

論文

SOL 倫理と QOL 倫理 ～障害者の処遇をめぐる学生の意識

村 岡 潔

〔抄 録〕

本稿では、生命倫理・医療倫理における SOL 倫理 (Sanctity of Life Ethic) と QOL 倫理 (Quality of Life Ethic) という対立する倫理観について、特に、昨今の大学生の持つ QOL 倫理的志向について言及します。QOL 倫理の考え方は、21 世紀になると、近年の「津久井やまゆり園」の事件に見るまでもなく、健常者対障害者の問題に向き合う社会福祉の場にも認知症や知的障害などの人々を対象としつつひそかに拡散しており、決しておろそかにできないテーマです。

本稿では、まず、SOL 倫理と QOL 倫理についての定義を示し、第 II 節では、古典的な J・サイケビッチ事例を用い、第 III 節では、いわゆる染色体異常の「障害新生児」の事例を紹介し、それに対して筆者が担当した講義の受講生の意識や反応について授業内アンケート等を参考に検討しました。「サイケビッチ氏」は、急性白血病の 67 歳で IQ10 (3 歳児相当) で、化学療法をしないと肺炎等で死亡する確率が高い事例です。A 大学の看護学生 49 名では、化学療法を行なうとした学生が 13 名 (26.5%) で、化学療法はしないとされた学生が約 3 倍の 36 名 (73.5%) でした。また、「医療と人権」の受講生 55 名に、「障害新生児」の人工呼吸器を続行すべきとした学生が 32 名 (58.2%) で、外すべきとした学生が 23 名 (41.8%) でした。

最後に、看護学生 46 名では、Q1) 『「障害者」と「健常者」はどこが違うか?』という問いに、74% が明確な違いがあるとしました。Q2) 『自分はどちらと思うか?』には、78% が自分は「健常者」であると答えました。しかし、残りの 22% は、両者の違いについては明確な境界はなく、自分は必ずしも「健常者」とは言い切れないといった見解を示しました。

これらは、昨今の学生の SOL 倫理と QOL 倫理についての意識を知るための一助となると考えられます。

キーワード：SOL 倫理と QOL 倫理、障害者と健常者、サイケビッチ氏と障害新生児、大学生の視点、社会福祉

1. はじめに

本稿では、かつて 1990 年代に生命倫理・医療倫理の分野でよく議論された SOL (Sanctity of Life Ethic : 生命の神聖さ) 倫理と QOL (Quality of Life Ethic : 生命の質) 倫理という対立する倫理観について考えます。特に、近年の大学生の持つ倫理観に垣間見る QOL 倫理的志向について言及し、QOL 倫理の考え方は、臨床の場では 20 世紀に終わったはずの論争テーマではないどころか、健常者対障害者の問題に向き合う社会福祉の場にも認知症や知的障害などの人々を対象としつつひそかに拡散しているという観点からの再考です。

そこで、まず、SOL 倫理と QOL 倫理について筆者の採る定義を示しておきましょう。

(I). SOL 倫理 (奥野 1998:129-142)

「生命の神聖さ・尊厳さ (SOL)」の倫理については、以下のように要約されよう

《1》人為的に人の死を招いてはならない。人が人を殺してはならない (正当防衛を除き)

《2》人の命は無条件に尊い。第 3 者が、その人の命に値打ちがあるかどうか問うことは許されない。

《3》すべての人命は平等に扱われるべき。ある人と他の人の生命の価値を比較することは許されない。人はそれぞれが他とかえがたい尊さをもつ。

この SOL 倫理の立場は、人が病気でも障害があっても変わらない原則となっています。したがって「脳死状態」や「植物状態」などの重度の意識障害者に対しても、「脳死状態だから死んでいる」という、臓器移植技術を援護するために死の時刻を前倒しするといった功利主義的な飛躍はせず、従来の死の定義である三徴候死 (= 瞳孔反応の消失、呼吸停止、心拍動の停止) を遵守し、それまでは治療を続けるべきとする立場につながっています。いわんや死に瀕していない状態では、なおさらです。

