



22 生命倫理学への誘い

東京海洋大学大学院 海洋科学技術系研究科

小松 美彦 教授

医療や技術の発展によって 顕在化してきた 生命や死などに関する問題を 総合的・学際的に追究する

このコーナーでは、私たちの社会や生活に身近な研究テーマをわかりやすく紹介する。第一線で活躍されている研究者の研究内容を中心に、学問の仕組みや今後の可能性などについて、インタビューする。

科学技術の発展によって、体外受精や臓器移植、人工呼吸器による延命治療などの高度医療が可能になり、人間の生死もある程度まで制御できるようになりました。動植物の世界では、遺伝子組み換え技術やクローン技術により、生物を技術的に加工したり創出することに成功しています。こうしてテクノロジーがこれまで神の領域とされた生命の誕生や死にかかわるようになってくると、改めて「命は誰のものか」「死とは何か」といった問題と直面せざるを得ません。そこに登場してきたのが、生命倫理学（バイオエシックス）と呼ばれる学問です。

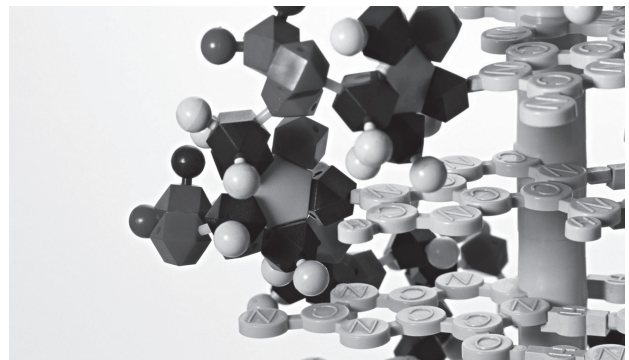
地球を含む生命全体を対象とする学問から 人間を中心に生命や死を考える学問へ

生命倫理学とはbioethicsの日本語訳です。bioethicsは、生命や人生、生活といった意味を持つbioと、倫理あるいは倫理学に当たるethicsを合わせた合成語で、アメリカの免疫学者V.R.ポッターが、1970年の論文ではじめて用いました。当時は、環境問題、人口問題、食料問題への危機意識が高まり、地球全体を農薬汚染や大気汚染から守り、有限な地球の中で人間が存続していくにはどうしたらよいかを、生物学と倫理学などの人文諸科学とが連携して考えていく新しい学問として、生命倫理学が提唱されたのです。ですから、当初の生命倫理学

は、現在の「環境倫理学」に近い学問だったといえます。

しかし、他方ではポッターとは別個に、独自の生命倫理学を掲げた機関が1971年に創設されました。故J.F.ケネディ元大統領のケネディ財団が出資母体となった「ケネディ倫理研究所」です。こちらの方の生命倫理学は、ポッターと同様にグローバルな視点もあるにはありましたが、人間に関することが中心でした。つまり、人間の健康や疾病、患者の権利と医師の責任、中絶や人工授精、脳死を含む死の定義、延命治療と安楽死、医療資源の公正な配分、人体実験、臓器移植や遺伝子操作などの先端医療、こうした事柄をさまざまな視点から広く考える学問として、独自の生命倫理学を発案したのです。

「ケネディ倫理研究所」の生命倫理学は、豊富な財力





＜図表＞生命倫理学に関わる主な出来事

年	主な出来事
1947年	「ニュルンベルグ規約」 本人の同意なき人体実験の禁止
1960年代	「患者の権利運動」 治療法を選択できる権利を求める運動
1964年	「ヘルシンキ宣言」 インフォームド・コンセントの明記
1969年	ヘイスティングズセンター設立 生殖と患者中心医療の研究を開始
1970年	V. R. ポッター「バイオエシックス—生存の科学」発表 生命倫理学の名称が登場
1971年	ケネディ倫理研究所設立 生命倫理学の中心をなす最大の研究機関
1981年	世界医師会「患者の権利宣言」採択 自己決定権などが明確に盛り込まれる
1997年	日本で臓器移植法が施行 本人の意思を基本に脳死者からの臓器摘出が可能に
2009年	臓器移植法改定 本人の意思がなくても家族の同意で臓器摘出が可能に

(小松教授作成)

と人力によって、ポッターの個人研究を圧倒していきます。しかも、人工授精、遺伝子操作、臓器移植、脳死、安楽死、延命治療などに関しては、旧来の倫理的な思考ではカバーし得ないことが起こってきます。例えば、時代は1980年代に下りますが、体外受精による受精卵を病院に残して旅行に出かけた夫婦が両方も事故で亡くなるというケースが発生し、その受精卵をどう扱うかといった倫理的な問題が浮上したのです。

従来の医療問題のほとんどは、患者とその家族、医師の関係の中で対応していました。しかし、高度医療が浸透するにつれ、当事者間だけの関係にとどまらず、法制度の確立や、宗教による価値観や人生観の違い、社会的・歴史的な意味付けなど、医療関係者以外の多くの人がかかわらざるを得ない問題になってきたのです。

