

# 先進諸国における生殖技術への対応の比較

橋島次郎

本稿では周産期医療全体の中で、不妊への対応と出生前診断に関わる先端技術の部分を扱う。不妊への対応でも排卵誘発、卵管・精管の補修や、出生前診断でも超音波診断といった、すでに conventional なものとされている医療の問題は扱わない。

本稿の主題は、人工授精、体外授精-胚移植の研究・臨床応用と、それに伴う配偶子、受精卵・胚の扱いを社会がどう規制するかについての西欧各国の対応を日本の現状と比較し、将来の課題を探ることにある。

## 1 生殖技術の規制内容の比較

まず、各国がどの技術の実施をどこまで認めているかを、表1にまとめた。日本は公的な対応はいっさいないが、参考のため産婦人科学会の見解の内容を並べてみた。ドイツの「医師会」は公的資格を持つ身分団体であり、私的な同業者利益団体である日本の医師会や専門学会とは社会的地位が異なるので注意を要する（詳しくは、2を参照）。以下、その内容を説明する。

### 生殖技術の適応

誰が生殖技術を受けることができるかという適応に関して、イギリスでは法的な規制はない。ただ生まれてくる子の福祉が確保されていることが不妊治療実地の条件とされていて、実際にはカウンセリングの段階でシングル女性はかなり厳しく淘汰されているようである。婚姻の有無は問わないとされたが、議会では不妊治療は婚姻中のミドルクラスのカップルのためのもの、というニュアンスで扱われている。ドイツでは医師会のガイドラインで対象となる不妊の医学的条件を詳しく決め、原則として婚姻したカップルに限っている（日本の産婦人科学会の見解も同様）フランスの法案は、婚姻の有無は問わずに、ただ単身者や同性愛カップル、それに寡婦を排除するため、「生きた男女のカップル」としている。また、不妊が「病理学的に確定されている」ことを条件にしている。閉経後の高齢の婦人は、この条件によって排除される（現状ではこうした規制は、若干の判例と全国精子バンク組織の内規によって指示さ

れているにすぎない）。医学的な不妊を条件にするには、アメリカで一部行なわれているような、便宜上の利用（自分の生活に合わせるために生殖技術を使う）を封じるためでもある。

### 配偶子提供の条件と、産まれてくる子の保護

精子の第三者への提供を禁じている国はない。ドイツを除いて、卵の提供を禁止している国もない。その場合、提供者と生まれてくる子の関係をどう処理するか、とくに提供者の匿名は絶対とされ、法案でも子が提供者の素性を知ることはできないようにされている。ただ医学的な問題が起こった場合のみ、主治医が匿名の医学情報にのみアクセスできるとしている。これに対してイギリス法では、子も直接提供者の属性に関する情報にだけアクセスできるとしている。さらに、ドイツでは、1989年の連邦憲法裁判所の判定に基づいて、医師会のガイドラインが、子が提供者を知る権利を否定することはできないとしている。

提供者を知る必要は、同じ提供者による子同士の近親婚を防ぐという意味もある。フランスでは、精子バンクの内規で、匿名を絶対原則とするかわりに、同一提供者からの出生子の数を五人に制限することで近親婚の可能性を抑えている。このルールは法案に盛り込まれる予定である。同様にイギリスでは同一提供者から、生まれる子の数は十人に制限されている。

フランスは、第三者からの提供を受けた生殖の場合、産まれてくる子に対して、父となる男性は、民法で広く認められている嫡出否認または認知否定をできないように民法を改正しようとしている。イギリスやアメリカでは、生まれてきた子は生物学上の人でなく、人工生殖に同意したカップルの子であると認定するという特別規定を設けている。ドイツはこの問題にまだ明確な法規定を打ち出していないが、連邦最高裁は父親の嫡出否認権を認める判決を1983年に出している。

