中国文化における生命倫理

池澤　優

※本稿は、２０１７年12月５日、東京・新宿区のＴＫＰ市ヶ谷カンファレンスセンターで行われた講演内容に加筆していただいたものです。講演で参照された文献の詳細は、文末の注に挙げています。

はじめに

ただいまご紹介にあずかりました池澤と申します。いまは東京大学文学部の死生学・応用倫理センターのセンター長を務めておりますが、私はもともと、出土資料に基づいた古代中国の宗教研究を専門にしておりました。現在もその研究は続けておりますが、約二十年前に医療関係のある学会の倫理審査委員を務めたことがきっかけで、生命倫理という現代の分野にも興味をもつようになりました。その後、もともとの研究対象である中国と生命倫理をつなげることができないかと考え、「中国における生命倫理」の研究にも着手するようになったわけです。中国の生命倫理を専門にしている研究者は、おそらく日本にまだいらっしゃらないのではないでしょうか。

さて、本日は「中国文化における生命倫理」につい

てお話ししますが、ここで重要になってくるのが、やはり「文化的伝統と生命倫理」の問題です。今日は生命倫理について初めて聞かれる方もいらっしゃると思いますので、まず生命倫理とは何なのかをお話ししたうえで、生命倫理に文化的伝統がどう反映されているのかを見ていくことにします。具体的には、中国の標準的な医療倫理の考え方を提示し、中国に生命倫理の分野を初めて持ち込んだとされる研究者の学説を概観します。最後に、中国の生命倫理に関する最近の議論をいくつかご紹介し、そこに文化的特徴がどう現れているのかを見ていきたいと思います。

1　生命倫理（bioethics）とは何か

（1）医療倫理（medical ethics）

生命倫理という分野は、一九六〇年代から一九七〇年代にアメリカで最初に登場しました。その前にも臨床にかかわる倫理はありましたが、それは「医療倫理」と呼ばれてきました。医療倫理とは「医療専門職（medical profession）内部の職業倫理」を指し、おもに綱領（codes）というかたちで各国の医師会によって作成されました。その典型例が、『アメリカ医師会倫理綱領』（一八四七年）です。これについて分析したアルバート・R・ジョンセン氏は、綱領の主な内容として規則、技術、礼儀などを挙げました。[1] まず、「医療従事者は患者の生命を大切にし、それを守るために医療を行わなければならない」という規則・原則があります。そして、「医療従事者は高い能力を備えるべきであり、そのため常に勉強しなければならない」という技術面の記載が見られます。さらに、礼儀・徳について「医療従事者は高い道徳性を体現し、常に患者の尊敬を得るような存在でなければならない」とされています。

ここから、「医師が治療方針を決めることが患者の福祉であり、患者はその決定に従えばよい」とする、いわゆるパターナリズム（父権的温情主義）の考えが生まれました。それによれば、患者が生命にかかわる病気を患ったとしても、患者のためにあえてその真実を伝えない、あるいは嘘の診断結果を伝えることが医師の

聖なる義務とされました。パターナリズムに支えられた医療倫理では、患者の自主決定権がまったく認められてこなかったのです。

先ほど申し上げたとおり、医療倫理は医療専門職内部の倫理になります。医療専門職とは、単に医療を仕事にしているということではなく、医師の資格を自分たちで認定し管理する自治組織の形態をとる職業のことです。ドイツのポール・ウンシュルド氏は医療倫理のことを、医療専門職が医療資源を独占することを正当化するための「実践倫理」だと明示しています。[2] 彼によれば、医療資源は知識、技術、薬、器具などの一次的医療資源と、報酬、名声、ステータスなどの二次的医療資源から成り、両者の資源の独占は相互依存関係にあります。医療倫理は、医師が道徳的に高潔であることを示すことで、一般社会から信頼を獲得し、それにより一次的医療資源の独占を正当化するためのものだというのです。

では、医療倫理はいつ頃から登場したのでしょうか。欧米の医療倫理は、古代から現代にいたるまで連綿と存在してきたといわれています。この信憑性については、『ケンブリッジ医療倫理世界史』（二〇〇九年）のなかで詳しく議論されています。それによると、「医療倫理」という言葉が最初に用いられたのは十九世紀の初頭であり、「医療専門職内部の職業倫理」を意味する言説が近代以前に存在したかどうかは疑わしいとされています。[3]

たしかに、古代ギリシャの「ヒポクラテスの誓い」にも「医師は患者の生命を危険にさらすような処方を行ってはならない」とあり、医療倫理がすでにうたわれていたように思えます。ただ、ヒポクラテスをはじめとするギリシャ人医師がローマ帝国のなかでどのような立場にあったかを考慮すれば、職業倫理としての医療倫理とは別の解釈が可能です。きっと、支配者のローマ人にとって、ギリシャ人は異国の人であり怪しい存在だったはずです。ヒポクラテスはその疑いを払しょくするために、「自分たちは危ないことをしませんので、贔屓（ひいき）にしてください」とローマ人に訴えたと読み解くこともできるのです。そういう意味では、西洋

No Image

講師の池澤優教授は、中国古代宗教、祖先崇拝、死生観の研究が専門。生命倫理という新たな分野は、蓄積された文化的伝統が適用され再解釈されるなかで進展していくと語った

世界の医療倫理が職業倫理という文脈のなかで古くから存在していたと必ずしも言い切れません。そして西洋以外の世界でも、医療倫理はまったく異なる文化的文脈のなかに存在していたと考えられます。後述するように、中国の医療倫理も専門職の職業倫理であったかどうかは、かなり疑わしいといえます。

（2）生命倫理の成立と人格（パーソン）論

アメリカで生命倫理が確立し、学問的権威を獲得する契機になったのが、一九七〇年代に設立された「生物科学および行動科学研究における被験者保護のための国家委員会（以下、国家委員会と略称）」でした。国家委員会は人体実験を主題としたのですが、その背景には、設立直前に起こった「タスキーギ事件」が関係しています。一九三二年、アラバマ州タスキーギにおいて、梅毒の研究がアメリカ公衆衛生局の主導で開始されました。それは梅毒患者を治療することなく、経過観察をするという研究でした。それが始まった時には治療法がなかったのですが、その後、ペニシリンによる治