このように SOL 倫理が、患者の生命の価値は平等であり絶対的なものとみなすのに対して、20 世紀後半ににわかに強調されるに至った QOL 倫理の立場では、原則として患者の生命の価値を相対的に評価できるとしてしまいます。ここでは、その代表的な「パーソン論」(竹内 1995:208-224) を例に説明します。ちなみに「パーソン person」とは「人格」と訳されますが、一般に「社会的構成員としての資格」を意味し、その資格を有する限りにおいて、基本的人権、特に生存権が保障された存在であることを示す指標となっています。20 世紀の近現代においても、「精神障害者」や「知的障害者」を、例えば「禁治産者」などとして、その基本的人権を制限する事態をひそかに継続してきましたが、それが正体を現した形になっています。

さてパーソン論 (≡ QOL 倫理) の立場に立てば (M. トゥーリー 1998:94-110)、人類 (生物学的ヒト human being) 全体を、{人格 (person); 人格を有する存在} + {非人格 (non-person); 人格をもたない存在} に二分することが可能になります。その「人格」適格性の要件のチェック項目の一例をあげると、①権利の保持者として適格であること、②欲求や目的を持つこと、

③自己意識的・理性的存在であること、④最低限の認識力(記憶・期待・信念)を持ち、最低限でも、痛みを感じることができること、に加え、⑤大脳皮質機能があることとなっています。特に「大脳皮質が機能していること」が最重要項目とされています。すなわち、パーソンの判定は「大脳皮質の機能」で決まるという生物医学(Biomedicine)的事実に依存するもので、生物学的事実から人格という価値判断を導き出すという倫理上、御法度というべき論法になっています。ちなみに、価値中立的なはずの科学的事実をいくら積み上げても、倫理的価値判断は導き出されないことは倫理的推論の大前提です(G・ペンス 2000:1-6)。

こうしたパーソン論の存在論的定義では、大脳皮質の機能が大幅に喪失しただけで「人格死」の判定が可能になり、脳死状態も植物状態もともに即刻「人格死」となり、基本的人権、特に生存権を喪失することになります。20世紀末にはこうした問題点が臓器移植医療推進のために議論されたのです。しかし、さらに、この操作的手順を拡大し濫用すれば「IQ20以下はパーソンではない」とか「新生児や胎児はパーソンではない」といった判断が容易になります(Brody, H., 1981: 373 - 374)。つまり、認知症、知的障害、または精神障害を持つ存在をパーソンではないと判定し、その基本的人権、とりわけ生存権を否定する優生学的論拠にされる危険性が生じてきます。こうした観点は、少なからぬ人々に素朴で自然発生の形態としてありますが、それは義務教育や高校・大学教育の過程で根本的に是正されるべき課題と思われる。

II. ケーススタディ【事例1】「サイケビッチ氏」と学生の視点

筆者は、生命倫理・医療倫理に関する講義を担当する教員として、SOL倫理とQOL倫理に関する数件の事例を使ってケース・スタディ(事例研究)を授業中に行っています。本稿では、そのうちの【事例1】「サイケビッチ氏」と【事例2】「18染色体トリソミーの新生児」を取り上げ、それに関する倫理的要点と、学生の反応についてとり上げます。

まず、サイケビッチ氏の事例1から見てみましょう。

【事例1】「サイケビッチ氏」(Brody, H., 1981: 88-94; より要約)

最近、急性骨髄性白血病と診断されたサイケビッチさん(67歳)は、重篤な知的障害のために生まれてこのかた施設で暮らしている。知能指数IQ = 10(知的能力は3歳の子供に相当する程度)である。この型の白血病は不治であるが、化学療法を積極的に行なえば、最長で一年余り寛解(完全治癒に近い状態)をもたらす可能性が40%程度はある。しかし、その後は白血病を再発することも予測される。

化学療法(抗がん剤治療)には数週間を要し、強力な薬物を使うので激しい不快感と吐気を伴い、またその副作用も強く致命的な結果になることもありうる。知的障害のため、ぶつぶつ言うのと、反応する態度とに頼る以外、意思疎通できないので、協力がうまくいかず、多分物理的に抑制・束縛しなければ治療はできまい。しかし、治療しなければ数週