### 受精卵の凍結保存、保存胚の提供

イギリスの法律には、受精卵の凍結保存とその

第三者への提供について、規制条項がない。ドイツでも同様である。

フランスの現状では受精卵の凍結保存は放任されており、そのうち毎年廃棄される胚が二千近くあることが問題とされている。法案は、受精卵の保存は最高五年までとし、カップルの片方が死んだり、または使用する意思を取り消した場合は保存を中止するか、厳格な手続きを経て別のカップルに譲渡するという制限を用意している。

### ヒト胚の実験利用

体外授精にともなって生じる余剰胚を研究目的に使用してよいかどうかは、欧米で常に激論の中心になってきた。ドイツの法律は受精の時点からこれを禁止しているのに対して、イギリスでは規制案について意見が分かれ廃案となり、事実上野放し状態にある。フランスは法案で、医学目的で、胚に損傷を与えない研究だけを例外的に認める方向である。

生殖目的以外の、実験目的での胚の生成は、ドイツは法律で禁止し、フランスは法案で禁止しようとしているのに対して、イギリスでは受精後14日までの研究を認可している（国家機関の事前審査はある）。アメリカでは、ヒト胚や胎児を対象にした研究は国家の助成を受けられないという間接的な規制だけがあった（民間の助成は無規制）が、クリントン政権は成立早々それを解除した。

### 代理出産

有償、無償を問わず、代理出産そのものをドイツの法律は禁止する。フランスは現状では、あっせん団体の活動及び代理出産契約を無効とする判例があるだけである。法案では、有床、無償問わず契約は無効、あっせんや契約の試みは罰せられることになる。これに対してイギリスの法律は「商業主義的」なものだけを禁止する。アメリカでも、有償の契約を無効とする州が若干ある。

### 出生前診断、性選択、着床前診断

イギリスでは出生前診断は、現場でのインフォームド・コンセントに基づく実施に委ねている。着床前診断には規制はない。性の選択については1993年に、認可機関の定める実施要項に規制を盛り込むかどうかの検討を始め、現在禁止する方向で進んでいる。

ドイツは法律で原則として性選択を禁止してい

るが、伴性遺伝病を回避する場合は例外として認められている。着床前診断が胚保護で禁止されているかどうかは、目下のところ法解釈が分かっている。

フランスの法案は、出生前診断の目的を、「特別に重大な疾患を検査する」ことに限っている。伴性遺伝病を避ける以外の目的での性選択などがこれで排除される。またその実施を、保健省の認可を受けた特定の施設・術者に制限する。新民法案の中で、「人の選別の組織化を試みるような優生学的行為」を禁止することで、社会が、出生前診断の技術を通して組織的に障害者を排除することが起こらないよう、歯止めをかけている。また着床前診断は、「とくに重大な遺伝病を持つ子を生む可能性のある」カップルにのみ例外的に認めるとした。胚の選択を許すことで「優生学」に道を開きかけないこの技術の実施を、極力抑えようという主旨である。

### キメラ、ハイブリッド、クローン

これらの技術の人への実施を法律の中で明文で挙げて禁止しているのは、イギリスとドイツである。フランスは、人体とその一部に関する新民法案のなかで、人類の（遺伝的）一体性を侵害するような行為、子孫を改変する目的での遺伝性質の変形の禁止、という一般的な表現で、実際上はこれらの極端な生殖技術の人への実施を禁じている。

これに対してアメリカは全く規制していない。そのためか、1993年秋にヒトの受精卵を分割する実験研究が公にされると、アメリカではヒトのクローンをやり始めたと報道され、ヨーロッパでもこれを深く懸念する声があがった。

## 2 政策形成のあり方の比較

生殖技術に関わる政策形成は、生命、家族、親子といった人々の基本的な価値観に踏み込む内容になる。そのために、政策が国民に受け入れられる正当性と権威を持つためには、具体的な内容以上にそれがどのように、誰によって決められたかが非常に重要になる。個々の技術への態度を決める根拠として、それぞれの国が社会的合意として、どのような政策原則を選択するかを明らかにする努力が必要になるのである。また、決められたルールを誰がどのように守らせるかも同じように

