

生命科学をめぐる諸問題について

井澤 正裕

はじめに

今日、生命科学の進歩には科学技術等の発達によって目覚ましいものがあるが、またその反面、様々な社会的問題も提起されてきているのが現状である。ここでは脳死判定、臓器移植、遺伝子操作、人工授精・体外受精、男女産み分け等をめぐる新たな問題が提起され、特に学問的研究とその実践応用との境界がややもすると見失しなわれ、遺伝子工学のように産業化の過程が先行してしまうなど、ある種の生命操作への危機感からガイドライン設定の必要性、また生命倫理の早期確立が求められるようになってきている。

生命科学は、ライフサイエンスの訳語であり、このライフには生命・生物・生活などの意味があるように、どのような観点からこれらが論じられるのか、またその論者が何を専門とするのかによっても、多少とも生命科学に対するニュアンスを異にするものがある。このことはそれぞれの立場ごとに、生命というものを基本的にどのよう理解するのかによるものともいえる。一例を見るならば生命現象を分子のレベルで明らかにする分子生物学に於いては、生命を物質現象の一つの現れとしている。また生態学などでは個体としての生命の他に、もう一つの生命概念として個体を成り立たしている全体的なシステムとしての生命を想定し、これを生態系として捉え、ここでは植物・動物・

人間等を含めた意味での、いわば生命連鎖としての理解を及ぼそうとしている。また医学的立場からすれば、当然のことながら人間の生命というものが重要な問題となるが、他の生物とは区別された人間の「いのち」が特別の価値を持つことになる。特に生命の尊厳性が問われ、ここでは人間という限定の上に立つた生命論が展開されることとなる。このように生命科学と一口に称してもその領域も多岐に亘り、またそれぞれに於ける生命への理解を異にするものがある。しかしながら生命科学は従来の生物科学とは異なり、生命現象を客観的に認識・記述することに止まらず、生きる主体としての生命の側からその本質を明らかにし、かつまた生命の価値・生命存在の意義を問うところ(1)に共通の今日の特色を見出すことができる。

生命現象を単に物理・化学的法則に還元して理解しようとする従来の生物科学からは、人間の高度な精神的領域の究明は困難なものといえる。ここでは非遺伝的な情報としての文化、その営みとしての社会と生命との関わりが不問に付されている。当然のことながら文化・社会を前提にした意味での生命概念が新たに構築されることが、一つの今日的な課題ともなつてくるといえるが、そうした反省の中から人間の認識判断などの高度な精神活動は、大脳細胞に組み込まれた遺伝子情報に基づいてのみ行われるのではなく、社会的・文化的情報が重要な役割を持つことを認め、大脳は遺伝情報と非遺伝情報とが交錯する場であり、そこから生起するのが精神であるとする分子生物学的な立場も導かれてくるようになる。本来、生命科学は狭義には分子生物学またはその工学的応用でもある遺伝工学に代表されるように、生命現象の本質を科学的に解明することを本旨とするが、生命それ自体に与える影響よりそれぞれにガイドラインが検討され、生命の価値・生命存在の意義が絶えず問われてくることになる。こうした意味で単に自然科学の学問領域に止まらず、その在り方をめぐって広く人文科学・社会科学をも含めた意味での総合の学とならなければならぬであろう。

そもそも科学は世界に対する一つの認識の仕方であり、現象を分析して原理原則に則った新たな世界観の構築を志

向するものであるが、生命科学の立場もまたその例外ではない。生命の本質的究明が深まれば深まる程に、その学的成果が伝統的世界観との関わりに於いて様々に問題を提起してくることとなる。こうした中で生命科学の進歩に対して神道の立場からは、どのような提言ができるのであるのか。本稿に於いてはその一端なりとも窺つてみたい。但し紙幅の都合により個別領域に対する専門的な検討は避け、ここでは人間の誕生・死の両極に亘つて関わりのある主要な問題点を指摘し、検討を加えてみることにしたい。

脳死と臓器移植

人間の死は従来、「死の三徴候」と称される心臓の停止・呼吸の停止・瞳孔の散大によって判定されてきた。これら一般には心臓死と呼び、死の判定に際して医学的基準となつてきたもので、それぞれの条件が満たされた時に、個体の死が確認されるわけである。しかし近年の医療技術の発達により、脳の機能が回復不可能なまでに停止し、これに伴つて心臓の停止、自発呼吸が喪失しても、人工呼吸器などの生命維持装置を用いることによって、人工的に心臓や肺を動かし、ある一定の生命の維持が可能になつてきた。こうした状態を医学的には「脳死」と称している。

脳死の定義をめぐつてはいくつかの立場があるが、①脳幹の機能が不可逆的に喪失した状態（脳幹死）、②脳幹を含む脳全体の機能が不可逆的に喪失した状態（全脳死）、③大脳の機能が不可逆的に喪失した状態（大脳死）の三説に大別される。日本に於いては、②の大脳・小脳・脳幹の全脳機能が回復不可能になつた時点を脳死とするが、脳死を以て個体死とする公的な承認は現在なされていないため、広く社会的コンセンサスの必要性が説かれている。しかしながら、日本脳波学会「脳死委員会」（昭和四十三年）、第八回国際脳波学会（昭和四十八年）、日本脳波学会「脳死と脳波に関する委員会」（昭和四十九年）、厚生省「脳死に関する研究班」（昭和六十一年）、日本脳波学会「脳死に関する委員会」（昭和六十一年）、日本学術会議「医療技術と人間の生命特別委員会」（昭和六十二年）、日本医師会

「生命倫理懇談会」（昭和六十三年）、また平成二年二月に設置された「臨時脳死及び臓器移植調査会」等に於いては、脳死を以て医学的の死、あるいは人の死と認める見解が出されている。

脳死という表現も今日では一般に流布されるようになったが、厚生省「脳死に関する研究班」の報告⁽²⁾が出されてから、特に判定基準をめぐる論議が盛んに交わされるようになってきた。脳死状態は人間が死に至る過程に於いて避けて通ることのできないものはあるが、それをいつの時点と診断するのか、絶対的な測定方法が確定されていないのが現状である。判定基準に対する論議はあくまで医学的な問題ともいえるが、一般人にとっては脳死は新しい「死の概念」であるのか、あるいはまた「死の判定基準」に過ぎないのか、ということが大きな問題となってきた。実際、人工的措置によって生命は維持されているわけであるが、呼吸をし、心臓の拍動、体温のぬくもりがまだあるのであれば、家族にとって死の受容は理屈では理解できても心情的にはなかなか難しいものがある。

