

〈いのち〉をめぐるモノとコト —生命倫理試論—

田 原 範 子

新たな科学技術の導入、とりわけ身体の侵襲を伴う医療技術の導入に伴う諸問題を解決する方策として、バイオエシックスは1970年代に誕生した。たとえば臓器移植という治療技術、なかでも心臓移植の導入は、私たちの社会に死の観念の変更を要請するものであった。人間の臓器の一つである脳の機能不全を脳死と定義し、人間の死として受容することを通して、その技術は私たちの社会へと適応されることが可能になった。バイオエシックスは、こうした生死をめぐる倫理的諸問題を解決するものとして生み出された。それは欧米のキリスト教文化を基盤とするものであり、その源流には人体実験の被験者保護のための思想と運動がある。

バイオエシックスが日本社会に導入されたのは1980年代である。日本では、1997年の臓器移植法の成立により、脳死状態は人の死として条件付きで合法化され、新しい死の観念がもたらされた。誕生にканしては、合計特殊出生率低下の回復は国民的課題とされる一方で、選択的中絶を可能とする科学技術が導入される。かつてフェミニズム運動が「産む・産まないは女（わたし）が決める」とスローガンを掲げたように、そしてフーコーが生権力と名づけたように、人間の生命をめぐる出来事は、きわめてポリティカルな問題である。

本稿の目的は、現代日本社会における生命倫理について考察を試みることである。本稿では、日本社会における〈いのち〉をめぐる出来事全般を生命倫理と表している¹。まず欧米のバイオエシックスについて概観した後、日本社会における生命倫理の特徴を、1980-90年代の脳死の議論から指摘し、昨年導入された新型出生前検査を糸口にして、日本社会における生命倫理について考察する。〈いのち〉をめぐる近代医学的営みと、〈いのち〉をめぐる日常実践の相克の一端を明らかにしよう。最後に、モノとコトをめぐる民俗学的アプローチを援用しつつ、〈いのち〉にかかわる人間の営みを、文化・歴史をふまえてより広汎に捉える視座を提起する。身体や生命にかかわる人間の実感、それに基づく慣習を祖上にあげることは、素朴な還元主義に陥る危険性を秘めている。しかし、日常生活世界における身体感覚を伴う実感は、近代医学の枠組みを超越し、新たな生命倫理を展望する視野を開く可能性があるだろう。

キーワード：バイオエシックス、生命倫理、倫理委員会、脳死、出生前診断

第1節 バイオエシックスと生命倫理

1-1. バイオエシックス

バイオエシックスという言葉が初めて使われたのは1926年、プロテスタントの牧師で倫理学者であったフリッツ・ヤール (Frits Jahr) によってだとされる。彼は、生命にもたらされる苦痛に対して新たな科学的方法による対処・管理が要請されている状況を踏まえて、「あらゆる

生命をもつ存在を、原則的にそれ自体における目的として尊重し、可能であるなら、そのようなものとして扱え」という行為規範Bio-Ethikを提唱した [ザス、2013: 71-2.]。当時、近代医学が、19世紀後半の麻酔法、無菌法の確立を経て、抜歯術、無痛分娩などの外科手術に臨床応用され始めた時代であった [村岡、1991: 6-30]。新たな科学的知識とその応用に対して、文化に基づきながら倫理的な反省を要請するものとしてバイオエシックスは登場した。

だが20世紀後半に至るまで、医療の諸問題は、医者—患者関係の場における意思決定のなかに限定されてきた。医師は、ギリシア時代の医師結社の入門宣誓文「ヒポクラテスの誓い」を連綿と継ぐ医の倫理によって諸問題に対処した。1960年代の米国の公民権運動、その後の消費者運動は医療現場へ波及し、一方的に診断・治療される立場にあった患者は、顧客・依頼人そして消費者へと変貌をとげる。1972年、米国病院協会によって「患者の権利宣言」が採択される。これは、インフォームド・コンセントと患者の自己決定権の二つを基軸として「医療の主体は患者である」ことを宣言したものである。こうして医療者モデルは、指導者から援助者へと変更された。1970年代後半以降、生殖技術や臓器移植、延命技術などの飛躍的な発展のなかで、前例のない倫理的問題が発生する。医療の場の諸問題は、従来の医師—患者関係の意思決定の場を超え、社会的な問題として論議され、生命や死の概念に新しい変化がもたらされる。

「患者の権利宣言」の前年、1971年にポター (V. R. Potter) が『バイオエシックス』を著した。ポターのバイオエシックスは、「地球環境の危機を克服して人類が生き残るための科学」であった [土屋、1998: 16-7]。同年設立された米国ジョージタウン大学ケネディ研究所のバイオエシックスセンターでは、生命諸科学とヘルスケアの領域における学問としてバイオエシックスを位置づけた。同センターが編纂した『バイオエシックス百科事典』(1978年)においてバイオエシックスは、「生命科学と医療の領域における人間の行為を、この行為が道徳的な価値と原則に照らして検討される限りにおいての、体系的研究」と定義された。ポターの定義に比べ、医療との関係性に力点が置かれている。1979年の「バルモント・レポート」は研究倫理の原則を定めたもので、被験者保護のための4原則モデル—自立尊重、無危害、仁恵、社会正義 (1978年「生物医学および行動研究の被験者保護のための国家委員会」) が確立された。

生命倫理学者の米本は、バイオエシックスを1970年代の米国の学問であり、医の倫理からバイオエシックスへという思想革命だと位置づける [米本1985、1988]。米本は、バイオエシックスは、医師や医療関係者を含めた広い意味の医療体系の問題、人間以外の生物を含めた基礎研究の問題、さらには環境問題や人口問題をも含み、これらを、倫理、宗教、文化、法律、哲学など複数の専門領域から考察する総合的学問だとする。それは、なぜわれわれが体外受精や脳死や臓器移植という問題に直面しているのか、その歴史的な意味は何なのかを問いかけることを可能にする。ではバイオエシックスはどのように日本に導入されたであろうか。

