意味しうるから、日本語ではあいまいである。(なお、この用語は第二次世界大戦後に国民の生活から奪われたゆとりと快適さを取り戻そうとして、いのちの長さよりも質と深さを求めて使用されたものである。)しかし医療や生命倫理の文脈では「生命の質」が適切であると考える。「生活の質」とすれば、例えば患者の生命がどういう容態であるかとは別に、どのようにすれば生活をより豊かにしうるかという問題になる。確かに、人間の生命の状態と生活の質とは無関係ではないが、人間の生命の価値や尊厳は「生活の質」から出るものでない。

それでは、なぜいま「生命の質」が注目されるのか。その背景には最新医療技術とそれを用いて治療を受ける患者の生命との関係の在り方の問題がある。例えば、人工的生命維持装置や蘇生術による治療、あるいは死にゆく患者や末期患者の治療は、これまで以上に人間の身体的生命の維持だ

けでなく、維持される「生命の質」の問題を提起している。生物学的生命を維持することが、人間の生命の意味や神聖性に反すると思われるから、積極的にいつまで生かし続けるか死なせるか (allowing to die)、生と死の界をめぐる判断が求められている。

c) 生命の尊厳と生命の質の関係

西欧のキリスト教倫理を背景とする「生命の尊厳」と現代の生命医療倫理の文脈で提起されている「生命の質」との関係をどのように考えるべきか。「生命の質」への接近は「生命の神聖性や尊厳」を遠ざけ、それに反することを求めているのか⁶⁾。ここでは、その問題の全体的議論をしないで、ただ四つの考え方を紹介しておくことにしよう。

- ① 動物も自覚のある合理的な存在として認め、人間だけに「尊厳」を認めることに疑問をもつ立場(ピーター・シンガー)。この立場からは、人種だけでなく動物の尊厳や権利を法的にも保護する必要性が生じる。これは現代の生態系を守ろうとする動物愛護主義者の主張や環境倫理の領域へと広がっていく⁷⁾。
- ② 生命の尊厳と生命の質とを対立させるのではなく、相互に補い合う基準であると考える立場(エドワード・W・カイザーリンク)。生命の尊厳と質とは両立可能であり、生命の尊厳を尊重することは生命の質に留意することを含んでいるのである。人間の生命は尊重され保護されるものであるが、生命の質の立場からは生命はどのようににはじまり、存続し、終わりに至るのかを医療技術との関係で考えるべきである。医療の知識や技術はどのように使用するかによって、人間の生命に益にもなり害にもなる。したがって、技術と関連して「生命の質」の問題が論られるのである⁸⁾。
- ③ 生命の質を重視する倫理は人間の尊厳を否定するまでの「自由」を主張する危険性があるとする立場(ホセ・ヨンパルト)。人間の尊厳は自由意思を前提とするが、その尊厳は道徳律に服従するものとしての

自由を含んでいる。すなわち、人間の尊厳は自由意思プラス道徳律の価値であるから、道徳律と無関係の自由として理解するのは誤りである。したがって、「生の質」という新しい倫理観は別の意味内容をもっている。「人間の尊厳からみた人命尊重の思想は、すべての人間がその尊厳において平等であることを大前提としているのに対して、生の質の倫理は、すべての人間の生命は同じ価値をもってはいないという『価値観』に立脚するからである。そして、それぞれの人間の生命の価値は、功利主義の観点から評価されるべきであると言われるので、この点においてもこのアプローチは人間の尊厳の思想とは根本的に異なるものといえる。」⁹⁾

- ④ 人間の尊厳を前提として生命の質の意味内容を考えるとき、人間の生命の「関係の質」をも問う立場 (R. A. マコーミック)。人が人として有する個人性 (individuality) と社会性 (sociality) とのバランスをとり、人間の生命に固有な自由の価値と限界を認めて、もっと「生命の質」を考慮した生命維持に必要な医療手段を判断すべきである。患者は孤立した存在としてではなく、家族や友人、また精神的には神との関係をもっており、依存と信頼という医者との関係のなかに置かれている。それらの「関係の質」も大切である。「人間としての生命」の意味を実感させるのは神への愛と隣人への愛という人間の諸関係であるから、患者がそれらの関係を脅かされたり不可能な状況にある場合、その「生命の質」を考えなければならない。人間の生命は他の諸価値の条件または基礎として重要な価値であっても、あくまでも相対的な価値であり、絶対的な価値ではないから、人間の尊厳の立場からも延命至上主義をとるわけではない¹⁰⁾。

2) 価値の衝突状況における倫理原則

a) より普遍的な原則

人間の生命をめぐる倫理判断をするとき、諸価値の衝突状況にあって相

対立する価値の選択を迫られる。そのとき、一つの義務が他の義務と対立しているように思われ、どのような選択をすべきか戸惑わざるを得ない。そのような状況で私たちが具体的な判断と行動をするとき、何らかの規則や原則があれば、それらに従うであろう。それだけではなく、それらの規則や原則はどのような価値観や生命観に依存しているかをも見極めなければならない。私たちの倫理的判断は単なる個人的なものとして正当化されるよりも、より普遍的な判断であるためには、一定の規則や原理または倫理観によって正当化されることが必要である。人間の生や死に関わる倫理判断も、医療現場の具体的状況における規則や原理を適用してなされるはずである。例えば、非治療的な研究に子供を利用することが倫理的に許されるか否かを判断するとき、マコーミックは次のような一般的規則に従っている¹¹⁾。次の条件が満たされれば、その研究は正当化される。①研究に含まれる危険が最小限度か、あるいは無視しうる程度のものであること。②代理人の承諾があること。③研究方法が科学的に正当かつ適切であること。これらの条件が正当化される根拠には、医療実験によってもたらされる社会の共通善のためには、その研究が子供に与える負担はやむを得ないものとして許容されるという倫理観がある。

今日の生命倫理や医療倫理ではそのような倫理判断をただ医者という専門家集団にまかせておくのではなく、患者を中心として誰でもが一定の判断ができるように備えていることが重要である。というのも、医療関係者の「義務」よりも、医療を受ける側の「権利」に焦点が合わせられるようになってきた事情がある。もはや、「ヒポクラテスの誓い」のような医者の綱領ではなく、どのような医療を受けるべきか、それをどのような基準に従って判断すべきかを私たちが日常的に考えておくことが求められる。そのような基準や指針は広く誰にでも通用し、受け入れられるより普遍的なものであることが妥当である。すなわち、倫理的判断は個人的判断を越えて、人と人との間で成立する普遍的な可能性を求めるものである。しかし、価値の多様化した社会にあって、そのような規則や原理を提示するのは容

