

[目次]

## 生命政策の基礎理論

### 対象・理念・原則

成 澤 光

法政大学法学部

#### 要約

生命政策学は、医療と生命倫理に関わる政策を扱う既成の諸学（生命倫理学・医療政策論・医事法学）からの独立によって成立する。研究対象は、生殖医療・遺伝子医療・臓器移植・末期医療など、医療政策と生命倫理の重なる領域である。個別政策論の現状では、政策相互の整合性や価値観の一致がないため、政策評価の基準がまちまちになっている。理論的根拠が不明確な「べき論」を排し、理念や原則に遡って整合性をつける必要がある。また、規制のレベルを決める規準も明確にしなければならない。

ここで提示する理念は、自由・共生・自然である。これらを相互に抑制・均衡し合う関係に置く。そこから5つの政策原則が導かれる。自己決定の尊重 行政及び学会の介入抑制 優生思想批判 社会的弱者の保護 生命/身体/自然への技術の介入抑制である。さらにここから政策準則として、例えば、患者の権利を法的に保障する。医療の情報公開を促進する。プライバシーの法的保護を強化する、などが挙げられる。最後に、政策内容（生殖細胞の遺伝子操作禁止、臓器売買禁止など）および政策レベル（法律・学会指針・個人倫理など）の選択を行う。

#### キーワード

ppsaj/1999-01-006

生命倫理 政策 自由 共生 自然

## 1. 序論

関連諸学（生命倫理学・医療政策論・医事法学）の現状と問題点

### 1.1 生命倫理学 (bioethics)

1971年創立のジョージタウン大学・ケネディ倫理研究所は、1969年創設のヘイスティングス・センター（Hastings Center）とともに、アメリカ合衆国における bioethics 研究をリードしてきた。研究所は、1972～1978年、初めて Encyclopedia of Bioethics を編集した後、1995年に改訂版を出版している（Warren Thomas Reich [1995]）。この辞典は bioethics 分野での代表的な論点整理の役割を果たしているが、序文における bioethics の定義は、それぞれ「生命科学とヘルスケアの領域における人間の行為を、道徳的価値や原則に照らして研究する体系的研究」（初版）、「学際的環境においてさまざまな倫理的方法論を用いながら行う、生命科学とヘルスケアの道徳的次元（道徳的理想・決定・行為・政策を含む）に関する体系的研究」（改訂版）である。初版にはなかった、政策を含む道徳的次元という側面が改訂版には見られて、研究対象の拡大が意識されているが、いずれにせよこの学問においては、個人倫理の問題をいかにして体系化するかに主たる関心が集中している（なお、アメリカ bioethics の歴史について、土屋貴志 [1998] 参照）。

しかし実際、生命倫理学会には、哲学／倫理学、医学、法律学などの研究者が歴史的経緯を異にする複数の専門的関心を抱え込んで参加している。例えば、ニュルンベルグ倫理綱領からインフォームド・コンセントおよび患者の権利まで。女性の権利と人工妊娠中絶の自由化論争。先端医療技術（人工生殖・臓器移植・遺伝子治療など）の利用と現行家族法・刑法の解釈学と立法論。末期患者のケアと自然死・安楽死に関わる法と倫理など多岐にわたっている。これらの問題に接近するための方法的整理が学問内部でついているとは言い難い。そのため、個人倫理（道徳）を正当化する論理のレベルと学会・医師会・医療機関などがガイドラインを提示するレベル、あるいは法規制や行政指導レベルの問題などが混在しており、生命倫理学固有の方法論や議論のレベルが明かでない場合が多いのが現状である。

## 1.2 医療政策論

主として医療資源（資金・マンパワーなど）の配分をめぐる公平性・公正性・効率性などを問題とする。特に公的資源の配分について、医療保険財政の改革や介護政策の議論が最近活発である。費用対効果などの論点は医療経済学の領域と深く関わっているが、福祉政策の分野との重なりが問題にされている。政策対象は通常の医療が中心になるが、先端医療の臨床および研究に対する資源配分の規準・妥当性なども分析されている。