1-2. バイオエシックス=生命倫理

バイオエシックスが早稲田大学で開講されたのは1976年、ジョージタウン大学バイオエシックスセンターに所属する木村理人によってであった。木村は、バイオエシックスを「生命科学研究や臨床医学、患者や家族の道徳上・倫理上の価値判断の妥当性の是非を取り扱う応用倫理

学に止まるものではない」と位置付け、自己決定権を旗印とするバイオエシックス運動をとおして「人権運動に根ざした公共政策づくり」を志向した〔香川、2011: 219〕。

医学哲学者中川米造は、バイオエシックスを次のように紹介した。

分子生物学者の倫理論の一つで、生き残りの論理と言われるものである。生命現象のフィードバック機構には無秩序性あるいは非確定性が内在しており、そのことが生物の進化や進歩に重大な役割を果たしているという説である。この生物学的「事実」が現在のバイオエシックスの土台となる。すなわち、生物としての人間の問題は、個人の生命の観点ではなく、種族の存続という視点から見るべきだということである〔中川、1977: 98-102、筆者要約〕。

ヒトの生命現象を、生物種の一つとして捉え、バイオエシックスを近代科学の進歩に対応する倫理として位置づける立場であり、前述のポターのバイオエシックスの定義に共通する。この基本原理は、バイオエシックスが医療との関係性に重点がおかれて論じられる場合には強調されることは少ないものの、後述するユニセフの「生命倫理と人権に関する宣言」では貫かれている。

1978年、ジョージタウン大学と同じイエズス会に所属する上智大学が開講する講義科目バイオエシックスに対して、文部省（当時）は、講義科目名をカタカナから漢字へ変更するように指導し、バイオエシックスは「生命倫理」と訳された。

1980年以降、バイオエシックスの導入に身を投じたのは、木村理人に師事した報道写真家、岡村昭彦であった〔高草木、2011〕。岡村にとって、バイオエシックスは思想のみならず実践でもあり、そのためにインフォームド・コンセントを患者の権利として定着させることに努めた。岡村にとってバイオエシックスは弱者が権利を獲得する運動であった。

さらに、哲学者の加藤尚武は、バイオエシックスを医療領域における未来型の人権思想として捉えている。

医学的なガイドラインを、個々の社会独自の歴史的文化的履歴をふまえて、我々に無理なく受容させる方法を模索する学問〔加藤、1986〕

文化の伝統よりも深い、生命そのものに根ざすモラルをほりおこし、宗派の差異をこえた普遍的な人間の、対話をつうじて吟味可能なルールを言葉にもたらさねばならない。それは21世紀への知的な戦略というよりは、いつの時代にも変わらぬ道徳の正道であるにすぎない〔加藤、1987〕。

つまり、新しい科学技術による諸問題を解決するために、文化や宗教を超越する生命としての普遍的な原理として生命倫理を措定し、それを将来の人類のために適応されなければならないという立場である。

欧米におけるバイオエシックスは、リベラルなキリスト教を中心とする宗教的な文化資源に大きく依拠したディシプリンという特徴をもっている [田代、2010: 178-179]。そして患者の権利運動のなかで、インフォームド・コンセントと患者の自己決定権という概念と共に制度化された。生命倫理という言葉が、日本のマスメディアに登場するのは、脳死からの臓器移植のための立法化を検討する「生命倫理研究議員連盟」が設立され、厚生省の「生命と倫理に関する懇談会」が報告書を出す1985年である [土屋、1998: 21]。日本社会における生命倫理は、輸入された概念に滞り、制度化は遅れた。医療過誤をめぐる被害者運動があったものの患者の権利を守る活動が本格化するのは1990年代に入ってからであった²。〈いのち〉をめぐる判断は、個々の現場に委ねられる傾向にあった。

次節では、バイオエシックスの源流であるインフォームド・コンセントと倫理委員会について述べよう。

1-3. インフォームド・コンセントと倫理委員会

「患者の権利宣言」の基軸の一つインフォームド・コンセントは、第二次世界大戦でドイツが行った戦争犯罪を裁く軍事裁判、ニュルンベルク裁判（1945-46年）に源をもつ。メディカル・ケースと呼ばれた法廷において、ナチス・ドイツによる虐殺や人体実験などが犯罪として裁かれ、その結果としてニュルンベルク・コードが提示された（1947年）³。

ニュルンベルク・コード⁴は、研究目的の医療行為の実施にあたって被験者の意思と自由を保護するためのガイドラインで、10項目の基本原則からなる。最初に規定されるのが、実験を行う者の義務と責任、現在のインフォームド・コンセントの概念である。実験する者は、被験者から自発的な同意を受ける前に、実験の性質、帰還、目的、方法、手段、危険性などを知らせなければならない。その他の項目において、実験は社会の福利のために、入念な準備を経て、あらゆる不必要な身体的、精神的な苦痛や傷害を避けて行われるべきであること、死亡や障害を引き起こすことがあらかじめ予想される場合、実験は行うべきではないこと、また被験者は、実験を中止させる自由を有することが規定されている。

1964年の第18回世界医師会総会では、ニュルンベルク・コードを基本理念とする「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」（「ヘルシンキ宣言」）が採択され、新たに医学研究における被験者保護のために研究倫理委員会の設置が義務づけられた。研究倫理委員会は、研究者、スポンサーらから独立した正式な資格を有するもので、国際的規範や基準はもとより、研究が実施される国（あるいは国々）の法律と規制を考慮に入れなければならないと定められた。

米国における倫理委員会は、1974年の全米研究法の成立により、機関内審査委員会 Institutional Review Board (IRB) の設置が義務づけられ制度化される⁵。また、医療施設内における具体的な必要性により、病院内倫理委員会 Hospital Ethics Committee が設置される [米本、1985: 101-104]。インフォームド・コンセントが権利となる時、自己決定権を行使する能力のない者が、治療方針をどのように決定するのかという問題が浮上した。米本によれば、1976年のカレン裁判、1983年のベビー・ドゥ裁判を経て、倫理委員会は普及する。

