

家庭をめぐる社会問題と医療倫理

中村 実



CONTENTS

- | | |
|---|---------------------------------------|
| I さまざまな問題に直面する日本
II 少子化に伴う問題
III 悪化する家庭環境
IV 医療倫理の問題 | V 生殖医療の問題
VI 安楽死、尊厳死 |
|---|---------------------------------------|

要約

- 1 長引く不況の影響で企業が非正社員の雇用を増やした結果、非正社員比率は3割を超えた。しかし、依然として正社員との待遇格差は大きい。同一労働同一賃金の原則を徹底し、格差を是正しなくてはならない。
- 2 今後、賃金上昇率の大幅増は望めない。税制、社会保障制度の標準は、共稼ぎ家庭としたうえで、子育て支援策に力を注ぐべきである。
- 3 虐待、DV（ドメスティックバイオレンス）、家庭内暴力、高齢者への犯罪が増加している。安定した家庭生活を営むための手助けとして、専門家、ボランティアからなる福祉型NPO（民間非営利組織）ボランティアの普及を望む。地域住民が社会的連帯を意識し、困難な状況にある家庭を支援したい。
- 4 尊厳死などに関して、これまであいまいであった医療倫理について公の場で広く意見を求め、論議を尽くした後に、自己決定権の尊重を第一に、家族の決断について明快なルールを設けるべきであろう。
- 5 少子高齢化、財政再建、経済のグローバル化によるデフレ経済という状況下にあっても、福祉国家を維持していかなくてはならない。そのためには、数字あわせの財政収支論争とは別に、安心できる暮らしのために社会的連帯を強化するとともに、各人の幸福追求のため自己決定権を重視した社会ルールを整備することが必要である。

I さまざまな問題に直面する日本

日本の企業収益は2005年度から大きく好転し、銀行不良資産問題も15年の歳月をかけて一応の区切りがついた。しかし、巨額の財政赤字、少子高齢化の進行にともなう社会保障制度の綻び、そして企業の東アジアへの直接投資の増加による国内産業の空洞化に端を発したデフレ経済、低賃金労働者の増加など、さまざまな問題が残されている。

現在、日本の賃金は東アジアで最高水準にある。賃金水準は高くとも、インフラが完備され、労働者の能力が高ければ、グローバル企業は日本を生産拠点に選ぶだろう。しかし、現在、義務教育における学力の低下が指摘され、また高等教育が人材育成に真に役立っていないといわれるなど、教育については問題が多い。グローバル企業に生産拠点として選ばれる土壌を醸成するためにも、教育、就業訓練を強化して、労働者の能力を高水準に保つ必要がある。

また、競争社会にあっては社会保障制度がセーフティネットとして働く。しかし現在、少子化に加えて、若年層における社会保険料未納率の上昇が問題となっている。こうしたことによる財源不足は、各人が保険料を納め、困難な状況にある人（収入のない高齢者、病気で働けない人、介護を必要とする人など）を支援する仕組みをゆるがすものである。

しかし、年収150万円に満たないパート社員にとって、国民年金保険料と地域健康保険料とで合わせて年間23万円（それぞれ16万円と7万円前後）を納めることは容易ではない。この状況を打破し、社会保障制度を維持

するためには、正社員と非正社員の賃金格差を是正しなければならない。

歳出削減や増税、社会保険料引き上げなど、今後、国民の負担は増えていくと予想される。こうしたなか、人材育成に力を注ぐとともに、労働報酬を公正化することで、国民が負担増に耐えうる状態にする必要がある。また、人口減少社会にあっても社会福祉の充実は図らねばなるまい。

しかしながら、教育制度の改革や労働法の整備だけでは解決できない問題が数多く発生している。ここでは、それらの問題について分析、検討し、対策を考えてみる。具体的には、社会保障制度の安定のための少子化対策、家庭内の犯罪の問題、医療の進歩に伴う医療倫理規定の見直しについて述べていきたい。

II 少子化に伴う問題

1 少子化の理由と問題点

日本ではシングルマザーの数は少なく、したがって、出生数は女性の平均初婚年齢と、既婚女性の平均出生数によって決まると考えてよい。既婚女性の平均出生数は過去30年間2.2人と安定していることから、この間の出生数の減少は主に、女性の平均初婚年齢が上がったことによるものだといえる。女性の平均初婚年齢は1970年代前半には24歳であったが、2004年には28歳となり、また第一子出産年齢は29歳と、上昇を続けている。

現在、生まれる子供の半数以上の母親は30歳を超えている。少子化対策として児童手当の増額を望む声も多いが、少子化の主因は晩婚化であり、したがって30代までの若年層に

とって結婚しやすい社会環境を整備することが大切である。

子供を生む、生まないは個人、特に女性の自己決定権の問題であり、国が口を出すべきことではないという意見もある。しかし、社会保障制度の安定のためには、国として少子化対策に取り組まねばならない。

たとえば、重要な社会保障制度の一つである公的年金制度は「親への仕送りの社会化」であり、現役世代の保険料で年金世代の年金を賄っている。また、医療保険を見ると、2003年度の場合、国民医療費（31.5兆円）の半分ほどは、人口では2割に満たない65歳以上の高齢者が使用している（2005年8月、厚生労働省発表）。高齢者は医療費の自己負担率も低く、医療でも公的年金と同様に現役世代が高齢者を支えているといえよう。

少子高齢化の進行で、1人の年金世代（65歳以上）を支える現役世代（20～64歳）の人数は、2000年の3.6人から2025年には2人へと減り、現役世代の負担が重くなることは確実である。少子化がさらに進めば現役世代への負担はより重くなり、社会保障制度を維持していくことは困難になる。したがって、出生率を回復させて少子化をくい止める必要があり、そのためには、若年層が容易に結婚に踏み切ることのできる社会環境を整備しなくてはならない。

表1 未婚男女の親との同居率

		(単位: %)		
		1992年	1997年	2002年
25～29歳	女性	80.0	79.4	78.5
	男性	63.5	64.3	70.3
30～34歳	女性	69.2	72.1	76.1
	男性	63.9	68.0	72.4
35～39歳	女性	65.2	69.1	74.4
	男性	63.5	64.1	73.4

出所) 国立社会保障・人口問題研究所

2 賃金格差の問題

東京学芸大学の山田昌弘教授のアンケート調査によれば、東京の未婚女性（25～34歳）の約7割は結婚相手に対して年収400万円以上を期待しているが、未婚男性の約8割は年収400万円以下であるという（『パラサイト社会のゆくえ』ちくま新書、2004年）。また、30～34歳の独身男性の72.4%、独身女性の76.1%は親と同居しており（社会保障・人口問題研究所、2002年）、その多くがいわゆるパラサイトシングルである（表1）。

1990年代の長期不況を経て、非正社員が急増した。2005年半ばの非正社員数は1650万人、被雇用者全体の33%を占めている（女性に限れば53%）。

平均月収は男性の場合、正社員34.8万円、非正社員22.1万円と、12.7万円の格差がある（厚生労働省「平成17年賃金構造基本統計調査」）。女性の場合は、正社員23.9万円、非正社員16.8万円で、その差は7.1万円である。正社員男子の結婚率はパート社員の3倍である（厚生労働省、第3回「21世紀成年者縦断調査」2004年11月）ことからも分かるように、長期不況の影響で収入の低い非正社員が増えた結果、晩婚化が進み親と同居するパラサイトシングルが増えたと考えられる。

また、1970年代以降、女性の社会進出が進むと同時に離婚が増えており、2005年には、離婚件数が約27万件に達した（厚生労働省「人口動態統計」）。

1970年代までは、離婚後に母親が親権を持つケースは5割程度であった。しかし現在は、家制度の崩壊と核家族化の進行の影響で、8割に達しており、母子家庭は120万世帯（全世帯の3%）に及んでいる。離婚後に

子供を抱えてパート社員として働くをえない場合、37万円の公的児童扶養手当がある。それでも、男女間の賃金格差、正社員との賃金格差の問題があり、生活は苦しい。正社員と非正社員の賃金格差を縮小し、同一労働同一賃金の原則を徹底させるべきである。

3 非正社員の増加

若年層における賃金格差は、社会保障制度に悪影響を及ぼしている。

パート社員は厚生年金の対象ではなく、自営業者と同様に国民年金に加入する。国民年金では、20歳以降、40年間、月額1万3860円の保険料を支払うと、65歳から公的年金（基礎年金部分、月額6.7万円）を受け取ることができる。

ただし、保険料は源泉徴収ではなく、各人が自発的に納付する制度となっている。収入の少ない人にとっては月額1万3860円（年間約16万6000円）の保険料支払いの負担は大きく、実際、国民年金保険料の未納率は20代では50%に達している。

また、パート社員は企業の健康保険組合に入加入できず、地域健保に加入する。地域健保の保険料も、加入者の自発的納付に任せている。地域健保でも、20代の加入者のおよそ3割が未納者だと推定されている。医療保険に加入していないと医療費は全額自己負担となるため、公的年金に比べると未納率は低い。しかし、自分は現在健康であるため保険料を支払う必要がないと考える若者も増えており、地域健保の収支は悪化している。

低収入の若者の増加は、晩婚化（出生率の低下）をもたらし、社会保障制度の財政収支を悪化させる。さらに、パート社員は失業保

険に加入できないなど、社会保障制度の枠外におかれる人さえ現れ始めている。晩婚化をくい止め、社会保障制度を安定させるためには、同一労働同一賃金の原則を徹底することで正社員と非正社員の賃金格差を解消し、非正社員の収入の安定化を図らなければならぬ。

4 働く女性の育児と仕事の両立

(1) 保育所および学童保育の拡充

1990年代以降、国際化が進み、東南アジアなどの安価な製品が日本に大量に流入したことで、デフレ経済が進んだ。企業は、労働者の生産性、賃金コストを国際的に比較検討したうえで、最適立地を選択する。途上国の賃金は低く、企業にとって労働コストは低い。そうして企業が最適立地選択を進めた結果、日本の賃金上昇率は伸び悩むことになった。また、企業がコストの安い非正社員の雇用を増やしたことで、所得の二極化が顕著になりつつある。

こうしたなか、ある程度の収入を確保して中産階級の生活を維持するためには、夫婦共稼ぎが必要となってきている。しかし、共稼ぎ夫婦のための子育て環境が整っているとはいがたい。

