

病気概念の規範的機能と人間の生活世界の医療化

人間改造技術とエンハンスメントが人間の未来を決定する？

ディルク・ランツェルラート(Dirk Lanzerath)

松田純・小椋宗一郎訳

目次

はじめに

A. 病気概念の倫理的機能と現代医療の目標設定

1. 病気と人間本性

2. 病気と医療行為

3. 自己決定と医学的適応

B. 医療による実現可能性とわれわれの生活世界の医療化

C. 医療と社会における人間改造技術

1. 集団的責任の問題としての人間改造技術

a. エンハンスメントと医療経済

b. エンハンスメントと競争的公平

2. 個人の自己投企の問題としての人間改造技術

a. 人間が自分自身に対してもつ責任 自己形成と疎外化のあいだで

b. 真に自分のものとして人生を形作ること

c. 人間の偶然性の道徳的地位

D. 結論

はじめに

遺伝子技術によって製造された成長ホルモン剤が、スポーツにおけるドーピングの手段として用いられる。美容外科手術によって身体が美しく修正される。記憶能力の向上や攻撃的行動を和げるために遺伝子治療を用いることが企てられる。これらによって、さまざまな生命科学やバイオテクノロジーが、人間本性に介入する可能性を与え、その介入がますます大きく、かつ表面上無限に多様に展開していくようにわれわれには見える。これらの可能性は、科学かフィクションかに関わりなく、もろもろの介入の或る新しい質とその深さをわれわれに突きつける。その新しい質と深さはまた、介入の射程とその線引きに関する問いをも投げかける。そうした可能性は医療の新時代の始まりを告げ、医療は今後ますます人間改造技術の果てしない諸形態の領域へと踏み出してゆくのであろうか？ 拡張された目標と目的の設定をとともなく新しい多様な方法が生まれ、それらが既存の職業像や、社会的諸要求および個人の自己形成の諸形態における根本的な断絶へと導くのであろうか？ このことは、現代医療の構造的な諸条件と目標について、原理的には目的に定めのない人間改造技術との違いに関して、きわめて根本的な考察を要求する。

私は本論において次のことを示したい。

(A)病気概念は、行為を導く規範的な意図において、医療の行動領域を有意味に限界づけ、かつ構造化することができる。

(B)これに伴って、病気の治療とエンハンスメントとの区別、医療と人間改造技術との区別が生じる。この区別は、社会における医療化傾向を防止する上で、明確で必要な区別である。

(C)しかしながら、医療と人間改造技術とを病気概念を規準に区別することは、人間改造技術に対するさらに踏み込んだ評価にとってはけっして十分ではない。もっとしっかりした評価が今後なされなければならない。

哲学的倫理学の見地からのこれらの考察は本論の後半部(C)において、1. 公正な社会と集団的責任という規準、および、2. 個人の自己形成へと向かうわれわれ各人の潜在的能力に関して、なされる。

A. 病気概念の倫理的機能と現代医療の目標設定¹

医療の行動領域をあらゆる諸規準について問うてみると、前触れもなく、病気と健康という対概念にぶつかる(たとえばすでにアリストテレスにおいて)。けれどもわれわれは健康を往々にして独自の状態だとはおよそ捉えない。われわれはその反対を経験したときに、つまり病気であるときに、初めて健康に気

¹ これに関して詳しくは次を参照のこと。LANZERATH, D. (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i.Br.

づく。それゆえハンス・ゲオルグ・ガダマーは、正当にも「健康は隠されている」と言った²。われわれを悩まし、われわれが人生の諸目標を達成することをしばしば妨げるもの、それが病気である。

人間学的に見て、こうした意義が病気の中心をなすがために、病気への問いは人類そのものと同じほど古い。われわれの誰もが、人生を過ごすうちに繰り返し病気に出会い、病人に出会う。その際「病気 (Krankheit)」および「病んでいること (Kranksein)」との格闘は実存的な根本経験にまでなる。その経験は個人の人生設計にさまざまな仕方で決定的な影響を及ぼす³。病気概念において問題となるのは、単なる状態描写ではなく、ある複雑な意味論的構築物である。ここでは、単純な定義はいずれも必ずや挫折せざるをえない。基本的な概念というものがいつでもそうであるように。

1. 病気と人間本性

病気概念にどのような個別的要素が入り込むかは、観察者の立っている位置——病理学者か、臨床家か、患者か、健康保険組合か、あるいは社会全体か——にかなりの程度依存している。病気概念の一義的用法は明らかに不可能だ。病気についての解釈を覇権をもって押し付けることは、さまざまな重大な実際的な問題を引き起こす。病気を機械的-自然主義的に解釈すれば、医師を「機械修理工」にしてしまう⁴。健康についての WHO (世界保健機構) による包括的な規定 (健康は、肉体的、精神的および社会的に完全に良好な状態⁵) に依拠して、強い意味で病気というものを理解すれば、医師は人間の生活世界のあらゆる利益に対して責任をもつことになる。あるいは逆にどんな職業も「治療職 (Heilberuf)」になってしまう。

病気についてわれわれが抱くイメージや感覚の裏には、身体や肉体に対するわれわれの関係につながる人間学的な基本の想定がある。この関係が、経験的に採取された生データを、医療という行動領域で解釈可能なもろもろの数値にする。つまり血液検査の値や DNA 配列、組織検査の所見は、さしあたり他のものと並ぶデータである。それらが病気に対してもつ重要性は、われわれがそのデータを知る以前から病気だと特徴づけるような人間のある特定の状態と結びつけるところから初めて生じる。病気そのものを經由して初めてわれわれは検査データを評価するのであり、その逆ではない。(検査データから病気を押し量る) 逆の推論は、先行する経験からのみ許される。この場合には、健康な人に予防的処置を受けさせるような予測診断さえも許す。

² GADAMER, H.-G. (1993): Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge, Frankfurt a.M. (ガダマー『健康の神秘—人間存在の根源現象としての解釈学的考察』三浦國泰訳, 法政大学出版局, 2006 年)

³ 医学ハンドブックや医学事典をひいてみると、多くの病気が詳細に述べられていることが目を引く。しかし、「病気」という項目を探しても、しばしば無駄だ。次の発言は医師であり哲学者である K. ヤスパースによるものだ。「一般に、健康や病気が何を意味するかということに、医師たちは頭を悩ますことがほとんどない」(JASPERS, K. (1965): *Allgemeine Psychopathologie*, Wien, 652 ヤスベルス, 『精神病理学總論』内村祐之ほか訳, 岩波書店, 1953-1956 年)。しかしながら「病気」という概念は、医師や患者、そして健康保険制度に関わりをもつ全ての人によって用いられているだけでなく、不可欠のものとして見なされている。これはとりわけ「病気」概念が倫理的機能をもっているからだ。

⁴ Vgl. BAYLES, M. D. (1978): *Physicians as Body Mechanics*. In: J.W. Davis/B. Hofmaster/S. Shorten (eds.), *Contemporary Issues in Biomedical Ethics*, Clifton, NJ, 167-178.