脳死が社会的な問題となってきたことは、医学界に於いて判定基準に関する論議が存在すること、また人は生理的にも脳死状態を経て死を迎えるわけであるが、一定の条件（判定基準）を満たした時に医師によって判定されて脳死が確定するわけで、大方は心臓死を以て死を迎えるため、医学的には脳死・心臓死という二重の死の概念が存在することになったこと、さらに何よりも本来的には別次元の臓器移植との関連に於いて脳死が論議されてきたところに、大きな要因を求めることができる。臓器移植の中でも、心臓・肝臓などは脳死状態で臓器を摘出しなければ移植臓器として利用することはできない⁽³⁾とされるが、そのため脳死を個体死との判定が前提とならなければならなくなる。当然のことながら移植医という立場からすれば、脳死＝個体死とする積極的な容認論が主張されてくることになる。これに対して臓器移植のために脳死判定が利用され、また新鮮な臓器摘出のために早期に治療が打切られるなど、移植を中心とした医療行為が一般化することへの危惧、それにともし患者の人権という観点からの慎重論も出てきている。そのため移植医が移植をめぐる告発されるなど、社会的に大きな波紋が投げかけられてきている。今日では臓

器移植再開への動きがある中で、脳死判定の厳密性を期し、大学によってそれぞれに判定基準が設けられる一方、移植の是非を検討する倫理委員会等が設置され、対応が図られてきている。しかし移植医療が再開されたとしても、いまだ医療としては完全なものではないため、実際的にはある一定期間の延命措置に過ぎないこととなり、それさえ免疫抑制剤をはじめ様々な薬物の投与が必要となることから、それらにともなう副作用の及ぼす影響も指摘されている。

ところで脳死を認定するに際しても、いくつかの医療上の選択がなされなくてはならなくなる。脳死状態を患者に認めた段階で、①延命措置をなおも積極的に継続するのか、②段階的に治療水準を低下させてゆくのか、③人工呼吸器等の生命維持装置をはずして心臓停止を待つのか、という医療上の判断が医療行為者に課せられてくることになる。①と②では医師の医療義務または末期医療との関わりのなかで尊厳死という問題が提起されている。③では当然のことながら臓器移植の可否が問われてくることになる。いずれにしてもこうした状況の中で医師としての良心・医の倫理の在り方そのものが問題とされてくることになる。①と②は末期医療の在り方の問題として扱うことができるが、ここでは特に③について見てみることにする。この脳死問題を複雑にしているのは、先にも触れたように脳死が臓器移植問題との関わりで論じられていたためである。臓器移植は一方では人工臓器開発までの過渡的処置ともいわれるが、人工臓器開発までにはさらに歳月を必要としている。現在、臓器移植によってしか生命の助からない人も存在し、また移植によってでも生命を保ちたいと願う人がいる以上、この問題を先送りすることはできないのが現状ともいえよう。現在、角膜・腎臓移植に関した法律はあるものの、脳死状態による臓器摘出の法的根拠は存在していない。そのため移植希望者によっては、海外での移植手術を受けようとし、これをマスコミ等は特集記事などを連載したり、募金活動の助成を行うなどしている。日本で不可能ならば海外で実施しても良いのか、倫理上の問題が問われるところでもある。

臓器移植の中でも、角膜・腎臓については法制化され（「角膜および腎臓移植に関する法律」昭和五十四年）、提供者の登録制度もあるわけであるが、このことは他の臓器とは異なりいづれもが、脳死状態に於ける摘出を必要としなためである。角膜移植は今日までに二―三万例を超えるといわれ、また腎臓移植は年間四百例程あるが、両親もしくは兄弟が生前提供する生体腎移植が実施される場合も多い。海外では専ら死体腎移植が行われていることは対象的である。法的根拠が整えられた角膜・腎臓の移植ケースにあつても絶対数が満たされているかという点、かならずしも充分とはいえないのが現状である。これは移植医療に対する一般認識の在り方、供給システムの問題、あるいは病院・大学などの系列等、人為的障害も指摘される場所である。さらに移植を実施するにしても、心臓・肝臓などでは多額の医療費が必要とされるが、大きな経済的負担も強いられるようになってくる。この経費をはたして誰が負担するのか、高齢化社会を迎え、健康保険制度の若年層への負担増加が問われる中で、医療経済上の問題も派生してくることになる。さらに当該家庭に於いても大きな負担となるところであるが、死が確定した一人の患者の一時的延命を図るために、家族を含めて多くの者が犠牲となつても良いのか、という倫理上の問題も内在している。

臓器移植については、医学的・経済的問題もさることながら、身体というものに対する日本人の文化的、宗教的価値観に負うところが多いともいえる。たとえば遺体解剖の際、あるいは献体にあつて「これ以上患者を痛い目にあわせたくない」、「身体を傷つけない」、「五体満足な状態である世に送つてやりたい」等々、解剖または献体を遺族が拒む場合も多い。遺体に対して一種の感情移入がなされ、医学的問題として、また人道的には理解できるとしても心情的な反発がなされている。同様に臓器移植に同意したとしても、人道的とはいいいながらも、提供する臓器に故人の霊が宿り、それを通して現実には生き続けると思うなど、そこには臓器提供という行為を通して故人の存在を見い出そうとする遺族の姿勢も窺える。当然、提供を受ける側にしても「人の臓器を受けてまでも、生きたくはない」という逆の意味に於ける心情的反発も出てくるものといえよう。単なる物質としては割り切れない身体に対する

感情は、身体に靈性を認め、遺体を尊重してきた文化的な背景に負うものであるが、とはいってもこうした身体観を早急に西洋的なものに変化させる必要もないであろう。むしろこうした立場を踏まえて、それを昇華する中から脳死、臓器移植への対応を図ってゆくことがまず必要とされるところであろう。