療法が発見されたにもかかわらず、研究の計画は変わりませんでした。つまり、梅毒患者が死んでいくのを黙って見ていたわけです。このことが、衛生局の地方役人によって『ニューヨーク・タイムズ』紙上で暴露されたのがタスキーギ事件（一九七二年）です。ちょうど公民権運動の真っただ中で、被験者のほとんどが黒人だったことも判明し、この事件は大きなスキャンダルになりました。

人体実験においては、言うまでもなく、情報を充分に与えられたうえで、被験者になるかどうかを自分で決定することが重要です。そこで、国家委員会の最終報告書である『ベルモント・レポート』（一九七九年）は、人を被験者とする研究において、人格の尊重、善行、正義を原則とすることを定めました。[4] その後、人格の尊厳、善行、無危害、公正が、アメリカの生命倫理における通常の原則（四大原則）になっています。[5] 人格の尊厳では、医療従事者から充分な情報を伝えてもらったうえで患者が同意すること、いわゆる「インフォームド・コンセント（informed consent）」が求められます。一人ひとりの患者は、その情報をもとに自分の身体について自分で決定する権利をもつとされます。そして、医療技術は患者の福利のために使われなければならない（善行）、医療による身体への侵襲はできる限り避けなければならない（無危害）、貴重な医療資源をできる限り公平に使わなければならない（公正）、という三原則が続きます。

アメリカの生命倫理の大きな特徴は、「人格の尊厳」の概念が他の三原則よりも上に置かれている点にあります。この人格の尊厳を最高の価値とする考え方を「人格論（パーソン）」と呼びます。尊厳を有する人格は、意思をもち、決定を行い、同意を与える能力があること、すなわち理性的思考者であることを前提とします。この考えは、標準的生命倫理の論理としてやがて世界中に広がっていきます。しかしながら、各国ではこの論理の限界が認識されるようになり、異なる論理に基づいたさまざまな生命倫理が生まれました。その事例として、ここでは、ドイツと日本の生命倫理を見ていきたいと思います。

（3）ドイツの生命倫理における「規範的人間像」という視点

ドイツでは生命倫理が受容される過程で、遺伝子に手を加えること、とりわけ「ES細胞」の開発が大きな問題になりました。ES細胞は、遺伝子をもつ生殖細胞の核を取り除き、別の核に入れ替えて作製されます。仮に生殖細胞の遺伝子に手を出せば、まだ生まれていない未来の世代にも影響を与えてしまうことになります。つまり、従来の生命倫理で前提とされてきた、インフォームド・コンセントや個人の自主決定権だけでは不充分な状況が明るみになったわけです。

ドイツでは、もともと連邦議会のもとに国家レベルの生命倫理委員会が設置されていました。ところが、ES細胞研究による経済的発展を目指した当時のシュナイダー首相が大統領直属の別の委員会を立ち上げたため、二つの国家レベルの委員会が併存する異常事態が生まれました（現在は統合されています）。そして、連邦議会下の委員会のなかでES細胞研究に関する議論がなされ、極めて限定された条件下で研究を容認する旨の報告書が提出されました。

報告書ではまず、「世界人権宣言」の次の文言が引用されます。

> すべての人間は、生まれながらにして自由であり、かつ、尊厳と権利について平等である。人間は、理性と良心とを授けられており、互いに同胞の精神をもって行動しなければならない。（第一条）

ドイツの生命倫理について研究している松田純氏の議論を参考にしますと、これは自己の権利の宣言ではなくて、他人の尊厳や権利を尊重する義務の宣言として捉えられます。[6] 総体としての人間には、「人間とは……のようにあるべきだ」という規範・理念があり、それが人間の尊厳の基盤になる。そのため、この規範・理念からかい離するような身体に対する侵襲は行ってはならないとされます。より詳しく説明しますと、私たち人間には「人間は弱く、病気になり、死ぬものだ」

というイメージがあります。そのような限定された弱い存在だからこそ、私たちは他人をケアし互いに助け合う関係をもつことが可能になります。医療技術によって人間を病気のない完全な存在に改変することは、「お互いにケアし助け合う」社会を根底で支えている構造の破壊につながり、とうてい容認できない。報告書ではこのような論理が導き出されている、と松田氏は述べています。

規範的な人間像を傷つけてもなお利益があるならば胚の利用は許されるが、ES細胞を開発する場合そのような「高次な目的」を達成することはあり得ない——ドイツではこのような論理が構築されました。つまり「人間の意志を越える何者かによって作られた、人間が手を触れてはいけない領域」を前提としたのです。これは「神の領域」とも呼べますが、ドイツの生命倫理にはキリスト教の教えが直接盛り込まれているわけではありません。むしろ、もともとキリスト教にあった「人間は神の領域には手を出してはいけない」という宗教的感覚が理論化されたといえるでしょう。

（4）日本の生命倫理における「かかわりあいとしての人間」

日本で生命倫理が定着するきっかけなったのは、一九八〇年代後半から九〇年代に見られた脳死・臓器移植の問題でした。脳死・臓器移植をめぐる日本の状況は、世界的には特殊だったといわれています。多くの国々では、特定の専門家の間でこの問題が議論され、反対意見がほとんどないなかで、脳死を人の死と認定し、臓器の摘出を容認する立法措置が講じられてきました。おそらく、議論に参加した生命倫理学者の多くがアメリカ流の考えをもっており、その流れに乗って脳死・臓器移植が容認されたのだろうと思います。

それに対し日本では、一九九〇年に「臨時脳死及び臓器移植調査会」が設立され、脳死・臓器移植の問題に関する報告書が、賛成側と反対側の見解が併記されるかたちで提出されました。結局、専門家のなかだけで議論は収束せず、メディアを含めた公共領域へと議論の場が広がっていきました。臓器移植を促進する人

たちは、「日本はグローバルスタンダードから外れている」と批判しましたが、そういう状況ゆえに日本独自の生命倫理が生まれたことも否定できません。そのような日本に特徴的な感覚を見事に言語化したのが、小松美彦氏と森岡正博氏でした。

まず小松氏は、「脳死に賛成し、それを許容する一つの論法は死の自己決定権にある」と主張します。(7) そこには「私の生命と身体は私のものであるから、死を自分で決定することで自分の権利を回復もしくは保持することができる」という論法があふれています。それに対し、小松氏は死とは多元的な現象であり、医学的な意味での「死亡」は本人だけの体験であっても、「死」そのものは本人だけでなく、看取る者との関係のなかで成立していることを指摘します。同じ死という現象であっても、自分自身の死と愛する家族にとっての死はまったく異なる様相を呈しており、実際には家族が死んですぐに端的に無になるとは思っていないことを見過ごしているというわけです。

