



医学と生命倫理

京都女子大学現代社会学部教授 加茂 直樹

哲学の研究者として、「法と道徳」の問題がきっかけで生命倫理に関心をもち始めてから20年以上になる。医療についてはまったくの素人であるが、これをもっぱら社会問題として取上げ、他のさまざまな問題との関連でそのあり方を考えるという立場を採ってきた。人間の生命を尊重することはもちろん大事であるが、それだけでは生命倫理は成立しない。また、狭い意味の倫理だけが問題であるわけでもなく、とりわけ現在は、医療の技術開発の面でも、臨床の現場に関しても、政策的、財政的な方向づけが重要になっていると考える。

本日は病院に関係しておられる皆さんにお話をする機会を与えられたので、いくつかの個別の問題について、近年の経過と考え方の変遷を辿り、現在の状況の見直しを試みることにする。とはいっても、特に最近のことについては限られた情報しか得ていないので、一面的な総括に基づく議論となる。みなさんから新しい情報やご意見をいただいて、修正していきたい。

I. 安楽死・尊厳死・死ぬ権利

安楽死肯定の考え方は昔からあり、西洋でもキリスト教が明確に反対の見解を出すまでは、必ずしもタブーではなかった。キリスト教の自殺を重い罪とする教えが確立されてからは、これに基づく安楽死否定論が長期にわたり大きな影響を及ぼした。だが、真面目なキリスト教徒

のトマス・モアが『ユートピア』(1516年)において安楽死肯定論を述べたという例もある。近代になって、キリスト教の影響力の衰退とともに、欧米諸国では積極的安楽死の合法化運動が盛んになる。

日本では刑法202条に禁止規定がある。名古屋高裁が1962年に安楽死が許容される6要件を示したが、この要件を充たした事例はほとんどないと思われる。近年、苦痛軽減の技術の進歩と植物状態患者の増加にともない、死苦から救うための安楽死から無益な延命を拒否する尊厳死に焦点が移ってきた。日本尊厳死協会は“生者の意志”証書の制度を設けている。

死ぬ権利、死なせる権利を法律で保障して欲しいという要求は理解できるが、濫用や悪用の危険をなくすためには、どのようなケースに適用が許されるかを詳細に定める必要がある。ところが、そうすると、法律の規定としては不適切になるし、実際の適用が難しくなる。そこに根本的なジレンマがある。

本人の自己決定の自由は一応、尊重されるべきだが、さまざまな病状の患者について、本人の現在の正確な意志を確認することは難しい(拒食症患者のケースなど)。

積極的安楽死は認められないが、消極的なものは認めるという立場に賛成が多い。しかし、それはいたずらに死苦を長引かせるだけだという反論に答えられるだろうか。

重度障害新生児の場合、生死に関わる決定をだれがするかが問題になる。人工妊娠中絶とも

関連させて考察する必要がある。

II. 脳死・臓器移植・人工臓器

脳死と心臓移植については、1968年夏に行われた和田移植が疑惑（提供者は死んでいたか、提供者に蘇生のための治療が尽くされたか、受容者は心臓移植適応であったか、の三点について、検察は灰色の不起訴処分）をもたれたことが、長く禍根を残した。

その後、臨時脳死及び臓器移植調査会（1990年3月～92年1月）における論議などの曲折があって、1997年6月17日、ようやく「臓器の移植に関する法律」が成立、同年10月16日から施行された。

脳死を人の死と認めるか否かは、倫理的に決着できる問題ではないので、反対意見はあっても、なんらかの形で社会としての決定をせざるをえなかったと思われる。だが、脳死移植の合法化よりもっと重要な問題は、脳死からの臓器移植を今後、積極的に推進すべきか否かにある。この技術の最小限の正当化はできるとして、これをどの程度まで社会的に有用な治療法として評価できるか、を問うことが必要である。私自身は、善意の提供者に重大な損害を及ぼす可能性があること、臓器の提供が慢性的に不足するであろうこと、費用の負担が医療資源の配分と関わって未解決であること、などの問題点があるので、積極的に推進すべきであるとは考えない。

