

# 生命倫理学管見

五十嵐 靖彦

## 一、近代科学と医療

天変地異による自然の猛威から少しでも身をかわし、生活を保全したいと考えることは人類の不変の願望だと言えよう。生物としては元来、「病める動物」(ニーチェ)、「欠陥存在」(ゲーレン)として生れついた人間が、その授かった知恵を駆使し、種々回避策を講じた成果が人類史の途絶を免がれさせてきたのである。その点からすると、〈自然〉ではなく〈人為〉こそが〈人間的自然〉であり、生存様式だとも言えるわけであり、この様式はおそらく人類の発生と共に古い起源をもっていることだろう。

ところで、人類のこうした外部自然による蹂躪からの解放をめざす回避策は、近代の科学技術の成立と発展と共に、受動から攻勢へ、忍耐から征服へ、とスタンスを転じた観があるのは否定しえない事実である。加持祈禱といった神話的・迷信的な対処法でも、もしかして時には危難を退散させたかもしれない。だが、それは、確率的にはきわめて低かつたろうし、そもそもその両者には因果関係というよりも偶然的符号という関係しかなかったことだろう。だが近代科学はこんな態度はそもそもとらない。へしつらえられた実験装置〈を考案し、自然現象を人為的に作り出し、自然そのものをして自らのからくりを語り出させ、定式化する。こうして得た知見をもとに、さらに応用装置を案出

し、生活全般の利便に供しようとする。これが科学技術である。ここには、人間に時に災いをもたらす同じ自然法則を逆用し、むしろ有益なものへと転化しようとする積極的な姿勢が現われている。近代の科学技術文明のもたらしたものの、それは外部自然の拘束性からの解放、自由の拡大だったと言えよう。

ところで、病苦から解放され長生きしたいというのと同じく人類の願いである。すべての生物に種に応じて定められた大むねの寿命があるというのに、天寿を全うせずに病氣や怪我などで早死にするのはなんとも不幸なことである。まして、その原因も効果的な治療法もわからぬまま果ててしまうのは悔やんでもあまりあることと言わねばならない。ここに自然からの自由の獲得行為の一環としての医療が成立する。

この分野においても、その幾段階かの前史を経て近代医療に至って能動性・積極性の度合いは一段と高まった。即ち、近代医療は、(1)病氣の機構を体系的に解明し、(2)種々の科学技術を用いて、(3)病氣の予防や診断や治療を行い、(4)もって人々の健康増進や病氣からの回復を図ろうとする、総合科学的な営みとなっている。これによって従来死病とされていた多くの難病が克服されてきたし、今後その歩みは止むことはないであろう。

だが、ここで考えてみるべきは、科学技術一般の人為的自然という背理的な両義性についてである。それは確かに人間の自然的生存様式なのではあるが、あくまでも人間にしか通用しえない自然なのであって、応々にして他の生物や環境に通用している自然と衝突し、それらを犠牲とすることなしには自らを貫徹しえない、という危険性をはらんでいるのである。他の生物や環境を自然のままに保護する、という形で科学技術が役立てられるならばこの危険性は杞憂に終るだろうが、現実には種々の理由から（地球環境の有限性、人口の増加、人間のエゴ、科学的実験上の要請、等々）そんなことは期待しがたいであろう。現に、そのつけは、公害の発生、生態系の破壊、核兵器の開発とその使用、等の形で人間自身にはねかえってきているのである。一方で人間をより自由にし、物質的に豊かな生活をもたら

してきた同じ科学技術文明が、その論理を徹底させればさせる程、人間に逆に暗い影を投げ返してくるというこの悲劇的な背理的現実、人間疎外現象として、すでに前世紀末以来指摘されてきたところである。

以上のことは、これまた医療においても例外ではない。この分野においては、特に今世紀の後半以降、従来出会わなかったような倫理的難問が数多く出現し、単に医療の専門家のみならず、哲学者、法律学者、宗教家等をも巻き込む学際的な論争点を引き起こしている。こうして、いわゆるバイオエシックスという一つの学問分野が成立するまでになっているのである。本稿は、以下においてこうした生命倫理論議の興隆の背景をさぐり(二節)、その具体的論争点の一つを提示し(三節)、何らかの解決策への指針を見い出そう(四節)と試みるものである。