易なことではない。ここでは、人間の生命をめぐる伝統的な倫理原則を紹介し、それらの再解釈の現状を示すにとどめざるを得ない。

b) 「殺すな」という禁令の解釈

モーセの十戒の「殺すな」という禁令は、すべての個人的な恣意の報復による殺害から人間の生命を防衛することを求めている。それは敵の殺害や不法者に対する公権による死刑執行を禁じるものではなく、同民族間の報復に反対する禁令であり、共同体に反する殺害を禁じるものである。このような不正な殺害 (murder) は正当化されず、「殺すこと」(killing) を絶対的に禁止するものではないとされる¹²⁾。

ヘブライ人たちの歴史的背景からみても、自己防衛や戦争、死刑は容認されていたのである。キリスト教倫理でもそのような考え方を受け継ぎながら、とくに「不正な殺害」を大きな罪悪として断罪する。すなわち、その解釈によれば、人間の人格性に基づく尊厳のゆえに、その尊厳を踏みこじる「不正の殺害」は決して倫理的に許されない。「不正な致死行為」とは、人間の生命の尊厳のゆえに要求される価値を否定するような、不当な恣意的な生命の処理である。より厳密には、「罪のない者の生命」を消滅させることを直接に意図して殺すことである。それでは、なぜ不正な殺害は許されないのか。次の二つの理由を挙げることができる。

- ① 生存の権利は人間の本性に基づく最も基本的な不可侵の権利である。このような人権の侵害は反社会的な行為であり、重大な犯罪である。なぜならば、人間の生命は各人にとって他の諸価値の前提であり、条件であるからである。
- ② 人間の生命の究極の原因は神の愛である。神の愛ゆえに、存在と生命が与えられている人を不正に殺すことは、神への反逆行為である。

2. 二重結果の原則とその再解釈

1) 二重結果の原則とその適用

a) 二重結果の原則

「二重結果の原則」(principle of double effect) はカトリック教会の倫理神学においては、すでにトマス・アクィナスあるいはそれ以前から援用されてきた原則である。それは、「罪のない者の生命」を死なせるような有害な結果をもたらす行為が倫理的に許容されない殺害にあたらない、ということを示明するものである。つまり、意図的な直接的殺害は倫理的に許容されないが、間接的殺害は或る条件の下では許容されることになる¹³⁾。トム・L・ビーチャムとジェイムス・F・チルドレスによれば、「この原理は、行為者が直接的に目的として引き起こすことは許されない悪い結果を、間接的に引き起こすことを容認するのである。結果が間接的だということは、それが目的にたいする手段としても、あるいは、それ自体目的としても、意図されていない、ということの意味するのである。」¹⁴⁾

伝統的な自然法に基づく倫理の基本的な考え方によると、人間の自然道徳律は「善をなせ、悪を避けよ」である。しかし、人間の生きている現実をみれば、善と悪とが複雑に絡み合っており、諸価値の衝突状況のなかで何を善とし、何を悪とするか判明しない場合が多い。生命に「害を加えてはならない」(primum non nocere)という無危害の原則を大前提としても、一つの行為から二つの結果が予見されるとき、どのようにすれば正当な治療を施すことができるかは判断がむずかしい。或る善を目指している行為から、副産物として別の悪が引き起こされることがある。また或る悪を避けようとするとき、或る善を犠牲にしなければならない。あるいは或る善を目指しているのに、その実現のための手段として或る悪を行わなければならない。このように、或る善を目指してなされる一つの行為から、その行為の目指す結果とは別の悪い結果が直接的にか間接的に生じることが予測される場合に、どのような条件に基づいて判断し、行為すべきだろうか。

そこで、「二重結果の原則」の四つの条件が考えられたのである。それらの条件を同時に満たすならば、副次的な結果である悪も倫理的にはやむを得ないものとして容認されるから、そのような行為に踏み切ることも倫理的には許容されることになる。

- ① その行為自体が本質的に（倫理的に）善いものであるか、少なくとも価値として中立（無記 indifferent）でなければならない。
- ② 行為者は善い結果のみを意図し、悪い結果を本心から意図してはならない。悪い結果は予見され、許容されるかも知れないが、意図的に求めてはならない。
- ③ 悪い結果は、善い結果をもたらすための手段であってはならない。すなわち善い結果は、悪い結果を通じてではなく、直接にその行為によって達成されなければならない。
- ④ 善い結果は、容認される悪よりもまさっていなければならない。つまり、悪い結果を黙許しうるだけの相応の重大な理由がなければならない。言い換えれば、その行為がもたらす善い結果と悪い結果との間に、相応の釣り合い（均衡）が存在しなければならない。

これらの条件のうち、②は行為者の意向が正しいことを求めて「心理的直接性」を排除し、③は行為の手段の「物理的直接性」を排除している。したがって、②と③の条件を満たしていれば、行為は悪い結果（副次的結果）とは間接的な関わりであると判断され、その行為は死の直接的な原因ではないことになる。つまり、致死という結果は付随的なものであって、意図されたものではないから、そのような行為は倫理的に容認されることになる。

b) 原則の適用

カトリック教会は伝統的に「二重結果の原則」を主に二つの事例に適用して、或る行為の倫理的許容性を擁護してきた。一つは人間の生命の受胎時に関するものであり、もう一つは患者の生命の終りに関するものである。