1999年前半に、臓器移植法に基づいて初めて行われた4例の移植について、脳死判定の手順前後や、マニュアルを順守しないケース、マニュアルそのものの不備など、問題点が出てきた。また、脳死判定の妥当性と移植の公平性のために要求される情報の公開とプライバシーの尊重との間でどう折り合いをつけるか、も残された課題である¹⁾。

生体からの移植は、腎臓にはじまって肝臓、骨髄、小腸、肺などにまで、拡大してきている。既に500例（1999年9月の時点）を超えた京大

における生体肝移植のように、成果を挙げているものもあるが、提供者が肉親であるだけに、どのように提供者の意志の自由を保障するか、また、提供者に危害を及ぼす可能性についてどう考えるか、などの問題点があり、積極的に賛成はできない。あくまで例外的な治療法に留めるべきであると考え。なお、最近、提供者を親子兄弟に限るという原則を修正し、提供者の拡大を図ろうとする動きがあるが、それにも無条件に賛成はできない。臓器売買にも賛成できないが、外国における事情などを聞くと、臓器提供にともなう金銭の授受を絶対的に否定することもできないように思われる。

臓器移植の推進にとって、提供される臓器の不足は致命的である。そこで、人工臓器を開発し、これを量産すべきだという主張がある。人工臓器の例として、腎臓透析を取り上げてみよう。これは60年代後半に日本に導入されたが、当初は高価で機器も不足し、一部の人たちだけが救われた。70年代に機器の改良と量産が進み、公費負担などの導入により、差別は解消した。年間の費用も1,000万円から500万円程度まで安くなった。

問題は透析を受ける患者数の増加である。さまざまなデータによれば、1984年の患者数は4万8千人で年に4千人の増加であるが、91年には、患者数10万人以上、年に7、8千人増加となり、99年には、患者数18万人、患者予備軍は約100万人と伝えられる。現在の透析患者数は20万人と推定され、年間の総費用は1兆円になる。医療費総額を30兆円とすれば、30分の1を占める。

人工臓器の開発よりも、患者数の増加を抑えるための方策を立てることが先決である。昭和大学医学部藤が丘病院の出浦照国教授によれば、腎不全の患者に適切な食事療法の指導を行えば、透析に入るのを何年も遅らせることができる。この指導は1時間1,200円であるが、保険医療では月に1回しか認められていない。そのため、透析患者の増加を抑えることができな

い。「現在の医療行政の重大な誤り」と出浦教授は語っている（毎日新聞、1999年2月3日付夕刊）。

Ⅲ. 妊娠中絶・未熟児治療・新しい生殖技術

妊娠中絶については、少なくとも日本の社会では、それ自体としてはそれほど深刻な問題ではなくなってきているようにみえるが、実態に大きな改善はなく、問題点は残されたままである。中絶を全面的に否定する考え方は説得力をもたず、女性本人の完全な自己決定の権利を主張する立場も、多数の賛成を得るにはいたっていない。両極端の間に多様な意見が散在している状況下で、現実には依然として多数の中絶が行われている。出生前診断の導入にともなって、障害児の中絶が問題にされたり、不妊治療にともなう多胎妊娠のさいの減数中絶の是非が問われたりしている。中絶患者の低年齢化傾向にも、注意が必要である。

社会全体の医療のあり方から考えると、一方で最新の技術を駆使し、金と手間をかけて子ども作りに努力しながら、他方で多くの中絶が行われることを見過ごしていいのか、という疑問が生じてくる。望まない妊娠を減らすのが先決である。

未熟児治療、特に体重1,000グラム以下の超未熟児の治療については、近年あまり話題になっていないが、妊娠24週前後、体重400グラムぐらいの新生児をなんとか育てあげるというケースは、いまもあると推測される。このことの影響は、合法的な人工妊娠中絶を24週までとしていた規定が22週までに改められたことに現れている。しかし、それで表面的な矛盾はなくなったとしても、問題が解消したわけではない。医療技術の高度かつ多面的な展開にともなって、医療が何を目標しているかが一般にわかりにくくなっているのは事実であり、技術の発展によって作られた現実を追認するだけでは不十分である。また、個人の自己決定の自由を尊重することは一応望ましいが、それだけで

