

はじめに

ずいぶん前のことだが、ある大学で倫理学の授業のあと、出席していたある学生から、自分の勤めている病院で妊婦が何らかの原因によって遷延性意識障害（いわゆる植物状態。彼女は「ベジタブル」と言った）になってしまったのだが、これを倫理学ではどう判断するのでしょうか、と問われたことがある。私が「生命倫理」の領域に足を踏み入れるきっかけとなった問いである。その後、件の学生は授業に出てこなくなってしまったので、詳しく経緯を聞くこともできないまま現在に至っている。特に医療者でもない一般の人が生命倫理に関心を持つきっかけのひとつに、こういった身近で起こった、そして簡単には答えのみつからない（ように思える）問題に直面した体験があるのではないか。本書は、そんな体験あるいは様々な媒体で目にした生命倫理に関わる記事に接したことをきっかけにして、生命倫理について学ぼうとする人を念頭に置いて執筆されている。

生命倫理を独立した学問としてみるならば、非常に新しい学問であるといえる。その成立の経緯については本書「第Ⅱ部：生命倫理の成立」の各章で扱う。また、生命倫理に関する本は、諸外国をはじめ、わが国でも多数出版されている。個別テーマを扱った専門書もあれば、包括的・体系的な概説書もある。これに対して、本書は生命倫理が扱う様々な問題をポイントを押さえて平易にかつ手短かに概説することを目指している。そのため、担当執筆者の立場を強く押し出すことは意図していないが、各担当者は大学の授業などで「生命倫理」に関連する授業、あるいは哲学・倫理等といった授業も担当していることが本書にある程度は反映している可能性はある。したがって、本書は、例えば、ピーチャム／チルドレス『生命医学倫理』やエンゲルハート『バイオエシックスの基礎づけ』のような原理的体系性を追求するような概説書ではなく、具体的な諸論点を扱うことを基本とし、必要に応じて原理的問題も扱うというスタイルをとることにする。

本書が生命倫理に関心を抱いた人にとって、生命倫理に近づくための、あるいは医学・医療の諸問題を考えるために一助となることができれば幸いである。なお、生命倫理学と生命倫理はどう違うのか、あるいはバイオエシックスとどう違うのかと疑問をもたれる読者も想定されるが、本書では一貫して生命倫理という表記で統一することとする。

参考文献

ビーチャム／チルドレス『生命医学倫理』麗澤大学出版会、2009年

エンゲルハート他『バイオエシックスの基礎づけ』朝日出版社、1989年

なぜ生命倫理なのか
—— 生と死をめぐる現代社会の見取図 ——

目次

はじめに	i
------------	---

序章 なぜ生命倫理なのか	1
--------------------	---

1. 「生命倫理とは」 1
2. 生命倫理をどう定義するか 2
3. 医療の現代化：疾病構造の変化 3
4. 社会構造の変化 4
5. 新しい思考枠組みが必要 5
6. 新しい生命観の登場 7
7. MINAMATA と PFAS 汚染問題 8
8. 原則と規則の違いについて 10

第 I 部 生命倫理の現実的問題 — いのちをめぐる —

第 1 章 生殖補助医療技術	15
----------------------	----

1. 不妊治療と生殖補助医療技術 15
2. 人工授精、体外受精、胚移植、精子・卵子・受精卵の凍結保存技術 16
 - (1) 人工授精 16
 - (2) 体外受精、顕微授精 18
 - (3) 胚移植、精子・卵子・受精卵の凍結保存技術 18
 - (4) 代理出産（代理懐胎） 19
3. 倫理的問題と法規制の動向 21
 - (1) 出自を知る権利とドナーの「匿名性」 21
 - (2) 日本における「出自を知る権利」 22
 - (3) 家族関係の複雑化 23
 - (4) 身体的・精神的リスクを負うのは誰であるのか 25
 - (5) 死後生殖問題 26
 - (6) 代理出産契約の有効性 26