その意味で、医療を一つのテクノロジーと見てアセスの対象にしようとする試みに注目したい。評価の基準は、有用性・安全性・経済性の他に、本人のQOLや倫理性も加味されると言われている（広井良典 [1996: 114-132]）。この倫理性に関わる部分は、本来の医療政策の分野から切り離して、生命政策として論ずべきである。

## 1.3 医事法学

日本では1968年に医事法学会が創立された。学会誌『年報 医事法学』で取り上げられたトピックスは多岐にわたっている。広く「国民の生命・健康を保障するための法」を研究対象としている。しかし、その中心は医療行為に対する法的規制と医療紛争の法的解決であろう。医療事故や医療過誤と呼ばれる非日常的事件の解決、そのための法的秩序のあり方を主として論じる。患者・医師関係における紛争では、不法行為あるいは債務不履行に対する損害賠償請求、業務上過失致死傷害罪などによる刑事責任が分析される。

最近では、患者の権利やインフォームド・コンセントといった、患者および家族と医療人との新しい関係を提示することで、紛争の予防を目的とする法的秩序形成をめざす動きが活発である（医療モデルと家族モデルの変化が医事法学の枠組みに与える影響について、唄孝一他 [1995: 2-45] 参照）。

ただし、この法学の特徴は、現行法の解釈を大前提とした紛争解決策の研究であるため、法制定時には予想もしなかったような医療現場の最近の事態に直面すると、その解決は「立法論」の問題であるとするのが常であるが、自ら立法論すなわち政策論を展開することは少ない。逆に言えば、この立法論のうち生命倫理に関わる部分こそ

が、生命政策の課題なのである。

## 2. 生命政策の対象

### 2.1 関連諸学からの分離・独立

以上、既成専門領域の現状から、生命政策の対象とは、「医療ないしその周辺の先端技術と生命倫理に関わる問題」となる。この場合の政策は、中央/地方政府の政策に限らず、医師会・学会・医療機関等のレベルの規制等も含むこととする。

簡単に言えば、生命倫理学のうち政策に関わるところを取り出し、医事法学と医療政策学から生命倫理に関わるところを分離した形である。具体的には、a 人工生殖 人工妊娠中絶 b 遺伝子診断 遺伝子治療・操作 c 脳死・臓器移植 d 末期医療（自然死・安楽死など）、などになる。

各専門の固有の領土を明確にして、それぞれの支配領土の中から切り取った国土を生命政策という新領土として独立させる。これはいわば、イラク・イラン・トルコなどの現領土から一部を割譲してクルド族の国家を独立させるような試みなのである。

### 2.2 日本における政策と国際基準

生命政策の対象は国境を越えた普偏性を持つが、ここでは主として日本国内における政策を中心として考察したい。先端医療の発達とそれに対する対応は国によって大きく異なり、地球規模で共通の理念・原則や共通政策を構想することは、現状では極めて困難である。国際環境基準の場合は各国の経済的利害の調節が難点であるが、生命倫理が絡む政策の場合、文化・宗教等の差異を越えた一致に至ることはそれ以上にむつかしい。

むろん現在でも、国際条約の他、WHO基準や世界医師会宣言、国連・世界女性会議行動綱領などが一定の影響力を持っているから、日本に限定しても、これらの国際基準を考慮せざるを得ないが、まず日本の現状から理念・原則を立て、その上で国際的理念・原則（global standard）との整合性を考えたい。

### 3. 生命政策の理念

#### 3.1 個別政策論の現状

##### 3.1.1 政策論相互の論理的整合性欠如

個々の政策を構想する前提として、なぜ生命政策の一般理念を立てねばならないか。第一に、現状では、問題ごとに提案される政策相互の整合性や価値観の一致がないため、政策評価の基準がまちまちになっている。

例えば、人工妊娠中絶について、pro-choice 政策を支持する論拠として、性と生殖に関する女性の自己決定権 (reproductive rights / freedom) がしばしば援用される。この権利論の前提には、胎児は母体の一部であり、少なくとも母体外生存可能性 (viability) が生ずるまでは、胎児を生存権を有する独立の生命 (法律上の「人」) と認めないとする論がある。この論のさらに前提には、自己の身体に対する私的所有・利用・処分権があるとする観念がある。自傷行為・自殺は処罰しないとする刑法の原則をここから導くことも可能であろう。しかし、権利として認めるなら、他人によるその侵害は不法行為になってしまう点をどう考えるべきか。また、他方で刑法は自己墮胎を罪としており、その論拠は別にあるとしなければならない。parens patriae (後見人としての国・自治体。法的能力に制約のある者に対する保護者としての国王の役割を歴史的起源とする) や公序良俗の法理に基づくとすれば、その再検討も必要になる。

