

## 状況としての先端医療

### I

今日、「先端医療」といえば「遺伝子治療（遺伝子操作と遺伝子診断）」「生殖補助技術」「臓器移植」といった高度な医療技術が容易に思い浮ぶだろう。こうした医療技術は、医療関係者の間でのみならず、その詳細な内容はともかく、一般的にも広く知られており、技術自体の研究や発展に関しては概ね肯定的に語られる場合も少なくない。大衆向けの雑誌などでは、こうした先進の医療技術があたかも難病の治療を可能にする福音であるかのよう<sup>1)</sup>に話題にされることさえある。

その一方で、先端医療とされる医療技術が非常に困難で複合的な議論を引き起こしていることも事実である。議論を困難にしているのは、医療技術自体についての問題ではなく、むしろその登場によって可能になった事態

が医学・医療の範疇を超えて、哲学・倫理学、社会学、法学などの様々な領域を巻き込みつつ、いわば人間の経験世界についての根源的な観念を主題化しているからである。たとえば、「臓器移植」については、その関連法案の改正が死生観の変更を伴ったため、極めて難しい判断を強いられたことはわれわれの耳に新しいだろう。

そもそも「先端医療」とは「現在」において「先進的な」医療技術を指し示す用語であり、当然のことながら、特定の医療技術を個別化する概念ではない<sup>2)</sup>。「遺伝子治療」であれ、「生殖補助技術」であれ、「臓器移植」であれ、それらがいかに高度な医療技術であっても、恒久的に「先端医療」であり続けるわけではない。たとえば、広範な普及を経て、日常的な医療行為に取り込まれて定着するか、それに取って代わる「さらなる先端医療」の登場によって衰退してしまうかすることで、

磯 忠 幸

どのような「先端医療」であれ、いずれは「先端医療」とは称されなくなる。さらに言えば、現在では通常の医療行為に含まれている医療技術にしても、たとえば「注射」や「虫垂切除術」がそうであるように、かつては画期的で刷新的な「先端医療」であったはずで、そのことが意識すらされないで常態的に使用されている医療技術も少なくない。

すなわち、「先端医療」というのは、個別的に特定される医療技術・分野を指し示す名称でも概念でもなく、特定の医療技術が「それが特定の時点において先進的である」という場合に帯びる「状況」であると言えるだろう。だとすれば、「先端医療」について議論するにあたっては、その医療技術が個別に抱える医学・医療的な（あるいは技術的な）先進性についての問題と、それが「先端医療であるという状況」によって主題化させる問題とを区別する必要がある。実のところ、今日の「先端医療」をめぐる議論においては、この二つの問題が錯綜している場合が多いのだが、その議論が複合的に困難な事態を迎えているのは、そういう理由からではなく、あえて形式的に言えば、「先端医療性」とでも言うべきこの「状況」が従来のそれとは質的に異なる事態を開いてい

るからではないだろうか。

その意味では、今日の「先端医療」として「遺伝子治療」「生殖補助技術」「臓器移植」と並べると、それらが「生命倫理(学)」(バイオエシックス)の言及する主要な課題と重なり合うことには、きわめて重大な意味がある。というのも、今日の先端医療をめぐる議論はそのほとんどが「生命倫理」において展開されているのだが、そもそも「生命倫理」は、それが一九六〇年代以降に生成され、一九八〇年代に確立される過程で、今日の「先端医療」が可能にした事態と密接に関連しているからである。つまり、「生命倫理」は今日の「先端医療」の状況性によって開かれたのであり、同時に今日の「先端医療」はその状況が可能にした事態を論じる「場」として「生命倫理」を生成したのである。いわば「生命倫理」と「先端医療」は相互依存の関係にあるのであり、この関係性において、今日の「先端医療」は非常に困難で複合的な議論を引き起こしているのではないだろうか。

本稿では、個々の先端的な医療技術が個別に抱える問題を論じるわけではないし、「生命倫理(学)」の思想史を概観しようとするものでもない。ここでは、医療技術が「先端医療という状況」にあるとはどういうことなの

か、そのことによって何が生じるのかを、「生命倫理」という「場」の生成や構造と関連づけて考察すること、今日の「先端医療」を検討してみたい。

## II

近代医学がその時々々の「先端医療」によって大きな成果を得てきたことは、その歴史を見れば明らかであろう。ある意味で、個々の「先端医療の登場」は、近代医学の歴史において重要な「出来事」を構成してきたとさえ言える。

もちろん、特定の「先端医療」は、一夜城の如く突然に登場するわけではない。その方向性が革新的であればあるほど、実用的なレベルでの使用に至るまでには、医学的研究の範疇における経験的（実証的）なデータの積み上げや新しい医療技術を使用する対象の概念化が必要であるし、それが医学的範疇であれ、それ以外の分野であれ、隣接する技術の進展も必要とされる（むしろ逆に、医学的研究以外の分野での新しい発見・発明や画期的な進歩が「先端医療」を生み出すケースもあろう）。「虫垂切除術」はそうした典型的な事例である。

「虫垂切除術」は、一九世の終わり頃に米国で登場した「先端医療」である。病理解剖学者 R・フィッツは、盲腸の周囲の炎症（盲腸周囲炎）で死亡した五〇〇例以上の解剖データをもとに、その炎症がほぼ「虫垂」にあることを指摘し、「虫垂炎」という病名を設定した。フィッツは、その的確な治療法として「虫垂の切除」をアメリカ医学協会（一八八六年）で報告したのである。当時では、「盲腸周囲炎」に対して内科的な治療が確立されていた。それゆえ、外科的な処置である「虫垂切除術」は、発表当初にはほとんど顧みられることはなかった。その後、治療効果（とりわけ早期切除による）を示す術例が蓄積され、麻酔法や消毒法が進展したことで、従来の内科的療法から「虫垂切除術」という外科的療法へという治療法の根本的な変化が促進されることになった。こうして「虫垂切除術」は、「盲腸周囲炎」を「虫垂炎」という死亡率の低い、軽度の疾病にしたのである<sup>(2)</sup>。

近代医学が、救命（延命）・治療効果の向上や死亡率の低下において、とりわけめざましい成果をあげたのは、第二次世界大戦以降だとされている。新しい医療技術がそこで果たした役割はそれまで以上に大きいもので

あった。たとえば、結核などの感染症の克服における「抗生物質」、腎臓の疾患に用いられた「人工透析（血液透析装置）」、癌治療における「抗がん剤」といった「先端医療」の導入は、その最たるものであると言われている。

しかしながら、先端医療が医学にもたらしたものは、こうした治療効果の向上や死亡率の低下といった医療行為の成果だけではない。先端医療の登場（導入）は、近代医学の様式に構造的な変化をもたらしてきた。あるいは、医療行為における曖昧な（変化が確定的でない）方向性や態度を顕在化させたり、固定化させたりする役割も担ってきた。こうした事態も、先端医療が近代医学というシステム全体に及ぼした「質的な」影響として、歴史的な「出来事」に含めておくべきであろう。

