

第17回国際生命倫理委員会（IBC）
IBC・政府間生命倫理委員会（IGBC）合同会議 出席報告

10月25日から27日にユネスコ本部にて国際生命倫理委員会（IBC）、10月28日から29日にIBC・政府間生命倫理委員会（IGBC）合同会議が連続して開催された。

会議にはIBC委員である森崎国立循環器病研究センター一部長が出席した。

今回は「人の脆弱性と個人のインテグリティの尊重の原則」、「伝統医療と倫理との関係」、「人クローンと国際ガバナンス」の3つのワーキンググループの報告を中心に議論されたが、第一の報告は最終に近い形で議論され、第二の報告は2011年の次回IBC総会で最終案をまとめ次回のIGBC通常会合（2011年）へ提出の予定である。いずれも色々な視点から議論された。

主な議論の内容は以下のようなものであった。

なお、次回第18回IBC通常会合は2011年5月末—6月初にアゼルバイジャン（バクー）にて開催の予定である。

<IBC> 10月26—27日（25日は委員のみによる非公式会合）

1. 開会

ポコバ事務局長の挨拶文をエンギダ事務局次長が代読し、科学者が自由に研究、発表できることと倫理との整合性、医学と倫理について自然科学だけではなく文化との関連、またヒューマンクローニングにおいて科学研究と開発との調和について触れた。

2. 議題1：人の脆弱性と個人のインテグリティの尊重の原則（宣言第8条）：
IBCワーキンググループの進捗報告

（1）シェリルブラウンIBC委員が議長を務め、ワーキンググループの報告として、ワーキンググループ議長マクリーンIBC委員に代わりシンプルシIBC委員より、人の脆弱性について、第8条（ユネスコの「生命倫理と人権に関する世界宣言」）に関する人の脆弱性、臨床における脆弱性、生命工学の発展とその応用における脆弱性について、まず、分析的な説明があった。すなわち、特に保護すべき脆弱な個人として、1）子供、患者など人として特に考慮すべき状態、2）文化、因習、権力、経済など社会的に考慮すべき状態、3）自然、環境により考慮すべき状態、の3種類があること、医療の場面では、自己決定あるいは同意の問題、適切な医療にアクセス出来ない状態を考慮する必要性があり、さら人を対象とする研究においては、1）産業の問題、2）強要の可能性、3）特定の集団の除外による不利益を考慮する必要があるとの説明がなされた。

（2）委員からの主な発言は以下のとおり。

（イ）脆弱な人に「移民」を含めるべきであり、また脆弱性の哲学的な定義を含めることは避けるべきであるとの発言。社会的経済的な脆弱性、アングロサクソンの偏側的理念への対応も考慮すべきである。「同意」報告との重複を避けるべきであり、他の報告書や宣言等との関係も考慮すべきであるとの発言。

(ロ) 脆弱性の定義について、脆弱性の定義は難しいが脆弱性である状態を見極めるべき、脆弱性について哲学的な定義は難しい、ユネスコに人権に関する定義がされているので参考になる、報告案では脆弱性の定義を避けるべき、特定の分野に焦点を置いて脆弱性の定義を検討するといった発言があった。また、森崎委員からも脆弱性の哲学的な定義を避けることへの賛意とともに、脆弱性をもつ個人の分類についての記述や脆弱性を生ずる状況の分類記述も望ましいとの発言がなされた。

(ハ) 脆弱である人々として、患者の脆弱性については古くから医師と患者との間に構造がある、教育を受けていない人は脆弱である、脆弱な人々として、移民、鉱山労働者、子供、女性、売春婦、貧困者、さらに高齢者を含めるべきなども指摘された。

(ニ) その他の意見として、脆弱な人々を守る法律を整備していない国がある、脆弱性は資源や富の配分の問題もある、などの発言があった。さらに、富を持たない国では研究者もその国の人々と同様に脆弱性を有するとの発言もあった。また、薬剤治験に関して、人々に十分な情報なしに行われることから先進国よりむしろ発展途上国でおこなわれることがある、との指摘もあった。

(三) 最後に議長より、非常に幅広い内容の発言が聞かれたので、事務局とよく相談し、意見をどのように反映させるかについても勘案し、より良い報告の策定に向けて作業をすすめる、旨の発言があった。