保育所への入所を待つ待機児童は全国で2.3万人（2005年4月末）ほどである。特に三大経済圏（関東、中部、近畿）に多い。共稼ぎが一般化している現在、女性が安心して、育児と仕事を両立させるためには、保育所の大量増設が必要である。

また、地域と家庭が疎遠になりつつあるなか、通学途中の児童が犯罪の標的になるなど治安の悪化が顕著であることを考えると、下

校後の学童保育も充実させるべきである。鍵っ子対策としての学童保育には71万人（2006年5月）が通っているが、需要が供給を上回っている。学童保育の適正規模は1クラス35人前後といわれているが、都市部では1クラス71人以上の大型学童保育を行っているところが1800カ所もある。

（2）育児休業制度の拡大

育児休業制度のある企業で働く正社員の女性にとっては、保育所の確保は、出産・子育ての大きな鍵となる。

また、育児休業制度の有無は、女性の出産に多大な影響を与えている。厚生労働省の第3回「21世紀成年者縦断調査」（2004年11月）によると、育児休業制度のある企業で働く女性の出産率は休業制度のない企業の3倍ほどであった。

育児休業制度は主に正社員を対象としているため、パート社員の場合、出産が失業を意味する場合も少なくない。働く女性の6割は第一子の出産前後に退職している（厚生労働省「出産前後の就業変化に関する統計——人口動態職業・産業別統計と21世紀出生児縦断調査のリンク分析（平成15年度人口動態統計特殊報告）」など、出産後も同じ職場で働き続けることは依然として困難な状態となっていることがわかる）。

女性の就業と育児の両立を支援するためにも、育児休業制度を非正社員にも適用すべきである。

5 児童手当の問題

育児支援の税制としては、現在は扶養控除がある。0～15歳の子供には38万円、16～23

歳の子供には63万円の所得控除が認められている。たとえば限界税率が10%の家庭では、対象年齢の子供が1人ずついた場合、年間の減税額はそれぞれ3.8万円、6.3万円となる。しかし、これで十分とはいえない。首都圏の生活保護給付をみると、1～2歳児への給付は月額2万1790円、2～5歳児へは2万6950円であることを考えても、子育て支援としては少なくとも月額2万円は必要であろう。

また、扶養控除には逆進性があり、収入の多い家庭に有利になる。限界税率が30%の家庭の場合、0～15歳の子供への所得控除38万円は11.4万円、16～23歳の子供への所得控除63万円は18.9万円の減税効果がある。制度の主旨からいえば、収入の多い家庭への支援は少額に、収入の少ない家庭への支援は高額にするべきである。

この観点から、現在の扶養控除は廃止し、直接的な児童手当を導入すべきである。その際、受給対象となる家庭の所得に上限を設け、豊かな家庭への給付は一定以下に抑えなければなるまい。

この変更にかかるコストを計算してみよう。12歳までの子供について、月額2万円の児童手当を給付すると仮定する。子供の数は各年齢で100万人とすると、2万円×12カ月×100万人×12年で、年間約3兆円となる。現在の扶養控除による減税分は1.7兆円であり、残りの1.3兆円の財源が不足となる。この不足分と保育所増設コストは、現在30兆円に上る地方公務員の給与を1割削減することで、賄うことができるだろう。

なお、母子家庭の大半は離婚を原因しているが、その数は現在約123万世帯、平均年収は212万円である。母子家庭を対象に支給

表2 離婚と母子家庭の増加

	1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年	2004年
出生数（万人）	193	190	158	143	122	119	119	111
結婚件数（万件）…①	103	94	77	74	72	79	80	72
離婚件数（万件）…②	10	12	14	17	16	20	26	27
妻の親権（%）	51	58	67	71	71	77	80	81
離婚率（②／①、%）	9.7	12.8	18.2	23.0	23.0	26.3	32.5	37.0

出所) 厚生労働省「人口動態統計」

される37万円の児童扶養手当を受給しても、生活は苦しい。

母親が親権を持つケースは以前の5割から現在は8割と上昇しているが、父親から養育費を得ているケースは2割以下といわれており、父親からの養育費の徴収を法で定める必要があろう（表2）。海外では、社会保険庁、国税庁などが妻の代理人として、離婚後に元夫（父親）の給料から扶養料を源泉徴収することなども行われている。

6 育児休業の問題

育児休業については、休業期間と休業期間中の所得補償という2つの問題がある。

育児休業期間については、保育所の受け入れ能力ともかかわってくる。以前は、3歳になるまでは家庭で育児を行うことが主流であった。また、1～2歳児の保育には多くの保母を必要とする（保母の数は、3歳児の場合は幼児20人につき1人なのに対し、1～2歳児の場合は幼児6人につき1人と定められている）。そのため、現在、保育所における0～2歳児までの受け入れ枠は非常に少ない。

一方、育児休業制度が整っていても、2年以上の休職は社会復帰を困難にすると思われる。実際には半年～1年の休業期間で職場に

復帰するケースが大半であろう。育児休業の普及にあわせて、保育所の0～2歳児の受け入れ能力を強化すべきであろう。

また、育児休業期間中の所得補償は現在、従前給与の4割であるが、スウェーデン並みに8割まで引き上げることが望まれる。

育児休業は特殊な失業と見なされているため、育児休業補償は失業保険で賄われている。失業保険特別会計の使い道については、必要性に疑問のある公共施設の建設が問題となつたが、資金は本来の目的に使用すべきことはいうまでもない。失業保険給付期間の延長や中高年向けの就業支援、若年層向けの社会人専門教育など、山積する課題に加え、育児休業補償の増額にも財源をあてていくべきである。

7 教育問題

昨今のアンケートでは、教育費への不安から子供を持つことをためらう夫婦が多いことが明らかとなっている。実際には、義務教育は無料であるし、公立高校の授業料も高額ではない。一方、私立の6年制中高一貫教育校の場合、総授業料は平均680万円と公立の2.3倍となる。しかし、こうした高額な授業料にもかかわらず、首都圏での中学受験者は17万

人（小学校卒業者の約15%）と、5年前の1.4倍にも達している。

2000年以降、大学を卒業しても、正社員になる者は卒業者全体の6～7割に過ぎず、大卒フリーターも珍しくない。大学さえ出ればよい就職ができるわけではないことが明らかになり、一部の有名大学に子供を入れようと思死になる親が増えている。その結果、子供の教育費に対する不安が高まっていると考えられる。

なお、1990年代の長期不況の影響で、公立小中学校で就学援助を受ける子供は東京で24.8%、大阪で27.9%（いずれも2004年度）に達しており、高等教育を望めない家庭環境の子供が増えている（表3）。その一方で、東京では4人に1人が私立中学を受験するなど（2006年）、教育の機会平等が崩れつつある。

こうしたなか、高等教育については、そのあり方を見直さなくてはなるまいが、そのポイントは、①理工系高等教育を高水準に保つこと、②就業をより意識した高等教育の場を提供すること——の2つである。

まず、日本は鉱物資源に恵まれているわけ

ではなく、原材料は海外から調達して完成品を輸出する製造業立国として繁栄するしかなかったため、理工系高等教育を高水準に保つことが求められている。教育予算の多くを理工系教育に費やし、理工系エリートを育成しなければならない。

また、より就業を意識した高等教育の場を整備することが必要である。

2004年時点で、子供が大学を卒業するまでにかかる費用は2365万円、そのうちの1153万円が教育費といわれている（こども未来財団「平成17年度子育て家庭の経済状況に関する調査研究」2006年2月）。義務教育以外の教育費、すなわち高校、大学の費用は728万円である。

しかし、こうした多額の投資をしても、若年層では収入の二極化が進んでいるといわれている。（大学を出ても）専門性の欠如に悩む若者が多く、20代前半の失業率は8.4%と全体平均の4.4%の2倍近い（2005年）。2002年3月卒業者の3年後の離職率を見ると、中卒で8割、高卒で5割、大卒でも3割となっている。こうした状況に鑑み、若年層の離職率を引き下げるためにも、将来の就業を意識し専門性を身につけることのできる高等教育を、より少ない時間と費用で提供する必要がある。

III 悪化する家庭環境

1 「できちゃった婚」と児童虐待

労働環境の悪化で社会人となる時期が遅れたり、晩婚化の進行で自分の家庭を持ち親として責任を負う時期が遅れたりしている影響で、大人になりきれない若者が増加している

表3 就学援助率と生活保護率

	援助率 (2004年、%)	保護率（2003年、人口 1000人当たりの人数）
大阪府	27.9	21.5
東京都	24.8	14.1
山口県	23.2	10.2
北海道	19.3	22.0
高知県	17.9	19.1
福岡県	16.7	17.6
兵庫県	16.2	13.0
広島県	15.9	10.4
京都府	15.7	17.3
全国平均	12.8	10.5
（参考）東京都足立区	42.5	29.7

出所）文部科学省、厚生労働省

と見られる。こうしたなかで、社会保障制度が揺らぎ始め、同時に社会生活の基本となる家庭の安定も失われつつある。

たとえば、晩婚化が進む一方で、若い「できちゃった婚」夫婦が増えている。できちゃった婚が20~24歳の結婚に占める割合は、1980年には2割（15~29歳では13%）であったが、2000年には6割（同26%）に達している（表4）。30代で結婚する人が多数派となりつつある一方で、若い世代に成り行き任せの結婚が増えているといえる。

また、児童虐待も、近年増加の一途をたどっている。望まぬ出産、親の薬物依存、孤立家族や家庭不和、経済的不安定などが虐待の原因と考えられるが、近年の虐待の多くは両親が20代前半以下の若い家庭に発生している。できちゃった婚に代表される成り行き任せの結婚が自覚に欠ける親を生み出し、経済的な困窮などの要因も加わり、児童虐待の増加につながっていると考えられる。

2004年度、児童相談所で対応した児童虐待相談件数は3万3000件と、1999年度（1万1000件）の3倍にまで増えている。このうち、6歳未満の児童が全体の半数を占める。全国保育園連盟の調べでは、親から虐待されている園児を抱える保育園は全体の約2割とされている（1999年度の約4倍）。また、虐待で死亡する子供の4割は0歳児である。望まぬ出産、夫婦不和が虐待の大きな原因となっていることが推察される。