⁵ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.", WHO (1946): *Constitution of the World Health Organization*, 22 July 1946, Off. Rec. WHO 2, 100.

2. 病気と医療行為

医師 患者関係と当事者の行為の文脈から見て、かれらが病気という言葉で何を理解しているかを問うならば、「病気」とは、当の患者が自らの良好な状態(Wohlbefinden)が妨げられていると感じるような状態を指し、しかもその人が医師に助力と治療を、あるいは少なくとも苦痛の緩和を求めるよう促すような状態を表す⁶。助力ならびに治療が必要だという次元は、病気についての自然科学的-経験的な規定の単なる一変種では全くない。むしろ病む人々にとっては、まさにこの次元が中心にある。病気という概念は、患者による主観的状态の評価を決定づけるとともに、医師によるその評価をも決定づける。つまり病気という概念が患者の期待をコントロールするとともに、医師の行為を規制する。かくして病気という概念は規範的な観念を定式化しており、この観念が患者が援助を必要としていることを承認し、患者から発する医療行為の促しを決定づけている。自然に与えられた事態の解釈や、社会的文脈における病める主体の自己感覚から、診断と治療、緩和、予防といった形における医師の任務と医師への委託が生じるのだ。

病気という概念を、(例えば治療)「すべし(ein Sollen)」を表現するような、行為(を促す)概念として解するならば、それは自然から単に読み取られるようなものではない。とはいえ、これは、自然へと立ち返ることが病気という概念に関しては不可能だということを意味しない。反対に、自然へと立ち返ることは不可欠である。とはいえ、この自然への立ち返りは、自然科学内部におけるそれと同じ仕方では生じるわけではない。むしろ人間は自らの自然に対して評価的に振舞う。それゆえ医師 患者関係においては、患者個人の自然(心身の状態)に即して、何が患者にとって有益か、あるいは何が不利益かを決定しなければならない。有益か不利益かは、人生の成功の自然的諸前提に関わる。まさにこの諸前提が病気によって害され、そしてそのようなものとして医療行為の対象となる⁷。健康は善いものの一つ(ein Gut)ではあるが、善そのもの(das Gute)ではないのだから、医師は成功の諸条件の一部領域に取り組むけれども、決して成功そのものに取り組むのではない。なぜなら成功そのものには各人が自主独立的に責任を負うからだ。個人の人生投企も、完全な社会的良好状態も、本気で医療行為の対象とはなりえない。

ひとりの人間の身体的統合性(Integrität 不可侵性)に対する医の介入(手術)の正当化について問うて見れば、病気概念の規範的性格は明らかとなる。その正当化はおのずから生じるわけではない。患者自身がその手術を望むという意志、それに、医療行為の目標設定から要請される(医学的)適応(Indikation)が加わったときに、初めてそうした手術が正当だと認められうる。この目標設定には、診断すべき病気または治療すべき病気、もしくは予防すべき病気との関連が不可欠である。

⁶ Vgl. ROTHSCUH, K E (1972): *Der Krankheitsbegriff*. In: ders. (1975), *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinnggebung (Wege der Forschung CCCLXII)*, Darmstadt, 397-420.

⁷ Vgl. NORDENFELT, L (1987): *On the nature of health. An action-theoretic approach*. (Philosophy and Medicine 26), Dordrecht et al., 88. (レナート・ノルデンフェルト『健康の本質』石渡隆司・森下直貴(監訳), 時空出版, 2003年)

3. 自己決定と医学的適応

医療行為が患者の意思に基づくだけでなく上述のように病気概念と医学的適応(基準)とに拘束されていることについて、異論が全くないわけではない。現代医療に新しい行為の可能性が広がるに伴うさまざまなリスクと危険も、次のような場合には予測可能だ、としばしば論じられている⁸。すなわち医療において行為のあらゆる選択肢が基本的に容認されても、当人が或るしかるべき介入を欲するか否かの決断が自己決定権に基づいて当人自身にすべて委ねられているならば、リスクを予測することは可能だとされる。その場合には、患者の自律と結びついた説明の基づく同意(インフォームド・コンセント)が、(医療の)目標という基本的な規準から独立して、医療行為を唯一統制する原理だ、とされる。患者の自由意思(自発性)と自己決定を医療行為の正統性のための孤立した規準とみなすならば、医師は自然科学的に得られ確認された知識を、技術的行為という形で患者に自由に使わせ、どの治療を望むかはクライアントの自由に任せなければならないことになる。しかしこうした要求によって責任のすべてが各人に負わされる。クライアントの自律に委ねよというこの提案は、医の介入を受けようとする個々の患者が介入の詳細までもすべて知り、介入の結果を先取りできるということを要求している。しかしこうした前提(が満たされるかどうか)は疑わしい。身体と生命の統合性(不可侵)に非常に深く介入するようなもろもろの行為は、医療行為の目標設定が(クライアントの)意のままにならないときにのみ、責任をもって実施できる。なぜなら、介入の必要性はいつでも無防備な形で現れ、自己決定の実際の形態に包囲されているからだ。このことはもちろんパターンリズムへの逆戻りを含意するのではなく、自律という規準が病気治療という目標規準によって補完されなければならず、自己決定はこの特殊な行動領域においては好き放題にはなりえないことだけを意味している。

B. 医療による実現可能性とわれわれの生活世界の医療化⁹

医術(医学)¹⁰は伝統的には、その施術者の行為が非常に狭い目的に向けられている点に特徴があった。これに対して自然科学や技術は(それゆえバイオテクノロジーも)、原則的に目標が限定されていないという特徴をもつ。医療が生命科学や生命工学の手法を提供するものとして自他ともに理解されるようになればなるほど、医療はむしろ技術的実現可能性と顧客の望みに合わせた純然たるサービスとみなされるようになる。現代の「サービス医療」の目標¹¹として、生活の質の向上や「完璧な」健康状態

⁸ Vgl. LANZERATH, D (1998): *Prädiktive genetische Tests im Spannungsfeld von ärztlicher Indikation und informationeller Selbstbestimmung*. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 3, 193-203, 198-199; BIRNBACHER, D(1997): *Patientenautonomie und ärztliche Ethik am Beispiel der prädiktiven Diagnostik*. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 2, 105-119

⁹ この部分は、次の著書で詳しく扱ったものを非常にコンパクトにまとめた。LANZERATH, D. (2000): *Krankheit und ärztliches Handeln. Zur Funktion des Krankheitsbegriffs in der medizinischen Ethik*, Freiburg i.Br., 78-85, 270-286.