尊厳死と安楽死

人間にとって人生の終末が安らかでありたい。また、一日でも長く生を保ちたいと願うことは、誰でもが思い抱くことである。もしこの思いが満たされるのであれば、それは理想の人生といえるのかもしれない。尊厳死・安楽死は、このような人間にとっての理想的死と対比されて問題となってきたものといえよう。⁽⁶⁾特に近年では高度医療の発達と相俟って、植物状態の患者への対処、あるいは癌などの末期医療との関連のもとで新たに論議されるようになってきたものである。人工呼吸器・人工心臓をはじめ各種モニターなどの高度医療機器などがつけられ、また人工透析、化学療法、抗生物質の投与、静脈給養などの様々な治療のもとで、医療関係者によって管理され、家族の看取りを十分に受けないままにその終末を迎えることへの反省がここにはある。

安楽死と尊厳死とは時として混同される場合もあるが、その概念は明確にしておく必要がある。安楽死には、①安らかな痛みのない死、②不治の病に犯され、あるいはその苦しみから解き放つために、人為的な方法によって死に至らしめるという意味で使用される場合が多い。さらに積極的安楽死、消極的安楽死という区別もなされる。積極的安楽死とは、たとえば薬物を致死量投与することによって直接的に死に至らしめることをいい、消極的安楽死とは患者などを死の方向に段階的にコントロールしてゆくことで、医療上の問題となるのは後者の場合である。ただし、①病人が現代医療から見て不治の病であり、②死が目前に迫っており、③苦痛が著しく、何人もこれを見るに忍びず、④医師の手により、⑤倫理的にも妥当な手段によって、⑥専ら病人の苦痛緩和の目的でなされる時、安楽死の要件は満

たされるものとされる（昭和三十六年名古屋高等裁判所／安楽死判決）。

これに対して尊厳死は安楽死とは異なり、苦痛の緩和を目的とするのではなく、人間は個々に人格を有するものであり、それに相応しい死を迎えるべきであるとする前提に基づくものである。安楽死・尊厳死はいずれも末期状態にある患者に対する処置ではあるが、患者の肉体的苦痛を前提としたものか、あるいはその人格を問題にするのかによって異なるものである。苦痛を取り除くペインクリニクスが発達した現在、専ら尊厳死が近代医療の在り方に関連して論議されるようになってきている。

尊厳死では、①回復の見込みのない患者に対する医療行為の在り方、②植物状態となった患者に対する医療の在り方が問題となってくる。①については、死期を間近にした患者と回復の見込みがないが、いまだ初期段階で通常の健常者とは異なる場合とでは、その判断・対応に於いて自ずから異なるものがある。前者では生命維持が医療機器等によってのみ可能となったときには、特別の措置を中止し、もしくは段階的に消極的医療に移行するのが普通である。しかし、医師は患者に対する医療義務があるため、医療措置そのものを停止することはないが、死期を迎えたい者に対する過剰医療の在り方をめぐって、医療行為を拒否する権利、患者の自己決定権との関わりの中で、本当の人間らしさとは何かが、ここでは問われようとしている。

医療に於いては患部の治癒は勿論のことではあるが、患者の肉体的苦痛の除去も必要となってくる。特に癌などの末期に於いてはその苦痛に甚だしいものがあり、苦痛緩和のために鎮痛剤の使用が度重なることになる。たとえばモルヒネの投与は副作用として吐き気、呼吸抑制、便秘などの症状が起り、慢性の中毒症状も表われてくる。さらに耐性増加とともに次第に投与量も増加し、最後には致死量を投与しなければ激痛は緩和できなくなってしまう。患者はややもするとその死期にあつては意識障害に陥り、治療によつてもたらされた障害のなかで死を迎えることとなる。意識朦朧の中での死は、人間にとつてどれ程の意味があるのか問われるところであり、この点をめぐってホスピス運

動が展開してくることになる。

また尊厳死に関しては終末医療の在り方を巡って論議されている一方、植物状態の患者への対応も重要な課題とされている。昏睡状態に陥った患者が、生命維持の治療を施されて生命は回復するものの、意識の回復が不可能になった状態を植物状態と称している。植物状態は脳死とは異なり、生命維持に必要な脳幹の機能は損なわれてはいない。脳の部分的障害であるが、日本脳神経外科学会の定義によると、①自力移動不可能、②自力摂取不可能、③糞尿失禁状態、④意味のある発語は不可能、⑤意志の疎通は不可能、⑥眼球は物を辛うじて追っても認識はない、という状態に陥り、様々な治療によっても改善は見られずに満三ヶ月以上を経過したものとされる。以前であれば助かることができなかつたものが、医療技術の発達によって生命を維持できるようになったわけであるが、その反面に於いて昏睡状態の中で生き続けなければならないという、人間の存在にとって相矛盾した現状がもたらされたものである。

家族にとって患者が生きていくだけで良いと思う反面、患者に対する不憫さに葛藤し、様々な社会問題が生起する場合もある。また、その看護のために、家庭生活が崩壊の危機にさらされているのが現実でもある。そのため治療の継続の可否、人間として対応しい対処の必要性が説かれるようにもなってきた。治療行為の中断にあたっては患者の意志（自己決定権）の確認の仕方、患者には意志表示が不可能である以上、推定的意志によって治療拒否をしてもよいのか、また権利の代理行使を親族が行えるのが問題となる。さらに生命の質の問題として、人間は単なる生物学的存在ではなく、精神的存在であるためこうした状態になったら生命維持装置を外し、人間として尊厳に満た死を迎えさすべきであるとする考え方、それでは弱者の切り捨ての恐れがあり、あくまでも生命の尊重を守るべきであるとする立場が対立している。しかしこの問題は患者のみの問題に止まらず、患者を取り巻く家族までも含む問題であり、家族に対する社会的な救済処置をとらなければならない。そのためには社会福祉政策の上からの大きな見直しが必要とされるところである。

現代医療は身体的苦痛を緩和することはできても、死というものに直面した患者が残された命を自覚的に、しかも強い意志のもとでどのように生きてゆくべきなのかを明確に指針する術をもっていない。余りにも医療技術に偏重し、管理主義のもとで患者への心理的・精神的ケアを疎かにしてきたのではないのか。こうした中で最近注目されてきたのがホスピスである。ホスピスは治療の見込みのない患者の生を最後まで看取るもので、医療機関が行っている延命のための医療行為に対して、看取るための看護、患者とその家族に対するあらゆる援助が含まれ、医師・看護婦・カウンセラー・宗教家・ボランティアなどがチームを組み、患者に対応するものである。ホスピスの起源は十一世紀に遡るとされるが、その存在が世界的に知られるようになったのは、シシリー・ソングダースの活躍がきっかけとされる。彼女は癌末期の激しい痛みをコントロールするブロンプトン・カクテルなどの鎮痛剤を作り、身体症状を和らげ、正常な精神状態を保ちつつ、痛みをコントロールする方法をあらたに確立した⁽⁸⁾。