たとえば、現在において「医師の表象」ともいうべき「聴診器」にしても、それが一九世の初頭に登場したときには「先端医療（機具）」であった。その開発の発端は偶然のきっかけであったが、「聴診器」は近代医学において潜在的に進行しつつあった様式の変化を顕在化させ、定着させることに、少なからず貢献した。ニール・ポストマンも指摘しているように<sup>(3)</sup>、「聴診器」は、医

師と患者との間に介入することで、医療の対象が「人間」ではなく「病」であることを様式化する要因の一つとなったのである。つまり、医師が診るべきは、「病を患っている患者」ではなくて、「患者が患っている病」になったのである。そういう意味では、現在でもよく聞かれる「病を診て人を診ず」という医療批判の遠因は、聴診器の登場にあると言えるのかもしれない。もう少し詳細に追ってみよう。

聴診器以前の診察は、打診や触診、あるいは問診によって、患者自体とのいわば「対話」を通じて行われていた。医師の前には、彼が触れることのできる患者の身体全体の表層があり、彼が聞くことのできる患者の語り（自覚症状としての主観的経験と苦痛や苦悩という感情的表出）があった。しかし、聴診器は、患者の「内部」で生じている状況の性質について、もっと正確な情報を医師に与えることができた。よく知られているように、聴診器の開発者のフランス人医師ラエネクがそのメカニズムを初めて臨床で応用した時のエピソードは、このことを如実に物語っている。

ラエネクは心臓疾患の疑われる若い女性患者を診察していた。しかし、患者が肥満体型であったため、打診や

触診では診察効果が見込めず、かといって若い女性であるため、胸部への直接的な聴診もはばかられた。そこで彼は、子供が木の棒を耳にあてて遊んでいることを思い起こした。紙を丸めて筒状にして、その一方を患者の胸部に、他方を自分の耳に当てて、「増幅された」心音を聞いたのである。ラエネクは、「内臓で生じるあらゆる音の性質を確かめる手段を得た」と、この瞬間のことを感動的に回想している<sup>(4)</sup>。

聴診器が登場して以降、医師は、患者の語りや主観に巻き込まれることなく、聴診器を介して患者の身体器官と客観的に向き合うことができるようになった。聴診器による診察は当初「間接聴診法」と称されていたが、まさしく患者と医師との関係は「直接性（患者と直接的に関わること）」から「間接性（聴診器）」がもたらす情報を介して間接的に関わること<sup>(5)</sup>へと変容することになったのである。

この変容は、二つの重要な意味で、近代医学のモデルを顕在化させた。まず、医師が信頼すべきは聴診器から得られた「客観的な情報」であり、逆に言えば、患者の主観性はむしろ診察の「障害」にさえなるということである。医師の診断は、聴診器によって得られた「増幅さ

れた音」によってのみ、診断の対象を概念化し、その状況を再構成することになったのである。

もう一つは、病を身体全体との関係性からとらえるのではなく、個別的な身体器官の不具合としてとらえることが明確化されたことである。このことは、たとえばミッシェル・フーコーが「医師の患者への問いかけが『どうしたのですか？』から『どこが具合が悪いのですか？』へ変化した」ことに見出していることと同じである<sup>(5)</sup>。つまり、人間の身体は機械のように様々な「部品」から構成されており、病はその部品（身体器官）の故障であるとする考え方への移行である。聴診器は、患者全体を診るのではなく、特定の器官への個別的なアプローチの可能性を開いたことで、この移行を促進したと言えるだろう。

端的に述べれば、聴診器は医師が対象とすべきものは何かを規定すると同時に、それを分節するのに必要な情報の性格を規定した。聴診器の登場によって、医師の患者を診る眼差しやスタイル（「臨床の医療様式」）が変わり、それが依拠する「医学モデル」も影響を被ったのであって、その逆では決してない（この点こそが、先端医療が「先端医療という状況」にあることの要点であろう）。「聴診

器」は、むしろそれが単独でなしたということではないが、一つの「先端医療」がその属するマトリックスをも変質させる可能性を持つことの一例と言えるだろう。

聴診器以降、患者の不可視の内部を診る「技術」や「器具」は医師と「人間としての患者」との間に介在し続け、技術的にも精度的にも格段に進歩し、向上してきた。実のところ、今日では常態的に用いられる検査器具・診断技術、たとえば検視鏡・喉頭鏡といった診察器具にしる、レントゲン、CTスキャン、MRIといった画像診断システムにしる、あるいは組織検査にしる、聴診器が顕在化させた診断の形式の延長線上にあるものも過ぎない。聴診器の場合は「増幅された音」であったが、どのような器具であれ、技術であれ、それによってもたらされた患者の身体器官についての客観的な情報は、分類され、蓄積されると、いわば範例を構築することになる。患者の病は、その範例に照らして、身体器官の不具合（過剰、逸脱、欠損、不足）として、（もはや医師の主観的な判断をも排除して）規範的に説明されるのである。今日の医者であれば、診察イスに座っている患者の語りなどうわの空で聞いていても、ライトボックスに貼

り付けられたフィルムやコンピュータのディスプレイに表示された検査データから、患者の身体器官の状況を的確に分類し、明確に説明できるというわけである。

その時々々の先端医療の多くは、従来の医療の治療効果を劇的に向上させてきた。同時に、「聴診器」の場合がそうであったように、先行する臨床の医療様式や「医学モデル」そのものに大きな影響をもたらしてきた。もちろん、前者と後者の関係は密接で、その実践的な効果（臨床的な治療効果）がなければ、先端医療が医療様式に影響を与える可能性は極めて低いだろう。しかし、いかに劇的な向上であろうとも、治療効果があるということだけでは、そこに生じる事態は単に治療技術が進展したということに過ぎない。

従って、先端医療が「先端医療であること」によって主題化するのとは後者、すなわち従来の医療様式や「医学モデル」との関係性ということになるだろう。「先端医療」という状況にあること」というのは、その関係性が主題化されることである。というのも、先行する医療様式を顕在化させると同時にそれに挑戦する様式を顕在化させ、医療の在り方に根本的な変質をもたらすことこそ、「先端医療」という状況にあること」であるからだ。逆に

言え、先端医療が「先端医療という状況にあること」を止めれば、つまり通常の医療行為として定着してしまえば、その先端医療は、あるいはそれが開いた可能な状況にしても、何かを主題化することはなくなる。むしろ、主題化されてきた事柄は自明視され、隠蔽されることになるだろう。そういう意味では、「先端医療であるという状況」がそれが関わる何らかの規範や様式を流動態化させるのだとすれば、先端医療が常態化するプロセスはそれらが凝集態化されるプロセスと言い換えることができるかもしれない。常態化してしまうと、「先端医療であるという状況」が主題化したものは沈殿し、あたかも最初からそうであったかのように自明視されてしまうのである。

### III

前世紀後半から今日において、先端医療の代表的なものといえば、冒頭においても触れた「遺伝子治療」「生殖補助技術」「臓器移植」などであるが、それらが技術的に可能にする現実の「新規性」においても、それらが「先端医療という状況にある」ことで生じている事態の