¹⁰ 医学(医療)はしばしば、もはや独立した実践的な学問としてではなく、応用自然科学として理解されている。歴史学が(その一分野にすぎない)応用紋章学として自らを理解していないのと同じように、医学はそのさまざまな補助学科について自ら定義すべきであろう。ところがむしろ医学の特殊な対象領域とその固有の方法、その目標設定が視野に入っていない。

¹¹ Vgl. CALLAHAN, D. et al. (1996): *The Goals of Medicine. Setting Priorities*. Special Supplement. Hastings Center

(wellness)の達成などが論じられている。これらによって能力向上の意味での人間本性の改良が医学的に望ましいこと¹²となり、かくして病気の治療のほかにエンハンスメントがつけ加わってくると予想される。こうして「患者」から「顧客(Kunden)」への変化が起こる。そのような医療行為は市場において需要と供給のバランスによって調整される。医師と患者との信頼関係はこれまでは医療の目標によって拘束されていた。この関係が純粋に個人的な契約関係によって置き換えられ、この契約関係が人間本性の改良すなわちエンハンスメントをも許容するようになる¹³。

医療における手段の選択という基本的問題は、たしかに新しいものではない。というのも、医師が思いのままに使える手段(Mittel 薬物)には実は作用の両義性があり原則的に用途が定められていないということが、すでにヒポクラテスやアリストテレスの著作のテーマであったからだ。病気を治すはずの医薬品が、用量を変えれば有害な薬や致死的な毒にもなりうる。しかしこれとは別の線引き¹⁴がここで問題となる。つまり、同じ薬剤を、ある人には生活改善薬(ライフスタイルドラッグ)として処方することが医学的適応がないという理由で拒否し、別の人には病気を治すための治療薬として投与することをこれまで医師に許してきた線引きである¹⁵。医療行為の正当性を強調し、医療の行動領域において特定の処置や投薬法を確立するために、どんどん新しい病気(たとえば男性の更年期障害)が案出される危険が今日これまで以上に増している。

ある両親が、統計データをもとにすれば同年齢グループ内では「標準身長」と言えるような娘のために、「モデル」という職業願望をかなえるためにはある程度の理想的身長が必要であるというを理由で、成長ホルモン治療¹⁶を申し出た場合、親の保護責任という問題や、そのような治療法が及ぼす健康へのリスクという問題や、実際の治療効果の問題といったことは別に、そうした治療を疑問視するような規準がはたして存在するのかについて論議しなければならない¹⁷。その際、たとえば職業選択に関して子ども

Report 26 (November-December).

¹² vgl. besonders SINSHEIMER, R.L. (1987): *The Prospect of Designed Genetic Change*, in: CHADWICK, R.F. (ed.): *Desire and design: ethics, reproduction and genetic control*, London et al., 136-146; SILVERS, A. (1994): „Defective“ agents: equality, difference and the tyranny of the normal, in: *Journal of Social Philosophy*, 25th Anniversary Special Issue, 154-175; WALTERS, L.; PALMER, J.G. (1997): *The ethics of human gene therapy*, New York; LANZERATH 2000; ENGELHARDT, H.T. JR. (1987): *Gentherapie an menschlichen Keimbahnzellen: Kann und soll die 'Schöne neue Welt' verhindert werden?*, in: BRAUN, V.; MIETH, D.; STEIGLEDER, K. (Hg.): *Ethische und rechtliche Fragen der Gentechnologie und der Reproduktionsmedizin*, München 1987, 255-262.

¹³ Vgl. LANZERATH 2000, 276.

¹⁴ Vgl. hierzu LANZERATH 2000; SIEP, L. (1998): *Natur als Norm? Zur Rekonstruktion eines normativen Naturbegriffs in der angewandten Ethik*, in: DREYER, M.; FLEISCHHAUER, K. (Hg.): *Natur und Person im ethischen Disput*, Freiburg, 191-206 sowie SIEP, L. (1999): *Bemerkungen zum Begriff der Natürlichkeit*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 4, 267-282.

¹⁵ Vgl. COLE-TURNER, R. (1998): *Do means matter?*, in: PARENS, E. (ed.): *Enhancing human traits: ethical and social implications*, Washington, (Hastings Center studies in ethics), 151-161, 160: 「同じ技術でも、異なった潜在能力を持つ異なった人々に対して用いられれば、似てはいるが実際には顕著に異なった効果をもつだろう。したがってわれわれは、人による差異と、同じ技術が人々に作用する仕方の差異を、可能なかぎり十分に理解することを学ばなければならない」。

¹⁶ Vgl. RUNKEL, TH./RÜNGER, M./FUCHS, M./LANZERATH, D./HAVERKAMP, F., *Wachstumshormontherapie bei Kindern ohne Wachstumshormonmangel: Therapie – Enhancemant – Futile Care*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* (10) 2005, 355-376.

¹⁷ 身長と仕事の上での成功との関係を計測可能にするような経験的調査に基づけば、身長と人生形成との関係の有意性はけっして的外れではない。

や両親が抱く不安が、ここでの事例の文脈において、もろもろの身体的な素質のなかの或る一要素に還元されてはいないかについてよく検討しなければならない。〔身長という〕この要素は本来の心理社会的な問題とは関係がないか、あるいは二次的に関係するだけであるため、手段の投入に関して不適切と思われる治療を受けることになりはしないかを十分検討してみななければならない¹⁸。

医療へと持ち込まれたこうした諸問題に真剣に取り組まなければならないということに、ここでは異論の余地がない。けれどもそうした問題の解決がどんな場合にも医療の責任なのか、また、提供される手段は適切な手段なのかについては、その背景から問い直してみななければならない¹⁹。

以上の検討によってはしかし、エンハンスメントへの願望が、医療の外部で、すでに受け入れられている能力向上や人間本性の改良　たとえばわれわれが教育や自己形成という構想で追求しているような改良　のなかに組み入れられるものかどうかは、まだ明らかにされていない。人間改造技術の適用への欲求は、自己完成への願望のなかに全く一般的に組み入れられるのではないだろうか？