さらに、近年、公害事件における胎児への加害責任をいかに問えるかという新たな問題が生じてきた。例えば、胎児性水俣病患者に対する業務上過失致死傷害事件がある。このケースでは、裁判所は胎児を法律上の人に近づけた決定を出すために極めて強引な論理構成をしなければならなかった。

「業務上の過失により胎児に病変を発生させ出生後死亡させた場合、現行法上胎児は墮胎の罪において独立の行為客体として特別に規定されている場合を除き母体の一部を構成するものと解されるところ、胎児に病変を発生させることは人である母体の一部に対するものとして人に病変を発生させることにほかならず、そして胎児が出生して人となった後に右病変に起因して死亡するに至ったときは、結局人に病変を発生させて人に死をもたらしたことに帰するから、本罪が成立する。」(最決昭 63 / 2 / 29 刑集 42-2-314)

現行刑法の予想していなかったケースで胎児傷害の論理構成をよりすっきりさせる

ためには、罪刑法定主義からいっても新たな立法が必要になるし、その際墮胎罪との整合性が当然問題となる。しかし、法律学者の議論では、立法論としてはこうした整合性が問題となるとするに止まり、その整合性を実現するためには、胎児の公法上の地位をどのように論理構成すべきかまで突っ込んでいるわけではないようである（立石二六〔1990〕）。

新たな論理を構築するためには、いわゆる公害事件だけでなく、サリドマイドなどの薬害事件や最近では胎児治療における医療過誤なども視野に入れる必要が出てくる。また、妊婦に対する暴行傷害事件における胎児傷害罪のケースの理解も不可欠となる。いずれにしても胎児の法的地位に関する整合性の問題は解決していない。

以上は一つの例であるが、このように未解決の整合性問題は、脳死と心臓死など死をめぐる問題にも少なくない。理論的根拠が不明確な「べき論」を排し、理念や原則に遡って整合性をつける必要がある。

### 3.1.2 個人倫理・学会自主規制・法規制区分の恣意性

政策理念を立てることが必要な第二の理由は、規制レベルの妥当性に関わる。先端医療の生命倫理について、規制する法律がないとき、関連学会が指針を独自に出し、会員の臨床行為を指導（どういう表現が適切か解らないが、制裁規定のない勧告・注意喚起など）する場合がある。それらと個人の自由および法規制との関連についてしばしば問題が生じている。

例えば、AID（非配偶者間人工授精）の場合、日本では1949年に慶応大学病院産婦人科で初めて成功して以来、最近までに10,000人以上がこの技術で誕生したと推定されている。この間、日本産科婦人科学会では会員に対する会告でこれを認めてこなかったが、1996年11月初めて医療行為としてこれを容認した（日本産科婦人科学会〔1997〕）。しかし、同学会は体外生殖については依然として非配偶者間の施術を認めていないし、認めない根拠も明示していない。学会が一般社会の倫理状況や変化を独自に判断した結果、ガイドラインがその都度提示され変更されているのが実態である。個別医療機関がこれを無視したからといって制裁があるわけではない。先行実施した機関の行為が追認されただけのことである。

「特定の価値観や道徳への服従を法的拘束力で強制することを是とする考え方」（法性祐正〔1998: 57〕）を legal moralism といふとすれば、医師・学会・医療機関が患者

に対する paternalism から一定の価値観・倫理観を半ば強制しようとする考え方は、medical moralism と名付けていいのではないか。

また、昨年の臓器移植法成立以前、法整備の遅れのため日本で移植医療が停滞している事態を打開しようとして、日本移植学会は独自のガイドラインを作成して、法律のない状況においても、脳死者からの臓器（心臓・肝臓等）提供を前提とした移植医療を事実上開始しようとした。結果としては国会が移植法制定に向けて動き出したため、独自実施は見送られたが、移植医療を推進しようとする立場で学会が自主規制するか、脳死者の人権を保護する立場から法規制を強化しようとするか、どちらの立場に立つかで政策の方向付けは異なる。法案が通らなければそれぞれの利害の対立は激化したことであろう。