3. 議題2；伝統医療と倫理との関係：IBCワーキンググループの進捗報告

議長はQingli Hu IBC委員が務め、Emilio La Rosa IBCワーキンググループ議長（IBC副委員長）、Susanne Schnuttgenユネスコ文化政策担当チーフ、Tangwa教授（カメルーンYaounde大学）からプレゼンが行われた。

(1) Emilio La Rosa議長の報告：まず、伝統医療の定義はWHOによるものとし、代替医療や補完医療とは区別しての検討とし、伝統医療は途上国を中心に広がっておりアフリカ（エチオピア、ベニンなど）では医療の80-90%が伝統医療により行われており、中国ではプライマリヘルスケアの40%が伝統医療であること、さらに、先進国でもカナダの70%は伝統医療を受けたことがあり、欧州でもその割合は4-50%にものぼりうるが、法的規制が行われていないことが報告された。また、中国、韓国、ベトナムでは伝統医療と通常の医療が組み合わされて実践されていること、他の国では伝統医療がそのまま医療として受け入れられていること、なども報告された。伝統医療は文化と同期していること、魂の治療として規制の対象外でありときに有害な影響のあることも報告された。

(2) ユネスコ自然科学担当ヘッカー氏のプレゼン：伝統医療は数十億人にとって重要な医療であるが、社会的、文化的、環境的な側面からは必ずしも同様ではなく、医療システムとして概念的なものですらある。伝統医療の研究および規制についての評価は容易ではなく、伝統医療は一般的に経験的なものであって多様性に富む。2004年に64各国を対象に臨床的適法性と科学的適法性について検討されたが、伝統医療の規制についてはまちまちであった。ラテンアメリカの9カ国では法的枠内に組み込まれていたが、伝統医療の規制は必ずしも法

体系には含まれてはいない。規制により、伝統医療の変革が促進され、その変化は望まれる方向となりうるが、他方、規制は（伝統医療による）受診の機会を減らす可能性もあり、カナダではアメリカ原住民の健康に伝統的治療師の役割も指摘され、倫理的な問題もはらむ、と報告された。

（３）Susanne Schnuttgenチーフのプレゼン：伝統医療と現代医療はマージしているところもあること、文化の面から伝統医療は文化多様性の枠組みを満たす可能性について説明され、文化多様性の価値から伝統医療を尊重する考え方もありうると指摘された。通常医療との融合は文化保護の側面からは良い面とともに悪い面もありうること、無害性、効果的、有効性、合理的な利用の上で保護することについても説明された。

（４）Tangwa教授のプレゼン：伝統医療の定義はあいまいであること、WHOの定義は作業上の良い定義であること、中国、韓国、ベトナムの伝統医療とアフリカの伝統医療とは異なること、伝統医療の医学的知識は植物や動物のミネラルなどの効用に限られること、伝統医療治療師は商業との関連があり、その実践には多くの慣習的タブーのあることが紹介され、アフリカの伝統医療では公的な調査は行われていないことなどについても説明された。

（５）委員からの主な発言は以下のとおり。

（イ）伝統医療と西洋医療との区別、また伝統医療の定義が必要であるなど、伝統医療を考える枠組みの必要性について指摘された。森崎委員からも伝統医療の定義の問題が指摘され、さらに、中国、韓国、ベトナムに加えて、日本でも通常医療との融合が図られ、鍼灸など一部は規制されていること、しかし、規制外の伝統医療による問題もあること、などが紹介された。

（ロ）その他に、西洋の医療は歴史的にイスラムの影響を受けていること、現代医療の受診が容易になれば伝統医療の状況が変化すること、現代医療と伝統医療が協力してシナジー効果を求めること、伝統医療を議論する時の混乱を避けるためにターミノロジーの整備が必要などの発言があった。さらに、伝統医療には、生命倫理的観点から、医療へのアクセス機会となっている現状について指摘され、また、伝統医療治療師への尊敬の念についても紹介がなされた。一方でHIVウイルスの混入など問題点が指摘され研究と評価の必要性が指摘されたが、伝統医療の研究は資金に乏しく、また通常医学に比して下位に評価されていることも指摘された。

（３）最後にプレゼンを行った３者から、医療の実態に基づき考えるべきこと、現代医療と伝統医療の長所を共有する可能性、伝統医療における文化多様性の観点から発言があった。