そのような事例では、義務や価値が衝突しており、すべてを同時に実現することは不可能である。

《人間の生命の受胎》

女性が子宮癌に罹っているか子宮外妊娠をしていて、母親の救命のために手術するとき、胎児の生命を犠牲にしなければならない場合である。「二重結果の原則」を適用する前提として、罪のない人間を殺すことの禁止、および人間の生命は受胎時に始まるから中絶は殺人と同等であるという倫理的判断がある。医者による手術の結果として胎児が死亡するとしても、先の四つの条件を満たせば、胎児の死は倫理的に正当な医療処置による間接的かつ意図しない結果とみなされて、倫理的に許容されることになる。つまり、癌に罹っている子宮を摘出する処置は、善い結果（母親の救命）と悪い結果（胎児の死）とをもたらずが、そのような産科的手術は容認できる。医者は悪い結果ではなく、善い結果のみを意図しており、母親の救命という目的のための手段として胎児の死を意図してはいないからである。ただ、胎児の死は意図しないとしても予見しうる結果であるが、それが目的でもないし、目的のための手段でもない。ここで母親の生命を救うことは、胎児の死を黙許するための理由になっており、善い結果の方が悪い結果よりも重要であるとの判断がなされている。

《患者の生命の終り》

末期の癌患者が耐え難い苦痛にさいなまされているとき、鎮痛のためにモルヒネなどを投与しなければならず、その投与によって生命が短縮され、死期を早めることになるような場合である。末期患者のケアにおいては、行為者は殺してはならないという無危害の原則と苦痛を緩和するという恩恵 (beneficence) の原則という衝突状況におかれる。「二重結果の原則」をその事例に適用すれば、医者が生命短縮や死期を早めるということを意図せず、苦痛の緩和のみを意図すれば、そのような投薬は正当化されること

になる。すなわち、死にゆく人に対して、たとえ苦痛の緩和のために鎮痛剤を投与して患者の理性を混濁させたり、生命を短縮することになっても、そのような処置は必要であると判断される。そのような処置は死を意図していないから、安楽死と同一視することはできない。

2) 二重結果の原則の再解釈

a) 意図的な行為と「直接—間接」の関係

二重結果の原則の着眼点は、意図的な行為と行為の意図的な結果にあり、「直接的で意図的な悪い結果」を避けようとするところにある。「意図的な行為」とは、少なくとも行為を遂行するための行為者の計画が必要である。つまりその行為が「行為者の意向」と結びれていなければならない。意図された行為から望ましくない結果が生じる場合、その結果が果たして意図したものであるかという心理的直接性を証明したり、医療処置の物理的直接性を検証することは、実際には困難である。たとえ予見しうる結果であっても、行為者（医者）がそれを望み、本当に欲したものであるという「意図的な行為」か否かの判別は実際にはむずかしい。

また、直接的に善い結果を望むことと、間接的に悪い結果を望むこととの区別も容易ではない。実際に、産科手術によって胎児の死を意図的に引き起こすことと、癌にかかった子宮を除去し、それが胎児の死を引き起こすことになる場合、直接と間接とをどのように区別できるのか。医者は母親の同意を得て、たとえ胎児が死亡することになるとしても、それを承知のうえで、手術という一連の行為によって妊婦の命を救うことを意図しているのである。その場合、誰も悪い結果を望んでいないし、できればそれを避けたいと望んでいるはずである。胎児の生命を失うことも黙許せざるを得ないとして、その限りで悪い結果を望んでいることになるが、それを「間接的」と呼ぶことが妥当であろうか。胎児の死という副次的な結果は意図されたものではなく、望まざる結果である。

b) 「小悪選択の原則」または「釣り合いの原則」

このように、「二重結果の原則」はその条件の②と③における意図や直接と間接の解釈をめぐる議論が続いてきた。そこで、或る行為についての「二重結果の原則」による倫理的判断は、結局④の条件で言い尽くされているのではないかという理解がなされるようになった。つまり、意図の問題や直接的・間接的な致死行為を含む行為を倫理的に判断するためには、「致死をも黙許しうるだけの相応の重大な理由」があれば十分であるという理解である。

その理解のために用いられる新しい概念は、「自然悪」(physical evil)と「倫理悪」(moral evil)である。「自然悪」は人間の自由意志とは関わりなく生起する悪であり、ここでは病気や死などを意味する。自然悪を自由意志をもって意図的に引き起こすという原因関与によって「倫理悪」が生じるのである。人間にとって死は避けることのできない自然悪であるが、それもやむを得ないものとして容認するに足るだけの「生命の尊厳に相応しい重大な理由」があれば、そのような悪をもたらす行為も倫理的には非難されない。このような判断は、人間の極限状況や諸価値の衝突状況において、相対的に「小さい方の悪」を選択するか、すべての条件をできる限り総合的に比較考量して「釣り合いのある価値判断」をすところから、「小悪選択の原則」とか「釣り合いの原則」とか呼ばれる¹⁵⁾。

私たちの人間的な行為はいろいろな仕方です「自然悪」か「自然善」と関わっているから、行為の倫理的な評価は行為の主体がどのように善と悪に関わっているかを判定するのである。したがって、その行為の倫理的善悪の判断をするとき、基本的には行為者の目的や意向、結果、状況(環境)などをできるだけ総合的に考慮しなければならない。たとえ死という自然悪を目的や手段として意図しないまでも、何らかの行為の結果として生じることが予見されるとしても、そのような結果を含む行為に踏み切らざるを得ないこともありうる。そのような状況での人間的な行為の倫理的判断は、その行為を全体的また総合的に考察して、死やその他の重大な悪をも

黙許しうるだけの相応の理由があるかどうかによってなされるのである。できるだけ「小さい悪」や「釣り合いのある価値」を選択することになる。そのような理由の存否によって、倫理的な善悪や正と不正が決まることになる。

3. 生命維持の「通常手段」と「特別手段」の原則

1) 原則の起源と意味

人間の生命は基本的な善として尊重されることが求められるが、その生命維持の義務と限界を具体的にどのように考えるべきか。その判断の一つの基準として、中世から近代にかけて発案されたのが、医療の「通常手段」(ordinary means)と「特別手段」(extraordinary means)の原則である。私たちには自分と他者の生命や心身の健康を維持または保持するために必要な種々の手段を講じる責任と義務がある。しかし、その責任と義務は絶対的でも不変のものでもなく、患者個人の状況に依存しうるものであり、ある医療手段を用いるか否かは抽象的ではなく患者の個別の状況によって異なってくる¹⁶⁾。