この二つのケースのように、個別医療機関と学会および議会の判断が異なる場合に、それぞれの機関の政策理念が明らかにならないと、政策の対立がどこから発しているのかが明らかにならない。

さらに言えば、いかなる場合に個人自由に限界があり、外からの介入や規制が認められるのか、その規準が明らかにされねばならない。例えば、技術の安全性が保証されない場合にはもちろん、医療機関や学会の自主規制に委ねた場合、規制違反が重大な危険や反倫理的行動となるとき、病院や地域による規準差が甚だしいとき、団体の会員数が少ないため規制拘束力が低いとき、などに法や行政による介入が正当化されると言えよう。

（なお、政策と理念をめぐる従来の議論について、足立幸男 [1991] 参照）

### 3.2 理念誌論

ここで提示しようとする生命政策の理念は、以下の三つ（自由・共生・自然）である。

#### 3.2.1 自由

個体差の大きい身体への侵襲を伴う医療と生命倫理の関わる政策においては、基本的に個人の自由を第一理念としたい。このことは、個人の倫理的判断の優越を原則とし、法律による介入は最小限に止めることを意味する。価値観が多様化している現代

社会を前提に考えれば、個々の政策に社会的コンセンサスの確立を必要条件とすることは困難であろう。むしろ、いかなる例外的場合に自由は制限されるべきかを考える方がよい。制限すべき条件は、(1) 他者の生命・身体への危害 (2) 他者の人権侵害のどちらか又は双方が生じた場合とする。

他者とは何かが早速問題になる。さしあたりは法律上の「人」でよい。胎児については次の共生理念との関連で調整する。

また、自由を自律 *autonomy* で置き換えられないかという点も議論の余地があるが、ここでは自己規律というより、選択の自由をより強調したいので自律は取らない。しかも、自律という訳語は医学的には、自律神経等、個人の意思から独立に機能する身体の生理を言うので、混乱を避けるために用いない(星野一正 [1991: 85-86])。

### 3.2.2 共生

障害者と健常者、病人と健康人、人格的存在と生物学的存在、妊娠した女性と胎児、少数者と多数者、総じて社会的弱者と強者が互いに他を排除・差別することなく共存しうる社会を目標とする。共生の条件は単なる併存ではなく、相対的に弱い側から政策を構想することである。さらに言えば、「弱さ」は他人との関係の中で生ずるのであるから、共生は「社会的弱者」という存在を無くそうとする理念である。

地球の生命系全体の中で過剰な存在となりつつある人間の活動が、生物種の多様性を破壊する歯止めとしてこの理念が必要であることは言うまでもない。

共生の代わりに「人間/生命の尊厳」を理念とすることも考えられる。例えば、フランスのいわゆる生命倫理三法やドイツの胚保護法を支えている理念はそれであろうが、「尊厳」という概念そのものの内容は、必ずしも文化・地域を越えて普遍的・一義的ではない。例えば「尊厳死」とは何かについて、自然死に近い解釈、苦痛がない安楽死に近く解する考え方など意味に幅がある。あるいは、クローン人間問題においては、代替不能性・他者の手段とされない・有性生殖などが尊厳の条件とされる。生命の質に対して生命の尊厳という場合もある。従って、共生の方が具体的な形を想像しやすいだけ意味の通じ安さにおいて優れている。

### 3.2.3 自然

科学技術の発達に行き着く先に人間社会の無限の可能性を見るのではなく、身体と生命の自然を可能な限り維持する方向を考える。ここで自然とは、技術を利用した果てに再発見された自然、自然生殖・自然分娩・自然治癒力・自然死などのキーワードで表現される自然である。「神の領域」とも言えるが、世俗化して言えば、自然であろう。

医療そのものが患者身体への人為的侵襲を含むのであるから、自然を理念とすることは医療技術の否定ではない。生命の自然性を生かす方向での cure、身体を自然を受け入れていく方向での care が目標となる。身体の統合性・全体性を人為的に破壊することを極力避ける方向を選ぶことを含めてこの理念を解する。臓器移植や人工生殖は常にこうした、人間の部分化・手段化への道を開くから、その拡大はめざすべき方向ではない。