カレン裁判は、重度の昏睡状態にあるカレンの人工呼吸器をはずす権利を求めて、父親が

ニュージャージー州の裁判所に申し立てたものである。判決においては、人命保護という国家の法的利益よりは、死の過程を長引かせないという個人の権利が優越することを立証するものであった。そして人工呼吸器をはずす権限を認めた判決文の最後に「病院の倫理委員会の助言を仰ぐべきである」という表現が入っていた。1983年のベビー・ドウ事件では、新生児の障害を理由に両親が緊急手術を拒否したことに始まる。裁判所は両親の決定を是認したが、それ以降、終末医療や出生における限界的なケースには、病院内倫理委員会の設置が勧められ、倫理委員会が普及することになる。

土屋によれば、日本で医学審査を担う委員会は、倫理委員会（1980年代から医科系大学で設置）、治験審査委員会（1990年代から医薬品に関して整備）、倫理審査委員会（さまざまな行政方針に基づいて2000年以降に定められた）の順に整備されてきた〔土屋、2010: 198-204〕。脳死患者からの臓器移植、生体肝移植など先端医療にかかわる問題が生じた場合にマスコミで会見に応じるのは、大学内に設けられた倫理委員会である。これらは、欧米の倫理委員会とは異なり、政府とは無関係に自発的に設置されたものである。日本で委員会による医学研究審査が制度化された目的は、(1) 世論・マスコミ対策、(2) 欧米並みの基準を持つ必要性、(3) 先端医学研究の国策としての推進にあった〔土屋、2010: 204-205〕。

1989年11月、日本では第一例目の生体肝移植が島根医科大学で行われた。この手術においては、緊急手術という理由で倫理委員会の審査を経ずに実施され、倫理委員会は「緊急事態で家族の同意も十分に得られていた」としてこの手術を追認し、緊急事態に対応できるように小委員会を作ることを決定した〔朝日新聞1989年11月22日〕。事後的に審議されたのは主に以下のことであった〔朝日新聞1989年11月16日〕。(1) 移植チームが十分な情報を伝えて、本人、家族の同意（インフォームド・コンセント）をとったか、(2) その記録が残っているか、(3) 生体腎移植と同様とする移植チームの見解の可否、(4) 同じ肝臓移植をもつ子の親への圧力である。治療を行うという医学上の判断が、家族の承認を得ること、類似の生体腎移植の経験を敷衍することを通して、倫理委員会の審査に優先された。近代医学的治療を追認し、その普遍性には疑義をたださない生命倫理の特徴を表わした事例である。

1-4. 資源としての人体

1980年代後半からヒトゲノム解析計画が具体化し、2003年、ヒトゲノム解読完了が宣言された。ゲノムとは、ある生物をその生物たらしめるのに不可欠なすべての遺伝情報であり、遺伝子一つ一つの知識だけではなく、それらが系統的に位置づけられたものである〔村岡、2010: 87〕。ヒトゲノムの解読により遺伝子診断、あるいは遺伝子工学とその応用として遺伝子治療とテクノロジーは無限に展開する。そこに産業界を含めてヒトゲノムによる受益者の拡大が予想される。

ユネスコは、「ヒトゲノムと人権宣言」を1997年に採択し、1998年に「ヒトゲノムと人権に関する世界宣言」へと格上げした。第一条において「ヒトゲノムは、人類社会のすべての構成員の根源的な単一性並びにこれら構成員の固有の尊厳および多様性の認識の基礎となる。象徴的な意味において、ヒトゲノムは、人類の遺産である⁶」と言い、ヒトゲノムという人間の「内

なる自然」が人類の共通遺産とされる。

こうした状況のなかで、フランスでは、人体＝人格＝人権は不可分にして第三者の侵害から無条件に守られるべきとする法改正が行われた。また欧州社会は、「自己決定」によって確立する20世紀のバイオエシックスに対して、「連帯」による共有空間の構築というバイオポリティクス——身体処分とその管理や利用に関して秩序だった共有空間を構築しようとする政治的意思の表明——を対置させている[米本、2006: 215-20]。具体的には、人体保護庁を設置して人体的資源を公権力によって管理されるべき対象とすることである。しかしグローバル化社会において、EU内に閉じられた法規制は有効には働かない。たとえば自国で禁止されている代理母を求めて、代理母ツアーが行われ、不足している臓器を求めて、国際的な移植ツアーが実施される。市場論理が地球規模で拡大するなかで、身体は資源として売買されるものとなっている。

2. 〈いのち〉をめぐるアポリア

2-1. 脳死と臓器移植

1967年に南アフリカ共和国で心臓移植が行われて以降、現代では臓器移植という技術そのものは、もはや先端医療ではない。しかしその先端性は、治療対象ではない人に対する身体侵襲を可能とした思想にある。日本で脳死を人の死とする論議が活発になったのは、1980年代である。日本における脳死と臓器移植にかかわる事柄を表1に記した。当時厚生省は、医療費の増加を食い止めるために「医療適正化のための対策」を講じ、「国民の負担能力の範囲内において効率良く、国民の健康と医療の水準を維持向上させて行く」ことを目標とした[厚生省、1988: 228-229]。薬や検査中心の医療から指導中心の医療へ、入院医療から在宅医療へと医療の供給に構造的な変革をもたらすことを意図するもので、具体的には人工呼吸器の限定利用や腎臓移植手術の推進が実施された。厚生省は1986年から10月を「腎移植推進月」に定めて、献