- (7) 生殖ツーリズム 27
- (8) 女性の身体の道具化・手段化 28

第2章 人工妊娠中絶と赤ちゃんポスト（こうのとりのゆりかご）30

- 1. 着床前診断の種類と倫理的問題 30
 - (1) 着床前診断 30
 - (2) 着床前遺伝子検査 (PGD) 31
 - (3) 着床前遺伝子スクリーニング検査 (PGS) 32
 - (4) 着床前診断における倫理的問題 32
- 2. 出生前診断の種類と倫理的問題 34
 - (1) 出生前診断 34
 - (2) 出生前診断の倫理的問題 35
- 3. 人工妊娠中絶とその倫理的問題 36
 - (1) 人工妊娠中絶 36
 - (2) 中絶をめぐる倫理的議論 38
- 4. もう一つの選択 39
 - (1) 赤ちゃんポスト（こうのとりのゆりかご）、匿名出産、内密出産 39
 - (2) 赤ちゃんポスト（こうのとりのゆりかご）のこれから 41

第3章 先端医療.....44

- 1. ヒトES細胞、ヒトEG細胞、ヒトiPS細胞 44
 - (1) ヒトES細胞、ヒトEG細胞 44
 - (2) ヒトiPS細胞 45
 - (3) ヒト胚の法規制と指針 46
- 2. オルガノイド、IVG技術の是非 46
 - (1) オルガノイド 46
 - (2) IVG技術による生殖補助医療の是非 48
- 3. オーダーメイド医療と遺伝情報の取り扱い 49
 - (1) オーダーメイド医療の幕開け 49

- (2) オーダーメイド医療と遺伝情報 49
- (3) 遺伝情報の扱い— 遺伝子例外主義と反遺伝子例外主義— 50
- (4) 遺伝カウンセリング 51
- 4. エンハンスメントをめぐる諸問題 51
 - (1) エンハンスメント 51
 - (2) 「治療」と「エンハンスメント」、「病気」と「健康」、「正常」と「異常」 52
 - (3) エンハンスメントの種類 53
 - (4) エンハンスメント反対論 54
 - (5) エンハンスメント賛成論 55

第4章 脳死と臓器移植58

- 1. 脳死 58
 - (1) 脳死の種類と定義 59
 - (2) 心臓死と脳死（人の死）の相違 60
 - (3) 臓器の移植に関する法律 61
 - (4) 脳死の判定基準 64
 - (5) 長期脳死 67
 - (6) 「脳死は人の死であるか」をめぐる議論 68
- 2. 臓器移植 71
 - (1) 臓器移植の種類 72
 - (2) 和田移植 75
 - (3) イスタンブール宣言 76
 - (4) 異種移植 76
 - (5) 臓器移植における当事者の思い 77

第5章 安楽死と尊厳死80

- 1. 安楽死とは何か 80
 - (1) 安楽死という言葉 81
 - (2) 安楽死の整理 83
- 2. 尊厳死とは何か 84

(1) 尊厳死という言葉	85
(2) カレン・アン・クインランの事例	85
(3) リビングウィル (living will)	86
3. 日本における安楽死と法	87
(1) 安楽死に関する法律	87
(2) 安楽死の事例と安楽死の許容要件	88
4. 安楽死の是非をめぐる議論	91
(1) 安楽死容認論	92
(2) 安楽死否定論	93
5. 海外の安楽死	94
(1) オランダの状況	95
(2) スイスの状況	96
第6章 人生の最終段階	100
1. 日本における現状	100
(1) 出生者数と死亡者数の変遷	101
(2) 死に場所の変遷	102
(3) 高齢者をめぐる現状	104
(4) 高齢社会への施策	105
2. 人生の最終段階	106
(1) ターミナルケア (terminal care)	106
(2) 人生の最終段階におけるケア (end of life care)	106
(3) キュア (cure) からケア (care) へ	107
3. 死にゆく人	108
(1) トータルペイン	108
(2) 死の受容プロセス	109
(3) 人生の最終段階における意思決定	110
(4) 人生会議 (ACP: advance care planning)	111