専門家は医療技術を駆使して自然をコントロールし得るが、その技術が高度化すればするほど、素人は専門家をコントロールし難くなる。自然理念は専門家支配を抑制し、患者の自己決定を容易にする（なお、自然という観念が倫理の基準とされている現状についての批判的考察として、浅井・柘植 [1995: 56-64] 参照）。

### 3.2.4 理念の有効性

以上の理念はいずれも提案者の個人的な価値観・倫理観を反映している。いわゆる社会的コンセンサスを集約したものではない。しかし、この理念から展開する原則や個別政策が実効性を持たなければ、試論として有効であるとは言えないことになる。提案した後でその価値と論理が支持されるかどうかで有効性は事後的に測られる。

さらにこの理念を立てることによって、環境倫理との調整も可能になるであろう。生命倫理が個人の自由から出発するのに対し、環境倫理は個人の自由を規制することなしには実現しないとされてきた。しかし、生命政策が共生と自然を理念とすれば、環境倫理との調整の道も開ける可能性がある。

## 3.3 理念相互の関係

### 3.3.1 自由と共生

個人の自由理念を、上で述べた二つの限界条件内で生かすとしても、個々の自由な

判断の結果として多様性が損なわれる危険性も残っている。また、自由市場では弱い生命の利益が軽視されがちである。異質、異常、障害を含めた個性との共生・共存をもう一つの理念としておくことによって、政策による歯止めをかけることが必要である。

逆に共生のみが強調されることによって、個人の選択の自由が損なわれることは望ましいことではない。例えば、障害胎児との共生は理念であるが、それですべての胎児適応による中絶を禁ずれば、返って母体や胎児の生存が危険になる場合もあろう。

このように、二つの理念は相互に抑制し合う関係に立つが、また相互に保障し合う関係に立つこともある。例えば、共生の理念によって医師は中絶手術の拒否を正当化できるし、エホバの証人信者による輸血拒否の自己決定を異なる死生観を持つ者との共生と考えれば、少数者の生命倫理への理解を助けるであろう。

### 3.32 自由と自然

自由であっても個人の欲求はすべて無限に肯定されるべきではない。人間の自然性に反する望みは抑制されるべきである。逆にたとえ自然に反するとしても、個人が自由に技術を利用する権利があることは否定出来ない。

また、「自然」にチェックされることによってこそ、本来の自由が保障されるとも考えるべきである。個人が自由に生死を選択している場合でも、社会的強制が働いていることもあろうが、自然理念による歯止めがかかれば、その危険は回避できるからである。例えば、生体肝移植で家族提供が当然視されるとき、妊娠した女性が障害胎児を中絶する方向で家族・世間の圧力を受けるときなど、自然理念による抑制を利かせる可能性を残しておく必要がある。

### 3.33 共生と自然

自然淘汰を前提とすれば、異質な生命・身体との共存は、自然の本来の姿であろう。人工的な技術による質の選択がなければ、質の差のある生命の共生もまた当然受け入れなければならないはずである。この二つの理念の間には相互抑制の原理は働かない。

こう見ると、個人自由の理念がいかに共生や自然の価値と矛盾し突出しているか理解しやすい。人間は自由を獲得することによって、徹底的に自然を離れる技術に頼り、

異質なものと共生よりは同質性を選ぶ方向に進まざるを得ない過剰な存在となったのだ。

#### 4. 生命政策の原則

各理念とその組み合わせから、政策原則が導かれる。

##### 4.1 自己決定の原則

生殖から死まで、自己の生命や身体に関することは本人が決定できるという原則が、自由の理念から直ちに導かれる。

これは従来の paternalism に対抗する原則になる。医師 患者関係が、治療する者と治療していただく者、保護者と被保護者、相手の個人情報を独占している者と自己情報を相手から教えてもらう者、病気の素人と専門家等々、いずれにせよ非対称的關係で捉えられている限り、パターナリズムは残る。歴史的に見れば、病院設立の目的が慈善や伝染病隔離、戦場の傷病者治療にしる、医学研究・教育にしる、患者本人の意思よりは、医師の裁量が支配する空間で医療行為は行われてきた。近代にはいると、M. フーコーが『臨床医学の誕生』で分析した解剖学・臨床医学的構造、I. イリッチの言う「病院化」(medicalization) によって、人々の身体が専門家・医師の支配する空間の中にくみこまれてしまうと、ますます paternasizm は強化・維持されることになった。