こうして、生命倫理学は、ポッター流のエコロジー的な視点を後退させ、「人間を中心にして、生命や死を、総合的・学際的にさまざまな角度から考える学問」として展開することになりました。すなわち、死生や医療に関

わる問題群を、医学や生物学の専門家だけでなく、哲学や倫理学、宗教学、歴史学、法学、経済学、社会学、マスメディア、市民運動などのさまざまな分野の人々がかかわりながら広く考えていく学問となりました。

しかしながら、そうした総合的・学際的な色彩も、1970年頃の誕生から10年ほどで衰えます。というのは、特に政財界によって、抽象的・思想的な議論では現実的に有効ではないように見なされ、問題解決型の生命倫理学が要請されたからです。こうして生命倫理学は、新たな先端医療やバイオテクノロジーの導入をまず基本的に認め、導入のための法律やガイドラインの整備を研究の主眼とするようになり、現在に至っているといえます。

市民の権利運動や財政政策の変更 キリスト教の倫理改革等を背景に発展

では、なぜ、そもそも生命倫理学は1970年頃のアメ리카で誕生したのでしょうか。

例えば、1960年代からアメリカで台頭した市民運動では、消費者、女性、黒人などの運動と並んで、患者の権利を要求する運動も起こり、それが生命倫理の考え方にも影響を与えました。また、1969年に発足したニクソン政権がアポロ計画やベトナム戦争による財政的疲弊から立ち直るために、医療やバイオテクノロジーへと国家予算をシフトしたことも大きな要因になりました。がん撲滅のために、遺伝子レベルの研究に莫大な投資が行われましたが、それに伴って倫理にかかわる問題を解決する必要があったのです。

さらに、ナチスの人体実験の反省として定められた医療研究における基本原則「ニュルンベルグ規約」(1947年)や、それを受けて世界医師会で採択された医療規範「ヘルシンキ宣言」(1964年)を無視して、1970年代初頭までアメリカでは、本人の同意もないまま秘密裏に大規模な人体実験が行われていたことが発覚したことも、生命倫理学が誕生する契機になりました。

このほか、キリスト教の倫理改革も影響しています。



特にカソリックでは中絶だけでなく避妊も禁止されていましたが、実情とかけ離れていたため、その改革機運が高まっていました。「ヘイスティングズセンター」(1969年設立)と、先に挙げた「ケネディ倫理研究所」は、共に生命倫理学誕生に深くかかわった研究機関ですが、当初は生殖に関することが研究の中心でした。

つまり、1970年頃にアメリカで生まれた生命倫理学は、思想的にはキリスト教の倫理改革に端を発し、市民革命の波や国家政策の変更、人体実験の反省などの影響を受けながら、両研究所を中心に発展していったのです。

自己決定権と人格論議を基本とする 法学分野の条件整備が生命倫理学研究の主流に

キリスト教の重厚な神学的思想から出発した生命倫理学でしたが、先ほど述べたように、先端医療やバイオテクノロジーの発展に伴い、それらの分野での研究を推進するには、どのような法律やガイドラインを制定すべきか、どのような規制をしておくべきか、などを考える研究が中心になっていきます。私はこれを「主流の」生命倫理学と呼んでいます。

日本にも1980年頃から主流の生命倫理学が入ってきました。思想的な側面も伝わりましたが、それは全体からするとやはり少数の専門家に受け継がれている状況で、日本の生命倫理学も、法整備や条件整備に関する研究が中心になっています。主流の生命倫理学は、新しい技術や医療を推進させていくことが大前提になっており、大きく2つの考え方に立脚しています。

第1は「自己決定権」の理念です。アメリカは多民族国家であり、1つの価値観で社会を統一できません。そこで、倫理的な問題に関しても、個人の価値観に合わせて考えていくべきだという立場を貫くわけです。1960年代

に興った「患者の権利運動」も、最初は治療法を患者本人が選択できるようにするところから出発していました。しかし、脳死や安楽死・尊厳死の問題が登場したことにより、生き方だけでなく、死にも自ら決定できるようにしようという考え方へと広がっていきます。それを支える理念も「自己決定権」なのです。

第2は「人格」に関する考え方です。これは端的に言えば、人格のない人は人格のある人のために利用されてもやむを得ないとする考え方です。欧米の伝統的な見方では、人格とは理性を備えていることです。そうすると、脳死や植物状態の人、誕生時から脳が欠損している無脳児などは、理性つまり人格がない人ということになります。理性の源は脳だと考えられていますから、脳死状態の人の臓器を脳死でない人に移植してもよいという考え方につながるわけです。理性の有無の線引きは曖昧で、知的障害者、精神障害者などへとどんどん拡大していく可能性もありますが、いずれにしても「人格」によって人間を2種類に区分する考え方といえます。