脳死容認論の背景にあるこの「死の自己決定権」は、近代化のなかで成立した考え方です。それが成立する前には、「共鳴する死」つまり死にゆく当人と家族の間の関係性のなかにある死が存在しました。そのあり方について、小松氏は次のように述べています。

> 多くの論者によれば、死とは絶対的な不在状態だという。……死とは単なる絶対的な不在状態にはとどまらないだろう。……「それはかつてあった」。だが、今ここにも〝それ〟は厳としてある。しかしながらやはり手は届かない。……〝それ〟がないことが死なのではなく、絶望的なまでに〝それ〟でありながら、〝それ〟はもはやないことが死なのである。……それは「密着的不在」と呼ぶのが相応しいだろう。……「密着的不在」にあっても、死はたしかに他者にも分かち合われている。(『死は共鳴する』二〇九-二一〇頁)

たとえ脳死と宣告され本人が問いかけに答えてくれなくても、心臓は鼓動し厳然として存在している。「死の

自己決定権」はこのような「密着的不在としての死」を忘却させてしまう、と小松氏は論じたのです。

森岡正博氏も同様に、人間は他者との関係性のなかで生き、自己なるものも他者との関係において形成されると述べています。[8] 生命の尊厳は関係性を離れては存在し得ないが、かといって他者それ自体を直接に経験することもできません。そこに厳としてあるが決して触れることはできない「現前／不在」の構造は、他者の生死にかかわらず変化しません。森岡氏は、この構造が人間存在の基本様態に他ならないと述べています。そして、たんに他者を理解することではなく、他者に直面して「ゆらぐ」こと――既存の価値観の崩壊を経験し、自らを変容させ生き直すこと――が求められると主張します。そういう意味で、生命世界はいま生きている者のそれだけを指すのではなく、そこに人格かどうかを線引きする意味はもはやないといいます。たとえば、妊娠している女性やそのパートナーにとって、胎児は既に「ここにある」という感覚があります。産婦人科の超音波検査で「ここが頭です」と言われれば、それが人格であるかどうかにかかわらず、感覚として存在するわけです。それゆえに、中絶はその存在の抹殺とも捉えられます。森岡氏は、中絶を選択した場合に重要なことは、その「責め」を自覚し自己の変容につなげていくことであり、それによって胎児のいのちも価値を有する、と論じました。

このように、日本の生命倫理言説の特徴は、「かかわりあいとしての人間」の側面を強調する点にあるのではないかと思います。ただ、人と人とのつながりや家族のつながりを大事にする文化が、日本だけに見られるわけではありません。たとえば、家族の関係を大事にする文化はアメリカにもあります。しかし、その感覚はアメリカの生命倫理では「胎児は親の所有物である」と表現されるのでして、文化の差は生命倫理の言説にやはり影響を与えていると考えられます。

以上、ドイツや日本の事例から、生命倫理の領域が広まるにつれて、その論理が文化的背景によって違ってくることをお話しいたしました。このことを踏まえて、中国の医療倫理と生命倫理について見ていきたい

と思います。

2　中国伝統医学（漢方）の医療倫理

まず、伝統的な中国医学つまり漢方のなかで、医療倫理がどのように捉えられてきたのかを簡単にお話しします。中国医学の知識を集大成した書物として、『黄帝内経』（『黄帝内経素問』と『黄帝内経霊枢』）が挙げられますが、その基本的な考えは「気・陰陽・五行」に基づいていました。これは、一つの気が陰と陽の二つに分かれ、さらにそれが五行（木・火・土・金・水）となって、万物の生成変化を司っているという考えです。これによれば、目に見えるものと目に見えないもの、人間界のものと天上界のものは同じ構成要素からできており、相互に反応する関係にあります。この考え方は一般に「天人相関説」といわれますが、現在の研究者は「全体論的宇宙観」という言葉で表現したりします。

この相関関係のなかで、病気の原因は、環境のバランスの失調と、感情のバランスの失調の二つがあるとされます。中国医学では、五臓がそれぞれの感情を司ると考えられており、周りの環境との関係だけでなく、感情的にも順応していくことが治癒の道だとされています。四季の変化に順応し、外界の悪い影響を避けるとともに、過剰な感情の発露を押さえ、規則正しい道徳的な生活をすることで、失われたバランスを回復することが必要になります。

実は、この全体論的宇宙観こそが儒教の基本的な世界観であり、中国医学は儒教の枠組みのなかで機能することを宿命づけられていました。儒教を担っていた歴代王朝の官僚は、医療を技術として評価する一方で、特定の集団が技術を独占することを嫌いました。これに対し中国医学の担い手は、自分たちが行う病気の治癒は儒教の理念である「仁」と「孝」の倫理に合致するとして儒教側の疑惑を払しょくし、自らの正当性をアピールしていきました。

ここから、専門職としての庸医に対し、儒教的実践としての「儒医」の観念が成立することになります。その論理は、主に次のようなものがあります。

a　生命を敬うこと、情け深いこと。
b　不当に利益をむさぼらないこと。
c　貧富によって患者を差別しないこと。
d　性的に貞潔であること。プライバシーの遵守。
e　礼儀正しく親切であること。
f　勉学熱心で、常に知識と能力の向上に努めること。
g　おのれの技量を自慢し、同業者を誹ってはならないこと。
h　治療不可能なケースには手を出さないこと。

とくに生命を敬うことについては、儒教の「仁」の体現のほかに、仏教の「不殺生」も影響しています。また、医的侵襲は本来的に身体のバランスを崩すおそれがあるため、治療不可能と判断した場合は、過度に身体を侵襲しないとされています。

中国において、医療倫理は医療専門職の職業倫理というかたちでは成立しませんでした。「儒医」は、職業的医師に対しては、あくまでも儒教の倫理を優先し、その一部としての医療倫理を主張する一方、儒教全体に対しては、医療の独自性と価値を訴えるという二面的戦略をとらざるを得なかったのです。そのため、中国史を通して医療は専門職化することはなかったといえます。