「広範性」や「深度」においても、それ以前の先端医療、たとえば「虫垂切除術」や「聴診器」とは、かなり異質なものである。確かに、こうした今日の先端医療は医学の領域の成果だけで誕生したわけではなく、生命科学という領野と密接に連動したものである。それゆえ、先端医療に関する議論が、単に医学・医療の範疇にとどまらず、社会的影響に対する倫理的な検討を含んでいるのは、生命科学にそうした側面があることからすれば、当然のことかもしれない。しかし、今日の先端医療は、その技術的な「先進性」及びそれが生み出す結果の「新規性」のみならず、それによって開かれる事態について交わされる議論の「広範さ」や「深度」からしても、医学・医療はおろか、生命科学の枠組みさえも超えているのである。つまり、今日の先端医療は、それを論じる範疇が医学・医療の外部へと及ぶだけではなく、それを論じる「場」の「布置」についてさえ再検討を求めているのである。このことは、先端医療の技術的な先進性やそれが可能にする現象の新規性と、「先端医療であるという状況（先端性から生じる状況）」という事態の「広範性」や「深度」をますます交錯させてしまい、先に指摘したように、今日の先端医療についての議論を複合的で困難なも



のにしているのである。

たとえば「生殖補助技術」と「家族」概念との関係は、技術的な先進性もたらす現実と「先端医療であるという状況」によってもたらされる事態との複合的な交錯を示す典型的な事例であろう。

近代的な家族概念は、女性や子供の人權の拡張に伴ってその力学的な構造は変質してきたし、人類学・民族誌学的な研究の蓄積によってその形態の相対化も促されてきた。しかし、西洋社会では家族概念がその基本的な構成要素として親・子関係を遺伝学的な「血筋」によって規定することに変化はなかった。ところが、生殖補助技術はこの本質的とされてきた親・子関係の「繋がり」を根源的に揺さぶる家族関係を可能にするのである。

実用化段階に達しているとされる「生殖補助技術」には、人工授精（妻の体内で人工的に精子を子宮に受精させる）、体外受精（体外で精子と卵子を受精させ、それを妻の子宮に戻す技術で、これによって誕生した子供がいわゆる「試験管ベビー」と称されている）、代理出産（配偶者以外の第三者による出産）があるが、いずれの技術を用いても、遺伝的な繋がりがない親・子関係を生じる組み合わせが成立するケースが生じる<sup>(6)</sup>。

人工授精の場合であれば、夫以外の精子を用いると、遺伝的な繋がりのない父・子関係が生じるし、体外受精の場合には、妻以外の卵子を用いれば、遺伝的な繋がりのない母・子関係、さらに夫以外の精子と妻以外の卵子を受精させて妻の子宮に戻すと、遺伝的な繋がりのない父・母・子関係が成立することになる。人工授精と体外受精の場合には出産するのは妻である（子供からすれば産みの母親と養育する母親が一致している）が、代理出産の場合では、両親の精子・卵子を用いれば、両親と子供との間に遺伝的関係はあるものの、産みの母親と養育する母親が一致しない関係が生じるし、精子も卵子も第三者のものを用いて、しかも代理母以外の卵子で体外受精をすれば、両親はおろか、産みの母親とさえ遺伝関係のない子供が誕生することになる。

また、生殖補助技術を応用すれば、従来とは異なる家族形態が可能になる。たとえば、配偶者が同性であるにもかかわらず、「遺伝的な繋がりのある子供をもうけることができる。女性同士のカップルの場合なら、第三者の精子と片方の女性の卵子を用いて体外受精し、それをもう片方の女性の子宮に戻せば、それぞれが遺伝的な繋がりのある母親と産みの母親となる家族が成立する。



男性同士のカップルでも、「生みの親」にはなれないとしても、代理母によって遺伝的な関係にある親・子関係を含む家族を構成することは可能だし、男性同士のカップルと女性同士のカップルの間で卵子や精子を提供し例えば、子供が遺伝的な親をまったく見知らないという状態を回避することも可能であろう。

さらに、生殖補助技術による交配は、煩わしい男女関係を介さなくてもシングル・マザーになることを可能にするし（精子提供者の選択により、子供の遺伝的な選択も可能になる）、その果てには生殖行為とエロス（性愛）との分離という現象を促進することになるかもしれない。いささか現実離れしているが、冷凍保存された精子や卵子を用いれば死後生殖すらも可能になる。

いずれにしても、生殖補助技術という先進的な医療技術は、家族の関係性であれ、家族の形態であれ、新しい現実を生み出すことになるが、それらが既存の家族概念やそれに基づいた家族制度が想定しえないものであるために、実、際、的、な、問、題、と、し、て、論、じ、る、こ、と、が、困、難、に、な、っ、て、い、る（生殖補助技術の新規性という問題）。

たとえば、体外受精や人工授精を用いて遺伝的な繋がりを持たない子供をもうけると、子供の成長につれて父

親あるいは母親と似ていないことが明らかになってくる、子供が「家族」のどこか外部に遺伝的な「親」が存在することを知らず（出自を知る）などとといった問題が生じてくる。こうした問題が家族や子供のアイデンティティ形成に与える影響を考えるにあたって、どのような分野であれ、文化や社会が積み上げてきた従来の経験知は有効性を持つだろうか。また、代理母の場合なら、実際に出産した女性と生まれた子供との関係性はどのようなだろうか。たとえば「ベビーM事件」<sup>1)</sup>といった判例のように、代理母が依頼者の夫婦に子供を渡さないといった問題が生じた場合、伝統的な家族観に基づいた社会的な諸制度は対処できるであろうか。そもそも、生殖補助技術をどこまで許容すべきなのかという根本的な問題にいたっては、従来の価値観や知の体系（医学・医療の範疇はもちろんのこと、たとえば倫理学、社会学、法学などにしても）は有効な判断の根拠を提示できるだろうか。つまり、家族構成の形態が多様化する可能性、家族概念自体が拡散する可能性を前にして、従来の家族概念やそれに依拠する諸制度自体が揺らぎ、その根本的な再検討を迫られているのである。

こうした問題を論じることが困難なのは、新、し、い、「家

「族の関係性や形態」を可能にするのは生殖補助技術という医療技術であるが、「家族」の在り方を論じることはすでに医学・医療の範疇を超えているし、「家族」を扱う従来の知の枠組みや諸制度にしても、その想定を超えるものである以上、それを論じる有効性を失っているからである。つまり、生殖補助技術は新しい現実を可能にするが（生殖補助技術の新規性）、それを論じることが不可能になっているという事態（生殖補助技術が「先端医療であるという状況」によって開く事態）も開いてしまうのである。

しかし、この事態を論じるには、現れた現実が医学・医療の範疇を超えてはいるが、それが生殖補助技術によってもたらされているのである以上、逆に医学・医療の範疇を抜きに議論はできない。そもそも、新しい「家族の関係性や形態」は、生殖補助技術という医療技術によって可能になるのであるし、生殖補助技術が行使されるのは（実験室であれ、臨床であれ）医学・医療という空間においてであるからである。