医の倫理の原点であるヒポクラテスの誓いやプラトンの国家にあるように、患者の利益を最大限にする医療であっても、何が患者の利益かを判断するのは医師の裁量権の範囲内から出ない。自己決定の原則は患者自身の意思と判断を最大限尊重しようとする立場から立てられる。

また、誰に対する自己決定かを常に明らかにする必要がある。家父長支配としてのパターナリズムに対するときには、女性の自己決定の比重は大きく、女性が胎児に対して自己決定するときは、より弱い立場の胎児の利益をより尊重する方向をめざす。また、患者と家族との私的な関係の中での本人決定の確立(政府に対する家族等のプライバシー権が個人抑圧的に機能しない)を政策目標とする(中山道子[1998])。

決定すべき時に自己決定できない人(子ども・意識障害者など)についても、本人の推定的意思は本人の利益が最大になるよう解釈し、専断的治療行為の限界を確定す

る（町野朔 [ 1986 ] ）。

#### 4.2 行政および学会の介入抑制

価値観の多様性を前提にして、個々人の倫理的判断を優先して考えれば、法や行政による介入は最小限にすることが原則となる。さらに、個々の医療機関や学会が倫理委員会やガイドラインを設けることが必要な場合もあろう。その場合も患者自身の条件によって差別すべきではない。例えば、1983年、日本産科婦人科学会は体外受精の被施術者を法律婚の夫婦に限定。1985年、移植学会は、生体腎提供者を血縁者に限定した。しかし、医療の対象者の選別を medical moralism で行うべきではない。医学・医療技術的に見て妥当かどうかで判断すべきである。

行政は、個人や医療機関の判断が、他者危害や人権侵害に当たらないかどうか、規準が極端にバラバラで混乱を招かないかの二点に限って介入すべきである。

#### 4.3 優生思想を容認しない

優生思想は元来「生命の質」の選別を社会あるいは国家レベルで実現しようとする思想であった。国家あるいは民族の遺伝的形質を高め強めるために断種や人工妊娠中絶を奨励したり強制したりする発想は、人為的に劣性形質を淘汰し優性形質を残すことに積極的意味を見出していた。この場合、優劣は一定の尺度で測った評価であって、尺度を変えれば逆転もあり得るような性質を帯びていた。

こうした優生思想は、次第に国家・社会の公的政策や思想として公然と表に掲げられることは少なくなったが、現在でも形を変えて個人の自己決定に強力な影響を及ぼしている。優劣の尺度は固定されたまま、判定技術が発達して優劣度が数値化されて、個々人の内面に定着しようとしている（例えば、出生前スクリーニング）。いずれにせよ、健常者 障害者、正常 異常といった二分法や、効率や生産性、自立性といった尺度を個々の人間全体を評価する尺度としているところに問題がある（例えば、胎児適応による人工妊娠中絶の容認）。共生を理念とする生命政策からは容認できない。

また、パーソン（person）論と総称される一連の人間人格論も同じく批判の対象とする。M.トゥーリー（Michael Tooley）、P.シンガー（Peter Singer）等主として英米豪の哲学者の一部が1970年代から主張しており、今日まで影響力を持っているパーソン論

では、無脳症児など重度障害新生児、植物症（遷延性意識障害）患者、脳死者など、意思疎通能力や自己意識力が欠如している「人」は、生物学的存在ではあっても人格（パースン）を持たない。抹殺しても倫理的問題はない。逆に一部の高等動物はパースンに近いからその生存権は保護されるべきだということになる。ヒトとヒト以外の動物の区別よりも人格的存在であるかどうかで生存権の軽重を測る思想である。

これは、生存に値する生命と生存に値しない生命とを分け、質の劣る生命を積極的に排除しようとするもので、優生思想の特徴を備えている。この主張の背後には、医療財政や家族の負担といった社会的費用や労力を削減しようとする政策的意図も見えている。それだけに今後もくりかえし一定の力を持ち続けるであろう。