3　現代中国の医療倫理

(1) 医療倫理規範の制定

そしておそらく、現代中国おいても医療は専門職化していない可能性があります。先ほど申しましたとおり、他国では医師会や学会などが倫理綱領を作成し、それによって専門職としての医療をコントロールする方法がとられます。中国の場合、日本の厚生労働省に相当する国務院衛生部によって、『医務人員医徳規範及実施弁法』(一九八八年)が法規として制定されています。その第一条には、「衛生部門における……医療サービスの質を改善し高め、全身全霊で人民に奉仕するため」の「医徳規範」つまり医療倫理規範が、次のように規定されています。

① 死に直面した者を救い、傷を負った者を助け、社会主義人道主義を実践せよ。常に患者のためを考え、あらゆる手段で患者の苦しみを救え。

② 患者の人格と権利を尊重し、民俗、性別、職業、地位、財産の別なく全て同様に見なければならない。

③ 礼儀正しく勤めよ。動作は正しく、言葉は洗練され、態度は穏やかで、患者に同情と関心を示し、寄り添わなければならない。

④ 清廉に公のために奉仕せよ。自覚的にきまりを守り、医療を私のために利用してはならない。

⑤ 患者のために医療上の秘密を守り、患者を保護する医療を行い、患者のプライバシーと秘密を漏らしてはならない。

⑥ 医療従事者どうしで共に学び、尊重して、団結・協働せよ。同業者・同輩の間の関係を正しく処理しなければならない。

⑦ 厳格に事実を追求し、新しい技術を習得し、医療に研鑽して、さらに高度な能力を求めなければならない。常に知識を更新し、技術レベルを高めなければならない。

医療倫理の基本になるのは「社会主義的人道主義」であり、医療従事者はこれらの道徳的な規範に従うことが求められます。これは、医療従事者が自らの道徳性をコントロールするのではなく、政府の法の規制下にあるということなので、おそらく現在でも中国では医師が専門職になっていないというべきでしょう。中国では、この法規に基づいて医療倫理がさまざまに主張されるわけですが、次に標準的とされる医療倫理の教科書を紹介したいと思います。

（2）医療は全体への奉仕

1）マルクス主義倫理・社会主義医学人道主義

医療倫理の教科書の一つに、李潤華（りじゅんか）氏と劉燿光（りゅうようこう）氏が著した『医学倫理学』（中南大学出版社、二〇〇一年）があります。これは、先の「医徳規範」に合わせ、「マルクス主義倫理」と「社会主義医学人道主義」を論理の

基盤としています。具体的には、次のように述べられています。

我々の国家は社会主義国家であり、社会主義の性質によって、医療従事者は全身全霊で患者の心身の健康のために服務し、熱情をみなぎらせ、全力で患者の心身の苦痛を解除し、患者の健康の必要を第一に置かなければならないことが決定される。この服務は無条件的で、全身全霊のものである。

この論理にあっては、中国の伝統や文化が入る余地はありません。教科書ですから、中国医学の伝統的医療倫理ももちろん詳述されていますが、必ずしも模範として提示されているわけではありません。むしろ、儒教で重要とされてきた「孝」といった倫理は、人体実験や解剖の妨げになるため、排除しなければならないという議論が出てきます。

2）人間＝社会的存在とする人間観

このマルクス主義倫理もしくは社会主義医学人道主義から、「人間であることの本質はその社会的属性にあり、生存権を含めた権利はその存在が社会に奉仕するときに成立する」とする人間観が導かれます。たとえば、妊娠が母体を危険にさらすような場合、胎児は妊婦の生命に干渉しているとみなされるため、中絶は道徳的に問題がないとされます。そこに、いわゆる優生学的思考が加わります。たとえば本書には、中国では先天的に何らかの欠陥を有する人口が約一億人であり、知的障がいなどの人口が一千万人以上であると記載さ

No Image

『医学倫理学』

れています。その数が信用できるかどうかは別にして、これらの出生が経済的な負担になるため生まれないようにすることが道徳的だと主張されます。医師は、そのような障がいをもった子が生まれないように夫婦を助け、全民族の資質を向上させるために国に奉仕する公務員として位置づけられるのです。

3）医師の責務

この倫理観のもとで、医療は全体に奉仕すること、患者個人の利益と社会全体の利益が相克する状況では後者を優先させることが要請されます。たとえば結婚前の健康診断における遺伝相談と指導に関する文脈では、検診で直系血族あるいは三世代内の傍系血族に厳重な知的障がいがあることが判明した場合、法的手段によって結婚を阻止し、カップルを指導して、自発的に「一人っ子政策」（正式名称は「計画生育」）に従うようにしなければならないとします。また公衆衛生の分野では、医師は大衆の健康を守るために、生活習慣や環境汚染に関して注意しなければならないとあります。国家の政策を実施する医師は、ある意味で官僚として位置づけられます。

一方、医療は全体の制約下に置かれ、それと同時に医療行為の評価も全体の意向によって決まっていきます。この場合の全体とは国家よりもむしろ人民や社会を指します。ここでは、医療が社会全体のためにパターナリスティックな介入を行うことは正当化されると同時に、医療技術に歯止めをかけるのも社会全体にあるという図式が見られます。

つまり、生殖補助医療や遺伝子の操作は、「民族の資質の向上」という全体奉仕の論理から肯定されることになります。その一方で、全体には未来の世代も含まれるため、未来に対する責任から技術は厳重に管理されるべきだとも主張します。

4）医療資源の配分

医療は全体のために行われるべきであるため、医療資源もまた全体に公平にわたるようにしなければなりません。特定の人々に資するような高度な医療技術の恣意的な使用は資源の浪費をもたらし、国家の経済を疲弊させてしまいます。それよりも、最低限の健康維

持を国民全体に促進していくことのほうが重要です。たとえば、生殖補助医療は不妊カップルにとって有効ですが、それに莫大な資金がかかってしまえば全体的な医療バランスを崩してしまうおそれがあります。そのため、医療資源は社会全体の利益から導かれるべきだと主張されます。

5）全体とは何なのか？

「医療は全体のために奉仕する」と議論されているとおり、本書では「全体」が強調されています。この全体を国家・共産党と捉えるならば、全体主義的・国家主義的な意味合いが強くなります。一方、全体が人間であることを基本にした場合、それはまず社会・人々を意味し、その先に国家や民族が位置づけられます。しかし、そのさらに先には、未来の世代を含んだ人類全体が位置していると考えられます。本人たちの意識としては、全体主義とは「人類のため」という善意のものとして捉えられるのです。したがって全体は国家主義にもなり得るし、それとは別の意味にもなり得ることになります。ここで重要なのは、全体自体が善であること、より正確には善であり得ることが無条件的な前提になるという点です。この全体の善性を実現することが、道徳の宣布者としての医療従事者の責務になるのです。