欧米のホスピスでは、患者に症状を告知し、医療に優先して安らかな死を迎えるための援助が行われるのが特色である。医療行為を強制するのではなく、患者の苦痛を取り除くためのあらゆる方法が施されることになる。適量以上の鎮痛剤を必要としたとしても、死にゆく患者にとってはそれは適量であり、苦しみを取り除くためであれば、大量の使用も許される。こうした肉体の苦痛の緩和と相まって、精神的苦痛・不安を取り除くために、読書・手芸・音楽、また思い出を語らせることなどをしている。しかしながら、日本に於いては様々な試みはなされているものの、いまだ全般的には低調であるといわなくてはならない。末期医療への反省とともにホスピスが紹介される場合も多くなったが、実際そうした施設利用となると躊躇するケースも多くなる。このことは、①日本人が死を忌むためであり、②死の受容は伝統的に看取りの過程で受容され、③患者には死の告知をする例は少なく、④例え行ったとしてもケアする以前に病院で医療を受けさせようとする、などの理由も上げられよう。しかしながら、日本にホスピスがなかなか定着しないことは、やはりホスピスの背景には西欧があり、キリスト教の精神により看護体制がとられているた

めともいえよう。日本では死は歴史的にも主に仏教が関わってきたわけであるが、浄土教の念仏講などのように、伝統的には集団による死の看取りが行われ、そうした看取りの中で死の受容がなされてきたわけである。

ホスピスの場合、死は共有されるものではなく、患者自らが向かい合わなくてはならないもので、スタッフはそれ援助を与えるものに過ぎない。伝統的に死が地域社会で、あるいは家族の中で心情的に共有され、死後はまた祖霊となつて子孫の祭祀を受けるとする伝統の中で、死を理解してきた日本人にとっては、なかなか親しめるシステムとはいえない。さらに保険制度は充実しており、病院に入院さえすれば、あらゆる治療が行われ、かつまた回復の見込みがなくなつたとしても、死を迎えるまで様々な治療が施されるという中では、患者にとつて生をあらためて断念する機会さえないであろう。ホスピスに入る前には、まず死の自覚が前提となるが、そのためには医師の告知がともなわなくてはならない。この告知をめぐっては様々な医療現場に於いてその賛否が論議されているが、そもそもは医療行為も医師と患者との医療契約に基づくもので、告知を行わないことは契約に反し、そのため医師が訴えられるという近年の医療訴訟の増大にもなつて、アメリカなどでは告知を医師が行うようになってきたことは留意しなければならない。

また、ホスピス自体の運営上の問題も指摘できよう。現在の医療費は医療行為に対して支払われるが、特別の医療行為の少ないホスピスでは経営的な問題を抱えることとなり、特別の経営措置のもとに運営が行われているのが現状であろう。こうした医療システムが、死の告知を行わない日本の心情と相俟つて充分な定着を見せない原因ともいえる。ともあれ末期医療、特に尊厳死に関連して今後ともホスピスの在り方が問われることが多くなることは事実であろうが、それに際しては共有化された死の看取りということが再認されなくてはならないであろう。

人工妊娠中絶

人間はいつから人間となるのであるか、古くて新しい問題である。しかしこのことは妊娠中絶を考える上に於いて重要な事柄となってくる。妊娠中絶は優生保護法第二条によると、「胎児が母体外に於いて生命を保持することのできない時期に、人工的に胎児及びその付属物を母体外に排出すること」と定義されている。中絶手術にあたっては日本医師会の指定医（優生保護法指定医）が行い、妊婦及びその配偶者の同意のもとに、①配偶者が遺伝的疾患・奇型・癩疾患にかかっているとき、②暴行もしくは脅迫によって、又は抵抗もしくは拒絶できない間に姦淫されて妊娠したとき、③妊娠の継続または分娩が身体的または経済的理由により、母体の健康を著しく害する恐れのあるときのいずれかの要因を満たすとき実施することができる。ただし中絶が行われるのは、胎児が母体外で生存できない場合であり、満二十三週以前とされる。

①の場合は先天性代謝異常症、染色体異常などの場合であるが、胎児の異常については妊娠早期に羊水診断により判明することができるようになった。胎児は子宮内で羊水の中に浮かんだ状態になっているが、羊水中には胎児の脱落細胞が浮遊しており、これを採用して染色体を分析するものである。羊水穿刺の安全性が以前は問題とされたが、近年では超音波断層法の導入により、従来に比べて安全なものとなった。またこの技法によって以前ではその不安から正常児にも関わらず中絶されていた胎児が出産を見るようになったのは技術の成果ともいえる。¹⁰しかしこの技法は一定条件のもとで行わなければ、親の意にかなわない子供は中絶するという選別出産の風潮も醸すことになり、またこうした遺伝病スクリーニングが義務化されるようになれば、障害児差別へ繋がってゆくことになる。

ここで問題となるのは③であるが、現実的には要件が備わっていない場合でも中絶は行われ、結局のところ妊婦の意志に任せられ野放しになっているのが現状であろう。中絶は医学的見地から、あるいは経済的・倫理的理由により適

法化を見るものではあるが、ここでの問題は母体保護の名のもとで、経済的見地から適法化される場合である。経済的理由が一つの要件となつてゐるのは、あくまでも出産により経済的貧困がもたらされ、また妊娠の継続によつて母体の栄養が充分にとれず、母体の健康を害する恐れがあるような場合である。この条項は優生保護法が成立した当初の社会経済的状况を考慮して条文化されたものである。社会福祉が以前に増して質的に向上し、さらに経済的にも豊かになつた今日、はたしてどのくらい経済的貧困により墮胎を必要とするのか、疑問としなければならぬ。また子供を生まない権利を一方的に主張する場合もあるが、これも往々にして経済的理由によつて処理されている。我が国は墮胎天国とも俗に称されるが、経済条項を一項としたためといわれる。中絶に至る手続きにも問題があり、医師は医師会認定医であるが、妊婦・配偶者の同意書があれば担当医一人の判断で決定が下せることである。たとえ経済的理由・身体的理由が如何にあれ、それが妊婦の身体とどのように因果関係があるのか定かにされない。担当医がそこまで調査確認することは不可能であり、また個人のプライバシーにどこまで立ち入れるかという権限もあり、その義務が負わされていないのが現状である。何らかの改善策を立てるべきであるとの主張が、経済条項削除の法改正への動きとなり、昭和四十八年に「優生保護法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、衆議院本会議で可決されたが、参議院で廃案となり今日に至つてゐる。