重要になる。

そこで次に各国の政策形成の流れを概観し、それぞれが、どのような政策原則に基づき、どのような規制システムを目指しているかを比較・分析する。また、各国の政策形成と規制システムのなかで、現場での最終的な責任主体である医療専門職集団がどのような位置を占めているかにも、注意を向けてみた。

## イギリス

生殖技術に関して、これまでのところ最も整備された規制システムを作り上げ、運用しているのはイギリスである。そこに至るまでのプロセスも、慎重で手間ひまをかけたものだった。

1982年、政府は「ヒトの受精と胚研究に関する調査委員会」を設置、84年に64の勧告を含む報告書を出した（「ウォーノック報告」）。86年にはこの報告書の勧告の論点を、社会的合意が得られたと考えられるものと、まだ合意がなくさらに検討すべきものにわかりやすく整理した文書（「Consultation Paper」）を出した。これをベースに、国民から広く意見を求める期間を半年設ける慎重な姿勢を政府は取っている。その結果、1987年に「立法化への枠組み」という白書が出され、これが法律の形にされて、90年の「ヒトの受精と胚研究に関する法律」となった。結果的には、ほぼウォーノック報告が勧告したとおりの禁止事項と規制システムが立法化されている。

その一方で、中絶の結果入手可能になる胎児の実験利用のガイドラインの見直しも行われた。それまで指針とされていた、1972年の政府の諮問委員会による実施規定（「ピール・コード」）では、生育力を持つ以前の生きた胎児を研究に使うことが一定の条件下で認められており、胚と胎児の区別もなかった。それに対して、ウォーノック報告は受精後14日以降の生きた胚の実験利用を禁止するよう求めていた。このくい違いを調整するため、ピール・コードの見直しを主眼とする政府委員会が設けられ、1989年に報告書を出した（「ポーキングホーン報告」）。同報告は、ウォーノック勧告を尊重し、死んだ胎児のみを実験利用の対象とする新しい研究実施規定を定めた。

このように、専門委員会が問題を特定し、実体を調査して提言を報告書にして世に問い、社会の反応とその後の推移に応じて報告書を積み上げて

いって、最終的に最も重要な委員会報告に沿った内容の法律をつくるという、たいへん正統的でリーズナブルな政策形成過程が取られている。

イギリスの法律は、具体的な規制を独立した専門の機関をつかってそこに委ねることを主眼とする。法律であらかじめ何もかも禁止するのではなく、専門職の内規のみに委ねるのでもない。中央からの行政的な管理による実効的で現実的な規制を目指しているのである。法律で禁止されたのは、受精後14日を越えた胚の実験利用と、ヒトのキメラ・ハイブリット・クローンを作ること、それに虚偽や無認可の情報開示にとどめられている。これらへの違反には刑事罰が課される。

つまりイギリスは、あらかじめ法律で一律に禁止するのは、社会が一番いけないと認めたごく限られた極端な技術応用だけにし、あとは専門行政機関によるケース・バイ・ケースのチェックに委ねる方式を採った。こうして法律でのその地位を与えられた「ヒトの受精と胚研究に関する認可機関」は、生殖関連の研究と臨床応用を行なう研究・医療施設の認可権限と、それらを拘束する現場指導用のルール（「実施要項」）を定め、その遵守を立ち入り監査できる権限を与えられている。ルール違反に対しては、認可を取り消すことができる。この方式の優れた点は、常設の専門機関がそのつど社会で問題ににされた点の実態をレポートにまとめて解決策を社会に諮る形で、将来起こり得る課題に開かれた、フレキシブルな対応が可能になる点である。その結果、規制が必要と判断された場合には、いちいち法改正するのではなく、機関が定める実施要項に付け加えていくだけでよいことになる。1991年の機関活動開始後、ウォーノック勧告や法律自体で想定されていなかった新しい問題である。性選択や胎児の卵組織の利用の是非について、規制すべきかどうかを検討されている。

イギリスでは、西欧の他の国と同じように、胚を実験に使うことの是非に関しては多くの議論があったが、専門機関による管理という方式そのものは一致して指示されていた。一定の倫理原則を政策として採用しようとして議論が別れ、結果として何らのコンセンサスも得られず、何の手段も取れなくなる危険性よりも、とにかく実効性のあるシステムをつくることを急いだ。ここに、イギリス流のプラグマティックな現実主義が現われている。

