

第4講和

傷む命をいやす

Cure and Care



癒しを学ぶ

機械が壊れると修理に出し、必要なら部品を取り替えます。人間がからだを壊すと、その直し方が違います。からだは機械ではありません。医療は単なる修理とは違います。患者も医師もこのことを理解しないと、とんでもない医療の在り方になってしまいます。

病人も医師も「癒しとはなにか」ということについて学ぶ必要があると思います。この第二章に載せる断片は健康と病気を根本から考え直すためのものです。

何のための医療

医療の目的は、いったい何でしょうか。病気を治すことだけでしょうか。病気に伴う苦痛を和らげることだけでしょうか。医師の使命は患者の生命をあくまでも引き延ばすことなのでしょうか。もし、この二つの質問のどちらにも「はい」と答えるのであれば、どんな医

療もどんな医師も、完全な成果をあげられないということになります。なぜならば、ある患者を一つの病気から救ったとしても、他の病気で遅かれ早かれ死んでしまう運命は避けられないからです。

医療技術が著しく発展した現代において私たちはあらためて医療の目的と限界、さらに医師の使命について考えなおさなければなりません。患者はみんな人間です。そして、人間は医師をふくめてみんな患者です。医師の使命は治せる病気を治し、病気が治せないときには患者の苦痛を緩和し、そして人間的なケアを与えることです。病気の苦痛に対して医療はお手上げであっても医師はお手上げではないのです。技術的になにもできないのと人間的になにもできないのとでは全くちがいます。

痛んだり悩んだりするのは肉体だけではなく、患者—その人間全体—なのです。だとすれば、苦痛をやわらげて病気を治すことができても人格全体の治癒が得られないかぎり、いたみの根本はなくならないでしょう。そこで単なる cure に対して care の必要性が強調されているところです。pain に対する cure だけではなく、

suffering に対する care が必要なのです。そして pain に対する cure の可能性が医療技術によって増大すればするほど、suffering に対する care を怠らないように注意する必要があるでしょう。

肉体的な苦痛だけでなく精神的な痛みに対して care を与えることも、古代からの良い医学が伝統的に心がけたことです。その伝統が忘れられたのは、肉体と精神をあまりにも区別してしまい、医療があたかも肉体だけを対象にするものであるかのように考えてしまったからです。薬剤と技術に頼りすぎる現代の医療の問題がそこにあります。場合によって病気をなおしたりすることだけに技術的に専念するあまり、患者に精神的な痛みを与えたりすることさえがあります。肉体的な苦痛を緩和する薬を機械的に与えるだけでは足りません。痛みに対するケアのために患者その人間全体と関わらなければならないでしょう。

健康を祝して

スペイン語で「乾杯」のことは salud といいますが、似ている単語は saludo すなわち挨拶です。この二つの語はともにラテン語の salus に由来し、救いという意味をもっています。

英語でしたら health すなわち健康と、whole すなわち全体と、holy すなわち聖なるものといった言葉は、語源でつながっています。

健康とは、まず、自分自身の精神と肉体との調和や一致が保たれていることです。そして次に、日常生活で挨拶をかわしあう他の人々とのおだやかな協調や一致が保たれることです。さらに、最終的には、すべてのいのちの源である何者か（神や仏など）と畏敬と感謝の念を抱きながら一致を保つことが、健康であるための要因であると言えるでしょう。そういった健康観にもとづく健康法にたよることによって、医療で治せないと言われた自分のガンを治した人もいます。

ちょっとした病気の症状が現れただけで仕事が全く手につかな

くなるということは、日常生活でだれでもが経験することでしょう。場合によっては、大きな病気よりも、ちょっとした風邪や熱のために何もできなくなることがあります。その逆に、慢性の病気を持っていても、その病気やそれに伴う症状を充分にわきまえたうえで、いたみや苦しさに耐えて病気とつきあいながら通常のペースで仕事を続けている人もいます。やはり、病気とのつき合い方を覚える必要もあるでしょう。残念ながらそれを時々妨げるのは病院の在り方なのです。私が体験した大学病院の待合室でのことを思い出します。

初めて大きな病院で診察を受けたときに考えさせられました。朝早く予約の機械の前に並びました。もうすでに私より早い時間に行った人がいて、座れないので立って並びました。壁に大きな字で細かく説明があります。どこで並んだら、どのように機械から番号札をとったらよいのかなど、なんでも完璧に書いてあります。時間がちかづくとき係りの方がマイクでまた細かい説明をします。説明はゆきとどいています。それに対して文句は言えません。

しかし、初めてきた人間の立場にたってみますとやはり不安です。年輩の方が杖にたよって曲がった背骨で列にちかづき、「ここで並んだら大丈夫でしょうか」とききます。となりの人が親切に安心させるのです。「はい、そうです」。むこうは、「実は初めてなのですから・・・」。それに先の方がまた、「はい、私も昨日初めてきたので、同じく戸惑いましたが、やはりここで並んだら大丈夫ですよ」と言いました。それを言われて年輩の方が安心して感謝しました。やはり、いくらゆきとどいた案内が書かれていても「人は人を必要とします」。人に安心させるその一言は何ものにも変えられません。

薬と機械にたよりすぎる「迷信」

乾燥した気候になれている私は当然日本の湿気からの影響は避けられません。このあいだ風邪気味で耳が悪くなって不調になりました。ごく普通のことですから、あまり心配しませんでした。一週間たってもなおらないので、同僚からすすめられて授業の合間に

