

Title	イギリスの『ヒトの受精と胚研究に関する法律』から学ぶもの：生命倫理問題に関する一考察
Sub Title	Implications of the Human fertilisation and embryology act 1990
Author	武藤, 香織(Muto, Kaori)
Publisher	慶應義塾大学大学院社会学研究科
Publication year	1994
Jtitle	慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要：社会学心理学教育学 (Studies in sociology, psychology and education). No.39 (1994.) ,p.21- 27
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	論文
Genre	Departmental Bulletin Paper
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN0006957X-00000039-0021

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

イギリスの『ヒトの受精と胚研究に関する法律』から学ぶもの

——生命倫理問題に関する一考察——

Implications of the Human Fertilisation and Embryology Act 1990

武 藤 香 織*

Kaori Muto

This paper introduces the Human Fertilisation and Embryology Act 1990 in UK which is the most comprehensive and wide-ranging pieces of legislation on issues of reproductive technologies in the world. The first priority of this act was to establish the Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA), which regulates certain research and treatments of medically assisted reproduction: In Vitro Fertilisation, Artificial Insemination by Donors, etc. Every centre treating human gametes and embryos has to be licensed on its activities, so that British medical professionals must have their autonomy controlled by HFEA.

Reviewing this Act, the author finds some points applicable to the Japanese situation. Major indications are as follows: (1) We need a national ethics committee like HFEA in Japan to solve bioethical issues. (2) The British leading principles for regulating reproductive technologies are "Child Welfarism" and "Flexibility", which are different from those of France and Germany. We should find our Japanese leading principle resulting from a clearer policy making process. (3) The Japanese medical professions should become more open to the public and more socialized in order that we may have a common agenda.

0. はじめに

1978年にイギリスでルイズ・ブラウンが誕生して以来、いわゆる子づくり技術の新しい時代が始まった。彼女の母親は卵管に異常があったために、卵子は受精することができなかった。卵管の通過障害を除去する手術は悉く失敗に終わり、結局母親の卵巣から直接卵子を取り出して、父親の精子と体外で受精させる方法を取った。こうして生まれたのがルイズ・ブラウンであった。彼女の誕生は、不妊に悩む人々にとっては可能性にあふれた希望であったが、その一方でこれまではなかった問題を生むことになってしまった。例えば、治療技術開発のためにヒトの胚を実験用に創りだしてよいのかどうか、その胚は実験が終ったら廃棄されてよいのか、第三者から提供された精子によって生まれた子の父親は誰

か、その子の父権を夫が拒否した場合どうなるのか、等々。

通常の性行為と分娩を介さずに子供が生まれると、果してどのような社会的・倫理的・法的諸問題が生じるのか。80年代前半までは、バイオエシックスの研究者を中心としてそうした問題の数々を列挙してゆく時代であったと思われる (Singer and Wells 1984, Adler and Ter-lade 1986)。しかし、80年代後半からヨーロッパでは法的な整備に乗り出し、科学者や医者行為に社会が規制を行う時代へと移行していった。多くのヨーロッパの国々では、生殖医療を国家として何らかの対策を練る必要がある対象と考えたためである。アメリカでは自己決定権とプライバシーの重視に基づき、生殖医療は個々のカップルに私化されていったが (磯島 1993)、それはヨーロッパの動向とは好対照である。

そのなかで、1990年にルイズ・ブラウンの祖国イ

* 社会学研究科社会学専攻修士課程 (医療政策)

ギリスでは「ヒト受精と胚研究に関する法律 (Human Fertilisation and Embryology Act, 以下 HFE 法)」が施行された。この法律によって、独立した専門行政機関 (Human Fertilisation and Embryology Authority, 以下 HFEA) が先端生殖技術の一切を管理するというシステムが登場した。つまり、それまで個々のメディカル・プロフェッションに任されていた研究や治療に対して、社会が介入することになったのである。国内で行われる生殖医療やその技術開発を専門機関が統括するという方法は、イギリス独自の法的な規制体系である。一方日本では、産婦人科学会が生殖技術に関する「見解」を発表しているにとどまり、法的整備に向けた議論も行われていない。クライアント側がメディカル・プロフェッションの良心に委ねている状態が続いている。しかし、日本の状況は、一見無規制の中に自然と秩序が保たれているように見えるが、アメリカへ代理母出産や卵子提供などを求めて行く人々も多く、対外的にも国家として何らかの指針を示す必要がある時期に来ている。それは臓器移植の分野でも同じである。

