

第15章

生命の始まりと終わりへの介入はどこまで許されるか（霜田求）

はじめに

さまざまな生命科学・医療技術の発達により、人の生命の発生・誕生および終末期・死への介入がますます拡がりつつある。具体的には、受精から着床を経て出産に至るプロセスにおいて、配偶子（精子・卵子）・胚・胎児それぞれについて作製、選別、改変という形での介入が可能になってきたこと、第三者の援助（配偶子・胚・子宮の提供）も選択肢に入ってきたことが挙げられる。一方、生命の終わりの場面では、重い意識障害や重篤な疾患により回復困難な患者への生命維持措置技術も向上し、コミュニケーションや自力での動作がむずかしい場合でも、人工的な呼吸管理や水分・栄養補給等により現状を維持することが可能になると同時に、苦しむことなく死をもたらす薬剤・機器も開発されている。さらに近未来の展望として、情報通信技術（ICT）、人工知能（AI）、ゲノム編集の組み合わせによる「人工生命」創出、脳移植（データ保存）とロボット技術の融合（サイボーグ）による「不死＝永遠の生命」の実現といったことも考えられる。

あることが「可能である」からとってただちにそれが「認められる」ということにはならないので、それぞれの介入行為について、規則（法律、指針等）を策定して容認／禁止する（あるいは条件付で許容する）のかどうか、商業目的でのサービス提供事業として認めるのかどうか、といった社会的課題が浮かび上がってくる。以下、生命の始まりと終わりに関わる問題それぞれの概要と検討課題をみていこう。

1 生命の始まり

(1) 生殖補助医療：人工授精、体外受精、顕微授精

男女カップルが一定期間（一般に1年）避妊せずに性関係をもっているにもかかわらず妊娠しない状態が一般に「不妊」と定義される。原因として、女性の側（排卵、子宮などの障害）、男性の側（性功能や精子の問題）、原因不明・相性などが指摘される。女性の年齢が上がるとともに妊娠の確率が下がることが分かっており、その理由として「卵子の老化」に言及されることが多くなってきた。近年日本では、30歳代後半から40歳代の女性が体外受精と顕微授精を中心とした生殖補助医療（タイミング療法、排卵誘発剤投与、人工授精等を含めて「不妊治療」と呼ばれるのが一般的）に取り組むケースが年々増加傾向にあるものの（2018年は約47万組）、妊娠率は高年齢になるほど低くなる。

不妊クリニック関係者などサービス提供者からは、「子どもを授かりたいのであれば若いうちに」という声も聞かれるが、結婚（あるいは子作り考慮）の高齢化や非婚化だけでなく非正規雇用および経済格差の拡大などの社会情勢も絡み合っているため、事情は複雑である。

日本社会の急激な出生数減少（2015年は約101万、2019年は約86万）と人口減少（2015年は約30万人減少、2019年は約51万人減少）という状況の中で、生殖補助医療への補助・助成金の拡充が政府・各自治体により進められている。この点は、公的保険の適用可能性、労働者人口減少による産業構造の転換、外国人労働者受入拡大の是非、社会保障の不安定化（高齢者の医療・年金の負担増）、「縮小社会」に向けた価値転換といった問題とも関連しており、政策決定は容易ではない。とりわけ、健康保険制度の限られた財源をどのように配分するのか、例えば「稀少難病患者」「一人あたりの費用が莫大な臓器移植（あるいはiPS細胞治療）患者」を差し置いて「不妊患者」に投入することは正当化できるのか、といったことについては意見が分かれるであろう。

(2) 第三者の関与：精子・卵子提供、代理出産

当事者カップルの配偶子や子宮機能に何らかの不具合があり妊娠に至らない場合、第三者の助力を得て妊娠・出産・育児を可能とする方策がある。血縁者、無償ボランティア、報酬目的のサービス提供者という3タイプがあり、それぞれ課題が指摘されるが、共通する問題として以下の点を挙げておこう。(1) 家族関係が複雑になること、(2) 子どもの「出自を知る権利」すなわち遺伝的な親についての情報をどのように伝えるのか、(3) 有償ビジネスに伴う「子どもの商品化」、(4) 代理母の子どもも引き渡し拒否（妊娠中に愛着を抱くなど）ないし依頼者側の引き取り拒否（障害があるなど）、(5) 提供者の「質」に基づく配偶子の選別と「優生思想」の結びつき。それぞれのタイプについて関連する問題点を確認しておこう。

