

生命倫理から先端医療政策へ

米本 昌平

これまでの医療では助からない患者さんがいて、新しい治療技術が開発されている。患者や家族は同意し、医師も意欲的。しかし日本では治療をすることができない。なぜなのか。その治療技術が極めて先端的で、従来の生命観に抵触する、法律的にも解決不能な問題が派生し、最悪の場合には刑事事件として訴追されかねない。

脳死と臓器移植をめぐり30年にわたって議論されたあげく、「移植禁止法」とまで揶揄される厳しい条件付きの容認という決着をみたが、つづく遺伝子治療についてはどうか。遺伝子治療は究極の治療とまでいわれる一方で、実験的応用への危惧の声も根強く、ヒトのDNAにさわるという意味で日本では臓器移植以上に難しいともいわれている。

科学史と科学政策の比較研究を通じ、日本の科学政策のあり方を分析してきた、三菱化学生命科学研究所社会生命科学研究室室長の米本昌平氏に話をうかがった。

バイオエシックスとは何か

日本でバイオエシックス(生命倫理)といいますが、どうも医師とそれ以外の素人が議論することと考えられがちですが、歴史的にみまるとむしろ、新しい治療技術やバイオテクノロジーを、どのように限定的に使っていくのかという問題を解決するための諸学問だったと思います。日本のバイオエシックスには、アメリカでの議論が圧倒的な影響を与えていますが、ヨーロッパと比べてみると、日本の特徴がみえてきます。その場合一般的な倫理問題ではなくて、社会的に賛否が問われている先端技術を、社会の中でどのように使っていくのかという問題を念頭に置いた方がいいと思います。

バイオエシックスは3つの次元での意思決定を目指した実学的な学問だと思います。まず第一は、医者・患者関係レベルです。1960年代までは、患者論というものが存在しなかったんですが、60年代末以降、医者・患者関係を、患者の自己決定を中心において考え直そうと、つまり近代市民主義的な規定を患者の立場に重ねて、医者・患者関係を一種の契約関係として読み直そうとしました。それが、アメリカのバイオエシックスの一番ラディカルな思想だと思います。基本的に患者が自己決定するのですから、自己決定で

きない子供、胎児、あるいは薬物中毒、精神障害、植物状態の人の意思を、いかに決めるかがバイオエシックスのオハコの議論となりました。

第二の意思決定の次元は医者集団としてのレベルです。これは、医療職能集団(medical-profession)全体として、特定の治療技術や医療行為やそれにかかわる倫理判断を、いかなる水準に収れんさせるのかという決定です。この過程で境界領域の研究者を動員し、医療職能集団主導のもとに特別委員会をつくり、新しい技術とこれに関する社会的価値や制度との調整に関してレポートを積み上げてガイドラインを絞り込んでいきます。このような手続きが、アメリカでは70年代以降確立いたしました。

三番目が社会受容のレベルです。日本では関連学会のドクターが社会に向かって啓蒙するようなイメージがありますが、アメリカの手順は、ある治療技術が社会との間に葛藤を起こすようなときは、医療職能集団が直接、社会との調整に入ります。必要ならば、ロビーイングをして法律をつくってしまいます。具体的例をあげますと、アメリカのほとんどの州で「脳死は死である」あるいは「心臓死が脳死を介して人は死ぬ」という法律をつくっておりますが、脳死問題を一般社会に向かって啓蒙した様子はありません。世論調査の数字を調べますと、社会意識は日本とだいたい同じで、50%強が賛成、25%が反対、残りの25%がわからないとなっています。基本的に死の問題で世論の数字は動かせない。重要なことは、あくまで医療職能集団が特定の医療行為をするのに必要な社会制度との調整をはかる、つまり医療職能集団がコントロール可能な範囲内の問題としています。現実的には、脳死は死かどうかを考えなくていい人がほとんどですので、そういう人たちに向かってまで、脳死は死か、脳死になった場合にどうするかと質問を投げかけてもしょうがないわけです。

アメリカに成立したバイオエシックス

60年代の末までは、アメリカでも医者と患者の関係は、ヒポクラテスの教えだけでやってきました。ところが70年代に入りますと、医療職能集団全体が医療の水準やその倫理的判断などの標準化を意識しだします。この背景には極めてアメリカ的な理由がありますが、そのように



米本 昌平 / よねもと・しょうへい

1946年、名古屋生まれ。京都大学理学部卒業。科学史・科学技術政策を独自に研究し、現在、三菱化学生命科学研究所社会生命科学研究室室長。著書に『先端医療革命』、『遺伝管理社会』(毎日出版文化賞受賞)、『地球環境問題とは何か』など。写真：梅村貴子