本稿の主眼は、HFE 法から日本が学べることは何かという点にある。重要な鍵はメディカル・プロフェッションにあると私は考えている。イギリスでは HFE 法の立法過程において、メディカル・プロフェッションの自律性 (autonomy) — 仕事の内容と条件をメディカル・プロフェッション集団自身が完全にコントロールできる自由の保証 — への抑制をめぐって、外部から規制しようとする力と、それを食い止めようとするメディカル・プロフェッション内部からの力とのせめぎあいが見られた。イギリスのメディカル・プロフェッションは、外的規制力から自律性を防護するための内的規制に積極的なのである。このことは、日本の医療分野では見られない注目すべき特徴点である。日本では、生殖医療に限らず日常医療場面においても、社会の側からの外的な規制もメディカル・プロフェッション集団内部からの規制も明確に見られないからである。

本稿では、(1) これまでのメディカル・プロフェッション研究を概観する。(2) そして、事例として、HFE 法の立法過程を簡単に紹介し、(3) その中で、イギリスのメディカル・プロフェッションが自からの自律性を守るためにどのように動いていったのか、を並列的に振り返りたい。また、(4) イギリスの対応の特徴をフランス、ドイツの例と比較して、(5) 日本での問題解決において欠けている視点を浮き彫りにしたいと考えている。

1. メディカル・プロフェッション論の展開

専門職の中でも、メディカル・プロフェッションは最も広大な自律性を有している、とはフリードソンの言説である (Freidson 1970)。彼のメディカル・プロフェッション論は、それまでの医療社会学に支配的であった「公共の利益に寄与するメディカル・プロフェッション」像¹⁾と「公共への陰謀を企てるメディカル・プロフェッション」像²⁾の二者対立から脱却して新機軸となった点を評価されている。彼は、(1) 医業独占の法的権利、(2) 長期の医学教育による高度な知識と技能、(3) (セルフ・インタレスト (self-interest) のためでなく) 公共の利益のために労働することが職務の大前提となっていること、を根拠として、メディカル・プロフェッションは他の専門職には見られない広範な自律性を社会から付与されているのだ、と説明している。メディカル・プロフェッションの活動が社会との間に弊害を生んだ場合、彼らはその弊害を、社会公共の利益を最優先して働いていることの証として、一定のガイドラインを設けることによってその倫理性を明示しなければならない。そのような場合に即座に内的規制による対応をすることこそ、逆説的ではあるが、彼らに付与される自律性の根拠でもあるのだ。だが、集団としての被ら自身に内的規制能力がなければ、外部からの規制を行う必要がある (Freidson 1970)。これがフリードソンの結論である。

フリードソン以降、1970 年代からメディカル・プロフェッションをめぐる環境は変化していった。大学病院やチーム医療化の中でのメディカル・プロフェッション自身の被雇用者化、多彩なコ・メディカルの登場、患者の消費者志向化や医学知識の一般への普及などによって、個々のメディカル・プロフェッションの自律性の縮小傾向が見られていった。このことは、医療社会学においてはほぼ共通の認識である (Starr 1982, Cockerham 1986)。しかしその一方で、急性疾患を克服した医学は、次にめざしたターゲット — 延命技術や移植技術 生殖技術 — で革命的な発展を遂げていく。この「先端医療革命」が、従来の死生観を覆すような技術をもたらしたために、現在の生命倫理問題を生むこととなったのである (米本 1986)。そのため、個々のメディカル・プロフェッションの自律性は減少していったとしても、集団としてのメディカル・プロフェッションの専門性権力はますます強化されて、社会との間に弊害を生み出しているのだと思われる。

1970年代以降の変化に対応した新しいメディカル・プロフェッション論については、あまり研究がなされていない。特に、最先端の研究と臨床応用との接点では、バイオエシニストに依存するだけであり、生命倫理問題解決にとっても有効となるメディカル・プロフェッション論が見られないのが現状である。その意味でも、HFE法をめぐるメディカル・プロフェッションの攻防の分析することは意義があると考えている。