たとえば、すでに十五・六世紀には自然的手段(飲食物)と人工的手段(医薬)との区別がなされ、次のような考え方があった。人は食物によって生命を養う義務があるが、医薬は生命を養うものではない。医薬品は、人が病気や痛みを訴えるとき、または自然的な手段によって生命を維持できないとき、その生命保持を助けるためのものである。もし病気でなければ、医薬品は必要ではない。病気であれば、生命を保持する人工的手段を用いることはきわめて自然なことである。要するに、自然的手段は生命保持のために自然によって意図されているように、人工的手段によっても意図されているが、後者は必要になった場合に自然を補う手段としてだけである。これらの二つの手段の区別がなされながらも、両手段は相互に補い合うべきものとして理解されるようになる。なお、麻酔薬の未発達の時代

には外科手術は激痛を伴うものであり、拷問のようなものでもあったから、それを義務づけることはできなかった。

なお、生命維持の議論に最初に「通常」と「特別」の用語を導入したのは、1595年にドミノコ会士のドミニクス・バニェス（Dominicus Banez + 1604）によってであると言われる。彼によれば、人間が自分の生命を保持しなければならないのは理にかなうことであるが、特別手段を用いることまでは義務づけられてはおらず、すべての人に共通な滋養や被服、医薬品、また通常の痛みや苦しみを伴うもので十分である。特別に激痛や苦悩を伴っているもので、患者の生命の状態にひどく不釣り合いなものであってはならない。このような考え方は次の時代の倫理神学者たちにも受け継がれて、身体の切除に関しても、切除が激痛なしに行われるのであれば義務づけられるが、非常に残酷な痛みを伴うならば義務づけられないとされる。なぜならば、人は自分の生命保持のために必ずしも「特別の困難な手段」を用いなくてもよいからである。こうして、生命を救わないことと明確な殺人や自殺との相違が倫理的にも重要な判断となってくる。

2) 「通常・特別手段」の基準化

生命維持のための医療手段は、通常なものであれば義務であり、特別なものであれば任意に選択できるという判断は、個別の患者の状況によって相対的なものであるという共通の理解が得られるようになる。1950年代には生命維持のための人工手段を用いることが義務であるか否かが論じられるようになる。当時の医療現場では、すでに早産児保育器、輸血、酸素マスクなどの生命保持のための種々の人工的手段が増えてきた。その頃の倫理学者たちによれば、「通常と特別」の区別について次のような共通理解がみられた。「通常手段とは、大きな困難なしに得られ使用されるものである。特別手段とは、身体的苦痛、嫌悪感、費用などの理由で過度の困難を含んでいるあらゆるものである。言い換えると、特別手段は賢明な人が自分の生命維持の義務に関して少なくとも実質上不可能であると考えられるものであ

る。」このような共通理解をも踏まえながら、倫理神学者のジェラルド・ケリー（Gerald Kelly 1902-1964）は手段について次のように定義している。「通常手段は、善益の合理的な希望を与え、過度の経費、痛み、あるいは他の不都合なしに得られて使用される、すべての医薬品、治療処置、手術である。特別手段は過度の経費、痛みまたは他の不都合なしには得られず、また使用されず、たとえ使用されても善益の合理的な希望を与えない、すべての医薬品、治療処置、手術である。」¹⁷⁾

確かに、医療手段はたえざる医学の進歩と医薬品の改良などにより相対化されるばかりでなく、患者個人の医療処置に対する主体的な嫌悪感が手段を特別手段とすることもあり、手段の質的評価なしには、その手段が「通常」か「特別」かの判断は困難であった。こうした手段の検討から、生命維持についての個人の義務が次のように基準化される。

「それ自体で、人は自分の生命維持の通常手段を使用するように義務づけられる。それ自体で、特別手段を使用することは義務づけられないが、そのような手段の使用は許容されるし、一般的に推奨される。しかしながら、場合によっては、もし自分の生命維持が自分自身の霊的福利や共通善のような、或るより大きな善のために要請されるのであれば、特別手段を使用することも義務づけられる。」

3) 基準の公式化

ところで、数時間のうちに死を迎える人に継続的に延命医療を施すことは、患者や家族にあまりにも大きな経済的負担をかけることになる場合、その手段を用いることは妥当であろうか。延命のための通常手段は患者の身体的状況によって相対的であるが、回復の見込みがなく、激痛に耐えてほんのわずかな時間を延命するにすぎない場合、点滴による滋養手段も医者は中止することができるのではないか。また短時日のうちに死を迎える患者が投薬を止めるように家族に願ったとき、その意向を受けて家族が平安な死を迎えさせることは慈悲殺（mercy killing）には当たらないのでは

ないか。さらに、極度の奇形児を手術する場合、たとえ通常手段であっても生命維持が困難で成功の可能性がきわめて低いならば、食餌療法だけにどめて人工手段を控えてもいいのではないか。

これらの具体的な症例を考えると、治療の可能性や過剰経費の問題だけでなく、手術の成功や回復の見込みの程度、また臨死の状況などを考慮して治療や延命を中止しても倫理的には問題はないという見解が開かれてくる。けれども、これらの症例では患者個人の義務に限定することはできず、親族と医者（医療従事者）の義務をも考える必要がある。つまり、たとえ患者が、それ自体で通常の成功の見込みのある手段だけを使用するよう義務づけられているとしても、現実には医者や患者の家族が財政状態などを考慮して、治療法を選択することもある。それは必ずしも患者の願い通りに進むとも限らない。医者はその職務から医療や回復の可能性を最大限に実現するように義務づけられているが、医者の理想追求が死にゆく（dying）患者やその家族に不必要な負担をかける結果になることもありうる。医者の職業的理想が患者の義務や望みを越えて生命維持のためにより大きな努力をすることもありうるということである。こうして、通常の人工手段でさえ相対的に無用であるとき、それは義務ではない、つまり随意に選択できる可能性が開かれてくる。

このような医療の「通常・特別手段」の議論を重ねるなかで、1957年の教皇ピオ十二世による「蘇生術についての宗教的・倫理的諸問題」（1957年11月24日）についての談話は、生命維持の基準を公式化するものになった。ここでは、医者の判断で回復の見込みのない場合にでも、人工呼吸装置のような近代的機器を用いる権利あるいは義務があるかという問いに対する原則だけを記しておく。

「自然理性とキリスト教倫理が是認するのは、人は誰でも重い病を患っている場合、生命と健康を保持するために必要な治療装置を採用する権利と義務があるということである。この義務は、人が自分自身に対して、神に対して、人間共同体に対して、そしてよりしばしば特定の人に対しての