かあるいは数ヶ月後に肺炎などの感染症で死亡する危険性も高い。本人は、この事態を理解できていないが、施設のスタッフには時たま笑顔で対応している。

この【事例 1】の要点は、

- ① サイケビッチ氏：重篤な知的障害 [IQ=10（3歳児の知的能力に相当）程度である]
- ② 生後 67 年間、施設で暮らしてきた。最近、急性骨髄性白血病と診断された。
- ③ 白血病は、積極的な化学療法で半数までは 1 年ほど寛解可能性がある。
- ④ 治療は数週間を要し激しい不快感と吐気を伴う。意思疎通は不能で協力が得にくいため、抑制・束縛なしの治療は困難と想定される。
- ⑤ 治療しなければ感染症で死亡するであろう。

です。

この事例への生命倫理的対応例として、次の 3 通りを考えてみましょう。

【1】 SOL 倫理の立場：

この立場では、どのような生命も平等・同等に扱うのだから、直ちに、化学療法を行なう（ことになろう）と結論することには、何ら論理的および倫理的な問題は生じません。こうした事例を問題とする背景には、人間の価値を比較してしまう QOL 的倫理観が存在するのです。

【2】 QOL 倫理の立場：

ちなみに QOL 倫理には、SOL 倫理と異なり、様々なレベルがあります。必ずしも「QOL 倫理だから、即、治療しない」ということにはなりません。そこで、簡単にするために、この事例では、次のように「QOL 倫理 A」と「QOL 倫理 B」とに分けてみましょう。

QOL 倫理 A の判断：

サイケビッチ氏の QOL（生命の質）は脳死状態や植物状態のヒトより高いとする立場。「サイケビッチ氏は、一般の人々が満足するような生き方こそできなかったが、人間関係も、喜びも痛みも経験できたし、また自分自身という感覚もまた自分の体の全体性という感覚ももっていた。」と考えるならば、彼は、質は高くなくても人格的存在（パーソン）である。従って、パーソンとしての彼には人権があり、それは治療についての医学的決定がなされる際に保護される必要がある。つまり化学療法（抗がん剤治療）を行なうことが正当化される。

このように、QOL 倫理 A では化学療法を行なうことになります。なぜなら、彼は、仮に人格としてのレベルは低いとしても、67 歳になるまで、施設の人々と喜びを分かち合ってきたはずであり、脳死状態の人や植物状態の人の QOL に比べたらレベルが高いと考えることは可能です。この場合、治療は必要という結論になることに論理的矛盾はありません。

この事例研究でよくみられるのが、「抗がん剤治療が苦痛」を与えるから避けるべきという意見です。それは一見やさしい配慮のようにみえます。しかし、抗がん剤治療は副作用で様々な苦痛を与えるからやめるというのであれば、すべての抗がん剤治療は成立しません。また「寛

解（完全治癒に近い状態だが、再発の可能性は持続する状態）をもたらす可能性が40%程度」という記述を効果が低いと見なして「無駄な治療をして痛みを与えるだけ」と誤解する場合もあるが、「40%寛解」を低すぎると見なすなら、これまたほとんどの抗がん剤治療が無意味となってしまいます。

もう一つ「つまずき」となったのが、拘束・抑制の問題でしょう。たしかに、事例の説明に「知的障害のため、ぶつぶつ言うのと、反応する態度とに頼る以外、意思疎通できないので、協力がうまくいかず、多分物理的に抑制・束縛しなければ治療はできません。」とは書いてありますが、これは治療前の予測・推量に過ぎず、決定的なことではありません。小児や認知症の人への対応と同様、それをできるだけ抑制せずに行なおうとすることは、医療・看護スタッフの腕のみせどころとなるでしょう。また、仮に抗がん剤投与時に抑制が必要になったとしても、それは、点滴でも1～2時間程度でかつ週2-3回くらいが平均ですので、毎日24時間を拘束・抑制するわけではなく、拘束によって「生活の質」が低下するとは言い切れません。工夫しだいでは「生活の質」を保つことも可能なはずですが。

次に、QOL倫理Bを見てみましょう。

QOL倫理B：

この立場は、抗がん剤治療の必要性はないという判断です。この話は米国の実例をもとにしたもので、実際は、QOL倫理の立場の2名の医師が聴聞で化学療法に反対の証言をし、その結果、裁判所は、化学療法はしないと裁定しました。その根拠は、判断能力のある成人は、「無駄な生命延長治療」を拒否する権利を持っているはずだから、「この判断能力のない患者の場合にも、もし判断能力があったとすれば治療を拒否するに違いない」という一方的な理屈で治療の必要性を否定したものです。こうしたレトリックは、米国ではよく使われるのかもしれませんが、筆者から見れば、初めに結論ありきのこじつけであり、詭弁にすぎません。その結果、化学治療は行なわれずに、白血病が進行し、予想通り、数ヶ月後にサイケビッチさんは肺炎で死亡しました。