2. HFE 法施行までの経緯

先端生殖技術開発と臨床応用への法的な規制に向けての議論は、保健省が哲学者の M. ウォーノックを委員長とする、臨時的調査委員会を設置したのがきっかけである。この委員会の名称は「ヒトの受精と胚研究に関する調査委員会 The Committee Inquiry into Human Fertilisation and Embryology)」であり、通称・ウォーノック委員会と呼ばれる。文字通り日々進歩する生殖技術をどのように管理してゆくのかを検討した委員会であった。ウォーノック委員会は「ヒトの受精と胚研究に関わる医学及び科学における、最近の、そして今後の発展について考察すること、これらの発達が請け負う社会的、倫理的、法的な含みを考え合わせて、どのような政策、防護策がとられるべきかを考察すること、そしてそのための勧告を行うこと」³⁾を委任事項としていた。

2年間に渡る審議を経て、84年にウォーノック報告と呼ばれる報告書を保健省に提出して、この委員会は解

散している。この報告書には、代理母、ヒト胚・配偶子の提供、保存と廃棄、第三者の配偶子提供 (AID) によって生まれた子供の法的地位、カウンセリングを含めた不妊治療サービスの将来などが盛り込まれている。それらを克明に調査し、一刻も早い立法化による規制が望まれる問題からしばらく様子を見るべき問題まで、委員会としての分類を行って全 64 の勧告にまとめている。中でも注目すべきは、「独立した専門機関を設置して、その認可がなければヒト胚や配偶子を用いる不妊治療ならびにヒト胚を用いる研究を行ってはならない」という規制手段についてのものである⁴⁾。これがウォーノック報告の最大の結論であり、後にそのまま立法化され、現在の HFEA が規制主体として設立されたのである。

ウォーノック報告提出後、イギリス医師会 (British Medical Association) や産婦人科学会 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), 医学研究評議会 (Medical Research Council) など、イギリスの医療を囲む主要団体⁵⁾が各々内部にワーキング・グループを設けて、ウォーノック報告に対するコメントを発表した。また、ローマ・カトリック教会やイギリス国教会はこの報告に対して不快感を示し、検討委員会を設置して激しく抵抗した。こうして、イギリスではウォーノック報告の勧告の是非について、国をあげての大論争となった。そこで政府は、ウォーノック報告の中で提示された問題の広さ、複雑さ、多様さを再認識し、最初の法案が完成する前に半年間の協議期間を設けた。議論のベース

表 1 イギリスの先端生殖医療・研究規制システム

	HFEA 主体の規制	→各治療・研究施設の対応
第一の網	HFE 法 (刑事規制含む)	これらを踏まえて、各施設は個別の治療・研究計画 (プロトコール) を提出し、認可を申請する
第二の網	現場指導のため HFEA 発行の実施要綱 (Code of Practice) を配布	
第三の網	認可付与の後、年 1 回、HFEA の査察メンバーによる施設訪問	HFE 法や実施要綱への違反が露見すると認可が取消・停止され、場合によっては刑事罰も受ける
第四の網	認可を付与・取消・停止した施設を年次報告書で公開	サンクションとして受入れる

となるようにウォーノック報告の要点をわかりやすくした『コンサルテーション・ペーパー』を公表して、もっと広く国民の意見を汲み取ろうと試みたのである。半年後の期限までに国民からの意見書を集め、翌年、『法制化に向けての枠組み』という報告書を出して、協議期間の成果をまとめている。その結果、「広く社会的合意が得られた点」と「まだ議論の余地が見られる点」が見いだされた。前者については法律としてその内容が翻訳され、後者については HFEA が継続的に経過観察を行って、ゆくゆくは HFE 法もしくは実施要綱 (Code of Practice) に盛り込もうという体制となった。後者の代表は、代理母出産契約、凍結胚の利用などである。この間の議論について、大多数の国民は、生命の始まりに人為的な区切りを入れる、という難しい作業によく取り組み、十分議論をしたという満足感を得ているという (Warnock 1991)。こうして、ウォーノック報告、コンサルテーション・ペーパー、『法制化に向けての『枠組み』』という 3 つの白書を踏まえて、89 年に法案が提出され、90 年に HFE 法が成立した。91 年に HFEA が設立され、この法に基づく規制活動が始動したことになる。

HFE 法施行と HFEA 設立によって、イギリスの先端生殖医療と研究に対して、表 1 のような規制体制が整うようになった。HFEA の使命は、(1) 先端生殖医療・研究施設への認可活動、(2) 治療と研究に関する最新報の収集と公開、(3) 法をわかりやすく解釈して、細則を定めた実施要綱の発行、などがある。