現在の法律では胎児は保護するべきものとし、例外的に優生保護法で妊娠中絶を認めてゐるわけである。ここで問題となるのが生命の発生ということである。母体内で精子と卵子とが結合し、その後細胞分裂を続け、三―四日後には子宮に入り、七日目頃から卵着床となる。この間は生命体として非常に不安定でもあり、着床が終わつてその後の発生過程に於いて母親の血管と胎児の血管とが結合し、個体として確たるものとなつてゆく。胎児を中絶する現在の満二十三週という上限基準では単なる生命体から、既に個体としての存在となつてゐるわけであり、その保護を当然のことながら受けなければならなくなる。はたして受精卵にも我々の人格の根柢を見いだせるのか、否かということ

である。中絶が可能である期間にすでに一つの生命が息吹いているわけで、慎重なる対応が必要となるところである。

人工授精と体外受精

不妊体質の夫婦にとって人工授精と体外受精の医療行為は朗報をもたらすものである。もともとは動物繁殖技法として開発されたものであったが、不妊治療に応用され発達してきたものである。両者の違いは人工授精にあつては不妊の原因が男性の欠精子症にある場合に用いられる方法で、男性の精子を胎内に注入して受精させるものである。体外受精は不妊の原因が卵管の障害など女性にある場合に行われる方法で、まず女性に排卵誘発剤を投与し、手術によって卵巣から卵子を幾つか採取して、これを再び胎内に移植するものである。一般に誕生児を試験官ベビーと呼ぶ所以である。

こうした人工授精はすでに今世紀の初めには実用化の段階に入っていたもので、英国で成功し、日本では昭和二十四年に最初の人工授精による子供の誕生を見ている。現在では六千名を越える人工授精児がいるといわれる。体外受精については、近年その技術の開発にともない、昭和五十七年には日本受精着床学会が発足し、体外受精の臨床応用に入り、翌五十八年には体外受精による誕生を見ている。これらの方法は誰でもが適用されるというのではなく、日本産科婦人科学会の見解では①正式に婚姻した夫婦で、②妻が妊娠・出産できる能力が前提とされ、③不妊症に対して他の対処の仕方がない場合、④母体にとつても誕生児にとつても危険性が避けられ、⑤採取された卵子や受精卵によって無責任な実験操作が行われないうにしなければならぬ、などの事柄が上げられている。

米国の不妊学会は、体外受精などの生殖技術に対する倫理指針を発表しているが、ここでは不妊の場合に提供者の精子・卵子を使用することが認められている。例えば各所に代理母斡旋センターがあり、このセンターの仲介によって代理出産が行われている。夫婦に代つて子供を出産する女性を代理母と称するが、日本では俗に借り腹ともいわれ

ている。代理出産にはセンターを仲介して代理出産契約を結び、夫の精子を人工授精する方式、夫婦の体外受精卵を移植する場合とあり、センターには斡旋料、代理母には謝礼が支払われることとなる。しかしながら、代理出産をめぐり代理母と依頼夫婦とが親権を争う裁判が起こされたり、¹¹ 健全者が誕生しなかった場合、子供の引取りを拒否することもある。

今日、胎教の必要が主張されているように胎児も一種の意識を持ち、生命活動を営んでいるわけである。金銭を目的とする代理母が機械的に出産をするならば、子供に与える精神的な影響は子供の成長にとって大きなマイナス要因ともなる。さらに精子や受精卵の採取・保存技術が発達すれば、いつでも好きな時に自分のお腹を痛めずに子供をつくる夫婦も出てくることとなる。また代理出産とは異なる非配偶者間の受精に際しては、特に優性遺伝的な見地から優秀な人物の精子・卵子を得ようとする傾向も生じることとなる。すでに各国の著名人の精子を集めた精子銀行があり、精子を冷凍保存してこれを仲介しようとしているが、人間の生命のビジネス化は問題ともなる。どこまでが医療行為なのであるか、人間の欲望を満たす技術なのか、線引きは非常に困難なものがあるが、生殖行為という種にとって最も根源的営みに科学技術の導入が孕む問題は改めて生命そのものの質、その尊厳性、さらには親子とは何かを問いかけることとなる。不妊に悩む者にとっては喜ばしい技術ではあるが、親の欲望を単に満たすためのものであってはならないわけで、むしろ誕生する子供の将来を考え、その適応が望まれるところであろう。

人工受精の中で一時社会問題化したものとして男女産み分けがある。精子にはX精子とY精子とがあり、卵子がX精子と受精すれば女子が生まれ、Y精子が受精すれば男子が誕生する。こうした男女誕生のメカニズムを応用して臨床的に開発された技法が、X・Y精子を分離して実施する人工授精である。もともとこの方法は、男性の精子が少なすぎる不妊治療のために開発された方法で、X精子とY精子との比重差を利用してX精子を採取するものである。まず水より比重の大きいパーコール液を作り、これに精液を混ぜて遠心分離器にかけると、X・Y精子の比重差、精子

表面の状態の差によって両者が分離される。X精子は下層に集まり、これを採用するものであるが、上層にはX精子の残りやY精子、未熟な精子が入交り、Y精子は完全分離することが難しいため、この技法に於いては男子を産み分けることはできない。他に精子が正負いずれかの電極に集まる性質があるが、これを利用して電圧をかける電気泳動法もある。

男女産み分け法は、従来行われてきた人工授精の一分野をなすものであるが、すでに臨床的応用もなされている。

特にこの方法の原理は簡単な上、使用する材料・器材はごくありふれたもので、一般の開業医まで用いることができる。この方法が一般化すると、親が自分の希望する性別（女子のみ）を産み分けるようにもなり、性別による人間の淘汰がなされる。医者の中にも、同性ばかり何人も子供がいる方が不自然であり、障害がなければ使用しても良いのではないか、理由あるニーズに答えるのが医者の務めであるとの主張もある。ガイドラインについては、かつて男女産み分け法を開発した慶応大学の倫理委員会での審議があり、血友病などの伴性遺伝病治療のための研究として意義を認め、遺伝病とは関係のない一般的な産み分けについては現時点では医療行為としては認めずに、臨床適用の前段階としてボランティアを対象とした必要な試験は、不妊症の希望者に行うという方針を出している。