4　中国への「生命倫理」の導入

中国に生命倫理の分野を導入したのは、中国社会学院哲学研究所の研究員（教授）を務めた邱仁宗（きゅうじんそう）氏です。私が調べた限り、同氏が著した『生命倫理学』（上海人民出版社、一九八七年）が、中国で「生命倫理」という言葉を最初に用いた書物のようです。その大きな特徴は、アメリカの生命倫理の基本的な考えを紹介している点にあります。本書では、二三一の参考文献のうち二〇七の英語文献が挙げられ、中国語文献はほとんど用いられていません。また、中国における医学倫理の基本とされてきた、「マルクス主義」や「社会主義医学人道主義」という言葉がここには一度も出てきません。

従って本書の基本的な論理は人格（パーソン）論になりますが、邱氏の人格（パーソン）論における「人格」の定義は、アメリカの

人格論（パーソン）におけるそれとかなり異なります。彼は、中国古代の哲学者が胎児を人とは認めなかったとしたうえで、次のように述べます。

不可逆的な昏睡の状態にある病人について言うなら、彼の心臓は動いていても、……彼の人格的生命は既に存在しないと言うことができる。だから、人類の生物学的生命と人格的生命の区別は、胎児だけではなく、脳死の病人にも適応できるのである。……人類の人格的生命あるいは社会的人格の本質的特徴は、自己意識であり、……自己意識を持つだけでは充分ではない。自我意識は、その他の人とのコミュニケーション、関係の中に生まれるに相違なく、即ち社会関係においてのみ生まれるのである。……嬰児は一定の社会関係の内にあるから、彼は一定の役割を演じる。この社会的役割により、彼は社会においてその他の人々と相互作用を展開する。……よって、我々は次のように定義できるであろう。人（person）とは、社会関係の中で、一定の社会的役割を演じる、自己意識を有する主体である、と。

No Image

『生命倫理学』

邱氏の人格論（パーソン）は、思考能力よりも、コミュニケーション能力をもっていることに重点を置きます。そして、胎児はパーソンではないにしても、パーソンになる潜在性をもっているため、恣意的に操作してはならないとされます。さらに邱氏は、生きる権利について、このように続けます。

もしあなたが社会の規則を遵守するなら、社会はあなたが生きることを許可して、社会があなたの生命を傷つけず、干渉しない義務を負うということである。……「生きる権利」は環境の条件によって決定されるのであり、もし妊婦が第二子、第三子を出産しないことを望む場合、あるいは人口爆発のために出産抑制が必要な場合、あるいは妊娠がレイプの結果である場合には、個人と社会の環境は共に、受精卵の育成を受容しない。

人間は、社会との関係のなかで相対的に権利をもつ、つまり社会から権利を付与される存在として捉えられます。ここでも、先の『医学倫理学』と同様に、個人が社会に貢献しているときに権利が成立する、という立場がとられます。

この考え方は、優生政策的な点についても拡張されます。邱氏自身は優生思想を認めていませんが、障がいをもった子を産むことについてはこう述べます。

ある社会の、あるいは人類の一員であることによって、各人は自分の子に正常な健康を獲得させる義務を負う。あるいは社会に正常な健康の成員を供給する義務を負う。我々の憲法も、各人が生命・健康権を持つことを保証しているが、これは父母が健康生命権を享有できる子を生む義務を持つことを意味している。

邱氏は、胎児に障がいがあるとわかった場合には、それを中絶するのが親の義務であると論じます。さらに、遺伝病の可能性がある場合には、何らかの強制的な中絶もしくは断種を行うことも否定しません。ただこの議論は、人格論（パーソン）がはらむ「滑りやすい坂道」の危険性——尊厳を有する人格かそうでないかの線引きを行うことで、逆にその線引きの正当性が相対化され、次第に尊厳が侵食されること——を内包します。邱氏はそれに対しても充分に自覚的であり、勝手な中絶の許容は生命の価値を下げ、社会と人類の未来にマイナスの影響を与えるとも指摘しています。そのため、政府に

過大な権限を与えないよう、委員会のような一定のシステムを構築する必要があるとも主張しています。

このように、邱氏の人格論は「他者と社会」にとっての価値を多分に考慮するものであり、その背景には人間を社会に貢献する存在として規定する人間観があることがわかります。そのため、技術の進歩や優生学的施策は「社会と人類にとっての利益」とされ、人格とされない生命を犠牲にすることを容認することになります。しかし同時に、その論理は生命の尊厳を低下させ、社会全体にとって悪影響があるため、さまざまな制約を設けることで人格論の行き過ぎを防止すべきだと主張しているわけです。

では、一体なぜ邱氏はこのような論議を持ち出したのでしょうか。彼が書いた『生命倫理学』の構成にそのヒントがあります。本書はアメリカの生命倫理の内容にほぼ沿っていますが、一つだけ大きな違いが見られます。それは、全九章のうち実に約半分を、「生殖」（第二章）、「出産」（第三章）、「遺伝」（第四章）、「障害を有する新生児」（第五章）など、生殖関係に割いているという点です。いうまでもなく、当時の中国における出産事情、すなわち「一人っ子政策（計画生育）」を厳格に執行してきた背景と重なってくるのです。

中国の「計画生育」に関しては、オタゴ大学の聶精保氏がまとめています。[9]「計画生育」は国内で例外なく公平に進められ、ゆえに多くの国民がそれを受け入れてきました。しかし、倫理学者たちには、生まれる前の生命が国家政策のために奪われている状況を倫理的に正当化する必要がありました。それは中国の生命倫理学者にとっては喉に刺さった骨であり、中国で生命倫理が立ちあがる時の最大の問題であったと推測することができます。国家のシンクタンクである社会科学院に務めていた邱氏は、国家政策を正当化するために、人格論に基づきながら、社会に貢献する人間の尊厳という論理を生命倫理として導き出したのだと考えられます。