このQOL倫理Bでは、IQ10という知的障害の要素が決定的となっています。なぜなら、知的障害がないとすると、単純に67歳の白血病の老人ということになりますが、この場合、抗がん剤治療を開始しないという選択は医学的にはまずありえないからです。このことが倫理的に意味することは、1年以上生きる見込みがあり医学的には抗がん剤治療が想定される場合でも、本人が意思表示しない、あるいは、できない場合には、代理決定する人が「自分だったらこんな状態で生きていたくないし、生きていても不幸であるといった「自分の思い込み」を対象者の意思として決めつけてしまう点にあります。

そこで、ある看護学生の集団（記名式回答者49名、全数回答、2018年9月）にサイケビッチ氏の【事例1】について化学療法を行なうかどうかの判断を示してもらったところ、化学療法を行なう（べき）とした学生が13名（26.5%）で、化学療法はしないと学生が36名（73.5%）

と多数でした [$\chi^2 = 58.2959$, $p < 0.005$; 男女差なし]。この回答に際しては、化学療法を行なう場合と行わない場合に生じてくる様々な結果をシミュレーションして、その結果の内、望ましいもの（メリット）が多い場合のほうを選択する方式（目的論的アプローチという）を行なって回答してもらったので、単なる気分的な回答はさげ、各自がそれなりにメリットとデメリットの有無を考慮してからの判断だと言えます。

その非治療の理由としては、先述のように、知的障害のために、抑制・拘束が避けがたいこと、自分が白血病であることを理解せずに苦しい治療を受けること、それが本人には精神的なストレスになることなどを挙げています。また、医療費がかかるからという意見も散見されました。いずれにしても、今、本人が白血病で苦しんでいる点やまだ終末期ではないことは失念しているのです。一方、治療するという場合の根拠としては、専ら SOL 倫理の立場だからという見解からで、いうまでもなく判断に躊躇することはなかったように思われます。

それにしても将来医療現場で働き病者に寄り添っていく仕事をするはずの看護学生のうち、およそ4人中3人が QOL 倫理的な発想をしていることは想定外でした。1990年代では、筆者の印象では、こうした場合でも、化学療法を行なうとする学生が過半数を超えていたように記憶しています。それが、このデータでは21世紀になって逆転したことになります。むろん、現場に出て実際の患者を相手にするときは、そうした見解も徐々に変化していくことは予想されます。

III. ケーススタディ【事例2】「18染色体トリソミーの新生児」と学生の見解

次に18染色体トリソミーの新生児（以下「障害新生児」）の事例をみておきましょう。

【事例2】「障害新生児」（Brody, H., 1981: 88-94; より要約）

生後4日目の新生児Xが重篤な呼吸障害のためレスピレーター（人工呼吸器）をつけている。検査の結果は、染色体異常（第18染色体のトリソミー）という診断だった。これは重篤な「精神遅滞」と成長障害と種々の解剖学的異常（手指奇形、小顎、内臓奇形など）をおこす遺伝病である。この奇形を持った者が成人まで生きたという報告もあるが、87%は1年以内に死亡するといわれている。

この子をどうするかを決定するための病棟会議が開かれている。

A) 小児科医長（主治医）：両親PSは「子供が正常に成長する保証がないなら、何もしてもらいたくない」と言っている。私も同じ意見である。レスピレーターをはずし、治療を中止すべきだ。

B) 精神科医：両親と何回も話したが、両親PSは動揺し混乱した状態にある。今、彼らの言う通りレスピレーターを止めたら、彼らは後で罪の意識から精神医学的な問題をおこすであろう。その意味でレスピレーターは、外すべきではない。

C) 病棟の看護師：私たちは、この子を一番世話している。この子には生きる権利がある。この子を人の手で殺すことはできない。

D) 小児科の研修医：自分の受け持ち患者 Y のことを聞いてもらいたい。その患者 Y にも呼吸困難があるが、この新生児がレスピレーターを使用しているためにレスピレーターが使えず、50%の確率で発生する脳障害のリスクを冒している。レスピレーターが使えれば、私の患者 Y は健康になれる。レスピレーターを私の患者 Y にまわすべきだ。