## 二、生命倫理論議の興隆の背景

近年我が国においても生命倫理に関する諸問題がかまびすしいまでに論議されるようになった。新聞・雑誌・テレビなどの報道界では連日に近い程取り上げるし、また、各種医学会や、大学倫理委員会、病院、研究所、調査会等でも様々な形でこの問題をテーマに話し合いが進められている。

これを世界的な規模でみるならば、こうした興隆のきっかけが与えられたのは第二次世界大戦後のことであり、一九六〇年代以降加速度的に盛り上がりを見せ、深刻な問題の続発と共に、以来夥しいまでの文献が出版され、今日に至っているのである。

医療をめぐる倫理問題は、その発生と共に古い来歴をもっている。というのも、医療が単に純粋な科学技術的な営みに尽きず、救命と健康増進という人間の切なる願いに応えるべき倫理的使命を担っただけに、医療行為に寄せる人々の関心や期待感は大きく、同時に、医療従事者特に医師に対する尊敬は格別深いものがあつたからである。

したがって、逆にまた、医療を施す側にしてもその職責を果たすために、高い識見と高度の技術、なかんずく、人道主義に立つ崇高な倫理観の修得にこれ努めてきたのである。「人を害しない」とか「秘密を漏らさない」等のヒポクラテスの誓いはその現われの一つと言えよう。こうした背景からすれば、患者に真実を告げるべきか否かといういわゆる「告知」の問題、もはや死が不可避である苦痛にあえぐ末期患者を楽にしてあげるべきではないかという「安楽死」の問題、望んで妊娠したのではない胎児の中絶の問題、患者や捕虜の医学的人体実験の問題、等々の論題は医療過誤や不当診療の問題と並び古くから論議され続けてきたのである。従って、これらは今日の生命倫理論議の興隆の直接の引き金というわけではないのである。

では何がその要因だろうか。

私のみるところ、客観的条件と主観的条件との二種がある。客観的というのは、直接に医療にたずさわる側に起因するわけではないという意味である。これにもいくつかある。

まず第一に、科学全般の進歩という点である。近代自然科学はベーコン、ニュートンの頃、即ち十六〜七世紀に確立し、以来日進月歩滞ることなく進歩前進してきており、その応用として幾多の技術革新を伴いながら今日の物質文明の繁栄を導いたことは今更多言を要すまい。その現在水準は、コンピュータ技術、レーザー技術にみるように誠にめざましいものがある。とりわけ、先端分野は分子生物学の長足の進歩という今世紀半ばすぎの成果に関連している。これまでの自然科学の中心は物理学であり、物質の研究であった。しかし今や生物学に移ってきた感が否めないところである。生物の細胞の内部構造、即ち、核内の遺伝子の本体たるDNAの発見。これによって遺伝学、遺伝子工学、免疫学、種々のバイオ技術が発達し、今や生命操作の時代に突入しているのである。生命操作が農業分野に留まっていた分にはまだ問題は少ないと言えるが、遺伝子組み換えによる治療という形で医療にかかわってこない保障はない。