表1 脳死と臓器移植にかかわる事柄

1968年	札幌医科大学における和田医師による心臓移植
1979年	「角膜及び腎臓の移植に関する法律」(1980年施行)
1983年	厚生省「脳死に関する研究班」
1985年	「脳死の判定指針及び判定基準」(竹内基準)発表(深昏睡・瞳孔散大・脳幹反射消失・脳波平坦・自発呼吸停止・6時間継続)
1988年	日本医師会生命倫理懇談会「脳死および臓器移植についての最終報告」
1990年	「臨時脳死及び臓器移植調査会設置法」(脳死臨調)発足
1992年	脳死臨調答申
1997年	「臓器の移植に関する法律」(臓器移植法)施行
2006年	「病気腎」移植事件(宇和島徳洲会病院)
2008年	国際移植学会「イスタンブール宣言」(自国で救える努力をすること)
2010年	「改正臓器移植法」施行(家族の意思による提供可能／親族への優先提供の意思表示)
2012年	初めての六歳未満の脳死判定→臓器提供(富山大学病院→大阪大学病院)

腎思想の普及啓発に努めた⁷。

1997年10月16日に「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）が施行され、移植のために脳死者から臓器を摘出することが合法化された。2006年に改訂された臓器移植法では、家族の意思による臓器提供（改定前は、本人が書面で意思を残し、家族が承諾した場合に限り臓器提供が可能）が認められ、15歳未満の子どもにも脳死判定による臓器提供が拡大された。

脳死状態の人から臓器摘出を導入する議論が始まった1980年代の争点は、脳死によってプロスペクティブに死を判定することの是非、国・大学・病院によって異なる脳死判定基準の問題（欧米での現状）、専門家による判定がさらなる医療過誤を発生させることへの危惧など、多岐にわたり、日弁連、日本精神神経学会、宗教関係団体など諸団体が脳死を人の死とすることに反対意見を表明した。

本稿では脳死判定の詳細ではなく、死にかかわって新たに導入される生命倫理の特徴を、日本医師会生命倫理懇談会の「脳死および臓器移植についての最終報告」から読み解いてみよう[日本医師会、1988、筆者抜粋、下線部は筆者の強調]。

「社会における人間の死」とは文化的社会的伝統の中で自ら定まるものである。その基礎となるのは生物学的死であり、それは専門家の共通見解を基準として定めざるを得ない。人間では脳幹の働きに由来する生命の統合能力が最も重要である。また、人間らしさを代表するひとつの機能は、精神活動であり、これは脳によって営まれている。そこで脳死および脳幹をふくめた脳全体の機能の完全な喪失をもって、固体の死とすることを提言したい。

しかし、患者の自己決定権という考え方から、脳の死による死の判定を是認しない人には、それを認め、是認する人には脳の死による死の判定を認めればそれでさしつかえないだろう。

死の判定については、その権限を慣行的にもっている医師が共通の理解のもとに統一的に判断していくことが望ましい。それは立法によって社会的合意を得るのが必要かもしれない。しかし、医師が間違いなく脳の死による死の判定をし、患者の家族がその判断を信頼してそれに同意するなら、個別に解決していくであろう。

脳死に対する反対の中には、医師への不満によるものが少なくない。信頼を回復するために医師は努力が必要である。

人間の生物としての死（個体死）が、脳の死によって医学的に認められれば、それを社会的に、法的にも人の死として取り扱っていくのが、自然の道筋である。脳死を死と認める事で、我国でも臓器移植の道が開かれるであろう。

二つの論理矛盾が指摘できる。まず、生物学的死が客観的に存在するかのように述べながらも、それは専門家の合意によって決めざるを得ないとしていることである。次に、脳の死を人の死とする根拠に脳の機能の特質をあげ、その根拠として脳の精神活動による「人間らしさ」の形成をあげていることである。「人間らしさ」という概念もまた、文化的・社会的な

のであり、客観的・医学的に存在するわけではない。

こうした論理矛盾の上に、死は慣行的に医師の判断にゆだねられてきたので、脳死も正しく判断すれば受容されるだろうと推論し、脳死を認めるか否かは個人的判断にまかせよと提案する。これに対して日弁連は「何をもって個人の死と認めるかということは、もはや個人の意思を超越した問題であり、これについて、自己決定権の概念を持ち出すのは誤りであろう」と反論した〔日弁連、1989: 43〕。

脳死状態からの臓器摘出は、1997年の臓器移植法施行以来、2012年までの15年間で102件である⁸。一方、米国の場合、2008年1年間で7984人がドナーとなり、2210件の心臓移植が行われている⁹。日本では脳死者からの臓器摘出が少ない理由として文化や死生観があげられることがある。工藤は、米国との比較を通して、日本では臓器提供可能な施設が少ないこと、ドナーとレシピエントをつなぐネットワークが十分機能していないことなどを原因として指摘している〔工藤、2010〕。

2-2. 出生前検査

妊婦のほとんどが病院で出産する現在、妊婦検診に来院したつもりで出生前診断を受けているという現状が指摘される〔小笹、2011〕。超音波検査で、胎児の心拍の様子を知り、元気に育っているのを確認することができる一方で、男女の別、身体的な奇形が発見される。とりわけ35歳以上の「ハイリスク妊婦」の場合、確定診断のために羊水検査、臍帯血検査、絨毛診断など、さらなる検査へと駆り立てられることもある。

2011年の日本産婦人科医会の報告によれば、妊娠初期に超音波検査、羊水検査、絨毛検査などで胎児の異常が見つかり中絶した件数（推定）は、1985～90年が1000件未満、2005～09年は約6000件である。出生前検査の一般化および検査精度の向上が、人工中絶の件数の増加を引き起こしていると推察される〔2011年7月23日、毎日新聞夕刊〕。

さらに「無侵襲性出生前遺伝学的検査（Non-Invasive Prenatal Genetic Testing: NIPT）」いわゆる新型出生前検査が2013年4月に導入された。妊婦の血液によって、胎児の染色体「異常」（染色体13、18、21のトリソミー）の可能性を判定する検査である。現在、登録された医療機関のみで臨床研究として実施されているが、従来の羊水検査に比べて、妊婦や胎児への侵襲性が低いこともあり、2014年4月時点で8000人以上が検査を受けたと言われる。新型出生前検査でわかる「異常」は、障害をもって産まれる子どもの約20%だと考えられている〔立命館大学生存学研究センター、2014: 28-30〕。発生初期のヒトの変異の可能性、その20%の可能性を回避する意志はどのように醸成されたのか。歴史的背景に論を進めよう。