児童虐待の検挙件数も、2004年には229件と、前年比45%増となった。この中で子供が死亡した49件のうち12件については、虐待は事前に把握されており、救出体制の不備が指摘されている。また、児童相談所の職員のお

表4 年齢別「できちゃった婚」比率

	1980年	2000年
15~19歳	47.2	81.7
20~24歳	20.1	58.3
25~29歳	7.8	19.6
平均	12.9	26.3

出所）山田昌弘『パラサイト社会のゆくえ』ちくま新書、2004年

よそ4割は関連した資格を持たない一般行政職であるなど、対応の遅れも目立つ。

さらに、保健所の乳幼児検診を受けていない子供の母親の3割はうつ状態にあり、児童虐待に発展する可能性が高いといわれている。小児科医と提携した保健所や保育所を中心に、地域の育児支援体制を強化すべきである。

2 DV（ドメスティックバイオレンス）

2005年のDV件数は1万7000件と、前年比17%増を記録した（警察が受けた相談・被害届）。DV被害者を守るための裁判所による保護命令（大半は接近禁止命令）も、2100件と2002年から倍増した。DVは多くの場合結婚から1年以内に始まり、大半の加害者に飲酒の習慣がある。被害女性の20人に1人は命の危険を感じるほどの暴行を受けているという（総理府調査、2000年）。また、殺人事件の被害者の10人に1人はDV被害者である（平成16年「警察白書」）。

裁判所から接近禁止命令が出されても、夫がこの命令を守らない場合、夫は刑法犯となる。しかし、刑を受けた夫が出所後に再びつきまとってきた場合、妻には、身を隠す場所が必要である。

一方、つきまとい、待ち伏せ、交際の強要、無言電話などのストーカー行為は、2005年およそ1万2000件（警察庁調べ）を数えた。ストーカーの家族や職場への通告などによってもストーカー行為が収まらない場合には、被害者は、DV被害者と同様に、身を隠すしかない。

DVやストーカー行為の被害者が身を隠す場所として、婦人保護施設を役立てたい。婦人保護施設とは、戦後、売春禁止法により職を失った女性の救済施設であったが、DVやストーカー行為の被害者が生活を立て直すまでの時間を過ごすための施設として、機能の見直しを図るべきであろう。

DVやストーカー行為の被害者が立ち直るまでの間を過ごす長期滞在可能なシェルターとして、現在は、47カ所の婦人保護施設と100カ所あまりの民間ボランティアシェルターがある。しかし、滞在期間は2週間までである。

DV被害者の7割にPTSD（心的外傷後ス

トレス障害）、2割に自殺未遂の経験があるといわれている。また、DV被害を受けたことのある女性は5人に1人ともいわれていることも考えると（内閣府アンケート）、現在のシェルターは受け入れ能力、機能の両面において、十分であるとはいがたい。こうしたことを受け、専門ボランティアを配したシェルターを待ち望む声は大きい。さまざまな場面でリハビリテーション機能を備えた居住施設が必要とされている。

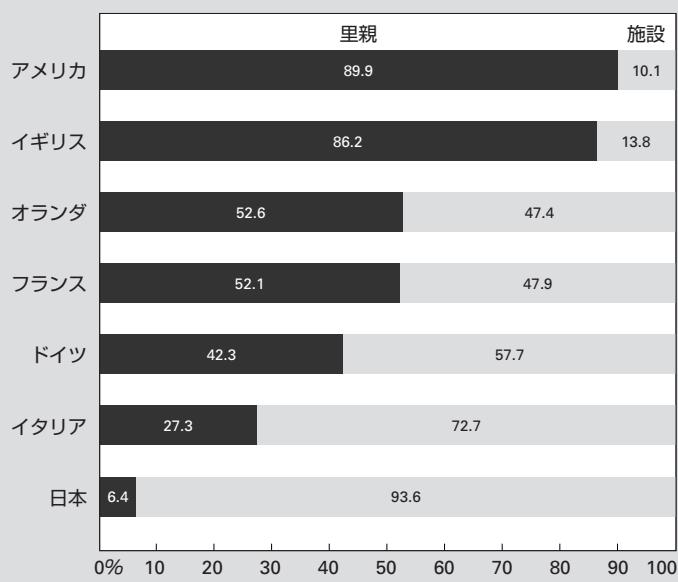
3 親と同居できない子供の増加

これまで、およそ1000人に1人の子供が、親の死亡、家庭の崩壊などの理由で親と同居できず、児童養護施設で生活してきた。しかし、近年では虐待が理由で親と同居できない子供が増えている。2002年度に児童養護施設に入所した5700人のうち3000人は虐待を受けた子供であった。2003年度の調査によれば、全体で3万8000人の入所児童のうち3割が虐待を受けた子供であった（全国児童養護施設協議会調べ）。

虐待児童の社会復帰のためには家庭的な環境が必要といわれている。児童が児童福祉士と密接な関係を築くことができるグループホームや、子供を自分の家庭で育てる里親制度が望ましいが、体制整備は十分ではない。戦後の孤児救済が元となっている日本の児童施設は、大規模収容施設である。

里親と施設入所の割合を見ると、アメリカで9：1、ドイツでは4：6なのにに対し、日本では1：9と圧倒的に施設入所が多い（図1）。里親登録件数自体もピーク時の2万件から徐々に低下を続け、現在は7000件ほどである（実際の里親数は3000件以下）。

図1 主要国における親と同居できない子供の受け入れ先（里親と施設）



虐待を受け、親と同居することのできない子供は増え続けている。児童相談所が受け付けた非行相談のうち、虐待を受けた子供は3割、養育者が途中で変わった子供が約5割、DV家庭の子供が1割いた。虐待を受けた子供が将来的に犯罪者となる確率は、虐待を受けていない子供に比べて高い傾向にあることから、このような子供に対する支援体制強化に向けての取り組みが望まれる。

4 援助交際問題

年間の妊娠中絶件数は1990年代後半以降、30万件台でほとんど変化がないが、20歳未満に限ると15年前の3万件から増加し、2004年には4万件（15歳未満は456件）と全体の1割以上を占めるに至っている。初体験年齢は低下し続けており、援助交際に代表される未成年者の性行動について、何らかの対策が必要であろう。

同世代の女性が見知らぬ人と性的関係を持つことについて、「持っても構わない」と答えた未成年者が9.6%、「問題だが本人の自由」との答えは58.1%に上った（青少年問題研究会のアンケート、2001年）。未成年者は、援助交際に対してそれほど否定的な考えを持っていないことがわかる。

出会い系サイトがらみの凶悪事件の増加を受けて、2004年に出会い系サイト規制条例が導入された。買春を求める書き込み側だけでなく、売春側にも罰金刑が科されることになった。とはいえ、条例の成立で援助交際がなくなるとも思えない。

援助交際から凶悪事件や覚醒剤使用などの犯罪行為に巻き込まれることを、可能な限り防ぐための努力をするべきである。具体的に

は、性教育を徹底して妊娠中絶を防ぐこと、また盛り場に児童相談所の出張所を設けるなどして未成年者への指導に努めることなどであろう。

5 保護観察の問題

少年補導件数は、近年急速に増加している（2000年85万件、2003年130万件）。補導回数が多くなるほど、凶悪犯罪者となる確率が高くなっている（少年非行防止法制に関する研究会調べ、2004年）。少年の再犯率は2005年に29%と、1998年から7%ほど上昇している。強盗、殺人などの凶悪犯罪に限ると、半数以上が再犯者である。些細な非行が積み重なって、やがては凶悪犯罪に至る傾向は明らかである。

若者の労働環境は厳しいことを考えると、犯罪が軽微なうちに確実に更生させなくてはなるまい。少年犯の保護観察を担う保護司は、全国に5万人ほどおり、少年犯の更生の中心的役割を担っている。しかし、近年、保護司の老齢化（平均年齢63歳）が進んでいる。

保護観察とは少年犯を社会の中で更生させることであり、保護観察期間中の少年の精神的支援は本来保護観察官が担当する。しかし、保護観察官が極端に不足しているため、事実上ボランティアである保護司がその役割を代行している。保護観察中の少年へのカウンセリングは保護司宅への来訪が中心となるが、来訪が途絶えがちであること、親が非協力的であること、地域の無関心、などの理由で、このカウンセリングは効果を上げていない。

2000～2004年に少年院を出した2万6000人の1割に当たる2600人は、親から引き取り

表5 性犯罪前歴者に対する意識に関する読売新聞のアンケート（2006年3月）

子供を狙った性犯罪前歴者の住所などを周辺住民に知らせる方がよいか (%)	全体	小学生の親
そう思う	36.8	41.4
どちらかといえばそう思う	28.4	31.3
小計	65.2	72.7
どちらかといえばそう思わない	15.0	8.6
そう思わない	14.3	15.2
答えない	5.5	3.5

出所)『読売新聞』、2006年3月11日

を拒否されている。親が引き取りを拒否した場合、更生保護施設に行くこととなるが、全国に101カ所ある更生保護施設の定員は2300人、そのうち少年には350人の枠しかない。

一方で、少年更生施設に収容された少年の3割はやがて逃亡してしまう。法務総合研究所の調査によると、重大事件を起こした少年で、再犯しないことに自信があると答えた少年の7割は「親が耳を傾けてくれる」と回答したが、再犯しないか不安と答えた少年の5割は「親が耳を傾けてくれるかどうか不安」と答えている。

現在、少年院出所後に行く先のない少年を支援するために、35カ所の自立援助ホームがあるが、運営は順調ではない。犯罪少年を確実に更生させるためには、保護観察官の増員、保護司の有給化および若返りに加え、保護司のネットワークを強化するとともに更生

施設を増設しなくてはならない。

一方、犯罪の加害者となる少年だけでなく、被害者となる少年も増えている。特に近年は、幼児の殺害事件が多発している。また性犯罪では再犯の確率が高いといわれており(13歳未満の子供に対する強制わいせつで服役した者の23%が再び性犯罪者となっている、法務省調べ)、今後、性犯罪者の住所などを公開することについての是非が問われることになろう(表5)。

6 家庭内暴力

不登校児童・生徒(年間の欠席日数が30日以上)の数は、約12万人に達している(2004年度)。全国の公立小中学校で、欠席が連続30日以上に及ぶ児童・生徒5万人のうち、2割に当たる1万人に対しては、学校からの接触がないことである(文部科学省アンケート、2005年3月)。

