

Enhancement (増進的介入) と「人間の弱さ」の価値

松田 純

はじめに Enhancement (増進的介入), その倫理的問題

健康の回復と維持という目的を越えて、能力や性質の「改善」をめざして人間の心身に医学的に介入することを Enhancement という。ドイツ語では *Verbesserung* という言葉も用いられるが、*Verbesserung* には *besser* (より善く) するという価値評価がすでに入り込んでいる。増進的介入の倫理的是非をこれから問題にするとき、すでに「善い」という価値評価が入っているのは適当ではない。そこで *enhancer* (アングロフランス語: 高める, 機能強化) *enhancen* (中期英語) に由来する Enhancement という英語をそのまま用いることが提唱されている。現在ではまだ *Verbesserung* が用いられることも多いが、しだいに Enhancement が定着していくものと予想される。ここでは「増進的介入」と訳したり、遺伝子レベルの介入になる場合は「増進的遺伝子操作」といった語を用いる。

増進的介入は、その目的によって、

- (1) 肉体的能力の増進(physical enhancement) (例えば遺伝子操作による筋力の増強)
 - (2) 知的能力の増進(intellectual enhancement) (例えば記憶などの認知力の強化)
 - (3) 性質の「矯正」(moral enhancement) (例えば攻撃性などの行動特性の矯正)
- の三種類に区別できる。

手段および分野としては、薬物(例えば成長ホルモン剤や向精神薬など)の利用、スポーツにおけるドーピング、外科的な美容整形、さらに遺伝子操作によるものまでさまざまある¹。

Enhancement をめぐる問題として次のようなものがある。

- (1) 増進的介入に公共の医療資源を用いてよいか? 具体的には公的医療保険を適用してよいか? 増進的介入はそもそも医学の使命と合致するか?
- (2) 増進的介入は公正な手段と言えるか?
- (3) 人間を人間たらしめている「人間の条件(*conditio humana*)」に照らしてみたとき、増進的介入をどう評価できるか?

(1)は公共政策, 医療経済学, 医の職業倫理のテーマである。(2)は生き方に関わるより一般的な倫理問題である。(3)はより根本的な人間学的テーマであり, 文明論的テーマでもある。

本稿ではまず(1)の問題を低身長症の治療をめぐって、ドイツにおける訴訟とわが国における成長ホルモン治療の基準を例に考察する。次に向精神薬を「ライフスタイルのための薬」として多用することや遺伝子ドーピングや人間改造技術(*Anthropotechnik*)を例に(2)および(3)の問題を考え

¹ 以上の概観については *Wissenschaftliche Abteilung des DRZE, drze-Sachstandsbericht.Nr.1. Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen. 2002* 参照。

てみる。

1. 低身長症への成長ホルモン治療および伸長手術

まず低身長症の治療をめぐるドイツの法廷で争われた二つの事例を紹介する²。

判例1 5歳児が低身長を理由に障害者認定を求めた訴え（1980年連邦社会裁判所判決）
1975年生まれの原告（の父）は1976年9月に低身長症（骨幹端異形成症シュミット型）による重度障害者の認定を申請した。行政当局はこの申請を却下。理由は生まれつきの低身長であっても運動可能性をもつ低身長児は重度障害者法で定めた障害に当たらないというものであった。原告はこれを不当としてカッセル社会裁判所に訴えた。当裁判所は原告の訴えを正当と認めたが、ヘッセン高等社会裁判所と連邦社会裁判所は行政当局の判断を正当とした。連邦社会裁判所は低身長症が基本的には重度障害者法で定めた身体的障害の一つであることを認めている。しかし、この子がまだ就学前の5歳9ヶ月であったため、まだ最終的に低身長症と正確には判断できないという理由で、訴えを却下した。低身長の場合、職業上でも不利となり所得能力にも影響することがある。人々の蔑視による精神的な苦痛を受け、それに応じて活動能力が狭められることもある。しかしこうした不利を就学前の児童について、正確に判定することはできない。障害者法も現在の障害のみを、障害に対する優遇措置の根拠としている。これが連邦社会裁判所の判断であった。

判例2 伸長手術費用の支払いを健康保険組合に求めた訴訟（1993年連邦社会裁判所判決）

1961年生まれの原告は低身長に悩み、15歳から低身長の治療に詳しいさまざまな医師を紹介してもらった。19歳で154cmに達した。ある大学病院で、間脳下垂体腺が小さいことによる骨の成長遅滞と診断され、4年間にわたってホルモン治療を受け、164cmの身長に達した。にもかかわらず青年は自分の外見上の姿にいつそう悩むようになり、1984年冬学期に健康上の理由で医学部前期試験の受験を拒否したのち学業を中断した。当時エアフルト医科大学病院整形外科でなされていた伸長手術（いわゆるイリザロフ法³）を望むようになった。この手術を担当する教授は青年に手術を思いとどまるよう忠告した。幾人かの専門医はこう証言した。彼は当時自殺する危険があり、慢性的な心身障害に苦しんでいた。それは、彼の病気とそこから来る病的状況を適切に解決できないことに起因していた。たしかに心理療法が有効ではあったが、当時は実行不可能だ

² Michael Fuchs, Die Einschätzung des Kleinwuchses als Streitfall im Recht und die medizinethische Debatte um Therapie und Enhancement (Verbesserung). In: Honnefelder, L., Streffer, C. (Hg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 7, Berlin, New York 2002, S.283-293.