2-3. 「生命の選別」から「リスク管理」へ

国民優生法を継いで1948年に制定された優生保護法の下で「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」ための不妊手術が合法化され、ハンセン病、精神病や知的障害の人たちが対象となった。本人の同意を要さない不妊手術は母体保護法が制定される1996年までに1万6000件以上実施されたと推定される〔朝日新聞2010年9月29日〕。

ドキュメンタリー映画「忘れてほしゅうない」(2003年)、「ここにおるんじゃけえ」(2010年)の佐々木千津子氏(1948年-2013年没)は、脳性マヒの障害があり、20歳で施設入所をする時(1968年)に、卵巣へのコバルト照射による不妊手術を強制された。その手術の後遺症による体中の痛みで、2013年に亡くなるまで大量の薬を服用せざるを得なかった。

1970年代に胎児の染色体「異常」を調べる羊水検査が臨床の場に導入された。「青い芝の会」などの障害者運動は、出生前診断は国家による優生学の実践であり、それはさらに自己決定という形で「自主優生学」を発動させるものであると指摘した。そして女性運動との連携のなかで「出生前診断は生命の選別である」という認識を表明した[利光、2012: 61]。

一方、1980年代、生殖技術としての生殖医療は飛躍的に普及する。1983年、東北大学医学部に倫理委員会が設置され、体外受精児が誕生する。1990年代には、不妊治療や流産防止の名目で受精卵診断の規制が緩和され、「患者の自己決定権」のもとに生殖技術の利用が正当化され始める。1996年、優生保護法は母体保護法へと改訂され「不良な子孫の出生を防止する」という文面は削除された。

2004年は、重篤な病気に関係する染色体の「異常」を回避するために受精卵診断の実施が正式に認められた年である。また、男女産み分けと高齢出産による染色体「異常」の回避を目的として、受精卵診断が関係諸学会に無届けのまま実施されていたことが報道された。

この年を境に「受精卵診断はいのちの選別であり、障害をもつ者に対する差別である。同時に、女性の心身に過重な負担をかけて遺伝的に健康な子どもを産む事を強いる技術である」という主張が急速に力を失う。「優生思想で一点突破できる時代は終わった」と利光恵子は当時を回想した(2013年5月21日医療社会学研究会における談話)。米本昌平もまた「生命倫理の問題を語るのに、ナチス政策との類似点を見つけて危険だと指摘することこそが知識人の役割と信じた戦後世代は、社会の構成員の主流ではなくなり始めている。言い換えれば、歴史記憶が倫理規範の代用として機能する時代は、過ぎてしまった[米本、2006: 247]」と分析する。

生殖技術の進歩は、生命の選別からリスク管理へという発想の転回をもたらした。柘植あづみが指摘するように、人間の身体を遺伝子レベルで観察し、発見した「異常」をリスクと見なし、その回避を試みるという発想である[柘植、2010]。美馬は、次のように述べる[美馬、2010: 49]。

誰を産み、誰を産まないかの選別としての出生前診断と選択的人工妊娠中絶を考える上でのキーワードとなるのは「リスク」である。こんにちの医療での支配的な考え方では、出生前診断とは、ある胎児が病人や障害者として出生する前になんらかの介入を行うことで、子どもが病気や障害をもって生まれるリスクを減らす試みの一部であるとみなされているからだ。

胎児の異常の可能性をリスクと読み替え、リスクのある出産の是非を、「自己決定権」という名目で妊婦とその家族の個人的判断に委ねているのが現状である。遺伝カウンセリングなどの環境も整備されず、出産後を展望するための情報——「障害」を持つ人たちの生活につい

て——の提供もないまま、妊婦とその家族たちは決断を迫られている。

一方、出生前検査のスクリーニングが実施されている欧州の国々では、すでに「スクリーニング→障害の発見→胎児の中絶」という流れができているという [坂井、2013: 117]。フランスでは¹⁰、2006年の出産数は83万288件で、うち65万5000人の妊婦が母体血清マーカーを受け同意書を提出し、医学的中絶の許可は6787件であった。スクリーニングと羊水検査によって、ダウン症の検出率は92%であり、陽性反応が出た人のうち96%が中絶したとされる [坂井、2013: 58]。にもかかわらず、坂井は「(フランスの3分1の妊婦は) 検査のことを知らずに受けていた」と聞き、「カウンセリング体制が整っている」と言われてきた欧米諸国も、実は試行錯誤のなかにあると指摘している [坂井、2013: 249]。

表2 生殖医療にかかわる事柄

1940 年	「国民優生法」成立（遺伝疾患をもつ人の不妊手術を認可）
1948 年	「優生保護法」制定（優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する） 非配偶者間人工受精（AID 精子提供）開始
1965 年	「母子保健法」制定
1982 年	徳島大学医学部・国内初の倫理委員会設置（体外受精の是非を検討）
1983 年	東北大学医学部・倫理委員会設置・体外受精児誕生 日本産婦人科学会見解 「体外受精は婚姻関係にある夫婦で、卵子採取などが可能な場合に限る」
1986 年	慶応大学医学部「男女産み分け法」開発
1989 年	東京歯科大・凍結受精児誕生
1996 年	「優生保護法」を「母体保護法」に改訂
1998 年	諏訪マタニティークリニック・妹から卵子提供による出産
1999 年	厚生科学審議会見解「(母体血清マーカー検査は) 医師は妊婦に検査の情報を積極的に知らせる必要はなく、勧めるべきではない」
2000 年	「クローン技術規制法」
2003 年	厚生労働省部会・第三者からの卵子提供を認める報告書
2008 年	日本生殖補助医療標準化機関・姉妹、友人からの卵子提供開始
2013 年	一般女性からの卵子提供幹旋事業開始 「新型出生前検査」導入