だとすれば、生殖補助技術が可能にする新しい「家族の関係性や形態」を論じるにせよ、生殖補助技術が「先端医療であるという状況」によって開く事態を論じるにせよ、「医学・医療」と「家族を論じる従来

の枠組み」とを同時に新しく配置し直す必要があるということになるだろう。実のところ、生殖補助技術が「先端医療であるという状況」によって開く事態において重要なのは、論じられる事象が医学・医療の範疇を超えているとか、従来の枠組みや制度が有効性を失うということではなくて、この事態を論じるにあたって新しい知の「布置」が必要とされていることなのではないだろうか。

こうした意味においてこそ、今日の先端医療についての議論の中心が「生命倫理（学）」に置かれ、また今日の先端医療が「生命倫理（学）」の主要な課題と重なり合っているという事実と、「生命倫理（学）」が今日の先端医療の発展とほぼ同時に生成された「新しい」領野であり、学際的でメタ倫理的なディシプリンであるということとは、重要な関係を取り結んでいるのである。

#### IV

もちろん、「生命倫理（学）」の思想史を遡れば、その生成の契機の一つとして、一九四七年の「ニュルンベルク裁判（ニュルンベルク綱領）」という歴史的な出来事にとどり着くことになる。この裁判の目的はナチスの非人

道的な人体実験を裁くことにあったが、医学の発展にとって必須であるとして、人体実験を倫理的な規則によって防御することにもあった。「綱領」の第一項「被験者の自発的同意は絶対的本質的なものである」という文言は、その絶対的な防御壁であると同時に、ヒポクラテスの伝統（パターナリズム）に基づいた「医療倫理」からの断絶の宣言でもあった。すなわち、「ニュルンベルク綱領」は「自己決定権」とそれを原理としたインフォームド・コンセントが最初に明記された出来事であり、「生命倫理」の起点の一つである。しかし、それは「人体実験」を対象とした倫理的原則であり、「医療倫理」から「生命倫理」への移行が医学・医療全般、とりわけ臨床にまで浸透するには、さまざまな紆余曲折や批判を経なければならなかった。今日の「先端医療」は、その「状況性」（先端医療であるという状況）が開く事態」によって、この経緯と密接に関わることになる。

「聴診器」にしろ、「虫垂切除術」にしろ、そうした過去の先端医療は、それが「先端医療である状況」においてさえ、従来の「医療倫理」に何か根本的な変化を迫ったわけではなかった。「聴診器」が様式化したのは「診るものとしての医師とその対象としての患者（の身体）」と

いう関係性であり、従来のパターナリズム的な医師・患者関係を域を出るものではなかったし、その関係性において医師がイニシアティブを握ることの倫理的な問題を主題化したわけではなかった。「虫垂切除術」の登場にしても、特定の疾患の治療のアプローチの仕方に変更をもたらしたに過ぎず、何か重大な倫理的な様相が主題化されたわけではない。大きな治療成果をもたらしたとされる「抗生物質」や「人工透析」にしても同様であろう。従来の先端医療は「先端医療という状況」によって「ヒポクラテスの誓い」に詠われる「医療倫理」を揺さぶることはなかったのである。

今日の先端医療の場合、「聴診器」や「虫垂切除術」の場合とは異なり、それが「先端医療である状況」において、従来の「医療倫理」自体を主題化させる。つまり、今日の先端医療は、それを行使するにあたっての倫理規定そのものを再検討しなければならない事態、従来の「医療倫理」がその限界に直面する事態を顕わにしよう。ここでは、自明視されていた生命や健康についての価値が相対化・多様化され、医療行為者（とりわけ医師）の権威が解体されてしまい、医療行為者側がパターナリズム的な従来の「医療倫理」に依拠するだけでは解決でき

ないような倫理的選択を迫る局面が開かれてしまうのである。たとえば、しばしば指摘されているように、医療行為の方向性をめぐって、生命の尊厳(SOL)か生活の質(QOL)かの選択を迫られた場合、医療行為者側の視点しか持たない(患者からの視点が欠如した)医療倫理に基づくだけでは、その限界が露呈してしまい、パターナリズム的な医師の判断は患者の判断に対して機能しなくなってしまう。今日の先端医療では、その様相がより一層に先鋭化されて現れるのである。その限界を乗り越えるべく生成されたのが「生命倫理(学)」であり、ここでは、従来の「医療倫理」の臨界点を超える倫理的なジレンマの解決には、医療者行為者側の判断よりも、むしろ患者側の判断が優先されることになる。いわゆる「患者の自己決定権(患者の自律性)の尊重」である。

「生命倫理」に従えば、四つの主要な「原則」があり、その一つが「患者の自己決定権の尊重(自律尊重)」であるとされている<sup>3)</sup>。他の三つの「原則」が「善行原理」、「無危害原理」、「公正原理」であって、それらが従来の「医療倫理」の主要な原則でもあるということからすれば、「生命倫理」の生成とは、そこへ新たに「自己決

定権」を編入しただけで、「医療倫理」の拡張的な再編成であるように見えるかもしれない。「自己決定権」は従来の「医療倫理」の限界(それは先端医療がその「状況性」によって開いた事態でもある)を乗り越える原理としてそこへ導入されたものであるが、「自己決定権」が主要な「原則」の一つとして位置づけられるということによって、四つの原則は「医療倫理」とは別様の、「布置」として「生命倫理」を現前させることになる。それゆえ、「生命倫理」は、しばしば指摘されるように、医療行為者中心(パターナリズム)から患者中心へと、医療の在り方の再検討を促してはいるが、「生命倫理」に「自己決定権」が導入されるといえるのは、そうした意味においてはなく、「生命倫理」が従来の「医療倫理」のすべて(原則も含めて)を根底から問い直すという性質を持つということである。それゆえ、「生命倫理」における「自己決定権」の位置づけは、その地位も重要度も、他の三原則とは自ずと異なることになるだろう(「生命倫理」が生成された経緯、つまり「医療倫理」の限界を乗り越えるための原理として「自己決定権」が導入され、それを含めて現前化される「布置」が「生命倫理」であるということからしても、「生命倫理」における「自己決定権」の特権性は、歴史的なものではあるが、当然そういう

ことになろう)。

もちろん、「遺伝子治療」であれ、「生殖補助技術」であれ、「臓器移植」であれ、今日の先端医療の医療技術自体が直接的に「自己決定権」という概念を新たに引き入れたわけではない。また、「自己決定」という概念にしても、新しいものではなく、J・S・ミル、カント、ロック、さらにはアリストテレスにまで遡ることのできる、思想史においてはかなり古い歴史をもった概念であり、それが「生命倫理」において特権的な地位を占めているのには、二〇世紀の社会倫理の中で、とりわけアメリカの思想において、再評価(再発見)され、新たな位置づけを与えられたという経緯とも密接な関連がある。それゆえ、厳密に述べれば、先端医療の技術的な革新性や先進性が「生命倫理」を直接的に生み出したわけではない。とはいえ、「生命倫理」が生成されたのは、先端医療によって開かれた事態が従来の「医療倫理」の限界を露呈させるがゆえに、倫理的な原則の再検討を行う過程においてであった。要するに、先端医療が開く事態とは、「生命倫理」が「自己決定権」という原理を導入して乗り越えようとした「医療倫理」の限界状況でもあったわけである。事実、「生命倫理(学)」の概説書の多くに

