

[目次]

生命倫理と医療・介護の思想 - セッションのまとめ -

足立 幸 男
京都大学大学院人間環境学研究所

まとめ

公共政策の設計という作業には、一定の費用制約の範囲内で所与の目的を達成するための最も有効な手段（処方箋）を探求するという部分ないし次元に加えて、目的それ自体を検討・確定するという次元がある。後者は、技術的政策思考に馴染まない（価値選択という厄介な要素を含む）ものであるだけに、その理性的論議・検討は容易ではない。そのためであろうか、これまで実務家の間には、目的それ自体の当否を議論の俎上にのせることへの躊躇が多かれ少なかれあった。だが、その重要性に鑑みれば、政策目的の検討は当然のことながら公共政策研究の不可欠の一部でなければならない。本セッションは、医療・介護という政策領域に即して、この課題に真正面から取り組もうとしたものである。

医療・介護政策の設計にとって考慮すべきレレバントな公共的価値がいかなるものであり、それらが相互にどのような関係にあるか、この難問を「解く」ためには、異分野間の対話が不可欠になる。このような観点から、本セッションでは、分野を異にする三人の方 政治学をベースとした「生命政策学」の確立に向けて幾多の論文を公表されてきた法政大学の成澤光氏、比較医療・介護政策の第一人者で『日本の医療 統制とバランス感覚』（中央公論社、1996年）の著者としても著名な Michigan 大学の J.C. Campbell 氏、医療の現場で価値選択の問題と格闘し医療政策の改革を求める社会運動にも造詣が深い九州大学の信友浩一氏 に報告をお願いした。また、生命倫理学の研究

者として活発な言論・著作活動を展開してこられた京都大学の Carl Becker 氏に、インフォーマルな形ではあったが、特別にコメントをお願いした。以下、各報告とコメントの内容を手短に要約するとともに、討論の様相を紹介することとしたい。

成澤氏は生命倫理学、医療政策学、医事法学という三つのすでに確立された学問領域各々の動向をレビューした後、生命政策学の主要な研究対象を「生命倫理学のなかの政策に関わる部分と、医療政策学および医事法学のなかの生命倫理に関係する部分」と規定する。そのうえで、生命政策の指導理念（主要な価値）が自由、共生、自然の三つであり、自由と共生・自然の間には厳しい緊張関係があると指摘、結論として以下の五つの政策原則を提起した。（１）自己の生命・身体に関する決定は原則として各人に委ねるべきである、（２）諸個人および医療機関に対する行政・学会の介入は必要最小限の場合に限られねばならない、（３）優生思想は排除されねばならない、（４）行政は社会的に不利な（弱い）生命を保護せねばならない、（５）先端医療技術による生命・身体への自然への介入は抑制されねばならない。

第２の報告者 Campbell 氏は、（１）公共政策研究にとって、なぜある特定の政策が決定・実施されたかを説明することと、その政策の当否を評価することのいずれもが重要であるが、二つの問題は厳密に区別されねばならない、（２）上記二つの問題を検討するうえで、比較研究（他国の類似制度との緻密な比較）が有益である（ある特定の政策理念つまり公共的価値に照らして政策の評価・判定を行うことはさほど大きな実りをもたらさない）、（３）政策の国別差異を説明する二つの最も重要な要因は問題認識の特異性（何をもち政策によって対処すべき「問題」とみなすかについての国毎の違い）と政策決定過程の特異性であるという主張を提起し、その正当性を介護政策に即して（すなわち、わが国の新設なった介護保険制度とドイツの類似制度との比較を通して）論証しようとした。

第３の報告者・信友氏は、医療提供者（供給サイド）と医療受療者（需要サイド）の間に「あるべき医療」についての認識のずれ、ミスマッチが存在すること、前者が何よりもまず患者に対する必要かつ有効な医療の提供を志向する（厳密には、客観・原理性＞有効性＞安全性＞効率性＞公平性・社会正義という価値序列にコミットしている）のに対し、後者が安心感と公平性を強く求めていること（安心感＞公平性・社会正義＞安全性＞有効性・効率性という価値観を抱いていること）、そしてそのミスマッチが受療者の間に医療に対する広範な不信感を、供給サイド（医療機関・行政・政治）に根深い