3. HFE 法とメディカル・プロフェッション

一方、不妊治療や研究に携わるメディカル・プロフェッションは、この立法化への論議が本格化するのを受けて、1985 年から独自の自己規制体制を敷き、自発的な認可機関 (Voluntary Licensing Authority, VLA) を組織した。これは、ウォーノック報告の最大の勧告である「合法的な」専門機関による個別認可体制への挑戦であった。つまり、HFEA によってメディカル・プロフェッションの自律性が剝奪もしくは縮小されてしまうことを回避するために、メディカル・プロフェッションが集合体となって結束し、自己規制体制を取ったのである。これは専門職団体内部の制度的変化である。ある時期までは、個々の医療行為や研究の成果や失敗の程度については、個々の専門家自身の良心に任されてきた。しかし、1970 年代以降、個々のメディカル・プロフェッションの自律性が縮小するのに伴って、専門家に対する一

般社会からの不信感が顕在化し、彼らへの社会化の要求が強まってくるようになったのである。その結果、個々のメンバーの自律性をガイドラインの制定によって抑制する代わりに、専門職団体全体としての自律性は保存できるような体制に移行していったと考えられる。こうした〈ガイドライン=委員会体制〉は、アメリカを中心に一般的となり、社会科学と医学界が積極的な協議を重ねて、医科学が社会と関わりある「医療」として認知されるための基盤づくりをしていったのである (米本 1988)。

VLA の機構と機能は、ウォーノック報告で提示された専門認可機関のデザインと変わらないものであった。その意図は、できるだけ社会の要求に応じたオープンな管理システムを自発的に設け、社会への歩みよりを見せることで自律性の縮小の危機に対応することにあった。VLA は代表者に医学研究とは関係のない素人を立て、メンバーの男女構成は半々とし、医学関係者は半分以上に抑えることにしていた。このような機構にすることによって、社会との関係を最優先していることをアピールしていたのである。そして、各施設から治療・研究計画を提出させて活動を認可するという個別認可制度を採用していた。これらは全てウォーノック報告の勧告に沿ったものである。やがて認可申請の対象となる行為の中に、従来の体外受精 (IVF) と人工授精 (AID, AIH) の他に、新たにギフト法 (GIFT) を加え、規模を拡大していった。社会との関わりを潤滑にしながら、様々な新しい技術を次々と採用していきたいメディカル・プロフェッション側の思惑が垣間見られるようになるが、このような VLA の活動は、メディカル・プロフェッションがプロフェッショナリズム (professionalism) を内面化して、社会的責任を果たしたものであるとして、一定の評価を受けていた (Warnock 1991)。

しかし、ヨーロッパでは、〈ガイドライン=委員会体制〉の中で倫理を検討するだけではなく、法的整備を行う時期が来たとの認識を持つようになる。特に、専門職団体の力が強く一般社会との隔りがある国では、ガイドラインが有名無実化する恐れがあるためである。実際に HFE 法制定までの議論プロセスでは、メディカル・プロフェッション集団に規制を任せ、彼らの自己規制に依存している現状に対して、大多数のイギリス国民が不安を表明した。VLA の体制そのものは社会への擦り寄りを見せていたが、特にフェミニストから「VLA には、肉体的に厳しい治療を強いられる女性への配慮が欠けている。国家としての規制に乗り出すべきである」との攻撃を受けるようになる (Steinberg 1990)。政府

は、規制主体を現状のままメディカル・プロフェッション集団に任せるか、それともウォーノック報告の勧告に従って、独立した専門認可機関を設置するかについて国民の意見を求めた（『コンサルテーション・ペーパー』第5節）。すると、圧倒的多数が、規制主体は法的抱束力を有する独立団体とすべきである、との見解を示した（立法化への枠組み』第6節）。その結果、90年の法律施行に伴って、VLAの活動を引き継ぐ形でHFEAが設置されるに至り、メディカル・プロフェッションに対して表1のような厳しい網をかけることになったのである。

こうして、イギリスのメディカル・プロフェッションは、先端生殖医学分野においてその自律性を縮小して、ほぼ完全に外部からコントロールされることになってしまった。しかしながら、一部のメディカル・プロフェッションからは「自分たちにはどの行為が社会との間に齟齬を生み出すのかが察知できない。政府の管理下に入ればその枠内で自由な研究や治療ができるので逆によかった」という声も上がっている（Warnock 1991）。社会一般とメディカル・プロフェッションとの倫理感覚の違いの大きさを示す発言であり、生命倫理問題の奥深さを物語っていると言えよう。