において、今日の先端医療によってもたらされた事態が「生命倫理」の生成の発端の一つであったと<sup>(9)</sup>、その生成の経緯が叙述されていることからしても、順序としては、今日の先端医療が「生命倫理」を生み出したのだと捉えても、あながち間違いではないだろう。

しかし、重要なのは、ここにおいても、その逆ではないということを確認しておくことである。つまり、「生命倫理(学)」が、あるいは「自己決定権」が、先端医療を生み出したわけではない。医療に関する倫理的な原則が変わることで先端医療が生み出されたのではなく、先端医療が登場したことで(正確には先端医療が可能にした事態を論じることにしているが)医療に関する倫理的な原則が変わるということ、端的に言ってしまえば、倫理が先端医療を規定するのではなく、結果としては、先端医療が倫理を規定するということである。今日の先端医療の場合なら、それが単なる医療に関する倫理ではなくて「生命倫理」であるということを考慮すれば、過去の先端医療が医学モデルや医療様式に変容をもたらした事態とは、かなり異質であると言えるだろう。要するに、今日の先端医療は、その「状況性」によって、医療における倫理に、あるいはむしろ倫理という

「場」の「布置」に決定的な変更を迫っているのである。今日の先端医療が開く事態と従来、先端医療が開いた事態との決定的な非連続性は、それが論じられる「場」が何かということだけではなく、それを論じる「場」の生成との関係性にもあると言えるだろう。先にも指摘したように、新たに登場した特定の医療技術（その医療技術が可能にした事態）が、それが行使される医療様式そのものを主題化し、そしてその様式に影響を及ぼすという場合、その医療技術は「先端医療であるという状況にある」ということになる。しかし、今日の先端医療が開いた事態は、医学・医療の領域を超えて（あるいは医学・医療の「手前」で）、これまで当然として自明視されてきた概念や制度が主題化され、社会・文化的な価値観（あるいは倫理観）に揺さぶりをかける。そして、こうした事象を検討する議論の中心が「生命倫理（学）」に置かれていることは、その「生命倫理」という「布置」と今日の先端医療との関係からすれば、今日の先端医療が開いた事態と過去のそれとが非連続であることを顕著に示しているということになるだろう。

## V

「遺伝子治療」「生殖補助技術」「臓器移植」といった今日の先端医療はそれぞれに独自の問題について議論が展開されているが、研究レベルにしる、臨床レベルにしる、それらは相互に関連づいており、共通点を見出すこともそれほど難しくはない。たとえば、今日の先端医療は人間の誕生や死に対して人為的に介入することを特徴としているが、その登場の背景には疾病構造が感染症から生活習慣病へと変化したという医学的事実があり、技術的な背景としては生命工学や生命科学との密接な連携がある。

しかし、そうした医学・医療の範疇で主題化可能な共通点を指摘することは、「生命倫理」において今日の先端医療が論じられることの意味を問う場合には、さして重要ではない。重要なのは、人間の「生」と「死」へ技術的に介入することで通底していることではなくて、むしろそのことによって生じる事態で通底していることである。つまり、今日の先端医療が「生」と「死」に介入することとで、「これまで問われることのなかった新しい倫理的問題に直面すること」<sup>10</sup>になると同時に、「生」と「死」と

いう概念そのものまでを主題化してしまうという事態である。

「生命倫理」において「生」と「死」が主題化されることは、「生命倫理(学)」が「生命に関する人間の行為を倫理的に検討すること」であり、その課題が「生命科学・医学が扱う細胞・組織・臓器の利用に関するルールの確立」であることからすれば<sup>(11)</sup>、当然のことかもしれない。しかし、すでに指摘したように、「生命倫理」の生成と今日の先端医療との関係を考慮すれば、今日の先端医療が「生命倫理」において「生」と「死」を主題化させるということ(先端医療と「生命倫理(学)」の課題が「性」と「死」において重なり合うこと)には、重要な意味がある。実のところ、この重なり<sup>(12)</sup>の経緯と関係こそが今日の先端医療が「先端医療である状況」という状況性でもあるからである。

「臓器移植」の場合なら、それが「脳死」を人の死とすることで可能となる医療技術であることからして、とりわけ「死」の概念と深く関わることになる。「臓器移植」における「脳死」とは、一方では「人の死としての脳の死」が「脳のどの部位がどのような状態になることなのか」、「それを判定することは可能か」という医学・医療の範

疇内の問題として、もう一方では「脳の死」を人の死とすることに伴う「死の定義」の変更に関わる問題として、いわば二層化して主題化されている。今日では、両者が錯綜して論じられているが、そのためにかえて、「脳死」をめぐる医学的な議論が長年にわたって蓄積されてきたことも、「脳死」がいわゆる「脳死問題」として複合的に困難で膠着した議論になっていることも、もはや誰もが知るところとなっている。しかし、「先端医療」の状況性との関連で言えば、「脳死」そのものをめぐる議論の内容を再検討することに意味はない。ここで論じられるべきなのは、「臓器移植」が「脳死」概念と結びつくことで「死」の概念が「生命倫理」の「深み」で裁ち直されるという、「臓器移植」の帯びる「先端医療という状況性」がもたらす問題である。

「脳死問題」をめぐる議論において度々指摘されてきたことだが、「脳の死」によって人の死を定義すること(「脳死概念」は「臓器移植」によって新たに開かれた概念ではない。たとえば、フランスの生理学者ビシヤは一八〇〇年に発表した著作『生と死に関する生理学的な研究』において<sup>(13)</sup>、「生命」を「有機的生命」と「動物的生命」に二分し、後者の中心となる器官を「脳」としたうえ



で、「脳の死」を人の死の過程の一つとみなしている（この「脳の死」は現在の「脳死」概念とは異なるし、ビシャ自身は「脳の死」をもって人の死を断定することには否定的であった）。また、現在の「脳死問題」における「脳死」にしても、多少とも厳密に言えば、蘇生医学の発達によって、とりわけ「人工呼吸器」の登場によって、たとえ脳が重大な損傷を被って機能を停止しても、ある程度の時間バイタル・サインを維持することが可能になった状態のことである。つまり、本来「脳死」は臓器移植とは別様の出自を持った概念なのである。

現在の「脳死」概念が依拠する医学的な知見においてもそうだが、「人の死」は瞬間的な出来事ではなく一連のプロセスであり、「脳の死」もプロセスの一つの段階であると考えられており、こうした考え方はビシャの時代以前からすでに存在していた。医学的な見地で「人の死」を確定するということ（臨床死）は、死に至るプロセスのどこかに「不可逆的な死の地点」を決定することであり、多くの場合「心臓死」がその地点とされてきた。簡単に言ってしまうえば、今日の「脳死問題」は、「不可逆的な死の地点」が従来の「心臓死」の段階から「脳の死」の段階へと移行することをめぐって生じている、「死の定