2-4. 生命倫理と文化多様性

2005年10月、第33回ユネスコ総会において「生命倫理と人権に関する世界宣言」が採択された。この宣言は、「ヒトゲノムと人権に関する世界宣言」（1997年）、「ヒト遺伝情報に関する国際宣言」（2003年）の原則に基づくもので、科学技術の発展が人類の利益に貢献することを確保するための手法を現実化するためのものである。そこにおいて生命倫理は、科学技術の発展により生じる問題においての選択に主要な役割を果たすものと位置づけられる [ユネスコ、2007]。

前文において、生物圏の一部としての人類が、科学技術の発展による利益を得てきたこと、しかし科学技術の発展の過程には道徳的感受性や倫理的自省が不可分だとする。さらに、健康

は科学技術のみならず社会心理的および文化的な要因に依存すること、そして医学などの科学技術に対する倫理的な問題にかかわる決定が、個人、家族、集団又は共同体および人類全体に影響を及ぼし得るものであることを指摘する。個人のアイデンティティが生物的、心理的、社会的、文化のおよび精神的な次元を含むことに留意し、文化多様性を人類の共通遺産であるとする。そして第12条「文化多様性及び多元主義の尊重」で、人間の尊厳等を侵害しない限り、文化多様性と多元主義が考慮されるべきだと述べる。

医療倫理学者の黒須によれば、国連で2001年に開始された人クローン作成に関する議論において、治療目的のES細胞作製に関して合意が得られなかった経緯があり、文化多様性の尊重は、宣言作成当初から意識されていた〔黒須、2011: 43〕。文化多様性の具体的事例は、法的限界としてエホバの証人信者の子どもに対する輸血、道徳的・法的限界として出生前または着床前の遺伝子診断による性差別があげられる。一方で、民間療法、伝統医療、代替医療は、無害性の科学的根拠において文化の多様性の一つとして評価されている〔黒須、2011: 42〕。

文化の多様性が医学実験に利用された事例として、2005年11月の韓国ES細胞論文捏造事件がある。この論文によって、研究データの捏造のみではなく、2000個を越える卵子が研究に不正提供されていたことが露呈し、世界に衝撃を与えた。淵上は「ヒト胚の研究利用に対する抵抗の少ない国情に鑑み、ES細胞研究を国家経済の発展や国威発揚の原動力にすることを目論む体制側の意図が働いて、東アジア諸国で幹細胞研究が盛況していると考えられている〔淵上、2009: 407〕」と危惧する。

科学技術装置が、遺伝子レベルで身体という自然を解析する時、「正常」な遺伝子が普遍化される。科学による普遍化の方向性が、個別の身体へと向かった時、発生初期のヒトへ向かい、掌握可能なもののみを是正することへと向かう。この具現化したものが出生前診断であった。美馬は、内的自然である身体的としての〈生〉が生物医学的な技術によって実質的に包摂された事態において、フーコーの権力理論を引きながら「権力と知がその絡み合いをつうじて生産するのは、『従順な身体』、言い換えれば、経済的には有用で政治的には服従する主体であるような社会的な〈生〉である〔美馬、2004: 101〕」と述べる。現在の欧米諸国の出生前診断はさらに、個人の自己決定と経済的格差の下に人体の資源化を志向している。この傾向に対して、欧州は「連帯」によって歯止めをかけようとした。しかし、その試みは残念ながらグローバル化のなかで限定的にしか作用していない〔米本、2006〕。

一方、胎児診断を含む先端医療について、日本は明らかに拒絶的だといわれてきた〔米本、1988: 175〕。前項で述べたように、脳死状態からの臓器摘出についても、設備やネットワークの不備があり、提供数は伸び悩んでいる。脳死臨調の委員の一人、哲学者の梅原猛は、脳死を人の死として受容しない状況は、日本独自の死生観によってもたらされていると考えた〔梅原、2000〕。欧米的なバイオエシックスの論議の俎上には上がらない日本社会における生命倫理について、次節では、「〈いのち〉を育む」という言葉に内包される「時間軸」を敷衍して、日本社会における生命倫理について再考してみよう。

第3節 〈いのち〉をめぐるモノとコト

医療化された現代社会において、〈いのち〉にかかわる出来事、とりわけ死と誕生は、医療の専門家によって担われる。生命にかかわる諸問題は、倫理委員会という専門家を中心とした組織により審議され決断が下される。

論考を終えるにあたり、民俗学的な視点で生命倫理を再考することを提案しよう。バイオエシックスにおいて、臓器、受精卵、胎児、新生児などのモノが審査され、選択が要請された。こうした議論において、〈いつ生命が始まるのか〉〈いつ生命が終わるのか〉という生命の〈点〉捜しが行われてきた。ある時点で、生命というモノが生まれ死ぬという議論である。しかし議論の対象を、生命のプロセスに置換し、時間軸を延長させてみよう。点は線となり、生命というモノは、生まれ死ぬというコトになる。

論議の対象となるモノ自体の時間軸を伸ばしてみる。脳の機能不全から心臓の機能不全を起さるだろう、受精卵は胎児へ、胎児は新生児へと変化する。それらの変化に寄り添って、モノとしての〈いのち〉がもたらすかたちを想像してみよう¹¹。『有紀ちゃんありがとう』は、事故から脳死状態になった9歳の子どもを49日間看続けた両親と医師の記録である。有紀ちゃんの母親は「昨今脳死は死であると強調されるようになりました。でも、あの時に私たちにとっては、死への過程であったような気がします。……脳死と言われても、脳だけが悪いのかなという意識しかなかったと言えるかも知れません [関藤・山口、1992: 21]」。僧侶でもある父親は次のように述べる [関藤・山口、1992: 122]。

有紀をなくして以降、私たちは人間の死の問題について、それまで以上に深く考えるようになりました。私も宗教的立場から言えば、死は心臓が止まった時点で生じるものではありません。ましてや脳死状態でもありません。それは、通夜をともに過ごすことでみなさんの心の中に刻み込まれ、そして、ご遺体が荼毘に付されたときに決定的になるのです。その後も初七日があり、四十九日があり、一周忌を迎えることで、亡き人を諦めることのできない残された人たちが、心の整理をしていくのです。