バイオエシックス（生命倫理）には滑り坂理論というのがある。ある特定の医療技術・医療行為を公認すると、止まるべき所でも止まることが不可能となるので、初めから公認しない方が良いというものである。こうした論に対しての論弁には二つの型があるといわれる。自己決定論と功利論で、自己決定論は生命に関する選択は本人もしくは親の自己決定権に属するというもので、これによって子供の性の産み分けは親権に帰属するとする立場も出てくることになる。また功利論は治療や社会福祉などの功利性を無視出来ないとするものである。そのため技術は治療を目的とする限り許されるといふことになり、ニーズに答えるのが医療の倫理であるという立場も出てくる。さらに男女の人口比のアンバランスを解消しながら、産み分けをすれば良いという技術論がこれらの問題と絡み合ってもこよう。⁽¹³⁾ま

た一方でこの方法が伴性遺伝子を持つ夫婦に応用された場合、それは単なる遺伝病の先送りではないのかという主張もある。

遺伝病には遺伝形式によって優性・劣性・伴性とがあり、産み分けと関係があるのは伴性遺伝である。二百種以上あるといわれるが、よく知られているのが血友病・筋ジストロフィー・色覚異常等である。これらの遺伝病はX染色体の異常によるもので、母親が遺伝病の保因者で父親が健常者の場合、 $XX \cdot XX \cdot XY \cdot XY$ の組み合わせとなるが、 XX の女子は保因者に、 XY の男子は患者になる。男子は二分の一の確率で発病するわけであるが、そこで女子さえ生めば患者の発生は未然に防げるという理屈も出てくる。しかしながら生まれる女子の半数は保因者であり、問題を次代に先送りすることに過ぎない。是非にも子供が欲しいと願うのは世の常であるが、子供の将来を考えた場合、多くの社会的問題を抱えることとなる。最近、遺伝子レベルでの治療法の研究が進み、遺伝病への取組みがなされているが、ここにも遺伝子操作をめぐってのあらたなる問題の派生をみることとなる。

近年、生命現象の解明に向かって物理学・化学の立場からの研究が取り進められるようになってきたが、従来の細胞レベルでの研究から分子（遺伝子）レベルへの研究に進み、分子生物学という学問分野の確立を見るようになった。分子生物学が得た結論は、遺伝子構造の解明と相俟って、生命体も一種の物質的機械であるということである。ただしここでいう機械的とは、物理・化学的法則に従っているという意味である。

分子生物学は生命現象を分子レベルで解明しようとするものであるが、こうした工学的応用として遺伝子工学がある。遺伝子工学は遺伝子産業として、すでに一部ではあるが実用化の段階にきている。遺伝子工学の可能性は、医療・医薬関係・食糧・食品関係・化学品・環境保護・エネルギー等々の分野にわたっている。こうした分野への応用は実際には遺伝子組み換え技術によって行われている。遺伝子を構成するヌクレオチドの配列には、情報を伝達するためのいくつかの単位がある。いわば情報の連鎖といわれるものである。たとえばA—T—G—C—Aという配列によって物

質Aがつくられ、あるいは特定の性質を示すものであれば、この部分を切り取り他の生物の遺伝子に組み込めば、その生物も遺伝情報に従って物質Aを作り、あるいはその特性を帯びることになる。バクテリアを使ってインシュリンを作ることなどはその一例であろう。小人症のような遺伝的疾患の場合、成長ホルモンを授与すれば良いが、人間の脳下垂体から取れるホルモンは微量であるため、インシュリンを作る遺伝子を大腸菌に入れ、大腸菌でインシュリンを作るというものである。⁽¹⁴⁾

遺伝子工学はその産業化と相俟って注目を浴び、産学一体で研究に凌ぎが削られ、産業化に力点が置かれているのが現状である。そのためまだ十分に基礎研究がなされていない面があるにも関わらず、産業化が先行してしまう面も指摘できる。十分な基礎研究がなされないまま生命の基本である遺伝子への人為的介入がなされ、これによる生命体への影響、組み換えによる有害生物（物質）の誕生への懸念、それに伴うガイドラインについての論議がなされるようになってきた。しかしながら研究成果が生活に身近なものであり、また有効な応用が可能であるためにこうした論議を一方にして、実用化へと進んでいるのが現状である。

今日までに植物・動物などの品種改良は絶えず行われてきたわけであるが、その延長として技術的応用があるものである。従来と異なる点は種を異にして、しかも人為的環境のもとで遺伝子の組み換えが行われ、生物本来の特性その能力を超えたところでの操作が可能となってきたことである。遺伝子に関してはまだ未知なるところが多い。人間を含めて地球上の生命現象は遺伝子の中に含まれているDNAの遺伝情報によって基礎づけられ、DNAを構成している四種類のヌクレオチドの並べ方によって遺伝情報が伝達される。この情報をもとにタンパク質が作られ、また様々な生化学的次元での生命活動が営まれることとなる。ヌクレオチドの配列は約三十二億個あるとされ、その実態が判明している遺伝子の数は人間にあつては十万近くある中でも、せいぜい数百とされる。これらの相互作用によって生命活動が営まれているわけであり、部分的な組み換えが与える影響について充分検討・研究がなされなくてはな

はあるが、人間にとって最も大切な誕生・死というものが管理され、一般良識の介入する余地も少なくなってしまう。あらためて自らの存在に生と死とを重ね合せて見つめ直す必要があるのではないだろうか。そうした場に於ける社会的コンセンサスこそが、今求められているものと考えられる。

それではこうした問題に対して、諸宗教はどのような対応を見せているのであろうか。最も明確にその見解を出しているのがキリスト教である。⁽¹⁵⁾また仏教に於いても葬式仏教ということに対する反省から看取りの仏教としてビハール活動を推進している。キリスト教などの場合には、人間は神によって作られた存在と認め、その来世への志向、霊肉二元論に立った霊性(魂しい)の救済という教学的基本より大方は導かれるものといえよう。神道はこの世に於ける生の営みへの信仰を基に体系づけられてきたもので、キリスト教などとは異なり、救済の観念、それにとまなう明確な来世観を有していない。また信仰の派生形態からしても、共同体の営みの中から育まれ、地域・時代ごとの特性を帯びながら今日に至っているものである。こうした特性を踏まえながら一つ一つの検討を進めるべきであるが、總体的意味に於いて生命観、特に身体・魂しいの問題がその前提として考えられなければならないであろう。