まず、血縁者の場合、たとえば男性の兄弟が精子提供を、女性の姉妹や母親が卵子提供や代理出産を行う場合、金銭の授受は生じないかもしれないが、実際に育てる親子（提供を受けた側）と提供者との関係が、もともと血縁関係にあることに加えて遺伝的關係や生物学的関係と重なることになり、複雑化することがある。具体的には、カップル男性の兄の精子を女性に人工授精して生まれた子どもにとって、親族関係としての「伯父」は同時に遺伝的な「父」でもあるということになり、また娘夫婦の体外受精胚の移植を受けて子どもを妊娠・出産した母は、その子どもにとって「生みの（生物学的）母」でありかつ遺伝的な「祖母」でもある。子どもにとってそうした事情を理解させるのはそれほど容易ではないだろう。

有償ビジネスが斡旋する報酬目的のサービス提供者の場合、精子・卵子いずれもが明白に「商品」として扱われるし、代理出産をする女性は、依頼者カップルの体外受精胚の移植を受けて妊娠・出産し、その子どもを引き渡すことで「契約」が完了するので、当の子どもはかぎりなく「商品」という性格を帯びる。出産した女性が報酬を受取らなくても、依頼者側が一定の額を支払うかぎり、その金銭は子どもの「対価」と言える。米国での報告によると、出産女性と依頼者および子どもとの間に良好な関係が継続している（「ボクにはママが2人いるんだ」）ことも珍しくない。もちろんさまざまなケースがあり、障害を理由とした受取り拒否は（「多額の費用を出しているのだから欠陥商品はお断りだ」）深刻な問題であり、州の法律でそうした行為を禁止しているところもある。これは、高額で販売されている「優秀な」提供者の精子・卵子を購入して子どもを作ることと表裏の関係であり、いずれも優生思想との結びつきを指摘することができる。

(3) 生命の選別：出生前診断、着床前診断

「いのちを授かる」という表現には、子どもがなにもか（神、天、自然）からの「贈りもの（ギフト）」であり、「意図的にその誕生に関与（作製、選別、改変）するのは控えるべき」という含意が認められる。ここでは出生前（胎児）と着床前（初期胚）それぞれの段階でなされる、肯定（希求）的／否定（回避）的目的での選別に焦点を当てて、現状と課題をまとめる。

出生前診断を行うための検査として、超音波画像検査の他に母体血・羊水・絨毛の遺伝学的（DNA、遺伝子、染色体）検査があり、その目的は主に出生後の疾患や障害をもたらす「異常」の検出である。何らかの異常が見つかったとき、妊娠を継続するか人工妊娠中絶をするかの決断を迫られる。

超音波画像検査により胎児の形態異常（手足の指が屈曲しているなど）が見つかった際に、「将来差別されたりいじめられるかもしれないので中絶したい」と要求するカップルに戸惑う医療者も少なくない。母体血を用いた検査には、タンパク質の染色体異常を調べる血清マーカー検査と胎児 DNA 検査があり、日本で 2013 年から臨床研究として開始した新型出生前検査（非侵襲的出生前遺伝学的検査：NIPT）は、非確定検査でありかつ費用が高額だが、検査精度が高く染色体異常（その大半はダウン症）の可能性を調べることができるため、世界中で多くの妊婦が受けている。陽性という結果が出た場合、確定のために羊水検査が必要だが、およそ 90% で人工妊娠中絶が行われているという報告がある。「障害・難治疾患のある子はいらない」という価値観を強め、現に生活しているそうした人々への差別や偏見を助長する可能性も指摘される。

着床前診断は、体外受精や顕微授精などの生殖補助医療技術によって得られた 4-8 細胞期の胚から 1-2 個の細胞を生検によって採取し、遺伝学的（DNA・遺伝子・染色体・タンパク質）検査を行い、染色体異常や遺伝性疾患（筋ジストロフィー、若年性アルツハイマー疾患など）の診断を行うことである。不妊治療（染色体異常を原因とする習慣流産の回避）として行われることも多く、少数だが「特定の望ましい質」を選択することもある。具体的には、非医療目的（恣意的理由）による男女産み分け、治療目的の「ドナー・ベビー」（白血病などの兄弟の治療のために、臍帯血・骨髄移植に使える HLA 検査をして生まれてくる弟妹）、知的・身体的に「優秀な子」を選んで産む、といったケースである。

技術の進歩がもたらした選択肢の拡大により、「子どもがほしい」という存在への欲望が「こんな子がほしい／こんな子はいらない」という質への欲望へと転化する可能性が強まりつつある。「いかなる状態で生まれてきてもその子どもを受け入れる覚悟がない人は親になる資格はない」という意見もあれば、「どのような特性をもつ子を生み育てるかは親になる人の選択に委ねられるべきだ」という意見もある。さらに「親になろうとする側の都合ばかりが問題にされており、生まれてきた子の事情や思いがほとんど考慮されていないのはおかしい」という見方もある。あなたはどのように考えるだろうか。