第II部 生命倫理の成立

第7章 「医の倫理」から「生命倫理」へ…………… 117

1. 医の倫理 117
 - (1) 医の倫理とは何か 118
 - (2) 医の倫理の特徴 118
2. ヒポクラテス 121
 - (1) ヒポクラテスについて 121
 - (2) ヒポクラテスの医学 122
3. 生命倫理成立の背景 123
 - (1) 医療者による人体実験 123
 - (2) 新しい問題の出現（高度医療の登場） 126
 - (3) 権利獲得運動 129
4. 生命倫理の幕開け 129
 - (1) ジュネーブ宣言 129
 - (2) 被験者の権利の確立 130
 - (3) 患者の権利の確立 132
5. 生命倫理の誕生 133
 - (1) 「生命倫理」という言葉 133
 - (2) 生命倫理研究所 133
 - (3) 四原則の登場 134

第8章 生命倫理四原則…………… 136

1. 個人主義の生命倫理 136
 - (1) アメリカ型生命倫理四原則の背景 136
 - (2) アメリカ型生命倫理四原則 137
 - (3) アメリカ型生命倫理四原則の問題 139
2. 人格重視の生命倫理 141
 - (1) ヨーロッパ型生命倫理四原則 141

- (2) ユネスコ「生命倫理と人権に関する世界宣言」への系譜 143
- (3) 文化多様性・多元主義と文化的相対主義、倫理的相対主義 144
- (4) 「尊厳 (dignity)」概念 146

第9章 医療と正義…………… 148

- 1. 正義とは 148
 - (1) 「正義」の概念 148
 - (2) 形式的原理と実質的原理 148
- 2. 各立場からの正義 149
 - (1) 功利主義 (utilitarianism) 149
 - (2) リバタリアニズム (libertarianism) 150
 - (3) リベラリズム (liberalism) 151
 - (4) コミュニタリアニズム (communitarianism) 153
- 3. 医療資源配分としての公的健康保険制度 154
 - (1) 日本の公的医療保険制度の歴史 154
 - (2) 日本の公的医療保険制度の特徴 156
 - (3) イギリス、フランス、ドイツ、アメリカの医療保険制度 157

第10章 自己決定権と合意形成…………… 160

- 1. 「エホバの証人無断輸血事件」最高裁判決について 160
- 2. 「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」 162
- 3. インフォームド・コンセント (IC) の歴史 163
- 4. 「パターナリズム」への対抗モデルとしての「IC = 自己決定」・「患者の自律」 165
- 5. 「自己決定」医療 VS 「パターナリズム (「思いやり」「おまかせ) 医療」? 166
- 6. ICの条件 168
- 7. ICの本質 169

第III部 生命倫理と社会

第11章 生命の倫理としての環境倫理…………… 173

1. 環境倫理とは何か 173
 - (1) 環境倫理の成立 174
 - (2) 環境倫理における専門家とは誰か 174
 - (3) 環境倫理の意義 174
 - (4) 環境正義 175
2. 生命倫理と環境倫理 175
 - (1) 生命倫理と環境倫理の一体性 175
 - (2) 生命倫理と環境倫理の相違 176
3. 環境倫理の源流 177
 - (1) アルド・レオポルド (Aldo Leopold) 177
 - (2) レイチェル・カーソン (Rachel Carson) 177
 - (3) ハンス・ヨナス (Hans Jonas) 178
 - (4) ディープ・エコロジー (deep ecology) 178
4. 環境問題への取組み 179
 - (1) ローマ・クラブによる報告 179
 - (2) 人間環境宣言 179
 - (3) Our Common Future (我ら共有の未来) 180
 - (4) MDGs (国連ミレニアム開発目標) 180
 - (5) SDGs (持続可能な開発目標) 181
5. 日本における環境問題 182
6. 水俣病 183
 - (1) 水俣の原風景 183
 - (2) 水俣での被害 184
 - (3) 水俣病被害者 186
 - (4) 環境対策 187
 - (5) 水俣病が問いかけるもの 187