ものであり、創造主へ秩序づけられた愛と従順から、社会正義と家族を敬う狭義の正義から生じてくるものである。けれども、一般的に言えば、(人、場所、時代、文化などの諸事情による)通常手段、つまり自分自身にも他人にも特別の負担をかけないような手段の使用しか義務づけられていないのである。それ以上厳しい義務づけは大部分の人にとっては重過ぎるものであり、より高い、より重要な善の獲得をあまりにも困難にしてしまうであろう。生命や健康、またすべての現世的な活動は実際には靈的諸目的に従属しているのである。他面からすると、より重大な義務をおろそかにしない限り、生命と健康を維持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。」¹⁸⁾

このような原則に基づいて、例えば昏睡状態の患者に人工呼吸装置を取り付けるべきか否か、またいったん装着した延命装置を取り除くことができるか、という問題が論じられるようになった。これは延命の義務と限界をめぐる具体的な解決策を求めるものであるが、次に現代の生命倫理との関連での原則の再解釈に触れておきたい。

4) 原則の再解釈

伝統的には、「通常・特別手段」の原則は、医療手段や措置が患者やその家族に与える負担の軽重によって手段が通常であるか特別であるかが判断されてきた。しかし、現代の先端医療技術の臨床現場では、患者の健康を保全または増進し、生命を維持しようとする諸手段の適否を判断するとき、患者の生命本位に考えて、その手段の有意味性と効果を重視するようになった。患者の生命が置かれている「今、ここで」という具体的状況を全体的また総合的に勘案して、それらの手段が健康増進や生命保持という努力にとって理に適っていると判断されるものは「通常」であり、それを越えるものは「特別」であるということになる。したがって、何が患者にとって最善であるかは、それぞれの個人を規定している事情によって異ってくる。原則としては、無意味なことをする倫理的な義務はないから、自由

に選択できることになる。「技術的に可能なこと」と「倫理的に義務づけられること」とは異なるばかりでなく、義務にも一定の限度があり、それを越えると自由選択の領域であるから、特別の医療手段を用いなくとも倫理的には非難されない。

このような原則の再解釈によって、つまり医療手段によってもたらされる「負担の軽重」から「有意味性と効果」への転換を表現するために、最近では「通常と特別」(ordinary, extraordinary)という用語よりも、「選択的と義務的」(optional, obligatory)という用語を採用する。また、その「手段」と患者にとっての「意味」とが、総合的にみて釣り合いがとれているか否かという視点から「均衡と不均衡」(proportionate, disproportionate)という用語を使用する人もいる¹⁹⁾。いずれの用語であっても、内容的には、医療手段を選ぶ場合、ある程度の冒険的で英雄的行為を覚悟しなければならない。また或る患者にはどのような治療も無意味と思われる場合、何の治療も施さないことが義務的であることもありうる。生命のわずかな延長しか望めないのに、治療を施すことが苦痛を与えるだけのこともあろう。したがって、治療が無意味なために、患者に何の利益ももたらさない場合、治療は義務的ではなくなる²⁰⁾。

医者立場からすれば、患者の生命を守り、健康回復のために全力を尽くすことは当然であるが、患者の置かれている状況をできる限りすべて考慮し、患者にとって最良と思われる治療を施す義務がある。しかし、具体的には医療手段が真の治療のためか、本当に意味のある延命であるか、それとも「死の過程の延長」にしすぎないのか、その判断が困難な場合がある。そのような具体的な限界状況においては、医者と家族と患者とが相談して医療手段を選ばざるを得ない。著名な倫理神学者であるB. ヘーリンク(Bernhard Häring 1912-1998)は、どのようにすれば人間の生命を尊重し、人格の尊厳を守りながら、適切な手段を選び、また延命を中止すべきかについて、次のような判断基準を提示している²¹⁾。

- ① 病気の治療にも苦痛の緩和にも役立たず、ただ死の過程を延長する

にすぎない手段を取る必要はない。それは死を早める意思をもって治療や看護の手段をとらないような「消極的安楽死」ではない。

- ② 意味のある生命延長が見込まれる限り、かつては「特別」であったが、今日では「通常」である手段になっているものは、これを用いる義務がある。患者もこれを拒否できる道徳的な権利を有しない。
- ③ 一般的には「通常」の手段でも、具体的にはそれが非常に苦しい病状の延長に役立つにすぎない場合には（回復の見込みのない末期癌患者への外科手術など）、患者は苦痛緩和と通常の看護に限定することを求める権利がある。
- ④ 病気の治癒や意味のある生命延長の見込みがきわめてわずかであり、その手段が通常のものであるが、非常に高価であって、家族に不相应な重荷を負わせるような場合、患者はこれを拒否する権利がある。
- ⑤ 患者に意識がある限り、それ以上の治療を断念する決定は本人自身がなすべきである。人間は自らの人生を生きてきたように、自らの死を迎える権利があるから、無意味な延命に終始することは避けるべきである。
- ⑥ 患者の意識が失われて回復の見込みがないとき、その人の自由の歴史が最終的に終わったとき、単に生物学的な生命を延長するにすぎない手段は不必要である。その場合には、栄養、新鮮な空気、通常の看護は必要であるが、人工栄養と人工呼吸器は用いるべきではない。そのような無意味な「死の過程の延長」を止めるという決定は、医者自身が行うべきであろう。

本人が救命を拒否する場合でも、熟慮された良心的理由からの拒否は尊重するとしても、できる限りでの延命に尽くすべきである。しかし、例えば、「エホバの証人」に属する子供の場合、両親が信仰上の理由で輸血を拒否することがある。その場合でも倫理的には両親の意思に反してまでも輸血によって子供を救助すべきであると思われる。医療倫理の基本は、生命に奉仕し、決して殺すことに協力しないというところにあるからである。

4. 全体性の原則

1) 原則の起源

人はどのような理由があれば、自分の身体を傷つけたり切断することができるのかという問題は、現代の外科手術に先だって論じられてきた。その理論の確立とともに、人体実験や臓器移植の倫理的な可能性が開かれることになったのである²²⁾。この理論の起源はトマス・アクィナスの「何かの理由で身体のある肢体を切断することは許されるか否か」という問いへの解答に見出だすことができる。