この事例2では、主治医である小児科医長 A と小児科の研修医 D が明らかに QOL 倫理の立場であり、パーソン論的な見解から、新生児 X の治療を無意味として中止させ（その結果、X は死亡する）ことを善しとみなしています。それに対して、明確に SOL 倫理の立場に立っているのは病棟の看護師 C たちです。精神科医 B の主張は、一見、SOL 倫理的だが、X よりも両親 PS たちのことを優先的に考慮しているので純然たる SOL 倫理とは言えません。それは、PS が落ち着いたらレスピレーターをはずすことを望む場合もあるからです。

なお研修医 D の主張は、日本の事例では、レスピレーターが病院に1台ということはないので実際の問題にはなりにくいのですが、米国の倫理の問題では資源配分の問題と絡めて時になされる争論テーマと言えましょう。しかし、日本だけでなく米国においても、患者 X にはいったん開始された治療は継続されることが倫理上も法律上も権利として認められていますし、日本的には論外と思われる言い分です。

しかし、QOL 倫理の立場は、非情で功利主義的性向が強いので、脳死・臓器移植推進派に見られるような論理構造（≡ QOL 的価値のないヒトからパーソンに臓器を譲るべきとする論理）がさらに強い形で展開されることになるわけです。つまり、新生児 X は非パーソンであり人格死した状態なので、まだパーソンである Y にレスピレーターを提供すべしとなるのです。

そこでこの問題に関する学生の意識を知るために、A 大学の「医療と人権」という講義の受講生 55 名（社会福祉学科生 + 臨床心理学科生 + 社会学部生で 36 名、理学療法学科生 8 名、看護学科生 11 名）の集団（記名式全数回答、2018 年 7 月）に【事例 2】「障害新生児」についてレスピレーター（人工呼吸器）を続行するか、外すかの判断を回答してもらいました。

その結果、レスピレーター装着の補助呼吸を続行すべきとした学生が 32 名（58.2%）で、外すべきとした学生が 23 名（41.8%）でした [$\chi^2 = 37.9727$, $p < 0.005$]。ただし、前者のなかには精神科医 B の支持者も含まれるので、途中でレスピレーターを中止するという判断も含まれています。この回答に際しては、事例 1 と同様、レスピレーターの装着を続行する場合と外す場合に生じてくる様々な結果をシミュレーションして判断する目的論的アプローチで結果のメリットとデメリットの比較考量の上回答してもらっています。なお 56 名のうちの学科別、男女別の学生間には有意差なしでした。この結果は、事例 1 と違って SOL 倫理的対応が若干多かったものの、QOL 倫理的対応が 4 割強に見られたということ自体が特筆すべきことと思われます。なぜなら、回答者たちは、その多くが、近い将来、社会福祉士や医療従事者等、患者や障害者

らのケアテイカー（介護者）として働くことになるからです。

この場合、SOL 倫理の立場では、迷うことなく人工呼吸器の継続を選択するものですが、他方呼吸器を外すという判断（それ自体、障害新生児の死を前提）では、次のような理由付けが行なわれていました。その代表的な理由は、つぎのようなものでした。

「レスピレーターをはずした場合、病院へ行くなどの時間がなくなるため両親の負担も軽減される [= >これは誤解。装着した場合家族がついていなければならないということはない。村岡註]。」「今回の出来事を受け入れ今後のことを前向きに考える時間もできる。」「本当にレスピレーターを必要としている回復の見込みのある患者にまわすことができ、健康になれる患者が増える。」「レスピレーターをはずさない場合、とりあえず子どもは生きることができる。家族は最期に何かしてあげようと考え実施する時間ができるため、家族[として]の時間をとることができる。また家族は今後のことを考え、気持ちを整理する時間がある。しかし家族の身体的精神的負担は大きい。さらにレスピレーターを必要としている患者にまわすことができない。」