C. 医療と社会における人間改造技術²⁰

科学的な知識、例えば生命科学や医学の知識を、自然の限界の乗り越えと人間の能力向上に役立てようとする思想は、もちろん新しいことではない。フランシス・ベーコンは、さかんに引用されるように、「知の力」、まさに自然科学の知の力を実際的な目的のために動員しようとした(『ノヴム・オルガヌム』、1620年)。『ニュー・アトランティス』なるユートピアにおいて、彼は、新しい科学の助けによってより良い新社会が形成されるだろうと述べた。それから20年たらずのうちに(1637年)、このテーマを投げかけたのはデカルトだった。『方法序説』のなかの、人間を「自然の主人にして所有者(maîtres et possesseurs de la nature)」と特徴づけた章(第6章)において、彼は医学に、「人生における第一の財にして、他の全ての財の基盤」である「健康」を保つという課題を負わせている。しかし医学は健康の保持にとどまらず、人間を「まったく全般的に、より賢く、より有能に」する手段を探求する場、さらには老年による衰弱から人を守る療法すら探求する場だとデカルトは書いている。これはつまりはアンチエイジング論の先駆けだ。

人間改造技術の投入に関する問いは、医療倫理学の問いから、そもそも人間的である(*Humanum*)とはどうゆうことかについてわれわれの観念を問うことへと移行する。不断に自らを超えて成長するという

¹⁸ これに関連して、美容整形が不利や苦悩をどの程度和らげることができるかも議論になる。美容外科手術によって同時にしかし、かかる不利と苦悩の原因となっている美感的価値観やステレオタイプが強化されることになる(DAVIS (1998); LITTLE (1998))。

¹⁹ たとえば美容外科手術の歴史を参照のこと。GILMAN, S.L. (1999): *Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery*, Princeton.

²⁰ これについて詳しくは次を参照のこと。LANZERATH, D. (2002): *Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisierung der Lebenswelt?*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7, Berlin, Heidelberg, New York 319-336; FUCHS, M, LANZERATH, D. et al. *Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen.* drze-Sachstandsberichte 1, Bonn (詳しい文献表を含む).邦訳『エンハンスメント　バイオテクノロジーによる人間改造と倫理』松田純・小椋宗一郎訳, 知泉書館, 2007年。

形での人間の生の実現は、そのまま人間の本質に属する。なにしろ人生投企と自己形成において限界を不断に乗り越えていくことは非常に古いものであり、したがって、この限界の乗り越えに限界を定めなければならないのか、定めるとすれば、どのような限界を定めなければならないのかをめぐる議論も非常に古いものであるからだ。そうした限界についての問いに対する答えを、人生の成功という目標についての問いと切り離すべきではない。なぜなら、これらの目標を達成しようとする努力が、限界の乗り越えが営まれるための枠組みを与えるからだ。

われわれは形成と完全化に向けられた自分たち自身の自然本性を見出すのだから、歴史上のさまざまなユートピア思想を追い求める必要はない。あるいは人間の完全化について熟考する際に、ニーチェの超人思想を信奉する必要もない。さまざまな西洋の伝統において、成功は「完全性」のある特定の形式をめざす努力と等置される²¹。人間は、人間本性がもつ可能性の諸条件という枠組みのなかで、自らを人間なるものにする。すなわち自分自身を乗り越え超越してゆく存在(*transzendierendes Wesen*)にする。完全性や完全な幸福、欠けるところが何もない状態は理想的な最終状態であるから、そこへ至る道はいつも、実在する部分的目標を通過していく。つまり身体的および心的な、ないし精神的な能力や特性を改良し、より完全なものにすることを通して成し遂げられていく。それゆえ、これに関して倫理的な問いを立てる目的は、もろもろの目標を個々にどう評価すべきか、そして自らの企て(*Entwurf*)に基づき自己完全化を実行する際、これら個々の目標を追求するために、どんな手段が勧められるかを確認することにある。企てには失敗の可能性や、企てのなかでの自己喪失もありうるので、人間改造技術の投入に当たっては、それが成功と失敗のいずれに貢献するのか、あるいはそれが「人間性プロジェクト(*das "Projekt des Humanum"*)」を加速するのか、それとも葬り去ってしまうのかということまで問わなければならない。

まず初めに社会的枠組条件に目を向けてみよう。

1. 集団的責任の問題としての人間改造技術²²

もろもろの人間改造技術とそれらの目的を正当化できるか、それとも拒絶すべきかという問いが、社会形態と関わって生じる。こうした問いとともに、間主観的に共有化されているわれわれの価値観や、正義と連帯といった徳に関する諸問題が提起される。もろもろの個人的な欲求や、さまざまな区別や不平等、また健康の喪失や生活の質の低下は、(とくに公的健康保険のような)連帯共同体(*Solidargemeinschaft*)^{*}のなかでどのように支えられるだろうか？

²¹ この完全性は、幸福(エウダイモニア)の到達(アリストテレス)のなかに、神への方向づけ(トマス・アクィナス)のなかに、あるいは自己を義務づけようとする理性の努力(カント)のなかにありうる。これについて詳しくは次を参照。PASSMORE, J. (1975): *Der vollkommene Mensch. Eine Idee im Wandel von drei Jahrtausenden*, Stuttgart (Engl. Orig.: *The Perfectibility of Man*, London 1970).

²² 本節を練り上げるにあたっては、Ingo Hillebrand による多くの貴重な指摘と次の報告書における彼の論述に多くを負っている。Sachstandsbericht des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften „Enhancement“, Bonn 2002. 脚注 20 の邦訳。

* (訳注)誰もが病気になるリスクを持っている以上、ある個人(被保険者)が病気になっても、そのリスクとコストを集団全体(保険に介入する全員)で負担していく仕組みを連帯共同体と言う。

a. エンハンスメントと医療経済

こうした問題提起を背景にして、現在とりわけ米国において議論されているように、エンハンスメントと人間改造技術に関する医療経済学的な議論のなかで、次のことが決定的な問題とみなされている。つまり「医療処置(ärztliche Behandlung, treatment)」と「エンハンスメント」との間の区別は、健康保険制度の責任者に対する公正かつ正当化可能で叶えられるべき要求かを見定める線引きとして捉えられるか、もし捉えられるとすれば、どの程度においてかということである²³。考察の出発点となるのは、医療と健康保険を、個人に対して否定的影響を及ぼすような自然的不平等を補償するための手段として捉える平等主義的な考え方である。病気が原因で人間の心身の正常状態からはずれた場合でも、ある機会の平等は提供されるべきである。その際、C・ボースによる病気概念が活用される²⁴。これは、病気を、「種に特有の正常機能(環境が生物体に要求するものに合わせた機能)からの逸脱」という意味における「生物学的機能不全(biologische Dysfunktion)」と理解するものだ²⁵。この病気概念をふまえノーマン・ダニエルズ(Norman Daniels)とジェームズ・セイビン(James Sabin)は、公衆保健制度における資源の希少性を考慮して、生体の正常機能の回復または保持にとって必要な医学的介入だけを保障することを提案している。医学的介入がそれを超過し、正常機能に関して有意な改善を目指していない場合には、連帯共同体的な保険制度(公的健康保険)のなかでこれに対していかなる財源も支給すべきではないと主張する²⁶。