診療所によりました。当番の先生は気をつかって「もし突発炎症であれば大変ですから今すぐちゃんとした検査を受けたほうがよい」といって大きな病院へ紹介状を書いて送らせました。その病院で診療を受けて、おどかさされました。かなり悪い状態ですので、今日から十日間点滴でホルモン治療を受けたほうがよいと言われました。あまり考える余裕がなくて承諾してしまいました。翌日また検査を受けてもう一度診察でした。「いかがですか」「実は昨日先生が耳の掃除してくださってからすっきりしましたが、その後、授業があったのでまた教室の冷房でやられてもういちど詰まって耳なりもしました」。「いや、それは冷房と関係ない。あなたは突発炎症ですから治療をつづけなければならない」と。私はまた脅かされて言われるまま二日目の点滴をうけました。

その後のこと。その夜、眠れなくて、心臓の不規則を感じました。わたしは決心しました。翌日先生にこの治療をことわりました。

しかし考え込んだのです。もし心臓に副作用があったということをおの先生に言ったら、きっと心臓科のところでまた別な検査を受

けさせられるのではないかと心配しました。そして睡眠に悪影響があったといったら、また眠るための薬をほどこしてしまうのではないかと心配して、先生から聞かれたとき「いいえ、なんの支障もありません」と答えました。そしてお願いしました。「忙しいから毎日点滴を受けに来ることが出来ないのですが、他の方法がありませんか」。「はい、のみ薬ですが、もっと時間がかかります」。「それでは、そうさせてください」。薬局で薬をいただいてその説明書を読んでずいぶん強いホルモン剤だと分かりました。そして飲まないでゴミ箱にすてることにしました。

一週間薬を飲まないでいました。次の診察の予約の日がきました。その日の当番の先生は別な方でした。とても親切にわたしを安心させました。あなたは突発炎症の可能性があるだけで、突発炎症だという診断じゃないのです」。そして、ありがたいことにはわたしの国や気候について質問してくれました。「おそらくひさしぶりに日本にもどって気候の影響を受けているでしょう」。まあ、しかしこのあいだ与えられた薬は突然やめると支障が出るから数日のあいだ飲みつづけて、また最後の検査を受けにきてください」と。もち

ろんわたしはその薬を飲んでいないということを言いませんでした。

また一週間立ちました。予約の日に検査を受け、診察にいったところまた最初の日と同じく気持ちがよくない医師が当番でした。

「もう耳鳴りも詰まりもありません」とわたしはいったら、「いや、しかし検査の機械がごまかされないのです。あなたの耳は悪いのです。点滴にすればよかったです、まあ薬をのみつづけてください」。わたしは黙って「はい、ありがとうございます」といって薬をもらったのですが、またゴミ箱に捨てました。

また検査の日がきました。今度、曜日が違うのでまた気持ちのよい医師があたりました。「やはりもう治りました」と言ってくれます。わたしは「薬を飲んでいない」と言わないで「長くかかるとほかのお医者さんから言われましたが」と言ったら先生は「いや、突発炎症じゃないからだいじょうぶです。ただあなたは日本の気候になれていないので注意してください」。さすがと思ったのですが、

「人を見て法を説け」とお釈迦様が言ったように、「人を見て治療をする」というのは本来の医療ですなあ、と思いました。

どうもK病院で最初の日私を看た医師は診断せずに治療をほどこし、薬と機械だけにたよっていたようです。悪く考えればそのほうが病院の経営にとって都合がよいかもかもしれません。

当然、カルテがみたい

「カルテなどの診療情報の活用に関する検討会」は1998年6月18日に報告をまとめましたが、その中でカルテや看護記録、処方箋、検査記録などの診療情報を患者に提供すべきだという意見を述べ、このことを医療従事者に義務づける法律を制定するように勧めています。これは世界的な動きであってリスボンの世界医師会で認められた通り患者が請求する場合には開示すべきです。医療現場のほうからの抵抗感はまだ強くあるようです。日本医師会はまだ早いとか、まず環境整備をやってから体制を整えたいと言いました。そ

の結果、妥協案として当分のあいだ診断病名、治療経過、投薬記録などを記載した文書をカルテのかわりに患者に提供するということが提案されたのです。

患者の権利の立場から見れば一日もはやく情報開示ができるように要求しつづけなければならないと思います。理由は単なる無駄な投薬をさけ、医療資源を節約するためだけではありません。もともと医師と患者の関係の在り方に関わる問題で、今の病院制度（特に大きな病院）がそれを妨げている場合が多いのです。

医療側は口実として「情報開示は治療効果に悪影響をおよぼす」ことをいうでしょうが、それに対しては、あえてその危険があっても医療の主人公は患者自身であるということは、特に日本において強調し続ける必要があります。

さらに、患者本人だけではなく、遺族もカルテをみたいのも当然です。いろいろな医療事故や薬害の真相を解明するためにも必要なことだと思います。

誰に白羽の矢を立てるか

数年前に、米国の研究者が、アフリカのケニアの田舎で医療活動に従事しているケニア人を対象にして意識調査を行い、とぼしい医療資源の分配の仕方について次のように訪ねました。

「重病人が二人緊急入院してきました。ひとは若く、一人は老人です。薬も設備も看護人も不足しているので、同時に二人の世話をすることはできません。

どちらの世話を優先させたらよいのでしょうか」と。

この質問を受けたケニアの多くの人々は、「老人を優先的に救う」と当然のように答えました。これは、米国の基準からすると、大変驚くべき答えだったようですし、おそらく米国のみならず、生産性と効率を重視する現代日本でも、若い人を救うという答えが出るのではないのでしょうか。