第12章 生産性という時代、優生思想という課題

—— フクシマとサガミハラが投げかけるもの ——…………… 191

はじめに —— 「生産性」の2010年代 191

1. フクシマとサガミハラが重なる〈場〉
—— 炙り出される「内なる優生思想」 193
 - (1) フクシマ (2011.3.11・12) 193
 - (2) サガミハラ (2016.7.26) 195
2. 構造化される〈いのち〉の選別
—— 〈はざま〉としての「新型出生前診断」 198
3. 〈重なり〉が示す論理と心理 —— 〈わたし〉の“生きがたさ” 200
 - (1) 日本における優生の土壌 200
 - (2) なぜ、〈わたし〉は線を引くのか 202

第13章 奪ってはいけない

—— デイヴィッド・ベネターの反出生主義に向き合う —— ……207

はじめに —— “痛み”ということ 207

1. 〈始まり〉そのものを問う
—— 生の〈開始〉と生の〈継続〉の区別 209
2. 〈奪われ〉の哲学 —— 快楽と苦痛の非対称性 210
3. 誰にとっても「生まれてこないほうが良かった」のか 213
4. 光の〈方〉へ —— 存在と生成をめぐって 215

終章 生命倫理のゆくえ…………… 220

1. 医学のフロンティアは狭まったのか広がったのか 220
2. 「事実」と「価値」について 222
3. 先端医療技術のインパクトを倫理学はどう考えるか 224

執筆者紹介…………… 227

序章

なぜ生命倫理なのか

1. 「生命倫理とは」

「生命倫理」という言葉は、bioethicsの訳語であり、ギリシア語の人間的な生・生活を意味するbios（本来は政治・社会的意味の生命を意味する。動物・生物的生命を意味するzoeとは異なる）とethikos（英語ethics）の組み合わせから成り立っている。初めてこの言葉が使われた、ポッター（Van Rensselaer Potter）の『バイオエシックス』（原著1971年）では、bioethicsとは「受容可能な生存のために医学と環境に関する優先事項の体系を樹立する科学を創り出す、諸人文学的知識と結合した生物学」と定義され、テーマは「この有限な地球で人間がいかに生き延びてゆくか」に焦点が当てられている。その意味では、医療・生命科学の領域の問題を扱うと一般的に理解されている生命倫理の意味とはかなり違っていた。また、生命倫理は、従来の倫理学や医療における倫理として長い伝統をもつ医療倫理（臨床倫理・医の倫理）が扱う領域と重なる部分と異なる部分がある新しい学問領域でもある（第7章参照）。

具体例をあげてみよう。インフォームド・コンセント（Informed Consent、ICと略）に関する訴訟は、少なくともアメリカでは100年以上前から起こされており、法的な裏づけが積み重ねられていたが、日本では2000年の「エホバの証人無断輸血」訴訟最高裁判決において、医療における自己決定は憲法に基づく権利であると明確に示されたため、にわかに注目された経緯がある（第7章・第9章参照）。

2. 生命倫理をどう定義するか

bioethicsの成立からまだ数十年ほどしかたっていないため、その定義についても揺れ・幅がある。例えば、『生命倫理百科事典』（原著3版2004年の翻訳）では、生命倫理について、「学際的研究において、様々な倫理学的方法論を用いて行う、生命科学とヘルスケアの（道徳展望・意思決定・行為・政策を含む）道徳的諸次元に関する体系的研究」という同書第2版の定義を受け継ぎながら、さらに踏み込んで、次のように説明している。生命倫理が登場した1970年代の頃とは違って、今日では、事実と価値が明確に区別されず、また目的と手段が区別されないような生命科学の中心に倫理学が位置するようになったため、「依然としてより良い定義を求め、その方法を洗練しようとしている新しい分野」とまとめている。

また、生命倫理の先鞭となったといわれるビーチャム／チルドレス『生命医学倫理』では「一般的な倫理学理論、原則、規則を医療実践、医療資源配分、医学的・生物学的研究の問題に応用する」「応用倫理」としている。やや古いが、日本の『文化現象としての医療』（1992年）では、「医学・医療における人の行為や生命科学を倫理的原則から検討するための、専門領域を超えた広範な学際的研究の領域であり、近代社会が科学や医学を通して人間に与えてきた価値基準を『生命』という言葉の鍵にして根本的に見直そうとする研究」と定義している。