「手足は人間の全身体の一部であるから、不完全なものが完全なもののためにあるごとく、全体のためにある。したがって、人間身体の手足については、全体に有益であるような仕方であらうべきである。しかるに、人間身体の手足は、自体的には(per se)たしかに全身体の善にとって有益である。しかし、たとえば瘻瘻をおこした手足が全身体を腐敗させる場合のように、付帯的には(per accidens)有害であることも起る。それゆえに、手足が健全であって、その自然本性的な状態を保持しているかぎり、全身に害を及ぼすことなしにはそれを切断することはできない。しかるに、前述のごとく〔第六十一問題第一項第六十四問題第二、五項〕、全人間そのものが、(かれがその部分であるところの)全共同体へと、目的にたいするよう秩序づけられているのであるから、手足の切断ということが——たとえ当の身体の全部に損害をもたらすものであっても——共同体の善へと秩序づけられている、ということも起りうる。すなわち、そうしたことが罪を抑制するために罰として或る人に科せられるかぎりにおいて。このようなわけで、或る人が何らかの大きな罪科のゆえに、公的権力によって生命を全体的に奪われることが正当であるように、何らかの大きな罪科のゆえに手足を奪われるということもまた正当なのである。しかし、たとえ手足を奪われる本人が同意を与え

た場合でも、私人がそれを為すことは許されない。なぜなら、そのこと
によって当の人間、およびそのすべての部分（手足）がそれに属すると
ころの、共同体にたいして害が加えられることになるからである。

しかし、もし手足が瘻疽のゆえに全身を腐敗させるおそれがあるなら
ば、その手足が属する当人の同意をえて、全身の福祉のために瘻疽にか
かった手足を切断することは正当である。なぜなら、自分自身の福祉を
配慮することは各人に委ねられているからである。（全身を）腐敗させる
ような手足の持主の福祉を配慮すべき義務を有する人の同意をえて（手
足の切断が）為される場合には、同一の論拠が成立するであろう。しか
し、これ以外の場合には或る人の手足を切断することは決して許され
ないのである。

〈中略〉 全人間の生命は当の人間に固有な或るもの（*aliquid pro-*
prium）に秩序づけられているのではなく、むしろ人間に属するすべての
ものがそれ（生命）へと秩序づけられているのである。〈中略〉 手
足の切断は一人の人間に固有的な福祉（*salus propria*）に秩序づけられ
ることが可能である。したがって、或る場合には（手足を切断する権限
が）当人に属することも可能なのである。〈中略〉 身体の一部を全
身の福祉のために切断することは、他の仕方によっては全体を助けるこ
とができない場合をのぞいては、為すべきではない。」²³⁾

このような理論に基づいて、トマスは刑罰や医療の目的での手足の切断
を認めているが、この理論はカトリック教会の医療倫理において当人自身
の健康維持のために肢体を切断できるという論拠になったのである。

2) 原則の公的な適用

先のトマスの理論を「全体性の原則」（*principium totatitatis*=*principle*
of totality）と公に初めて呼んだのは、教皇ピオ十二世であると言われている。教皇はこの原則に基づいて、現代の外科手術と人体実験および臓器移

植の倫理的根拠づけを公的に認めている²⁴⁾。いま二つの「談話」を資料として挙げておこう。

a) イタリアの聖ルカ生物・医学協議会への談話（1944年11月12日）

「制限されているとはいえ、人間の肢体と器官に対する権能は、それらが自分の身体的な存在の構成部分であるがゆえに、直接的である。それゆえ、それらの分化は完全な一致へ向けての全身体的な有機組織体の善以外の目的をもたないのであるから、各人の諸器官と諸肢体は、その全体を不可避的な危険にさらさない限り、犠牲にされうる。社会は、身体的な存在とは異なって、個人がそれぞれの目的と活動をもっている共同体である。この資格のゆえに、社会はそれを構成する人々に要求できるし、社会の構成員として真の共通善が現実求めているあらゆる奉仕に呼び掛けられている。」²⁵⁾

b) 第一回国際神経病理学会への談話（1952年9月13日）

「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（master）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权をもっている。彼は使用者で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断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权のゆえに、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、切断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であろう。」²⁶⁾

教皇ピオ十二世によれば、この原則に基づいて、人体実験も次の三つの理由によって正当化される。すなわち、人体実験は、①医学の進歩のために、一定の限度内で有効と認められる。②患者の同意を得る必要があるが、患者の善のために認められる。③共同体に対する個人の従属のゆえに、共通善のために認められる²⁷⁾。いずれにせよ、患者は、個人としては自分の生命とその身体の統合性、すなわち自分の身体の善が要求する以外には、特定の臓器や機能を処理する権利をもっていないのである。このように、「全体性の原則」は目的性の原則である²⁸⁾。すなわち、すべての肢体(血液や皮膚も含めて)や機能は各人の善のために存在する。したがって、患者の身体の部分を切断するという医療措置は、患者の全体的な善のために必要であり、また有益であるということである。ここでいう「切断」(切除)とは、手足の切断、目の除去など肢体の破壊や機能の抑止という身体の統合性に損傷をきたすもののすべてを意味する。

おわりに

以上のような諸原則は人間の生命の誕生、健康の維持の義務と限界、臓器移植の倫理的可能性や延命の義務と限界などを考える際に、現代でも大切な判断の基準となっている。われわれは伝統的な原則を肯定的に受け止めながら具体的な状況に適合した賢明な自己決定ができるものと認識している。しかし、下記の〔註〕でもわかるように、日本に紹介される西欧の医療倫理や生命倫理はこれらの原則を踏まえて具体的事例に対応しているが、生命倫理学の第一人者である T. A. エンゲルハートの『バイオエシックスの基礎づけ』²⁹⁾ではキリスト教の伝統的見解にも批判的であり、より世俗的な自由な倫理の見解を展開している。また、冒頭で言及したように、これらの原則を無意味であるとして否定し、新たな倫理原則を提唱する人もいる。その代表的な倫理学者はピーター・シンガーである。彼は『生と死の倫理——伝統的倫理の崩壊』において、いまやユダヤ・キリスト教的