また公共政策が確定するまでの過程で、メディカル・プロフェッションが早くからウォーノック勧告通りの認可機関を自主的に作り、立法による正式の機関ができるまでの繋ぎを用意することで社会的責任を果たそうとしたことも注目すべき点である。

### カナダの政策提言

1993年11月、カナダの「新生殖技術に関する国家委員会」は、三年半かけて膨大な実態調査を行なった末に、このイギリス式の政策を採るよう提言している。つまり、キメラやハイブリッド、クローンなどの極端な技術応用と商業的な代理出産幹旋だけを法律で禁止し、残りの研究・臨床応用規制は連邦に専門委員会を設けて、一件ごとの監査に委ねるという政策である。異なるのは、隣国アメリカの自由放任に対して、カナダは違う価値観を持っていることを強調し、配偶子、受精卵、胎児組織の売買を刑事罰をつけて禁止するよう提言している点である。この点では後でみるフランスの政策原則に近いものがある。

カナダでは、保健医療対策は本州政府の管轄に属する。したがって国家委員会の提言は、州政府の権限に連邦政府が踏み込む内容を含んでいることになる。そのために連邦政府は対応に慎重で、今後の実際の政策決定においては、委員会の提言をそのまま実行するのではなく、各州が受け入れられるような内容に変える妥協が図られることが予想される。

### デンマーク：生殖技術から生物医学全般の規制へ

またデンマークも同様の政策を最近採るに至った。1992年の「科学研究倫理委員会システムと生物医学研究計画の管理に関する法律」により、配偶子や受精卵、胚、胎児だけでなく人の一部または全部を使う実験計画はすべて、地域の倫理委員会の審査による認可を受けることが義務づけられた。

これは生殖技術だけでなく生物医学全般の規制対策だがそれが立案された発端は、やはり新しい生殖関連技術への懸念だった。1987年、「倫理評議会設置と一部の生物学研究の規制に関する法律」によって、保健医療と人を対象にした実験研究のもたらす倫理問題を検討する国家諮問委員会

がつくられることになった。その主な使命は、人の受精卵、生きた胚、胎児の保護と配偶子に対する遺伝学的実験について、技術の現状と将来の展望を評価したうえで、政府にこの問題に対する立法に関して勧告を出すこととされた。同法律は、二年以内に（のち三年に延長）政府に法案を提出することを義務づけるとともに、その立法が行われるまで、人の受精卵を使った実験は禁止することとした。倫理評議会は1989年と90年に二つの報告書を出して法律の命じた使命を果たした。それによって成立したのが、先に述べた92年の法律である。

この二つの法律によって、デンマークは、生物医学全般に対して、倫理原則と政策形成のための公論の組織を倫理評議会（国家倫理委員会）がやり、個々の研究のチェックは地域と中央に別の専門機関（＝研究倫理委員会、アメリカでいうレビュー・ボード＝審査委員会）を作ってそれに委ねるという分業体制を整えた。この体制は、西欧諸国の中でも最も整備され、よく機能している例である。

このようにデンマークも、慎重な検討の末に、一定の倫理原則を法制化するのではなく、専門の公的機関を作って、それによる一件ごとの審査に規制を委ねる道を選んだのである。法律が一律に禁止する事項も、イギリスと同じく、キメラや、ハイブリッド、クローンといった極端な生殖技術の人への実施に限られている。92年法は87年法により設定された胚研究のモラトリアムを解除したが、人の受精卵と生殖細胞の実験研究及び体外受精の実施計画は、地域と中央両方の倫理委員会に許可を申請しなければならないとした。また受精卵の他者への提供は禁止される。政策目的の中核だった生殖技術は扱いが厳しくなっていることがわかる。