そうなるに医療において生命操作がどこまで許されるかという難問が当然でてくるであろう。

第二は、哲学や倫理学の側からのインパクトである。従来の伝統的倫理学は、勿論、倫理理論は多種多様あり、それぞれ考え方を微妙に異にしているのであるが、事西洋に関する限り、ヘブライズムとヘレニズムの源流からして、人格概念を中核に据えるヒューマニズムであると言つてよいだろう。典型的にはカントの倫理学に現れているように、人格とは、自ら法則を立てそれに自己強制する義務の担い手であると共に、他者を尊敬し、その幸福を願う愛他精神の持ち主でもある。一言で言えば、人格とは自分を良くコントロールし、社会生活のルールを守つてけじめ正しく生きる理性人である。だが、今日ではこの立場は維持するのが困難だと言わねばならないだろう。幼時や知恵遅れの人、精神障害者、恍惚老人、植物状態にある人、これら特に近年増加している人達を人格でないとみなし、物件扱いできるものでは断じてあるまい。二十世紀後半の倫理学は、こうした隔離し切れない人間存在を組み込んだ新しい人間概念、生命概念に立脚した理論を構築することを迫られているのである。もちろん、こうした人格概念をあくまで固守し、医療の場での倫理問題に対処しようとする立場もないではないが、それはあまりに功利主義的な考え方に歪められたものであり、正論とはみなされなれないと思われる。以上のような哲学や倫理学の側の提起する生命倫理学の要請が、まさに生命を扱う医療と連動せずにおかないことは明らかであろう。

第三には、もつと生々しい歴史的事実である。戦争は人間同士の殺し合いである。第二次大戦は、種々の傷跡を残した。特に、ナチスによるユダヤ人狩りは、人間の尊厳がどこまで脅かされるか、の極限を示すものだった。ニュルンベルク裁判ではいかに多くの人間が虫けらのように取り扱われたかが暴かれた<sup>3</sup>。これらのことは何もドイツに限つたことではない。我が国でも、戦時中捕虜や敵国人を相手に非人道的な数々のことを行つたことが明るみに出されている。これらの悲劇的な出来事は、生命の重みについての深い思いを人々の心に刻み込むものだった。このことがそ

の後の生命倫理論議の底流をなすものであったことは否めない事実であろう。<sup>4</sup>

次に、主観的条件であるが、これは医療側自身の考え方の変化という事である。

従来、医療を施す側、特に医師は、患者に対して基本的にはパターナリズムの態度で臨んできたと言えよう。パターナリズム（親心主義）は、広義にとれば、家族的なもの、国家政策的なもの、企業的なもの、地域社会的なもの、等多様な分野で横行しているが（特に日本社会では）、ここで述べるものは勿論、医師对患者という個人間のものを意味し、内容的には、患者には、複雑難解な医学上の知識が皆無なのだから、是非善悪の判断はできないだろう。だから、医師たる自分が親心をもつて患者当人にとって最善の策と思われる処置を採用してあげよう。その際、一々患者から了解をとるまでもあるまい。とといったポリシーを指している。よく言えば、親が子供を養育する際の心境と同じく、温情あふれた私心なき態度だと言えるが、反面では、知らしむべからずという閉鎖性、人の事を勝手に決めるという独善性の危険性を帯びてもいると言わざるを得ない考え方でもある。

だが、こうしたパターナリズムは、特に一九六〇年代以降急速に退潮せざるを得なくなったのである（特に欧米では）。こうしたパターナリズムの揺らぎを招いた要因を探ると、以下のような三つのことが指摘できると思われる。

まず第一に、国民の知る権利、自己決定権の自覚の拡張が挙げられる。マスコミの発達によるところ大なのであるが、今日では何も医療の世界に限らず、政治や宗教その他の世界でも国民不在の密室で少数の権威者だけが事を決定することへの不信感が高まっている。自らにかかわることに関しては、最大限知る権利があるし、またそれらの情報に基づいて自ら決定する権利をもっている、というのが社会的常識になっている。戦後民主主義教育の一つの成果と言つてもよいであろう。特に医療界には、かねてより医療過誤や不当診療らしいことが起つても医師同士がかばい合い、立証不十分による不起訴というケースが応々にしてあり、このためカルテの公開性への要求、医師に委せきる

ことへの不安感がことのほか強く叫ばれるようになっていた、という事情がある。これらの背景から医師側にも襟を正そうとの自覚が芽ばえてきたのである。たとえば、米国のある調査によると、「患者に病名などの真実を告げるか否か」についてのアンケートに対して、一九六一年には八八%の医師が否、と回答したのに対し、七七年には九八%がイエスと答えたという。<sup>5</sup>