4. イギリスの対応についての考察 ——フランス、ドイツとの比較⁹⁾——

ここでHFE法をめぐるイギリスの対応について、その特徴をまとめておきたい。

イギリスのように、HFEAのような専門機関に管理の一切を任せるというシステムは、世界でも他に例がない。同じ分野におけるドイツ、フランスの対応と比較するとその特徴はよくわかる。ドイツでは90年に、連邦議会が「胚保護法（Embryonen schutzgesetz）」を可決している。胚保護法は、政府法案の段階で「受精の完了をもって人間の生が開始する」ことを前提として、受精後から胚を「人間の尊厳」の担い手であると位置づけている。その原則に導かれ、ヒト胚の研究と実験利用を一切禁止することになった（市野川 1992）。フランスでは、「生命倫理三法案」と呼ばれる法案が、やはり数年間かけて審議され、先頃上院を通過した。この法律では、「人体は人格が受肉したものであり、人間の本質の一部としてそれにふさわしい尊重を受けなければならない」とする「人体と人権は不可分である」との原則に導かれ、生命とは何かを噛みあがっている。この枠の中なかでは、ヒト胚も配偶子も人体の一部として考えられ、それ

相応の敬意を払われた扱いを受けることになる。従って、先端生殖医療としての個別の法は存在せず、民法の大枠の中で個別の行為の容認または規制を行うことになるだろう（髙島 1993）。

ドイツでは「ナチスの過去」の反省に立つ「生命の保護」という重々しい指導原理のためにヒト胚の実験用が一切禁止された。フランスでは、フランス革命以来の「人権の最優先」から派生する「人体の尊重」原則が、民法に盛り込まれてしまう。この二国と比べてみると、イギリスの対応の独自性が見えてくる。すなわち、(1) 国家の過去の歴史によって生み出された指導原理の不在、また、(2) 医科学の振興と人々の倫理観の変容に応じていつでも方針を変えることができる柔軟性の存在、である。

(1) に関しては、確かに過去の歴史を引きずった指導原理はないが、その代わりに「子供の福祉中心主義」が指導原理として働いている。これは、他の育児政策や結婚・離婚に関する家族政策にも見られるイギリスの特徴であり、HFE法も例外ではない。家際にHFE法第27条から29条では、父親と母親の定義を行っている。それによれば、カップルが第三者からの配偶子提供によって子を設けた場合、その子を産出した女性が法律上の母となり、反証されない限りはその夫ないしパートナーが自動的に法律上の父となると規定されている。この規定は他国の法律には見られないものである。また、代理母については、85年に商業ベースの代理母契約を違法とする法律が施行されているが（代理母契約斡旋法）、この法によって刑事規制の対象となっているのは契約に手を貸したメディカル・プロフェッションであり、契約したカップルや代理母ではない。それは、代理出産によって生まれる子の福祉が最優先されているために、両親が子の養育に関わってられるように配慮したためである。そして、HFE法第30条において、代理出産の場合の親権決定についての規定を設けており、子に自分の法的親は誰なのかという悩みを持たせないようになっている。イギリスでは、嫡出・非嫡出による子供の地位的差別をなくしていこうとする傾向がみられ、この点をかなり配慮した条項づくりとなっているのが特徴である¹⁰⁾。また、HFE法第31条では、18歳以上、又はそれ以下でも結婚を考えている子には、出自についての情報を確かめる権利を認めている。これらの条項は、法案段階から議論の余地のないものとして認められてきていることから、イギリスには子供の福祉を重んじる指導原理が貫かれていることが推察できる。そして、この原理に関

してはメディカル・プロフェッションとしても反論のしようがない。国民は、この原理を切り札として、メディカル・プロフェッションに社会化を迫ることが可能だったのではないだろうか。