³ 整形外科の領域で実施されている骨延長術。骨折が治るときに、接続した骨の間に「仮骨」と呼ばれる柔らかい骨が作られる仕組みを利用して、接続部分を少しずつ引き離しながら、仮骨を伸ばしていった最適な長さで固定すると、その部分が骨になる。初めに「人工的な骨折」を起こす「治療」なので、大きな侵襲を伴う。

った。それゆえイリザロフ法による骨端伸長手術が成功を約束する唯一の代案であり、ぜひとも手術がなされるべきであった、と。

これに対して、州保険庁の社会福祉担当医は次のような所見を示した。この青年の場合、成長不全が問題なのではなく、基準値内の一特殊例にすぎない。彼にとって、身長と並んで若者としての容姿も重要であったため、有意義な治療は心身医学的な(psychosomatic)治療である、と。州の委託医も、伸長手術は心理的な不調を克服するのにはふさわしくないと診た。地域健康保険組合は伸長手術費用の支払いを拒否した。それにもかかわらず青年は伸長手術を受け、それによって身長は 164cm から 178cm にまで伸びた。青年の父親は手術費用を保険から支払うよう社会裁判所に訴えたが、裁判所はこれを却下。父親は州社会裁判所(社会高等裁判所)に控訴して勝訴したが、健康保険組合も連邦社会裁判所にこの判決の修正を求めて控訴した。連邦裁判所は州社会裁判所の判決とは違って、青年になされた措置は必要な病気治療ではなかったと判定した。すなわち保険法で意味する病気とは、通常とは異なる身体的・精神的状態であって、医師による治療を要し同時に労働不能を結果する状態、あるいはもっぱら労働不能を結果する状態のことである。その際、通常とは異なる状態とみなされるのは、健康な人間の基準ないしは典型からはずれた状態である。身長 164cm の青年は、この前提を満たしていない。(州社会裁判所も彼の身長が正常な大きさであることを認めていた。)連邦社会裁判所は青年の心理的不調について次のように認定した。青年は自分は小さすぎるという考えに病的に固執し、伸長手術によってしか自分は救われなれないと思いつめた。そのような誤った考えと異常な精神状態を取り除くには精神医学的治療または心理療法を必要としていたのであり、そうした治療に対しては健康保険もその費用を保証する用意があったはずである、と。

州裁判所は青年が精神医学的または心理療法的治療を拒否したため、自殺の危険をはらんだ精神的病いを除去する唯一の可能性は伸長手術だったと論じた。連邦裁判所の見解によれば、これを認めれば、保険による支払い義務が帝国保険条例に反する形で拡大してしまう。当人が身体状態を変えたいと心理的に固執しているからといって、正常範囲内にある身体状態を変容させるために、保険負担によって手術を受けれるようになったら、容姿が標準からはずれてはいないけれども、当人が自分の容姿に悩んでいる場合、費用のかさむ美容整形手術に対しても保険を適用しなければならなくなる。それゆえ保険の支払い義務があるのは、治療が本来の病気に直接向けられた場合のみである。

これらの事例には、低身長に伴う社会的な不利(職業選択上の不利や世間の蔑視など)を社会がどう補償するか? それへの医学的対処(成長ホルモン治療や伸長手術や心理療法など)はどうあるべきか? といったことが問われている。

健康保険からの「治療」費支払いをめぐる法廷で争われた場合、「治療(treatment)」(診断、治療 therapy, 緩和, 予防を含む)と治療を越える Enhancement(増進的介入)とを区別する線引きが必要となる。これは医療経済政策上必要となる。とくに 判例 1 では、医療福祉資源をどう

配分するかという問題が中心となっている。判例 2 でもこの問題が問われているが、ここではもっと広い問題も提起されている。それは治療の目標設定にからんで、医学や医療の本来の使命は何かという問い、医の自己了解をめぐる問いである。さらに、伸長手術という大きな侵襲を伴う Enhancement は、医療経済学や「医の目的」論というレベルを越えて、もっと一般的な倫理問題をも提起している（5 で詳述）。

低身長症のなかで成長ホルモン分泌不全症やターナー症候群などに対しては成長ホルモン剤の注射が効果を発揮する場合がある⁴。成長ホルモン(脳下垂体ホルモン)はかつては人間の死体(あるいは猿)から抽出していた。大量には採取できないため、治療できる患者の数に限りがあった。1963 年にスウェーデンの製薬会社が遺伝子工学を応用して、世界で初めてヒト成長ホルモン (Human Growth Hormone ; HGH) の合成に成功した。それ以降、人間の成長ホルモンと同一のホルモンを大量に生産することができるようになり HGH が広く使用されるようになった。しかし今も高価な薬である。