とはいえ、治療(treatment)とエンハンスメントとのこうしたこの線引きが規準として持ちこたえ拘束力を持ちうるかは、議論のなかで疑問視されている。というのも、生物学的に根拠づけられた正常概念に基づくことや、そのつど正常機能から否定的に逸脱していることに簡単には還元できないような心身障害の処置を排除することは、不正と感じられることがあるからだ。しかも正義概念を平等主義的に解さないとすれば、標準範囲内にある変異は、その変異が当人に不利になっていても、処置されてはならないのかについても明らかにしなければならない²⁷。

「治療」と「エンハンスメント」との区別が規範として妥当する範囲については、直接に正義に関わる考

²³ 私自身はこの用法とは違って、「処置(Behandlung)」という表現を、<治療(Therapie), 診断, 予防, (苦痛)緩和>とエンハンスメントの上に立つ中立的な上位概念として用いる。

²⁴ Vgl. BOORSE, C. (1977): *Health as a theoretical concept*, in: *Philosophy of Science*, 44, 542-573; BOORSE, C. (1997): *A rebuttal on health*, in: HUMBER, J.M.; ALMEDER, R.F. (eds.): *What is disease?*, Totowa, NJ, 1-134, 6-16.

²⁵ 詳しくは LANZERATH 2000, 117-125.を参照のこと。

²⁶ Vgl. DANIELS, N. (1985): *Just health care*, New York; DANIELS, N.; WINKLER, D. (2000): *From chance to choice: genetics and justice*, New York; DANIELS, N. (2000): *Normal functioning and the treatment-enhancement distinction*, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9, 309-322; SABIN, J.E.; DANIELS, N. (1994): *Determining "medical necessity" in mental health practice: a study of clinical reasoning and a proposal for insurance policy*, in: *The Hastings Center Report*, 24, 6, 5-13. しかしこの論文は、一社会が原則的に健康保険制度のそうした拡充に賛成できないのかどうかについては何も語っていない。また、連帯共同体的な財政問題とは別に、正常機能を越えて人間の自然を改良することは徹頭徹尾望ましいことでありうるということも疑ってよい。

²⁷ これに対する代替案として、もろもろのヘルスケアサービスに包括的な役割を与えるモデルが、センによって展開されている。Vgl. SEN, A. (1990): *Justice: means versus freedoms*, in: *Philosophy and Public Affairs* 19, 111-121; SEN, A. (1992): *Inequality reexamined*, Cambridge. (アマルティア・セン『不平等の再検討 潜在能力と自由』池本幸生ほか訳, 岩波書店, 1999年)

察とは全く別の次元でも、その区別が、公的健康保険制度内の確立された診療と一致しない場合には、批判されている。というのも、現在でもさまざまな健康保険制度は、心身の正常機能の回復または保持を超え出る処置をも保証しているからだ。その顕著な例が人工妊娠中絶である*。逆に、もろもろの処置が、明らかに診断や治療や予防の概念に入るにも拘らず、医療保険制度の財政逼迫のために、保険で賄われていない。高い費用がかかる割りに効果が少ないケース²⁸や、〔患者に〕金銭的負担が期待できる場合が特にそうである。こうした問題については、たとえば不妊を病気として認めるべきか、体外受精が不妊治療として保険適用されるべきかをめぐって論争になった。ここで明らかになるのは、ポースの病気概念は一見したところ健康保険制度において有効に運用できそうに見えながらも、「正常」の定義に問題をきたし、病気概念の主観的および社会的側面を考慮に入れていないということだ²⁹。

にも拘らず、連帯共同体的でない措置〔自己負担や民間医療保険へのシフト〕をとっていても、公衆衛生健康保険制度のためにはならない。むしろこちらの方が、ジレンマが大きくなる。医学的な標準治療がますます財政逼迫と闘わなければならなくなるとしたら、病院経営者たちは誰もが通常外の措置に引きつけられるだろう。そうした措置には連帯共同体的な財政支援はないが、しかし病院に経済的利益をもたらす、その利益が「通常診療分野」の体制を充実させるのに役立つからだ。この手法に、どんな病院経営者も誘惑されるだろう。

b. エンハンスメントと競争的公平

たとえもろもろの人間改造技術が、各人にとって社会的に不利に働くような生まれつきの心身の障害を補償することを可能にするとしても、しかしそれは同時に社会的競争における不当な有利さを獲得する可能性をも拓くであろう。それによって社会内での公正^{フェアネス}をめぐる問いがもちあがる。その際、規準として中心となるのは、個人の尊厳に対する尊敬と、社会的紛争を減らすための集団的義務である³⁰。

リベラルな方向性をもつモデルは、人間の特性と能力を改良する人間改造技術へのアクセスをもっと開かれたものにするに賛成する。このモデルによれば、人間改造技術の利用を制限することは、それによって他者に甚大な被害がもたらされることが予想される場合にのみ正当化される³¹。これに対して平等主義的な方向性をもつモデルは、とりわけ心身の不平等および社会経済的な不平等が可能なかぎり取り除かれうることを確実にするようなアクセスの可能性を保証することに賛成する。たとえば全ての人が平等な機会を与えられるべき教育や職業制度の構想が、その例となる³²。しかしながら、われわれの記憶能力をバイオテクノロジーを利用して向上させたり、身長を著しく伸ばすことに成功したとしても、依然として格差は存在するだろうし、配分^{プロポーション}の乱れが残るだけだろう。それどころか、不平等が均されず、

* (訳注)ドイツでは、一定の条件(カウンセリングを受ける。女性の所得額など)を満たせば、中絶費用が公的財源から支払われる。

²⁸ Vgl. BROCK 1998.

²⁹ 詳しくは次を参照のこと。LANZERATH 2000, 195ff.