そこで米国の研究者はケニア人たちにその理由を聞いたところ、彼らはこう答えたのです。「長い年月生きて多くの人と接してきた老人は、貴重な智慧の積み重ねをもっています。そのような智慧は一朝一夕に身につくものではありません。もしその智慧がなくなったら、もう一度その智慧に出会うためには長いあいだ待たなければなりません。そのような智慧を持った人を失うことは私たちの村にとって大変な損失です。だから私たちは若い人よりも老人のほうを先に救いたいのです」と。

私はこのレポートを読んで、最近聞いた話を思い出しました。

コンピューターのプログラミングという仕事は、若い人びとの持つ新しいエネルギーと新しい知識を次から次へと要求します。急速に進歩する新技術を吸収するという精神的圧力から、これにたずさわっている技術者たちは、三十代でその仕事の停年を迎えなければならないことが多いと言われています。

知識の発達のみを重視して、英知を軽んじる現代は、いったいどこ

へ向かっているのでしょうか。生産力と生産効率ばかりを重んじる現代人は、先に述べたケニアの村人たちが大切にしているもの、人間が生きて行く上で本当に大切なものを失いかけているのかもしれない。

障害者と生き甲斐

1983年5月23日にロンドンで開かれた体外受生と生存の質に関する学会の場で、英国の国立ダウン症候群障害児センター所長ブリンクワース (Brinkworth) 氏が次のような報告をしました。氏は自分自身ダウン症候群の娘を持っており、心理学者として20数年間障害児の世話にあたってきたかたです。彼は次の印象的なケースを紹介しています。

ある重度の障害者がいたとします。その方が自分の体でコントロールできるところといえば足の指だけで、生まれてこのかた食事も身の周りの世話も人の手を借りなくてはできませんでした。彼は献

身的な看護人のおかげで足の指でタイプライターを打つことを習い、その方法で人とコミュニケーションをしています。ブリンクワース氏は彼を訪ねて、「あなたにとってそうした体の状態にいるのは、やはり大変なことでしょうね」と言いました。すると彼はほほえんで、足の指でタイプを打ちました。「いいえ、別に大変ではないのですが、ほかの人にとってはじゃまのようですね」と。氏が何といったらよいものかとまどっていると、さらに、彼はタイプを打って次ぎの文章を書きました。「私は私です。私は一生涯私であり続けます。私にとって私であるということが何を意味するかを、私は良く知っています。しかし、あなたにとってあなたであるということがなにを意味するかはわかりません。私にとって私であるということが何であるかということが、あなたにどうしてわかるでしょうか。氏はこれを読んで大きなショックを受けました。

氏は報告の中で次のようなコメントを述べました。「もしこの障害者が生まれる前に体内診断で障害のあることがわかり、私たちが意見を求められたとする。もしかすると私たちは、この子供は幸せ

になれないだろうとか、生まれないほうがよいだろうとか、答えてしまったかもしれません。しかし、あの足の指で打たれた言葉を目の前にして、人の幸福について外から誤った判断を下してはならないということをつくづく思い知らされました」と。

いったい何が治療なのか

最近体外受精などをめぐっていろいろ論じられていますが、不妊の治療というものと、治療の領域を超える無責任な操作というべきものを区別する必要があると思います。

その一例として、1986年の9月、フランスにおいてジャック・テスター(J. Testart) という教授が出した問題を取り上げてみましょう。9月10日のル・モンド誌にテスター教授の発言が載っていますが、それは非常にショッキングなものでした。このテスター教授は生殖医療技術の研究に加わり、フランス最初の試験管ベビー誕生にかかわったのですが、彼は「透明なる受精卵」という本を出して、自分が今まで行ってきた研究に自分のほうからストップをか

けて、これから生まれてくる、あるいは生まれてくる可能性のある
こどもの同一性にかかわるような操作をいっさいしないことを発
表しました。彼は動物の受精卵の研究や卵子の研究はいろいろ行う
が、人間のアイデンティティーにふれるような操作をいっさいしな
いということを発表して、大きなセンセーションを巻き起こしまし
た。それは生物学者が公に、人類の未来に対して不安を表明し、自
分が今までやってきた研究に自分からすすんでストップをかける
ということでした。

このことをもし倫理の分野の中から誰かが言ったとしても、別に
だれも驚かないでしょう。しかし倫理学者ではなく、科学者、また
実際にその方面の実験にたずさわってきた生物学者が、人類の未来
に対して責任を感じ、そうした方面の研究を中止すると言い出した
ということは、非常にショッキングなできごとでした。

インタビューに答えて彼はいろいろな疑問をあげましたが、その
ひとつは1986年4月、オーストリアで開かれた「体外受精に関
する国際学会」のことです。そこで多くの学者が、動物の生殖に関

する彼らの研究の成果を発表していた中で、ひとりがヤギとヒツジを混ぜた受精卵にどういう生命操作を行ったかとか、そういう方法で得られたヒツジたちにどういう特徴があったかとかについて発表しましたが、彼はその前置きで次のように言ったそうです。

「ここに集まっている医師たちはヒトの受精卵に関する操作の乱用を懸念しており、クローンなどが人間の場合に行われることを懸念しているという声明文を発表しましたが、もしそうした操作を行うつもりがないなら、どうして今日ここで動物の受精卵に関する私の研究成果を詳しく発表するように私に依頼したのでしょうか」と。

上述のテスター教授はこの言葉を引用して、「たてまえとして、私たちはこのことを動物について行っていて、人間については例外的なものであるというのですが、本音はちがうのではないか」と言っています。私のような外部のものが倫理の立場からそのようなことを言えば、「倫理学者はやかましく言うな」と、簡単に片づけられてしまうのですが、内部で実際に実験をやっていた生物学者