わが国では成長ホルモン分泌不全性低身長症は、国の指定する「小児慢性特定疾患」に含まれている。認定基準を満たしている場合、手続きを行えば、治療費の全額が公費(小児慢性特定疾患研究事業)でまかなわれる。どこからを「低身長症」という病気と認定するか、この線引きには難しさもあるが、医学的には身長ではマイナス 2SD 以下とされている⁵。血清中の成長ホルモン濃度が 5 ng (ナノグラム)/ml 以下が「重症成長ホルモン分泌不全性低身長症」、5 ~ 10ng/ml が「中等症成長ホルモン分泌不全性低身長症」とされている⁶。診断項目は他にもあるが、主にこれらの点が厳密に診断される。これまでは - 2SD 以下が小児慢性特定疾患の対象であったが、1998 年 2 月から対象児が - 2.5SD 以下⁷に限定された。- 2.5 と - 2SD の間の低身長児は小児慢性特定疾患と認定されなくなったため、通常の保険診療の取り扱いとなる。仮に成長ホルモンの必要量が 1 週間 24 単位とすると、治療費は月 50 万円必要で、年間 600 万円相当になる。このうち保険の自己負担分に高額療養費制度が適用され、結局自己負担分は年 52 万円 (8.7%) ほどになる。年間 4 ~ 5 cm の身長増加に 50 万円が必要で、4 年間で約 200 万円の自己負担が発生する。「従来は早期発見早期治療が原則だったが、今後は希望の身長の伸びを払えるだけのお金で買って治療する時代になる。お金のある人は治療が続けられるが。低所得者はあきらめると言って

⁴ 低身長症についての概観は中川祐一・大関武彦「小人症(低身長症)」『新女性医学体系 18 思春期医学』中山書店、2000、p.301-311 参照。

⁵ 同年齢の子どもの平均身長からのばらつきの大きさを標準偏差 (SD : standard deviation) という数値であらわす。例えば 6 歳男児の平均値は 114 cm、-2SD は 104 cm。-2SD から +2SD までの身長の人全体は 95.4% になる。17 歳男児の平均値は 170 cm、-2SD は 158 cm。-2SD 以上の者には成長ホルモン治療は認められていない。

⁶ 厚生省特定疾患間脳下垂体機能障害調査研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症の診断の手引き」1999 年度改訂。

⁷ 17 歳 6 ヶ月のときの -2.5SD は男子 156.4cm、女子 145.4cm。これに達したときは小児慢性特定疾患としての治療は終了する。

いるようなもの」との批判も出ている。医学的には - 2 SD 以下が成長障害の一条件であると線引きしているのに対して、医療資源配分の観点から政策的に - 2.5 SD 以下を全額公費負担と線引きし直したため、両者の線引きが異なる形になっている。

成長ホルモンには、血糖値を高める、脂肪を分解してエネルギーに変えるなどの働きがあるため、これの分泌不全が重い場合には、たんに低身長だけではなく、低血糖や肥満などの症状が出る。この不足を外から補って正常量にするのが成長ホルモン治療である。すでに厳密な診断法も治療の方法と効果も十分に吟味された「確立された治療法」である。問題は、これを平均並みの身長の子供がさらに身長を伸ばそうとして利用しようとする場合である。実際に小児科にはこうした「患者」が訪れる。これは Enhancement の事例としてもしばしば取り上げられてきた⁸。しかしながら成長ホルモンは、これが不全の人に補ってやる場合には効果があるが、すでに正常量が分泌されている人に与えた場合は、それによって身長が伸びるわけでないばかりか、成長ホルモンが過剰となって、糖尿病などの副作用が出ることがある。

低身長に対する成長ホルモン治療については、疾患に基づくアプローチが有効である。患者の病的状態を同定できれば、それへの対処は適正な医療である。患者の病的状態を同定できなければ、Enhancement の疑いが生じる。健康保険がどこまで医療費を支払うかという問題においても、治療 / Enhancement という区別は必要である。これは、誰をどこまで治療し、どこまで保険や公費を適用するかという政策的レベルの問題であり、医師としての職業倫理の問題でもある。

2. 健康サービス業への医の変質

Enhancement 技術にはたんに医療経済学の政策的問題であるだけでなく、医療の本来の使命は何か、医学の目的は何か、健康 / 病気についての定義という問題もからんでいる。次にこの問題を考えてみる。

1958 年に、うつ病患者の気分を著しく明るくし改善することができる薬、イミプラミンという物質が偶然発見された。翌年にアメリカでうつ病治療薬「プロザック」として発売され、1990 年代に爆発的にヒットした。プロザックは製薬会社の巧みな宣伝もあって、瞬く間にアメリカを初めとして世界的に流行した。いまでもインターネット上には次のような宣伝ページが多数掲載されている。

「ストレス解消にプロザック、嫌な気分が霧散した！

気分が明るくなって社交的、積極的に。過食症、不安神経症などにも大きな効果。

激しいストレス社会のなかで、気分が重い、意欲や思考力が落ちる、不眠など、うつ症に悩む方、気分が沈んだりコミュニケーションがおっくうだったりする方にプロザックは人気があります。」

⁸ Hedgecoe, Adam M., Gene Therapy. In: *Encyclopedia of Applied Ethics*. Vol.2. 1998.p.385.