不登校児は、義務教育を終えると社会的ひきこもり、特に、最近の言葉では「ニート」と呼ばれる存在になることが多い。就学も就職もせず生活のすべてを親に依存するニート(15~34歳)の数は、現在80万人に及ぶと推定されており、ニートの社会復帰のためにさまざまな就業支援活動も行われている。

家庭内暴力の多くは不登校、ひきこもりによるものといわれているが、子供による親殺し、反対に家庭内暴力の子供を親が殺すな

表6 殺人事件と被害者

親	配偶者	子供	兄弟姉妹親	その他親族 とも計(A)	殺人事件の被害者数(人)	殺人総数(B) (人)	(A)/(B) (%)
2003年	132	206	92	47	502	1,208	41.6
2002年	110	184	99	40	468	1,170	40.0
2001年	97	176	85	44	437	1,084	40.3

出所) 松下正明『司法精神医学3——犯罪と犯罪者の精神医学』中山書店、2005年

ど、近年、殺人にまで発展する事件が多発している（2003年の子供による親殺しは132件と2年前の97件から急増している）。子供による（9割が男子）親への家庭内暴力の認知件数はここ数年1100～1300件ほどであり（「警察白書」）、中高生が大半を占める。

表6に示すとおり、殺人事件（約1200件）の被害者親族比率は約40%となっており、殺人事件の多くが、虐待、DV、家庭内暴力などの身内がらみである。また、統合失調症の患者が家族や親戚に暴力をふるう事件もある。

ひきこもりや非行、あるいは精神障害の子供の存在を他人に知られたくないという親の態度も、事態を悪化させてしまう一因となっている。最近の突発的な事件に見られるような家庭内にトラブルを抱えているケースでは、プライバシーの保てる相談所、あるいは暴力から避難する場所の確保も、DV、ストーカーのケースと同様に、重要課題であろう。

7 高齢者の虐待

高齢化の進行にともなう老人虐待の増加を受け、2005年11月、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が国会で可決・成立し、2006年4月より施行された。2004年の厚生労働省の高齢者虐待全国調査によれば、被害老人の平均年齢は82歳、8割が女性であり、大半が認知障害者である。虐待の加害者は息子である場合が多く、独身の息子と母親の2人暮らしで母親が必要介護になると虐待の危険性が高まる。

認知症高齢者は2025年には300万人と、65歳以上人口の約1割に達する見込みであり、

虐待の増加が懸念されている。家族から虐待を受ける高齢者本人が他人に救出を依頼するケースは極めてまれであり、地域ボランティア、ヘルパー、医師などが連携した救出体制を整えるべきであろう。

児童虐待との大きな違いは、経済的虐待の有無である。財産や公的年金を狙い、高齢者を強制的に特別養護老人ホームに入所させる場合もある。このような意図的な財産侵害から高齢者を守るためにも、後見人制度を充実させなければならない。

長期の介護で疲れた家族による虐待や殺人も増えている。以下に、加藤悦子著『介護殺人——司法福祉の視点から』（クレス出版、2005年）から2ケースを引用する。

ケース1：痴呆の妻を介護しながら暮らす夫は、子供に迷惑をかけまいとする一方、介護サービスには不信感を抱いているため、すべての介護負担を自分で引き受けた。妻の痴呆の症状が改善せずむしろ悪化すると、夫の生活も破綻し、ついには無理心中を図る。生き残った夫には、殺人罪が適用された（懲役3年、執行猶予5年）。

ケース2：半身麻痺の母を在宅で介護していた（母子家庭）息子が母親に暴力を加え殺してしまう。息子は母親の介護のため都会での就職を諦めたが、故郷では就職先もなく、預金は減り続けていた。息子には傷害致死罪が適用された（懲役4年、執行猶予5年）。

これらの事件は、どこにでも起こる可能性があり、予防が重要である。各地で生活面の世話役として働くボランティアの民生委員は、全国で22万人を数えるが、なり手が不足している。ヘルパー、医師、ソーシャルワー

カーと民生委員が連携して高齢者を虐待から守り、家庭内暴力や殺人など最悪の事態を未然に防止することに努めたい。

8 高齢者を狙った犯罪

被害金額が284億円（2004年）に上る振り込め詐欺の被害者の7割は女性であり、そのうちの4割は50代か60代である。また、最近では悪質リフォーム事件が話題になるなど、高齢者を狙った犯罪が急増している。国民生活センターに寄せられる相談のうち、70歳以上の高齢者からのものは2004年では12万件（1995年には2万件以下）に達しており（訪問リフォームに関する相談は1万件）、悪質販売による被害総額は800億円になるともいわれている。

今後の課題は、認知症の高齢者を狙った分割払いを前提とした商品の訪問販売、認知症の高齢者を保証人とした消費者ローンなどへの対策である。高齢化と核家族化が進行し、75歳以上の独居女性の数は、2025年には350万世帯に上るといわれている。増え続ける高齢者を犯罪から守るために、後見人制度の充実など、さまざまな体制整備が急務である。

9 福祉NPOの必要性

以上に述べたように、既存の社会保障、教育制度、労働法では対応しきれないさまざまな問題が発生してきている。いずれの問題も、予防の徹底、被害者の早期救出と加害者の更生が大きな課題である。警察の仕事は犯罪の予防ではなく犯人の逮捕であるため、予防や加害者の更生に関しては、各地に情報交換と相互扶助のためのネットワークを構築することが重要であろう。

しかし、財政再建のため公費が削減されていく状況下にあって、年功序列型官僚組織で成り立っている地方自治体には、これらのニーズへの十分な対応は困難であろう。

そこで、困難な状況にある人を支援するための基盤として、地方自治体からの援助と寄付を資金源に、専門家や有給、無給のボランティアにより運営される福祉型NPO（民間非営利組織）を各地に設立してはどうだろうか。ボランティアの支えるシェルターは、DVやストーカー行為の被害者、更正を目指す少年、虐待の被害者、ホームレスなど困難な状況にある人すべてに役立つだろう。

2007年からは約1000万人のベビーブーマーが定年を迎える始める。職場から地元に戻るベビーブーマーの新たな生きがいとして、各地に身近な支援活動を行う福祉型NPOを設立し、困難な状況に直面する人の不安解消や治安悪化阻止の一助としたいものだ。

IV 医療倫理の問題

これまでの医療改革の主な争点は、健康保険組合財政や病院経営問題など、経済的側面をめぐる医師と健康保険組合の対立であり、医療の内容についての国際比較に言及されることはずとんどなかった。そこで、ここでは主に近年のアメリカでの医療倫理学の主要テーマを概観する。医療倫理学とは、医学や医療工学など生死にかかる道徳的諸問題の解釈を行う応用倫理学の一種であり、1960年代後半のアメリカに始まった。

1 脳死基準

1993年、妊娠17週目のトゥリーシャ・マー

シャルは脳死と宣告された。サンフランシスコの病院は彼女を脳死状態で105日間生存させ、帝王切開によって男の子が生まれた。

呼吸を司る肺の動きは、脳の呼吸中枢により制御されている。脳死の状態では、人工呼吸器の助けを借りて呼吸と心拍を短時間維持することは可能であるが、やがて心機能の低下や合併症などがもたらされ、1カ月ほどで心拍は停止し死に至る。ただし、医学の進歩により、トゥリーシャ・マーシャルのように脳死状態にありながら出産することも可能となりつつある。

人間の死の定義を見直すきっかけとなったのは、1967年にクリスチャン・バーナード博士によって世界ではじめて行われた心臓移植である。心臓移植のために、移植心臓の損傷ができるだけ少ない方が望ましいが、生きている人間から心臓を摘出するわけにはいかない。

それまでの死の定義は、呼吸停止、心拍停止、脳の機能停止（瞳孔が反応しないこと）の3つであった。ところが、人工呼吸器の登場で脳死の状態にあっても呼吸と心拍は続いているという状況が発生したため、死の定義が問い合わせされることになった。

1968年にハーバード大学脳死特別委員会は、死の定義を脳機能の不可逆的停止（全脳死）と改めることを提唱した（「不可逆昏睡の定義」）。これにより、損傷の少ない臓器を用いた臓器移植への道が開けたといえよう。

ただし、脳死を死とする新たな死の定義への反論は、現在もまだ続いている。脳死イコール死との定義は無条件に受け入れられているわけではなく、旧来の死のイメージとのギャップはいまだに存在している。

表7 臓器提供の現状（2006年5月末）

	心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	(単位：人)
過去の脳死移植者	34	28	32	52	4	1	
現在の待機登録者	85	119	119	11,801	142	2	
待機中の死亡者	82	88	171	1,903	13	0	

出所) 日本臓器移植ネットワーク

トゥリーシャ・マーシャルのケースでは、子供を産むことのできる人を死んでいると定義することに疑問を持つ人もいるだろう。死に対しての評価は人それぞれ異なる。しかしながら、臓器移植による恩恵はそのギャップを埋めて余りあると考えられ、脳死イコール死することは、現在の欧米ではおおむねの市民権を得ている。

翻って、日本では脳死を人の死と捉える国民的合意には至っておらず、臓器提供は盛んではないためドナーが不足しており（表7）、海外で手術を受ける人が増えている。厚生労働省の調査によると、これまで中国で臓器移植を受けた人が120人に達している一方で、国内の脳死による心臓提供者は累計で34人である。

日本では幼児の臓器移植が認められていないため、募金による資金を元にアメリカやカナダで臓器移植を受けるケースも少なくない。それでも、幼児の臓器移植にかかる法案は、いまだ国会を通過していない。この状況は今後も変わらないのだろうか。

2 妊娠中絶

20世紀前半、欧米では妊娠中絶は違法であった。第二次世界大戦を経て、徐々に中絶に対する社会の姿勢は変化してきたが、特にサリドマイド禍の影響は大きかった。1967年に

はイギリスで中絶が容認されたが、バチカンはその後も現在に至るまで中絶を認めていない。

生命は受精の瞬間に誕生し、殺害は許されないとするプロライフ（生命擁護派）に対し、プロチョイス（選択擁護派）は、妊娠中絶は自己決定権にかかわる問題であるとし、中絶を容認する。中絶が合法となった現在も、アメリカではプロライフとプロチョイスの争いは続いている。