義」の問題ということになる。

しかし、「脳死」概念が「臓器移植」と連接すると、「脳の死」を「不可逆的な死の地点」として定義することは極めて特異な意味を帯びることになる。前述したように、臓器移植という医療技術は「脳死が人の死である」という前提によってはじめて成立する。つまり、医療行為者が殺人罪などに問われることなく「脳の死」段階で「臓器摘出」（生命を維持するのに必須の臓器を移植のためにドナーから摘出すること）を可能にするには、「脳死（脳の死）」の段階）が人の死でなければならぬ<sup>13)</sup>。それゆえ、現在の「脳死問題」において、「脳死」を人の死として定義するということは、臓器移植（臓器摘出）の正当性の根拠の確立でもあるわけである。

「脳死」が人の死であるという定義づけがそのまま臓器移植を行使する根拠となると、「脳死問題」において「脳死」概念が臓器移植と常に一体化されて主題化されることになる。というのも、臓器移植は「脳死（脳の死）」にある段階が「不可逆的な死の地点（人の死）」として確定されてから始まる「医療行為」であるが、同時に「脳死は人の死か」という問題は臓器移植（臓器の摘出）の根拠を問うことによってじめて主題化されるからである。つ

まり、まったく出自の異なる「脳死」概念と臓器移植は、一方を問うことにおいて片方が必要条件となるような、相互補完的な関係性を取り結ぶことになるのである。臓器移植が許容されるには「脳死」が人の死であるという前提が必要であるが、「脳死は人の死か」を問うには「臓器移植が許容される前提は何か」という問いが先行していなければならないのである。

形式的に順序化してしまうと、そもそもは人工呼吸器の登場により、「脳死」という段階がある程度時間維持できるようになって、臓器移植という先端医療が技術的に可能になった。しかし、「脳死」概念が臓器移植と一体化されてしまうと、この順序が転倒してしまい、「脳死」から臓器移植を問うことよりも、臓器移植から「脳死」を問うことの方が重要視されるようになってしまう。そうなると、「脳死」の内容は、単に「不可逆的な死の地点」を確定すること（医学的に「脳がどのような状態になると人の死として確定できるのか」）だけではなくて、ドナーの身体（臓器）が臓器移植に適切な状態であることも必要とされることになる<sup>(14)</sup>。つまり、「脳死」概念と臓器移植の一体化によって、「脳死」を人の死とすることは、形式的に言ってしまうと、「脳が不可逆的な状

態」にあり、かつ「臓器が移植に適した状態を維持している地点」を特定するということになる。

このことは、それがどの地点なのかについては議論があるにせよ、「人の死」が「プロセス」から「瞬間的な出来事」へと集約されることを意味すると同時に、そのことで医学「以前の（手前の）」、いわば文化的・社会的な、もしくは伝統的な「死」の見解との差異を先鋭化してしまう。たとえば「人の死生観に重大な変更をもたらす」（日本では）文化的、伝統的に馴染まない」といったような、伝統的な「死」の概念に基づいた、ある種の「臓器移植・脳死」反対論が主張されていることに、そのことが顕著に見て取れるだろう。実のところ、「脳死」が臓器移植と一体化することで帯びるその定義づけの特異性は、それと伝統的な「死」の概念との差異についての語り口においてよりいっそう明確になる。

伝統的な「死」の概念といっても、それは「心臓死」とそれほど齟齬をきたすことなく、むしろ重なり合っているときさみならずことができるが、これといった「かたち」や定義があるわけではないし、医学的に「不可逆的な死の地点」を明確化することが社会的・文化的に重要な意味を持つわけでもなかった。それゆえ、「死の定義」

の内容をめぐって、つまり「不可逆的な死の地点」をどこに位置づけるのかについて、「心臓死（三徴候死）／「脳死」という定義上の対立構造が生じているわけではないだろう。「死」が「瞬間的な出来事」として決定されるということとは、今日の「脳死」概念に始まったことではないし、「心臓死」にしても、臨床の場においては、「死の特定点」であることでは同じである。「脳死」との対比で語られる場合、「心臓死」は二重の意味で曖昧な「伝統的な死の概念」の表象であるにすぎない。

それでも、「脳死問題」の論争において「脳死」概念と「心臓死」があたかも対立しあった定義のように語られるのは、医療関係者以外からすれば、しばしば指摘されるように、「脳死」が不可視であるのに対して（脳死と判定されても、「脳死」は表面的に見ることができず、生命維持装置に繋がれているにせよ、呼吸や脈拍、体温などバイタル・サインは確認できる）、「心臓死」は可視的であるということに大きな要因がある。しかし、実のところ、ある種の「臓器移植・脳死」反対論の語りにも現れているように、「脳死」が「心臓死」と決定的に異なるのは、そうした徴候的な表層でもなければ、医学的な事実でもない。そうではなくて、「心臓死」の判定がおおむね文化

社会的な「死のプロセス」に組み込まれていたのに対して、「脳死」の場合は、医療的に定義された「死」が社会・文化的に構成された伝統的な「死のプロセス」を切断してしまうことにある。つまり、「脳死」は、その判定をもってすぐさま臓器移植（臓器提出）が可能になるという「根拠性」から、その対象が社会・文化的な「死のプロセス」に組み込まれることを、一時的にであるにせよ、妨げてしまい、その切断面を「不可逆的な死の地点」として露わにしてしまうのである。

だとすれば、「脳死問題」において交わされている「心臓死（伝統的な「死」の概念）／「脳死」の対立、あるいは「不可逆的な死の地点」が「心臓死」から「脳死」へと移行することの問題とは、「死」の定義をめぐる「配置」の仕方についての、いわば医学・医療の範疇の「手前」にある「論争」でもある。つまり、「脳死」が人の死であるかどうかに関する医学的な議論であるよりも、「死の定義」を枠づける配置についての議論であるということになるだろう。「脳死」概念は、従来の「死の定義」を決定する配置（あるいはコンテキスト）と断絶しているがゆえに、むしろそのことによって、「死」の概念自体を揺さぶり、それを裁ち直そうとするのである。そして、この

断絶を生み出しているものこそ、「臓器移植」と「脳死」との連接なのである。

結局のところ、「脳死とは何か」を問う仕方においてであれ、「脳死」と「心臓死（伝統的な「死」の概念）」との差異についての語り口においてであれ、「脳死」が臓器移植と一体化していることで、「人の死」は臓器移植によって「脳死」として構成し直されていることになる。いささか短絡的ではあるものの、形式的に言ってみれば、「人の死」は、臓器移植が「脳死」として主題化し、臓器移植が許容されるという地勢図に位置づけられるということになるか。

ここでは臓器移植との関連で「死」の概念を取り上げたが、「生」の概念の場合であれば、ベクトルが逆になるだけで、「生」の定義は遺伝子治療や生殖補助技術（あるいは人工中絶）と同様の関係を取り結んでいる。つまり、遺伝子治療や生殖補助技術が「生」を主題化し、人間の生命が始まる地点を特定し、「人間の尊厳を侵さないように」<sup>15</sup>、それを根拠として、いまだ「生」たり得ない胚や幹性細胞の医学的な利用を可能にするのである。