### ドイツ

ドイツでは、1985年以来、連邦医師会によるガイドラインが生殖技術や研究の実施に厳しい枠をはめてきた。それでも世論はさらに厳しく、代理出産や胚操作をいっさい禁止する法律が1989年と91年に作られた。この法律およびそれを準備した政府委員会の報告書（「ベンダ委員会報告」、1985年）は、ともに医師会のガイドラインはほぼ踏襲した内容だった。

1991年の胚保護法は、代理出産、受精卵の遺伝子治療、胚の実験利用など多くの事項を禁止して違反には刑事罰を課す厳しい内容だが、その実施のための実質的な監視機構を用意していないという批判がある。刑事告発を担う検察庁では、医療や研究の現場には目が届かないし、必要な専門知識もないからである。だが実際は、各州の医師会が委員会を作って胚研究や生殖技術の実施を監視する体制をとっている。

このようにドイツでは連邦医師会の指針の権威は大きく、社会・国家の総意である法律を守らせる機能も、事実上州の医師会委員会によるモニタリングが果たしている。メディカル・プロフェッションによる自己規制が、公共政策の形成をリードしてきたのである。

つまりドイツでは、医療専門職団体による自己規律に、国家（刑事罰）による法規性が付け加わる形での規制システムが採られている。政策形成の面では、生命科学による人の操作にことのほか厳しい世論に、政治家が引きずられた節がある。この厳しさはヨーロッパ内で突出しており、ナチスを中心とするドイツの近代特有の経験に由来するものと考えられている。

このドイツの厳しい規制政策選択の根拠になっているのは、ドイツ基本法にある「人間の尊厳」から導き出される「生命保護」の原則と「子供の幸福」を第一にした父性と母性の分裂の回避という原則である。ドイツでは、人の生命の操作に関わる科学技術に対して、社会の態度はとても厳しい。フランスが、人権＝人の生命の尊厳の尊重と、科学技術の最大限の発達を目指すという二つの国是の間にバランスを作ろうとするのに対して、ドイツは、胚保護法でも遺伝子工学でも、科学技術の発達を犠牲にしても、生命保護の原則を優先させて厳しい規制を法制化してしまう。

## フランス

フランスでは、政府が命じたアドホックなミッションが1988年と91年に二つの政策報告書を出し、これを軸に92年春に、生殖技術だけでなく人体の一部、遺伝子に関わる生物医学技術全般を規制する「生命倫理法案」が作成された。また88年の政府報告書と89年の最初の法律草案を受けて、議会でも二つの報告書が92年始めに出され、政府法案の審議に向けての準備がなされた。法案はそ

の後、92年11月、94年1月、4月と国会審議が進められ、大詰めを迎えている。

生命倫理問題全般を包括的に対象にしてきたフランスの政策論議のなかで、人工生殖（「医学的に介助された生殖」）と胚の地位は、とりわけ議論が分かれるホットな問題である。そこがネックになって、政府はそのつどの公論の動向を勘案して幾度か成案の再検討を命じるなど、慎重な対応をしてきた。1989年の法律草案でいったん出された出生前診断と人工生殖の法的認可＝規制の体系は、91年の報告書では再検討のうえ立法を見合わせるべきであると勧告された。そのため正式に議会上程された政府法案では人工生殖のみを規定し、出生前診断と胚研究の規定はつくられなかった。これに対して下院の国民議会はそれらの規定を追加した修正案を採択して89年草案の線に戻したが、反対もなお根強く、93年の総選挙の結果議会多数派・内閣が保守中道に交替してきたことも手伝って、人工生殖の実施手続きを厳しくし胚研究を禁止する再修正案が、第二院の元老院の審議以降出てきている。法案成立は、この問題をいかにクリアするかにかかっている。