学生は誤解していますが、先述のように、目下、レスピレーターを装着している患者が治療を続けている最中に、別の患者にレスピレーターが必要になったからといって、他の患者に回すために前者の患者の補助呼吸を止めて死なせることは倫理的にも許されないし、医療上も通常行なわれることはありません。中には、社会福祉学科（4 回生）であっても、「レスピレーターはもう一人の患者に回すべきだ。救えない命を助けようとして全員犠牲にするのは愚の骨頂だ。新生児の親もそのくらいのこと理解できずに子供を作るなど思う。覚悟もなく子供作るなよって話ですわ！」とすら回答する者がいることは、2016 年 7 月に起こされた相模原「津久井やまゆり園」障害者殺傷事件の加害者と通底する QOL 倫理観を共有している学生が氷山の一角ではないことを示唆しています。

一方、こうした QOL 倫理的意見に対して、次のような SOL 倫理の見解も見られました。正常に成長する保証がないなら何もしたくないという両親の発言を尊重するならば、はずすべきという選択も起こりうるが、「私はその結論に納得できない。生きている子どもの治療を中止することや簡単に自分の子どもの命を見捨てることはできない。また 1 年以内に死亡する確率が 87% ではあるが、残りの 13% の確率で良くなる可能性もゼロではない。レスピレーターを必要としている患者が他にいることは理解しているが、この子どもも今レスピレーターを必要とし治療を受けている 1 人の患者であるためレスピレーターははずすべきではない。」という指摘です。こうした学生は、一人ひとりの命は、その人だけのものではなく、その人の家族や友達のものでもありますから、植物状態で回復しない人、18 トリソミーの新生児、および、IQ10 の高齢者の存在は、それぞれ、社会的にも大いに価値があることを自覚していると言えます。

こうした冷静で論理的にも倫理的にも妥当な見解が、若者の間に広まっていくことが期待さ

れます。ただし、今日の学生は、暗示的に示唆されるより、はっきりと明示的に示されることを求めているようですから、教員は、常識的と思われることは声に出して強調することが必要不可欠だと思われます。

IV. おわりに

以上本稿では、SOL (Sanctity Of Life ; 生命の神聖さ) と QOL (Quality Of Life; 生命の質) の倫理について、J・サイケビッチや18トリソミーの新生児の事例を用いながら、「津久井やまゆり園」の事件のように、近年、社会福祉の分野にも広がりつつあるQOLの倫理観、すなわち、そこに垣間見る学生や一般市民レベルから沸き起こる優生学的意識について、学生の意識のデータなどをふまえながら議論してきました。

ブロディは、この事例1に相当するカテゴリーのケース、すなわち、その時点で判断能力のない人の事例として、他にも①脳死状態の10歳の少年；②植物状態のカレン・クインラン；③中絶の失敗で生まれた新生児のケースを挙げています (Brody 1981:78-183)。これらの判断能力のない者の権利を保護する唯一確実な方法は、治療を行なうこと (すなわち、治療開始すること、あるいは開始した治療を中止しないこと) という Ramsey の見解も付記しています。

筆者の立場は、こうした一連の事例を考える時に、クライアント (患者や障害者などケアの対象者) の治療やケアの開始や継続を行なって、ともかく「生かす」方向性を採る判断の SOL 倫理に合致しています。言い換えると SOL 倫理の立場からは、こうした場合の治療に葛藤する理由はまったくないことになります。したがって、その際「生かす」方向性に、どのような理由であっても、少しでも躊躇するような場合は程度はともかく QOL 倫理の立場と位置付けられることになります。

サイケビッチ氏のケースで、拘束がかわいそうだから化学療法をしないという判断も後者に属するもので、がん治療の副作用が苦しいからといって、抗がん剤治療を行なわないというのと同様に、医療的には本末転倒というべき判断でしょう。実際には、彼は、QOL 倫理の医師の判断で延命治療は無意味とされて死ぬ運命になりました。しかし、治療が無意味かどうかは、最初からわかることはありません。それを最初の段階で、QOL が低いからとして治療を中止していくと、医療者の治療技術も低下し、今後助かる人も徐々に減って行く危険性もあります。例えば、街頭で心肺停止をきたして倒れている人に心肺蘇生術を行なっても社会復帰に至る人の割合が数%だから無駄だとして、何もしなくなったら助かる人は皆無であるように。

また、医療者は、そういう人がいるから治療を開始するものであって、成功率が高いかどうかを考えながら治療を始めるわけではないのです。もっとも、かつて臨終の場面でがん患者の心停止直後に行われてきた「心臓マッサージ」や「心臓内薬液注射」をも「延命治療」だとして批判する人もいますが、これは死の儀礼的な慣習についての誤解であり、決して「延命治療」