プロザックは商品名である。普通名詞は「選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitors : SSRI) という。SSRI系は抗うつ薬としてわが国においても認可されている。うつ病の治療法はさまざまあるが、抗うつ薬とともに認知療法などが併用される場合が多い。うつ病患者は世の中や人生を悲観的に見る傾向をもつ。これを「認知的歪み」という。この構造的歪みを修正することがうつ病の治療には必要である⁹。SSRI系はこの構造を変えるのではなく、ただ気分を躁転させる。プロザックを服用していた患者が自殺するケースが多発して問題になったことがある¹⁰。これは悲観的な人生観が変化しないまま躁転したためと考えられている。問題の本質的な解決をめざすことが重要である。このことはSSRI系抗うつ薬を「ライフ・スタイル薬」として気楽に服用しようとする傾向にも言えることである。ウェブ上には「プロザックによって気分が良くなった、仕事もバリバリこなせるようになった、毎日にハリが出て人生を前向きに生きれるようになった」といった効果談があふれている。うつ病患者でもないのに、「ちょっと落ちこんだ気分を爽快にしたい」といった目的で気軽に抗うつ薬を服用するというのは、どうであろうか？ これは問題の発生源には手を触れずに表面に現れた症状のみを変えようとすることである。ストレスの多い社会であれば、少しでもストレスが少なくなるように、職場環境や労働条件の改善や人間関係の改善に努める、あるいは自身の心のありよう、心構えを改めるのが筋であろう。「プロザックさえ飲めば気分スッキリ」はあまりにも安易だ。本来の社会的な問題の解決をなおざりにして、人間の脳と精神の方を薬理的に操作する対象とするのは、本質的問題から眼をそらせることになる。同様に、ADHD(注意欠陥多動性障害)児童が増えるなかで、教室を「正常」化するために児童にリタリン¹¹を服用させることも、社会的問題を不適切に「医療化(Medikalisierung)」することである¹²。これらはちょうど、「より爽快な」ドライブを楽しむために「より性能の良い」新車を買って求めるように、身体を一個の道具として操作対象としていると言える。

「なんでも夢かなえます」というような「医療」サービスはいま急速に広がりつつある。こうした「医療」サービスが私費でまかなわれるかぎり、副作用など何らかの害がない限り、リベラ

⁹ Beck, Aaron T. ,Cognitive therapy of depression. アーロン・T.ベックほか『うつ病の認知療法』神村栄一訳, 岩崎学術出版社, 1992

¹⁰ 最近では同系のパキシル(現在わが国では、うつ病の第一選択薬として広く使われている)の副作用で、思春期の重いうつ病患者に自殺の危険が増すことが分かり、厚生労働省は2003年10月、18歳未満の大うつ病性障害患者への投与を禁止するよう輸入販売元に指示した。現在パキシルの説明書には、「うつ状態の患者は自殺企図があるので」特に要注意と記載されている。

¹¹ 中枢神経刺激薬「塩酸メチルフェニデート」の商品名で、治療に使われる最も代表的な薬剤。覚せい作用があり、一時的に多動を抑制して集中力を高める効果がある。日本では主に睡眠障害の「ナルコレプシー」の治療に使われ、ADHDの治療に用いる場合には保険が適用されない。副作用として、体重減少や不眠、うつ症状、発達不全などが報告されている。

¹² Juengst, Eric T., Enhancement uses of medical technology In: *Encyclopedia of Bioethics*. 3d. Edition. Ed. by Stephen G. Post, 2003

ルな社会でそれを規制することは難しいであろう。法的規制が難しいというだけでなく、道徳的な線引きも困難である。どこまでが正当な自己形成（人間発達）の範囲か、どこからが自己操作、さらには自己毀損（自傷）行為か、その線引きはむずかしい。例えば、「朝の刺激剤」としてのコーヒーに含まれているカフェイン、インフルエンザ感染者への治療薬に含まれているカフェイン、スポーツ選手のドーピング剤としてのカフェイン。緊張を解きほぐしコミュニケーションを促進するアルコール、憂鬱な気分にならねば飲めぬ酒、廃人になるまでのアルコール消費、これの移行点を厳密に義するのは困難だ。