アメリカ最高裁判所は、1973年のロウ対ウェイド判決で女性に中絶権があることは認めたものの、胎児の成長度合いに応じて胎児への配慮も大きくなるとの判断から、胎児の母体外での生存可能性を一つの判断基準とした。

具体的には、妊娠期間を3期に分け、妊娠初期から3ヵ月までの中絶は妊婦の自己決定事項とした。また、妊娠3ヵ月以降妊娠中期（24～28週）の中絶は、原則妊婦の自己決定に任されるが、母体に害をなす可能性がある場合には中絶を禁止できるとした。そして、それ以降の、胎児が母体外で生存可能となる妊娠後期には、原則として中絶を禁止した（ただし、母体に害をなす場合は認められる）。

中絶論争のポイントは、受精後の受精卵および胎児を人間と見なすか、ということである。プロチョイスは受精卵や胎児は潜在的人間であり、人間と同等の権利は持っていないため、中絶は許されるとしている。一方、プロライフは受精卵を経て出生に至るまでの過程は区切ることはできず、中絶は許されないとしている。

女性の自己決定権を重視するか、生命の誕

生の神秘は神聖であり侵してはならないものと見なすか、という意見の対立は、根本的に解決に至ることはありえないと思われる。ただ、この論争はキリスト教国に独特のものであることに注意する必要がある。日本では、生命は神聖なものであるという命題の例外として、人工中絶が認められているというのが通説であろう。

3 障害のある新生児

医学の進歩は、重い障害を持って生まれた新生児の扱いにも変化をもたらしている。

以前は、重い障害を持って生まれた新生児は、長く生きることができなかつた。ところが、医学の進歩により、障害のある新生児も治療次第でかなりの期間生存できるようになった。とはいっても、治療を施すことが子供の利益になるとは限らない。子供の治療に当たって、予後を考慮した両親と医師の判断（選択）が求められるようになってきたのである。新生児への選択的治療は、1970年代後半には一般化していった。

1982年のベビー・ドウ事件では、両親の子供に対する治療の拒否権が問題とされた。気管食道障害を持ったダウン症児として生まれたベビー・ドウへの手術を、両親は子供の将来を考えて拒否したが、病院側が反対して訴訟となった。インディアナ州の最高裁判所は親には治療を拒否する権利があるとしたが、検察は連邦最高裁判所に上告した。

結局、子供が死亡してしまったためこの裁判は中止されたが、プロライフの支持により成立したレーガン政権は、この事件をきっかけにベビー・ドウ規制を導入し、障害を持つ新生児への栄養補給や医療処置を行わない行

行為を禁止したのである。

アメリカ議会は1984年に児童虐待防止法を修正し、新生児が慢性的で不可逆な昏睡状態である場合、死が避けられない場合、または治療が無益で非人道的な場合以外は、治療を行うべきであると定めた。この影響で、現在は三、四十年前に比べて、障害を持つ子供に過剰な治療が行われているといわれている。胎児や新生児の治療については、子供の利益を考えたうえで両親が決めるしかないが、「死ぬに任せん」権利を無制限に認めて良いわけではない。

日本でも、新生児集中治療室のある病院で1年以上入院する患者は130人（1施設当たり0.5人）、入院期間の平均は2年8カ月、退院の目処が立たない患者が76人、6年以上入院している患者も13人いるという（2003年度の厚生労働省アンケートより）。

妊娠後期の胎児と早産の未熟児は、生物学的には同じ状態であるが、医療倫理上は両者は区別されている。出生前診断により重い障害を持つ可能性が高い胎児の中絶を認めながら、一方で新生児が重い障害を持っていても死ぬに任せることは容易には認められない。

このように合理性を欠く医療慣行に関して、オーストラリアの哲学者ピーター・シンガーは、「生後29日目までの乳児については、その他の人と同様の生存権を認めなくともよいのではないか」と、その著書で述べているが、同調する人は少ない。重度の障害を持つ新生児への選択的治療の是非は、どの国でも難しい問題である。

4 人工授精と着床前診断

試験管ベビーの世界第1号は1978年にイギ

リスで生まれたが、1978年から98年までの20年間に、アメリカでは5万人が体外受精によって生まれた（世界中ではその2倍といわれている）。

体外受精では、妊娠確率を高めるために多数の受精卵（母体外で受精させる）を作り、場合によっては冷凍保存する。この受精卵の道徳的、法律的立場が問題となった。

オーストラリアで資産家夫婦が行った不妊治療のケースでは、冷凍保存された2つの受精卵を残したまま夫婦は事故死してしまい、その相続権が問題となった。受精卵に後見人を設け、代理母に出産を依頼するなどの解決策も考えられるが、この件では、オーストラリア政府特別委員会はこの受精卵の廃棄を勧告した。受精卵は人間になる可能性を有してはいるが、法的には受精卵への保護は胎児を下回るとすることが常識的見解であろう。

受精卵の着床前診断についても、賛否両論がある。骨髄移植を必要とする長女のために、受精卵遺伝子検査による着床前診断により子供を生んだケース（複数の受精卵のうち、着床前診断により骨髄移植に適切な受精卵だけが母胎に戻された）は、命の選別であるとの批判も受けた。複数の受精卵のうち適当でない受精卵を処分することは、命を試しに作ることであり差別であると非難されたのである。

そして、最初の一歩を認めてしまうと後は下り坂を転げ落ちるよう、障害や病気の素質を検査したうえで、問題がないとして望まれた子供だけを生もうとする傾向に拍車がかかり、やがて障害者を排除する優生学的社会風潮を生み出しかねないと、恐れる意見も少なくない。ドイツでは、ナチスの優生学に基

づく大量殺人の記憶から、着床前診断は認められていない。とはいえ、着床前診断は体外受精でのみ発生する事態である。

日本では、年間30万件に上る人工中絶に対しても大きな反対意見は聞かれないと。したがって、胎児以前の、遺伝子を原因とする病気を防ぐための着床前診断について、賛否を今さら論じても仕方なかろう。むしろ、再生医療とのかかわりにおいて、受精卵の道徳的立場が問題となっている。

5 クローン技術と再生医療

1997年、クローン羊ドリーが生まれ、ヒトクローンの問題が現実味を帯びてきた。クローンとは、簡単にいうと卵子のみで子供が生まれる技術である（元の個体から取り出した細胞の核を、核を取り除いた卵子に埋め込み、できたクローン胚を子宮に戻す）。クローン技術は羊での成功を受け、犬などのは乳類などにも応用されつつあるが、人間での成功例は確認されていない。

ヒトクローンが現実となれば、現在の不妊治療では子供のできなかった夫婦には朗報となる。しかし、ヒトクローンはいまだ夢の技術に過ぎず、ヒトクローンを法律で認めている国もないため、当面は大きな問題ではない。

問題は、クローン胚および中絶胎児の再生医療への応用である。ヒトの体細胞を利用した単性生殖によるクローン胚に特殊な処理を施し、体外で分化せずに増殖するES細胞（胚性幹細胞）の研究が進められている。この技術が現実的になれば、ES細胞はあらゆる細胞に変化することが可能なため、人体の代替組織再生医療が可能となる。これまでの

臓器移植では拒絶反応が大きな問題であったが、クローン技術を用いれば、本人の遺伝子がもととなっているため、拒絶反応は起きない。

初期の受精卵、あるいはクローン胚は、人体組織を作るために分裂を繰り返す万能細胞である。この分裂の仕組みを解明していくことで、臓器の再生も夢ではなくなる。実際に、岡山大学ではES細胞から人工肝臓を作る動物実験に成功している（2006年3月）。

再生医療に関しては、さまざまな問題がある。骨髄損傷やパーキンソン病の治療のために、中絶胎児の神経幹細胞の利用が検討されているが、この場合は研究目的での受精卵の利用に比べ、倫理的問題は相対的に低いと思われる。とはいえ、やはり、その利用については倫理面、あるいは家族の心情など、考慮すべき事柄が多く、指針を定めるまでには多くの時間がかかるだろう。

プロライフの立場からは、受精卵を破壊しES細胞を作ることは殺人となる。しかし、受精後14日目までは神経細胞がないことから、研究目的での利用を認める意見が大勢を占めるようになってきている。クローン胚からES細胞を作成するためには、大量の卵子を必要とすることが研究開発上の障害となっているが、この問題についても早急にルール作りに取り組んでいかねばなるまい。韓国での論文偽造事件もあったが、ハーバード大学は研究開始を発表し、日本の文部科学省もルール作成に入った。

6 医療資源の配分

人工透析がまだ高価であった時代、シートルには透析を行う患者を決める「神の委員

会」があった。そこでは、選択の基準として「社会的価値」が取り入れられており、熱心に働いて成功した人や、敬虔なクリスチャンで地域社会に積極的に貢献した人などが、選択される傾向にあった。選択の基準として考えられるものは、社会的価値以外にも年齢や回復可能性など、いろいろあり、当然この選択基準は大きな波紋を呼んだ。腎機能の衰えた患者にとって、この委員会で透析者に選択されることは死を意味していた。

結局、このような選択を続けることができず、1972年にアメリカ議会はすべての人工透析費用を国家負担とすることを定めた。

現在は、有限医療資源の配分の問題は、臓器移植で顕著である。脳死による臓器提供者の数よりも、移植を望む患者の方が多いのである。このため近年では、臓器商業取引を認めようとする動きすらある（インドでは臓器売買が認められている）。

商業化の兆しは、代理母や、精子・卵子提供者の報酬など、生殖医療において始まったが、生命のかかった臓器売買は非常に高額になる可能性があり、貧しい人は救われないのかと、否定的な意見も少なくない。とはいえ、供給の拡大により恩恵を受ける人が増えることは確かであり、商業化の是非をめぐっては今後も論争が続くものと思われる。

再生医療の素材調達にも市場メカニズムが導入される可能性があるが、どの程度の市場メカニズムを許容するかは世の中のコンセンサスに従うしかなかろう。

7 医療倫理問題の広がり

旧来の医療倫理学は、生死にかかわる問題への指針を示すと同時に、患者の自己決定権

の擁護に努めてきた。しかし、近年では、臓器の商業取引の是非、クローン胚などの再生医療の倫理問題が中心となりつつある。

また、アルツハイマー症の治療薬は、健常者の記憶力を増すことにも役立つ可能性が高いことが明らかになってきた。スポーツの世界ではドーピングが大きな問題となっているが、入学試験や資格試験の場で薬物が使用される可能性すら生じているのである。