この多年に及ぶ政策論議を通じてフランスは、生物医学技術規制についてどこの国よりも包括的な倫理原則を体系化してきた。その中心となる考え方は、人体は人権の座であり、人権は公の秩序に関わることであるから、人体とその一部の扱いに関するかぎり、個人の自由は人権保護の観点から当然制約を受けるというものである。これは、個人の自己決定権を第一原理とするアメリカの考え方に対する、意識的なアンチ・テーゼである。この原則に基づいて、人体の一部・産物である精子や卵子などを本人が自由に処分したり売買することや、他人のために自己の子宮を提供する代理出産などが、公の秩序に反するとして禁止される。とりわけ人体、生殖の商業化を徹底的に排除しようとするのもフランスの政策論議の特徴である。これもアメリカの市場的自由主義へのアンチ・テーゼとして自覚的に追求されている。また、欧州市場統合への備えとしても緊急を要する課題として受け止められている。生命倫理法案は、こうした人体の人権を大原則とし、それに合わせて個々の技術を律するルールを決めていくという、包括的、演繹的な政策形成の手法を取っている。

さらにフランスは、国境を越える生命科学技術

の発達への対応として、自国の原則を守るだけでなく、一步進んで、それを近隣諸国、国際社会にも認めさせようとしている。1990年代に入ってから、欧州評議会による「ヨーロッパ生命倫理条約」制定の試みや、ユネスコによるヒト遺伝子保護の国際ルール制定に向けての動きは、主にフランス出身の人材が本国の後押しを受けて進めているとみることができる。こうした普遍性の追求もフランスの政策の特徴である。ドイツの「生命の保護、人権の尊厳」という政策原則が、ドイツの歴史の特殊性を込めて追求されるのと、好対照である。

生命倫理法案が成立して発効するまでは、フランスの現状は、行政立法による部分的な規制と、医師会による職業倫理規定があるだけである。1988年の政令により、人工受精と体外受精は、保健省の「地域医療計画」による許認可制の枠内に組み込まれた。人工生殖を行なおうとする施設は、保健大臣の認可を受け、一定年限ごとに実績評価を受けて更新許可をもらわなければならない。この規制を実施するための諮問的役割を果たす「生殖医学・生物学国家委員会」が同年に政令で設置され、人工生殖に加え出生前診断の部会も作られている。法律による規制は、精子の提供は無償とし、生の（凍結保存でない）精子による人工授精は禁止することと、配偶子の輸出入を保健大臣の許認可の下に置くことだけである。

こうした部分的・形式的な現行の規制に対して、生命倫理法案は、一定の倫理原則を法制化して、現行の「医療計画」による許認可制度を、それらを守らせるためのシステムに改組することを目指す野心的な試みである。違反には、刑事罰に加えて、実施施設の認可を保健大臣が取り消す、行政罰による制裁が課される。さらに人工生殖と出生前診断については、専門の国家委員会の審査と監査、実績評価の下に置く体制がつくられる。こうして国による許認可に、倫理原則として明文化された規制の判断基準が与えられ、単なる機械的、官僚的な管理を脱することが目指されているといえる。これは、公的な規制を望む社会の要望に応えつつ、医学研究者の利害にも合致するぎりぎりの線であるようだ。

フランスにおいては、メディカル・プロフェッションは公共政策作りのイニシアチブをとっていない。ドイツと違って、専門医学会によるガイドラ

インは政府・議会の政策報告書で引用されることはほとんどない。政府・議会の委員のキー・パーソンに医学者、生物学者がいるが、彼らは政治家として、研究者の利害と社会の利害を調整する公的な立場を取らざるを得ない。専門家としては、公聴会で証言したり実態レポートを提出したりする程度である。そのほかに1983年に設置された倫理国家諮問委員会が、比較的研究者寄りの立場を社会的に向けて代弁する役割を果たしている。

## アメリカ合衆国

アメリカでは生殖技術への公的対応は、中絶の是非論争と直結させられることで、身動きの取れない状態に置かれている。

倫理諮問委員会を厚生省（DHEW）内につくって1979年に体外授精の実施にゴー・サインを出して以来、生殖技術について連邦レベルで政策形成する場は、全くない状態が続いている。倫理諮問委はレーガン、ブッシュの共和党政権の消極姿勢のためずっと更新されず、その同等物として設置された大統領委員会も生殖技術は課題とさえされなかった。議会もこの空白を埋めるため独自の倫理諮問委を設けたが、座長人事が中絶をめぐる対立のため頓挫して一つの報告書も出せないまま解散された。日本で有名な大統領委員会も、遺伝カウンセリング以外は生殖技術の問題を扱わなかった。