第二に、病気観の変化、というより病態の多様化という点が指摘される。従来は、病気と言えば主として急性的な身体疾患のことと考えられていた。だが、今世紀に入ってからフロイト等の功績による心理学の発達が機縁となり、精神医学や心身医学が長足の進歩をとげるに至った。<sup>6</sup> 加えて、第二次大戦後の傷病兵の飛躍的増大に対応してリハビリテーション医学が予防医学、臨床医学と並ぶ第三の医学として、大きな比重を占めるようになった。高齢化社会への移行による在宅ケアの必要な老人の増加や、交通事故の多発による障害者の続出。これらは、病像に対する視野の拡大を余儀なくさせるものだった。これらの、心因性のもしくは精神因性の病気、あるいは、完全に元通りに回復する見込みのない慢性的疾患にあつては、日常の患者自身の自己管理、あるいは価値観の切り替え、家族等の援助、が不可欠であり、医師一人が対処しきれるものではなくなっているのである。パターンリスティックな態度に代わり、患者とのパートナーシップのもとに病気や障害に当たろうとの機運がこれによっても促されているのである。

第三に、医療の高度化に伴って、医療実践の種々の現場で医師自身が判断に戸惑うようなケースが応々にして現れるようになった、という点が挙げられる。実は、後に見るようにこの点こそが生命倫理論議の興隆の直接の要因でもあるのである。

今日のハイテクノロジーの波は、医療分野においても、診察学上・治療学上・予防学上の飛躍的な進歩をもたらした。レスピレーション（人工呼吸器）、CT（コンピュータ断層装置）、MRI（磁気共鳴映像）、超音波エコー画像診

断、光ファイバー利用の内視鏡診断と治療、レーザーメスや水流メスを使用する手術法、マイクロサージェリー、遺伝病スクリーニング、遺伝子治療法、ペインコントロール、等々。高度機器を用いた診断や治療法が先端医療の現場では、どんどんとり入れられ、従来考え及ばなかったことが可能となつてきているのである。その多くは人類に恩恵をもたらす強力な武器であることは言うまでもないが、反面、それが果たして救命的な治療と言えるのか、倫理的にみて許容される行為なのか微妙に判断が分かれる新手法もまた開発されたのである。たとえば、体外受精法、羊水診断による胎児の病気の早期発見、男女の産み分け技術、植物状態や脳死状態での長期管理、臓器移植術、等々。これらは結局、どの時点で人間の生命の発生と言えるのか、また、どの時点で死と言えるのか、そもそも生命とは何なのか、死とはなんなのか、という哲学的問いにもかかわつてこざるをえない原理的問いを提起しているのである。それらに確答しないことには、医師としては自らの医療行為が果たして、人間を生かそうとしているものなのか、死を早め死に追いやってしているものなのか、判断がつかかねる場面に立会う機会もできかねないわけである。これをもつてしても、象牙の塔にこもるパターンリズムを固守することはもはや難かしくなつたと言わざるを得ないであろう。

### 三、臓器移植（生体部分肝移植）について

今日の生命倫理論議の論題は、前節でみたように、従来の諸問題に加え、人間の生命の誕生にかかわる人工授精の問題、受精卵や胎児の取り扱いの問題、死の定義と判定基準の問題、これと連関した臓器移植の問題が加わり、複雑で錯綜した論議の数々を産みだしている。ここでは、これらのうち、特に臓器移植、その中でも生体部分肝移植に焦点を当てて、そこに含まれる問題点を考えてみたい。というのも、これこそが一昨年から今日にかけて日本の各地の大学病院で実施され大々的にマスコミで取り上げられ、その都度国民が一喜一憂した生々しいテーマだからである。



本稿では、臓器移植一般について、その過去の実績、移植が可能とされる臓器や組織の列挙、提供者と受容者の関係の種々相、臓器移植が根治術だと考えられる所以、肝臓の機能と生理、等々については門外漢ゆえ一切言及しないことにする。