優生思想を容認せず、障害者・病者と健常者、少数者と多数者が共生していく方向を生命政策は選択する。

#### 4.4 社会的に不利な（弱い）生命の保護

WHO による障害の分類・定義がある。機能障害（impaired）能力障害（disabled）社会的不利（handicapped）である。これはいわゆる「弱者」の場合にも当てはまる。ここで生命政策上保護原則の対象となるのは、社会的存在としては相対的に弱い生命である。機能障害や能力障害があってもなくても、社会的に共生する一員として受け入れられていけば、弱い生命は減らすことが可能である。行政が介入すべきはこうした社会的に弱い生命を保護するときである。

#### 4.5 先端医療技術による生命・身体への自然への介入を抑制する。

生命科学の発展が人間の生命・身体への未来に無限の可能性を開くかのような半ば無意識的期待から自由になるべきである。それを保証するための行政介入は認めねばならない。例えば、遺伝子操作は、特定の難病治療目的に限定する。自然死を妨げ、治療効果不明ないわゆる延命治療は政策的に支持しない。生殖医療の利用を少数者である不妊患者の権利であるとする主張（例：金城清子 [1996]）には、自然理念から留保をつける。

## 5. 原則論から政策準則を経て個別政策の選択へ

これらの原則から個々の政策の方向が導かれるが、現実政策を作用する要素としては、パターンリズム、優生思想、技術解決主義などは残るし、社会的にもその影響力は強大である。従ってこれらをいきなり全面否定するのではなく、むしろ、場当たりの・無原則的政策構想を捨てて、以上の原則への方向性を持った政策準則を立て、それらに基づいて特定の政策選択をすることを目標とする。

### 5.1 政策準則

- ・患者の権利は法的に保証する。
- ・医療の情報公開（レセプト・カルテ・病院経営・厚生行政関連等）を推進する。
- ・プライバシーの法的保護を強化する（J.K. メイソン他 [1989: 91-106]）。
- ・胎児の生存権を、少なくとも第三者による危害（公害・薬害・妊婦暴行等）に対して認める。

（人工妊娠中絶については、女性の自己決定権との相克の中で、徐々に中絶件数を減らす方向への政策を構想する。）

- ・自然生殖から著しく離れた人工生殖技術の利用は制限する。
- ・配偶子・受精卵・子宮・臓器等の有償提供・売買は禁止する。

（生命に関わる身体部分の商品化は極力抑制する方向で政策を構想する。売買が市場弱者の従属性を促進（福祉を阻害）する危険性に対し法的規制が必要である。）

・臓器移植の無制限な拡大は人間の自然性・全体性を損なう恐れがあるから、厳密な条件を課して抑制する。

・本人の意思確認を厳密にした上で、末期患者の自然死（「尊厳死」）は、法的に容認する。

(9)積極的安楽死処置（自殺補助を含む）は、本人の意思が明かであっても、法的に容認（あるいは合法化）しない。

### 5.2 政策選択

#### 5.2.1 政策内容の選択

個別政策の選択は、例えば上記準則から、生殖細胞の遺伝子操作は禁止する。配偶子及び胚の凍結保存期間に限度を設ける。提供者は生殖年齢内に限る。死亡の場合は廃棄する。（倫理的には、自然を越えて保存されていることも廃棄も問題だから、保存数自体を減らす。その都度卵を採取することが母体に負担を与えるとしても、凍結保存配偶子および胚の無制限な利用は人工生殖利用の幅を広げ過ぎる。）代理出産は認めない、等々の政策内容が選べる。