ところが日本では、不妊治療、尊厳死、安楽死問題など、欧米ではある程度合意形成が固まりつつある問題について、手つかずともいえる状態にある。誕生と死という人生の最も重要な局面で、個人の自己決定権が認められない状況を早急に改めるべきである。

V 生殖医療の問題

1 第一子出産の高齢化

30歳以上の女性の出産比率は、1970年の23%から2003年には50%にまで増加した（厚生労働省「人口動態調査」）。晩婚化が進んでおり、この間の女性の平均初婚年齢および第一子出産平均年齢は3歳ほど上がった。2000年代に入ってからも、この流れは続いている（表8）。

表8 年齢別出生数

年齢	2002年	2005年	(単位：人)
			2005年－2002年
14歳以下	52	41	-11
15～19歳	21,349	16,531	-4,818
20～24歳	152,493	128,140	-24,353
25～29歳	425,817	339,357	-86,460
30～34歳	406,482	404,731	-1,751
35～39歳	131,040	153,448	22,408
40～44歳	16,200	19,753	3,553
45～49歳	396	563	167
50歳以上	10	34	24

出所) 厚生労働省

生まれた時点で100～200万個ほどある卵巣中の原始卵胞（中に卵子を含む）は、増えることはない。20歳を迎える頃には10万個程度となり、30代後半を境に急速に減少する（閉経時にはほぼゼロになる）。加齢とともに妊娠能力が低下するゆえんである。

長寿化の進行で女性の平均寿命は86歳に達しているが、妊娠可能年齢が上昇しているわけではない。容易に妊娠できるのは30代の半ばまでであり、自然の摂理に従えば、最終的に出産が可能な年齢は40代前半までと考えられている。

女性の社会進出とともに晩婚化が進んでいるが、それにともなって不妊が大きな問題となっている。不妊とは、避妊をしていないにもかかわらず2年以上子供ができない状況をいう（約9割の夫婦が2年内に妊娠していることを根拠としている）。約50万組ともいわれている不妊に悩む夫婦は、さまざまな生殖治療にすがることになる。

2 不妊治療

不妊治療は19世紀初頭に始まった。最初は、精子を人工的に子宮に注入する方法で、これはAIH（配偶者間人工授精）と呼ばれている。AIHの妊娠率は1回につき5～10%である。

次にAID（非配偶者間人工授精）がある。日本では、1948年に慶應義塾大学医学部で、夫が無精子症の夫婦のために、夫ではない男性の精子が用いられたケースが始まりである。

人工授精に失敗した場合は、ART（体外受精、顕微受精などの先端生殖補助技術）がある。体外受精の妊娠率は約25%である。

1983年の東北大学での成功を皮切りに、体外受精で生まれた子供は累計で10万人を超えた（2003年17万人）。現在、65人に1人は体外受精により生まれている計算になるが、今後も増加が予想されている。少子化対策の一環として積極的に政府予算をつぎ込むべきであろう。

体外受精とは、子宮での自然受精に任せるのでなく、精子、卵子を体外で人工的に受精させ、受精卵を子宮に着床させる技術である。夫婦の体外受精には、4通りの精子と卵子の組み合わせがある。

- ①精子、卵子とも夫婦のもの
- ②他人の精子、妻の卵子
- ③夫の精子、他人の卵子
- ④精子、卵子とも他人のもの

①が望ましいのはもちろんであるが、体外受精、AIDの組み合わせである②は、比較的初期から認められていた。一方、③は1995年に初めて公表された。公表当時は論議を呼んだが、②が認められている以上、認められてしかるべきである。④については、日本ではまだ公表された事実はない。

今後の問題点として、卵子のセルフバンクおよび卵子の商業取引がある。凍結技術の進歩で、卵子の凍結保存が可能となっている。病気治療のための薬剤使用前に卵子を凍結保存し、回復後に利用することが想定されているが、個人の要望にそった利用を認めてよからう。若いうちに卵子をセルフバンクに保存し、将来、出産を望む時期にそれを利用することを可能にすべきである。

晩婚は不妊の大きな原因であるが、晩婚化が収まる気配はない。卵子セルフバンクは、不妊に悩む夫婦の助けにもなろう。精子と異

なり卵子は無限ではなく、加齢とともに卵子の数は減り、出産確率は低下する。アメリカでは精子バンクと同様に卵子バンクの商業化が始まりつつあるが、日本でも検討すべき課題であろう。

民法では、母と子は出産の事実をもって親子となると定められており、体外受精にもこの原則が適用される。他人の精子を用いる場合でも、夫の承認があれば体外受精で生まれた子供については嫡出子と定められ、特に問題はない。

ただし、生まれた子供が生物学上の親を知る権利に関する問題が残されている。2005年、オランダでは、第三者の精子を用いて生まれた子供に、生物学上の親を知る権利を認める法律が成立した。これにより、精子提供者のデータベースが作成され、子供は16歳になれば、生物学上の親の名前を知ることができることになった。これを機に精子提供者が急減しており、匿名での提供を認めるべきとの声も聞かれる。

日本でも、第三者の提供する精子により生まれた子供はすでに1万人に達しているが、慶應義塾大学医学部のアンケートによると、精子提供者の6割は生物学上の子供との面会を望んでいない。また、匿名がよいとする人は9割に上っている。

血液型や両親の離婚をきっかけにAIDの事実を知った子供が、生物学上の父親を知りたいと思う場合もあるだろう。しかし、精子提供者には父親の自覚はない。当面は事実を知った子供のためのカウンセリングに努めることになろうが、オランダのように匿名性を否定する法律の是非については、まだまだ論議を重ねなくてはなるまい。

3 代理母

何らかの理由で子宮を失うなどして、自力での出産が不可能な女性のためには、代理母が必要になる。代理母には2種類ある。一つは、夫婦の精子と卵子を体外受精させ、ホストマザーと呼ばれる他人の子宮に着床させる。ホストマザーとは出産を担う母親ではあるが、生まれた子供は生物学的には夫婦の子供である。もう一つは、夫の精子で代理母が出産する場合である。サロゲートマザーと呼ばれる。日本では、2001年に妻の妹がホストマザーとなる代理母による子供が生まれた。

生まれた子供が障害者であったため出産を依頼した夫婦が子供の受け取りを拒否する、あるいは子供を産んだ代理母が子供を手放すことを拒否するなどのトラブルもあり、代理母の利用には批判が多い。しかし、子供を望む夫婦、そして協力したい人がいる限り、ホストマザーの形態を認めることに問題はない。

特別養子制度では、生みの親の受精卵から生まれた子供を、戸籍上、別の夫婦の子とすることが認められている。このことから考えても、法による手続きを定めたうえで、正式に代理母制度を法律上認めるべきであろう。出産を依頼する夫婦と代理母の契約がこじれ、親のない子供が生まれることのないように、法は最低限の後見をすればよい。

4 着床前診断の波紋

前述したように体外受精の妊娠率は約25%であるが、これには若い夫婦も含まれている。海外の調査報告では、体外受精の受精卵の着床率は、34～37歳で21%、38～39歳で12%、40歳以上では6.5%と、加齢とともに

低下する（体外受精には成功しても、妊娠しない確率、あるいは流産の危険性は急激に上昇する）とされている。

流産の理由の一つに、受精卵の染色体異常がある。加齢とともに、精子、卵子、受精卵の染色体異常発生率は上がる。自然の摂理で、染色体異常の受精卵の大半は着床しないか、流産することになる。子供ができない女性にとって、体外受精と流産の繰り返しはつらい。

習慣流産の女性を救う手段として、着床前診断がある。日本では2004年に神戸で始まったが、世界中では約1000人の子供が着床前診断を受けた後に、順調に成長している。

流産の3分の2は染色体異常といわれている。前述のとおり、染色体に異常のある受精卵は着床しないか、しても大半が流産に至る。そこで、体外受精卵を子宮に戻す前に診断し、染色体異常のない受精卵のみを子宮に戻すことで流産を防ぐのである。この技術は習慣流産に悩む人には朗報であったが、着床前診断は命の選別を行うことであり認められないとの批判も呼んだ。

5 受精卵と胎児

着床前診断の対象になる受精卵の、法律上の地位を見てみよう。刑法上、胎児とは子宮内着床から出産前までをさす。受精卵は胎児以前の着床に至っていない段階であり、将来人となる可能性を秘めてはいるが、確率は胎児より低く、法律上の保護は胎児を下回ると思われる。将来人となる存在であり、その扱いには倫理観が必要とされるものの、中絶がほぼ自由化されていることを考えても、着床前診断を禁止する理由は乏しい。

2004年の神戸での習慣流産の患者に対する着床前診断では、異常な染色体のある受精卵が選別され、排除されたが、これは子宮に着床できない細胞であった。習慣流産の患者の保護を目的とした行為であり、倫理的な問題はなかろう。

不妊治療、着床前診断などの生殖技術は、人の願望とともに進歩を遂げてきた。憲法第13条には、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で最大の尊重を必要とする」と定められている。

男女の産み分け法を進めている医師グループの調べでは、産み分けに基づいて7年間で5000人が生まれたが、その男女比率は55%対45%と、自然の比率とほぼ同じである。したがって、自然の摂理に反するとの批判があつた産み分けについても、男女比の異常を心配する必要はないと思われる。また、公共の福祉に反するものでもなく、少なくとも第二子以降は、男女の産み分けを認めておかしいことはなかろう。生殖医療の場では、可能な限り親の願いを認めるルール作りを進めるべきであろう。

VI 安楽死、尊厳死

安楽死とは、耐え難い肉体的苦痛に苦しむ、助かる見込みのない患者を、苦痛から開放して安らかな死をもたらす行為である。この行為は刑法では殺人、あるいは同意殺人に当たるが、要件次第で違法性阻却あるいは責任阻却となる。