5　中国における生命倫理の動向

次に、比較的最近出版された書物を紹介しながら、

中国における生命倫理の動向を見ていきたいと思います。まず、李本富氏と李曦氏による『医学倫理学十五講』（北京大学出版社、二〇〇七年）をご紹介します。これは、シリーズで出版された一般読者向けの啓蒙書であり、著者自身の訴えが前面に出た内容となっています。著者の一人である李本富氏は医師で、北京大学医学部で教鞭もとっていました。その構成はオーソドックスではありますが、「中国における医療の危機的状況」から出発しているという点で、先に紹介した『生命倫理学』と大きく異なります。

（1）医療制度改革

一九八〇年代まで中国は、医療水準こそ劣っていたものの、最低限の医療をすべての人に対して無償で保障するような制度が存在していました。一九八〇年代の改革開放政策に伴い、医療制度、とりわけ健康保険の改革が開始されると、まず公営病院への独立採算制が導入されます。その後、健康保健への市場性の導入、国民健康保険の全廃、都市部における新たな保険制度の導入が行われました。これによって、都市部と農村部で健康保険の格差が生まれ、農民は医療を受けることすらできなくなりました。そして、病院のなかに競争原理が生まれ、医療水準は高まる一方で、医療費が爆発的に高くなっていきました。

その結果、医療機関と患者との間で対立が増え、いわゆる「医療紛争」が起きました。外国の新たな製品がそろい、診断が飛躍的に改善されても、直ちに疾患を治療できるようになるわけではありません。高騰し

No Image

『医学倫理学十五講』

た医療費は患者とその家族には重い負担となり、あるいは、それを支払えたとしても、治療の甲斐なく患者が亡くなってしまう。このような状況で、医師に対して不満をもった患者やその家族により引き起こされた医師・医療機関とのトラブルが「医療紛争」であり、その幾つかは殺人事件に発展しました。本書ではそれだけでなく、「医療紛争」を避けるための過度治療や、それに伴う医療資源の浪費、医師と製薬会社の癒着、患者側から医師への付け届け（紅包（ホンパオ））、深刻な環境汚染、劣悪な食品の製造、炭鉱事故といった危険職業の問題など、まさに病んでいるとしかいえない社会状況が次々と指摘されています。

本書の特徴は、これらの危機を医療分野だけ、もしくは医療従事者だけの問題として捉えず、社会全体の問題として捉えようとしている点にあります。医療従事者の徳性は改革開放政策のなかで低下したように見えるかもしれないが、共産党幹部のなかですら「賄賂」と「求情」がまかり通るなかで、医療従事者だけを責めるのは酷ではないか。医師に高い道徳性を求めるのは当然としても、古来よりそのような聖人が果たしてどれだけ存在しただろうか。「つまるところ問題はどこから起きるか？　社会なのか、個人なのか？」――このような疑問を呈したのです。

（2）社会全体の徳

そして、良くない医療を抑止するためには、社会による監督つまり評価制度の充実化が不可欠だが、それだけでは充分ではない、問題は社会全体の道徳性にあるとしています。社会全体が病んでおり、その道徳性の喪失が医療の問題となって表れている以上、その解決には、医療従事者が声を上げ、社会全体を変えていくことであると主張します。もちろん、医療従事者個人が社会全体を変えるのは困難です。しかし、「声を出しさえすれば聞く人がおり、回答する人がおり、この声を出すだけで充分な力があるとすれば、きっと何かを変えられる」。私たち一人ひとりが倫理的思考の輪に加わり、皆が問題を考え、声を挙げていくこと、そこにしか希望はありません。「あなたが何もしないなら、

まったく希望がないだけでなく、罪悪を容認したことになる」のです。

つまり、本書自体が一般の大衆に向かって道徳性の回復や倫理的覚醒を呼びかける啓蒙の書になっているのです。そこでは、個々の問題について著者自身の意見を提示することには控えめであり、提示した場合でも、読者に「自ら考えてほしい」と提案する立場をとっています。本書の全体の具体的議論としては、先にご紹介した邱仁宗氏の『生命倫理学』と大差ありません。医療従事者は高潔でなければならず、社会と後世に対して責任を負う立場に位置づけられます。ただ、医療従事者個人の道徳性を上げれば問題が解決するわけではありません。個人の道徳性を上げるために、社会全体が道徳性を上げ、全体側がそのような道徳性をもった医療従事者を評価するようなシステムが必要です。そのために、医療従事者は声を上げていかなければならない、と議論しています。

（3）人間＝社会的存在

このように、すべての価値の中心が社会全体に置かれる以上、人間と生命の尊厳の根拠もまたその社会的意義にあるとされます。たとえば著者は、選択的中絶に関する議論のなかで、「生命の質」を計り得るのかについて疑義を呈しつつ、健康な子の出生は社会と後世に対する責任であり、重篤な障がいを有する胎児と新生児は、生きていても幸福ではなく、家庭と社会に重大な負担となるため、その生命を放棄すべきであるとします。ただし、これが合理的かどうかの判断は、読者にゆだねるとも述べています。また、子は親の所有物であるとしても、それと同時に社会全体のものでもあるため、中絶に関する親の決定は絶対的ではないとして、社会全体の世論も中絶に対する発言権があると示唆しています。

この点については邱仁宗氏の議論と同様ですが、本書では「生命の質」に基づいた選別の抑制も、社会全体という価値のなかで行われるとしています。全体に

対する責任には後世に対するものも含まれる以上、未来の世代に影響を与えるかもしれない技術の使用は、相当に慎重であるべきとされます。本書が依拠する社会中心的な倫理は、人格論（パーソン）の標準的生命倫理と同様に、胎児や新生児を切り捨てるように見えます。しかし、「思考していない存在に尊厳はない」と線引きするアメリカの理論は採用していません。

本書では、社会としての「全体」の考えが議論の基盤になっています。医療は全体のために奉仕し、全体が医療の質を決める。そして、全体が病んでいるという認識のもと、医療従事者が自ら声を上げ、全体を改革していかねばならないという意識にその特徴があります。本書では「儒教」という言葉が一度も出てきませんが、「全体のために声を上げていかなければならない」というスタンス自体が、非常に儒教的もしくは士大夫的であると感じます。宋代の朱子学以降、儒教的教養をもった士大夫階級は天下国家への責任に関心をもっていましたが、まさに儒教の「天命」という考え方がその関心のモチベーションになっていました。天とは宇宙全体をコントロールしている法則であり、人間はその「天」によって道徳性を与えられます。人間はその道徳性を自ら開花させることによって「天」の意思を実現する――これが、儒教の教義になります。医療従事者は社会全体の道徳性に責任があるという議論は、そのような儒教的メンタリティと類似しているわけです。