神道の信仰を理解する上に於いては、神話を一つの基点としなければならないが、人間の誕生・死についてはイザナギノ命・イザナミノ命の国土成生譚に、その起源を明らかにしている。ここでは人間は神によって作られたものではなく、二神の御業によって生み成されたこととされ、しかも国土・自然あらゆる生命の誕生のもとで、その一つとして人間の誕生を描いている。ここでは人間の生命の質を自然との対立のもとで見ている。また死はイザナギノ命の黄泉国訪問譚に於いて二神の「事戸度し」に起源が求められている。このように人間の誕生・そして死は二神の事蹟に由来するものであり、人間の種としての根源的な営みもまた、二神の御業の継承の中に信仰的には求められよう。

子供のことをムスコ・ムスメというが、この「ムス」とは自然の生成力によって自ずから誕生するという謂いであるように、人間の生命としての誕生は人為を超えた、単に親によって作られたものではなく、いわば産霊の奇しき

働きによって産み成されたという理解の仕方をここに窺うことができる。従来、「子は授かりもの」、「腹に子が宿る」といわれてきた所以である。生命の誕生は実際には両親を通して具体化されるものであり、その意味に於いて身体は、両親から与えられたものということになるが、両親の命をさらに系譜的にたどってゆくならば、当然のことながらイザナギ・イザナミノ命の御業によって身体的に継承されてきた「いのち」といえるのではないだろうか。この命としての身体に自身の魂しいがこもり、あるいはここに誕生し、魂しいは身体を育み、また身体によって魂しいが育まれてゆくという、「いのち」の営みがなされていると考えられよう。生命の流れを両親↓私という限定された理解を及ぼすのではなく、より普遍化された生命の流れを考えてゆく必要がある。

信仰的にいえば身体は自身にとって両親から授かるものではなく、ここに生命の営みの根柢としての魂しいが宿るわけである。いわば身体は我々にとっては「自ずからなるもの」といえよう。そこに魂しいが鎮まり、人生の折々の儀礼を通して心身一如とした「自らなるもの」になるといえる。これに反して死は身体から魂しいが完全に遊離した状態をいい、身体は存在にとつての抜けがらとして土に帰すこととなる。このように身体は限定された命ではあるものの、その子孫に確実に継承されてゆくこととなる。死はいわば人間が「身体という存在」から、「御霊としての存在」となる過程とも理解できよう。死とは一つの終末ではなく通過儀礼的な役割を負うもので、御霊としての存在への誕生ともいえる。

こうした前提のもとに生命科学をめぐる諸問題に対してどう対応するのであろうか。まず脳死の問題であるが、人は脳死状態を経てその終末を迎えるわけであるが、医師による脳死判定という行為があり、しかも一定の判定基準が満たされてはじめて脳死となるわけであり、いわば脳死は特殊な死といえる。人の死は医学的な死・社会的な死・宗教的な死を経て確定するもので、それは過程であり脳死はその基点をなすものにすぎない。死はまた信仰的には終末ではなく、存在にとつての一種の通過点(節目)であり、あらたなる誕生への過程をなすものであれば、生命を維持

するだけの措置が著しく魂しいの安らかさを阻害することになるのであれば、脳死判定を以て個体の死としても良いであろう。ただし、脳死の受容は臓器移植を前提とした強制であってはならず、あくまでも本人の意思、家族の心情を踏まえ、患者にとつて最も相応しい死の受容・選択がなされなければならない。脳死の問題は終末医療、特に尊厳死との関わりのもとで検討されてゆく必要があるといえる。

臓器移植については、現在充分に社会的コンセンサスができていないのが現状といえるが、一方に於いては脳死による臓器摘出の法的環境の整備を期し、立法化の推進の動きも窺える。少しでも長く生を保ちたいという願いは人の常である。身体は前述したように個々に与えられた命であり、単なるパーツではない。それぞれが生を証しであり、人は身体の限りを生きることと原則としなければならないであろう。その意味に於いても無闇な臓器移植は避けるべきである。しかしながら、自らの臓器を提供したいという善意に対しては、この限りではあるまい。しかしその善意が人道的云々という無言の強制のもとで行われるのではなく、自らの生を感謝し、生きる者への言寿ぎに満ちたものでなければならぬであろう。

こうした人間の死に対して誕生をめぐっては、人工授精・体外受精の問題があるが、身体的な障害に対する医療行為という条件のもとであれば許容される範囲といえる。しかし精子・卵子は個々の生命体の延長としての生殖細胞にすぎないが、受精卵はすでに生命体である。受精卵を母体に移す前に一定期間の人工的管理が必要となり、ここでは生命操作の問題を孕んでくる。生命の発生についてはまだ未知なるものがあり、将来胎児に与える影響を十分に医学的にも検討されてゆくべきである。子供は授かりもの、宿るものであり、夫婦間の営みを越えた生命のなせる技であり、単に子供を作るための医療行為であってはならない。ましてや夫婦間以外の代理母は論外としなければならない。子供は夫婦間の精子と卵子から誕生しなければならないとする考え方がここにはあるが、親子関係はそうした生理的、遺伝的な限定にしか求められないのであろうか。伝統的な人生儀礼一つとってみても、そこには様々な社会関係のな

かで親子が成り立っている。そうした意味では社会性を喪失した行為ともいえよう。胎児に与える母体環境、妊婦の心理的・精神的影響については多く指摘されているところであるが、はたして代理契約によってこれが満たされるものであろうか、子供の将来を考えた場合に疑問とするところである。

この他に男女産み分けの問題もあるが、方法を確立した慶応大学には、男子を産み分ける方法があるのかという照会が多かったともいわれる。男子の出生を願うことは、家の存続に対する伝統的な意識が潜在しているともいえる。日本人にとつての死後の安心は、極楽や天国にゆくことではなく、やはり祖霊として子供やその子孫によつて祭祀され、また子孫を長く守護するという、明確なる祖霊祭祀の中への信仰的な位置づけがなされることであり、またその確信を得るところにあるともいえる。そのためには家の存続ということが前提とならなければならないのだろうか。男女の性差はあくまでも生理的なものに過ぎないわけで、八百万の神々のようにあらゆる存在がその徳性に応じてその営みを持ち分けてゆくという基本に拠るのであれば、遺伝子スクリーニングによる妊娠中絶を含めて信仰的には問題としなければならぬであろう。いずれにしても誕生をめぐる様々な問題は、単に親の意向を優先して考えられるのではなく、子供の将来を充分に考慮して対処されるべき問題である。子供は授かるものであり、その誕生への間接関与は一定条件で許されようが、誕生そのもの、生命への直接関与はむしろ医療を超えた行為といわなければならない。