³⁰ Vgl. WALTERS in: WALTERS, PALMER 1997, 132.

³¹ Vgl. WALTERS, PALMER 1997; リベラルな立場の一つはノージックによって代表される Vgl. NOZICK, R. (1974): *Anarchy, state and utopia*, New York (『アナーキー、国家、ユートピア』嶋津格訳、木鐸社、1985/1989年)

³² 両モデルの区別については WALTERS, PALMER 1997.を参照のこと。

かえって拡大されるような反対のことさえ起こりうる³³。

たしかに治療行為と人間改造技術との線引きは、保険による支払い可能なものと許容しうるものとの線引きには有益である。しかしこれは、われわれが個々の行為の文脈において、もろもろの善さ(利益)あるいは悪さ(不利益)を比較考量する手間を省いてはくれない。

人間改造技術の応用に関しては、社会における正義と連帯に関する問いを超えて、個人の自己形成の限界という問題についても触れなければならない。これは、われわれ人間存在に関して極めて根本的な問題を投げかける局面である。

2. 個人の自己投企の問題としての人間改造技術

われわれ自身の自然本性を基本的に形成することについては、あまり問題になりえない。というのも、われわれが成功した人生を送るのは、自らの自然本性の形成とは別の仕方によると考えられているからだ。以下ではむしろ、「自己操作(Selbstmanipulation)」と特徴づけざるをえないものと、自己形成(Selbstgestaltung)との境界があるのが問題となる。

a. 人間が自分自身に対してもつ責任——自己形成と疎外化のあいだで

モダンおよびポストモダンの能動的な行為主体は、それまでの幾世紀よりも明らかに強い程度で、自らを自分自身の行為の対象とすることができる。人間は自分自身を設計し、自らを操作可能なものとして発見する。神学者でイエズス会神父のカール・ラーナー(Karl Rahner)は、すでに1966年に「人間化のための生物学的・心理学的(社会的・政治的)な大型屋内工場(Werkhallen der Hominisierung)」について書いている³⁴。ペーター・スローターダイクは、ヒューマニズムというプロジェクトを完成させるための措置としての、「人間園(Menschgarten)」のための「人間改造技術」の適用について語り、その完成に人文諸科学は何の役割も果たせないままだと述べている³⁵。

生物医学的エンハンスメントの個々の形態は、ひょっとすると人間の経験と振る舞いを変えてしまうかもしれない。つまり個人の人格の本来性と自然性に同時に影響し、或る人間の人格性に著しく影響を

³³ Vgl. KAHN, A. (2000): *Et l'homme dans tout ça?*, Paris, 259. 人間改造技術の使用は、もっぱら社会的競争における有利にばかりにつながるわけではない。たとえば集中力の強化は社会的比較において或る有利を意味するであろうが、しかし同時に D. Brock が言うには 著しい内在的効用、例えば名作を読んだり優れた映画を鑑賞する際の知的な喜びの増加にもつながる。そうした場合に人間改造技術へのアクセスを制限することはほとんど正当化できないだろう。主として社会経済的な不均衡を回避することを目指してエンハンスメントを制限することは、それゆえ内面的価値の実現可能性をも妨げる危険をいつも孕んでいる。これについては次を参照のこと: BROCK 1998, 60-61 および FUCHS, M. (2001): *Die Natürlichkeit unserer intellektuellen Anlagen. Zur Debatte um ihre gentechnische Verbesserung*, in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 6, 107-122.

³⁴ Vgl. RAHNER, K. (1967): *Schriften zur Theologie*, Bd. VIII, Einsiedeln, Zürich, Köln, 286-321; sowie RAHNER, K. (1966): *Experiment Mensch. Theologisches über die Selbstmanipulation des Menschen*, in: ROMBACH, H. (Hg.): *Die Frage nach dem Menschen: Aufriß einer philosophischen Anthropologie*, Festschrift für Max Müller zum 60. Geburtstag, München, 45-69.

³⁵ SLOTERDIJK, P. (1999): *Regeln für den Menschenpark. Ein Antwortschreiben zu Heideggers Brief über den Humanismus*. Frankfurt a.M. (ペーター・スローターダイク『人間園』の規則 ハイデッガーの『ヒューマニズム書簡』に対する返書) 仲正昌樹(編訳), 御茶の水書房, 2000年)

及ぼす仕方で変容させるかもしれない³⁶。それゆえ向精神薬の適用あたっては、どのような場合にその種の薬剤が適用されるべきか、また向精神薬が人格性を変容させる作用を治療上どう評価し、また倫理的ないし社会的にどう評価すべきかについて、精神医学界のみならず社会においても議論されている³⁷。

同様に、多動性の子どもたちには、リタリン(を投与すること)がいつも正しい答えなのか、それとも学校の教育理念が、特に活動的な子どもたちの渴望をよりよく満たすだけの柔軟性を欠いているせいなのか議論されている。

フルクティン(Fluctin)やプロザック(Prozac)といったフルオキセチンを主成分とする抗うつ薬の使用をめぐる議論のなかで、病気ではなく自分の人生設計に困難を抱えて疎外感に悩んでいるような人々が、プロザックによる治療を受けたり、あるいはプロザックを自己投与するケースがますます増えているという危惧が、とりわけ米国において表明されている³⁸。

(精神に対する向精神薬の働きに)比すべきことを、身体次元では、スポーツ医学の分野で語られる。ドーピングがまず第一にスポーツの公正と選手の健康上のリスクという観点から議論されるにしても、倫理的観点からは、医師の役割ならびに役割間の葛藤の問題も提起され、さらにはそのスポーツ能力が本物(Authentizität)かという問題も問われる³⁹。

b. 真に自分のものとして人生を形作ること

能力が「本来のもの(Eigentlichkeit)」かという問題は、単にスポーツにおける人間改造技術の使用の際に提起されるだけではない。むしろ一般的には、われわれの人生の重要な諸部分が人間改造技術による操作に由来する場合、われわれは自分の人生形成をどのようにして真に自分のもの(authentisch)と認

³⁶ ELLIOTT, C. (1998a): *Tyranny of happiness: ethics and cosmetic psychopharmacology*, in: PARENS, E. (ed.): *Enhancing human traits: ethical and social implications*, Washington, (Hastings Center studies in ethics), 177-188; ELLIOTT, C. (1998b): *What's wrong with enhancement technologies?*, in: CHIPS Public Lecture, University of Minnesota, February 26, Online-Version unter: <http://www.gene.ucl.ac.uk/bioethics/writings/Elliott.html> und PARENS 1998.