が、本音はこうであり、私たちはこれからどこへ行くのだろうかと心配して、自分はもうこれでやめたと言え、やはり効き目が違ってきます。一躍有名になるほどセンセーショナルなことです。

この操作によって、人類はこれからどうなっていくのだろうか、そのことはどこまで考えられているのだろうかという疑問を、もっと出し続ける必要があるのではないかと思います。

私は前にバイオエシックスについて本を出したとき、体外受精について賛成ないし反対とかいうことにあまり意味がないと繰り返し述べました。賛成しても反対しても、根本問題について考えていなければ結局同じではないか、賛成とか反対とか言うよりも、生まれてくる子供のことを私たちは本当に考えているのだろうかという根本的質問を出すことこそ重要であると述べたのです。

告知の問題

死を迎えつつある患者にどこまでその病気の実態について知ら

せるべきでしょうか。当人がそれを受け入れる準備ができているかどうか問わず、どんな場合でも、告知すべきだというのはひとつの極端です。知る権利とか知らせる義務とかを強調し過ぎるあまり、人間よりも抽象的な規範を重んじることになってしまうのではないのでしょうか。

もちろん、逆の極端もあり得るのです。それは苦痛を緩和し、生きる力をなくさせないため、どうしても患者に嘘を言うべきだという主張です。

この二つの主張は正反対の立場であるかのようにみえるが、実は同じ考え方に基づくものです。両方とも原則論に留まり、例外なしの倫理になってしまいます。そこではその両極端を避けるには実践的智慧が助けとなります。フランス哲学者リクールが言うように、「それぞれのケースにふさわしい行動の仕方を見出すのが実践的知恵だが、それは決して各個人の勝手に主観的な判断に任せてしまうということと取り違えてはいけない」のです。

このように、実践的智慧はただ単に抽象的な原則を具体的なケースにあてはめるだけのものでもなければ、単に例外をうまく正統化するためのものに還元してしまってもいけないのです。それ以上の智慧の働きです。というのも実践的智慧というものは具体的な状況を前にしてそれを二つの方面からくる光で照らすからです。ひとつは状況の現実から来る光であり、もうひとつは人間に生きる目標や動機などを与える基本的な価値基準の光です。

告知の問題に関して言えば、高次の価値観に照らし、状況によっては異なった結論を出すことが考えられます。たとえば、わたしたちは苦痛を緩和すべきだと認めながら、場合によって痛みというのは人生の中でそれなりの位置をしめることができ、必ずしも人間の幸福と相容れないものだと言いきれないという見方をしたとします。そうした見方から告知すべきだというケースもあれば、すべきでないというケースもありうるのです。そのわけは私たちの都合でもなく、ただ単に患者を悩ませないためでもないのです。より高次の動機に基づくのです。つまり、患者の尊厳を大事にし、患者がその尊厳にふさわしい形で人生を全うできるように、何をすれば一番好ましいのかという問いに答えて、判断するというわけです。そ

の判断の結果は時と状況によって肯定的な「イエス」にも否定的な「ノー」にもなりうるということに留意したいのです。

では、こんど別な仮定を立ててみましょう。仮に私たちは狭い見方をしているとします。たとえば、幸福と苦痛の関係については両方相容れないものだと考えたとします。そうすると結論は告知せず患者に嘘を言うべきだということになってしまいます。

あるいは、もうひとつの狭い考え方の例もありうるのです。かりに私たちは真理を知る権利およびそれを伝える義務を絶対的なものにしたとします。そうすると、どんな弊害が生じても告知すべきだという結論になってしまいます。つまり、今挙げた二種類の狭い考え方は基本的には同じであって、両方とも例外を認めるための余地はないからです。従って、狭い意味での「イエス」といったにしても「ノー」と言ったにしても、それは絶対的であって、人よりも規範や原則を重視しているということになってしまうのです。

それとは異なり、こうした実践的智慧の判断のしかたでは、私た

ちは同様な価値基準では、場合によって、人と時によって異なった、あるいは正反対の結論さえも出すことが考えられます。

もちろん、告知すべきだという結論を出した場合でも他の問題が残ります。例えば、いつ、誰に、どのようにそれをすればよいのかという問題です。

臨床実験の条件

臨床実験について同意するに当たって四つの質問について考えておきたと思います。

イ) ある実験はその対象になっている本人自身のためになるかどうか。(だとしても、本人の自由な同意がもちろん欠かせない。

ロ) ある実験は本人以外の特定の人のためになるかどうか。(なった場合、被験者の受ける損害と、他人が受ける利益とのかねあいを考えると同時に先と同じく自由な同意が必要です。)

ハ) 特定の人のためになるかどうかは別として、一般的に医療の

発展と人類のためになるかどうか。（ここでも同意の問題をなおざりにしてはならないでしょう。）

二) 学者の興味本意の実験が行われてしまっているかどうか。特に第三者からの冷静な判断は科学技術者がそれを嫌った場合でも必要でしょう。

たしかに法律的な決まりや厚生省や学会などからの guidelines は必要でしょうが、日本の場合、どうも気になることがあります。文書で書いた決まりがあれば書いてあるとおりにするけれども、書いた規則や前例がなければ動きがとれないという両極端が生じやすいということです。

さらにもうひとつの注意がいきます。ある技術が「ただし書きの条件つき」の形で承認されるときです。それは作為的に用いられることがあります。例えば、国会である議案を抵抗なしに通過させるために、色々の付帯条件をつけることがよくあります。そして人々が問題を忘れたころ、人々が問題を忘れたころ、修正案を続々と通