な見解である「旧来の倫理」（伝統的倫理）の致命的な弱点について「新しい世界観」に立つコペルニクス革命の時であると明言している。最近の二、三十年における新しい医療技術による世論の変化は伝統的倫理の体系全体を崩壊させる脅威となっており、知的世界が宗教的世界観に支配されていた時代から受け継いだ考え方に対する革命であるという。新しい世界観は「人間の生命の神聖性」という宗教的起源をもつ、人間を倫理的宇宙の中心とする固定的倫理から解放するものであり、意識のない生命はまったく価値がないと素直に認める倫理、他の人間と精神的、社会的、身体的に交流できる可能性がまったくないような生命にはまったく価値がないと認める倫理のための「新しい戒律」を提唱している。それは「通常・特別手段」の原則の意味も認めないで、意識のあるなしによって「人格の生存権」が計られるという「生命の質」を選択する新しい倫理である。

このようなキリスト教の「伝統的倫理の崩壊」は真実であろうか。またそれに代わって提唱される「改定された新しい倫理」をどのように受け止めるべきであろうか。シンガーは人間の生命の価値を根底から支える宗教から倫理を切り離し、「人格」の価値を「意識能力の有無」によって決定する新しい倫理を構築しようとしている。われわれはこの新しい倫理をより詳しく分析するとともに、伝統的な倫理原則の意味を再確認する必要がある。これは次の課題としておきたい。

註

- 1) キリスト教医療倫理と現代医療の倫理の全体的な動向については、D. F. Kelly, "Roman Catholic Medical Ethics and the Ethos of Modern Medicine," in: *Eph. Th. Low.* LXI (1983), 46-67 を参照。
- 2) R. A. McCormick, "The Quality of Life, the Sanctity of Life," *How Brave a New World? Dilemmas in Bioethics*, SCM Press/London 1981, 383-401; B. V. Johnston, "The Sanctity of Life, the Quality of Life and New 'Baby Doe' Law,"

- Linacre Quarterly* 52 (1985), 258-270; Johannes Reiter, "Die Probe auf Humanum. Menschenwürde als Prinzip der Gentechnologie," in: *Stimmen der Zeit* 204 (1986), 435-451; L. S. Cahill, "Sanctity of Life, Quality of Life, and Social Justice," *Th. St.* 48 (1987), 105-123; 伝統的なキリスト教倫理に対する批判的見解として、例えば、ピーター・シンガー『生と死の倫理—伝統的倫理の崩壊』（櫻則章訳）、昭和堂 1998年。
- 3) ケヴィン・W・ワイルデス「生命の神聖性——その曖昧さと混乱」, 星野一正編『死の尊厳』, 思文閣 1995年, 140-154頁。
 - 4) J・レイチェルズは「生命の尊厳」について語るとき、それを宗教上の教説としてではなく、倫理的な観念として宗教的人間にも非宗教的人間にも関わるものとして理解し、「生命が私に対して持っている価値である」とする。J・レイチェルズ『生命の終り——安楽死と道徳』（加茂直樹監訳）、晃洋書房 1991年, 36-70頁参照。
 - 5) ハイメ・F・カスタニエダ「生の質と尊厳死の権利——カレン・クインランが教えるもの」(清水憲男・的場節子共訳)、『ソフィア』26 (1977), 393-408頁。同「人間の尊厳——その概念の変遷について」(一)、『人間学紀要』8 (1978), 4-23頁。同(二)、『人間学紀要』9 (1979), 12-28頁。Howard Brody『医の倫理—医師・看護婦・患者のためのケース・スタディー』[原書第二版] (館野之男・榎本勝之訳)、東京大学出版会 1985年, 66-95頁参照。
 - 6) Albin Eser, "Zwischen 《Heiligkeit》 und 《Qualität》 des Lebens. Zu Wandlungen im strafrechtlichen Lebensschutz," in: *Stimmen der Zeit* 200 (1982), 812-826; B. V. Johnstone, "The Sanctity of Life, the Quality of Life and the New 'Baby Doe' Law," in: *Linacre Quarterly* 52 (1985), 258-270.
 - 7) ピーター・シンガー「動物の生存権」, H. T. エンゲルハート, H. ヨナスほか『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論』（加藤尚武・飯田亘之編）、東海大学出版会 1988年, 205-220頁。同、『実践の倫理』（山内友三郎・塚崎智監訳）、昭和堂 1991年, 63-93頁。
 - 8) エドワード・W・カイザーリンク「回復のみこみのない患者におけるQOLの判断をめぐって」, 星野一正編著『死の尊厳——日米の生命倫理』（編集協力、土田友章・赤松朗）、思文閣 1995年, 157-175頁。また、同「生命の尊厳と生命の質は両立可能か」, H. T. エンゲルハート, H. ヨナスほか、『バイオエシックスの基礎』, 前掲書, 3-18頁参照。
 - 9) ホセ・ヨンバルト『刑法の七不思議』, 成文堂 1987年, 214頁。188-215頁および同『人間の尊厳と国家の権力』, 成文堂 1990年, 57-70, 241-253頁参照。
 - 10) 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, 261-262頁参照。
 - 11) トム・L・ビーチャム/ジェイムズ・F・チルドレス『生命医学倫理』（永安幸正・立木教夫監訳）、成文堂 1997年, 6-7頁参照。