さて、我が国でここ二、三年の間にすでに三十五例程行われた「生体部分肝移植」とは、新聞等の報道によると、大部分が先天性胆道閉鎖症にかかった子供に対し、その両親のどちらかがドナーとなり、自らの肝臓の一部（30%程度）を移植する方法である。これらの病気にかかった子供の全員が、従来の治療法である葛西式肝門部空腸吻合術<sup>7</sup>を受けて、なお効果がみられなかったものと言う。

手術の実際は、大よそ次の手順で行われると聞く。(一)レシピエントとドナー双方の綿密な事前検査。(二)レシピエントの肝臓の剝離・切離。(三)ドナーの肝臓左葉部の四分の一度を切り取る。(なお、肝臓は、四分の三程の右葉部と、残りの左葉部とに分かれており、全体としては、八つのセグメントから成るという。右葉部が重要な働きをする。肝臓は再生力が強く、三〇〜四〇%残っていればもとどおりになるという。)(四)レシピエントの肝臓部空所に、ドナーから切離した肝臓の一部を植え込む。(五)血管、胆管、リンパ管、等の脈管系を接合する。(六)固定縫合する。(七)ドナー側の処置。(以上の手術には、早くて数時間、通常は十二、三時間、長くても二十四時間を要するという。)

以上は直接の手術の手順だが、レシピエントはその後引き続き、免疫抑制剤や抗生物質の投与を受け、術後管理を万全にしないと感染症が致命的となる。

生体部分肝移植には確かに多くのメリットがある。従来の手術法をもってして黄疸消失がみられなかった患者の治療が見込めること、全肝移植よりも拒絶反応が少ないこと、比較的高年齢まで適応可能なこと（葛西手術だと、生後間もなくな程効果があるという）、ドナー不足が脳死体からの全肝移植より小さいこと、現在進行中の脳死論議と抵触

しないこと、等々である。今後のことは不明として、これらのメリットから矢次ぎ早に実施されたものと考えられる。だが、翻えてこの術式に包含されている問題点のいくつかを考察してみなければならぬ。そしてこれらがすべてクリアできる条件が整うなら、その時初めてこの方法が医療として社会的に許容されるものとなるであろう。

まず、第一に純粹に医学的見地からみてみよう。手術の成功率についてだが、術後死亡した、という報道がなかったケースは一応成功したものとみなすならば、およそ七〇%前後となるようである。この率は、医学的にはまずまずの成果とみてよいと思われる。そもそも百分安全な手術などありえないし、これ以下でも問題なく行われている手術もあるからである。ただし、この数字は、手術そのものの成功率を示すものであって、生着し健康に育っていくか否かは今のところ全く未知数と言わざるを得ない。かつまた、失敗例の多くは、移植肝の性能低下、適応症をバッドキアリ症候群など胆道閉鎖症以外に拡張した、等に起因するもののであるから、もし厳密に症例を限ったり、移植肝の事前点検を厳格に行ったりすれば、もっと成功率は上昇する可能性もあるとみなしうる。

もう一つ医学的にみて無視しえないのは、免疫抑制剤を長期間服用することが、成長期の子供にどういう影響を及ぼすか、誰にも予測できないという不安である。元来免疫反応は生体に授けられた貴重な自然治癒力であって、これを抑制するということは、いわば人為的に後天性免疫不全症候群の状態を作り出すことに似ていなくもないわけであり、どうみても良い影響を与えとは思われない。とは言え、これは時が経つてみなければわからないサイド・エフェクトであり、ダブルエフェクトの理論からしても許容範囲にあると言わねばならない。まして、一日でも長命を願う患者の切なる心情を思うとき、この点をもって不可とするのは「ためにする議論」と言えよう。

第二に、倫理・宗教・法律等の社会規範に照らして如何か、という議論も提起できる。日本人は古来、「身体髪膚これを父母に受く。毀傷することなきは第一の孝養なり。」という考え方になじんできた。臓器を医療資源視するという