³⁷ Vgl. SCHATZBERG, A.F. (2000): *Pros and cons of Prozac and its relatives: editorial*, in: *The American Journal of Psychiatry*, 157, 3, 323-325; BENDER, K.J. (2000): *FDA Advisory Committee recommends Prozac for PMDD*, in: *Psychiatric Times*, XVII, 1. 米国におけるこの議論は、とりわけ Peter D. Kramer (³1997/1993) „Listening to Prozac“ (邦訳『驚異の脳内薬品』堀たほ子/渋谷直樹訳, 同朋舎, 1997年)によって活発化した。

³⁸ 医学的適応に従った向精神薬の使用はたしかに一方では、病気によって覆い隠されてしまった「本来の人格性」を望ましい形で取り戻すことに寄与し、あるいは人格性の更なる発展に寄与しうる。しかしながら他方で、本来の自己が著しく変形してしまうようなケースについても議論されている。こうした変形は人格的同一性の喪失にまで至ることもあり、さらに、自ら責任をもつ主体なのだという自己認知を著しく損ねることもある。Vgl. ELLIOTT, C. (2000): *Pursued by happiness and beaten senseless: Prozac and the American Dream*, in: *The Hastings Center Report*, 30, 2, 7-12, 7-8.; siehe auch FREEDMAN 1998, 137; FUKUYAMA, F. (1999): *Der programmierte Unmensch*, in: *Süddeutsche Zeitung*, 55, 180, o.S.; DEGRAZIA, D. (2000): *Prozac, enhancement and self-creation*, in: *The Hastings Center Report*, 30, 2, 34-40, 35-36; EDWARDS, J.C. (2000): *Passion, Activity, and „The Care of the Self“*, in: *The Hastings Center Report*, 30, 2, 31-32.

³⁹ 予防・治療・栄養補助と、ドーピングとの境界は多面的で流動的であるため、医師は選手個人のスポーツ能力を見極めなければならない。したがって、その能力が自然で本物で本来のものであることと薬剤の選択の際の人為性に対する関係を見極めなければならない。Vgl. HOLLMANN, W. (1989): *Ethische Gefahren im Hochleistungssport – Reflexionen aus sportmedizinischer Sicht*, in: ALLMER, H.; SCHULZ, N. (Hg.): *Sport und Ethik: Grundpositionen (Brennpunkte der Sportwissenschaft)*, Sankt Augustin, 72-83; LANZERATH 2000, 83, 238.

めうるかという問いが立てられる⁴⁰。これは単に外から見た能力の評価可能性の問題であるだけでなく、自らの能力の自己認識の問題でもある⁴¹。この問いに対する個人の答えは、しかし同時に個人を超える。人生の成功に関して、私が後悔なしに 実際にはひょっとして個々の後悔はあっても 振り返ることができるような人生をまさしく送ることが問われている場合、これに関して、或る特定の生き方が模範的であり、それどころか誰もが見習うべき⁴²でさえありうるかが問われる。われわれ人間が一つの規範的に構成された自己像をもち、互いに連帯的な責任を負い互いに等しい尊敬を期待できる⁴³ということがそこに含まれていれば、社会は、自己投企と自己実行にとって適切さが多少疑われるような手段をも用意することができるだろう。

c. 人間の偶然性の道徳的地位

予測不可能なものを予測可能で形成可能なものへ転換する努力は、いつも肯定的に評価されるとは限らない。むしろ人間のもろさや、人間の自然本性が行為者にする抵抗も、利点^{チャンス}として理解され、価値として捉えられうる。もろさへのこうした肯定的な評価は、人間のもろさが < 自然によって与えられ服従するしかないような運命 > へと還元されず、むしろ人生投企とそれと結びついた意味設定のためのチャンスとして理解される場合に、まさしく生じる⁴⁴。

ここからは人間学的に射程の深い、規範に関わる問いが生じる。つまり、エンハンスメントのために供給される人間改造技術が人間の本質的自然を変容させ自己遂行を危うくする場合、それをを用いることによって、人間は自己矛盾に巻き込まれないのかという問題である⁴⁵。われわれが傷つきやすいことの自覚と身体から受ける抵抗を経験できることは、われわれの道徳的アイデンティティと自己形成にとって重大な意味をもちうる⁴⁶。ハーバマースもこう断言する。自然発生性の特定の形式は、われわれが自分

⁴⁰ BROCK 1998 und JUENGST, E.T. (1998): *What does enhancement mean?*, in: Parens, E. (ed.): *Enhancing human traits: ethical and social implications*, Washington, (Hastings Center studies in ethics), 29-47.

⁴¹ COLE-TURNER 1998.

⁴² Vgl. HABERMAS, J. (2001): *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik*, Frankfurt a.M., 13. 『人間の将来とバイオエシックス』三島憲一訳, 未来社, 2004年, p.9

⁴³ Vgl. HABERMAS 2001, 32. 前掲訳, p.31

⁴⁴ これに関連して、人生投企において「病氣」が意味を創設することの意義についても LANZERATH 2000, 204-210. を参照のこと。この意義によって、すでに議論された遺伝子技術による自己超越は、「媒介された無媒介性」ヘルムート・プレスナーによれば人間の条件の指標 とは明らかに緊張関係にある。(以下訳注) プレスナーによれば、人間が文化的に創造するものはすべて、眼の前に直接あると同時に、歴史的に媒介されてある。自然によって与えられた病氣(無媒介性)のうちに人間が自らの人生にとっての意義を創造的に(媒介的に)見出すという営みは、プレスナーの「媒介された無媒介性」に即して理解可能である。これに対して、遺伝子ドーピングは人間の創造性による媒介という契機を欠いている。

⁴⁵ しかし、「人間の自然本性の技術化が、より健康でより長生きが期待できるという医学的な理由がある限り」、もろもろの技術の社会的受容は将来においてもほとんど揺るがないだろうと推測される」(HABERMAS 2001, 47f. 前掲訳 p.45)。「自律的な人生を過ごしたいという願望は、健康長寿という集団的な目標といつも結びついている」(同)。RAHNER 1966, 56. も参照のこと。

⁴⁶ これに相当する議論は、プラトンに始まり、アリストテレス、ストア派、マイモニデスを経て、レヴィナスに至るまで見出される。これに関しては特に以下のものを参照のこと。MCKENNY, G.P. (1997): *To relieve the human condition*, Albany, N.Y.; MCKENNY, G.P. (1998): *Enhancements and the ethical significance of vulnerability*, in: PARENS, E. (ed.): *Enhancing human traits: ethical and social implications*, Washington, (Hastings Center studies in ethics), 222-237; hierzu auch PARENS, E. (1995): *The goodness of fragility: on the prospect of genetic technologies aimed at the enhancement of human capacities*, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 2, 141-153.