6　伝統的医療倫理の再評価

最後に、湖北大学哲学学院で副教授を務めていた周海春（しゅうかいしゅん）氏による『中国医徳』（四川人民出版社、二〇〇二年）をご紹介します。周氏はまず、現在の中国医徳に、西洋文化の流れ、市場化・商品化の流れ、伝統文化の流れ、の三つが渦巻いていると指摘しました。

（1）現状認識：経済優先→道徳の廃頽→医療紛争

それによると、科学技術とそれを基盤とする西洋の医徳思想が中国に影響を与え、それによって医者と患

No Image

『中国医徳』

者の関係が「モノ化」し、科学技術自体が多くの倫理を生んだとしています。たとえば、安全性、遺伝子、クローン、インターネット、技術者の権力、遺伝子情報の複製権、薬物による性格の矯正などに関する問題です。また、市場化・商品化が、医療機関と製薬業の癒着、患者紹介に対するリベート、さまざまな名目による診療報酬の増額、誇大広告などといった医療倫理の劣化をもたらしているといいます。さらに、このような状況に対する反動として伝統的文化へ回帰する風潮があるとしていますが、それによって問題が解決されるわけではなく、むしろ問題が隠ぺいされると述べました。

（2）医学モデル論：西洋的生物学的モデル対中国的全体的モデル

次に周氏は、これら諸問題の原因になっている西洋の医学モデルの限界を提示し、それを乗り越えるための倫理の構築について言及します。西洋哲学の基盤のうえに立つ現代西洋医学は、科学を柱とし、局部的な事実を明らかにすることにたけているが、人間を全人的に捉えることができない。つまり患者の感情と環境の要素を考慮することができないとし、心理や環境・社会の視点をも取り込んだ、多元的・全体的医学モデルを模索する必要があるとしました。周氏は、伝統的価値観の喪失により医療倫理が低下しているなかで、近代西洋的な医学モデルを、全体性を重んじる中国の伝統的な人文精神によって補いながら、新たな「医徳」を作り上げていかねばならないと主張するわけです。

（3）伝統的医療倫理としての医徳

ここでも、「社会的存在としての人間」という考えが倫理の中心に置かれ、個人を倫理の基盤に置いたアメリカの生命倫理が否定されます。そして、古代中国の医療倫理が医師に求めた患者の権利は、現代の生命倫理に見られる権利よりもずっと豊富だと示しました。伝統的医療倫理では、己を正すこと（正己）、心を正すこと（正心）、慈悲心をもつこと（慈悲）、我執を捨て、患者に同情すること（誠心）、が医師に求められました。その道徳原理が、第一に「生命の自我価値と自然価値」とされましたが、おそらくこれは生命の尊厳のことと思います。第二に、「生命の永遠の意義」であり、個別の生命の価値ではなく、生命が人類全体に果たす貢献を指しました。これにより、医師は人類全体に対する道徳責任を負うことが求められたということです。

本書は、まず医療従事者が修養によって生命の尊厳に目覚め、それを患者に対する奉仕として実践することで、最終的には人類全体のために奉仕することが、目指すべき医徳であると論じます。標準的生命倫理を個人重視の近代西洋的思考法として否定的に評価し、伝統的医療倫理を再評価するというかたちで、現在の医療問題を乗り越えようとしていると理解できます。

おわりに――「全体」に価値を置くこと

以上、中国における医療倫理や生命倫理を見てまいりましたが、文化的伝統の評価については、多様な意見があることがわかりました。たとえば、邱仁宗氏のように文化的伝統をまったく評価しない論者もいれば、周海春氏のように文化的伝統、なかんずく儒教に基づいた医療倫理を主張する方もいます。アメリカの生命倫理との関係でいえば、前者は、標準的生命倫理を普遍的なものとして提示し、後者は、標準的生命倫理と対抗するかたちで伝統的価値観を強調する方法を採っています。

ただ、このような多様性の背後に、次のような共通点もいくつか存在しています。第一に、何らかの「全体」

に価値の基準を置き、人間の尊厳や権利を導くような論理が採用されている点です。全体とは、家族であり、社会であり、国家であり、世界であり、未来であります。いずれにしても、人間は全体に対して責任をもち、全体に貢献する存在として規定されるという人間観が基盤となっており、全体に貢献しているときに権利が尊重されるという論理に立ちます。医療技術の使用の可否については、全体に善をもたらすと判断される場合は、技術による人間身体への介入を容認する傾向が強いです。逆に全体に対し有害であると判断される場合は、技術に対し否定的になります。たとえば中絶を含む人口抑制と優生学的な施策はポジティブなものとして捉えられるのです。

第二に、全体を強調することが、全体の道徳性への責任を求めることを意味している点です。医療の道徳性が全体によって規定される以上、全体が道徳的でなければ、医療の道徳性も成立し得ません。よって、全体を道徳的なものに変革していかなければならないという意識が生まれることにもなります。しかし、全体の内容自体があいまいなため、それをどう意味づけるかによって、異なる結論・主張が生まれることになります。全体の内容が国家と民族あるいは共産党であれば、国家主義的・全体主義的な生命倫理が掲げられ、たんに政府の政策を追認する論理となるでしょう。一方、全体が人々や一般社会や人類として設定されれば、全体を改革するための運動にもなり得るわけです。

第三に、全体を重視する中国の医療倫理・生命倫理の言説は、中国文化の特殊性を反映しているという点です。ただ、その影響は必ずしも直接的ではないことを指摘しておきたいと思います。これまで見てきたとおり、すべての論者が文化的伝統を必ずしも重視しているわけではありません。

生命倫理のような新しい問題に直面するとき、人間は過去の歴史のなかで蓄積された考え方をその状況に適用し、再解釈して、新しい考え方を生み出そうとします。人類の思想史はそのように進展してきたといえるかもしれません。ご清聴、ありがとうございました。

質疑応答

【質問者A】儒教は宗教というよりも哲学、道徳的な性格をもった教えというイメージがあります。文化大革命のなかで儒教も批判されたかと思いますが、現在、中国では儒教は信仰されていないのでしょうか。