ではありません。それに、近年、このような儀礼はほぼ廃れています。

医療倫理には、どうすべきかの倫理的判断が難しいと思ったときには使うと便利な「ショート・カット[近道]法」というものがあります。それは、当該の問題を他人ごとではなく、自分や大事な身内のことになぞられて考えることです。例えば、サイケビッチ氏の事例では、彼を自分の父親かおじいさんと思って考えると、比較的スムーズに答えが見つかります。それは、最善の判断かどうかはわからないとしても、少なくとも自分や身内にするよりはひどい扱いにしないで済むという利点があります。

だが、現実の社会は、このサイケビッチ氏の事例でもそうであったように、様々な弱い立場の人を切り捨ててしまうことが多いのが実状です。そこで、私が担当する講義（例えば、医療と人権、死生の哲学、現代医学、医学一般、現代人間論、等々）では、多くの場合、健常者と障害者という明確な区別はないということを学生に考えてもらうような講義を展開しています。ちなみに、ある講義（死生の哲学）の最初の頃に Q1) 『「障害者」と「健常者」はどこが違うか?』、Q2) 『自分はどちらと思うか?』と尋ねたところ、次のような回答を得ました。Q1) に対しては看護学生 46 名中 34 名すなわち 74% ($\chi^2=10.5214$, $p<0.005$) が、明確な違いがあると考えていました。「障害者」は病気やケガによって思うような生活ができないとか、生きづらいということが大多数の指標になっていました。そうでない者が「健常者」という訳です。一方、残りの 26% は、そういう視点を一部保持しつつも、両者に差があるのかと、いぶかう意見が散見されました。例えば、ある学生は、Q1) に対しては、

『そもそも「健常者」とは何なのだろうか。「健常者」とは「大多数」という意味と同じで、たとえ障害をもったとしても、その人自身が「私は普通だ。正常だ。」と思えば「健常者」であると思う。医学的には身体機能が大多数と違うとしても、私には「健常者」と「障害者」の区別はない。障害も人それぞれの個性の 1 つである。』（筆者要約）

また、Q2) に対しては、看護学生 46 名中 36 名すなわち 78% ($\chi^2=14.6957$, $p<0.005$) が、自分は「健常者」と答えました。しかし、残りの 10 名 (22%) は、自分は「健常者」とははっきり言い切れないという見解を示す結果となりました。例えば、前述の学生は、

『自分が「障害者」と「健常者」のどちらだとは一概に言えない。私にも、他の人とは違う特徴や個性があるし、反対に他の人が持っている特徴が私にはないこともあるから。』

と答えています。また、別の学生は、もしかしたら自分も将来、障害や疾患をもつ可能性があるので両者は表裏一体であり、「自分は、一応健常者と考えているが、自分が性格上、苦手と考えていることはもしかしたら障害であり、だから障害者かもしれない」（筆者要約）と答えています。このように「障害者／健常者」という単純化した二分法を採用していない学生が 22% いたという点は、興味深いと思われました。

今回のデータだけをもって学生はこうだと一般化することはできません。しかし、世相の QOL 倫理的思考傾向の影響をうけて育ち生活している学生の世代の考え方の一端を知る一助

にはなると思われます。将来、社会福祉や医療の現場にQOL的思想が広がらないようにするためには教員はどうすればよいか、今後も追究を重ねて行こうと思います。

〔引用文献〕

- 奥野満里子 1998:「生命の神聖さと生命の質—概念の説明—」加藤尚武・加茂直樹編『生命倫理学を学ぶ人のために』世界思想社
- 竹内洋一郎 1995:「パーソン論と差別の問題」、今井道夫・香川知晶編『バイオエシックス入門』(第二版)、東信堂
- M. トゥーリー 1998:「嬰兒は人格を持つか」(森岡正博訳)、加藤尚武、飯田亘之(監訳)『バイオエシックスの基礎』東海大学出版会
- H・Brody 1981:Ethical Decisions in Medicine (2nd Edition), Little, Brown and Company, Boston (= 東京大学出版会『医の倫理』1985年80-87頁, 71-169頁)

(むらおか きよし 社会福祉学科)

2018年10月31日受理