【課題1】

1. 「不妊」の人たちはどのような問題を抱えているか、調べてみよう。
2. 精子売買、卵子売買、代理出産を斡旋するビジネスのうちどれか一つ選んで、その実態をインターネットで調査し、問題点をまとめてみよう。
3. 出生前診断を受けるかどうか決断するとき、またその検査結果を知らされたとき、当事者はどのようなことを考えるのか、調べてみよう。

2 生命の終わり

(1) 死をもたらす行為：安楽死

「安楽死」はギリシア語由来の英語“euthanasia”の訳語で、「安らかな（よき）死」すなわち「苦しむことなく生を終えること」を意味するものであり、とくに法律・指針等で規制が必要な事柄ではなく「誰もが望むあたりまえのこと」である。しかし、そのための手法として「本人の強い要請に基づいて医師が致死薬を投与して意図的に生命の短縮をする」、「本人の意識がない状態で家族の強い要請により人工呼吸器を取り外す」といったことが行われるとしたら、それはただちに「個人の自由・権利として許容すべきだ」というわけにはいかない。倫理的・法的に妥当性が問われる行為としての「安楽死」は、こうした意味で用いられるものである。前者すなわち「積極的安楽死」を法的に認めている国は、オランダ、ベルギー、ルクセンブルク、コロンビア、カナダだけである（2019年末時点）のに対して、後者すなわち「消極的安楽死」については、「苦痛の緩和・除去を目的とする鎮静等により結果として死期を早めること」としての「間接的安楽死」とともに、本人の事前意思（リビング・ウィル）を条件にほとんどの国で認められているのが現状である。

積極的安楽死をめぐる論争にはさまざまな論点があり、その主なものを挙げておこう。「不治（治る見込みがない）」「死期が迫っている（余命3ヶ月など）」「耐え難い苦痛であり除去・緩和が不可能」「精神的苦しみ（生きる価値が見出せないなど）」といった条件が満たされたら認めてよいのか、本人の意思は「その時点での明示的表示」が必要かそれとも「事前意思表示」で十分なのか、あるいは植物状態（遷延性意識障害）や認知症の人の場合どのように扱うのか、などである。法律で認めない場合、本人の要請にしたがって実行されるときは「嘱託殺人」「同意殺人」、周囲の者の判断による場合は「慈悲殺人」ということになり、実行者には刑事責任が問われる。

(2) 生命を終わらせることへの関与：医師による自殺幫助

倫理的・法的な妥当性が問われる「安楽死」の最広義の定義が「終末期または回復不能な人を苦痛なく他者の行為により死なせること」すなわち「生命を終わらせる他者による行為」であるとすると、死を望むもの自身が「医師の処方により苦痛なく確実に死ぬる薬剤を得て服用して死ぬこと」あるいは「致死薬の体内注入ボタンを押すこと」である「医師介助自殺」（physician assisted suicide）については、当該介助行為すなわち「医師による自殺幫助」は安楽死のカテゴリーに含めることはできない。これを法的に認めているのは、米国各州（オレゴン州他）、オランダ、ルクセンブルク、スイス、ドイツ、カナダなどである。「死ぬ権利」の行使という点では積極的安楽死と共通するものの、「死という結果をもたらす行為の主体」が他者であるのか自分であるのかは決定的な違いと見なすことができる。例えば、カトリック教会の影響が強いベルギーでは、積極的安楽死は合法化されているが（正当な理由があれば意図的な生命短縮は許容可能）、医師介助自殺は「神への反逆＝大罪」とされる自

殺の一形態として認められていないのに対し、米国各州やスイスなどでは、致死薬投与という「殺人行為」に加担することに反対する医師が多数であることなどにより、医師による自殺補助のみが合法化されている。

外国人も医師介助自殺が可能であるスイスでは、欧州各国（日本人の実施報告もある）からの「自殺ツーリズム」がしばしば話題となる。支援団体である「ディグニタス」は、インターネット上で申込みを付けており、一定の費用を払い付添人とともにスイス国内の所定の場所に行き、医師の協力（致死薬の処方とそれを含む飲料の提供）を得てそれを自分で飲むことにより死亡し、付添人が遺灰を持ち帰る、というのが一般的な手順とされる。日本では積極的安楽死と同様、これは法律で認められておらず、致死薬を処方した医師や販売した薬剤師は刑法の「自殺関与罪」に問われうる。