このためアメリカでは、専門学会によるガイドラインとカップルないし個人の自己決定権とプライバシー権を第一原理とする司法の判断によって、生殖諸技術の社会的受容を進めている。つまり、専門職団体が作った指針に沿ってある技術が実施されてゆくなかで、何か問題が起これば、当事者が裁判に訴える。そうした事例が重なって、裁判所が個別のケースで下した判断の積み上げから、しだいに一般に通じるルールが出来上がってくる。自己決定権やプライバシー権という原則も、そうして確立されたものである。ルールの作り方は個別的、帰納的であり、フランスと正反対の特徴を持っている。

公権力は、研究者や個人の医療技術を求める行為への介入を最小限にするべきだというのがアメリカで最も社会的合意を得た原則である。裁判所は、その原則を守る番人として機能している。州や連邦の政府や議会がどんな規制や法律を作って

も、その正当性の最終的な判断権は、連邦最高裁判所にある。アメリカでは公共政策においても個人の権利が第一だが、それを守るには当事者本人がまず声を挙げ、裁判を始めなければならないのである。発達する生命科学技術からの人権の保護を、ヨーロッパ諸国では国家（行政府、立法府）の債務としているのに対して、アメリカでは個人のイニシアチブと、それを救済する司法への信頼に委ねている。

立法府、行政府による政策対応が凍結状態にあるなかで、専門職のガイドラインによる自己規制と、裁判所による当事者間での利害調整に委ねる自由主義が、アメリカの基本的な対応原理になっているのである。

## まとめ

以上の各国の政策形成の特徴を表2にまとめた。

この表と日本の現状を比べてみると、日本での公的対応の欠如ぶりが目立つ。生殖技術の規制は、産婦人科学会の「見解」があるだけで、ほぼ各研究者の裁量に委ねられている。大学倫理委員会の活動も、今のところごく限られた特殊な例に限られている。にもかかわらず、適応を婚姻カップルに限り、代理出産、卵提供はいうまでもなく精子の第三者からの提供も一施設以外は行っていないという、西欧諸国に比べて厳しい自己規制が、一見何の制度的なコントロールもなしに実現している。しかしこうした厳しい規制が選ばれている根拠となる倫理原則を明らかにしようとする議論はなされていない。

こういった特徴は、生殖技術とは対照的に大きな社会問題とされてきた脳死・臓器移植において

も実は同じように認められる。脳死者からの臓器移植が一件も行なわれないなかで、生体部分肝移植が多数積み重ねられたのと同じように、生殖技術の方でも、第三者からの提供を伴う施術は一件も行われないまま、体外授精は、着実に増え、顕微受精などの先端技術も次々と試みられるという状況にある。

このようにこれまでのところ日本は、目に見える形での規制がないなかでの秩序の実現という、超自由主義とでもいうべき状況にある。大勢としては私的自治に委ねるアメリカの自由主義になっている形だが、ヨーロッパの状況を見ても、それが国際的に指示される大勢でないことは明らかである。

海外に卵提供者や代理母を求めて行く日本人がすでに現われ、仲を取り持つ業者も名乗りを挙げている。臓器と同じように精子、卵子、受精卵のやり取りも技術的には簡単に国境を越える。将来は、アメリカだけでなく、直接近隣諸国にアジア系の卵や代理母を求めに行くようにならないとも限らない。オーストラリアも生殖技術の「輸出」に熱心だという。早晚、技術管理や配偶子の扱いについて、太平洋圏で国際的な取り決めをする必要が出てくるだろう。その前に日本の政策原則を明確にしておかなければ、問題事例に対応できず、アングロ・サクソン式の功利的個人主義、市場的自由主義に否応もなく流される事態になりかねない。