学会や医療職能集団が決めた水準に従ってやっておれば、仮に損害賠償請求を起こされても、それほど怖がらなくてもいいからです。ところが、72年にタスキギー事件がおこります。黒人で梅毒患者の多い地域がありまして、そこで梅毒の治療をしてやるといいながら全く治療しないまま観察研究しておりました。これがAP通信にすっぱ抜かれて、社会問題化します。この事件以降、人体実験もしくは人体実験に準ずる研究については、連邦法の直接規制を受けるようになりました。ここで研究の自由という価値領域に、被験者の人権保護を理由に国家が法介入したわけです。中央にガイドライン策定委員会が置かれました。11名の委員のうち5名まで医師でない人間を入れました。このガイドラインを基礎に各研究施設におかれた審査委員会が、実験計画の審査を行うことになりました。審査委員は5名で、うち1名以上は施設外の個人を入れなければなりません。この制度の意味は、研究者が人体実験に関する自分たちの倫理的判断を標準化すると同時に、間接的に社会からコントロールを受けるということです。研究者の側からいうと、個別の研究にいちいち社会からの批判を受けることなく、間接的に社会的レビューを受けることで、むしろ研究者の自治は守られることになります。初めは抵抗感がありましたが、やってみると大変いいということで、世界的に広まります。遺伝子組み換えや動物実験などその他の領域にもどんどん適応されていきます。

日本ではなぜうまくいかないのか

日本で倫理問題の解決がうまくいかない理由は、はっきりしています。それは、強制参加の身分団体が存在しないためにこのような問題を医学界の自治に託せないということです。西欧近代国家は、長い職業訓練を受けて国家資格をとるものからなる独立の職能集団をつくりあげてきました。それが法曹界、神父、医師の集団

です。日本では弁護士会がこれにあたります。強制参加の身分団体が医師にないため、日本では医療職能集団の自治が非常に機能しにくくなっています。学会などで決めたガイドラインの強制力をつくらなければいけないのです。医療の独立性がないために、すべてを医療行政にゆだね、何か問題がおくと厚生省にもたれかかる構造になっている。これが問題です。

日本でなぜそんなことになっているかといいますと、82年まで武見体制下にあったからです。ここで医療政策のほとんどが決められておりました。法的根拠もなく決定は権威主義的でしたが、たくさんのブレーンがおられ、あそこが決めたんではしょうがないということで医師集団の責任中枢だった。しかし武見さんが亡くなられた後、もともと法的根拠がなかったので、医療職能集団の意思決定ができないまま今日にきているわけです。

ヨーロッパではどうなっているのか

アメリカでは70年代、医療職能集団が自己管理体制を意識的に整え、一方で患者の権利を打ち立てるわけです。個人の肉体の処分権や遺伝情報の支配権はすべて個人にあって、それ以上

の権威は認めないというのがアメリカ流の個人主義です。それに対しヨーロッパでは90年代以降、体外受精、人工授精、受精卵の実験的扱いについては国が直接法律をつくることになりました。その中で特徴的なのがフランスです。フランスは民法典、刑法典の包括的な改正をやりました。人格、人権、人体の三位一体説といい、人体は人格そのものであり人権の座であるという哲学を明確にし、肉体の処分を個人の自由にまかせておくと人権そのものが危うくなると考え、国家が肉体の処分の規制に直接介入するという手法をとりました。

ヨーロッパでは一般的に生殖細胞の操作は禁止というのが国際合議になりつつあります。欧州評議会 (Council of Europe、加盟40カ国、本部ストラスブール) は、人権と先端医療の問題を各国の個別の規制の上位におく、ある種の理念的な規定として「人権と生物医学条約」をまとめました。合意したのが96年11月で、97年4月から署名に入っています。遺伝子診断は医学目的以外は禁止、実験目的の受精卵作製の禁止などを決めています。

三極状態

結論をいいますと、世界は三極状態になっています。アメリカは非常にダイナミックな社会で、冒険的で先進的な研究が行われています。その基本には、医療職能集団の自治と本人同意の原則というような、ラディカルな自由主義があります。そして技術開発はベンチャー企業が中心となり、21世紀の新産業としてバイオ産業を推し進めています。

ヨーロッパでは、個人の自己決定よりは、医療職能集団が決めるガイドラインの方が優勢で、それを社会が追認する形になっています。

もうひとつが、日本でありまして、よくわからない議論をやっています。日本の場合一番の問題だと思いますのは、先ほどもいきましたように医療職能集団としての強制参加の身分組織がなく、そのために責任中枢がない。誰がどこでどういう権限で議論し、どういう形で集約されているかが大変わかりにくいことです。

脳死と臓器移植の問題では移植学会が社会にむけてあたかも生命観を変えないといけなような啓蒙をやっている。社会との調整が必要な問題について、どこかに作業中心をつくらないといけなのです。

	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ合衆国	日本
懲罰規定をもつ 公的身分団体 (強制加盟)	General Medical Council	L'Ordre des Medecins (地方→全国)	Bundesarztekammer (州支部あり)	各州の local medical society	なし (厚生省医道審議会)
任意加盟の 職能利益団体 (組合)	British Medical Association, など (BMA, etc)	Confederation Syndicats Medicaux Francais (C.S.M.F., etc)		American Medical Association, など (AMA)	日本医師会 (社) Japan Medical Association
専門個別の ガイドラインを 出す組織	Royal college of Physicians, etc		Deutshe Gesellschaft fur Chirurgie, etc (Resolution) ↓ Bundesarztekammer	各専門学会および NIH	各専門学会
医学研究を 助成管理する 国家組織	Medical Research Council (MRC)	Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale (INSERM)		National Institute of Health, etc (NIH)	一本化された 機関無し (文部省・厚生省 科技庁)

医療専門職集団の自己管理体制勢——国際比較——