過させることにより、元の議案の付帯条件は、なし崩し的に消されていきます。日本の優生保護法がたどってきた歴史は、その典型的な一例です。

エイズ

エイズの予防という今日的な問題をカトリック神学の立場から取り上げた研究が2000年公にされ、大きな注目を浴びている。J. F. キーナンをはじめとする35名の専門家の協力によって編集された『カトリック倫理学者とエイズの予防』という書物である（J.F. Keenan, ed., Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention, Continuum, New York, 2000. 1）。

今回は、その読後感とともに、そこに示されたデータを参考にしながら、問題提起を試みたい。

驚くべき現状

2001年、6月25日からニューヨークの国連本部で開催された国連エイズ特別総会において、感染予防や治療対策に関する政治宣言が採択された。この会議で発表された情報には、実に驚かされる。

現在、ラテン・アメリカ、カリブ海地域、南アフリカや東南アジア、中央アフリカでのエイズの拡大が注目を集めている。特に中央アフリカの多くの国では15歳から49歳の人口の20%がエイズに感染している。

感染症エイズは、急激な免疫機能の低下をもたらすが、ここに10年間、世界で5800 五千八百万人以上が感染し、そのうち2200万人以上が死亡した。患者の70%は、サハラ砂漠以南のアフリカ8カ国に集中しており、ボツワナやジンバブエでは、成人の30%が感染している。この状態が続くと、近い将来に南部アフリカの平均寿命は30歳まで下がるだろうともいわれている。

国際社会の対応の遅れ

エイズの最初の症例は1981年に報告されている。1983年には、エイズを引き起こすウイルス（HIV）が発見された。1985年には、エイズを治療するための抗体試験が認可された。1987年には、最初のHIV治療法が認可された（AZTという名前で知られている）。

エイズは過去20年の間、世界で急速に広がっているにもかかわらず、国際社会の反応は意外なほどに遅い。多くの病気に対する治療が発達し、将来的には、遺伝子治療から大きな成果が期待されている現代医療にとって、エイズの問題の出現は、大きな衝撃であった。医療技術の進歩が一つの壁にぶつかったことをも意味している。

この深刻な病気は数多くの倫理的問題を引き起こしているが、数

年前には特に、検査の義務と個人のプライバシーや自己決定権との間のジレンマに関して議論が集中していた。

その後、エイズ・ウイルス感染者の90%以上が発展途上国に住む人々であることが明らかになり、平等や連帯を重視する立場からこの問題を扱うことが求められるようになったが、最近まで国際社会全体が問題の深刻さに見合った対策をとったとは言い難い。

アナン国連事務総長が提唱した「国際エイズ基金」には、これまでは六億ドルを超える金額が集まったそうであるが、2005年までには70億ドルが必要であるといわれている。

新しい治療法と社会正義

まず、なによりも二つの事実を指摘しておくべきだろう。①世界中のHIV感染者のうち、治療を受けられるのは10%にすぎない。②発展途上国のHIV感染者を被験者に、治療法の試験や研究がおこなわれているが、そうした試験や研究の結果、確立された治療法が発展途上国の人々にも利用できるようになることは、まずない。

昨年中、エイズ・ワクチンの値段の高さや利用のしにくさをめぐって、さまざまな議論がなされた。残念なことに、先進国の製薬会社の利益追求が、世界のH I V感染者の90%以上があらたな治療法を利用するのを妨げる障害となっている。この事実はまさに、このシリーズのメイン・テーマである「生命の商品化」という風潮の好例といえよう。

医学のほうでは15年間、エイズに対する効果的な治療法や、予防ワクチンを持たなかったため大きな限界を感じていたが、1996年に開かれたエイズ国際会議で新たな治療法が発表され、将来的な可能性がようやく生まれてきた。ただ、それはまだかなり先のことである。

しかも、この新しい治療法にかかる費用は非常に高く、発展途上国がこれを医療予算に入れるのは不可能に近い。この治療法をどのように公正に実行していけるかという難題が浮かび上がってくる

のである。公正の原則では、「同じケースには平等な対応」が求められている。つまり、同性間の性交によって感染した人も、妊娠中に母体から感染した人も、またその他の影響（例えば、輸血など）によって感染した人も、みな同様に治療を受ける権利をもっているということである。

近年の途上国内におけるエイズ感染の増加をみると、倫理的見方にも革新が求められており、公正と連帯の原則をも考慮する必要が出てきていると思われる。女性倫理神学者カヒールがいうように、エイズの第一の原因は貧困である。加えて人種差別、女性の地位の低さ、世界経済の構造、医療資源の分配の不公正、その他の差別がある。

1993年にエイズ対策のために米国が70億ドルを投資したが、その95%は、感染者全体の5%にすぎない先進諸国の感染者のために使われた。世界保健会議の調査によると、発展途上国の状態を改善するためには、少なくとも年間44億ドルが必要とされるが、これ

は湾岸戦争で使われた金額の 5%にすぎない。最近開発された新しい治療法には確かに進歩が見られる。米国では現在、14 種のエイズ治療薬が認可されている。これらの治療薬を用いた場合、死亡率は 45%低下する。しかし、こうした高価な治療薬は、世界の感染者の 90%以上の人々にとっては利用不可能だ（薬の値段が年間 15000 ドル以上、さらに病院での治療費と研究所によるモニタリングの費用がかかる）。実際、H I V の治療法を利用できるのは、世界の感染者の 10%にすぎない。