以上みてきたように、生命倫理が扱う問題は、患者・被験者と医療者との間に生じるコンフリクトなどの個人的なレベルの問題や医療資源の公正な配分に関するシステム構築のみならず、社会と文化を巻き込んだ環境の問題も含む、公共的な問題に至るまでの広範な領域をカバーしていることがわかる。これらの問題を解決するためには、哲学・医学・医療倫理・宗教・法学・公衆衛生・生態学・公共政策などの諸分野にまたがり、我々の社会・文化をどのような方向に向けるのかということも含めた広範な学際的な研究が不可欠なのである。こうしたことを踏まえると、現代における生命倫理とは、「医療技術や生

命科学技術によって生じるだけでなく、環境問題も含む諸問題を研究・予見・解決するために倫理的な分析を行う広くかつ学際的な学問分野」とまとめられよう。

3. 医療の現代化：疾病構造の変化

生命倫理が登場した社会的背景には、医療の現代化がある。一般に「疾病構造の転換（変化）」といわれ、医療の中心が感染症などの「急性疾患」から糖尿病や遺伝性疾患、がんなどの「慢性疾患」へ移動したことを指す（長寿高齢社会）。では、なぜ疾病構造が転換すると生命倫理という領域の学問が登場することになるのだろうか？ 少なくともいわゆる先進諸国においては、下水道などの公衆衛生が格段に整備されたこともあって、医療においては、伝染病・感染症のリスクが大幅に減ったこと（新型コロナ感染症パンデミックにみられるように皆無になったわけではない）、また食糧生産の安定的な供給が実現したことによる栄養不良障害の占める割合が減少した。そのため、がん・糖尿病・遺伝病などの慢性疾患治療が医療における主流を占めるようになり、インフォームド・コンセント（以下、IC）に代表されるような患者の主体的な治療への取り組み・参加が不可欠になったからである。

こうしたことを裏づけるのが、厚生労働省（以下、厚労省）が定期的に発表している死因別順位である。厚労省 2022 年人口動態統計によると、死亡総数は 156 万 9,050 人で前年の 143 万 9,856 人より 12 万 9,194 人増加し、調査開始以来死亡者は最多となっており、この傾向はしばらく続くとされている — 多死化社会 — (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei22/index.html> —)

実際の死因別死亡数は、

- 1 位：悪性新生物（腫瘍、がん）：38 万 5,797 人（死亡総数に占める割合は 24.6%）
- 2 位：心疾患 23 万 2,964 人（同 14.8%）
- 3 位：老衰 17 万 9,529 人（同 11.4%）

4位：脳血管疾患 10万7,481人（同6.9%）

5位：肺炎 7万4,013人（同4.7%）

悪性新生物は長い間死因順位の第1位になっている。また、2018年に初めて老衰が第3位に上がってきた。当初は老衰と脳血管疾患の差はわずかであったが、近年その差は開きつつある。

4. 社会構造の変化

次に、疾病構造の転換は、1960年代に始まる社会観・人権意識の浸透・変化と密接に関わっている。社会のありようも、福祉社会国家、（超）高齢社会、脱工業化社会、消費・情報社会へと変貌しており、これらも生命倫理に反映している。また、リスクに関して、原発事故に典型的にみられるように、従来なら、唯一真理を知り、唯一適切な対処法を知っているという意味での圧倒的に優越した立場に立っているはずであった専門家の地位が根本から揺らぎ、リスクマネジメントをどうするかという認識が広まったことも背景にある。

さらに、アメリカの国家戦略も大きな影響を与えている。1971年、ニクソン大統領がNational Cancer Act（対がん政策）を発表し、国家予算の先端医療への重点的な資金投入が行われた。その際、先端医療・技術には新たな倫理的・宗教的問題が生じる可能性があるため、倫理的・宗教的・法的な問題にも研究資金が投じられることになった。こうして、医療の中心が、急性疾患の治療から慢性疾患の症状の管理や操作へとかわり、医療者と患者・被験者の関係も上下関係（非対称性）から対等性（対称性）へと変化したのである。