安楽死は、次の3つに分けられる。

①苦痛を和らげるために生命にも影響を及

ぼす強い麻酔薬を用いる間接的安楽死

②治療を中止する消極的安楽死

③苦痛を取り除くために死期を早める直接的な手段を講じる積極的安楽死

まず、①の間接的安楽死は、治療行為の範囲であるとして違法性が阻却されると考えられている。また、②の消極的安楽死については、医師の治療義務には、いたずらに苦痛を長引かせる措置は含まれず、治療の中止は不作為による殺人とは解釈できないとされている。したがって、違法性阻却が問題となるのは③の積極的安楽死である。

医学の進歩で、安楽死、尊厳死の問題の重要性が増すこととなった。ペニシリンの発見や、麻酔や輸血技術の進歩、胃カメラの開発、人工透析技術など、さまざまな医学の進歩により、第二次大戦後からこれまで人の寿命は飛躍的に伸びたといえよう。

ところが、高齢化とともになう慢性疾患やガンに対する根本的治療法は確立されていない。その一方で人工呼吸器などの開発により延命治療は着実に進歩しており、病院では自然死を迎えることは事実上困難になってしまった。長生きすることは可能であるが、その質が問題となってきているのである。

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）を守るために、延命だけを目的とした治療を拒否する尊厳死を望む声が大きくなるのは当然である。高齢化の進行により、アルツハイマー症患者の増加も予想されるが、アルツハイマー患者がガンなどの病気となったときの対応策も考えておくべきである。延命治療、終末期の意思決定についてのルール作成が求められている。

1 延命の中止

人工呼吸器や栄養管技術の進歩により、従来であれば死亡していたであろう人が、意識のないまま命だけ長らえる植物人間の存在が問題となってきた。こうした人が人間として尊厳ある死を迎えるために、生命維持装置を止める行為を正当と見なすかが、狭義の尊厳死問題である。

1975年にカレン・クインラン（21歳）は遷延性植物人間（PVS）、すなわち意識のないまま人工呼吸器と栄養管で生命を維持する状態となった。両親は人工呼吸器を取り外し、娘の死を望んだ。しかし、医師たちは、医師には治療を継続する義務があること、さらに殺人罪の適用を恐れたこともあり、訴訟となった。科学技術の発展が、生きるに値しないとも考えられる命を生んだことへの問題提起ともいえよう。

ニュージャージー州最高裁判所は、純粋に個人的な問題について人は政府の干渉を受けずに決断することができるというプライバシー権を根拠に、本人に意識がない場合は家族が本人の代理人として患者を死なせることができるとした。この結果、カレン・クインランの人工呼吸器は取り外された。しかし、裁判では栄養管についての言及がなかったため、取り外されることはなかった。カレン・クインランは1986年に死亡するまで10年間生き続け、家族はその看護を続けた。

1983年、ナンシー・クルーザン（24歳）は交通事故で遷延性植物人間となった。両親は、尊厳死を望み、栄養管の取り外しを求めた。ミズーリ州最高裁判所は、生命の質がどのようなものであれ、生命の維持は州の利益であり、判断力のない患者から生命維持装置

を取り外すに当たっては、患者の希望に関する明白かつ確信を抱くに足る証拠が必要であるとして、両親の要求を退けた。

1990年には、アメリカ連邦最高裁判所もこの見解を支持した。いいかえれば、アメリカ連邦最高裁判所は初めて、判断力のある患者には治療を受けない権利があることを認めることになる。

ナンシー・クルーザンの両親は、州裁判所に対して再び本人の意思確認のための訴えを起こした。友人達から、明白かつ確信を抱くに足る証拠が提出され、1990年末に栄養管は合法的に取り外されることになった。尊厳死に至るまでに7年の歳月がかかったことになる。

2 家族による代行の限界

アメリカの裁判所は、憲法上のプライバシー権の中に判断力のある患者の治療拒否権が含まれていることを認めたが、問題は本人の意思が明らかでない場合である。通常は、本人の代理人として、両親などが本人の意思を述べることとなるが、裁判で代行を認めるためには、本人の意思を推定できるだけの証拠が必要とされる。この問題を解決するために、安楽死が認められているオランダでは、自分の終末期の処遇を記入した命のパスポートを保有する人が多い。

ナンシー・クルーザンの判決に対して、医師や倫理学者の一部は激しく反発した。この判決に従えば、遷延性植物人間の治療は一度始めれば中止できないことを意味する。元気なときに、もし自分が植物人間になった場合には死を望むといい残してあるケースはまれである。とすると、本人の意思が確認できな

い場合、回復の望みのない治療のために巨額の負担を課すことが果たして正しいことなのか、という問題提起である。

カレン・クインランの時代の医師は、最後の瞬間まで治療を続けることを義務と考えていた。死への過程にかかる患者や家族の権利の定義が、確立されていなかったのである。その後、30年近い年月が経ち、昏睡状態が1年以上続いた患者の場合、回復はほとんど望めず、その治療のために家族や社会に無駄な負担をかけるべきではない、との見解が一般化していった。リチャード・ニクソンが脳卒中になったとき（1994年）、ニクソンは人工呼吸器の取り付けおよび蘇生術を拒否することを指示していた。

1986年、アメリカ医師会は、生命維持装置によって生命が維持されている慢性的な昏睡患者については、人工栄養輸液の提供は患者と家族が拒否しえる延命治療であると規定した。これにより、家族の同意を得て、装置を取り外すことが可能になった。無駄な治療は、家族との合意に基づいて止めることが、一般化しつつある。

しかし、法律の場では、患者の意思が明確でない場合の生命維持装置の取り外しについては、依然として争点のままである。確たる明白な証拠となるリビングウィル（遺言状など生前の意思表示）があれば問題はないが、特に若者などではリビングウィルの作成はまれである。親族の一部が他の親族による決定を拒否した場合、法定ではリビングウィルが必要となり、証拠が提示されなければ延命治療が継続されるケースもある。本人の意思が不明なときの装置取り外しは、法的に了解されていない。

3 トニー・ブランド事件

1993年、トニー・ブランドの尊厳死を求める訴えに対して、イギリスの最高裁判所はアメリカの裁判所より一步踏み込んだ判決を下した。

トニー・ブランドは18歳で事故に遭い、遷延性植物人間となった。リビングウィルはなかったが、治療を続けても回復の見込みはないとして、医師は生命維持装置の取り外し、および医学的援助の中止を求めた。

判決では、患者に意識がなくインフォームドコンセントが不可能な場合、医師には患者の生命を絶対的に延長する義務はなく、単に命を引き延ばすだけの治療は患者に利益をもたらすこともなく、妥当性はないとされた。無益な治療に意味はなく、その場合、患者の死につながる生命維持装置の取り外しは正当であると認めたのである。

尊厳死に関する欧米各国の判断はさまざまである。しかし、以下の三段論法が妥当性を失いつつあることは確かであろう。

- ①罪のない人間を殺してはならない。
- ②遷延性植物人間は、生命維持装置によつて生きているだけであるが、人間である。
- ③すなわち、意識がなく回復の見込みもないが、生命維持装置を取り外すことは殺人であり、認められない行為である。

これは、いかなる場合も人命は神聖であり、侵すべからざる価値があるとの前提の下では、正しい。しかし、生命の質まで考え合わせたとき、無益な治療に正当性があるのだろうか。上記①に例外があるとすれば、その条件は、本人の意思表示、本人の代理人としての家族の意思、無益な生の否定である。富

山県の医師による人工呼吸装置取り外し事件（2006年）では、本人の意思が確認されていなかったことが問題となっている。

終末期には本人の意思を確認することは困難であるが、本人の意思を無視し、医師と家族の判断に基づいて延命治療を中止することに疑問を感じる人も多かろう。高齢化の進行もあり、この件のような事態は今後増えていくに違いない。事態の混迷化、複雑化を避けるためには、各人が元気なうちに、終末期医療に関しての意思を明確にしておかなくてはならない。

日本尊厳死協会の利用、あるいは入院時に意思表示を行う（紙に書きおく）必要があるが、本人の意思が明らかでない場合に、医師との相談を経たうえで家族が本人の代理となる法的手続きを定めるべきであろう。

日本は、2020年には65歳以上人口の約10%に当たるおよそ300万人が認知症障害患者になると予想されている。認知症患者が安心して暮らせるためのグループホームの増設も盛んであるが、認知症高齢者が終末期を迎えた場合の対策としても、法的手手続きの制定は必要である。

成年後見人制度の策定時には本人が意識を失ったときの財産管理についての決まりは定められたが、第三者が医療の選択の後見人となることについては先送りされた。しかし、終末期を迎えた認知障害者の医療に関する選択の制度化は、避けて通れない問題である。

4 自殺と安楽死

2004年、日本の自殺者は約3万2000人と、7年連続で3万人を超えた。自然自殺率は、人口10万人当たり25人と、世界第2位である

(1位のロシアは39人)。その内訳を見ると、72%が男性、73%が40歳以上である。病気や負債に悩む中高年男子の自殺が目立つが、高齢者の自殺も増えている。キリスト教では自殺は罪であり、「自殺は神に対する義務違反ではない」とした18世紀のイギリスの哲学者ヒュームは無神論者との誹りを受けた。

キリスト教国では、イギリスで1961年によるやく自殺が犯罪でなくなったことに示されるように、自殺に対する批判は根強く、自殺帮助を正当化することには抵抗が強い。

アメリカの医療倫理規定でも医師による自殺帮助は禁止されており、刑法でも原則として自殺帮助は犯罪である。ただし、変化も現れつつある。

オランダでは積極的安楽死は合法化され、ベルギーやスイスもこれに追随している。アメリカでもオレゴン州では尊厳死法が成立しており、同意の下に自殺を帮助することを罪とする考え方も崩れつつある。回復の見込みがない患者を苦痛から解放するために、延命措置を中止する、あるいは死期を早める（安楽死）ことは、社会的にも認められる方向にある。ただし、その範囲をどこまで認めるかは問題である。

5 医師の自殺帮助

1990年、ミシガン州でジャネット・アドキンズはアルツハイマー病の進行を恐れ、医師のジャック・キボーキアンに自殺帮助を依頼し、安楽死した。キボーキアンは殺人罪で起訴されたが、ミシガン州刑法には自殺帮助罪がなく、無罪となった。