けれども Enhancement（増進的介入）が普及した場合、医療とは異質なものが「医療化」される傾向がますます強まるだろう¹³。病気でなかったものまで「病気」にして、医学的介入の対象とする。「理想」の「健康」状態があくことなく追求される。医療は患者の要望に基づく「サービス業」に変質するであろう。患者は「顧客(customer)」になり、医師は人体改造の「請け負い人」に成り下がる。医療倫理は「患者中心」どころか、「顧客中心の医療」を謳うことになる。医療がめざす目標はもはや伝統的な意味での「健康なひと」ではなくなり、「健康以上」の「理想像」となる。Enhancement は「病気」、「健康」、「医療」のいずれの概念をも拡大することになるだろう。医療の間ではこれまで医師 患者間の信頼関係が重視されてきた。Enhancement の普及とともに、医師 患者関係は健康産業という市場における売り手と顧客との契約関係が中心となるだろう。こうした傾向には、医のあり方、医の自己了解が問われている。それだけでなく、人間のあり方そのもの、人間の自己了解も問われている。このテーマを次に遺伝子操作による人間改造技術を例に考察する。

3. 遺伝子的介入の新しい質

遺伝子医療技術が病気の治療に用いられるだけでなく、人間改造へと転用される可能性が出てきた。病気の原因となっている遺伝子の欠失を遺伝子治療で補い正常に戻すことと、現在健康であるけれどもさらに「より健康な強いからだ」にする人体改造との線引きが必要である。前者は「消極的遺伝子工学（治療）」、後者は「積極的遺伝子工学」（例えば Enhancement）と呼ばれ、区別されている¹⁴。しかしながら、この線引きには次の三点から困難がともなう¹⁵。

¹³ アーヴィング・ケネス・ゾラ「健康主義と人の能力を奪う医療化」イリッチ編『専門家時代の幻想』尾崎浩訳、新評論、1984年、イリッチ『脱病院化社会』金子嗣郎訳、昌文社、1979年。医療化の概念を用いて Enhancement を考察した Dirk Lanzerath, Enhancement: Form der Vervollkommnung des Menschen durch Medikalisation der Lebenswelt? Ein Werkstattbericht. In: Honnefelder, L., Streffer, C. (Hg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 7, Berlin, New York 2002, S. 319-336 参照。

¹⁴ 例えばジョナサン・グラバーは人類が人間そのものの設計に向かう可能性を見据えて、そのためのルールづくりのために、積極的/消極的という区別に伴う問題を検討している。『未来世界の倫理』加藤尚武・飯田隆監訳、産業図書 1996、とくに第3章参照。

¹⁵ Juengst, Eric T., Enhancement uses of medical technology In: *Encyclopedia of Bioethics*. 3d. Edition. Ed. by Stephen G. Post, 2003. p.754.

- (1) この概念的区別は「予防」がテーマになると、直ちに困難にぶつかる。遺伝子技術によって癌になりにくい遺伝子を前もって体内に組み込むことは、インフルエンザの予防注射とどう違うか？ 診断可能な疾病が現れるはるか以前から、それに抵抗する力を強化する努力はすでに広く行なわれている。
- (2) 「病気に対する治療／それを越える Enhancement」という線引きの困難さは、疾病分類学的な弾力性からもくる。Enhancement を正当化するために、新しい疾病名をたやすく造語できるからだ。
- (3) バイオテクノロジー的な介入は初めは治療手段として研究開発される。研究開発が承認され、治療法や治療薬が確立されると、それを転用する動きが出てくる。目の前にすでに「夢をかなえる魔法の技術」があるのに、使用の範囲を制限するのは難しい。

これらの事情から、治療から改造へとなし崩し的に移行する可能性が高い。例えばペンシルベニア大学の細胞工学者は長く走っても疲れぬ筋肉を遺伝子操作で生み出すことにマウスを用いた実験で成功している。この技術が人体にも応用可能になったとき、まずは筋萎縮症の治療に、次に老化で筋肉が衰えた人に用いるという。さらにそれはスポーツ選手、トップアスリートにも応用されることが予想される。スポーツ界ではすでに遺伝子ドーピングが現実味を帯びてきている。世界反ドーピング機関(WADA)は 2002 年 10 月、世界的な施行を目指す統一コードのなかで新たに「遺伝子ドーピングまたは細胞ドーピング」を禁止対象とした¹⁶。ダチョウやチーターの脚力を生み出す遺伝子を人体に組み込もうとする研究も進められている。各選手が思い思いに動物の筋肉の遺伝子を組み込んでスピードを競う。そんな時代がくるかもしれない。そうなったら、オリンピックは「人類の平和の祭典」ではなく「獣たちの遺伝子の競演」、「愉快的森の仲間たちの競技会」、となる。