閉塞観を生み出している、という現状認識を提起する。そのうえで、医療法第2次改正で示された理念(「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師・歯科医師・薬剤師・看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき……良質かつ適切なものでなければならない」という理念)を政策・制度に具現すること、その点で患者・コミュニティの果たすべき役割がきわめて大きい、と強調した。

三人の報告の後、10分間の休憩。再開後、コメンテーターとして登場した Becker 氏は、三人の報告に重なり合う部分が少ないため個別的な論評は差し控え、生命倫理と医療政策に関わる包括的問題提起をしたいと前置きし、政策研究のあり方および生命倫理研究のあり方の各々について以下のような主張を展開した。政策研究を実りあるものとするためには、(1) 理念や原理は枠組設定のガイドラインにすぎず決定基準でないこと、西洋的理念や原理が日本にそのまま当てはまる訳でないことを認識する必要がある、(2) 過去・現在の分析だけで終わらず、将来の展望と可能性をも探求せねばならない、(3) 経済的要因についての検討を軽視してはならない。次に、生命倫理については、以下の諸要因に着目したケース・バイ・ケースの対処が望ましい (1) 問題視されている行為がいかなる危険(利益)を含んでいるか、(2) 誰が行為を決定するか(患者? 家族? 主治医? 委員会?)、(3) その決定に何が影響を及ぼすか(面子? 遠慮? 世間体? 倫理・道徳観? 情報? 経済?)。

Becker 氏のコメントに対する各報告者の応答に引き続いて、フロアーとの質疑応答に移った。成澤氏に対する質問の大半は、自由・共生・自然の概念および三者の関係についての氏の捉え方に関わるものであった。主要なもののみ紹介すれば、関西大学の竹下賢氏からは、(1) 政策理念としての「自由」を「共生」および「自然」と等価値を有するものとみなしつつも、政策原則論を論ずる段階で自由 自己決定権を優先するのは、いかなる理由によるのか、(2) 自由 自己決定権は「自殺の権利」を含意するものである以上、「生命の尊厳」を「共生」にとって代えるのではなく、「生命の尊厳」をもまた政策理念として掲げるべきではないのか、という問題提起がなされた。また、Harvard 大学の岩澤誠一郎氏からは、痴呆および自然死 安楽死問題の文脈で「自然」、「自由」、「共生」の各々をどのように考えればよいのか(完全な痴呆状態に陥った人が延命医療によって生き続けることを「自然」と言えるのか、「自由 自己決定権」は決定をなし得ない状態にある者にとってナンセンスな理念でないのか、延命医療によって生き続ける者とその介護をする家族のいずれが「共生」の理念によって優先されるべき

「弱者」であるのか」という質問が寄せられた。医療の供給サイドと需要サイドの間のミスマッチを埋めるという役割を「コミュニティー」(行政依存ではないコミュニティー)に期待する信友氏に対しては、Boston 大学の岩沢知子氏から、コミュニティー形成の可能性とその具体的過程についてのより詳しい説明、国内および諸外国の実例についての紹介の要請があった。さらに、九州大学の江崎一朗氏から、「患者に対する必要かつ効果的な医療サービスの供給を最重要視する医師・医療機関に対して安心感を何にもまして得たいと願う医療需要サイドがより徹底した医療情報(たとえば、カルテ)の公開を求めることは、医師と患者の関係を悪化させる恐れがある」という氏の指摘に対して、その主旨を質す質問があった。Campbell 氏に対しては、用語の確認等を除いてフロアーからは報告の中身についての特段の質問がなかったので、司会者の方から比較研究の方法に関する補足説明をお願いした。コメンテーターおよびフロアーからのコメント・質疑に対する各報告者の返答については、スペースの都合上、割愛する。当日の質疑を踏まえよりいっそうバージョンアップされた論考を各報告者が本年報に寄せておられるので、ぜひご参照いただきたい。

全体を通して、政策理念・公共的価値についての研究蓄積がいまだプリミティブな段階にあり、生命と健康に関わる現実の切実な諸問題に応えられるほどに具体化されていないこと、実務の現状を十分に踏まえた異分野間の知的交流が今後ますます重要であることを、強く印象づけられた。また、価値それ自体を扱うセッションでは、より具体的な政策イシューをテーマとするセッション以上に、報告者間での事前の打ち合わせに時間をかける必要があること、さもないと論点が拡散しかねないことを、コーディネーター・司会者として痛感・反省した次第である。