### 5.2.2 政策レベルの選択

さらに、規制あるいは推進の必要強度から、法・行政規制、学会・医師会・医療機関等の自主規制、個人倫理の領域と三段階に分けて、政策のレベルを選択する。

#### 【文献】

- 浅井美智子・柘植あづみ編 1995 『つくられる生殖神話 生殖技術・家族・生命』制作同人社：8
- 足立幸男 1991 『政策と価値』、ミネルヴァ書房：6
- 唄 孝一・石川 稔編 1995 『家族と医療 その法学的考察』、弘文堂：3
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. 1989 Principles of Biomedical Ethics, 3rd ed. OUP = 1997 永安幸正・立木教夫訳 『生命医学倫理』、成文堂
- 江原由美子 編 1996 『生殖技術とジェンダー』、勁草書房
- 広井良典 1996 『遺伝子の技術、遺伝子の思想』、中公新書：2
- 星野一正 1991 『医療の倫理』、岩波新書：7
- 法性祐正 1998 「生命倫理と法の役割」平野武編 『生命をめぐる法、倫理、政策』、晃洋書房：6
- 池上直己 1992 『医療の政策選択』、勁草書房
- 加藤尚武・加茂直樹 編 1998 『生命倫理学を学ぶ人のために』、世界思想社
- 金城清子 1996 『生殖革命と人権』、中公新書：12
- Mason, J.K. ; Smith, McCall 1987 Law and Medical Ethics, 2nd ed. Butterworths = 1989
- 塚本泰司訳 『法と医の倫理』、勁草書房：12
- 町野 朔 1986 『患者の自己決定権と法』、東京大学出版会：10

- 永田えり子 1997 『道徳派フェミニスト宣言』、勁草書房
- 中山道子 1998 「自己決定と死 自己決定の死？」『岩波講座 現代の法 14 自己決定権と法』、岩波書店：10
- 日本産科婦人科学会 1997 「会告」『日本産科婦人科学会誌』、第49巻1号：6
- 木勝島次郎 1993 「フランスにおける生命倫理の法制化 医療分野での生命科学技術の規制のあり方」三菱化学生命科学研究所・社会生命科学研究室『Studies 生命・人間・社会』No.1
- 木勝島次郎・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 ヨーロッパとアメリカ、日本の比較研究」同上、No. 2
- 木勝島次郎 1995 「人体実験と先端医療 フランス生命倫理政策の全貌」同上、No. 3
- Reich, Warren Thomas 1995 Encyclopedia of Bioethics, rev. ed. Macmillan : 1
- 澤登俊雄 編 1997 『現代社会とパターナリズム』、ゆみる出版
- Sherwin, Susan 1992 No Longer Patient : Feminist Ethics and Health Care, Temple UP = 1998 岡田雅勝・服部健司・松岡悦子訳『もう患者でいるのはよそう フェミニスト倫理とヘルスケア』、勁草書房
- Singer, Peter 1979 Practical Ethics, Cambridge UP = 1991 山内友三郎・塚崎 智訳『実践の倫理』、昭和堂
- Singer, Peter 1994 Rethinking Life and Death: The Collapse of Our Traditional Ethics, Text Publishing Company = 1998 櫻 則章訳『生と 死の倫理 伝統的倫理の崩壊』、昭和堂
- 立石二六 1990 「胎児性過失致死傷」『刑法雑誌』第31巻2号：5
- 立岩真也 1997 『私的所有論』、勁草書房
- 土屋貴志 1998 「「bioethics」から「生命倫理学」へ」、加藤・加茂編[1998: 14-27] : 2

A basic theory of bio-politics.

Bio-politics consists of the fields relevant to medical and bio-ethical policies so far studied by three disciplines as bio-ethics, medical economics and medical law. Its main objects of research are AID, IVF-ET, abortion, bio-medicine, organ transplantation and natural death / euthanasia.

Until now the criteria of bio-policy assessment are indefinite because of the inconsistencies between policies influenced by the varied opinion about people's lifestyle and public order. The author argues that there should be a basic theory based on clear ideas and principles.

The proposed ideas here are freedom, symbiosis and nature which are put reciprocally in checked and balanced relationship. Hence five principles of bio-policy are self-determination, restraint on intervention from government or medical science society, anti-eugenics, strong social support for the handicapped and limitation on the intervention of medical technologies into human body / life.

These principles lead to the minor principles such as legal guarantee of patient's rights, promotion of people's right to access to medical information and legal protection of the right of privacy. Ultimately you can choose some concrete policies such as ban on human gene engineering of reproductive cell, ban on surrogate mother etc. and levels or means of restriction ( by law, by guideline or self )

keywords

bio-ethics    bio-medicine    self-determination    symbiosis    nature