こと自体、感覚的に異和感を覚える考え方である。「死ねば仏様になる」という仏教の伝統的身体観もある。内臓が空っぽの仏様では恰好がつかないのではないか。これらの点からすると、精神と身体の二元論や、功利主義・プラグマティズム、合理主義などの伝統に立つ西洋流の移植観が直輸入できるとはとも考えられない。それ故、事、臓器移植全般に関する限り国民的コンセンサスのもとにほとんどんん実施されるようになるだろうとはみなしえないと思われる。ただし、生体部分肝移植、特に、親子間のそれに限って言うならば、親子の情愛への共感から幅広い支持が得られるはずである。というのも、「孝行したいときに親がない」以上、その親情を代わって我が子にふり向けることを、父母は喜びこそすれ、親不幸とはみなさないだろうからである。だが、あくまで親子間のそれについてであって、他人同士や、ましてや、金銭上の売買による移植に関しては根強い抵抗があるだろうと予測される。

法律的な面から言えば、まず、インフォームド・コンセントの問題がある。インフォームド・コンセントの要請とは、一般的に言えば、医療側が患者に診断結果・治療方針・薬の名前や効果及び副作用・予後予測・他の可能な選択手段、等について十分情報を与え、納得の上での同意を得、しかる後治療にとりかかるべしというものだが、パターンリズムの風潮の下ではこの点があまり徹底していなかったことは事実である。しかし、自己決定権への自覚と共に次第に医療上のキーワードになってきたかの感がある考え方である。当面の問題については、患者が子供の場合や意識不明の場合どうやって同意を得るのか、また、誰がどういう形でどういうタイミングで行うのか、等々の具体的な手順が問われねばならない。これについては、次節で私見を述べるつもりである。

今一つ法律的問題として、ドナーにメスを入れることは医療行為とはみなしえない以上、健康体への侵襲になるとすれば、生体部分肝移植にとって不可欠の移植肝を取り出す行為は、傷害罪に当たるとはならないか。これを阻却しうるいかなる法的根拠があるだろうか、といった論議が当然提起されるだろう。この論議に対しては、法律論以外で

なら種々答えられる。たとえば、ダブルエフェクト理論の応用（レシピエントのメリットが、ドナーのデメリットより大である）、全体性の原理の適用（エソに陥った脚を切断して生命全体を助けるのと同じく、親の身体の一部を切除して家族全体を救う）、病気の拡大解釈（親が子の病気に心痛するのは一種の病気であり、その治療法が臓器の提供であり、広義には治療行為に含まれる）、等々。これらは若干詭弁じみているとは言えるが、法律論的には、本来の緊急避難行為ではないが、それに準じた行為として正当化される、というのが最も妥当な考え方のようであり、それしかないであろう。ただし、この論拠も、万一ドナー側が手術中にショック死でもしたら、面倒な事になる。こうなると殺人罪の阻却要件たりうるかを心配しなければならなくなるであろう。過剰防衛で起訴ということにもなりかねないわけである。この点に関する限り、未解決なまま残るわけだが、幸い、これまでの所ではこんなケースは起っていない。

第三に、経済問題も無視しえない問題である。公表されているところでは、術後一週間程度入院したとして、ドナー側は約二百五十万円、レシピエント側は約千七百万円、計約二千万円の費用がかかるようである。高度医療は高額医療であることが痛感される。大学病院などでは、最初の一例目は校費負担（ドナーは本人負担）でやっているようであるが二例目以降は自己負担とせざるを得なくなる。そうなると金持だけが助かる見込みがある、という冷たい現実に行きつかざるを得ない。まして、これが他人同士に拡がっていくと、臓器売買の余地がでてくる可能性がある。これらの問題に対しては、支援組織の結成、何らかの法規制などによって対処する他はないのではないか。そして、治療法として公式に認知され、保険対象になるよう働きかけをしていく必要があると思われる。腎臓移植がそうであったように。

その他、同じ病気をもつ子に対して臓器を提供した親としなかつた親とがでた場合、後者に自責の念や社会世論が

らの圧力が加わるのではないか、との社会心理的問題、脳死体からの臓器移植の推進に水を差し、足を引っぱるのではないか、という脳死Ⅱ個体死論者からの議論、等多々あるが、これらについてのコメントは割愛することにする。