生命倫理という名にふさわしい規範や学問が成立するわけではないのである。

体外受精については、技術の高度化と多様化が進んで、成功率は多少は上がっていると思われる。だが、「不妊の夫婦の配偶子を用い、妊娠するのは妻である」という、基本的な形式だけを認める日本産科婦人科学会の見解を守らないという動きが一部にでてきている。学会の申合せが強制力をもたないことや、人工授精との整合性の欠如をどう考えるか。また、他人の助けなしには救われない患者がいるという正当化理由にどう答えるか。

Ⅳ. ヒトゲノム・遺伝子診断・遺伝子治療

ヒトがもっている遺伝子情報の全体がヒトゲノムであり、その実体がDNAである。DNAは長い分子で、A、G、C、Tという4種類の塩基がらせん状に組み合わさってできている。ヒトゲノムは約30億個の塩基で構成され、23対の染色体に畳み込まれている。塩基を文字に見立てると、28ページの新聞で約50年分に相当する情報量を含む。DNAの中で蛋白質を作るための設計図が遺伝子であり、人の場合、総数約10万個ある。いわば、ヒトゲノムは、人が生まれてから死ぬまでに必要な設計図をすべてDNAという長い録音テープに記録したようなものであり、成長するにしたがって必要な設計図（遺伝子）が呼び出され、「○○をつくる」、「××をストップする」などの指令が出される。ヒトゲノム解読はこのすべてを文字に起こしていく作業とも言える（朝日新聞、2000年2月3日付朝刊の解説）。

ヒトゲノム研究は、アメリカで1986年、日本では90年代初めに開始され、予定より早く2000年初めに解読は完了した。これに関連して、社会的、個人的なレベルでさまざまな問題が出てくる。第一に、ゲノムの解読結果は、新しい治療薬や病気の診断薬の開発につながる可能性があり、特許が認められると、私企業が情報を独占して利益を挙げることになる。この成果を公

正に活用するには、どのようなシステムが有効か。第二に、単一の遺伝子の異常から生ずる遺伝病は既に5千種以上知られているが、その治療法があるものはまだ僅かである。遺伝子診断が可能であっても、治療が不可能であったら、その情報にどのような意味があるのか。将来的に発病の恐れがあるという情報だけが伝えられても、不安を呼び起こすだけであろう。第三に、遺伝子検査の結果が、健康保険、生命保険、就職、裁判、犯罪捜査などに用いられて、新しい社会的差別を作り出す可能性がある。また、遺伝子情報は、これまで不明であったものを多く含んでおり、これがだれに帰属し、どのように利用されるべきかが、社会的に大きな問題になる。

今後、感染症（主として社会に関わる）、生活習慣病（主として個人に関わる）に代わって、遺伝病が医療の中心になってくる可能性がある。その治療は遺伝子診断を前提とするが、これは本人だけでなく、家族にも関連をもつ情報であり、従来の自己決定尊重とは異なる考え方の導入が要求されるかもしれない。ただし、生活習慣病も遺伝的素質に関わっている場合がある²⁾。

出生前診断は親や子の権利、特に選択的妊娠中絶に関連して、従来以上に複雑かつ深刻な事態を作り出している。アメリカで「不正出生」(wrongful birth)と「不正生存」(wrongful life)が問題になっている。前者は、「医師が過失を犯さなければ障害をもった子の出生は回避できた」と主張する親が提起する損害賠償の訴訟」である。後者は、「障害をもった子が生んだ親に対するその子の側から提起される損害賠償の訴訟」である。そして、前者は認められることがあるが、後者は認めないという一致した結論があるという。前者は所有の範疇に属し、後者は存在の範疇に属するという違いはあるにしても、「親が医師を不正出生で訴えて勝訴し、その子どもが親を不正生存で訴えて敗訴するという例が生じたら、その二つの判決の間には公平

がなりたつのだろうか」³⁾。確かに、前者を認めて後者を認めなければ、社会の公的な判断として一貫性を欠くことになるし、一種の差別を持ち込むことにもなろう。だが、どちらも認めれば、障害をもって生まれてくることのマイナスを、言い替えれば、障害者が幸福な人生を過ごすことは健常者より難しいことを、社会として明確に肯定することになる。他方、同じ障害者の側から、「深刻な障害があっても、その人は不幸な人生を送ると決め付けるのは不当である」という主張があり、さらに、「障害があっても幸福になれるよう社会は保障すべきだ」という要求がある。社会はこれらにどのように対処したらよいのか。