またプリンストン大学の分子生物学者、銭卓 (Joe Z. Tsien) は遺伝子操作技術で記憶と学習の能力を高めたマウスを作ることに 1999 年に成功している。脳神経細胞間 (シナプス) でシグナル伝達物質を受け止める NMDA 受容体を構成するたんぱく分子 NR2B を前脳 (特に皮質と海馬) に過剰発現させたマウスは「ドギー」と名付けられた。“天才マウス”ドギーは学習・記憶試験において、いずれの能力も野生型マウスに比べ増強していた。記憶形成過程の中心となる特定の分子の役割が明らかになったことで、将来アルツハイマー病のような脳疾患の治療薬が開発される可能性が出てきた。さらに、健康な人の学習記憶能力を高める薬の有力候補にもなりうると期待されている¹⁷。

¹⁶ 「オリンピック・ムーブメント アンチ・ドーピング規程 別表 A 禁止物質の種類と禁止方法」(2003 年 1 月 1 日発効)

¹⁷ 本例も取り上げて、遺伝子操作による知性の「改善」(Enhancement)について論じたものとして下記参照。Michael Fuchs, Die Natürlichkeit unserer intellektuellen Anlagen. Zur Debatte um ihre gentechnische Verbesserung. in: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Bd. 6, W. de Gruyter, 2001, S. 107-122. (要約) M. フックス「知的基盤の自然さ 遺伝子工学的な改良をめぐる議論」植野公稔訳、『独仏生命倫

もっとSFめいた話もある。リー・シルヴァーは Remaking Eden のなかで、今世紀なかばころには、パソコン画面に向かって「わが子を設計する」デザイナー・チャイルドの時代がやってくると予想する¹⁸。もしこのようなことが将来現実のものになるとすれば、人間の生物学的なアイデンティティを問題にしなければならなくなる。Enhancement がめざす「人間の完成」は「人間の終わり」となる可能性が出てきた。

ただし、このような人間改造の企図がどこまで成功し実現するかは予断を許さない。遺伝子治療は期待を持たせた割には成果が上がっていない。けれども、遺伝子操作による人間改造の試みがすでに始まっていることも事実である。わたしが問いたいのは、こうした人間改造技術 (Anthropotechnik) がはたしてどこまで成功するかについては議論の余地があるにしても、

(1) これが人間のあり方、生き方をどう変えるか？

(2) 人間社会とその基盤にある倫理的規範にどのような影響を与えるか？

ということである。生命操作による「人間性の危機」というとき、生物学的な意味での人間のアイデンティティが問われるだけでなく、社会的・倫理的な面における人間のアイデンティティが問われる。まず人間の自己形成という面から、現代の Enhancement と伝統的な養生法とを比較してみる(第4節)。さらに他者との関わりのなかで、倫理的なアイデンティティについて考えてみる(第5節)。

4 . Enhancement と養生法 自己操作技術と人格的自己形成

ひとは人生にさまざまな願望や夢を抱いて生きている。そうした目標のすべてが実現することはほとんどない。むしろおのれの能力の限界にぶつかって、夢やぶれ挫折することもしばしばだ。病いに苦しみ不自由をかこつこともある。最終的には、誰にも避けがたい死が待っている。こうした人間の運命は身体の限界、身体の「傷つきやすさ」「壊れやすさ」に由来する。われわれ人間はこの「傷つきやすさ」「壊れやすさ」を「よくないもの」ととらえ、これをひたすら乗り越えようとしてきた。とりわけ医学のこれまでの進歩はこうした思いに駆り立てられてきた。「これのどこが悪いか？」という思いもあろう。「文明の歴史は自然の限界を一步一步踏み越えてきた歩みであり、自然の限界の克服は人間を人間たらしめる本質的な条件(human condition)である。昔の養生法も身体を鍛錬し病気にならないような努力を推奨した。このような養生法も含めて、医療はいつだって健康増進をめざしてきた。遺伝子操作による増進もこうした営みとなんら変わらないではないか」。

増進的操作を留保ないし批判する意見に対しては、このような反論がすぐに出される。たしかに伝統的な養生法も肉体の鍛錬や体質改善を心がける。それでも現代の増進的介入との間には大

理研究 資料集』(上), 2003年, p.115-121.

¹⁸ 『複製されるヒト』東江一紀, 真喜志順子, 渡会圭子訳, 翔泳社, 1998

きな違いがあるのではないか。伝統的な養生法は精神的な人格形成をも含む全人的な人間形成であった。例えば貝原益軒の『養生訓』は単なる健康維持マニュアルではない。「生き方」に関わる人生の指針である。身体の限界を否定し乗り越えようとするのではなく、自然の限界を弁え、身体の「手に負えなさ」と折り合いながら、「足るを知る」という境地をめざす。益軒曰く