- 12) Josef Schreiner, *Die Zehn Gebote im Leben des Gottesvolkes*, Kosel-Verlag München 1966, 51-54; ヨゼフ・シュライナー『十戒とイスラエルの民』(酒井一郎・酒井宗代訳), 日本基督教団出版局 1992年, 132-138頁。Edouard Hamel, *Les dix paroles*, Desclee de Brouwer/Bruxelles-Paris, Les Editions Bellarmin/Montreal 1969, 77-79; H. Schungel-Straumenn, *Decalogo e comandamenti di Dio* (Trad. di Raimondo Riva), Paideia Editrice/Brescia 1977, 49-59.
- 13) 二重結果の原則の起源や倫理神学における伝統的な解釈と第二ヴァチカン公会議後におけるこの原則をめぐる議論等については、詳細な研究と評価が必要である。ここでは次の文献だけを挙げておく。R. A. McCormick and P. Ramsey (Ed. by), *Doing Evil to Achieve Good*, Chicago 1978; L. I. Ugorji, *The Principle of Double Effect*, Frankfurt a. M./Bern/New York 1985; 宮川俊行「二重結果の原則」『純心女子短期大学紀要』第十九集(1983年), 1-9頁。ギロン・ラーナン『哲学的医の倫理』(三吉敏博訳), 木鐸社刊 1992年, 212-221頁。
- 14) トム・L・ピーチャム/ジェイムズ・F・チルドレス, 前掲書, 150-151頁。
- 15) このような原則の再解釈の議論から「釣り合い主義」または「比例主義」と呼ばれる“proportionalism”の妥当性の可否が論じられてきた。詳細な研究として, Bernard Hoose, *Proportionalism. The American Debate and its European Roots*, Georgetown University/Washington 1987; Todd A. Salzman, *Deontology and Teleology*, Leuven University Press/Leuven 1995, 131-264.
- 16) 拙著『伝統と刷新』, 前掲書, 236-289頁。なお, 日本でも1975年のカレン・アン・クインランの事例がきっかけとなり, 安楽死や治療の限界について論じるとき, この原則が紹介されている。宮野彬『安楽死一人間に“死ぬ権利”はあるか』, 日経新書 1976年, 149-166頁。金澤文雄「人工呼吸器の遮断と刑法」『政経論叢』(広島大学) 26巻5号(1977年), 113-128頁。ホセ・ヨンバルト「安楽死, 延命処置とその中断の是非についての覚え書き」『上智大学法学部創設二十五周年記念論文集』, 1983年, 537-568頁参照。また, ギロン・ラーナンの前掲書, 222-232頁。
- 17) G. Kelly, “The Duty to Preserve Life,” *Th. St.* 12 (1951), 550 (550-556).
- 18) Pio XII, “Problemi religiosi e morali della rianimazione,” in: P. Versipren (cura di), *Biologia, Medicina ed Etica. Testi Magistero Cattolico*, Brescia 1990, 431-432.
- 19) トム・L・ピーチャム/ジェイムズ・F・チルドレス, 前掲書, 179-200頁参照。
- 20) Paul R. Johnson, “Selective Nontreatment of Defective Newborns: An Ethical Analysis,” *Linacre Quarterly* 47 (1980), 39-53; John R. Connery, “Prolonging Life: The Duty and Its Limits,” *Ibid.*, 151-165. なお, この原則についてのR. A. マコーミックの「生命の質」を視野に入れた見直しとその評価については, 拙著, 前掲書, 252-284頁を参照。彼の方法論については, L. S. Cahill, “On Richard McCormick. Reason and Faith in Post-Vatican II Catholic Ethics,” A.

Verhey and St. Lammers (eds.), *Theological Voices in Medical Ethics*, Michigan 1993, 78-105; P. I. Odozor, *Richard A. McCormick and the Renewal of Moral Theology*, University of Notre Dame Press/Notre Dame/London 1995; James B. Tubbs, *Christian Theology and Medical Ethics. Four Contemporary Approaches*, Kluwer Academic Publishers/Dordrecht/Boston/London 1996, 13- 53.

- 21) この判断基準は次の紹介論文からの要約である。金沢文雄編「ドイツにおける最近の自殺・安楽死論議——倫理的・法的考察」『判例タイムズ』No. 353 (1978年) 49-71頁の記事のうちベルナルド・ヘーリング「自殺と安楽死についての倫理神学的考察」54-55頁および金澤文雄「ベルンハルト・ヘーリングの『自然と安楽死についての倫理神学的考察』」『広島法学』第1巻第3/4合併号(1978年), 129-138頁, とくに133-134頁。
- 22) Richard Egenter, “Die Verfügung des Menschen über seinen Leib im Licht des Totalitätsprinzips,” *Munch. Theol. Zeit.* 16 (1965), 167-178; Alonzo M. Hamelin, “Das Prinzip vom Ganzen und seinen Teilen und die freie Verfügung des Menschen über sich selbst,” *Concilium* 2 (1966), 362-368.
- 23) 稲垣良典訳『神学大全』II-2 (Q. 65, a. 1), 創文社 1985年, 189-190頁。
- 24) G. Kelly, “Pope Pius XII and the Principle of Totality,” *Th. St.* 16 (1955), 373-396; Id., “The Morality of Mutilation: Towards a Revision of the Treatise,” *Th. St.* 17 (1956), 322-344; 拙著, 前掲書, 209-216頁。
- 25) G. Kelly, *Th. St.* 16 (1955), 374.
- 26) AAS 44 (1952), 782.
- 27) AAS 44 (1952), 786-788; G. Kelly, *Th. St.* 16 (1955), 374-376.
- 28) 教皇ピオ十二世は1953年10月8日開催の第26回イタリア泌尿器科学会の参加者に向けて, 前立腺ガンの治療における去勢の倫理性に関しても, この手術がそれ自体性腺の破壊を含んでいるので「全体性の原則」によって説明している。cf. AAS 45 (1953), 673-679.
- 29) T. H. エンゲルハート『バイオエシックスの基礎づけ』(加藤尚武・飯田亘之監訳), 朝日出版社 1989年。

Moral Principles Concerning Human Life

Yositaka HAMAGUCHI

In this essay we take a look at the moral principles of traditional Christian Medical Ethics. Catholic moral theology has recognized the sanctity of human life or dignity of life as a fundamental value based on the faith of Creation. All human life must be respected as an Image of God and it is prohibited to kill a person voluntarily.

The principle of double effect has been applied to justify the concret medical cases in a conflict situation of various values. How do we understand and which value or medical treatment we can choose, in a difficult surgical operation and in clinical or terminal medical care? Today, after the Second Vatican Council, the moral theologians have tried to reinterpret this principle.

The principle of ordinary means and extraordinary means has been applied to justify the moral obligation to preserve human life. Which medical treatment we can use to preserve or prolong one's life? But this principle is also understood to be relative according to the patient's situation, the economical burden of the family, the effective meaning of medical treatment etc. We can admit that there are limits of prolonging life and cease to use extra-ordinary means.

The principle of totality has been applied to prove the morality of mutilating parts of the human body, and today is applicated in the reasoning for organ-transplantation.

Nowadays, these traditional principles are criticized by many moralists who emphasize the *quality* of life more than the *dignity* of life in the Bio-medical Ethics or Bioethics. Therefore, we have to re-examine the true meaning of these moral principles.