医師が胎児の遺伝情報を親に伝えなかったことに論点を限定するならば（親がその情報を得ていたなら、それをどう利用したかは別にして）、その点で医師の責任を問うことには、問題がないように思われる。だが、「不正出生」にはそれには留まらない意味が含まれる。このようなものを含めて、個人の多様な要求に個別的に対応するばかりでは、社会の政策としては矛盾し、整合性を欠き、無駄の多いものになってしまうのではないか。

これまでは知られなかった情報が、特に遺伝に関して、知られるようになると、それを知りたくないという人も出てくる。患者の側における知る権利と不知の権利は必ずしも矛盾するものではないが、後者については、患者が十分に情報を知っていることを前提とするインフォームド・コンセントとの関連においては、自身に不利益がありうることを説明し、この権利の濫用を防ぐことが必要である。この権利の行使は、インフォームド・コンセントの機会の放棄を意味するとみなしてよいのだろうか。

胎児の遺伝情報を親が中絶に利用するのは容認するとしても、相当数の障害児は生まれてくるであろう。かれらには何の罪も責任もないのだから、生まれてきた以上は、かれらができるだけ人間としての幸福な生活を享受できるよう

にすることは、社会の責任であろう。だが、社会の責任といっても、それは結局は個人個人の負担になってくるから、社会的合意、構成員多数の自発的な協力の姿勢、それを支える社会の法制度、経済力が不可欠である。言い替えば、社会の取りうる責任には限界があるし、善意やヒューマンイズムだけでこれを補完していくことは難しい。障害児が生まれてくることが予測されていて、親が生むことを選んだ場合、そのことから生ずる社会の負担を、引き受けることを拒否しようとする社会の構成員もある。他方、障害があっても、幸福に生きる権利を強く主張する個人もある。この対立を調停することは困難である。さしあたっては、社会がどれだけの負担に耐えられるかという観点から、現実的な解決を図るしかないように思われる。

遺伝情報は、本人だけでなく、親、兄弟、その他の血縁者にまで関わることが多い。検査を受けること自体が個人的なことに留まらない意味をもちうる。だから、検査結果の開示について原則を確立し、また具体的な取り扱いの仕方を明示することが求められる。

医療機関が健康診断などで採取した血液を用いて、本人に無断で遺伝子解析をしていたという事例がいくつか伝えられている（国立循環器病センター、東北大学など）。研究目的のためには有用であるにしても、本人も知らない情報を医療機関が握っていることには重大な問題があり、これについても原則的なことに始まる論議が必要であろう。

V. 今後の医療のあり方について

現代の医療は、技術の多面的かつ高度の発達によって、病気の治療と延命という点では著しい成果を挙げているが、それによって個人の幸福に貢献しているという評価は必ずしも受けていない。医療技術の発展が個人の幸福に結びつくと感じられないことの一つの理由は、幸福が個人の心のもち方次第であることにある。例えば、難病が治癒可能になっても、ありがたがら

れるのは最初だけで、すぐにそれは当たり前のこととして受け取られるようになる。もっと一般的に言えば、物質文明、科学技術文明がどんなに進歩しても、われわれはその提供してくれる豊かさや便利さにすぐ慣れてしまい、それほど幸福になったとは思わないのである。