疾病構造の変化は医療の意味の構造変化をもたらすことにもなった。医療者の行為の特権的地位が見直され、治療効果の見えにくい慢性疾患を患者の納得や協力を前提として、科学技術の力で抑えるという意味で、医療のチーム化や医療設備の大規模化が起こったのである。こうして、「患者の権利」が台頭してくるのである（「第Ⅱ部：第7章 「医の倫理」から「生命倫理」へ」参照）。

5. 新しい思考枠組みが必要

生命倫理の登場は、我々に新しい思考枠組みの必要性を迫っている。

前節まででみてきたように、医療をはじめとして専門家と非専門家間の一方的な上下関係・専門家支配が見直されることになった。例えば、感染症・伝染病を別とすれば、医療者が専門知識を独占し患者のために施術を施すという考え方は反省され、専門家支配の解体と権限の平準化という考え方が登場してきた。背景には、60年代末から70年代初めにかけての公民権運動の高まりや医療における社会的弱者をねらい撃ちするような人体実験への反省がある。アメリカ医療の変革は消費者運動に支えられていたことも事実である。

また、患者は自らの生活信条や宗教教理に従って治療法を選択・設計する「医療の発注者」という考え方が一般的に受け入れられるようになったことも大きい。医療者が独占していた医療行為に対して、患者・被験者をもつさまじまな価値観が介入するようになってきたのである。例えば、「エホバの証人無断輸血」訴訟最高裁判決（2000年、日本）では、患者が自分の病気等に明確な理解と認識があれば、専門家からすれば受け入れがたいと思える判断でも患者の決定が優先する、という自己決定権が憲法上的人格権のひとつとして認められた。こうして患者の自己決定権は、今日ではインフォームド・コンセント（IC）として、広く知られることになった（「第Ⅱ部：第7章、第10章」参照）。

次に、医学の主要な関心が、人間の生殖・誕生、成人病・先天異常・難病、死の三局面に限定されるようになった。例えば、遺伝子組み替え技術（確立は1973年）は、サルから分離されたがん・ウイルスの遺伝子組み換えであったが、アメリカでは、遺伝子組み替えの安全性を純粋に学術的議論だけで行なえ、高価な隔離設備の資金を調達できたのは、1971年のNational Cancer Act以来、がん研究の名目で潤沢な資金が確保できたからである。こうして、先端医療技術と呼ばれる一群の新しい医療技術が登場した。具体例として、70年代後半から80年代初め頃のアメリカを例にとると、脳死・臓器移植、人工臓器開発、体外受精、遺伝病スクリーニング（集団検査）、胎児診断、胎児治療、

遺伝子治療などが、実験段階から実用段階に入ったことがあげられる。つまり、出生と死に関する知識の増大と人為的操作の可能性が拡大したのである。同時に、予期せぬ問題や人権侵害の恐れがあることがわかってきたことも、生命倫理が医療・生命技術の中心に位置するようになった背景である。

ただし、アメリカの特殊事情も踏まえておく必要がある。まず、日本と違って、医療保険が自由市場（日本は国民皆保険）なので、各人の加入保険の種類によって医療保険で賄える医療が決定される。アメリカの主な公的医療保険制度は、特定の子どもが加入できる児童医療保険プログラム（CHIP：Children's Health Insurance Program）、退役軍人が加入できる保険制度（VHA：Veterans Health Administration）などを別とすれば、65歳以上の高齢者・障がい者を対象とするメディケア（Medicare）と、低所得者を対象とするメディケイド（Medicaid）の2種類のみである。これらの制度の対象外となる者は、民間医療保険への加入を検討しなければならないという事情も踏まえておく必要がある。

従来、アメリカでは人口に占める無保険者の割合が問題にされてきた。ただし、2014年の医療制度改革法では、個人に対し医療保険加入が原則義務化され、民間の医療保険を含め、いずれかの医療保険に加入していない場合には罰金が科されることとなった。また、2015年から事業主に対し医療保険の提供をすることが原則義務化され、違反した場合には罰金が科されることとなった。このような事情から、アメリカ国勢調査局の調査によると、2019年の健康保険未加入者は約2,750万人、人口に対する比率では8.5%だが、上昇傾向にあるという（ロイター「米国で健康保険未加入者の比率が10年ぶりに上昇＝国勢調査局」<https://jp.reuters.com/article/us-insurance-idJPKCN1VW0B1>）。