以上、主要な問題について些か触れてみたわけであるが、現在こうした問題点は多岐に亘り、また様々なケースがある。一つの原則を立ててすべての可否を問うことはできず、その原則のもとにそれぞれのケースに当たつて検討されるべきものであろう。またそのためには多くの学際的場に於いての検討が積み重ねられてゆかなくてはならないであろう。

- (1) 「生命科学ノート」(松尾孝嶺他・東京大学出版会) 参照。
- (2) 脳死に関する研究班は、わが国に於ける脳死症例の実態調査及び脳死判定基準の信頼度の評価を目指し、厚生省に昭和五十八年に置かれた。昭和六十一年十二月に報告書を纏め、新しい判定基準を示した。これが現在のところ公的基準となっている。各大学ではこの基準に補助検査を加えて脳死判定を実施している。判定基準は以下の通りである。①深昏迷②自発呼吸の消失③瞳孔が固定し、瞳孔径が左右とも四ミリ異常になる④対光反射、角膜反射、毛様脊髄反射、眼球頭反射、前庭反射、咽頭反射、咳反射の消失⑤平坦脳波⑥以上の条件が満たされた後、六時間経過をみて変化がない。二次性脳障害、六歳以上の小児では六時間以上観察する、とある。
- (3) 角膜は心臓停止より半日以内に摘出すれば良く、腎臓については一対あるところから、生体腎移植が多い。心臓・肝臓・すい臓などは脳死状態の摘出でなければ、移植することは不可能である。
- (4) 昭和四十三年札幌医大の和田寿郎教授による心臓移植が行われたが、八十三日後に患者が死亡した。この移植をめぐって様々な問題が提起され、移植患者は心臓移植の必要性があったのか、提供者はその時に呼吸が停止していたのか、脳死判定から臓器摘出に至る経緯に疑惑がもたれ、裁判となった。証拠不十分で無罪となったが、その後の移植医療に大きな影響を及ぼすこととなった。この事件をきっかけとして、日本脳波学会で脳死の判定基準がつくられ、この基準の妥当性の検討のために厚生省の研究班が設置された。
- (5) 角膜・腎臓移植の推進のため、生前に死後の提供を約束するアイバンク(角膜)、ドナーカード登録(腎臓)の制度がある。角膜・腎臓の売買は禁止されており、提供者には厚生大臣よりの感謝状が送られることが恒例化している。しかしながら、生前に登録しても遺族が提供を拒否した場合には、摘出はできないこととなり、社会問題化している。
- (6) 安楽死の問題は近代医療の発達とともに提起された問題である。昭和五年頃より英国の医学会で安楽死法案の合法化の提案がおこなわれ、昭和十年には安楽死協会が設立されている。昭和十三年には米国に安楽死協会が設立され、州議会などに安楽死法案が上程されている。昭和四十五年代になると、安楽死運動は尊厳死運動へと移行してゆくこととなる。これには臨床医学の発達にともない、激的な肉体的苦痛が減少してきたこと、西欧で自殺を禁止する自殺法が廃止となったことなどが指摘されている。日本では昭和五十一年に安楽死協会(その後、日本尊厳死協会と改名)の設立をみている。

(7) 自分が植物状態に陥った場合、治療を拒否する意思を書面にしたためておくリビンク・ウィルが米国で普及し、日本にも影響を与えている。しかし現在は法律上、医師はリビンク・ウィルに従って患者の死期を早めた場合には、同意殺人となる。米国では昭和四十五年代よりリビンク・ウィルを有効ならしめようと尊厳死法ないし自然死法の必要が説かれ、州ごとに同種の法律の制定を見ている（『いのち法律学』・大谷實・筑摩書房・参照）。

(8) 「ホスピスと末期医療」（現代のエスプリー一八九号・柏木哲夫編集解説・至文堂）参照。

(9) 胎児が母体外で生存できない時期にはいささか変遷をみている。現在はWHOに従って満二十三週以前とされる。

(10) 「遺伝病の出生前診断」（自然読本「遺伝と生命」所収・多田哲也・河出書房新社）参照。

(11) 体外受精には、①配偶者間によるもの②第三者の精液による体外受精③夫婦間の受精卵の第三者への移植④第三者の受精卵の移植の四種のパターンが考えられる。特に③と④のパターンが考えられる。特に③と④については、子供の養育権をめぐる係争が生じた際に、母子関係の確定に際しての問題が生じることとなる（『いのち法律学』・大谷實・筑摩書房・参照）。

(12) 「子かがやく」（慶大医学部教授飯塚理八・朝日新聞六一・六・九）

(13) 「男女産み分けと生命倫理」（千葉大教授加藤尚武・読売新聞六一・六・一三）。

(14) 「生命科学の世界」（渡辺格・NHKブックス）参照。

(15) キリスト教では、身体は物質的存在であり、最高善は人格（靈性）であるとする。人間存在の究極的目的は、来世に於ける神との一致に於いて実現するものと考え、人格の表現としての意識が不可逆的に喪失した時、脳死を以て死と認めている。そして身体は魂しいのぬげがらであれば臓器移植をも容認する。

(16) 仏教の縁起の考え方よりすれば、存在は自分にとつては因縁によって与えられたもので、臓器移植をしてまで生きながらえることも業として捉えられるわけであつて、むしろ慎むべきこととならう。しかし捨身施虎の譬えのように、自分の身を捨てて人を救うという菩薩道の考え方からするのであれば、肯定もされてくる。そのため慈悲・人道主義・博愛主義という立場から対処がなされているのが現状であらう。特に最近には僧侶のホスピスや病院法話の活動が盛んとなっている。仏教は人の臨終に立ち会つて法話をしたり、昔は往生院、無常院などの終末介護の施設を持つて活動したが、現在は専ら葬式仏教となり、本来の宗教的役割が充分果たせていないという反省にたつて活動している。