キボーキアンは1990年代に約100件の自殺帮助を行ったが、99年にミシガン州刑法が改

正され、有罪となった。しかし、1994年4月に筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者の自殺を帮助した件では、陪審員は患者を苦痛から解放するために自殺を帮助したことは罪には当たらないとして、無罪の評決を下している。終末期ではない患者の尊厳ある死を帮助することを正当と認めたのである。

アメリカでも、医師の自殺帮助に関する裁判所の判断は常に注目される。生命維持装置の取り外しは認められているにもかかわらず、身体の自由のない人への医師の自殺帮助を認めないことは差別であるとして訴訟が起こされた際には、両者は全く性質が異なるものとの判決が下され、自殺帮助に対する伝統的解釈は変わらなかった。

唯一、オレゴン州でのみ、終末期の患者に限って自殺帮助を認めている。そのオレゴン州でも医師が直接患者に薬物を投与するのではなく、医師が処方した薬物を患者が自ら服用することと定められている。

カナダでALSの患者が起こした自殺帮助を認めるべきとの訴えについても、カナダ最高裁判所は僅差でこの訴えを却下している。死ぬための手助けを求めたALS患者の心情に一定の理解は示しつつも、裁判所は、社会的弱者の生命保護の見地から、自殺帮助は認められないとした。

6 オランダの安楽死法

生命は神聖にして侵すべからず、という伝統的理念は今も根強く、法廷の場では自殺帮助は罪であるとの判決が下されることが多い。人の寿命は年々長くなりつつあるが、ガンや脳卒中、心臓病などの慢性疾患を長い間患いつながら死んでいく人も増えており、誰も

が望み通りの死に方ができるわけではない。

自殺帮助に関しては、社会的弱者への配慮などの理由から、厳しく制限すべきとの考え方が一般的である。しかし、回復の見込みのない患者が苦痛から逃れるために安楽死を求めた場合は、医師の自殺帮助を違法性阻却とする例外条項を設けるべきであろう。「生命維持装置の取り外しは責められる行為ではないとはいえ、本人の要請に基づいて積極的に死を招いてはならない」という従来の考え方から一歩進んで、積極的安楽死を世界で初めて合法化したのは、オランダである。

1971年にヘルトルイダ・ポストマ医師は、自殺を試み、看護を拒否する半身麻痺の母親に、モルヒネを注射して安楽死させた。この事件をきっかけに、安楽死の是非を問う国民的論議がわき起こり、1973年に地方裁判所は、苦痛から解放するための鎮痛剤投与により患者を即死に至らしめた女医の行為に対して、1年の執行猶予付き禁固1週間という判決を下した。

この後、オランダでは自発的安楽死協会が設けられ、安楽死に関する国民運動が盛んになつていった。1984年にオランダ王立医師会は、①患者の自発的要請がある、②患者の自発的要請は熟慮された結果であり継続性がある、③耐え難い苦痛がある、④複数の医師が相談する——という要件を満たした場合、医師による安楽死を認めるという報告書を発表した。

その報告書を尊重した結果、最高裁判所も積極的安楽死を無罪とする判決を下した。一方、検察は安易な安楽死に歯止めをかけるため、医師には報告書（定められた形式がある）の提出を義務づけ、安楽死の内容の透明

化を図った。このように、積極的安楽死は、オランダでは事実上1990年代に容認されていたが、2001年に刑法修正法案が議会を通過したことで、オランダの安楽死法は世界に衝撃を与えた。

7 安楽死の合法化に向けて

オランダの安楽死法には2つのポイントがある。

- ①要件として、終末医療に限定されていないこと
- ②肉体的苦痛だけでなく、精神的苦痛も含まれていること

終末期に限定されていないため、精神的苦痛を無制限に認めると、人生に絶望した人の安楽死も認められることになる。この観点から、認知障害の進行を恐れ、自殺未遂を繰り返す患者にも安楽死が認められている。したがって、前述したアメリカのキボーキアン医師の行為は、オランダでは合法であろう。

日本の65歳以上人口は、2025年には全人口の3割を占めると予想されている。遷延性植物人間の尊厳死とは別に、人間として尊厳ある生き方を求めて、広義の尊厳死を望む人も増えるだろう。耐え難い苦痛に悩む人などに、死の自己決定権を認め、尊厳ある死を許容することは、罪深いことではあるまい。

とはいえ、自発的尊厳死を認めるのであれば、高齢者福祉の充実は欠かせない。高齢者の介護体制が不十分なことで、絶望を感じ尊厳死を望む人が増えてしまつては、本末転倒であろう。自己決定権を尊重すると同時に、医療・介護サービスのより一層の充実が求められているのである。

アメリカで唯一安楽死が認められているオ

表9 生命倫理学に関連した主要な出来事

	臓器移植	出生	死亡	新生児医療
1960年代	67年：南アフリカで、クリスチャン・バーナードにより世界で最初の心臓移植 68年：アメリカのハーバード大学の脳死委員会、不可逆的昏睡を死の新たな判定基準とすることを提案（全脳死説）	62年：アメリカでサリドマイド児の中絶を拒否された女性が、スウェーデンで中絶 67年：イギリスで、妊娠中絶法を制定 68年：バチカンの「人間の生命について」の回勅でいかなる形式の人為的な産児制限も否定	67年：イギリス・ロンドン郊外にホスピス誕生。不自然な延命より苦痛を緩和して人間らしい生を全うすることの援助を目的とする	
1970年代		73年：アメリカ最高裁、妊娠期間を3期に分け、胎児が母体外で生存可能となる以前の妊娠中絶を禁止する州の立法権を違憲とする 78年：イギリスで、ルイーズ・ブラウンが、人工授精により最初の試験管ベビーとして誕生	73年：オランダ王立医師会、不治の病の患者の自発的要請を前提に、生命短縮効果のある苦痛緩和薬モルヒネの利用を承認 76年：アメリカで、植物人間となったカレン・クインランに関する判決。「死期間近で判断力のない患者の家族が患者を死に至らせる決断を下し、人工呼吸器を取り外すことも認められる」	71年：イギリス人医師のジョン・ローパー、二分脊椎病を分析し、新生児に対する選択的治療を提案 76年：アメリカのペギー・スティンソン、重度損傷の可能性が高い胎児の中絶を望むが、未熟児で出産。医師は子供の延命治療に尽力
1980年代	前半：免疫拒絶抑制剤ミクロ・スポリンにより、臓器移植5年後生存率は7割に至り、臓器移植が加速 各国で脳死の定義、臓器移植の手順について、法整備進む（日本は95年）	81年：オーストラリア政府、死亡した夫婦の凍結体外受精卵を破棄 83年：オーストラリアで、妻以外の卵子で出産に成功	85年：オランダ国家安楽死委員会、安楽死を「本人の要請により意図的に他人を絶命させる行為」と定義し、刑法改正を勧告	82年：アメリカで、ダウン症および食道障害の新生児ドウへの治療を親が拒否、裁判所もこれを認める 84年：アメリカ児童虐待法の修正。障害児が不可逆的昏睡、死が不可避、治療が無益のときにのみ、治療を中止することを認める 89年：アメリカで、装着後8ヶ月を経て新生児の人工呼吸器を止めた親が自首
1990年代以降	半ば以降：ドナー不足により生体間移植が増え始める 2000年に入り、臓器の売買の可否が問われ始めている	93年：アメリカで、脳死判定後105日目にトゥリーシャ・マーシャルが男児を出産 93年：アメリカ、クリントン政権、「中絶胎児の組織を医師研究に利用することは倫理的に許される」 2000年：アメリカで、着床前診断により生まれた男児の幹細胞を、長女の骨髄に移植	90年：アメリカで、「植物人間の栄養管取り外しの要求には、患者の希望に関する明白かつ確信に足る証拠が必要」との判決 93年：イギリス最高裁、「植物人間に對し医師は無益な治療を続ける義務はない」と判決 97年：アメリカ・オレゴン州で、終末期の患者に医師が致死量の薬を処方する尊厳死法が成立 2001年：オランダで、世界初の安楽死法が成立	92年：アメリカで、「無脳症は脳死ではなく臓器提供は認められない」と判決 今後の問題：胎児の健康のための妊婦に対する強制（アルコール、麻薬の禁止など）の是非

レゴン州では、医療保険に入れない貧しい人に対しても、終末ホスピスを提供する制度が設けられている。また、積極的安楽死を躊躇する医師が末期医療に力を注いだ結果、在宅ホスピスが他州に比べてはるかに充実するという効果を生んだ。

生命は神聖にして侵すべからざるものであり、治療を止めることが罪悪である、と見なされる時代ではなくなってきている。年々、医療は進歩しているが、それとともに不本意な死を迎える人が増えていることは皮肉である。生きることの質を重視し、尊厳ある死を望む人は増えると思われる。

医療・介護サービスの一層の充実を図り、自宅で穏やかな死を迎えることのできる環境を整備するとともに、個人の自己決定権を尊重し、本人の明確な意思表示を前提に、終末期に蘇生を拒否する法定申請書制度、および医師が終末期の患者に致死量の薬物を処方するアメリカ・オレゴン州型の安楽死を認めるべきである。

参考文献

- 1 グレゴリー・E・ペンス『医療倫理1、2』宮坂道夫・長岡成夫訳、みすず書房、2000年、2001年
- 2 樋口範雄・土屋裕子編『生命倫理と法』弘文堂、2005年
- 3 ピーター・シンガー『生と死の倫理』権則章訳、昭和堂、1998年
- 4 三井美奈『安楽死のできる国』新潮社新書、2003年
- 5 大谷徹郎・遠藤直哉編著『はじまつた着床前診断』はる書房、2005年
- 6 トマス・シュランメ『はじめての生命倫理』村上喜良訳、勁草書房、2004年
- 7 町野朔他編著『安楽死・尊厳死・末期医療』信山社出版、1997年
- 8 アン・B・パーソン『幹細胞の謎を解く』渡会圭子訳、みすず書房、2005年
- 9 畑山博・中山貴弘『35才からの妊娠』主婦の友社、2004年
- 10 マーク・ホール、アイラ・エルマン、ダニエル・ストラウス『アメリカ医事法』吉田邦彦訳、木鐸社、2005年
- 11 廣瀬輝夫『生と死にかかる医療』日本アクセル・シュプリンガー出版、1998年

著者

中村 実（なかむらみのる）

研究理事

専門は社会保障論