もう一つは、頻繁に起こされる医療訴訟の問題がある。医療者の側も防衛的医療、つまり医療過誤訴訟に備え、そのための保険に年間数万\$以上も払っていることも反映している。

6. 新しい生命観の登場

21世紀が前世紀と異なるのは、生命が操作され、身体の部分が技術的に再生される、という点にある。加藤尚武『現代倫理学入門』などを参考に20世紀までの生命観との比較をまとめてみよう。

20世紀までの生命観は、ひとことでいえば「操作不可能性」である。

- ①不可分：部分化できない全体的なもの、生命は他の物質とは根本的に異なる。
- ②非人為的：自然的なもの、つまり、人為的に操作不可能なものである。
- ③一回的：再生再現できない反復不可能なものであり、かけがえがない。

これに対して、21世紀の生命観は、ひとことでいえば「操作・反復可能性」である。

- ①可分（部分化可能）：DNAの化学的構造の解明以来、生命の構造は記号や情報と同じ位置づけとなった。
- ②人工性：人為的に操作可能であり、科学技術によって生命プロセスに介入可能となった。
- ③反復可能：再生・再現可能。生命体を部分化して扱えるようになった。

21世紀は、古典に倣う前例主義は通用しない時代に突入したのである。その意味では、原則として、従来から存続している共通の価値観を基礎に効率を追求しても、価値を享受する主体は変わらないという前提は崩れ去り、科学技術の発展に任せておけば人類の幸福が増していくという単純な進歩主義も成り立たなくなってしまった。今や、我々は「人間そのものを人工的な生殖や発達の操作で変更して、人間の同一性が保たれるか」という問いに直面している。確かに、我々は新たな基本的視点の体系的再構築の必要に迫られているが、今のと

ころ、かつてのホブズやロック、あるいはデカルトやカント、さらにさかのぼってプラトンやアリストテレスらに匹敵する体系的な理論を手に入れていないというのが実情である。そこで、現状では、これまでの歴史の中で古典とされ、長く有用性が検証・精緻化され、我々になじみのある倫理・道徳・社会諸理論を生命科学技術が引き起こす（と予測される）新たな事態に学際的に当てはめて対応するという方法がとられている。それが冒頭で紹介した『生命倫理百科事典』第3版での生命倫理の定義についての説明、すなわち事実と価値が明確に区別されず、また目的と手段が区別されないような生命科学の中心に倫理学が位置するようになったとはいえ、「依然としてより良き定義を求め、その方法を洗練しようとしている新しい分野である」とまとめざるをえない理由なのである。

7. MINAMATA と PFAS 汚染問題

日本では公害の原点といわれる水俣病がまさにこの問題の嚆矢^{こうし}をなす。水俣病は、MINAMATA DISEASEとして海外でもよく知られているメチル水銀中毒症であると同時に大規模かつ深刻な環境破壊でもある。当初、奇病・新たな伝染病とも疑われたが、メチル水銀中毒症であることがわかったのが1956（昭和31）年。しかも、チッソという企業が長年にわたって水俣湾を含む不知火海に猛毒のメチル水銀を数百tも放出し続け、環境中に蓄積させたことが直接の原因であることが裁判を通じて明らかになった。この問題をさらに深刻にしたのは、加害企業チッソや政府・地方自治体が医学界・科学界の権威を総動員して病像を否定もしくは狭く限定したことに加え（同様のことはレイチェル・カーソン『沈黙の春』の際にも起こった）、一般市民も被害者たちを白眼視し、いわゆる革新勢力や宗教家さえも当初は被害者たちに救済の手を差し伸べることがなかった点にある。このことが水俣病問題を環境問題としても健康被害の問題としても長年にわたってゆがめ、現在に至るまで十全な解決をいまだにみていない理由なのである。まさに、事実と価値の境界も目的と手段の境界も消え去り、生命科学のみならず健康政策にも倫理が問題の中心に置か