以上のことをまとめると、生命倫理学には、大きく2つの領域があることがわかります。1つは法学分野の条件整備に関する研究領域で、「誕生」「治療」「死」の3つの場

PROFILE



小松美彦
(こまつ・よしひこ)
東京海洋大学大学院
海洋科学技術系研究科教授
科学史科学論・生命倫理学専攻

1955年東京都生まれ。1989年東京大学大学院理学系研究科・科学史科学基礎論専攻博士課程単位取得。1994年玉川大学文学部助教授、2000年東京水産大学助教授、などを経て現在に至る。現代科学と医学の歴史的研究をベースに、生命倫理に関わる問題に焦点を当てた研究領域を開拓。近年は、脳死や臓器移植、尊厳死などに関わるテーマを積極的に研究。『死は共鳴する—脳死・臓器移植の深みへ』『黄昏の哲学—脳死臓器移植・原発・ダイオキシソ』『対論 人は死んではならない』『脳死・臓器移植の本当の話』『自己決定権は幻想である』『メタバイオエシックス構築へ—生命倫理を問いなおす』(共編著)『いのちの選択—今、考えたい脳死・臓器移植』(共編著)『爛熟する生権力社会(仮)』(近刊)など著書多数。



面における問題の調整を図るものです。もう1つは自己決定権や人格概念など、問題の調整のための基礎を検討する研究領域で、哲学、倫理学、宗教学などが関係します。そして、この2つの領域が相互に支え合って、主流の生命倫理学が成立しています。

生命や死に関する歴史的な視点から 生命倫理における根幹的な課題を追究

私は、以上のような従来の生命倫理学に対して、批判的な立場から研究を進めています。なぜなら、従来の生命倫理学には、①文明論的な視点、②歴史的な視点、③メタ科学的な視点、④経済批判的な視点、⑤原理論的な視点が、全く欠落しているか希薄だと見ているからです。

「文明論的な視点」とは、新しい技術や医療を導入すると将来の文明や社会がどうなるのかを考えることであり、「歴史的な視点」とは、過去から現在までを反省的にたどることです。「メタ科学的な視点」は、医学や科学の理論や研究成果を鵜呑みにせず、冷静に科学的に検証することを意味します。「経済批判的な視点」は、生命倫理にかかわる事柄と国家の経済政策との絡み合いを解きほぐして考えることであり、「原理論的な視点」とは、「自己決定権」や「人格」といった議論の基礎をなす概念を根源的に問い直す姿勢のことです。裏返せば、私はこの5つを中心とした批判的な視点から生命倫理学の問題を考えているわけです。そして、それこそが従来の生命倫理学に対する、私なりの「総合的・学際的な生命倫理学」にほかなりません。

具体的な研究をいくつか紹介しましょう。

1つは、死生に関する科学史の研究です。ヨーロッパの科学や医学の中で、人間の生命や死がどう捉えられ現在に至っているのかを明らかにしていく歴史研究を、私はずっと続けています。そこで、現在の生命倫理的問題である「脳死」や「尊厳ある死／ない死」などを、科学史の中で捉えようというわけです。過去から現在に受け継がれたもの、消失したものを解明することで、現状をより良い方向に変革していきたいと考えています。

もう1つは、生命倫理学で置き去りにされた原理的問題の研究です。例えば、自己決定権批判に関する研究は、「自分のことは自分が決める」という説得力のある論理に対して、生命や死に関する権利を、本当にその本人のみが有しているのかを正面から取り上げて批判したもので、日本



でも世界でも初めてのものだと思います。

また、医学的に自明とされている「脳死は人の死」という考え方に対して、医学的にも正しくないのではないかと、メタ科学的に批判を加えた研究も行っています。さらに、近年では「生権力」の観点からの研究に取り組んでいます。「生権力」とは、フランスの哲学者M.フーコーが把握した近代的な権力の形態で、一言でいえば、「人を生きさせる」権力であり、しかし生きさせる以前に、「生きるに値する人と値しない人の区分けを行う」権力です。欧米では人格すなわち理性の有無で人を区別する考え方が趨勢ですが、日本も同様の状況です。

例えば、日本の臓器移植法は、1997年の成立当初は自己決定権を基礎とし、脳死を死とするか否かを本人が選べる（選ばされる）ものでしたが、2009年の改定法では、本人が拒絶していなければ家族の承諾だけで脳死を死とすることが可能になりました。その先には、本人も家族も拒絶しない限り、死となる可能性もあります。さらには、生命倫理をめぐる現在の日本で最重要に思われる「尊厳死法案」には、終末期の患者を医師が延命治療しなくても罪に問われない条項が盛り込まれています。

これらはまさに生きるに値しない人を区分けし排除する生権力の発動ではないでしょうか。こうした状況について、生権力が、どのような形で生命倫理学の世界に溶け込み、なぜ現在の生命倫理的問題の中に現れているのかを、歴史的な研究と合わせて突き詰めていきたいと考えています。

最後に、高校生の皆さんには、文系・理系の枠にとらわれない勉強を強く望みます。生命倫理学の世界はもちろんですが、特にこれからはあらゆる分野で、自然科学と人文・社会科学のいずれもが、つまりは総合的・学際的な思考が必要になってくるのが間違いないからです。