「わが身の足る事を知りて、分をやすんずる人まれなり。これ分外をねがふによりて楽(たのしみ)を失へり」¹⁹。

「足るを知る」の境地に達する人は稀だ。たいていの人は「おのれの権能外のこと」まで望んで、かえって楽しみを失っている。

「養生の術、まづ心法をよくつつしみ守らざれば、行はれがたし。心を静かにして騒がしからず、怒りを抑え欲を少なくして、つねに楽しんでうれへず」²⁰。

「足ることを知らざれば富貴をきはむれども、猶あきたらずして楽しまず。かくて富貴ならんは、貧賤なる人の足れる事を知るにははるかに劣れり」²¹。

欲を抑え平静な心を保ってこそ人生を味わい楽しむことができる。どんなに富貴な人でも、足ることを知らなければ、貧賤な人にはるかに劣る。

身体の抵抗を完全に克服しようなどと初めから目指さないがゆえに、「足るを知る」の境地に達することができる。これに対して現代の増進には身体の抵抗を根本的に乗り越えようとする志向が認められる。自然の限界そのものを否定し、それを突破しようとする。けれどもそれに最終的に勝利することはたぶん不可能であろう。そのために欲求不満となる。ここに Enhancement にまつわるさまざまな情念が渦巻く。

手に負えないものをコントロールしようとする、欲求不満となり、情念の奴隷となる。これはストアの賢人たちが思索したテーマである。セネカは言う。自分に喜びを与えてくれるもの、健康なからだ、恵まれた境遇等々がいつまでも続いてくれるようにと心配で仕方がない。こうした心は片時も落ち着くことがない。先々のことを心配して、今を楽しめない。不幸になる前から不幸になっている²²、と。さらに、その「善きもの」の実現を妨げているものに対する怒りや憎しみが生じる。またその「善きもの」をすでに手にしている者への羨望や嫉妬も生じる。これらの汚れた情念の虜となる。思いのままにならないと、自分を恨むだけではなく、他人をも恨むことになる²³。むしろ、おのれの思い通りになる事柄(心のもち方、心構え)のなかに「善きこと」を追求すれば、怒りや憎悪、羨望や嫉妬といった情念が生じる余地はない、とストアの賢人たちは考えた。このようなストアの人生訓には益軒の養生訓と共通するものが見られる。

¹⁹ 貝原益軒『楽訓』巻之上、斎藤茂太訳・解説『人間 この楽しきもの 貝原益軒「楽訓」を読む』三笠書房、1984、p.149。

²⁰ 貝原益軒『養生訓』巻第二「総論」

²¹ 貝原益軒『楽訓』巻之上、同上 p.149。

²² セネカ『道徳書簡集』茂手木元蔵訳、1994、東海大学出版会、98・6

²³ エピクテトス『要録』『世界の名著 キケロ、エピクテトス、マルクス・アウレリウス』中央公論社、1963、31・2(p.398)

養生の術には、人格形成の過程のなかに価値が置かれていた。人間の完成(Human fulfillment)は、その達成をめざす過程のなかにこそ意義がある。ところが、現代の増進はその過程には意義を見いださず、ひたすら成果のみを追い求める。身体は自己形成の統合的な成分ではなく、むしろ単なる手段として操作の対象に貶められる。徳の形成が忘れられ、技術的な改造だけに熱中する。

「Enhancement は社会を欺く行為」という批判もある。生物医学的な手段で手っ取り早く成果を達成しようとするのは、類似の成果を別の特別な努力によって達成することをむなしなものにしてしまう。マラソン選手がトレーニングによって成績を伸ばすのではなくバイオテクノロジーで耐久性を身に付けるのはドーピングである。これに類することが人生のさまざまな場面で行なわれるとしたら、人並み以上の努力や称賛に値する特別な社会的な実践などは価値がなくなっていく。人生ゲームにおける一種のドーピングとでもいい。「Biomedical shortcut (生物医学的な近道)」がもてはやされていくと、人生ゲームの基本ルールが変わる。ハーバマースは『人間性の未来 リベラルな優生学への途上?』のなかで、着床前診断やクローン技術とならんで人間改造技術をも念頭に置いて、コミュニケーション的合意にもとづく「人類社会の倫理的自己了解(gattungsethisches Selbstverständnis)」の変質・崩壊を懸念している。それを「道徳的言語ゲームの文法形式(die grammatische Form unseres moralischen Sprachspiels)の変容」とも表現している²⁴。

5 . < 弱さ > の価値

次に、増進的志向が他者との関わり、社会に及ぼす影響について考えてみよう。ひとは人生の目標を達成しつつあるただなかでも「ひょっとしたら達成できないかもしれない」、「折角の成果も運命のいたずらで失うかもしれない」と感じることもある。「喜びのさなかにも苦しみの最初は始まる」²⁵。人生一寸先は闇。人生に安全地帯などどこにもない。順風満帆と思われる人生にも突然の悲劇が訪れることも珍しくはない。「不条理な」運命にさらされている「か弱き存在」でありながら、人はこの弱さを認めず、さまざまな手段を講じて、これを克服しようとあくせくする。さまざまな保険を掛けて、「完全武装」する。Enhancement もその一つである。しかしこの「弱さ」がもつ価値を見逃してはならない。この「弱さ」こそがじつは「助け合い支えあう」という人間文化の本質的条件を生んだ。身体の「傷つきやすさ(vulnerability)、壊れやすさ(fragility)」はわれわれの人生を味わい深く奥行きのあるものにしていく源泉なのである。例えば病苦に苛まれる可能性は誰にでもある。もしも、「他人はさておき自分だけは絶対安全な地帯にいる」と思える状況を人々が「われ先に」とめざすようになったら、どうであろう？ たまたま「運命の犠牲」となった者に共感する力は衰退していかざるをえない。それどころか運命の犠牲は犠牲者自身の自己責任とされてしまう。これは被害者を加害者として責め立てるのに似た道徳的転倒である。

²⁴ Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?* Suhrkamp, 2001. S. 77, 116.