そして (2) については以下のように考察する。先端生殖医療の分野には倫理だけでは対処できない、法的、社会的な側面も併せ持つ様々な問題が入り組んで存在する。また、技術は日進月歩であり、常に新しい問題を孕んで登場する。問題を整理するにあたっては、状況と利害の把握が大きな山場となる。こうした点を鑑みると、個別技術に対応した法制化を待っている、現状に追いついてゆけない遅滞状態になるか、あるいは入り組んだ規制内容のために逆に混乱状態に陥る可能性も秘めている。恐らくイギリスは、「対応の素早さ」を最も重視したのである。「対応の素早さ」というプライオリティーが、HFE 法の中で決定された大枠に沿って現実的な細かい指導は HFEA に権限を委ね、常に新しい状況へ対応していくという姿勢に結実したのだと言えよう。これが、イギリスの特質になったと言えるのではないだろうか。

しかし、この「対応の素早さ」は時として、メディカル・プロフェッション側に有利な甘い判断を下しがちになってしまうこともあり得る。先端生殖技術は、その技術の内容を理解し、問題を把握するだけでも一般の人々にはわかりにくいものであり、日常業務を抱える HFEA がウォーノック報告ほどの議論を巻き起こすことができるかどうかは疑問である。恐らく、一般の人々—HFEA—技術推進に熱心なメディカル・プロフェッションという理想的なトライアログから、やがて—HFEA—技術推進に熱心なメディカル・プロフェッションのダイアログへ移行する危険性は高いだろう。

5. 今後の展望——日本の問題解決に向けて——

最後に、これまで述べてきたことから日本の参考になる点をまとめておきたい。

ヨーロッパでは地域や治療・研究施設内に設置されている倫理委員会を統合して、その頂点に国家倫理委員会 (National Ethics Committee) を設置するという考え方が浸透しつつある。倫理委員会を統合することによって、幅広い階層からより正確に民意を汲み取ることが可能となり、社会的合意の形成に役立つという考えがその根本である。フランス、デンマークなどには数年前に設置されている。イギリスには国家倫理委員会は存在しな

いが、自発的にその役割を果たそうとする機関が 92 年に登場して「イギリスの声」をヨーロッパ連合に届けようとしている (Nuffield Council on Bioethics)。また、HFEA には個別施設への認可活動の他に、国内の先端生殖医療に関する情報を収集し、それを国外にも示すという広報活動を行うことが定められているため、先端生殖技術の分野における国家倫理委員会的な役割も期待されている。こうした国家倫理委員会が積極的に情報収集や調査を行うことによって、メディカル・プロフェッションとクライアントを中心とした社会関係の利害を整理することが比較的容易になるのではないだろうか。日本では、問題と責任の所在が不明確で、議論をするにも共通のアジェンダ・セッティングがないところが問題なのであり、日本でも国家倫理委員会的役割を担う機関を設置するべきではないだろうか。これが、第 1 点目である。

次に、イギリスでの「子供の福祉中心主義」「対応の素早さ重視」やドイツの「生命の保護」、フランスの「人体と人権の不可分」原則のような明確な指導原理が日本には見られないことが問題である。日本の場合、欧米では結論の出ている脳死と臓器移植問題について、未だに結論が出ていないことから理解できるように、先端生殖医療などの「生」の問題よりは「死」の問題が顕在化している。しかし、その脳死問題であっても「臓器移植法案」提出 (平成 6 年 4 月) に至るまでの議論のプロセスは国民不在で行われ、数々の批判がなされている⁹⁾。恐らく、国家倫理委員会のような中立の機関を通じて、国民を巻き込んだオープンな議論を進めていけば、何らかの指導原理や最優先事項が見えてきたのではないだろうか。

最後に、以上 2 点の実現のためには、日本のメディカル・プロフェッション集団の閉鎖性を解くことが大切だということを主張したい。彼ら自身が専門家として、自分たちの技術に責任を持って治療にあたるためには、彼ら内部から社会に向けてのアピールを行う必要がある。どこまでの技術を倫理的に許されると考えているのか、どのような問題点が想定されるのか、そのために自分たちが行う施策とはどのようなものであるのか等、専門家集団としての結論を社会にアプローチしなくてはならない。個々のメディカル・プロフェッションを見ていると、クライアントとのラポール形成に熱心であったり、治療技術の採否決定に第三者の判断を仰いでいる人もいる。しかし、専門家集団としての彼らには、そのような方向性が見られない。メディカル・プロフェッション

は、「医学」については専門家であるが、それが社会のなかで「医療」となった場合には、さらに意識的に専門家としての社会的責任に覚醒していなければならないと私は考えている。彼らがそのような責任に目覚めることによって、初めて生命倫理という問題を社会と対話することができるようになるのである。