つまり、脳死問題における「死」であれ、胚利用の倫

理的問題における「生」であれ、「生命倫理(学)」で「死」や「生」が主題化される場合、それらを問う仕方が先端医療と一体化されて論じられるということになる。人為的に生命へ介入するという先端医療の技術的な新規性は、その新規性ゆえに「生」と「死」を先端医療の技術を行使するのに適切な状態で明確に定義する必要が生じる。その定義の適切さが先端医療の可能性を開くのであり、定義の明確さこそが先端医療を行使する倫理的な根拠になるからである。しかし、それを問う仕方と先端医療と一体化しているのであれば、それを問う場としての「生命倫理」という「布置」は常に先端医療という格子によって構成されることになる。要するに、今日の先端医療が帯びる「先端医療であるという状況」によって生じる事態とは、それを主題化すること自体が先端医療という縫い目によって人間の経験的事象を裁ち直す「布置」としての「生命倫理」を生成するということなのである。

「生命倫理」が一貫した体系であるのなら、「死」と「生」の定義は論理的にコインの裏表でなくてはならない。だとすれば、遺伝子治療や生殖補助技術がその行使を許されなくなる地点から「生」が始まり、臓器移植が行

使を許される地点で「死」を迎えるというわけである。「生」と「死」の定義が議論される場が「生命倫理(学)」であるのなら、人間の存在様態は今日の先端医療によって規定されることになるのである。

## VI

テクノロジーの発展によって人間の経験世界や知覚様式、あるいは人間の在り方そのものが変容するということは、何も医学・生命科学に限ったことでもなければ、それほど特殊なことでもない。どのような新しい技術であれ、それが対象とし、あるいは介入する人間的対象は主題化され、それを論じる場の「布置」が再検討されることになる。映像技術の発展、たとえば写真や映画の発明がわれわれの視覚経験や現実感覚に与えた影響の大きさ、近年なら、IT技術の革新がコミュニケーション行為をその概念構成から再考を迫っていることからしても、そのことは明らかであろう。医療技術、とりわけ今日の先端医療によって、その特徴が生命への人為的な介入にあるのであれば、われわれの死生観が多大な影響を被るのは当然のことかもしれない。

しかし、今日の先端医療とそれが開いた「生命倫理」という場の「布置」との関係性は、その生成の歴史性や問いの仕方、構造的な特異性によって、「生命倫理」の課題についての議論をあらかじめ枠づけている。エマニエル・レヴィナスの言い回しをいささか借用すれば<sup>(16)</sup>、ある意味では、「生命倫理(学)」は先端医療を起点として多様な人間的対象や人間的経験を規定する。「生」であれ、「死」であれ、あるいは「家族」であれ、「生命倫理(学)」において人間的概念について議論することは、この規定がなされるその仕方である。それは先端医療にあわせて「生」や「死」を裁ち直すことであり、人間的対象を先端医療という尺度で測り直すことである。だとすれば、人間的対象は先端医療の縫い目や目盛りのうちに統合され、その多様性を失うことになる。その結果、「生命倫理」それ自体が、あるいは結果的に先端医療が、人間的対象や人間的経験のうちにその特権的な位置取りを占めることになってしまふのである。

さらに付言すれば、この位置取りには、先端医療が生み出される背景的な医療的善意とでもいふべき希求的心情が働いているということを指摘しておくべきだろう。というのも、この心情は先端医療を行使することの正当

性に少なからず根拠を与えているからである。

おそらくは、どのような医学研究者であれ、医療行為者であれ、あるいは患者とその家族であれ、人間の死生観に変更をもたらそうとして、先端医療を開発しようとしたわけでも、行使しようとしたわけでもなければ、その臨床的実用を期待していたわけでもないだろう。難病を克服したり、不妊症など何らかの身体的要因で子供を持たないカップルの願いを叶えたり、先端医療がもたらす恩恵への希求は、医療行為者側にも、患者の側にも、あるいは一般的な心情としても偏在していて、それが先端医療の推進力になっていると考えるのが自然なのかもしれない。だとすれば、先端医療が人為的に生命へ介入すること自体を問うことは、かなり困難になってしまう。

たとえば臓器移植でしか助からない患者に対して、あるいは体外受精でしか妊娠できない患者に対して、「医療技術が生命に介入すること」の是非を問いかけられるだろうか、すでに実用可能な医療技術があるにもかかわらず、その行使を宙吊りにできるだろうか。先端医療がそれがもたらす恩恵への希求とあらかじめ一体化してしまおうと、先端医療そのものを問うことが差し控えられて

しまい、先端医療の課題とは先端医療の行使を可能にする条件や根拠を主題化することになる。今日の先端医療の課題が「生命倫理」の主たる課題と重なっているのなら、このことが持つ意味は軽くはないはずだ。

今日の先端医療の場合なら、先端医療を問うことは、「人為的に生命に介入すること」という新規性の是非を問うことではなく、臓器移植と脳死の一体化がそうであったように、先端医療と先端医療の根拠とが接続することで、先端医療が可能になる条件の規定を問う場が「布置」(「生命倫理」)が先端医療によって枠づけられて生成され、そこでの規定の探求がそのまま人間の事象についての明確な規定の仕方となってしまうのである。そういう意味では、「生命倫理」が「技術革新に対応する倫理的部分的改修というような小手先の変化」<sup>[1]</sup>でもなければ、人間の事象の医療化(生と死の医療化)についての表象的事象でもないという指摘は正しいだろう。

しかし、それゆえに、先端医療が開く状況性には、心情的にも(無自覚な医療的善意や希求)、それを問う仕方にも、すでに一つの方向性が含まれているのなら、それが開いた「生命倫理(≒字)」という「布置」においても、その規定においても、先端医療の状況性があらかじめ孕ん

でいる方向性が潜んでいることになる。その結果が先端医療による「生」と「死」（人間的事象や人間的経験）の明確化や一元的な規範化であるのなら、それを論じる「布置」は「倫理」というよりは、一つの「政治」であり、権力である。「生命倫理（学）」がこの事態を主題化しないのであれば、「生命倫理（学）」は単なる先端医療の可能性を根拠づけるルールかガイドラインでしかないばかりか、むしろそもそもが対抗すべきであるはずの、「生」と「死」を規定する権力装置になってしまう。そうなれば、やがて今日の先端医療がその「先端医療である状況」を失い、通常医療になってしまうと、われわれの「生」や「死」は、その規定が問われた仕方が隠蔽され、あらかじめそのようなものとして自明視されることになってしまふだろう。

## 註

(1) 本稿では「先端医療」という用語は臨床的に実用段階に入った先進医療（先進的医療技術）のことを指しており、具体的には、本文中にもあるように、「遺伝子治療」「生殖補助技術」「臓器移植」を念頭に置いている。櫛島によれば、日本においては、通常医療と実験段階の医療とを厳密

に区別する考え方や制度が確立されておらず、本来なら、通常医療の対語は実験的医療という用語であるが、「先端医療」という表現が頻繁に用いられている（櫛島次郎『先端医療のルール——人体利用はどこまで許されるのか——』講談社新書、二〇〇一年、一九頁）。