²⁵ セネカ 『道徳書簡集』 91. 5

人間の身体の「傷つきやすさ，壊れやすさ」こそが人間社会を根底から支えている。それを「困った時はお互い様」という打算ととるのは皮相であろう。それは本源的に非互酬的な関係である。「他者の他性は赤貧と弱さの全重量でもってわたしにかぶさってくる。だからこそ，他者はわたしに課せられている」²⁶とレヴィナスは言う。ヨナスは「責任」の原型を，ほって置かれたら生き延びていけない乳飲み子の全身による呼びかけ，それに応える親の世話のなかに見た²⁷。それは give and take の「権利 義務関係」ではない。シモンヌ・ヴェイユの言う「権利に先立つ無条件の義務」である。ヴェイユはマタイ伝第 25 章を引きながら，こう言う。「だれひとりとして，ある人間があり余る食糧を所有しながら，いままさに飢えて死のうとしている者が戸口に現れたとき，なにも与えずにやりすごしてしまったとしたら，その人間を無実だとは考えないはずだ」²⁸と。このような意味での無条件の義務と責任が人間社会を支えてきた。増進的介入によって「身体の傷つきやすさ，壊れやすさ」を乗り越えようとする試みは，このかけがえのない価値を失うことになりはしないか？ 増進的操作への熱中は生(Life)を貧弱なものにし²⁹，連帯社会を危うくするリスクを孕んでいる³⁰。

まとめ Enhancement をめぐる倫理的射程

Enhancement とともに「治療以上のもの」が医療のなかに入ってくる。あるいは，これまで別の対応をしてきたものが医療の側に取り込まれ，医の概念が大きく拡張していく傾向にある。Enhancement は「医療化」の中心的テーマになるだろう。「医療」「健康」「病気」という概念が拡大していくなかで，「健康 / 病気」を分ける線引きが必要となる。政策レベルではまずその線引きが問われる。しかし，その線引きはしばしば困難でもある。

Enhancement は直面する問題の本質的な解決をめざすものかという問いもある。社会的な偏見や差別構造を変えようとするのではなく，不利な立場にある人の肉体そのものを改造することのみ集中することは，結果として，社会的差別構造を永続化することになりはしないか。

Enhancement は人間学的あるいは文明論的な問いも投げかけている。

(1) Enhancement は人間の本質的条件と合致し，文明のあり方そのものと見る見方。

(2) Enhancement は人間の本質的条件を踏み外しており，ある境をこえると，人間の生物学的な，

²⁶ レヴィナス『存在の彼方へ』合田正人訳，講談社，2002，第1章

²⁷ H. ヨナス『責任という原理』加藤尚武監訳，東信堂，2000，第4章

²⁸ Simone Weil, L'enracinement, 1948 シモンヌ・ヴェイユ「根をもつこと」『ヴェイユ著作集5』春秋社，1967，p.24.

²⁹ 弱さの価値については Erik Parens, The Goodness of Fragility: On the Prospect of Genetic Technologies aimed at the Enhancement of Human Capacities. In: *Kennedy Institute of Ethics journal*. Vol.5, No.2, 1995. McKenny, Gerald P., Enhancements and the ethical significance of vulnerability, 1998. In: *Enhancing human traits. ethical and social implications*. ed. by Erik Parens. Georgetown University Press, 1998.参照。

³⁰ Wissenschaftliche Abteilung des DRZE, *drze-Sachstandsbericht Enhancement*. 2002

さらには社会的・倫理的なアイデンティティを危機に陥らせるという見方。

この論争には、どのように自己を形成し、おのれの人生を創っていくかという生き方が問われている。さらには、人間の<弱さ>を認め、「弱き存在」という人間像の上に人間社会の持続性を求めるのか、それとも自然の限界を次々に突破していく「力強い人間」像の上に社会を運営していくのか、という問いもある。それは、われわれがどのような社会を望むのか、という問いでもある。Enhancement をめぐる問題は医療経済学的な問いや医の職業倫理をはるかに越える深い射程をもっている。

(謝辞) 本稿執筆にあたり、小児科医の大関武彦先生(浜松医科大学)、精神科医の磯田雄二郎先生(静岡大学)にご教示を賜った。記して感謝申し上げます。