現代の医療を社会的観点から見るとどうなるか。技術の発展によって、患者の多様な要求に応えることができるようになったのは、確かに進歩と言えるであろう。だが、同時に、以前には技術的に不可能であったことが可能になったために、さまざまな新しい社会的、倫理的、法的な問題が噴出してきた。そのいくつかを挙げてみよう。第一に、新しい治療法の多くは、高額な費用をとともなう。そのことから、生命に関わる新しい差別が生じたり、医療資源の不適切な配分が結果したりする。一方で、高度の技術により少数の難病患者の生命が救われるが、他方には、基礎的な医療も受けられずに多数の患者が死ぬ、という事態が起こりうる。総医療費も増大する。第二に、個々の医師たちが患者の自己決定の自由を尊重し、その多様な要求に応えようとしていることは、一応は肯定的に評価できるが、価値多元的な社会において、患者の需要に応ずるばかりでは、医療が全体として何を目指しているかが不明確になってしまう。社会としての医療の政策的な方向づけが必要である。第三に、社会福祉的な制度を充実させることは、医療が公正に活用されるためにも必要であるが、制度は大多数の人々が健康のために自分でも最小限の努力をすることを前提にして成立している。医薬や健康保険制度に依存して、不摂生をする人が多くなったら、制度そのものが崩壊する。これは個人の幸福とも関わって重大である。個人は医薬や制度に甘え、これに頼りきっていながら、決して満足も幸福も感じず、むしろ欲求不満を肥大させている。第四に、新しい技術には、臓器移植における臓器の提供者、新しい生殖技術における配偶子の提供者や代理母などのように、医療関係者以外の第三者の関

与を必要とするものが多くあり、このことが複雑で厄介な問題を生み出す。最後に、環境汚染や現代社会のストレスの多い人間関係が新しい病気を生み出しているとしたら、それを高度の医療技術が対症療法によってある程度まで治療するとしても、個人や社会の福祉がそれだけ増進したことにはならない。文明病には、もっと根本的な対応が求められる。

アメリカは20世紀半ばに、国民の健康水準の向上を、医療保険制度の充実によってではなく、医学研究振興費の増加という形で図るという選択をした⁴⁾。他方、日本においては、基礎研究を中心とした医学・生命科学政策はあまりにも軽視され、医療に対する国民のアクセス、つまり“比較的安い値段であまねく誰もが医療サービスを受けられる”ことに重点が置かれた⁵⁾。「したがって、日本にとっては、医療保険制度における“平等”の理念はわが国医療の最大の長所として堅持しながら、これまで軽視されてきた医学研究政策の抜本的な拡充と、これと表裏一体のものとして、遺伝子治療を含む“医療技術の質の評価とチェック”を中心とする、医療の内容面についての政策を展開していくことが、今後の最大の課題である」⁶⁾。このような政策的な論議がいま特に重要になっていることは事実であろう。

現代医療の抱える諸問題の多くは、医療の内部だけでは根本的に解決されえない。現代文明社会を視野に入れた広い問題領域の中で、医療のあり方を考察することが必要である。特に重要なのは、人口、資源、環境との関わりである。総括的に言うと、現代文明のあり方の批判的検討と関連させて、これからの医療の進むべき方向を探っていくことが必要であろう。環境はい

まや地球的な規模の全人類的課題になっている。医療についても、部分的には国際的な協力体制が整備されつつあるが、提供される医療の質の水準とそれを支える制度については、国によって非常に大きな格差がある。一方に、脳死移植のような高度の技術で少数の命が救われる国があり、他方に、基本的な医療どころか食糧や水もないために多くの命が失われていく国がある。医療が、それを切実に求めている患者がいるということ、新しい治療法の正当化理由にするのであれば、途上国におけるこのような現実を無視することはできないはずである。工業先進国における高度のモータリゼーションが、環境と資源の両面から考えて普遍化不可能であると同様に、新しい医療技術の多くは、資源浪費型であって、全人類に恩恵を及ぼしえないのではないかと、という疑問に正面から取り組むことが要求されていると考える。

註

- 1) 平野恭子. 検証脳死・臓器移植 (岩波ブックレットNo.497). 東京: 岩波書店; 2000.
- 2) 加藤尚武. 脳死・クローン・遺伝子治療 (PHP新書). 東京: PHP研究所; 1999. 5章
- 3) 加藤尚武. 出生の正不正について. 加藤尚武他編. ヒトゲノム解析研究と社会との接点研究報告集 第2集. 京都: 京都大学文学部倫理学研究室; 1996. p. 63.
- 4) 広井良典. 遺伝子の技術、遺伝子の思想 (中公新書1306). 東京: 中央公論社; 1996. p. 77-78.
- 5) 同上. p. 89-90.
- 6) 同上. p. 91.