研究と資源の分配

H I V ワクチンの開発と分配の鍵となるのは、人権の尊重だ。

貧しい暮らしをしている人々を被験者にしてワクチンの研究をおこなっておきながら、その研究の成果（つまり、ワクチン）をそれらの人々が利用できるように、供給計画や財政措置を講じないのは、果たして倫理的といえるだろうか？

研究の成果は、その研究に参加した貧しい人々の国で利用できなければならない。だが、現状では、せつかく効果のあるワクチンが開発されても、それが発展途上国で広範に買われ、配られ、服用されるような計画は、実行されていない。

発展途上国におけるワクチン研究は、先進国と発展途上国のパートナーシップに基づいて行われなければならない。有効なワクチンの利用可能性など、多くの倫理問題を検討するにあたって、途上国が強い発言権を持たなければならない。

もし、世界が迅速な対応をとらなければ、エイズ・ワクチンが世界中で利用されるようにはならないだろう。B型肝炎ワクチンの例でも分かるように、先進国で認可されたワクチンが最初に発展途上国に持ち込まれるまでに、平均で20年かかる。こうした生命にかかわる製品の利用が遅れるのは、そうした製品を購入できるシステ

ムや資金が不足していること、適切な価格設定や供給のシステムがないこと、製造能力の不足、行き過ぎた規制などの問題による。

2001年6月にニューヨークで開かれた、国連のHIV/AIDSに関する特別総会で、エイズ・ワクチンのための世界行動宣言が発表された。同宣言は世界中の指導者に対して、安全で効果的で利用しやすいエイズ予防ワクチンの開発を実現するために、具体的な行動をとることを求めており、また各国政府に対して、貧しい国々にエイズ・ワクチンを供給できるよう、必要な資源を用意することを求めている。さらに同宣言は、エイズを撲滅するために、あらゆる国の政府が、経済界や国際機関、非政府組織と協力するよう促している。

予防法に関する誤解

教皇をはじめ、各司教会議ならびに世界中の教会関連諸団体は、

1980年代前半にエイズが確認されて以来、この問題に取り組んできている（日本カトリック司教協議会・H I V諸問題検討特別委員会編『H I V／A I D Sと私たち』（2001年）参照。この小冊子は非売品。問い合わせ先は同委員会（03－5 6 3 2－4 4 4 5、FAX 5 6 3 2－4 4 6 5）。

1989年の春、私はスペイン、バルセロナの近くにあるサン・クガット（San Cugat）の生命倫理研究所でエイズの問題を論じる研究会に参加した。主催者は産婦人科医でもあり、倫理神学者でもあるアベル師（イエズス会）であった。

彼は会議の途中で急に電話で呼び出された。スウェーデンからテレビの記者が取材のために来ていて、会見を申し込んでいるという。コンドームに関する番組を作るので、カトリックの司祭方の発言を聞きたいのだという。

この申し入れに対して、参加者の多くは、「たった三分で、コン

ドームに対する賛否の話をするより、十分な時間をもらって、カトリックと性の倫理について幅広く述べさせてもらいたい」と答えた。すると、記者が打ち明けていうには、「コンドームに対する強固な反対発言を教会の禁止事項として話してくださると、コンドームの宣伝のために逆にプラスになって、番組としても極めて都合がよいのです」。

教皇発言への両極端の反応

この程度の用件で教会を利用しようとする者もいれば、教会内部でも、エイズの問題を取り上げるときにあまりにもコンドームのことにこだわる者もいる。この点に関して、十年ほど前に行われた教皇発言をめぐる反応をみると参考になるだろう。

1989年11月13-15日にローマで開催された、医療施設における司牧に関する教皇庁主催の国際会議での教皇演説だが、これは倫理

問題に関する教会の公式発言が引き起こす両極端の反応をみるための好例である。

1988年から89年にかけて、スペイン、イタリアやフランスなどでコンドームをめぐってかなりの議論があった。一方では、コンドームさえ使えば感染の問題は解決するので、その使用を奨励する性教育を行うべきだという主張があり、他方では、コンドームの使用は許されないとする伝統的立場を固守する意見があった。

これを背景に、1989年の会議が開かれたのである。当然、教皇が挨拶の中で、この問題に触れるかどうかに関心が集まり、双方の立場の人々が有利な発言を得るため側近を通して圧力をかけようとしていた。

さて、教皇はより広い視野から、二種類の問題を指摘した。一つは、予防の問題であり、他の一つは、社会的な援助の問題である。そして何よりも、この両面の活動の方針として「人格の尊厳」を大切にしよう呼びかけた。教会は単なる「ノー」の態度から、特定

の行為に対して反対することにとどまらないで、むしろ、「積極的に人間にとっての有意義な理想を」提言したいというのである。

そして、正しい情報を伝え、責任ある性教育が行われるようにと願う文脈の中で、教皇は次のような微妙な意味の一言を付け加えた。

「愛といのちという優先的な価値と相いれないような、自己中心的な予防法は、妥当でないばかりでなく、矛盾でもある。それは、手っ取り早く問題を処理しているだけで、根本的な解決にはならないのである。」

この一言は、翌日、各報道機関によってそれぞれ偏ったニュアンスで伝えられた。教会に対してあまり好意的ではない新聞は教皇を批判して、「さすがに教会は時代遅れで、今日の問題には理解を示さない」と書き、伝統主義的な色彩の強い新聞は、教皇を困らせるほどの褒め言葉で、「教会はコンドームを断罪する」と報じた。

結局は、両者とも教皇発言の意図をゆがめていたのである。この演説では実は、次のような重要な内容が表明されていた。

- ・ 基礎としての人間の尊厳の重視
- ・ 人間を全体として（心と体、個人と社会の両面から）とらえ、大切にすること
- ・ 性教育を広く深くとらえること
- ・ 社会正義の問題といのちの問題を考えるときに一貫した規準をもつこと
- ・ 積極的な倫理へのアプローチをすること