(2) 日本では、明治初期において、東京大学医学部附属病院外科病棟は半ば虫垂炎の患者で占められていたが、現在では、大学病院に虫垂炎単独で入院している患者は皆無とされていること、外科医の「メスおろし」として虫垂切除術を選択する場合が多いといったことも、「虫垂炎」が軽度の疾病になったことの証左と言えるだろう。もちろん、「虫垂炎」の診断が実のところ極めて難しいという指摘もあれば、現在では外科的処置に傾倒しすぎることに批判もある。大鐘稔彦『外科医と「盲腸」』岩波新書、一九九二年。

(3) Postman, Neil, *Technopoly: The Surrender of Culture to Technology*, Alfred A. Knopf, 1992. G.S.研究会訳『技術VS人間——ハイテク社会の危険——』新樹社、一九九四年、一三〇—一三四頁。

(4) *ibid.* 訳書、一三〇頁。

(5) Foucault, Michel, *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*, P.U.F., 1963. 神谷美恵子



訳『臨床医学の誕生——医学的まなざしの考古学——』  
みずす書房、一九六九年、一五頁。

(6) 生殖補助技術の組み合わせについては以下の文献を参照した。品川哲彦「新しい生殖技術と社会」塚崎智・加茂直樹編『生命倫理の現在』世界思想社、一九八九年。村上善良『基礎から学ぶ生命倫理学』勁草書房、二〇〇八年。

(7) アメリカで、契約した夫婦と代理母の間で生まれた子供をめぐって生じた事件。代理母は一九八六年に子供を出産し、一旦は契約した夫婦に引き渡したが、数日後契約した夫婦の家を訪れ、一週間だけ子供を連れ出したいと求めた。契約者夫婦はこれを認めたが、代理母は一週間経過しても子供を手放さなかった。そこで契約者夫婦は保護養育に関する請願を家庭裁判所に提出した。家庭裁判所は代理母契約の有効性を認め、代理母の親権を停止し、子供の保護養育権を契約者夫婦に与えた。同時に子供と契約者夫人との養子縁組を許可し、代理母が契約者夫婦に子供を引き渡すよう命じた。しかし、州最高裁判所は、金銭が介在する代理母契約を無効とし、養子縁組も成分法や公共行政に違反しているとして、契約者夫婦の夫についての自然的父の保護養育権は認められたものの、代理母の自然的母の親権停止は差し戻し、子供を訪問する期間を決定するよう、下級

審に求めた(『資料集 生命倫理と法』太陽出版、二〇〇四年、二九二―二九三頁)。

(8) 村上善良『基礎から学ぶ生命倫理学』一九二六頁。

(9) たとえば、塚崎智・加茂直樹編『生命倫理の現在』(世界思想社、一九八九年)やH・T・エンゲルハート、H・ヨナスほか/加藤尚武・飯田巨之編『バイオエシックスの基礎——欧米の「生命倫理」論』(東海大学出版会、一九八八年)の「序論」や「はしがき」、あるいは加藤尚武『脳死・クローン・遺伝子治療——バイオエシックスの練習問題——』(PHP新書、一九九九年)などを参照のこと。

(10) 塚崎智「先端医療技術がもたらした倫理的課題」塚崎智・加茂直樹編『生命倫理の現在』世界思想社、一九八九年、三頁。

(11) 棚島次郎『先端医療のルール』一七頁、二八頁。

(12) Bichat (X), *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Paris, 1800. ただし、ミシェル・フーコー『臨床医学の誕生』および市川容孝『身体/生命』(岩波書店、二〇〇〇年)を参照した。

(13) 小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』PHP新書、二〇〇四年、五〇頁。また、本田裕志「臓器移植法をめぐ

る諸問題」(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、一九九八年)も参照。

- (14) 「脳の死」のどの段階を「人の死」とするかについては様々な考え方があがる。たとえば、全脳死説、脳幹死説、大脳死説などであるが、それぞれの医学的な内容はここでは立ち回らない。また、「ドナーの身体が臓器移植に適切な状態であること」については、「脳死」の内容においてよりも、臓器摘出の手続きや脳死判定の基準に反映されていると言えらるだろう。村上善良『基礎から学ぶ生命倫理学』一〇一一—一〇九頁、小松美彦『脳死・臓器移植の本当の話』五一—五六頁を参照のこと。

- (15) 「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(平成一七年四月一日から施行、文部科学省・厚生労働省・経済産業省)、および「ヒトES細胞の樹立及び使用に関する指針」(平成一三年九月二五日文部科学省告示第一五五号)。また、棚島次郎『先端医療のルール』(八二頁)を参照のこと。
- (16) Lévinas, Emmanuel, "Résumé de *Totalité et infini*", dans *Annales de l'Université de Paris*, 32, juillet—septembre, 1961. 合田正人訳『全体性と無限』要約』レヴィナス・コレクション』筑摩書房、一九九九年、四四六—

頁。

- (17) 谷田信一「バイオエシックスの枠組みと方法——その歩みと今後の課題——」今井道夫・香川知晶編『バイオエシックス入門』東信堂、二五六頁。

### 参考文献

- Berger, P. L. and Luckmann, Th., *The Social Construction of Reality*, New York, 1966. 山口節郎訳『日常世界の構成』新曜社、一九七七年。
- Foucault, Michel, *L'Histoire de la sexualité, I, La volonté de savoir*, Éditions Gallimard, 1976. 渡辺守章訳『性の歴史I 知への意志』新潮社、一九八六年。
- Glissant, Édouard, *Poétique de la Relation*, Éditions Gallimard, 1990. 菅啓次郎訳『〈関係〉の詩学』インスクリプト、二〇〇〇年。
- Veatch, Robert M., *The Basics of Bioethics*, 2nd, Prentice Hall, 2003. 品川哲彦監訳『生命倫理学の基礎』MCメディア出版、二〇〇四年。
- 安藤泰至『死生学と生命倫理——「よい死」をめぐる言説を中心に——』島蘭進・竹内整一編『死生学』1、東京大学出版会、二〇〇八年。

兩宮浩「臓器移植」二瓶健次編『医療はどこまでできるか——先端医療技術とQOL——』アグネ承風社、二〇〇〇年。

香川知晶『生命倫理の成立——人体実験・臓器移植・治療停止——』勁草書房、二〇〇〇年。

加藤秀一『へ個』からはじめる生命論』日本放送出版協会、二〇〇七年。

澤井敦『死と死別の社会学——社会理論からの接近——』青弓社、二〇〇五年。

村岡潔「先端医療」黒田浩一郎編『現代医療の社会学——日本の現状と課題——』世界思想社、一九九五年。

田村誠「医療技術と人間社会」山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会、二〇〇一年。

前田義郎「医療技術と生命倫理」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、一九九八年。

美馬達哉「『脳死』と臓器移植」佐藤純一・黒田浩一郎編『医療神話の社会学』世界思想社、一九九八年。

鷺田清一『教養としての「死」を考える』洋泉社、二〇〇四年。