4. 議題3：人クローンと国際ガバナンス：IBCワーキンググループの進捗報告

（１）Achille Massougbodji IBC委員が議長を務め、Toivo Maimets IBCワーキンググループ議長（IBC副委員長）が報告を行った。

Maimets議長の報告：人クローンに関する議論の経緯として、

2001年 第56回国連総会「人の生殖目的クローニングに対する国際会議」

- 2005年 国連によるヒューマンクローニング宣言
- 2007年 国連大学高等研究所による「人クローニング」に関する報告
ワーキンググループの活動として、
- 2008年 人クローンに関するヒアリング
- 2008年 IBCとIGBCによる合同会合
- 2009年 メキシコでのIBC会合

以上の様に、時系列的に人クローンに関する国連による国際的なガバナンス、またEUによるガバナンスが説明され、2007年以降の種々の技術革新による状況の変化とそれに対応する各国ならびに国際的な規制について再考が必要かどうかについて検討を進めた経緯について説明が行われた。その中で、明らかに状況の変化はあるとの認識にたち、クローンに関する用語再定義の必要性、法的規制の可能性・必要性、規制に関する提言が行われる場合のその普及と推進の方策についての議論の経過が説明された。

(2) 委員からの主な発言は以下のとおり。

(イ) ヒトクローニングの規制については、規制を行うかどうかについてモラトリアム状態をとることはできない、との発言があり、生殖目的クローニング禁止については技術として規制を行う、あるいは許認可性にするということが考えられる、との発言、新技術にも対応が可能となる余地を残す必要性、常任委員会の設置の提案などが意見として出された。一方、規制を技術方法に対して行うべきか、目的に対して行うべきかについて複数の意見が出され、治療目的クローニングについて認可制にすべきとの発言がなされた。

(ロ) クローニング及びガバナンスの定義をいかに行うのかについては複数の発言があり、定義に関連して例えば細胞(cell)、幹細胞(stem cell)、胚(embryo)、iPS細胞など技術革新に伴い、生殖目的クローニングと治療目的クローニングに代わるクローニングの新しい定義や用語の整備が必要である点が指摘された。

(ハ) その他、委員以外からもクローニングについて生殖目的クローニングと治療目的クローニングは異なること、先端技術の二次的効果に注意しつつも技術の導入は妨げないこと、バチカンの見解に触れつつクローニングにおける宗教や文化の影響を考慮することなどの発言があった。

(ニ) 米国からは国連の宣言が異なる視点の結実であったという政治的現実の指摘があり、ブラジルからは宣言は実効的でないと指摘がなされた。条約作成についてはユネスコの役割を越える事項であるとの発言もなされた。

(3) 最後にMaimets議長より、技術は刻々と進化しており技術を注視することの重要性とともに、現実性のあるガバナンスについて考慮すべきとの発言があった。

<IBC, IGBC合同会合>

冒頭にボコバ事務局長のビデオメッセージが紹介された

議題1：ユネスコの生命倫理事業の進捗報告(Feinholzチーフ)：生命倫理と人権宣言の周知及び人材育成

IBCは2005年までに策定された3つの宣言につき、2005年以降、その普及推進

に活動主体を移行し、関連事項の報告書の作成を行っている他、生命倫理教育の推進、生命倫理に関する組織・専門家の情報データベース構築を行ってきたことが報告された。

これに対して、IBC委員および複数の参加国からはユネスコとの連携活動は不十分であり、さらなる展開の必要性、教育の重要性、各国政府との直接的な連携の必要性が指摘された他、参加国から「生命倫理と人権宣言」の周知普及活動及び人材育成について以下のような取り組みも紹介された。

- ・国内委員会が中心となって大学とフォーラムを開催、ユネスコチェアにより大学で周知活動を行っている（インドネシアなど）。
- ・生命倫理に関する研修会を大学で開催、研修参加者にオーナーシップを持たせることが大切、ネットによる広報が効果的（ナイジェリア、コートジボワールなど）。
- ・一般の人々の意識の向上が重要である、広報の対象者に対して上からの押しつけにならないような配慮が必要、国内の生命倫理センターで研修を実施（中国、韓国など）
- ・オーストリアは国家生命倫理委員会とは別のフォーカスを有する研究倫理委員会を含めた情報データベースのバージョンアップの必要性を指摘していた。
- ・委員からはユネスコの報告など出版物の重要性も指摘があった。