そして、これらの要点を踏まえた上で、コンドームへの賛否をめ

ぐる論争から一步距離を置き、その問題を根本から設定し直そうとしている点が注目されるのである。

しかし、このような発言の仕方については時折、疑念を示す人がいて、「あまりに一般的すぎる原則論だ」と評したりするが、実は、前述の発言が売買春の問題にも言及していることにもっと留意する必要があると思われる。感染の問題が避けられたからといって、売買春における女性の尊厳の無視という問題がなくなったとはいえないからである。発言が売春問題にも言及するものであることは大変留意に値する。(L`Osservatore Romano, 1989. 11. 26. 参照 3)。

神学者の合意

冒頭に紹介した最近の研究書で、多くの倫理神学者たちは問題を現実的に考え、次の点を強調している。

すなわち、現代の性のあり方については確かに反省が必要であり、現代文化における性の商品化などについても見直す必要がある。しかし、実際には、感染がこれ以上広がらないようにするために予防対策をとることも必要である。したがって教会関係の施設がコンドームの使用や注射器の取り替えなどのプログラムに関わっても差し支えない、ということである。

司教団文書の中で、このような点に初めて触れたのは、1987年の米国司教団で（The Many Faces of AIDS, Origins, 1987, p.482-489）、その後、1996年にフランス司教団社会委員会も言及し、この方針に賛同する世界の数カ所の司教たちの反応も発表された（以下を参照。The Tablet, 1996.2.24; Catholic news Service, 1996.4.3.）

最近、バチカン発行紙『オッセルヴァトーレ・ロマーノ』で、教皇庁立家庭評議会のスアドー司教がこのテーマに関する論文を発

表している。そこでは、微妙な言葉遣いで防止対策 (containment) と予防対策 (prevention) を区別したうえで、コンドームさえあれば大丈夫という考え方だけでは十分な予防にはならないが、これ以上広がらないようにするには防止対策としてコンドームの使用も考えられると述べている (“Prophilactis or Family Values? Stopping the Spread of HIV/AIDS,” L’ Osservatore Romano, 2001. 4. 19.) 。

いずれにしても、初めに紹介した研究書が力説しているように、エイズの問題は根本的に社会正義の問題である。その社会的な原因への対処こそが最も緊急な課題であり、コンドームなどのような些細な問題にとらわれすぎないようにすることが大切であろう。

違いを認め合う

コミリヤス大学の生命倫理研究所では毎年、しょうがい者をめぐる諸問題を取り扱うセミナーが開催されるが、今年と同大学の「移

民問題研究所」との共同主催で行うようになった。そこに至った経緯を述べたい。

実は、両方の研究所が同じ問題意識を共有して現代社会の歪みに向き会おうとしているのである。具体的に言うと、「移住民」に対しても、「しょうがい者」に対しても、その人々のために何かをやってあげるという心の持ち方ではなく、その人々からの挑戦を受けて「違いを認め合い、互に学び合って生きよう」という姿勢で諸問題に取りかかる必要があるのである。

今回、その経験から示唆を受け、この連載のテーマであるいのちへの道の選択を見直したい。

差別用語

数年前と比べると、「移民」という言葉は差別用語となっていないにしても、次第に使われなくなってきた。むしろ、「海外から

きたスペイン市民」とか「他国籍のスペイン市民」といった呼び方が定着しつつある。（ただ、海外からの移入に対して差別意識を持つ右翼の人々も、ヨーロッパ全体にいることも認めざるを得ない）。

「しょうがい」に関して言えば、一昔前まで使われていた言葉が、現在は差別用語として避けられるようになった場合がすくなくない。たとえば、スペイン語で minusvalido ミヌスバリド（直訳すれば、マイナスの能力やマイナスの価値の者ということになってしまう）は当然用いられなくなって、現在では discapacidad(違う能力)という用語のほうが普通になってきた。

考えて見れば、日本語でも「しょうがい者」と言う場合には、ひらがなを使うようになったのも「障害」という言葉を招く誤解を避けるためであったのではないかと思う。これについて、前に述べたことがあるように、日本カトリック医師会のセミナーでは坂井信明先生の提言があったが、先生は「被」という字をもちいて「被障者」という言葉を使うことを提案されたことがある。理由は「しょうが

い者」は決して「障害」になるのではなく、かえって私たちから「障害」を受けてしまうのではないかという反省があったからである。

とにかく、こうした言葉使いにこだわるのには、ちゃんとした理由があるからであり、単なる用語の問題だけではない。むしろその用語の背後にある姿勢こそ問われているのである。

「インクルーシブな言語」

ここまで述べたことは、移民やしょうがい者の問題だけではなく、男女の平等待遇などについても当てはまる。英語でインクルーシブな言語と強調されるのにも同じ背景がある。

ものごとを白黒に分け、人々を線引きして、男と女とか、健常者とそうでない者とか、内の者とよそ者とかいう風にわけてしまうのもよくあることで、そうした言葉使いの背後に、単なる区別だけではなく、隠れた差別があると認めざるを得ない。

しかし、いずれの他者でも、私とは違う能力のあるものとして認め、違うからこそ互に学び合うことができると考えれば、その人と

の関わり合い方がずいぶん異なってくるであろう。つまりその人とはもはや「しょうがい者」や「外人」や「異性」などというよりも、「かけがえの無い、もう一人の人間として」見られるようになるのである。