そのためにも、メディカル・プロフェッションが社会化されているイギリスをフィールドとし、メディカル・プロフェッションと家族を軸とした社会学的視点から生命倫理の政治的選択の分析を行って、問題解決の一助となるような研究を続けてゆきたいと思っている。

脚 注

- 1) この見方による理論の代表は、医療社会学の祖である Parsons, T である。
- 2) 古典では、Hughes, E. C. などがあり、最もラディカルなのは Illich, I による専門家批判などである。
- 3) ウォーノック委員会報告の p. 2 からの引用。
- 4) ウォーノック委員会報告の勧告番号 1 からの引用。
- 5) イギリスの場合には日常医療の分野でも外的な規制力が有益に働いている。イギリスでは、医療をめぐる環境のなかに主要な 4 つの外部団体が存在しており、それぞれがメディカル・プロフェッションの活動の社会化に貢献している。国家の医学研究予算を配分したり、各分野別に独自の研究ユニットを有する Medical Research Council (MRC)、メディカル・プロフェッションの卒後教育や研修に関わる Royal Colleges、イギリス最大のメディカル・プロフェッション職能集団であり、あらゆる自己規制 (self-regulation) によってその自律性を保持しようと努める British Medical Association (BMA)、そして、メディカル・プロフェッションの身分を登録したり、クライアントからの訴えに応じて一定の行為に対して懲罰規定を設けているのが General Medical Council (GMC) である。中でも内部に一般の人々への援助セクションを設置している GMC の存在は、メディカル・プロフェッションをめぐる環境を日本と異にしている。
- 6) 各国の規制内容の概要については、髙島次郎、市野川容孝、武藤香織、米本昌平共著 (1994) 『先進諸国における生殖技術への対応』(Studies 生命・人間・社会 No. 2, 三菱化学生命科学研究室) に詳しいので、参照されたい。
- 7) しかしながら、法において子供の利益保護の哲学が完全には浸透していないという批判もなされている。例えば、ドナー死亡後に、女性が凍結精子を使用して出産した場合、ドナーは子の父として認められないことになっている (HFE 法第 28 条第 6 項)。これは、ドナーが親権とは無関係であることを保証し、ドナー減少を防ぐために設けられたが、子が「非常識な母による父なし子」としてみなされるという可能性も生み、逆機能的な条項となってしまった。
- 8) 例えば、法案提出から数日で有識者による『『臓器移植』の性急な立法化に反対する緊急連絡会』が結成され、真の合意に至るプロセスを切り捨てた立法化に警鐘を鳴らしている。

参考文献

- Adler, M. A. and Teulade, M. 1986 *Les Sorciers de La Vie*, Editions Gallimard. (林・磯本訳 1987 『生殖革命—問われる生命倫理』中央公論社.)
- Cockerham, W. C. 1986 *Medical Sociology* (3rd Edition), Prentice-Hall.
- Department of Health and Social Security. 1984 *Report of the Committee Inquiry into Human Fertilisation and Embryology* (Warnock Report), HMSO.
- 1986 *Legislation on Human Infertility Services and Embryo Research: A Consultation Paper*, HMSO.
- 1987 *Human Fertilisation and Embryology: A Framework for Legislation*, HMSO.
- Department of Health 1990 *Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, HMSO.
- Freidson, E. 1970 *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press.
- 市野川容孝 1992 “ベンダ委員会から胚保護法へ” 『1991 年度生殖技術研究チーム研究報告書 出生前診断を考える』, 生命倫理研究会.
- 髙島次郎 1993 『フランスにおける生命倫理の法制化』(Studies 生命・人間・社会 No. 1), 三菱化成生命科学研究室.
- 髙島次郎, 市野川容孝, 武藤香織, 米本昌平 1994 『先進諸国における生殖技術への対応』(Studies 生命・人間・社会 No. 2), 三菱化学生命科学研究室.
- Singer, P. and Wells, D. 1984 *The Reproductive Revolution: New Ways of Making Babies*, Oxford University Press. (加茂訳 1988 『生殖革命—子供の新しい作り方』見洋書房.)
- Starr, P. 1982 *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books.
- Steinberg, D. L. 1990 “The Depersonalisation of Woman through the Administration of ‘In Vitro Fertilisation’”, *The New Reproductive Technologies*, Macmillan.
- 米本昌平 1988 『先端医療革命』, 中公新書.