【講師】儒教や仏教に対する批判は、一九一九年の「五・四運動」からすでに見られました。ただ、この問題は幾つかに分けて考えなければいけないと思います。第一に、儒教の基本的な教えは批判されましたが、儒教の教えから出発した物事の考え方については、変化のなかで残っていったという点です。たとえば、近代になり、国家あるいは国民を価値の基盤とする考え方が一般化しても、価値の中心を「全体」に置く儒教の考え方の枠組みは残り、ただ、そこでの「全体」が「天下」から国家に移行していったということができます。第二に、文化大革命の後に、ある種の儒教復興が見られたという点です。中国国内はある程度の経済成長を遂げ、文化方面にも自信がついていきました。そこから、儒教的価値観を積極的に宣揚する潮流も出てきました。その一方で、マルクス主義による儒教の観念論批判（封建的身分制度の批判）の教育も行われましたから、生命倫理や医療倫理のなかでも伝統的な価値観に否定的な人から、儒教に基づいた生命倫理や医療倫理を個人的に主張する人まで、さまざまな考え方が現れたと見ることができます。

【質問者B】日本では、高齢出産が増え、障がいをもったお子さんが生まれる可能性も高まり、中絶を選択される方がいらっしゃると聞きます。「一人っ子政策」を進める中国では、中絶はどのように行われているのでしょうか。

【講師】中国では、もちろん優生学的な政策が重要とされています。たとえば、胎児に障がいの可能性があると診断した場合、医師は中絶に関する情報を提供しなければならないという規定があります。ただ申し上げたいのは、「一人っ子政策」はもともと、障がいのある子を産ませないようにするためではなく、中国全体の

人口を抑制するためにとられた政策だったということです。ただ、近年、中国ではこの政策が緩和され、二人目のお子さんが産めるようになりました。そこには子をもつことに関する人々の意識の変化が反映しているかもしれません。先にご紹介した「一人っ子政策」の研究者である聶精保氏が、二〇〇〇年に中国の内地でアンケート調査を行ったとき、「子供はもちたくない」という意見が少なからずあったそうです。聶氏はそれをまったく予想していなかったので、その選択肢をアンケートに用意していなかったのだそうです。つまり、「子だくさんがいい」という伝統的意識はかなり急激に変わりつつあり、それが「一人っ子政策」に影響を与えている可能性があります。

【質問者C】私は在宅の訪問看護をしており、今年二十三人の方を看取りました。「共鳴する死」「密着的不在の死」のとおり、私も、患者さんが最期に亡くなるときと、ご家族が看取るときの死の受容が合致しなければ、呼吸は止まらないと思っていました。そこで、最期にどのように亡くなりたいかを患者さんにうかがうようにしています。日本では死をタブー視してきたと以前うかがったことがありますが、中国での死に対する考え方はどうでしょうか。

【講師】いまのご質問は伝統文化と関係しますので、大陸ではなくて台湾での話なのですが、紹介しておこうと思います。伝統的に中国では天寿をまっとうして良い死に方をすることを「善終」と言っていました。また、それは「寿終正寝」とも表現され、本人の生家とりわけ祖先の位牌が置かれた部屋で、一定の作法に則って亡くなることが理想とされていました。台湾ではこの「善終」の考えに基づいて、終末期退院というのが一般的な慣行としてかなり広く行われています。本人が危篤になると退院し、民間の救急車で看護師さんの付き添いで帰宅します。人工呼吸器は外してアンビューバッグを使いますが、人工栄養補給の管などはそのままで帰宅後に抜管します。死後に検案を行わなければならないため、病院側でもその準備を行うように制度化されています。一方、医療の高度化により次第にこの

終末期退院という慣行を維持するのが難しくなりつつあります。それに代わって求められているのが尊厳ある死、緩和ケアであるといえます。台湾では、二〇〇〇年に「安寧緩和医療法」が制定され、さらに二〇一六年には「患者自主権利法」が成立しました。これらの法のなかでは終末期の医療措置の差し控えと中止は患者の権利として認められています。他方では、病院においても尊厳を保って死んでいけるように、宗教儀礼を医療施設内で行えるようにしようとする動きがあります。これらは、かつて「善終」「寿終正寝」という名で呼んでいた死に方を現代の医療機関のなかで再構築しようとすることを目指していると考えられます。

【付記】

本講演の内容は、拙稿「中国における生命倫理言説に見る宗教性――人間の尊厳と有徳の共同体」、『宗教研究』三六一号、二〇〇九年、ならびに「中国の生命倫理」、今井道夫・森下直貴編『生命倫理学の基本構図』、丸善、二〇一二年と一部重複する。

注

(1) アルバート・R・ジョンセン『医療倫理の歴史――バイオエシックスの源流と諸文化圏における展開――』藤野昭宏・前田義郎訳、ナカニシヤ出版、二〇〇九年。

(2) Paul P. Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology*, University of California Press, 1979.

(3) Robert B. Baker and Laurence B. McCullough eds., *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge University Press, 2009. それに依ると、「医療倫理」という言葉は「医療倫理」という言葉はイギリス・マンチェスターの医師であるトマス・パーシバルが、一八〇三年に用いたのが最初であり、それ以前にもたとえば、十八世紀の医師ジョン・グレゴリーや、十六世紀のロンドン王立医学校のジョン・カイウスなど、医療倫理的な言説は存在したが、さらにそれ以前から医療倫理が存在したとする根拠はないという。

(4) The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, 1979.

(5) トム・L・ビーチャム／ジェイムズ・L・チルドレス『生命医学倫理』永安幸正・立木教夫監訳、成文堂、一九九七年。

(6) ドイツ連邦議会審議会『人間の尊厳と遺伝子情報――

現代医療の法と倫理（上）――』松田純監訳、知泉書院、二〇〇四年。ドイツ連邦議会審議会『受精卵診断と生命政策の合意形成――現代医療の法と倫理（下）――』松田純監訳、知泉書院、二〇〇六年。松田純『遺伝子技術の進展と人間の未来 ドイツ生命環境倫理学に学ぶ』知泉書院、二〇〇五年。

（7）小松美彦『死は共鳴する 脳死・臓器移植の深みへ』勁草書房、一九九六年。

（8）森岡正博『生命学に何ができるか 脳死・フェミニズム・優生思想』勁草書房、二〇〇一年。

（9）Nie Jing-Bao, *Behind the Silence: Chinese Voices on Abortion*. Rowman & Littlefield Publishers Inc., 2005.

（いけざわ　まさる／東京大学大学院教授、死生学・応用倫理センター長）