自身を「われわれのライフヒストリーの分割不可能な主役」⁴⁷であると理解するための条件の枠組みである。その枠組みのなかでわれわれは互いに、自立的に行為する諸人格として承認しあう、と。われわれ人間が自然に生まれ、偶然に左右され、さまざまなヴァリエーションをもつことが自然本性の本質だとするならば、この自然発生性と偶然性を完全に喪失することは、類的本性を自ら道具化することに等しいとハーバースは見る⁴⁸。

人間は自らの自然本性と同一であり続けなければならず、同時にこの自然性に対して振舞わなければならない、そして自らの自然本性に診断的および治療的に介入することもできる。そうであるならば、そうした介入の可能性に余地が拓かれるだけでなく、人間に固有の同一性の保持に関して限界線も引かれる。

D. 結論

以上の詳論によって次のことが確認できる。ある病気概念は生物学的な機能不全にのみ関わるのではなく、病める主体と、医師-患者関係によるものでもある。このような病気概念が医学と医療行為の分野を構造化し、医療と人間改造技術とを分けることができる。その場合、医師はみずからが、自己解釈に腐心する患者に、狭い意味での治療的な助けを提供するだけでなく、技術主義的な短絡に反対しつつ、解釈学的な助けも提供するような場であることを示す。とはいえ、いまやすでに医学とその行動領域の縁で拡張が起こり、少なくともエンハンスメントとの溶融現象が予感される状況だ。もしも人間改造技術が医療の確固たる構成部門となるならば、医師職はもはやこれまでと同じではいられない。医師-患者関係も同様である。社会がはたして、市場モデルにおけるサービス提供者という医師のかかる役割に関心をもつかが依然として問われる。こうした役割が(患者の健康の)保証人としての医師の立場とどうゆう関係になるかも問われる。こうした転換は、倫理的問題とならんで、(医師法などの)職業法や損害補償法の諸問題や、職業訓練の制度設計の問題へも通じる。もしも医療がますます人間改造技術になっていくとしたら、医療倫理学も一つの純粋な技術アセスメントになってしまうだろう。

連帯共同体的に組織された健康保険にとっては、医療と人間改造技術との線引きはたしかに有益だ。けれども個別ケースはいつも明快というわけには行かない。医療経済からの圧迫は、医療のこうした周辺領域を、いくつかの実地的な理由から断念できないことへと導く。医療の中核分野が財政的に十分支援されていないならば、(周辺領域を)断念できない。(しかし健康保険の財政的苦境が常態化していても、新(制度)を導入するきっかけにはなかなかならない)。

⁴⁷ Vgl. HABERMAS 2001, 77.

⁴⁸ Vgl. HABERMAS 2001, 114ff. 「人間本性の終焉を次のことのなかにたしかにイメージできる」とラーナーは言う。つまり人間本性が「技術的知性をもち自らを家畜化したアウストラロピテクスの一群か、あるいは自己超越の苦悩のない昆虫国家の段階に、生物学的に戻し交配されることのなかに」。Vgl. LANZERATH, D. (1998): *Natürlichkeit der Person und mechanistisches Weltbild*, in: FLEISCHHAUER, K.; DREYER, M. (Hg.): *Natur und Person im ethischen Disput*, Freiburg i.Br., 81-104.

医療を人間改造技術から区別する線引きや連帯共同体的な財政支援の基準とは別に、人間改造技術の手段と目的についての検討は、人間存在の諸条件や人間の偶然性ともろさの規範的な意義を改めて考え直してみるきっかけとなる。

こうした熟考は人間改造技術の適用の可能性に関して、さまざまな善さを比較考量(Güterabwägung)する際の一つの枠組みを形成する。人間改造技術のもろもろの目標について、次のような問いが投げかけられる。人間改造技術によって追求される具体的な目標(例えば、記憶力の向上)をどう評価すべきか？ 人間改造技術は集合的な面で、われわれの社会における正義を促進するか、それとも損なうか？ 人間改造技術は不平等の克服の助けになるか、あるいは、かえって新しい不平等を生み出すか？ 個人の側面では、われわれは自分の能力向上のために自分にどんなに多くの人工的介入を行っても、本物の自分と見なされるか？ 人間改造技術が人間の自然性に与える影響についても問われる。いつまで人間は人間でいるか？ 人工性と補装具はどの程度までが望ましく、自分で処理可能か？ そうはいつでも人間はホモ・サピエンス・サピエンスよりも、サイボーグやサイバネティック・オーガニズム(人工頭脳生命体)にいつ近づくであろうか？ ある人間改造技術の目標を評価して、ある肯定的な答えに達したにしても、手段がふさわしいかという次のような問いがまだ立てられる。

人間改造技術という手段はそもそも、狙った目標を達成するのにふさわしいものであろうか？ ここで目標に到達するのに、別の構想があるのではないか(例えば ADHS の児童にリタリンを服用させる代わりに、教育の構造や学校の構想を変更してみるなど)？ 介入はどの程度不可逆か？ ある介入はどんなリスクを孕んでいるか？ 心身の統合性への介入のリスクは、治療という理由がない処置においては、健康や身体や生命が重要な場合とはまったく違った形で評価される。

医学として実現可能なことと、医学に課せられていることとの境界、自己実現(Selbstgestaltung)と自己喪失(Selbstverlust)との境界を定義するのが難しいということが改めて明確になった。その境界は移動する。人間改造技術が個人的責任と集団的責任において、「恐れてしりごみ」しなければならないような或る不動の核心は存在しないのであろうか？

人間改造技術の投入を、<たしかに治療を超えてはいるが、しかし、ときには自己実現、ときには操作でありうるような処置>として理解できないだろうか？ 人間改造技術が人生投企の成功と挫折のいずれに多く貢献するかは、具体的な行動領域と直接的な適用においてのみ決着をつける。かつてすでに導入された手段は、ある新しい開発の始まりにすぎない。ドーピング、脳エンハンスメント、遺伝子エンハンスメントは医学と倫理と社会を将来いっそう悩ますことになる。人間は「第二の自然」という新しい形式を受け入れ、一種の「第二の健康」、すなわち「人間改造技術による健康」を受け入れるようになるかも知れない。そのとき生じる問いは、誰が費用を支払うべきかというのとは本質的にまったく違ったものとなる。