(3) よりよき生命の最期のために：尊厳死

日本尊厳死協会の唱える「尊厳死」は、「不治で末期に至った患者が、本人の意思に基づいて、死期を単に引き延ばすためだけの延命措置を断わり、自然の経過のまま受け入れる死のこと」とされている。その上で、「不治かつ末期での延命措置の中止」「十分な緩和医療の実施」「回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）での生命維持装置の取りやめ」をリビングウィル（事前指示書）で求めている。つまり、本人の書面による意思表示があれば、終末期患者や植物状態患者に対する延命措置（人工呼吸器および人工水分・栄養管理）の停止により死なせることを法律で認めよ、というのがその要求である。こうした要求は米国各州で 1970 年代から「自然死法」ないし「リビングウィル法」により合法化されており、欧州各国でも法律ないし医療慣行で認められているものの、これが「尊厳死」（death with dignity）という用語で理解されることはほとんどない。

たとえば、医師介助自殺を合法化した米国各州の法律は「尊厳死法」という名称であり、スイスの医師介助自殺支援の団体名は尊厳を意味する「ディグニタス」であるが、そこには「致死薬を処方してもらいそれを自分の判断で服用して生を終えることが自分の尊厳を守ることだ」という思想が前提にあると考えられる。積極的安楽死を合法化したオランダでも、「延命を望まない人にとって、その生を意図的かつ直接的に（致死薬の投与ないし服用により）終わらせることは、その人の尊厳を守ることだ」という考え方がある。

「望まない（あるいは無益な）延命により自分の尊厳が侵害されるのを防止する」ということが肝要であり、そのための方法としてどれを選ぶのかは副次的ことがらにすぎない、と見なされていると言ってよい。尊厳死推進論には、「重い意識障害でコミュニケーションが難しい」「寝たきりで自力での摂食・排泄ができない」「家族に負担・迷惑をかける」といった状態は「尊厳なき生」として終わらせたいという価値評価が前提にある。そしてこれは主観的な価値観（死生観）にとどまらず、「周囲に迷惑をかける」「社会的コストを増大させる」ような人はいなくなる方がよいという社会的風潮へと広がっていくこともある。

しかし、仮に「尊厳なき生」があるとしたら、その原因となる事態に働きかけて除去・緩和して改善を図るのが先決であり、そうした状況を放置したまま死によって「問題解消」するのは本末転倒ではないか、といった指摘もある。本人およびその家族にとって「より充実した（ましな）終末期」への援助を行い、人生の最終段階を「尊厳ある生」にすることが、本来の意味での「尊厳ある死」を実現することになるのではないか、という視点は重要である。

「死ぬ権利」を求める人たちの最終的な目標は、「苦痛なく確実に死ぬことのできる薬剤が自由に入手でき、それを服用して死ぬこと」が合法化されることであると考えられる。そこでは「誰もが死にたいときにいつでもどこでも死ぬことができる」状況が実現していることになる。ただし、自力で薬剤が服用できない（周囲の者の援助が必要）、あるいは本人の意思表示がない（周囲の者の判断・推定の有効性）、といった場合の手続きについてのルールは定める必要がある。いざというときに自分の思いが無視されるのではという不安を抱く人には、希望する（しない）措置および代理人を明記した事前指示書を書いておくことが推奨される。あなたはどのような死に方を望むだろうか。

【課題2】

1. 「安楽死」や「尊厳死」という用語はどのような意味で使われているか、それぞれの定義・分類に着目して国内外の情報を調べてみよう。
2. あなたの大切な人から「これ以上生きるのは辛いので自殺するのを手伝ってほしい」と言われたら、あなたはどうするか考えてみよう。
3. 「尊厳なき状態での無益な延命措置はお断りだ」という主張の問題点をまとめてみよう。

〈参考文献〉

[ア) 図書

①生命の始まり関連

- 石原理『生殖医療の衝撃』講談社現代新書、2016
柘植あづみ『生殖技術～不妊治療と再生医療は社会に何をもたらすか～』みすず書房、2012
坂井律子『いのちを選ぶ社会～出生前診断のいま～』NHK出版、2013
河合蘭『出生前診断～出産ジャーナリストが見つめた現状と未来～』朝日新聞出版、2015

②生命の終わり関連

- 安藤泰至『安楽死・尊厳死を語る前に知っておきたいこと』岩波書店、2019
松田純『安楽死・尊厳死の現在～最終段階の医療と自己決定～』中公新書、2018
田中美穂他『終の選択～終末期医療を考える～』勁草書房、2017
日本尊厳死協会『日本尊厳死協会の最期の望みをかなえるリビングウイルノート～これで安心～』ブックマン社、2019

イ) ウェブサイト

- 生存学（立岩真也）<http://www.arsvi.com/a/i.htm>
堂園俊彦（静岡大学）http://plaza.umin.ac.jp/philia/bioethics_data.html
日本産科婦人科学会:倫理に関する見解一覧 http://www.jsog.or.jp/modules/statement/index.php?content_id=3

【付記】ウェブサイトのニュース記事やブログ記事には不適切内容や間違いが多数あるので注意が必要。