最後に、これまでの検討をふまえ、もし以下のような条件が満たされるならば、生体部分肝移植は、我が国において十分許容されるのではないか、といういくつかの条件を提示することにした。もちろん、設備が整い、高度の技術陣を擁する大病院で実施すること、といったごく当り前の前提条件は、この中から省いている。

#### 四、移植の実施に伴う条件

(一) 適応症例を余り広げないで、先天性胆道閉鎖症に原則的に限ること。これまで死亡したケースは、この症例以外のケースに多い。

(二) 事前に従来の葛西術による治療を試みてなお効果がないという、最終手段として行うこと。なんといっても安全性から言うとこの方法が高いし、拒絶反応という難関を免がれうる。かつ、ある程度、効果が期待できるのであるから、いきなり移植へというのは冒険である。

(三) 患者のカルテを、主治医もしくは移植医でない第三者、しかも、同じ肝疾患の専門医が確認できること。

(四) インフォームド・コンセントを確実にとること。主治医でも移植医でもよいが。その事を第三者もまた確認できるようにすること。タイミングと回数については、切端つまった緊急時に一回、というのではなく、何度かに亘って行うこと。しかも文書によって行うこと。

(五) アフターケアのバックアップ体制を作ること。移植患者は長期戦で闘病生活を送らなければならない。免疫抑制剤の副作用も心配である。担当医の転勤などで病院と患者の縁が切れることなどがあってはならない。組織とし

て後々まで責任をもつ体制作りをすることが不可欠である。

(六)ドナーとレシピエントの関係は、親子に限ること。なんといつても遺伝学的にみて拒絶反応は少ないはずだし、金銭が介入する余地は皆無である。また、その後に人間関係上のトラブルが発生する可能性も少いだろう。この場合、親は法律上のそれではなく、実父母と考えないと無意味である。

(七)ドナーの事前チェックを特に綿密に行うこと。脂肪肝の持ち主などは避けるべきである。ドナーが健康体であればある程、術後回復は早いだろうし、生きてはいるが社会復帰は無理といった悲劇は避けうるのではないか。また、当然のことながらドナーの手術は特に細心の注意を払って行い、万一にも死亡することのないよう配慮すること。

(八)経済的な支援組織の結成が望ましいこと。資本主義の論理からして、富める者がお金を何に使おうと自由であるが、さればといって貧しい者が坐して死を待つ、というのは酷である。社会的救済方法を考えるべきである。

(九)以上の条件の下に厳選したケースについて実施し、成功率をすこしでも高め、やがては通常の治療法の一つとして確立すること。そうなれば、保健医療の対象ともなりうるであろう。

註

- 1、この辺りの記述に際しては、『物質と精神——利根川進／立花隆対談』（文藝春秋）を大いに参考にさせて載いた。
- 2、マイケル・トゥーリー（「嬰兒は人格をもつか」）、ロバート・ヴィーナ（「死の新たな定義」）、ジョン・ハリス（*The Value of Life*, Boston, 1985）などが急進的主張者として知られている。
- 3、J. E. Kantor, *Medical Ethics for Physicians in Training*, 1989, New York, p2, p19. また、右と並び、V・E・フランクルの『夜と霧』（みすず書房刊、一九六一年）も参考とした。
- 4、たとえば、『ヘルシンキ宣言』（一九六四年、一九七五年、人体実験—世界医師会の倫理綱領）などはその現れであろう。

- 5、Ed. Robert F. Weir, *Ethical Issues in Death and Dying*, 1986, New York, p.7.
- 6、拙論「精神医学とマックス・シェーラー」(弘前大学人文学部『文経論叢』第二十六卷第三号、平成三年)は、これについて若干跡づけたものである。
- 7、葛西森夫氏(東北大学医学部第二外科講師 当時)が一九五五年以来考案実施した術式であり、空腸を切断し、一端を挙上し冠門部に吻合し、他端を少し下方の空腸部に接合する方法であり、これにも種々の変法がある。