議題2：人の脆弱性と個人のインテグリティの尊重の原則（進捗報告）

(1) Sheila McLean IBC副議長に代わりSemplici IBC委員より、人の脆弱性について考慮すべき重要事項として科学的知識、医療、関連技術の3点があげられ、特に脆弱性を考慮すべき事項として、子供、女性、患者など特別な状況にある人々、人的文化的社会的な要因として貧困や経済的に不安定な人々あるいは移民など、また、自然環境、災害の被害を受けやすい人々、の3種類が指摘され、さらに、特定の集団として、患者など医療臨床の場にいる人々、研究対象としての人々、また、生命科学の開発途上あるいは応用の過程で対象となる人々の3集団、を特に考慮すべきことが指摘された。

(2) これに対して、参加国から以下の事項の様に種々の発言があった。

- ・脆弱性の定義が必要であり、脆弱性から抜け出すにはコミュニケーション能力が必要（ケニア）。
- ・つなみの被害を受けたが、自然災害は甚大であり災害により様々な脆弱性が生じること（インドネシア）。
- ・臓器移植のドナー提供者は社会的に脆弱な人が多い（フィリピン）。
- ・脆弱性について性、教育、移民など社会的な要因がリンクしており、国際機関の協力で脆弱性を下げること、脆弱性の定義は議論の最初のポイントである（米国）。
- ・教育により人々の能力及び意識の向上が重要である（ベネズエラ）。

議題3：人クローンと国際ガバナンス：進捗報告

4. のとおりIBCと同様にToivo Maimets IBC副委員長より、人クローンと国際ガバナンスについて進捗報告がなされた。各国からの主な発言は以下の

とおりの。

- ・クローンに関するターミノロジーを整備すべき（コートジボワール）。
- ・クローンに一つの定義を定めるのは困難である（ドイツ）。
- ・クローン操作などに係わる人々にガバナンスの意識を向上させるべき（ブラジル）。
- ・クローンに定義は必要だがクローン技術の開発は早く、技術開発を待つて見る（wait and see）やり方は避けるべき（レバノン）。

最後にMaimets I B C副委員長より、人の生殖目的クローニングを行わないことについては合意が得られているが、開発される治療目的クローニング技術の導入に際して、ガバナンスに関して規制の有無についてモラトリアムの時期をとるならば、規制の実効力を失わせ、また行うべき技術開発に支障を生ずるなど、タイムギャップを含めた問題が生じる可能性があるとの発言があった。

議題4：伝統医療と倫理との関係（進捗報告）

3. I B Cと同様にEmilio La Rosa I B Cワーキンググループ議長（I B C副委員長）及びTangwa教授（カメルーンYaounde大学）からプレゼンがあり、各国の主な発言は以下のとおり。

- ・伝統医療は文化との結びつき強く民族固有の考え方がある（ケニア）。
- ・伝統医療を議論するために、伝統医療に統計的な調査はできるのか、また伝統医療とするクライテリアがあるのか（コートジボワール）。
- ・伝統医療に関し薬草について国内の規則を持っている（イラン）。
- ・伝統医療に関する知識は残すべきであり文化多様性の点からも考慮すべき（インドネシア）。
- ・文化多様性と伝統医療を混同すべきでなく、多くの人を不適切な医療行為で危機にさらすべきでない、文化の保護は必要だが伝統医療とは別の問題である（シリア、I B C委員）。
- ・伝統医療は現代医療の補完として使われている（フィリピン）。
- ・アーユベータが伝統医療として行われており、医療システムに組み入れられている（インド）。
- ・伝統医療に関し国内で従事者の研修を実施し、研修のカリキュラム、法的枠組みを整備している。I B Cは伝統医療の価値を調査すべきである（韓国）。
- ・伝統医療には社会的責任があるが、伝統医療の責任をどこに求めるべきか（ルーマニア、I B C委員）
- ・伝統医療を検討する際には文化的側面と技術的側面を考慮する必要がある。伝統医療は宗教や文化に根を持っているので、これらを伝統医療と分けるのは難しい（ブラジル）。

最後にアルバレス人文社会科学局担当ADGより、文化や歴史が込み入っている議題であるが透明性のある議論ができた、I B CとI G B Cについて今後も双方が協力し、科学者と政策担当者との橋渡しができるようにしたい旨述べた。