今後は日本もヨーロッパ諸国にならって、倫理原則と個々の技術への態度決定を行うための政策作りをできる常設の公的な回路を備え、経験を積んで行く必要があると思われる。

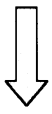
<表1> 生殖技術への対応、各国比較

	イギリス (ヒト受精・胚研究法、1990) (同認可機関実施要綱、1991)	ドイツ (連邦医師会指針、1985) (胚保護法、1990)	フランス (生命倫理法案、1994)	アメリカ (各州法、判例)	日本 (産婦人科学会見解)
適応	男女のカップル (既婚・未婚の別なし) 要カウンスリング	婚姻カップルのみ 医学的不妊 (医師会指針)	「生きた男女のカップル」 医学的不妊	規制なし	婚姻カップルのみ医学的不妊
配偶子提供の条件	本人同意、無償、匿名 嫡出認定	卵提供禁止	本人同意、無償、匿名	嫡出認定 (統一親子法)	第三者からの提供は認め ないのが大勢
生まれてくる子の保護	出自を知る権利は限定 (要綱)	出自を知る権利を認める (医師会指針)	嫡出否認の禁止、出自を 知る権利は否定	規制なし	
受精卵の凍結保存	規制なし	凍結保存は否認	最高5年まで、1年ごと 確認	規制なし	婚姻中・母体の生殖年齢 中に限る
保存胚の提供		胚提供は原則として 禁止	手続きを厳格にして 認める		提供は禁止
ヒト胚の実験利用 余剰胚 実験目的の胚作成	受精後14日までの もののみ認可	受精の時点から禁止	原則禁止、例外を認める 禁止	規制なし (国家助成の凍結、解除)	認可
代理出産	「商業主義的」なもののみ 禁止(1985年法による)	禁止	禁止	10州でのみ 有償の契約無効	禁止
出生前診断	規制なし	規制なし	目的、実施施設を限定 して認可	規制なし	医学的適応を限定
胚の着床前診断	規制なし	法解釈がわかれている	条件つき認可	規制なし	規制なし
キメラ、ハイブリッド、 クローン	禁止	禁止	「人類の遺伝的一体性の 侵害」を禁止	規制なし	規制なし

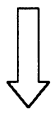


<表2> 生殖技術政策の特徴、各国比較

	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
政策のしぼり方	政府委員会報告書 ↓ 立法 ↓ 専門行政機関による ルールづくり 個別的	医師会 指針 ↓ 立法 (併存) 個別的	行政立法 先行 ↓ 政府報告書 ↓ 議会調査報告書 ↓ ← 理念的体系化 → 立法 ↓ 包括的・演繹的	現場専門職 ↓ 問題事例、訴訟へ ↓ 個別の判決から 一般的原理へ 個別的、帰納的
規制の様式	独立の専門行政機関の実施要 綱による指導と監査	医職能団体の指針と刑事罰に よる直接の国家規制の併用	制定法による理念の体系化と 行政立法による運用 (保健省による許認可と監査)	専門職団体による自己規制と 司法判断
実務上の規制主体	ヒト受精・胚研究に関する認 可機関	各州医師会の常設委員会	保健省による許認可 生殖・出生前診断国家委員会	個別学会によるガイドライン 裁判所
政策形成の根拠となる 主導原理	プラグマティックな現実主義	「子供の幸福」 「人間の尊厳」	個々人の権利の上に立つ公の 秩序としての人權 「人体の人權」	当事者の自己決定権とブライ バン権
その他の特徴、備考	デンマークも同形の政策	科学技術に対し最も厳しい規 制	法案審議大詰め	中絶問題と強く結び付くため 公的政策対応は凍結状態



**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



本稿では周産期医療全体の中で、不妊への対応と出生前診断に関わる先端技術の部分を扱う。不妊への対応でも排卵誘発、卵管・精管の補修や、出生前診断でも超音波診断といった、すでに conventional なものとされている医療の問題は扱わない。

本稿の主題は、人工授精、体外授精 - 胚移植の研究・臨床応用と、それに伴う配偶子、受精卵・胚の扱いを社会がどう規制するかについての西欧各国の対応を日本の現状と比較し、将来の課題を探ることにある。