さらに、民俗史的時間によって、科学史的時間を相対化してみよう。科学技術によってもたらされたさまざまな事——脳死による死の概念、出生前検査における遺伝子変異の排除——が生起する現在を未来の時点からレトロスペクティブに想像してみる。つまり、虫垂切除術の定着と変容、精神外科の衰退など、現在における過去の先端技術の盛衰を参照することで、科学技術と生命倫理の関係性を想像的に構築することが可能になる [村岡、1995]。

日本の伝統社会では、生命誕生を一つのプロセスと捉え、そのプロセス全体を親や親族、共同体といった社会関係の中で迎え、受け入れてきた。妊娠5ヶ月の戌の日に行う帯祝い、出産後のお七夜、1ヶ月後の初宮参り、100～120日目のお食い初めなどの儀式は、現代でも残っている。誕生における赤子というモノだけではなく、子どもが授けられたというコトもまた重要であった。一方、死においても、初七日、四十九日、その後50年まで続く法事のなかで、死というコトは受け入れられてきた。この世とあの世の旅路を経て、人は生まれ、死んでいく。

死というコトに寄り添い、生むというコトに寄り添う時、個別な〈いのち〉という存在に〈聖なるもの〉という普遍性が宿る。

■参考文献

青柳かおる、2011、「イスラームの生命倫理における胚の形成過程の問題」『比較宗教思想研究』11、1－16頁。

2012、「イスラームの生命倫理における初期胚の問題——ユダヤ教、キリスト教と比較して」『比較宗教思想研究』12、1－21頁。

浅井美智子、2011、「人口生殖を支配する生政治」『女性学研究』18、24－42頁。

安藤泰至、2011、『「いのちの思想」を掘り起こす』岩波書店。

植松明石、1985、「文化研究と『たべる』——食べるモノとコトの民俗学」『フォーラム』3、跡見学園女子大学文化学会、23－26頁。

上杉富之編、2005、『現代生殖医療——社会科学からのアプローチ』世界思想社。

大北全俊、2011、「M.フーコーの社会学／公衆衛生の記述について」『待兼山論叢、哲学編』45、1－15頁。

荻野美穂、2005、「障害を理由とした中絶とフェミニズム——アメリカの場合、日本の場合」『思想』979号、85-111頁。

奥田純一郎、2014、「グローバルな生命倫理『立法』は可能か？——ユネスコ『生命倫理と人権に関する世界宣言』の有する意味」『上智法學論集』第57巻、第4号、47-67頁。

香川知晶、2011、「日本の生命倫理研究の開拓者たち」安藤泰至編『「いのちの思想」を掘り起こす』岩波書店、193-237頁。

加藤尚武、1986、『バイオエシックスとは何か』未来社。

1987、『21世紀の知的戦略』筑摩書房。

加茂直樹、1991、『生命倫理と現代社会』世界思想社。

キュール、シュテファン、1997、「ナチ・コネクション」『思想1997第8号』（荻野美穂訳）55-75頁。

川上武、1982、『現代病人史』勁草書房。

工藤直志、2010、「脳死と臓器移植」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社、19-44頁。