ただ、自分がそのように見ようとしても、社会や行政や学校などのような様々な制度が、なかなか差別の枠組みを外さないことも、遺憾ながら事実である。そのため、このような問題意識を促し続けなければならないと思う。

違いを理解しあって、学び合う

前述したように、今回の連載の原稿を書くきっかけは、コミリヤス大学で行われた合同セミナーであったが、「生命倫理におけるしょうがい」と「社会倫理における移民」の諸問題にかかわる両研究所の共通な取り組み方があったことが注目された。それは一言で言

うと、「違いを認め合う」ことの主張だった。

そこで、日本との比較を考えがちな私は、次のように反省させられた。

先ず、しょうがい者に関して言えば、日本から学ぶところが多くあるような印象を私は受けている。特に、社会的差別の撤廃、しょうがい者の自律及び人権の主張という点で、ここ十数年間、日本は大きく進んだのではないかと思う。社会の中で生きていく上でもっとも基本的なことは、一人の人間として「自立」が保証されることである。バリアフリー社会に向けたしょうがい者差別禁止法制定、自立生活運動などは着々と進んでおり、30年前の日本と比べればずいぶん進歩があったと言えよう。

ところが、移民を受け入れるという点では、日本はむしろスペインから学ぶところが多くあるのではないだろうか。とにかく、私としては両方の問題において「違いを認め合う」ことこそ一番肝腎なことだと訴えたい。

学校で共に生きる

スペインの場合、この問題意識が最も高まっているのは学校教育の場においてである。現在多くの学校で、多国籍の生徒が大多数であることは普通になってきた。しかし、しょうがいをもつ者を特定の施設に任せるよりも一般の学校の中で受け入れたほうがよいという意識はまだ十分ではない。学校の枠組みの中で生活や勉強しにくい人たちを排除し、養護学校、しょうがい児学級に任せる傾向は社会の逃げ道と言えるかもしれない。社会一般のルールに乗り切れない人間を作り、作ってから排除する社会こそ問題だと言わなければならないように思われる。特別な支援や配慮の場所（エクスクルシブ）を設けるよりも、インクルーシブな受け入れ方が必要である。そのようにしてはじめて社会の意識も変わっていくようになるであろう。

学校で、ただ単に「車椅子体験やアイマスク体験」をし、「しょうがい」者を招いて話を聞き「感想」をまとめて「福祉教育」をしたからと言って満足するわけにはいかない。「違いを認めあう子ども」を育てることこそ必要であり、「しょうがい」のあるなしにかかわらず地域の学校として子どもたちを積極的に受け入れていく姿勢が問われている。

正しい情報

ところで、前述したことは単なる感傷的な訴え方におわらないようにも注意したい。この連載ではいつもいのちの価値を強調し、いのちの味方という立場で「選択」することを強調してきているが、正しい選択をするために、先ず欠かせないのは正しい情報である。違いを認め合って共に生きる道を選ぶためには、まず違いを持つ他者について互に偏見なしに正しい情報を持つ必要がある。

一例をあげよう。ダウン症に関する専門家の小児科医レン レッ シン (Len Leshin) はあるインタビューで次のように答えたことがある。新聞記者は先生に訪ねた。「先生、しょうがい児が産まれたばかりの両親に向かって何を一番すすめたいのでしょうか」。先生は答えた。「二点。まず、しょうがい児が産まれたと考えないで、まず子供がうまれたと考えるように。その子にはたまたましょうがいがあるということをあとまわしするように。それから、二番目に、しょう害について情報を得るために、90年代以前に書かれた本などを読まないように」。十年ひとむかしと言われているが、10年経てば科学的な情報は古くなってしまっているということを先生が強調したかったらしい。この医師は精神しょうがいのある女の子の父であり、Virtual Canal Down 21 というインターネットのホームページでしょうがいに関する情報とその取り組み方について一般の人への啓発にかかわっている。

むすび

では実践にかかわり、具体的な関わり方へ私たち招くいくつかの例を前述したセミナーの記録からえらび、今回のむすびにしたい。

次に紹介するのは、あるお母さんの証言である。

「長男が興奮して学校から帰った。『ママ、英語の作文は100点だった』。毎日彼の英語の面倒をみていた母親は満足だった。しかし、そのすぐ後で、長男は妹の部屋に入った。妹はしょうがいを持つ子供である。妹に向かって彼は得意そうに言った。『この英文は読めないだろうねえ』。その場面を見た母親は気持ちが変わり、長男を抱きしめながら次のようにいませめた。『よくおぼえていなさい。あなたの妹には一か月がんばってもその文は覚えられないでしょう。しかし、あなたもわたしもできないことがマリちゃんにはできるのよ。マリちゃんは人の気持ちがわかり、私たちより心から微笑み、早寝早起きし、自分の部屋を整え、学校に間に合うようにバスに乗り、インターネットで友達としゃべり、あなたにできないたくさんのことをしているのよ。そしてなによりも、あなたを含めて、

マリちゃんはこの家の私たち皆をしあわせにしてくれているのよ』。お母さんからそう言われた長男はその後泣きながら妹をだきしめた」。

もう一人の母親の証言は印象的であった。「私たちは子供が産めないのでしばらくのあいだ体外受精の治療を受けていたが、成果はなかった。その後子供を養子でもらうことにしたが、そうするのだったら特に親を必要としている子供が欲しと欲してしょうがある子供をもらった。あれから10年たった。今、私たちを幸福にしてくれたその子に感謝する。」

以上のようなことを聞いて健常者のつもりでいる私たちは考えさせられ、もうこれから「正常」や「異常」といった差別的な線引きの仕方を二度と使わないようにしたいものである。