黒須三恵、2011、「文化多様性の尊重と生命倫理——ユネスコ『生命倫理と人権に関する宣言』における原則の検討」『医学哲学と倫理』第9号、39-45頁。

厚生省、1988、『厚生の指標臨時増刊——国民衛生の動向』厚生統計協会

後藤明、2013、「序説：モノ・コト・時間の人類学——物質文化の動態的研究」『人類学研究所研究論集』第1号、1－32頁。

小笹由香、2011、「女性とともにむきあう生命倫理上の課題——出生前診断の選択を巡るケアを通して」『女性心身医学』16巻2号、138-145頁。

坂井律子、2013、『いのちを選ぶ社会——出生前診断のいま』NHK出版。

ザス、ハンス=マルティン、2013、「統合されたグローバル生命倫理の1926年における初期の根源」『臨床哲学15(1)』（加藤譲訳）70-85頁。

生命倫理と法編集委員会編、2003、『資料集生命倫理と法』太陽出版。

関康子・山口研一郎、1992、『有紀ちゃんありがとう——「脳死」を看続けた母と医師の記録』社会評論社。

高草木光一、2011、「岡村昭彦とバイオエシックス」安藤泰至編『「いのちの思想」を掘り起こす』岩波書

- 店149-192頁。
- 田代志門、2010、「生命倫理」『よくわかる医療社会学』178-179頁。
- 田原範子、2007、『包摂と開放の知——アサンテ世界の生活実践から』嵯峨野書院。
- 玉井真理子、2005、「出生前診断における『機会の平等』——「知らせる必要はない」問題再考」『思想』979号、112-125頁。
- 土屋貴志、1998、「『bioethics』から『生命倫理学』へ」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、14-27頁。
- 2010「倫理委員会による研究審査」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社、183-221頁。
- 柊植あずみ、2010、『妊娠を考える—〈からだ〉をめぐるポリティクス』NTT出版
- 利光恵子、2012、『受精卵診断と出生前診断』生活書院。
- 中川米造、1977、『医の倫理』玉川大学出版部。
- 中村佳子・広瀬洋子、1988、「女性のからだ」『からだの科学』1月号。
- 西真如、2011、「疫学的な他者と生きる身体」『文化人類学』76(3)、267-287頁。
- 日本医師会生命倫理懇談会、1988、「脳死および臓器移植についての最終報告」『ジュリストNo. 904』有斐閣63-69頁。
- 日本弁護士連合会、1989、「日本医師会生命倫理懇談会『脳死および臓器移植についての最終報告』に対する意見書」脳死シンポジウム実行委員会編『脳死臨調どうなるこれからの医療』38-50頁。
- ハーバーマス、ユルゲン、2001→2004、『人間の将来とバイオエシックス』（三島憲一訳）法政大学出版局。
- 舘上恭子、2009、「東アジアにおける幹細胞研究のバイオポリティクスと生命倫理」『Japanese Association for Religious Studies』406-407頁
- 松田素二、1997、「実践的文化相対主義考——初期アフリカニストの跳躍」『民族学研究』第62巻第2号、205-226頁。
- 美馬達哉、2004、「バイオポリティクスの理論に向けて」『経済学雑誌』第104巻、第4号、85-102頁。
- 2010、「出生前診断と選択の人工妊娠中絶」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社、45-72頁。
- 2012、『リスク化される身体』青土社。
- 村岡潔、1991、「西洋の医学と医療の歴史」中川米三監修『医療概論』医歯薬出版、6-30頁。
- 1995、「先端医療」黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社。
- 2003、「〈ターミナルケア空間〉の文化解剖学」『佛教大学総合研究所紀要別冊』75-101頁。
- 2010、「新遺伝学」佐藤純一・土屋貴志・黒田浩一郎編『先端医療の社会学』世界思想社、73-102頁。
- 梅原猛、2000、『脳死は本当に人の死か』PHP研究所。
- ユネスコ、2007、「生命倫理と人権に関する世界宣言」黒須三恵・宗川吉汪訳「医療と倫理」7号、74-80頁。
- 米本昌平、1985、『バイオエシックス』講談社現代新書。
- 1988、『先端医療革命』中公新書。
- 2006、『バイオポリティクス——人体を管理するとはどういうことか』中公新書。
- 立命館大学生存学研究センター、2014、『生存学研究センター報告22——生殖をめぐる技術と倫理、日本・ヨーロッパの視座から』生活書院。
- ロスマン、デイヴィッド、1991→2000、『医療倫理の夜明け』（酒井忠昭監訳）晶文社。
- Conrad, Peter, 2013, "Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Context," in William C.Cockerham, ed., *Medical Sociology on the Move: New Direction in Theory*, Springer, 2013, pp. 195-214.

Barker, Kristin K., 2010, "The Social Construction of Illness: Medicalization and Contested Illness," Bird Chole, Conrad Peter, Frement Allen, and Timmermans Stefan eds. *Handbook of Medical Sociology 6th edition*, Vanderbilt University Press, pp. 147-162.

-
- 1 安藤は「バイオエシックスの制度化の進行と同時に、医療や生命科学の飛躍的な発展がもたらす問題について「畏れ」や「怒り」をともなった「いのちへの問い」が後退し、バイオエシックス（生命倫理学）は……先端的な医療技術を社会に軟着陸させるという社会的機能を担うものとなっていった」と述べる [安藤、2011: 6]。筆者は、この考え方を汲み、生命倫理という言葉を、生活や生き方など、いのちへの問いを可能とするものとして用いる。
 - 2 医療過誤の被害者運動は1970年代より組織されていた。たとえば、サリドマイド、キノホルム、クロロキンによる薬害の被害者運動である。消費者運動の一環として患者の権利保護を主要目的とする組織として、最も早期に活動を開始した医療人権センター COMLの発足は、1990年である。
 - 3 極東裁判では、旧日本軍七三一部隊の人体実験は不問とされている。
 - 4 ニュルンベルク・コードおよびヘルシンキ宣言は、九州大学大学院医学研究院RecNet Fukuokaを参照した。
ニュルンベルク・コード：
http://www.med.kyushu-u.ac.jp/recnet_fukuoka/houki-rinri/nuremberg.html（2014年9月28日閲覧。）
ヘルシンキ宣言：
http://www.med.kyushu-u.ac.jp/recnet_fukuoka/houki-rinri/helsinki.html（2014年9月28日閲覧。）
 - 5 IRBの起源は、1953年にNIH（National Institute of Health）によって設けられた施設内審査委員会で、被験者のインフォームド・コンセントと委員会による審査を受けることが義務づけられていたことにある [土屋、2010: 187]。
 - 6 ヒトゲノムと人権に関する宣言は、文部科学省ホームページを参照した。
<http://www.mext.go.jp/unesco/009/005/001.pdf>（2014年9月29日閲覧。）
 - 7 米国の研究を元に、一年に1000人の透析患者を腎移植することで、10年間に103～142百万ドルの医療費減が見積もられた [川上、1982: 569]。
 - 8 社団法人日本臓器移植ネットワークのデータによる。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/zouki_ishoku/index.html（2014年9月30日閲覧。）
 - 9 ORTN/SRTR Annual Reportによる。
http://www.ustransplant.org/annual_reports/current/212_dc.htm（2014年9月30日閲覧。）
 - 10 21トリソミーの胎児をスクリーニングする母体血清マーカーテストとNT（超音波によるうなじの測定）が全妊婦に提供されている [坂井、2013: 57]。
 - 11 科学技術における生物学的多様性の理論を援用すれば、染色体の「異常」は、人間の多様性を表すものである。時間軸を伸ばすことは、空間を拡大することでもある。科学技術における生物学的多様性の議論を、環境問題における生物多様性の理論へと架橋するような論議は可能だろうか。

An Approach to Japanese Bioethics: A Trial Based on Local Knowledge

Noriko TAHARA

Abstract

The purpose of this paper is to investigate the state of bioethics in Japan. First, we will begin with a simple overview of the history of bioethics in Europe and U.S.A., followed by the introduction of bioethics into Japan. To clarify the features of bioethics in Japan, we will examine the arguments of the brain death and organ transplanting from 1980 to the 1990s. This will focus on the potential variance between medical ethics and bioethics. Then, we will consider Non-Invasive Prenatal Genetic Testing (NIPT) which was newly introduced in 2013. Before NIPT, prenatal genetic testing was rejected by people in the 1980s, for it allowed people to interfere with the choice of life. Currently, NIPT is accepted as a means of risk management. Here, we will consider the difference between medical ethics and bioethics in regards to eugenics. In conclusion, we suggest that scientific knowledge and high-level medical technology should be reconsidered by the local knowledge in the everyday-life world.